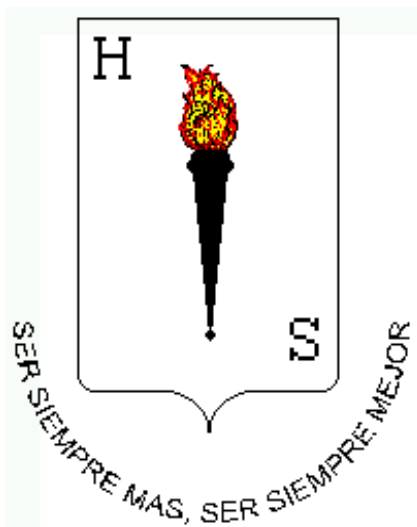


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

PRINCIPAL CAMBIO EN EL AUTOCONCEPTO EN MUJERES SOMETIDAS A
HISTERECTOMÍA ABDOMINAL DE LA CIUDAD DE TACÁMBARO MICHOACÁN

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

JAQUELIN ITZEL SALDIVAR CASTRO

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

Primero que nada quiero darle las gracias a Dios, por haberme puesto éste camino en mi vida. Enseguida a mis padres Salvador Saldivar Gallegos y Jaquelina Castro Aguilar, los cuales me dieron la vida y me han apoyado durante toda ella, aún en los momentos difíciles y que por ellos he salido adelante. A mi hermana Yareni Sugey Saldivar Castro, por los momentos de desvelo que paso conmigo trabajando. A toda mi familia, por sus palabras de aliento y por depositar su confianza en mí. A mis compañeras y amigas, por todas las experiencias de las que aprendimos juntas. Y a mis profesores, por compartirme su conocimiento y por la orientación que de ellos recibí.

PRINCIPAL CAMBIO EN EL AUTOCONCEPTO EN
MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA
ABDOMINAL DE LA CIUDAD DE TACÁMBARO
MICHOACÁN

ÍNDICE

RESUMEN.....	V
INTRODUCCIÓN	VII
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:.....	2
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION	4
1.3 OBJETIVO:	4
1.4 JUSTIFICACIÓN:	4
1.5 VIABILIDAD:	5
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 MEDICINA.....	7
2.2 GINECOLOGÍA.....	7
2.3 APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.....	7
2.3.1 FUNCION DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.....	7
2.3.2 EL ÚTERO.....	8
2.4 HISTERECTOMÍA	10
2.4.1 HISTÓRIA DE LA HISTERECTOMÍA.....	10
2.4.2 HISTERECTOMÍA ABDOMINAL	17
2.5 AUTOCONCEPTO	22
2.5.1 LA FUNCIÓN DE INTEGRACIÓN: EL DESARROLLO DEL AUTOCONCEPTO	23
2.5.2 EL AUTOCONCEPTO FÍSICO	27
2.5.3 AUTOPERCEPCIÓN	36

2.6 ENFERMERÍA	38
2.6.1 TEORÍA DE ENFERMERÍA	38
2.6.2 RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE	42
2.6.3 CUIDADO	45
2.7 TACÁMBARO MICHOACÁN	51
CAPÍTULO III	
ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN	52
CAPÍTULO IV	
HIPÓTESIS	54
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS:	55
4.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE LA HIPÓTESIS:	55
4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA HIPÓTESIS:	55
4.4 CONSTRUCCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICION:	57
CAPÍTULO V	
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	62
CAPÍTULO VI	
RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	65
CAPÍTULO VII	
CONCLUSION Y RECOMENDACIONES.....	81
BIBLIOGRAFÍA	82

RESUMEN

En México una de las cirugías más comunes entre la población femenina es la histerectomía, por lo que llama la atención el cambio que provoca en el autoconcepto de la mujer que tubo que ser sometida a ella, y el impacto que causa en su entorno social, así como la importancia del actuar de los profesionales de enfermería.

En esta investigación se dan a conocer los conceptos principales de lo que es el proceso por el cual se debe pasar en la realización de la histerectomía, los principales procesos de integración del autoconcepto y los principales cuidados que debe brindar el profesional de enfermería.

El sujeto de investigación en este caso son las mujeres que fueron sometidas a histerectomía abdominal de la ciudad de Tacámbaro Michoacán para reconocer el principal cambio en el autoconcepto de las mismas. Con un muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 individuos.

Esta investigación se realizó con un enfoque cuantitativo, es descriptiva, transversal y no experimental y se redactaron objetivos, una pregunta de investigación que nos sirve como punto de partida, se procede a formular una posible respuesta en forma de hipótesis, para elaborar el marco teórico se necesitó de investigar los temas relacionados con la histerectomía así como el tema del autoconcepto y los cuidados que conlleva este en el ámbito de la profesión de enfermería, en cuanto a la hipótesis se operacionalizó identificando dos variables la dependiente e independiente realizando una matriz de operacionalización que nos ayudó a ir de lo general a lo particular facilitando la construcción del cuestionario que es el instrumento de medición de la variación del autoconcepto en las mujeres sometidas a histerectomía.

En el capítulo final se encuentran los resultados de dicha investigación. En el cual se concluye que el autoconcepto en la mujer sometida a histerectomía de la ciudad de Tacámbaro no sufre alteraciones debido a que el principal cambio es la imagen corporal lo cual es adaptable y fácil de superar. Se redactan también, algunas recomendaciones hacia el profesional de enfermería, la importancia de orientar a la mujer que esta próxima a la realización de una histerectomía abdominal sobre todos los posibles cambios fisiológicos a los que se puede ver sujeta, así como de disipar todas las inquietudes de la mujer.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la cirugía de histerectomía se ha vuelto muy común por lo que es interesante estudiar los fenómenos relacionados con la práctica de la misma, en éste caso se relaciona con el cambio en el autoconcepto de la mujer sometida a histerectomía de la ciudad de Tacámbaro Michoacán, con el interés de saber que tanto se afecta a la mujer.

En el capítulo primero se trata el planteamiento del problema en el que se señalan la pregunta de investigación, el objetivo de la misma, así como la justificación y la viabilidad que se presentó para la elaboración de la investigación.

En el capítulo segundo el marco teórico en el que se recabo toda la información posible acerca de lo referente a la pregunta de investigación es decir, lo referente a la histerectomía y el autoconcepto, así como la intervención de enfermería en el cuidado de el autoconcepto.

Entre los temas de mayor importancia destaca la relación enfermera-paciente, la integración del autoconcepto y los cuidados que se deben tener para que esta integración se lleve a cabo en forma adecuada.

En el capítulo tercero, se trata el alcance y diseño de la investigación de cómo se realizó el estudio, con que enfoque, su alcance, tendencia y aplicación, el punto de partida se construyó una hipótesis donde se establecen sus variables y dimensiones y con base en éstas se construyeron los cuestionarios que sirven para la descripción de las características concluyentes del sujeto de investigación. La medición y recolección del fenómeno se hizo en una sola aplicación en un momento determinado del tiempo.

En el capítulo cuarto se planteo la hipótesis, se definieron las variables de la misma y se realizó la operacionalización para la elaboración del cuestionario, la

hipótesis hace referencia al principal cambio en el autoconcepto de la mujeres sometidas a histerectomía de la ciudad de Tacámbaro Michoacán.

En el quinto capítulo se aborda el diseño de la investigación y tamaño de la muestra, que se refiere al número de personas y características de las personas que se les aplicará el cuestionario, así como de los lineamientos cumplidos para la elaboración de dicho cuestionario.

En el capítulo sexto se hace la recolección de los datos y el análisis de los mismos mediante la utilización de graficas que nos muestran los porcentajes de respuestas que fueron proporcionadas por la población encuestada.

En el capítulo séptimo se realiza la conclusión y las recomendaciones sobre las acciones que debe llevar a cabo el profesional de enfermería para lograr que el autoconcepto de la mujer sometida a histerectomía abdominal de la ciudad de Tacámbaro Michoacán no se vea afectado por la realización de la cirugía.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

En general el objetivo de esta investigación es definir el principal cambio en el autoconcepto de las mujeres que se les realiza una histerectomía abdominal en la ciudad de Tacámbaro Michoacán para dar pie a la creación de un programa de apoyo para disminuir el impacto en a las mujeres que se encuentren próximas a la realización de la histerectomía abdominal, que es un procedimiento quirúrgico por el que mediante una incisión en el abdomen se extirpa el útero.

Los sujetos de estudio de esta investigación serán 30 mujeres de la ciudad de Tacámbaro Michoacán que se les haya practicado una histerectomía a partir del año 2006 al primer trimestre del año 2012, de nivel socioeconómico medio de acuerdo a las características de la población de la ciudad.

Los antecedentes de la investigación es un estudio que fue aprobado por el Comité de Investigación de la Clínica Gineco-Pediatria del IMSS de la ciudad de León, Guanajuato, México. Se utilizó un diseño clínico de tipo observacional, prospectivo y longitudinal. Las mujeres incluidas fueron informadas sobre los objetivos del estudio y dieron su consentimiento por escrito para participar en el mismo. El tamaño muestral que se calculó fue de 44 mujeres seleccionadas por conveniencia (sólo se incluyeron aquellas mujeres que aceptaron libremente participar en el estudio) y que estaban programadas para la intervención quirúrgica en el Hospital de Gineco-Pediatria del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de León, Guanajuato. El instrumento con el que se evaluó el autoconcepto de los sujetos de estudio es la escala Tennessee. Esta escala fue validada en la población mexicana por González y consta de 100 ítems que se contestan a través de una escala tipo Likert. Además del resultado global, el test evalúa diferentes componentes del autoconcepto, tales como: identidad, satisfacción con uno mismo, percepción del propio comportamiento, del físico, el Yo ético-moral, los afectos hacia uno mismo y la autopercepción con relación a la familia y al contexto social. Una vez que las mujeres dieron su consentimiento de

participación en el estudio, todas completaron una entrevista clínica que incluyo información psico-social para verificar los siguientes criterios de inclusión: tener entre 30 y 60 años de edad, saber leer, no tener antecedentes de trastornos psiquiátricos ni de uso de drogas antidepresivas o antipsicóticos. Para elaborar los perfiles individuales se diseñó un programa computacional y estos resultados se analizaron con la prueba T para muestras dependientes a través del software Statistica (Stat- Soft, Inc. Tulsa, OK, USA). Resultados: De las 44 mujeres evaluadas, cinco no participaron en la segunda parte del estudio porque sus domicilios no pudieron ser localizados. El autoconcepto global disminuyó significativamente después de la intervención quirúrgica: de $642,3 \pm 73,7$ pasó a $592,1 \pm 34$ ($p < 0,001$). Asimismo, ocho de los nueve perfiles específicos también disminuyeron significativamente, el único que no lo hizo fue el de autoidentidad que es el componente cognitivo del autoconcepto, es decir, son las ideas que las mujeres tienen acerca de sí mismas y mediante las cuales podrían describirse. Sin embargo, aunque la definición de sí mismas pudo mantenerse estable, la autocrítica positiva disminuyó considerablemente después de la histerectomía, al igual que disminuyó su sentido de que son buenas personas (Yo ético-moral), la percepción de que tienen comportamientos adecuados y la satisfacción consigo mismas.

