



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Z5053.08
UNAM.75
1989

AUTOCONCEPTO EN MUJERES
HISTERECTOMIZADAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N

MARTHA LOPEZ DIAZ DE LEON

ALEJANDRO DE LA ROSA JIMENEZ

DIRIGIDA POR: DRA. AIDA BRENER BRENER

MEXICO, D. F.

14-0101770

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

75-4933

UNA ROSA ACARICIADA POR EL ROCIO DE LA NOCHE
HACE VER QUE CUANDO LLEGA EL AMANECER,
PARECE NOTAR QUE HA SIDO PURIFICADA,
PARA MOSTRARNOS EN TODA SU PLENITUD
LA BELLEZA Y TERNURA QUE REPRESENTA.

UNA ROSA ACARICIADA POR EL VIENTO;
PARECE MOSTRAR QUE CADA UNO DE SUS PETALOS
SON FRAGILES, FINOS Y DELICADOS
Y QUE POR EL HECHO DE LLEGAR A PERDER UNO SOLO,
NO SIGNIFICA QUE DEJARA DE SER FLOR,
YA QUE EL SIGNIFICADO QUE ENCIERRA ELA MISMA
ES TAN GRANDE COMO TU PROPIO SER.

PORQUE TU MUJER, ERES LA FLOR
QUE CUIDARE Y AMARE DURANTE TODA MI VIDA
PORQUE SE QUE AL DAR ALGUNO DE TUS PETALOS
DARAS VIDA A OTRA FLOR.

PORQUE SE QUE CADA MOMENTO QUE PASA,
HACE QUE MI CORAZON TE AME MAS
CON TODOS TUS DETALLES
Y PORQUE SE QUE AL FINAL DE NUESTRAS VIDAS
HABREMOS CONSTRUIDO UN AMOR
SIN SOSPRECHAS Y SIN SOLEDADES.

ALEJANDRO DE LA ROSA.

7 75 4933

A mis padres:

Carlos De la Rosa Ríos
Macedonia Jiménez Martínez

Dedico este trabajo agradeciéndoles todos los sacrificios que tuvieron que hacer para poder ver finalizado este anhelo. Lo demás no lo puedo escribir porque quiero que se sientan orgullosos de mis actos.

A mis hermanos:

Vicente, Carlos y Luz María.

Porque los he tomado como ejemplo ya que lo que ustedes han logrado me ha servido para seguir en algo sus pasos.

A tí Martha:

Si supieras todo lo que tengo que agradecerte, creo que me faltarían otras 230 hojas para expresartelo. Sin embargo, todo esto lo reduzco a una sola frase: "Gracias por compartir conmigo todos tus momentos, todo tu amor, alegrías y tristezas, y por dejarme formar parte de tu vida".

A la Sra. Elizabeth Díaz de León:

Quiero expresarle un profundo agradecimiento y mi más sincero respeto por todo lo que usted es, ha sido y será. Es por esto, que el poema que aparece al principio del trabajo está dedicado especialmente para usted.

A mis padres:

Mamuel Humberto López Navarro
Elizabeth Díaz de León Góngora

Les dedico con toda mi admiración y respeto el presente trabajo, que es una muestra de lo que ustedes me inspiran. Y aunque me faltan palabras para expresarlo, les doy las gracias por la realización de este anhelo.

A mis hermanos:

Cynthia y Aarón

Gracias por el apoyo que me prestaron a lo largo de mi carrera y por compartir tantos momentos gratos que me sirvieron de estímulo y que me servirán a lo largo de mi vida.

A mi hermana Elizabeth:

Un agradecimiento muy,
pero muy especial por haber
¡compartido con nosotros!
tu tiempo, tu inteligencia
y tu entrega incondicional.

A tí Alex:

Quiero expresarte que sin tu
paciencia y cariño no hubiera
sido posible la culminación de
esta meta que ahora compartimos,
y que nos impulsa a seguir supe
rándonos cada día.

A la Dra. Aida Brener:

Gracias por su paciencia, apoyo y comprensión, ya que sin todo ello no hubiésemos logrado la realización de este trabajo.

A la Lic. Ofelia Reyes:

Te agradecemos la confianza al facilitarnos materiales tan importantes para la elaboración de esta tesis y por vernos no sólo como alumnos, ya que nosotros no te vemos como una profesora sino como una amiga a quien tenemos tanto que agradecer y compartir.

A la Lic. Rosario Muñoz:

Te damos las gracias por haber aceptado ser parte de nuestro jurado y por haber abierto un espacio en tus actividades para dedicarlo a nosotros.

A las Lic. Alicia Migoni y
Martha Cuevas:

Les damos las gracias por haber sido tan detallistas al corregir tan acertadamente nuestro trabajo.

A los Médicos:

Dr. Marlo Romo Soto
Dr. Santiago Hernández Salinas
Dr. Marcos Hernández Fierro

Un agradecimiento muy especial a todos ellos por habernos permitido tener el contacto con las pacientes ya que sin su respaldo, quizá aún estuviéramos buscándolas.

Al personal administrativo de los archivos del Hospital General de Ticomán y del H.G.C. No. 4:

Por habernos permitido el acceso a los expedientes clínicos de las pacientes, lo que nos facilitó la localización de las mismas.

Al Dr. Mario Gitler:

Nuestro más sincero agradecimiento por orientarnos, por estar con nosotros en el momento más difícil de nuestra investigación y por brindarnos su amistad incondicional.

A las pacientes:

A ustedes quienes tan desinteresadamente colaboraron con nosotros y quienes nos brindaron su confianza al comunicarnos todos sus problemas.

R E S U M E N

En la presente investigación se trabajó con 30 mujeres histerectomizadas divididas en dos grupos según el tipo de cirugía, siendo estos el ginecológico y el obstétrico.

Para conocer el autoconcepto de cada una de las pacientes, primeramente se llevó a cabo una entrevista semiestructurada con cada una de ellas, abarcando los siguientes puntos:

- 1.- Estado actual
- 2.- Actitudes de la paciente hacia la histerectomía
- 3.- Actitudes de la familia hacia la paciente histerectomizada
- 4.- Sexualidad

Posteriormente se aplicó el Diferencial Semántico de Osgood que abarcó 15 conceptos agrupados en tres enfoques, los cuales son:

- 1.- Enfoque Biológico
- 2.- Enfoque Psicológico
- 3.- Enfoque Social

La aplicación de dichos instrumentos se efectuó en el Hospital General de Ticuán, perteneciente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia y en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 4 Dr. Luis Castelazo Ayala, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se obtuvo como resultado que tanto en el enfoque biológico como en el enfoque psicológico las pacientes ginecológicas y obstétricas presentaron patrones de conducta similares. Mientras que en el enfoque social se comportaron de diferente manera. Es decir, que ambos tipos de pacientes mostraron los mismos cambios fisiológicos como bochornos e insomnio referentes al enfoque biológico; así como devaluación, depresión y angustia con respecto al enfoque psicológico. En tanto que en el enfoque social, la diferencia radicó básicamente en el apoyo recibido tanto del compañero como de la familia, lo que permitió que las pacientes ginecológicas (en su gran mayoría) superaran más rápidamente el impacto de la cirugía que las obstétricas.

INDICE

	pag.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I ANTECEDENTES	
1.1 Antecedentes Médicos	4
1.2 Antecedentes Psicológicos	10
1.2.1 Aspectos psicológicos	10
1.2.2 Aspectos sexuales	20
1.2.3 Aspectos sociales	25
1.2.4 Aspectos psiquiátricos	29
1.2.5 Aspectos quirúrgicos	34
1.2.6 Aspectos experimentales	40
CAPITULO II HISTERECTOMIA	
2.1 Menstruación	43
2.2 Menopausia	50
2.3 Reproducción	56
2.4 Histerectomía	67
2.4.1 Histerectomía ginecológica	71
2.4.2 Histerectomía obstétrica	81
2.5 Salpingoovariectomía	88

M-0101770

CAPITULO III REPERCUSIONES DE LA HISTERECTOMIA

3.1 Repercusiones en la mujer hysterectomizada, su pareja y su familia 93

CAPITULO IV AUTOCONCEPTO

4.1 Antecedentes del Autoconcepto 111

4.2 Definición del Autoconcepto 126

4.3 Componentes del Autoconcepto 128

 4.3.1 El sí mismo existente 128

 4.3.2 El sí mismo deseado 133

 4.3.3 El sí mismo presentado 135

CAPITULO V METODOLOGIA

5.1 Planteamiento del problema 137

5.2 Hipótesis de trabajo 137

5.3 Variables 138

5.4 Tipo de muestra y sujetos 139

5.5 Escenario 139

5.6 Diseño 140

5.7 Procedimiento 141

5.8 Instrumentos 142

5.9 Descripción de los instrumentos 145

	pag.
CAPITULO VI RESULTADOS	
6.1 Tratamiento estadístico	153
6.2 Análisis de resultados	159
CAPITULO VII DISCUSION	166
CAPITULO VIII CONCLUSIONES	170
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	172
APENDICE I GLOSARIO	
APENDICE II ANALISIS DE CONTENIDO	
ANEXO I ENTREVISTA	
ANEXO II DIFERENCIAL SEMANTICO	
BIBLIOGRAFIA	

I N T R O D U C C I O N

El objetivo principal de esta investigación fue conocer el autoconcepto de mujeres histerectomizadas, tanto ginecológicas como obstétricas a las cuales se les extirpó el útero total o parcialmente.

La aportación que hacemos es importante dado que se da a conocer el papel que juega el factor psicológico dentro de una operación de tal magnitud. Con el consecuente propósito clínico de que se prepare a la paciente psicológicamente antes y después de la histerectomía para que pueda desenvolverse de manera adecuada en el ámbito donde se encuentre. Tomando en cuenta este aspecto, esperamos que se fomente un creciente interés tanto en la investigación como en las estrategias multidisciplinarias del manejo de las pacientes con esta intervención.

Este tema es de vital importancia para nosotros, ya que el útero es un órgano que desempeña una función importante en la vida sexual de toda mujer. Desafortunadamente, para numerosas mujeres la histerectomía es equivalente a una castración y piensan que de ella se derivan - además de la falta de procreación y menstruación - los trastornos del climaterio (fenómenos vasomotores, desajustes emocionales, etc.), y aún síntomas somáticos y psíquicos de desfeminización, obesidad, senectud prematura y derrumbe general de la estructura bio-psico-social. Todo ello conduce a que ellas tengan una predisposición desde el punto de vista psicológico a experimentar debilidad general, sensación de fatigarse fácilmente.

mente, poca capacidad para realizar sus habituales ocupaciones domésticas, cambios en su patrón de orden y de limpieza, distorsión de la imagen de su cuerpo, inseguridad en sus propias capacidades, sensación de vulnerabilidad en áreas genitales y paragenitales, desinterés e irresponsabilidad en sus aportaciones sociales y de toda índole a su vida familiar. Cabe mencionar que esta predisposición también existe aún años después de haber sido practicada la operación.

Ahora bien, las cirugías ginecológicas - sobre todo la mutilante pero también la reconstructiva - como es el caso de la histerectomía, siempre afectan algún aspecto de la anatomía y fisiología de los genitales, esto es un factor muy importante que va ligado al futuro sexual de la mujer y a sus implicaciones psicológicas, familiares y generales. Todos estos hechos son poco conocidos y frecuentemente menospreciados por el ginecoobstetra y más aún por el cirujano general que practica esta cirugía.

Así pues, debemos enfatizar que el cirujano conciente, debe ser perceptivo a los problemas psicológicos de todas estas pacientes. La paciente y no su padecimiento, siempre deben tener la mayor importancia al llevarse a cabo cualquier procedimiento quirúrgico. Sin embargo, en una especialidad que trata con la sexualidad y el autoconcepto, no debe subestimarse el impacto de la cirugía. Es por esto, que se recomienda preparar a la paciente y su pareja con un tiempo razonable antes de la operación, haciéndoles ver, qué es la histerectomía, cuáles son sus indicaciones y

sus consecuencia específicamente a nivel psicológico.

Por otro lado, para llevar a cabo una histerectomía exitosa, el cirujano debe apoyarse en los criterios de otros profesionistas para realizar una valoración cuidadosa preoperatoria tanto física como psicológica de la paciente así, como también poseer los conocimientos mínimos indispensables a nivel psicológico, con el fin de que conozca y comprenda la problemática emocional que acarrea este tipo de cirugía en dichas pacientes.

C A P I T U L O

I

A N T E C E D E N T E S

1.1 ANTECEDENTES MEDICOS

Desde tiempos remotos, el hombre se ha preocupado por tratar de aliviar el dolor humano a través de diferentes técnicas. Una de ellas fue la intervención quirúrgica que en sus principios era rústica y la mayoría de las veces llevaba al paciente a la muerte.

Poco a poco fueron perfeccionandose estas técnicas dentro de las diferentes especialidades de la medicina, lo que ha llevado a salvar más vidas humanas. Una de estas especialidades, la ginecoobstetricia ha permitido a la mujer sobrevivir a diversos males que le aquejan, tales como infecciones, tumoraciones, etc. desarrolladas en sus órganos reproductores; así como también para ayudar a atender y tratar el embarazo, parto y puerperio.

Desafortunadamente, no todas las mujeres responden a un tratamiento farmacológico, por lo que se hace indispensable alguna intervención quirúrgica. Una de ellas es la histerectomía que es frecuentemente utilizada en la ginecoobstetricia, y se efectúa a través de la extirpación del útero.

Ahora bien, haciendo un poco de historia hemos encontrado que la histerectomía fue llevada a cabo muchos años después de la "cvariectomía", así como la miomectomía que también se realizó antes de que se intentará practicar la histerectomía.

En 1843, Charles Clay en la ciudad de Manchester, extirpó un útero fibroso, la paciente inicialmente había tenido una evolución favorable pero falleció al quinceavo día postoperatorio. (1)

La primera extirpación completamente favorable de un útero fibroso tuvo lugar diez años más tarde, en el estado de Massachusetts en 1853. El dr. Walter Burnham, de la ciudad de Lowell mientras operaba se vió forzado por las circunstancias a extirpar el útero, sin que esa hubiera sido su intención. En realidad se hallaba abierto el abdomen para eliminar lo que inicialmente se creyó fuera un quiste ovárico. Repentinamente la enferma comenzó a vomitar y provocó el prolapso del útero fibroso a través de la incisión. El cirujano fracasó en su intento de volverlo a su lugar y no tuvo más remedio que extirparlo. La mujer sobrevivió, lo que alentó a Burnham y lo llevó a intentar otras histerectomías. No obstante, de sus 15 casos subsiguientes sólo sobrevivieron tres. (2)

Después de los fracasos en relación con las amputaciones cervicales como tratamientos del cáncer cervical se efectuaron histerectomías simples con resultados desalentadores. En 1895, Emil Reis en el estado de Chicago, proyectó una operación abdominal radical, acompañada de la disección de los ganglios linfáticos pelvianos que previamente había practicado en perros y cadáveres. En este mismo año Clarck, utilizó la misma

(1) Delgado, J. & Castro, F. & Ramírez, E. (1969). "Indicaciones y complicaciones de la histerectomía abdominal y vaginal." Obstet- Gynecol. México; 26, pp. 183-189.

(2) Mattingly, R. (1980). "Evolución histórica de la cirugía pelvica." En Te Linde, R. & Mattingly, R. Ginecología operatoria. 5a. ed. Ed. El ateneo, Barcelona, pp. 3-11.

técnica en la mujer. Tres años más tarde Waotheirn, en la ciudad de Viena en Austria, comenzó a realizar el mismo tipo de histerectomía abdominal radical, popularizándola en Europa y en menor grado en los Estados Unidos y desde entonces su nombre está asociado con este tipo de intervención.

Por otro lado, Wertheim, observó una morbilidad y mortalidad significativa debido a una necrosis uretral. El porcentaje de mortalidad de la operación se calculaba aproximadamente del 10%. Algún éxito se alcanzó cuando la enfermedad estaba limitada al cérvix. (3)

En la década de 1940, en el Hospital General de Massachusetts, Maigs volvió a poner en vigencia el tipo de operación proyectado por Wertheim e incluso la desarrolló. Demostró que en manos expertas el procedimiento podía llevarse a cabo con un índice de mortalidad no mayor al 1%. Sin embargo, no logró reducir de manera apreciable la frecuencia de las fistulas.

Durante los últimos 30 años se ha producido un cambio gradual con respecto a la histerectomía total o subtotal. Para el tratamiento de la enfermedad benigna, uno de los mayores avances técnicos que han contribuido de gran manera a la seguridad de la histerectomía total o subsecuen

(3) Larson, D. & Malone, J. & Copeland, L. & Gershensen, D. & Kliner, R. & Stringer, A. (1987). "Ureteral assessment after radical hysterectomy". Obstet-Gynecol; 69. pp. 612-616.

te prevención de fistulas, fue la extirpación intrafascial del útero descrito por E.M. Richardson de la ciudad de Baltimore en 1929, considerada como técnica de histerectomía abdominal clásica, y constituye el mejor método utilizado para intervenir quirúrgicamente enfermedades pélvicas benignas. (4)

Por otra parte, la cesárea histerectomía fue intentada en 1869 por Hiratio Robinson Store, con resultados fatales para la madre como para el hijo. (5)

El 21 de mayo de 1876, Edoardo Porro, planeó una cesárea en una paciente enana primigrávida de 25 años con una desproporción cefalo-pélvica absoluta. Incapaz de controlar la hemorragia de los bordes de la herida uterina - de acuerdo con el plan establecido - colocó un lazo de alambre alrededor del útero y lo anudó fuertemente al nivel del orificio cervical interno, después se extirpó rápidamente el órgano junto con el ovario izquierdo. La paciente tuvo una recuperación completa. Durante los últimos años la cesárea histerectomía, que se conoció con el nombre de operación de Porro, se adoptó en numerosos centros y fue el método preferido de parto abdominal. (6)

-
- (4) Sturdee, D. & Rushton, D. (1986). "Caesarean and post-partum hysterectomy 1968-1983". BR. J. Obstet-Gynecol; 93, pp. 240-244.
- (5) Orr, J. & Varner, E. & Kilgore, L. & Holloway, R. & Mc Diarmind, M. (1986) "Cefotetan versus cefoxitin as prophylaxis hysterectomy". AM. J. Obstet-Gynecol; 54, pp. 960-963.
- (6) Danforth, D. (1986). "El parto quirúrgico". En Benson, R. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 5a. ed. Ed. El Manual Moderno, México, pp. 224-252.

Por otro lado, al hacer una revisión de las estadísticas correspondientes a la histerectomía, encontramos que en el mes de junio de 1962 a enero de 1966 en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 1 del I.M.S.S. se llevaron a cabo 124 histerectomías vaginales de entre 2790 operaciones ginecológicas (4.44 %). Se practicó con mayor frecuencia en pacientes en la sexta década de la vida siendo la más joven de 33 años y la mayor de 84, con un promedio de 54.8 años, en la gran mayoría aparecieron antecedentes de multiparidad, con sólo 2 casos de nulíparas, 6 de primíparas, 9 secundíparas y la mayor paridad 16. En sólo 6 pacientes existieron antecedentes de partos distónicos, en 1 operación cesárea, en 13 legrados uterinos y en 2 partos pélvicos. (7)

Asimismo, de mayo de 1963 a junio de 1965 se realizaron en el mismo hospital 300 operaciones de histerectomía abdominal, presentándose la mayor incidencia en pacientes de 40 a 45 años. (8)

Ahora bien, en un estudio realizado en Estados Unidos de 1970 a 1978 se encontró que más de 3.5 millones de mujeres de 15 a 44 años fueron sometidas a histerectomía no radical; 28 % por vía vaginal y 72 % por vía abdominal. (9)

(7) Hospital de Ginecoobstetricia No. 1 del I.M.S.S. (1966). "II Jornada Medica Bienal, Memoria". Ed. Cyanamid de México, México, p. 93.

(8) Ibid. p. 94

(9) Dicker, R. & Greenspan, J. & Strauss, L. and cols. (1982). "Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States". AM. J. Obstet-Gynecol; 144, pp. 841-847.

Finalmente, hallamos que en el Instituto Nacional de Perinatología en el año de 1986 a junio de 1987 se realizaron un total de 287 histerectomías, de las cuales 233 se llevaron a cabo por vía abdominal y 54 por vía vaginal presentándose la mayor incidencia en pacientes de 36 a 40 años. (10)

Retomando todo lo anteriormente expuesto, puntualizamos que la histerectomía es un procedimiento de gran utilidad a nivel médico para salvar vidas humanas.

(10) Borrajo, F. (1987). "Histerectomía abdominal". Instituto Nacional de Perinatología, México, pp. 1-4.

1.2 ANTECEDENTES PSICOLOGICOS.

Con base en el hecho de considerar a la histerectomía como una fuente de diversas consecuencias para la paciente, tanto de carácter biológico, psicológico y social, se hace aquí una recopilación de varias investigaciones extranjeras que versan sobre este punto. Dichas investigaciones concuerdan en abordar el tema de la histerectomía con el fin de dar a conocer las concomitantes que van a influir en los vínculos de las pacientes tornándose nula, superficial o profundamente patológicos.

De esta manera nos proponemos dar una visión general de estos estudios realizados desde 1978 a 1988, enfocados básicamente a los aspectos psicológicos, sexuales, sociales, psiquiátricos, quirúrgicos y experimentales de este tipo de intervención quirúrgica.

1.2.1 Aspectos psicológicos.

Para comenzar este apartado, hemos de mencionar que los investigadores Cospes, Fuller y Robinson (1978) publicaron un estudio, el cual fue designado e implementado previamente para analizar las creencias de la recuperación posthospitalaria después de la histerectomía. En dicho estudio se dieron consideraciones explícitas acerca de los sentimientos de la sexualidad de las pacientes, así como miedos y mitos los cuales preceden y siguen a la cirugía. Se obtuvieron datos retrospectivos y actuales

de sus reportes en 4 áreas, las cuales son: a) cambios físicos, b) cambios emocionales, c) cambios en la sexualidad, d) miedos o creencias.

En los resultados se encontró que la mayoría de las mujeres experimentaron cambios tanto físicos como emocionales comunes después de la cirugía. Estos datos indican que la histerectomía hace una fusión con el autoconcepto, además de que las pacientes presentan miedos reales de secuelas físicas, emocionales y sexuales.

Por otro lado, Salter, J.R. (1985) en un estudio llamado "Síntomas ginecológicos y el potencial del dolor psicológico de pacientes histerectomizadas", dice que la asociación entre los problemas psicológicos y ginecológicos han sido ansiosamente reconocidos y han recibido recientemente apoyo empírico. Así pues, fueron estudiadas 102 mujeres referidas a una clínica ginecológica con una indicación para la histerectomía de problemas característicos no malignos; donde se observó una asociación entre síntomas ginecológicos con ansiedad y depresión.

Se usó una escala de síntomas ginecológicos empleando el componente principal de análisis, y las escalas de auto represión del dolor de Kellner-Sheffield y la escala de depresión de Zung.

La depresión medida en correlación con quejas de fuerte hemorragia y coagulación, así como la ansiedad medida en correlación con la menstruación dolorosa permanente, los niveles de ansiedad y los niveles de represión fueron estadísticamente significativos. Esto arguye que el uso de

una escala semejante de síntomas ginecológicos fuertes ayuda a la predicción de dificultades psicológicas en la actualidad.

Ahora bien, Laniec-Michand y Engelsmann (1985) en su estudio "Ansiedad, miedos y depresión relacionados a la histerectomía", entrevistaron preoperatoriamente a 102 mujeres que fueron histerectomizadas por razones ajenas al cáncer. De dicha población se seleccionaron 53 pacientes y se les aplicó la escala del estado de Spielberg de los rasgos de ansiedad (S.T.A.I.) se concluyó que las mujeres que tuvieron el mayor puntaje de ansiedad fueron las que más se deprimieron antes y después de la operación. También se halló similitud entre la depresión ocurrida en las mujeres quienes tuvieron una histerectomía de emergencia y en mujeres que expresaron preoperatoriamente algunos miedos de posibles cambios en su vida sexual después de la cirugía.

Por otra parte, Kraalmaat y Veeminga (1984) investigaron los efectos de la histerectomía-coferectomía y el stress en consideración a la inconformidad física y psicológica.

Los autores propusieron que las mujeres coferectomizadas reportan más quejas físicas y más pérdida frecuente del interés sexual que un grupo control de mujeres colecistectomizadas. Sin embargo, los resultados arrojaron en consideración general que en ambos grupos se presentó inconformidad, ansiedad y complicaciones físicas en relación al stress.

Otro estudio llamado "Una técnica conductual para recuperarse del trauma psicológico de la histerectomía", elaborado por Lobb, Shannon, Rees y Allen (1984) menciona que tres grupos de mujeres (n= 10) que sufrieron histerectomía fueron sujetos en una evaluación de retroalimentación con técnicas de relajamiento aplicadas para recuperarse del trauma psicológico de la cirugía.

La variable dependiente manejada en esta investigación requiere de medicamentos para el dolor, nivel de ansiedad, conocimiento de la temperatura corporal, unidades subjetivas de incomodidad y en muchas ocasiones el número de días del cuidado postoperatorio. Se observó que estos factores fueron significativamente menores en el grupo que utilizó las técnicas de relajamiento y retroalimentación.

Por otra parte, en un estudio llamado "Autoconcepto, apoyo social e histerectomía", elaborado por Webb y Wilson-Barnett (1983), se reporta parte de un largo estudio que describe detalladamente la recuperación de la histerectomía y la evaluación de una sesión de consejo experimental dirigida específicamente al apoyo de las mujeres del proyecto y dirección de su propia recuperación.

Los objetivos principales en el proceso de recuperación son: el efecto de la operación en el autoconcepto de las mujeres y el posible rol del apoyo social que reciban.

De manera contraria a las conclusiones en muchas investigaciones pre

vias, las mujeres en este estudio no presentaron evidencia de cambios de favorables en el autoconcepto, los niveles de depresión fueron reducidos después de la operación y la mayoría de las mujeres estuvieron satisfechas de que se les hubiera hecho la histerectomía.

Un estudio llamado "Reacciones de la histerectomía de emergencia", realizado por Tang, G.W. (1985) describe la recuperación de la histerectomía de emergencia en 18 pacientes chinas.

Este estudio nos dice que durante el período de recuperación las pacientes experimentaron miedo, depresión, cólera, incertidumbre, remordimiento y múltiples quejas somáticas. Por otro lado, la actividad sexual fue reducida y el curso de la recuperación fue particularmente difícil para las pacientes quienes fueron asintomáticas antes de la operación, quienes todavía quisieron tener más hijos y aquellas quienes les faltó el apoyo familiar. Siendo estas últimas las que necesitaron continuo restablecimiento de confianza y amplias oportunidades para ventilar sus sentimientos.

Posteriormente ninguna de las pacientes tuvo secuelas psiquiátricas requiriendo de la consulta de algún especialista después de la operación. Esto enfatiza que esas mujeres merecen reconocimiento, atención y seguimiento de sus reacciones y necesidades.

El siguiente artículo titulado "Preparación psicológica para cirugía o una comparación de métodos", realizado por Ridgeway y Mathews (1982)

nos narra que 60 pacientes histerectomizadas fueron asignadas azarosamente para una de 3 tipos de preparación psicológica antes de la cirugía; al mismo tiempo 10 pacientes adicionales se negaron a recibir ayuda psicológica. Veinte pacientes recibieron información acerca de los procedimientos quirúrgicos y sus efectos, otras 20 fueron instruidas en técnicas cognitivas y al resto se les dió información general de protección.

Se expusieron algunas intervenciones que tuvieron un número diferente de efectos medidos en pre y postcirugía, algunos de los cuales fueron: notables conocimientos acerca de la cirugía, utilización de analgésicos, reportes diarios de emisión del dolor, y opinión acerca del valor de métodos de intervención.

En conclusión los métodos cognitivos en general fueron los que proporcionaron mejores resultados, dado que la recuperación de las pacientes fue más rápida que con la información de los procedimientos quirúrgicos y sus efectos, y con la información general acerca de protección. Por lo tanto los autores sugieren que los métodos cognitivos deben de servir de base en modelos de recuperación siguientes a la cirugía.

A continuación, presentamos otro estudio titulado "Recuperación de la cirugía y puntajes en el inventario de los mecanismos de defensa", realizado por Wilson en 1982, donde nos explica que fue examinada una población de mujeres adultas que sufrieron una cirugía abdominal a través del Inventario de los Mecanismos de Defensa (I.M.D.).

La recuperación fue medida por respuestas conductuales, endócrinas y auto-reportes. Los puntajes más altos en REV y más bajos en PRO, TAO y IMD-AGG fueron los presentados.

Un sumario medido con subescalas IMD reportó mejores modos de recuperación física. Los puntajes bajos en PRO, TAO y IMD-AGG responden a la cirugía con incremento de la Adrenalina y Moradrenalina. Los puntajes más altos en estas mismas escalas respondieron a la cirugía sólo con incremento en los niveles de Noradrenalina.

Por último se encontraron pequeñas evidencias como sostén para interpretar el I.M.D. como medida de cinco estilos de defensa. Una simple dimensión como lo es la agresividad, fue hipotetizada para relacionarla con la varianza en la recuperación explicada por el I.M.D.

Anteriormente, Wilson en 1981, realiza otro estudio llamado "Preparación conductual para la cirugía: beneficia o daña". En esta investigación se señala la elección de la cirugía en pacientes que fueron preparadas para operarse con entrenamiento en relajación muscular, o con información acerca de sus sensaciones actuales y aquellas que podrían experimentar.

La relajación redujo la permanencia en el hospital, así como el dolor y utilización de medicamentos, e incrementó la fuerza, energía y niveles postoperatorios de Adrenalina. A su vez las variables de personalidad (negatividad, miedos y agresividad) fueron asociadas con las respues

tas de dolor y relajación de las pacientes.

Las pacientes menos miedosas fueron beneficiadas por la relajación que las más miedosas. Ahora bien, las pacientes no agresivas reaccionaron a la información con decremento de la permanencia hospitalaria y con incremento del dolor, medicación y adrenalina. Las pacientes agresivas respondieron a la información también con decremento de la permanencia hospitalaria, pero con decremento del dolor, medicación y adrenalina. Por otro lado, en las pacientes que rechazaron la información, no se observaron cambios en la sensación de dolor, medicación y adrenalina. Con base en este hecho, se propone un modelo de catarsis-moderación, para explicar el beneficio de la relajación. Finalmente, este estudio sugiere que una preparación conductual beneficia igualmente a las miedosas, agresivas y aquellas que se niegan a que se les practique una cirugía electiva.

Dos autores chinos Ngan y Tang (1986) al escribir un artículo titulado "Aspectos psicosociales de la enfermedad gestacional trofoblástica en habitantes chinas de Hong Kong", encontraron que dicha enfermedad se presentó en mujeres jóvenes quienes quisieron iniciar una familia y esperaban tener un embarazo normal. Esta enfermedad (que consiste en la degeneración placentaria que impide el desarrollo embrionario. Si esta es benigna la indicación es legrado y si es maligna la indicación es histerectomía) pudo ser tratada con agentes químico-terapéuticos y el subsecuente potencial reproductivo de estas mujeres no se vería afectado. Se observaron también diversos aspectos de este padecimiento en comparación con otros tumores del tracto genital femenino.

