



UNAM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
~~FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA~~
AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y CALIDAD DE VIDA EN
MUJERES HISTERECTOMIZADAS

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

ROSA MARÍA JIMÉNEZ RODRÍGUEZ

MARÍA DEL PILAR JULIETA RUÍZ FRANCO

DIRECTORA DE TESIS. DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO.

SINODALES: MTRO. JOSÉ GOMEZ HERRERA.

MTRA. MA. ANTONIETA COVARRUBIAS TERAN



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2003.



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.

AGRADECEMOS Y DEDICAMOS:

A DIOS:

POR OTORGARNOS EL DERECHO A LA VIDA
LLENANDO NUESTRA VIDA DE ARMONÍA,
PAZ Y AMOR, ALUMBRANDO DÍA A DÍA MI
CAMINO.

A MI ESPOSO:

GRACIAS OSWALDO POR ENSEÑARME QUE
TODO LO QUE NOS PROPONEMOS EN LA VIDA LO
PODEMOS ALCANZAR, POR COMPARTIR CADA
MOMENTO DE MI VIDA Y SABER QUE SIEMPRE
ME BRINDASTE SEGURIDAD, APOYO,
COMPRENSIÓN Y AMOR.

JULIETA

A MI PRINCESA:

DIANA, POR QUE CON TU SONRISA, TU
TERNURA Y TUS TRAVESURAS, FUISTE
LLENANDO DE LUZ Y FORTALEZA CADA
UNO DE MIS MOMENTOS, PORQUE ESTE
LOGRO ES INDICIO DE QUE SIEMPRE
ESTARÉ A TU LADO PARA APOYARTE.

JULIETA

A NUESTROS PADRES:

PORQUE CON SU GRAN AYUDA, COMPRENSIÓN Y APOYO ME PUDIERON PERMITIR COMPARTIR CADA UNO DE LOS FRUTOS QUE USTEDES SEMBRARON. GRACIAS POR PERMANECER EN CADA MOMENTO A NUESTRO LADO DEMOSTRANDO QUE LA PERSEVERANCIA SIEMPRE LLEGA A UN BUEN FIN.

A NUESTROS HERMANOS:

PORQUE EN CADA TROPEZÓN SIEMPRE SUPIERON AYUDARNOS Y GUIARNOS EN ESTE PROCESO QUE FELIZMENTE COMPARTIMOS CON USTEDES.

A ROSSY Y JULIETA:

AMIGA POR QUE SIEMPRE SUPISTE BRINDARME ESA PALABRA DE ALIENTO Y PERSEVERANCIA, COMPAÑÍA Y ENTEREZA PARA LOGRAR OBTENER LO QUE CON TANTO ANHELO DESEÁBAMOS. ¡FELICIDADES!.

A MIS MAESTROS:

POR COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS Y
EXPERIENCIA A QUIENES NOS INICIAMOS
EN ESTA PROFESIÓN, GRACIAS POR SER
NUESTRAS GUÍAS.

Y A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE
ESTUVIERON PRESENTES CON
NOSOTROS BRINDÁNDONOS SU
ENTREGA Y CONFIANZA EN CADA UNO DE
LOS MOMENTOS QUE TRANSCURRIERON
EN NUESTRO CAMINO.

INDICE

	Pag.
Resumen.....	3
Introducción.....	4
Capítulo I.....	7
1.La familia.....	7
1.1 La familia como sistema.....	7
1.2 Funciones de la familia.....	10
1.3 La familia conyugal moderna.....	12
1.4 Formación de pareja.....	14
 Capítulo II.....	 19
2.Histerectomía.....	19
2.1 Indicadores para tomar la decisión de practicar una histerectomía.....	19
2.2.Tipos de histerectomía.....	21
2.2.1.Histerectomía abdominal.....	21
2.2.2 Histerectomía vaginal.....	21
2.2.3 Histerectomía en bloque.....	22
2.3 Seguimiento en mujeres histerectomizadas (daños y/o consecuencias).....	23
2.4 Implicaciones psicológicas en la histerectomía.....	25
 Capítulo III.....	 29
3. Afrontamiento al estrés y calidad de vida.....	29
3.1 Afrontamiento y estrés.....	29
3.1.1Estrés.....	30
3.1.2Afrontamiento.....	33
3.2 Concepto de calidad de vida.....	35
3.3 Elementos que conforman la calidad de vida.....	38

Capítulo IV.....	41
4. Método.....	41
4.1. Objetivo.....	41
4.2. Planteamiento del problema.....	41
4.3. Hipótesis.....	41
4.4. Operacionalización de variables.....	42
4.5. Descripción de sujetos.....	42
4.6. Materiales e instrumentos.....	43
4.7. Descripción del lugar.....	44
4.8. Diseño de investigación.....	45
4.9. Procedimiento.....	45
Resultados.....	48
Conclusiones.....	57
Bibliografía.....	60
Glosario	
Anexos	

RESUMEN

Se presenta un estudio bajo el enfoque sistémico de familia y pareja; en donde se pretendió conocer las respuestas de afrontamiento al estrés y la calidad de vida, cuando la mujer ha sido histerectomizada. Se tomó como muestra un grupo de 16 mujeres pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social Ginecología Tlaltelolco, a las cuales se les aplicó el inventario de Estilos de Afrontamiento ante la Enfermedad y la Escala de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, el tipo de estudio utilizado para el análisis de resultados fue descriptivo ya que únicamente se contó con una población, la cuál se pretendió describir en función de un grupo de variables. Se pudo observar que este tipo de operación afecta la relación de pareja así como la relación con los hijos a nivel psicológico, físico y social. Se encontró que las mujeres estudiadas utilizan diversos estilos de afrontamiento ante la situación estresante (histerectomía), encontrándose que el principal estilo de afrontamiento es el orientado a la solución del problema y que dicha intervención no afecta su calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

El análisis de la funcionalidad de la relación de pareja es de trascendental importancia para todo el grupo familiar (Chávez & Velasco, 1994). Para hacer un análisis del funcionamiento familiar, se cree necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por tres subsistemas: 1) el conyugal, 2) el parental y 3) el subsistema fraternal que a su vez se forman por subsistemas más simples que serían sus miembros. La familia está integrada a diferentes subsistemas que son: la sociedad, el trabajo, la escuela, la iglesia, el sistema de salud, etc. (Eguiluz, 2001)

Una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables, así como también una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades de sus miembros (Herrera, 1997).

Nuestra sociedad esta formada por diversos sistemas que están en constante interacción, uno de estos es la familia que engloba al subsistema llamado pareja.

Lederer y Jakson (1986, en Morales, 1999), opinan que un sistema marital funcional es aquel que opera sin obstáculos, debilitantes o impedimentos a pesar de los elementos positivos o negativos que contenga. Proponen que para tener más claro que es una pareja funcional habría que tener en cuenta tres aspectos básicos:

a) Funcionalidad. Qué tanto pueden trabajar juntos los miembros del grupo familiar en forma complementaria.

b) Continuidad temporal. En términos de tiempo, cuáles son sus puntos de vista, deseos y ambiciones.

c) Relaciones vectoriales. En qué dirección y a qué velocidad está cambiando el matrimonio.

Es por ello que las funciones de la pareja quedan vislumbradas desde la forma en que se inicia la interacción de los acuerdos iniciales que hayan tenido como pareja; sin embargo ¿qué sucede cuando dentro de la pareja intervienen factores externos tales como el trabajo, la sociedad, o alguna enfermedad que provocan que aquella funcionalidad trastoque fondos en los que se ve reflejado algún problema que provoque conflictos que den la pauta a que se pierda el sentimiento de pertenencia que cada pareja se tiene?

El nexos entre los miembros de una familia es tan estrecho que la transformación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo, la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al enfermo. Tal es el caso de la mujer que dada su condición de género puede verse sometida a cambios biológicos, psicológicos y sociales como consecuencia de una intervención quirúrgica (histerectomía) requiriendo por ello de un reacomodo bio-psico-social que repercute en un desgaste extraordinario de las condiciones y recursos con los que cuenta la mujer, así como de un reajuste en la relación de familia y pareja.

Dicho desgaste puede o no experimentarse como sumamente estresante e incidir en el estado emocional y de salud de la mujer. De hecho la relación estrés y consecuencias psicosomáticas, involucra la etiología, surgimiento y desarrollo de las condiciones emocionales (González, 1993); entendiéndose así que una mujer es sometida a un tratamiento ginecológico (histerectomía) puede asimilar y comprender mejor su situación para elevar así su calidad de vida; por lo cual el objetivo del presente trabajo es conocer cuáles son las respuestas de

0 afrontamiento al estrés y su relación con la calidad de vida en mujeres que han sido histerectomizadas.

Debido al interés del presente estudio se decidió desarrollar en el capítulo I aspectos teóricos de la familia desde el enfoque sistémico, retomando conceptos como las funciones básicas que debe cubrir la familia, así como la evolución que ha tenido a través del tiempo.

En el capítulo II se desarrolla el tema de histerectomía dando la definición etiológica y desglosando los tipos de intervención quirúrgica, así como los principales motivos por los que se recomienda la operación y las diversas formas en que se ve afectada la mujer.

Dentro del capítulo III se abordan algunos aspectos relacionadas con la forma de afrontar el estrés y como puede verse afectada la calidad de vida de la pareja y la familia. La metodología empleada para el presente estudio desde la selección de los asistentes y la manera en que se fue trabajando con ellos aplicando diversos instrumentos, así como la presentación de los resultados se desarrolla en el capítulo IV. Finalmente las conclusiones generales sobre los obtenido a lo largo del estudio se muestran en el capítulo V.

CAPÍTULO I

LA FAMILIA

1.1 La familia como sistema.

La familia es una unidad social que debe enfrentarse a ciertas tareas de acuerdo con la cultura en que se desarrolla, sin embargo existen tópicos y situaciones que son universales.

La importancia que tiene la familia para el individuo y la sociedad como modelo para transmitir los valores, las normas y los patrones de conducta correspondiente a una sociedad específica ha sido el objeto de investigación en las últimas décadas debido a que la familia es, posiblemente la institución social más primitiva y antigua. La familia es considerada como la más tradicional dentro de las instituciones humanas. El sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros.

Garret (1982, en Martínez, 2001) señala dos formas de conocer a la familia.

- a) Funcional, que reconoce lo que el grupo familiar practica.
- b) El sustantivo, que aprecia a la familia en términos de su organización.

En el campo funcional se habla de las actividades esenciales que distinguen a la familia de otras instituciones sociales. Cuatro de las funciones universales de la familia nuclear son: procreación, relaciones sexuales entre la pareja, actividades económicas compartidas y la socialización de los hijos. Mientras que en el campo sustantivo, enfoca la relación a patrones de organización social y sus roles dentro de la familia.

Con lo anterior la estructura, la función, la organización y la actividad, no pueden separarse radicalmente; ya que la familia es una unidad que trabaja en

conjunto para socializarse en el ámbito en que se desenvuelve, viéndose así involucrada en un proceso de crecimiento y cambio.

Consideramos necesario, a pesar de que para la mayoría el término familia puede resultar conocido y común, presentar algunas definiciones que nos hacen ver la diversidad que puede existir al tratar de explicarla.

Inchaustegui (2001), define a la familia como la unión de dos personas que comparten un proyecto vital de existencias en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo y donde existe un compromiso personal entre sus miembros. En el sistema familiar se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. Considerando a la familia como desplazamiento de las relaciones de consanguinidad, vínculo legal e interdependencia, comunicación, intimidad y afinidad de proyectos que definen las formas familiares del fin de siglo.

Para Minuchin (1985) “La familia es un sistema que opera a través de pautas de transición. Las transiciones repetidas establecen pautas a cerca de que manera, cuando y con quien relacionarse, esas pautas apuntalan al sistema, su organización y estructura, tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia...” “es un sistema vivo cuyos miembros interactúan regularmente y en diversos grados de independencia uno del otro. Cualquier acontecimiento que afecte a un miembro, extiende sus efectos de influencia sobre los demás . Cuando un miembro de la familia sufre, todas sufren” (p. 75).

De esta manera dentro de la familia el hombre, vive a partir de la socialización de diferentes grupos, esa por ello que en él surge la necesidad de integración a un grupo considerado para el individuo como su familia

“La familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, es también la unidad básica de la enfermedad y la salud; es el nombre

de una institución tan antigua como la especie humana” (Ackerman, 1982, en Martínez, 2001, p.3).

Zibach (1989 en Morales, 1999) define a la familia como un pequeño grupo natural en donde sus miembros se relacionan entre sí mediante el nacimiento, matrimonio u otra forma, creando una unidad funcional familiar.

Andolfi (1985) dice que la familia es un organismo complejo que se modifica en el tiempo y cuyo objetivo es asegurar la continuidad y el crecimiento de sus miembros, efectuando un doble proceso que permite desarrollarse como un conjunto, al mismo tiempo asegura la diferenciación de sus miembros. De esta manera, el individuo cuenta con la seguridad de pertenecer a un grupo cohesionado, ya que, con la tranquilidad que le brinda, le permite ir diferenciándose como individuo y poder llegar a constituir –con el paso del tiempo– un nuevo sistema.

Socialmente la familia es un vínculo de unión que pretende desenvolverse y adaptarse al medio socio-cultural en el que espera desarrollarse obteniendo objetivos que permitan un crecimiento personal, regulando la conducta de los miembros que la integran adaptándose al cambio cuando así se requiera.

Para fines de esta investigación y de acuerdo con Minuchin (op. cit.) se considera que la familia está relacionada con cada uno de sus miembros formándose así un sistema, tal y como se define, pues este grupo se compone de diferentes subsistemas para el desempeño de sus funciones. Cada individuo pertenece a diferentes subgrupos por lo que tiene que ejecutar distintos papeles y niveles de poder.

La familia como sistema vivo tiene su proceso de evolución semejante al de cualquier organismo. Se podría decir que tiene su propio ciclo vital, pasa por una serie de transición que repercute en la configuración dinámica y la relación en la

pareja con crisis significativas, durante el advenimiento y cuidado de los hijos, tiene una estructura dinámica con incremento de responsabilidades y sobrecarga emocional, de ahí que la familia deba desempeñar diferentes funciones para su bienestar social.

1.2 Funciones de la familia.

Para Minuchín (1994) la familia es la más pequeña unidad social, puede cambiar y al mismo tiempo mantener una continuidad adecuada, con raíces suficientemente firmes para crecer y adaptarse, la importancia para un adecuado funcionamiento familiar consiste en ser un sistema sociocultural abierto, desplazándose a circunstancias cambiantes para su formación y así fomentar un crecimiento psicosocial de cada miembro.

