

01962²⁶

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO EN MUJERES
HISTERECTOMIZADAS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLINICA

P R E S E N T A :

294462

ALEJANDRA VALDÉS CALDERON

DIRECTOR DE TESIS: DR. FRANCISCO MORALES CARMONA
COMITÉ DE TESIS: MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA
DRA. SOFIA RIVERA ARAGÓN
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

México, D. F. 2001.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

"Vivimos la vida queriendo encontrarnos a nosotros mismos, pero cuando nos hemos encontrado, ya hemos perdido a los demás"

Inicio mis dedicatorias con este pensamiento que recientemente escuche y que evoco en mí mente los temas de este trabajo la autoestima y el autoconcepto, y pensaba ¿ si ambos se constituyen por identificación y reconocimiento de los otros ! entonces ¿cómo conocerme alejandome de ellos?. Por lo que yo quiero no solo agradecer sino también dedicar este trabajo a cada una de esas personas que han sido significativas para mí y que han dejado una huella en mí vida.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS.

Al igual que lo hice en mi tesis de Licenciatura, nuevamente quiero dar gracias a mi intangible y diversamente personificada gran fe que nunca e perdido ni perdere y que no a permitido me pierda de y en los demás.

A la Vida y el Amor que me han enseñado tantas cosas, entre ellas reconocer que las metas que uno se traza no pueden ser únicas y fijas, que pueden ser diversas y movibles. Otra gran enseñanza ha sido confirmar lo valioso que es contar con gente querida y amada a tú lado, que enriqueca tú autoconocimiento y con la que puedas compartir tus logros y dificultades.

Al psicoanálisis que ha sido una de esas personificaciones de mí fe que me ha dado la oportunidad de colocarme en otro lugar en la vida, liberandome de designios que precedian mi existir y lo determinaban, para ahora empezar a ser realmente Yo Alejandra.

A las mujeres que participaron en esta investigación, por que no solo me proporcionaron información muy valiosa para este trabajo, sino también me dieron enseñanza personal.

Agradezco al Instituto Nacinaol de Perinatología, en particular al Dr.Francisco Morales Carmona jefe del Dpto. de Psicología, por su gran apoyo proporcionado para la realización de esta investigación al igual que el Dr. Carlos Neri Mendez y demás personas que me apoyaron en algún momento en el desarrollo de este trabajo.

A todos los catedraticos que han formado poarte de mí formación profesional, por que me han dejado valiosos conocimientos. En este momento en particular a los que forman parte de mí comité de tesis.

INDÍCE

	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I	
AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO	7
1.1 DESARROLLO DEL SELF (SÍ MISMO) Y ÉL YO	8
1.2 AUTOESTIMA	15
1.3 AUTOCONCEPTO	18
CAPÍTULO II	
MUJER, AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO	22
2.1 ANALISIS HISTORICO DE ROLES SEXUALES	23
2.1.1 PERSPECTIVA SOCIOLOGICA	23
2.1.2 PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA	23
2.2 ESTUDIOS DE GÉNERO	25
2.2.1 EL MITO DEL INSTINTO	25
2.3 SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN	29
CAPITULO III	
HISTERECTOMIA	32
3.1 APSECTOS HISTORICOS	33
3.2 TIPOS DE HIETERECTOMIAS	34
3.3 INDICACIONES PARA HISTERECTOMIA	35
3.3.1 INDICACIONES HISTERECTOMIA OBSTETRICA	37
3.4 PROCEDIMIENTOS O METODOS QUIRÚRGICOS	39
3.4.1 ELECCION DE ABORDAJE QUIRURGICO	40
3.5 COMPLICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS	42
3.6 VENTAJAS	45
3.7 HISTERECTOMIA Y EXTIERPACION DE OVARIOS	45
CAPÍTULO IV	
MÉTODO	
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	47
4.2 JUSTIFICACIÓN	48

4.3 OBJETIVO	49
4.4 VARIABLES	49
4.5 TIPO DE ESTUDIO	50
4.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	51
4.7 MUESTRA	51
4.8 INSTRUMENTOS	52
4.9 PROCEDIMIENTO	53

CAPITULO V

ANÁLISIS ESTADÍSTICO RESULTADOS 55

5.1 ANALISIS DESCRIPTIVO (Medidas de Tendencia Central)	56
5.1.1 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	56
5.1.2 VARIABLES MEDICAS	59
5.1.3 FACTORES EMOCIONALES	60
5.2 RELACIÓN ENTRE VARIABLES AUTOESTIMA, AUTOCONCEPTO Y VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y MÉDICAS.	63

CAPITULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

68

BIBLIOGRAFIA

74

ANEXOS

7.1 TEXTO INFORMATIVO	
7.2 TEXTO INFORMATIVO	77
7.3 FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS	78
7.4 INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH	79
7.5 ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE	80

GLOSARIO

81

88

RESUMEN

Los objetivos de la presente investigación fueron conocer el nivel de autoestima y autoconcepto en mujeres histerectomizadas, así como la relación de dichos factores emocionales con las variables sociodemográficas (edad, escolaridad, ocupación, maternidad y estado civil) y médicas (diagnóstico y procedimiento).

La muestra estuvo constituida por 100 mujeres histerectomizadas del Instituto Nacional de Perinatología, donde los únicos requisitos eran tener de seis meses a un año de haber sido operadas, no estar en ningún tratamiento de apoyo emocional y no presentar padecimiento psiquiátrico.

La medición de las variables se realizó con instrumentos validados y confiabilizados con población mexicana; para medir la autoestima se empleó el Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, que fue validado y confiabilizado por Lara C., Verduzco, Acevedo y Cortés (1993), ésta escala se consideró adecuada para la presente investigación, tomando en cuenta las características de la misma. El autoconcepto se midió con la Escala de Autoconcepto de Tennessee en su forma "C", la cual fue utilizada con este tipo de población por González, et al., (1994) y Barruel, O. e Iñesta C, (1993), recientemente ha sido validado con población mexicana por García, A. y Quintero, V. (1995).

Con respecto al tipo de estudio realizado, se consideró un estudio preexperimental y retrospectivo de tipo exploratorio llevando a cabo primeramente un análisis descriptivo de los datos obtenidos de las variables sociodemográficas, médicas y emocionales (autoestima y autoconcepto), cuyos hallazgos relevantes fueron una disminución de la población en general en la escala de identidad cuyo promedio fue de 118 (media 114-136), en la escala del Yo Físico cuyo promedio fue de 62 (media 63-81) y un esfuerzo por reflejar una imagen favorable (autocrítica) cuyo promedio fue de 30 (media 29-42); así como una autoestima normal en la población general con un promedio de 17 (media 13-22) y una disminución de la misma en las mujeres de 26-32 años con un promedio de 13. En una segunda fase se realizó un análisis inferencial de la relación de variables, aplicando

la Ji cuadrada con tablas de contingencia, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en la relación ocupación-autoconcepto ($\alpha.047$), ocupación-autoestima ($\alpha.018$) y autoestima-escolaridad ($\alpha.028$). Y ninguna relación significativa con respecto al procedimiento y diagnóstico.

De lo anterior se confirma que la histerctomía es vivida como una mutilación simbólica para la mujer, resultando evidente el intento de la misma por mostrar una imagen favorable, en donde al parecer se ve compensada con la maternidad (las que lo pueden hacer) o en el ejercicio de otros roles (como el laboral); sin embargo las mujeres que trabajan fuera de casa presentan un mejor autoconcepto y autoestima (siendo esta última normal en las amas de casa), lo que nos permite vincularlo con otro aspecto importante, el nivel de escolaridad que al parecer al ser mayor favorece la capacidad de tener un mayor criterio lo que a su vez favorece la presencia de una mejor autoestima y autoconcepto.

INTRODUCCIÓN

La intención del presente trabajo fue la de conocer el nivel de autoestima y autoconcepto de las mujeres histerectomizadas, ya que como menciona Flores L.(1994), en todos los estudios realizados hasta antes de los 90's, resaltan en ellos la ausencia de trabajos sobre la incidencia de los factores psicoafectivos en las mujeres que han tenido que ser intervenidas quirúrgicamente por padecimientos ginecológicos. Asimismo menciona que independientemente de la actuación que pueda tener el psiquismo humano en la resistencia inmunológica, todo parece indicar que las necesidades psicológicas y afectivas en este tipo de pacientes han estado prácticamente desatendidas y, en este sentido, la mujer llega a experimentar importantes trastornos emocionales; argumentando además que cualquier actuación en el plano psíquico antes y después de una intervención quirúrgica es decisiva, no sólo para asegurar el equilibrio psicofisiológico de la paciente, sino también para obtener una mejor calidad de vida.

Con respecto a las pacientes histerectomizadas González, et al. , (1994); reportan que la histerectomía es una intervención quirúrgica impactante por si misma que incide directamente en el autoconcepto físico y personal de la mujer, y que dichas respuestas no dependen de tener una paridad satisfecha o no satisfecha; por otro lado Barruel, O. e Iñesta, C. (1993), encontraron que el área principalmente afectada de este grupo de mujeres (30 a 40 años) con respecto a su autoconcepto es el área de identidad, lo cual puede estar asociado con la pérdida del órgano y su significación simbólica en la vida sexual y reproductiva. López D. de L. M y De la Rosa JA. (1989), encontraron que las mujeres histerectomizadas (obstétricas y ginecológicas) presentan una alteraciones en su sexualidad, alteraciones biológicas (bochornos e insomnio) y alteraciones psicológicas (devaluación, depresión y angustia), mostrando las mujeres con histerectomía ginecológica una mayor necesidad de apoyo por parte de su familia y de la pareja; la permanencia y nivel de dichas alteraciones van a estar determinadas por su personalidad. Sobre la sexualidad en las mujeres que padecen cáncer Pimentel, N. (1998), señala que suelen exacerbarse problemas previos de la misma y que además suelen aparecer problemas en la sexualidad de la mujer que no los padecía, así mismo menciona que las mujeres, que presentan respuestas aproximadas, tienden a adaptarse mejor a los eventos

críticos y que las conductas de afrontamiento podrían ser un predictor de disfuncionalidad; por otro lado, Calderón Benavides Ma. Del Carmen (1992), encontró que las mujeres histerectomizadas por cáncer presentan alteraciones en la comunicación y convivencia con su pareja, así como un deterioro en su vida sexual, una tendencia a la devaluación de sus propias capacidades y una pobre autoestima. De lo anterior concluiríamos que la histerectomía es un evento de relevante impacto emocional; manifestándose baja autoestima, un cambio de percepción en su imagen corporal, desajuste en sus relaciones interpersonales, en la sexualidad y autoconcepto, entre otras reacciones como son la depresión y la ansiedad.

De igual manera, de acuerdo con las estadísticas del Instituto Nacional de Perinatología, existen en promedio 400 mujeres histerectomizadas (extracción del útero) al año. De la misma manera las últimas estadísticas que presenta la Secretaría de Salud en 1996, reportan que fueron intervenidas quirúrgicamente 6,618 mujeres por Histerectomía abdominal total, en donde 4,114 de los casos fueron por cáncer cervico-uterino, y el resto por problemas ginecológicos y obstétricos, en toda la República Mexicana.

Lo anterior nos lleva a preguntarnos en particular ¿cuál es el nivel de autoestima y el autoconcepto de las mujeres histerectomizadas?. De los resultados obtenidos surge una segunda pregunta ¿Qué relación tienen las variables autoestima y autoconcepto, con las variables sociodemográficas (ocupación, escolaridad y maternidad) y las variables médicas (diagnóstico y procedimiento)?. Lo resultado de dichos cuestionamientos nos permitió conocer las características generales de la población, así como las variables que se pueden relacionar o no en el impacto emocional de estas pacientes.

Por otro lado el presente trabajo está compuesto por tres capítulos teóricos, donde el primero tiene la intención de dar a conocer el panorama histórico en la conceptualización de los constructos Autoestima y Autoconcepto, así como dar a conocer algunos de los conceptos propuestos por los diversos teóricos; en el segundo capítulo se muestra cuál ha sido el panorama histórico sociocultural que ha determinado el rol de la mujer durante las diferentes épocas, condiciones que han sido determinantes en la formación de su SELF (sí mismo), su yo y por ende de su autoconcepto y autoestima y

por último, en el tercer capítulo se contemplan los aspectos médicos de la histerectomía (extracción del útero). En cada uno de ellos se aporta una introducción que señala la intención de cada uno de ellos, así como una conclusión personal.

Por último el análisis de resultados se realizó en dos fases, en la primera se efectuó un análisis descriptivo de los datos obtenidos, reportando las características generales de la población y presentando las medidas de tendencia central de las variables sociodemográficas, médicas y factores emocionales. Una vez obtenidas éstas, en la segunda fase se realizaron intervalos de edad de la población total, así como de las escalas (autoconcepto y la autoestima), obteniendo de esta manera categorías de las variables (nominales), para posteriormente aplicar una prueba Ji cuadrada con tablas de contingencia (para una sola muestra con variables de dos o más categorías), que nos permitió conocer la relación de variables.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- La población total denota un cierto esfuerzo por reflejar una imagen favorable de si mismas (autocrítica), así como una adecuada autopercepción (Conflicto total) e integración (Variabilidad Total).
- Las áreas del autoconcepto mayormente afectadas en la población total fueron el Yo Físico (siendo este el más significativo) e Identidad.
- En el subgrupo de mujeres de 26 a 32 años, es más notoria la disminución del Yo Físico e identidad, así como de una disminución de la autoestima.
- Una autoestima normal en la población total (dato que se confirma con la puntuación total del Autoconcepto normal que nos refleja a su vez una adecuada autoestima).
- El perfil de la escala Autoconcepto de la población total se encuentra por debajo del promedio, pero sin salir del rango de normalidad a excepción del Yo físico.
- Una dependencia entre las variables ocupación y autoconcepto, en particular se espera que las mujeres que no trabajan fuera de casa presenten un autoconcepto bajo, y en mujeres que trabajan fuera de casa un autoconcepto mayor.
- Dependencia entre la variable ocupación y autoestima, observándose alto nivel de autoestima en las mujeres que trabajan fuera de casa y que no trabajan fuera de casa un nivel de autoestima normal.

- Se observa dependencia entre la variable autoestima y escolaridad, encontrando que las mujeres con escolaridad primaria y secundaria presentan un autoestima baja y en mujeres con nivel preparatoria, técnico y universitario una autoestima normal.
- No se encontró dependencia ni relación entre las variables diagnóstico y procedimiento y las variables autoconcepto y autoestima.

CAPITULO I

AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO

Al llevar a cabo la revisión bibliográfica para la realización del presente capítulo, nos percatamos de la confusión que existe en la conceptualización de los términos autoestima y autoconcepto, los cuales dan la impresión de ser sinónimos, o al menos me pareció poca clara su diferenciación; confusión que atribuimos a las raíces de donde nacen dichos constructos, es decir en el desarrollo del Self (si mismo) y la formación del yo.

Por otro lado podríamos sintetizar que la Autoestima ha sido mayormente conceptualizada como, la expresión de actitudes de aprobación o autoevaluación con respecto a la capacidad, prosperidad y valor del si mismo; el Autoconcepto se conceptualiza como la autodescripción de actitudes, la concepción que tenemos de nosotros mismos y el cómo nos percibimos, de acuerdo a lo que espera nuestro medio (familiar y social), es decir, es considerado como la totalidad de actitudes que incluyen pensamientos y sentimientos que se tiene de si mismo como objeto. Retomando lo anterior resumiría que la autoestima se encuentra implícita en el autoconcepto y contempla solamente aspectos evaluativos, los cuales parecen estar sujetos al cumplimiento de ciertos parámetros o estereotipos (ser ama de casa o no, ser gordo o flaco, ser o no ser estudiante, etc.) impuestos por la familia, el medio social y la cultural, en que se desarrolla cada individuo; en cambio el autoconcepto contempla aspectos cognitivos y evaluativos.

Al respecto Musitu y Román 1982, mencionan que, "el autoconcepto incluye una identificación de las características del individuo así como una evaluación de las mismas y la autoestima hace mayor hincapié en el aspecto de la evaluación de las características" (cit. Por Oñate 1989)

Después de lo antes dicho, decidimos primeramente contemplar una reseña histórica de lo planteado por los principales teóricos que hablaron sobre los procesos princeps en la génesis de dichos constructos (autoconcepto y autoestima), como lo es el desarrollo del si mismo (Self) y del yo; para posteriormente plantear las diversas conceptualizaciones que se le han dado a través de los años en el desarrollo de cada uno de dichos constructos.

1.1 DESARROLLO DEL SELF (SI MISMO) Y ÉL YO

Desde el nacimiento de la filosofía griega y de las ciencias en sí, vemos una serie de pensadores que se dan a la tarea de conocer el origen del comportamiento humano, en donde se habla de una manera implícita y a veces explícita (aunque no muy clara) del desarrollo del si mismo (Self) y él yo, entre otros se encuentra:

- **Platón** quien habla de una alma que reencarna en los cuerpos y es responsable de nuestros actos.
- **Aristóteles (S.III A.C)** habla por su parte de un alma como ente único e individual que es la responsable de las funciones vitales (percepciones, sensaciones y conocimiento).
- **Sócrates** al igual que **San Agustín** plantean por su parte la importancia del conocimiento de si mismo; en donde el primero hace hincapié sobre el descubrimiento de las riquezas del alma, con su conocerte a ti mismo y San Agustín dice que dicho conocimiento no salva de caer en el pecado original y que es factible por la luz que Dios da a nuestra alma (pensamiento místico que sugiere una introspección).

Este pensamiento místico lo ubicamos en siglos anteriores a cristo, homologando al alma con el Self; en los siglos posteriores a Cristo el alma es sustituida por el espíritu y después de un periodo de aplaneamiento del desarrollo de la ciencia entre los siglos I y VI, (justificado por la caída del imperio romano), aparece **Descartes (1637)** con su frase "pienso luego existo", planteando "Reconozco que soy sustancia cuya esencia o naturaleza es ser consciente. Así este Self, es decir el alma, por la que yo soy, es completamente distinto del cuerpo e incluso es más fácilmente conocido" (cit por Oñate 1989).

En esta misma época (**Siglos XVI y XVII**) dentro de la psicología fisiológica surgen otros pensadores, que se centran principalmente en el estudio de las percepciones y las sensaciones (que por su puesto son procesos que no distan de nuestro objeto de estudio el Self). No obstante, también se encuentran pensadores como **Spinoza** y **Leibniz** (tomando una postura más subjetiva) quienes hablan de un Inconsciente, entendido en este momento como todo a aquel material (o imágenes) del pensamiento o entendimiento que es almacenado y aparece de manera involuntaria, presentándose

sorpresivamente en la conciencia imágenes aparentemente desconocidas por el sujeto o generando conductas en el mismo; este autor parte de la idea de que todo lo que nos rodea no escapa a nuestra percepción, solo que nuestra atención es selectiva y se tiene un campo limitado en el presente y de igual manera algunas de estas percepciones pueden tomar forma de hábitos, cuando son cotidianas. De todo esto concluyen que además de lo aprendido por la experiencia, existen otros elementos que determinan el conocimiento y comportamiento del ser humano.

Sin embargo es hasta 1890 que **William James** en su libro Principios de Psicología (cuya visión es objetiva y empirista), preparó las bases para la teorización contemporánea sobre el concepto de si mismo y él yo; según este autor "el si mismo o yo empírico, es la suma total de cuanto a un hombre puede llamar suyo: su cuerpo, sus rasgos, actitudes, posesiones materiales, su familia, amigos, su vocación y muchas otras cosas más" y al yo lo define como " la corriente del pensamiento que constituye el propio sentimiento de identidad personal". (cit. Hall y Lindzey , 1984).