Este artículo dió pauta para realizar otra investigación en la contra parte oeste de Hong Kong, donde se estudiaron a 105 mujeres con la enfermedad gestacional trofoblástica. Donde se halló una diferencia en las reacciones emocionales hacia la enfermedad y tratamiento con respecto al primer estudio. Así como efectos semejantes en su autoestima, vida marcial y sexual, y sus actitudes hacia los médicos y un futuro embarazo.

Un estudio más, el cual fue titulado "Negación de enfermedad: una reaparición", realizado por Douglas y Druss (1987), nos narra que los autores intentan entender la naturaleza de la negación de las deformaciones físicas a través de una examinación de dos pacientes con serias desfiguraciones; quienes pospusieron el tratamiento médico por más de 10 años. Ambos pacientes subsecuentemente tuvieron dramáticas reacciones negativas a estos cuidados médicos. También se estudiaron sus rasgos de personalidad así como su vida social.

En suma, los autores argüyen que estas deformaciones permiten la organización y adaptación de patrones sociales como funciones importantes; esto protegió a esos pacientes de las exigencias de la vida diaria; también les permitió vencer los esfuerzos de los médicos para efectuar una curación; y finalmente, la condición física desfigurada apareció para corresponder a su deficiente autoimágen y autoestima internalizada.

"Aspectos psicológicos de ginecología y obstetricia", es el título de nuestro siguiente artículo presentado por Smith, D.H. (1979). Aquí ha

sido procurado subrayar algo de los más importantes aspectos psicológicos de ginecología y obstetricia, haciendo mención de que aunque no existe un guía principal, es el ginecoobstetra quien tiene que ser capaz de escuchar los temores y ansiedades de sus pacientes además de tener un sumo interés en el cuidado supremo de ella. En pocas palabras, el ginecoobstetra puede realmente llegar a ser el médico principal de sus pacientes.

Para finalizar este apartado, hemos de mencionar que Kal treider y colbs. (1979), en su artículo "Un estudio de campo de el Síndrome de Respuesta al Stress en una mujer después de una histerectomía", exponen que el patrón de síntomas previamente delineados como el síndrome de respuesta al stress en la salud mental, fue hipotetizado para ser provechoso en reacciones conceptualizadas al evento traumático en una paciente común no psiquiátrica.

La experiencia de pérdida resulta de la histerectomía no electiva por desórdenes benignos en una mujer en edad para tener hijos; ésta fue seleccionada como un modelo de estudio de campo relevante donde 28 mujeres fueron estudiadas un año después de la histerectomía usando extensos interrogatorios psicológicos a través de escalas clínicas y experimentales clasificadas.

Doce de estas pacientes tuvieron un bajo nivel al síndrome de respuesta al stress y contrariamente a esto, cinco de ellas presentaron sintomas negativas que aumentaron severamente la respuesta al stress; esto fue asociado con una persistencia de desear hijos, deterioración en el

funcionamiento sexual y cambio en el autoconcepto.

El resto de las mujeres estuvieron bien postoperatoriamente y generalmente no deseaban hijos en el futuro, además de que fueron activamente entregadas al logro de vivir fuera del hogar.

En suma, podemos decir que la mayoría de las investigaciones expuestas anteriormente concuerdan en el hecho de que debe existir una preparación psicológica antes de la realización de una cirugía, específicamente de la histerectomía; así como un seguimiento de los síntomas que puedan presentarse después de ésta.

1.2.2 Aspectos sexuales.

Iniciaremos este segundo apartado con un artículo que presenta Kilku (1983) titulado "Amputación supravaginal uterina contra histerectomía. Efectos en la frecuencia sexual y dispareunia". El autor personalmente entrevistó y examinó a 105 pacientes con histerectomía abdominal y a 107 pacientes con amputación supravaginal; primero preoperatoriamente y 6 semanas, 6 meses y un año después de la operación. A los doce meses de seguimiento el porcentaje de pacientes fue del 99.5% (211/212).

Esta investigación reportó la frecuencia coital y dispareunia presentadas en las pacientes, utilizando la prueba de Mc Newar de simetría y la prueba exacta de Fisher para los análisis estadísticos.

Con respecto a la frecuencia coital ocurrida entre o dentro de los dos grupos, se encontró que no hubo cambios estadísticamente significativos. La dispareunia disminuyó en ambas operaciones, pero más en la amputación supravaginal.

"Amputación supravaginal uterina contra histerectomía. Efectos en la libido y el orgasmo", título del artículo que presenta nuevamente Kilkku y cols. (1983). Esta investigación nos dice que los síntomas postoperatorios de la histerectomía recibieron relativamente poca atención. El autor nuevamente entrevistó y examinó personalmente a 105 pacientes con histerectomía abdominal y 107 pacientes con amputación supravaginal uterina preoperatoriamente y 6 semanas, 6 meses y 12 meses postoperatoriamente. Donde la participación de las pacientes en el estudio de seguimiento fue del 99.5 % (211/212) en un año.

Por otro lado en el análisis estadístico de la prueba de simetría de Mc Newar y también la prueba exacta de Fisher, se reportaron los efectos de las dos operaciones en la libido y la frecuencia del orgasmo. Fue reportada la fragilidad o ausencia de la libido preoperatoriamente por el 28 % de las pacientes histerectomizadas y por el 26.4 % de las pacientes amputadas. Un año postoperatoriamente, los porcentajes correspondientes fueron del 35.4 % y 31.4 % respectivamente.

Se observó también, que los dos grupos fueron semejantes preoperatoriamente y un año después de la operación las diferencias fueron significativas (p menor al 0.05). Cabe mencionar que la frecuencia del orgasmo

fue estadísticamente reducida (p menor al 0.001) por la situación preoperatoria hasta un año después de que se efectuaron ambas cirugías.

En conclusión, se observa una mayor reducción del orgasmo en las mujeres histerectomizadas que en las amputadas. Esto aparece dado que la inervación autónoma de la vagina proximal y cérvix se pierde más en la histerectomía; y la anatomía de la vagina es alterada por la forma del tejido cicatricial. Esto trae como consecuencia mayores cambios y reacciones psicológicas subconscientes en las mujeres histerectomizadas. Y por ende la amputación supravaginal uterina da mejores resultados.

Ahora bien, Walbruehl, G. S. (1985) quien titula su artículo "Sexualidad en pacientes cancerosas", hace alusión de que la sexualidad en pacientes con cáncer se ve afectada durante la etapa aguda de la enfermedad. También contribuyen a dicha afección el stress de la hospitalización así como la amenaza específica de la cirugía.

Por otro lado el cáncer de mama y el cáncer de los órganos reproductores causa la mayor atención al autor, aunque otros tumores pueden ser muy devastadores. La amputación de un miembro da lugar a cuestiones especiales, y la terapia de radiación afecta a la función reproductora. Para finalizar, se ha de mencionar que la depresión, fundamentalmente tiene un profundo efecto en este tipo de situaciones.

El artículo realizado por Zussman, Sunley y Bjornson (1981) publicado con el nombre de "Respuesta sexual después de la histerectomía-ooferectomía: Estudios recientes y reconsideraciones de la psicogénesis", menciona que estudios recientes llevados a cabo en la Universidad de King -dom presentaron que del 33 % al 46 % de las mujeres reportaron decremento en la respuesta sexual después de la histerectomía-ooferectomía.

Por otra parte, los postulados de la teoría de la psicogénesis fueron examinados y encontrados no defendibles en la luz presente del conocimiento psicológico de la sexualidad femenina; esto sugiere que cuando la respuesta sexual es disminuída después de la cirugía, cambios hormonales (incluyendo los andrógenos ováricos) y cambios anatómicos (la eliminación de la cervix-útero como disparos en el organismo de algunas mujeres) pueden ser factores etiológicos.

Se trabajó con cuatro mujeres que alcanzaron la menopausia a través de la cirugía. Y se encontró decremento en la respuesta sexual, ellas pudieron ser ayudadas por la restitución de la terapia hormonal y/o asociado a terapia sexual.

Concluyendo este apartado, mencionamos que el artículo "Relaciones entre consejos cuidadosos y ajuste sexual después de la histerectomía", elaborado por Krueger, Hasell y colbs. (1979) nos narra que el punto principal de este estudio descriptivo es la relación entre los consejos médicos dados a las pacientes histerectomizadas así como su ajuste sexual.

después de la cirugía.

Esta investigación se llevó a cabo con 108 mujeres premenopáusicas admitidas en 7 hospitales de California, Nuevo México y Utah, quienes completaron una serie de cuestionarios preoperatorios, postoperatorios y ocho semanas después de la cirugía. En estos cuestionarios se obtuvo que del 5 % al 11 % de las mujeres dieron información válida del cuidado médico que se les proporcionó. Con lo que respecta al reporte del ajuste sexual siguiente a la cirugía, se encontró que fue significativo ($p=0.001$) con relación a su modelo quirúrgico.

Por último, en este artículo se concluye que casi la mitad de los cuestionarios demandan modelos urgentes para iniciar una discusión acerca de los efectos de la histerectomía en la sexualidad.

Con base en los estudios revisados en este apartado podemos decir, que la histerectomía es la cirugía que acarrea más conflictos en la sexualidad con respecto a otras cirugías ginecológicas.

Este hecho se presenta básicamente debido a que la falta de información acerca de la cirugía conduce a la mujer a fantasear acerca de sus órganos genitales, y por ende se forma una actitud negativa hacia la histerectomía y hacia su vida sexual futura. Algunas de estas fantasías son: "me siento hueca", "estoy sin sexo".

1.2.3 Aspectos sociales.

Iniciamos este otro apartado con el artículo "Las implicaciones psicosociales de la histerectomía", realizado por Stanfill, P.H. (1982). Esta revisión nos dice que el impacto psicosocial que sufren las pacientes con histerectomía es el principal interés de la investigación con respecto a los cuidados médicos que les fueron proporcionados.

El impacto psicosocial puede influenciar dramáticamente el curso entero de la vida postoperatoria de la paciente. Se menciona que los cuidados médicos proporcionados a la paciente pudieron alterar los factores psicosociales de la vida cotidiana de ella.

Las necesidades de la paciente son una parte integral de los cuidados médicos proyectados para la paciente histerectomizada; tomando en cuenta estas necesidades dentro de los cuidados planeados se pondrá énfasis en ayudar a la paciente a que se restablezca su equilibrio de la fuerza vital.

Webb, C. (1986) publica una investigación titulada "Establecimiento profesional de un apoyo social para pacientes histerectomizadas". Dicho artículo describe un estudio de apoyo social para mujer que sufrieron histerectomía y se presenta como una investigación original.

Nos dice que los planes de la investigación fueron modificados

cuando las primeras entrevistas expusieron las necesidades de las mujeres y sus deseos de obtener información básica acerca de la histerectomía.

Las modificaciones designadas permitieron comparaciones entre un grupo de mujeres que recibieron la información como parte de la entrevista del estudio, y el segundo grupo no recibió semejante ayuda. Después de 3 semanas de la histerectomía se presentaron diferencias significativas entre los dos grupos; y se observó que en el grupo que tuvo la información existió menos hostilidad pero más crítica acerca de su tratamiento hospitalario.

El estudio también confirma resultados previos obtenidos por el mismo autor de las generalidades del alto nivel de satisfacción, salud y reinicio de las actividades cotidianas después de la cirugía.

Tomando en cuenta el apoyo social profesional, se sugirió que el tiempo completo de las amas de casa debe ser fundamentalmente aprovechado para el apoyo de los cuidados debidos a su relativa soledad con respecto a otras fuentes de apoyo que le den información errónea.

A pesar del reconocimiento de las limitaciones del estudio, algunos lineamientos son ofrecidos para intentar incrementar los niveles de la instalación profesional del apoyo social a las pacientes histerectomizadas.

Memos de mencionar que un artículo elaborado por Krant, M.J. (1981) y que lleva por título "Impacto psicosocial del cáncer ginecológico", nos narra que cuando el cáncer ginecológico no es manejado ni tratado adecuadamente, produce stress a la paciente y su familia; a menos que se preste considerable atención a los puntos relacionados con su adaptación psicológica y social.

Asimismo, el cáncer despierta sentimientos tales como: desamparo, dependencia, vulnerabilidad, culpabilidad y alienación; que dependen del estado del mal y del grado de mutilación terapéutica de los órganos genitales.

Debe mencionarse que a algunas de las pacientes se les proporcionó un sistema soporte que permitió la exploración de miedos y fantasías; y que al mismo tiempo ayudaron a las pacientes a compararse con otras quienes tuvieron una buena adaptación o una experiencia similar.

Así pues, la responsabilidad del médico en el manejo del cáncer es un recurso que se proporciona directa o indirectamente para el mantenimiento del sistema moral de la paciente y su familia, durante un largo período de tiempo después de la cirugía.

"Histerectomía: un estudio acerca del apoyo para la recuperación". Es un artículo que presenta de nueva cuenta Webb, C. y col. (1983), donde reporta un estudio descriptivo de recuperación en la histerectomía,

la cual fue ubicada dentro de una teoría cognitiva-fenomenológica de apoyo. Con base en esto, se modificaron las creencias pesimistas de las mujeres y los posibles efectos de la histerectomía, así como la experiencia de la operación y la recuperación.

La mayoría de las mujeres tuvieron una buena recuperación en términos de su actividad y salud según su propia valoración. Sin embargo, la información proporcionada por los médicos y el apoyo social de la pareja, familiares y amigos, fueron inadecuados en calidad y cantidad; los datos incluyen también alguna evidencia de que la falta de apoyo puede interferir con el proceso de recuperación después de la histerectomía.

Brennan, Spano y Jackson (1979) efectuaron una investigación sobre los efectos de la histerectomía en la familia, y reportaron que una mujer perteneciente a una familia común sufrió histerectomía comparándosele posteriormente con un grupo control.

Se encontraron diferencias significativas con respecto a los procedimientos quirúrgicos mayores (como la histerectomía) y el reporte de síntomas crónicos y recurrentes del grupo control.

Se llegó a la conclusión de que dicha mujer tiene un gran número de problemas de identidad, relaciones interpersonales y problemas familiares. No se encontraron diferencias significativas en la identificación de problemas orgánicos crónicos. Por otro lado, diferencias significati-

vas nos indican que la mujer del estudio probablemente está viviendo lejos de su pareja, así como usando medicamentos por largo tiempo y está fumando.

El más importante hallazgo fue que el grupo de mujeres quienes sufrieron la histerectomía, también tuvieron 2.6 operaciones quirúrgicas mayores que el grupo control, excluyendo la histerectomía. No hay diferencias significativas entre los dos grupos con respecto al número de otros factores estudiados como el yo, educación, religión, historia de admisión psiquiátrica y obesidad.

En resumen, todos los artículos revisados en este apartado nos dicen que se proporcionó un apoyo social a nivel profesional a las pacientes básicamente histerectomizadas. Este apoyo debe ser extrapolado a los familiares y a la pareja, específicamente con el fin de evitar problemas de relaciones interpersonales.

1.2.4 Aspectos psiquiátricos.

En 1980, Martin, Roberts y Clayton realizaron un estudio llamado "Estado psiquiátrico después de la histerectomía. Un año de expectativas de seguimiento". En esta investigación se trabajó con 44 mujeres seleccionadas azarosamente, quienes habían sufrido una histerectomía por razones ajenas al cáncer. Fueron evaluadas preoperatoriamente y seguidas durante un año.

Los hallazgos no sostienen la hipótesis de que los procedimientos como la histerectomía son seguidos por un exceso de síntomas psiquiátricos. En general, las mujeres que manifestaron síntomas psiquiátricos durante el seguimiento tuvieron problemas similares antes de la cirugía. Algunos de los síntomas fueron asociados con un diagnóstico prequirúrgico de histeria (síndrome de Briquet), encontrándose un sorprendente exceso de ejemplos: del 27 % contra el 1 % ó 2 % esperado.

Los autores concluyen que cuando la histeria es diagnosticada preoperatoriamente, la decisión terapéutica de llevar a cabo la histerectomía podría basarse en hechos objetivos más bien que en quejas; ya que la mujer puede presentar antecedentes psiquiátricos que indiquen que no se trata de una enfermedad ginecológica.

Iacovidés y cols. (1981) en su artículo "Prevención de disturbios psiquiátricos después de operaciones ginecológicas", hace mención de que las complicaciones emocionales siguientes a operaciones ginecológicas son investigadas en un esfuerzo para registrar algunas causas de ellas y encontrar caminos de prevención.

Los autores estudiaron a algunas mujeres posthisterectomizadas y compararon a un grupo control que presentó un gran porcentaje de depresión reactiva 6-12 meses después de la operación. Basados en hallazgos concernientes a actitudes familiares, conceptos sexuales erróneos y cambios en la imagen corporal ; se presentaron ciertas medidas preventivas preoperatoriamente como apropiadas aproximaciones psicológicas a las mu-

jes, investigación de actitudes especiales tanto a nivel individual como familiar, así como provisiones de información exacta acerca de la naturaleza de la operación y adecuado apoyo psicoterapéutico postoperatorio.

En otro artículo Cooper y Gath (1983) publicaron "Detección de casos psiquiátricos en pacientes ginecológicas", nos dicen que hay una larga y conflictiva literatura en la frecuencia y naturaleza de los desórdenes psiquiátricos en mujeres con alteraciones ginecológicas. Es difícil interpretar y comparar los hallazgos de los diferentes estudios porque aquellos no tuvieron que usar métodos no estandarizados de estudio en la identificación de casos.

El propósito de este estudio fue ilustrar el uso de los métodos estandarizados en la detección de casos en dos poblaciones ginecológicas. Una con mujeres que sufrieron histerectomía y otra con aquellas que recibieron una esterilización tubal electiva. Posteriormente se describieron tres aplicaciones de las técnicas de identificación de casos: midiendo la prevalencia, describiendo rasgos de los desórdenes y probando hipótesis.

"La adaptación de la posthisterectomía: una revisión y reporte de 2 estudios de seguimiento". Este fue el título del artículo que escribieron Singh y cols. en 1983. Dicho artículo nos dice que las indicaciones y consecuencias de la salud posterior a la histerectomía, han sido tópicos prominentes en la literatura psiquiátrica y ginecológica reciente.

Esta investigación describe los resultados de dos estudios, uno de 216 mujeres menores de 45 años quienes sufrieron una histerectomía en condiciones no malignas en el principal hospital de Sidney. Estas mujeres fueron entrevistadas en el día 17 postoperatorio. Después sólo ciento noventa y cuatro de ellas fueron luego seguidas a través de un cuestionario 13 meses más tarde. Otro estudio fue llevado a cabo posteriormente en un hospital de los alrededores de Sidney, donde 100 mujeres respondieron a un seguimiento a través de cuestionarios, aproximadamente un año después de su operación.

Estos dos estudios concluyen que los factores pronosticados en la mayoría de los casos, se asocian con resultados psiquiátricos pobres.

Otro artículo, "Histerectomía y desórdenes psiquiátricos: I Niveles de morbilidad psiquiátrica antes y después de la histerectomía", presentado nuevamente por Cooper, Gath y Day en 1982 expone que 146 mujeres con hemorragia de origen benigno se entrevistaron antes de la cirugía y reentrevistadas 6 meses postoperatoriamente (n= 145), y de nuevo 18 meses más tarde (n= 144). Se encontró que los niveles de morbilidad psiquiátrica fueron significativamente más altos antes de la operación que después de ella.

Por otro lado, se obtuvo a través del Estado Presente de Examinación que un 58 % de las pacientes fueron casos psiquiátricos antes de la cirugía, contrario al porcentaje restante que no presentó antecedentes psiquiátricos.

Posteriormente se observaron en general algunas mejoras a través del Estado Presente de Examinación en el funcionamiento psicosexual y social de las pacientes, dentro de las tres a seis semanas postoperatorias.

También se observó mayor morbilidad en las pacientes psiquiátricas en relación con las pacientes no psiquiátricas.

Para finalizar este apartado mencionaremos que el artículo "Histerectomía y desórdenes psiquiátricos: II Psiquiatría demográfica y factores físicos en relación a consecuencias psiquiátricas", presentado por Gath y cols. (1982), narra que 156 mujeres con hemorragia de origen benigno fueron entrevistadas antes de la histerectomía, y otra vez 6 meses después (n= 148), así como 18 meses más tarde (n= 147).

Se detectaron a los 18 meses postoperatorios consecuencias psiquiátricas que fueron fuertemente asociadas con el estado mental preoperatorio, así como neuroticismo, previa historia psiquiátrica e historia psiquiátrica familiar.

En resumen, no se encontró asociación con patología orgánica en el útero, ooforectomía bilateral o variables demográficas.

Este apartado expone como punto sobresaliente que las pacientes que fueron estudiadas en todas estas investigaciones, presentan síntomas psi

quiátricos postoperatorios debido a la existencia de historias psiquiátricas previas personales o familiares; y no por consecuencia de la histerectomía.

1.2.5 Aspectos quirúrgicos.

El apartado se inicia con "Histerectomía electiva. Beneficios, riesgos y costos" elaborado por Sandberg, Barnes y cols. (1985), donde se evaluaron los efectos de la histerectomía-ooforectomía bilateral contra la dirección y alternativas médicas en la expectativa y calidad de vida, así como los costos médicos directos.

Se usaron técnicas de análisis de decisión y datos disponibles de las secuelas presentadas. Se encontró que las ganancias en la expectativa de vida pueden ser esperadas cuando las mujeres entre 30 y 60 años sufrieron histerectomía por neoplasma benigno, desórdenes en la menstruación, una anatomía anormal, desórdenes cervicales o endometriosis, pero principalmente debido a la prevención del cáncer en el tracto reproductivo.

Sin embargo, las mujeres quienes tuvieron relativamente alto riesgo en la operación, sufrieron una confusión en la expectativa de vida. Por otro lado, mujeres menores de 35 años no tratadas con restitución estrogénica siguiente a la histerectomía y ooforectomía pueden esperar pérdidas netas en las expectativas de vida, debido al incremento del riesgo

en los desórdenes del corazón y en la osteoporosis.

En conclusión, para las mujeres en edad reproductiva quienes desean preservar su potencial para tener hijos, la histerectomía electiva como un método de esterilización puede ser una consecuencia inaceptable en la cualidad de vida.

Gould y Wilson-Barnett en 1985, publican una investigación llamada "Una comparación de la recuperación después de la histerectomía y una operación cardíaca", la cual nos narra que si bien los progresos del monitoreo son una actividad cuidadosa de todos los días, generalmente los métodos empleados permanecen relativamente sin desarrollarse. En el pasado muchos estudios documentados en la recuperación física, tendieron a enfocarse en las complicaciones semejantes a la infección.

La satisfacción de las pacientes con progreso es pocas veces tomada en cuenta, aunque ello pueda proporcionar una reflexión acerca de esto. Por otro lado, son comparados en términos de ajuste psicológico, los efectos de la cirugía cardíaca y la histerectomía llevados a cabo por lesiones benignas, así como el reinicio de sus actividades dentro y fuera del hogar.

En suma, se observó mayor recuperación en las pacientes histerectomizadas a pesar de los problemas residuales físicos presentados en una minoría de ellas. En contraste, la recuperación de la cirugía cardíaca fue más difícil y con ganancia más lenta como la esperada después de una cirugía mayor.

Un artículo más elaborado por Waldemar, Werdelin y Oysen (1987) quienes lo titularon "Síntomas neurológicos e histerectomía: Un estudio retrospectivo de la prevalencia de la histerectomía en pacientes neurológicas", presentan que el 11.1 % de 272 mujeres entre 25 y 45 años de edad que habían sufrido histerectomía, fueron admitidas consecutivamente en un departamento de neurología de 1980 a 1984. La población fue dividida en dos grupos de acuerdo a la emisión del diagnóstico asociado con resultados neurológicos no objetivos. La frecuencia de la histerectomía fue del 14.4 % comparado con el 5.4 % en mujeres con un diagnóstico emitido que indicaba desórdenes neurológicos orgánicos.

La admisión de las pacientes fue más frecuente en el servicio de ginecología que en el de psiquiatría. De esta manera, de 30 mujeres histerectomizadas, sólo 6 tuvieron cambios malignos o premalignos en el útero; siendo éstas las más significativas, puesto que en los 24 casos restantes la extirpación del órgano no hubiera sido necesaria. Estos resultados sugieren que los desórdenes de somatización fueron la causa fundamental para la histerectomía.

Aparece nuevamente Kilkku y cols. (1987) con su artículo "Histerectomía abdominal contra la amputación supravaginal uterina: factores físicos", en el cual son investigadas las dolencias físicas de la histerectomía abdominal (n= 105) y la amputación supravaginal uterina (n= 107).

El autor entrevistó personalmente a todos los sujetos antes de la operación y 6 semanas, 6 meses, un año y tres años postoperatoriamente.

La proporción de mujeres sin síntomas físicos se incrementó desde el 49.5 % al 67.7 % en el grupo de hysterectomizadas (p menor que 0.01) y desde 53.3 % al 76.8 % en el grupo de amputadas (p menor que 0.001).

La diferencia entre los grupos en la fase de 3 años fue significativa (p menor que 0.01) ya que se presentaron síntomas como nerviosismo, irritabilidad y depresión; y decrecieron en el grupo de amputadas pero no en el grupo de hysterectomizadas.

Cooper, Bishop y cols. (1981) en su artículo "Hysterectomía, hormonas y conducta: una perspectiva de estudio", nos dicen que 60 mujeres premenopáusicas se valoraron antes y después de la hysterectomía, ésta debida a hemorragias, fibromas o ambos. Las pacientes fueron asignadas al azar en dos grupos para recibir sulfato de estrógeno o tabletas placebo durante el experimento.

No se obtuvo ninguna evidencia de que los grupos de pacientes presentaran depresión o dificultades sexuales relacionadas a la hysterectomía. Además en comparación con su línea base de condiciones ginecológicas, todas las mujeres presentaron mejoría en su modo, vigor y actividad sexual intacta.

Ahora bien, presentamos otro artículo "Terapia hormonal y su influencia", elaborado por Dennerstein, Burrows y cols en 1979, investigaron la influencia de la terapia hormonal y su repercusión en un estudio de seguimiento.

El experimento se llevó a cabo con la participación de 49 mujeres quienes previamente sufrieron histerectomía y ooforectomía bilateral. La terapia hormonal consistió en la administración diaria durante 3 meses de 50 micras de etanol-estradiol y 250 micras de levonorgestrol (Nordial), y una combinación de estas dos sustancias y placebo. Los efectos de tal administración fueron medidos a través de la escala de clasificación de depresión de Hamilton, así como los reportes verbales de las mujeres y sus clasificaciones en las escalas análogas visuales.

Se halló que el etanol-estradiol tiene influencia benéfica sobre la ansiedad, irritabilidad e insomnio. También se encontró que la influencia de las hormonas alivia los bochornos parcialmente.

El levonorgestrol provocó más cambios favorables inicialmente, pero estos tendieron a disminuir hacia el tercer mes de la terapia. Los síntomas de ansiedad fueron los que más se presentaron en las mujeres. Los resultados de este estudio sugieren que las escalas análogas de clasificación visual son cuestionadas en su validez y en su influencia valorativa en pacientes sin alguna morbilidad psiquiátrica apreciable.

Por otro lado, Halbreich y Endicott (1985) en su artículo "Resultados metodológicos en un estudio de cambios premenstruales" nos presentan los principales resultados metodológicos que podrían ser considerados en un estudio de dichos cambios. Los resultados incluyen la selección de grupos bien definidos de sujetos quienes reflejaron la diversidad de subti-

pos de cambios premenstruales. Así como la confirmación de reportes retrospectivos por medio de monitoreos diarios de los cambios de clasificación. La atención a tales resultados podría apoyarse en el incremento de los hallazgos estudiados y eventualmente en un mejor entendimiento de la fisiopatología de los cambios premenstruales, siendo todo esto dirigido hacia un tratamiento racional efectivo.

Para finalizar, describiremos el artículo "El significado de los conceptos relacionados con la reconstrucción de mama" realizado por Clifford y cols. (1984), dicho estudio hace mención del significado de los conceptos relacionados a esta cirugía medidos a través de un estudio psicométrico, utilizando el Diferencial Semántico.

En este experimento participaron 105 mujeres con reconstrucción subsecuente a la mastectomía. En promedio las mujeres eran casadas, de edad media y con secundaria incompleta. Los resultados del Diferencial Semántico demostraron que las perspectivas de las mujeres fueron positivas con respecto a su cuerpo y su feminidad, y por lo tanto, su autoconcepto no se vió afectado.

En síntesis, este apartado nos hace mención de algunas investigaciones, en las que se hace una comparación entre la histerectomía y otras cirugías, así como su evolución a nivel médico básicamente.

1.2.6 Aspectos experimentales.

Comenzaremos este último apartado con el trabajo de Young y Humphrey (1985) titulado "Métodos cognitivos de preparación de mujeres para la histerectomía: ¿ayuda un folleto?". En este artículo 30 mujeres que sufrieron histerectomía fueron asignadas secuencialmente en 3 grupos iguales. A los primeros dos grupos les fueron enseñados métodos de control cognitivo sobre ansiedad; uno a través de un folleto detallado (grupo uno) y el otro verbalmente (grupo dos). El tercer grupo sirvió como control de atención-placebo.

Los dos grupos experimentales reportaron menos dolor y angustia que el grupo control, quien permaneció agotado y fue más propenso al vómito postoperatorio. En conclusión los autores encontraron que el folleto no dió ni más ni menos beneficios que las técnicas verbales en los criterios adoptados.

Johnson, Chirstiman y Stitt (1985) escriben un artículo llamado "Intervenciones de control personal: períodos cortos y largos de los efectos en pacientes operadas". Este estudio nos dice que fueron designados al azar factoriales de $2 \times 3 \times 2$ que se usaron para evaluar los períodos cortos y largos de los efectos de las operaciones que dieron diferentes significados del esfuerzo del control personal sobre las experiencias postoperatorias en una muestra de 121 mujeres negras y 47 mujeres blancas ambas histerectomizadas. Una de las variables fue la presencia o ausencia de la descripción de la experiencia en períodos sensoria-

les concretos; la segunda variable fue la instrucción de una estrategia de imitación cognitiva, instrucción de una estrategia de imitación conductual, o ninguna instrucción; y la tercera variable fue experimental o control de las experiencias posthospitalarias.

Los resultados indicaron que el proceso de imitación de la información concreta sensorial fue esperado en la estimulación pero no en los efectos posteriores del reinicio de las actividades cotidianas. Además la técnica de imitación conductual se asoció con una reducción del dolor a través de medicamentos. Y la técnica de imitación cognitiva se asoció con reportes de la mejor recuperación física durante la hospitalización más larga.

Los datos de la recuperación hospitalaria recolectados 2, 4 y 12 semanas después de haber salido del hospital, presentaron un modelo diferente de los efectos de la intervención que se observó durante la hospitalización.

Por último, Keith, C. (1980) en su artículo "Discusión de grupo para pacientes posthisterectomizadas", menciona que la histerectomía es el segundo tipo más común de cirugía mayor, y giran alrededor de ella amenazas emocionales y sociales. Este artículo no sólo tuvo notas de algunas complicaciones o problemas comunes experimentados por mujeres quienes sufrieron histerectomía, sino que también describió programas de enseñanza, consejo individual y de grupo que incluyeron la discusión del grupo de posthisterectomizadas.

