

importante alteración de la capacidad de comunicación.

Los casos objeto de estudio, se pueden clasificar en 4 grupos:

1.- Anorexia nervosa, acompañada de hipogonadotropismo. Este grupo lo forman entre el 7 y el 10 p100 de los casos.

2.- Reacciones anorécticas. Está integrado por mujeres delgadas que presentan alteraciones del contacto, en el sentido de una tendencia a aislarse y limitarse (cerrarse en sí mismas). presentan dificultades psicosexuales y hormonalmente pueden ser normo o hipogonadotropas. Lo constituyen un 13-20 p100 de los casos.

3) Retraso psicosexual. Las mujeres que lo forman no presentan adelgazamiento y desde el punto de vista hormonal son mujeres normogonadotropas. Es el grupo en el que se incluyen mayor número de casos, siendo su tasa del 40 p100.

4) Amenorreas reactivas. Dentro de este grupo se incluyen las que son por temor a un embarazo, por separación del hogar, etc., siendo al igual que el anterior grupo normogonadotropas y está integrado por un 10-15 p100 de los casos.

Otro grupo de casos de amenorrea incluidos dentro de los anteriores, son las amenorreas originadas tras la toma de contraceptivos orales.

DIEDERICH (1979) estudió también los rasgos de la personalidad de las mujeres neuróticas, en un trabajo realizado sobre 50 mujeres que presentaban amenorrea secundaria, comparándolas con un grupo control de 25 casos, utilizando para éste un cuestionario médico-social, una anamnesis psicológica y varios test psicométricos, fundamentalmente el "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" (MMPI) y el cuestionario de Friburgo, además de la recogida de datos de la vida sexual, estudios hormonales, etc.

Al analizar estos casos, observó que las

mujeres con amenorrea secundaria, tienen más inclinación al neuroticismo, introversión y alteración emocional, presentando otros síntomas psicósomáticos como constipación, adiposidad y molestias gástricas. También se encontró en estas pacientes trastornos de tipo sexual.

A pesar de todas estas observaciones, este autor señala que estas mujeres no tienen un tipo definido de personalidad, ni una particular dinámica de conflicto concluyendo, que hay tendencia a manifestar una personalidad retentiva y depresiva.

FRICK y al. (1978) y SCHINDLER y al. (1978) atribuyen una gran importancia a la pérdida de peso en el cuadro de amenorrea psicósomática. Para ellos el trastorno capital, sería la insatisfacción de la paciente con su propia imagen corporal y su gran deseo de cambiarla, distinguiendo en virtud de esto tres grupos fundamentales de amenorrea funcional:

a.- Anorexia nervosa. Se considera como una enfermedad psicosomática grave, existiendo una pérdida del 25 p100 del peso inicial como mínimo. Como características de ella, estarán la ausencia de sentimiento de enfermedad, la presencia de vómitos y diarrea y el rechazo total del proceso de crecimiento y de convertirse en persona adulta, orientando su ansiedad hacia las funciones reproductora y sexual.

b.- Reacciones anorécticas. Consiste en una elaboración neurótica defectuosa de los conflictos ligados a la pubertad, con pérdida de peso menor de 10 kg., desaparición de las reglas y cierto sentimiento de enfermedad, aceptando de forma relativa la relación con el médico. Para FRICK, son las más abundantes (60 p100).

c.- Amenorreas sin pérdida de peso. Estas amenorreas surgen como reacción a un stress actual de diversos tipos, aceptando la enfermedad de forma clara. Este grupo está integrado por un 30 p100 de las mujeres, según este mismo autor.

En 1975 IHALAINEN realiza un estudio a 114 pacientes que acudieron a la consulta ginecológica por oligomenorrea o amenorrea secundaria, eliminando los casos con causa orgánica. La investigación consistió en estudiar en todas ellas el ambiente familiar, la personalidad, las alteraciones psíquicas y el posible diagnóstico psiquiátrico, para lo que se utilizó una entrevista estructurada y una batería de test: Rorschach, MMPI, test de dibujo de la figura humana, T.A.T. (láminas 1 y 7), C.A.T. (láminas 2 y 7 Gf), un test de inteligencia y un test semántico preparado para este estudio.

Hubo además otros dos grupos de trabajo: uno constituido por 36 mujeres que acudieron al consultorio ambulatorio de Psiquiatría y fueron diagnosticadas de neuróticas, aunque no presentaban trastornos menstruales y otro grupo integrado por 338 mujeres seleccionadas al azar del Registro de la Población del norte de Finlandia y que fueron catalogadas como normales, aunque el 8 p100 de ellas, afirmó presentar alteraciones menstruales

importantes.

Comparando las mujeres normales con el grupo de oligomenorrea o amenorrea secundaria, se observó que este último presentaba una mayor incidencia de problemas sexuales, una mayor tasa de masturbación y un hogar con madre más dominante, considerándose más frecuentemente como hijas no deseadas, mientras que por el contrario la proporción de casos con separación del hogar o haber sufrido una separación de los padres, fue menor.

En base a esto, aproximadamente el 50 p100 de las mujeres con oligomenorrea o amenorrea secundaria, fueron calificadas como psicológicamente perturbadas, contra un 75 p100 de las neuróticas, mientras que la tasa en el grupo de normales fue de un 24.5-35.6 p100, influyendo en este margen la edad de las pacientes.

Apareció en este estudio una gran evidencia de mujeres neuróticas graves (12 p100), con respecto a la incidencia del mismo cuadro en la po-

blación general.

En las mujeres portadoras de oligomenorrea o amenorrea secundaria, se observó que la incidencia de perturbación era menor que en las calificadas como neuróticas y cuando existió, consistió en rasgos orales y anales, mayor dependencia parental, mayor preocupación por la imagen corporal, por el peso y la comida y una mayor dificultad a la hora de aceptar el papel femenino.

En base a todas estas observaciones, la conclusión sacada por este autor es que no hubo diferencias muy marcadas entre la paciente media y la mujer corriente, a pesar de lo cual y dado que el grupo de estudio fue bastante heterogéneo, recomendó un estudio en subgrupos de mujeres con amenorrea, comparándolos entre ellos para observar sus diferencias.

En 1982 a través de la exploración psicoanalítica PETERS y al., intentaron aclarar la estructura de la personalidad en 30 mujeres con amenorrea

secundaria, sin incluir casos con hiperprolactinemia y anorexia nerviosa, estudiando además de los síntomas clínicos, la situación específica de conflicto y el desarrollo infantil.

Tras el análisis de ellos, este grupo de estudio distinguió dos grupos fundamentales, cada uno de los cuales estaba formado por 15 casos:

1.- En este grupo se incluían mujeres que además de presentar ausencia de regla de más de 6 meses, padecían unos síntomas orgánicos duraderos como son: constipación, disfunción sexual, molestias gastrointestinales, tonsilitis crónica, cefaleas y alteraciones de tipo circulatorio. Desde el punto de vista hormonal, presentaron mala respuesta a los gestágenos, niveles séricos de FSH y LH descendidos, una escasa respuesta al LH-RH y una mala evolución tras someterla a psicoterapia.

2.- Los casos que componían este grupo presentaban menos síntomas orgánicos y más psicoló-



gicos, siendo los más frecuentes: el complejo de inferioridad, la depresión, el contacto defectuoso, los sentimientos de miedo y la falta de concentración e impulso. La respuesta de estas mujeres tanto a los gestágenos, como al LH-RH y a la psicoterapia fue mejor que en el grupo anterior.

Este autor considera que el primer grupo ha sufrido una "transformación" o "conversión" somática completa del conflicto psíquico, o sea una regresión más profunda, con una mayor inhibición hipotalámica.

Por medio del enfoque socio-psicosomático, DE SENARCLENS y FISCHER (1983) estudian a 151 mujeres con amenorrea secundaria, utilizando la entrevista y el análisis. Califican al 11 p100 de los casos como mujeres con personalidad normal, al 25 p100 de las mujeres como adolescentes "en estado de crisis", al 42 p100 de neuróticas (neurosis de ansiedad), de psicosis límite, generalmente esquizofrenia incipiente al 6 p100 de los casos

y el 14 p100 de las mujeres se catalogaron de "personalidad psicósomática".

Analizaron también el grado de madurez y encontraron varios grupos: en el 65 p100 existía inmadurez (regresión, fijación, virginidad); mujeres con inadaptación a los cambios biológicos hubo en un 10 p100; retardo biológico de maduración se encontró en el 4 p100 de los casos y como mujeres con madurez o normales. la tasa fue del 13 p100.

Como causas stressantes, estos autores encuentran un elevado porcentaje de disturbios infantiles y puberales, una alta tasa de separación y conflicto familiar, malas relaciones con los padres, frecuente fracaso en la esfera social, mala experiencia sexual, frecuentes sucesos traumáticos en la anamnesis reciente y una imagen corporal insatisfactoria.

Para DE SENARCLENS y FISCHER la amenorrea secundaria debe ser considerada desde este punto

de vista y se debe tener en consideración no sólo a la paciente, sino su entorno, sus relaciones y su mundo.

Otro aspecto analizado por estos autores, es la alteración del peso de las pacientes. Encontraron que en 14 casos existía obesidad, en 96 se evidenció un adelgazamiento ligado a anorexia y en 41 casos no se modificó el peso. A pesar de esto, no pudieron asociar el peso con un tipo específico de personalidad o conflicto, aunque coinciden con lo afirmado por FRICK y al. en el sentido de que la amenorrea secundaria y la anorexia nerviosa representan dos extremos de la misma enfermedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La revisión bibliográfica realizada en la introducción ha mostrado dos hechos importantes:

1) La gran frecuencia de amenorrea secundaria por influjos psicosociales, estados de emergencia y alteraciones emocionales.

2) La importancia de los trastornos de la personalidad, en el sentido de rechazo y ambigüedad ante el papel femenino e inmadurez psicosexual, asociados a la amenorrea secundaria prolongada.

No está clara la relación entre 1) y 2), esto es, si la inmadurez psicosexual y ambivalencia femenina, aumentan la susceptibilidad a las influencias stressantes ambientales. El trastorno de personalidad ha sido descubierto usualmente en mujeres ya en amenorrea, habitualmente de larga duración y es posible que tal trastorno sea secundario a la percepción de la anormalidad biológica. En este caso, la susceptibilidad a los influjos externos psicosociales, sería una característica

independiente, que podría ocasionar la supresión del ciclo femenino menstrual, en determinadas circunstancias. El rechazo, la duda, la ambigüedad, ante el papel femenino, serían producidos posteriormente, de forma inespecífica y no serían más que la percepción por la propia mujer de una minusvalía, que daña a su autoestima y que tendría una base objetiva.

Una manera indirecta de aclarar la cuestión, sería explorar la existencia de diferencias psicológicas entre las diversas formas fisiopatológicas de amenorrea secundaria. La mayoría de trabajos publicados no diferencian los mecanismos hormonales subyacentes a la amenorrea, o se limitan a estudiar exclusivamente las amenorreas normo-hipogonadotropas claramente psicósomáticas, o asociadas a anorexia. Pero como hemos visto en la introducción, las amenorreas secundarias no constituyen un cuadro unitario desde el punto de vista endocrino. Es posible distinguir, al menos, tres grandes tipos de amenorrea secundaria, siguiendo en parte a YEN (1981):

A.- Las debidas a una alteración de las relaciones entre sistema nervioso central e hipotálamo (anovulación crónica por disfunción neuro-hipotálamo-hipofisaria), que podrían calificarse de insuficiencia hipotalámica (LEYENDECKER, 1979) o más generalmente, de disfunción hipotalámica.

B.- Las causadas por una retroacción anormal esteroidea sobre los centros de regulación, o sea, por desórdenes endocrinos periféricos que afectan a los propios ovarios (enfermedad poliquística), a las suprarrenales, al tiroides, etc. La mayor frecuencia en este grupo corresponde al síndrome de ovarios poliquísticos, asociado muchas veces a hiperandrogenismo adrenal.

C.- Las asociadas a una hiperprolactinemia, y más concretamente, a una hiperprolactinemia idiopática o debida a microadenoma hipofisario, desechando las hiperprolactinemias reactivas al uso de fármacos, etc.

No hay ningún estudio en que, simultánea-

mente y utilizando una metódica similar, se investigue la situación psicológica en esos tres grandes grupos o tipos de amenorrea secundaria. Si un estudio en ese sentido, mostrase diferencias psicológicas, en forma de constelación característica para cada tipo, habría que concluir que el trastorno psicológico es, no sólomente específico, sino muy probablemente, causal. Si no encontrase diferencias, la conclusión debería ser la opuesta: el trastorno psicológico es inespecífico y consecuencia de la pérdida de las reglas. Podría admitirse, no obstante, un papel causal para la alteración psicológica, aceptando que es sólomente un factor desencadenante poco específico, de una alteración hormonal latente, a nivel molecular, celular u orgánico, debida a factores genéticos u orgánicos adquiridos. La génesis de la amenorrea secundaria puede ser multifactorial, pero el factor psicosocial sería poco específico, cualquier tipo de stress. Parece, de todas formas poco verosímil, que el mismo trastorno psicológico, el mismo tipo de stress y de personalidad, origine alteraciones hormonales tan diferentes, más bien



debería esperarse cierta especificidad.

La mayor dificultad en estos estudios es la valoración del stress o sobrecarga emocional. Una cosa es el suceso vital antecedente y otra, la significación del mismo para cada sujeto en particular, su capacidad de producir stress. La teoría psicosomática sostiene que el conflicto actual tiende a revivir problemas emocionales ocurridos durante el período infantil, durante la fase de desarrollo y socialización y concretamente, relaciones parentales anormales y carencias afectivas. Se piensa que el conflicto actual si es stressante, induce una regresión a un estado prepuberal en el que existía ya un problema afectivo. La simple constatación objetiva de sucesos vitales potencialmente stressantes, o la declaración consciente del sujeto de relaciones parentales anormales, no basta. Lo importante es la repercusión interna de tales sucesos. Por otra parte, a veces no hay relaciones parentales anormales a nivel consciente, pero si las hay a nivel inconsciente. Un psicoanálisis, o el empleo de tests

proyectivos estructurados, resulta imprescindible. El T.A.T. de Murray puede desvelar las actitudes y sentimientos latentes, acerca de la familia, los padres, el conyuge y en general, sobre las relaciones interpersonales. La utilización del T.A.T. para la medición de la ansiedad y de las actitudes ante la sexualidad y las relaciones parentales se ha mostrado muy interesante en Obstetricia y Ginecología (GRIMM, 1961; CUENCA y SALVATIERRA, 1981).

La utilización de cuestionarios se ha difundido ampliamente, no sólo en Medicina Psicosomática o en Psicología, sino en la Clínica en general. Junto al ahorro de tiempo que permiten en la reunión de información, está la posibilidad de validación empírica (la única admisible, por otra parte). Los cuestionarios permiten una orientación acerca de actitudes, una revisión sistemática de una serie de síntomas "psicosomáticos", que fácilmente se olvidan en una entrevista o anamnesis corriente y hasta cierto punto, la averiguación de la sensación de enfermedad que tiene

el sujeto, de su introversión y extroversión. El empleo de un cuestionario como el desarrollado en la Sección de Obstetricia y Ginecología Psicosomática del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico de Granada, posibilita medir la alteración emocional, ansiedad-depresión y síntomas psicosomáticos acompañantes en los casos de amenorrea, aparte de informar acerca de la actitud ante el papel femenino, la sexualidad y el embarazo. La subdivisión propuesta por PETERS y al. (1982), de las amenorreas secundarias en dos grupos: con trastorno psicológico predominante y con alteración psicosomática sin ansiedad, admitiendo la mayor regresión en estas últimas, con peor pronóstico y más retiscencia al tratamiento, es muy importante y exige un cuidadoso análisis sintomático, que sólo puede proporcionar un cuestionario bien diseñado.

Las consideraciones anteriores forma la base de las investigaciones planeadas para esta Tesis Doctoral. Tales investigaciones son:

1.- Aclarar si hay diferencias en la frecuencia de conflictos emocionales recientes y/o relaciones parentales anormales, entre mujeres con amenorrea secundaria y mujeres con reglas normales y fertilidad probada de la misma edad.

2.- Investigar si las proyecciones en el T.A.T. de Murray entre ambos grupos de mujeres difieren de forma significativa.