Considera tres aspectos del si mismo:

- El social, que se refiere al cómo el individuo es considerado por sus semejantes,
- El espiritual que tiene que ver con las facultades y disposiciones psicológicas y
- La materia o cuerpo que se atribuye a las posesiones materiales

Además James identifica al Self como agente de la conciencia así como también una parte importante de contenido de ella misma; esta naturaleza dual del Self, como objeto y como proceso, es aún vigente en la literatura actual (Musitu, 1982, cit. Oñate, 1989).

Por otro lado el creador y representante del psicoanálisis **Sigmund Freud (1914)**; en su obra "Introducción al Narcisismo", de igual manera da importantes aportaciones (desde una conceptualización subjetiva y no empirista), que son elementales en desarrollo del yo y el si mismos.

- Refiere que la conducta narcisista surge de la libido sustraída del mundo exterior la cual es conducida al yo; en donde en una primera etapa del narcisismo (narcisismo primario) el sujeto libidiniza y es libidinizado por el otro, siendo característico de esta fase, la no-diferenciación entre él yo y el otro (objeto-sujeto), pero que a partir de

está libidinización y gracias a la presencia-ausencias de la madre o del objeto, el sujeto es capaz de dirigir su libido retornar su libido al yo (si mismo) y a su vez puede seguir libidinizando a otros objetos (narcisismo secundario).

- Homologa energía sexual con libido, distinguiéndola de otro tipo de energía a la que denomina libido yoica o de autoconservación, cuya primera función es satisfacer una necesidad instintiva (hambre), para posteriormente convertirse en una necesidad de placer; por lo que ambas energías van a contribuir en el desarrollo del mismo Yo tienden a independizarse de la libido.
- Al respecto considera al autoerotismo como un estado primario de la libido necesario para el desarrollo del Yo, ya que para él en el individuo no existe desde un principio una unidad comparable al Yo, sino que este se va desarrollando con ayuda del instinto libidinal (energía sexual), y apoyado por los instintos del yo que le permiten relacionarse con el objeto.
- Hace una distinción entre libido de objeto y libido yoica, la cual ilustra con el fenómeno del enamoramiento, en donde existe una sobreinvertidura del objeto y se presenta una resignación de la propia personalidad (de si mismo), es decir un empobrecimiento de libido yoica.
- Por otro lado nos deja ver que el monto total de la energía libidinal va a variar en el transcurso de la vida por fenómenos relacionales de desarrollo yoico (parafrenias), o por razones de patología física (Hipocondría) o psíquica (neurosis de transferencia).
- Plantea la constitución del Ideal del Yo, el cual es adquirido por la internalización de la crítica parental y posteriormente la social; en este Ideal se van a depositar grandes cargas de energía libidinal, tan grandes y substanciales como las que investían al Yo del narcisismo primario, las cuales propenden a que él Yo constantemente se sienta observado, evaluado y comparado con este ideal, y están condicionados a que él Yo cumpla con el ideal o no.

- Por último otra contribución importante en cuanto la constitución del yo es la del artículo del ello, yo y super yo (1919), donde nos menciona que el yo es un presipitado de identificaciones primarias (primera relación objetal) y secundarias (en el édipo).

Otra contribución significativa es la de **Mead (1934) y Cooley (1902)**, representantes de la psicología social (interaccionismo simbólico), señalan la relevancia de lo simbólico en el proceso de formación del si mismo; mencionando que "el individuo deviene si mismo en la medida en que es capaz de adoptar la actitud de otro y actuar respecto de si mismo como actúan los demás", refieren que el si mismo se va conformando a través de la experiencia, es decir, el sujeto aprende a pensar acerca de si mismo y a experimentar sentimientos sobre la base de como es percibido por los demás, constituyéndose como socialmente estructurado. Ponen en relieve a los aspectos socioculturales, en los cuales se inserta el individuo y a partir de la interacción con estos se va conformando el si mismo, a través del proceso social. (cit por Hernandez Ponce M.G. y Piña Ramirez M.J. 1995)

Dentro de la psicología de los teóricos del yo, cuyo auge se registra en los años cuarentas y cincuentas, se toma a **Heinz Hartman** como uno de los principales representantes de esta teoría, la cual se centra principalmente en el desarrollo de ciertas partes, funciones y características del Yo, al considerar que permanecieron soslayadas, ocultas y desatendidas por el psicoanálisis Freudiano. Siendo el pilar para el desarrollo de dicha teoría, la segunda tópica, de donde nacen las siguientes aportaciones:

El estudio de las funciones integradoras del yo y los procesos auxiliares yoicos de percibir, recordar, pensar, actuar, así como las defensas del yo e introduce el nuevo término de Self.

La Diferenciación del Self y del Yo, planteando que el primero tiene que ver con la persona total y el segundo con la instancia psíquica, es decir él Yo es una subestructura de la personalidad en tanto que el Self es la imagen de si mismo, este a su vez esta compuesto por otras estructuras, al yo, él ello y súper Yo.

La definición del narcisismo como la carga libidinal puesta en él yo, en contraposición a la carga puesta en el objeto, es decir que el sujeto retira todas las cargas libidinales puestas en los objetos y las deposita en su persona o Self (persona total).

Por su parte **Paul Schilder (1950)**, retoma las conceptualizaciones hechas por los teóricos del yo, tomando como eje de la conformación del yo al Self.

Reitera que el Self está en formación, antes de la primera etapa de la indiferenciación del Ello y el Yo; él yo corporal organiza y da sentido en un primerísimo estadio, y es anterior al yo central como sistema organizador.

- Él Yo central es un esquema en la formación de la personalidad, el cual a su vez contiene, dirige y organiza a varios subesquemas entre los cuales están la autorepresentación y el Self, a este último lo considera como conciencia de sí, y a la autorrepresentación la coloca a un nivel de la no-conciencia.
- La imagen de sí tiene aspectos paradójicos, por un lado es constante y por el otro es cambiante, es una estructura transitoria con necesidades de dos mundos el interno y el externo, es como un fantasma en cuanto representación e interviene totalizantemente lo simbólico no sólo en la representación sino en la autorrepresentación.
- Desarrolla la concepción de que al mismo tiempo que se construye la experiencia del espacio exterior, por medio de la acción y la relación con los objetos, se va a ir construyendo también el espacio interior con una imagen especial de sí. Asentando que al inicio de la vida el sujeto y el objeto se hallan tan cercanos, casi confundidos, que la información que el sujeto obtiene sobre el objeto, el mundo y sobre si, va a estar matizado por el afecto muchas veces ambivalentes sobre el objeto, información que va a internalizar como fuente de conflicto psicológico.

De igual manera **Symons en 1951**, basándose en teoría psicoanalítica, diferencia al yo del si mismo, definiendo al yo como un grupo de procesos tales como percibir, pensar y

recordar, donde dichos procesos son los responsables del desarrollo y la ejecución de un plan destinado al logro de satisfacciones a modo de respuestas de impulsos internos: y el si mismo es la forma en que reacciona el individuo en sí. Señala cuatro aspectos que caracterizan al si mismo, y son: a) el cómo se percibe la persona a sí misma, b) que piensa de sí misma, c) el cómo se evalúa y d) como intenta mediante diversas acciones engrandecerse o defenderse; siendo estos aspectos no necesariamente conscientes. A su vez señala que se requiere de que el Si mismo y él yo interactúen de manera equilibrada, ya que si él yo actúa eficazmente enfrentando las exigencias internas y externas, se tenderá a tener un si mismo favorable y de manera similar funcionan los procesos del yo (cit por Hernandez Ponce M.G. y Piña Ramirez M.J. 1995).

Dentro de la corriente Humanista **Rogers (1950)**, se aboca más al estudio del Yo, planteando una diferencia entre el concepto del yo (o lo que conocemos como ideal del yo) y él yo real diferenciando dentro de este constructo: el área cognitiva, el área evaluativa y el área afectiva; siendo su principal preocupación las actitudes hacia él si mismo, es decir, las percepciones de una persona respecto sus habilidades, acciones, sentimientos y relaciones en su medio social. Para Horney (1973) es importante descifrar la comprensión del triple concepto del yo: 1) él yo actual, como la suma total de la experiencia del individuo; 2) él yo real, que es una fuerza central interna o principio común a todo, pero que es único en cada individuo, y 3) él yo idealizado, que es únicamente una manifestación neurótica.

Allport (1977), es otro autor que se interesa por el estudio del Si mismo y el desarrollo de la personalidad y lo define como "algo de lo que nos damos cuenta inmediatamente, concibiéndolo como la zona central e íntima de nuestra vida. Como tal, desempeña un papel primordial en nuestra conciencia, en nuestra personalidad y nuestro organismo. Viene a ser un núcleo en nuestro ser" (cit. Por Barruel, 1993)

Este mismo autor menciona que el Si mismo se forma desde el nacimiento e intervienen 7 factores, que se van incorporando de acuerdo a la edad y son:

- Sentimiento del Si mismo corporal: Este se forma a través de las sensaciones orgánicas repetidas y también de las frustraciones provenientes del exterior. Dicho sentimiento constituye la autoconciencia.
- Sentimiento de una continua identidad del si mismo o autoidentidad, el cual nos permite reconocernos como la misma persona a pesar de que haya cambios en nuestra personalidad y en nuestros sentimientos.
- Exaltación del si mismo: Está compuesto por el amor a si mismo, los impulsos de autoafirmación y la autosatisfacción.
- Extensión del si mismo: surge el sentimiento de posesión.
- Imagen de si mismo: Es la forma en que la persona se valoriza, incluyendo su imagen idealizada.
- Agente racional: Función del organismo que analiza y posibilita la solución problemas; además permite el contacto con la realidad, media entre las necesidades propias y la realidad exterior y defiende al individuo de peligros reales e imaginarios.

Por otro lado **Erickson (1976)** escoge al yo como el instrumento utilizado por el individuo para: proporcionar información exterior, valorar la percepción, seleccionar los recuerdos, dirigir la acción de manera adaptativa, e integrador de las capacidades de orientación y planteamiento. Siendo el resultado de un yo positivo la producción de una identidad en un estado elevado de bienestar.

Dentro de la psicología cognitiva teóricos como **Kelly (1955)**, **Sarbin (1968)**, **Epstein (1973)** y **Coopersmith (1977)**, han considerado al Self como una estructura cognitiva o conjunto de estructuras que organizan, modifican e integran funciones de la persona, agregando que la gente es diferente por que sus estructuras cognitivas o sistemas de esquemas son diferentes.

Con lo que se refiere al Yo **Purkey (1970)**, retomando a diversos autores ha dado a conocer propiedades elementales del Yo, que son: (Musitu, 1985. Cit por Oñate, 1985)

- Es un sistema complejo y dinámico de creencias, cada una con su propio valor (positivo o negativo), que el individuo mantiene.
- Es una realidad organizada, que se caracteriza por el orden y la forman un sistema perfectamente jerarquizado. En donde el éxito o fracaso se generalizan dentro del sistema, de forma que el fracaso en una habilidad importante para él yo, reduce la consideración de las otras capacidades aparentemente no relacionadas y por el contrario el éxito eleva la valoración de otras características personales.
- Es una realidad única, ya que no hay dos personas que sostengan idéntico conjunto de creencias.
- Constituye el motivo central y la clave dinámica de la conducta humana. Por lo que se convierte en el punto central de referencia de la realidad total que afecta a la persona.

Después de haber planteado esta perspectiva histórica, de las principales aportaciones al desarrollo del Self y del Yo, pasaremos a dar algunas conceptualizaciones de los constructos Autoestima y Autoconcepto.

1.2 AUTOESTIMA

Autores tales como Fromm (1939), Rogers (1950), Coopersmith (1967), Horney (1973), Reidl de Aguilar, L. (1981), Tschirhart y Donovan (1991), entre otros, han hablado de manera explícita sobre este constructo, de diversas maneras, sin perder de vista que todos ellos parten del Self (si mismo) y desarrollo del Yo. Sin embargo el común entre estos, es el de hablar de la autoestima como un concepto de juicio de valor (afectivo) de la persona propia.

Al respecto **Fromm (1939)** refiere que las personas inseguras, respecto a su valor, no pueden dar ni recibir amor, aparentemente al temor surgido al explorar sus defectos en la intimidad y el pensar que pueden ser rechazadas por los demás.

Rogers (1954), consideró que la autoestima, es decir la aceptación de uno mismo, está más relacionada con el área afectiva; por lo que las personas con baja autoestima se ven a sí mismas como inferiores y desesperanzadas, incapaces de mejorar su situación y carentes de recuerdos internos para tolerar o reducir la ansiedad surgida de los eventos cotidianos y la tensión psicológica (estrés) que estos producen.

Coopersmith (1967), Es principal representante en el estudio de este constructo, y su más valiosa aportación fue la del Inventario de Autoestima, sus principales aportaciones fueron las siguientes:

- Da una visión más amplia de cada uno de los rasgos que se presentan en las personas con alta y baja autoestima; plantea que a) las personas con alta autoestima se acercan a las tareas y a las personas con la expectativa de que tendrán éxito y serán bien recibidas, confían en sus percepciones y juicios, creen que sus esfuerzos los llevaran a soluciones favorables, aceptan sus propias opiniones, creen y confían en sus reacciones y conclusiones, llevan al individuo a la mayor independencia social, a una mayor creatividad y a acciones sociales más asertivas y vigorosas, presentan sus ideas de manera directa y total; mientras b) las personas con baja autoestima desconfían de sí mismas y se cuidan de no expresar sus ideas poco comunes o populares, no llevan a cabo acciones que llamen la atención de los demás, dando como resultado, una mórbida preocupación acerca de sus problemas, y por lo tanto, la inhibición del intercambio social, disminuyendo las posibilidades de establecer relaciones amistosas y de apoyo.
- Ha encontrado que el nivel de autoestima, ya sea alto o bajo, se relaciona principalmente con tres condiciones: 1) debe existir la total aceptación del niño por parte de los padres, 2) es necesario que reciban instrucciones claras y definidas, evitando ambigüedades, y 3) debe haber respeto por la individualidad del niño. Por lo

que hallo una relación directa entre los métodos de crianza y la autoestima, así como entre la autoestima de los padres y de los hijos.

- Refiere que la autoestima es la abstracción que el individuo hace y desarrolla acerca de sus atributos, capacidades, objetos y actividades que posee o persigue; esta abstracción es representada por el símbolo *mi*, que consiste en la idea que la persona posee sobre sí misma. Dicho concepto se forma a través de la experiencia siguiendo el mismo proceso de abstracción utilizado en otras áreas de la experiencia. Para efectuar tal abstracción, el individuo considera las observaciones con respecto a su propia conducta y la forma en que otros individuos responden a sus actitudes, apariencia y ejecución.

Autores neofreudianos como lo son **Sullivan (1955)**, **Horney (1973)** y **Adler (1979)**, han teorizado alrededor del Self y la autoestima. Sullivan por su parte considera al Self como "la organización de las experiencias creadas por necesidad de evitar y minimizar estados de ansiedad", por su parte Horney señala que la ansiedad básica en el individuo, produce aislamiento y desamparo, siendo la fuente de desdichas y reducción de la afectividad personal y por ende de una baja autoestima; lo cual determina una cadena compleja de hechos psicológicos que producen, entre otras consecuencias, el odio y el desprecio hacia si mismo. Adler por su lado da gran importancia a las debilidades y enfermedades a la hora de producirse la baja autoestima, pues para él los sentimientos de inferioridad pueden desarrollarse en torno a ciertos órganos o pautas de conducta en los que el sujeto es realmente inferior.

Para **Pérez-Mitre (1981)**, la autoestima es el fenómeno o efecto que se traduce en conceptos, imágenes y juicios de valor referidos al si mismo; se entiende como un proceso psicológico cuyos contenidos se encuentran socialmente determinados. En este sentido, se dice que la autoestima es un fenómeno psicológico y social.

Reidl de Aguilar, L. (1981), retoma definiciones de diverso autores y concluye que la autoestima " es el resultado de la internalización de las normas y los valores del grupo social y del adecuado desempeño ante las mismas, adquirida a través de las relaciones

interpersonales, que refleja de alguna manera la actitud que los demás tienen ante el sujeto, de lo cual el sujeto abstrae un concepto de sí mismo ante el cual, el sujeto mismo presenta una actitud valorativa". Por otro lado, plantea que estudios clínicos demuestran repetidamente que los fracasos y otras condiciones que ponen en exposición los defectos personales son, posiblemente, la causa principal de la angustia; por lo que la angustia y la autoestima se van a encontrar muy relacionadas, es decir, si es la amenaza lo que produce la angustia, entonces lo que es amenazado es la autoestima de la persona. Concluye que la autoestima es muy importante en la vida de los seres humanos y que puede entenderse como una actitud hacia el Self con dimensiones positivas y negativas; la cual está encaminada a la búsqueda de aprobación y de una posición social, para mantener una autoevaluación positiva.

Tschirhart y Donovan (1991), de una investigación realizada concluyen, que los primeros años del ser humano son muy importantes para la formación de su autoestima y los niveles de esta pueden cambiar a través del tiempo; por lo tanto, si ésta fue sólida y la persona adquiere el sentido del Si mismo, manifestará una coherencia ética y de valores.

1.3 AUTOCONCEPTO

A continuación se hará mención de algunas de las conceptualizaciones hechas con respecto al Autoconcepto.

Primeramente diremos que se le debe a **Paul Schilder (1950)**, la gestación del constructo Autoconcepto, el cual se deriva de su teoría de la Imagen Corporal. Este autor parte de una perspectiva fenomenológica, pasando del campo neurológico al psicológico, el psicoanalítico y a la psicología social.

- Define a la Imagen corporal como: "una estructura mental que forma parte del conjunto de estructuras psicológicas con que cuenta el individuo al nacer y que va a ir consolidando con la madurez y el desarrollo el cual va a estar en un constante proceso de construcción y destrucción, que provee de unidad y cambio a través de la unidad

“percepción-acción y vida afectiva” en constante interacción con el medio externo “, (cit. Por Cruz Terán, 1992).

- Menciona que el cuerpo es el primer objeto del yo: considerando a la imagen corporal como la estructura mental en constante construcción y destrucción, es decir con una parte continua y otra en constante transformación. A demás plantea que para poder distinguir el si mismo del mundo exterior, es necesario tener conciencia de su imagen corporal, es decir de su propio cuerpo, de donde parten las primeras autorrepresentaciones de sí, junto con las representaciones de objeto, por lo que la conciencia de ser como cuerpo es anterior a la formación del yo, por lo que la imagen corporal es el núcleo original de un sistema omniabarcante que lleva la simiente del conocimiento de sí, como individuo único.

Por su parte **Heinz Hartman (1950)**, representante de los teóricos del yo, menciona que el Autoconcepto se conforma, gracias a que; el Yo contempla una serie de funciones y capacidades organizativas, directivas, de acción, de desarrollo, de adaptación y de defensa, igual que de conflicto (intra o inter sistémicos); presentes en menor o mayor grado de conciencia y preconciencia, de acuerdo a la maduración de cada individuo, que permite la puesta en acción de la serie de potencialidades presentes desde el momento del nacimiento, que abarcan desde la imagen de un Yo corporal hasta funciones como la aprehensión, locomoción, lenguaje, inteligencia, memoria, acción, etc., en el continuo y temprano interactuar de los sujetos con el medio, dichas funciones van dejando un registro de huellas mnémicas que retroalimentarán en sentido positivo o negativo este desarrollo dinámico del Yo, otorgándole una autoexperiencia, que es el fundamento para el sentido de Identidad y del conocimiento de sí (Self) dinámico, cambiante y a la vez continuo. (Cruz Terán, 1992).