Este último apartado nos dice a grandes rasgos la forma en que a través de procedimientos experimentales (como información acerca de la cirugía, o consejo y discusión de grupo), se puede lograr alguna mejoría en pacientes poshisterectomizadas.

C A P I T U L O
I I
H I S T E R E C T O M I A

Para empezar este capítulo creemos que es básico entender el simbolismo psicológico de la menstruación y la reproducción para apreciar las reacciones emocionales de la paciente histerectomizada y el stress asociado con la pérdida de aquellas funciones. La capacidad biológica para reproducirse está íntimamente ligada con la percepción de una mujer de sí misma como ser femenino. Durante la adolescencia toda jovencita aprende a comparar la función menstrual con la capacidad para reproducirse. Por lo tanto, la menstruación es percibida como el distintivo de feminidad, y la pérdida de la función menstrual se considera por muchas mujeres como una supresión de su feminidad.

Como hemos visto, la histerectomía se encuentra estrechamente relacionada con los procesos de menstruación, menopausia y reproducción. Es por esto que juzgamos conveniente hacer una revisión de estas tres funciones, para posteriormente entrar de lleno a lo que es la histerectomía en sí.

2.1 MENSTRUACION.

En algún momento a partir de los 9 años de edad, el aumento estrogénico en el torrente sanguíneo de la niña altera la distribución de las grasas corporales de manera que sus caderas se ensanchan, se le redondean los glúteos y empieza a desarrollar la forma característica del cuerpo femenino. También esto da lugar al desarrollo de los senos, lo que precede

a su primer período menstrual. La primera menstruación y sus características son de vital importancia en el proceso psicosexual y reproductivo de la mujer. Al mismo tiempo, otras hormonas, los andrógenos provocan el crecimiento del vello púbico y axilar. En este momento la niña está entrando a la pubertad, fase fisiológica del desarrollo hacia la madurez que nuestra sociedad considera, tanto emocional como culturalmente la transición a la edad adulta.

Por otro lado, los padres suelen estar convencidos de que cuando su hija cruce este puente, adoptará una actitud difícil de afrontar y prevén que empezará a cobrar conciencia de sí misma, a ser voluntariosa, vulnerable, confusa, hostil a la autoridad, profundamente preocupada por su aspecto físico y que en algún momento se enamorará de algún muchacho. Quizá lo más importante en nuestra cultura, en relación a los adolescentes sea que no se les toma en serio.

Durante la adolescencia se halla en una especie de "limbo" en el que no sólo le resulta difícil encontrarse a sí misma y dar forma a su propia identidad como mujer, sino cualquier tipo de identidad que le ha sido negada activamente por los adultos como algo transitorio, superficial e insignificante.

"Simbólicamente la menstruación, es el signo que indica el cambio de niña a mujer y en algunas sociedades rinden culto a este proceso". (1)

(1) CONAPO. (1982). "Individuo y sexualidad". Vol. III. México, p. 100.

Así pues, los padres suelen luchar contra muchas sensaciones conflictivas por el hecho de que su hija se haga sexualmente madura, lo que se expresa en las actitudes adoptadas ante su primera menstruación. Es decir, que la sangre menstrual también simboliza la sexualidad femenina y la capacidad potencial para concebir.

El ciclo ovárico, la menstruación y la concepción no son meros procesos biológicos incidentales, ni simples accidentes físicos, sino que para muchas mujeres son parte de la forma en que se sienten y se ven a sí mismas, los cuales también constituyen una parte de su sentido del propio yo. Ahora bien, cuando el propio yo sufre una transmutación, el cuerpo cambia gradualmente y se produce una expresión física de este cambio. Por ejemplo, algunos factores que afectan al flujo menstrual son: la época en que tiene lugar, su cantidad y si se produce o continúa normalmente. Todas estas son cosas que la adolescente empieza a descubrir gradualmente sobre sí misma, y el descubrimiento puede hacer que se sienta incómodamente dependiente de su cuerpo, o incluso atrapada por éste. Quizá una de las cosas más difíciles para ella, sea disfrutar de su propio cuerpo.

La menstruación, es pues un proceso que como ya se mencionó va acompañado del desarrollo de las glándulas mamarias, órganos reproductores y características sexuales secundarias. Siendo su primera aparición llamada menarca o menarquía.

El ciclo menstrual es el lapso desde el primer día de la menstruación hasta un día anterior del nuevo ciclo, puede oscilar de 21 a 90 días

y ser aún funcionalmente normal, la duración promedio es de 28 a 30 días. "Las adolescentes y las mujeres jóvenes tienen la tendencia a presentar ciclos de mayor duración que las mujeres de mayor edad". (2)

Ahora bien, las fases del ciclo menstrual como los acontecimientos de la pubertad están básicamente regulados por hormonas. La primera de estas fases es la proliferativa (en la cual el epitelio uterino o endometrio desprendido en la menstruación anterior se reconstruye) o preovulatoria, antes de la liberación de un óvulo maduro del ovario. Esta fase dura unos 14 días en un ciclo de 28. En esta etapa la hipófisis secreta hormona estimulante del folículo (H.E.F.) que aumenta la producción de estrógenos ováricos, los cuales son causantes del nuevo crecimiento del endometrio. Así mismo, la H.E.F. estimula la maduración de uno de los folículos ováricos, el cual se romperá por último durante la ovulación en respuesta al estímulo de una mayor producción de la hormona luteinizante (H.L.) por la hipófisis.

Los estrógenos estimulan el crecimiento de la superficie glandular del endometrio y se obtiene un grosor de 3.5 mm. durante esta fase. Además aumenta la producción y el tamaño de las glándulas mucosas del cuello. El moco cervical producido bajo la estimulación estrogénica es abundante, delgado, muy viscoso, tiene un pH alcalino y contiene elementos nutritivos que pueden utilizarse por los espermatozoides. La elevación de los niveles de estrógenos, también estimulará el crecimiento del epitelio vagi

(2) Mc Cary, J. (1978). "Sexualidad Humana". 3a. ed. Ed. El Manual Moderno, México, p. 49.

nal, por lo que el grosor máximo aparece en la época de la ovulación.

La cantidad de líquido dentro del folículo de maduración aumenta de manera continua durante la fase proliferativa y en última instancia el folículo se rompe y el óvulo maduro se expulsa hacia la trompa de falopio. Este proceso es la ovulación, que ocurre alrededor de los 14 días antes de la menstruación.

El período después de la ovulación se llama fase postovulatoria o luteínica del ciclo menstrual. La hipófisis correspondiendo al estímulo de mayores niveles de estrógenos en la corriente sanguínea elabora más H.L. que viaja por el torrente circulatorio al folículo ovárico recién roto (folículo de Graaf) y estimula a las células restantes del folículo para que se desarrollen en una estructura glandular microscópica llamada cuerpo amarillo, el cual también se sella con ayuda de esta hormona. El cuerpo amarillo bajo una continua estimulación de la H.L. produce sobre todo progesterona junto con algún estrógeno. Bajo la influencia combinada de estrógenos y progesterona las glándulas del endometrio que se han desarrollado durante la fase proliferativa se vuelven funcionales y producen un líquido nutritivo. El endometrio se engruesa volviéndose más vascular, de manera que "pequeños lagos" de sangre se forman dentro de éste. Dichas lagunas proporcionan nutrición para el óvulo fecundado si se llegase a implantar en la mucosa uterina.

La progesterona inhibe el flujo del moco cervical que ocurre durante la ovulación y disminuye el grosor del epitelio vaginal.

En caso de que no se presentase la fecundación, la hipófisis responde a los niveles aumentados de estrógenos y progesterona de igual modo que un termostato responde al aumento de temperatura; y por lo tanto, suspende la producción de la H.E.F. y la H.L. privando al cuerpo amarillo de la estimulación química para producir estrógenos o progesterona. El cuerpo amarillo luego desaparece.

La fase final del ciclo menstrual es la menstruación real. Es decir el desprendimiento del endometrio a través del cuello y la vagina. Seguramente lo que desencadena la menstruación es el descenso en el nivel de los estrógenos y progesterona al final del ciclo.

El flujo vaginal consiste sobretodo de sangre, moco y fragmentos de tejido endometrial. En un período menstrual promedio se pierden de 200 a 250 ml. de sangre. La duración del sangrado es generalmente de 3 a 7 días y casi siempre los períodos mayores de una semana indican anormalidad.

A medida que sigue descendiendo el nivel de los estrógenos, la hipófisis responde nuevamente como lo haría un termostato y manda su secreción de la H.E.F. iniciando así la fase proliferativa del ciclo menstrual.

Así pues, hemos de mencionar que casi toda mujer ha sufrido cierto grado de trastornos menstruales. "El malestar o dolor que ocurren antes de la menstruación se llama SINDROME PREMENSTRUAL y el dolor que ocurre durante la menstruación se llama dismenorrea. Los síntomas son los mis-

mos. Entre ellos, los principales son mayor micción, un dolor sordo en la parte baja del abdomen, retención de líquidos y acné. En ocasiones la mujer tiene fatiga, irritabilidad y depresión incluidos en lo que se llama "tensión premenstrual". (3)

Dicho síndrome surge durante los 4 a 7 días antes de la menstruación y permite a la mujer conocer la inminencia de su sangrado.

(3) Mc Cary, J. "Sexualidad Humana". op. cit. p. 50.

2.2 MENOPAUSIA.

La menopausia es un período que anuncia el cese completo de la función ovárica, conlleva a la desaparición total de la capacidad reproductiva de la mujer.

En este momento la menstruación se hace irregular en sus presentaciones hasta cesar y desaparecer completamente; esta ausencia del sangrado menstrual es el principal signo de que la menopausia se instaló definitivamente, lo cual significa que es el fin de la posibilidad de tener hijos. La edad más frecuente en que las mujeres entran a esta etapa es entre los 45 y 55 años de edad, pudiendo variar esta edad en más o menos 5 años y su duración no excede de 2 años.

Con mucha frecuencia la menopausia no significa simplemente la ausencia de la menstruación, sino que implica cambios endocrinos, somáticos y psicológicos, de ahí que esta etapa sea de tanta importancia. Aunque algunas veces ésta puede ser muy borrascosa, provocando un desajuste emocional en la imagen de la mujer.

Al conjunto de síntomas causados por estos cambios generales se le denomina clínicamente CLIMATERIO, término que significa "cambio en la vida". Los síntomas asociados al climaterio son comúnmente conocidos, y afectan a casi todas las mujeres en cierto grado, pero sólo cerca del 10 %

de ellas sufren molestias evidentes por estos problemas. El síntoma más frecuente es el rubor o bochorno, que es una repentina oleada de calor que se extiende por la cara y el cuello y en ocasiones por todo el cuerpo. Esta puede presentarse en cualquier lugar en el momento más inesperado, además de que es independiente de la temperatura ambiental. Algunos flujos de calor constituyen tan sólo suaves sensaciones cálidas, otros hacen que la mujer rompa a sudar y seguidamente se sienta empapada y fría. Estas sensaciones pueden durar de 1 segundo a varios minutos y ocurren varias veces al día.

Muchas mujeres consideran que los bochornos son altamente embarazosos porque llaman la atención sobre su condición menopáusica, como si declarara en público que se está despidiendo de su juventud y feminidad. Otros síntomas asociados son la fatiga, mareos, dolores de cabeza tipo migrañoso, dolor de cuello y glándulas mamarias, insomnio, deseo excesivo de dormir, dolores en las articulaciones y depresión.

El hecho de que una mujer experimente o no estos síntomas como leves o intensos parece que depende de dos factores: uno de ellos es su patrón de personalidad; y el otro son los factores ambientales generales y tensiones situacionales. Ahora bien, una depresión menos severa durante la menopausia, puede estar en parte relacionada con el desequilibrio hormonal de este período, y también con la pérdida de la capacidad reproductiva y el abandono de los hijos del hogar.

Es bien sabido que "los mitos que envuelven a la menopausia crean el

mismo clima psicológico para la mujer que las ideas de impotencia para el hombre. Pocas mujeres escapan a los cuentos de bochornos insoportables, actividad sexual dolorosa y la "joroba de la viuda" de la osteoporosis. Casi nadie ha oído hablar de la menopausia como una época maravillosa de florecimiento, cuando la energía vibrante y un sentido de libertad caracterizan el funcionamiento, cuando una está lista y dispuesta a asumir riesgos y probar algo de aventuras, cuando se pierde la carga del "qué dirán" o cuando es posible tener una conversación ininterrumpida con una pareja o planear un viaje repentino sin tener que preocuparse de cuidadoras de niños y hacer interminables preparativos para ausentarse de la familia".(4)

Por otro lado, el mecanismo de la menopausia en contraposición a la pubertad, no está relacionado con la hipófisis. Esta glándula continúa liberando la H.E.F. en grandes cantidades, pero paulatinamente los ovarios dejan de responder y se producen muy pocos estrógenos.

La función ovárica, es una de las que más claramente se afectan con los procesos que ocurren en el envejecimiento, tanto su función citógena (producción de óvulos) como en su función endocrina (producción de hormonas). Estas podrían ser algunas de las causas de la baja fertilidad en la menopausia.

A medida que la edad de la mujer va avanzando, el número de oocitos disminuye, el proceso de ovulación puede estar afectado o impedido de manera tal que el huevo puede deteriorarse aún antes de la fertilización.

(4) Dennis, L. (1986). "Psicología Evolutiva". Ed. Interamericana, México p. 297.

El ovocito también puede envejecerse dentro del folículo maduro o folículo de Graaf, por un retraso del momento de la ovulación que daría como resultado un cigoto anormal, lo cual se expresa con la muerte del embrión. La hipófisis también puede presentar deficiencias en la liberación de la H.L. lo que retarda la ovulación causando que el ovocito se exceda en su punto de madurez y se envejezca antes de ser liberado.

Con lo que respecta al ovario como órgano endócrino es responsable de la liberación de estrógenos y progesterona, pero esta función es dependiente de la maduración folicular de la ovulación y de la formación del cuerpo lúteo. No existen evidencias de que la liberación de estrógenos y progesterona se vea afectada durante el período de la menopausia, de hecho los valores de estas hormonas no disminuyen. En verdad, la función reproductiva parece finalizar antes de que la función endócrina se altere notablemente. Sin embargo, la baja paulatina pero constante de los niveles de estrógenos tiene efecto sobre los órganos blanco de la hormona y sobre ciertos aspectos metabólicos generales.

La deficiencia estrogénica causa varios trastornos en los órganos que requieren de esta hormona para su adecuado trofismo. Es por esto que se produce un adelgazamiento de la mucosa vulvar; también el epitelio vaginal se deteriora y se torna más pálido por la disminución del flujo sanguíneo; sus rugosidades se vuelven blandas y menos marcadas; el pH cambia y de ácido pasa a ser alcalino; y por último la secreción se vuelve escasa y se presenta un enjutzamiento de los genitales externos. Esto favorece el asentamiento local de infecciones bacterianas y por ende aumentan las molestias que se suman a todo este proceso.

Por último, en el útero, la mucosa (el endometrio) también presenta atrofia progresiva a medida que la estimulación estrogénica disminuye. También las glándulas mamarias presentan cambios tanto en la disposición del pániculo adiposo (espigas de grasa) que disminuye, como en el estroma mamario (armazón que sirve de sostén) que se fibrosa lentamente, dándole a los senos una apariencia pendular y una consistencia blanda.

La piel de todo el cuerpo pierde humedad y elasticidad. Y se puede observar pérdida del vello pubiano, así como pérdida del aspecto femenino del cuerpo debido al depósito del tejido adiposo. También es posible que aparezca el hirsutismo y adquiera un vello más grueso que el femenino en zonas donde no se observaba como el bigote. Esto se debe a que el ovario y la suprarrenal siguen produciendo las cantidades de andrógenos habituales, pero no se producen las cantidades de estrógenos necesarios que "neutralizan" estos efectos.

La osteoporosis es otra consecuencia que acarrea la menopausia. Consiste en el adelgazamiento y debilitamiento de los huesos, volviéndolos propensos a las fracturas, al tiempo que surgen dolores en las articulaciones y en los huesos. Cabe la posibilidad de que existan 3 tipos distintos de fracturas: a) fractura por compresión de la columna vertebral b) fractura del cuello del fémur; y c) fractura de la muñeca. Ello se debe a que el calcio se metaboliza de distinta forma en la menopausia.

Por otro lado, la función sexual en la menopausia no se ve limitada fisiológicamente por el paso de los años a diferencia de la función re -

productiva. Todo esto está determinado por factores que hay que tomar en cuenta en cada caso como el estado de salud, y los factores sociales que influyeron en toda la vida previa de la mujer, y que determinan las actitudes hacia la propia sexualidad y a su valoración general como individuo. Esto se ve claramente en aquellas mujeres que se mostraron motivadas sexualmente en sus años jóvenes; ellas tienden a mantener esta actitud positiva hacia lo sexual en edades menopáusicas y postmenopáusicas. Siendo el factor más importante para que esto ocurra el grado de satisfacción obtenida, más que la frecuencia de las relaciones sexuales.

Hemos de mencionar también que la menopausia se puede presentar de manera artificial y prematura cuando se efectúa una intervención quirúrgica que entraña técnicas de histerectomía y salpingooforectomía, donde al ser extirpados los ovarios se desencadena todo el proceso de una menopausia normal.

En suma, muchas mujeres expresan un aumento en la libido en la época menopáusica y postmenopáusica, experimentando un nuevo despertar del deseo sexual tal vez porque ya no les preocupa el embarazo o los anticonceptivos. Así, la menopausia tiene su propio significado para cada mujer. Para muchas simboliza el hecho de que se están volviendo viejas y en ocasiones pueden sentirse ajenas a su propio cuerpo hasta el extremo de finalizar todas sus experiencias y sensaciones sexuales. No obstante esta etapa no representa un impedimento para una realización satisfactoria en las esferas biológica, psicológica y social de toda mujer.

2.3 REPRODUCCION.

Gracias al control de la natalidad, el procrear o no hijos es hoy una decisión importante en la vida de la mujer. La mayoría de ellas se educa en la creencia que deben ser madres. Siendo así también que los hombres ven en la reproducción una prueba palpable de su potencia sexual y virilidad. Cabe mencionar, que la reproducción es un proceso que siempre se va a ver afectado por la interrelación de factores bio-psico-sociales que rodean a la pareja.

Algunas parejas tienen hijos esperando encontrar en ellos afecto y compañía. Pero en muchas comunidades agrícolas por ejemplo, los hijos se ven como una inversión tanto en mano de obra para el campo como una seguridad para la vejez.

También intervienen poderosas fuerzas de opinión, como las religiosas. Dado que en nuestro país la más predominante es la católica, ésta considera que un matrimonio es inaceptable si no tiene la intención de procrear. Dicha religión es partidaria de las familias numerosas siguiendo plenamente la pauta propuesta en la Biblia de "creced, multiplicaos y poblad la tierra".

Así pues, existen presiones que inciden sobre la pareja que no ha deseado procrear por el momento. Esta opción tiende a interpretarse co-

no reflejo de egoísmo, inmadurez afectiva e incluso anormalidad. Aún las parejas que no tienen hijos por razones ajenas a su voluntad han de afrontar las mismas actitudes, en ocasiones mezcladas con lástima con las que se sienten inadaptadas, inmaduras e incluso incompletas. No es de extrañar pues, que todo ello acarree presiones y conflictos en la relación de pareja.

Tomando en cuenta estos aspectos, es de vital importancia que la mujer decida en que circunstancias desea quedar embarazada. Cuando la decisión se ha tomado de común acuerdo con el compañero, ambos se sentirán felices ante la confirmación del embarazo, y las reacciones ante el mismo se espera que sean positivas. Ahora, si por el contrario el embarazo no se ha planeado adecuadamente, se debe decidir entre aceptarlo o rechazarlo. Esta es la primera y más crucial decisión. Dado que el simbolismo psicológico de la reproducción en la mayoría de las mujeres, es el sentirse plenamente realizadas como tales. Sin embargo, muchas mujeres albergan sentimientos ambivalentes respecto a su embarazo y quizá les lleve varios meses aceptarlo.

Por otro lado, es indispensable acudir al ginecólogo antes de embarazarse, ya que pueden existir complicaciones que puedan afectarlo, puesto que algunas mujeres sufren un riesgo elevado para tener hijos con anomalías congénitas, enfermedades o taras hereditarias, mujeres mayores de 35 años y las que han sufrido 2 o más abortos o las que han tenido niños muertos. También es importante acudir al odontólogo para completar cualquier tratamiento que sea necesario. Es recomendable hacer ejercicio diariamente y

llevar una dieta sana, así como suspender cualquier fármaco, tabaco y alcohol para habituarse poco a poco al embarazo.

Aún cuando el embarazo haya sido proyectado, habituarse a él puede costar algún tiempo. Algunas mujeres detestan "estar hinchadas" y acogen con disgusto las modificaciones orgánicas que se asocian al embarazo. A casi todas las mujeres les preocupa que su hijo sea normal y les inquietan los cambios que van a sufrir en su vida. Tener un hijo implica ajustes fundamentales a la forma de vida, por mucho que se anticipen los sentimientos que se van a experimentar. La visión de las cosas cambiará y variará con el embarazo y el nacimiento del bebé. La madre tendrá intrusiones y felicidad, preocupaciones y esperanzas, problemas y emociones, como consecuencia directa de su hijo. Para cuando el niño crece, la madre es una persona muy diferente de lo que era al principio. Es pues importante estar preparada para todos estos cambios y no dejarse sorprender o asustar por ellos.

Es importante saber que "toda vida proviene de una vida existente. La base estructural de la vida es la célula, a partir de ella se desarrolla una nueva vida por división y crecimiento". (5)

El cuerpo humano está formado básicamente por dos tipos de células, las células somáticas y las células germinales. Las somáticas son las

(5) Lee Clark, R. & Cumley, R. (1981). "El libro de la salud". 2a. ed. Compañía Editorial Continental, México, p. 38.

"células del cuerpo", y son las que constituyen los diversos tejidos y órganos del cuerpo. Las células germinales son el óvulo y el espermatozoide, estas células se encuentran "guardadas" a parte desde etapas iniciales en el desarrollo de un nuevo ser, pero al llegar a la pubertad empezarán las actividades que les fueron deparadas. Hemos de mencionar que, la formación de un nuevo individuo comienza con la unión de las células germinales; a través de esta unión surge una sola célula grande, de la cual se forman los millones de células somáticas y germinales que constituyen a un individuo.

Por otra parte, se sabe que el núcleo de las células germinales está compuesto por unos pequeños cuerpos como bastoncillos, llamados cromosomas. Dentro de cada cromosoma existen a su vez otras microscópicas estructuras, los genes. Estos son las unidades básicas de la herencia, y se combinan para transmitir a los descendientes las características hereditarias de los padres.

Cuando el espermatozoide se une al óvulo cada uno contribuye con un juego de 23 cromosomas en la nueva célula, llamada huevo; así pues, éste va a estar formado a su vez por 46 cromosomas que van a mantener a la especie humana constante. Posteriormente, este huevo comienza una serie de divisiones que constituyen los primeros signos del desarrollo prenatal.

El desarrollo prenatal puede dividirse en tres períodos: el período del óvulo, el período del embrión y el período del feto. El período del

Óvulo, comprende el producto de la concepción como cigoto y posteriormente como blastocito, esta formación dura aproximadamente una semana. La etapa del embrión abarca de la segunda a la onceava semana, se caracteriza por la evolución de la placenta (órgano de inserción entre el embrión y la madre) y por la aparición en forma primitiva de características corporales exteriores y de los órganos principales. El período del feto abarca de la doceava semana de gestación hasta el nacimiento, durante este período los órganos y tejidos continúan su diferenciación y alcanzan la capacidad de ejecutar sus funciones especiales.

El desarrollo prenatal provoca al mismo tiempo cambios en la madre. Todos estos cambios tanto del huevo fertilizado como de la madre se conocen comúnmente como embarazo; éste tiene una duración aproximada de 265 a 285 días. El embarazo también se puede dividir en 3 trimestres, a los que corresponden 3 diferentes signos, estos son:

Los signos presuntivos, son los primeros que se hacen notar, estos son la falta del período menstrual, náusea matutina, cambios en el tamaño y plenitud de los senos y el desarrollo de una coloración oscura de las areólas (región oscura alrededor de los pezones), fatiga y poliuria, así como cambio en el color de las mucosas. Estos signos no son definitivos ya que pueden ser producidos por otras condiciones diferentes al embarazo y además varían de mujer a mujer.

Los signos probables son aquellos que consisten en el aumento del tamaño del útero, reblandecimiento de la cérvix (empieza con el segundo mes) crecimiento del abdomen (alrededor del tercer mes) cuando ya puede palpar

se el fero a través de la pared abdominal y las contracciones intermitentes de éste.

Los signos positivos son los que confirman el embarazo y consisten en la presencia de latidos fetales, movimientos activos (quinto mes) y la presencia de esqueleto fetal en radiografías abdominales. Cualquiera de estos signos basta para confirmar el embarazo.

Cuando el embarazo ha llegado a su término, se presentan tres indicadores principales que anuncian que se aproxima el parto; sin embargo, alguno de ellos puede faltar. Estos son la expulsión de una pequeña cantidad de agua que no sea orina, esto es causado por la ruptura del amnios lleno de agua cristalina llamado también "fuente o bolsa de aguas" (el saco en el cual se encuentra el feto durante el embarazo). Un segundo indicador es la salida de un tapón mucoso desde la base del útero, teñido de sangre brillante, llamado "la muestra". Otro de los indicadores, es el comienzo de las primeras contracciones que son leves y rítmicas, dichas contracciones son calambres abdominales generalmente a intervalos de 15 a 20 minutos, con una duración de 30 segundos aproximadamente. Dichas contracciones van aumentando progresivamente en frecuencia, intensidad y duración hasta que ocurren cada 3 o 4 minutos, lo que indica que el feto ya se encuentra en camino. En la parte final del parto, las contracciones duran un minuto o más.

Cabe aclarar que la duración habitual del parto en mujeres primíparas es de 12 a 18 horas. A partir del segundo hijo el trabajo de parto se

reduce de 6 a 10 horas.

Por otro lado, el parto natural se lleva a cabo por la liberación de la Hormona Oxitocina (H.O.) de la hipófisis. Dicha hormona estimula al útero para que empiecen las contracciones musculares, dilatándose la cérvix desde 3mm. hasta aproximadamente 10 cm. Esto va facilitando el paso del feto a través del canal del parto. Cuando la cérvix se encuentra completamente dilatada, la primera parte del trabajo de parto ha terminado.

Continuando con el trabajo de parto, la segunda etapa se considera a partir de la expulsión del producto a través del canal del parto hasta la vulva, apareciendo primero casi siempre la cabeza. Conforme ésta desciende, los tejidos entre la vagina y el recto se estiran en grado extremo. En ocasiones la abertura vaginal no es lo suficientemente elástica y la emergencia de la cabeza del producto puede producir un desgarre. Para evitar esto, el obstetra debe practicar una episiotomía, que consiste en una sim-ple incisión del perineo, ya sea hacia un lado o hacia el ano. Esta herida puede causar prurito o incomodidades durante varios días postparto, pero en general cicatriza pronto y sin complicaciones.

Para concluir el trabajo de parto, se presenta la tercera etapa que consiste en el alumbramiento, donde la placenta se separa de la pared uterina alrededor de 15 minutos después del nacimiento del producto. Después de este proceso, el útero se contrae poco a poco a un tamaño significativamente pequeño y se presenta un sangrado variable. Esta etapa dura alredeedor de una hora. Si se llevó a cabo la episiotomía, el obstetra aprovecha

este momento para suturarla o cualquier otro desgarró que pudiese haberse producido en la vulva.

Cabe mencionar que después del parto, las 6 semanas siguientes constituyen un período de convalecencia llamado Puerperio. Donde es importante que la mujer se levante a caminar frecuentemente, ya que de esta forma mejora la circulación y se reduce la posibilidad de flebitis, y las funciones de la vejiga y del intestino se normalizan, así se evita la debilidad y se mejora el drenaje del útero y la vagina.

Es importante mencionar, que el útero que aumenta su volumen durante el embarazo 30 veces más de lo normal se reduce a su tamaño original; el volumen total de sangre así como el gasto cardíaco por latido, el metabolismo basal y muchas otras actividades del cuerpo retornan a su estado previo al embarazo. Cabe mencionar, que el retorno del útero a su tamaño normal es llamado involución. Durante los primeros días del puerperio el útero se sigue contrayendo y se expulsan coágulos de sangre, dichas contracciones provocan cólicos, que son llamados comúnmente entuerros. La estimulación de los senos por el amamantamiento también causa contracciones que aceleran la involución.

En el curso de la involución, las células de los músculos lisos del útero pierden líquido y se encogen; una parte de este líquido se absorbe a través del aparato circulatorio y otra parte se mezcla con la descarga vaginal, dicha descarga se llama loquios. Estos están formados por el recubrimiento del útero en desintegración, y en los primeros 4 a 5 días del

puerperio esta descarga es profusa y contiene sangre y posteriormente la cantidad de sangre se va reduciendo poco a poco y se vuelve parduzca, finalmente es escasa y de color amarillo pálido, hasta que desaparece generalmente a los 15 días de comenzado el puerperio.

Con lo que respecta a los genitales externos en el puerperio, requieren de una cuidadosa atención. La vulva debe lavarse cuidadosamente con agua tibia varias veces al día con algún antiséptico suave.

Al finalizar el puerperio, la mujer debe acudir al médico para una revisión cuidadosa de la vagina, cuello y útero, así como los senos. Muchos médicos aconsejan a sus pacientes que pospongan el coito durante dos meses posteriores al parto o cuando menos después de efectuar la revisión a las dos semanas, pero esto depende de algunos factores y no es una regla general.

Por otra parte, después del nacimiento del bebé la producción de leche (lactación) es una función totalmente nueva para el organismo. La lactación se inicia generalmente del tercer al quinto día postparto. Cuando ésta se inicia, se incrementa el abastecimiento de sangre a los senos ocasionando congestión en los vasos sanguíneos de la región. Los senos se sienten más pesados, calientes y adoloridos e incluso puede existir una pequeña inflamación de las axilas, esta inflamación dura alrededor de 24 a 48 horas. Todo este proceso se lleva a cabo por la liberación de la Hormona Prolactina, que estimula la producción de leche por las glándulas marias; y la otra es la Hormona Oxitocina (H.O.) , la cual ocasiona la s

lida de la leche de la mama al pezón, en respuesta al estímulo de succión del bebé. Así pues, cuando llega el momento del destete la mama ya no está sujeta a la estimulación del bebé, por lo que se produce el cese de la producción de estas hormonas.

Generalmente, el médico anima a la madre a que amamante a su hijo si puede hacerlo. Esto es porque "la leche materna proporciona al niño el tipo de alimentación que necesita, contiene sustancias nutritivas que lo protegen de enfermedades; se encuentra fácilmente disponible cuando se le necesita, no se echa a perder y es económica" (6).

Si la madre decide amamantar al bebé, éste debe ser llevado a las 24 horas postparto. Cabe aclarar que en este momento no hay leche en el pecho, pero la primera secreción (llamada calostro) satisface el hambre del bebé. El calostro tiene un efecto muy útil en él, y contiene proteínas que le proporcionan inmunidad así como un efecto laxante.