Por tanto las funciones que debe cumplir la familia, según Ackerman (1982, en Martínez, 2001) son: la provisión de alimentos, abrigo y cubrir necesidades materiales que mantienen la vida, protección ante peligros externos, funciones que se realizan mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social, destacándose como complemento los siguientes aspectos:

- Provisión de Unión Social, considerada como la matriz de los efectos de las relaciones familiares.
- Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar. Este vínculo de identidad proporciona la integridad y las fuerzas psíquicas para fomentar experiencias nuevas.
- El moldeamiento de los roles sexuales, preparador del camino para la maduración y la relación sexual.
- La ejercitación para integrarse en los roles sociales y aceptar la responsabilidad social.
- El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

Herrera (1997) marca que la familia como grupo social debe cumplir tres funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual. Todos estos elementos son los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, lo que implica que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como un apoyo.

Para Anderson (1990 en Morales, 1999) las funciones sociales específicas de la familia son; el mantenimiento del hogar y las relaciones íntimas entre sus miembros, incluyendo la educación y el afecto en los hijos. Roland (2000) señala que “los principales modelos sistémicos del funcionamiento familiar incorporan los conceptos de organización (incluyendo cuestiones de poder, roles, jerarquía y demarcación de los límites), adaptabilidad (flexibilidad vs rigidez), cohesión (proximidad vs distancia) y estilos de comunicación. Estos modelos parten del supuesto de que las familias se enfrentan a 3 tipos de tareas vitales: básicas (por ejemplo: obtener comida y vivienda), de desarrollo y azarosas (por ejemplo: a vérselas con acontecimientos inesperados de la vida como la enfermedad o la discapacidad) y que esas áreas básicas tienen tanto aspectos instrumentales prácticos como afectivos” (p.96).

Según Ackerman, (1982) dentro del modelo sistémico se consideran cuatro áreas básicas de funcionamiento familiar:

- a) Pautas estructurales-organizativas de la familia.
- b) Procesos de comunicación.
- c) Pautas multigeneracionales del ciclo de vida familiar.
- d) Sistemas de creencias de la familia (por ejemplo: construcciones de la realidad compartida, paradigma familiar y visión del mundo).

Analizando lo anterior, dichas funciones son fundamentales para la adaptación humana y no se emplean en forma separada sino en conjunto, es decir, dentro de la familia. Brindando la oportunidad de una interacción social íntima a todos sus miembros siendo la base de su seguridad personal.

1.3 La familia conyugal moderna.

A lo largo de su evolución, el ser humano ha sido parte de la familia la cual se relaciona con factores económico y político-cultural, reflejando así su estado de desarrollo, por tanto, es un fenómeno histórico esencialmente variable y seguirá cambiando al mismo tiempo que progresa la sociedad. Es muy probable que siempre haya existido un grupo que en sentido amplio se le ha considerado como familia de ahí que el sistema individuo-familia-sociedad siempre ha sido una constante en la historia del hombre debido a que se le considera como un agente educativo y socializador, cuya función primordial es perpetuar la raza, la cultura, transmitir los modelos, valores, normas sociales y los patrones de conducta correspondientes a una sociedad específica.

Le Play (en Morales, 1999) consideraba que en la segunda mitad del siglo XIX habían existido tres tipos ideales de familia:

- 1) La patriarcal, este tipo de grupo familiar es característico de las sociedades nómadas y pastoriles, que daban gran importancia a la estabilidad, la autoridad, el linaje y la tradición lo que llevaba a un amplio grupo doméstico que abarcaba, como mínimo, a todos los descendientes masculinos del patriarca.
- 2) La familia tronco, muy frecuente entre las sociedades campesinas europeas, contaba también con un elemento patriarcal estable pero generalmente restringía la correspondencia y la sucesión a un hijo del patriarca y sus descendientes, aunque otros hijos solteros pudieran

permanecer en la unidad familiar, lo que llevaba a unidades familiares de hasta 18 personas.

- 3) La familia inestable, característica de las poblaciones obreras urbanas, que a diferencia de otras, se basa en la unión de dos individuos independientes; sobrevivía solo el tiempo que éstos permanecían unidos y lanzaban sus hijos al mundo en cuanto podían independizarse ejerciendo un escaso control sobre ellos.

La familia es una de las instituciones que más cambios y transformaciones ha experimentado en el siglo veinte (Inchaustegui, 2001). La mayor parte de las familias de esta época tienen las siguientes características: la existencia obligada del matrimonio, la presencia de dos progenitores, el padre y la madre como requisito para su consolidación completa, la existencia de hijos de ambos padres o al menos de uno de ellos; hermanos consanguíneos legítimamente reconocidos, la jefatura económica masculina, el manejo doméstico corresponde exclusivamente a la mujer, y los hijos son dependientes de sus padres hasta su mayoría de edad.

A finales del siglo XX e inicios del XXI, la familia mexicana vive cambios importantes que de acuerdo con Inchaustegui, (op. cit). se dan en la nupcialidad, la fecundidad, la estructura demográfica de la población, en el incremento de los divorcios y la generación de nuevas formas de familia, en lo que ya se conoce como la segunda revelación demográfica.

Entre sus transformaciones cobra particular relevancia el cambio en el predominio de un modelo familiar con un solo proveedor, hacia un modelo de familia donde ambos padres trabajan, el crecimiento de hogares uniparentales, familias reconstituidas o de segundos matrimonios, así como el incremento de edad del primer matrimonio, sobre todo del sexo masculino, quienes permanecen en el hogar familiar hasta edades maduras (Quidrán, 1999).

En ese sentido, la parentalidad y la filiación entre los miembros de las actuales familias mexicanas asumen rasgos dinámicos mucho más complejos comparativamente con las de hace algunas décadas. En paralelo a estos procesos están también los cambios de roles y funciones de los progenitores, particularmente de las mujeres en el hogar, a raíz de su masiva incorporación al mercado de trabajo.

Por los cambios ocurridos en este nuevo siglo, podemos pensar en la familia como un espacio de permanente negociación y cambio en las interacciones entre sus miembros, que como un modelo fijo, definido y generalizado para todos.

1.4. Formación de pareja.

Mucho se ha hablado del concepto, formación y función de la familia, sin embargo es necesario destacar la importancia que tiene la pareja como “pilar” fundamental en la iniciación de una familia como tal.

“La pareja como origen de la familia, ha de estar compuesta por dos personas completas, viviendo un proceso de madurez y preparación para la misión que van a emprender; es necesario estar conscientes de los retos que les prepara el mundo cambiante en que vivimos, así como las dificultades propias de cada etapa de su ciclo familiar, para poder vivir y trabajar juntos en su propio crecimiento como persona y como pareja, en la formación de una familia sana, funcional y con valores” (CONAPO, 1982 p.15).

La unión de dos personas con la intención de formar una familia constituye el comienzo formal de una nueva unidad familiar.

Roland (2000) indica que las normas familiares organizan la interacción y sirven para mantener un sistema estable al prescribir y limitar la conducta de sus miembros. Las normas que rigen las relaciones, tanto explícitas como implícitas,

proporcionan un conjunto de expectativas acerca de los roles, las acciones y sus consecuencias que orientan la vida familiar. Una familia tiende a interactuar en secuencias repetidas, de manera que su funcionamiento es regulado por un repertorio relativamente reducido de normas pautadas y previsibles. Las normas que rigen las relaciones sirven como modelo dentro de la familia, como marco de referencia o contexto frente al cual se mide la conducta de la familia y alrededor del cual ésta varía en mayor o menor medida.

“Cada familia de origen debe adaptarse a la separación total o parcial de uno de sus miembros, la inclusión de un nuevo miembro y a la asimilación del subsistema del cónyuge en el marco del funcionamiento del sistema familiar”(Minuchin, 1994 p. 83)

De esta manera, cada familia se encuentra con una serie de ajustes durante el proceso de adaptación y constitución de una nueva relación, provocando cambios que repercuten en cada uno de los miembros. “Los procesos de individuación de los hijos y de las mujeres, sumadas al cambio en el mundo del trabajo, se ha introducido en nuevos estilos y trayectorias de vida de las generaciones jóvenes. Y estas a su vez, se vuelcan reflexológicamente en los patrones de nupcialidad, de fecundidad, en la formación y el funcionamiento de las familias “(Inchaustegui,2001, p. 819)

En las generaciones actuales la elección de pareja se da a partir de la integración de sus miembros y sus pautas interaccionales en la estructura de su relación. En cada familia existe un repertorio muy amplio, a veces difuso, pero no menos fuerte de valores, normas y pautas de conducta con respecto al varón y la mujer. Al formarse la pareja, el rol que venía desempeñando cada uno se encuentra de un día para otro en un rol de esposo/esposa, la vida sexual ya es legítima entre ellos, aparecen los esquemas de parentesco político y vínculos sociales explícitos; conviven ya, físicamente en un lugar que le es propio y distinto,

incluso si se debe compartir todavía la casa con alguna de las familias de origen (CONAPO, 1982).

Esta nueva situación requiere de un tiempo de ajuste, puesto que, aparte de las relaciones personales entre los miembros de la pareja, supuestamente regularizadas o ejercitadas con anterioridad en el noviazgo, ambos deben enfrentar obligaciones que están más allá de la individualidad. Hay obligaciones de tipo social que le son impuestas como exclusividad de las relaciones sociales y la convivencia bajo un techo en común (CONAPO, op. cit.).

Un período difícil según Jusidman (1990, en Montalvo, 2000) es la separación de la familia de origen, lo fácil o difícil de éste, esta en función del grado de desarrollo que haya alcanzado la personalidad de cada miembro de la pareja, así como la forma que los padres logren afrontar el hecho de que sus hijos los dejan para comenzar a compartir su vida con otra persona.

Al inicio del matrimonio ambos se enfrentan a una serie de tareas cotidianas propias de la convivencia, cada uno, de acuerdo a su experiencia, espera que el cónyuge suma la actitud a la que no está habituado. Ante estas rutinas la pareja debe establecer transacciones que ayuden a mantener entre ellos cierto equilibrio. Esta tarea no es fácil, pues cada uno tiene áreas en las que puede ceder sin conflictos y otras en las que no. Se requiere que cada esposo pueda ceder sin sentir que se ha perdido y ha sido vencido, solo así estarán constituyendo una nueva familia.

Lo anterior se confirma con lo escrito por Roland (2000) cuando menciona que el “*equid pro cuo*” (una cosa por otra) es un ejemplo de normas logradas por una pareja con dificultad, en una negociación en gran medida implícita con respecto a como se define a sí mismo en la relación y que expectativas tiene de ella. De hecho se puede decir que en la pareja, sus funciones quedan marcadas, desde la forma en que se inicia la interacción y de los acuerdos iniciales que hayan logrado durante esta fase inicial.

Para Chávez y Velasco (1994), las principales funciones del subsistema conyugal son: comunicación, la adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.

1. Función de comunicación. Esta función debe ser evaluada a través de las pautas comunicacionales establecidas y predominantes en la pareja como señala Watzlawick (1981) y cuyas características deben ser:

- a) Que sea clara, es decir, que los mensajes puedan ser comprendidos por el receptor sin ninguna distorsión.
- b) Que sea directa, es decir, que vaya dirigida al receptor sin mediar algún otro integrante de la familia.
- c) Que sea congruente es decir, que esté relacionado lo que se dice con lo que se hace o que entre el lenguaje verbal y gestual haya relación clara.

2. Función de adjudicación y asunción de roles. La pareja se adjudica recíprocamente roles que son necesarios en la familia.

3. Función de satisfacción sexual. En la pareja la gratificación sexual es de fundamental importancia para llevar a cabo otras funciones, aunque pocas veces se explicita la trascendencia que para cada uno de los cónyuges tiene.

4. Función de afecto. Esta función debe ser tomada en cuenta a través de las manifestaciones o expresiones de afecto, para unas parejas puede ser suficiente un brazo o una caricia, pero para otras las manifestaciones deben ser constantes y efusivas.

5. Función de toma de decisiones. Es importante investigar cómo se da el proceso de toma de decisiones, ya que éste produce en cada uno de los cónyuges

la sensación de participación en las decisiones trascendentales; los estilos más frecuentes son:

- a) Toma de decisiones conjuntas. Ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles implicaciones en la decisión a tomar.
- b) Toma de decisiones individual. Uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin tomar en cuenta la opinión del otro cónyuge; esta modalidad está muy arraigada en las familias patriarcales tradicionales en donde el padre y proveedor, es el que tiene la función de decidir

Cabe destacar que éstas funciones deben cumplirse como ideales dentro de la cotidianidad de la familia ya que pueden surgir problemas ya sea económicos, laborales y/o de salud que afecten a uno de los integrantes de la familia, tal es el caso de la mujer que debido a su condición de género puede presentar algún tipo de trastorno ginecológico como lo es la histerectomía

Por tal motivo cada pareja deberá tomar en cuenta y analizar estos factores para que se desarrolle la unión lo mejor posible formándose así una nueva familia, siendo ésta parte fundamental en la socialización de los individuos dentro de una cultura.

CAPÍTULO II

HISTERECTOMIA

La palabra histerectomía deriva de las raíces griegas hystera: matriz o útero y ektomé: escisión o corte. Es por tanto un procedimiento quirúrgico donde el útero es extraído de la pelvis de la mujer, por causas que comprometen su salud e incluso su vida (EMSA, 2000). Es una intervención quirúrgica muy frecuente. La necesidad de continuar haciendo este tipo de operaciones en nuestros días expresa la ignorancia que se tiene para prevenir múltiples enfermedades del útero y órganos relacionados (Fernández del Castillo, 1999).

Existe una gran incidencia de esta intervención más que en ninguna otra y si las cosas continúan de esta manera, en el futuro más de la mitad de las mujeres a la edad de 65 años habrán perdido el útero (Ananth, 1978 en Barruel e Iñesta, 1993).

De acuerdo con Kjerulff (1973), en los Estados Unidos de Norte América actualmente se estima que una de cada 3 a 4 mujeres podrán ser sometidas a esta intervención. Por otra parte en México ésta operación se realiza frecuentemente aunque se desconoce el número exacto y la frecuencia de ésta, ya que rara vez se realizan estadísticas (Reyna, 1986 en Barruel e Iñesta, 1993).

2.1 Indicadores para tomar la decisión de practicar una histerectomía

Es de suma relevancia explicar el porqué se toma decisión de realizar una intervención quirúrgica de esta índole.

1. Enfermedades inherentes al útero como miomatosis, adenomiosis, padecimientos premalignos y malignos del cuello y del cuerpo uterino (Garza, Quesnel, 1992).

2. Enfermedades de los anexos de tipo infecciosos, cuando el útero participa en un proceso patológico en otra parte de la pelvis (cáncer de Colón o absceso) (Pokras y Hufnagel, 1987).
3. Hemorragias uterinas anormales (excluyendo aquellas indicadas por lesiones traumáticas especialmente de origen obstétrico).

Cuando la histerectomía involucra únicamente la extirpación del útero, la consecuencia lógica es la suspensión definitiva de la menstruación y la posibilidad para quedar embarazada. No obstante y de acuerdo con EMSA (2000) los ovarios continúan produciendo estrógenos, hormona fundamental entre otras para el fortalecimiento del tejido óseo y la adecuada lubricación de la vagina.