De los teóricos humanista, **Rogers (1950)**, concibe al autoconcepto como una “fotografía organizada” y una gestalt organizacional de Si mismo, donde la estructura del Si mismo va a ser “ una organización de percepciones del Si mismo, las cuales pueden ser conocidas por el individuo” (cit. Por García A., y Quintero V., 1995)

William Fitts (1965), otro teórico humanista y quizá el más representativo en el estudio del autoconcepto, quien después de 10 años nos aporta la valiosa escala (hasta la fecha empleada) de medición del Autoconcepto Tennessee, define al autoconcepto "como el criterio que tiene una persona de sí misma, la descripción más completa que es capaz de dar de sí misma en un momento dado" (Cruz Terán, 1992). Este autor destaca la importancia del conocimiento del autoconcepto, como un medio para comprender y estudiar la conducta humana, ya que parte de la idea de que el autoconcepto revela aspectos de la personalidad, por consiguiente, la evaluación de dicho constructo nos permite conocer el estado de la salud mental del individuo y a su vez brindarle una ayuda más específica.

Dentro del conductismo **Staats y Staats, 1968 y 1979**, señalan al autoconcepto como " los tipos de apreciaciones que hace una persona de sí misma", apreciaciones que requieren de una evaluación objetiva (medible).

Por su parte **Wells y Marwel, 1976**, dan dos afirmaciones con respecto a lo que es el Autoconcepto, mencionando que "la forma en que una persona actúa irrealísticamente, se percibe y se estima, es comúnmente denominada el si mismo real o simplemente el autoconcepto"...y...." el autocencpto es generalmente descrito en términos de actitudes reflexivas, las cuales son usualmente consideradas como teniendo tres aspectos fundamentales: el cognitivo (contenido psicológico de la actitud), el afectivo (una evaluación relacionada al contenido) y el connotativo (respuestas comportamentales a la actitud)" (Cit.. Por García A., y Quintero V., 1995).

De igual manera **Shavelson, Hubner y Stanton, 1976**, observan que el autoconcepto es la percepción que una persona tiene de sí misma, además identifican siete características del mismo, al ser descrito como organizado, multifacético, jerárquico, estable, que se desarrolla, evaluativo y diferenciable (cit. Por García A., y Quintero V., 1995).

Otra concepción es la de **Byrne, 1984**, quien refiere que "el autoconcepto es la percepción de nosotros mismos, en términos específicos, son nuestras actitudes,

sentimientos y conocimientos con respecto a nuestras capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social" (cit.. Por García A., y Quintero V., 1995)

Recientemente **Tamayo (1982)**, define al autoconcepto como un proceso psicológico cuyos contenidos y dinamismos son determinados socialmente; comprende el conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes autoatribuciones y juicios de valor referentes a uno mismo.

Se podría concluir que el autoconcepto refiere la percepción que se tiene de si mismo, en diferentes momentos de nuestras vidas, ya que como lo menciona **Erikson (1971)** "él yo continua adquiriendo nuevas características a medida que va encontrando nuevas situaciones a lo largo de su vida". Por lo tanto el concepto que se tiene de si mismo, es decir las ideas e imágenes que se tienen respecto de uno, inician su moldeamiento (por medio de identificaciones) en las primeras etapas de la vida y prosiguen a lo largo de nuestra vida a través de mensajes verbales y no verbales, así como las actitudes de los otros, y a los lugares que vamos adquiriendo a lo largo de la vida y el cómo nos acomodemos en cada uno de ellos. Por otro lado la autoestima esta en función al cómo nos vamos sintiendo en cada uno de esos lugares (mujer-reproductiva, mujer-roductiva, etc.) que estan sujetos al reconocimiento de los otros (familia, sociedad, cultura, etc.) y el propio, es decir con el valor que les dan y les damos (y nos damos).

CAPÍTULO II

MUJER, AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO

El presente capítulo se ha desarrollado con la intención de dar a conocer cual ha sido el panorama histórico sociocultural, que ha determinado el rol de la mujer durante las diferentes épocas, cuyas condiciones han sido determinantes en la formación de su SELF (si mismo) y su Yo y por ende de su autoconcepto y autoestima, dos conceptos que son objeto de estudio en la población de mujeres hysterectomizadas, a las que por diversas causas y en diversas edades ha sido necesaria la extracción del útero, órgano el cual para la mayoría de las mujeres según se ha reportado, tiene una gran connotación simbólica en su identidad del ser mujer-madre (reproductora), binomio que no se discute, pero que no es, ni debe ser determinante en la conceptualización del Ser Mujer, el cual según lo veremos adelante se ha asignado a la mujer por condiciones socioculturales, más que biológicas.

Por otro lado, para la mujer se ha generado una nueva perspectiva de su Ser Mujer, gracias al desarrollo de las ciencias sociales, así como a los cambios en las sociedades después de las guerras mundiales, al avance de la investigación médica y bioquímica (permitiendo la creación de métodos anticonceptivos); sucesos que han permitido desvincular a la mujer del rol meramente maternal y a la sexualidad de la reproducción, es decir, permitió diferenciar al sexo de la sexualidad y al sexo del rol de género; en donde al sexo se le da una connotación meramente biológica (anatomofisiológica), y a la sexualidad y el género un origen sociocultural (simbólico).

A continuación se hará una síntesis histórica de algunos teóricos e investigadores de diversas ramas de las ciencias sociales (sociología, antropología y género), que nos permitirán reconocer el cómo se fueron asignando la diferencia de roles tanto en hombres como mujeres, aunque hemos de reconocer que nos inclinamos más sobre el aspecto femenino, por razones obvias de nuestro estudio. Por otro lado hablaremos de aspectos como el "Instinto maternal" y la sexualidad.

2.1 ANALISIS HISTORICO DE ROLES SEXUALES

2.1.1 PERSPECTIVA SOCIOLOGICA

A Carlos Marx se le considera como el primer autor de la sociología, que sentó las bases para la creación de un método y teoría social, la cual al estar centrada en el capitalismo, su principal efecto fue la potenciación de la desigualdad, pero no por ello su teoría fue la causa de la opresión y desigualdad de la mujer. Seguido a este pensador, Engels fue el único de su época que plantea el problema de la desigualdad sexual y opresión femenina, integrando al sexo y sexualidad a su teoría; además considera que la división sexual del trabajo es una consecuencia natural, siendo para la mujer el de la crianza de los hijos, ya que ella es la única capaz de engendrar, lo cual es intrínsecamente opresivo en la vida de la mujer.

Deutsch Helen (1960) con respecto a los aspectos sociológicos, opina que en todas las sociedades los individuos van tener reacciones tanto individuales como de componente sociocultural, ya que sustenta que la actitud de la mujer va a ser distinta en cada sociedad, va desde la mujer dominante hasta la mujer emancipada.

2.1.2 PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA

Mead (1935), llegó a la conclusión de que las diferencias conductuales y de temperamento entre hombres y mujeres, son de creación cultural, y enfatiza la maleabilidad de los seres humanos. Al respecto Murdock en 1937, menciona que en varias sociedades la división de trabajo no era explicada por las diferencias físicas; y Linton a su vez, trabajó sobre los roles o papeles de cada uno de los sexos dentro de la sociedad, llegando a la conclusión de que son producto del aprendizaje.

Otra aportación de gran trascendencia en las ciencias sociales es la de **Claude Levi-Strauss**, quien desde su perspectiva estructuralista, refiere que todo hombre pasa por el terreno de la normatividad en su transición de la naturaleza a la cultura. Este autor

realiza un estudio diacrónico (histórico) sobre las relaciones de parentesco y de ello refiere que la organización de la sexualidad humana se funda en tres puntos básicos:

- El tabú del incesto, como la primera creación cultural que aparece en todas las sociedades humanas y con esto se institucionaliza la exogamia, permitiendo la apertura de los círculos de comunicación y cultural.
- El tabú de la diferencia de los sexos (diferencia que poco tiene que ver con lo biológico), es decir, el plantear las dicotomías (pasivo-activo, doméstico-público, dependiente-independiente, etc.) en la relación de pareja, promueve la relación heterosexual cuyo fin es la complementariedad de los sexos y de completud al unirse (da origen al planteamiento de géneros). Dicha diferenciación no es una expresión directa de la desigualdad natural que existe entre los sexos, sino la supresión normatizada de las semejanzas, lo cual permite se estructuren las relaciones de parentesco, colocando de esta manera a la mujer en desventaja.
- La división asimétrica de los sexos, quedando la sexualidad de la mujer expropiada, normada y sancionada por los valores, de donde se infiere que la división sexual y del trabajo está cimentada en la serie de prohibiciones, con el fin de evitar que la mujer participe en las tareas encaminadas a la producción, fomentando la dependencia y asegurando así las estructuras de parentesco.

Concluye que cada cultura y generación aprende a dividir su destino sexual y cada persona pasa por un proceso de codificación dentro del sistema al que pertenecen para desempeñar conveniente su rol sexual.

Diversos autores han retomado las propuestas hechas por Strauss para desarrollar sus teorías, entre ellos se encuentran los estudiosos del género.

Otra aportación reciente es la de la antropóloga Henrieta Moore (1991), quien afirma que en la sociedad occidental a la mujer se le relaciona con imágenes como la de matrimonio, el instinto maternal, los niños, la familia, el hogar, etc.; lo cual se opone a lo intelectual, lo cultural y productivo.

2.2 ESTUDIOS DE GENERO

Estos estudios se gestan a partir de la década de los setenta, lo cual nace ante la necesidad de revalorar la concepción de la diferencia de esos (postura que dejaba muy ambigua dicha diferenciación), posición que fue tomada para la división de tareas y conductas entre hombre y mujeres; pero estas determinaciones se daban sobre aspectos anatomofisiológicos y dejaban fuera las condiciones socioculturales que han sido determinantes en el comportamiento del ser humano. De manera indirecta diversos autores han hecho referencia de estas diferencias socioculturales y su efecto en el comportamiento, sin embargo no se habían generado estudios específicos sobre la diferencia de los efectos en hombres y mujeres.

2.2.1 EL MITO DEL INSTINTO MATERNAL

Desde una perspectiva de estructuralista y de género cabe mencionar, que en diversas épocas, las culturas y sociedades, han formulado sus propias ideologías, las cuales les dan una organización y estructura particular; no por ello deja de haber pensamientos (o leyes simbólicas) que tienen una connotación casi universal (por ejem. La prohibición del incesto), cuya función es organizar la estructura cultural e individual del ser humano. Esta función estructurante también es atribuida a los mitos, estos fenómenos son transmitidos por generaciones, otorgándoles diversos significados y violentando la libertad de los sujetos.

Al respecto otro de los sucesos históricos que han determinado el ser mujer en la vida reproductiva a sido "El mito del Instinto maternal"; el que le ha otorga un lugar dentro de la sociedad y de su propio núcleo familiar, al respecto se han hecho diversos análisis e investigaciones que desmiente este supuesto "Instinto maternal".

Al respecto Raso-Plo Maya (1997), realiza una interesante revisión histórica del binomio Mujer-madre, específicamente del Instinto Maternal. Primeramente establece una diferencia entre el mito Instinto maternal y maternaje, donde refiere que el término instinto se relaciona con esquemas de comportamientos heredados propios de una especie

animal (animales y humanos); argumentando que no se ha comprobado que sea necesario ni suficiente ningún influjo hormonal para inducir conductas maternas y de maternaje; tomando como ejemplo, a mujeres con síndrome de Turner (quienes poseen mayor número de hormonas masculinas). Por otro lado esta autora demuestra que la maternidad a estado matizada por factores históricos y socioculturales como han sido:

- El hecho de que en ciertos momentos de la historia la división del trabajo y las tareas se baso en elementos fisiológicos, por lo que se le otorgaba a la mujer el ejercicio de la maternidad, al ser ésta la única capacitada para engendrar (en su vientre) y amamantar al bebé; y al hombre de acuerdo a su fuerza física fue consignado el trabajo manual pesado y productivo, es decir se le asigna ser el proveedor, siendo ésta división necesaria para la supervivencia y preservación.
- El que en la cultura occidental por normativa sociocultural la maternidad era y es por algunas mujeres considerada como principal fuente de autoestima y narcisización para las mujeres. Al respecto Norma Ferró 1991, plantea que la mujer frente al cese de la función reproductora, le queda un vacío representacional, en el sentido de que todo lo relativo al ámbito público aún pertenece al terreno masculino, por el contrario Raso-Plo Maya (1997) se muestra en desacuerdo, argumentando que ésta postura responde a una función teórica, con respecto a lo masculino y femenino, que es más mítica que real.
- También se ha observado que la practica de la maternidad, la reproducción y el maternaje han variado a lo largo de la historia sobre dos factores fundamentales:
 - a) La variabilidad en el incremento (practica del infanticidio) o descenso de la tasa demográfica según determinadas necesidades económicas, que muestra que el ejercicio de la maternidad tiene que ver con intereses determinados por el contexto social.
 - b) A la influencia y relación entre las circunstancias sociales (practica de infanticidio, para depurar la raza) y políticas con el ejercicio de la maternidad.

Con respecto a lo anteriormente mencionado se encontró que una de las practicas empleadas desde épocas arcaicas para el control de la natalidad y de la sobrepoblación según lo reportan los antropólogos fue el infanticidio (entre otras) haciendo mención que; por ejemplo:

- En el periodo Paleolítico la mujer llegaba a tener en promedio cinco hijos, según sus cálculos, pero que debido a la dificultad para la supervivencia, se redujo éste promedio a dos hijos, logrando el control mediante practicas como el infanticidio, el aborto (inducido por venenos vegetales o técnicas mecánicas), el gerontocidio (asesinar a las mujeres) y la anticoncepción, que se lograba al prolongar la lactancia.
- La practica del infanticidio fue institucionalizada por los judíos nómadas, quienes mataban a los niños y niñas que ellos consideraban que sobraban para mantener el equilibrio entre la población y los alimentos de su medio ambiente.
- En la Grecia clásica en Atenas los padres nobles asesinaban a las hijas recién nacidas para mantener un nivel más adecuado de hembras en la familia y sociedad; lo mismo ocurría en Esparta, Israel, China, Japón, La Roma antigua y la India, en donde actualmente aún se practica para el control demográfico. En China en el año 577 se comerciaba con sus hijos y el abandono era un evento común, sobretodo cuando los recién nacidos eran niñas o si nacían con alguna malformación.
- En la Edad Media y Moderna, su practica fue de manera clandestina, ya que los principios religiosos y las leyes morales lo condenaban, sin embargo, esto no evitaba que se pusiera a prueba la resistencia de los niños durante el primer año de su vida, siendo objetos de maltrato para ver que tan aptos y útiles podrían ser para la vida adulta, evidentemente los que no resistían esta dura prueba morían y se les consideraba un estorbo. (Ferró, 1991, cit. En Raso-Plo, 1997). De igual manera otra forma de infanticidio diferido, en éste periodo fue la del abandono de los niños al cuidado de las nodrizas, quienes se encargaban de su crianza en los primeros años de su vida y quienes por vivir en condiciones de higiene muy precarias, no podían dar los cuidados necesarios y los niños morían; dichas practica era común en la burguesía, aunque no exclusiva de ésta.

- En América por ejemplo, en algunas tribus de Venezuela, existían las practicas del infanticidio y el aborto, con el fin de alimentar a los bebés aún lactantes, nacidos primero (cit. En Giberti, 1992).

- A finales del siglo XVIII e inicio del siglo XIX, en las primeras etapas de la Revolución Industrial, disminuyó significativamente el nivel de muerte infantil, lo cual es justificado por la creciente demanda en la mano de obra infantil, pues los niños ingresaban desde los 5 años al trabajo en las fabricas, lo que gesto la necesidad de capacitarlos como técnicos y obreros, creando alternativas de estudio y un nuevo reconocimiento para los mismos, así como para la reproducción y la crianza que fue delegada a la mujer y su obligación de estas a ser madres antes que todo; lo cual engendra el origen al mito del "Instinto Maternal".

- Hacia 1880, se busca sacar a las mujeres de las fábricas y proteger así la reproducción. En éste periodo aparece la filosofía de Rousseau, que a través de un discurso plantea que la maternidad constituía el objetivo de vida de la mujer, el estado ideal para su espíritu, y el mejor medio para conservar la salud y conseguir una posición social, esto sustentado en frases como " sed buenas madres y seréis felices y respetadas, volvemos indispensables en la familia y conseguiréis el derecho de ciudadanía" (Rousseau, cit en Bandinter, 1981, pp118).

Con relación a lo anteriormente mencionado Badinter (1981) afirma que se llevo a considerar a la maternidad como algo instintivo, empero, en los siglos XVII y XVIII las mujeres no actuaron de acuerdo a éste, sino lo hicieron según las circunstancias históricas e ideológicas de esa época, y fue hasta finales del siglo XVIII que por razones económicas se volvió a poner el concepto en circulación.

2.3 SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

La sexualidad siempre a sido un tema controversial y en cada época se ha conceptualizando de diversas formas, siendo importante destacar que siempre fue marcado el papel pasivo de la mujer dentro de la misma y por el contrario al hombre se le asignaba el papel activo, y por ende el único capaz de disfrutarla.

Freud como uno de los principales estudiosos de la salud mental, a sido fuertemente criticado por su postura tomada al respecto, quien en su intento por explicar la génesis de las neurosis (histeria, obsesión, neurosis de angustia o fobias), visualiza primeramente a lo sexual como un aspecto meramente biológico señalando la superioridad sexual del hombre (diferenciación hecha de acuerdo a su contexto histórico), al poseer un pene como órgano activo y a su vez el miedo de ser perdido (miedo productor de neurosis) y señalando la ausencia de pene en la mujer, órgano que es sustituido por un hijo y reduce en la mujer la vivencia de la castración; por otro lado, según este autor el pene era el único capaz de erección y penetración; sin embargo su conceptualización de lo sexual fue cambiando conforme avanzó en el desarrollo de su teoría y al tener más conocimiento sobre la génesis de las neurosis. Hablándonos después de diversas zonas erógenas igual de placenteras que la genitalidad coital.

Por otro lado en la actualidad, las investigaciones recientemente hechas principalmente por Marters y Jonhson, han mostrado que el clítoris (homologo del pene en la mujer) tiene la misma capacidad de erección y produce el mismo placer que el pene en el hombre, al igual el pezón también toma una condición erecta y puede ser un órgano penetrable en el juego sexual y al amamantar al bebé. Sobre la base de lo anterior y tomando lo también dicho por Freud de las zonas erógenas (productoras de placer); actualmente ya no se puede afirmar la pasividad femenina y la actividad masculina en el plano de lo sexual, de igual manera podemos partir de la idea de que lo sexual va más allá de los órganos genitales.

No obstante, el visualizar a la sexualidad desde una perspectiva sociocultural (aprendizaje) y no meramente biológica, la salva de que sea limitada a la reproducción; ya que no se reduce a una etapa del ciclo femenino, sino que la sexualidad puede ser un acto placentero en sí misma que da respuestas a necesidades más variadas, ajenas a la necesidad reproductiva (necesidades de placer, emocionales de cercanía, comunicación, intimidad, etc.); es decir los impulsos y substratos biológicos para ejercer la sexualidad, así como la forma en que se manifiesta dependen del aprendizaje obtenido de la cultura.