Por otra parte, el amamantamiento va a producir una serie de síntomas psicológicos y fisiológicos como fatiga, cefalea, fiebre y una sensación desagradable y hasta dolorosa durante el primer día o más.

La cantidad de leche producida por la madre es variable. Durante los primeros días postparto se producen 90 ml. de leche en cada succión. A fines de la primera semana esta cantidad va en aumento hasta llegar a 120 ml.

(6) Lee Clark, R. & Cumley, R. (1981). "El libro de la salud". op. cit. p.58

y a fines de la segunda semana se producen alrededor de 180 ml. o más. El reposo abundante acompañado de una dieta nutritiva y una cantidad adecuada de líquidos (cuatro litros de agua siendo uno de leche) son importantes para una buena producción de leche. Con lo que respecta a la cantidad de ésta, va a depender de la manera en que se alimente la madre.

Es importante aclarar que las mujeres que amamantan menstruarán después de aquellas que no lo hagan. Aunque la menstruación puede no presentarse durante toda la lactancia; generalmente ésta se presenta entre los 8 y 9 meses postparto, aún cuando todavía la madre alimenta al bebé. Por el contrario las mujeres que no amamantan menstruarán entre los 3 y 4 meses siguientes al parto. Es importante enfatizar que aún si no se presenta la menstruación durante la lactancia, puede producirse la ovulación, y por lo tanto existe el riesgo de volver a embarazarse.

2.4 HISTERECTOMIA.

Iniciamos este apartado explicando brevemente y de manera somera, la etimología de la palabra HISTERECTOMIA . Esta se forma de las siguientes raíces griegas:

hysteros = útero

extomía = extirpar

Cabe mencionar que en épocas pasadas, la histerectomía se conoció con otros nombres tales como:

metictomía o uterectomía

Ahora bien, la intervención quirúrgica a través de la cual se extirpa el útero total o parcialmente, es lo que conocemos como histerectomía. Esta puede realizarse por vía abdominal o por vía vaginal y se clasifica a su vez en: subtotal, total y radical. Creemos que es importante aclarar que el término de HISTERECTOMIA puede llegar a confundirse con el término de HISTEROTOMIA, siendo ambos totalmente diferentes, ya que la histerotomía es simplemente cualquier incisión que se efectúe sobre el útero. A continuación describiremos brevemente las diferentes modalidades de la histerectomía:

1) HISTERECTOMIA ABDOMINAL: es la extirpación del útero a través de una incisión practicada en la pared abdominal; existen dos tipos:

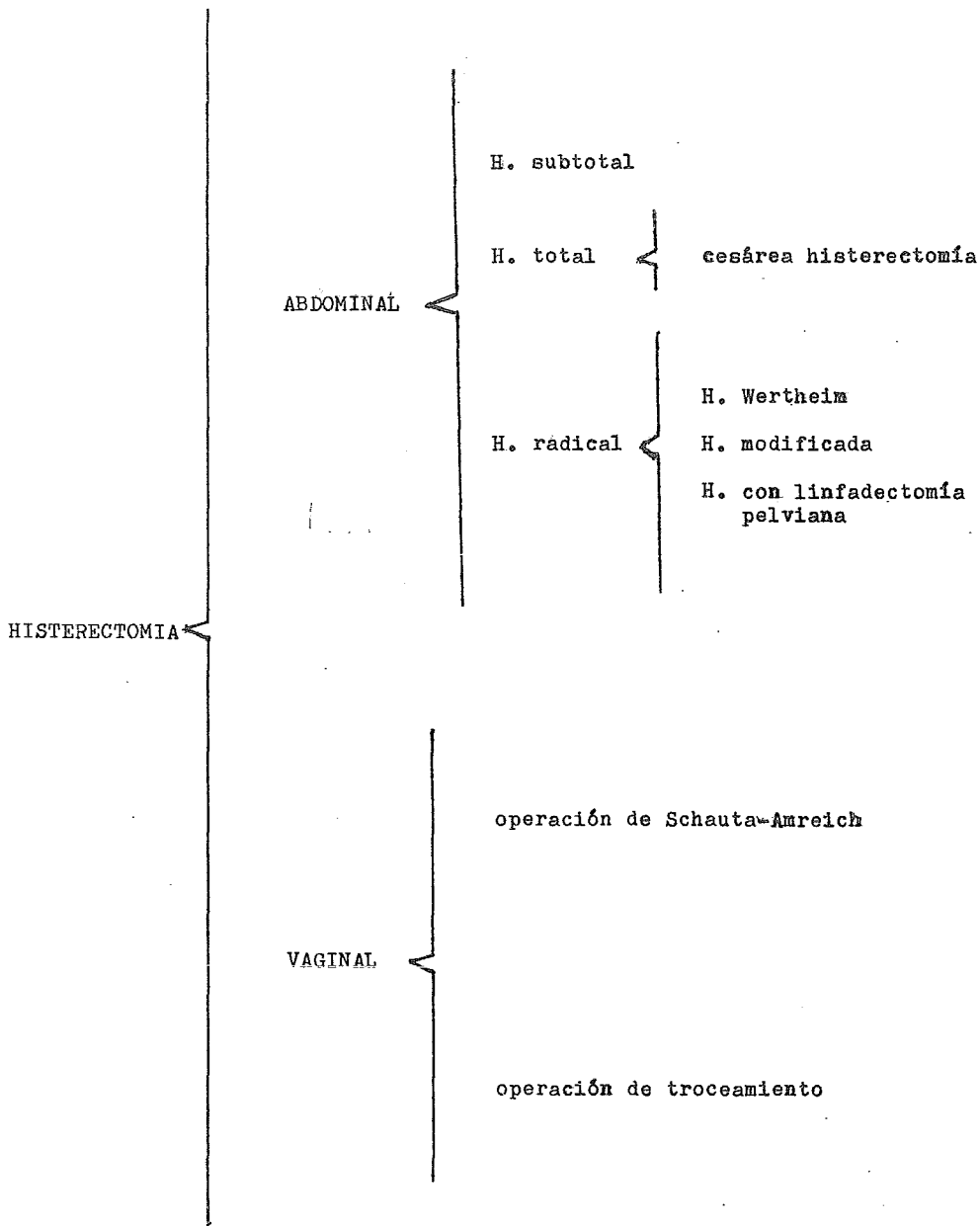
- a) histerectomía subtotal: es la extirpación del útero respetando el cuello uterino. También se conoce con los nombres de histerectomía supracervical o histerectomía supravaginal.
- b) histerectomía total: es la extirpación del cuerpo y cuello uterinos. Una forma de histerectomía total es la Cesárea Histerectomía.
- Cesárea Histerectomía: es la operación a través de la cual el feto es extraído por una incisión practicada en el abdomen y en el útero, seguida de una histerectomía completa o incompleta. También se conoce con el nombre de Operación de Porro.
- c) histerectomía radical: es la extirpación total del útero, parte superior de la vagina y en caso de cáncer también de los parametrios; existen dos tipos:
- Histerectomía radical de Wertheim: requiere de la movilidad de los uréteres con extirpación del peritoneo del saco rectouterino, de los ligamentos uterosacros de la vagina superior y del tejido paracervical y paravaginal, a partir de sus inserciones cerca de la pared pélvica.
 - Histerectomía radical modificada: en esta operación los uréteres son expuestos y desviados lateralmente, sin disecarlos de su lecho. El tejido paracervical se extirpa en mayor amplitud que de costumbre pero siempre por dentro de los uréteres, se extirpa también la parte de la región superior de la vagina.

- Histerectomía radical y linfadenectomía pelviana : consiste, además de la operación de Wertheim, en la extirpación bilateral de los ganglios linfáticos, ilíacos, hipogástricos, obturadores y periaorticos. El uréter puede colocarse dentro del peritoneo (modificación de Novak), resuturarlo (modificación de Green) o aplicado mediante algo de tejido rectoperitoneal a su lecho original (modificación de Morris). La modificación de Brunschwing comprende la extirpación de los vasos hipogástricos.

2) HISTERECTOMIA VAGINAL: consiste simplemente en la extirpación del útero a través de la vagina; y hay dos tipos:

- a) operación de Schauta-Amreich: es una histerectomía vaginal amplia da con anexectomía bilateral, incluyendo la parte superior de la vagina y la máxima cantidad de tejido paracervical.
- b) operación de troceamiento: es la histerectomía vaginal en la que el útero se separa en dos mitades laterales, cada una de las cuales se hace descender y se extirpa sucesivamente.

Retomando todo lo anterior y a manera de resumen, presentamos el siguiente cuadro:



Por otro lado, debemos subrayar que la histerectomía se divide en dos grandes tipos: LA HISTERECTOMIA GINECOLOGICA Y LA HISTERECTOMIA OBSTETRICA.

Entendemos por ginecológica aquella que se refiere al tratamiento médico y quirúrgico de las dolencias del aparato reproductor de la mujer. Y obstétrica aquella que se ocupa del embarazo, parto y puerperio anormales, sus accidentes y la influencia de enfermedades o estados patológicos en ellos.

2.4.1 Histerectomía ginecológica.

Como ya se ha mencionado a lo largo de este apartado, el útero puede extirparse por vía abdominal o vaginal. Ambos métodos tienen sus ventajas y desventajas, sus indicaciones y contraindicaciones, así como también sus complicaciones; por lo tanto, hasta cierto punto se complementan. A veces tienen más importancia los puntos de vista subjetivos del cirujano que los puntos de vista objetivos acerca de la vía de elección. La morbilidad y la mortalidad de la histerectomía abdominal y vaginal no se diferencian mucho. Sin embargo, el número de defunciones y complicaciones graves son algo menores al usar la vía vaginal. Otras ventajas de la vía vaginal sobre la abdominal son: la menor acción shockante, el no producir heridas intestinales y peritoneales, así como la ausencia de fallas de sutura a nivel de la insición laparotómica. Sin embargo, uno de los inconvenientes de la vía vaginal sería el acortamiento de la vagina - sobre todo después de histerectomías por prolapsos - pudiendo a veces conducir a

molestias durante el coito.

Ahora bien, hablando más específicamente acerca de la histerectomía abdominal, podemos decir que se realiza de preferencia sobre la vaginal en los siguientes casos:

- 1.- Cuando se precisa una exploración de la cavidad abdominal.
- 2.- Cuando el útero es excesivamente grande.
- 3.- Cuando se precisa realizar una apendicectomía u otra cirugía sobre el intestino.
- 4.- Cuando el diagnóstico es dudoso.
- 5.- Cuando existe una historia previa de peritonitis inflamatoria grave o endometriosis extensas.
- 6.- En presencia de ascitis.
- 7.- En presencia de quistes ováricos neoplásicos.
- 8.- Durante la gestación.
- 9.- En mujeres obesas pero sólo en caso muy necesario, de lo contrario se prefiere la vaginal. (7)

De esta forma, las indicaciones para la histerectomía abdominal pueden clasificarse en dos grandes grupos: ENFERMEDAD BENIGNA Y ENFERMEDAD MALIGNA que afecta a los órganos pélvicos. Una consideración básica es si la paciente tiene síntomas o problemas por el estado anormal. Una consideración diferente, es si en caso de que la enfermedad sea asintomática, la anomalía entraña riesgos para la paciente.

(7) Borrajo, F. "Histerectomía abdominal". op. cit. p. 5

La indicación benigna más frecuente para la histerectomía abdominal son los leiomiomas o fibromas. En caso de fibromas uterinos, existen a su vez dos indicaciones: síntomas o incapacidad secundaria a los fibromas o cambios advertidos a la exploración. El dolor, las molestias, la compresión y la hemorragia son los síntomas que ponen a la paciente en sobreaviso de que existe un tumor. Si hay cambio rápido en los volúmenes debe sospecharse de degeneración maligna, por lo que se aconseja la histerectomía. Aunque el volumen por sí mismo y la anemia secundaria son indicaciones valederas para la histerectomía.

Otra de las enfermedades benignas por las que se indica este tipo de histerectomía son las grandes lesiones ováricas, algunos procesos en los cuales el útero tiene tendencia a quedar fijado como la inflamación y algún tipo de intervención quirúrgica previa.

La endometriosis también es otra enfermedad que afecta a los órganos pélvicos y puede exigir histerectomía. Así pues, si la mujer ya tiene los hijos que desea y la endometriosis es sintomática, los procedimientos de elección son la histerectomía total abdominal y la salpingooforectomía hi lateral (esta se explicará posteriormente).

Por otro lado, la hiperplasia del endometrio incluye los casos catalogados como sangrado uterino disfuncional, sometido a tratamiento radiocal. Se considera como una causa muy común en la paciente que sangra después de la menopausia; la hiperplasia adenomatosa difusa, la hiperplasia adenomatosa localizada del endometrio, el adenoma maligno y el carcinoma

in situ del endometrio son probablemente grados del mismo proceso o estado y requieren histerectomía, unas inmediatamente y otras si persisten después de la terapéutica hormonal indicada.

Con lo que respecta a las enfermedades benignas, las infecciones de los órganos pelvianos, también son otra indicación para la histerectomía. Algunas de estas enfermedades son la tuberculosis endometrial, la salpingitis crónica, las lesiones por infección de equinococo y la enfermedad de Hodkin.

En relación a las enfermedades malignas, se sugiere la histerectomía como parte de la terapéutica para carcinoma de ovario, trompa de Falopio y carcinoma del endometrio. Cabe mencionar que la histerectomía en estos casos siempre se acompaña de la salpingooforectomía bilateral.

También otra de las enfermedades malignas que se presenta es el cáncer de cérvix, cuyo tratamiento consiste en uno de los siguientes:

- 1.- histerectomía extensa sin disección de los ganglios linfáticos de la pelvis (abdominal y vaginal).
- 2.- Histerectomía radical con disección de los ganglios linfáticos.

A continuación, se presenta un cuadro a manera de resumir todo lo anteriormente expuesto.

Indicaciones
para
histerectomía
abdominal

ENFERMEDADES
BENIGNAS

- padecimientos inflamato-
rios.
- tumores benignos (fibro-
mas y leiomiomas).
- endometriosis
- padecimientos infeccio-
sos.

ENFERMEDADES
MALIGNAS

- cáncer cervical.
- carcinoma del endometrio
- carcinoma de la trompa de
Falopio.
- carcinoma del cuello ute-
rino.

(8)

(8) Ridley, J. & Te Linde. (1978). " Cirugía Ginecológica". Nueva Editio-
rial Interamericana, México. p. 60.

Es de vital importancia mencionar, que después de la histerectomía abdominal se pueden presentar algunas complicaciones. Es usual que se advierta una hemorragia postoperatoria en la sala de recuperación, en cuyo caso se requiere llevar a la paciente de nuevo al quirófano. Por otra parte, es común que aparezca una hemorragia 2 o 3 semanas después de la operación como resultado de la absorción de las suturas, lo cual es normal y no debe causar alarma. También es frecuente la aparición de hematomas, que son resultado de la fiebre y disminución del valor del hematocrito.

Ahora bien, dado que la histerectomía ejerce efectos temporales en el funcionamiento del recto y la vejiga (por la proximidad del útero con estos órganos), es usual colocar una sonda vesical a permanencia cuando la paciente llega a la sala de recuperación, y también es frecuente el empleo de la sonda nasogástrica hasta que se restauren los ruidos intestinales. Sin embargo, en algunos casos la mujer no podrá orinar después de que se le retire la sonda vesical, por lo que se requerirán dos o tres sondeos más hasta que la paciente pueda orinar normalmente.

Existen otras complicaciones que no se limitan solamente a la histerectomía, sino que suelen aparecer en otras operaciones mayores, como serían infecciones, trastornos pulmonares y evisceración.

En relación a la HISTERECTOMIA VAGINAL, podemos decir que también se considera dentro de la histerectomía ginecológica. Este procedimiento ha gozado de gran popularidad en los últimos años y tiene mucho que recomendar; aunque como toda cirugía tiene sus inconvenientes. Con respecto a

Las ventajas podemos mencionar algunas tales como: las molestias postoperatorias que son mínimas y las complicaciones raras. No se requiere incidir en el abdomen (laparotomía), ni desplazar la masa intestinal con los inconvenientes del peristaltismo postoperatorio. La respiración diafragmática no se altera durante la intervención. Cabe decir, que se trata básicamente de una intervención extraperitoneal, ya que sólo se abre la cavidad abdominal a nivel del Fondo de Douglas. Se requiere de una anestesia menos intensa que en la abdominal, el shock operatorio es menor, aunque con cierta frecuencia se observan infecciones de vías urinarias sobre todo cuando se procede a la reparación del cistocele. Es importante enfatizar que la histerectomía vaginal, por todo lo anteriormente explicado, no se considera una cirugía mayor.

Existen también algunas desventajas importantes de este tipo de histerectomía. Una de las más importantes es que esta vía no permite la exploración cuidadosa de la cavidad abdominal. De esta manera, para extirpar el útero vaginalmente, éste debe ser móvil y no muy grande, ya que si el útero es de tamaño mayor a una gestación de tres meses, será mejor extirparlo por vía abdominal. La intervención por vía vaginal también se ve dificultada por alteraciones cicatriciales, endometriósicas y de los parametrios. También es importante considerar cuando la vagina es estrecha o relativamente poco profunda. Dado que generalmente, en contraposición en lo que ocurre con la abdominal, la vaginal tiene por consecuencia principal cierto acortamiento de la vagina. Cabe mencionar que en la vía vaginal se pone más a prueba la habilidad del cirujano y de sus ayudantes que otra cosa.

Por otra parte, también existen ciertos factores predisponentes que dan pie para indicar una histerectomía vaginal y son: edad avanzada, debilidad congénita del suelo de la pelvis que suele adoptar la forma de prolongación del saco de Douglas, obesidad, tos intensa, usar fajas ajustadas, y ocupaciones que exigen el aumento de la presión intraabdominal. Cuando hay uno o más de estos factores disminuye de manera proporcional la probabilidad de que la cirugía tenga buen éxito y deberán tomarse en cuenta otros métodos paliativos.

Ahora bien, también existen ciertas indicaciones específicas para la histerectomía vaginal, las más importantes son: el prolapso del útero y la relajación del vestibulo acompañada de rectocele, enterocele y cistocele; así como incontinencia urinaria. Entonces las medidas reparadoras apropiadas para estos procedimientos se combinan con la histerectomía vaginal. Además hay otros padecimientos que son indicación para la vía vaginal como la hemorragia funcional recurrente, retroposiciones dolorosas y pequeños miomas (submucosos o intramusculares). Por otro lado, la falta de descenso o incluso la nuliparidad no son contraindicación para esta vía, pero los tumores voluminosos (especialmente ováricos), las endometriosis y las enfermedades inflamatorias, como ya se indicó anteriormente, deben exigir laparotomía. Una cicatriz en la parte media baja del abdomen, por ella misma, no es contraindicación pero aconseja discreción. Así, intervenciones como la ventro fijación y otros tipos de suspensión pueden hacer muy difícil una histerectomía vaginal subsiguiente.

Otra de las indicaciones para la vía vaginal es la esterilización

quirúrgica. Sin embargo, si una paciente de más de 40 años requiere de esterilización y debe ser sometida a una cirugía mayor, quizá sería conveniente practicarle la histerectomía, pero en la mujer joven con motivos dudosos para la esterilización, ésta debe ser evitada y utilizar una cirugía alterna como la salpingoclasia.

Por otro lado, no se justifica la supresión fragmentaria de grandes úteros miomatosos de manera que la histerectomía pueda acabarse por vía vaginal, ni tampoco cirugía ovárica o de trompas. Hay algunas pacientes con fibroides muy voluminosos y entre cuyos problemas se haya el deseo de cirugía vaginal. Cuando existe duda acerca de si toda la intervención puede efectuarse desde abjo, se puede anunciar a la paciente que se le efectuará una intervención combinada.

La intervención combinada implica generalmente la necesidad de reparar una relajación anterior o posterior, con plicatura uretral si hay incontinencia. Sin embargo, cuando parece muy interesante la histerectomía y puede lograrse fácilmente por vía vaginal, tanto mejor. No obstante, si el útero es demasiado voluminoso o fijo para poder trabajar bien por vía vaginal, entonces se completa la reparación vaginal y luego se colocan los campos para la laparotomía procediendo a terminar la operación con la histerectomía abdominal.

A continuación presentamos un cuadro para sintetizar las indicaciones para la vía vaginal:



INDICACIONES
PARA
HISTERECTOMIA
VAGINAL

- prolapsos uterinos
 - cistocele
 - rectocele
 - enterocele
- hemorragia uterina disfuncional
- carcinoma in situ del cuello uterino
- esterilización quirúrgica (9)

Es necesario hacer mención de la serie de complicaciones que pueden aparecer después de la histerectomía vaginal. Aunque en ocasiones se observan hemorragias durante la intervención por no haber ligado adecuadamente la arteria uterina.

En ocasiones aparecen hemorragias secundarias a las 24 o 48 horas de el taponamiento vaginal. Por lo que se requiere un nuevo taponamiento o la colocación de una pinza. Pueden existir también hemorragias tardías que

(9) Ridley, J. & Te Linde, R. "Cirugía Ginecológica". op. cit. p. 65.

aparecen después de 7 a 14 días posteriores a la operación. Sus causas pueden ser entre otras la necrosis de los bordes de la herida o la eliminación de ligaduras. Otras complicaciones posibles son infecciones en la herida con infiltrados inflamatorios del muñón cervical, complicaciones en vías urinarias, granulomas del muñón y marcados acortamientos de la vagina.

2.4.2 Histerectomía Obstétrica.

Con lo que respecta a este tipo de histerectomía, podemos decir que es aquella que se realiza en cualquier período del estado grávido-puerperal. Por otro lado, en la Obstetricia moderna frecuentemente se presenta la necesidad de extirpar un útero porque se encuentre enfermo y amenace la vida de la paciente, y no exista otra forma de resolver el problema.

Así pues, la extirpación del útero no se hace solamente con el fin de salvar la vida, sino también con el propósito de quitar un órgano enfermo. Cabe mencionar, que la incidencia de esta operación es de 1 histerectomía por cada 800 embarazos.

Es necesario saber que dependiendo del estado grávido-puerperal, la histerectomía obstétrica se lleva a cabo en diferentes etapas:

- Primera mitad del embarazo.
- Segunda mitad del embarazo.
- En el trabajo de parto.
- En el puerperio, el cual se subdivide en:
 1. inmediato y 2. tardío.

Con lo que respecta a las indicaciones, comenzaremos con el aborto diciendo que la histerectomía se realiza cuando éste sucede durante el primer o segundo trimestre de gestación. Tiene la ventaja de que esteriliza a la paciente sin problema de que haya trastornos menstruales subsiguientes.

La histerectomía también se encuentra indicada en aquellos casos de aborto séptico complicado con:

- infección por Clostridio Welchii.
- perforación traumática del útero.
- absceso pélvico.
- desencadenamiento de un choque séptico, sin respuesta al tratamiento médico.
- aparición de oliguria en pacientes aparentemente normovolémicas. (10)

Otra de las indicaciones que se presentan en el estado grávido-puerperal para llevar a cabo la histerectomía son:

1. DURANTE EL EMBARAZO

- carcinoma del cuello uterino
- fibroma complicado
- ruptura uterina por traumas
- apoplejía uteroplacentaria
- aborto complicado con perforación uterina
- embarazo ectópico intersticial

(10) Borrajo, F. "Histerectomía abdominal". op. cit. p. 8.

2. DURANTE EL PARTO

- carcinoma del cuello uterino
- fibromatosis uterina
- atresias vaginales o del cuello capaces de evitar el escurrimiento de loquios
- apoplejía uteroplacentaria
- ruptura uterina
- hemorragia incoercible durante una cesárea
- en caso de una cesárea con útero netamente infectado

3. DURANTE EL CURETAJE TERAPEUTICO

- perforación uterina
- corioepitelioma

4. DURANTE EL ALUMBRAMIENTO Y POSTALUMBRAMIENTO

- hemorragia incoercible (atonía)
- placenta íntegra
- inversión uterina
- rotura uterina

5. DURANTE EL PUERPERIO

- hemorragias tardías
- infección puerperal (11)

(11) Rosenvasser, E. (1964). "Tratado de obstetricia". vol. III. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, p. 572.

Queremos hacer hincapié que hemos dejado a propósito la Cesárea Histerectomía en este apartado, debido a la importancia que requiere la misma. Ya que a pesar de ser una intervención de tipo abdominal, se ubica dentro de la histerectomía obstétrica dado que se practica dentro del estado grávido-puerperal.

La CESAREA HISTERECTOMIA es la extirpación del útero inmediatamente después de una cesárea clásica. Aunque en algunas ocasiones en casos en que el útero se encuentra sumamente infectado, el producto no se extrae directamente del mismo, sino hasta después de haber extirpado este órgano.

Existen pues, algunas indicaciones para que se lleve a cabo la cesárea histerectomía, estas son:

- | | |
|--|--|
| INDICACIONES
PARA
CESAREA
HISTERECTOMIA | <ul style="list-style-type: none"> - hemorragia uterina por atonía incontrolable - útero (potencial o realmente) infectado - ruptura del útero - placenta ácreta - miomas uterinos grandes - sangrado de la incisión uterina. (12) |
|--|--|

(12) Benson, R. (1982). "Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos". Ed. El Manual Moderno, México, p. 914.

Uno de los factores básicos que se toman en cuenta antes de efectuar esta operación, es la edad de la paciente, así como el número de gestaciones, ya que no es lo mismo decidir una histerectomía en pacientes sin hijos que en aquella que ha tenido varios.

Cabe mencionar, que los aspectos técnicos de la cesárea histerectomía no difieren básicamente de los de la histerectomía en pacientes no embarazadas, excepto que todas las estructuras y los planos de segmentación están muy vascularizados y los tejidos son friables.

Debemos enfatizar que la superioridad de la histerectomía total sobre la subtotal - en la cesárea histerectomía - ha sido ampliamente demostrada, y en la actualidad se acepta que debe extirparse la cérvix en todas las pacientes, a menos que las condiciones de la paciente no sean muy buenas y exista una contraindicación para prolongar el tiempo quirúrgico 10 o 15 minutos más.

Existen algunas ventajas después de que se ha efectuado esta cirugía:

1. En casos de trabajo de parto abandonado, retira de la cavidad peritoneal un órgano infectado o potencialmente infectado.
2. La extirpación del útero elimina el peligro de peritonitis que sigue a la ruptura de la herida uterina cuando se conserva un útero infectado.
3. Extirpando el útero potencialmente infectado se evita la peritonitis oc

siomada por la extención linfática.

4. La Histerectomía elimina el peligro de hemorragia postparto debida a un útero atónico.
5. La histerectomía también elimina la posibilidad de un mal drenaje y de las complicaciones subsecuentes de los tumores uterinos, cuando estos existen en el momento de la operación. (13).

Las desventajas de la cesárea histerectomía son:

- a) Se sacrifica el útero.
- b) En casos de infección, la contaminación del campo operatorio puede dar lugar a una peritonitis fatal.
- c) A veces el estado general de la paciente puede ser demasiado malo para que pueda resistir la operación. (14).

Por lo que se refiere a las complicaciones de la cesárea histerectomía, son frecuentes dado que generalmente, es una operación de emergencia y la paciente se encuentra en malas condiciones. Las principales complicaciones que se presentan son:

(13) Beck, A. "Práctica de Obstetricia". 7a. ed. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, p. 758.

(14) *Ibid.* p. 758.

Infecciones.

- deshicencia de la pared abdominal
- abscesos residuales (pelvianos, cúpula vaginal)
- pelvipерitonitis
- peritonitis
- shock bacterémico
- pielonefritis
- tromboflebitis
- hepatitis tóxico-infecciosa

Aparato Urinario.

- lesión vesical
- fístulas
- lesión de uréteres
- insuficiencia renal aguda

Aparato Digestivo.

- ileo paralítico
- obstrucción intestinal por adherencias
- úlcera de stress

(15).

(15) Nuñez, J. (1986). "Ginecología y Obstetricia". 3a. ed. Ed. Asociación de médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, I.M.S.S. México, p. 636.

Con lo que respecta a la mortalidad, podemos decir, que a pesar de ser una intervención difícil por las condiciones ya expuestas existe una mortalidad global de 7.5 % en un medio hospitalario adecuado; cifra que es baja si se considera el tipo de paciente y las condiciones en que se le interviene. Naturalmente que para los abortos sépticos la mortalidad es mayor.

2.5 SALPINGOOVARIECTOMIA.

Para finalizar este capítulo, trataremos de exponer algunas nociones acerca de dicha intervención quirúrgica que frecuentemente acompaña a la histerectomía.

Cuando la histerectomía se lleva a cabo junto con la salpingectomía y la ovariectomía bilateral, significa que se extirpa tanto el útero completo como los dos ovarios y las dos trompas de Falopio. La salpingoovariectomía siempre se lleva a cabo por vía abdominal; aunque no siempre que se realiza la histerectomía se lleva a cabo ésta. Sin embargo, es importante enfatizar que casi siempre van juntas la salpingectomía y la ovariectomía.

Debemos hacer la aclaración, de que los términos ovariectomía y ooforectomía frecuentemente son manejados por los diferentes autores como sinónimos, siendo estos totalmente diferentes.

La ooforectomía, significa literalmente la extirpación de un quiste

ovárico. Y la ovariectomía es la extirpación total del ovario. Dada esta situación, emplearemos ambos términos para referirnos a la extirpación total del ovario.

Hablando específicamente de la ovariectomía, podemos decir, que los ovarios merecen aún más atención que el útero ya que su función endocrina tiene efectos amplios sobre el bienestar general de la mujer. No obstante, existen algunos lineamientos que sostienen que si se extirpa el útero, también deben ser extirpados los ovarios. A continuación se mencionan algunos de ellos:

1. Hace de la operación un trabajo más pesado.
2. Los ovarios pueden ser asiento de enfermedad neoplásica.
3. Los ovarios pueden volverse quísticos o dolorosos.
4. La extirpación del útero, ocasiona que los ovarios dejen de funcionar en un lapso de 3 años postoperatorios.

(16)

Dichos lineamientos no en todos los casos son válidos, ya que dependen de la situación en que se encuentre la paciente. Algunas de ellas son:

- 1) Si los ovarios están irremediabilmente enfermos, como un absceso ovárico podrían ser extirpados junto con el útero aún si la mujer es joven.
- 2) Si la enfermedad obedece a un padecimiento maligno del útero, la ova

(16) Jeffcoate, N. (1979). "Ginecología". 4a. ed. Ed. Intermedica, Buenos Aires, p. 247.

riectomía debe realizarse; aunque las mujeres jóvenes merezcan consideraciones especiales.

- 3) Cuando la indicación para la histerectomía son los tumores ováricos bi laterales o aún un tumor ovárico benigno unilateral en una mujer mayor de 45 años, debe llevarse a cabo la ovariectomía bilateral. Pero en el cáncer ovárico unilateral en una mujer joven hay que tratar de conservar un ovario.
- 4) Si los ovarios parecen normales, podría estar justificado extirparlos en mujer de 45 años, ya que se elimina un sitio posible de cáncer.
- 5) Si se conservan los ovarios, no es muy común que aparezcan problemas de dolor o quistes, excepto cuando la indicación de la operación es una enfermedad inflamatoria pelviana y quedan enterrados en adherencias.
- 6) Se sabe a través de determinaciones hormonales, extendidos vaginales, registros de temperatura y sintomatología que la función ovárica continúa sin alteraciones - después de la histerectomía - hasta la edad normal del climaterio.
- 7) La ovariectomía en las mujeres premenopáusicas no sólo da como resultado cambios climatéricos durante los 3 a 6 años subsiguientes a la histerectomía, sino que también provoca osteoporosis más frecuente e intensa que la de la menopausia normal.