3.- Establecer los parámetros de respuesta al Cuestionario Ginecológico en mujeres con amenorrea, en comparación con el grupo control.

4.- Determinar si hay diferencias en la frecuencia de conflictos, proyecciones en el T.A.T. y parámetros del Cuestionario Ginecológico, en los casos de amenorrea secundaria, entre las mujeres con o sin actividad sexual, solteras o casadas. No es posible meter en el mismo saco a mujeres con tan diferente ANTECEDENTE, dada la importancia de la sexualidad para el funcionamiento del sistema reproductor femenino.

5.- Establecer los diagnósticos endocrinos, en los tres grandes grupos fisiopatológicos citados, analizando su distribución según el estado civil y actividad sexual, de todos los casos de amenorrea secundaria estudiados.

6.- Estudiar las características psicológicas, con los instrumentos anteriormente citados, en cada uno de los tres grandes tipos endocrinos de amenorrea secundaria.

La HIPOTESIS PROVISIONAL es que existen diferencias entre los diversos grupos de mujeres, según actividad sexual y según el tipo de trastorno endocrino y que los conflictos emocionales, las actitudes y la alteración de la personalidad, son relativamente específicos y tienen una significación causal, induciendo modificaciones concretas a nivel neuroendocrino y/o molecular.

MATERIAL Y METODOS

M A T E R I A L

Nuestro estudio se basa sobre un total de 172 pacientes que acudieron a la consulta de Ginecología Funcional del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Granada, aquejando los siguientes motivos de consulta:

Amenorrea secundaria	19 casos
Opsomenorrea primaria	32 "
Baches amenorreicos primarios	24 "
Opsomenorrea secundaria	19 "
Baches amenorreicos secundarios	15 "
Galactorrea	3 "
Amenorrea secundaria + Galactorrea	14 "
Opsomenorrea + Galactorrea	5 "
Baches amenorreicos + Galactorrea	2 "
Opsomenorrea + Hirsutismo	13 "
Baches amenorreicos + Hirsutismo	9 "
Opsomenorrea + Esterilidad	6 "
Baches amenorreicos + Esterilidad	4 "
Amenorrea secundaria + Galactorrea + Esterilidad	1 "
Amenorrea secundaria + Hirsutismo +	

Esterilidad	1	casos
Opsomenorrea + Hirsutismo + Esterilidad	2	"
Baches amenorreicos + Hirsutismo + Esterilidad	2	"
Baches amenorreicos + Hirsutismo + Galactorrea	1	"

La edad de las pacientes estaba comprendida entre 17 y 35 años, siendo la edad media de 22.27 años.

Si hacemos grupos de edades, la distribución de las pacientes es la siguiente:

- Entre 17 y 20 años: 75 casos.
- Entre 21 y 25 años: 60 "
- Entre 26 y 30 años: 25 "
- Entre 31 y 35 años: 12 "

De las 172 pacientes:

- 118 estaban solteras.
- 54 estaban casadas.
- 97 mantenían relaciones sexuales.
- 27 tenían uno ó más hijos.



Según la actividad sexual y el estado civil de las pacientes, se establecen tres grupos:

A.- SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL, compuesto por 75 casos, con una edad media de 19.93 años.

De acuerdo con la distribución anterior, nos encontramos:

- Entre 17 y 20 años: 51 casos.
- Entre 21 y 25 años: 18 "
- Entre 26 y 30 años: 5 "
- Entre 31 y 35 años: 1 "

B.- SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL, formado por 43 casos, con una edad media de 21.93 años.

Según los grupos anteriores, tenemos:

- Entre 17 y 20 años: 17 casos.
- Entre 21 y 25 años: 22 "
- Entre 26 y 30 años: 3 "
- Entre 31 y 35 años: 1 " Esta mujer

tenía un hijo.

C.- CASADAS, constituido por 54 casos, siendo su edad media de 25.77 años.

Al igual que en los grupos anteriores, tenemos:

- Entre 17 y 20 años: 6 casos. De estas mujeres, 3 eran estériles, 3 no lo eran y 4 de ellas tenían al menos un hijo.

- Entre 21 y 25 años: 23 casos. De éstos, 12 mujeres eran estériles, 11 no lo eran y 10 tenían al menos un hijo.

- Entre 26 y 30 años: 15 casos. De estas mujeres, 7 eran estériles, 8 no lo eran y 10 de ellas tenían al menos un hijo.

- Entre 31 y 35 años: 10 casos. De éstos, 4 eran mujeres estériles, 6 no lo eran y 7 tenían uno ó más hijos.

Atendiendo al tipo de trastorno menstrual, las pacientes se clasificaron en dos grupos:

I.- OPSOMENORREA, entendiéndose por este término, ciclos menstruales mayores de 40-45 días y menores de 6 meses. Este grupo está formado por 137 mujeres, siendo su edad media de 21.59 años.

Según los grupos establecidos antes, encon-

tramos:

- Entre 17 y 20 años: 64 casos. De éstos, 59 eran mujeres solteras, de las cuales 44 no mantenían relaciones sexuales y 15 si las mantenían y 5 mujeres estaban casadas, de las que 3 eran estériles y 2 no, teniendo una de ellas un hijo.

- Entre 21 y 25 años: 53 casos. En este grupo, 33 mujeres estaban solteras, de las que 15 no mantenían relaciones sexuales y 18 si las mantenían, estando casadas 20 mujeres, de las que 12 eran estériles y 8 no, teniendo 6 de ellas al menos un hijo.

- Entre 26 y 30 años: 14 casos. De estas mujeres, 5 eran solteras, de las cuales 3 no mantenían relaciones sexuales y 2 si las mantenían; 9 mujeres estaban casadas, de las cuales 3 eran estériles y 6 no, teniendo al menos un hijo, 5 de ellas.

- Entre 31 y 35 años: 6 casos. Todas las mujeres estaban casadas, siendo 4 de ellas estériles y 2 no, teniendo 4 mujeres al menos un hijo.

II.- AMENORREA SECUNDARIA, que incluye

a mujeres que reglando bien con anterioridad, presentan atrasos de regla de 90 días ó más. En este grupo tenemos 35 casos, siendo su edad media de 24.25 años.

Atendiendo a la clasificación anterior, tenemos:

- Entre 17 y 20 años: 10 casos. De este grupo, 9 mujeres eran solteras, de las cuales 7 no mantenían relaciones sexuales y 2 si mantenían; sólo una mujer estaba casada, la cual tenía un hijo.

- Entre 21 y 25 años: 10 casos. De estas mujeres, 7 estaban solteras, de las que 3 no mantenían relaciones sexuales y 4 si las mantenían, mientras que 3 estaban casadas, no siendo ninguna estéril y teniendo una de ellas un hijo.

- Entre 26 y 30 años: 9 casos. Dentro de este grupo 3 mujeres eran solteras, de las cuales 2 mantenían relaciones sexuales y una no; 6 mujeres eran casadas y dentro de éstas 3 eran estériles y 3 no lo eran, teniendo 5 de ellas al menos un hijo.

- Entre 31 y 35 años: 6 casos. De estas

mujeres, 2 eran solteras, de las que sólo una mantenía relaciones sexuales y era madre de un hijo y 4 mujeres estaban casadas, teniendo todas ellas al menos un hijo.

La sistemática seguida con estas pacientes ha sido:

A.- HISTORIA CLINICA.

A todas las pacientes se les realizó una historia clínica ginecológica estandarizada, en la que se incluyen diferentes apartados:

A-1.- Datos de filiación. Se señala: nombre, domicilio, trabajo actual, clase social y procedencia, así como el nombre y profesión del marido o padre.

A-2.- Anamnesis menstrual, compuesta por: edad de la menarquia, duración del ciclo menstrual, duración y cantidad de la menstruación, presencia o no de dismenorrea, molestias premenstruales, así como la existencia de alteraciones menstruales (metrorragias, atrasos, manchas, amenorreas, etc.).

A-3.-Antecedentes familiares y personales, reflejando la existencia de cualquier enfermedad padecida anteriormente o en la actualidad, así como la existencia de alguna intervención quirúrgica. También se resalta como fue el tipo de parto de la paciente, mencionando el lugar y tipo de lactancia que realizó, así como cualquier hecho importante ocurrido durante el mismo.

Se recoge además la presencia o ausencia de reacciones de tipo alérgico (medicamentosa o por algún tóxico) y los hábitos de la paciente: tabaco, alcohol, café y drogas.

A-4.-Antecedentes obstétricos, en donde se señalan tanto los embarazos, como los partos y abortos en su caso, reseñando el año en que ocurrió, como transcurrió el embarazo, si el parto fue espontáneo o necesitó manipulación quirúrgica, si fue a término, pretérmino o postérmino, así como el lugar donde sucedió. También se anota como transcurrió el puerperio, como fue la lactancia y el resultado del parto con el peso del mismo,

indicando si existe alguna anomalía en el feto o por el contrario está sano.

En cuanto a los abortos, se especifica de cuanto tiempo fue, así como si se realizó legrado uterino o no.

Además se incluye en este apartado el método contraceptivo que la paciente realiza desde el último parto y en aquellas mujeres que no tienen hijos, se indica si mantienen actividad sexual o no, así como si son estériles voluntaria o involuntariamente.

A-5.- Anamnesis detallada y detenida del problema que le afecta y que constituye el motivo de consulta, haciendo referencia al momento en que se inició el trastorno menstrual en relación con la instauración de la regla: opsomenorrea, baches amenorreicos, amenorrea (primarios o secundarios). Se indica si este trastorno ocurrió a raíz de algún acontecimiento, tuvo lugar de manera espontánea y accidental, sucedió tras tomar alguna

medicación o bien coincidiendo con alguna época del año (vacaciones, verano, etc.) o cambio de ambiente, reseñando la periodicidad o frecuencia con que tiene lugar este suceso.

También se señala si ha consultado con anterioridad por este motivo y en caso afirmativo, si se le ha indicado algún tratamiento, anotando la duración de éste y si ha existido respuesta positiva al mismo, o por el contrario fue ineficaz.

Además se señala si la paciente presenta algún tipo de androgenización: hirsutismo, acné, hipertrichosis, etc., especificando en caso afirmativo si notó su aparición antes de la menarquia o después de ella y en este último caso indicar si fue posterior o previo a la alteración menstrual, indicando los tratamientos (si es que los ha hecho), llevados al respecto.

Por otro lado se le pregunta a la mujer si ha evidenciado salida de algún tipo de secreción por su mama, fundamentalmente de tipo lácteo,



anotando desde cuando y si coincide o no con la aparición del trastorno menstrual, o si bien ha coincidido con la toma de alguna medicación, haciendo especial énfasis en las que tienen repercusión sobre los ciclos.

Otra cuestión a resaltar es si la mujer ha hecho, coincidiendo con este trastorno, o hace en la actualidad algún tipo de régimen de adelgazamiento, indicando en caso afirmativo la duración de éste y el peso perdido.

También se le interroga sobre su actividad sexual: tipo, frecuencia, etc., anotando si hace o ha hecho algún tipo de contracepción, insistiendo fundamentalmente en la toma de anovulatórios, ya que éstos son frecuentemente motivo de alteraciones menstruales, cuando se suspenden.

Además se anota si se queja de alguna otra afección (ginecológica o general), especificando en caso de existir, el tratamiento que realiza en la actualidad.

Por último, dentro de este apartado se señala de forma minuciosa el menograma, incluyendo tanto la fecha de la última regla como la de las 3 ó 4 reglas anteriores, especificando si han sido espontáneas o por el contrario han requerido tratamiento hormonal de deprivación, sin olvidar señalar la existencia de alguna posible alteración de la función menstrual (metrorragia, hipermenorrea, etc.

B.- EXPLORACIÓN GENITAL.

Una vez cumplimentada la historia ginecológica, se procede a la exploración genital, que incluye:

B-1.- Examen de genitales externos (vulva, himen, periné) detallando la morfología, el tamaño y cualquier anomalía en caso de existir. Además se indica el grado de pilificación pubiano (TANNER, 1962).

B.2.- Inspección o visualización del cérvix uterino, así como de las paredes vaginales, seña-

lando tanto las características del flujo vaginal como las del moco cervical (cantidad, filancia y cristalización).

B-3.- Toma de citología cérvico-vaginal (examen por método de Papanicolau), para estudio funcional o para detección precoz del cáncer cervical.

B-4.- Tacto bimanual (vaginal o rectal) para constatar el aspecto de los genitales internos (útero, anejos, parametrios y Douglas), reseñando su forma, tamaño y consistencia, así como otros datos que pueden apreciarse por medio de esta exploración.

B-5.- Exploración de ambas mamas, indicando su forma, tamaño, grado de maduración según los estadios de TANNER (TANNER, 1962), así como otras anomalías que puedan existir.

Además se lleva a cabo una expresión de las mismas, para poder evidenciar en el caso de

que exista y cuando no sea espontánea, la salida a través del pezón de cualquier secreción, fundamentalmente de tipo lácteo o aspecto calostrado.

C.- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS.

C-1.- Morfograma sexual. Consiste en la medida de cinco parámetros:

a.- Perímetro torácico. Se hace con la cinta métrica colocada por debajo de ambas mamas, estando la mujer con los brazos extendidos y separados del cuerpo.

b.- Altura desde la planta del pie al trocánter. También se hace con la cinta métrica, estando la mujer con las piernas juntas y pies descalzos.

c.- Talla o altura de la paciente.

d.- Diámetro bitrocantéreo. Es la distancia existente entre ambos trocánteres. Se hace colocando a la mujer con las piernas juntas y el instrumento utilizado para ello es el pelvómetro de Budín.

e.- Diámetro bihumeral. Es la distancia

entre ambos húmeros. Se realiza estando la mujer con los brazos extendidos hacia abajo y juntos al cuerpo, utilizando también el pelvómetro de Budín.

Una vez finalizado esto, las medidas que se expresan en centímetros, se trasladan a un esquema ya estandarizado (DECOURT, 1953) donde se unen y se forma un trazado que permite calificar a la paciente

C-2.- Peso. Nos indica si es proporcionado a la edad y talla de la paciente, así como si existe delgadez u obesidad.

C-3.- Tensión arterial.

C-4.- En caso de que exista hirsutismo, se procede a señalar las áreas de distribución del mismo. También se indica si existe o no virilización.

D.- ANALITICA BASICA.

A todas las pacientes se les realizó la siguiente analítica elemental:

D-1.- Hemograma completo con velocidad de sedimentación.

D-2.- Orina: pH, densidad normales, anormales y sedimento.

D-3.- Determinación de H.C.G. en aquellos casos en que era necesario descartar un embarazo.

E.- DETERMINACIONES HORMONALES.

Tras los procesos anteriores, a todas las mujeres se les pidió unas determinaciones hormonales, que se realizaron en amenorrea o entre 10 y 15 días después de la última regla. Son las siguientes:

E-1.- Hipófisis: FSH, LH, PROLACTINA, HGH, TSH y ACTH (ritmo circadiano).

E-2.- Tiroides: T<sub>3</sub> y T<sub>4</sub>.

E-3.- Glándula suprarrenal: Cromatografía de 17-cetcs, CORTISOL (ritmo circadiano) y TESTOSTERONA.

E-4.- Ovario: ESTRADIOL y PROGESTERONA.

F.- PRUEBAS FUNCIONALES.

F-1.- Test de descarga hipofisaria o test LH-RH/TRH.

Para su realización la paciente era citada en condiciones basales (8 horas de descanso nocturno, en ayunas y contraindicándosele cualquier esfuerzo físico), en reposo (decúbito supino), manteniéndola acostada 30 minutos antes de las extracciones y explicándosele el contenido de dicho test, comenzando las pruebas en todos los casos entre las 8 horas, 30 minutos y las 9 horas de la mañana (DÍAZ-SILES y cols. 1985).

Este test de estimulación lo he valorado

atendiendo a la reactividad del mismo, si bien se han calificado independientemente la curva de LH-RH por un lado y la de TRH por otro.

a) Curva de LH-RH.

Esta curva se ha calificado, fijándose exclusivamente en la LH y hemos distinguido varios grupos según su menor o mayor reactividad:

a-1.- Curva reactiva.- Se produce un aumento de 2.5 veces ó más del valor basal de LH a los 20 ó 30 minutos, independientemente del valor a los 60 minutos.

1.1.-  $R_1$ .- No supera los 10 ng/ml el valor de la LH a los 20 ó 30 minutos.