Por tanto, la sexualidad ha estado bajo la jurisdicción de las normas sociales, económicas, políticas o religiosas; por ejemplo, en el mundo occidental se considera a lo sexual como algo prohibido, sucio y pecaminoso; siendo solo permitida la procreación y se llega a restringir la conducta sexual femenina, de esta manera es persuadida la sexualidad de la mujer a la maternidad, postura ideológica para algunos aún vigente.

Del anterior análisis realizado con respecto a rol de la mujer, destacando su papel reproductivo y la expresión de su sexualidad se podría concluir, según lo plantea Mirta Videla (1997), que la sociedad no constituye una unidad de individuos sino "una unidad funcional que suele restringir la libertad personal en función de normas sociales colectivas", por lo que el individuo, en proceso de socialización aprende lo que tiene que hacer para otras personas y a su vez lo que debe de esperar de éstas; no obstante, ésta relativa uniformidad permite la pertenencia a determinado grupo social, sentido de pertenencia que dicho por Erikson es inherente y necesario en todo ser humano.

Por lo que la sociedad nos ha llevado a asumir determinadas formas de conducta "reguladas", impuestas y estereotipadas, es decir ajustadas a ciertas pautas culturales, que tienden a la conservación de un tipo de sociedad y no a la satisfacción de las necesidades como individuo, por lo que nuestras acciones y decisiones con frecuencia son influenciadas por los requerimientos socio-culturales.

Al hablar de dichos requerimientos culturales, claro estamos de manera implícita refiriéndonos a factores que inciden en la formación del yo y el sí mismo, y por supuesto del autoconcepto y el sentimiento de valía (autoestima), en particular de nuestras mujeres

mexicanas que al parecer han pasado del supuesto "Instinto maternal", a la primacía del placer sexual. Por supuesto también el anterior análisis nos permite ver lo impactante que puede ser para algunas mujeres el ser privadas de un órgano sexual (en el caso de nuestro estudio el útero y en algunos casos ovarios), que se a vinculado fuertemente con la reproducción y la sexualidad (o placer coital).

CAPITULO III

HISTERECTOMIA

En el capítulo anterior se da a conocer de manera general como ha influido el contexto sociocultural en la constitución del autoconcepto y autoestima en la mujer, sin embargo no hay que olvidarnos de nuestra variable constante (histerectomía) de nuestra población estudiada, ya que al parecer la propia mujer carece de información sobre: que es este procedimiento de la histerectomía, bajo que criterios es determinada, por que vías es realizada, sus diversas modalidades; así como sus posibles repercusiones (orgánicas) las cuales son normales por ser considerada una cirugía mayor y lo detectado de los médicos con respecto a las condiciones emocionales.

Por otro lado antes de entrar de lleno en nuestro capítulo es importante destacar lo reportado por Silvestri Tomassoni J. R (1999), quien con respecto a los datos estadísticos que retoma de otras fuentes y de acuerdo a las estadísticas del Instituto Nacional de perinatología (INPer) menciona que la histerectomía (extracción del útero o matriz) es la operación mayor, más comunmente realizada en la mujer, no obstante refiere que se ha observado una pequeña reducción en el uso de dicha intervención, debido al advenimiento de nuevos procedimientos médicos y quirúrgicos para el tratamiento de la menorragia y fibrosis úterina, presentando dichos tratamientos una tendencia a su continuación.

De igual manera Silvestri Tomassoni J. R (1999), menciona que las tasas de histerectomía son mucho más elevadas en los Estados Unidos que en Noruega, Suecia e Inglaterra. Encontrándose que a los 65 años de edad, más del 37 % de las mujeres en los Estados Unidos habrá tenido una histerectomía; siendo así que las tres cuartas partes de las histerectomías se realizan cuando las mujeres tienen entre 30 y 54 años de edad. Por otro lado, observo que en México la edad con mayor frecuencia en que se indica la histerectomía corresponde a la cuarta y quinta década de vida, con un promedio de 42.7años, siendo más frecuente la histerectomía abdominal, la frecuencia de dicho procedimiento se atribuye al diagnóstico de la paciente y la practica en el manejo de la técnica del médico; pues a pesar de que la laparoscopia (método de intervención menos riesgoso para la paciente) es un método de uso reciente y se tiene poco entrenamiento del mismo.

Al respecto Richard Lilford (1998), menciona que las grandes variaciones en las tasas de histerectomía de un cirujano a otro y de un lugar a otro, se deben a las complejas y sutiles intervenciones entre los valores individuales, las normas sociales y el comportamiento clínico. Por lo que, la decisión en cuanto al tratamiento adecuado debe tomarla la paciente con su médico y su familia. Por lo que dice es aconsejable hablar de sus opciones con más de un médico; así como también es importante hacerle saber a sus seres queridos que necesitará apoyo y ayuda mientras recibe el tratamiento.

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

La siguiente reseña histórica fue realizada por Silvestri Tomassoni J. R 1999.

La primera histerectomía abdominal fue realizada por Charles Clay en Manchester, en Inglaterra en 1843, extirpó un útero fibromatoso, la paciente inicialmente había tenido una buena evolución, pero falleció el quinceavo día postoperatorio, debido a un diagnóstico equivocado. Fue hasta 1853 que Ellis Burnham de Lowell cirujano francés, realizó otra histerectomía como tratamiento de cáncer cervical con éxito, lo que lo alentó a seguir efectuando este procedimiento, sin embargo de sus 15 intervenciones sólo sobrevivieron 3 mujeres.

En 1895 Emil Reis, de Chicago, proyectó una operación abdominal radical, acompañada de disección de ganglios linfáticos pélvicos, que previamente había practicado en perros. Tres años más tarde, Wertheim, de Viena, comenzó a realizar el mismo tipo de histerectomía, popularizándose en Europa, y en menor grado en Estados Unidos. El porcentaje de mortalidad se calculó de aproximadamente el 10%, donde se alcanzaba un mayor éxito cuando la enfermedad estaba limitada a cérvix.

La histerectomía empezó a ser segura con la intervención de la anestesia, antibióticos, antiseptia, transfusión sanguínea y terapia intravenosa. En 1930 Richardson introdujo la histerectomía abdominal total, evitando así, las descargas sanguíneas por el cérvix remanente y evitando así el riesgo de cáncer cervicouterino posterior.

En la década de 1940 en el Hospital General de Massachusetts, Maigs volvió a poner en vigencia el tipo de operación proyectada por Wertheim, e incluso la desarrollo, demostrando que en manos expertas, el procedimiento reduce su índice de mortalidad al 1%, sin embargo no logró reducir la alta frecuencia de fístulas (conducto accidental que conecta con una glándula o seno natural).

Durante los últimos 40 años, se ha producido un cambio gradual de la histerectomía abdominal subtotal o total, para el tratamiento de enfermedades benignas. Así como la primera histerectomía laparoscópica fue realizada por Harry Reich en Kingston, Pennsylvania en 1988.

3.2 TIPOS DE HIETERECTOMIAS

En la **histerectomía subtotal** el útero se extirpa pero el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio se dejan intactos.

En la **histerectomía total** (también llamada histerectomía simple), el cirujano extirpa el útero y el cuello uterino pero deja los ovarios y las trompas de Falopio intactos.

En la **histerectomía con salpingooforectomía bilateral** (también llamada histerectomía radical), se extirpan el útero, el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio. Se practica principalmente en casos de presencia de cáncer (con tratamiento de químico o radioterapia posteriormente), problemas de endometriosis o en presencia de tumores ováricos.

3.3 INDICACIONES PARA HISTERECTOMIA

NOTA: En el apartado de anexos se contempla un glosario para el entendimiento de algunos términos médicos y procedimientos.

Alfredo Montaña Torres (1998), menciona que la histerectomía apropiadamente indicada y realizada es de enorme beneficio, su prescripción esta dada sobre tres categorías: salvaguardar la vida, aliviar el sufrimiento y corregir deformaciones, en donde las principales indicaciones son:

Leiomiomatosis: que son tumores benignos frecuentes (presentes en el 20-25% de mujeres mayores de 35 años), que no provocan síntomas ni deben ser extirpados. El manejo quirúrgico únicamente es indicado cuando se presenta sintomatología como hiperpolimenorrea (sangrado abundante), dismenorrea (poco sangrado), dispareunia (dolor coital), polaquiuria y/o obstrucción urinaria, dolor y/o presión pélvica y en mujeres que no desean tener más hijos. Cuando se encuentra leiomiomas de grandes elementos, es preferible el abordaje abdominal; siendo una alternativa útil para su reducción previa a la intervención, es la prescripción 2 o 3 meses antes de la hormona de gonadotropinas (GnRH).

Miomatosis Uterina: o fibromas uterinos son crecimientos anormales en el útero que casi siempre no son cancerosos. Se acompañan en ocasiones de dolor o sangrados menstruales abundantes, y en ocasiones cuando los tumores son de gran tamaño, los sangrados se presentan independientemente de la menstruación. Los miomas, son también una de las causas más comunes de infertilidad en mujeres. El 40% de las histerectomías se efectúan como tratamiento de miomatosis uterina. En ocasiones no se le ofrecen alternativas a muchas mujeres con miomas que no sea la histerectomía. Esto puede ser crítico si la mujer se encuentra en sus años reproductivos y desea un embarazo. Para éste tipo de pacientes, en la mayoría de los casos, existe la opción de practicársele miomectomía, que consiste en extirpar los miomas, respetando el útero, el cual con frecuencia se tiene que reconstruir. Existen medicamentos que pueden disminuir el tamaño de los miomas, corrigiendo en gran parte el sangrado y quitando el dolor. Estos

medicamentos se utilizan por tiempo limitado y siempre bajo la vigilancia de un ginecólogo.

Hemorragia Uterina Disfuncional: Suele deberse a anovulación, con desprendimiento o maduración irregular del endometrio, casi siempre es posible tratar los casos satisfactoriamente con hormoterapia (progestágenos, estrógenos, anticonceptivos orales) además de antiinflamatorios no esteroideos y el uso de dispositivos intrauterinos liberadores de levonogestrel, el cual en los tres primeros meses llega a reducir el sangrado hasta un 86%. Actualmente se considera como alternativa la resección o ablación endometrial, con buenos resultados, sobre todo en úteros que no alcanzan en tamaño más allá de 10 semanas de embarazo. Por otro lado, antes de optar por la histerectomía, siempre se debe determinar el origen o causa del sangrado: miomatosis, adenomiosis, endometriosis, adenocarcinoma, etc.; de igual manera solo se indicará en casos de hemorragia recurrente que ocasiona anemia, refractaria a la hormoterapia y al legrado endometrial repetido.

Neoplasias: Tumoraciones cancerosas con lesiones de alto grado, en cuyos casos es indicada la histerectomía⁷, principalmente en: mujeres de 45 años, con lesiones con extensión al canal endocervical, con patología pélvica asociada, dificultad de seguimiento y en cáncer cervicouterino in situ (etapa inicial). La mayoría de pacientes con carcinoma cervical en estadios IB y IIA, se aconseja la histerectomía abdominal extensa con linfadenectomía pélvica bilateral y colpectomía parcial. En lo que respecta al carcinoma de endometrio de la etapa I hasta la III, debe realizarse con salpingooforectomía bilateral, para prevenir metástasis en los ovarios.

Trastorno de la estática pélvica (prolapso genital): Constituye alrededor del 10% de las indicaciones para histerectomía y representa una restauración de la anatomía normal y de soporte adecuado del tracto vaginal de salida, paredes y cúpula vaginal. Es común en mujeres mayores de 60 años.

Dolor Pélvico: En ausencia de una patología pélvica específica, el dolor pélvico crónico no debe ser tratado con histerectomía, salvo en ocasiones muy poco

habituales. Ya que se ha encontrado que el dolor pélvico no siempre desaparece e incluso llega a incrementarse, aún después de la histerectomía en aproximadamente la cuarta parte de las mujeres. Se han propuesto como orígenes de dicho dolor: debido a una congestión venosa, historia de abuso sexual o pacientes que tuvieron partos traumáticos con desgarro de las capas tisulares aponeuróticas a nivel de ligamento ancho y cardinal, y que a veces se extiende hacia ligamentos uterosacros, con desarrollo posterior de dispaurenia, disminorrea, dolor pélvico, etc.

Enfermedad Inflamatoria pélvica: Constituye una indicación muy rara para la histerectomía actualmente, pues se puede dar manejo con antibióticos y por drenaje de abscesos con catetes guiados por ultrasonografía o tomografía (80% al 85% casos responden). El manejo quirúrgico debe reservarse sólo para casos que no responden al tratamiento. El procedimiento en general consiste en salpingooforectomía bilateral y con histerectomía sólo en mujeres con paridad satisfecha.

Endometriosis: Trastorno en el cual el mismo tipo de tejido que recubre las paredes del útero crece fuera de éste en la cavidad pélvica o en alguna otra parte del cuerpo. Actualmente su manejo se inicia con medicamentos y con métodos quirúrgicos que permiten la conservación del útero, entre ellos la laparoscopia. Sin embargo, se ha visto que del 30 al 60% de los casos tratados médicamente recaen al año de terminar la terapia, por lo que se recurre a la histerectomía abdominal como procedimiento quirúrgico.

3.3.1 INDICACIONES HISTERECTOMIA OBSTETRICA

Rodríguez Flores M (1999), refiere que este procedimiento, en ésta circunstancia del parto, la histerectomía se lleva a cabo cuando se encuentra en riesgo la vida de la paciente y se divide en dos grandes grupos:

De emergencia: Para salvar la vida de la paciente, siendo la principal causa la hemorragia masiva o infección uterina, de la cual el acretismo placentario (inserción

anormal de la placenta) es la principal causa, el cual se relaciona con la alta incidencia de cesáreas, placenta previa y legrados. En segundo lugar se encuentra atonía uterina, la cual a disminuido, por el advenimiento de medicamentos que favorecen la contracción uterina y así disminuye el sangrado. Otras causas son la ruptura uterina, que se asocia a cicatrices previas, la conducción del parto con oxitocina y su inducción con prostaglandinas; una causa más son infecciones, las cuales han disminuido por la administración de nuevos medicamentos; y por último otra posible causa es por la infiltración hemática que se presenta en el Abruption placentar.

- **Acretismo placentario:** Es la inserción anómala de parte o toda la placenta, con ausencia parcial o total de la decidua basal y anomalía en la caduca verdadera, con penetración de las vellosidades coriales al miometrio.
- **Atonía uterina:** Falta de contracción en el miometrio, o la ausencia o disminución de contractibilidad en el puerperio.
- **Ruptura uterina:** Cualquier solución de continuidad del útero supracervical en la paciente embarazada, excluyendo las perforaciones uterinas post legrado, ruptura de embarazo cornual y prolongación de la histerectomía

Electiva: Es programada antes del procedimiento o sin necesidad que se encuentre en peligro la vida de la paciente. Este procedimiento solo se acepta en pacientes multiparas de alto riesgo, es decir que presentan algún tipo de tumor ya sea de origen benigno o maligno, que ponen en riesgo la calidad de vida de la paciente o la vida de la misma.

En el Instituto Nacional de Perinatología la clasificación de la Histerectomía obstétrica es la siguiente:

Indicaciones absolutas: Ruptura uterina no reparable, Adherencia anormal placentaria, Inercia uterina que no responde a procedimientos conservadores e infección puerperal de órganos internos.

Indicaciones relativas: En este caso se contempla que exista una paridad satisfecha; se realiza en casos de miomatosis uterina múltiple y en la presencia de carcinoma cervicouterino in situ o ciertos grados de displasia.

Otra modalidad, es la histerectomía en bloque, cuya indicación se da cuando el producto no está vivo o no tiene pronóstico; así como en caso de mola hidratidiforme o diagnóstico de carcinoma o en hemorragias profusas.

3.4 PROCEDIMIENTOS O METODOS QUIRÚRGICOS

Estas operaciones se realizan bajo anestesia general y duran entre una y dos horas.

La **histerectomía abdominal** es la operación mayor, más común realizada en la mujer, sin embargo se ha observado una pequeña reducción en su uso, debido al advenimiento de nuevos procedimientos médicos y quirúrgicos para el tratamiento de la menorragia (sangrados abundantes) y la fibromatosis uterina. En dicho procedimiento se hace una incisión que va desde justo debajo del ombligo hasta encima de la línea del vello púbico; la incisión mide generalmente entre 4 y 6 pulgadas. Este tipo de incisión hace más fácil trabajar en el interior del abdomen. Otra opción, es la de corta a lo largo de la línea del vello púbico, a veces esto se llama incisión de "bikini" y posiblemente la cicatriz no se vea fácilmente después de sanar. En este rubro también se contempla a la histerectomía obstétrica.

Otro método es la **Histerectomía vaginal** que consiste en hacer una incisión a través de la vagina. Este método no deja cicatriz visible. Se puede usar si el útero es pequeño o si ha descendido (si hay prolapso) a la vagina. Si tiene un tumor o un cáncer uterino u ovárico grande, el cirujano debe realizar una incisión o apertura abdominal más grande, para así poder ver los órganos de la pelvis.

Cirugía Laparoscópica Láser: También se denomina Cirugía Mínimamente Invasiva donde en vez de incisiones grandes se realizan incisiones de 10 a 15 mm, y se introducen endoscopios (instrumentos para mirar por dentro) conectados a monitores y

cámaras. Por éstos se pueden introducir instrumentos quirúrgicos y fibras ópticas de sistemas láser sean de CO₂, Argón y N-YAG. Sus ventajas son muchas, mayor recuperación, menos sangrado, menos trauma a los tejidos, menos pérdida de trabajo y cicatrices no exageradas desde el punto de vista estético. Sin embargo se requiere de un buen manejo de este método, por que si no los efectos posteriores no suelen ser tan favorables. Sus aplicaciones son múltiples, tales como: Endometriosis, Quistes ováricos (Cistectomía), adherencias pélvicas y Histerectomía.

3.4.1 ELECCIÓN DE ABORDAJE QUIRÚRGICO

Montaño Flores a., 1998, menciona que la proporción entre histerectomía abdominal y vaginal ha permanecido constante en las dos últimas décadas, con un 75% de abordajes abdominales. Se han propuesto criterios para la selección del abordaje quirúrgico de una histerectomía, pero no se han estandarizado, por lo que esta deberá individualizarse según el caso; por lo que es necesario estudiar minuciosamente cada una de las características clínicas de cada paciente y asignarle la vía que más le convenga.

La elección está influenciada por los siguientes factores:

Tamaño Uterino: En caso de tumoraciones de gran magnitud (miomatosis) es aconsejable la vía abdominal, aunque el útero puede reducir su tamaño hasta un 50% si se administra medicamento (acetato de leuprolide) previo. Sin embargo se reporta que en un útero con un peso promedio de 550gr, se recomienda la vía abdominal, en uno de 117gr histerectomía vaginal asistida por laparoscopia y 144gr para vía vaginal.

Experiencia y/o preferencia quirúrgica: Se incluyen las preferencias personales de cada cirujano hacia cada caso y al entrenamiento previo que recibió en su formación. Actualmente se acepta que el método debe de ir encaminado a escoger la más conveniente para la paciente y no la inclinación del cirujano.