Se pretende realizar este trabajo de investigación debido a que la histerectomía abdominal es un procedimiento quirúrgico frecuente, y creo que son pocas las atenciones que se brindan en el ámbito psicológico preoperatorio considero que todo procedimiento quirúrgico conlleva un proceso psicológico pero visualizo que es mayor ante la perdida del útero debido a que es el órgano reproductor mas importante del cuerpo femenino y existen muchos mitos sobre los cambios en la vida sexual de pareja, creo que se debe realizar un plan de cuidado al aspecto psicológico por parte del personal de enfermería a la mujer que se vera expuesta a una histerectomía abdominal.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el principal cambio en el autoconcepto de las mujeres sometidas a histerectomía abdominal de Tacámbaro Michoacán de 2006 al primer trimestre de 2012?

1.3 OBJETIVO:

Definir el principal cambio en el autoconcepto de las mujeres sometidas a la histerectomía abdominal de Tacámbaro Michoacán de 2006 al primer trimestre de 2012

1.4 JUSTIFICACIÓN:

La presente investigación pretende ayudar a las mujeres de la ciudad de Tacámbaro Michoacán que se verán sujetas a la cirugía denominada histerectomía abdominal en la buena evolución de su autoconcepto debido a que se consideran insuficientes las acciones que son brindadas en este ámbito por parte de los profesionales de enfermería en general.

Se pretende dar pie al desarrollo del interés por parte de los profesionales de enfermería que tienen contacto con pacientes en esta determinada situación, a brindar los cuidados necesarios para la buena evolución del autoconcepto y la adaptación de los mismos y este proceso sea menos prolongado y difícil.

Esta investigación apoyara en la detección del principal cambio en el autoconcepto de las mujeres sometidas a dicho procedimiento para que el profesional de enfermería de acuerdo a sus conocimientos aplique las técnicas necesarias para el logro de la satisfacción de las necesidades de la mujer que cursa por el proceso.

1.5 VIABILIDAD:

Para llevar a cabo la presente investigación se necesitará la colaboración de 30 mujeres que hallan sido sometidas a histerectomía abdominal de la ciudad de Tacámbaro Michoacán de 2006 al primer trimestre del 2012, debido al gran numero de cirugías de histerectomía abdominal que se realizan se encuentra el tamaño de la muestre con facilidad, para recabar los datos se utilizará un cuestionario el cual se desarrollará a través de la determinación de una hipótesis y la operacionalización de variables de la misma, por lo anterior se deduce que se cuenta con el tiempo y material necesario para el desarrollo de la investigación.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 MEDICINA: (Diccionario de medicina océano mosby, 2009)

Arte y ciencia del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y del mantenimiento de la salud.

2.2 GINECOLOGÍA: (Diccionario de medicina océano mosby, 2009)

Rama de la medicina especializada en la asistencia sanitaria de la mujer, particularmente en lo referente en su función sexual y reproductora y las enfermedades de sus órganos genitales, exceptuando las de la mama que precisan cirugía. A diferencia de la mayoría de las especialidades médicas, la ginecología tiene una parte quirúrgica y otra no quirúrgica. Casi siempre se estudia y practica junto con la obstetricia.

2.3 APARATO REPRODUCTOR FEMENINO: (Muños, 1997)

El aparato reproductor femenino esta formado por los ovarios, los oviductos o trompas de Falopio, el útero, la vagina y los genitales externos.

2.3.1 FUNCION DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO: (Lopez Muños, 2006)

El aparato reproductor femenino participa de manera principal, en la reproducción: para ello produce óvulos, mediante un proceso denominado ovogénesis: facilita el transporte de células, así como de los espermatozoides favoreciendo la fertilización; proporciona los medios necesarios para el desarrollo del embrión; una vez llegado a termino el embarazo posee los medios adecuados para la expulsión del feto y, finalmente, lo nutre tras el nacimiento (lactación). Todas esas funciones son controladas e integradas por mecanismos hormonales, nerviosos y, además, en el ser humano psicológico.

2.3.2 EL ÚTERO: (Llusiá, 1997)

El útero tiene forma de cono aplastado de adelante atrás: su base mira hacia arriba, mientras que su vértice, fuertemente truncado se introduce en el orificio superior de la vagina. Un estrechamiento circular situado un poco por debajo de su parte media, denominado istmo, lo divide en dos porciones:

- Superior, globulosa, de forma triangular o pera aplanada de delante atrás, que corresponde al cuerpo.
- Inferior, cilíndrica, más corta y más estrecha que el cuerpo: es el cuello.

El útero posee una cavidad central, cavidad uterina, aplanada de delante atrás y estrecha a nivel del istmo, que en la nulípara es extremadamente estrecha, continuándose hacia arriba con las trompas y hacia abajo con la vagina.

La cavidad del cuerpo presenta en un plano de sección frontal forma de triángulo de base superior y vértice inferior; sus paredes convexas hacia adentro son regularmente lisas; sus dos ángulos superiores, más redondeados en las múltiparas que en las nulíparas, corresponden al abocamiento de las trompas. Su ángulo inferior se continúa con la cavidad del cuello por una porción estrechada designada orificio cervical interno.

La cavidad del cuello forma con la cavidad del cuerpo, con la que se continúa, un ángulo ligeramente abierto hacia adelante, encontrándose dilatada en su porción media, mientras que sus dos extremos de menor diámetro y amplitud se abren respectivamente en la cavidad del cuerpo –orificio cervical interno- y en la vagina –orificio cervical externo.

2.3.2.1 MEDIOS DE FIJACIÓN DEL ÚTERO: (Walker, 2006)

Hemos de considerar dos tipos de medios de fijación del útero: de sostén y de suspensión.

Los elementos que participan en el sostenimiento del útero y en el mantenimiento del cuello uterino en su posición son: el periné (sobre todo músculos elevadores del ano; v. <<Elementos de sostén de las vísceras pélvicas>>) y una serie de condensaciones subperitoneales de la fascia pélvica que desde el cuello uterino irradian hacia las paredes de la pelvis. Se describen tres condensaciones dispuestas de una forma bilateral: pliegue rectouterino, ligamento cervical transverso y pliegue uterovesical.

El pliegue rectouterino (ligamento uterosacro) se extiende desde la cara posterior del cuello uterino, pasando por las caras laterales del recto, hasta la cara anterior de las dos primeras vértebras sacras.

El ligamento cervical transverso (cardinal de los ginecólogos) se extiende desde el cuello uterino hasta las paredes laterales de la pelvis.

El pliegue uterovesical es una prolongación de los ligamentos pubovesicales que alcanzan el cuello uterino.

Existen dos formaciones ligamentosas que, dada su laxitud, se considera que desempeñan un papel mínimo en el sostenimiento del útero, y colaboran más bien en mantenerlo suspendido. Se trata del ligamento ancho del útero y el ligamento redondo del útero.

El ligamento redondo del útero es un cordón fibroelástico (15 cm de longitud) que se extiende desde el cuerno uterino, pasando a través del ligamento ancho y el conducto inguinal, hasta los labios mayores.

2.3.2.2 IRRIGACIÓN DEL ÚTERO: (Abreú García, 2006)

La irrigación del útero corre a cuenta de la arteria uterina, originada en la rama hipogástrica de la arteria iliaca interna, y regando los dos tercios inferiores del útero. El tercio superior corre a cargo de la arteria ovárica, originada en la aorta abdominal por debajo de las arterias renales.

Las venas uterinas están distribuidas en un patrón semejante al de las arterias uterinas, ováricas y tubáricas.

2.4 HISTERECTOMÍA: (Diccionario de medicina océano mosby, 2009)

Extirpación quirúrgica del útero.

2.4.1 HISTORIA DE LA HISTERECTOMÍA (linde, 1998)

Si bien no se produjeron avances significativos en la técnica de la histerectomía hasta el siglo XIX, fueron registrados intentos previos. La histerectomía vaginal precedió en muchos siglos la histerectomía abdominal. Existen algunas referencias a la histerectomía en el siglo V a. C. en épocas de Hipócrates. Se dice que Soranus de Efeso amputó un útero gangrenoso por vía vaginal en el siglo II d. C. En Italia, Jacobo Berengario de Capri realizó una histerectomía vaginal en 1517 y nuevamente más tarde con el empleo de una técnica desarrollada por su padre. En 1560, Andrea della Croce en España realizó una histerectomía vaginal. En 1600, Schenck de Grabenberg reunió e informó 26 casos de histerectomía vaginal. Las partes también realizaron algunas operaciones. Estas histerectomías preliminares fueron vaginales y en general se

realizaron por un prolapso uterino o una inversión uterina. Según Mathieu, “Estas personas veían un útero invertido o prolapsado que protruía de la vagina y sin reconocer su naturaleza, temerariamente lo seccionaban. Es milagroso que algunas de las heroicas pacientes sobrevivieran a esta formidable prueba”. Incluso algunas mujeres con prolapso uterino realizaban la operación por si mismas.

Las hysterectomías vaginales se realizaron en forma esporádica durante los siglos XVII y XVIII. Entre 1800 y 1816, Baudelocque, en Francia, realizó 23 hysterectomías vaginales. Osiender, en Gottingen, realizó ocho hysterectomías vaginales. En 1810, Wrisberg presentó un trabajo en la Vienna Royal Academy of Medicine en el que recomendaba la hysterectomía vaginal para el cáncer de útero. Langenbeck, un cirujano alemán, realizó una hysterectomía vaginal exitosa por un cáncer de útero en 1813. Sauter fue el primero en usar ligaduras en los ligamentos anchos en 1822. En 1829, Recamier, en Francia, realizó una hysterectomía vaginal con buenos resultados. También en 1829, John Collins Warren de la Harvard University realizó la primera hysterectomía vaginal en los Estados Unidos, pero la paciente murió al cuarto día posoperatorio. Herman y Wernerberg llevaron a cabo una hysterectomía vaginal exitosa por un cáncer uterino en 1832 en Pittsburgh. A finales del siglo XIX, la técnica de la hysterectomía vaginal fue estudiada y desarrollada en forma sistemática por Czerny, Billroth, Mikulicz, Schroeder, Kocher, Teuffel y Spencer Wells.

Los primeros intentos de realizar una hysterectomía abdominal involucraron casos en los que leiomiomas uterinos se diagnosticaron erróneamente como grandes quistes ováricos. Se consideraba imposible que se llevara a cabo con éxito la remoción abdominal del útero por leiomiomas o por cualquier otro motivo. Por supuesto, la remoción de leiomiomas pedunculados resultaba más fácil de realizar. Muchas miomectomías preliminares consistieron en la remoción de tumores pedunculados. La primera miomectomía vaginal fue realizada por Amussat en Francia en 1840. En 1843, Esselman, en Nashville, removió satisfactoriamente un útero miomatoso intervenido por vía vaginal. Washington L.