1.2.-  $R_2$ .- El valor de la LH es superior a los 10 ng/ml, pero menor o igual a 13 ng/ml a los 20 ó 30 minutos.

1.3.-  $R_3$ .- A los 20 ó 30 minutos, el valor de la LH supera los 13 ng/ml.

a-2.- Curva no reactiva (NR).- No se produce un aumento de 2.5 veces ó más del valor basal de LH a los 20 ó 30 minutos, independientemente del valor a los 60 minutos.



b) Curva de TRH.

Se ha valorado en función de la Prolactina (PRL), distinguiéndose en un principio dos grupos según los niveles basales de PRL:

b-1.- Hiperprolactinemia.- Los niveles basales de PRL son igual o mayores de 20 ng/ml.

b-2.- Normoprolactinemia.- Los niveles basales de PRL son menores de 20 ng/ml.

Dentro de este grupo, atendiendo a su reactividad, hemos diferenciado dos subgrupos:

b-2.1.- Curva reactiva.- Se produce un aumento de 5 veces ó más del valor basal de PRL a los 20 ó 30 minutos, independientemente del valor a los 60 minutos.

1.1.-  $R_1$ .- No supera los 90 ng/ml el valor de la PRL a los 20 ó 30 minutos.

1.2.-  $R_2$ .- El valor de la PRL es superior a 90 ng/ml, pero menor o igual a 120 ng/ml a los 20 ó 30 minutos.

1.3.-  $R_3$ .- A los 20 ó 30 minutos, el valor de la PRL supera los 120 ng/ml.

b-2.2.- Curva no reactiva (NR).- No se produce un aumento de 5 veces ó más del valor

basal de PRL a los 20 ó 30 minutos, independientemente del valor a los 60 minutos.

F-2.- Prueba de Progesterona.

Una vez que se ha descartado un embarazo y estando la mujer en amenorrea, se le indica la toma de un gestágeno como la medroxiprogesterona, a la dosis de 10 mg/día, durante 5 días, con lo que se producirá una hemorragia de privación siempre que existan niveles de estrógenos en sangre en cantidad suficiente, a los 2-10 días de terminar la administración.

Si la privación no se produce, se realiza la siguiente prueba.

F-3.- Prueba de estrógenos-progesterona.

Esta prueba consiste en la administración en primer lugar de estrógenos para hacer proliferar el endometrio y posteriormente se da un preparado que lleve gestágenos. Si la respuesta a esta prueba es positiva, podemos afirmar la existencia de un útero reactivo, con endometrio capaz de responder, mientras que si la respuesta es negativa,

nos indica el diagnóstico de útero no reactivo (aplasia, hipoplasia, atresia, ausencia de receptores).

Para la realización de la prueba, existen dos pautas, cuya diferencia estriba en las dosis administradas.

1.- Pauta de ZONDEK.

En esta pauta administramos durante 2 días seguidos la asociación de estrógenos y gestágenos en la proporción 1/10: 2 mg de benzoato de estradiol y 20 mg de progesterona, produciéndose una hemorragia por privación a los pocos días, en caso de que la prueba resulte positiva.

Nosotros en algunos casos hemos utilizado una pauta que podemos denominar ZONDEK modificado y que consiste en administrar previamente 7 días antes una sola dosis de 10 mg de valerianato de estradiol.

2.- Pauta de KAUFFMAN.

Se realiza cuando la respuesta a la pauta anterior es negativa y consiste en la administra-

ción de 10 mg de valerianato de estradiol como preparado estrogénico, dosis que se repite a los 9 días y 2 días más tarde se administra el preparado gestagénico: 250 mg de caproato de hidroxiprogesterona en una dosis, teniendo lugar la hemorragia de privación a los pocos días.

Una vez conseguida la menstruación por cualquiera de las pruebas anteriores (progesterona, estrógenos-gestágenos), se realiza el test siguiente:

F-4.- Test de estimulación hipotalámica  
o Prueba de Clomifeno.

Mediante este test queremos estimular, administrando una sustancia antiestrogénica (Clomifeno), que inhibe el feed-back largo (ovario-hipotálamo), la producción de factores hipotalámicos que al actuar sobre la adenohipófisis, desencadenen la producción de gonadotropinas, que a su vez actuando sobre el ovario, inducen a éste a la producción de estrógenos con la consiguiente ovulación y posterior aparición de una fase secre-

tora o lútea que finalizará con una nueva menstruación.

Para ello se cita a la paciente cuando tenga la regla (espontánea o provocada) y se le indica que se realice una extracción de sangre de control o basal y posteriormente que al 5º día del ciclo comience a tomar el clomifeno (citrate de clomifeno) a la dosis establecida en nuestro servicio de 100 mg/día durante 5 días (días V al IX del ciclo), realizándose una nueva determinación sanguínea al día siguiente de finalizado este tratamiento.

Tanto en la determinación basal como en la realizada después del tratamiento, se miden: FSH, LH y ESTRADIOL.

Para la valoración de este test, se han tenido en cuenta las oscilaciones de los niveles hormonales determinados, haciendo más hincapié sobre los de LH y ESTRADIOL.

Heos considerado la prueba como positiva,

cuando se cumplen dos condiciones:

a) Hay un aumento del valor de LH después del clomifeno en relación con el valor basal, aunque es más importante cuando este valor se duplica.

b) Se produce un aumento del nivel de ESTRADIOL, por encima de 100 pg/ml en la segunda determinación, en relación con el valor basal.

Además nosotros hemos añadido otros criterios para realizar la valoración de esta prueba de forma más completa, los cuales serán descritos más exhaustivamente en otro apartado. Estos son:

- \* Existencia de un endometrio secretor.
- \* Curva de temperatura basal bifásica.
- \* Presencia de menstruación.
- \* Progesterona plasmática mayor de 3 ng (considerando por encima de 5 ng. una buena función lútea).

Cuando hay respuesta insuficiente a las dosis usuales de clomifeno, se realiza el test a dosis mayores, bien en tiempo de administración

o bien en dosis administrada (100 mg/día durante 7 días; 150 mg/día durante 5 ó 7 días; 200 mg/día durante 5 días), siendo controlados rigurosamente estos casos por el peligro de producir una hiperestimulación.

F-5.- Test de frenación-estimulación de JAYLE.

Este test se realiza en aquellos casos en que existe hirsutismo, virilización o androgenización y nos interesa averiguar si el origen de estos andrógenos es ovárico o suprarrenal.

Para su realización se recoge diariamente la orina de 24 horas durante 10 días, a la que se le hará una cromatografía de 17-cetos. También hacemos tres determinaciones plasmáticas de testosterona (días 1º, 7º y 10º).

El primer día obtenemos unos valores basales de referencia tanto de los metabolitos androgénicos por medio de la cromatografía, como de la testosterona.

A continuación se realiza el test propiamente dicho, que podemos dividirlo en dos fases:

a) Fase de frenación.

Se administra dexametasona a la dosis de 1 mg por cada 10 kg de peso y día (6-8 mg/día), durante 6 días, con lo que se frenará la formación de ACTH en la adenohipófisis y en consecuencia se paralizará la esteroidogénesis suprarrenal. Si los andrógenos son de este origen, experimentarán una disminución en esta primera fase de la prueba, mientras que si son de origen ovárico, este descenso será menos evidente.

b) Fase de estimulación.

A continuación se sigue administrando la misma dosis de dexametasona durante 3 días más, pero durante éstos se inyectan 5000 U.I. de H.C.G. diarias, con lo que se estimulará la esteroidogénesis ovárica. Si los andrógenos son de origen ovárico, sufrirán una elevación en esta segunda fase (duplicándose sobre todo la Androsterona y la Etiocolanona), mientras que si el origen



de éstos es suprarrenal, no se producirá este aumento, o será muy leve.

G.- OTRAS EXPLORACIONES.

G-1.- Temperatura basal.

Se entiende por temperatura basal, la corporal de la mañana, en ayunas y después de reposo nocturno.

Para la medición de la misma basta un termómetro corriente, aunque es preferible recurrir a los que especialmente se han fabricado con este objeto, cuya lectura es rápida y fácil.

La toma de dicha temperatura puede efectuarse en recto, vagina o boca, siendo la más corrientemente empleada la vía rectal.

Con los datos obtenidos se va confeccionando una gráfica y la curva proporciona una serie de valiosísimas indicaciones relativas a la función del ovario en el curso del ciclo genital.

Su utilidad en el estudio de los trastornos menstruales y hormonales es grande, constituye una prueba relativamente sencilla de obtener, por poca colaboración que la paciente quiera prestarnos. Nosotros la hemos asociado a la prueba de estimulación hipotalámica con la finalidad de valorar de forma más completa la respuesta al clomifeno, junto a los demás criterios.

G-2.- Biopsia de endometrio.

También se denomina microlegado y tiene por objeto la obtención de una muestra de endometrio para su ulterior estudio histológico. Se usan para ello unas cucharillas especialmente diseñadas con este fin y que son suficientes para realizar el legado que pretendemos. En nuestro servicio se ha llevado a cabo con la cánula de Novak.

Se practicó en pacientes ambulatorias, en el propio consultorio, generalmente sin anestesia, si bien en algunos casos se le administró a la paciente un relajante muscular (atropina),

para evitar el efecto vagal.

Una vez puesto a la vista, aseptizado y pinzado el cuello, se sondea la cavidad uterina con el histerómetro para conocer su dirección y profundidad. A continuación se introduce la cucharilla, que generalmente no encontrará resistencia a nivel del istmo. Cuando la cucharilla alcanza el fondo uterino, se le orienta de modo que al retirarla raspe y arrastre endometrio de la cara anterior, lateral o posterior.

El tejido así conseguido, se recoge en frasco que contiene el líquido apropiado (alcohol, formol, etc.,) para ser remitido al laboratorio.

En nuestro caso constituye la prueba más fiel y exacta para descubrir un ciclo anovulatorio, una amenorrea de origen uterino, una insuficiencia luteínica, etc. También, al igual que la temperatura basal, nos sirve para valorar la respuesta al clomifeno.

Respecto al día del ciclo en que es más favorable realizar el microlegrado, algunos autores lo realizan el primer día del ciclo, si bien la mayoría se inclinan por hacerlo entre los días XXIV-XXVI del ciclo. En nuestro material se hizo en los casos en que fue necesario entre los días XXII-XXVI del ciclo.

#### G-3.- Ecografía.

A través de los ultrasonidos podemos visualizar los órganos genitales internos, indicando la morfología de ellos y la existencia de cualquier anomalía presente, fundamentalmente a nivel uterino u ovárico (malformaciones uterinas, ovarios quísticos, etc.). Mediante esta exploración nosotros confirmamos o aclaramos los hallazgos encontrados en la exploración genital, así como la repercusión de algún tratamiento indicado sobre el mismo (ovulación, persistencia del folículo, etc.).

#### G-4.- Examen radiológico del cráneo.

Se realiza una radiografía anteroposterior

y otra lateral del cráneo, para conocer la morfología de los huesos craneales y sobre todo de aquellos que están en relación con la glándula hipofisaria, como es la silla turca.

De existir en estas proyecciones radiológicas algún dato que haga sospechar cualquier proceso a nivel hipofisario, se solicita un examen tomográfico de la silla turca, que pone en evidencia, aunque no siempre procesos ocultos que nos lleva a pedir para confirmar su existencia y su colocación exacta, la realización de una tomografía axial computarizada (T.A.C.).

La valoración radiológica de la silla turca se llevó a cabo según los criterios establecidos por VEZINA (1978).

#### G-5.- Campimetría visual.

En aquellos casos en que la exploración radiológica del cráneo nos muestra una imagen sugerente de la existencia de un proceso de índole

tumoral a nivel hipofisario y en las determinaciones hormonales encontramos una PRL elevada, tanto en los niveles basales como en la prueba de estimulación hipofisaria, pedimos un examen del campo visual, ya que estos procesos pueden tener repercusión sobre el nervio óptico a nivel del quiasma y ocasionar una disminución de la visión (hemianopsia, cuadrantanopsia, etc.).

En función de la sintomatología, determinaciones hormonales y alteración endocrina, se clasificaron las pacientes en tres grupos:

#### A.-DISFUNCION HIPOTALAMICA.

Se incluyen mujeres con cariotipo normal, sin hirsutismo, ovarios normales (confirmado mediante examen ultrasónico y a veces por laparoscopia), cifras normales basales de FSH, LH y Prolactina y respuesta menstrual a la Progesterona. Este grupo estaba integrado por 87 casos, con una edad media de 21.26 años.

Considerando los grupos de edades establecidos anteriormente, tenemos:

- Entre 17 y 20 años: 45 casos. De este grupo, 41 mujeres eran solteras, de las que 29 no mantenían relaciones sexuales, mientras que 12 si las mantenían y 4 mujeres eran casadas, siendo 3 de ellas estériles y una no, la cual tenía al menos un hijo.

- Entre 21 y 25 años: 33 casos. De estas mujeres, 21 estaban solteras, no manteniendo actividad sexual 10 de ellas, mientras que 11 si la mantenían; 12 mujeres estaban casadas, siendo 6 estériles y 6 no, teniendo 5 mujeres al menos un hijo.

- Entre 26 y 30 años: 5 casos. Todas las mujeres de este grupo estaban casadas, si bien 2 de ellas eran estériles y 3 no lo eran, teniendo 4 de éstas al menos un hijo.

- Entre 31 y 35 años: 4 casos. De éstas sólo una era soltera y no mantenía relaciones sexuales, mientras que 3 estaban casadas y todas al menos tenían un hijo, no siendo estériles.

#### B.- SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS.

Este grupo lo integran mujeres con hirsu-

tismo, demostración de ovarios engrosados, alteraciones menstruales, así como obesidad y esterilidad en muchos de ellos. Estaba formado por 51 casos, siendo su edad media de 22.72 años.

Según la clasificación anterior, encontramos:

- Entre 17 y 20 años: 20 casos. Dentro de este grupo, 19 mujeres eran solteras, de las cuales 14 no mantenían relaciones sexuales y 5 si las mantenían; 1 mujer estaba casada, si bien no tenía hijos.

- Entre 21 y 25 años: 21 casos. De estas pacientes 15 eran solteras, de las que 8 no mantenían relaciones sexuales y 7 si las mantenían y 6 mujeres eran casadas, de las cuales 5 eran estériles y una no lo era, teniendo 2 de ellas al menos un hijo.

- Entre 26 y 30 años: 6 casos. De estas mujeres, 3 eran solteras, si bien sólo 2 de ellas mantenían relaciones sexuales y 3 eran casadas, de las cuales 2 eran estériles y una no, aunque ninguna tenía hijos.

- Entre 31 y 35 años: 4 casos. Todas estas



mujeres estaban casada, siendo estériles 2 de ellas y las otras 2 no, teniendo 2 mujeres al menos un hijo.

C.- HIPERPROLACTINEMIA BASAL.

Está constituido por mujeres que presentaron cifras de Prolactina (PRL) superiores a los 20 ng/ml, asociadas generalmente a alteraciones menstruales y galactorrea subjetiva o bien confirmada por la expresión de la mama. Lo integran 34 casos, siendo su edad media de 24.14 años.

Al igual que en los grupos anteriores, tenemos:

- Entre 17 y 20 años: 9 casos. En este grupo 8 mujeres eran solteras, no manteniendo ninguna actividad sexual y una era casada y tenía hijos.

- Entre 21 y 25 años: 9 casos. De estas mujeres, 4 estaban solteras, manteniendo toda actividad sexual y 5 estaban casadas, de las que 1 era estéril y 4 no lo eran, aunque ninguna de ellas tenía hijos.

- Entre 26 y 30 años: 12 casos. Dentro

de este grupo, 5 mujeres eran solteras, de las cuales 3 no mantenían relaciones sexuales y 2 si mantenían y 7 mujeres eran casadas, de las que 2 eran estériles y 5 no lo eran, teniendo 6 mujeres al menos un hijo.

- Entre 31 y 35 años: 4 casos. De estas mujeres, sólo una estaba soltera, mantenía relaciones sexuales y era madre de un hijo, mientras que las 3 restantes estaban casadas, siendo una estéril y 2 no, si bien éstas últimas tenían al menos un hijo.