Tumoración pélvica o anexial presente: Se aconseja el abordaje abdominal para visualización y palpación directa de la tumoración y para proceder a otros recursos quirúrgicos en caso de resultados patológicos malignos.

Adherencias pélvicas: Si esta es leve puede realizarse la vía vaginal, pero si es de tal grado que llegue a inmovilizar a los anexos, se preferirá la vía abdominal.

Trastornos de la estática pélvica: Siempre se procurará realizar el abordaje vaginal, por los procedimientos quirúrgicos que se realizan adicionalmente (colporrafia).

Dolor pélvico: Se recurrirá a la histerectomía abdominal o la vaginal asistida por laparoscopia, esto por la necesidad de visualizar la presencia de probables adherencias, abscesos, tumoraciones o focos de endometriosis.

Enfermedades benignas: La vía vaginal resulta de menor riesgo para la paciente, tanto en la morbilidad febril como hemorragia.

Silvestri Tomassoni J. R 1999, menciona que la vía de extirpación del útero más común en el INPer es la abdominal, lo cual puede explicarse por varios factores:

- ◆ La indicación preoperatoria más frecuente encontrada es la de miomatosis uterina, que dificulta en cierta forma la vía vaginal para realizar el procedimiento.
- ◆ En ausencia de trastornos de la estática pélvica, las complicaciones para realizarla por vía vaginal son mayores.
- ◆ La vía vaginal requiere de una experiencia quirúrgica mayor.
- ◆ El gran número de pacientes que cuentan con cirugías pélvicas previas dificulta por mayor número de adherencias la vía vaginal.

La histerectomía vaginal asistida laparoscópicamente necesita de gran experiencia quirúrgica para realizar dicho procedimiento, con muchas horas de practica; siendo muy frecuentes las complicaciones mayores cuando la pericia del cirujano no es adecuada.

3.5 COMPLICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS

Se hace mención que los efectos secundarios y complicaciones dependen de varias cosas, por ejemplo la edad, enfermedad, si todavía tiene la regla antes de la operación y el tipo de histerectomía que se haga.

Sin embargo, Rodríguez Flores M (1999), menciona que algunos autores refieren que el alto índice de complicaciones se debe a la impericia quirúrgica y por la falta de práctica de este procedimiento.

Silvestri Tomassoni J.R, (1999), menciona que el riesgo de complicaciones menores es del 24.5% (vía vaginal) y 42.8% (vía abdominal), y las complicaciones inmediatas postoperatorias son:

- Fiebres, retención urinaria (15% vaginal y 4.8% abdominal) y riesgo de abrirse la herida (0% y 0.2%).
- Hemorragias que requieren transfusión, ya que siempre existe el riesgo de que se sangre demasiado durante una operación y se necesite una transfusión. Por su lado Alfredo Montaña (1998), refiere que la hemorragia se puede presentar en tres tipos: la trasquirúrgica, que es causada por la lesión de un vaso que no se logra controlar fácilmente; la postquirúrgica inmediata, donde la causa más común es la ligadura inadecuada de pedículos y la postquirúrgica tardía, que suele asociarse a infecciones. Las patologías que más se relacionan con un incremento de hemorragia son: cirugías previas, endometriosis, obesidad y peso o tamaño uterino
- Lesión vesical siendo la incidencia global del 1 al 2% (1-2% abdominal, 0.5-1.5% vaginal y 1.1% laparoscopia), siendo más frecuente en mujeres con antecedentes de cesárea; dicha lesión de la vejiga puede ocurrir al abrir el peritoneo o más a menudo, durante la disección para despegarla del cuello uterino y vagina (Alfredo Montaña 1998).

- Lesión uretral, al respecto Alfredo Montañó (1998), reporta que en forma global el promedio de daño uretral va del 01% al 0.5% (0.1-0.7% abdominal, 0-0.1 vaginal y 0.3 laparoscopia), haciendo mención que este tipo de lesión es más grave que la lesión vesical por el riesgo de trastorno renal subsecuente; lesiones que pueden ser evitadas si se localiza directamente al uréter en el procedimiento.

- Lesión intestinal (0.3% vía vaginal y 0.6% vía abdominal), al respecto se ha reportado que algunas pacientes presentan sintomatología intestinal denominada "Síndrome de Ogilvie" (descrito en 1948), el cual consiste en una aguda y masiva dilatación del intestino delgado, sin presentar obstrucción mecánica alguna, hasta la fecha la causa de este síndrome no es reconocida. Ogilvie sugiere un desbalance entre la inervación simpática y parasimpática del colon. Así mismo se ha asociado a condiciones como son cesárea-histerectomía y sepsis (Silvestri Tomassoni J.R, 1999).

- Infecciones: Como ocurre con cualquier tipo de operación, siempre hay riesgo de infección. Los factores de para contraer una infección son: contaminación del campo quirúrgico, fuga de contenido intestinal (por lo que previó a la operación se hace un lavado intestinal), inmunosupresión, desnutrición, enfermedad crónica y debilitante, mala técnica quirúrgica, infección urinaria o cervicovaginal previa, obesidad, hemorragia mayor y uso o no de antibióticos profilácticos.

- Efectos de la anestesia: Le darán anestésicos para que no sienta dolor durante la operación. Es posible que se sienta irritable, cansada o débil por unos días. También es posible que tenga náuseas. Generalmente el médico le puede dar algo para que le ayude a calmar el estómago.

Silvestri Tomassoni J.R, 1999, menciona que en comparación con el reporte mundial, en el INPer se observa que las complicaciones son menores para la Histerectomía abdominal: transfusión 15.40%-8.24%, lesión vertical 1.60%-0.54%, lesión uretral 0.30%-0%, morbilidad febril 32.30%- 19.70%, amenaza de vida 0.40%-0% y retención uterina 4.80%-1.10%; a excepción de la dehiscencia (abertura) de la herida quirúrgica (0.20%-5.40%). En la Histerectomía vaginal son mayores las complicaciones en:

transfusión 8.30%-18.70%, amenaza de vida 0%-1.50%, retención uterina 15.00%-15.60% y la dehiscencia (abertura) de herida 0%-3.10%; por el contrario es menor en: lesión vesical 0.30%-0%, Morbilidad febril 15.30%-10.90%; e igual en la lesión uretral 0%-0%. La Histerectomía Vaginal Asistida Laparoscópicamente tiene menores complicaciones en lesión uretral 0.30%-0%, morbilidad febril 14.40%-11.10%, retención urinaria 0.30%-0% y abertura de la herida 0.10%-0%; sin embargo presentan un alto porcentaje de complicaciones en transfusión 15.50%-27.70%, lesión vesical 1.10%-5.50% y amenaza de vida 0.20%-11.10%. Por lo que en términos generales las complicaciones mayores son importantes principalmente en las dos vías vaginales.

Por otro lado, algunos posibles síntomas posteriores reportados por la literatura son: dispareunia, disminución de la libido, bochornos, disminución de apetito, constipación (estreñimiento), ganancia de peso, dolor lumbar, dolor pélvico, menopausia prematura y problemas urinarios.

Richard Liford (1998), menciona que existe una sospecha controvertida con respecto a problemas de incontinencia; así como un posible efecto endocrino adverso, ya que una histerectomía simple puede predisponer a insuficiencia ovárica (es decir una menopausia prematura); de igual manera se ha reportado un aumento de síntomas menopáusicos tras una histerectomía con conservación de ovarios, pero esto podría estar relacionado con la causa de la intervención.

De igual manera se reportan problemas psicológicos generados por la histerectomía, ya que para muchas mujeres sienten amenazada su feminidad, por lo que se sugiere a los médicos utilizar primeramente otros métodos médicos alternativos antes de optar por la histerectomía. (Silvestri Tomassoni J.R, 1999). Siendo la edad un factor importante en la forma en que la mujer reacciona emocionalmente a la histerectomía; esto ocurre especialmente en las jóvenes que no han comenzado a tener hijos, o que no han tenido el número de hijos que desean. A veces los médicos pueden encontrar formas de ayudarla a manejar su enfermedad si desea quedar embarazada antes de la operación. A veces la histerectomía es necesaria para mantener la salud de la mujer, y tal vez no sea posible posponerla.

Montaño Flores Alfredo 1998, reporta que además de la edad y paridad satisfecha o no satisfecha, el grado de la reacción va a depender de la educación, nivel socioeconómico, raza, costumbres, patología de base, relación conyugal y tiempo entre decisión de operación y operación propiamente dicha, ya que entre menor sea el tiempo de la decisión de practicar la operación y su realización, mayor será la incidencia de trastornos emocionales; por lo que se contempla la necesidad e importancia que tiene el hablar con la paciente y con la pareja (de ser necesario) acerca de la función real de este órgano (útero), ya que para muchas mujeres representa algo propio de su feminidad y para otras con importancia simbólica como órgano sexual, por lo que su extirpación puede condicionar una pérdida del deseo y destrucción de su identidad y función como mujeres.

3.6 VENTAJAS

Por otro lado Richard Lilford (1998), reporta que estudios longitudinales han mostrado que la intervención realmente mejora la calidad de vida. Se contempla como tratamiento seguro, con reducidos índices de mortalidad, elimina riesgos posteriores de cáncer de endometrio y ovarios (40%), y da una sensación de bienestar. Además existen pocos indicios de que tenga consecuencias a largo plazo para la salud en general.

3.7 HISTERECTOMIA Y EXTIRPACION DE OVARIOS

Si se le extirpan los ovarios puede tener síntomas relacionados con la menopausia, ya que los ovarios producen el estrógeno, hormona que desempeña varias funciones en el cuerpo, como ayudar a prevenir las cardiopatías y la osteoporosis (enfermedad en la que los huesos se debilitan y pueden quebrarse fácilmente) y previene la sequedad vaginal. Pueden presentarse síntomas como: bochornos, sequedad vaginal, sudados nocturnos, cambios del estado de ánimo u otros síntomas. Algunos cirujanos extirpan los ovarios como rutina en mujeres mayores de 40 años para prevenir el cáncer. No obstante, ésta es una práctica controvertida, ya que el cáncer de ovario es poco frecuente y sólo es mortal en un 10 ó 20% de los casos.

Podríamos concluir es que a pesar de que la histerectomía, puede mejora la calidad de vida, al ser un tratamiento definitivo de enfermedades uterinas no cancerosas, las cuales producen síntomas molestos para la mujer y que algunas veces pone en riesgo su vida. Sin embargo, unas cuantas mujeres se sienten peor después de la operación y se arrepienten de haber decidido hacérsela. Por lo que es importante examinar con el médico cada una de las opciones y considerar las ventajas y desventajas de la operación. También es conveniente que hable con sus familiares y otras personas cercanas antes de tomar una decisión.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que la histerectomía es una cirugía mayor común en la población femenina, existiendo diversas causas médicas que justifican dicho procedimiento (extirpación del útero e incluso en algunas de ellas es necesaria también extirpación de uno o los dos ovarios): algunas causas pueden ser por sangrados anormales, por miomatosis, por cáncer, por complicaciones durante el parto o por problemas vaginales. Sin embargo independientemente de la causa por la que haya sido efectuada la operación, según lo reporta la bibliografía y de lo observado en nuestra experiencia clínica, se ha detectado que para la mayoría de las mujeres el útero tiene una fuerte connotación en su identidad, así como en su falta de deseo y disfrute sexual; por lo que la histerectomía en algunos casos provocan en la mujer sensaciones de mutilación (al sentirse huecas) e insensibilidad coital (en ella o su pareja); lo que quizás puede provocar en ellas sentimientos devaluatorios, los cuales al parecer suelen ser compensados en algunas mujeres que realizan otras actividades independientes de su rol materno y de ama de casa.

Por lo que lo antes dicho nos llevó a realizar un estudio de tipo exploratorio en una primera fase en donde nuestra pregunta fue:

¿Cuál es el autoconcepto y nivel de autoestima de las pacientes histerectomizadas?

De los datos obtenidos de la pregunta anterior y para tener una mayor claridad de los mismos, en una Segunda Fase, surge la pregunta:

¿Qué relación tienen las variables autoestima y autoconcepto, con las variables sociodemográficas (ocupación, escolaridad y maternidad) y las variables médicas (diagnóstico y procedimiento)?

4.2 JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con las estadísticas del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), existen en promedio 400 mujeres histerectomizadas al año. De la misma manera, de acuerdo a las últimas estadísticas que presenta la Secretaría de Salud en 1996, fueron intervenidas quirúrgicamente 6,618 mujeres por Histerectomía abdominal total, en donde 4,114 de los casos fueron por cáncer cervico-uterino, y el resto por problemas ginecológicos y obstétricos, en toda la República Mexicana.

Por otro lado con lo referente al estado emocional de estas mujeres, un número reducido de investigaciones nos señala, que sufren un desajuste emocional; presentando baja autoestima, un cambio de percepción en su imagen corporal, en sus relaciones interpersonales, en su sexualidad y su autoconcepto, entre otras reacciones como lo son la depresión y la ansiedad, lo que las lleva a recurrir a diversas conductas que les permiten enfrentar tal situación.

De acuerdo con lo que nos arrojan investigaciones anteriores y ante la escasez de la mismas, nuestra principal inquietud fue realizar un estudio de tipo exploratorio que nos permitiera conocer el nivel de autoestima y el autoconcepto de las mujeres histerectomizadas en relación con las variables sociodemográficas (ocupación, escolaridad y maternidad) y médicas (diagnóstico y procedimiento quirúrgico). La autoestima nos da a conocer según lo plantea Coopersmith (1967) el sentimiento de valía de la propia mujer después de ser histerectomizada y la segunda variable refleja la autopercepción de la mujer en diversas áreas (identidad, física, personal, conductual, moral, familiar, social y autosatisfacción).

Por otro lado, el reconocer el nivel de autoestima y las áreas de mayor afectación en el autoconcepto de la mujer, así como reconocer las variables que las favorecen o afectan nos permite detectar el tipo de apoyo (médico o psicoterapéutico), que podría beneficiar el mejoramiento sintomático de las pacientes, así como poder tener una mayor adherencia terapéutica, que contribuya en el éxito de sus tratamientos médicos y su pronta recuperación física.

4.3 OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL:

Realizar un estudio de tipo exploratorio que permita conocer el nivel de autoestima y autoconcepto, de las pacientes histerectomizadas.

Conocer la relación de las variables autoestima y autoconcepto con las variables sociodemográficas (escolaridad, ocupación y maternidad) y médicas (diagnóstico y procedimiento).

4.4 VARIABLES

Constante

Histerectomía:

Diamond, et.al. (1995) mencionan que la histerectomía es un procedimiento que tiene varias implicaciones físicas, psicológicas y emocionales para la mujer que se somete a este procedimiento. Las indicaciones más comunes para la extirpación del útero incluyen fibrosis uterina, disfunción uterina, adenomiosis y dolor pélvico.

Variables:

Definición Conceptual:

Autoestima:

Coopersmith (cit. en Lara C., et. al. 1993) define a la autoestima como "el juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia si mismo. Es una experiencia subjetiva que se trasmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta".

Autoconcepto:

Fitz, 1965, (cit. en Barruel O. y Iñesta, C., 1993) define al autoconcepto como "la imagen que el individuo tiene de si mismo, la descripción más completa que un individuo puede dar de sí mismo en un momento dado".

Escolaridad:

"Conjunto de los cursos que un estudiante sigue en un colegio" Diccionario Larousse, 1987.

Ocupación:

"Empleo, oficio, dignidad y profesión" Diccionario Larousse, 1987.

Maternidad:

"Función psicológica, biológica y social" Diccionario Larousse, 1987.

Diagnóstico: "Dícese de los signos que permiten reconocer las enfermedades" Diccionario Larousse, 1987.

Procedimiento:

"Acción o modo de obrar; sinónimo: método" Diccionario Larousse, 1987.

Definición Operacional:

Autoestima:

Es el cómo se evalúa el sujeto a sí mismo, es decir que tanto aprecio tiene de sí mismo. Dicha variable será medida con el Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, el cual fue validado (validez de constructo de $p=.05$) y confiabilizado (coeficiente de confiabilidad de 0.81) con población mexicana por Lara C., Verduzco, Acevedo y Cortés (1993).

Autoconcepto:

Manera o forma de percibirse a sí mismo, tanto física como emocionalmente en función al medio que nos rodea. Dicha variable será medida con la escala de Teenesse, en su forma validada con población mexicana de García, A. y Quintero, V. (1995). La confiabilidad global es de 0.73 y de manera independiente van de 0.24 hasta 0.61.

Escolaridad:

Nivel de estudios alcanzados, reconocidos institucionalmente.

Ocupación:

Ejercer un trabajo en el que invierte tiempo y esfuerzo.

Maternidad: Función de crianza que es satisfecha o no para la mujer, en su ser madres o en su deseo de serlo o volverlo a ser.

Diagnóstico: Valoración que determina un tipo de padecimiento.

Procedimiento: Modo o acción para lograr o llegar a un objetivo o meta

4.5 TIPO ESTUDIO

Primera fase: Se realizó un estudio retrospectivo y transversal de tipo exploratorio.

Segunda fase: Correlacional.

4.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo a los objetivos de la presente investigación: a) conocer el nivel de autoestima y las áreas del autoconcepto mayormente afectadas en las mujeres hysterectomizadas y b) conocer su relación con variables médicas y sociodemográficas; con las que se llevó a cabo una investigación Ex post facto, ya que no hubo manipulación de variables.

4.7 MUESTRA

Esta fue capturada en el INPer siguiendo los siguientes parámetros, para determinar el número total de la misma. La población que ingreso al INPer en el año de 1998, correspondió a 7108 pacientes de las cuales 393 fueron sometidas a hysterectomía¹ correspondiente al 5.52% de la población atendida en ese periodo. Para obtener el tamaño de la muestra se empleo el programa Sample, reportando que la proporción esperada es de 0.052, a un nivel de 0.05 a una prueba de dos colas, correspondiendo el tamaño de la muestra a 81. Sin embargo se decidió incrementarla a 100 casos, que corresponden al 25.44% de las pacientes hysterectomizadas en el INPer, en el periodo analizado.

Criterios de Inclusión:

- Mujeres que hayan sido sometidas a una hysterectomía, entre seis meses y un año y medio de haber sido intervenidas.
- No estar en ningún tipo de tratamiento psicoterapéutico o en grupos de apoyo psicoafectivo.

Criterios de exclusión:

- Cursar con un padecimiento psiquiátrico grave.

¹ datos proporcionados por el servicio de estadística del INPer

4.8 INSTRUMENTOS

1) Ficha de identificación para recabar datos médicos y sociodemográficos que se requieran. (Ver anexo 7.3)

2) Para conocer el nivel de autoestima se empleó el Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, el cual fue validado y confiabilizado con población mexicana por Lara C., Verduzco, Acevedo y Cortés (1993). El instrumento obtuvo una validez de constructo de $p=.05$, así mismo la validez concurrente se obtuvo por medio del coeficiente de correlación de Pearson con respecto al Inventario de Personalidad de Eysenck (1975), encontrándose correlaciones negativas entre la autoestima y las escalas de Neuroticismo y Psicosisismo y correlaciones positivas con las escalas de Extroversión y Deseabilidad Social. El coeficiente de confiabilidad fue de 0.81. La **media** fue de **17.55** y una **desviación estándar de 4.6**; por lo que se tomara como *rango de normalidad el de 13 a 22 puntos*, siendo consideradas las puntuaciones menores de 13 como baja autoestima y mayores de 22 alta autoestima. Dicho inventario esta compuesto por 25 reactivos que contienen respuesta dicotómicas (Si o No), las cuales nos van a indicar el nivel de autoestima, de cada una de las pacientes. (Ver anexo 7.4)

3) Se utilizó la Escala de Autoconcepto de Tennessee. (Ver anexo 7.5) recientemente ha sido validado con población mexicana por García, A. y Quintero, V. (1995). Quienes reportan que el 95% de los reactivos discriminan a un nivel de significancia de .05 entre los sujetos que presentan el rasgo y los que no lo presentan, por lo que concluyen que los reactivos son comprensibles para la población mexicana que tengan un nivel de lectura de sexto grado de primaria. La confiabilidad global es de 0.73 y de manera independiente van de 0.24 hasta 0.61.