Atlee de Lancaster, Pennsylvania, realizó la primera miomectomía abdominal exitosa el 28 de agosto de 1844. Se hizo conocido por su osadía y éxito en la remoción de tumores uterinos. Sin embargo, entre sus primeras 125 “secciones abdominales” no hubo ningún intento de remover el útero entero. De hecho, un segmento considerable de la profesión médica estaba inflexiblemente en contra de la histerectomía. Dieffenbach, un muy respetado cirujano alemán, dijo: “Sacar todo el útero a una mujer significa la remoción del alma de la mujer, incluso si es un alma enferma. En mi opinión, no existe una indicación para esta operación. El intento de extirpación del útero tiene más el carácter de un relato de asesinato que de una operación quirúrgica curativa”.

En 1825 Langenbeck llevo a cabo el primer intento de remoción del útero a través de una incisión abdominal. La operación se realizo por un cáncer cervical avanzado en 7 minutos y la paciente falleció algunas horas mas tarde. Charles Clay llevó a cabo una histerectomía abdominal en Manchester, Inglaterra en agosto de 1843. En noviembre de 1843, en Manchester, A. M. Heath también realizó una histerectomía abdominal. En ambos casos se pensó que las pacientes tenían tumores ováricos, pero durante la operación se hallo que tenían leiomiomas. Ambas pacientes murieron por una hemorragia posoperatoria. Heath fue el primero en ligar ambas arterias uterinas, una idea novedosa en ese momento fue olvidada durante casi 50 años mientras la hemorragia continuaba siendo un problema operatorio y posoperatorio común y a menudo letal. En enero de 1844, Clay llevó a cabo otra operación en una paciente que tenia un gran útero leiomiomatoso y quistes ováricos bilaterales. El útero y ambos ovarios fueron removidos. La paciente se estaba recuperando hasta que la enfermera la dejo caer el día 13. Falleció el día 15.

La primera histerectomía deliberadamente planificada por leiomiomas uterinos fue llevada a cabo en 1846 por John Bellinger, en Charleston, Carolina del Sur. La paciente murió el quinto día posoperatorio. En 1848, en Boston, Massachusetts, una paciente de Samuel Parkman murió por una hemorragia 12

horas después de una histerectomía abdominal. Sin embargo, se acredita a Walter Burham de Lowell, Massachusetts, la realización de la primera histerectomía exitosa aun que no planificada, por leiomiomas uterinos el 26 de junio de 1853. El diagnóstico preoperatorio era un tumor de ovario. Una vez realizada la incisión abdominal, la paciente vomitó y expulsó el útero leiomiomatoso a través de la incisión. Éste no pudo ser recolocado y por lo tanto fue resecado. La paciente sobrevivió.

El 1º de septiembre de 1853, G. Kimball, en Lowell, Massachusetts, fue la primera persona en realizar en forma deliberada y exitosa una histerectomía abdominal con un diagnóstico preoperatorio correcto de leiomiomas uterinos. En un trabajo formal, este investigador aconsejó la operación, aun que había tenido un solo éxito en sus primeras cuatro intervenciones. Según Storer solo 6 de las primeras 24 pacientes sometidas a histerectomía abdominal sobrevivieron. De las 18 pacientes que murieron, 11 fallecieron por hemorragia y shock. En general, la mortalidad quirúrgica de la histerectomía abdominal era del 80% al 90%. D. H. Storer de Harvard afirmó que “pocas de las operaciones mayores han tenido un resultado letal tan uniforme como la extirpación del útero. La voz de la profesión afirma que la operación es injustificable”.

El éxito de la cirugía depende del control del dolor, el control de la infección y del control de la hemorragia. Notables comienzos en el control del dolor fueron logrados por Crawford W. Long de Jefferson, Georgia, quien usó por primera vez éter como anestésico para una intervención quirúrgica en 1842 y por Sir James Y. Simpson en Edimburgo, Escocia, quien descubrió las propiedades anestésicas del cloroformo y lo utilizó con frecuencia en su práctica obstétrica, que comenzó en 1847. El control de la infección quirúrgica tubo sus inicios en 1846 en Viena con los exitosos esfuerzos de Ignaz Semmelweiss para controlar la fiebre puerperal y continuó con el tratamiento de Joseph Lister durante la década de 1860 y más adelante, con la ayuda de los notables descubrimientos realizados por Louis Pasteur, Robert Koch y otros investigadores. Roger de Palermo en 1080 empleó

ligaduras para ligar los vasos sangrantes, y las pinzas arteriales fueron inventadas por Ambroise Paré a mediados del siglo XVI. Sin embargo, no se dispuso de información respecto de la fisiopatología de la hemorragia y el shock y de transfusiones sanguíneas hasta el siglo XX. Éstos y otros descubrimientos fueron importantes en el desarrollo de la histerectomía como una intervención quirúrgica aceptable.

Con el correr del tiempo se realizaron mejoras necesarias de la técnica de la histerectomía abdominal. La hemorragia fue casi imposible de controlar hasta 1864 cuando Koeberle, en Francia, publicó un trabajo que se convirtió en un hito sobre la histerectomía e introdujo su método para asegurar el gran pedículo vascular del útero inferior con su instrumento para ajustar ligaduras (serrenoeud). Esta ligadura en masa alrededor del útero inferior con el cuerpo amputado por encima fue la técnica habitual para controlar la hemorragia de la histerectomía durante los años preliminares. El muñón así formado era una masa de tejido tan grande que no siempre podía retornarse en forma segura a la cavidad peritoneal debido al riesgo de una hemorragia intraperitoneal, y a menudo se fijaba extraperitonealmente en la incisión de modo que estaba disponible para el clampeo hemostático en el caso de que fuera necesario.

En 1878, W. A. Freund de Breslau, Alemania, describió refinamientos dignos de mención de la técnica de la histerectomía abdominal. Este investigador empleó anestesia, una técnica antiséptica, la posición de Trendelenburg y la ligadura de los ligamentos los vasos importantes. La vejiga fue disecada respecto del útero y los ligamentos cardinales y uterosacros fueron desprendidos. Al finalizar la histerectomía total, el peritoneo pelviano fue cerrado. Freund también realizó mejoras significativas de la técnica de la histerectomía vaginal. Se colocaban clamps hemostáticos a través de los ligamentos anchos, se removía el útero y se dejaban colocados los clamps durante 2 o 3 días antes de su remoción. Con estos perfeccionamientos, Freund halló que la tasa de mortalidad de la histerectomía vaginal era más aceptable.

En 1889, Stimson describió una técnica para ligadura individual segura de las arterias uterinas y ováricas que fue responsable de la reducción de la incidencia de hemorragia posoperatoria. Kelly publicó una técnica similar con ilustraciones en 1891. Por supuesto, la histerectomía abdominal era más común por aquel entonces. La primera histerectomía abdominal total exitosa en Estados Unidos fue llevada a cabo por Mary Amanda Dixon Jones en 1888, aunque parece que el cuerpo del útero fue removido abdominalmente y el cérvix fue removido por vía vaginal.

Según Thomas Cullen, se realizaron 969 histerectomías abdominales en The Johns Hopkins Hospital entre 1889 y 1906 con una mortalidad del 5,9%, un logro notable si se consideraba que muchísimas pacientes estaban en mal estado de salud. Cullen describió los avances que fueron realizados en la técnica de la histerectomía abdominal por el doctor Howard Kelly: el control sistemático de cada vaso cardinal, la bisección del cuerpo uterino, la sección transversal del cérvix y la atención de una técnica estéril.

Como ya se ha mencionado, histerectomías vaginales se realizaron en forma ocasional a comienzos del siglo XIX para tratar el cáncer del cérvix. El resultado fue uniformemente insatisfactorio. En 1895, un residente del doctor Kelly en Johns Hopkins, John Goodrich Clark, describió la primera histerectomía abdominal extensa por cáncer uterino. En 1893, Schuchardt, en Alemania, realizó la primera histerectomía vaginal extensa por un cáncer cervical. La operación abdominal fue perfeccionada por Wertheim y la operación vaginal por Schauta, ambos de Viena. El trabajo pionero de estos maestros en cirugía ginecológica constituyó un monumental avance en el tratamiento de las mujeres con un cáncer cervical invasivo.

En las primeras décadas del siglo XX, la histerectomía se comenzó a utilizar con más frecuencia en el tratamiento de enfermedades y síntomas ginecológicos. Durante este periodo, la ginecología como especialidad recién estaba saliendo de

su infancia. El tratamiento quirúrgico de las enfermedades ginecológicas recibió el mayor énfasis por motivos comprensibles. Los ginecólogos no disponían de mucho más para ayudar a sus pacientes. Los principales descubrimientos y conceptos de la fisiología y la patología de los órganos reproductores apenas se hallan en los comienzos. A medida que la cirugía se tornaba más segura, los ginecólogos habilidosos se concentraron en el desarrollo de nuevos procedimientos quirúrgicos para ayudar a sus pacientes. Sims, Wertheim, Schauta, Kelly, Bonney, Clarke, Mayo, Meigs y muchos otros hicieron contribuciones notables a las técnicas de cirugía ginecológica. En retrospectiva, es cierto que algunas operaciones fueran realizadas por indicaciones incorrectas en esa época. Aun que algunos colegas puedan decir que estas operaciones innecesarias fueron realizadas debido a la preocupación de ginecólogo por el desarrollo personal de habilidades quirúrgicas y técnicas operatorias, también es probable que se relacionaran con la falta de disponibilidad de la información apropiada en cuanto a la fisiología y la patología de los órganos reproductores y las manifestaciones clínicas de las enfermedades pelvianas.

Durante el resto del siglo, a medida que la ginecología evolucionó como una especialidad en medicina, el conocimiento de la función y la patología de los órganos reproductores se torno mas completo; se desarrollaron técnicas diagnosticas especiales y mas exactas (por ejemplo, el urograma excretor fue desarrollado en 1923), y se descubrieron métodos de tratamiento no quirúrgico eficaces. Actualmente en la practica moderna de la ginecología, el uso apropiado de este conocimiento y las técnicas diagnósticas modernas avanzadas permiten una elección más correcta del tratamiento y del uso del tratamiento quirúrgico solo cuando esta indicado. Con el mejor reconocimiento y tratamiento de las enfermedades médicas complicantes, con el uso apropiado de transfusiones de sangre y los antibióticos y con las mejoras de las técnicas anestésicas, el hábil cirujano ginecológico actual puede realizar una histerectomía en una forma bastante segura. La mortalidad por histerectomía en la mayoría de los centros médicos es de 1 a 2 por 1.000. Es posible informar de una mortalidad cero en una

serie de varios miles de histerectomías. No obstante, la mortalidad continúa siendo un problema. Se pueden producir complicaciones de algún tipo hasta el 25% de las pacientes sometidas a una histerectomía vaginal y en el 50% de aquellas sometidas a una histerectomía abdominal.