De estas 172 mujeres, la mayoría fueron remitidas por su médico de cabecera, algunas procedían de los Ambulatorios de la Seguridad Social, otras las enviaban los especialistas de Dermatología y Endocrinología, otras se remitieron desde la consulta de Ginecología general del propio servicio y por último un número escaso procedían de consultas privadas.

## M E T O D O S

### \*\* PSICOLOGICOS.

Todas las pacientes objeto de estudio, acudieron a la consulta de Ginecología Psicosomática que dirige la D<sup>a</sup> Cuenca, donde se les realizó el siguiente estudio:

#### A.- Historia clínica psicosomática.

Consiste en una historia estandarizada y computarizada, que se hace a solas, en un ambiente en el que se evita lo más posible las interferencias externas y de la que nosotros para nuestro estudio hemos utilizado los siguientes items:

1.- Datos de filiación: nombre y apellidos, dirección y procedencia.

2.- Edad de la paciente.

3.- Estado civil de la mujer. Se ha clasificado en :

0.- Soltera.

- 1.- Casada 1 año.
- 2.- Casada 2-5 años.
- 3.- Casada 6-15 años.
- 4.- Casada más de 15 años.
- 5.- Viuda.
- 6.- Separada.

4.- Paridad

5.- Esterilidad involuntaria.

- 0.- No.
- 1.- Primaria, menos de 2 años.
- 2.- Primaria, 2-5 años.
- 3.- Primaria, más de 5 años.
- 4.- Secundaria, menos de 2 años.
- 5.- Secundaria, 2-5 años.
- 6.- Secundaria, más de 5 años.

6.- Infertilidad.

- 0.- No.
- 1.- 1-2 abortos primarios.
- 2.- más de 2 abortos primarios.
- 3.- 1-2 abortos secundarios.

4.- más de 2 abortos secundarios.

5.- pérdidas fetales.

7.- Anticoncepción.

0.- No la practica.

1.- Coito interrumpido.

2.- Ritmo.

3.- Preservativo.

4.- Anovulatorios.

5.- DIU.

6.- Combinaciones.

8.- Clase social.

1.- Alta.

2.- Media-Alta.

3.- Media.

4.- Media-Baja.

5.- Baja.

9.- Edad de la menarquia. Los datos los agrupamos en grupos de edades:

1.- Menos de 10 años.

2.- De 10-13 años.

3.- De 14-16 años.

4.- Más de 16 años.

10.- Dismenorrea.

0.- No presenta.

1.- Algo.

2.- Analgésicos.

3.- Cama. La paciente necesita reposo para calmar su molestia.

4.- Muy fuerte. El dolor es tan intenso que constituye motivo de consulta.

11.- Comienzo de la actividad sexual.

0.- No hay actividad sexual.

1.- Antes de los 15 años.

2.- De 16-18 años.

3.- De 19-21 años.

4.- De 22-25 años.

5.- De 26-30 años.

6.- Después de los 30 años.

12.- Tipo de actividad sexual.

0.- No hay actividad sexual.

- 1.- Prematrimonial.
- 2.- Intramatrimonial
- 3.- Pre e intramatrimonial.
- 4.- Extramatrimonial.
- 5.- Intra y extramatrimonial.

13.- Tamaño de la familia de origen.

- 1.- Hija única.
- 2.- Hermana.
- 3.- Hermano.
- 4.- Dos ó más hermanos hembras.
- 5.- Dos ó más hermanos varones.
- 6.- Hermano y hermana.
- 7.- Tres ó más de ambos sexos.

14.- Posición de la paciente en la serie de hermanos.

- 1.- Mayor.
- 2.- Intermedia.
- 3.- Menor.

B.- Test Psicológicos.

Una vez cumplimentada la historia, la paciente es sometida a una batería de test psicológicos, entre los que se encuentran:

B-1.- CUESTIONARIO GINECOLOGICO (SALVATIERRA y CUENCA).

Los cuestionarios han sido y probablemente siguen siendo el procedimiento más utilizado en la exploración del carácter y de la personalidad.

La gran difusión de ellos se debe a varias razones: permiten obtener información sobre gran número de individuos en poco tiempo; su manejo es relativamente fácil; su valoración no requiere personal especializado; se adapta al reconocimiento de los más diversos rasgos de la personalidad; ofrece valores objetivos y en muchos casos numéricos; puede utilizarse en diversos ambientes y para múltiples aplicaciones. Es en pocas palabras, una entrevista codificada de la cual se puede obtener la máxima utilidad y cuyos resultados pueden evaluarse mejor.



En general, los cuestionarios consisten en una serie orgánica de preguntas minuciosamente seleccionadas, que el sujeto debe contestar en forma preestablecida y ajustándose a la realidad.

Uno de los cuestionarios más estudiados es el Cornell FN-2, el cual fue aplicado en España por vez primera por CERDA (1957) y posteriormente en nuestro medio por CUENCA (1960), revelándose el mismo como un método fiable y válido para detectar en nuestra población de Andalucía Oriental, inestabilidad psicológica o neuroticismo, según el concepto de EYSENCK (1970), quien lo define como un rasgo general de la personalidad, que determina el nivel de adaptación del sujeto a las condiciones de su medio y que varía en el conjunto de la población de un modo gradual según una curva de distribución normal, concepto que coincide con las investigaciones de CUENCA y SALVATIERRA (1968).

Sin embargo el Cornell FN-2 en su redacción inicial no era demasiado breve (101 preguntas), por lo que tras los estudios estadísticos corres-

pondientes se llegó a la conclusión de que realmente había 32 preguntas que tenían un valor claramente relevante, con lo cual se tuvo así la base para redactar un Cuestionario Ginecológico (CUENCA y SALVATIERRA, 1978) que consta de 85 cuestiones y cuyo fundamento consiste en el estudio de la mujer de forma objetiva, simultánea y sencilla desde cuatro puntos de vista:

1) Síntomas ginecológicos:

Los síntomas cardinales de la Ginecología (hemorragia, dolor y flujo) se estudian, sobre todo los dos primeros en dos escalas:

a.- Menstruación (11 cuestiones): de la 1 a la 11.

b.- Pelviaigia (8 cuestiones): de la 12 a la 19.

2) Parámetros de sobrecarga específicos.

Aunque un stress ambiental puede tener muy diferentes orígenes, interesa para el ginecólogo cual es la actitud de la mujer frente a tres aspectos que pueden ser fuente de conflictos que

están específicamente relacionados con su condición de mujer. Estas actitudes se evalúan en 3 escalas:

a.- Rechazo de embarazo (8 cuestiones): 3, 19, 25, 26, 28, 29, 36 y 37.

b.- Rechazo sexual (8 cuestiones): 18, 27, 30, 31, 32, 33, 34 y 35.

c.- Rechazo del papel femenino tradicional o actitud femenina (5 cuestiones): 10, 39, 40, 41 y 42.

3) Parámetros de respuesta vegetativa.

Se intentan objetivar a su vez en dos escalas:

a.- Recuento menopáusico de BLATT (12 cuestiones): 44, 45, 47, 55, 56, 57, 65, 71, 75, 78, 79 y 81.

b.- Índice SFV (Sistema Endocrino Vegetativo) de CURTIUS-KRUGER (20 cuestiones): aparte de las menstruales 4, 6, 7 y 8, están la 20, 21, 23 y las de vasolabilidad: 44, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 68 y 76.

4) Escala de neuroticismo.

Está muy relacionada con las anteriores, constituida por la forma abreviada del Cornell FN-2, que la integran 32 cuestiones: 23, 24, 44, 45, 46, 47, 48, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84 y 85.

También estudiamos el Índice de Ansiedad, que se valora a través de 43 cuestiones: 11, 23, 24, 29, 30, 31, 32, 37, 38, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 79, 80, 81, 82, 83 y 85.

Dado que existen preguntas comunes a las diferentes escalas, el Cuestionario Ginecológico es más breve que la suma de las cuestiones de las diferentes escalas, resultando así 85 preguntas de elección forzada, autorreferida, a las que se contesta de forma disyuntiva SI o NO.

En todas las cuestiones se valora la res-

puesta SI, excepto en la 27, 32, 39, 40, 58, 82 y 84, en las que lo valorado es la respuesta NO.

En cada parámetro de este cuestionario, se han establecido unos valores normales:

* Menstruación:	0-4
* Pelvialgia:	0-2
* R. Embarazo:	0-3
* R. Sexual:	0-3
* R. Papel Femenino:	0-2
* S.E.V. :	0-7
* BLATT:	0-6
* Ansiedad:	1-18
* Cornell:	3-14
* Total:	12-32

Apellidos .....

Nombre .....

N.º de Historia .....

Fecha .....

## CUESTIONARIO GINECOLOGICO

- |  |   |
|--|---|
| <p>1. ¿Lleva Vd. una cuenta exacta de las fechas de sus reglas? ... .. SI NO</p> <p>2. ¿Se encuentra muy mal los días anteriores a la regla?... .. SI NO</p> <p>3. ¿Se encuentra mejor cuando le baja la regla? SI NO</p> <p>4. ¿Tiene que tomar calmantes por los fuertes dolores durante las reglas?... .. SI NO</p> <p>5. ¿Tiene que guardar cama durante los días de regla? ... .. SI NO</p> <p>6. ¿Considera que sus reglas son demasiado escasas?... .. SI NO</p> <p>7. ¿Considera que sus reglas son exageradas con pérdidas excesivas? ... .. SI NO</p> <p>8. ¿Se atrasa o faltan las reglas con frecuencia? SI NO</p> <p>9. ¿Son muy irregulares sus reglas, no viniendo nunca en día fijo?... .. SI NO</p> <p>10. ¿Preferiría no tener las reglas porque lo considera un inconveniente? ... .. SI NO</p> <p>11. ¿Se asustó cuando tuvo la regla por primera vez? ... .. SI NO</p> <p>12. ¿Tiene dolores y molestias en los riñones desde hace tiempo? ... .. SI NO</p> <p>13. ¿Tiene dolores y molestias en el lado izquierdo del bajo-ventre desde hace mucho tiempo? SI NO</p> <p>14. ¿Tiene dolores y molestias en el lado derecho del bajo vientre desde hace mucho tiempo?... .. SI NO</p> <p>15. ¿La han visto otras veces por los dolores de ovario y de vientre sin encontrar alivio? ... SI NO</p> <p>16. ¿Son sus dolores de ovarios mayores cuando está de pie?... .. SI NO</p> <p>17. ¿Aumentan sus dolores de ovarios cuando se disgusta? ... .. SI NO</p> <p>18. ¿Las molestias que Vd. tiene comenzaron desde que se casó?... .. SI NO</p> <p>19. ¿Las molestias que Vd. tiene comenzaron después de algún parto?... .. SI NO</p> <p>20. ¿Se le inflama muchísimo el vientre de modo habitual? ... .. SI NO</p> | <p>21. ¿Tiene Vd. mucho flujo? ... .. SI NO</p> <p>22. ¿Nota Vd. que le huele mal el flujo? ... .. SI NO</p> <p>23. ¿Padece Vd. de estreñimiento? ... .. SI NO</p> <p>24. ¿Tiene Vd. con frecuencia náuseas y malestar de estómago? ... .. SI NO</p> <p>25. ¿Ha tenido Vd. muy malos embarazos?... .. SI NO</p> <p>26. ¿Ha sufrido Vd. mucho en los partos? ... .. SI NO</p> <p>27. ¿Tiene relaciones sexuales más de una vez a la semana? ... .. SI NO</p> <p>28. ¿Se retira su marido antes de terminar el acto sexual para evitar el embarazo?... .. SI NO</p> <p>29. ¿Tiene muchísimo miedo de quedar embarazada? ... .. SI NO</p> <p>30. ¿Le apetecen a Vd. las relaciones sexuales? SI NO</p> <p>31. ¿Le producen molestias o dolor las relaciones sexuales? ... .. SI NO</p> <p>32. Alcanza generalmente satisfacción completa en las relaciones sexuales?... .. SI NO</p> <p>33. ¿Sueña a veces con relaciones amorosas y se excita sin querer? ... .. SI NO</p> <p>34. ¿Se ha satisfecho sexualmente Vd. sola alguna vez?... .. SI NO</p> <p>35. ¿Cree Vd. que la mujer lleva la peor parte en la relación sexual? ... .. S. NO</p> <p>36. ¿Su marido y Vd. están de acuerdo en no tener más hijos? ... .. SI NO</p> <p>37. ¿Cree Vd. que los médicos deberían prescribir medios para no tener hijos si se les pide? SI NO</p> <p>38. ¿Tiene miedo a tomar píldoras para no tener niños?... .. SI NO</p> <p>39. ¿Cree que es mejor atender la casa y la familia que trabajar fuera en un empleo? ... SI NO</p> <p>40. ¿Desea Vd. educar a sus hijos de la misma forma que su madre la educó a Vd.? ... .. SI NO</p> <p>41. ¿Ha tenido Vd. dificultades para amamantar a sus hijos?... .. SI NO</p> <p>42. ¿Cree que es mejor tener hijos varones que hijas? ... .. SI NO</p> |
|--|---|

43. ¿Cree que su marido podría portarse mejor con Vd? ... SI NO
44. ¿Siente con frecuencia escalofríos o sensación de frío?... SI NO
45. ¿Siente con frecuencia oleadas de calor, como sofocos?... SI NO
46. ¿Se ha desmayado alguna vez?... SI NO
47. ¿Siente con frecuencia vértigos, como si fuera a perder el equilibrio? ... SI NO
48. ¿Tiene propensión a desmayarse al ver sangrar a una persona? ... SI NO
49. ¿Le quedan manchas rojas en la piel al tocar o rozar con algo? ... SI NO
50. ¿Se ruboriza con facilidad?... SI NO
51. ¿Le aparecen manchas rojas con facilidad en las piernas o en el cuerpo que luego desaparecen? ... SI NO
52. ¿Es propense a tener sabañones? ... SI NO
53. ¿Se le ponen moradas las manos o los pies con frecuencia? ... SI NO
54. ¿Suda excesivamente sin tener calor? ... SI NO
55. ¿Nota con frecuencia hormiguillo en diferentes partes del cuerpo? ... SI NO
56. ¿Le duelen con frecuencia las articulaciones? SI NO
57. ¿Se le quedan acorchadas las manos o los pies con frecuencia? ... SI NO
58. ¿Se siente la mayor parte del tiempo contenta y feliz? ... SI NO
59. ¿Se figura habitualmente un futuro muy negro y un porvenir muy malo? ... SI NO
60. ¿Tiene la costumbre de permanecer callada en un segundo término en las reuniones con sus amistades? ... SI NO
61. ¿Se siente siempre fastidiada haga lo que haga? ... SI NO
62. ¿Le asaltan a veces ideas de que le va a suceder algo malo? ... SI NO
63. ¿Se arma un barullo de ideas cuando tiene que hacer alguna cosa rápidamente? ... SI NO

64. ¿Se siente intranquila o angustiada cuando se encuentra sola sin nadie amigo cerca? ... SI NO
65. ¿Le cuesta dormirse o se despierta varias veces durante la noche? ... SI NO
66. ¿Le desaniman muchísimo las preocupaciones y los pequeños disgustos? ... SI NO
67. ¿Ha tenido alguna vez una depresión nerviosa? ... SI NO
68. ¿Siente dolor en el pecho, hacia el corazón muchas veces? ... SI NO
69. ¿Su corazón empieza a ir aprisa muchas veces sin nada que lo justifique? ... SI NO
70. ¿Siente con frecuencia como si algo no la dejase respirar bien? ... SI NO
71. ¿Tiene con frecuencia palpitaciones del corazón? ... SI NO
72. ¿A veces, mientras está pensando en alguna cosa, le asalta como angustia o miedo a algo? SI NO
73. ¿Se estremece o tiembla a menudo?... SI NO
74. ¿Se despierta frecuentemente por la noche sobresaltada por ruidos o pesadillas? ... SI NO
75. ¿Se encuentra casi siempre con tensión o excitación nerviosa? ... SI NO
76. ¿Tiene las manos y los pies fríos incluso cuando tiene calor?... SI NO
77. ¿Ha tenido ataques con convulsiones en más de una ocasión?... SI NO
78. ¿Tiene temporadas de agotamiento y fatiga en que se siente muy cansada, sin fuerzas para nada?... SI NO
79. ¿Se levanta frecuentemente cansada por la mañana?... SI NO
80. ¿Tiene opresión en la cabeza que le dificulte hacer lo que tenga que hacer?... SI NO
81. ¿Se encuentra siempre tan fatigada que no tiene fuerzas ni para comer? ... SI NO
82. ¿Tiene apetito?... SI NO
83. ¿Es tímida y sensible y se azora con facilidad? SI NO
84. ¿Hace buenas amistades con facilidad?... SI NO
85. ¿Le desagradan los hombres? ... SI NO

B-2.- TEST DE APERCEPCION TEMATICA (T.A.T.)  
DE MURRAY.

a.- Fundamentos del T.A.T.