La escala esta constituida por 100 reactivos autodescriptivos que la persona usa para describir la imagen que tiene de si mismo; 90 reactivos de dichos, se encuentran divididos en positivos y negativos, éstos fueron retomados de otros instrumentos que median autoconcepto, incluyendo los desarrollados por Balester (1956), Engel (1956) y Taylor (1953), en donde los reactivos se derivaron de autodescripciones escritas por pacientes y no pacientes, después de un análisis considerable, se desarrollo un sistema fenomenológico para clasificar los reactivos, sobre la base de lo que ellos mismo decían, esto evoluciono hasta el esquema bidimensional 3x5 empleado en la hoja de calificación de ambas formas; los 10 reactivos restantes componen la escala de Autocrítica, estos

fueron tomados de la Escala L del M.M.P.I., en donde la mayoría de las afirmaciones son derogatorias, por lo que la mayoría de la gente las acepta como ciertas, con respecto a ellas mismas, las personas que niegan la mayoría de las afirmaciones, son generalmente defensivas y tratan de presentar una imagen favorable.

La escala se divide en 7 subescalas:

Identidad: Media 125.3 D.S 11.6 Normalidad 114-136

Autosatisfacción: Media 109 D.S. 16.7 Normalidad 92-124

Conducta: Media 113.4 D.S 11.8 Normalidad 125-147

Yo físico: Media 72.1 D.S 8.7 Normalidad 63-81

Yo ético-moral: 70.6 D.S 8.8 Normalidad 62-78

Yo personal: 69.6 D.S. 8.1 Normalidad 62-78

Yo familiar: 69.5 D.S. 8.6 Normalidad 61-78

Yo social: 65.7 D.S. 8.8 Normalidad 57-75

4.9 PROCEDIMIENTO

- I. Se solicitó la estadística anual de las pacientes sometidas a una histerectomía en el Instituto Nacional de Perinatología, 1998.
- II. Se solicitó apoyo del Departamento de Tococirugía para revisar libretas de registro de pacientes que fueron operadas en todo el año de 1998 y de Enero- Junio de 1999, tomando su nombre, número de registro, procedimiento y diagnóstico.
- III. Se revisaron expedientes tomando datos personales de las pacientes para contactarnos con ellas por vía telefónica.
- IV. Se les llamó a las pacientes explicándoles la razón de nuestro llamado y la utilidad e importancia que tenía para la Institución el que nos proporcionara información sobre su estado emocional y el objetivo de la investigación.
- V. Si aceptaban colaborar en la Investigación, se les daba una cita para que se presentaran en el departamento de Psicología de la Institución, para la aplicación de los cuestionarios y una pequeña entrevista, lo cual requería de una hora y media aproximadamente.
- VI. Una vez que asistían se les muestra un texto informativo y se le pedía firmar la carta de consentimiento informado, empleada por el INPer, donde dan su

autorización para su participación de la investigación. (Se encuentra en el apartado de anexos 7.1 y 7.2).

- VII. Si requerían de apoyo terapéutico, si se detectaba problemática de pareja o por otras circunstancias, se canalizaban a grupo de parejas o climaterio (si aún eran pacientes del INPer) o se canalizaban a una Institución externa
- VIII. Al término de la aplicación de las pruebas, se calificaron los instrumentos y se vaciaron los datos en el programa estadístico SPSS para llevar a cabo el análisis de los resultados.

CAPITULO V

ANÁLISIS ESTADÍSTICO RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por una única muestra de 100 mujeres Histerectomizadas del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), cuyo rango de edad fue de 26 a 54 años.

En una primera fase se describirán los datos obtenidos de las medidas de tendencia central de las variables sociodemográficas, médicas y factores emocionales, para conocer las características generales de la población. Posteriormente en una segunda fase para conocer la relación de las variables, se crearan intervalos de edad de la población total, así como intervalos de las puntuaciones de las escalas (autoconcepto y la autoestima), datos a los que se les aplicará una prueba de correlación Ji cuadrada con tablas de contingencia para una sola muestra (Mujeres histerectomizadas) con variables de dos o más categorías.

Donde la ji cuadrada refleja las diferencias entre las frecuencias observadas y las esperadas, apoyándose en la hipótesis nula de independencia la cual será rechazada tomando el valor de significancia $\alpha.05$, por lo que aquellas variables que adquirieran este valor de significancia son consideradas dependientes. Por otro lado las tablas de contingencia permiten determinar el lugar y grado de relación existente entre las categorías de las variables, señalada por el residuo tipificado, donde el valor mayor a 1 muestra una relación significativa entre las categorías. Este tratamiento estadístico permite conocer de manera más precisa la relación de las variables autoestima y autoconcepto con las variables sociodemográficas y médicas.

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

5.1.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD:

El rango de edad de la muestra fue entre 26 y 54 años de edad. La media fue de 42.14, mediana de 43, moda 42 y la desviación estándar de ± 5.46 .

MEDIDAS	EDAD
Rango	26-54
Media	42.14
Mediana	43.00
Moda	42
D.E.	5.46

Tabla 1. Medidas de tendencia central de la población Total (N-100)

Los intervalos de edad de la población total fueron: 4 mujeres entre 26 y 32 años, 25 mujeres entre 33 y 39 años, 50 mujeres entre 40 y 46 años y 21 mujeres mayores de 46 años, siendo la edad máxima de 54 años.

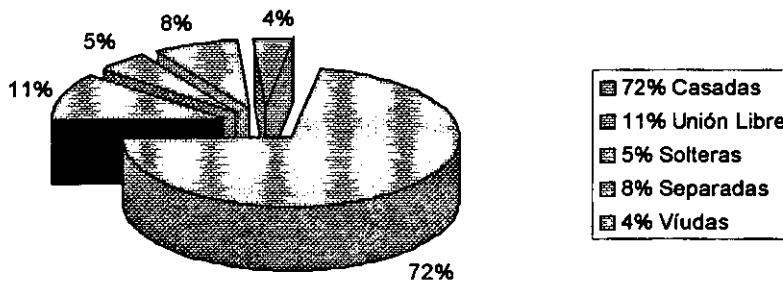
26-32 Años	33 - 39 Años	40-46 Años	Más de 47 Años
4%	25%	50%	21%

Tabla 2. Porcentajes de los intervalos de edad de la población total.

ESTADO CIVIL:

Dentro del estado civil se observo que el 72% de las mujeres son casadas, el 11% viven en unión libre, el 5% son solteras, el 3% divorciadas, el 5% separadas y el 4% viudas.

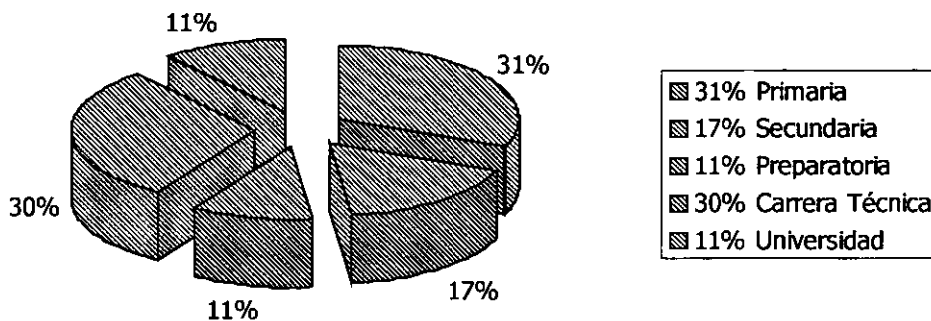
GRAFICO 1 PORCENTAJES ESTADO CIVIL



ESCOLARIDAD:

Con respecto al grado de escolaridad, observamos que el 31% corresponde a nivel primaria, el 17% al nivel secundaria, el 11% al nivel preparatoria, el 30% al nivel técnico y el 11% al nivel universitario.

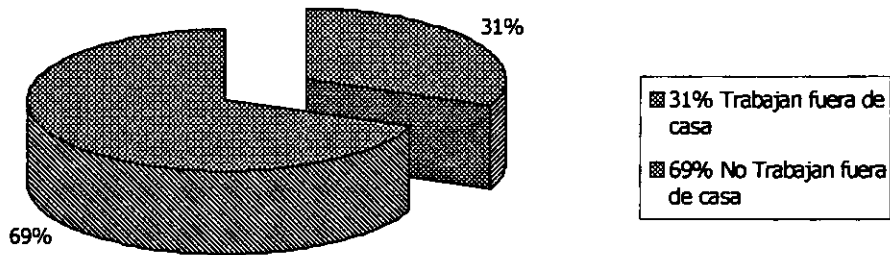
GRAFICO 2 PORCENTAJES ESCOLARIDAD



OCUPACIÓN:

En cuanto la ocupación, se encontró que el 31% de las mujeres Trabajan fuera de casa y el 69% no Trabajan fuera de casa.

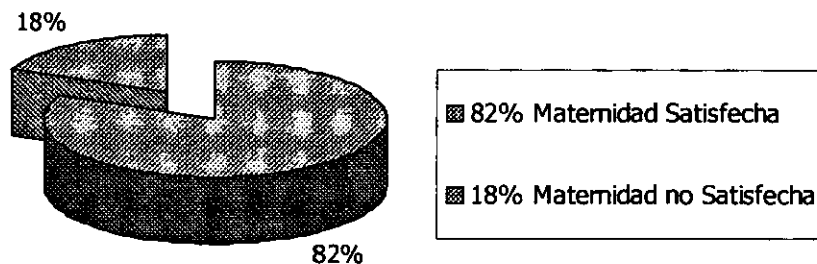
GRAFICO 3 PORCENTAJES OCUPACIÓN



MATERNIDAD:

Con lo referente a la maternidad, se encontró que el 82% de las mujeres reportan maternidad satisfecha y el 18% reportó maternidad insatisfecha.

GRAFICO 4 PORCENTAJES MATERNIDAD

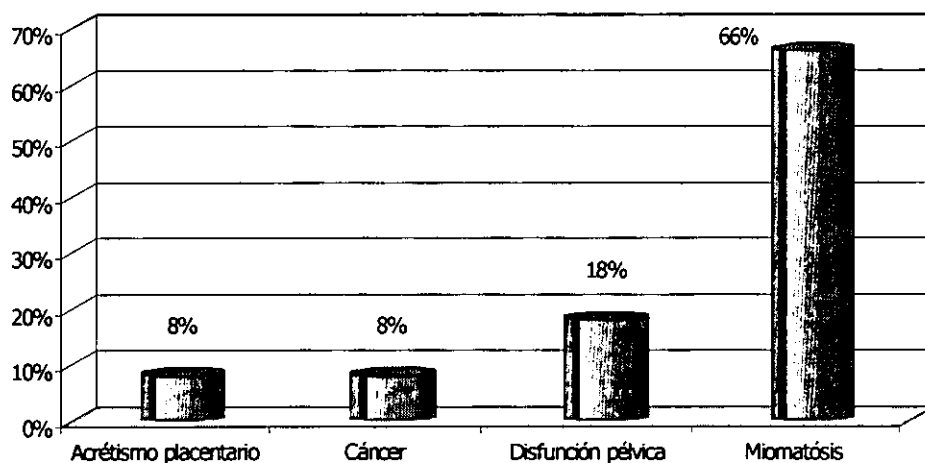


5.1.2 VARIABLES MÉDICAS

DIAGNÓSTICO:

En lo concerniente al motivo de la histerectomía se observó que de una población total de 100 mujeres, el 8% fue por causas obstétricas, el 8% por cáncer, el 18% por disfunción pélvica y el 66% por miomatosis.

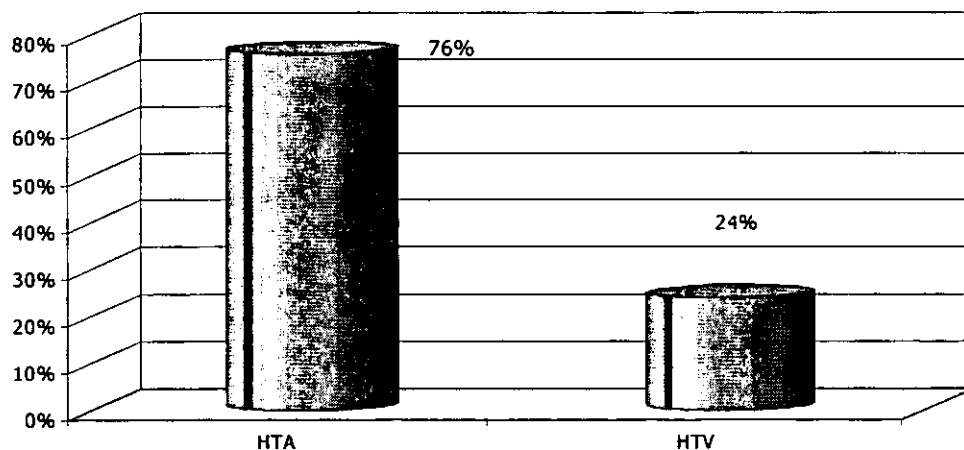
GRAFICO 5 PORCENTAJES DIAGNÓSTICO



PROCEDIMIENTO:

En cuanto al tipo de procedimiento empleado se observó que al 76% se le realizó histerectomía abdominal y al 24% histerectomía vaginal.

GRAFICO 6 PORCENTAJES PROCEDIMIENTO



5.1.3 FACTORES EMOCIONALES

AUTOESTIMA:

La **media** de Escala estandarizada con población mexicana es de **17.55** con una desviación estándar de 4.6; por lo que se tomara como *rango de normalidad* el de *13 a 22 puntos*.

	Población Total	26-32 Años	33-39 Años	40-46 Años	Más de 47 Años
Media	17.42	12.75	18.84	17.88	17.9
Desviación estándar	5.26	5.91	5.64	5.05	5.06

Tabla 3. Medias y desviación estándar de la Población Total y Grupos de Edad.

AUTOCONCEPTO:

En esta Tabla se presentan las medias y desviación estándar de las puntuaciones estandarizadas con población mexicana y las medias y desviación estándar obtenidas de la población Total.

Escala	Puntuación estandarizada		Población Total	
	Medias	D.S.	Medias	D.S.
Puntuación Total	347.8	34.4	334.6	42.08
Auocrítica	35.54	6.70	29.87	7.91
Conflicto Total	43.5	11.9	44.46	18.4
Variabilidad Total	52.9	12.3	52.9	15.46
Identidad (R1)	125.3	11.6	118.41	15.68
Autosatisfacción (R2)	109	16.7	105.57	17.64
Conducta (R3)	113.4	11.8	110.9	14.81
Yo Físico (CA)	72.1	8.7	61.72	10.80
Yo ético-moral (CB)	70.6	8.8	70.81	8.82
Yo Personal (CC)	69.6	8.1	67.08	10.93
Yo Familiar (CD)	69.5	8.6	69.92	9.45
Yo Social (CE)	65.7	8.8	65.77	10.56

Tabla 4. Medias y Desviación estándar de la puntuación total y subescalas de las puntuaciones estandarizadas y las puntuaciones de la población Total.

Escalas	Media Escala	Rango Normalidad	Pob. Total	26 a 32 años	33 a 39 años	40 a 46 años	+ de 47 años
Puntuación Total	347.8	313-382	334.6	313	334	334.6	334.6
Autocrítica	35.54	29-42	29.87	31	31.72	28.94	30.86
Conflicto Total	43.5	32-55	44.46	44.5	46	45.68	39.71
Variabilidad Total	52.9	41-65	52.9	47.8	51.4	54.2	52.4
Identidad (R1)	125.3	114-136	118.41	114	117.48	118.94	119.1
Autosatisfacción (R2)	109	92-124	105.57	95.75	105.76	107.64	102.29
Conducta (R3)	113.4	125-147	110.9	103.25	110.6	112.6	108.67
Yo Físico (CA)	72.1	63-81	61.72	50.75	62.52	62.62	60.71
Yo ético-moral (CB)	70.6	62-78	70.81	71	69.52	72.34	68.67
Yo Personal (CC)	69.6	62-78	67.08	61.75	67.16	67.6	66.76
Yo Familiar (CD)	69.5	61-78	69.92	69	68.48	71.18	68.81
Yo Social (CE)	65.7	57-75	65.77	60.5	66.56	66.08	65.1

Tabla 5 Comparación de Medias de población Total y Subgrupos de edad, en relación con puntuación promedio de escala y rango de normalidad considerando la desviación estándar del instrumento.

5.2 RELACIÓN ENTRE VARIABLES AUTOESTIMA, AUTOCONCEPTO Y VARIABLES (EDAD, OCUPACIÓN, ESCOLARIDAD, PROCEDIMIENTO, DIAGNOSTICO Y MATERNIDAD)

EDAD:

No se observa dependencia ($\alpha.324$) entre edad y autoestima. Así como entre la variable edad y Autoconcepto ($\alpha.134$).

PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

	Valor	gl	Significancia
AUTOESTIMA	13.651	12	.324
AUTOCONCEPTO	13.683	9	.134

MATERNIDAD

No se encuentra dependencia ni relación entre la variable maternidad y las variables Autoestima ($\alpha.569$) y Autoconcepto ($\alpha.306$).

PRUEBAS DE CHI-CUADRADA

	Valor	gl	Significancia
AUTOCONCEPTO	3.616	3	.306
AUTOESTIMA	2.936	4	.569

OCUPACIÓN:

PRUEBAS DE CHI-CUADRADA

	Valor	gl	Significancia
AUTOESTIMA	11.856	4	.018
AUTOCONCEPTO	7.961	3	.047

AUTOCONCEPTO:

De acuerdo a la diferencia entre las frecuencias observadas y esperadas según la hipótesis nula son estadísticamente significativas (α .**047**) rechazándose la hipótesis nula, por lo que la dependencia entre las variables ocupación y autoconcepto es alta, en particular se espera que las mujeres que no trabajan fuera de casa presenten un autoconcepto bajo (residuo tipificado.1), y en mujeres que trabajan fuera de casa la presencia de un autoconcepto normal es mayor (residuo tipificado 1.4).

Ocupación	Intervalos Escala Autoconcepto	Entre 251 y 292	Entre 293 y 334	Entre 335 y 377	Entre 378 y 420	Total
Si Trabajan fuera de Casa	Recuento	2	21	8	0	31
	Frecuencia esperada	6.2	19.2	5.0	.6	31.0
	Residuos tipificados	-1.7	.4	1.4	-.8	
No Trabajan fuera de Casa	Recuento	18	41	8	2	69
	Frecuencia esperada	13.8	42.8	11.0	1.4	69.0
	Residuos tipificados	1.1	-.3	-.9	.5	
Total	Recuento	20	62	16	2	100
	Frecuencia esperada	20.0	62.0	16.0	2.0	100.0

TABLA 1 de Contingencia de la relación de Mujeres que trabajan fuera de casa y no Trabajan fuera de casa, con intervalos de la escala Tennessee

AUTOESTIMA:

De acuerdo a la diferencia entre las frecuencias observadas y las esperadas según la hipótesis nula son estadísticamente significativas ($\alpha.018$) rechazándose la hipótesis nula y encontrándose relación entre la variable ocupación y autoestima, observándose (residuo tipificado 1.8) un alto nivel de autoestima en las mujeres que trabajan fuera de casa; y en las mujeres que no trabajan fuera de casa un autoconcepto normal (residuo tipificado 1.4).