2.4.2 HISTERECTOMÍA ABDOMINAL: (Núñez Maciel, 2001)

Es la extirpación del útero a través de una incisión en la pared abdominal.

2.4.2.1 OBJETIVOS DE LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL (Núñez Maciel, 2001)

- Extirpar el útero a través de una incisión abdominal.
- Evitar la pérdida de sangre excesiva o innecesaria.
- Evitar lesiones innecesarias de los tejidos y estructuras adyacentes.
- Preservar o mejorar la función.
- Detectar o corregir otras enfermedades.

2.4.2.2 TÉCNICA DE LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL (Núñez Maciel, 2001)

Existen diversas técnicas como son la técnica de Kelly, Aldridge, etc. Sin embargo, por ser de las técnicas más utilizadas describiré la técnica descrita en 1929 por Richardson, con algunas modificaciones.

También se llevan a cabo las variantes de extra o intra fascial, la primera se reserva para los casos de neoplasia por lo común Ca Cu, ya que llevarse la fascia

y conjuntamente tercio superior de vagina se toma el primer relevo ganglionar y se evita en lo posible la extensión o diseminación de éste.

La técnica intrafascial, ofrece ciertas ventajas importantes, en especial para el cirujano con poca experiencia, ya que disminuye el riesgo de lesiones de vejiga y de los uréteres, así como el menor riesgo de lesionar asas intestinales adheridas a la pared posterior del útero.

Antes de la cirugía es importante realizar una exploración ginecológica con la paciente bajo anestesia, con el objeto de delimitar la enfermedad.

Una vez que la paciente se encuentra en posición y que se ha completado el examen pélvico se realiza limpieza de la profundidad del ombligo con aplicadores y povidonayodo, el área preparada incluye la totalidad de la piel desde la parrilla costal hasta el nivel de la mitad de los muslos anterior medial y lateral, especialmente la preparación del monte de Venus los labios bulvares, el clítoris, las nalgas, la vagina y el periné, incluido el ano en ultimo termino.

Se introduce el catéter Foley en la vejiga y por lo menos dos compresas de campo deben cubrir el abdomen.

1. Incisión abdominal.

2. Exploración abdominal, iniciando de derecha a izquierda por la parte superior del abdomen.

3. Se coloca un separador por ejemplo O'Connor-O'Sullivan o de Balfour, colocando una compresa aislante para separar el intestino y llevarlo a la parte superior del abdomen, se realiza lisis de adherencias.

4. Se toma el útero por la base de los anexos con pinza de ochsner para la movilización.

5. En primer lugar, se extirpan ligamentos redondos a 1-2 cms del útero, se ligan con sutura de absorción lenta No. 0 ó No. 2-0.

6. La hoja anterior del ligamento ancho se secciona hasta nivel de la reflexión del peritoneo vesical sobre el útero.

7. Debajo del ligamento útero-ovárico el ligamento ancho se secciona para crear una ventana.

8. Si se desea conservar trompa uterina y ovarios: se pinza de forma triple lo mas cerca del útero, se corta entre la pinza media y la proximal a útero, se realiza doble como precaución para evitar el deslizamiento y la retracción de los vasos seccionados. La pinza lateral se retira después de haber colocado una ligadura libre conservando el clamp proximal con sutura del No. 0 ó del No. 2-0, posteriormente se da un punto transfictivo en el pedículo descrito.

9. En caso de que se requiera de extirpación del anexo, se procede a pinzar la porción del ligamento infundibulopélvico, con tres pinzas ochsner, previamente se localiza el uréter, y se coloca la primer pinza proximal y las otras dos por arriba de esta, se corta entre la pinza media y distal al ligamento infundibulopélvico y se coloca doble ligadura de los vasos ováricos con sutura de absorción retardada del No. 0 ó No. 2-0, la primera será libre colocada sobre la pinza mas proximal al ligamento y la segunda transfictiva en forma distal a la anterior por debajo de la pinza medial; el mismo procedimiento contralateral.

10. Se libera la reflexión del peritoneo vesical sobre el útero a la altura de la línea media extendiendo la incisión de la hoja anterior del ligamento ancho. Si la disección se lleva a cabo justo a través del peritoneo se ingresa al plano del clivage adecuado y no hay riesgo de hemorragia.

11. La hoja posterior del ligamento ancho se secciona a cada lado en dirección paralela al útero hasta nivel de origen de los ligamentos uterosacros debajo del cuello del útero.

12. Aislamiento y ligadura de los vasos uterinos; se disecan en un principio separando cuidadosamente el tejido conjuntivo laxo, con una tijera ligeramente abierta en dirección del cuello uterino, se localizan uréteres y se procede a pinzar los vasos uterinos a nivel del istmo o la base de los ligamentos uterosacros, se cortan con tijera y se ligan con sutura de absorción lenta del No. 1; para mayor seguridad se puede volver a pinzar el muñón y volver a ligarlo. Mismo procedimiento contralateral.

13. Aislamiento de los parametrios disecando la vejiga hacia abajo, en el ángulo entre el cuello y el parametrio con tijera roma y cerrada se disecciona para distanciar lo más posible el uréter de la pared cervical. Se tracciona el útero hacia arriba y adelante para pinzar conjuntamente los ligamentos útero sacros no muy desarrollados junto con el ligamento cardinal la pinza debe llegar lo mas cerca fue de la mucosa vaginal para incluir el plexo venoso vaginal. Los ligamentos uterosacros potentes se aíslan por separado. Se usa sutura del No. 1 de absorción lenta.

14. Se secciona el parametrio a todo lo largo de la pinza hasta la cúpula vaginal. Aislados los parametrios y abiertos ambos lados de la cúpula vaginal se continúa el corte en la pared anterior y posterior de la vagina.

15. Las pinzas de los parametrios se sustituyen por sutura y se sitúan cerca de la pared vaginal para incluir el plexo venoso, a pesar de ello a menudo sangra, para cohibir el sangrado hay que aplicar un punto a ambos lados se incluye el muñón del parametrio en la luz vaginal y se disminuye la luz de la vagina.

16. No se cierra la vagina y para esto se realiza sutura del borde vaginal con sutura atraumática en forma continua (catgut crómico No. 0 ó 1, en todo su trayecto invaginando ligeramente el borde procurando no lesionar la vejiga al hacerlo en la pared anterior de la vagina. Si se requiere cerrar la vagina se une pared anterior y posterior.

17. Cierre del peritoneo visceral por arriba del muñón vaginal con sutura continua atraumática del No. 0. Opcionalmente se puede suturar el ligamento redondo al útero sacro, para proporcionar sostén al muñón vaginal.

18. Los ovarios se dejan en su situación habitual y se procede a cierre de la pared abdominal.

2.4.2.3 CUIDADOS POSOPERATORIOS: (Berek, 2001)

Drenaje vesical: una de las complicaciones más frecuentes después de la histerectomía abdominal es la sobredistensión de la vejiga debida a traumatismo de esta, o resistencia de la paciente para iniciar la fase voluntaria para la micción. Por este motivo deberá dejarse colocada una sonda vesical permanente durante las 18 a 24 primeras horas del periodo posoperatorio.

Dieta: como anticipación al caso raro en el cual la paciente debe devolverse a la sala de operaciones, se permite a ésta ponerse solo trocitos de hielo en la boca el día de la operación. Durante el primer día del periodo posoperatorio, y si se encuentran ya ruidos intestinales, la paciente reinicia la dieta, primero con líquidos claros y a continuación con progreso hacia los alimentos sólidos según se toleren. El régimen dietético presupone manipulación y disección transoperatorias mínimas del intestino.

Actividad: la ambulación temprana disminuye la incidencia de tromboflebitis y neumonía. Se anima a las pacientes a iniciar la ambulación durante el primer día

del periodo posoperatorio, y a incrementar progresivamente el tiempo fuera de la cama conforme mejore su fortaleza. En el momento del alta se dan instrucciones para que evite levantar objetos que pesen mas de 10 kg durante seis semanas, con lo que será mínima la tensión sobre la fascia para permitir la cicatrización completa no se recomienda que realicen el coito hasta que hayan pasado seis semanas después de la operación. Se les pide que eviten conducir automóvil hasta que recuperen la movilidad total, por que dolor e hipersensibilidad posoperatorios pueden impedirles frenar repentinamente o efectuar maniobras con el volante en situaciones de urgencia. Con estas excepciones, se anima a la paciente a que retorne a las actividades normales tan pronto como se sienta bien para hacerlo.

Cuidados de la herida: la incisión abdominal requiere normalmente poca tensión, salvo las medidas higiénicas ordinarias. La herida se conserva cubierta con un vendaje estéril durante las primeras 24 horas que siguen a la operación, momento en el cual la propia incisión habrá sellado por sí misma. Una vez retirado el vendaje, se lavará la incisión con jabón suave y agua, y se conservará seca.

2.4.2.4 COMPLICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA ABDOMINAL RADICAL: (Berek, 2001)

La complicación más común después de la histerectomía radical es la disfunción urinaria por la desnervación parcial del músculo detrusor durante la excisión del tejido paracervical y paravaginal.

2.5 AUTOCONCEPTO: (Palacios, 2009)

La concepción jerárquica y multidimensional del autoconcepto frente a la anterior visión unidimensional del mismo. Prácticamente todo lo afirmado sobre el autoconcepto durante decenios se somete a revisión a partir de los años sesenta, momento en que se asume de modo generalizado una nueva concepción (Marsh y

Shavelson, 1985). Según esta nueva perspectiva, y el autoconcepto global estaría compuesto por varios dominios (el académico, el personal, el social físico) cada uno de los cuales se dividiría a su vez en subdominios, facetas, componentes o dimensiones de mayor especificidad.

2.5.1 LA FUNCIÓN DE INTEGRACIÓN: EL DESARROLLO DEL AUTOCONCEPTO: (Nordmark, 1983)

El equilibrio psicológico requiere una integración adecuada de todos los aspectos de los procesos psicológicos del individuo.

2.5.1.1 PRINCIPIOS DE CIENCIAS SOCIALES (Nordmark, 1983)

- 1) Los procesos de integración generalmente se ven como una función del “ego” o del “uno mismo”. Tales términos como la “integridad del ego” o “integridad de la personalidad” frecuentemente se utilizan para denotar los procesos psicológicos e integradores del individuo.
- 2) El “uno mismo”, tal y como lo experimenta el individuo, es una percepción organizada y perdurable en la cual se involucran los procesos de percepción, sensación y pensamiento.
 - a) Dentro del concepto de uno mismo esta incluido también el concepto de la imagen del cuerpo. (La imagen del cuerpo es uno de los autoconceptos que se desarrollan más tempranamente en la vida).
 - i) Los cambios fisiológicos que ocurren en el proceso normal de crecimiento y desarrollo generalmente necesitan cambios en la imagen del cuerpo...
 - ii) Cuando se debe cambiar la imagen del cuerpo como resultado de alteraciones fisiológicas no esperadas (cirugía, lesión), el concepto total

de uno mismo se encuentra amenazado, lo cual conduce a una tensión o ansiedad psicológicas.