- 8) Cuando se efectúa la ovariectomía, en ocasiones se administra a la paciente un tratamiento de reemplazo con estrógenos y progestágenos sintéticos. Pero estos NO compensan adecuadamente la función ovárica normal.

(17)

En general, es importante enfatizar que a menos que exista alguna indicación especial, es preferible conservar por lo menos un ovario en todas las mujeres que menstruan en el momento de la histerectomía.

Ahora bien, como ya es sabido toda operación corre el riesgo del error médico, dentro y fuera del quirófano; así la histerectomía no es la excepción, por lo que pueden existir algunos errores sobre todo al efectuarla a través de la vía abdominal. Se mencionan los más frecuentes:

1. Lesionar el intestino o la vejiga al hacer una incisión, por no reconocer adecuadamente los diferentes órganos.
2. Daño a la vejiga al separarla del útero, particularmente cuando hay cicatrización por lesión o enfermedad previa.
3. Adherencias y obstrucciones por no peritonizar y cubrir zonas cruentas.
4. Hernia o fístula al incluir la vejiga o el intestino en la sutura peritoneal.

(17) Jeffcoate, N. "Ginecología". op. cit. p. 851.

5. El más importante de los errores es no percatarse del daño que haya ocurrido y no repararlo. (18)

Hemos presentado a grandes rasgos los procesos asociados a la histerectomía, así como las diferentes modalidades, indicaciones y contraindicaciones de dicha cirugía. Cabe aclarar, que al final del trabajo incluimos un glosario (ver APENDICE I) para aclarar algunos de los términos médicos utilizados, pretendiendo de esta manera la mejor comprensión del capítulo.

(18) Ridley, J. & Te Linde, R. "Cirugía Ginecológica" . op. cit. p. 69.

CAPITULO III

REPERCUSIONES

DE LA

HISTERECTOMIA

3.1 REPERCUSIONES EN LA MUJER HISTERECTOMIZADA, SU PAREJA Y SU FAMILIA

De acuerdo con las diferentes culturas de la humanidad, se sabe que las esferas biológica, psicológica y social condicionan la sensibilidad y capacidad de respuesta de la mujer en todos los aspectos y en diferentes edades de su vida. Tales son a grandes rasgos la educación y experiencias personales así como las ambientales recibidas a través de los padres durante la infancia y la pubertad; también la formación de su feminidad introyectada por medio de factores como la aparición de la menarca y desarrollo corporal de acuerdo a los caracteres sexuales secundarios. Posteriormente, las experiencias sociales y sexuales prematrimoniales; la influencia de factores religiosos en su actitud hacia el sexo; la conducta sexual del esposo; las implicaciones tanto emocionales como morales y socioeconómicas de la procreación; las modificaciones biológicas y psicológicas que rodean a la concepción, embarazo, parto y lactancia. También la vida familiar como esposa y madre; la edad madura; la importancia que se da a las actividades intelectuales y culturales en oposición a la tradicional consagración al hogar; y la reactividad emocional a la senectud así como la concepción de la muerte.

Queremos enfatizar, que en fechas recientes se ha observado un creciente interés acerca de toda esta evolución cronológico-emocional de la mujer, pero no se ha dado importancia a otros factores que también pueden

producir cambios emocionales, como el impacto psicológico producido por la extirpación de algún órgano - en este caso el útero - ; dicha extirpación se debe a diversas patologías y/o como un método de esterilización.

Suele decirse que, la histerectomía es una operación bastante "fácil" de llevar a cabo y a menudo cuanto menos necesaria más sencilla. Sin embargo, algunos ginecólogos piensan que una vez que la familia está completa, el útero es un cuerpo extraño que debe ser extirpado. Otros más, efectúan la operación tan sólo por pedido o demanda de sus pacientes que creen que todos sus problemas se originan en sus órganos pelvianos y se curarán "sacándoles todo".

Así, el cirujano que no tiene conciencia o cuidado en elaborar un diagnóstico preciso, puede adoptar una visión similar a decidir una histerectomía con el mismo pretexto y con indicaciones como "dolor pelviano crónico" de etiología desconocida. De esta manera, aún para la mujer que no quiere tener más hijos el útero no es un órgano para descartar a la ligera. El conocimiento de que es "normal" y la evidencia proporcionada por la menstruación, son física y psicológicamente importantes para ella y su pareja. Por lo tanto, la indicación de la histerectomía debe ser definida con claridad, y debe llevarse a cabo cuando el tratamiento farmacológico tenga pocas probabilidades de ser eficaz.

Por otra parte, los procesos del desarrollo de la mujer, así como sus fantasías acerca de su feminidad y las experiencias de cada día forman parte de la percepción de su autoconcepto. Además, es de esperarse que la

histerectomía sea percibida como una de las operaciones más temidas y más agresivas para toda mujer.

Todos estos temores están basados en tradiciones de origen ancestral y conocimientos deficientes acerca de la anatomía y fisiología elemental del cuerpo femenino, particularmente acerca de la reproducción. Esto provoca confusión en las mujeres sobre su propio cuerpo; así pues, es muy frecuente que hagan depender del útero su propia femineidad, su sexualidad (atractividad, deseo sexual, sensibilidad, posibilidad de alcanzar el orgasmo y de proporcionar satisfacción a la pareja, modificación en la frecuencia coital, etc.), su buena relación de pareja y la vida familiar, su capacidad para menstruar y experimentar otros fenómenos cíclicos, su procreación, su estabilidad emocional, su funcionamiento glandular y su vitalidad. Es por esto, que muchas mujeres consideran que su útero es el "órgano central" de su cuerpo y determina todo lo relacionado con la esencia de "ser mujer".

En relación a esto, la menstruación por ser la más importante expresión externa de los genitales femeninos y por estar presente en la etapa de mayor manifestación como tal, es percibida como un símbolo de la femineidad como fenómeno regulador de otras funciones, como parte de su ritmo de vida, como patrón de organización y como vía natural de "excreción" de productos indeseables o tóxicos. Por esto, es importante subrayar que el autocconcepto de la mujer histerectomizada se ve alterado, ya que concibe a la extirpación del útero como la mutilación de su femineidad.

También es importante mencionar que la función reproductiva tiene gran trascendencia esencialmente en las mujeres jóvenes y en las que no han tenido el número de hijos que desean. Por lo tanto, la supresión de esta función provoca de manera similar cambios en el autoconcepto, aún cuando el deseo de tener hijos sea moderado o nulo, basta con que la mujer se sienta mutilada o "castrada" en una función tan ligada a su femi- nidad, como a su vida sexual y familiar.

Retomando todo lo anterior, Hollander argumenta que "todas las muje- res tienen dudas en algún grado acerca de su propia feminidad, una comple- ja combinación de factores biológicos y psíco-sociales determina la natu- raleza y magnitud de esas dudas. La mayoría de las mujeres desarrollan me- dios para mantener esas incertidumbres fuera de su propia visión y de la observación de los demás. Sólo ante un desafío como el divorcio o la his- terectomía emergen sus dudas a la superficie. A mayor profundidad de las dudas originales corresponde un mayor conflicto". (1)

Generalmente, los resultados de la histerectomía suelen ser buenos siempre y cuando la indicación sea correcta. No hay pacientes más agrade- cidas que aquellas que superan los síntomas de los miomas, la endometri- sis y la hemorragia funcional intratable, al extirpárseles el útero. Con- trario a esto, existe un gran número de mujeres posthisterectomizadas que quedan "inválidas" o llenas de problemas tales como cefaleas, depresión, poliuria, lumbagia, náuseas, dolor pelviano, frigidez, dispareunia y desa- veniencias matrimoniales. Todo esto suele suceder por dos razones:

(1) Castelazo, I. (1971). "Sensibilidad sexual y cirugía ginecológica". Ticiti, vol. I. Sociedad Médica C.M.I. México, p. 10.

1) En la mayoría de estas mujeres, la operación se efectuó con una indicación equivocada e innecesaria. Ellas tenían los mismos síntomas antes de la histerectomía y antecedentes de alguna perturbación emocional. A menudo, son inquietas y demandan atención y simpatía continuas de su pareja - tal vez demasiado considerada - . Ya que la idea de la histerectomía provoca que el hombre ignorante y cándido rodee a la mujer de un aura de misterio y fragilidad. (2)

Es frecuente que las mujeres sean remitidas al psicólogo después de esta operación con mayor frecuencia que luego de cualquier otra cirugía. Por lo general, no se debe a que ésta provoque un colapso psicológico, si no a que la histerectomía a menudo se efectúa por síntomas causados por la inestabilidad psicológica de la paciente.

2) Tales mujeres así como su pareja, no entienden o no saben lo que implica la operación, no esperan tener síntomas menopáusicos aún cuando hayan extirpado los ovarios. Pueden creer que no deben o no pueden practicar el coito después de la histerectomía, ya que temen que les cause daño. También puede suceder que la mujer aumente de peso después de la cirugía; es frecuente que le eche la culpa a la histerectomía, pero la causa real es la autoindulgencia en las comidas, chocolates y golosinas traídos por amigos y familiares, así como la negativa de reanudar rápidamente sus actividades cotidianas. (3)

(2) Käser, O. & Iklé, F. (1967). "Atlas de operaciones ginecológicas". 2a. ed. Ediciones Toray, S.A. Barcelona, p. 208.

(3) Ibid. p. 209.

Estos hechos enfatizan la obligación del médico de instruir adecuadamente a sus pacientes, ya que siempre es necesario explicar con claridad que la histerectomía no tiene efectos físicos salvo la amenorrea que no afecta ningún aspecto de su vida.

El médico también debe informar a la paciente con tacto que se le efectuará la cirugía - ésta rara vez se hace en forma abrupta - . Así, el primer paso es describirle las indicaciones y cuando sea posible, la atención de la paciente debe dirigirse al hecho de que la concepción no es probable o es imposible debido al padecimiento pélvico existente y no por la histerectomía. También hay que analizar el hecho de que si no es tratada, el padecimiento puede volverse más nocivo para ella como mujer, madre y esposa. Además es necesario comentar si se debe o puede preservar la función ovárica. Tal comentario puede tener cuando menos dos beneficios psicológicos para la mujer madura promedio:

1) Ayudará a convencerla de que su médico no es un técnico deshumanizado sin sentimientos, ni autocrítica, quien está tratando de desposeerla de un órgano valioso y de una función primordial. Por lo tanto, puede desarrollarse un buen rapport entre el médico y la paciente, relación terapéutica que será de mucha utilidad posteriormente.

2) El comentario puede llevar a la paciente a que empiece a ver el útero con sus funciones inherentes, no como una posesión valiosa y preciada sino como el sitio de una anomalía que podrá volverse un peligro para ella en forma personal. Debido a que la histerectomía rara vez es un

procedimiento de urgencia - casi siempre cuando se trata de una histerectomía obstétrica - , los planes específicos acerca de la operación por lo general, deben posponerse hasta después de la primera consulta. En consecuencia, es prudente arreglar otra entrevista, de esta forma las pacientes tienen tiempo para manejar sus fantasías y ansiedades "normales" antes de tomar la decisión de operarse y generalmente experimentan menos reacciones molestas.

No obstante, también debe tomarse en cuenta que es muy diferente la reacción que presenta una paciente dependiendo de la indicación de la histerectomía. Cabe mencionar, que existen dos tipos de indicaciones ante esta cirugía: las no electivas y las electivas.

En las indicaciones no electivas, el útero debe ser extirpado debido a una patología demostrable, como un carcinoma que amenace la vida o la salud de la paciente. Así, las consideraciones psicológicas se limitan a ocuparse de los pensamientos y fantasías acerca de la histerectomía, su preparación para la cirugía y problemas emocionales posteriores a ella. Es común que dichas pacientes expresen la creencia de que la cirugía disminuirá su deseo sexual y en consecuencia a su vida sexual activa, comparándola con la menopausia.

Las indicaciones electivas son aquellas que se efectúan con fines de esterilización selectiva, aunque también se incluye a las pacientes que presentan una patología escasa o no demostrable que se suman principalmente a molestias subjetivas como el dolor pélvico persistente con

anormalidades clínicas mínimas o nulas. Las molestias subjetivas severas pueden deberse a una lesión oculta o algún tipo de problema neurótico. Es to conduce a que muchas mujeres consciente o inconscientemente busquen este tipo de cirugía por una gran variedad de razones, como por ejemplo expiar una culpa real o fantaseada.

Continuando con esto, Rosen describió una serie de pacientes con anormalidades orgánicas mínimas, que buscan la histerectomía debido al te mor del embarazo y por deseos manifiestos de no verse obligadas a someterse a más abortos autoprovocados. Por otra parte, Kroger describió muje - res inestables que ven de buena gana la histerectomía como una liberación temporal de problemas arduos y para satisfacer diversas necesidades de de pendencia durante la convalecencia. Así, cuando esta cirugía se realiza debido a una dolencia cuya base real es el problema psicológico subyacente, es poco probable que la condición de la paciente mejore y es muy fac tible que pueda empeorar. (4)

En caso de la histerectomía electiva es de gran utilidad realizar una evaluación cuidadosa de la paciente, quizá con una interconsulta psi cológica a fin de evitar trastornos en el equilibrio de la identidad fe - menina. En este sentido, Hapton y Tarnasky utilizando algunas técnicas psicológicas como la escala de Zung, la de Rosenberg y el Inventario de Síntomas Físicos diseñadas para la autoaplicación; demostraron que no existen diferencias entre un grupo de mujeres histerectomizadas y otro gru

(4) León, M. (1984). "Psicopatología de la mujer histerectomizada". I Foro de la mujer en México, México, p. 5.

M-0101770

po de mujeres con salpingoclasia. (5)

Conociendo todo lo anterior, es de esperarse que después de una operación de tal magnitud se presente una depresión ligada a otras sensaciones como aflicción, nerviosismo e irritabilidad. Incluso hay mujeres que señalan haber llorado durante su recuperación. En algunas de ellas se observa que la depresión es más frecuente algunos años después de de cirugía. Esto conduce a pensar que la depresión es una COMPLICACION muy importante de la histerectomía, sobre todo en mujeres menores de 40 años y en las que presentan rasgos de personalidad tendientes a la depresión. Otras mujeres propensas a esta complicación son las que se consideran a sí mismas como "la mitad de mujer" o que están "vacías", así como aquellas a las que personas cercanas describen como "asexuales, neutras o caricatura de mujer".

En relación a esto, mencionamos un estudio de seguimiento realizado con 267 pacientes histerectomizadas, donde Melody descubrió que en 11 de ellas los miedos preoperatorios habían sido reemplazados por depresión; se observó también que todas las mujeres habían experimentado al menos un episodio depresivo en los 5 años previos a la operación, lo que lo lleva a concluir que las pacientes tenían una tendencia previa a reaccionar ante el stress con depresión. Además encontró que los episodios de depresión en la muestra, habían sido precipitados por una experiencia social traumática en la cual la paciente había sufrido un rechazo o devaluación

(5) León, M. "Psicopatología de la mujer histerectomizada". op. cit. p. 5

por parte de una persona significativa en su medio social. Esto da pie para enfatizar que la histerectomía representa la pérdida de un órgano valioso en el contacto social, acentuando así la disrupción social de su previo estilo de vida. Finalmente el autor concluye que la historia de depresiones previas es un factor predictivo significativo para las mujeres histerectomizadas, si la operación es interpretada por ellas como una discontinuidad tanto social como biológica. (6)

Todos estos planteamientos conducen a pensar que es de vital importancia que las mujeres posthisterectomizadas queden absolutamente convencidas de que la operación no ejercerá influencia sobre su apetito sexual, ni que quedaran con un "agujero" en la parte alta de su vagina que permita algún escape o salida. Es decir, que los procedimientos genitalmente mutilantes como la histerectomía producen un rechazo temporal hacia las relaciones sexuales biológicamente hablando mientras que la paciente se recupera, pero por otro lado las consecuencias psicológicas pueden ser devastadoras.

En consecuencia, es importante hacer una exhaustiva valoración de la paciente para identificar factores tales como: la vulnerabilidad de las reacciones adversas al stress particularmente episodios depresivos; enfermedades mentales de origen familiar; historia múltiple de complicaciones físicas especialmente dolores crónicos; numerosas hospitalizaciones por cirugías; edad y tiempo de la histerectomía (antes de los 40 años es

(6) León, M. "Psicopatología de la mujer histerectomizada". op. cit. p. 5

pecialmente); si tenía hijos o deseaba más; satisfacción sexual previa a la cirugía; actitud negativa de la pareja o cualquier persona significativa en la vida de la paciente; inestabilidad en su relación de pareja; desaprobación cultural o religiosa y la manera en que el médico sea capaz de manejar la situación y se la esponga. Si la paciente experimenta muchos de estos factores, ya sea interna o externamente se puede considerar vulnerable a presentar el "SINDROME POSTHISTERECTOMIA". Cuyos síntomas más frecuentes son la depresión caracterizada por agitación, síntomas más psicósomáticos e insomnio.

Se ha encontrado que las pacientes son más vulnerables a presentar dicho síndrome entre los tres meses y tres años subsecuentes a la cirugía. Es importante el reconocimiento de este síndrome, dado que debe establecerse una estrategia multidisciplinaria que ayude a la paciente a recuperarse en las esferas biológica, psicológica y social; puesto que ellas encuentran gran dificultad para describir su malestar debido especialmente a que en la revisión médica no se encuentran anormalidades, mismas que los médicos suelen llamar "síntomas neuróticos". Este malestar se presenta más frecuentemente en mujeres que no han establecido una relación satisfactoria de pareja y de familia. Por el contrario, en mujeres postmenopáusicas existe menor impacto psicológico, ya que se han adaptado a la pérdida de la función menstrual y reproductiva.

A parte del síndrome de posthisterectomía, Kaltreider y Wallace encontraron que existe uno más, conocido con el nombre de "SINDROME DE RESPUESTA AL STRESS" en donde las alteraciones que se presentan después de

La histerectomía caen dentro de un esquema general en el cual la paciente frente a dicho evento traumático (histerectomía) reacciona bloqueando primeramente mucho de su significado a través de mecanismos de defensa. Posteriormente, va "dosificando" la experiencia por medio de ciertas consideraciones acerca de los aspectos dolorosos hasta que el cambio en su status vital es aceptado. (7)

Independientemente, de ambos síndromes debemos hacer hincapié en el rol social que la paciente desempeña, dado que en las clases socioeconómicas altas el rol de la maternidad es bastante limitado; esto nos lleva a pensar que una mujer posthisterectomizada perteneciente a este nivel tendrá un cambio moderado o nulo en su autoconcepto. No obstante, los sentimientos de desfeminización aparecen más frecuentemente en las mujeres posthisterectomizadas pertenecientes a nivel socioeconómicos más bajos, debido a que ellas tienden a pensar en forma más concreta, por lo que es probable que ellas y sus parejas piensen que la única función de la mujer es tener hijos, y si no tienen "matriz" entonces no se es mujer.

Por otro lado, cuando se ha entrevistado a las parejas de dichas mujeres se observa que se encuentran bastante ansiosos ante la cirugía y surge en ellos el pensamiento "si a mi mujer le hacen la histerectomía ya no tendrá matriz, si una mujer no tiene matriz, no es realmente una mujer entonces, si en realidad no es una mujer ¿qué soy yo si tengo relaciones sexuales con ella? . Como es notorio, la histerectomía también parece plan

(7) León, M. "Psicopatología de la mujer histerectomizada". op. cit. p. 7

tear una seria amenaza a la identidad sexual del hombre.

En consecuencia, el área sexual en la vida de la mujer posthisterectomizada se ve generalmente afectada, dado que dicha operación causa una mutilación en la autoimágen e identidad psicosexual de la mujer. Ya que ella "depende" de la posesión de unos órganos sexuales saludables para que puedan responder a la necesidad de la unión con otra persona que es atractiva y deseada; podemos decir pues, que la autoimágen y la identidad psicosexual se encuentran inconscientemente arraigadas junto con un sentimiento de autoconfianza sexual que constituye una necesidad humana básica.

Hemos de mencionar también que el ginecoobstetra o algún profesional de la conducta, están en posición de convencer a la paciente de que su vida sexual mejorará después de la cirugía, lo cual se basa frecuentemente en la teoría de que el placer sexual para ella y su compañero aumentará con la reparación y fortalecimiento de las paredes vaginales; algunas mujeres señalan que las relaciones son más placenteras porque desaparece el temor de nuevos embarazos y junto con su pareja se sienten liberados de la enfermedad y riesgos que originaron la operación.

En contraste, Masters y Jonhson señalan que el útero participa en todas las etapas del coito - excitación, meseta, orgasmo y resolución -. Y que experimenta congestión vascular y elevación durante las dos primeras etapas y se contrae durante el orgasmo. Así parecería razonable considerar, que la mujer posthisterectomizada presenta cambios en su respues-

ta sexual, pero es poco lo que se señala al respecto en las investigaciones.

Debemos hacer hincapié en que las primeras relaciones sexuales después de la cirugía, provocan en la mujer dispareunia, padecimiento común debido a la cervicitis del muñón cervical por la fijación inelástica, o bien por la fijación de los ovarios demasiado próxima al tejido vaginal. Otras molestias son la fijación rígida de la vagina a los ligamentos redondos, la cicatrización o la inflamación de los parametrios en casos de curación después del drenaje vaginal.

Por otro lado, el compañero debe estar al tanto de las condiciones en que se encontrará su mujer después de la histerectomía; para ello es de vital importancia que el médico les informe - tanto si son incultos como cultos - de los cambios anatómicos y fisiológicos resultantes, así como la función, valor e importancia de cada órgano extirpado; del sitio y tipo de cirugía; de la naturaleza de la enfermedad que amerita la operación; del tipo y riesgos de la anestesia; del peligro de muerte y de los cambios en su sistema de vida y de trabajo. Todo ello procurando transmitir claramente la información a la altura del nivel de conocimientos y de cultura de la pareja, y siempre con la intención de prestarles un gran soporte psicológico y dándoles estímulos que les permitan adaptarse posteriormente a su nueva situación. Debe destacarse también el interés por obtener la colaboración de sus hijos y familiares cercanos, así como continuar con la mirada puesta en la paciente durante el tiempo que se requiera después de la cirugía hasta lograr su completa readapta-

ción a todos los ámbitos de su vida.

Sin duda, el compañero también sufrirá una serie de alteraciones de tipo emocional, después de que su mujer ha sido histerectomizada; las cuales deben ser atendidas de igual manera por el psicólogo. Dicha atención debe llevarse a cabo tomando en cuenta que pueden presentarse algunas disfunciones en la pareja, dado que el hombre muchas veces ignora tanto o más que la mujer, lo que representa el útero y su pérdida en el organismo femenino; por ende, es de esperarse que aparezcan algunas repercusiones por la incomprensión e ignorancia de él. Todo esto es más notorio cuando los patrones culturales como los de nuestro país depositan en la mujer el papel de "servidora" o "instrumento" en la relación sexual y al hombre el de "amo" o "dueño". Sin embargo, en dichos casos debe trabajarse con el hombre de manera que su actitud de aceptación hacia la histerectomía resulte genuina y no forzada. Es también indispensable, informarle a la pareja de que la "necesidad sexual" de la mujer regresará de manera natural con la recuperación del tratamiento quirúrgico, y que se dispone de dispositivos y técnicas como la conservación del canal vaginal para que el coito sea placentero y satisfactorio.

Ahora bien, la evolución de la vida de pareja es muy diferente si la actitud del compañero es de desinterés o resignación, a cuando se ocupa de contrarrestar las tendencias negativistas y depresivas de la mujer, haciéndola sentir atractiva, juvenil, vigorosa y con todas sus capacidades conservadas. Todo ello debe hacerse porque uno de los temores de la mujer es el desinterés del compañero, que podría llegar a la infidelidad

separación o divorcio.

En relación a esto, Ruben dice "que si a la histerectomía se le despoja de prejuicios y conceptos erróneos, origina por sí misma pocos cambios anatómicos y fisiológicos que pueden afectar la satisfacción sexual. Diversos estudios han intentado evaluar objetivamente estos efectos. Todos ellos concuerdan en que los resultados negativos sobre la función sexual (deseo, reactividad a estímulos, libido, frecuencia del coito, orgasmo) son más notables si la histerectomía se acompaña de ooforectomía que si se hizo conservando los ovarios. Los aspectos más comúnmente afectados son la libido y la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales". (8)

Cabe hacer mención de que en muchos de los casos de histerectomía, las relaciones sexuales permanecen inalteradas y en otros casos sufren un incremento. Dodds y Paterson, obtuvieron en sus investigaciones que del 18 al 38 % de la sensibilidad erótica y la actividad sexual en general mejoraron después de la cirugía; en tanto, que del 40 al 62 % permanecieron igual, y del 15 al 20 % sufrieron un deterioro después de esta. (9)

Otro estudio de Dodds y cols en donde revisaron literatura acerca de las reacciones emocionales hacia la histerectomía y sus impresiones generales a través de la entrevista en este tipo de pacientes, desa-

(8) Castelazo, L. "Sensibilidad sexual y ..." op. cit. p. 11.

(9) Ibid. p. 11

rollaron las siguientes hipótesis:

- 1) Después de la histerectomía, el concepto del yo es el de un individuo no femenino, mutilado.
- 2) Este derogatorio autoconcepto es reforzado por comentarios desprecia-
tivos de compañeros y familiares.
- 3) El impulso sexual disminuye llevando a un incremento de los conflic-
tos domésticos.
- 4) La esterilidad deviene en razón para un descontento, impidiendo la
oportunidad para la expresión de instintos maternales, gratificando
deseos masoquistas.
- 5) El uso indiscriminado de hormonas sirve para acentuar la distorción
del autoconcepto.

Para probar estas hipótesis, Dodds estudió a 188 pacientes de las
cuales sólo una necesitó atención psiquiátrica dos semanas después de la
operación; 30 % dentro del siguiente año y un total del 42 % dentro de
los 5 años siguientes. Por lo tanto, se concluyó que el trauma de la his-
terectomía no es un factor precipitante. (10)

(10) León, M. "Psicopatología de la mujer histerectomizada". op. cit.
p. 7.

En suma y tomando en cuenta todo lo expuesto a lo largo del capítulo, podemos concluir que la histerectomía no produce una psicopatología significativa en una mujer psicológicamente sana y madura. Sin embargo, puede aparecer el "Síndrome de posthisterectomía" o el "Síndrome de respuesta al stress", donde se expresa una psicopatología incipiente pero en su forma menos severa. Aunque también deben tomarse en cuenta otros factores que pueden afectar a la mujer, como la relación de pareja previa a la histerectomía, la reacción del compañero, hijos y familiares, así como el nivel socioeconómico al que pertenezca. Pero el factor más importante que debe ser tomado en cuenta es la personalidad de la paciente previa a la histerectomía; ya que dicho factor, es el desencadenante en sí de una psicopatología grave, siempre y cuando ésta se encuentre al terada.

C A P I T U L O

I V

A U T O C O N C E P T O

4.1 ANTECEDENTES DEL AUTOCONCEPTO.

Para comenzar este capítulo creemos que es importante abordar algunos de los antecedentes del autoconcepto para entenderlo mejor, a través de un panorama general de lo que ha sido dicho término para diferentes autores. Cabe aclarar que esta revisión fue realizada de esta manera ya que no existen antecedentes como tales.

Principiaremos por decir que el origen del concepto del self se ubica en los escritos de los antiguos griegos quienes se hacían cuestionamientos como: ¿quién soy? ¿hacia donde me dirijo? ¿qué camino he de tomar? . Sócrates decía que para alcanzar una vida buena era necesario cumplir con la regla "conócete a tí mismo" , lo que significa enfrentarse con honradez y franqueza al conocimiento propio, conciliar de manera realista las discrepancias entre ambiciones y talentos, y aceptar con todas sus consecuencias una verdad psicológica: "considerar al yo como algo que el mismo individuo crea".

Por otra parte, Aristóteles y otros autores hacen diferencias entre los aspectos físicos y no físicos del ser humano; esto da lugar al surgimiento del concepto de ala o espíritu, término que en un principio no fue usado con precisión, puesto que designaba la esencia de ambos aspectos, pero que finalmente se refería a la parte más importante del funcionamiento mental. Con ello se vislumbraban ya antecedentes de teorías posteriores

del yo.

Posteriormente, René Descartes retoma los pensamientos de los antiguos griegos y a partir de ellos creó la teoría del dualismo, la que nos habla de la interacción que existe entre la mente y el cuerpo. Dicha teoría lo conduce a plantear su frase célebre: "pienso, luego existo". Donde plantea una discontinuidad entre la psique y el soma, dando un mayor peso al razonamiento.

Como podemos ver, Descartes da una pauta muy importante para que otros filósofos como Berkeley, Hobbes, Hume, James y John Stuart Mill entre otros siguieran tratando más a fondo problemas tales como la existencia del hombre, la relación mente-cuerpo y el funcionamiento de la mente.

Cabe mencionar, que el cristianismo también se ocupó en tratar de dilucidar problemas similares, pero dando un enfoque meramente espiritual, por lo que adquieren otra dimensión, reduciendo considerablemente su relevancia científica. De esta forma, todos estos cuestionamientos han orillado a la Psicología a tomarlos como antecedentes de lo que posteriormente sería el autoconcepto dentro de la personalidad del hombre. Podemos agregar que este término se confunde frecuentemente con otros términos afines como: autoestima, autoevaluación, autodescripción, autoconsciencia, esquema corporal, self, concepto de sí mismo y concepto del yo; dichos términos se han ido diferenciando y definiendo entre ellos mismos. Debido a esta diversidad creemos necesario presentar primeramente una visión acerca del concepto del yo para posteriormente hacer una distinción entre el au-

toconcepto y el yo.

Empezaremos por decir que Sigmund Freud en el "Esquema del Psicoanálisis" (1938), nos dice que la estructura básica de la personalidad consiste de tres componentes o sistemas principales. A dichos componentes se les concibe como dinámicos e interactuantes, y se les designa como ello, yo y superyó, estos componentes forman lo que se llama el Aparato Intra-psíquico.

Así, el contenido del ello es todo lo heredado, lo que se trae de nacimiento y lo establecido constitucionalmente. Esta instancia no establece una relación directa con el mundo exterior, por lo que se conoce sólo a través de la mediación con otra instancia.

El ello opera de acuerdo al principio del placer, dicho principio no puede ser cancelado por otras instancias, sino que sólo se ve modificado. De esta manera, registra con extraordinaria agudeza ciertas alteraciones sobrevenidas del interior que se presentan a partir de las sensaciones de placer y displacer.

Dentro del ello también ejercen influencia las pulsiones orgánicas compuestas de una mezcla de dos fuerzas: el Eros y la pulsión de muerte, y lo único que estas pulsiones quieren es alcanzar la satisfacción, con ayuda de objetos del mundo exterior. Pero una satisfacción pulsional instantánea, llevaría a conflictos peligrosos con el mundo exterior, y posteriormente al aniquilamiento. El ello no conoce prevención alguna y puede de -

sarrollar los elementos de sensación de la angustia pero no valorizarlos.