Ocupación	Intervalos Escala Autoestima	<7	entre 7 y 11	entre 12 y 16	entre 17 y 21	>21	Total
Si Trabajan fuera de Casa	Recuento	1	2	1	15	12	31
	Frecuencia esperada	1.6	3.1	5.9	13.3	7.1	31.0
	Residuos tipificados	-.4	-.6	-2.0	.5	1.8	
No Trabajan fuera de Casa	Recuento	4	8	18	28	11	69
	Frecuencia esperada	3.5	6.9	13.1	29.7	15.9	69.0
	Residuos tipificados	.3	.4	1.4	-.3	-1.2	
Total	Recuento	5	10	19	43	23	100
	Frecuencia esperada	5.0	10.0	19.0	43.0	23.0	100.0

TABLA 2 de Contingencia de la relación Mujeres que Trabajan fuera de casa y Mujeres que no Trabajan fuera de casa, con intervalos de la escala de Autoestima.

ESCOLARIDAD:

PRUEBAS DE CHI-CUADRADA

	Valor	gl	Significancia
AUTOCONCEPTO	17.307	12	.138
AUTOESTIMA	28.405	16	.028

AUTOCONCEPTO:

Se encontró independencia ($\alpha.138$) entre escolaridad y autoconcepto.

AUTOESTIMA: Se rechaza la hipótesis nula y se observa dependencia entre la variable autoestima y escolaridad con una significancia de $\alpha.028$; encontrando que las mujeres con escolaridad primaria (residuo tipificado 2.2) presenten un nivel de autoestima bajo, las mujeres con escolaridad secundaria (residuo tipificado 2.3) un nivel de autoestima muy bajo y en mujeres con nivel preparatoria (residuo tipificado 1.3), técnico (residuo tipificado 1.1) y universitario (residuo tipificado 1.5) un nivel de autoestima normal.

Escolaridad	Intervalos Escala Autoestima	<7	entre 7 y 11	entre 12 y 16	entre 17 y 21	>21	Total
Primaria	Recuento	2	7	7	9	6	31
	Frecuencia esperada	1.6	3.1	5.9	13.3	7.1	31.0
	Residuos tipificados	.4	2.2	.5	-1.2	-.4	
Secundaria	Recuento	3	2	2	7	3	17
	Frecuencia esperada	.9	1.7	3.2	7.3	3.9	17.0
	Residuos tipificados	2.3	.2	-.7	-.1	-.5	
Preparatoria	Recuento	0	1	4	2	4	11
	Frecuencia esperada	.6	1.1	2.1	4.7	2.5	11.0
	Residuos tipificados	-.7	-.1	1.3	-1.3	.9	
Carrera Técnica	Recuento	0	0	5	17	8	30
	Frecuencia esperada	1.5	3.0	5.7	12.9	6.9	30.0
	Residuos tipificados	-1.2	-1.7	-.3	1.1	.4	
Universidad	Recuento	0	0	1	8	2	11
	Frecuencia esperada	.6	1.1	2.1	4.7	2.5	11.0
	Residuos tipificados	-.7	-1.0	-.8	1.5	-.3	
Total	Recuento	5	10	19	43	23	100
	Frecuencia esperada	5.0	10.0	19.0	43.0	23.0	100.0

TABLA 4 de Contingencia de la relación Escolaridad y Autoestima.

PROCEDIMIENTO

No se encontró dependencia ni relación entre la variable procedimiento y las variables Autoconcepto (α .532) y Autoestima (α .966).

PRUEBAS DE CHI-CUADRADA

	Valor	gl	Significancia
AUTOCONCEPTO	2.200	3	.532
AUTOESTIMA	.574	4	.966

DIAGNÓSTICO

No se observa dependencia ni relación entre la variable diagnóstico y las variables Autoconcepto (α .436) y autoestima (α .244).

PRUEBAS DE CHI-CUADRADA

	Valor	gl	Significancia
AUTOCONCEPTO	9.018	9	.436
AUTOESTIMA	14.960	12	.244

CAPITULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación y de lo reportado en otras investigaciones realizadas con mujeres Histerectomizadas, se observó una alteración en la percepción de sí mismas, detectada en una disminución de su identidad (femenidad) y yo físico, lo cual es reportado por López Díaz de León M y De la Rosa J. A., (1989); Barruel Oettinger e Iniesta Castillo (1993) y González et, al, (1994). Los últimos en particular reportan que el útero es un órgano reproductor interno de gran importancia y complementario para la integración psicobiológica de la mujer, además de que para ella ha tenido un gran significado desde el punto de vista emocional, conyugal y social. Por lo que el impacto en su percepción (en las áreas ya mencionadas) puede estar argumentada por la connotación simbólica del útero en nuestra cultura en el plano reproductivo y sexual.

Al respecto del quehacer reproductivo e implícitamente el sexual, Helen Deutsch (1960) menciona "Hay funciones y actitudes que son sin lugar a dudas activas e imposibles de vivenciar por el hombre, como el retener un hijo en el útero, parir, amamantarlo etc. Todo este aspecto de la feminidad, aparte de los sexuales (multiorgasmos), son actitudes activas de la mujer, que permiten el placer en sí misma...", de lo que se pregunta, ¿si la mujer rechaza algunos de estos aspectos, está rechazando a su vez la feminidad?, a lo que responde, "*este rechazo se da más en función de los determinantes culturales*", concluyendo "Es sin duda patrimonio femenino el atributo de albergar al hijo, desarrollarlo y dar a luz después, amamantarlo y cobijarlo en sus brazos. Este es el fundamento de muchos autores para sustentar la teoría de la "superioridad biológica". Sin embargo, todo esto va más allá que la simple envidia del pene descrita por Freud y Klein quien rectifica afirmando que existe en el hombre un miedo a que le corte él pene y en la mujer miedo a que le vacíen sus genitales internos", es decir más allá del complejo de castración.

De lo anterior podría mencionar que la comentada "superioridad biológica", así como el rechazo o aceptación de la feminidad son asignaturas culturales, lo que es evidente al comparar nuestra cultura en relación con otras; es decir es notorio en gran parte de la cultura occidental la sobrevaloración del papel reproductivo en función al papel productivo (laboral) de la mujer, razón quizá por la que algunas mujeres al ser histerectomizadas ven afectada su identidad física y su feminidad, sin olvidar que la percepción del sí mismo va a estar en función del él cómo somos vistos por los otros (familia, sociedad o cultura) Por lo que tanto la mujer como el hombre, deben asumir determinadas formas de conductas e ideologías (reguladas, impuestas y estereotipadas), es decir deben de ajustarse a ciertas pautas culturales, que como lo reporta Mirta Videla (1997) "por lo general tienden al mantenimiento de un tipo de sociedad y no a la satisfacción de sus necesidades individuales". Por otro lado dicha "superioridad biológica" no opera igual en culturas como la Norteamericana y Europea, en donde el papel productivo (laboral) de la mujer esta sobre el reproductivo.

Aunado a lo anterior, otra de las cosas a las que se tiene que enfrentar la mujer histerectomizada es a la imposibilidad de ser madre o de volver a serlo, rol sobrevalorado (no olvidemos el gran festejo del día de las madres) en nuestra cultura, sostenido bajo el argumento del "instinto maternal" (el que se puede ligar con la dicha "superioridad biológica"), dando como resultado el binomio madre-mujer, al respecto Raso-Plo Maya A.(1997), realizó una reseña histórica (desde la perspectiva de género) de cómo la maternidad y el mito del instinto maternal han sido asignados y quitados a la mujer de acuerdo a las condiciones socioculturales de la época, principalmente a la situación política y económica de cada región, y no olvidemos las creencias religiosas (se hace un análisis más detallado al respecto en uno de nuestros capítulos).

Todo lo anterior se sustenta con lo encontrado en esta investigación con respecto a una disminución de la escala de identidad ("Yo soy", es decir el cómo se perciben y se autodescriben) y yo físico (percepción del cuerpo, estado de salud y sexualidad) en las mujeres de 26 a 32 años; así como una baja autoestima. Por otro lado en el grupo de mujeres mayores de 47 años se denota una mayor (aunque menor a las anteriores) disminución del yo físico, la cual además de lo expuesto (fin de vida reproductiva) la mujer

empieza en su mayoría a presentar síntomas del climatérico, los cuales llegan a acentuarse en algunas de ellas por su estado emocional, evento también reportado por Barruel Oettinger e Iniesta Castillo (1993); por otro lado Silvestri Tomassoni J.R (1999) menciona que las mujeres con mayor riesgo emocional son aquellas que tienen una historia previa de depresiones o de personalidad inestable, así como las comprendidas en los grupos de edad de 35 a 45 años y francamente premenopáusica (simbolismo de la menstruación-feminidad y reproducción).

No obstante al realizar la relación de variables, nos encontramos con una significativa relación en el grupo de mujeres que siguen un modelo de vida e ideología tradicionalistas (amas de casa) y una disminución de su autoconcepto, el que también se vincula con poca escolaridad (primaria y secundaria) y menor autoestima. Sin embargo su nivel de autoestima es normal (con respecto a la ocupación), al respecto me atrevería a decir que su rol materno en muchas de ellas (recordemos que el 82% de nuestras mujeres reportan paridad satisfecha) y quizá el de amas de casa les permite conservar su sentimiento de valía, dato que coincide con el reportado por Tovar Ramirez R. (1996) y Vita San Pedro S. (1986) al mencionar la presencia de una elevada autoestima en mujeres económicamente no activas en comparación con las mujeres económicamente activas, ya que mencionan que dichos roles son valorados socialmente (recordemos lo antes mencionado del rol materno). Por su parte las mujeres que laboran fuera de casa presentan un mayor autoconcepto, el cual también se relaciona con mayor nivel de escolaridad (preparatoria, técnico y universitaria) y una alta autoestima, lo que se relaciona con lo mencionado por Macias Aumada (1987) con respecto al nivel de escolaridad diciendo que: " es a través de la educación (escolarizada) como se logra un cambio en las aspiraciones, ya que mediante una mejor preparación, la mujer esta capacitada para desempeñar otros trabajos que le permiten ejecutar diversos papeles que la ubican fuera del contexto tradicional, manifestando una posible concientización de su realidad dentro de la sociedad, tanto en lo económico como en lo político y social" y lo también encontrado por Bringas Rabajo, (1987) quien menciona: "el acceso a la educación y la actividad ocupacional fuera de casa facilitan el poder tener ideas y concepciones diferentes de la relación mujer-hombre en todos lo ámbitos, viéndose favorecidos el reformulamiento de normas, creencias y valores tradicionalistas", por lo que

podríamos decir que en la población de mujeres histerectomizadas la posibilidad de desarrollarse en otras áreas como la laboral e intelectual, le permitiremos ampliar su criterio y de esta manera desmitificar al útero y los roles sobrevalorados socialmente (mujer-madre y ama de casa), dándoles la posibilidad de la elección de otros modelos en su desempeño del Ser Mujer y mejorar su sentimiento de valía.

De igual manera el Dr. Montaña Torres A. (1998), también habla de los factores antes mencionados, diciendo que el grado de reacción de la paciente ante el conocimiento de la necesidad de ser histerectomizada, va a depender de su educación, nivel socioeconómico, raza, costumbres (ideología), patología base y relación conyugal.

Otra inquietud (personal y médica) que surgió en la presente investigación, fue la de conocer si existían diferencias en el impacto emocional, en función al diagnóstico (ginecológico u obstétrico) y método de intervención (Histerectomía abdominal o vaginal), encontrándose que el impacto emocional es el mismo, lo que nos lleva a corroborar que la mutilación simbólica en sí es impactante para la mujer. Al respecto Benavides Calderón Ma. C. (1992), hace mención de las repercusiones en la expresión de la sexualidad y feminidad de las mujeres histerectomizadas con cáncer cervicouterino, a lo que nosotros agregaríamos basándonos en nuestra investigación, que el diagnóstico en sí no es el determinante para que se presente dicho fenómeno, es decir la sensación de la pérdida de la feminidad (en este caso vinculada con la sexualidad).

Con respecto a la sexualidad, a pesar de no haber sido un tema central de estudio en esta investigación se observó en algunas mujeres manifestaciones de falta de sensibilidad sexual, mencionando sentirse "vacías o huecas" y "el no sentirse mujer", teniendo la fantasía de no poder satisfacer a su pareja (quien en ocasiones es él, el que le señalan su incompletud e insatisfacción), lo anterior, frases dichas por las pacientes entrevistadas (que contaban con pareja) en esta investigación y lo reportado por López Díaz de León M. y De la Rosa J. A., (1989). Al respecto Mirta Videla (1997), refiere que investigaciones recientes han registrado que los órganos sexuales internos, en el caso de la mujer las trompas de Falopio, durante el coito se yerguen erectas y tensas hasta relajarse con el orgasmo femenino. Lo anterior por supuesto no justifica del todo lo dicho

por algunas mujeres de su insatisfacción sexual, ya que no a todas las mujeres les son extraídas las trompas de Falopio, sino únicamente el útero, además de no ser esta la única zona de placer; sin embargo al parecer el coito y el placer sexual, aún para algunas mujeres tiene solo fines reproductivos, percepción que posiblemente sea una de las causas que les han impedido vivir su sexualidad (en su sentido más amplio) y por ende se ve aún más restringida después de ser hysterectomizadas.

Por último sería importante no dejar de lado la propuesta de Gallo (1969); Flores (1975) y Bruchell (1977) (cit. Por González Capillo G. 1994), Montañó Torres A. (1998) y Richard Lilford (1998), con respecto a la necesidad de proporcionarle a la paciente mayor información sobre el funcionamiento real del útero, su ubicación anatómica, desmitificar su supuesta relación (o función como órgano sexual) en la falta de sensación en el acto sexual y decirles de forma particular los posible efectos secundarios o complicaciones posteriores a la intervención (como posibles alteraciones hormonales). Tal propuesta es considerada debido a que tanto en la presente investigación como en la realizada por López Díaz de León M. y De la Rosa Jiménez A.(1989), algunas de las pacientes reportan desconocer la ubicación del útero, así como si existen o no efectos secundarios (como alteraciones hormonales y biológicas) y su repercusión en la vida sexual. También se observó que algunas mujeres desconocen el nombre del procedimiento que se le realizó. Dicha información como lo han mencionado los autores antes citados, permitiría reducir la ansiedad de la paciente, mermar los síntomas y erradicar los mitos que se tienen en relación del útero-feminidad y útero-sexualidad. Siendo también importante que la mujer llegue a comprender la finalidad del procedimiento y benefició que puede tener para su salud.

ALCANCES:

- Confirmar que la histerectomía es una mutilación simbólica para la mujer y afecta su Yo físico e identidad.
- La relación encontrada entre laborar fuera de casa-mayor autoconcepto y amas de casa-menor autoconcepto.
- La relación encontrada entre mayor escolaridad, laborar fuera de casa y mayor autoestima.
- La relación menor escolaridad-menor autoestima y amas de casa-autoestima normal.
- Encontrar en el subgrupo de mujeres de 26 a 32 años disminución de la autoestima, en comparación del resto de la población que presento una autoestima normal.
- El impacto emocional es independiente del diagnóstico y procedimiento.

LIMITACIONES:

- Los resultados solo son aplicables a la población de mujeres del Instituto Nacional de Perinatología y no se pueden generalizar a toda la población de mujeres histerectomizadas, especialmente a las atendidas en Instituciones donde reciben un apoyo terapéutico y una adecuada información médica.

PROPUESTAS:

Es evidente que la histerectomía es un procedimiento quirúrgico impactante en sí mismo y afecta la identidad y feminidad de la mujer, y no se relaciona en nada con el tipo de intervención y diagnóstico por lo que es importante considerar los siguientes puntos:

- La necesidad de concientizar a la mujer sobre los diversos roles que juega y puede tener dentro de la sociedad.
- Dar información tanto a la mujer, pareja y familiares acerca de la ubicación y función real de los órganos sexuales internos de la misma.
- Informar sobre las posibles complicaciones, efectos secundarios y beneficios posteriores a la operación.

Propuestas para futuras investigaciones: ampliar los subgrupos, así como ver que pasa en las futuras generaciones que sean sometidas a histerectomía, para conocer como sería el impacto emocional en ellas, ante las nuevas perspectivas de la mujer en nuestra cultura.