- iii) Generalmente la imagen del cuerpo se establece tan firmemente que cualquier cambio necesario se lleva a cabo lentamente (por ej., después de la amputación la imagen del cuerpo sigue conservando el miembro ausente durante cierto tiempo, incluyendo la sensación física de su presencia; una persona que ha sido obesa durante un periodo muy largo y que ha perdido mucho peso sigue caminando, actuando o usando los modales típicos de su peso anterior).
- b) El concepto de uno mismo existe en relación con el ambiente psicológico total de cada persona, incluyendo lo que cada quien ve como mundo o mundos en los que puede funcionar.
- i) Los cambios que ocurren en un aspecto del ambiente psicológico de una persona necesitan reajustes de todo el concepto de uno mismo y de la función de ese concepto.
 - ii) Los cambios bruscos que ocurren en el autoconcepto como consecuencia de la necesidad de los cambios que ocurren en el ambiente psicológico generalmente se acompañan de aumento de la tensión, de la incertidumbre y pérdida del sentido de la dirección.
- c) El concepto de uno mismo incluye a sí mismo o un ego culturalmente determinado como ideal (el concepto de lo que uno debería ser), conforme los cuales el individuo mide su comportamiento y sus logros reales.
- 3) El concepto de uno mismo se adquiere a través del proceso del crecimiento y del desarrollo.

- a) El desarrollo de una autoidentidad sigue un orden característico:
 - i) Sensación de uno mismo en persona.
 - ii) Sensación de uno mismo continuo separado de los demás y del ambiente.
 - iii) Sensación de autoestimación.
- b) El lactante no tiene sensación de “uno mismo” como diferente de su ambiente. El sentido del uno mismo se desarrolla lentamente después de los 5 o 6 años de edad, y el crecimiento mas rápido tiene lugar después de la adquisición del lenguaje.
- c) Durante los primeros estadios del desarrollo de la autoidentidad, emergen la fantasía y la realidad y separan en curso desigual. Entre los 4 y los 6 años de edad, el niño todavía puede mezclar la fantasía con la realidad (como con los compañeros de juego imaginarios) pero puede identificar otros “uno mismos”.
- d) Durante los primeros años del desarrollo de la autoidentidad el niño es egocéntrico, viendo el mundo como si existiera para su beneficio y sin ningún otro propósito fuera de sí mismo.
- e) Entre los 4 y 6 años de edad el niño desarrolla los conceptos de:
 - i) Autoextensión (por ej., “yo” como una persona separada y “mi” como objeto de propiedad).
 - ii) Autoideal (por ej., lo que “yo” debo o no debo ser o hacer).

- f) Entre los 6 y los 12 años de edad el niño desarrolla gradualmente la capacidad de utilizar su yo mismo como un instrumento para hacer frente al mundo de manera racional (por ej., él aprende a pensar y a pensar sobre lo que piensa).
- g) El desarrollo posterior de una función integradora adecuada durante la adolescencia está marcado por:
 - i) Un incremento de los esfuerzos hacia la autoidentidad consciente, caracterizada por la necesidad de ser un yo mismo separado, diferente del grupo.
 - ii) Confusión y contradicción, particularmente en algunas sociedades y que es producto de la necesidad de ser un yo mismo separado y al mismo tiempo retener una identificación con los otros grupos.
 - iii) Una privación sensitiva prolongada puede contribuir a trastornos del autoconcepto y del sentido del ego. La identidad del ego requiere recordatorios constantes de que el yo mismo está separado de los demás, lo cual puede demostrarse por medio del contacto con el ambiente (por ej., el ser llamado por un nombre, al reaccionar hacia uno como un organismo separado y autónomo, el experimentar reacciones de parte del ambiente que indiquen otros individuos y objetos).
 - iv) La integración adecuada de la personalidad requiere de cierto grado de satisfacción de las necesidades básicas o primarias y de las adquiridas.
 - v) La integración adecuada de la personalidad y de la función del ego requiere del individuo participe con y que sea aceptado por otros individuos y grupos de individuos.

- (a) La integridad adecuada del ego requiere que el individuo sea capaz de identificarse con otros individuos.
 - (b) El autoconcepto adecuado necesita que el individuo tenga oportunidad de aprender y subsecuentemente de realizar su satisfacción al llevar a cabo papeles socioculturales.
- vi) Uno de los métodos por los cuales el individuo aprende los límites socioculturales para la función del ego es a través de la identificación con otros individuos.
- vii) Uno de los métodos por los cuales el individuo aprende los límites socioculturales para el comportamiento del ego es a través de “las pruebas de la realidad”.
- viii) Una persona que ha adquirido métodos flexibles de adaptación se ajusta mejor y con mayor facilidad a las situaciones de la vida que aquella cuyos métodos son rígidos.
- 4) Si se rompe el autoconcepto o la integridad del ego resulta la desorganización de la personalidad.

2.5.2 EL AUTOCONCEPTO FÍSICO (Cox, 2009)

El autoconcepto físico es la percepción que las personas tienen de sí mismas en relación a su físico. Se encuentra muy relacionado con la noción de que los sentimientos de un individuo de autovaloración y autoestima se vinculan con la forma en que se percibe a sí mismo dentro de su cuerpo.

El autoconcepto físico ha irrumpido con fuerza entre la temática de moda en los últimos años dándose la circunstancia de que se trata de un constructo que, en

cierto modo, permite analizar una realidad psicológica ya abordada desde otro constructo, el de la imagen corporal. (Palacios, 2009)

Los estudios sobre el autoconcepto físico concitan la atención de distintos profesionales (médicos, profesores, educadores físicos, educadores sociales...) debido a las perspectivas de intervención educativo/preventiva que ofrece en relación a cuestiones que en nuestros días tienen gran impacto social tales como los trastornos de la conducta alimentaria, los hábitos de vida saludable, el bienestar psicológico, etc. (Palacios, 2009)

Son precisamente las expectativas de intervención tanto en el ámbito de la educación física como en contextos clínicos las que, a partir de los años noventa, alientan la investigación del autoconcepto físico. La presunción teórica de que el dominio físico sobre el autoconcepto consta de varios componentes o dimensiones fue formulada a mediados de los años setenta: en el modelo tomado como punto de partida para la investigación del autoconcepto se identifican como dimensiones del mismo la percepción de la habilidad física y la apariencia física. Ahora bien, sólo a finales de los años ochenta se empieza a investigar específicamente esta presunción y a ello contribuyen notablemente consideraciones de índole psicoeducativa dada la relevancia que tiene identificar las dimensiones más específicas, y más modificables educativamente, así como el beneficio paralelo de poder contar con adecuados instrumentos para su medida. (Palacios, 2009)

2.5.2.1 LA ESTRUCTURA INTERNA DEL AUTOCONCEPTO FÍSICO. (Palacios, 2009)

Son varias las propuestas que se han planteado sobre la estructura interna del autoconcepto físico. Las dimensiones de apariencia física y habilidad física se repiten en todas las propuestas, pero la mayor parte de los instrumentos de medida incluyen además alguna otra. Así Bracken (1992) diferencia los componentes de competencia física, apariencia física, forma física y salud.

Franzoi y Shields (1984), por su parte, identifican tres dimensiones: habilidad física, apariencia física y conductas de control de peso.

Uno de los modelos más conocidos, probablemente porque sirve de sustento a un test de tan amplia difusión como el Physical Self Description Questionnaire (PSDQ), incluye nueve dimensiones, Fuerza, Obesidad, Actividad Física, Resistencia, Competencia (habilidad) Deportiva, Coordinación, Salud, Apariencia y Flexibilidad.

La variabilidad del autoconcepto físico se relaciona con distintos factores, entre los que destacan la edad y el sexo.

2.5.2.2 IMAGEN CORPORAL: (Vázquez, 2004)

La imagen corporal, es desde la perspectiva ideológica, la institución de la identidad. Es a la vez medio y fin de la cultura, sujeto y objeto privilegiado en el proceso recíproco a través del cual los individuos se incorporan a la cultura y la cultura pasa a formar parte integrante del sujeto. Es decir, el cuerpo humano desde la perspectiva de la significación cultural es el eje en donde se articulan los procesos públicos y privados, lo único y lo comunitario, lo personal y lo social. Así entiendo la frase de Rico Bovio (1990) en su paráfrasis de Protágoras: “Nuestro cuerpo es la medida de todas las cosas”.

Estudiar el cuerpo humano en su dimensión antropológica pasa por la comprensión de los procesos que le asignan significado –que comprendemos como procesos ideológicos- y por el entendimiento de la relación entre identidad y cuerpo humano en sus referentes culturales, dentro de un contexto histórico y social concreto. A continuación analizo, de manera sucinta, los elementos conceptuales con los que voy a trabajar: cuerpo humano, ideología e identidad; articulados desde el concepto de imagen corporal.

2.5.2.3 CUERPO HUMANO, IDEOLOGÍA E IDENTIDAD. (Vázquez, 2004)

La identidad vista desde la ideología es “el conjunto de evidencias referidas hacia el sí mismo”. Este sí-mismo se materializa en el sujeto en su “cuerpo;” en los conjuntos de hombres y mujeres en sus “cuerpos” y en un grupo social en “el Cuerpo,” como referente ideológico propio y específico de cada cultura. Por eso cada nivel de evidencias es un nivel de identidad.

Estos niveles de identidad aun que no son equivalentes, son correlativos a los niveles de Sartre citados: 1. Existe mi cuerpo; 2. Mi cuerpo es utilizado y conocido por el prójimo 3. Existo para mí como conocido por otro a título de cuerpo (Rico Bovio, 1990: 21). Si lo formulamos como punto de vista, el nivel uno es un punto de vista inmediato y formulado desde dentro del sujeto. El segundo es un punto de vista inmediato-mediato, pero expresado desde el exterior del sujeto; y el tercero es un punto de vista mediato que expresa el ciclo de espejo. El espejo es el ciclo ideológico que constituye la identidad.

2.5.2.3.1 EL PROCESO IDEOLÓGICO: (Vázquez, 2004)

El concepto de ideología á sido polémico. En ciencias sociales a dado motivo a diversas reflexiones. A partir del siglo XIX se puede observar cómo el concepto es aprovechado para enfatizar la existencia de una realidad material e independiente del observador, lo que es congruente con la corriente positiva del momento.