Por otro lado, se encuentra la instancia del yo, el cual se ha desarrollado a partir del ello, y su función principal es mediar entre éste y la realidad objetiva, por lo que dispone de movimientos voluntarios. Además tiene la función de la autoconservación, y la realiza hacia el exterior captando todos los estímulos que le rodean, almacenando experiencias sobre estos (en la memoria), evitando estímulos muy intensos (mediante la huida), enfrentándose a estímulos moderados (a través de la adaptación) y aprendiendo a alterar el mundo exterior de una manera adecuada para tomar ventaja (actividad).

Con lo que se refiere al interior, el yo trata de ganar terreno sobre las exigencias pulsionales del ello, decidiendo si deben satisfacerse o no dichas pulsiones, tomando en cuenta las circunstancias de la realidad objetiva, o por el contrario sofocando totalmente sus excitaciones. Estas dos funciones se llevan a cabo orientándose en el presente y valorizando experiencias anteriores, por lo que se dice que el yo se rige a través del Principio de la realidad.

Ahora bien, el yo aspira al placer tratando de evitar el displacer. Un aumento del displacer es seguido por una señal de angustia, que puede amenazar su integridad ya sea desde el interior o desde el exterior, llamándose a esto peligro.

Otra de las funciones del yo, es realizar un examen de la realidad

para protegerse y evitar alguna confusión provocada por el ello. Esto se presenta dado que unas huellas mnémicas pueden hacerse conscientes al igual que unas percepciones (generalmente por una asociación con restos del lenguaje); puede presentarse pues, la posibilidad de una confusión que llevaría a equivocarse la realidad objetiva. De esta manera, el yo combate a su vez en dos frentes: tiene que defender su existencia contra un mundo exterior que amenaza aniquilarlo; y contra un mundo interior demasiado exigente. Y contra ambos aplica los mismos métodos defensivos, pero la defensa contra el enemigo interior es un tanto deficiente dada su íntima relación.

Por último, la instancia del superyó es como la consciencia moral del individuo y se encarga de observar al yo, le da órdenes y lo juzga y amenaza con castigos. No sólo pide cuentas de sus acciones, sino también de sus pensamientos y propósitos incumplidos.

Hemos de mencionar que el superyó se forma básicamente de la interiorización o asimilación de los sistemas moral y ético propios de los padres de la tradición de familia, la raza y el pueblo, así como los requerimientos del medio social al que pertenecen. Más tarde el superyó recoge aportes de posteriores personas sustitutivas de los padres, como profesores o líderes, todos ellos representantes de una figura de autoridad.

Finalmente, el yo debe actuar cumpliendo al mismo tiempo los lineamientos del ello, del superyó y de la realidad objetiva, reconciliando entre sí todas sus exigencias. De este modo, el superyó ocupa una posición

entre el ello y el mundo exterior reuniendo así los influjos del presente y el pasado; el ello, los del pasado heredado y el superyó, los del pasado asumido por otros. En tanto que el yo, se rige por sus propias experiencias tanto accidentales como actuales.

Otro autor, Harry Stack Sullivan es el más empírico de los teóricos del psicoanálisis. Al igual que Freud, postula una teoría sistemática del desarrollo de la personalidad, y la llama Teoría de las Relaciones Interpersonales. Propone que la personalidad del ser humano surge desde el momento del nacimiento, actuando sobre él fuerzas personales y sociales. Así, el término de personalidad era una palabra más que una entidad de estudio. Ya que su teoría enfatiza las relaciones entre las personalidades y no la personalidad individual, esto se basa en la inferencia de que el hombre no existe como un ser aislado, sino sólo en relación con los otros.

Dice Sullivan, que cuando el niño nace siente a menudo ansiedad, y para ello construye poco a poco un sistema del yo el cual le permite reducir la ansiedad. A medida que el niño crece, va fortaleciendo dicho sistema para poder conformarse con las reglas sociales que le son impuestas para evitar esa ansiedad. Cabe aclarar, que este sistema no es el yo verdadero, ya que frecuentemente el yo verdadero piensa lo opuesto de lo que el sistema del yo hace para conformarse. A lo largo de la vida, el sistema del yo se va reforzando en especial para protegerlo de toda crítica que parta del yo verdadero. Pero puede surgir en un momento determinado una separación entre ambos, que poco a poco va a llevar al individuo a una situación esquizoide donde el yo verdadero será incapaz de controlar al sistema del yo.

Finalmente, dice este autor que para que el hombre moderno funcione adecuadamente dentro de su medio social, necesita usar de la mejor manera el sistema del yo controlado a su vez por el yo verdadero.

Por su parte, Erick Erickson es un autor que también se ocupa del estudio del yo. Primeramente describe a la personalidad en términos de la resolución de crisis vitales, como un problema progresivo de adaptación y resolución de conflictos y crisis que aparecen en el ser humano desde el momento de su nacimiento hasta su muerte.

Erickson considera que el yo es el instrumento mediante el cual una persona organiza la información del exterior, valora la percepción, selecciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa e integra las capacidades de orientación y planteamiento; también da lugar a un significado de identidad en un estado de elevado bienestar. Para alcanzar un yo integrado y completo, el individuo debe pasar por ocho etapas a lo largo de su vida y son:

1. confianza básica vs. desconfianza básica
2. autonomía vs. vergüenza y duda
3. iniciativa vs. culpa
4. industria vs. inferioridad
5. identidad vs. confusión del rol
6. intimidad vs. aislamiento
7. generatividad vs. estancamiento
8. integridad del yo vs. desesperación.

Este autor sostiene, que a lo largo de estas etapas existen figuras significativas para el individuo (padres, compañeros, líderes, pareja) que van a jugar un papel muy importante en su formación. De esta manera, si las relaciones que ha sostenido con su medio son satisfactorias puede lograr la identidad del yo, es decir, un intenso sentido de sí mismo, aceptando una evaluación retrospectiva y sintiéndose satisfecho consigo mismo. En el caso contrario, la muerte se convierte en una preocupación diaria y el individuo vive desarrollando una serie de sentimientos cuya base es la desesperación.

Después de revisar las valiosas contribuciones que hacen Freud, Sullivan y Erickson al concepto del yo en el enfoque psicoanalítico, otros autores se vieron motivados a estudiar y desarrollar diversas teorías afines, tales como las teorías del sí mismo, las teorías del self y las teorías del autoconcepto.

Por lo tanto, debemos mencionar a Williams James, que en su obra "Principios de Psicología" (1890) proporciona su definición del sí mismo o yo empírico, y lo concibe como la suma total de todo lo que un ser humano puede llamar suyo, como su cuerpo, rasgos y aptitudes; también sus posesiones materiales; su familia, amigos y enemigos; así como su vocación y sus ocupaciones entre otras cosas. También menciona, que el sí mismo es tá compuesto de tres factores, que son:

- 1) los elementos que lo constituyen
- 2) los sentimientos del sí mismo
- 3) las conductas destinadas a la búsqueda y preservación del sí mismo.

Ahora bien, existen diversos tipos de sí mismo que constituyen el sí mismo verdadero:

- el sí mismo material, que consiste en las posesiones materiales del individuo.
- el sí mismo social, que se refiere a como es considerado el individuo por sus semejantes.
- el sí mismo espiritual, comprende las facultades y disposiciones propias del individuo.

Pasados algunos años, la Psicología moderna define el término de sí mismo con dos significados distintos, estos son:

- 1 .- como las actitudes y sentimientos de un individuo respecto a sí mismo.
- 2 .- como un grupo de procesos psicológicos que gobiernan la conducta y la adaptación.

La primera definición nos habla del sí-mismo-como-objeto, ya que se refiere a las actitudes, sentimientos, percepciones y evaluaciones del individuo acerca de sí mismo como objeto. Más concretamente de lo que una persona piensa de sí misma. Mientras que la segunda definición se refiere al sí-mismo-como-proceso, es decir que se ejecutan procesos tales como el

pensar, el recordar y el percibir.

Por su parte, Karen Horney afirma que el hombre debe adaptarse a todos los cambios que se presenten a lo largo de su vida y en donde juegan un papel muy importante las personas que le rodean, ya que son estas quienes moldearan y remodelaran su carácter hasta su muerte. Sin embargo, el hombre debe y tiene la capacidad de autodirigirse para conocerse a sí mismo, y esto le permitirá construir su estructura de carácter.

Con lo que respecta al self, propone que: "cada individuo, partiendo de su self real o actual, desea lograr una realización completa de todas sus necesidades para alcanzar el máximo de su desarrollo, y esto es un sentimiento universal. Para alcanzar esta autorrealización, el hombre debe tener un self idealizado al cual podrá seguir como modelo" . (1)

Desgraciadamente, en algunas ocasiones el hombre se preocupa más por seguir a su self ideal que a su self real, lo que provoca que vea frustradas sus metas y de esta manera, adopte conductas neuróticas que lo alejen cada vez más de su self real (utilizando mecanismos de defensa para justificar dichas conductas). Este distanciamiento produce por consecuencia un self real enfermo.

Uno de los autores que habla también del sí mismo es Gordon Allport,

(1) Cueli, J. & Reidl, L. (1974). "Teorías de la personalidad". Ed. Trillas, México, p. 78.

quien sustituye dicho término por el de Proprium. Y dice que "el proprium incluye todos los aspectos reunidos de la personalidad de un individuo, que son exclusivamente suyos. Ellos lo diferencian de todos los demás individuos y le dan cierta unidad interna. El proprium incluye un sentido corporal, pensar racionalmente, propio luchar y conceptos de imagen del yo, extensión del yo y estima del yo. El proprium no se desarrolla automáticamente, ni tampoco con mucha rapidez". (2)

En base a esto Seymour Epstein de la Universidad de Massachusetts, en su artículo "La revisión del autoconcepto", describe los ocho atributos que Allport le asigna al proprium:

- a. consciencia de un sí mismo corporal.
- b. una sensación de continuidad sobre el tiempo.
- c. aumento del yo, o una necesidad para la autoestima.
- d. extensión del yo, o la identificación del sí mismo más allá de los límites del cuerpo.
- e. procesos racionales, o la síntesis de necesidades internas con la realidad externa.

(2) Bischof, L. (1983). "La interpretación de las teorías de la personalidad". Ed. Trillas, México, p. 332.

f. autoimagen o la percepción personal y la evaluación de él mismo como objeto de conocimiento.

g. el sí mismo como conocedor o agente ejecutador.

h. esfuerzo propio o la motivación para incrementar más que decrementar la atención y para expandir la consciencia y buscar cambios.

(3)

Por su parte, Carl Rogers en su obra "Terapia centrada en el cliente" (1951), hizo contribuciones de innegable importancia en el estudio del self. Emplea el sí mismo o self como la consciencia de ser o de funcionar. La estructura del sí mismo es una configuración organizada de percepciones que son admisibles en la consciencia. Está integrada por elementos tales como las percepciones de las propias características y capacidades; los perceptos y conceptos del sí mismo en relación con los demás y con el ambiente; las cualidades valiosas que se perciben asociadas con experiencias y objetos; y las metas e ideales que se perciben con valencias positivas o negativas.

De esta manera, Rogers propone algunas hipótesis en cuanto a su teoría del self:

1. en el self se eliminan los conceptos inconscientes del yo, siendo éste

(3) Nava, F. (1986). "El autoconcepto en esquizofrénicos". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M. p. 34.

un resultado de la interacción del individuo con sus semejantes, particularmente de la estimación o interacción valorativa.

2. el organismo, mediante el mantenimiento y desarrollo del self, tiende a la auto perfección y a la autorrealización.
3. las partes o contenidos del self son conscientes o potencialmente conscientes. Incluyéndose experiencias simbolizables en un momento determinado.
4. la comprensión de la estructura del self es primordial para el entendimiento de la conducta, la cual depende de la forma como el individuo percibe el campo que para él es la realidad.
5. las experiencias incompatibles con la estructura del self son percibidas como amenazantes, ante esto suele recurrirse a la distorción o a la negación como acciones defensivas.

(4)

Cuando las condiciones en las que se encuentra la persona no son amenazantes, el self permite a ésta analizar sus errores y tomarlos en cuenta como experiencias positivas. Por otro lado, cuando las metas que se forja el hombre son alcanzadas en forma armónica, le permiten reafirmar su autoconcepto, fortaleciendo así su adaptación al medio, misma que va

(4) Flores, A. & Martínez, L. (1986). "El autoconcepto en miembros de parejas en proceso de divorcio". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M. p. 65.

acompañada con sentimientos de bienestar y libertad de tensión.

Para concluir, queremos mencionar que Seymour Epstein (1973) resume las características que otros autores han atribuido al autoconcepto:

- a) es un subsistema de consistencia interna de conceptos jerárquicamente organizados, contenido dentro de un sistema conceptual amplio.
- b) contiene diferentes tipos de sí mismos empíricos, tales como el espiritual y el social.
- c) es una organización dinámica que cambia con la experiencia. Parece buscar cambios y exhibir una tendencia a asimilar crecientes cantidades de información, con lo cual se manifiesta como un principio de crecimiento. Hilgard (1949), lo describe más como integrativo que integrado.
- d) se desarrolla por medio de la experiencia, particularmente por interacción social, con lo que significan otros.
- e) es esencial para el funcionamiento de lo individual, con lo cual la organización del autoconcepto es mantenida. Cuando dicha organización es amenazada, las experiencias individuales son de ansiedad e intenta la defensa él mismo contra la amenaza. Si la defensa es inexitosa, se eleva el stress y es seguido al final por una total desorganización.

- f) hay una necesidad básica de autoestima, relacionada con todos los aspectos del sistema del sí mismo, y en comparación con otras necesidades casi todas estar subordinadas.
- g) el autoconcepto tiene por último dos funciones básicas. Primero, organiza los datos de la experiencia, particularmente experiencia que implica interacción social, dentro de las secuelas predecibles de acción y reacción. Segundo, el autoconcepto facilita los intentos para cubrir necesidades mientras evita la desaprobación y ansiedad.

(5)

A través de esta revisión pretendemos dar una visión de lo que es el autoconcepto para diferentes autores. Sin embargo, queremos subrayar que es difícil proporcionar una definición exacta del autoconcepto debido a la gran diversidad de teorías que existen. Por lo que, a lo largo de esta tesis trabajamos con una sola teoría.

(5) Nava, F. "El autoconcepto en esquizofrénicos". op. cit. p. 58.

4.2 DEFINICION DE AUTOCONCEPTO.

La teoría que utilizamos en el presente trabajo es la de Morris Rosenberg, quien plantea al autoconcepto como la totalidad de actitudes, que incluyen pensamientos y sentimientos que el sujeto tiene sobre sí mismo como objeto. Trabajamos con esta teoría dado que divide al autoconcepto en tres componentes: el sí mismo existente, el sí mismo deseado y el sí mismo presentado; los cuales se relacionan con el enfoque biológico, el enfoque psicológico y el enfoque social respectivamente que fueron manejados en nuestro instrumento.

Ahora bien, la gente tiene actitudes hacia los objetos, y el sí mismo es uno de los objetos hacia el cual se tienen actitudes. Para el sujeto, el sí mismo (self) es "probablemente" lo más importante del mundo. Las actitudes varían respecto a ciertas características básicas comunes. Pero al parecer éstas pueden aplicarse tanto en las actitudes hacia cualquier objeto como las actitudes hacia sí mismo.

Sin embargo, la base de las actitudes hacia sí mismo difiere en cierta medida de las actitudes de los demás. Es decir, que en primer lugar se halla el elemento de la experiencia inmediata. Sólo podemos estar seguros de sentirnos enojados o felices, mientras que nunca podemos tener la seguridad de que otra persona que manifiesta estas emociones las sienta realmente.

En segundo término, no todos los pensamientos se expresan. Podemos avergonzarnos ante un pensamiento "bajo" que penetre en nuestra conciencia, mientras que estos datos son completamente inaccesibles para los demás.

Es necesario considerar también la cuestión de la perspectiva única. Nunca podemos percibirnos del mismo modo en que vemos otros objetos; desde el punto de vista del observador exterior las percepciones de nosotros mismos aparecen a menudo algo distorsionadas.

Posteriormente, existe el factor de la permanencia. A diferencia de cualquier otro objeto del mundo, el sí mismo no puede desaparecer, ya que nuestra atención hacia otros objetos puede variar, pero el sí mismo siempre está ahí.

En resumen, el carácter reflexivo del sí mismo determina ciertas características de las actitudes hacia sí mismo, por las cuales éstas difieren de las actitudes de los demás.

4.3 COMPONENTES DEL AUTOCONCEPTO.

Hablando ya específicamente de lo que es el autoconcepto, Rosenberg (1979) lo divide para su estudio en tres componentes:

el sí mismo existente : se refiere a como el individuo se ve a sí mismo.

el sí mismo deseado : se refiere a como le gustaría al individuo verse a sí mismo.

el sí mismo presentado : se refiere a como el individuo muestra su sí mismo a otros.

A continuación procederemos a explicar más detalladamente en que consiste cada uno de los componentes.

4.3.1 El sí mismo existente

Este componente esta formado a su vez por cuatro áreas, que se describen a continuación:

i. CONTENIDO DEL AUTOCONCEPTO :

Dicha área se compone de la identidad social en relación a las inclinaciones del sujeto, así como a sus características físicas.

La identidad social se refiere a las categorías que la sociedad utiliza para clasificar a un individuo como raza, sexo, nombre, nacionalidad, nivel socioeconómico, religión, etc. Todas ellas conforman una parte real de lo que el individuo siente que es. Por lo tanto, esta clasificación da valor al sujeto o influye en su propio valor.

Es en la identidad social donde el "rol social ideal" adquiere importancia, dado que si el sujeto no cumple con este rol, siente culpa y vergüenza. Así, los factores que componen dicho rol son las conductas, valores y normas.

Flavell (1974) citado por Rosenberg, dice que las disposiciones son formas de responder, las cuales se logran en el sujeto con el incremento de la madurez y el aprendizaje social. Dado que se ve a sí mismo como una persona con ciertas tendencias a responder a todos los estímulos que conllevan a las ya mencionadas conductas, normas y valores. Ahora bien, las disposiciones son percibidas como lo que realmente somos; sin embargo, hay mayor seguridad en los elementos de identidad social porque son más definitivos y no variables como las disposiciones.

Por lo que se refiere a las características físicas, se pone énfasis

en el Yo físico como objeto y no como la imagen corporal propuesta por Schilder.

b. ESTRUCTURA DEL AUTOCONCEPTO :

Rosenberg divide a esta estructura en tres puntos principales, que son:

Centralidad psicológica .- es la que concierne a la individualidad de cada sujeto y está jerárquicamente organizada de acuerdo a un sistema de valores. Esto quiere decir, que la significación de un componente particular depende de su localización en la estructura del autoconcepto; es decir, si es central o periférica. Así es que, la autoestima global del sujeto está basada en la valoración de sus propias cualidades constitutivas (central), pero también toma en cuenta la valoración de otras cualidades que son significativas para él (periférica).

Nivel específico y global .- estos niveles plantean en primer lugar que existe una inconsistencia entre los componentes de la estructura; es decir, que el sujeto puede estar orgulloso de su clase social mientras que se siente apenado por su raza. En segundo lugar, se plantea que la variabilidad situacional del autoconcepto también es importante, dado que en ocasiones el sujeto siente autosatisfacción y en otras puede sentir mucha insatisfacción.

Interior psicológico y exterior social .- nos remite a la conceptualización del sí mismo en términos de un exterior social considerando un

self visible que incluye las características físicas y la identidad social. Y un interior psicológico, que es un mundo privado donde el sujeto experimenta emociones, deseos y secretos.

e. DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO :

Existen ocho dimensiones que nos permiten tener una descripción, aun que un tanto incompleta del autoconcepto de un individuo:

- dirección : si se tiene una opinión favorable o desfavorable de sí mismo.
- intensidad : en que grado es favorable o desfavorable dicha opinión del sí mismo.
- relevancia : si el sujeto esta conciente de sus conductas, o si está en vuelto en tareas o propósitos ajenos.
- consistencia : si los elementos de su autoimagen son contradictorios, o no consigo mismo.
- estabilidad : si las actitudes hacia el sí mismo varían constantemente, o si permanecen firmes y estables.
- claridad : si tiene una imagen clara y nítida de sí mismo, o ésta es vaga y confusa.

precisión : si dicha autoimagen es considerada correcta o falsa.

verificación : si los componentes de la imagen son factibles de confirmación objetiva.

EXTENSIONES DEL YO :

Cooley (1912) citado también por Rosenberg, define a la "apropiación"

de objetos exteriores por el sí mismo a través de tres características :

- .- la experiencia subjetiva del mí o mío, lo que quiere decir que la incorporación de elementos externos en el sí mismo es una experiencia totalmente subjetiva que varía de acuerdo con la edad. Dicha experiencia puede ser en una etapa de la vida, una parte central del sujeto, pero en otra etapa posterior pasará a ser una parte periférica.
- .- la presencia de emociones de orgullo o vergüenza que tienen que ver con el sí mismo. Como admirar a un artista, pero no sentirse orgulloso de él.
- .- la introyección, donde el sujeto se siente personalmente afectado por lo sucedido a personas u objetos que considera como parte de sí mismo.

Así pues, se considera que algunas extensiones del yo son más centrales al sí mismo existente y otras más periféricas. Pocos objetos externos

on juzgados tan centrales al sí mismo, como aquellos que son resultado e nuestro propio esfuerzo. Cabe mencionar, que es en la infancia donde hay una mayor tendencia a la incorporación de elementos externos en el sí mismo, ya que la distinción entre el "mi" y el "nosotros" resulta confusa.

Hemos de subrayar, que el SI MISMO EXISTENTE será relacionado con el AREA BIOLOGICA de la prueba de autoconcepto del Diferencial Semántico, dado que en ambos se pretende conocer básicamente las actitudes del sujeto hacia sus características físicas.

4.3.2 El sí mismo deseado:

Este componente se puede definir como una fuerza motivadora que da pie para juzgar al sí mismo existente. Se distinguen a su vez tres partes que conforman al sí mismo deseado:

A. IMAGEN IDEAL :

Este término fué usado e introducido por Karen Horney en 1945, y menciona que cuando el niño no se desarrolla en condiciones favorables, crea una "ansiedad básica". Para sobrellevar esta ansiedad, el niño forma una imagen de lo que le gustaría ser. Cabe enfatizar, que esta idealización es un mecanismo neurótico para evitar dicha ansiedad y sentimientos que generalmente la acompañan. Sin embargo, esta idealización provoca algunas consecuencias en el sujeto como:

1. exceso de tensión por los altos estándares de su vida.
2. una hipersensibilidad a la crítica.
3. una extrema vulnerabilidad si no se logra lo que se exige.
4. odio hacia sí mismo.

Cabe aclarar, que Horney planteó la imagen ideal como un mecanismo de defensa en sujetos neuróticos, pero la idealización es una parte esencial del sí mismo deseado en el autoconcepto de un sujeto normal.

B. IMAGEN DE COMPROMISO :

Es la imagen que se forma un individuo de como le gustaría ser. Es decir, que es una imagen realista a la que el sujeto se ha comprometido alcanzar, y cuando es alcanzada brinda sentimientos de bienestar. Mientras que por el contrario, la imagen ideal es vanidosa, triunfante y glorificada, y cuando domina los pensamientos del sujeto es muy probable que aparezca una psicopatología.

C. IMAGEN MORAL :

Esta imagen es el conjunto de reglas que impone la sociedad del "debes y no debes". Se distinguen tres aspectos que la constituyen, estos son la consciencia, las demandas del rol y las propias demandas de la ideosincracia.

- a) la consciencia o superyó, que se forma poco a poco por las normas introyectadas, primeramente asociadas con normas convencionales, y basadas en prohibiciones de la acción. Dichas reglas son enseñadas y reforzadas por la familia, escuela y religión principalmente. Y la violación a estas reglas y principios causa culpa y odio hacia sí mismo.
- b) la estructura de demandas del rol, que es el conjunto de prescripciones asociadas a las conductas requeridas o prohibidas al status implicado del individuo.
- c) a lo largo de la vida se desarrolla un sistema de demandas de ideosincracia o personales, que son tan importantes como las demandas sociales. Cuando las demandas de la ideosincracia se violan, se experimenta también condenación al sí mismo, con la aparición de culpa y vergüenza que influyen en la autoestima del individuo.

Hemos de mencionar, que el SI MISMO DESEADO se asociará al AREA PSICOLOGICA del instrumento, debido a que ambos tratan primordialmente del aparato intrapsíquico del individuo.

4.3.3 El sí mismo presentado.

Plantea Rosenberg que este componente es la imagen característica que el sujeto proyecta a los demás.

El sí mismo presentado es el principal instrumento a través del cual el sujeto va a cumplir con sus metas y objetivos personales que impliquen a otra persona. Es decir, que debe actuar para impresionar a otra persona como un buen candidato para desempeñar una función determinada.

Ahora bien, una de las metas del ser humano es la aprobación social, pero en ocasiones dicha aprobación se lleva a cabo sólo con el fin de presentar una cierta imagen a la gente, por lo que deja de ser un sentimiento relevante para el sujeto. Así, este sujeto presenta una parte de su sí mismo presentado a su familia, otra parte a sus amigos, otra a su pareja, etc.

Dada esta variación de la conducta, se puede dudar de que el autoconcepto sea estable y constante. Pero existe un sí mismo consistente que elegimos para presentarnos al mundo. Esto es, que ciertas características se presentaran en una situación y otras en circunstancias diferentes, pero más o menos permanecen estables. Generalmente, cuando se quiere que la gente se forme una idea de nosotros como cierto tipo de persona, hacemos esfuerzos para asegurarnos de que lo haga.

Debemos subrayar, que el SI MISMO PRESENTADO se enlazará posteriormente con el AREA SOCIAL del instrumento, ya que ambos se asocian con la imagen y el rol que el sujeto desempeña dentro de la sociedad.

C A P I T U L O

V

M E T O D O L O G I A

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Qué efectos tiene en el autoconcepto de la mujer, la histerectomía de tipo ginecológico y la histerectomía de tipo obstétrico ?.

5.2 HIPOTESIS DE TRABAJO

H i p ó t e s i s I

Hi: Existen diferencias significativas al $\alpha 0.05$, desde el enfoque biológico en el autoconcepto de mujeres histerectomizadas de tipo ginecológico y de tipo obstétrico.

Ho: No existen diferencias significativas al $\alpha 0.05$, desde el enfoque biológico en el autoconcepto de mujeres histerectomizadas de tipo ginecológico y de tipo obstétrico.

H i p ó t e s i s I I

Hi: Existen diferencias significativas al $\alpha 0.05$, desde el enfoque psicológico en el autoconcepto de mujeres histerectomizadas de tipo ginecológico y de tipo obstétrico.

H₀: No existen diferencias significativas al $\alpha < 0.05$, desde el enfoque psicológico en el autoconcepto de mujeres hysterectomizadas de tipo ginecológico y de tipo obstétrico.

H i p ó t e s i s I I I

H₁: Existen diferencias significativas al $\alpha < 0.05$, desde el enfoque social en el autoconcepto de mujeres hysterectomizadas de tipo ginecológico y de tipo obstétrico.

H₀: No existen diferencias significativas al $\alpha < 0.05$, desde el enfoque social en el autoconcepto de mujeres hysterectomizadas de tipo ginecológico y de tipo obstétrico.

5.3 VARIABLES

Variable Independiente: H I S T E R E C T O M I A .

Es la extirpación total o parcial del útero y puede dividirse según sus indicaciones en hysterectomía de tipo ginecológico e hysterectomía de tipo obstétrico.

Variable Dependiente: A U T O C O N C E P T O .

Es la totalidad de actitudes que incluyen sentimientos y pensamientos, que un sujeto tiene hacia sí mismo como objeto.

5.4 TIPO DE MUESTRA Y SUJETOS.

Se trabajó con una muestra no probabilística intencional por cuotas. Donde los sujetos fueron 30 mujeres histerectomizadas, de las cuales se formaron 2 muestras independientes con 15 pacientes cada una. Dicha selección se realizó tomando en cuenta las características mencionadas anteriormente, además de un periodo postoperatorio de 2 meses a 1 año aproximadamente.

La edad de los sujetos fluctuó entre los 20 y 66 años, con una edad promedio de 45 años para el grupo de histerectomía de tipo ginecológico, y de 33 años para el grupo de histerectomía de tipo obstétrico.

5.5 ESCENARIO

La aplicación del instrumento se llevó a cabo en el Hospital General de Ticomán, ubicado en Calle Plan de San Luis s/n esquina con Calle Ban

dera Col. Ticomán. Así como en el Hospital de Ginecoobstetricia del I.M.S.S. Dr. Luis Castelazo Ayala, que se encuentra ubicado en Av. Río Magdalena s/n col. Barrio Loreto.

La aplicación se realizó en un cubículo proporcionado por cada una de las Instituciones.

El cubículo proporcionado por la S.S.A tiene unas medidas aproximadas de 3 x 3 m. Se encuentran dos escritorios y cuatro sillas, así como una gaveta. Esta pintado de color blanco y tiene buena iluminación, aunque la ventilación es inadecuada.

Por lo que respecta al cubículo del I.M.S.S. se trata de un consultorio con medidas aproximadas de 4 x 3 m. En donde se halla un escritorio, dos sillas y un banco. Esta pintado de color hueso y cuenta con una adecuada iluminación y ventilación.

5.6 DISEÑO

Dado que esta investigación es Cuasi-experimental y que trabajamos con un fenómeno Ex-post-facto, se seleccionó el diseño de DOS MUESTRAS INDEPENDIENTES, cuya fórmula es :

X_1 M_1

X_2 M_2

5.7 PROCEDIMIENTO.

Primeramente nos dirigimos al Hospital General de Ticomán de la S.S.A. presentando nuestro anteproyecto al jefe del servicio de Gineco-obstetricia, quien nos remitió con el jefe de Enseñanza e Investigación, el cual después de revisar nuestro trabajo y hacernos unas preguntas nos permitió realizar la aplicación de los instrumentos en dicha institución.

Para llevar a cabo la aplicación, nos condujo al Archivo para obtener la autorización del jefe de esta sección, quien nos dió acceso a revisar la lista de pacientes que asistirían al día siguiente a la consulta de ginecología, para posteriormente localizar a las paciente histerectomizadas.

Este procedimiento lo llevamos a cabo durante mes y medio para obtener la muestra de pacientes ginecológicas, a las cuales se les solicitaba contestar los instrumentos después de haber salido de consulta.

Con respecto al Hospital de Ginecoobstetricia del I.M.S.S. nos dirigimos con un ginecólogo de dicha institución, quien a su vez nos presentó con el jefe de Enseñanza e Investigación, el cual nos solicitó una carta expedida por el Departamento de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología y más específicamente de nuestra directora de tesis, para que se responsabilizara de nuestro desempeño en la institución.

Después de una serie de citas que el jefe de enseñanza nos concerta

ba pero sin recibirnos, el médico al cual nos dirigimos en un principio optó por llevarnos directamente al Archivo, donde se revisaron los libros de cirugías realizadas. Posteriormente, se seleccionaron los expedientes para obtener la muestra de pacientes obstétricas, a las cuales se les citó a través de vía telefónica o telegrama para que contestaran los instrumentos en el consultorio ya mencionado.