Cuando la cirugía incluye la extirpación de trompas y ovarios, se presenta una menopausia quirúrgica, debido a que son extraídas las glándulas productoras de estrógenos. En consecuencia la mujer puede experimentar una serie de síntomas tales como oleadas de calor (bochornos) y sequedad vaginal, al tiempo que se inicia un proceso de disminución de la densidad ósea conocido como osteoporosis.

La histerectomía consiste en la extirpación del cuerpo y/o cuello uterino, ya sea por la vía intrafacial, en el caso de los padecimientos benignos del útero con o sin patología extrafacial en caso de lesiones premalignas o malignas.

Las pacientes que son sometidas a una histerectomía están concientes de llegar con el médico por alguno de estos indicadores y en respuesta de su mejora. Sin embargo pareciera ser que debido a cualquiera de estos indicadores el procedimiento quirúrgico es el mismo y en realidad no es así ya que debido a la problemática de cada una se aplica una serie distinta de operación.

De ahí que sea necesario explicar cuales son los tipos más comunes de histerectomía que los médicos realizan.

2.2 Tipos de histerectomía

Para determinar que tipo de histerectomía debe realizarse es necesario que el médico con historia clínica complete la valoración diagnóstica con la exploración física, signos vitales, biopsia endometrial, estudios de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea y EGO, coagulación y papanicolao) ultrasonografía, reacción a medicamentos, laparoscopia e histeroscopia así como definir el propósito de la intervención (Haas, 1992 y Hernández, 2002).

2.2.1 Histerectomía abdominal.

En la histerectomía abdominal por procesos benignos, la opción es disecar el cervix por dentro hasta llegar a la cúpula vaginal.

La disección intrafácial del cervix en la histerectomía abdominal, es muy fácil y rápida pero en la histerectomía abdominal laparoscópica es muy laboriosa, consume mucho tiempo es difícil y en ocasiones hasta imposible. En ese tiempo quirúrgico la intervención puede ser incompleta (Nezat, 1992).

En estos años en que se ha iniciado la histerectomía laparoscópica y por la dificultad para disecar el cervix lo que se traduce en una prolongación exagerada del acto quirúrgico; ha surgido la modalidad de hacer la histerectomía vaginal (Fernández del Castillo, 1999)

2.2.2 Histerectomía vaginal.

Este tipo de cirugía es la que mayor preferencia tiene en el Instituto Nacional de Perinatología (Nieto y Delgado, 1994), ya que es un procedimiento seguro,

aunque para algunos su técnica es compleja, para otros resulta una vía excelente para resolver diversos problemas.

Esta intervención se basa primordialmente en la extirpación de cervix o cuello uterino a través de la vagina. La mayor incidencia en la realización de la histerectomía vaginal es el prolapso uterino asociado a trastornos de estática pelvi-genital, lo que hace a ésta, el procedimiento de elección para éstas alteraciones (Amirika y Evans, 1979 en Nieto, 1994)

2.2.3 Histerectomía en bloque.

Existe un tercer tipo de histerectomía que es quizás aún el más doloroso debido a la situación que conlleva; es la histerectomía en bloque, la cual se define como la extirpación del útero grávido con su contenido gestacional "in situ". Este es un tipo de intervención poco frecuente y con reportes en la literatura en nuestro medio que datan de dos o más décadas, lo cual nos hace pensar que en la actualidad ha dejado de practicarse.

Existen varias contraindicaciones para la práctica de esta cirugía, las cuales deberán ser valoradas conforme a la edad gestacional y esta en relación al éxito de la unidad de cuidados intensivos neonatales de cada institución, con la finalidad de evaluar la viabilidad del producto (Bonfante y Bolaños, 1997).

Los procesos neoplásicos son la causa más frecuente encontrada en la literatura y el cáncer cervico-uterino ocupa el primer lugar. "Se debe realizar un proyecto terapéutico con el primordial interés en la madre sin importar el futuro del producto" (Chalfant, 1934 en Bonfante, 1997). Afortunadamente en la actualidad ya no se toma el en cuenta únicamente el bienestar de la madre , sino, se busca lograr que el producto pretérmino llegue a su mejoría con la ayuda de aparatos y tratamientos para lograr una óptima calidad de vida.

Este tipo de procedimientos debe realizarse oportunamente y ser manejadas en hospitales que cuenten con la tecnología y recursos humanos capaces de resolver cualquier tipo de complicación derivada de estas intervenciones.

2.3 Seguimiento en pacientes hysterectomizadas (daños y/o consecuencias).

Cuando la mujer es diagnosticada para que se le practique una hysterectomía no esta conciente de los posibles daños y consecuencias que una cirugía de esta índole puede presentar ya que confía completamente en las indicaciones médicas creyendo que es la mejor alternativa que tiene.

“La facilidad con que puede hacerse la hysterectomía promedio ha demostrado ser una bendición en la curación de las mujeres. No hay duda de que la hysterectomía realizada por indicaciones adecuadas puede restablecer la salud de una mujer o inclusive salvar su vida. Sin embargo en el ejercicio de la ginecología se tiene una amplia oportunidad de observar incontables mujeres a quienes se le ha recomendado una hysterectomía sin indicación precisa” (Richard, 1949 en Haas, 1992)

Lamentablemente cuando la paciente ingresa al hospital se encuentra en un estado de inseguridad y de no saber que hacer para detener el malestar, mientras los encargados su salud ya están decidiendo que hacer en relación a su problemática y de ser necesario decidir intervenirla quirúrgicamente y tal vez de inmediato.

La participación de la mujer en la toma de decisión de que se le practique la hysterectomía por lo general se ha limitado al proceso a menudo precipitado y rara vez colaborativo, este proceso se debe a la responsabilidad del médico de proporcionar información en cuanto a la naturaleza del trastorno y de la intervención propuesta, de los probables beneficios, riesgo, molestias y alternativas posibles (Appelbaum, 1988 en Gambone, 1997)

Las enfermas en general tienen poco conocimiento para poder tomar decisiones médicas y quirúrgicas. Piensan que todas las decisiones de atención a la salud implican aspectos complejos que posiblemente no comprendan y de ahí que consideren como única y definitiva la decisión del médico en turno.

A pesar de esta conciencia, la paciente decide someterse a la histerectomía sin pensar en las complicaciones o daños que puede ocasionarle a futuro.

Los riesgos de la histerectomía van desde una mortalidad de 6 a 11 por cada 10 000 mujeres en aquellos casos donde no participa el cáncer o la obstetricia. hasta 29 a 38 por cada 10 000 mujeres cuando participa la obstetricia y 70 a 200 por cada 10 000 mujeres cuando hay cáncer (Ravnikar y Chen, 1994)

La histerectomía vaginal dependen de la habilidad del cirujano y el grado de avance de la enfermedad, parecen tener menor tasa de complicación que las histerectomías abdominal o en bloque (Lyons,1993)

En casos de histerectomía vaginal hay más molestias de secreción vaginal, alteraciones vesicales (frecuencia de espasmos) trastornos intestinales, dolor dorsal, disminución de la libido y la frecuencia de coito. Se ha calculado que pueden aparecer anomalías vesicales en 20 a 30% de las pacientes. Se informa disfunción sexual en 20% de las pacientes (Ravnikar , op.cit.).

Según Fernández del Castillo, (1999), entre las complicaciones más frecuentemente documentadas están los daños intestinales con la aguja que se inserta para crear el neumoperitoneo, el enfisema subcutáneo, punsión- perforación del estómago o de una asa intestinal, la punsión y a veces desgarró de vasos intra abdominales importantes: mesenterios, aorta, vena cava inferior, vasos iliacos con el trocór, las quemaduras intra abdominales, las quemaduras al propio cirujano, el traumatismo de la vejiga y de los ureteros.

Ananth (1978 citado en Barruel e Iñesta, 1983) Menciona que las consecuencias postoperatorias son similares a aquellas que ocurren después de una cirugía mayor; las complicaciones físicas incluyen bajos niveles estrogénicos que pueden ocasionar posteriormente osteoporosis y arteriosclerosis, aunado a éstos varios desordenes psiquiátricos incluyendo la psiconeurosis, desordenes somáticos y psicosis.

2.4 Implicaciones psicológicas con la histerectomía.

Esta constatado que la histerectomía es una intervención quirúrgica con amplias secuelas psicológicas pues afecta no solo a la mujer que la padece sino también a su pareja y por ende a toda la familia (González, 1994)

La histerectomía es una intervención quirúrgica en donde se extirpa un órgano de gran importancia para la reproducción y complementaria para la integración psicobiológica de la mujer, con gran significado desde un punto de vista emocional conyugal y social (González, op. cit.). Esta intervención ha sido vista como responsable de varias secuelas psicológicas en el período posoperatorio intrínsecos a factores de la personalidad que pueden llegar a influir en un momento dado y producir algún tipo de reacción, tales como depresión, temor a la reiniciación de la vida sexual, etc. (Vacach,1997).

A través de los años, algunos autores, han confirmado mediante sus investigaciones las alteraciones que se producen en la vida emocional de las mujeres histerectomizadas, principalmente manifestadas en depresión, cambios en el autoconcepto, deficiencias fisiológicas, mal funcionamiento de la vida sexual entre otras (Drellich, 1985).

Entre los primeros escritos que enfatizan la creencia de que el útero poseía un especial significado en el autoconcepto de la mujer se encuentran los de Kraft

Ebbing, (1980 en Vacach, 1987), quién afirmó que la capacidad reproductora permanecía siempre vigente en la vida psicológica de mujer y por lo tanto cuando esta posibilidad resultaba anulada, las consecuencias se manifestaban en daño de tipo emocional.

“El útero representa simbólicamente la femineidad y consecuentemente la histerectomía produce un sentimiento de castración en la mujer” (Drelich,1985 p. 323)

Melody (1962, citado en Barruel e Iñesta, 1993), observó que el común denominador en las pacientes con desórdenes emocionales después de la histerectomía es un acto que ellas perciben como rechazo, devaluación o falta de afecto por parte de una persona significativa en su medio social. Así la histerectomía significa no solo la pérdida de roles tan esenciales como: la femineidad, la maternidad, y el papel de ser esposa.

Otra respuesta psicológica que suelen experimentar de manera muy típica las pacientes es la depresión (La Torre y Benet, 1994 en García y cols. 2001). Esta reacción aparece habitualmente de forma retardada en virtud de que debe transcurrir cierto tiempo hasta que comprendan las implicaciones de su condición; tal depresión puede ser grave y prolongada y estar asociada con intensos sentimientos de indefensión, desesperanza y pérdida.

Steiner (1970, en González, et al,1994a) en su investigación encontró que el efecto traumático de una operación se debe al temor de los sentimientos de mutilación, en este caso a la pérdida del útero. El temor con frecuencia puede ser mitigado preparando a la paciente para la operación, a través de amplias explicaciones de apoyo psicológico. Cabe destacar que la pérdida del útero provoca un proceso análogo al duelo.

Por otro lado Kaltreirder (1979, en González, 1994b) propuso un estudio acerca del síndrome de respuesta al estrés, que de acuerdo a investigaciones previas, aparece como consecuencia de eventos serios y traumáticos en la vida, haciendo énfasis principalmente en la respuesta emocional a intervenciones quirúrgicas que tienen como objetivo la extracción de órganos generativos, como sería el caso de la histerectomía. Encontrando diferentes tipologías bajo las cuales clasificaron a las mujeres:

a) Mujeres que no presentan el síndrome de respuestas al estrés. Consideran que la histerectomía le trae considerable alivio a sus síntomas físicos. Su deseo ante la procreación esta satisfecho o no existe. Tiene apoyo de sus familiares y son generalmente valoradas por su trabajo y sus logros. Se perciben así mismas femeninas y competentes.

b) Mujeres que experimentan levemente el síndrome. Dan la impresión de poseer suficiente fuerza yóica, la cual les resulta necesaria al tratar de elaborar la importante pérdida. Algunas de éstas mujeres utilizaron la histerectomía como un momento en sus vidas que les permitió cierta reorganización emocional la que perduro hasta la llegada de una nueva experiencia difícil.

c) Las mujeres con una severa respuesta al estrés, son generalmente personas aisladas que pertenecen a familias donde se carece de apoyo y cohesión. Durante su infancia se ubicaron muy cerca de sus propias madres, creyendo en la actualidad que la procreación de los hijos es una función central de toda mujer sana y fuerte.

En suma para cada una de las mujeres la manera en la que puede afrontar una situación que se les presenta como estresante puede ser diferente de acuerdo a la gran variedad de respuestas con que enfrentan una situación (histerectomía)

destacando así la manera en que ésta puede afectar su calidad de vida, por lo cual cada uno de estos aspectos a considerar serán tratados en el siguiente apartado.

CAPÍTULO III

AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y CALIDAD DE VIDA

3.1 Afrontamiento y estrés.

Dentro de la Psicología uno de los principales objetivos de investigación ha sido el gran interés por los estudios referentes al estrés y sobre los estilos de afrontamiento que los individuos llegan a buscar más frecuentemente. El interés por el estrés, tal vez se atribuye al hecho de que nuestra sociedad este evolucionando constantemente, a las múltiples ocupaciones y preocupaciones que el individuo manifiesta en relación a su entorno (Castro y Najera, 1995). Por lo que se considera que las experiencias aversivas por las que pasa dañan la salud.

Algunos psicólogos asumen que la forma de pensar, de sentir y de actuar pueden contribuir en el proceso de cualquier enfermedad, por lo que estos factores pueden ser usados para prevenir dicho proceso, ayudando a traducir eventos psicológicos y ambientales en cambios corporales (Leventhal, 1987 en Landa y Valadez, 1998).

Ante una situación que es evaluada como estresante, las personas hacen algo para alterar tal situación, modificando la relación individuo-ambiente por lo que emplean una estrategia de afrontamiento específica. (Navarrete y Salas, 1998).

Una de las tareas más difíciles a las que se han enfrentado los interesados en el estudio del estrés ha sido precisamente el definir éste término dada la complejidad de los elementos relacionados con el estrés (eventos estresantes, características del organismo y manifestaciones). Esta situación ha llevado a los teóricos a poner énfasis en algunos de éstos aspectos.

3.1. 1. Estrés

Selye, (1976) se refiere al estrés como un estado de desequilibrio corporal ocasionado por estímulos inespecíficos (estresores) ya sean internos o externos, reales o imaginarios que le son adversos al individuo.

Lazarus (1977, en Navarrete, 1998) señala como generadores de estrés a los eventos que producen cambios en la vida del individuo, distinguiendo los cambios que podrían afectar a la mayoría de las personas, a los que denomino universales (sismos, huracanes, etc.), los cambios que podrían afectar solo a algunas personas (muerte, desempleo, etc.) y finalmente los ajetreos diarios (tráfico, actividad excesiva, etc.). Las características de cada individuo (creencias, valores, preferencia, compromisos, necesidades, estado de ánimo, etc.) juegan un papel importante como mediadores en el impacto de un estresor. De este modo Lazarus y Folkman (1986) definen al estrés como:

“El resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (p. 43),

Para fines de esta investigación se considera que la definición de Lazarus y Folkman (1986) es la más acertada ya que resalta el equilibrio dinámico entre las capacidades del sujeto y las exigencias del medio.