Según Ricoeur (1989) esta dualidad de realidad vs ideología puede representarse a partir de los conceptos de conciencia e individuo vivo. La tradicional separación entre idea y materia que ocupó la discusión filosófica occidental, trajo como consecuencia posiciones polarizadas, que de una u otra forma privilegiaban uno de estos aspectos ya sea en el sentido ontológico o en el fenomenológico. Esta lectura de la ideología se puede reconocer en el maxismo,

por ejemplo de Althusser (1977), un relevante teórico marxista de la ideología que opone, de cierta forma, la realidad (conocimiento de la realidad) a la ideología (distorsión de la realidad). Sin embargo, también se encuentra dentro de esta misma corriente de pensamiento una propuesta sobre ideología que no se reduce a la “distorsión” o “reflejo” de la realidad. Es el uso práctico del concepto de ideología en Marx (como plantea Adam Schafst, 1976) el que nos permite sostener esta afirmación.

La ideología es el proceso que le da sustento a la producción, reproducción y restructuración de del sentido.

Tanto la percepción como la construcción de significado social son procesos mediados por la cultura. Por ello cada cultura tendrá una forma históricamente determinada de comprenderse y de comprender la realidad. En este punto se encuentra la razón de que la parcialidad de la ideología pueda ser leída como distorsión.

Considero que la ideología es indispensable para la acción y que como tal no extingible. De alguna manera es el crisol que permite a los grupos humanos ubicarse en una realidad dando significado a sus acciones, a su pasado y a su futuro. Esta estructura de sentido configura la identidad del grupo que le permite mantenerse en el tiempo y por ello cumple el imperativo reproductivo de la Cultura.

En la perspectiva antropológica la ideología esta constituida por acciones integradas en prácticas que permiten la reproducción del sentido. Dichas acciones se caracterizan por establecer circuitos redundantes que confirman el significado previsto. La función de la ideología es sobretodo de conservación aun que su papel primario fue, y sigue siendo, permitir la acción humana. Es decir la acción significada. Para establecer una línea de acción significada es necesario definir al que actúa es decir al sujeto; por ello, la ideología es un proceso que se ocupa en primer término de definir al sujeto en y para la acción.

2.5.2.3.2 CUERPO HUMANO E IMAGEN CORPORAL

El cuerpo humano, como realidad inmediata, es un cuerpo significado. Es una estructura compleja en la que se tejen de forma compleja los procesos fisiológicos con los simbólicos y que de hecho no son distinguibles más que con fines analíticos. Desde una perspectiva la imagen corporal es la configuración específica de un sujeto que da las evidencias sobre el sí-mismo.

Proceso universal, pero que es resuelto en forma particular por cada cultura, por lo cual existen estrategias y practicas culturales especificas orientadas hacia la configuración de sujetos pertenecientes a un grupo. Este proceso, si bien se inicia claramente en la infancia como lo demuestra magistralmente Erik Erikson (1978) en su estudio sobre los sioux, se confirma a lo largo de la vida a través de rituales y prácticas de reconocimiento social propias de cada grupo.

El cuerpo humano como estructura simbólica es un producto cultural e histórico, por lo que su estudio requiere un tratamiento que complete el cambio y la cultura de referencia.

Considero que el concepto de imagen corporal es útil para darle coherencia y operatividad a la relación entre identidad y cuerpo humano en su contexto histórico-cultural.

El vocablo imagen hace referencia en primer lugar una experiencia cuyo registro fundamental es visual. Sin embargo, lo que entendemos por imagen corporal involucra al conjunto de los registros perceptuales, a los sentimientos y al proceso de integración. Otro aspecto que es necesario recalcar es que la imagen corporal es en realidad un proceso en constante movimiento aun que se presente con una sorprendente constancia en la experiencia del sujeto.

Desde esa perspectiva, la imagen corporal es un proceso en constante ajuste que sintetiza el desarrollo del sujeto. Es, por así decirlo, el sustrato de la identidad.

La imagen corporal es una estructura tridimensional que permite la conciencia del sí mismo integrando los aspectos físicos, estructurales y fisiológicos en relación con el movimiento (por lo que incluye el tiempo). Es una estructura que integra las sensaciones, las emociones y la percepción, por ello es la base de la experiencia en la que se integra las sensaciones, las emociones y la percepción, por ello es la base de la experiencia en la que se integra el significado cultural.

La imagen corporales, en definitiva, la estructura simbólica en la que la cultura recrea los mensajes centrales para que el sujeto pertenezca a determinada cultura. En este enfoque entendemos el cuerpo humano como el primer espacio-tiempo, ya que dicha red se constituye a partir de la significación del propio cuerpo.

2.5.2.4 CAMBIOS EN LA INTEGRIDAD CORPORAL: (Conangla, 2005)

Estos cambios pueden tener diferentes motivos: accidentes, mutilaciones, deformidades, deterioro y degeneración, cicatrices producidas a causa de enfermedades o intervenciones que afectan la imagen de la persona y su sentido de la estética. En todo caso son cambios que provocan en quien los sufre:

- Una modificación en su esquema corporal y en la imagen que tiene de sí mismo (autoimagen).
- Una afectación de su autoestima.
- Mayor o menor incidencia funcional que puede afectar su autonomía personal y producir cierto nivel de dependencia.

- Inseguridad y posibilidad de que aparezca cierta inhibición social derivada de un complejo desencadenado por la pérdida sufrida.
- Aceptación tardía de la nueva realidad debida a la obtención de ciertas rentas derivadas de la pérdida de autonomía.

2.5.2.4.1LA IMPORTANCIA DE ANTICIPAR EL CAMBIO CORPORAL (Harfin, 2005)

Cuando sentimos dolor o molestia en alguna zona del cuerpo, la sensación de malestar invade todo el cuerpo. Aquí se comprueba como la manifestación de una sensación orgánica y de raíz puramente biológica necesita otro soporte para expresarse. Ese andamiaje es emocional y nos duele todo aun que podamos admitir que es solo una parte del cuerpo.

Y cuando siento dolor lo expreso como sufrimiento, es decir, que el dolor deja una marca a la manera de una huella. El dolor es de origen somático y remite a un órgano, tiene una localización física, mientras que el sufrimiento esta en la persona, la invade como una sensación que trasciende el límite de lo corporal.

El único modo de expresar el sufrimiento es a través del lenguaje, ya sea el de la palabra o el gestual.

Cuando los pacientes reaccionan a una señal intrascendente, como un olor, una imagen, un sonido o una palabra dentro de un comentario, su respuesta esta basada en la huella que activa una sensación de displacer que está latente.

No se trata de un hecho actual, sino de una marca que opera por efecto retroactivo.

Así como el dolor necesita una base anatómica para sustentarse y siempre remite a un órgano, el sufrimiento acude a una imagen que es la representación del cuerpo para expresarse.

Es interesante descubrir que la imagen del cuerpo se va construyendo a partir de la devolución que proviene del algo exterior. Por ejemplo, cuando alguien se mira en un espejo, la imagen virtual está invertida, pero igual lo representa. En esa imagen, los puntos de referencia están cruzados, lo que aparece como lado derecho de la cara, es el lado izquierdo de la imagen. Cuando un adulto se peina, se maquilla o se arregla frente al espejo, los movimientos están tan automatizados que no hay reconocimiento de la inversión de la imagen.

La representación de cómo es la imagen corporal de una persona también se construye como las palabras que provienen de un “otro” que actúa como espejo. Y la transformación que se produce no es solamente del cuerpo, sino en la imagen que lo representa.

Una imagen de algo interior al cuerpo, requiere una elaboración compleja, y no siempre puede ser llevada a cabo exitosamente sin la presencia de un tercero que organice las representaciones.

Los límites de lo corporal, el adentro y el afuera, no están regidos por lo biológico si no por el modo en que se articulan para expresar una situación determinada.

Una situación de tensión externa, de alta exigencia, de sobre esfuerzo se expresa a través de la contracción muscular, que no solo puede relajar si no se necesita protegerse de esa amenaza replegándose aún más.

Este breve recorrido es suficiente para enfatizar la importancia el poder anticipar en el paciente los cambios que surgirán a consecuencia de su tratamiento.

De esta manera no solo se acompañan las sensaciones percibidas, colocando una representación de ellas en palabras, sino que facilitamos que el paciente pueda alinear sus respuestas a los objetivos del tratamiento.

De este modo creamos un espacio libre de conflicto.

2.5.3 AUTOPERCEPCIÓN: (Hogg, 2010)

Una de las maneras más obvias de aprender quien es usted consiste en examinar sus pensamientos y sentimientos privados a cerca del mundo; saber qué piensa y siente sobre el mundo es muy buen indicio de la clase de persona que es.

Sin embargo, cuando estas señas internas son débiles, podemos efectuar inferencias sobre nosotros mismos a partir de lo que hacemos (o sea nuestra conducta). Esta idea respalda la teoría de la autopercepción de Bem (Bem, 1967, 1972). Bem argumenta que hacemos atribuciones no solo respecto a la conducta de los demás sino también de la nuestra y que no hay que no hay ninguna diferencia esencial entre las autoatribuciones y las atribuciones dirigidas a los otros. Más aún, así como construimos una impresión acerca de la personalidad de algún otro sobre la base de ser capaz de realizar atribuciones disposicionales internas para su conducta, así construimos un concepto de quienes somos no por introspección si no por que podemos atribuir internamente nuestra propia conducta.

2.5.3.1 SENSACIÓN: (Díaz, 2007)

La palabra “sensación” tiene dos usos generales distintos. Para la psicología popular una sensación es aquella experiencia que consciente que resulta de la estimulación de un canal sensorial específico del cuerpo, o sea, de lo que usualmente conocemos como un “sentido”, sea este uno de los cinco sentidos clásicos o, a veces también, el dolor, la temperatura y algunas sensaciones viscerales. Resulta evidente que la definición popular pone énfasis en la conciencia como constituyente fundamental de la sensación, y esto es así por que no parece posible concebir ni tiene mucho sentido hablar de una sensación inconsciente ya que una sensación (del latín *sensio*: sentir) o se siente explícitamente o no es realmente una sensación.

Ahora bien, sucede que la filosofía logra precisamente eliminar la conciencia del panorama sensorial y es posible que lo haga por una supuesta necesidad metodológica de marginar, e incluso de eliminar de análisis científico, todo fenómeno intangible y subjetivo, como sería la conciencia, para quedarse con los elementos discernibles y medibles. Así, para la filosofía una sensación consiste sencillamente en la puesta en actividad de ciertas partes del cuerpo a través de la cual se transforman cambios energéticos del medio externo e interno en procesos vitales o fisiológicos que permiten a un organismo reaccionar apropiadamente a ellos. De acuerdo con las restricciones de la filosofía, cada una de las operaciones de esta definición se verifica mediante mecanismos filosóficos bien reconocidos. Así, la activación de ciertas partes del cuerpo se refiere específicamente a los receptores al dolor o nociceptores, que están adecuadamente identificados tanto por su estructura como por su función. Entonces, es decir que la actividad de estos receptores transforma cambios energéticos del medio externo o interno alude a la función precisa y específica de los nociceptores, que consiste en la transducción a impulsos nerviosos de esos cambios de energía o estímulo que se suelen llamar “dolorosos”, aun que solo sean por sus efectos. Las leyes de transducción –por ejemplo la cantidad de

estimulo necesaria para que el receptor se active, es decir, lo que conocemos como “umbral al dolor”-, o la forma en que el receptor codifica mediante impulsos nerviosos la intensidad del estimulo, son también hechos muy conocidos por a filosofía. Lo mismo acontece con la tercera parte de la definición, alusiva a los procesos fisiológicos que acarrear los impulsos nerviosos desde los nociceptores a través de ciertas fibras por la raíz dorsal de la medula espinal hasta el tálamo de la base encefálica y, finalmente, hasta la corteza cerebral. Las vías nerviosas, los transmisores químicos involucrados y sus características funcionales también se conocen en gran detalle.