Con lo que se refiere a la aplicación de los instrumentos, ésta se llevó a cabo después de haber establecido un previo rapport con las pacientes. Después se efectuó la entrevista anotando todas las respuestas dadas, además de registrar todas las conductas observadas. Posteriormente fue aplicado el Diferencial Semántico leyéndoles y explicándoles a las pacientes cada uno de los conceptos para que ellas anotaran en la escala correspondiente sus respectivas respuestas.

5.8 INSTRUMENTOS.

En primera instancia se llevó a cabo una entrevista semiestructurada con cada una de las pacientes (ver ANEXO I). Utilizamos la entrevista semiestructurada dado que es una técnica que permite a la paciente expresarse libremente, y que a la vez concede la posibilidad de que el entrevistador examine todas las áreas que desee, así como observar todas las conductas y actitudes que se presenten a lo largo de la entrevista.

Por otro lado, fue aplicado el Diferencial Semántico de Osgood, el cual fue adaptado en México por el Dr. Rogelio Díaz Guerrero. En dicho

instrumento, se emplearon 6 escalas utilizando los factores de actividad, potencia y evaluación, para evaluar 15 conceptos agrupados en 3 áreas (ver ANEXO II), que son:

El área biológica, que se refiere a las características físicas del sujeto determinadas desde el nacimiento como el sexo, la raza, la constitución de su cuerpo, su rostro, etc. salvo aquellas debidas al entorno donde se desarrolla como alguna enfermedad o accidente, o bien una intervención quirúrgica.

El área psicológica, está constituida por la inteligencia, las aptitudes, los intereses y los rasgos de personalidad (particularmente el aparato intrapsíquico). Estos componentes se ven influenciados por movimientos, sensaciones, sentimientos y pensamientos de cada sujeto, de acuerdo a su situación particular.

El área social, se forma a través de la percepción que el sujeto tiene de sí mismo y del rol que desempeña dentro de una sociedad, en donde trata de adaptarse a las reglas impuestas de tal forma que no sienta angustia.

Presentamos ahora, los conceptos agrupados en sus respectivas áreas. Cabe mencionar, que en la realidad es difícil separarlas dado que se encuentran estrechamente relacionadas.

A R E A B I O L O G I C A

1. mi cuerpo
2. mis órganos de los sentidos
3. mis órganos reproductores
4. mis características físicas
5. mi salud

A R E A P S I C O L O G I C A

6. mi carácter
7. yo como mujer
8. mi capacidad para resolver problemas
9. mi estado de ánimo actual
10. mis deseos

A R E A S O C I A L

11. yo como pareja
12. mi religión
13. mi familia
14. yo como hija
15. yo como amiga

5.9 DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS.

Se puede decir que el Diferencial Semántico, designado con las siglas D.S. es un método para observar y medir el significado psicológico de los conceptos. Aunque cada persona ve las cosas de una forma un tanto diferente, todos los conceptos tienen algún núcleo de significado. Esto se observa en el hecho de que la gente tiende a compartir las definiciones verbales y conductuales de las cosas. De esta manera, se puede afirmar que todo concepto posee un significado cultural común. También tiene otros significados, algunos de los cuales son comunes a diversos tipos de personas y algunos son más o menos de ideosincracia.

Osgood, fue el autor del D.S. con el propósito de evaluar el significado que tiene un objeto para un sujeto; es decir, el significado connotativo de un concepto. Para fundamentar esto, propone la teoría del significado centrada sobre el proceso de mediación representacional. Donde supone que los signos tienen un carácter representacional cuya naturaleza es aprendida. No hay una conexión directa entre él y el objeto al cual representa, ya que el estímulo se convierte en signo en tanto provoca en el organismo ideas o pensamientos (disposiciones) de naturaleza semejante o igual a los producidos por el objeto significado. Tales pensamientos son estímulos mediadores entre el signo y el objeto representado; es decir, forman el significado del objeto. Ahora bien, el concepto o signo se encuentra dentro de el Espacio Semántico que está compuesto por un número determinado

pero desconocido de factores o dimensiones del significado.

Es importante mencionar que el D.S. no es un test psicológico en el sentido generalizado del término; es decir, un instrumento con un número definido de reactivos, clasificaciones y baremos específicos. Constituye pues, una técnica de medida muy generalizable que exige una adaptación de su forma y contenido según el tipo de problema a investigar. Ni los conceptos que se evalúan, ni las escalas bipolares pueden considerarse típicos, ya que depende del estudio. Así por ejemplo, se pueden determinar diferencias de significado entre personas, grupos, culturas, etc. y se podrán hacer inferencias respecto de conductas frente a los objetos representados por los signos. De esta forma, la medida del significado es una forma de medir las actitudes.

Así pues, el D.S. consta de varias escalas (c/u de las cuales es un par de adjetivos bipolares) escogidas entre muchas para un determinado propósito de investigación, y de los conceptos que deben evaluarse con ellas. Las escalas o adjetivos suelen ser escalas estimativas de 7 puntos cuyo origen fue determinado empíricamente. En otros términos, cada uno mide 1 y a veces 2 de los factores o dimensiones básicas en que según los hallazgos de Osgood, se fundan las escalas y estos son: evaluación, potencia y actividad. A dichos factores se les describe como:

I FACTOR EVALUATIVO: está formado por adjetivos de carácter evaluativo, que permiten al sujeto valorar el concepto. Tales como: malo-bueno, agradable-desagradable, etc.

II FACTOR DE POTENCIA: son los adjetivos que tiene en común ideas de fuerza o poder como fuerte débil, tosco-delicado, etc.

III FACTOR DE ACTIVIDAD: los adjetivos expresan movimiento y acción, como rápido-lento y caliente-frío.

Deben cubrirse ciertos requisitos para trabajar adecuadamente con el D.S. Estos son metodológicos, escalares, estadísticos y prácticos, y se pueden sintetizar como:

1. selección de escalas bipolares y conceptos.
2. procedimiento de recolección de datos y presentación del instrumento.
3. tratamiento y análisis estadístico de los datos.

1. Este paso consiste en seleccionar los conceptos u otros estímulos que se van a evaluar. Por supuesto, los conceptos han de guardar relación con el problema de investigación. Hay dos requisitos que rigen la selección y empleo de conceptos. El primero establece que han de suscitar ciertas reguestas en los sujetos, o sea que deben producir una gran varianza entre ellos. En caso contrario, no sirven para la investigación. Y el segundo dice que han de abarcar en cierto grado el espacio semántico.

También es indispensable seleccionar las escalas o pares de adjetivos que se adapten a la investigación. Dos criterios deben seguirse para esta selección: la representatividad de los factores y su relación con los con-

ceptos que han de utilizarse. De esta manera, pueden usarse 9 escalas formadas por 3 escalas de actividad, 3 de evaluación y 3 de potencia. Aunque en ocasiones se puede sólo trabajar con el factor de evaluación, ya que es el más representativo.

2. la presentación y recolección de datos pueden variar. Pero generalmente cuando se trata de poblaciones adultas y alfabetizadas, la mejor forma es presentar el instrumento en forma de cuadernillo, colocando en la primera página las instrucciones y en las siguientes, escalas y conceptos, utilizando una hoja para cada concepto. Las instrucciones son similares a las que se dan en cualquier escala de actitudes. Las escalas también deben estar mezcladas en forma aleatoria, tanto en términos de las 3 dimensiones como respecto a la direccionalidad de los adjetivos. Todo esto facilita la calificación y elaboración de perfiles inter e intrasujeto.

También es recomendable utilizar cuantificadores adverbiales, esto es palabras que ilustren el valor y significado de cada uno de los intervalos. Dichos cuantificadores son muy - bastante - algo - neutro - algo - bastante - muy. Todos ellos deben ser congruentes con los adjetivos.

Cabe aclarar, que los sujetos califican al concepto según la relación que tenga con uno de los dos polos de la escala, entre más próxima se encuentre la calificación a uno u otro lado de la escala, significa que el concepto se asocia más con ese adjetivo. Cuando la calificación se ubica en el centro (punto neutro), la relación y asociación con el concepto es igual para los dos extremos de la escala o no es aplicable al concepto.

3. el tratamiento y análisis estadístico depende del tipo de diseño y objetivos de la investigación. Por esto es recomendable utilizar cálculo los tales como medidas de tendencia central, así como perfiles individuales y grupales para cada concepto.

En todos los cálculos se debe tener en cuenta que cada uno de los intervalos tiene un valor numérico asignado, que puede ser -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 ó también 1 2 3 4 5 6 7 ; en cualquiera de los dos casos existe el punto neutro (0 ó 4) que es el origen de la escala.

Queremos subrayar, que la naturaleza del D.S. ha permitido que día a día se incrementen las investigaciones que utilizan este instrumento. Esto es porque es adaptable a cualquier investigación por su flexibilidad hacia diversos fenómenos psicológicos.

Por otro lado, el D.S. se ha utilizado básicamente en cuatro campos de la Psicología:

- medición de actitudes
- investigación transcultural
- rama social
- rama clínica

Con lo que respecta a la clínica, se ha usado para conocer los efectos de la psicoterapia en la estructura del significado afectivo. Pero también se ha usado en Psicología experimental, estética, comunicaciones, Psicología del Desarrollo, etc.

Como nos hemos dado cuenta a lo largo de esta descripción, el Diferencial Semántico es un instrumento sumamente útil en las manos del psicólogo, ya que le permite conocer al ser humano desde cualquier ángulo, e incluso puede ser usado en ciencias ajenas a la Psicología.

Ahora bien, con lo que se refiere a la entrevista semiestructurada, esta fue construida dadas las necesidades de esta investigación. Dicha entrevista abarcó 4 puntos principales, con sus respectivas interrogantes:

1.- Estado Actual. A través de esta área conocimos el estado tanto físico como emocional en que se encontraban las pacientes, por medio de las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se ha sentido desde que le practicaron la histerectomía hasta el momento?
- ¿Ha sentido algún tipo de malestar en especial?
- ¿Cómo se siente a nivel emocional actualmente?

2.- Actitudes de la paciente hacia la histerectomía. En este apartado investigamos las reacciones que la paciente tuvo desde que se enteró que la iban a operar, inmediatamente después de que la histerectomizaron y la actitud actual hacia la cirugía. Se utilizaron cuestionamientos como:

- ¿Qué sintió cuando el médico le dijo que la iban a operar?
- ¿Le dijeron qué tipo de operación sería y en qué consistiría?
- ¿Cómo se sintió tanto física como emocionalmente cuando despertó de la anestesia y le dijeron que ya no tenía matriz?

- ¿Qué piensa en este momento acerca de la histerectomía?

3.- Actitudes de la familia hacia la paciente histerectomizada. En este punto conocimos a través de la paciente, las reacciones que tuvo su familia al saber que sería histerectomizada. Utilizamos las siguientes interrogantes:

- ¿Existen diferencias en su relación familiar antes y después de la histerectomía?
- ¿Qué sintió su familia al saber que la iban a operar?
- ¿Qué reacciones tuvieron después de que la operaron?
- ¿Ha sentido algún tipo de apoyo de parte de su familia después de la cirugía?
- ¿Cómo se sintió usted ante ellos?

4.- Sexualidad. En esta sección la paciente nos dió a conocer todos los sentimientos acerca de su sexualidad, a través de los siguientes cuestionamientos:

- ¿Qué sentía al pensar en la reanudación de sus relaciones sexuales?
- ¿Presentó alguna molestia en particular en sus primeras relaciones sexuales?
- ¿Qué sentimientos tuvo al percibirse otra vez como una mujer sexualmente activa?
- ¿Cómo percibía a su compañero antes y después de la cirugía, sexualmente hablando?
- ¿Tuvo algún problema para reintegrarse a su empleo o a sus actividades?

dades cotidianas?

Por último decimos, que a lo largo de la entrevista se registraron todas las conductas que se observaron en cada una de las pacientes como:

- Expresiones faciales y corporales.
- Llanto.
- Sudoración.
- Ruborización.

C A P I T U L O

V I

R E S U L T A D O S

6.1. TRATAMIENTO ESTADISTICO.

En este capítulo analizamos las respuestas de las pacientes histe -
rectomizadas a través de la Estadística Paramétrica. Empleamos pues, la
prueba "t" de Stedent porque trabajamos con dos muestras a la vez y por-
que nuestras muestras fueron pequeñas. Por otro lado, usamos esta prue -
ba como medida principal para saber si existen o no diferencias estadís-
ticas significativas en el autoconcepto de ambos grupos de pacientes.

Primeramente, se contrastaron las hipótesis I, que se refieren a
los puntajes totales del ENFOQUE BIOLÓGICO, aplicando estas fórmulas:

$$\sum x^2 = \frac{\sum X^2 - (\sum x)^2}{N}$$

$$g.l. = n_1 + n_2 - 2$$

$$S_{D\bar{x}} = \sqrt{\frac{\sum x_1^2 + \sum x_2^2}{N(N-1)}}$$

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{S_{D\bar{x}}}$$

Se observaron los siguientes resultados:

$$\sum x_1 = 726$$

$$\sum x_2 = 513$$

$$\bar{x} = 48.4$$

$$\bar{x} = 34.2$$

$$\sum x_1^2 = 43\,438$$

$$\sum x_2^2 = 23\,657$$

$$\sum x_1^2 = 8299.6$$

$$\sum x_2^2 = 6112.4$$

$$s_{D\bar{x}} = 8.28$$

$$t = 1.71$$

Si $t_0 \geq t_\alpha$ se rechaza H_0

$1.71 < 2.046$ ∴ se acepta H_0 al $\alpha = 0.05$

Posteriormente, con lo que respecta al ENFOQUE PSICOLOGICO (hipótesis II), utilizando el mismo procedimiento damos a conocer los siguientes resultados:

$$\sum x_1 = 582$$

$$\sum x_2 = 420$$

$$\bar{x} = 38.8$$

$$\bar{x} = 28$$

$$\sum x_1^2 = 25\ 452$$

$$\sum x_2^2 = 17\ 390$$

$$\sum x_1^2 = 2\ 870$$

$$\sum x_1^2 = 5\ 630$$

$$s_{DR} = 6.36$$

$$t = 1.69$$

Si $t_0 \geq t_{\alpha}$ se rechaza H_0

$1.69 < 2.046$. . se acepta H_0 al $\alpha = 0.05$

De la misma manera encontramos los resultados de la hipótesis III referente al ENFOQUE SOCIAL :

$$\sum x_1 = 787$$

$$\sum x_2 = 584$$

$$\bar{x} = 52.46$$

$$\bar{x} = 38.93$$

$$\sum x_1^2 = 44\ 437$$

$$\sum x_2^2 = 26\ 052$$

$$\sum x_1^2 = 3\ 146$$

$$\sum x_2^2 = 3\ 315$$

$$s_{D\bar{x}} = 5.54$$

$$t = 2.44$$

Si $t_0 \geq t_{\alpha}$ se rechaza H_0

$2.44 > 2.046 \therefore$ se rechaza H_0 al $\alpha < 0.05$

No obstante, dados los resultados de los tres enfoques, optamos por aplicar la "t" para cada uno de los conceptos que constituyen cada enfoque. Esto se hizo con el fin de alcanzar resultados más detallados y conclusiones más certeras. A continuación se presentan los conceptos con sus respectivos resultados:

Si $t_0 \geq t_{\alpha}$ se rechaza H_0 al $\alpha < 0.05$ con 28 g.l.

1.- Mi cuerpo:

$0.077 \nless 2.046 \therefore$ se acepta H_0

2.- Mi carácter:

$- 1.01 \nless 2.046 \therefore$ se acepta H_0

3.- Yo como pareja:

$2.78 > 2.046 \therefore$ se rechaza H_0

4.- Mis órganos de los sentidos:

$0.94 \nless 2.046 \therefore$ se acepta H_0

5.- Yo como mujer:

0.82 \neq 2.046 . . se acepta Ho

6.- Mi religión:

0.45 \neq 2.046 . . se acepta Ho

7.- Mis órganos reproductores:

1.20 \neq 2.046 . . se acepta Ho

8.- Mi capacidad para resolver problemas:

- 0.68 \neq 2.046 . . se acepta Ho

9.- Mi familia:

1.94 \neq 2.046 . . se acepta Ho

10.- Mis características físicas:

1.01 \neq 2.046 . . se acepta Ho

11.- Mi estado de ánimo actual:

- 0.02 \neq 2.046 . . se acepta Ho

12.- Yo como hija:

1.22 \neq 2.046 . . se acepta Ho

13.- Mi salud:

2.92 > 2.046 . . se rechaza H_0

14.- Mis deseos:

0.97 \neq 2.046 . . se acepta H_0

15.- Yo como amiga:

1.65 \neq 2.046 . . se acepta H_0

6.2 ANALISIS DE RESULTADOS

Después de la aplicación del instrumento, se hizo una clasificación de cada concepto estableciendo los parámetros de +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 , dependiendo de la dirección de cada reactivo; es decir, positiva si el reactivo era planteado de una manera favorable hacia el autoconcepto o negativa si el planteamiento era opuesto.

Posteriormente, se sumaron los puntajes de cada uno de los enfoques del instrumento y de cada uno de los conceptos. Después se procedió al manejo estadístico a través de la obtención de medias, del análisis de va-rianza, desviación estándar y la "t" respectivamente, contrastando de esta manera nuestras hipótesis.

Por lo que podemos ver, las hipótesis que se aceptaron en cada enfoque fueron las siguientes:

HIPOTESIS I

No existen diferencias significativas desde el ENFOQUE BIOLÓGICO, en el autoconcepto de mujeres histerectomizadas de tipo ginecológico y de tipo obstétrico.

HIPOTESIS II

No existen diferencias significativas desde el ENFOQUE PSICOLOGICO , en el autococepto de mujeres hysterectomizadas de tipo ginecológico y de tipo obstétrico.

HIPOTESIS III

Existen diferencias significativas desde el ENFOQUE SOCIAL, en el autococepto de mujeres hysterectomizadas de tipo ginecológico y de tipo obstétrico.

Por otro lado, también se encontró que en el tratamiento de cada concepto se corroboraron los resultados anteriores. Es decir, que se aceptó un concepto del enfoque biológico y uno del enfoque social con su respectiva hipótesis alterna. Siendo rechazada obviamente la hipótesis nula en los conceptos restantes.

A continuación presentamos los conceptos que aceptaron la hipótesis alterna:

MI SALUD

Existen diferencias significativas desde el ENFOQUE BIOLOGICO, en el

autoconcepto de mujeres histerectomizadas de tipo ginecológico y de tipo obstétrico.

YO COMO PAREJA

Existen diferencias significativas desde el enfoque social, en el autoconcepto de mujeres histerectomizadas de tipo ginecológico y de tipo obstétrico.

En suma, decimos que en el enfoque biológico y en el enfoque psicológico no existen diferencias significativas entre las dos muestras, mientras que en el enfoque social sí las hubo.

Por otro lado, con lo que respecta a los datos arrojados por la entrevista a través del Análisis de Contenido (ver APENDICE II), observamos que: 25 de las 30 pacientes presentaron cambios hormonales importantes relacionados a una menopausia prematura, ya que nos refirieron que presentan básicamente bochornos, nerviosismo, insomnio, ansiedad y constantes dolores de cabeza. Además, dichas pacientes también refirieron haber tenido rasgos depresivos a consecuencia de la histerectomía, independientemente de haber sido ginecológicas u obstétricas. Estos rasgos fueron identificados debido a que las pacientes hablaban con un tono de voz bajo acompañado de una expresión de melancolía, presentando también una posición corporal encorvada; todo ello frecuentemente asociado al llanto. También mencionaron que en ocasiones, el llanto fue sustituido por coraje, resignación e impotencia.

Con lo que respecta al estado emocional, estas mismas pacientes refirieron que a raíz de la operación se han sentido muy tristes y muy solas, a pesar de estar acompañadas de su familia o de otras personas, por lo cual decidieron no hablar de ello por no sentirse peor. Contrariamente a esto, sólo 2 pacientes obstétricas nos mencionaron que esta operación ha sido un alivio para ellas ya que no presentaron problemas de ninguna índole. Cabe mencionar también, que se observó en 3 pacientes (2 ginecológicas y una obstétrica) un aplanamiento afectivo.

Por lo que se refiere a las actitudes hacia la histerectomía, todas las pacientes ginecológicas nos refirieron rechazo y angustia ante el hecho de saber que serían intervenidas quirúrgicamente. Esto se presentó debido a que ellas esperaban aliviarse a través de un tratamiento farmacológico. Sin embargo, aunque se les dió una explicación del tipo de intervención que se les efectuaría y en que consistiría, ésta fue breve y confusa.

Ahora bien, estas mismas pacientes mencionaron que al saberse amputadas físicamente, se sintieron muy débiles y adoloridas por las consecuencias de la operación. Además de que emocionalmente se sintieron abatidas ya que deseaban no vivir, porque la histerectomía para ellas había sido la causante del cambio tan dramático producido en su vida.

Actualmente dichas pacientes refieren que aunque se encuentran tristes, están resignadas a su nueva situación.

Por otra parte, todas las pacientes obstétricas mencionaron que tuvieron una reacción de sorpresa al saber que se les había extirpado el útero. Esto se debió a que fueron hospitalizadas para la atención de su parto, mismo que al tener complicaciones se les practicó una cesárea, que concluyó en una histerectomía por complicaciones más graves o yatrogenia (error médico).

Estas pacientes al saber que se les había extirpado el útero, mencionan que se sintieron "llenas de coraje e incertidumbre", además de que en ningún momento se les dió una explicación comprensible para ellas del por qué de esta cirugía.

Elas refieren que actualmente se sienten "bien" ya que su bebé ha captado toda su atención así como también el no preocuparse más por un nuevo embarazo.

Por otro lado, con lo que respecta a las actitudes de la familia hacia la mujer histerectomizada, las pacientes en su mayoría refieren tener una familia constituida por esposo e hijos. También mencionan, que la actitud de dichos miembros se ha modificado después de la cirugía ya que ahora les tienen más consideración y les prestan más atención.

Cabe mencionar también que cuando los familiares fueron informados acerca de la cirugía, las pacientes mencionan que en general ellos presentaron una actitud negativa, sobre todo en las familias de las pacientes obstétricas dada la juventud de la paciente y/o por el deseo de un nuevo

embarazo. Sin embargo, ambos grupos de pacientes refieren que después de la histerectomía, su familia presentó una actitud positiva, más que hacia la histerectomía hacia la misma paciente para ayudarla a recuperarse del impacto de la cirugía. Es necesario mencionar también, que 21 pacientes (10 ginecológicas y 11 obstétricas), hicieron alusión de que aun que en un principio se sintieron tristes y desvalidas, poco a poco sintieron la protección y afecto de su familia.

Ahora, hablando específicamente de la sexualidad todas las pacientes refirieron miedo y ansiedad antes de llevar a cabo su primer coito postoperatorio. También comentaron que sufrieron dispareunia en sus primeros coitos después de la histerectomía, sobre todo en 6 pacientes ginecológicas que les fue practicada histerectomía vaginal dado el acortamiento de la vagina.

En lo que se refiere a las fantasías expresadas por 20 pacientes, ellas hicieron mención de "sentirse huecas" y de "ser menos mujer", así como de tener una serie de conflictos de identificación psicosexual, básicamente por el hecho de "sentirse sin sexo".

Finalmente 10 de las pacientes ginecológicas y 5 de las obstétricas, aseguran que recibieron rechazo de su compañero a nivel sexual. También comentan temores acerca de abandono o sustitución por otra mujer. Además 25 de las pacientes refirieron una problemática de reintegración y readaptación a todos los ámbitos donde se desenvolvía antes de que fuera histerectomizada.

Debemos mencionar por último, que 13 paciente presentaron sudoración al hablar de temas sexuales y en 23 pacientes se observó ruborización.

CAPITULO

VII

DISCUSSION

Para iniciar este capítulo, mencionamos que al hacer un recuento del Diferencial Semántico concluimos que en los enfoques BIOLÓGICO y PSICOLÓGICO no se encontraron diferencias significativas en el autoconcepto de las pacientes de ambos grupos, mientras que en el enfoque SOCIAL sí las hubo. También encontramos que en el análisis estadístico de cada uno de los conceptos no existen diferencias significativas a excepción de los conceptos "Mi salud" y "Yo como pareja".

Con lo que respecta al concepto "Mi salud", encontramos que las pacientes obstétricas refieren que su salud es buena en general y valiosa, además de que es muy importante para ellas. Por otro lado, las pacientes ginecológicas perciben su salud un tanto débil e insostenible aunque también es muy valiosa.

Ahora, hablando específicamente del concepto "Yo como pareja", la mayoría de las pacientes ginecológicas se sienten responsables hacia su compañero, además de ser fieles; sin embargo, se perciben como hipócritas y pésimas compañeras. Mientras que las pacientes obstétricas, se perciben un tanto irresponsables hacia su compañero, pero son amorosas, soportables y fieles.

Por otro lado, tomando en cuenta las investigaciones presentadas en el capítulo I y los datos obtenidos por la entrevista, notamos que con lo que respecta al enfoque BIOLÓGICO, el impacto de la cirugía es el mismo

para una paciente ginecológica como para una paciente obstétrica. Es decir, que ambas experimentan las mismas alteraciones a nivel hormonal que van a dar como resultado ciertas modificaciones en sus rasgos de personalidad. Cabe aclarar, que dichas alteraciones varían en intensidad dependiendo de que se haya extirpado un ovario o los dos.

Con lo que se refiere al enfoque PSICOLOGICO, observamos que en ambos tipos de pacientes se presenta la misma devaluación como mujer, ya que se sienten huecas, rechazadas e incluso con una confusión en su identificación psicosexual. Además de dichos sentimientos observados en esta investigación, Sandberg (1985) encontró que también existe una gran confusión en la expectativa y cualidad de vida en mujeres histerectomizadas de 30 a 60 años básicamente.

Hemos de mencionar también que se presentan los mismos cambios físicos y psicológicos en ambos tipos de pacientes. Esto se debe a que como menciona Cosper (1978) la histerectomía hace una fusión con el autoconcepto de la mujer.

Ahora bien, tomando en cuenta lo mencionado por Kilkku (1983) de que existe un decremento de la libido y del orgasmo; encontramos que la mujer sufre cambios en su sexualidad, específicamente en lo concerniente a los miedos y fantasías acerca de sus relaciones contales posteriores a la cirugía.

Otra de las características que comparte cualquier tipo de pacien-

te histerectomizada, son rasgos depresivos sumamente marcados debido al duelo que realiza por la pérdida del útero, esto se asocia a una menopausia prematura o artificial. Dichos rasgos depresivos van acompañados de ciertos síntomas, que Tang (1985) describe como: cólera, miedo, incertidumbre, remordimientos y múltiples quejas somáticas.

Ahora, para referirnos al enfoque SOCIAL, notamos ciertas diferencias debidas a factores tales como: la edad de la paciente, la religión, las costumbres, la escolaridad, el nivel socioeconómico y principalmente a su relación de pareja en todos los aspectos. Es decir, se supone que una paciente ginecológica tiene una relación de pareja y de familia consolidada que le puede prestar cierto apoyo para que supere satisfactoriamente el trauma de la cirugía. Mientras que por otro lado, una paciente obstétrica está consolidando su relación de pareja y esto en determinado momento puede ser un impedimento para su recuperación. No obstante, el nuevo bebé es un apoyo y refugio que sirve a la paciente para superar más rápidamente el trauma de la cirugía.

Debe tomarse en cuenta también, el hecho de que una pareja joven tenga la posibilidad de comunicarse más abiertamente y de esta forma también lograr una adecuada recuperación.

Para finalizar, queremos recalcar que dado que existen conductas estereotipadas esperadas de acuerdo al síndrome de posthisterectomía para cada tipo de cirugía, es de pensarse que la paciente independientemente de que sea ginecológica u obstétrica presente conductas diferentes en

cuanto intensidad y duración a las esperadas. Esto se refiere a que una paciente ginecológica puede tener un comportamiento similar a una paciente obstétrica y viceversa.

Tomando en cuenta este aspecto, esta discusión se basa en las reacciones más frecuentemente observadas en las pacientes.

CAPITULO

VIII

CONCLUSIONES

- 1.- A través del Diferencial Semántico no se hallaron diferencias significativas entre el enfoque BIOLÓGICO y el enfoque PSICOLÓGICO.
- 2.- Se observaron diferencias significativas en el enfoque SOCIAL en comparación con el enfoque BIOLÓGICO y el PSICOLÓGICO.
- 3.- Se obtuvieron diferencias significativas, específicamente en el concepto "Mi salud" del enfoque BIOLÓGICO y en el concepto "Yo como pareja" del enfoque SOCIAL.
- 4.- El autoconcepto de una mujer histerectomizada sufre alteraciones temporales o permanentes en los ámbitos biológico, psicológico y social de su vida dependiendo de sus rasgos de personalidad.
- 5.- La sexualidad de la mujer histerectomizada es el principal aspecto que se ve alterado por la cirugía.
- 6.- El apoyo del compañero desde cualquier punto de vista, es indispensable para que la mujer pueda superar satisfactoriamente el impacto de la cirugía.

- 7.- La histerectomía es realizada frecuentemente sin tomar en cuenta las consecuencias psicológicas que presente la paciente.
- 8.- Toda mujer histerectomizada presenta el síndrome de posthisterectomía en diferentes niveles de intensidad dependiendo de su historia personal y del ámbito donde se desenvuelva, además se presenta casi inmediatamente después de la cirugía.

SUGERENCIAS

Y

LIMITACIONES

- 1.- En primer término se sugiere, una evaluación del perfil de personalidad de la paciente antes y después de la histerectomía, con el fin de brindarle una orientación psicológica que la ayude a superar el trauma de la cirugía.
- 2.- Es necesario además, extender dicha orientación al compañero y/o la familia, para que esté al tanto de los cambios sufridos por la paciente.
- 3.- Se propone también, que se le explique a la paciente el por qué de su cirugía, además de las alteraciones hormonales que sufrirá, así como de los cuidados postoperatorios.
- 4.- Sugerimos que se realicen investigaciones donde se tomen en cuenta de manera más detallada y profunda el nivel socioeconómico, la edad y el estado civil, a fin de lograr un mayor conocimiento de los efectos de la cirugía en la paciente histerectomizada.
- 5.- Por último, afirmamos que es primordial que se le de oportunidad al psicólogo, para estudiar y tratar este tipo de problemática en relación a la familia y a la sociedad.

- 1.- Por lo que respecta a las limitaciones, encontramos que no existe un acceso disponible a los psicólogos para realizar este tipo de investigaciones en el medio hospitalario.
- 2.- Nos vimos obligados a trabajar con una muestra relativamente pequeña, ya que la histerectomía obstétrica es una cirugía poco frecuente, lo que nos impidió trabajar con una población más amplia.
- 3.- Otra limitación, es que no se tomó en cuenta un tiempo promedio postoperatorio para la aplicación de los instrumentos, dada la dificultad para conseguir la muestra.
- 4.- Una limitación más, es que dado que no existe un instrumento adecuado para este tipo de investigaciones, se tuvo que diseñar uno especialmente para las pacientes histerectomizadas.
- 5.- Encontramos dificultades también, en la aplicación de los instrumentos, dado que al concertar las citas notamos que las direcciones eran falsas o simplemente existió una negativa de la misma paciente para entrevistarse con nosotros.