Este test se clasifica en Psicología y Psiquiatría como uno de los grandes test proyectivos, de importancia similar al test de RORSCHACH o al test de SZONDI, porque procura estudiar la motivación profunda de la conducta. Está destinado a examinar los contenidos subconscientes, represiones, complejos, intereses y contenidos emocionales de los sujetos en los que es realizado. Este test de MURRAY distingue por una mayor facilidad de aprendizaje y una mayor evidencia y seguridad de análisis e interpretación, de ahí su alto rendimiento y valor práctico.

Este test apareció en 1935, como consecuencia de los trabajos de dos estudiosos de la Clínica Psicológica de Harvard. Estos autores son H. A. MURRAY y CH. D. MORGAN, que publicaron en ese año una monografía titulada "A Method for Investigating Phantasies: The Thematic Apperception Test", donde aparece descrito su fundamento y la técnica



de valoración y aplicación, así como un número de láminas que básicamente no se ha modificado hasta nuestros días.

En pocas palabras, podemos decir que el fundamento de esta prueba se basa en el hecho cierto de que ante una situación vital, cada sujeto la vive a su modo, dependiendo de su personalidad y de su exclusiva perspectiva. La forma personal de vivir una experiencia expresa el ángulo de posición, actitud y estructura del individuo frente a la realidad vivida. Constituye un método eficaz de exploración de la personalidad subyacente, por exponer al sujeto a una amplia gama de situaciones sociales, unas corrientes y otras singulares y llevarlo a comunicar las imágenes, sentimientos, ideas y recuerdos vividos en cada uno de esos acontecimientos.

Ello fue lo que mediante un sencillo artificio, planeó realizar MURRAY con su "Test de Cuadros" (o de apercepción de temas vitales): consiste en presentar al sujeto ciertas situaciones

en imágenes, para que éste, sin percatarse, se identifique con las figuras y con entera libertad nos comunique en forma de historia dramática completa (con planteamiento, nudo y desenlace), su experiencia perceptual, mnésica, imaginativa y emocional.

b.- Aplicación y validez.

La prueba consiste en exhibir al sujeto de exploración en forma sucesiva, una colección de láminas (veinte en total) que reproducen escenas dramáticas escogidas de cuadros seleccionados o ejecutados exprofeso. Estas, por sus contornos imprecisos, su impresión difusa o su tema implícito, son lo suficientemente ambiguas como para provocar la proyección de la realidad íntima del sujeto a través de sus interpretaciones o estructuraciones perceptuales (descripciones), mnésicas e imaginativas (historias) y por su variedad son suficientes para averiguar que situaciones y relaciones sugieren al sujeto temor, deseos, dificultades, agresiones, ansiedades, necesidades y presiones fundamentales, en la dinámica subya-

cente de su personalidad.

La validez de la información que suministra sobre los contenidos emocionales del sujeto, fue un análisis particularmente arduo, el cual se realizó de una manera irrefutable por TOMKINS (1948), aunque MURRAY ya había tenido en cuenta este problema. Se ocupó también del mismo HENRY (1947), SYMONDS (1949) y otros autores. TOMKINS, tras una exploración intensiva de setenta y cinco horas de entrevista, test y técnicas experimentales, comprobó la veracidad de los informes suministrados por el T.A.T., afirmando HILTMANN (1962), que en conjunto se ha llegado a la conclusión de que el T.A.T. pertenece a los pocos métodos verdaderamente fructíferos en psicología clínica y de diagnóstico de la personalidad.

c.- Adaptación del T.A.T. en nuestra clínica.

Cuando comenzamos a aplicar el T.A.T. a las pacientes de nuestra clínica, encontramos varios e importantes problemas: el primero, que su aplicación era muy larga para ser usado por

nosotros, exigiendo mucho tiempo, tanto para su realización como para su interpretación completa; el segundo fue que, dado el nivel cultural de la población sobre la que trabajamos, las respuestas a las láminas eran muy concisas y poco adecuadas a las orientaciones generales de MURRAY, que en una buena ortodoxia para la aplicación del test hacían no válidos muchos de los protocolos recogidos; otro inconveniente fue que muchas de las láminas no daban ninguna información útil, sólomente una mera descripción "neutra" de lo representado.

Estos problemas nos llevaron a confeccionar una adaptación del T.A.T. y siguiendo los estudios de GRIMM (1961), nos pareció que podía ser suficiente para un estudio psicossomático en Ginecología el uso de menos láminas. Por esta razón seleccionamos ocho láminas que eran las mejor contestadas por nuestras pacientes. Estas láminas son la nº 1, 2, 4, 6, 13, 18 y 18VH, que describimos más adelante.

Dentro de esta línea de adaptación confeccionamos una puntuaciones o índices que nos ayudan a la comprensión y manejo del test. Estos se establecen según las descripciones de las láminas, prescindiendo de que el protocolo de cada una, tenga o no una amplia narración, de la cual puedan deducirse consideraciones psicodinámicas.

Los índices que nosotros consideramos son:

\*\* Índice de ansiedad. Refleja tensiones emocionales profundas, que la paciente no es capaz de dominar.

\*\* Índice de agresividad. Nos habla de tendencias dirigidas a dañar a otro, incluso a sí misma.

\*\* Índice de culpabilidad. Nos traduce la sensación más o menos inmotivada y que exige un castigo real o simbólico.

\*\* Índice de adaptación femenina o feminidad. Con él queremos indicar si la mujer está bien adaptada al papel que la sociedad le encomienda para su oficio de mujer, para sus funciones maternas, para amar y ser amada.

\*\* Indice de inseguridad. Nos indica sentimientos de no ser estimada, de no estar convencida o segura de algún hecho, de no ser capaz de retener a alguien o algo.

\*\* Indice de depresión. Con este índice expresamos ideas de tristeza, de soledad, de angustia, de abandono, etc.

\*\* Indice de rechazo. Mediante este índice queremos traducir el sentimiento de ser rechazada o de rechazar por parte de la mujer.

Estos índices se expresan por puntuaciones que valoramos de 0 a 8 y que se obtienen evaluando las expresiones y su contenido, según el valor simbólico de la palabra. Generalmente damos un punto en cada lámina a cada uno de los índices.

Los índices anteriores los dividimos en normal o bajo, para las puntuaciones de 0, 1 y 2; medio, si las puntuaciones son 3, 4 y 5; alto, si supera las puntuaciones con valores de 6, 7 y 8.

Además de lo dicho y a pesar de que las historias relatadas por las pacientes en muchos casos sean cortas y no se atengan a un futuro, presente y pasado, como exige el test, si pueden extraerse de ellas conclusiones y datos que ayudan a comprender el comportamiento de la paciente, su dinámica profunda y en muchos casos las motivaciones que le llevan a aferrarse a su enfermedad. Estos datos puestos en relación con la psicobiografía de los otros test que realizamos, dan una información bastante correcta y nos permiten enfocar en un todo psíquico y orgánico, los padecimientos de nuestras pacientes.

d.- Descripción de las láminas empleadas.

Las láminas usadas por nosotros están tomadas del "Test de Apercepción Temática (T.A.T.). Manual para la Aplicación" de HENRY A. MURRAY. Su descripción es la siguiente:

\* Lámina 1.- Un niño contempla un violín instalado sobre una mesa ante él. (Dibujo de Chistian D. MORGAN).

\* Lámina 2.- Escena campestre: en primer plano, una joven con libros en las manos. Al fondo, un hombre trabajando en el campo y una mujer mayor mirando a lo lejos. (Mural por Leon KROLL, reproducido con permiso especial del Departamento de Justicia de los Estados Unidos).

\* Lámina 4.- Una joven estrecha los hombros de un hombre, cuya cara y cuerpo aparta como si tratase de separarse de ella. (Ilustración por C. C. BEALL, reproducida con autorización especial de Collier's, Copyright 1940, por The Crowell-Collier Publishing Company).

\* Lámina 6.- Una mujer joven, sentada sobre el borde de un sofá, mira hacia atrás, por sobre su hombro a un hombre de edad con una pipa en la boca que parece dirigirle la palabra. (Parte de una ilustración de H. RUBIN, reproducida con autorización especial de The Saturday Evening Post, Copyright 1941, por The Curtis Publishing Company).



\* Lámina 7.- Mujer sentada en un sofá muy próxima a una niña, hablándole o leyéndole. La niña, que sostiene una muñeca en su regazo, mira a lo lejos. (Cuentos de hadas, por SHULKIN; reproducido con permiso especial de The Metropolitan Museum of Art. de Nueva York).

\* Lámina 13.- Un joven de pie con la cabeza inclinada, cubierta por su brazo. Detrás de él la figura de una mujer tendida en una cama. (Dibujo de Samuel THALL).

\* Lámina 18.- Una mujer tiene apretadas estrechamente sus manos alrededor de otra, a quien parece empujar contra la baranda de una escalera. (Dibujo de Samuel THALL).

\* Lámina 18 VH.- Hombre asido de atrás por tres manos. Las figuras de sus agresores no son visibles. (Dibujo de D. MORGAN).

El significado de la clave utilizada en el T.A.T., es el siguiente:

- V.- (varones) para niños.
- N.- para niñas.
- H.- para varones mayores de 14 años.
- M.- para mujeres mayores de 14 años.

Cuando a un número no le sigue clave alguna (V, N, H o M), se indica que la lámina es adecuada para ambos sexos y todas las edades. Cuando dos letras se representan juntas, expresan que la lámina se aplica conjuntamente a ambos valores.

Nosotros en nuestro estudio, hemos insistido fundamentalmente en cuatro aspectos del T.A.T., los cuales son: Actitud sexual consciente, Actitud sexual inconsciente, Relaciones interpersonales (estudiadas en la lámina 2) y Relaciones madre-hija (deducidas de la lámina 7). A continuación exponemos con más amplitud cada uno de estos apartados.

1.- Actitud sexual consciente.

Se expresa básicamente en las láminas 6 y 13, aunque puede ampliarse con el resto de la batería. Calificamos la actitud de:

\* No expresada: cuando no hay ninguna referencia al sexo en ninguna de las láminas.

\* Positiva: relatos que se refieren a una relación heterosexual, o a sus prolegómenos, con buena aceptación por parte de la mujer, como algo natural y agradable.

\* Negativa: si las historias conllevan violencia, empleo de la fuerza, rechazo, desagrado, malas consecuencias, etc., siempre refiriéndose a la relación sexual.

\* Ambivalente: historias mezcladas y contradictorias.

\* Preocupación: cuando los contenidos sexuales son numerosos, apareciendo en otras láminas además de la 6 y 13.

## 2.- Actitud sexual inconsciente o sentimientos latentes.

Se califican así sentimientos y emociones no sexuales, evidenciados en las historias despertadas por las láminas 6 y 13. Hemos clasificado estas proyecciones como:

\* Ansiedad: historias de enfermedad o muer-

te, catástrofe, miedo, etc.

\* Culpabilidad: relatos en que los personajes tienen horror ante lo realizado, se arrepienten, sufren por ello, etc.

\* Depresión: aparecen sentimientos de pena, de soledad, de desconsuelo, etc.

\* Rechazo: la mujer rechaza lo que le proponen, huye de una relación no sexual, etc.

\* Sentimientos combinados: cuando hay historias de culpabilidad y/o rechazo asociadas a datos de ansiedad y/o depresión.

\* Ningún sentimiento: cuando no se proyecta ningún sentimiento.

### 3.- Relaciones interpersonales (lámina 2).

Las historias producidas ante esta lámina incluyen la percepción de distintas relaciones entre los tres personajes: una joven, una mujer de mayor edad y un hombre. Estas relaciones pueden reducirse esencialmente a:

\* Familiar: se trata de un padre, madre e hija, en un contexto convencional.

\* Relación entre las dos mujeres: a veces

familiar, otras no, con exclusión del hombre, que es ignorado o no interviene.

\* Relación triangular: hay una rivalidad entre las dos mujeres frente al hombre, con distintas reacciones de la más joven: decisión de lucha, retirada, refugio en los libros u otras actividades tradicionalmente no femeninas, etc.

\* Relación hombre-mujer: se trata del marido o del novio, etc., con el que la mujer más joven se relaciona, mientras la otra mujer es ignorada o interviene en segundo plano.

\* Relación de dos niveles: en estas historias no hay una relación directa entre la joven y las otras figuras, tratándose de una maestra, una estudiante, etc., que ha salido al campo y contempla el trabajo de los otros personajes como quien mira un cuadro, haciendo consideraciones sobre la vida rural, etc.

\* Ausencia de relación: historias poco estructuradas en las que no se describe una relación entre las figuras.

4.- Relaciones madre-hija (lámina 7).

Los relatos pueden referirse a:

\* Predominio materno e apersonación: las historias se refieren a la madre, mientras la hija no realiza ninguna acción o intervención, quedando completamente anuíada.

\* Equilibrio o atención: en las historias intervienen madre e hija, realizando una labor conjunta y armónica, en términos afectuosos y de colaboración, una lee y la otra atiende, piensan las dos en el padre ausente, proyectan algo, etc.

\* Falta de atención o rebeldía: relatos de desacuerdo o de rechazo de la acción de la madre por parte de la hija, lo que tal vez sea una interpretación objetiva de la lámina, ya que la niña está ligeramente vuelta de espaldas a la madre, como estando enfadada o en contra.

\* Indefinida: no se perciben las figuras como la madre e hija, sino como hermanas, amigas, etc. En este apartado se incluyen respuestas como: no es la madre; no se ocupa de la hija; simple descripción; egocéntrica, cuando sólo se ocupa de la hija y rechazo del niño. (CUENCA y SALVA-TIERRA, 1981).



Lam. 1



Lam. 2





Lam. 4



Lam. 6



Lam. 7



Lam. 13



Lam. 18



Lam. 18VH

Después de realizados estos test psicológicos, la paciente es sometida a la entrevista.

C.-ENTREVISTA.

Consiste fundamentalmente en una anamnesis biográfica en la que se pretende relacionar el comienzo y evolución de los síntomas, en nuestro caso trastornos menstruales con las circunstancias fundamentales de la mujer y en todo caso interesa hacer referencia especial al ambiente familiar primario, relación con los padres y hermanos, actividad sexual, relaciones maritales, existencia de embarazos, etc. y otras posibilidades de conflictos como son: cambio de domicilio, problemas familiares, problemas laborales, tensiones familiares, así como cualquier otra circunstancia que acontezca en la vida de la paciente.

\*\* ESTADISTICOS.

Los resultados obtenidos, han sido estudiados estadísticamente, utilizando una de estas dos pruebas:

1.- Prueba de CHI-CUADRADO.

Es un test estadístico muy útil cuando los valores están agrupados en frecuencias y confronta una distribución experimental con otra teórica, a un nivel de confianza preestablecido.

Supongamos que tenemos  $n$  observaciones de un fenómeno cualquiera y que éstas pueden agruparse en  $k$  clases distintas con  $x_1, x_2, \dots, x_k$ , observaciones cada una respectivamente, de modo que  $\sum_{i=1}^k x_i = n$ . Supongamos, también que la probabilidad de que una observación pertenezca a la clase  $i$  es  $P_i$  ( $i=1,2,\dots,K$ ) en la población básica, a la que se supone pertenecen las  $n$  observaciones. Cada una de las  $K$  clases lleva entonces una frecuencia relativa  $\frac{x_i}{n}$ , en la distribución muestral y una probabilidad  $P_i$  en la distribución poblacional.



De acuerdo con el principio de los mínimos cuadrados, tenemos como media de la desviación una expresión de la forma:

$$\sum_1^k C_i \left( \frac{x_i}{n} - p_i \right)^2$$

donde los coeficientes  $C_i$  pueden elegirse de modo arbitrario. Karl Pearson demostró que si se toma

$$C_i = \frac{n}{p_i}$$

se obtiene una medida de la desviación

$$\chi^2 = \sum_1^k \frac{(x_i - np_i)^2}{np_i}$$

que se distribuye según una  $\chi^2$  de PEARSON cuando el tamaño  $n$  de la muestra tiende a infinito, con  $K-1$  grados de libertad.