Es importante considerar cuales son las determinantes del impacto del estrés, que podrían ser las características de las demandas de la situación estresante y la evaluación de tales demandas. En dichas demandas se refiere a agentes causales primariamente del estrés. Incluye factores psicosociales y agentes ambientales naturales. Las principales fuentes de donde proviene el estrés son:

a) Fuentes personales. Se encuentran los compromisos entendidos como ideales u objetivos que determinan la importancia personal de la situación y a partir de la cual se decide lo que esta en juego, del mismo modo las creencias o los valores internalizados delimitan la forma de sentir o actuar. La edad es otra característica personal que influye en la percepción de un evento como estresante ya que según varios autores como Wagner y Compas (1990) señalan que las fuentes de estrés cambian con las distintas etapas de la vida. Los recursos y habilidades individuales que se tengan también influirán en la valoración de una

situación como estresante.

b) Fuentes laborales. En la que pueden presentarse conflicto con los superiores o compañeros, presiones y/o exceso de trabajo, el peso de una gran responsabilidad o en el peor de los casos pérdida del empleo.

c) Fuentes sociales. Se encuentran múltiples situaciones que puedan generar estrés, tales como, conflictos que se dan al interior de la familia por diversas razones, cambios a nivel de pareja dentro de los que se incluyen: matrimonio, divorcio, viudez, llegada de los hijos, embarazo no deseados, etc., además de las dificultades en la familia, pueden presentarse problemas con vecinos, enfermedad o muerte de cualquier persona cercana, etc.

Cuando una persona se enfrenta con una situación que evalúa como estresante, su organismo reacciona de manera automática para hacer frente a tal situación, esta reacción tiene una función adaptativa ya que alerta al organismo por lo que puede ser benéfica, mientras que no se prolongue por mucho tiempo, ya que si esto último sucede estas reacciones pueden dañar al individuo (Navarrete y Salas, 1998). Las reacciones más comunes son de origen fisiológico y psicológico.

Fontana (1992) menciona que las reacciones fisiológicas son: La liberación de adrenalina y noradrenalina, liberación de colesterol, supresión de la función

digestiva, reacción a la piel (como por ejemplo, enrojecimiento, salpullido, etc.), disminución de la producción de las hormonas sexuales, etc. En tanto que las psicológicas pueden ser: decremento del período de atención y concentración, deterioro de la memoria a corto y a mediano plazo, deterioro de la capacidad de organización y de la planeación a largo plazo, aumento de los delirios y de los trastornos de pensamiento, aumento de la hipocondría, cambios en los rasgos de personalidad, pérdida repentina de la autoestima (aparecen sentimientos de incompetencia y de autoevaluación), disminución de los intereses y el entusiasmo, descenso e inestabilidad en el nivel de energía, alteración de patrones de sueño, tendencia a culpar y a responsabilizar a los demás, tendencia a ignorar información nueva y a rechazar los cambios aunque estos sean útiles.

Entre las alteraciones psicológicas que señalan Desatnik y Franklin (1992) se encuentran las siguientes:

- El sujeto no se siente capaz de enfrentarse a los problemas.
- Los pensamientos se confunden de manera que el individuo no sabe que hacer ni que pensar.
- Sensación de pérdida del control de sus emociones y de que puede lastimar a alguien aunque no lo desee.

Cabe señalar que las alteraciones tanto físicas como psicológicas que se han mencionado pueden variar de un individuo a otro, ya que no en todos los casos se presentan las mismas alteraciones; es la evaluación lo que hace que un evento sea estresante o no, debido a que los factores personales y situacionales involucrados en una situación estresante varían.

También se ha encontrado que existen fuentes de estrés propias para cada género, por ejemplo, las mujeres más que los hombres pueden enfrentarse a situaciones tales como: trabajar y ser ama de casa al mismo tiempo y/o prejuicios sexistas en el ámbito laboral, además de hacer frente a eventos difíciles propios

de su género, como son embarazos, ciclo menstrual, menopausia (Wtkin-Lanoil, 1985).

Finalmente se puede señalar que el estrés que manifiesta cada individuo lo puede conducir a buscar intentos para afrontar la situación estresante, los cuales son considerados como estilos de afrontamiento al estrés y permiten que el individuo se enfrente a su medio empleando estrategias de respuesta peculiares ante situaciones valoradas como amenazantes o estresantes.

3.1.2 Afrontamiento.

Los recursos de afrontamiento son los elementos y/o capacidades internos o externos con los que cuenta la persona para hacer frente a las demandas del acontecimiento o situación potencialmente estresante (Rodríguez, 1995).

La función principal del afrontamiento según Billings y Moos (1981) es aumentar o disminuir las demandas de la vida y los estresores, también señalan que la efectividad de los recursos de afrontamiento estarán en función del evento y su contextualización, las evaluaciones continuas y los recursos de afrontamiento personales.

Por otro lado Pearlin y Soler (1981) consideran que el afrontamiento puede tener tres funciones: Eliminar o modificar la fuente de estrés con respuestas directas y activas, cambiar el significado psicológico que se le da a un evento neutralizando su carácter problemático y mantener tolerables las consecuencias emocionales de estrés. Es importante señalar que la finalidad del afrontamiento es lograr la adaptación del individuo a su ambiente por medio de estrategias.

Diversas investigaciones se han llevado a cabo con el propósito de establecer las formas de afrontamiento que comúnmente utilizan las personas ante una

situación que es evaluada como estresante. Lazarus y Folkman, (1980) señalan cuatro estilos o formas de afrontamiento considerando el método que se sigue:

- Acción directa, enfocada a alterar la interacción individuo ambiente.
- Inhibición de la acción, en donde el individuo se resiste a actuar debido a que evalúa la situación como riesgosa.
- Búsqueda de información, a partir de la cual se reúnen los elementos que podrían dar paso a una reevaluación.
- Afrontamiento cognoscitivo en el que se busca tener la sensación de malestar cambiando el significado del evento estresante aún sin la modificación del ambiente mismo.

Tsacoumis, (1989, en Desatnik y Franklin, 1992) clasificó las estrategias de afrontamiento de la siguiente manera:

- Canalización de energía. Incluye conductas que permiten la salida de energía activa, ya sea tranquilamente, o bien, de manera explosiva.
- Aproximación-evitación. Se refiere a la confrontación del problema, en un extremo del continuo y la evitación de la situación.
- Diversión-distracción del problema. Se caracteriza por actividad sexual y uso de sustancias en un extremo continuo y cambiar los hábitos de sueño, alimentación y trabajo en el otro.

Kendler, Kesler, Heath, Neale y Eaves, (1991, en Omar, 1995) identificaron tres estilos de afrontamiento: Búsqueda de apoyo social, solución al problema y rechazo-negación.

En el afrontamiento existen factores relacionados que influyen en este proceso, debido a ello se han desarrollado diversos estudios en los que se evalúa el papel que juega el género, la cultura y la edad principalmente.

Entre los autores interesados en estudiar la relación existente entre género y afrontamiento se encuentran Moos, Adams y Cady (1969; en Lazarus y Folkman, 1986) quienes al llevar a cabo una investigación con estudiantes universitarios encontraron que las mujeres empleaban más que los hombres la búsqueda de información adicional de la situación estresante, el hablar con otros acerca del problema y reducir la tensión.

Por otra parte, Pearlin y Soler (1981) encontraron que las mujeres empleaban en mayor medida estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción mientras que en los hombres predominaban las estrategias dirigidas a la solución del problema.

Thoits, (1988; en Sheik, 1989) encontró que las mujeres mostraban una mayor tendencia a la búsqueda de apoyo social y a ser más expresivas, mientras que los hombres se inclinaron hacia las actividades físicas y a las estrategias de racionalización como formas de afrontamiento.

Uno de los ámbitos en donde es muy importante y poco investigado el estudio del afrontamiento al estrés es el relacionado al género, específicamente la reacción ante una pérdida o una operación sufrida por la mujer quien debido a su problemática ginecológica puede llegar a ser sometida a intervenciones quirúrgicas (histerectomía) afectando así su calidad de vida.

3.2 Concepto de calidad de vida.

El término calidad de vida es complejo y abstracto, además de tener diversas orientaciones y definiciones que a veces se confunden con otros conceptos de bienestar, nivel de vida, satisfacción y felicidad.

Un aspecto que es importante considerar en la conceptualización medición, son las expectativas y logros de los individuos, dado que la satisfacción con diferentes

aspectos de la vida es muy relativa y está influida por el nivel de aspiraciones de cada sujeto (Bustamante, 2002).

En la actualidad, hablar sobre la calidad de vida necesariamente implica para el hombre moderno hablar sobre el estado material de la vida, por ejemplo, tener casa propia, un auto, un trabajo estable, etc. No obstante Diener, Smith y Shao (1995; en Ramírez, 1998) afirman que la riqueza de los pueblos no incrementa la calidad de vida de los mismos. Se tiene así que ese término involucra tanto aspectos objetivos (materiales) como subjetivos (amor, felicidad y bienestar).

Rodríguez (1995) señala que la calidad de vida parece traducirse en nivel de bienestar subjetivo o felicidad y en términos de presencia ausencia de indicadores estándar, más o menos objetivos, de lo que en general las personas consideran que determinan una “buena vida”. De esta forma, lo anterior implica la presencia de indicadores objetivos y subjetivos que son básicamente un sentimiento de satisfacción, un estado de ánimo positivo determinado por otros elementos de índole psicológico y/o conductual. La presencia de este sentimiento positivo de satisfacción global respecto a la vida, debe estar determinadas no solo por la interpretación del sujeto (determinantes cognitivos), sino por la presencia de condiciones externas objetivas.

Al respecto, Setien (1993; en Ramírez, 1998) argumenta que la calidad de vida constituye el grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de necesidades (materiales y no materiales) de los miembros que la componen. Tal capacidad se manifiesta a través de las condiciones objetivas en que se desenvuelve la vida social y en el sentimiento subjetivo de la satisfacción de sus deseos así como de la existencia de las aspiraciones que poseen los miembros de la sociedad. De igual manera, Setien (1993; en Cabrera, 2001) plantea que la calidad de vida es el grado en que un individuo percibe que su vida es buena y satisfactoria, goza de bienestar físico y material, así como de buenas relaciones interpersonales;

además de participar en actividades sociales, alcanzando un desarrollo óptimo a nivel personal.

De acuerdo con Bustamante (2002) el concepto de calidad de vida esta sustentado en factores tanto objetivos como subjetivos. En donde el agente objetivo esta determinado por las áreas de: enfermedad, hábitos de salud, uso del sector salud, creencias y actitudes, estrés de vida, afrontamiento, apoyo social y salud psicológica. El agente subjetivo se determina por la importancia que le da el individuo a cada una de estas áreas.

Levi y Anderson (1980) describen que a partir de la propuesta de la Organización de las Naciones Unidas, se plantea que la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos, son los principales componentes de la calidad de vida, que delimitan por concepto en la definición que proporcionan por calidad de vida. “Entendemos una medida compuesta de bienestar físico, mental y social tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo y de felicidad, satisfacción y recompensa” (p.46). De tal forma que la valorización que cada sujeto hace de su calidad de vida se basa en gran medida en un proceso cognitivo de comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades.

Para Leelakulthanit (1992) la vida es vista como un conjunto que esta compuesta por varios campos específicos, que llevan al individuo a una felicidad determinada; al respecto Flanagan (1978; en Soto, 2001) afirma que la calidad de vida está constituida por 15 componentes:

- 1) Bienestar económico.
- 2) Bienestar físico y salud.
- 3) Relaciones con parientes.
- 4) Tener y criar hijos.
- 5) Relaciones de pareja.

- 6) Amigos cercanos.
- 7) Actividades cívicas y sociales.
- 8) Actividades políticas.
- 9) Desarrollo personal y creatividad.
- 10) Conocimiento personal.
- 11) Trabajo.
- 12) Expresión personal.
- 13) Socialización.
- 14) Actividades de recreación pasiva.
- 15) Actividades de recreación activa.

Finalmente como se ha visto en este apartado el hablar de calidad de vida necesariamente implica aspectos objetivos y subjetivos valorados de acuerdo a las expectativas de cada individuo y a los componentes de más relevancia del mismo, destacando así ciertos elementos que conforman su calidad de vida.

3.3 Elementos que conforman la calidad de vida.

Según Ramírez (1998), los elementos más destacados de la calidad de vida son:

- 1) Nivel de vida.
- 2) Modo de vida.
- 3) Estándar de vida.
- 4) Estilo de vida.
- 5) Bienestar social.

1) Nivel de vida. Johanson (1970, en Ramírez, 1998) define al nivel de vida como “El dominio del individuo sobre los recursos de tipo monetario, propiedad, conocimiento, energía física y psicológica, relaciones sociales, de seguridad, etc., por medio de los cuales puede controlar y dirigir sus condiciones de vida” (p.13).

2) Modo de vida. Para García y Lima (1985) “el modo de vida es la forma que adquiere la actividad vital, el género de vida del individuo, del grupo social, la clase y el pueblo en general, que actúa en una formación económico-social determinada” (p.15). De igual forma, sostienen que el aspecto cuantitativo del modo de vida se expresa en determinado sistema de exponentes de bienestar material, el aspecto cualitativo se expresa ante todo, en el grado de libertad social, en las condiciones de desarrollo del individuo, en sus valores espirituales y culturales.

3) Estándar de vida. Pigou, (1952 en Soto, 2001) define al estándar de vida como “la parte del bienestar social que puede relacionarse directa e indirectamente con la escala de medición monetaria” (p.17).

La evaluación del estándar de vida puede admitirse solo en dos formas: 1) agentes individuales pueden evaluar solo pequeños cambios en los estándares de vida, así la ventaja económicamente en su habilidad por integrar la obtención de una medida global; 2) El individuo puede estar no plenamente informado de sus posesiones, o el estado de su grupo.

4) Estilo de vida. Este aspecto es de gran relevancia para el entendimiento del comportamiento humano de cada sociedad así como para conocer la calidad de vida de la misma. Bliss (1974, en Cerezo, 2001) plantea que un estilo de vida, indica tanto un conjunto de consumo como un conjunto de preferencias.

Ramírez (1998) argumenta que se podría caracterizar al estilo de vida occidental como adquisitivo y consumista, con un énfasis en el trabajo como una actividad valiosa y satisfactoria.

No obstante, la calidad de vida depende de las circunstancias socioeconómicas. En algunas sociedades, la disponibilidad de alimentos, agua, saneamiento, vivienda, vestido y trabajo en cantidades suficientes puede servir de

base para evaluar la calidad de vida, además de factores como medios educativos, culturales y sanitarios, recreación, deporte, una vida social y sexual satisfactoria y un medio ambiente suficientemente seguro y confortable.

5) Bienestar social. La palabra bienestar puede estar relacionada a diversos aspectos de la vida de las personas, en áreas como la economía, lo social y lo personal, no obstante este término esta frecuentemente relacionado con servicios públicos y la economía (factores objetivos).