6.- Por último, nos percatamos de que en México no existen investigaciones a nivel psicológico con pacientes hysterectomizadas, por lo que tuvimos que recurrir a investigaciones extranjeras para sustentar adecuadamente nuestra investigación.

A P E N D I C E

I

Adherencia.- Es la unión de dos superficies próximas u órganos cercanos que se compone de fibrina y que se organiza poco a poco hasta resultar en una inflamación de los tejidos.

Apoplejía.- es la detención súbita o violenta de alguna función de una parte específica del organismo.

Ascitis.- es la acumulación de líquido en la cavidad peritoneal por exudación o trasudación de líquido amarillento.

Atresia.- es la obstrucción de una abertura natural del cuerpo.

Bacterémico, shock.- es la presencia de bacterias patógenas en la sangre.

Carcinoma.- es el cáncer o tumor maligno, constituido por células epiteliales polimorfas con tendencia a la infiltración en los tejidos próximos.

Cistocele.- es una hernia de la vejiga a través de los anillos inguinal y femoral, hasta llegar a la pared vaginal.

Climaterio.- es el conjunto de fenómenos que acompañan a la cesación de la función reproductora de la mujer.

Corioepitelioma.- es la degeneración del corión.

Craneotomía.- es la operación que se realiza para disminuir el tamaño de la cabeza fetal. Pero no es justificable con el feto vivo.

Cruenta.- es un sinónimo de sangrienta, o ensangrentada.

Distocia.- es un parto difícil, doloroso o lento.

Douglas, fondo de.- es la bolsa peritoneal entre el recto y el útero, o la vejiga de la orina.

Endometriosis.- es la presencia aberrante de tejido endometrial en otras partes de la cavidad pélvica, como en las trompas de Falopio, ovarios, vejiga e intestino.

Enterocèle.- es una hernia intestinal.

Epitelio.- es el estrato exterior de las células que cubre la superficie tanto externa como interna del cuerpo.

Evisceración.- es la incisión que se realiza en el abdomen fetal o pecho para extraer su contenido que está muy aumentado o tumoral y que impide el paso del feto a través del canal del parto.

Fibroma.- es el nombre genérico de las neoplasias compuestas esencial o principalmente de tejido fibroso o conjuntivo y vasos.

Fístula.- trayecto patológico consecutivo generalmente al proceso de ulceración que comunica al foco patológico con un órgano o estructura externa o interna, y por el que sale pus o un líquido normal de su camino desviado.

Friable.- que se desmenuza o pulveriza fácilmente.

Granuloma.- tumor o neoplasia formada por pequeñas partículas.

Hiperplasia.- es la formación o proliferación de un tejido u órganos.

Hirsutismo.- es la aparición de una pilosidad en la mujer en zonas que normalmente están desprovistas de pelo.

Infundíbulo pélvico.- es la parte en forma de embudo en la excavación pelviana.

Intersticial.- relativo a los interespacios de una parte que rellenan el espacio que dejan elementos más diferenciados.

Laparotomía.- es la incisión y abertura de la pared abdominal en cualquier punto de sus puntos.

Leucorrea.- flujo blanco derramado por la vulva; es espeso y viscoso y es sintomático de una alteración orgánica general.

Loquios.- derrame sanguíneo, serosanguíneo y seroso sucesivamente, y que se efectúa por vía vaginal en las primeras semanas después del parto.

Mioma.- es un tumor que consiste de tejido muscular y que se desarrolla en la pared uterina, también se le llama fibroma.

Necrosis.- es la mortificación de un tejido general. Gangrena.

Neoplasia.- formación de tejido nuevo de carácter tumoral.

Normovolemia.- es un volumen de sangre normal.

Oliguria.- disminución anormal de la emisión de orina.

Ooforectomía.- es la extirpación de un quiste ovárico.

Ovariectomía.- es la extirpación de uno o ambos ovarios.

Parametrio.- es un conjunto de tejidos que rodean al útero.

Peritoneo.- es una membrana serosa que reviste a la cavidad abdominal, y forma pliegues que envuelven a las vísceras situadas en éste.

Placenta ácreta.- es el órgano que conecta al feto con el útero, pero es anormal, ya que es áspera, con calor febril y acompaña da de una sensación de picor.

Plastia.- es la cirugía plástica o de reconstrucción.

Plicatura.- es el repliegue del peritoneo que se extiende desde el recto a la vagina. Este repliegue está en la parte inferior del pliegue rectouterino.

Poliposis.- presencia de tumores blandos desarrollados en una membrana mucosa.

Poliuria.- es el aumento anormal de la emisión de orina.

Postración.- es el abatimiento o agotamiento externos.

Prolapso uterino.- es el descenso del útero a través de la vagina hasta salir a veces fuera de la vulva. Esto sucede al fallar el soporte ofrecido por los ligamentos y músculos pelvianos. El prolapso en primer grado se define cuando la protusión cervical no va más allá de la abertura vaginal; el segundo grado, cuando el cuello del útero empieza a asomar por la vagina; y el tercer grado, cuando la totalidad del útero desciende por la entrada vaginal.

Rectocele.- es la hernia del recto dentro de la vagina, generalmente resultado de un trauma en el músculo elevador del ano y la fascia de apoyo.

Resección.- es la extirpación quirúrgica.

Salpingectomía.- extirpación de una o ambas trompas de falopio.

Séptico.- que produce putrefacción o es causada por ella, a través de gérmenes patógenos.

Water, operación.- es la cesárea extraperitoneal donde se extrae el feto a través de la incisión realizada en el segmento inferior uterino sin penetrar la cavidad peritoneal.

A P E N D I C E

I I



INSTRUMENTACION

PAC. GINECOL.	PAC. OBSTET.												TOTAL	DESCRIPCION
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25	BOCHORNOS
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25	NEURIOLOGISMO
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25	INCOMUNID
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25	ANSIEDAD
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25	DOLORES DE CABEZA
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25	TONO DE VOZ BAJA
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25	MELANCOLIA
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25	POSICION CORPORAL ENCUADADA
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25	LLANTO
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25	GORAJE
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25	RESIGNACION
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25	IMPOTENCIA
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25	SOLEDAZ
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	BIENESTAR
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	ALANAMIFOTO AFECTIVO
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	15	RECHAZO
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	15	ANGUSTIA
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16	AGATIMIFOTO
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	25	JORABEZA
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	30	INFORMACION CONFUSA DE LA MISTIFICACION

INSTRUMENTACION Datos arrojados por la entrevista aplicada a la muestra de estudio

CODIFICADO POR MDA y AB.

FECHA Junio 89

HOJA 1 / 2



UNIDAD DE COMPUTO
INFORMATICA

E

INSTRUMENTACION

HOJA DE CODIFICACION

FACULTAD DE PSICOLOGIA UNAM
COORDINACION DE SERVICIOS DE APOYO

PAC. GINECOL.		PAC. OBSTET.																							TOTAL					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

ACTITUD NEGATIVA FAMILIAR A LA MISTIFICACION
 PROTECCION Y AFECTO DE LA FAMILIA
 MIEDO AL PRIMER COTO
 DISPARA REUNION
 FANTASIAS DE IDENTIFICACION PSICOSEXUAL
 PROBLEMAS DE IDENTIFICACION PSICOSEXUAL
 TEMOR AL AFRUMALAZO CONYUGAL
 PROBLEMAS DE READAPTACION Y REINTEGRACION
 JUDICIALIZACION
 AVERGONJACION

INFORMACION Datos arrojados por la entrevista aplicada a la muestra de estudio
 CODIFICADO POR ALDL y ARJ
 FECHA Junio, 89
 PAGINA 2 / 2

ANEXO

I

ENTREVISTA

Examinar los siguientes puntos:

1.- Estado actual (tanto físico como emocional).

- ¿Cómo se ha sentido desde que le practicaron la histerectomía hasta el momento?
- ¿Ha sentido algún tipo de malestar en especial?
- ¿Cómo se siente a nivel emocional actualmente?

2.- Actitudes de la paciente hacia la histerectomía.

- ¿Qué sintió cuando el médico le dijo que la iban a operar?
- ¿Le dijeron que tipo de operación sería y en qué consistiría?
- ¿Cómo se sintió tanto física como emocionalmente cuando despertó de la anestesia y le dijeron que ya no tenía matriz?
- ¿Qué piensa en este momento acerca de la histerectomía?

3.- Actitudes de la familia hacia la paciente histerectomizada.

- ¿Existen diferencias en su relación familiar antes y después de la histerectomía?
- ¿Qué sintió su familia al saber que la iban a operar?
- ¿Qué reacciones tuvieron después de que la operaron?
- ¿Ha sentido algún tipo de apoyo de parte de su familia después de la cirugía?
- ¿Cómo se sintió usted ante ellos?

4.- Sexualidad.

- ¿Qué sentía al pensar en la reanudación de sus relaciones sexuales?
- ¿Presentó alguna molestia en particular en sus primeras relaciones sexuales?
- ¿Qué sentimientos tuvo al percibirse otra vez como una mujer sexualmente activa?
- ¿Cómo percibía a su compañero antes y después de la cirugía, sexualmente hablando?
- ¿Tuvo algún problema para reintegrarse a su empleo o a sus actividades cotidianas?

Observar las siguientes conductas:

- Expresiones faciales y corporales
- Llanto
- Sudoración
- Ruborización

A N E X O

I I

F I C H A D E I D E N T I F I C A C I O N .

Edad: _____ Religión: _____
 Edo. Civil: _____ Escolaridad: _____
 Ocupación: _____ No. de hijos: _____
 Fecha de intervención: _____ Tipo: _____

C U E S T I O N A R I O D E A U T O C O N C E P T O .

Instrucciones:

"En cada una de las siguientes páginas hay una frase en la parte superior, debajo de ella hay 6 pares de calificativos separados por siete espacios. No se trata de una prueba, sólo deseamos obtener información acerca de sus sentimientos personales con respecto a estas frases. Para que pueda expresar tales sentimientos le pedimos que ponga una cruz en un espacio u otro, entre los calificativos." Por ejemplo:

MI CASA

limpia _____ : X : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : sucia
 muy basta- algo ni algo basta- muy
 limpia te limpia limpia sucias te sucias
 limpia ni sucias

bonita _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : fea
 muy basta- algo ni algo basta- muy
 bonita te bonita bonita fea te fea
 bonita ni fea

chica _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : grande
 muy basta- algo ni algo basta- muy
 chica te chica chica grande te grande
 chica ni grande

CONTESTE LO MAS RAPIDO POSIBLE
 NO DEJE SIN CONTESTAR NINGUNO DE LOS RENGLONES
 NO PONGA MAS DE UNA CRUZ EN CADA RENGLON.

MI CUERPO

M B A R A B M

agradable _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: desagradable

espantoso _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: maravilloso

enfermo _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: sano

soportable _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: insoportable

joven _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: viejo

inútil _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: útil

M B A R A B M

MI CARACTER

M B A R A B M

malo _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: bueno

fuerte _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: débil

hipócrita _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: sincero

alegre _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: triste

calmado _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: nervioso

optimista _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: pesimista

M B A R A B M

YO COMO PAREJA

M B A R A B M

responsable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____: irresponsable

odiosa ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____: amorosa

fiel ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____: infiel

hipócrita ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____: sincera

excelente ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____: pésima

soportable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____: insoportable

M B A R A B M

MIS ORGANOS DE LOS SENTIDOS

M B A R A B M

inútiles _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: útiles

enfermos _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: sanos

activos _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: inactivos

malos _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: buenos

perfectos _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: imperfectos

sin valor _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: valiosos

M B A R A B M

YO COMO MUJER

M B A R A B M

admirable _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: despreciable

valiosa _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: sin valor

completa _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: incompleta

hipócrita _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: sincera

frustrada _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: realizada

alegre _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: triste

M B A R A B M

MI RELIGION

M B A R A B M

mala _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: buena

cruel _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: piadosa

justa _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: injusta

profunda _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: superficial

útil _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: inútil

dominante _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: sumisa

M B A R A B M

MIS ORGANOS REPRODUCTORES

M B A R A B M

limpios _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____:

sucios

enfermos _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____:

sanos

valiosos _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____:

sin valor

inactivos _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____:

activos

soportables _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____:

insoportables

inútiles _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____:

útiles

M B A R A B M

MI CAPACIDAD PARA RESOLVER PROBLEMAS

M B A R A B M

oportuna _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: inoportuna

inteligente _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: tonta

mucho _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: poca

lenta _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: rápida

útil _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: inútil

mala _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: buena

M B A R A B M

MI FAMILIA

M B A R A B M

cruel _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: piadosa

insignificante _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: importante

admirable _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: despreciable

soportable _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: insoportable

odiosa _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: amorosa

perezosa _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: trabajadora

M B A R A B M

MIS CARACTERISTICAS FISICAS

M B A R A B M

insoportables	___:	___:	___:	___:	___:	___:	___:	soportables
---------------	------	------	------	------	------	------	------	-------------

sanas	___:	___:	___:	___:	___:	___:	___:	enfermas
-------	------	------	------	------	------	------	------	----------

antipáticas	___:	___:	___:	___:	___:	___:	___:	simpáticas
-------------	------	------	------	------	------	------	------	------------

imperfectas	___:	___:	___:	___:	___:	___:	___:	perfectas
-------------	------	------	------	------	------	------	------	-----------

agradables	___:	___:	___:	___:	___:	___:	___:	desagradables
------------	------	------	------	------	------	------	------	---------------

limpias	___:	___:	___:	___:	___:	___:	___:	sucias
---------	------	------	------	------	------	------	------	--------

M B A R A B M

MI ESTADO DE ANIMO ACTUAL

M B A R A B M

dulce _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: amargo

alegre _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: triste

nervioso _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: calmado

amoroso _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: odioso

optimista _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: pesimista

descortés _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: amable

M B A R A B M

YO COMO HIJA

M B A R A B M

importante ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____: insignificante

hipócrita ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____: sincera

agradecida ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____: desagradecida

odiosa ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____: amorosa

justa ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____: injusta

insoportable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____: soportable

M B A R A B M

MI SALUD

M B A R A B M

buena _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____:

mala

fuerte _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____:

débil

enferma _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____:

sana

importante _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: insignificante

valiosa _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: sin valor

insuportable _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: soportable

M B A R A B M

MIS DESEOS

M B A R A B M

cruelles _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: bondadosos

hipócritas _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: sinceros

muchos _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: pocos

alegres _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: tristes

optimistas _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: pesimistas

malos _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: buenos

M B A R A B M

YO COMO AMIGA

M B A R A B M

divertida _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: aburrida

hipócrita _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: sincera

inexitosa _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: exitosa

prudente _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: imprudente

profunda _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: superficial

despreciable _____: _____: _____: _____: _____: _____: _____: admirable

M B A R A B M

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Beck, A. (1977). "Práctica de Obstetricia". 7a. ed. Ed. La prensa Médica Mexicana. México, p. 758.
- 2.- Benson, R. (1982). "Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos". 5a. ed. Ed. El Manual Moderno. México, pp. 442-458, 914.
- 3.- Bischof, L. (1983). "La interpretación de las teorías de la personalidad". 5a. ed. Ed. Trillas. México, pp. 332-640.
- 4.- Borrajo, F. (1987). "Histerectomía abdominal". Instituto Nacional de Perinatología. México, pp. 1-54.
- 5.- Braier, L. (1980). "Diccionario Enciclopédico de Medicina". 4a. ed. Ed. J.I.M.S. Barcelona.
- 6.- Brennan, M. & Spano, L. & Jackson, J. (1979). "A study of hysterectomy in a family practice". J. Fam. Pract. Apr; 8 (4) : pp. 723-729.
- 7.- Castelazo, L. (1971). "Sensibilidad sexual y cirugía ginecológica". Ticitl. Soc. Med. del Centro Materno Infantil. México, No. 1, pp. 9-17.

- 8.- Clifford, E. & Clifliford, M. & Georgiade, N.G. (1984). "The meaning of concepts related to breast reconstruction". Ann. Plast. Surg. Jul; 13 (1): pp. 34-37.
- 9.- CONAPO. (1982). "Individuo y sexualidad". Vol. III. México, pp. 100, 227-236.
- 10.- Cooper, P.J. & Gath, D.H. (1983). "Psychiatric case detection in gynaecological patients". Psychother Psychosom, 40; (1-4): pp. 246-256.
- 11.- Coppen, A. & Bishop, M. & Beard, R.J. & Barnard, G.J. & Collins, W. (1981). "Hysterectomy, hormones and behavior. A prospective study". Lancet, Jan; 17 ; 1 (8212): pp. 126-128.
- 12.- Cosper, B. & Fuller, S. & Robinson, G.J. (1978). "Characteristics of posthospitalization recovery following hysterectomy". JOGNN. Nurs. May-Jun; 7 (3): pp. 7-11.
- 13.- Cuelli, J. Reidl, L. (1974). "Teorías de la personalidad". 2a. ed. Ed. Trillas. México, pp. 78-107.

- 14.- Danforth, D. (1986). "El parto quirúrgico". En Benson, R. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 5a. ed. Ed. El Manual Moderno. México, pp. 224-252.
- 15.- Delgado, J. & Castro, F. & Ramírez, E. (1969). "Indicaciones y complicaciones de la histerectomía abdominal y vaginal". Obstet. Gynecol. México, 26: pp. 183-189.
- 16.- Dennerstein, L. & Burrows, G.D. & Hyman, G.J. & Sharpe, K. (1979). "Hormone therapy and affect". Mauritas, Jun;1 (4): pp. 247-259.
- 17.- Dennis, L. & Hassol, J. (1986). "Psicología Evolutiva". Nueva Editorial Interamericana. México, pp. 297-300.
- 18.- Díaz-Guerrero, R. & Salas, M. (1975). "El Diferencial Semántico del idioma Español". Ed. Trillas. México, pp. 11-105.
- 19.- "Diccionario terminológico de las ciencias médicas". (1982). 11a. ed. Salvat Editores, S.A.
- 20.- Dicker, R. & Greenspan, J. & Strauss, L. & Cowart, M. & Scally, M. & Peterson, H. & De Stefano, F. & Rubin, G. & Ory, H. (1982). "Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among

women of reproductive age in the United States". AM. J. Obstet. Gynecol. . 144; pp. 841-847.

- 21.- Douglas, C.J. & Druss, R.G. (1987). "Denial of illness: a reappraisal". Gen Hosp. Psychiatry. Jan; 9 (1): pp. 53-57.
- 22.- Flores, A. & Martínez, L. (1986). "El autoconcepto de los miembros de parejas en proceso de divorcio". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M. pp. 65-81.
- 23.- Freud, S. (1938). "Esquema del psicoanálisis". Vol. XXIII. Amorrortu Editores. Buenos Aires, pp. 143-145, 199-208.
- 24.- Gath, D. & Cooper, P. & Day, A. (1982). "Hysterectomy and psychiatric disorder: I Levels of psychiatric morbidity before and after hysterectomy". Br. J. Psychiatry. Apr; 140: pp. 335-342.
- 25.- Gath, D. & Cooper, P. & Bond, A. & Edmonds, G. (1982). "Hysterectomy and psychiatric disorder: II Demographic psychiatric and physical factors in relation to psychiatric outcome". Br. J. Psychiatry. Apr; 140: pp. 343-350.
- 26.- Gould, D. & Wilson-Barnett, J. (1985). "A comparison of recovery following hysterectomy and major cardiac surgery". J. Adv. Nurs. Jul; 10 (4): pp. 315-323.

- 27.- "Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado". (1979). Vol. V, VII. Reader's Digest, México.
- 28.- Halbreich, U. & Endicott, J. (1985). "Methodological issues in studies of premenstrual changes". Psychoneuroendocrinology; 10 (1): pp. 15-32.
- 29.- Hall, C. & Lindzey, G. (1974). "La teoría del sí mismo y la personalidad". Ed. Paidós. Buenos Aires, pp. 7-10.
- 30.- Hospital General de Gineco-Obstetricia No. 1 I.M.S.S. (1966). "II Jornada Medica Bional, Memoria". Ed. Cyanamid de México, S.A. pp. 93-94.
- 31.- Huges, E. & Facog, M. (1975). "Terminología en obstetricia y ginecología". Salvat Editores, S.A. Barcelona.
- 32.- Iacovides, A. & Ierodiakonou, C. & Bikos, C. & Kantarakias, S. (1981). "Prevention of psychiatric disturbances following gynecologic operations". Bibl. Psychiatr. 160: pp. 84-91.
- 33.- Jeffcoate, N. (1979). "Ginecología". 4a. ed. Editorial Intermédica, Buenos Aires, pp. 847-852.

- 34.- Johnson, J.E. & Christman, N.J. & Stitt, C. (1985). "Personal control interventions: short - and - long - term effects on surgical patients". Res. Nurs, Health. Jun; 8 (2) : pp. 131-145.
- 35.- Kaltreider, N.B. & Wallace, A. & Horowitz, M.J. (1979). "A field study of the stress response syndrome. Young women after hysterectomy". JAMA, Oct; 242 (14): pp. 1499 - 1503.
- 36.- Käser, O. & Iklé, F. (1967). "Atlas de operaciones ginecológicas". 2a. ed. Ediciones Toray, S.A. Barcelona, pp. 66-70, 206-210.
37. Katchadourian, H. & Lunde, D. (1985). "Las Bases de la Sexualidad Humana". 4a. ed. Ed. C.E.C.S.A. México, pp. 121-175.
- 38.- Keith, C. (1980). "Discussion group for posthysterectomy patients". Health Soc. Work. Feb; 5 (1): pp. 59-63.
- 39.- Kendell, R.E. & Mackenzie, N.E. & West, C. & Mc Guire, R.J. & Cox, J. (1984). "Day-today mood changes after childbirth further data". Br. J. Psychiatry, Dec; 145: pp. 620-625.

- 40.- Kerlinger, F. (1985). "Investigación del comportamiento. Técnicas y Metodología". 2a. ed. Ed. Interamericana, México, pp. 396-403.
- 41.- Kilkku, P. (1983). "Supravaginal uterine amputation v.s. hysterectomy. Effects on coital frequency and dyspareunia". Acta Obstet. Gynecol. Scand; 62 (2): pp. 141-145 .
- 42.- Kilkku, P. & Gronroos, M. & Hirvonen, T. & Rauramo, L. (1983). "Supravaginal uterine amputation v.s. hysterectomy. Effects on libido and orgasm". Acta Obstet. Gynecol. Scand; 62 (2) : pp. 147-152.
- 43.- Kilkku, P. & Lehtinen, V. & Hirvonen, T. & Gronroos, M. (1987). "Abdominal hysterectomy v.s. supravaginal uterine amputation: psychic factors". Acta Obstet. Gynecol. Scand.; 62 (2) :pp. 153-160.
- 44.- Kraaijaat, F.W. & Veeninga, A.T. (1984). "Life stress and hysterectomy-oophorectomy". Mauritas, Dec; 6 (4): pp. 319-325.
- 45.- Krant, M.J. (1981). "Psychosocial impact of gynecologic cancer". Cancer, Jul 15; 48 (2 suppl.): pp. 608-612.

- 46.- Krueger, J.C. & Hasell, J. & Goggins, D.B. & Ishimatsu, T. & Pablico, M.R. & Tuttle, E.J. (1979). "Relationship between nurse counseling and sexual adjustment after hysterectomy". Nurs Res. May-Jun; 28 (3): pp. 145-150.
- 47.- Kitzinger, S. (1985). "La mujer y su experiencia sexual". Circulo de Lectores. Barcelona, pp. 231-237, 297-303.
- 48.- Lalinec-Michaud, M. & Engelsmann, F. (1985). "Anxiety, fears and depression related to hysterectomy". Can. J. Psychiatry, Feb; 30 (1): pp. 44-47.
- 49.- Larson, D. & Malone, J. & Copeland, L. & Gershensen, D. & Kliner, R. & Stringer, A. (1987). "Ureteral assessment after radical hysterectomy". Obstet. Gynecol; 69, pp. 612-616.
- 50.- Lee Clark, R. & Cumley, R. (1981). "El libro de la salud". 2a. ed. Compañía Editorial Continental. México, pp. 25-58.
- 51.- León, M. (1984). "Psicopatología de la mujer histerectomizada". I Foro Universitario de la Mujer en México. pp. 1-8.

- 52.- Lobb, M.L. & Shannon, M.C. & Recer, S.L. & Allen, J.B. (1984). "A behavioral technique for recovery from the psychological trauma of hysterectomy". Percept. Mot Skills, Oct; 59 (2): 677-678.
- 53.- Martin, R.L. & Roberts, W.V. & Clayton, P.J. (1980). "Psychiatric status after hysterectomy. A one-year prospective follow-up". JAMA, Jul. 25; 244 (4): pp. 350-353.
- 54.- Mattingly, R. (1980). "Evolución histórica de la cirugía pélvica". En Te Linde, R. & Mattingly, R. Ginecología operatoria. 5a. ed. Ed. El ateneo. Barcelona, pp. 3-11.
- 55.- Mc Cary, J. (1978). "Sexualidad Humana". 3a. ed. Ed. El Manual Moderno, México, pp. 49-80.
- 56.- Mc Guigan, F. (1971). "Psicología Experimental". Ed. Trillas. México, pp. 13-119.
- 57.- Nava, F. (1986). "El autoconcepto en esquizofrénicos". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M. pp. 31-60.

- 58.- Ngan, H.Y. & Tang, G.W. (1986). "Psychosocial aspects of gestational trophoblastic disease in chinese residents of Hong Kong".
J. Reprod. Med. Mar; 31 (3): pp. 173-178.
- 59.- Novak, E. (1961). "Tratado de Ginecología". 6a. ed. Ed. Interamericana. México, pp. 43-51.
- 60.- Nuñez, J. (1986). "Ginecología y Obstetricia". 3a. ed. Ed. Asociación de médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia no. 3 I.M.S.S. México, pp. 629-637.
- 61.- Orr, J. & Varner, E. & Kilgore, L. & Holloway, R. & Mc.Diarmin, M. (1986). "Cefotetan v.s. cefoxitin as prophylaxis hysterectomy". AM. J. Obstet. Ginecol. 54 pp. 960-963.
- 62.- Ridgeway, V. & Mathews, A. (1982). "Psychological preparation for surgery: a comparison of methods". Br. J. Clin. Psychol. Nov; 21 (pt. 4): pp. 271-280.
- 63.- Ridley, J. & Te Linde, R. (1978). "Cirugía Ginecológica". Nueva Editorial Interamericana. México, pp. 10-69.

- Rosenberg, M. (1973). "La autoimagen del adolescente y la sociedad". Ed. Paidós. Buenos Aires, pp. 17-42.
- Rosenvasser, E. (1964). "Tratado de Obstetricia". Vol. III. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, pp. 572-573.
- Rusell, M.D. (1984). "Texto de Ginecología". Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, pp. 550-556.
- Salter, J.R. (1985). "Gynaecological symptoms and psychological distress in potential hysterectomy patients". J. Psychosom. Res; 29 (2): pp. 155-159.
- .- Sandberg, S.I. & Barnes, B.A. & Weinstein, M.C. & Braun, P. (1985). "Elective hysterectomy. Benefits, risk and cost". Med. Care. Sep; 23 (9): pp. 1067-1085.
- Singh, B. & Raphael, B. & Gyaneshwar, R. & Johnston, P. (1983). "Post hysterectomy adaptation: a review and report of two follow-up studies". Br. J. Obstet. Gynecol; 95: pp. 330-337.
- Smith, D.H. (1979). "Psychologic aspects of gynecology and obstetrics". Obstet. Gynecol. Annu. 8: pp. 457-473.

- 64.- Rosenberg, M. (1973). "La autoimágen del adolescente y la sociedad". Ed. Paidós. Buenos Aires, pp. 17-42.
- 65.- Rosenvasser, E. (1964). "Tratado de Obstetricia". Vol. III. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, pp. 572-573.
- 66.- Rusell, M.D. (1984). "Texto de Ginecología". Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, pp. 550-556.
- 67.- Salter, J.R. (1985). "Gynaecological symptoms and psychological distress in potential hysterectomy patients". J. Psychosom. Res; 29 (2): pp. 155-159.
- 68.- Sandberg, S.I. & Barnes, B.A. & Weinstein, M.C. & Braun, P. (1985). "Elective hysterectomy. Benefits, risk and cost". Med. Care. Sep; 23 (9): pp. 1067-1085.
- 69.- Singh, B. & Raphael, B. & Gyaneshwar, R. & Johnston, P. (1983). "Post hysterectomy adaptation: a review and report of two follow-up studies". Br. J. Obstet. Gynecol; 95: pp. 330-337.
- 70.- Smith, D.H. (1979). "Psychologic aspects of gynecology and obstetrics". Obstet. Gynecol. Annu. 8: pp. 457-473.

- 71.- Stanfill, P.H. (1982). "The psychosocial implications of hysterectomy". JOGN. Nurs, Sep-Oct; 11 (5): pp. 318-320.
- 72.- Stoppard, M. (1985). "Ser mujer". Circulo de Lectores. Barcelona, pp. 197-203.
- 73.- Sturdee, D. & Rushton, D. (1986). "Caesarean and post-partum hysterectomy 1968-1983". Br. J. Obstet. Gynecol.; 93: pp. 240-244.
- 74.- Tang, G.W. (1985). "Reactions to emergency hysterectomy". Obstet. Gynecol. Feb; 65 (2): pp. 206-210.
- 75.- Walbroehl, G.S. (1985). "Sexuality in a cancer patients". Am. Fam. Physican. Jan; 31 (1): pp. 153-158.
- 76.- Waldemar, G. & Werdelin, L. & Boysen, G. (1987). "Neurologis symptoms and hysterectomy : a retrospective survey of the prevalence of hysterectomy in neurologic patients". Obstet. Gynecol. Oct; 70 (4): pp. 559-563.
- 77.- Watson, J. & Pierfedecici, L. (1981). "Enfermería ginecológica y obstétrica". Ed. Harla. México, pp. 481-485.

- 78.- Webb, C. & Wilson-Barnett, J. (1983). "Hysterectomy: a study in coping with recovery". J. Adv. Nurs, Jul; 8 (4): pp. 311-319.
- 79.- Webb, C. & Wilson-Barnett, J. (1983). "Self-concept, social support and hysterectomy". Int. J. Nurs Stud. 20 (2): pp. 97-107.
- 80.- Webb, C. (1986). "Professional and lay social support for hysterectomy patients". J. Adv. Nurs, Mar; 11 (2): pp. 166-177.
- 81.- Wilson, J.F. (1981). "Behavioral preparation for surgery: benefit or harm? J. Behav. Med. Mar; 4 (1): pp. 79-102.
- 82.- Wilson, J.F. (1982). "Recovery from surgery and score on the Defense Mechanism Inventory". J. Pers. Assess. Jun; 46 (3): pp. 312-319.
- 83.- Young, L. & Humphrey, M. (1985). "Cognitive methods of preparing women for hysterectomy: does a booklet help?". Br. J. Clin. Psychol. Nov; 24 (pt 4): pp. 303-304.
- 84.- Zussman, L. & Zussman, S. & Sunley, R. & Ejornson, E. (1981). "Sexual response after hysterectomy-oophorectomy: recent studies and reconsideration of psychogenesis". Am. J. Obstet. Gynecol. Aug. 140 (7): pp. 725-729.