Resulta así una  $\chi^2$  en término de las frecuencias observadas  $x_i$  y de las frecuencias esperadas  $np_i$  de las  $K$  clases.

Si la divergencia es sólo debida al azar,

el valor de  $\chi^2$  jamás excederá con un coeficiente de seguridad dado, de cierto límite que se trata de preestablecer. Si por el contrario, la divergencia es superior a ese límite, es razonable pensar que no se debe sólo al azar de las tomas de las muestras.

2.- Contraste de dos medias: t de STUDENT.

Hay casos en los que interesa comparar las medias  $m_1$  y  $m_2$  de dos poblaciones, dándose la circunstancia de que los valores observados en las dos muestras extraídas están apareados; es decir, a cada observación de la primera muestra le corresponde otra en la segunda muy relacionada con aquella.

Cuando las observaciones estadísticas aparecen así apareadas, en vez de elegir dos muestras aleatorias, debe extraerse una muestra aleatoria de pares de observaciones.

Supongamos que el experimento da los pares  $(x_1 y_1), (x_2 y_2), \dots, (x_n y_n)$ . Podemos calcular

las diferencias  $d_i = x_i - y_i$  de cada par, obteniendo una muestra  $d_1, d_2, \dots, d_n$ . Trabajaremos entonces con estas diferencias y el problema será contrastar la diferencia poblacional  $m_d = m_1 - m_2$  por medio del estadístico:

$$t = \frac{m_1 - m_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

donde  $m_1 - m_2 = d$  (diferencia de medias) y  $s_1^2$  y  $s_2^2$  son las varianzas de las medias comparadas.

En estas condiciones si el valor observado para  $m_1 - m_2$  en las dos muestras estudiadas es superior a 2, se encuentra fuera del intervalo de confianza de la media cero y el coeficiente de seguridad adoptado (95 p100) se puede considerar como no debido al simple azar. Se dice que la diferencia observada es significativa.

RESULTADOS

RESULTADOS PSICOLOGICOS SEGUN EL ESTADO  
Y ACTIVIDAD SEXUAL DE LAS PACIENTES.

En la tabla I se observan los valores medios de los diferentes parámetros del Cuestionario Ginecológico en los tres grupos de pacientes considerados.

Como puede verse los valores más altos para la mayoría de los parámetros se dan en las mujeres casadas, excepto en lo referente a rechazo sexual y feminidad.

Las diferencias son muy significativas para todos los parámetros, excepto para los considerados anteriormente y los síntomas menstruales entre las solteras sin actividad sexual y casadas. Las diferencias se mantienen pero son bastante menores entre casadas y solteras con actividad sexual, de tal manera que este último grupo tiene unos valores intermedios entre los de las solteras sin actividad sexual y las casadas.

En la tabla II se muestra la incidencia de valores anormales en el Cuestionario Ginecoló-

gico en los diversos grupos de pacientes.

Se puede ver como las mayores tasas de anormalidad se dan en el grupo de casadas y las más bajas en las solteras sin actividad sexual, sucediendo este hecho en todos los parámetros, excepto feminidad.

En la tabla III-a se señala la actitud sexual consciente en el T.A.T. en los diferentes grupos.

Se observa que una porción sumamente importante (45.93 p100) de mujeres tienen una actitud sexual consciente negativa o conflictiva y esto sucede de forma parecida para cada grupo de pacientes, de tal modo que las diferencias entre ellos no tienen carácter significativo.

Si comparamos en la tabla siguiente (III-b) la actitud sexual consciente con la actividad sexual, independientemente del estado civil, vemos que la tendencia se mantiene, aunque las diferen-

cias no son evidentes, por lo que podemos decir que no hemos encontrado relación entre la actitud sexual consciente de la mujer y la actividad sexual.

Representamos en la tabla (IV-a) la actitud sexual inconsciente en el T.A.T. en los diferentes grupos de pacientes.

Observamos que en un porcentaje elevado (89.54 p100), aparecen actitudes sexuales inconscientes, las cuales son más manifiestas en las mujeres casadas, mientras que en los otros grupos son algo menores, aunque sin predominio de ninguno de ellos.

Fijándonos en el grupo de combinaciones, consideradas éstas como formas más graves de rechazo, vemos que su incidencia es mayor en casadas y algo menos en solteras con actividad sexual, mientras que es menor en solteras sin actividad sexual, a pesar de lo cual no hay diferencias claramente significativas.



Si comparamos en la tabla IV-b la actitud sexual inconsciente y el estado civil, vemos que en el grupo de casadas prácticamente la totalidad de mujeres tienen actitud sexual inconsciente manifiesta, siendo el mayor porcentaje para el grupo de combinaciones. En el grupo de solteras vemos que el porcentaje de anormalidad es menor (86.4 p100), sobre todo a expensas del apartado de alteración emocional. Estas diferencias, estudiadas desde el punto de vista estadístico muestran significación:  $p < 0.005$ .

Estudiando las relaciones interpersonales (Lámina 2) en el T.A.T. en los diferentes grupos de pacientes en la tabla V, observamos que el 69.19 p100 de las mujeres estudiadas, tienen unas tendencias o proyecciones no afectivas, siendo mayor la evidencia en mujeres solteras con actividad sexual y menor en casadas, estando las solteras sin actividad sexual entre ambos grupos.

Dentro de las mujeres con proyecciones afectivas ante la Lámina 2, podemos ver como los

términos anteriores se invierten, siendo mayor su incidencia en el grupo de casadas y menor en el de solteras con actividad sexual, a pesar de lo cual las diferencias entre estos tres grupos no son estadísticamente significativas.

En la tabla VI se estudian las relaciones madre-hija (Lámina 7) en el T.A.T. en los diferentes grupos de pacientes.

Como puede verse, sólo un 25 p100 de las pacientes expresan unas relaciones problemáticas, siendo el grupo de solteras con actividad sexual donde la incidencia es mayor, mientras que en el de casadas ésta es algo más baja, siendo el grupo de solteras sin actividad sexual donde son menos evidentes (20 p100).

En cuanto a las relaciones no problemáticas (75 p100), vemos que la mayor proporción acontece en solteras sin actividad sexual y la menor en solteras con actividad sexual, quedando las casadas en un término medio. Al comparar estas diferenen

cias, vemos que no hay significación desde el punto de vista estadístico.

Se exponen en la tabla VII los factores de conflicto en el desarrollo en los diferentes grupos de pacientes.

Encontramos que la incidencia de conflictos en el desarrollo es mucho menor en las mujeres casadas que en las solteras y dentro de éstas en las que no tienen actividad sexual, que son las que presentan menos conflictos en el desarrollo.

Entre las posibilidades consideradas por nosotros como factores de conflicto, vemos que las diferencias más importantes se dan en el caso de mal ambiente familiar, que ocurre con mayor frecuencia en las solteras con actividad sexual (20.94 p100), mientras que en las casadas sólo es de un 7.4 p100.

Otro factor a resaltar es el ser la primera hija, hecho que es más frecuente en las solteras

sin actividad sexual (20 p100), mientras que en los otros grupos oscila entre un 9 y un 11 p100.

En la tabla VIII aparecen descritos los factores de conflicto actual en los diferentes grupos de pacientes.

Vemos como entre los factores considerados como conflicto, los problemas prematrimoniales son los más frecuentes con mucho en solteras con actividad sexual (30.27 p100), mientras que el grupo de solteras sin actividad sexual es el de menor incidencia (8 p100).

Otro factor a considerar es la separación familiar por estudios, el cual es mucho más frecuente en solteras que en casadas y dentro de aquellas en las que no mantienen relaciones sexuales (17.34 p100).

Podemos resaltar también la incidencia de problemas, discusiones o ruptura con el novio o compañero, hecho que es mucho más frecuente

en solteras (alrededor del 12 p100), mientras que no aparece en ninguna mujer casada.

Se representa en la tabla IX la incidencia de conflictos en el desarrollo y conflictos actuales en las mujeres según el estado civil.

En lo referente a los conflictos en el desarrollo, vemos que la incidencia es muy elevada tanto en solteras como en casadas, aunque algo menor en estas últimas, hecho que desde el punto de vista estadístico muestra significación:  $p < 0.025$ .

En cuanto a los conflictos actuales, observamos que son las casadas las que presentan una menor tasa de conflictos, mientras que la inmensa mayoría de las solteras (73.73 p100) presentan algún tipo de conflicto. Estas diferencias son significativas desde el punto de vista estadístico:  $p < 0.0125$ .

TABLA I

VALORES MEDIOS DEL CUESTIONARIO GINECOLOGICO EN  
LOS DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES

	SOLTERAS SIN ACTIVD. SEXUAL n = 75 $\bar{x} \pm e$	SOLTERAS CON ACTIVD. SEXUAL n = 43 $\bar{x} \pm e$	CASADAS n = 54 $\bar{x} \pm e$
MENSTRUACION	4.24 $\pm$ 0.17	4.48 $\pm$ 0.22	4.51 $\pm$ 0.25
ALGIA	1.09 $\pm$ 0.13	1.58 $\pm$ 0.24	2.24 $\pm$ 0.25
RECHAZO SEXUAL	2.53 $\pm$ 0.14	3.00 $\pm$ 0.13	2.29 $\pm$ 0.23
RECH. EMBARAZO	1.32 $\pm$ 0.09	1.97 $\pm$ 0.18	2.79 $\pm$ 0.25
FEMINIDAD	1.54 $\pm$ 0.11	1.74 $\pm$ 0.15	1.50 $\pm$ 0.16
S.E.V.	5.65 $\pm$ 0.33	6.44 $\pm$ 0.44	7.68 $\pm$ 0.39
BLATT	3.61 $\pm$ 0.30	4.69 $\pm$ 0.41	5.24 $\pm$ 0.42
ANSIEDAD	12.77 $\pm$ 0.63	14.34 $\pm$ 1.00	16.59 $\pm$ 0.98
CORNELL	10.04 $\pm$ 0.59	11.41 $\pm$ 0.83	12.18 $\pm$ 0.79
TOTAL	24.50 $\pm$ 1.02	28.55 $\pm$ 1.39	31.87 $\pm$ 1.61

TABLA II

INCIDENCIA DE ANORMALIDAD EN EL CUESTIONARIO GINECOLOGICO EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES

	SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL n = 75		SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL n = 43		CASADAS n = 54		TOTAL n = 172	
	n	%	n	%	n	%	n	%
MENSTRUACION	30	40.00	20	46.51	28	51.85	68	39.53
ALGIA	10	13.33	15	34.88	23	42.59	48	27.90
RECHAZO SEXUAL	14	18.66	7	16.27	15	27.77	36	20.93
RECH EMBARAZO	1	1.33	8	18.61	20	37.03	29	16.86
FEMINIDAD	7	9.33	11	25.58	10	18.51	28	16.27
S.E.V.	16	21.33	16	37.20	28	51.85	60	34.88
BLATT	11	14.66	10	23.25	16	29.62	37	21.51
ANSIEDAD	11	14.66	12	27.90	20	37.03	43	24.99
CORNELL	16	21.33	10	23.25	18	33.33	44	25.58
TOTAL	12	16.00	16	37.20	20	37.03	48	27.90

TABLA III-a

ACTITUD SEXUAL CONSCIENTE EN EL T.A.T. EN LOS  
DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES.

	SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL		SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL		CASADAS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
NO EXPRESA POSITIVA	44	58.66	23	53.49	26	48.15	93	54.07
NEGATIVA CONFLICTIVA	31	41.34	20	46.51	28	51.85	79	45.93
TOTAL	75	43.60	43	25.00	54	31.40	172	

$$x^2 = 1.4064$$

NS



TABLA III-b

ACTITUD SEXUAL CONSCIENTE EN EL T.A.T. Y  
ACTIVIDAD SEXUAL

	SIN ACTIVIDAD SEXUAL		CON ACTIVIDAD SEXUAL		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
NO EXPRESA POSITIVA	44	58.67	49	50.52	93	54.07
NEGATIVA CONFLICTIVA	31	41.33	48	49.48	79	45.93
TOTAL	75	43.60	97	56.40	172	

$\chi^2 = 1.3116$

NS

TABLA IV-a

ACTITUD SEXUAL INCONSCIENTE EN EL T.A.T. EN LOS  
DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES.

	SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL		SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL		CASADAS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
NORMAL	10	13.33	6	13.95	2	3.70	18	10.46
ALTERACION EMOCIONAL	38	50.67	18	41.86	21	38.89	77	44.77
COMBINACIONES	27	36.00	19	44.19	31	57.41	77	44.77
TOTAL	75	43.60	43	25.00	54	31.40	172	

$$\chi^2 = 7.7478$$

NS

TABLA IV-b

ACTITUD SEXUAL INCONSCIENTE EN EL T.A.T.  
Y ESTADO CIVIL

	SOLTERAS		CASADAS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
NORMAL	16	13.56	2	3.70	18	10.46
ALTERACION EMOCIONAL	56	47.46	21	38.89	77	44.77
COMBINACIONES	46	38.98	31	57.41	77	44.77
TOTAL	118	68.60	54	31.40	172	

$$\chi^2 = 6.8552$$

$$p < 0.05$$

TABLA V

RESPUESTAS A LA LAMINA 2 DEL TAT EN LOS  
DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES

	SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL		SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL		CASADAS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
RELACIONES NO AFECTIVAS	53	70.67	33	76.74	33	61.11	119	69.19
RELACIONES AFECTIVAS	22	29.33	10	23.26	21	38.89	53	30.81
TOTAL	75	43.60	43	25.00	54	31.40	172	

$\chi^2 = 2.8809$

NS

TABLA VI

RESPUESTAS A LA LAMINA 7 DEL T.A.T. EN LOS  
DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES

	SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL		SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL		CASADAS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
RELACIONES NO PROBLEMATICAS	60	80.00	30	69.77	39	72.22	129	75.00
RELACIONES PROBLEMATICAS	15	20.00	13	30.23	15	27.78	43	25.00
TOTAL	75	43.60	43	25.00	54	31.40	172	

$$x^2 = 1.8501$$

NS

TABLA VII

FACTORES DE CONFLICTO EN EL DESARROLLO EN LOS  
DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES

	SOLTERAS SIN ACTIV. SEXUAL		SOLTERAS CON ACTIV. SEXUAL		CASADAS		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	
NO	6	8.00	2	4.65	9	16.66	17
MUERTE DEL PADRE	2	2.66	1	2.32	2	3.70	5
MUERTE DE LA MADRE	1	1.33	-		2	3.70	3
MADRE CON MAL CARACTER	-		2	4.65	1	1.85	3
PADRE INTRANSIGENTE O VIOLENTO	3	4.00	1	2.32	2	3.70	6
DISCUSION, VIOLENCIA MAL AMBIENTE FAMILIAR	8	10.66	9	20.94	4	7.40	21
PADRES POCO CARIÑOSOS	3	4.00	-		1	1.85	4
SEPARACION ESTABLE	1	1.33	1	2.32	1	1.85	3
ENFERMEDAD ORGANICA PROPIA	-		1	2.32	-		1
SE SIENTE RECHAZADA	1	1.33	4	9.30	1	1.85	6
PRIMERA HIJA	15	20.00	4	9.30	6	11.11	25
HIJA MENOR	13	17.33	5	11.62	5	9.25	23
MAS DE 6 HIJOS EN LA FAMILIA	1	1.33	1	2.32	3	5.55	5
PREFERENCIA POR LA MADRE	3	4.00	2	4.65	8	14.81	13
PREFERENCIA POR EL PADRE	9	12.00	3	6.97	3	5.55	15
COMBINACIONES	9	12.00	7	16.27	6	11.11	22
TOTAL	75	43.60	43	25.00	54	31.40	172

TABLA VIII

## FACTORES DE CONFLICTO ACTUAL EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES

	SOLTERAS SIN ACTIV. SEXUAL		SOLTERAS CON ACTIV. SEXUAL		CASADAS		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	
NO	25	33.34	6	13.96	24	44.44	55
PROBLEMAS MATRIMONIALES	-		-		8	14.82	8
TRASLADO DE DOMICILIO	3	4.00	1	2.32	1	1.85	5
PROBLEMAS PREMATRIMONIALES	6	8.00	13	30.23	5	9.26	24
CAMBIO POR ESTUDIOS O TRABAJO	1	1.33	1	2.32	1	1.85	3
SEPARACION FAMILIAR POR TRABAJO	3	4.00	-		1	1.85	4
SEPARACION FAMILIAR POR ESTUDIOS	13	17.34	5	11.62	1	1.85	19
PROBLEMAS CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA	1	1.33	2	4.65	4	7.41	7
MUERTE PADRES POST-MENARQUIA	2	2.66	-		3	5.55	5
FUGA CON EL NOVIO	-		1	2.35	1	1.85	2
FRUSTACION, RECHAZO DEL NOVIO O COMPANERO, RUPTURA CON EL	9	12.00	5	11.62	-		14
ANOREXIA	2	2.66	2	4.65	-		4
PREOCUPACION ESTETICA	8	10.67	2	4.65	1	1.85	11
COMBINACIONES	2	2.66	5	11.62	4	7.41	11
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>43.60</b>	<b>43</b>	<b>25.00</b>	<b>54</b>	<b>31.40</b>	<b>172</b>

TABLA IX

INCIDENCIA DE FACTORES DE CONFLICTO EN EL DESARROLLO Y CONFLICTO ACTUAL SEGUN EL ESTADO CIVIL

SOLTERAS		CASADAS		TOTAL	
n = 118		n = 54		n = 172	
n	%	n	%	n	%

FACTORES DE CONFLICTO EN EL DESARROLLO

NO	8	6.78	9	16.67	17	9.89	$\chi^2 = 4.065$ $p < 0.025$
SI	110	93.22	45	83.33	155	90.11	

FACTORES DE CONFLICTO ACTUAL

NO	31	26.27	24	44.44	55	31.98	$\chi^2 = 5.624$ $p < 0.0125$
SI	81	73.73	30	55.55	117	68.02	



RESULTADOS PSICOLOGICOS SEGUN EL  
TRASTORNO MENSTRUAL.