Para San Martín y Pastor (1990, en Cabrera 2001) se considera que los elementos que conforman a la calidad de vida se pueden dividir en cinco áreas fundamentales.

1. Capacidad funcional para desarrollar actividades diarias, capacidad para desempeñar el puesto de trabajo y la participación en actividades recreativas.
2. Funciones sociales: relación con los amigos, la familia y la comunidad.
3. Funciones intelectuales: capacidad de atención, memoria y habilidad para tomar decisiones.
4. Estado emocional: bienestar general incluyendo evaluación del nivel de ansiedad, depresión, sentimiento de temor y cólera.
5. Situación económica en función de mantener su nivel de vida en caso de perder la seguridad de solvencia.

Al no cumplirse en su totalidad algunas de estas áreas estaríamos hablando de que la calidad de vida del individuo puede no ser tan óptima para las demandas que su medio le exige.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

Mucho se ha investigado acerca de cómo el individuo puede afrontar diversas situaciones estresantes y como éstas pueden afectar su calidad de vida, sin embargo no se ha encontrado la documentación respecto a la forma en que afronta la mujer una intervención quirúrgica (histerectomía) afectando la relación que tiene con su familia y como es que ésta se ve modificada en su calidad de vida; por lo cuál dentro del presente capítulo se describe la metodología empleada a lo largo de esta investigación.

4.1 Objetivo.

En la presente investigación se pretendió conocer las respuestas de afrontamiento al estrés en mujeres histerectomizadas en relación con su calidad de vida

4.2 Planteamiento del problema.

¿Cuáles son las respuestas de afrontamiento al estrés y su relación con la calidad de vida en mujeres que han sido histerectomizadas?.

4.3 Hipótesis

Cuando la mujer es sometida a una histerectomía pueden surgir situaciones estresantes que involucren a la familia provocando que se vuelva disfuncional, perdiéndose así los indicadores que algunos autores (Herrera, 1987), han manejado para medir el funcionamiento familiar, tomando en cuenta principalmente:

Si la mujer es sometida a una histerectomía afectarán sus cambios a toda la familia y puede ésta volverse disfuncional, por el contrario, si la familia es capaz de adaptarse a los cambios, podrá mejorar su calidad de vida.

Este tipo de tarea requiere en gran medida de la capacidad de adaptación, ajuste y equilibrio de la familia para lograr que ésta sea capaz de desarrollarse y afrontar los momentos estresantes de una manera adecuada y mantener el equilibrio psicológico de sus miembros.

4.4 Operacionalización de variables.

V.I. Situación estresante (Histerectomía).

V.D. Afrontamiento al estrés y calidad de vida ante la situación estresante.

4.5 Descripción de sujetos.

La muestra estuvo constituida por 16 mujeres que fueron histerectomizadas, pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Ginecología Tlaltelolco, que reunieron los siguientes criterios:

- Pacientes que recién fueran operadas (en un lapso no mayor de un año) y que están pasando por un proceso de menopausia quirúrgica.
- De nacionalidad mexicana.
- Casadas o con pareja estable.
- Escolaridad mínima de primaria.

Las pacientes se seleccionaron de acuerdo a los criterios de inclusión, de las listas proporcionadas por el subdirector de Ginecología del IMSS, Dr. Alejandro Hernández Mendoza y con la colaboración del Dpto. de Trabajo Social, se les invitó a participar en la investigación, sus edades fluctuaron entre los 35 a 65

años. Son pacientes que asisten al Instituto a pláticas por parte del Dpto. de Trabajo Social para ayudarles a superar su problemática.

4.6 Materiales e Instrumentos.

1. Cuestionario de conocimientos y afrontamiento, (anexo 1). Se elaboró con la finalidad de conocer que tanto conocimiento tenían de su problemática y cómo es que afrontaban su situación actual a raíz de la intervención quirúrgica.

2. Inventario de Estilos de Afrontamiento ante la Enfermedad (IMSS, hospital de Gineco-Obstetricia, núm 4) que es un instrumento de elección forzada dicotómica que consta de 50 preguntas que miden los recursos psicológicos con los que las pacientes afrontan su situación. (anexo 2).

Estos estilos de afrontamiento se encuentran divididos en: orientados al problema (que intentan neutralizar la fuente de ansiedad) y orientados a la emoción (los cuales buscan reducir el malestar subjetivo que provoca el problema).

3. Escala de Calidad de Vida relacionada con la salud, ESCAVIRS (De los Ríos-Castillo; J. González Puente), perteneciente a la coordinación de Psicología del Hospital General de México. (anexo 3).

Es un instrumento que consta de 131 reactivos en los cuales se evalúan las siguientes áreas:

-Área física: Comprende reactivos con indicadores de las capacidades físicas que el individuo mantiene o el grado de incapacidad que desarrolla, tales como “Me cuesta trabajo bañarme, lavarme los dientes o arreglarme”, “La enfermedad o su tratamiento no me permiten realizar mis actividades laborables”.

-Área de interacción médica: comprende reactivos que evalúa las dificultades en la comprensión de información que el médico proporciona por ejemplo, “Me cuesta trabajo entender lo que el doctor dice de mi situación”, “Me parece que las enfermeras no me dan suficiente información”.

-Área Psicosocial: Se integra por indicadores de la condición emocional de la persona, así como las dificultades en la comunicación con parientes y amigos, por ejemplo de esta área incluyen reactivos como: “Frecuentemente me siento deprimido”, “Me parece que a mis amigos o parientes les cuesta trabajo hablar conmigo sobre mi situación”.

-Área sexual: Evalúa la funcionalidad e interés del individuo a este respecto, esta área incluye reactivos tales como: “Tengo dolor o molestia al tener actividad sexual”, “He perdido interés en el sexo porque me da miedo que mi salud empeore”.

-Área de relación de pareja: Explora el grado de satisfacción en el aspecto afectivo que el individuo tiene con relación a su pareja, algunos reactivos ejemplos de esta área son: “Mi pareja y yo no nos llevamos tan bien como antes”, “Me preocupa que mi pareja me vaya a dejar por mi situación”.

4.7 Descripción del lugar.

Se aplicaron los instrumentos en la sala de conferencias del Hospital cuyas dimensiones aproximadas son; de largo 8.5mts. y de ancho 4.5 mts., con butacas, pizarrón, escritorio, pantalla, proyector de acetatos, adecuada iluminación y ventilación, se aseguró que tales condiciones fueran constantes durante la aplicación de las evaluaciones.

4.8 Diseño de investigación.

Para el análisis de este estudio se consideró que de acuerdo con el periodo en que se captó la información es prospectivo ya que los datos recogidos se dan de acuerdo a los criterios establecidos por el objetivo.

El tipo de análisis realizado es descriptivo según Méndez y cols. (2001), ya que únicamente se cuenta con una población, la cual se pretendió describir en función de un grupo de variables.

4.9 Procedimiento

Las pacientes seleccionadas fueron invitadas en forma colectiva para contestar los instrumentos antes descritos. Para el presente estudio se trabajó con el grupo durante 9 sesiones, el tiempo en que se trabajó con ellas varió de acuerdo a la realización de cada uno de los eventos.

A continuación se describe brevemente el tipo de actividad realizada en cada sesión:

Durante la primera sesión se realizó el contacto inicial con el grupo realizando la presentación del proyecto y de quienes participaron en él.

En la segunda sesión se realizó una entrevista semi-estructurada a cada una de las mujeres en la sala de conferencias del hospital, la duración de ésta fue de 45 minutos.

Cabe destacar que en la tercera, quinta, séptima y octava sesión se trabajó con el grupo en los siguientes talleres y pláticas:

TÍTULO	OBJETIVO	DURACIÓN	MATERIALES	DESARROLLO
HISTERECTOMÍA	Conocer que es la histerectomía, así como los cambios y consecuencias que se originan a raíz de ésta.	Una sesión de 1hr.	Acetatos y proyector de acetatos.	<ul style="list-style-type: none"> -Presentación -Definición y etiología de la histerectomía. -Tipos de histerectomía -¿Qué sucede antes de la cirugía? -Consecuencias de la histerectomía -Cambios psicológicos a raíz de la histerectomía. -Que hacer después de una histerectomía
CLIMATERIO Y MENOPAUSIA	Ampliar el conocimiento que las mujeres tienen de climaterio y menopausia.	Una sesión de 1 hora.:30 minutos	Acetatos y proyector de acetatos	<ul style="list-style-type: none"> -Definición y etiología. -Premenopausia, menopausia , posmenopausia. -Señales de menopausia. -Menopausia, Fisiológica y artificial. -Consecuencias fisiológicas y psicológicas. -Vida en pareja. -Consejos generales.
TALLER DE ADOLESCENCIA DIRIGIDO A MADRES	Comprender el proceso de la adolescencia para tener una mejor relación con los hijos.	Dos sesiones de 2 hrs.	Cuestionario	<p>1ª sesión: Mesa redonda.</p> <p>2ª sesión: Aplicación del cuestionario</p>

Para la cuarta sesión se aplicó el Inventario de Estilos de Afrontamiento Ante la Enfermedad, en la misma sala del hospital en un tiempo de una hora aproximadamente. (Cabe destacar que a partir de esta sesión el número de participantes fue de 16 mujeres).

En la sexta sesión se aplicó la Escala de Calidad de Vida relacionada con la salud “ESCAVIRS” de la coordinación de Psicología, que tuvo una duración de 1 hora 30 minutos aproximadamente.

Para la novena y última sesión se citó a las mujeres para agradecer su participación y para cubrir posibles dudas en cuanto a los aspectos manejados.

Por último con la información obtenida se cotejaron los resultados con la finalidad de relacionar las respuestas que dan ante el estrés y su calidad de vida durante el proceso quirúrgico al que fueron sometidas.

RESULTADOS

Para la sesión en la que se realizó la entrevista se consideraron preguntas clave con la finalidad de conocer a fondo los motivos por los cuales ellas asistían a esas reuniones principalmente y si conocían el motivo por el cual habían sido intervenidas quirúrgicamente así como el tipo de relación que manifestaban con su familia respectivamente.

Durante la misma se pudo observar que el 30% de las mujeres sabían lo que significaba una histerectomía a la cual habían sido sometidas en tanto que el 70% restante tenían una idea vaga del proceso al que fue sometida, lo cual nos indicó que las mujeres que asisten a consulta médica no reciben la suficiente información acerca de su problema.

La causa principal por la que las mujeres fueron sometidas a esta intervención fue por sangrados abundantes y dolores fuertes durante su periodo menstrual lo que ocasionaba molestias y se consideraba como diagnóstico inicial miomatosis sin mayor explicación por parte de los médicos en turno, a lo que ellas consideraban a la cirugía como un mejor recurso a su situación.

En lo que concierne al sentimiento provocado a raíz de la histerectomía las mujeres manifestaban que se sentían con coraje, depresión, enojo y tristeza al saber que se les había extraído una parte de su cuerpo que representaba la parte fundamental de su condición de género, esto corrobora lo indicado por Buendía (1994) que indica que las reacciones normales ante la pérdida se conocen como un proceso de duelo, que para Gross, (1996) se acompaña de brotes agudos de dolor y culpa en donde son comunes la apatía, cansancio extremo y enojo, donde este último se relaciona de manera cercana con culpa y acusaciones hacia uno mismo y es a partir de este momento cuando se considera de suma importancia que existan personas alrededor del individuo que estén dispuestas simplemente a escuchar y a tolerar la expresión de todos estos sentimientos.

Las mujeres se enfrentan con el temor de cómo acomodarse a esta nueva vida en compañía de sus parejas e hijos, lo cual ejemplifica más aún el hecho de que las mujeres no tenían un seguimiento de asesoría psicológica en relación al proceso por el cuál habían pasado y si les beneficiaría más adelante o si les cambiaría la manera de pensar pasado un tiempo.

Durante la aplicación de la Escala de Calidad de Vida SCAVIRS, se asignaron los siguientes indicadores que permitieron describir lo que sucedió con las mujeres histerectomizadas.

En lo que concierne al indicador físico se observó que las mujeres no muestran dificultades para realizar sus actividades cotidianas y recreativas así como el no manifestar ninguna sintomatología al dolor, esto muestra que la relación que tienen las mujeres con su entorno no les causa mayor problema que el de una cirugía normal con su convalecencia específica. Este aspecto no representó gran problema para cada una de ellas.

FÍSICA	0,1	3,4
Ambulación	15	1
Actividades cotidianas	16	0
Actividades recreativas	12	4
Pérdida de peso	15	1
Incapacidad laboral	16	0
Dolor	16	0
Vestimenta/Apariencia	10	6
Síntomas	12	4
Dificultades laborales	14	2
Reacciones secundarias	16	0

Tabla No. 1 Puntaje de respuestas obtenidas en la Escala de Calidad de Vida en pacientes histerectomizadas en el indicador de área física. Respuestas categorizadas en un parámetro que va desde (0) nada, (1) un poco, (2) regular, (3) mucho, (4) muchísimo.

Para el área de interacción médica se observó que las mujeres confían absolutamente en la información y tratamiento que ofrece la parte médica, creando así una adecuada comunicación.

INTERACCIÓN MÉDICA	0,1	3,4
Incomprensión de la información	12	4
Dificultad en la comunicación	12	4
Co-intervención en el tratamiento	16	0

Tabla No. 2 Puntaje de respuestas obtenidas en la Escala de Calidad de Vida en pacientes histerectomizadas en relación el indicador de interacción médica. Respuestas categorizadas en un parámetro que va desde (0) nada, (1) poco, (2) regular, (3) mucho, (4) muchísimo.

En lo que respecta al indicador psicosocial, se observó que las mujeres tienen una ligera preocupación de su situación respecto a su persona y la relación en la comunicación e interacción con parientes y amigos indicando así que están concientes de su problemática. Cabe mencionar que les preocupa su tratamiento y lo que pudiera ocurrir con ellas en un futuro.

PSICOSOCIAL	0,1	3,4
Imagen corporal	10	6
Estigmatización	9	7
Aspectos emocionales	9	7
Dificultades cognitivas	9	7
Dificultad en la comunicación con parientes y amigos	10	6
Problemas en la interacción con parientes y amigos	11	5
Ansiedad en situaciones médicas	9	7
Preocupaciones	13	3
Adherencia terapéutica	16	0
Dificultades específicas	15	1

Tabla No. 3 Puntaje de respuestas obtenidas en la Escala de Calidad de Vida en pacientes histerectomizadas en el indicador psicosocial. Respuestas categorizadas en un parámetro que va desde (0) nada, (1) poco, (2) regular, (3) mucho, (4) muchísimo.

Para el indicador sexual en el que se encuentran aspectos tales como interés, disfunción y nuevas relaciones, las mujeres indicaron que no existen

problemas con respecto a su intervención, ya que, no es un factor que altere su calidad de vida.