BIBLIOGRAFIA

1. Bandinter E. ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal Siglo VII al XX Ed.Paidós Barcelona 1981.
2. Barruel Oettinger M. e Iñesta Castillo M. Consecuencias emocionales ante la pérdida de la Capacidad Reproductora en la Mujer (Autoconcepto en tres formas de pérdida reproductora natural, impuesta y decidida) Tesis Licenciatura en Psicología UNAM 1993.
3. Bringas Efraín Rabajo. Autoestima de la mujer Mexicana a partir de su rol sexual, tradicionalismo, modernización y nivel socioeconómico. Tesis Licenciatura en Psicología UNAM 1987
4. Calderón Benavides Ma. Del Carmen. Estudio sobre la repercusión del cáncer cervicouterino y sus tratamientos en la expresión de la sexualidad femenina. Tesis en Psicología UNAM 1992.
5. Cruz M. El autoconcepto en 4 circunstancias reproductivas diferentes (Embarazo normal, de alto riesgo, esterilidad y oclusión tubárica) Tesis Licenciatura en Psicología UNAM 1992.
6. Diamond, M.P., Daniell James F. Y Jones III. Hysterectomy. Ed.Blackwell Science. 1995. E.U.
7. Díaz Hernández O., Magdaleno García Violeta y Martínez García R. A., Autoestima de la Mujer Mexicana que trabaja. Tesis Licenciatura en Psicología UNAM 1986.
8. Deutsch Helen. La psicología de la mujer. Parte II Maternidad. Ed.Losada Buenos Aires 1960.
9. Ferro Norma. El Instinto Maternal o la necesidad de un mito. Ed.Siglo XXI 1991.
10. Freud S. Obras completas Tomo IV "Introducción al Narcisismo". Amorrortu editores, 1992
11. García Arellano Ma. Gpe. Quintero Vargas F. D., Estandarización de la Escala de Autoconcepto de Tennessee en estudiantes de C.U., Tesis Licenciatura en Psicología UNAM. 1995.
12. González Campillo, G., Morales Carmona, F., Calderón Pérez, E.(1994). Comparación del Impacto emocional en la Paciente Histerectomizada con Paridad satisfecha y no Satisfecha. Psicología Iberoamericana. 2 (2) 40-51

13. Hernandez Ponce M.G. y Piña Ramirez M.J. Revisión crítica desde una perspectiva de género de las tesis de la facultad de psicología de la UNAM acerca del Autoconcepto en mujeres. Tesis Licenciatura en Psicología UNAM 1995.
14. Herrero J., Musitu G. Y García E., Autoestima y Depresión. Relación directas contra indirectas. Revista de Psicología Social 1995 (10), 2, 191-204.
15. Lara Cantú, Ma. Asunción, Verduzco, Ma. A., Acevedo M. Y Cortés J. (1993). Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana. Revista Latinoamericana de psicología. 25 (2) 247-255.
16. López Díaz de León Martha y De la Rosa Jiménez Alejandro. Autoconcepto en mujeres Histerectomizadas ginecológicas y obstétricas. Tesis Licenciatura en Psicología. UNAM 1989.
17. Macias Aumada M. La Autoestima, Rol sexual y nivel socioeconómico en las aspiraciones de la mujer. Tesis Licenciatura en Psicología UNAM 1987.
18. Mohar, M.C., Frías Mendivil, M., Suchil Bernal, L., Mora Macías T. Y De la Garza J. (1997) Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. Revista Salud Publica México. 39 253-258
19. Montañó Torres Alfredo. Histerectomía abdominal. Monografía. Instituto Nacional de perinatología, 1998.
20. Muller F.L. Historia de la Psicología, Fondo de cultura económica, 1984.
21. Nieto Escarcega Martín Raúl. Histerectomía Vaginal en el Instituto Nacional de Perinatología. Especialidad en Ginecología y Obstetricia. UNAM 1993.
22. Oñate Ma, del Pilar. El Autoconcepto, Narcea s.a. ediciones, 1989.
23. Pimentel Nieto Diana. Alteraciones de la Sexualidad y Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer ginecológico. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM 1998.
24. Raso-Plo Maya., La Maternidad como Fenómeno social. Un estudio comparativo entre dos generaciones. Tesis de Licenciatura en Psicología UNAM 1997.
25. Reidl de Aguilar L. Estructura Factorial de la Autoestima de mujeres del sur del D.F. Revista de la Asociación Latinoamericana de la Psicología Social. 1981, (1), 2, 273-288.
26. Rodriguez Flores Mauricio. Histerectomía Obstetrica. Monografía. Instituto Nacional de Perinatología, 1999.
27. Secretaria de Salud. Compendio del registro Histopatológico de Neoplasias en México. Morbilidad y Mortalidad. Trenio 93-95

28. Secretaria de Salud. Anuario estadístico 1996 y 1997.
29. Silvestri Tomassoni Jose Roberto. Histerectomia Ginecologica en el Instituto Nacional de Perinatología. Especialidad en Ginecología y Obstetricia. UNAM 1999.
30. Tovar Ramirez Rebeca. Autoestima en la mujer económicamente activa y económicamente no activa. Tesis Licenciatura en Psicología UNAM 1996.
31. Valderrama P., Carbellido Vasquez, S. Y Domínguez Trejo, B. (1995). Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer Cervico-uterino. Revista Latinoamericana de Psicología. 27 (1) 73-86.
32. Videla Mirta. Mito y Realidad. Ed.Nueva Visión Buenos Aires 1997.
33. Vita San Pedro Silvia. Autoestima de madres con trabajo doméstico y trabajo remunerado. Tesis Maestría psicología social UNAM 1986.

ANEXOS

7.1 TEXTO INFORMATIVO

HISTERECTOMÍA

CÓDIGO:

Un grupo de mujeres que se atienden en el este Instituto, es el de pacientes que son sometidas a una histerectomía, por lo que se hace importante investigar sobre los aspectos psicológicos que después de la cirugía se dan en la paciente con estas características, razón por la cual se realiza una investigación donde se evalúan estos y la forma en que interactúan.

El objetivo de ésta investigación es conocer el impacto emocional de las mujeres histerectomizadas, para poder determinar el tipo de apoyo psicoterapéutico que se les puede brindar. La atención que se da a la paciente histerectomizada está conformada por un equipo interdisciplinario conformado entre otros, por el servicio de patología, oncología y cirugía. En el servicio de psicología se les realiza una entrevista y se les aplican estudios psicológicos que sirven para su diagnóstico y tratamiento dentro de este servicio.

En la investigación ninguno de los procesos arriba descritos se ven afectados. Así como el uso de la información derivada de la entrevista y pruebas que se aplican.

De los resultados que se obtengan de la investigación se podrán generar alternativas de tratamiento para las pacientes que han sido histerectomizadas, aclarando también que en caso de no consentir, su atención médica no será afectada por ese hecho, ni por retirarlo en cualquier momento del proceso. En caso de requerir tratamiento psicológico, usted podrá optar por él dentro o fuera de la institución, para lo cual el psicólogo, le puede orientar.

Investigador: Dr. Francisco Morales Carmona

Departamento de Psicología

Torre de Investigación Primer Piso

55-20-99-00 ext. 147

Muchas gracias por su participación.

México, D.F., a de

199

7.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente yo _____

apellido paterno materno nombre(s)

declaro libremente que estoy de acuerdo en participar en este estudio cuyo objetivo, procedimientos, beneficios, y riesgos se me especificaron.

Es de mi conocimiento que los investigadores me han ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de firmar la presente, no hubiese expresado o surja durante el desarrollo de la investigación. Se me ha manifestado que puedo retirarme en cualquier momento sin que ello signifique que la atención médica que se proporcione, se vea afectada por este hecho.

Se me ha informado que el participar en este estudio no repercutirá en el costo de la atención médica que se me deba brindar y que toda información que se otorga sobre mi identidad y participación será confidencial, excepto cuando yo lo autorice.

Para los fines que se estime convenientes, firmo la presente junto al investigador que me informó y dos testigos, conservando una copia de: a) Consentimiento informado y b) Información proporcionada para obtener mi autorización.

México D.F. a de de 199

PARTICIPANTE:

INVESTIGADOR

TESTIGO(Nombre completo, firma y dirección)

TESTIGO (Nombre completo, firma y dirección)

7.3 FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS.

Nos encontramos realizando una investigación sobre la forma de sentir y actuar de las personas que tienen algún problema de salud, con la finalidad de brindarle un mejor servicio, para lo cual solicitamos su colaboración contestando los siguientes cuestionarios con sinceridad, los datos que se obtengan serán manejados en forma confidencial.

Nombre: _____ Edad: _____

Edo. Civil:

Casada () Tiempo: _____ Unión Libre: () Tiempo: _____ Viuda: _____

Divorciada: _____ Separada: _____ Soltera: _____

Gestas _____ Partos _____ Obitos _____ Abortos _____ Cesarea _____

Tiene hijos: Si () No () Paridad Satisfecha () Insatisfecha ()

Si ¿cuantos? : _____

Escolaridad:

Primaria: _____ Secundaria _____ Preparatoria: _____ Técnico: _____ Universidad: _____

Ocupación:

Trabaja fuera de casa: _____ Actividad: _____

DATOS CLÍNICOS:

Tipo de intervención: _____

Tiempo de intervención quirúrgica: _____

Diagnóstico: _____

Se encuentra bajo algún tratamiento médico: Si () No ()

Tipo de tratamiento médico:

Quimioterapia () Radioterapia ()

Inicio: _____ Terminó: _____

7.4 INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

INSTRUCCIONES

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones, las cuales tiene dos opciones de respuesta, lea cuidadosamente cada una de ellas y marque con una X sí está de acuerdo o no con dichas afirmaciones.

1. Generalmente los problemas me afectan muy poco.	SI	NO
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público.	SI	NO
3. Me gustaría poder cambiar muchas cosas de mí.	SI	NO
4. Puedo tomar una decisión fácilmente.	SI	NO
5. Soy una persona simpática.	SI	NO
6. En mí casa me enoja fácilmente.	SI	NO
7. Me cuesta trabajo a acostumbrarme a algo nuevo.	SI	NO
8. Soy popular entre las personas de mí edad.	SI	NO
9. Mi familia toma en cuenta generalmente mis sentimientos.	SI	NO
10. Me doy por vencida muy fácilmente.	SI	NO
11. Mi familia espera demasiado de mí.	SI	NO
12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.	SI	NO
13. Mi vida es muy complicada.	SI	NO
14. Mis amigos casi siempre aceptan mis ideas.	SI	NO
15. Tengo mala opinión de mi misma.	SI	NO
16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa.	SI	NO
17. Con frecuencia me siento a disgusto con mí trabajo.	SI	NO
18. Soy menos bonita que la mayoría de la gente.	SI	NO
19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.	SI	NO
20. Mi familia me comprende.	SI	NO
21. Los demás son mejor aceptados que yo.	SI	NO
22. Siento que mí familia me presiona.	SI	NO
23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago.	SI	NO
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona.	SI	NO
25. Se puede confiar muy poco en mí.	SI	NO

7.5 ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

INSTRUCCIONES

Escriba su nombre y el resto de la información solicitada en los espacios de la hoja de respuestas. Deje para después la información de los tres últimos espacios relativa al tiempo. Escriba solamente en la hoja de respuestas y no lo haga en este folleto.

En este folleto encontrará una serie de afirmaciones en las cuales Usted, se describe a Si mismo tal como Usted se ve. Conteste como si usted se estuviera describiendo a Si mismo y no ante ninguna otra persona. NO OMITA NINGUNA AFIRMACIÓN. Lea cada afirmación cuidadosamente y después escoja una de las cinco respuestas, ENCIERRE EN UN CIRCULO el número de la respuesta que Usted escogió; si desea cambiar la respuesta después de haber hecho el círculo, NO BORRE, escriba una "X" sobre la respuesta marcada y después ponga el círculo en la respuesta que desea.

Cuando este listo para empezar, localice en su hoja de respuestas el espacio que dice "HORA QUE EMPEZÓ" y anote la hora; cuando haya finalizado anote la hora en que terminó en el espacio que dice "HORA QUE TERMINO". Al comenzar, asegúrese que la hoja de respuestas y este folleto estén colocados de tal manera que los números de las afirmaciones y de las respuestas coincidan. Recuerde trazar un CIRCULO alrededor del número de la respuesta que Usted ha escogido para cada afirmación.

RESPUESTAS

COMPLETAMENTE FALSO 1	CASI TOTALMENTE FALSO 2	PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO 3
CASI TOTALMENTE VERDADERO 4	TOTALMENTE VERDADERO 5	

Ésta escala se ha reproducido en cada página a fin de ayudarle a recordar.

NO PASE A LA PAGINA SIGUIENTE SI NO HA COMPRENDIDO
CLARAMENTE LAS INSTRUCCIONES.

COMPLETAMENTE FALSO 1	CASI TOTALMENTE FALSO 2	PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO 3
--------------------------	----------------------------	------------------------------------

CASI TOTALMENTE VERDADERO 4	TOTALMENTE VERDADERO 5
--------------------------------	---------------------------

PRIMERA COLUMNA

- 13.- Me cuido bien físicamente.
- 14.- Me siento bien la mayor parte del tiempo.
- 15.- Trato de ser cuidadoso con mi apariencia.
- 16.- Soy malo para el deporte y los juegos.
- 17.- Con frecuencia soy torpe.
- 18.- Duermo mal.
- 31.- Mi religión es parte de mi vida diaria.
- 32.- La mayoría de las veces hago lo que es debido.
- 33.- Trato de cambiar cuando sé que estoy haciendo algo que no debo.
- 34.- A veces me valgo de medios injustos para salir adelante.
- 35.- En algunas ocasiones hago cosas muy malas.
- 36.- Me es difícil comportarme en forma correcta.
- 49.- Puedo cuidarme siempre en cualquier situación.
- 50.- Resuelvo mis problemas con facilidad.
- 51.- Acepto mis faltas sin enojarme.
- 52.- Con frecuencia cambio de opinión.
- 53.- Hago cosas sin haberlas pensado bien.
- 54.- Trato de no enfrentar mis problemas.
- 67.- Trato de ser justo con mis amigos y familiares.
- 68.- Hago el trabajo que me corresponde en casa.
- 69.- Me intereso sinceramente por mi familia.
- 70.- Riño con mis familiares.
- 71.- Siempre cedo a las exigencias de mis padres.

- 72.- No me comporto en la forma que desea mi familia.
- 85.- Trato de comprender el punto de vista de los demás.
- 86.- Encuentro buenas cualidades en toda la gente que conozco.
- 87.- Me llevo bien con los demás.
- 88.- Me siento incomodo cuando estoy con otras personas.
- 89.- Me es difícil perdonar.
- 90.- Me cuesta trabajo entablar conversación con extraños.
- 99.- Prefiero ganar en los juegos.
- 100.- En ocasiones dejo para mañana lo que debería hacer hoy

COMPLETAMENTE FALSO 1	CASI TOTALMENTE FALSO 2	PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO 3
--------------------------	----------------------------	---------------------------------

CASI TOTALMENTE VERDADERO 4	TOTALMENTE VERDADERO 5
--------------------------------	---------------------------

SEGUNDA COLUMNA

- 7.- No soy ni muy gordo ni muy flaco.
- 8.- No estoy ni muy alto ni muy flaco.
- 9.- Me agrada mi apariencia física.
- 10.- No me siento tan bien como debiera.
- 11.- Hay partes de mi cuerpo que no me agradan.
- 12.- Debiera ser mas atractivo para las personas del sexo opuesto.
- 25.- Estoy satisfecho con mi conducta moral.
- 26.- Estoy satisfecho con mi vida religiosa.
- 27.- Estoy satisfecho de mis relaciones con dios.
- 28.- Quisiera ser más digno de confianza.
- 29.- Debería de asistir más a menudo a la iglesia.
- 30.- Debiera mentir menos.
- 43.- Estoy satisfecho de lo que soy.
- 44.- Estoy satisfecho con mi inteligencia.
- 45.- Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debería ser.
- 46.- Me gustaría ser una persona distinta.
- 47.- Me desprecio a mi mismo.
- 48.- Quisiera no darme por vencido tan fácilmente.
- 61.- Estoy satisfecho con mis relaciones familiares.
- 62.- Trato o trate a mis padres como debiera serlo.
- 63.- Muestro tanta comprensión a mis familiares como debiera.
- 64.- Me afecta mucho lo que dice mi familia.

- 65.- Debería depositar mayor confianza en mi familia.
- 66.- Debería amar más a mis familiares.
- 79.- Soy tan sociable como quiero ser.
- 80.- Estoy satisfecho con mi manera de tratar a la gente.
- 81.- Trato de agradar a los demás pero no me excedo.
- 82.- Debería ser más cortes con los demás.
- 83.- Soy un fracaso en mis relaciones sociales.
- 84.- Debería llevarme mejor con las otras personas.
- 95.- Algunas de las personas que conozco me caen mal.
- 96.- Algunas veces me gusta el chisme.
- 97.- De vez en cuando me dan risa los chistes colorados.
- 98.- Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras.

COMPLETAMENTE FALSO 1	CASI TOTALMENTE FALSO 2	PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO 3
CASI TOTALMENTE VERDADERO 4		TOTALMENTE VERDADERO 5

TERCERA COLUMNA

- 1.- Gozo de buena salud.
- 2.- Me agrada estar siempre arreglado y pulcro.
- 3.- Soy una persona atractiva.
- 4.- Estoy lleno de achaques.
- 5.- Me considero una persona muy desarreglada.
- 6.- Soy una persona enferma.
- 19.- Soy una persona decente.
- 20.- Soy una persona muy religiosa.
- 21.- Soy una persona honrada.
- 22.- Soy un fracaso en mi conducta moral.
- 23.- Soy una persona mala.
- 24.- Soy una persona moralmente débil.
- 37.- Soy una persona alegre.
- 38.- Tengo mucho dominio sobre mi mismo.
- 39.- Soy una persona calmada y tranquila.
- 40.- Soy una persona detestable.
- 41.- Soy un don nadie.
- 42.- Me estoy volviendo loco.
- 55.- Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema.
- 56.- Soy importante para mis amigos y mi familia.
- 57.- Pertenezco a una familia feliz.
- 58.- Mi familia no me quiere.
- 59.- Mis amigos no confían en mi.

- 60.- Siento que mis familiares me tienen desconfianza.
- 73.- Soy una persona amigable.
- 74.- Soy popular con las personas del sexo femenino.
- 75.- Soy popular con las personas del sexo masculino.
- 76.- Estoy disgustado con todo el mundo.
- 77.- Lo que hacen otras gentes no me interesa.
- 78.- Es difícil entablar amistad conmigo.
- 91.- Algunas veces digo falsedades.
- 92.- De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no pueden mencionarse.
- 93.- En ocasiones me enojo.
- 94.- Algunas veces cuando no me siento bien estoy de mal humor.

GLOSARIO

Ablación endometrial: Operación en la que se emplean láser y corrientes eléctricas para extirpar el endometrio.

Adhesiones: Lugares donde los tejidos crecen unidos anormalmente; tejido interno de cicatriz.

Cauterización eléctrica: Destrucción de tejido un con tipo especial de corriente eléctrica.

Cistectomía: Extracción con una operación de un quiste ovárico, generalmente realizada con laparoscopia.

Cuello uterino: El extremo inferior y estrecho del útero.

Displasia: Crecimiento de células anormales. La displasia es un estado precanceroso que puede hacerse o no hacerse canceroso al cabo de un tiempo.

Ecografía (sonograma): Procedimiento de imagen en el que se producen ecos a partir de ondas de sonido que pasan a través de tejidos y forman imágenes de estructuras internas del cuerpo.

Ejercicios Kegel: Ejercicios especiales para fortalecer los músculos pélvicos. Estos ejercicios se usan para tratar el prolapso uterino y la incontinencia urinaria (la eliminación de orina cuando no se desea).

Endometrio: Tejido que recubre la parte interna del útero.

Enfermedad de von Willebrand: Trastorno hemorrágico hereditario.

Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI): Infección causada por bacterias, generalmente de una enfermedad de transmisión sexual (vea "Enfermedad de transmisión sexual"). La EPI puede afectar al útero, los ovarios y las trompas de Falopio. Puede causar dolor pélvico persistente y, si no se trata, puede causar infertilidad (incapacidad de quedar embarazada). A veces, la infección que causa EPI se transmite a través del uso de un dispositivo intrauterino (vea DIU) o durante el parto o aborto.

Escanografía de TAC: Un tipo especial de imagen corporal procesada por una computadora y que se proyecta en una pantalla para ser visualizada. También se llama radiografía de una sección (o tajada) del cuerpo.

Fibromas: Masas no cancerosas que ocurren más frecuentemente en las paredes del útero.

Hiperplasia: Crecimiento anormal del recubrimiento uterino, probablemente causado por un exceso de estrógeno. A veces esto se considera un estado precanceroso, particularmente en las mujeres que se acercan a la menopausia o que ya la han pasado.

Histeroscopia: Tubo delgado y con luz que se inserta en la vagina para examinar el cuello uterino y el interior del útero.

Hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH): Hormona que a veces se receta para reducir los tumores fibroides.

Leiomioma: Término técnico que significa tumor fibroide.

Ligamentos: Banda de tejido que puede estirarse y que sostiene otras partes del cuerpo.

Miomectomía: Operación para extraer tumores fibroides.

Ooforectomía: Extracción de un ovario.

Progesterona: Hormona que prepara el revestimiento del útero (endometrio) para que reciba el óvulo fecundado. La progesterona sintética puede usarse para tratar el sangrado menstrual muy abundante y otras enfermedades.

Prolapso: La caída o desviación del útero o la vejiga si los ligamentos que los sostienen se estiran.

Resonancia nuclear magnética: Técnica de imagen que permite ver los tejidos blandos del cuerpo.

Salpingooforectomía bilateral: Extracción de ambas trompas de Falopio y ambos ovarios.

Sangrado uterino disfuncional: Sangrado uterino anormal que no está asociado con un tumor, una inflamación o un embarazo.