En la tabla X se representan los valores medios de los diferentes parámetros del Cuestionario Ginecológico en el grupo de solteras sin actividad sexual, según el trastorno menstrual.

Observamos que el grupo de Opsomenorreas es el que presenta unos valores más elevados para todos los parámetros.

Desde el punto de vista estadístico, podemos ver que las diferencias no son significativas para todos los parámetros, excepto para los síntomas menstruales ( $p < 0.005$ ) y ansiedad ( $p < 0.05$ ).

De igual forma exponemos en la tabla XI los valores medios de los parámetros del Cuestionario Ginecológico, en el grupo de solteras con actividad sexual, según el trastorno menstrual.

Como puede verse los valores más altos para los diferentes parámetros se dan en las

Opsomenorreas, a excepción de rechazo sexual, feminidad y Cornell, que son más elevados en el grupo de Amenorreas secundarias.

Las diferencias no son significativas para todos los parámetros, excepto rechazo de embarazo:  $p < 0.05$ .

De forma semejante a las anteriores, en la tabla XII se reflejan los valores medios de los diferentes parámetros del Cuestionario Ginecológico en casadas según el trastorno menstrual.

Aquí vemos que los valores más altos se producen en el grupo de Amenorreas secundarias en todos los parámetros, a excepción del S.E.V. que es más elevado en las Opsomenorreas.

Estadísticamente las diferencias son significativas en: rechazo sexual ( $p < 0.0005$ ), rechazo de embarazo ( $p < 0.0025$ ), ansiedad ( $p < 0.05$ ) y Cornell ( $p < 0.05$ ), mientras que en el resto

no hay significación.

Estudiamos en la tabla XIII-a las puntuaciones elevadas en el Cuestionario Ginecológico según el trastorno menstrual.

Vemos que en líneas generales es el grupo de Amenorreas secundarias, el que presenta unos porcentajes mayores de puntuaciones elevadas, para todos los parámetros con excepción de síntomas menstruales, algia y S.E.V.

En cuanto al grupo de Amenorreas secundarias, es el Cornell el parámetro que está más frecuentemente elevado (74.28 p100), seguido de síntomas menstruales (45.71 p100) y rechazo sexual (34.28 p100), al igual que el total del cuestionario.

Por lo que respecta a las Opsomenorreas, también es el Cornell el parámetro que está elevado en la mayor parte de los casos (58.39 p100), seguido de síntomas menstruales (45.25 p100)

y S.E.V. (35.76 p100).

En la tabla XIII-b se exponen las puntuaciones elevadas de rechazo sexual en el Cuestionario Ginecológico según el trastorno menstrual.

Vemos que es el grupo de Amenorreas secundarias el que presenta una mayor incidencia de puntuaciones elevadas (34.28 p100), porcentaje que duplica el aparecido en el grupo de Opsomenorreas, lo cual desde el punto de vista estadístico muestra diferencias significativas:  $p < 0.025$ .

En la tabla XIII-c aparecen las puntuaciones elevadas de rechazo de embarazo en el Cuestionario Ginecológico según el trastorno menstrual.

Podemos ver como al igual que en la tabla anterior la mayor incidencia de puntuaciones elevadas, es más frecuente en el grupo de Amenorreas secundarias (28.57 p100), lo que representa más del doble de la que aparece en las Opsomenorreas, siendo esta diferencia estadísticamente

significativa:  $p < 0.025$ .

De igual forma vemos en la tabla siguiente (XIII-d) las puntuaciones elevadas del Cornell en en Cuestionario Ginecológico según el trastorno menstrual.

Se ve como en ambos grupos el mayor porcentaje de puntuaciones corresponde a las elevadas, siendo el grupo de Amenorreas secundarias el que agrupa el mayor (74.28 p100). Las diferencias estadísticamente muestran significación:  $p < 0.05$ .

En la tabla XIV estudiamos la actitud sexual consciente en los diferentes grupos de pacientes según el trastorno menstrual.

Se observa que en el grupo de Amenorreas secundarias son las mujeres solteras con actividad sexual y las casadas las que tienen una mayor incidencia de actitud sexual consciente negativa o conflictiva, mientras que en el grupo de solte-

ras sin actividad sexual, la mayor parte presentan una actitud sexual no expresa o positiva.

En el grupo de Opsomenorreas sucede lo contrario, siendo las mujeres solteras las que presentan una menor incidencia de actitud sexual consciente negativa o conflictiva, mientras que en las mujeres casadas esto sucede en la mitad de los casos.

Las diferencias desde el punto de vista estadístico no son significativas.

En la tabla XV se representa la actitud sexual inconsciente en los diferentes grupos de pacientes, según el trastorno menstrual.

Vemos como tanto en el grupo de Amenorreas secundarias como en el de Opsomenorreas, la incidencia es similar (próxima al 90 p100), si bien la distribución en cada uno de ellos es distinta.

En el grupo de Amenorreas secundarias

lo más frecuente es la alteración emocional, la cual aparece en mayor proporción en las solteras con actividad sexual, seguida de las casadas y en último lugar las solteras sin actividad sexual.

En cuanto al grupo de Opsomenorreas, la mayor frecuencia recae en el apartado de combinaciones, siendo el grupo de casadas, el que ocupa la mayor proporción, mientras que en el de solteras sin actividad sexual está la menor, quedando las solteras con actividad sexual entre ambos.

A pesar de estas diferencias, el estudio estadístico no mostró ninguna significación.

En la tabla siguiente (XVI) se exponen los resultados ante la Lámina 2 del T.A.T. en los diferentes grupos de pacientes, según el trastorno menstrual.

Podemos observar que tanto en el grupo de Amenorreas secundarias como en el de Opsomeno-



rreas, los hechos se superponen.

Fijándonos en las relaciones no afectivas, vemos que la incidencia en ambos grupos es similar, siendo el grupo de solteras con actividad sexual el que muestra un mayor porcentaje, seguido por el de solteras sin actividad sexual y en último lugar las casadas.

En cuanto a las relaciones afectivas, podemos ver que en los dos grupos la mayor incidencia tiene lugar en mujeres casadas, mientras que la menor sucede en solteras con actividad sexual, quedando entre ambos el de solteras sin actividad sexual.

Todo lo anterior nos indica que no existen diferencias significativas entre los dos grupos de trastornos menstruales.

Exponemos en la tabla XVII los resultados ante la Lámina 7 del T.A.T. en los diferentes grupos de pacientes según el trastorno menstrual.

Se observa como en los dos grupos, alrededor de un tercio de las mujeres expresan unas relaciones problemáticas, si bien en las Amenorreas secundarias el porcentaje es algo mayor (28.57 p100), siendo con mucho el grupo de solteras con actividad sexual donde son más evidentes, mientras la frecuencia es menor en el de solteras sin actividad sexual, quedando las casadas entre ambos, lo que contrasta con el grupo de Opsomenorreas, en el que son las casadas las que tienen el mayor porcentaje, aunque seguidas a poca distancia por las solteras.

En lo referente a las relaciones no problemáticas (71-75 p100), vemos que en el grupo de Amenorreas secundarias, la mayor incidencia corresponde a las solteras sin actividad sexual y la menor a las solteras con actividad sexual, ocupando las casadas un lugar intermedio. En el grupo de Opsomenorreas son las casadas el grupo con menor incidencia, si bien los tres muestran unos porcentajes similares.

Al considerar estos grupos, no hemos encontrado diferencias desde el punto de vista estadístico.

Se muestran en la tabla XVIII los factores parentales y familiares en los diferentes grupos según el trastorno menstrual.

Podemos ver como la incidencia de estos conflictos es similar (alrededor del 40 p100) en ambos tipos de trastorno menstrual, considerando las pacientes globalmente. Ahora bien, si tenemos en cuenta el estado civil, dentro de las amenorreas existe este tipo de conflictos más frecuentemente en las mujeres casadas, mientras que en las opsomenorreas se da con mayor frecuencia en las solteras, incluso de forma estadísticamente significativa si las comparamos con las casadas que padecen este tipo de trastorno menstrual ( $p < 0.05$ ).

En la tabla XIX se estudia la incidencia de factores de conflicto actual en los diferentes

grupos de pacientes según el trastorno menstrual.

Se observa que es el grupo de Amenorreas secundarias donde se produce la mayor incidencia de estos conflictos, ocupando las solteras con actividad sexual la mayor tasa, seguidas de las casadas y en último lugar de las solteras sin actividad sexual, hecho que sucede también en las Opso-menorreas, aunque con una diferencia, ya que aquí el último lugar es ocupado por las mujeres casadas.

TABLA X

VALORES MEDIOS DEL CUESTIONARIO GINECOLOGICO EN SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL SEGUN EL TRASTORNO MENSTRUAL

	AMENORREA SECUNDARIA	OPSOMENORREA	SIGNIFICACION ESTADISTICA
	n = 13 x ± e	n = 62 x ± e	
MENSTRUACION	323 ± 0.43	4.45 ± 0.18	p<0.005
ALGIA	0.61 ± 0.20	1.17 ± 0.16	NS
RECHAZO SEXUAL	2.38 ± 0.29	2.56 ± 0.17	NS
RECHAZO EMBARAZO	1.15 ± 0.14	1.35 ± 0.11	NS
FEMINIDAD	1.38 ± 0.20	1.58 ± 0.12	NS
S.E.V.	5.23 ± 0.60	5.74 ± 0.38	NS
BLATT	2.84 ± 0.53	3.77 ± 0.34	NS
ANSIEDAD	10.76 ± 0.95	13.19 ± 0.78	p<0.05
CORNELL	9.23 ± 0.96	10.20 ± 0.69	NS
TOTAL	22.15 ± 1.83	25.00 ± 1.17	NS

TABLA XI

VALORES MEDIOS DEL CUESTIONARIO GINECOLOGICO EN SOLTERAS  
CON ACTIVIDAD SEXUAL SEGUN EL TRASTORNO MENSTRUAL

	AMENORREA SECUNDARIA	OPSOMENORREA	SIGNIFICACION ESTADISTICA
	n = 8 $\bar{x} \pm e$	n = 35 $\bar{x} \pm e$	
MENSTRUACION	4.12 $\pm$ 0.73	4.57 $\pm$ 0.21	NS
ALGIA	1.00 $\pm$ 0.43	1.71 $\pm$ 0.27	NS
RECHAZO SEXUAL	3.12 $\pm$ 0.27	2.97 $\pm$ 0.19	NS
RECHAZO EMBARAZO	1.37 $\pm$ 0.35	2.11 $\pm$ 0.20	p<0.05
FEMINIDAD	1.87 $\pm$ 0.32	1.71 $\pm$ 0.16	NS
S.E.V.	5.87 $\pm$ 1.03	6.57 $\pm$ 0.49	NS
BLATT	4.62 $\pm$ 0.96	4.71 $\pm$ 0.45	NS
ANSIEDAD	13.00 $\pm$ 1.84	14.65 $\pm$ 1.15	NS
CORNELL	12.00 $\pm$ 1.41	11.28 $\pm$ 0.97	NS
TOTAL	27.75 $\pm$ 2.52	28.74 $\pm$ 1.61	NS

TABLA XII

VALORES MEDIOS DEL CUESTIONARIO GINECOLOGICO EN CASADAS  
SEGUN EL TRASTORNO MENSTRUAL

	AMENORREA SECUNDARIA n = 14 x ± e	OPSOMENORREA n = 40 x ± e	SIGNIFICACION ESTADISTICA
MENSTRUACION	4.57 ± 0.61	4.50 ± 0.26	NS
ALGIA	2.71 ± 0.60	2.35 ± 0.26	NS
RECHAZO SEXUAL	3.50 ± 0.32	1.87 ± 0.22	p<0.0005
RECHAZO EMBARAZO	3.71 ± 0.31	2.47 ± 0.28	p<0.0025
FEMINIDAD	1.92 ± 0.38	1.35 ± 0.16	NS
S.E.V.	7.14 ± 0.62	7.87 ± 0.48	NS
BLATT	6.07 ± 0.95	4.95 ± 0.45	NS
ANSIEDAD	19.50 ± 1.95	15.57 ± 1.09	p<0.05
CORNELL	14.42 ± 1.60	11.40 ± 0.87	NS
TOTAL	36.64 ± 3.09	30.20 ± 1.75	p<0.05

TABLA XIII-a  
PUNTUACIONES ELEVADAS EN EL CUESTIONARIO

	AMENORREA SECUNDARIA					
	SOLTERAS SIN ACTIV. SEXUAL		SOLTERAS CON ACTIV. SEXUAL		CASADAS	
	n = 13		n = 8		n = 14	
	n	%	n	%	n	%
MENSTRUACION	2	15.40	3	37.50	11	78.58
ALGIA	-		1	12.50	6	42.85
RECHAZO SEXUAL	3	23.10	1	12.50	8	57.15
RECH. EMBARAZO	1	7.70	--		9	64.29
FEMINIDAD	-		2	25.00	5	35.71
S E V	2	15.40	2	25.00	7	50.00
BLATT	1	7.70	2	25.00	6	42.85
ANSIEDAD	-		3	37.50	7	50.00
CORNELL	8	61.50	7	87.50	11	78.58
TOTAL	1	7.70	2	25.00	9	64.29



O GINECOLOGICO SEGUN EL TRASTORNO MENSTRUAL

TOTAL	OPSOMENORREA						
	SOLTERAS SIN ACTIV. SEXUAL		SOLTERAS CON ACTIV. SEXUAL		CASADAS		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n %
n = 35	n = 62	n = 35	n = 40	n = 137			
n %	n %	n %	n %	n %	n %		
16 45.71	28 45.20	17 48.58	17 42.50	62 45.25			
7 20.00	10 16.10	17 40.00	17 42.50	41 29.92			
12 34.28	11 17.70	6 17.15	7 17.50	24 17.51			
10 28.57	-	8 22.66	11 27.50	19 13.86			
7 20.00	7 11.30	9 25.72	5 12.50	21 15.32			
11 31.42	14 22.60	14 40.00	21 52.50	49 35.76			
9 27.51	10 16.10	8 22.86	10 25.00	28 20.43			
10 28.57	12 19.30	9 25.72	13 32.50	34 24.81			
26 74.28	32 51.60	23 65.72	25 62.50	80 58.39			
12 34.28	10 16.10	14 40.00	11 27.50	35 25.54			