SEXUAL	0,1	3,4
Interés sexual	15	1
Disfunción sexual	11	5

Tabla No. 4 Puntaje de respuestas obtenidas en la Escala de Calidad de Vida en pacientes histerectomizadas en el indicador sexual. Respuestas categorizadas en un parámetro que va desde (0) nada, (1) poco, (2) regular, (3) mucho, (4) muchísimo.

En las relaciones significativas las mujeres indicaron que no existen problemas en la comunicación con su pareja, ni en expresiones afectivas, ni en la interacción con ellos.

RELACIONES SIGNIFICATIVAS	0,1	3,4
Comunicación con la pareja	11	5
Expresiones afectivas	13	3
Interacción con la pareja	14	2
Sobreprotección de la pareja	13	3
Negligencia de la pareja en el cuidado	12	4

Tabla No. 5 Puntaje de respuestas obtenidas en la Escala de Vida en pacientes histerectomizadas en el indicador de relaciones significativas. Respuestas categorizadas en un parámetro que va desde (0) nada, (1) poco, (2) regular, (3) mucho, (4) muchísimo.

Además de que no existe de sobreprotección de parte de sus compañeros ni tampoco negligencia hacia su cuidado.

Se puede decir de forma general, que los resultados reflejados en la Escala de Vida Relacionada con la Salud SCAVIRS, las mujeres histerectomizadas tienen una buena calidad de vida, que esta en relación con un estado de completo bienestar físico, mental y social.

En el inventario de estilos de afrontamiento ante la enfermedad (IMSS, Hospital de Gineco-Obstetricia núm. 4) se categorizaron las respuestas de acuerdo a los siguientes indicadores:

BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL	PORCENTAJE
1. De algún modo expreso mis sentimientos	82.5%
2. Le cuento a alguien como me siento	85.7%
3. Acepto la simpatía y comprensión de las personas	85.7%
4. Pregunto a parientes y amigos	75%
5. Intento ver las cosas desde el punto de vista de otra persona	75%

Tabla No. 6 Porcentaje en los estilos de afrontamiento al estrés utilizados por mujeres hysterectomizadas orientados a la búsqueda de apoyo social.

Tabla No.6. Se puede observar un alto porcentaje en las respuestas afirmativas respecto a este rubro, entre 75% y 85.7%, el cual nos indica que las mujeres intentan expresar sus sentimientos respecto a su problema buscando con esto ayuda, comprensión y apoyo de las personas que están a su alrededor, afrontando así la situación por la que están pasando.

RECHAZO NEGACIÓN	PORCENTAJE
No tomo en serio la situación	81.25%
Me niego a creer lo que ha ocurrido	75%
Intento olvidarme de todo	62.25%
Me vuelco en el trabajo o en otras actividades para olvidarme de todo.	93.75%
Me niego a creer lo que esta ocurriendo.	81.25%
Me desquito con los demás	75%
Me imagino otro tiempo y otro lugar más agradable	75%
Evito estar con la gente	81.75%
Fantaseo, imagino el modo en que podrían cambiar las cosas	81.25%
Duermo más de lo habitual en mi	81.25%
Me doy cuenta de que yo soy la causa del problema	87.5%
Me critico o sermoneo a mi misma	81.25%
Intento guardar para mi mis sentimientos	68.75%
Trato de olvidarme de todo	68.75%
Me gusta hacer cosas arriesgadas	62.25%
Oculto a los demás lo mal que van las cosas	87.5%

Tabla No. 7 Porcentaje en los estilos de afrontamiento al estrés utilizados por mujeres histerectomizadas orientados a un estado de negación y autoreproche.

Para este indicador se observó un alto porcentaje en las respuestas afirmativas que oscilan entre 62.25% y 93.75%, indicando con esto que no aceptan su situación, lo cual se corrobora con lo que manifiestan Romsay y de Groot (en Gross, 1996) en uno de los componentes del duelo, que indica que la negación se presenta como una defensa en contra de sentir demasiado dolor, en general podría verse como un rasgo inicial del duelo, pero que puede detenerse impidiendo su evolución progresiva. Si este proceso se detiene puede convertirse en un “duelo congelado”, repercutiendo en otras esferas de su vida de pareja.

SOLUCIÓN DEL PROBLEMA (cognoscitivo – conductual)	PORCENTAJE
Pregunto a otras personas con el mismo problema	93.75%
Me preparo para lo peor	81.25%
Intento que mis sentimientos no interfieran en otras cosas	87.5%
Sé lo que tengo, así que redoblo esfuerzos para conseguir que las cosas resulten bien	87.5%
Intento analizar la situación para comprenderla mejor	87.5%
Busco ayuda de un profesional medico	93.75%
Maduro, cambio como persona	81.25%
Mi forma de vida ha cambiado mucho	93.75%
Hago algo en lo que no creía, pero no me quedo sin hacer nada	93.75%
Redescubro lo que es importante en la vida	93.75%
Hablo con mi médico para averiguar sobre mi situación	100 %
Me digo a mi misma cosas que me hagan sentir mejor	93.75%
Intento mirar las cosas por su lado bueno	93.75%
Intento sentirme mejor	81.25%
Repaso mentalmente lo que tengo que hacer	81.25%
Deseo que la situación termine o se desvanezca de algún modo	93.75%
Tengo fe en algo nuevo	93.75%

Tabla No. 8 Porcentaje en los estilos de afrontamiento utilizados por mujeres histerectomizadas orientados a la solución del problema.

El alto porcentaje que presenta este indicador se marca entre el 81.25% y 100%, lo que indica que las mujeres afrontan su situación buscando solucionar su problema utilizando diferentes estrategias como por ejemplo: “ Buscando la ayuda de un profesional médico” o “Intentando analizar su situación para comprenderla mejor”, pero eso no significa necesariamente que encuentren respuestas positivas en la gente que los rodea.

RESIGNACIÓN	PORCENTAJE
El tiempo cambia todas las cosas por lo que solo tengo que esperar	75%
Espero a ver lo que pasa para hacer algo	81.25%
Sigo adelante con mi destino	50%
Sigo a delante como si no hubiera pasado nada	62.5%
Me recuerdo a mi misma que las cosas podrían estar peor	68.75%
Mantengo mi orgullo y pongo al mal tiempo buena cara	75%
Lo acepto ya que no puedo hacer nada al respecto	81.25%

Tabla No. 9 Porcentaje de estilos de afrontamiento al estrés utilizados por mujeres histerctomizadas orientados a un estado de resignación.

Para este indicador se observa que el porcentaje oscila entre 50% y 81.25% lo cual indica que para algunas mujeres aún no es asimilado el proceso por el cual pasaron mientras que otras se encuentran en un estado positivo de evolución.

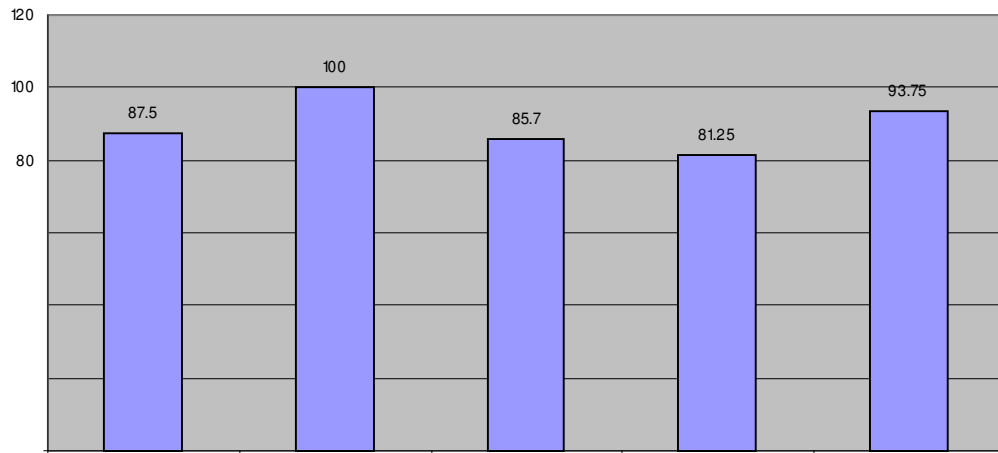
RACIONALIZACIÓN RELIGIOSA	PORCENTAJE
Confío en que ocurrirá un milagro	62.5%
Lo acepto con resignación ya que es un mandato de Dios	87.5%
Rezo	81.25%

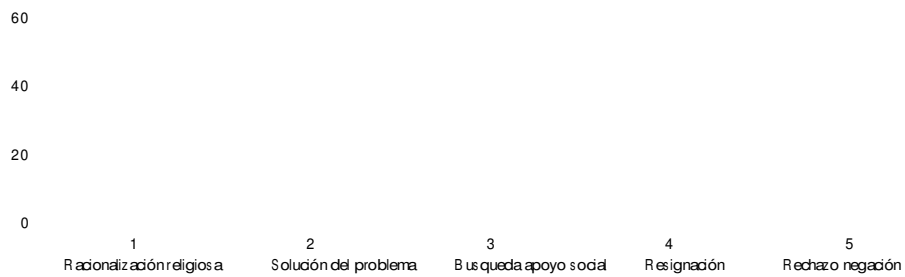
Tabla No. 10 Porcentaje de estilos de afrontamiento al estrés en mujeres histerectomizadas orientados en un estado de racionalización religiosa.

El porcentaje que se observa en este indicador es de 62.5% y 87.5% indicando así que las mujeres de esta investigación tienen creencias religiosas muy firmes, lo cual puede ser un elemento que las acerca a la resignación y la aceptación de manera más afectiva que si no profesaran estas creencias.

A partir de el análisis de los resultados se decidió presentar de manera general a través de una gráfica cuál es el estilo de afrontamiento más utilizado.

Gráfica No. 1 Porcentaje de los estilos de afrontamiento más utilizados por mujeres histerectomizadas





Como puede observarse en la gráfica, el estilo de afrontamiento más utilizado es el orientado a la solución del problema. Esto es un resultado esperable dada la situación a la que se enfrentan las mujeres entrevistadas; ya que a pesar de negar su problema buscan una solución adecuada a su situación, utilizando así otro estilo de afrontamiento al estrés.

Cabe mencionar que las creencias religiosas de las mujeres es otro estilo muy usual de enfrentar su situación, no dejando de lado la búsqueda del apoyo social, familiar y de pareja.

En síntesis podemos decir que las mujeres histerectomizadas utilizan una gama muy variada de estilos de afrontamiento.

CONCLUSIONES

A través del trabajo realizado con las mujeres hysterectomizadas se pudo constatar que no existe una asesoría por parte del área médica en relación al proceso por el cual ellas están atravesando, así como las causas y consecuencias por las que se decide intervenir quirúrgicamente y finalmente que secuelas se obtendrán a raíz de la misma a pesar de que existen estudios en los que se manifiesta que es una intervención muy común y que ayuda a solucionar problemas relacionados con el útero, considerando que la causa principal de estas intervenciones es la miomatosis. (Fernández del Castillo,1999).

Cabe mencionar que el haber participado en la exposición de la platica acerca de la hysterectomía disminuyó el concepto que se tenía acerca de la operación, así como sus consecuencias motivando a que las señoras cambiaran su perspectiva ante tal situación; subrayando con esto que es de suma importancia la participación que tenga el cuerpo médico, así como el departamento de trabajo social en lo referente al tema, esto es corroborado por Appelbaum, (1988 en Gambone,1997)

Durante este período la mujer presenta un proceso similar al del duelo ya que manifiesta aspectos como coraje, depresión, enojo y tristeza por la pérdida que representa, tal y como lo muestra Vacach, (1987) al referirse a esta intervención como la responsable de varias secuelas psicológicas en el periodo pos-operatorio y que puede llegar a influir en un momento dado y producir algún tipo de reacción como las antes mencionadas.

Para las mujeres hysterctomizadas ésta operación afecta la relación con su pareja e hijos, sin embargo durante el seguimiento pos-operatorio a diferencia de lo manifestado por González, (1994) esta operación muestra amplias secuelas psicológicas, pues afecta no solo a la mujer que la padece, sino también a su pareja y familia.

Durante el periodo de investigación se pudo detectar que por la falta de comprensión y conocimiento de las mujeres respecto a su situación relegan responsabilidad en el médico ya que se piensa que existe miedo para tomar decisiones acerca de su estado. Por lo cual se sugiere que debe haber un seguimiento de asesoría psicológica asignado en todas las instituciones del seguro social un departamento con profesionales especializados para atender estas necesidades.

En Psicología uno de los principales objetos de investigación es el referente al estrés y cuáles son los estilos de afrontamiento que los individuos llegan a buscar más frecuentemente, tal es el caso de las mujeres que participaron en éste estudio ya que se pudo observar utilizan diversos estilos de afrontamiento ante la situación estresante (histerctomía). Lazarus (1977, en Navarrete,1998) señala como generadores de estrés a los eventos que producen cambios en la vida del individuo, por mencionar, se encuentran la perdida, la muerte, el desempleo, etc. y las cuales varían de acuerdo a las características del individuo.

Para las mujeres histerctomizadas la negación es el estilo de afrontamiento más utilizado ya que tal y como lo menciona Desatnik y Franklin, (1992) el sujeto no se siente capaz de enfrentarse a los problemas, los pensamientos se confunden de manera que el individuo no sabe que hacer o pensar y de la sensación de perder el control de sus emociones. Cabe destacar que las alteraciones psicológicas que se han mencionado pueden variar de un individuo a otro. Es importante resaltar que se ha encontrado que existen fuentes de estrés propias para cada género por ejemplo: las mujeres más que los hombres pueden enfrentarse a situaciones tales como trabajar y ser ama de casa al mismo tiempo y/o prejuicios sexistas en el ámbito laboral, además de hacer frente a eventos difíciles propios de su género, como son embarazo, ciclo menstrual, menopausia, etc., (Wikin-Lanoil, 1985)

Al igual que Kendler y Kester (1991 en Omar, 1995) se identificaron en este estudio tres principales estilos de afrontamiento, que son la búsqueda de apoyo social, solución al problema y rechazo-negación, destacándose que a diferencia de lo que menciona Pearlin y Soler, (1978) las mujeres emplean en mayor medida estrategias dirigidas a la emoción y los hombres dirigidas a la solución de problemas considerando que esto puede deberse a la brecha generacional, es decir a la forma en que la manera de afrontar una situación va cambiando de generación en generación. Destacando además que se tienen creencias religiosas muy arraigadas.

Estas respuestas de afrontamiento al estrés, permitieron corroborar la hipótesis en la que se mencionó que pueden surgir situaciones estresantes tales como la histerectomía, cirugía en la que la mujer es capaz de adaptarse a los cambios elevando así su calidad de vida; ya que de acuerdo con Bustamante, (2002) el concepto de calidad de vida esta determinado por factores tanto objetivos como subjetivos, considerando lo objetivo como: enfermedad, hábitos de salud, uso del sector salud, creencias y actitudes, estrés de vida, afrontamiento, apoyo social y salud psicológica; en donde el factor subjetivo es la importancia que el individuo le da a cada una de éstas áreas.