2.6 ENFERMERÍA: (Diccionario de medicina océano mosby, 2009)

Ciencia que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarias para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo y comunidad, referentes a la salud, su conservación y promoción y su restablecimiento.

2.6.1 TEORÍA DE ENFERMERIA: (Alcaraz Ortega, 2012)

DOROTHEA OREM “TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA”

Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl Se graduó en 1930.

Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna otra enfermera, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

1) Teoría del Autocuidado: en la que explica el concepto del autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

a) Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

b) Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

c) Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

2) Teoría del déficit de autocuidado: en la que describe y explica las causas en las que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuando y el por que se necesita de la intervención de la enfermera.

3) Teoría de los sistemas de enfermería: en la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

a) Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera sule al individuo.

b) Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona autocuidados.

c) Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno que la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado,

barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada; por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Practica de la teoría de Orem: si se lleva a la práctica la teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

Primer paso:

Implica el examen de los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.

Abarca la recogida de datos acerca de estas áreas y la valoración de conocimiento, habilidades, motivación y orientación del cliente. El análisis de los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.

Segundo paso:

Implica el diseño y la planificación. Se centra en capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.

Tercer paso:

Supone poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador.

Se lleva a cabo por la enfermería y el cliente juntos.

2.6.2 RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE: (Iglesias, 2012)

La relación de ayuda en concepción arenal consiste en un intercambio humano y personal entre dos seres, en el que uno de los interlocutores (cuidador, visitador) captara las necesidades de otro (enfermo, preso, pobre) y poder ayudar a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a la situación actual. El objetivo de esta relación de ayuda es conseguir el cambio, tanto interno como externo, ayudando a sentir menor sufrimiento, hacer frente a sus problemas presentes, captar sus necesidades, ser agente y no <<paciente>> del propio proceso de cambio o de resolución de problemas. Se podrá conocer mejor, adoptará un comportamiento más satisfactorio con capacidad de realizarse y comunicarse, abriéndose a los otros y pudiendo establecer contactos. Es una ayuda eficaz y mediada por la escucha y el dialogo, ayudando para hacer frente a los problemas con realismo en la medida que aparecen, considerar varias posibilidades de ver y enfrentarse a la realidad. Se intentará potenciar la autonomía, en un proceso liberador y de crecimiento personal, proporcionándole

los medios o posibilidades que le permitan crecer y ayudándole a ensayar nuevos modelos de comportamiento, y poder encontrar un sentido a su situación de crisis, problemas, sentido de la vida, etc.

El profesional de la relación de ayuda debe implicarse con la persona que trata... entre ellas algunas fundamentales como las siguientes:

- Ser una persona a quien se puede recurrir, proporcionándole información, escuchando su demanda e intentando dar una respuesta en función de sus posibilidades.

- Ser para el cliente como un <<espejo>>, con actitud de respeto, interés, empatía, escucha activa, viendo nuevas perspectivas para abordar el problema.

- Desempeñar el rol de acompañante, en la exposición y clarificación del problema, y en la aceptación de la expresión de sus emociones y sentimientos.

- Rol de sustituto (madre, padre...), donde el cliente vea que es escuchado y comprendido.

- Ser un consejero en determinadas situaciones de crisis en las que el cliente es incapaz de ver y hacer frente a su problema.

- Rol de prevención, para poder disminuir la ansiedad o angustia.

2.6.2.1 FASES DE LA RELACIÓN DE AYUDA: (Iglesias, 2012)

Las fases de la relación de ayuda en la concepción arenal se pueden identificar con las fases de la enfermería en la visita: las primeras citas no suelen

ser muy animadas debido al déficit de confianza que concurre, y por no estar aun familiarizados con el lenguaje de la persona a tratar ni ella con el nuestro.

El lenguaje deberá adaptarse al suyo de modo que, sin ser elemental, pueda estar a su alcance, llegándose a producir una homeostasis entre ambos. Cuando se llega a este punto, falta siempre tiempo y no temas de conversación. El tiempo dedicado, si son personas que están muy ocupadas, debe tener cierta elasticidad para los que saben emplearla:

<<...los buenos lo hayan siempre para hacer bien, y a los que no saben de que hablar a los pobres, no es que les falten palabras, es que les falta caridad>> (ibídem: 71).

En cuanto al número de fases veremos que no es igual, así H. Peplau postulaba cuatro fases y el Dr. Cibanal seis fases (Cibanal, 1991: 22-158, Cibanal, 2003: 137-212):

- Primera fase: configuración del encuentro personal; acogida u orientación.
- Segunda fase: presentación y clarificación del problema.
- Tercera fase: confrontación y restructuración.
- Cuarta fase: establecer plan de acción.
- Quinta fase: evaluación del plan de acción.
- Sexta fase: separación.

2.6.2.2 CARACTERÍSTICAS DEL VISITADOR: (Iglesias, 2012)

En cuanto a las características que el visitador debe poseer, se estructuran en dos aspectos: psicológicos y físicos.

De los psicológicos Arenal nos devela entre los rasgos de la personalidad del visitador debe poseer están: la dulzura, la firmeza, la exactitud (llevar los socorros... el socorro guardado en su cartera, nada dice a su corazón ni a su conciencia!), la circunspección (se debe no solo ser bueno sino parecer perfecto, midiendo nuestras palabras y gestos, sin opinar hasta que no se conozca perfectamente al sujeto que se visita para evitar imprudencias, y se actuara igual entre ambos sexos), el celo, la perseverancia, la humildad (a veces se necesita recurrir al auxilio de personas cuya posición social es superior a la nuestra, y apelando a la razón se deben mirar con calma los contratiempos de la naturaleza de las cosas).

El visitador para compadecer debe padecer con el que padece, impresionándose con el dolor ajeno, sintiendo con mayor o menor intensidad como si fuera propio.

En cuanto al aspecto físico el visitador debe cumplir, para Arenal, una serie de requisitos. La apariencia se caracterizará siempre por la sobriedad, alejada de todo lujo, joyas, adornos y ostentación.

2.6.3 CUIDADO: (Ariza Olarte, 2008)

Teniendo en cuenta que el cuidado ha sido considerado la esencia de Enfermería a lo largo del desarrollo que esta a tenido como disciplina, se cree importante realizar una revisión del concepto de cuidado, la forma como ha sido entendido por las diferentes teóricas, y la evolución que ha tenido, antes de contemplarlo exclusivamente, desde la Enfermería.

El verbo cuidar, tiene origen medieval y proviene del latín agere (hacer) formo el frecuentativo agitare (hacer con frecuencia, moverse continuamente); y éste, el compuesto cogitere (obrar conjuntamente, pensar). De cogitare paso a tener el sentido de prestar, que a su vez evoluciono a prestar atención, asistir, y de ahí se transformo en el actual cuidar.

De acuerdo con la definición que ha tenido el concepto de cuidado, etimológicamente procede del latín cogitare: pensar, donde se derivan los significados romance, prestar atención a algo o a alguien, asistir a alguien, poner solicitud en algo.

En la literatura anglosajona, se distingue entre los términos care y caring. El primero hace referencia a la acción de cuidar y el segundo incorpora un sentido y una intencionalidad humanitaria en ella.

Según Collière, cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.

Pellegrino agrega que cuidar es la base moral sobre la cual tienen que reformarse nuestras obligaciones profesionales y nuestra ética; según él, cuidar construye el fundamento moral a partir del cual debe regirse la praxis profesional y de manera especial, en Enfermería.

2.6.3.1 CUIDADO DE ENFERMERÍA: (Ariza Olarte, 2008)

El concepto de cuidado ha sido proclamado como la esencia de la profesión de enfermería y se expresa de manera explícita o implícita en el ejercicio profesional. Es así como ha sido motivo de diversos abordajes como los de Norman y Rohweder, y Gertrud B. Ujhely, quienes afirman que es una relación de apoyo y ayuda brindado por la enfermera a la persona que lo requiera.

Teorías de enfermería han centrado la definición de cuidado de enfermería, en la relación enfermera-cliente, otras en la intervención terapéutica, y otras en el cliente usuario persona.

Autoras como Ernestine Wiedenbach, Josephine Paterson y Loretta Zderad, Igmone King, Ida Orlando, y Joyce Travelbee han considerado la interacción enfermera-paciente el eje fundamental para establecer una relación de cuidado. Así mismo, la interacción ha sido asumida como el contacto entre la enfermera y el paciente o la enfermera y la familia, expresada a través de la comunicación verbal y no verbal. Aseguran que la intervención que realiza el profesional de enfermería, a través de la valoración, le permite identificar necesidades y prevenir o ayudar a los miembros de una comunidad o una familia a afrontar el significado de una experiencia dolorosa causada por una enfermedad aguda o crónica; y o acompañar en momentos de desesperación, sufrimiento o muerte.

Quienes centran su definición en la intervención terapéutica consideran que ésta debe estar orientada a la mejoría y recuperación de los pacientes, a través del establecimiento de metas claras de tratamiento, con objetivos definidos. Para esto es necesario que el profesional de enfermería sea competente en el área específica de desempeño, con conocimientos y habilidades que debe demostrar al realizar las intervenciones con sus pacientes. Dentro de este grupo se pueden mencionar a Myrna Levine y Dorothea Orem.

Y por último, está el grupo de quienes han centrado la definición de cuidado en el cliente-usuario. Para ellas además de lo anterior, el paciente es el eje central del cuidado. Dentro de este grupo está Dorothy Johnson, quien sostiene que la persona que recibe cuidado es un sistema conductual que requiere de ajustes del entorno para mantener su equilibrio. Callista Roy define el cuidado centrado en la persona, a quien describe como un sistema adaptativo, complejo, compuesto por procesos internos y que actúa para mantener la capacidad de adaptación y ejercer control sobre sus partes.

Igual que Roy, Betty Neuman centra su definición de cuidado en la persona, a quien define de una manera amplia, como cliente-sistema-cliente, el cual puede ser un individuo, una comunidad, una familia, o un problema social. Es un sistema dinámico de interrelaciones en donde intervienen factores sociales, culturales, psicológicos, fisiológicos, espirituales y de desarrollo.