TABLA XIII-b

PUNTUACIONES DE RECHAZO SEXUAL EN EL CUESTIONARIO GINECOLOGICO SEGUN EL TRASTONO MENSTRUAL

	AMENORREA SECUNDARIA		OPSOMENORREA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
NORMAL	23	65.71	113	82.48	136	79.06
ELEVADO	12	34.28	24	17.51	36	20.93
TOTAL	35	20.34	137	79.65	172	

$\chi^2 = 4.7359$   
 $p < 0.025$

TABLA XIII-c

PUNTUACIONES DE RECHAZO DE EMBARAZO EN EL  
CUESTIONARIO GINECOLOGICO SEGUN EL TRASTORNO MENSTRUAL

	AMENORREA SECUNDARIA		OPSOMENORREA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
NORMAL	25	71.42	118	86.13	143	83.13
ELEVADO	10	28.57	19	13.86	29	16.86
TOTAL	35	20.34	137	79.65	172	

$$\chi^2 = 4.2991$$

$$p < 0.025$$

TABLA XIII-d

PUNTUACIONES DEL CORNELL EN EL CUESTIONARIO  
GINECOLOGICO SEGUN EL TRASTORNO MENSTRUAL

	AMENORREA SECUNDARIA		OPSOMENORREA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
NORMAL	9	25.71	57	41.60	66	38.37
ELEVADO	26	74.28	80	58.39	106	61.62
TOTAL	35	20.34	137	79.65	172	

$\chi^2 = 2.9771$   
 $p < 0.05$

TABLA XIV

ACTITUD SEXUAL CONSCIENTE EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES SEGUN EL TRASTORNO MENSTRUAL

		NO EXPRESA POSITIVA		NEGATIVA CONFLICTIVA		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%
AMENORREA SECUNDARIA	SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	7	53.85	6	46.15	13	37.14
	SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	3	37.50	5	62.50	8	22.86
	CASADAS	6	42.86	8	57.14	14	40.00
	TOTAL	16	45.71	19	54.28	35	

OPSOMENORREA	SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	37	59.68	25	40.32	62	45.25
	SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	20	57.14	15	42.86	35	25.54
	CASADAS	20	50.00	20	50.00	40	29.20
	TOTAL	77	56.20	60	43.79	137	

$x^2 = 1.2352$   
NS

TABLA XV

ACTITUD SEXUAL INCONSCIENTE EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES SEGUN EL TRASTORNO MENSTRUAL

		NORMAL		ALTERACION EMOCIONAL		COMBINACIONES		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
AMENORREA SECUNDARIA	SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	3	23.08	5	38.46	5	38.46	13	37.14
	SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	-		5	62.50	3	37.50	8	22.86
	CASADAS	1	7.14	6	42.86	7	50.00	4	40.00
	TOTAL	4	11.42	16	45.72	15	42.86	35	

OPSOMENORREA	SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	7	11.29	33	53.23	22	35.48	62	45.25
	SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	6	17.14	13	37.14	16	45.72	35	25.54
	CASADAS	1	2.50	15	37.50	24	60.00	40	29.20
	TOTAL	14	10.22	61	44.52	62	45.26	137	

$\chi^2 = 0.083$   
NS

TABLA XVI

RESULTADOS ANTE LA LAMINA 2 DEL TAT EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES SEGUN EL TRASTORNO MENSTRUAL

		RELACIONES NO AFECTIVAS		RELACIONES AFECTIVAS		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%
AMENORREA SECUNDARIA	SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	10	76.92	3	23.07	13	37.14
	SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	8	100.00	-		8	22.86
	CASADAS	6	42.85	8	57.14	14	40.00
TOTAL		24	68.57	11	31.42	35	

OPSOMENORREA	SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	43	69.35	19	30.64	62	45.25
	SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	25	71.42	10	28.57	35	25.54
	CASADAS	27	67.50	13	32.50	40	29.20
TOTAL		95	69.34	42	30.66	137	

$\chi^2 = 0.0077$   
NS

TABLA XVII

RESULTADOS ANTE LA LAMINA 7 DEL T.A.T. EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES SEGUN EL TRASTORNO MENSTRUAL.

RELACIONES NO PROBLEMATIC.		RELACIONES PROBLEMATICAS		TOTAL	
n	%	n	%	n	%

AMENORREA SECUNDARIA	SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	12	92.30	1	7.69	13	37.14
	SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	3	37.50	5	62.50	8	22.86
	CASADAS	10	71.42	4	28.57	14	40.00
	TOTAL	25	71.42	10	28.57	35	

OPSO MENORREA	SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	48	77.41	14	22.58	62	45.25
	SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	27	77.14	8	22.85	35	25.54
	CASADAS	28	70.00	12	30.00	40	29.20
	TOTAL	103	75.18	34	24.81	137	

$\chi^2 = 0.2063$   
NS

TABLA XVIII

FACTORES DE CONFLICTOS PARENTALES Y FAMILIARES EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES SEGUN EL TRASTORNO MENSTRUAL

		NO		SI		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%
AMENORREA SECUNDARIA	SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	10	76.93	3	23.07	13	37.14
	SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	4	50.00	4	50.00	8	22.86
	CASADAS	7	50.00	7	50.00	14	40.00
	TOTAL	26	60.00	14	40.00	35	

OPSOMENORREA	SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	37	59.68	25	40.32	62	45.25
	SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	13	37.14	22	62.86	35	25.54
	CASADAS	27	67.50	13	32.50	40	29.20
	TOTAL	77	56.20	60	43.80	137	

$\chi^2 = 0,1638$   
N.S.



TABLA XIX

FACTORES DE CONFLICTO ACTUAL EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES SEGUN EL TRASTORNO MENSTRUAL

		NO		SI		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%
AMENORREA SECUNDARIA	SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	4	30.77	9	69.23	13	37.14
	SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	1	12.50	7	87.50	8	22.86
	CASADAS	4	28.57	10	71.43	14	40.00
TOTAL		9	25.71	26	74.29	35	

OP SOMENORREA	SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	21	33.88	41	66.12	62	45.25
	SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	5	14.28	30	87.72	35	25.54
	CASADAS	20	50.00	20	50.00	41	29.20
TOTAL		46	33.58	91	66.42	137	

$\chi^2 = 0.7922$   
NS

RESULTADOS PSICOLOGICOS SEGUN  
LA ALTERACION ENDOCRINA.

Se describe en la tabla XX-a la distribución de las alteraciones endocrinas en los diferentes grupos de pacientes.

Encontramos que tanto en el grupo de Disfunción Hipotalámica como en el S.O.P., las mujeres más frecuentes son las solteras, sin existir diferencias entre ellas, según mantengan o no actividad sexual, mientras que en el grupo de Hiperprolactinemias, la mayor incidencia recae sobre las casadas (29.6 p100), siendo las solteras sin actividad sexual las menos frecuentes en este grupo endocrino, a pesar de lo cual no hay diferencias estadísticamente significativas.

Si estudiamos esto mismo sin tener en cuenta la actividad sexual (tabla XX-b) vemos que se mantiene la misma tendencia, siendo las casadas las mujeres más frecuentes dentro del grupo de Hiperprolactinemias, mientras que las solteras ocupan una mayor proporción en los otros grupos endocrinos, diferencias que son signifi-

cativas estadísticamente:  $p < 0.05$ .

En la tabla XXI se observan los valores medios del Cuestionario Ginecológico en solteras sin actividad sexual, según la alteración endocrina.

Vemos que el grupo endocrino S.O.P. presenta los valores más elevados en todos los parámetros excepto en síntomas menstruales, algia y S.E.V., mientras que los más bajos acontecen en el grupo de Disfunción Hipotalámica, a excepción de síntomas menstruales, S.E.V., BLATT y ansiedad.

Estas diferencias no son estadísticamente significativas para ninguno de los parámetros y para ninguno de los grupos endocrinos.

Representamos en la tabla XXII los valores medios del Cuestionario Ginecológico en solteras con actividad sexual, según la alteración endocrina.

En ella podemos decir que no hay ningún grupo endocrino que muestre una tendencia a presentar valores más elevados en la mayoría de los parámetros, si bien es el grupo de Disfunción Hipotalámica el que tiende a presentar valores medios más altos, estando en los otros grupos más igualados. Los valores más bajos aparecen en el grupo de Hiperprolactinemias, si bien sólo en la mitad de los parámetros, por lo que no existen diferencias entre los tres grupos endocrinos.

En la tabla XXIII mostramos los valores medios del Cuestionario Ginecológico en casadas según la alteración endocrina.

Vemos al igual que en la tabla anterior, que no hay ningún grupo claramente dominante, siendo el de Hiperprolactinemias el que presenta unos valores medios más elevados, aunque sólo en la mitad de los parámetros, estando algia, S.E.V., ansiedad y Cornell más altos en el S.O.P. y feminidad en el grupo de Disfunción Hipotalá-

mica.

Las únicas diferencias las encontramos en el rechazo de embarazo entre S.O.P. e Hiperprolactinemias: ( $p < 0.01$ ) si bien no existen cuando comparamos estos grupos con el de Disfunción Hipotalámica.

En la tabla XXIV mostramos la incidencia de ansiedad elevada ( $\geq 19$ ), según la alteración endocrina en los diferentes grupos de pacientes.

Vemos que en los tres grupos de pacientes son las mujeres casadas las que presentan una incidencia mayor de ansiedad elevada (46.51 p100), siendo en el grupo de Hiperprolactinemias donde ésta es más evidente (80 p100). Con respecto a las solteras, las diferencias son mínimas entre si, por lo que las diferencias encontradas, no muestran ninguna significación desde el punto de vista estadístico.

De manera análoga se representa en la tabla siguiente (XXV) la incidencia de Cornell elevado ( $\geq 15$ ), según la alteración endocrina en los diferentes grupos de pacientes.

Observamos que los porcentajes más altos se dan al igual que en la tabla anterior en los tres grupos endocrinos en las mujeres casadas, siendo el grupo de Hiperprolactinemias donde esto es más manifiesto (62.5 p100), mientras que los otros dos muestran porcentajes similares.

Dentro de las mujeres solteras sin actividad sexual, son las pertenecientes al grupo S.O.P. las que presentan la incidencia mayor, mientras que en el grupo de Disfunción Hipotalámica las solteras con actividad sexual se engloban en él de forma más evidente.

El estudio estadístico no mostró diferencias estadísticamente significativas.

De forma semejante mostramos en la tabla

XXVI-a la incidencia del total del Cuestionario Ginecológico elevado ( $\geq 33$ ), según la alteración endocrina en los diferentes grupos de pacientes.

Podemos ver como al igual que en las tablas anteriores el grupo que presenta una incidencia mayor (41.67 p100) es el de casadas, tanto en las Hiperprolactinemias, como en el S.O.P., mientras que en el grupo de Disfunción Hipotalámica el mayor porcentaje recae en las solteras que mantienen actividad sexual.

Fijándonos en las mujeres solteras, vemos que sólo existe alguna diferencia en el grupo de Disfunción Hipotalámica, en el sentido de que presentan una incidencia mayor del total del Cuestionario Ginecológico elevado las que mantienen relaciones sexuales.

A pesar de todas estas diferencias, no existe significación estadística.

En la tabla XXVI-b se expone lo mismo



que en la tabla anterior, aunque sin tener en cuenta la actividad sexual.

Vemos que tanto en el grupo de Disfunción Hipotalámica como en el S.O.P., son las solteras las que presentan una mayor incidencia de Cuestionario Ginecológico elevado, mientras que en el grupo de Hiperprolactinemias ésta recae sobre las mujeres casadas, diferencias que son estadísticamente significativas:  $p < 0.025$ .

En la tabla XXVII-a se muestra la actitud sexual consciente en el T.A.T. según la alteración endocrina.

Observamos que son las Hiperprolactinemias el grupo que tiene una tasa más elevada de actitud sexual consciente negativa o conflictiva, mientras que el S.O.P. es con mucho el de mayor normalidad para este parámetro, de ahí que al considerarlo individualmente frente a los otros dos grupos, tal y como se hace en la tabla XXVII-b encontramos unas diferencias estadísticamente significativas

en el sentido mencionado.

Representamos en la tabla XXVIII la actitud sexual inconsciente en el T.A.T. según la alteración endocrina.

Observamos que en un porcentaje elevado (89.54 p100) aparecen actitudes sexuales inconscientes, siendo la incidencia similar en los tres grupos endocrinos, aunque algo más elevada en el grupo de Disfunción Hipotalámica, si bien no existen diferencias significativas entre ellos.

En la tabla XXIX exponemos los resultados ante la Lámina 2 del T.A.T. según la alteración endocrina.

Como puede verse son las Hiperprolactinemias el grupo endocrino que presenta una mayor incidencia de proyecciones afectivas con respecto a los otros grupos, en los que el predominio está a cargo de las proyecciones no afectivas, hecho que es significativo ( $p < 0.05$ ) estadísti-

camente, siendo más evidentes estas diferencias si comparamos las Hiperprolactinemias frente a los otros grupos, en el que  $p < 0.0125$  sería el índice de probabilidad.

De modo similar al anterior, representamos en la tabla XXX-a los resultados ante la Lámina 7 del T.A.T. según la alteración endocrina.

Se comprueba que la mayoría de las mujeres (76.16 p100) expresan unas relaciones no problemáticas, siendo el grupo de Disfunción Hipotalámica el que muestra una mayor incidencia de relaciones problemáticas con respecto a los otros grupos, por lo que si comparamos este grupo frente a los otros dos, tal y como se hace en la tabla XXX-b las diferencias ya tienen un valor significativo estadísticamente:  $p < 0.05$

Se analizan en la tabla XXXI los conflictos parentales y familiares en los diferentes grupos de pacientes según la alteración endocrina.

Podemos ver que la incidencia de conflictos es mayor en el grupo de mujeres con Hiperprolactinemia (52.94 p100). Teniendo en cuenta el grupo de pacientes según el estado civil y la actividad sexual, observamos que son las solteras con actividad sexual las más conflictivas en los tres grupos endocrinos, estando la tasa de conflictos entre el 46.15 del S.O.F. y el 71.42 de las Hiperprolactinemias, a pesar de lo cual no hay diferencias estadísticamente significativas.

En la tabla XXXII estudiamos la frecuencia de ser la primera hija en la familia en los diferentes grupos según la alteración endocrina.

Podemos ver como es el grupo de Disfunción Hipotalámica el que presenta una mayor incidencia (18.39 p100), seguido del S.O.P. (15.72 p100) y en último lugar las hiperprolactinemias con sólo el 5.88 p100, diferencias que aunque no son significativas desde el punto de vista estadístico, si son apreciables.

De modo análogo, exponemos en la tabla

XXXIII la incidencia de conflictos actuales en los diferentes grupos de pacientes según la alteración endocrina.

Observamos que en general las pacientes diagnosticadas de S.O.P. son las que presentan una mayor incidencia de conflictos (72.54 p100), aunque las diferencias con los otros grupos son pequeñas y no significativas.

Según el grupo de pacientes, son las solteras con actividad sexual las que presentan unos porcentajes más elevados en todos los grupos, excepto en el S.O.P., en donde este lugar es ocupado por las solteras sin actividad sexual.

Por su parte, las casadas ocupan en los tres grupos endocrinos la menor tasa de conflictos actuales.

Analizamos en la tabla XXXIV-a la incidencia de problemas sentimentales (considerando como tales: frustración, rechazo del novio o compañero,

ruptura con él, él la dejó) en solteras según la alteración endocrina.

Se ve que son las Hiperprolactinemias el grupo donde se dan con mucho las tasas más elevadas de problemas sentimentales, seguidas del grupo de Disfunción Hipotalámica y el último lugar es ocupado por las mujeres con S.O.P., fenómeno que se produce en ambos grupos de solteras.

En la tabla XXXIV-b se muestra la incidencia de problemas prematrimoniales en solteras según la alteración endocrina.

De nuevo es el grupo de Hiperprolactinemias el que ocupa el primer lugar en cuanto a incidencia (22.22 p100), mientras que los otros grupos muestran unas tasas similares entre sí, al considerarlos globalmente (alrededor del 14 p100), pero mientras que en el grupo de Disfunción Hipotalámica los problemas prematrimoniales son más frecuentes en las solteras con actividad sexual, en el S.O.P. la mayor incidencia se da en aque