En el estudio realizado se puede concluir que las mujeres histerectomizadas evalúan los factores que involucran sus condiciones que son valoradas de acuerdo a las expectativas de cada una de ellas y a los componentes más relevantes de la misma, corroborando que tal y como lo dice San Martín y Pastor (1990, en Cabrera, 2001) los elementos que conforman la calidad de vida pueden dividirse en áreas que son, capacidad funcional, función social e intelectual y un estado emocional que si son tomadas en cuenta podrían hablar de una buena calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Andolfi, M. (1985). *Terapia Familiar*. Argentina, Buenos Aires: Paidós.

Barruel, O., e Iñesta, C. (1993). Consecuencias emocionales ante la pérdida de la capacidad reproductiva en la mujer (autoconcepto en tres formas de pérdida reproductiva: natural, impuesta y decidida). Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.

Billings, A. y Moos, R. (1981). "The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events". Journal of Behavioral Medicine. Vol. 4 (2), 139-155.

Bonfante, R., y Bolaños, R. (1997). "Histerectomía en Bloque. Experiencia Institucional de seis años". *Ginecología y Obstetricia de México*, 65, 239-242.

Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. España: Siglo XXI.

Bustamante, B (2002). "Calidad de vida en psicólogos titulados". Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM, Iztacala.

Cabrera, M. (2001). "Calidad de vida en mujeres obesas y anorexicas". Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM, Iztacala.

Castro, A. y Najera, O. (1995). "Manejo de estrés en pacientes VIH positivos a través de las técnicas de la medicina conductual". Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM, Iztacala.

Cerezo, R. (2001). "La influencia del análisis de la muerte sobre la calidad de vida". Tesis de licenciatura en Psicología. México: UNAM; Iztacala.

CONAPO. (1982). "Sexualidad y familia". Vol. 2

Chávez, V., y Velasco, R. (1994). "Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación". Revista Médica del IMS [REDACTED]. (México). 32, 39-43.

Delgado, U. (1994). "Histerectomía vaginal. Experiencia en el Instituto Nacional de perinatología". Ginecología y Obstetricia de México [REDACTED]. 62, 255-257.

Desatnik, O. y Franklin, A. (1992). "Estilos de afrontamiento al estrés y su relación con el ajuste socioemocional". Tesis de Maestría en Psicología [REDACTED]. Universidad Anahuac, México.

Drellich, M. (1995). "The psicologic Importance of the uterus and functions". Journal Nervius Mental Disorden [REDACTED]. 126, 322-326.

Eguiluz, L.L. (2001). *La teoría sistémica nuevas formas de investigar el sistema familiar*. México: UNAM, UAT.

Emsa (2000 Abril). "Miomas uterinos e histerectomizados (9 párrafos) Salud Hoy. (En red). Disponible en: www.lladiba.com

Fernández del Castillo, C. (1999). "Histerectomía Ginecológica. Conceptos actuales". Ginecología y Obstetricia de México [REDACTED]., 67, 349-353.

Folkman, S. y Lazarus, R. (1980). "An análisis of coping in a middle-age community sample". Journal of Health and Social Behavior [REDACTED] Vol. 21 (9) 219-239.

Fontana, D. (1992). "Control del estrés". México: Manual Moderno.

Gambone, J. (1994). Histerectomía: Mejoría del proceso de toma de decisiones de la paciente. *Clínica Obstetricia y Ginecología* [redacted] México, 4, 819-827.

García, O. y Lima, O. (1995). *"Necesidades Humanas. Nivel de Vida, Calidad y Modo de vida"*. Centro de Estudios Demográficos, Universidad de la Habana.

García, O., Martínez, S. y Caceres, O. (2001). "Intervención cognoscitivo conductual e el afrontamiento de la crisis generada por el diagnóstico y trato médico del cáncer". *Psicología y salud* [redacted]. 11 (1) 113-114.

Garza, R. Quesnel, G., y Obeid, L. (1992). "Histerectomía abdominal ginecológica. Revisión de casos. Memorias del II Congreso de Ginecología y Obstetricia. 59 (1). 73 – 83.

González, C., Morales, C. y Calderón, P. (1994a). "Comparación del estado emocional en la paciente histerectomizada con paridad satisfecha y no satisfecha". *Psicología Iberoamericana* [redacted], 2 (2), 40-51.

González, F., Morales, F. y Gutiérrez, E. (1994b). "Detección oportuna de pacientes gineco-obstétricas con disfunción psicosocial". *Ginecología y Obstetricia de México* [redacted] 61, 15-21.

Gross, R. (1996). *Psicología. La Ciencia de la Mente y la Conducta*. México: Manual Moderno. p 652

Haas, S. (1992). "Tomar la decisión de realizar una histerectomía". *Clínica de Ginecología y Obstetricia* [redacted] 4 (4), 819-827.

Hernández, M. (2002) Conversación en el IMSS., durante el mes de octubre.

Herrera, S. (1997, Noviembre). "La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud". (22 párrafos). Salud hoy. (En red).
 Disponible en : www.lladiba.com

Inchaustegui, R. (2001). Los avatares de la familia al final del Siglo XX, una revisión del concepto. Psicología Iberoamericana. Vol. 9, No. 1

Jiménez, J. (1993). Ciencias Psicosociales aplicadas a la salud II. Universidad de Córdoba: Escuela Universitaria de Enfermería.

Kjerulff, R. (1993). "The socioeconomic correlates of hysterectomies in the United States". American Journal of Public Health. 83 (1). p. 106 – 116.

Landa, P., y Valadez, E. (1998). "Un modelo tentativo del análisis de la relación estrés-enfermedad". Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana: Nueva Época. No. 11, Enero-Junio.

Lazarus, S. y Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos cognitivos. México: Martínez Roca.

Leelakulthanit, O. (1992). "Quality of life in Thailand". Social Indicators Research. 27 (19), 45-57.

Levi L, y Anderson, L. (1980). "*La tensión psicosocial. La población, ambiente y calidad de vida*". México: Manual Moderno

Lyons, T. (1993). "Laparoscopic supracervical hysterectomies: A comparison of morbidity and mortality results with laparoscopic assisted vaginal hysterectomies". Journal Reproduction Medical. 38, 763-768.

Martínez, L. (2001). "La familia y la presencia de factores y problemas psicosociales en la adolescencia". Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad de las Américas. México.

Méndez, R. , Namihira, G., Moreno, A. (2001). *“El protocolo de investigación”*. México: Trillas.

Minuchin, S. (1985). *“Familias y terapia familiar”*. México: Gedisa, Colec. Psicoteca Mayor.

Minuchin, S. (1994). *“Técnicas de terapia familiar”*. México: Paídos

Montalvo, J. (2000). Terapia familiar sistémica: Los efectos del uso de la retroalimentación estructural familiar en varias etapas del ciclo vital. Tesis de doctorado en psicología Universidad Iberoamericana.

Morales, G. (1999). Enamoramiento y amor: La influencia de la relación en pareja, en la estructura de la personalidad. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala.

Navarrete, N. y Salas, R. (1998). “Los estilos de afrontamiento al estrés en los estudiantes de Psicología”. Tesis de Licenciatura en psicología. México: UNAM, Iztacala.

Nezat, F. (1992). “Laparoscopic versus abdominal hysterectomy”. Journal Reproduction Medica. 37, p.247.

Nieto, E., y Delgado, U. (1994). “Histerectomía vaginal. Experiencia en el instituto Nacional de Perinatología”. Ginecología y Obstetricia de México 62, 255-257.

Omar, A. (1995). *“Stress y coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico”*. Buenos Aires: Lumen.

Pearlin, L. y Soler. (1981). "The structure of coping". Jal of Health and Social Behavior ■ Vol. 19, 2-21.

Pokras, R., y Hufnagel, V. (1987). "Hysterctomies in the United States Hyattsville, M. D.: Us of health and human services". National Center for Health statics ■ 88-165.

Quidrán de Aguirre, J. (1999). La unión libre en México, cassette COLMEX. Radio Educación (Programa de radio, 20 de Enero) México.

Ramírez, G. (1998). "Propuesta de un modelo de calidad de vida: las apreciaciones subjetivas del bienestar psicosocial en las amas de casa". Tesis de Licenciatura en Psicología ■ México: UNAM, Iztacala.

Ravnikar, V., y Chen, E. (1994). "Histerectomías: ¿Dónde quedaron las indicaciones?. Clínicas de ginecología y obstetrici ■. 3 (2), 407-412.

Roland, S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona: Gedisa.

Rodríguez, J. (1995). "Psicología Social de la Salud". España: Síntesis Psicológica.

Selye, H. (1976). "The stress of life". Nueva York: Mc Graw-Hill.

Sheikh, M. (1989). "Stress and coping cross the life course". Human Development ■ Vol. 32, 113-117.

Soto, A. (2001). Calidad de vida en personas con VIH/SIDA". Tesis para licenciatura en Psicología ■. México: UNAM, Iztacala.

UNAM, FES Iztacala. (2002). Manual de Titulación Carrera de Psicología. México: UNAM.

Vacach, S. (1987). "Histerectomía, cáncer y personalidad". Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Iberoamericana.

Watzlawck, P. (1981). Algunos axiomas exploratorios de la comunicación. En: Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder, 49-72.

Witkin-Lanoil, G. (1985). *El estrés en la mujer. Como reconocerlo y superarlo*. Barcelona: Grijalvo.

GLOSARIO

Adenomiosis: Lesión uterina ocasionada por degeneración del endometrio (capa uterina) que ocupa lugares atípicos dentro del miometrio (músculo de la matriz).

Biometría Hemática: Recuento de células de la sangre y componentes de la misma, número de leucocitos, eritrocitos, vasofilos, sinofilos, plaquetas.

Biopsia de endometrio: Tomar una muestra de la capa interna de la matriz (endometrio).

Disecar el cerviz: Disección de capas para poder “sacar” el cerviz. (Separar las capas para exponerlo).

Disección intrafacial: Retirar las capas sobre todo la facia.

Enfisema subcutáneo: Aire bajo la piel.

Estática pélvico genital: Cuando la matriz se encuentra estática de lo contrario llega un prolapso.

Extrafacial: Capas del piso pélvico que sostienen el útero.

Histeroscopia: Se práctica a través del cuello de la matriz. “Dilatando”.

Iliacas: Vasos a nivel de las piernas.

Laparoscopia: Cirugía mini invasiva en la cual se observan los órganos internos por medio de un laparoscopio (instrumento óptico por el cual se pueden

3 visualizar los diferentes órganos) atravesando quirúrgicamente la piel, se introduce al cuello de la matriz.

Miomatosis: Lesión degenerativa fibrosa (en la mayoría de las veces) que se puede presentar en las diferentes capas de la matriz.

Nemoperitoneo: Introducir aire dentro de la cavidad abdominal para exponer las vísceras.

Procesos neoplásicos: Cambios celulares que pueden llevar un tejido a la malignidad (cáncer).

Prolapso uterino: Que tenga un descenso la matriz y salga a través de los órganos externos.

Vasos iliacos con el trocor: Movimiento que tiene la vejiga para expulsar la orina.

Vasos intra abdominales: Arterias y venas dentro del abdomen

ANEXO 1

Edad. _____ Fecha _____ de
intervención: _____ Estado Civil. _____ No de años de
vida en pareja: _____ No. de hijos. _____

1. ¿Qué significa histerectomía? _____

2. ¿Qué tipo de histerectomía le fue efectuada? _____

3. ¿Qué indicaciones debió seguir antes y después de practicada la histerectomía?

4. ¿Debido a qué situación se le practicó la histerectomía? _____

5. ¿Cuál fue el motivo por el cual le aplicaron esta intervención? _____

6. ¿Conoce los beneficios médicos de esta cirugía? ¿cuáles son? _____

7. ¿Conoce los riesgos que puede llevar esta cirugía? ¿cuáles son? _____

8. ¿Cuál fue el sentimiento inicial provocado a raíz de la histerectomía? ¿por qué?

9. ¿A cambiado ese sentimiento conforme ha pasado el tiempo de su cirugía?

¿por qué? _____

10. ¿Conoce su pareja lo que significa una histerectomía? _____

11. ¿Considera que su pareja ve como un problema el hecho de haber sido

histerectomizada? _____

12. ¿Qué apoyo recibió Usted de su pareja, antes y después de la cirugía? _____

13. ¿Han surgido problemas con su pareja a raíz de esta decisión? ¿Cuáles? _____

14. ¿Cree que la mujer que ha sido histerectomizada deja de cumplir su función

como tal? ¿por qué? _____

15. ¿Considera su pareja que Usted dejó de ser la misma persona después de la

cirugía? _____

16. ¿A raíz de la histerectomía su relación de pareja cambio? ¿en qué sentido?

17. Esta dispuesta a hablar con sus hijos sobre la operación a la que fue sometida.
¿por qué? _____

Gracias por su colaboración.

ANEXO 2

INVENTARIO DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD

(Cuadernillo de preguntas)

México, D.F.

INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de frases que describen situaciones. Lea cada enunciado y marque con una "X" en F (falso) ó en V (verdadero), según se aplique su situación.

PREGUNTAS

- | | F | V |
|---|-----|-----|
| 1. El tiempo cambia todas las cosas por lo que solo tengo que es esperar. | () | () |
| 2. Me critico o me sermoneó a mi misma. | () | () |
| 3. Confió en que ocurra un milagro. | () | () |
| 4. Intento analizar mi situación para comprenderla mejor. | () | () |
| 5. Trato de olvidarme de todo. | () | () |
| 6. Intento olvidarme de todo. | () | () |
| 7. No tomo en serio la situación. | () | () |
| 8. Busco hablar con mi médico. | () | () |
| 9. Generalmente cuando algo me sale mal me desquito con los demás. | () | () |
| 10. Me niego a creer lo que ha ocurrido. | () | () |
| 11. Me imagino otro tiempo y otro lugar más agradable. | () | () |
| 12. Me gusta preguntar a otros que han vivido el mismo problema. | () | () |
| 13. Deseo que la situación se desvanezca o termine de algún modo. | () | () |
| 14. Me gusta hablar con Dios a través de rezos. | () | () |
| 15. Sigo a delante con mi destino (simplemente algunas veces nos va mal). | () | () |
| 16. Repaso mentalmente lo que tengo que hacer. | () | () |
| 17. Sigo a delante como si no hubiera pasado nada. | () | () |
| 18. Intento guardar para mi mis sentimientos. | () | () |

19. Estoy durmiendo más de lo que acostumbraba. () ()
20. Intento ver las cosas desde el punto de vista de otra persona. () ()
21. Acepto la simpatía y la comprensión de alguna persona. () ()
22. Me digo a mi misma cosas que me hagan sentir mejor. () ()
23. Espero ver lo que pasa, para hacer algo. () ()
24. Sé lo que tengo, así que redoblo mis esfuerzos para conseguir que las cosas resulten bien. () ()
25. De algún modo expreso mis sentimientos. () ()
26. Me doy cuenta de que yo soy la causa del problema. () ()
27. Me gusta hacer cosa arriesgadas. () ()
28. Acepto lo que me pasa porque es un mandato de dios. () ()
29. Redescubro lo que es importante de la vida. () ()
30. Evito estar con la gente. () ()
31. Oculto a los demás lo mal que me van las cosas. () ()
32. Me vuelco en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo. () ()
33. No tomo en serio la situación. () ()
34. Le cuento a alguien como me siento. () ()
35. Lo acepto, ya que no puedo hacer nada al respecto. () ()
36. Fantaseo, imagino el modo en que podrían cambiar las cosas. () ()
37. Hago algo en lo que no creía, pero al menos no me quedo sin hacer nada () ()

38. Me recuerdo a misma que las cosas podrían ser peor. () ()
39. Me niego a creer lo que ha ocurrido. () ()
40. Busco la ayuda de un profesional médico. () ()
41. Estoy cambiando y madurando como persona. () ()
42. Pregunto a parientes o amigos y respeto su consejo. () ()

ANEXO 3

Escala de Calidad de Vida Relacionada con la Salud "ESCAVIRS"
 Coordinación de Psicología
 Hospital General de México, O.D. 2000

Fecha: _____
 Nombre _____
 Edad: _____
 Ocupación: _____
 Estado civil: _____
 Diagnóstico: _____
 Fecha de intervención: _____

Instrucciones: A continuación se le presentará una lista de enunciados que describen situaciones y experiencias de personas que tienen su misma situación. Lea cada enunciado y marque el número que mejor describe cuanto aplica en su caso cada enunciado durante el pasado mes hasta el día de hoy. Algunas secciones no aplicarán en su caso. Por favor pase esa(s) sección(es) y continúe con la siguiente sección.

Ejemplo: Marque el número que corresponda a su propio caso de acuerdo a las siguientes categorías.

¿QUÉ TANTO APLICA EN SU CASO?
 NADA UN POCO REGULAR MUCHO MUCHÍSIMO
 0 1 2 3 4

- | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 1. He tenido dificultad para caminar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. La comida me sabe mal | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

¿QUÉ TANTO APLICA EN SU CASO?

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. Me cuesta trabajo agacharme o levantarme. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Me cuesta trabajo caminar y/o moverme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Me cuesta trabajo hacer actividades físicas tales como correr o practicar un deporte. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. No tengo la misma energía que antes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Me cuesta trabajo manejar el coche | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

6. Me cuesta trabajo hacer el quehacer de la casa.	0	1	2	3	4	5
7. Me cuesta trabajo bañarme, lavarme los dientes o arreglarme..	0	1	2	3	4	5
8. Me cuesta trabajo preparar mis comidas.	0	1	2	3	4	5
9. No estoy interesada en actividades recreativas como antes	0	1	2	3	4	5
10. No me dedico a actividades recreativas como antes.	0	1	2	3	4	5
11. No tengo suficientes actividades agradables para llenar mi día.	0	1	2	3	4	5
12. Me cuesta trabajo planear mis actividades por causa de la enfermedad o sus tratamientos.	0	1	2	3	4	5
13. No puedo subir de peso.	0	1	2	3	4	5
14. Sigo bajando de peso.	0	1	2	3	4	5
15. La comida no se me antoja.	0	1	2	3	4	5
16. La comida me sabe mal.	0	1	2	3	4	5
17.Me cuesta trabajo tragar los alimentos.	0	1	2	3	4	5
18. La enfermedad o su tratamiento no me permite trabajar.	0	1	2	3	4	5
19. La enfermedad o su tratamiento no me permiten realizar mis actividades laborales.	0	1	2	3	4	5
20. Frecuentemente tengo dolor.	0	1	2	3	4	5
21. Tengo dolor que no se me quita con los medicamentos.	0	1	2	3	4	5
22. Tengo dolor que se me quita con los medicamentos.	0	1	2	3	4	5
23. Me parece que mi ropa no se me ve bien.	0	1	2	3	4	5
24. Me parece que mi ropa ya no me queda.	0	1	2	3	4	5

25. Me cuesta trabajo encontrar ropa que me quede.	0	1	2	3	4	5
26. Me parece que el equipo de salud que me atiende no me dice todo acerca de mi enfermedad.	0	1	2	3	4	5
27. Me parece que las enfermeras no me dan suficiente información.	0	1	2	3	4	5
28. Me cuesta trabajo hacerle preguntas a los doctores.	0	1	2	3	4	5
29. Me cuesta trabajo hacerle preguntas a las enfermeras.	0	1	2	3	4	5
30. Me cuesta trabajo hablar de mis sentimientos con los doctores y las enfermeras.	0	1	2	3	4	5
31. Me cuesta trabajo decirle a mi doctor sobre un nuevo síntoma.	0	1	2	3	4	5
32. Me cuesta trabajo entender lo que el doctor dice de mi enfermedad o de los tratamientos.	0	1	2	3	4	5
33. Me cuesta trabajo entender lo que las enfermeras dicen de mi enfermedad o de los tratamientos.	0	1	2	3	4	5
34. Me gustaría intervenir más sobre lo que me hacen los doctores.	0	1	2	3	4	5
35. Me gustaría intervenir más sobre lo que me hacen las enfermeras.	0	1	2	3	4	5
36. Estoy preocupada por mi apariencia física a causa de mi intervención.	0	1	2	3	4	5
37. Me avergüenza mostrar mi cuerpo a otros a causa de mi intervención.	0	1	2	3	4	5
38. Estoy molesta por los cambios de mi cuerpo.	0	1	2	3	4	5
39. Estoy molesta conmigo misma desde que tengo la enfermedad.	0	1	2	3	4	5
40. Me siento culpable por tener la enfermedad.	0	1	2	3	4	5

41. Frecuentemente me siento angustiada.	0	1	2	3	4	5
42. Frecuentemente me siento deprimida.	0	1	2	3	4	5
43. Frecuentemente me siento enojada.	0	1	2	3	4	5
44. Frecuentemente me siento molesta.	0	1	2	3	4	5
45. Frecuentemente me encuentro dominada por mis emociones y sentimientos sobre mi intervención.	0	1	2	3	4	5
46. Emocionalmente me siento tensa por la muerte de otras que estaban enfermas.	0	1	2	3	4	5
47. No puedo dormir bien.	0	1	2	3	4	5
48. Me cuesta trabajo concentrarme.	0	1	2	3	4	5
49. Me cuesta trabajo recordar cosas.	0	1	2	3	4	5
50. No puedo pensar con claridad.	0	1	2	3	4	5
51. Me siento sola debido a mi intervención.	0	1	2	3	4	5
52. Me cuesta trabajo decirle a mis amigos que vengan a verme menos seguido.	0	1	2	3	4	5
53. Me cuesta trabajo decirle a mis amigos y parientes que me dejen sola cuando me siento bien.	0	1	2	3	4	5
54. Me cuesta trabajo pedirle a mis amigos y parientes que hagamos algo divertido juntos.	0	1	2	3	4	5
55. Creo que no puedo explicarle a otros lo que se sobre mi situación.	0	1	2	3	4	5
56. No se que decir a mis amigos y parientes.	0	1	2	3	4	5
57. Me cuesta trabajo pedirle a mis amigos y parientes hagan cosas por mí.	0	1	2	3	4	5
58. Me cuesta trabajo hablar con mis amigos y parientes sobre mi situación.	0	1	2	3	4	5
59. Me cuesta trabajo decirle a mis parientes o amigos que vengan a verme más seguido.	0	1	2	3	4	5

60. Me parece que mis amigos o parientes me dicen que me veo bien cuando se que no es cierto.	0	1	2	3	4	5
61. Me parece que mis amigos o parientes no me dicen algunas cosas sobre mi intervención.	0	1	2	3	4	5
62. Me parece que mis amigos o parientes no quieren hablar conmigo sobre mi intervención.	0	1	2	3	4	5
63. Me parece que mis amigos o parientes evitan tocarme.	0	1	2	3	4	5
64. Me parece que mis amigos o parientes no me visitan muy seguido.	0	1	2	3	4	5
65. Me parece que mis amigos o parientes no me llaman muy seguido.	0	1	2	3	4	5
66. Me parece que mis amigos o parientes están molestos cuando me visitan.	0	1	2	3	4	5
67. Me parece que a mis amigos o parientes les cuesta trabajo hablar conmigo sobre mi enfermedad.	0	1	2	3	4	5
68. Me siento incómodo cuando veo a otros pacientes.	0	1	2	3	4	5
69. Me pongo nervioso cuando tengo que ir al hospital.	0	1	2	3	4	5
70. Me pongo nervioso cuando estoy esperando ver al doctor.	0	1	2	3	4	5
71. Me pongo nervioso cuando estoy esperando los resultados de mis exámenes médicos.	0	1	2	3	4	5
72. Me pongo nervioso cuando me dan los resultados de mis exámenes médicos.	0	1	2	3	4	5
73. Me pongo nervioso cuando me toman muestras de mi sangre.	0	1	2	3	4	5
74. Me preocupa saber si mi tratamiento esta funcionando.	0	1	2	3	4	5
75. Me preocupa que la enfermedad me este avanzando.	0	1	2	3	4	5

76. Me preocupa afectar a otros con mi enfermedad.	0	1	2	3	4	5
77. Me preocupa no poder cuidarme a mí misma.	0	1	2	3	4	5
78. Me preocupa estar sola cuando la enfermedad avance.	0	1	2	3	4	5
79. Me preocupa como mis amigos o mi familia se las arreglaran si muero.	0	1	2	3	4	5
80. A veces no tomo mi medicamento como me dijo el médico.	0	1	2	3	4	5
81. A veces no le hago caso a las instrucciones del médico.	0	1	2	3	4	5
82. Me cuesta trabajo resolver el problema de mi futuro.	0	1	2	3	4	5
83. No puedo pagar mis medicamentos.	0	1	2	3	4	5
84. Me cuesta trabajo encontrar un dentista u otros especialistas que me quieran atender.	0	1	2	3	4	5
85. Me cuesta trabajo encontrar salones de belleza, o quién lave mi ropa, etc.	0	1	2	3	4	5
86. tengo problemas con las compañías de seguros.	0	1	2	3	4	5
87. Me cuesta trabajo trasportarme para ir y venir a las citas médicas.	0	1	2	3	4	5
88. Me parece que algunos tratamientos médicos son muy dolorosos.	0	1	2	3	4	5
89. En ocasiones me enfermo del estómago o tengo diarrea muy seguido.	0	1	2	3	4	5
90. En ocasiones no puedo controlar mi vejiga.	0	1	2	3	4	5
91. Frecuentemente tengo estreñimiento.	0	1	2	3	4	5
92. En ocasiones me cuesta trabajo respirar al hacer mis actividades diarias.	0	1	2	3	4	5
93. Han aumentado mis problemas de la vista.	0	1	2	3	4	5

¿QUÉ TANTO APLICA EN SU CASO?

¿Está usted trabajando o ha estado empleado durante el mes pasado?
Si no, pase a la siguiente sección.

94. Me cuesta trabajo decirle a mi jefe que estoy operada. 0 1 2 3 4 5
95. Me cuesta trabajo decirle a mis compañeros de trabajo que estoy operada. 0 1 2 3 4 5
96. Me cuesta trabajo decirle a mi patrón que no puedo hacer algunas cosas por causa de la intervención. 0 1 2 3 4 5
97. Me cuesta trabajo pedir permiso en mi trabajo para ir al doctor. 0 1 2 3 4 5
98. Estoy preocupada de que me despidan. 0 1 2 3 4 5

¿Ha intentado usted alguna actividad sexual desde el diagnóstico de su situación?
Si no, pase a la siguiente sección

99. Me parece que mi vida sexual ha disminuido. 0 1 2 3 4 5
100. Me cuesta trabajo tener una vida sexual activa. 0 1 2 3 4 5
101. Me cuesta trabajo lubricar (mujeres). 0 1 2 3 4 5
102. Tengo dolor o molestia al tener actividad sexual. 0 1 2 3 4 5
103. Me cuesta trabajo alcanzar el orgasmo. 0 1 2 3 4 5

¿QUÉ TANTO APLICA EN SU CASO?

¿Esta usted casada o tiene una relación de pareja significativa?

104. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de nuestros sentimientos. 0 1 2 3 4 5
105. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar acerca de nuestros temores. 0 1 2 3 4 5
106. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar

sobre nuestro futuro.	0	1	2	3	4	5
107. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar sobre mi enfermedad y de lo que podría suceder.	0	1	2	3	4	5
108. A mi pareja y a mí nos cuesta trabajo hablar de dinero.	0	1	2	3	4	5
109. Mi pareja no se siente con ganas de abrazarme, besarme o cuidarme.	0	1	2	3	4	5
110. No me dan ganas de tocar a mi pareja.	0	1	2	3	4	5
111. A mi pareja no le dan ganas de tocarme.	0	1	2	3	4	5
112. Mi pareja y yo no nos llevamos tan bien como antes.	0	1	2	3	4	5
113. Mi pareja y yo nos enojamos más seguido que antes.	0	1	2	3	4	5
114. Mi pareja y yo pasamos tanto tiempo juntos que cambia nuestro estado de ánimo.	0	1	2	3	4	5
115. Mi pareja y yo estamos más distanciados que antes.	0	1	2	3	4	5
116. Mi pareja no me deja hacer cosas que aún puedo hacer.	0	1	2	3	4	5
117. Mi pareja ocupa mucho tiempo cuidándome.	0	1	2	3	4	5
118. Mi pareja no se ocupa lo suficiente de mí.	0	1	2	3	4	5
119. Me cuesta trabajo pedirle a mi pareja que me cuide.	0	1	2	3	4	5
120. Me preocupa que mi pareja me vaya a dejar por mi situación.	0	1	2	3	4	5

¿Es usted, soltero o tiene alguna relación significativa?
Si no, salte a la siguiente sección.

121. Me cuesta trabajo hacer nuevos amigos.	0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

122. Me cuesta trabajo decirle a mis nuevos amigos que me operaron. 0 1 2 3 4 5

123. Tengo miedo de tener relaciones sexuales porque podría afectar la salud de mi pareja. 0 1 2 3 4 5

¿Ha decrecido su interés en la actividad sexual desde su diagnóstico de la enfermedad?

Si no, salte a la siguiente sección.

124. He perdido interés en el sexo porque me siento poco atractiva. 0 1 2 3 4 5

125. He perdido Interés en el sexo porque no tengo suficiente energía. 0 1 2 3 4 5

126. He perdido interés en el sexo porque me da miedo que mi salud empeore. 0 1 2 3 4 5

127. Me siento cansado con la medicina que me dan. 0 1 2 3 4 5

128. Me duele el cuerpo a causa de la medicina que tomo. 0 1 2 3 4 5

129. Me dan dolores de cabeza a causa de la medicina que me dan. 0 1 2 3 4 5

130. Me siento mareada o aturdida por la medicina que tomo. 0 1 2 3 4 5

131. Tengo otras molestias que me causa la medicina que me dan. 0 1 2 3 4 5