2.6.3.1.2 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL AUTOCONCEPTO: (Nordmark, 1983)

La enfermera puede incrementar y conservar la eficacia de los cuidados de enfermería que están relacionados con las funciones de integración de las siguientes formas:

1) Puede aumentar sus conocimientos acerca de los procesos integradores psicológicos humanos con el fin de entender el comportamiento del paciente y sus necesidades y su propio comportamiento en relación con los cuidados de la salud.

2) La enfermera puede dirigir sus observaciones de los pacientes y de su ambiente para determinar:

a) Como el individuo se ve a sí mismo, particularmente en relación con su enfermedad y la hospitalización. (La enfermera debe buscar expresiones de dudas de sí mismo, seguridad de sí mismo, autonomía; orientación hacia la familia, amigos, personal del hospital, papeles en el trabajo; capacidad de adaptarse a las experiencias intrahospitalarias y los procedimientos para promover la salud.)

b) Cualquier indicio de trastornos de la función integradora, particularmente si la enfermedad y la hospitalización requieren de cambios del autoconcepto (por ej., pruebas de ansiedad incrementada, confusión y

dudas; depresión; rechazo a participar en los procedimientos necesarios que alterarán la imagen del cuerpo o la imagen social; regresión hacia las formas más tempranas de la función integradora).

c) Indicaciones individuales del estado de crecimiento y desarrollo de la estructura y la función de ego...

d) Factores o situaciones en el ambiente o producidos por la enfermedad o por la hospitalización que podrían desorganizar la función integradora (por ej., experiencias a las cuales puede ajustarse el paciente, como actitudes de parte del personal del hospital, de la familia y de los amigos; procedimientos terapéuticos que podrían disminuir la autoestima o el sentido de individualidad y de autonomía; procedimientos de aislamiento que podrían ser destructivos para el autoconcepto).

3) La enfermera debe utilizar tanto sus conocimientos de observaciones para guiar la planeación de los cuidados de la salud con el fin de mantener la función integradora a un nivel óptimo como su ayuda en el desarrollo posterior de la función integradora. Puede, por ejemplo:

a) Proporcionar la oportunidad al individuo que está sufriendo un cambio en la imagen de su cuerpo o en la imagen social para que hable con personas que le proporcionen apoyo, que no lo juzguen y que estén informadas con el fin de incorporar gradualmente ese cambio y que éste implica para su vida futura (por ej., permite preguntas y discusión de su comportamiento futuro posible, la expresión de cómo se siente con esos cambios).

i) Si es posible o necesario, debe proporcionar la experiencia positiva relacionada con los cambios (por ej., observar a otros que han

tenido beneficios con cambios similares; proporcionarle la oportunidad de experimentar con éxito el “nuevo” yo mismo protector).

ii) Evitar las demandas innecesarias para que se adapte a las situaciones de la vida hasta que el individuo haya tenido una oportunidad para “acostumbrarse” a su autoconcepto alterado (la enfermera no debe empujar a la persona mas rápido de lo que es capaz de caminar).

b) A través de las actitudes, la información y las experiencias positivas, de proporcionársele al paciente la oportunidad de adaptarse a los cambios de su autoconcepto (por ej., si están en conflicto con su ego ideal anterior, se les deben proporcionar experiencias positivas para ayudar al paciente a que altere su concepto de “ideal”).

c) Proporcionar cuidados de enfermería de apoyo cuando las funciones integradoras y su estructura se encuentren amenazadas. Por ejemplo, la enfermera puede:

i) Incrementar los esfuerzos para ayudar al paciente a retener su identidad individual y el sentimiento que vale.

ii) Aumentar los contactos positivos con el personal del hospital, la familia y los amigos (por ej., asignar al paciente a la persona mas orientada más que a la más trabajadora).

iii) Aumentar los esfuerzos para permitir la expresión verbal del miedo, las incertidumbres y las emociones perturbadoras en presencia de personas proporciona apoyo emocional cálido, quienes pueden aceptar los sentimientos del paciente sin necesidad de negar la validez o la necesidad de esos sentimientos.

2.7 TACAMBARO MICHOACAN (Municipal, 2009)

Se localiza al centro del estado, en las coordenadas 19°14' de latitud norte y 101°28' de longitud oeste, a una altura de 1,640 metros sobre el nivel del mar. Limita al norte con Santa Clara, Huiramba y Acuitzio, al este con Madero y Nocupétaro, al sur con Turicato, y al oeste con Ario. Su superficie es de 787.15 Km² y representa 1.33 por ciento del total del Estado.

La demanda de servicios médicos de la población del municipio es atendida por organismos oficiales y privados como son: Clínicas de IMSS, Clínicas del ISSSTE y Centros de Salud, además de los Consultorios Particulares.

CAPÍTULO III

ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó este estudio con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance descriptivo con tendencia predictiva y aplicación transversal para poder describir cual es el principal cambio en el autoconcepto de las mujeres sometidas a histerectomía abdominal de la ciudad de Tacámbaro Michoacán de 2006 al primer trimestre del 2012

Se tomó como punto de partida las ciencias sociales y se fue bajando el plano de análisis a través de la medicina, la ginecología, la enfermería, etc., hasta llegar a la histerectomía abdominal y el autoconcepto.

Con todo lo anterior se construyó la hipótesis desarrollada en el siguiente capítulo, (lo que define la tendencia predictiva del alcance de la investigación), donde se establecen sus variables y dimensiones y con base en éstas se construyeron los cuestionarios que sirven para la descripción de las características concluyentes del sujeto de investigación. La medición y recolección del fenómeno se hizo en una sola aplicación en un momento determinado del tiempo.

Esto es, se partió de lo general a lo particular con una aplicación transversal, y, con base en la hipótesis, mediante la recolección, medición y evaluación de los datos se describe la conclusión de la investigación.

CAPÍTULO IV

HIPÓTESIS

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS:

El principal cambio en el autoconcepto en mujeres sometidas a histerectomía abdominal de la ciudad de Tacámbaro Michoacán de 2006 al primer trimestre del 2012 es la imagen corporal.

4.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE LA HIPOTESIS:

La variable independiente son las mujeres sometidas a histerectomía en la ciudad de Tacámbaro Michoacán de 2006 al primer trimestre del 2012.

La variable dependiente es el autoconcepto.

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA HIPÓTESIS:

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable	Que se va a medir
Autoconcepto	Según esta nueva perspectiva, y el autoconcepto global estaría compuesto por varios dominios (el académico, el personal, el social físico) cada uno de los cuales se dividiría a su vez en subdominios, facetas, componentes o dimensiones de mayor especificidad.	cuestionario	autoconcepto físico
Autoconcepto físico	Es la percepción que las personas tienen de si mismas en relación a su físico.	cuestionario	Físico

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable	Que se va a medir
Físico	Involucra al conjunto de los registros perceptuales, a los sentimientos y al proceso de integración.	Cuestionario	registros perceptuales y proceso de integración
Registros perceptuales	Hacemos atribuciones no solo respecto a la conducta de los demás sino también de la nuestra y que no hay que no hay ninguna diferencia esencial entre las autoatribuciones y las atribuciones dirigidas a los otros.	cuestionario	atribuciones
Procesos de integración	La integración adecuada de la personalidad y de la función del ego requiere del individuo participe con y que sea aceptado por otros individuos y grupos de individuos	cuestionario	aceptación
Sí mismo	Es una percepción organizada y perdurable en la cual se involucran los procesos de percepción, sensación y pensamiento.	cuestionario	Sensación
Sensación	Es aquella experiencia que consciente que resulta de la estimulación de un canal	cuestionario	Estimulación

Variable	Definición de la variable o dimensión	Operacionalización de la variable	Que se va a medir
	sensorial específico del cuerpo, o sea, de lo que usualmente conocemos como un "sentido".		

4.4 CONSTRUCCION DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICION:

ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD, INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE: 8722

Autoconcepto en mujeres sometidas a histerectomía abdominal

Instrucciones: Elija el inciso correcto marcándolo con una cruz:

1. ¿La mayor parte de mi vida está cerca a mis deseos?

a) Si

b) No

2. ¿Cuando repaso los momentos de mi vida estoy contenta de cómo me han salido las cosas?

a) Si

b) No

3. ¿Si tuviera la oportunidad cambiaría muchas cosas de mí cuerpo?

- a) La mayoría
- b) Algunas
- c) Pocas
- d) Ninguna

4. ¿Para mí es más importante sentirme bien conmigo misma que sentir la aprobación de los demás?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Casi nunca
- d) Nunca

5. ¿Estoy satisfecha de ser lo que soy después de la cirugía?

- a) Si
- b) No

6. ¿Me veo igual que antes de la cirugía?

- a) Si
- b) No

7. ¿Tengo las mismas capacidades que antes de la cirugía?

a) Si

b) No

8. ¿Me siento satisfecha con el resultado de la cirugía?

a) Muy satisfecha

b) Satisfecha

c) Poco satisfecha

d) Nada satisfecha

9. ¿Disfruto de las conversaciones personales que tengo con mis familiares y amigos?

a) Mucho

b) Poco

c) Nada

10. ¿Las demás personas me ven igual físicamente que antes de la cirugía?

a) Todos

b) La mayoría

c) Nadie

11. ¿Las demás personas me ven igual de capaz que antes de la cirugía?

- a) Todos
- b) La mayoría
- c) Nadie

12. ¿Cambiaron tus relaciones personales después de la cirugía?

- a) Si
- b) No

13. ¿Mi familia tiene en cuenta mis sentimientos?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Casi nunca
- d) Nunca

14. ¿En relación a las mujeres que no se les ha realizado la cirugía te sientes menos apreciada?

- a) Si
- b) No

15. ¿Tengo el mismo valor que antes de la cirugía?

a) Si

b) No

CAPÍTULO V

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Esta investigación es no experimental descriptiva transeccional y el plan de acción del diseño de la investigación esta encaminado a determinar si la hipótesis, el principal cambio en el autoconcepto en mujeres sometidas a histerectomía abdominal de la ciudad de Tacámbaro Michoacán de 2006 al primer trimestre del 2012 es la imagen corporal, es falsa o verdadera,

Para fines de esta investigación se tomó como población a 30 mujeres sometidas a histerectomía abdominal de la ciudad de Tacámbaro Michoacán de 2006 al primer trimestre del 2012.

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 individuos.

Como instrumento de medición se construyó un cuestionario de 15 reactivos cerrados.

En la operacionalización de la hipótesis se muestra la secuencia de construcción del cuestionario

Se realizó la prueba piloto a 5 alumnas del cuarto año de la licenciatura en enfermería y obstetricia de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia Michoacán.

Para la recolección de datos el cuestionario se aplicó a los 30 individuos localizando a cada uno en su domicilio particular.

El proceso de construcción del cuestionario, empieza con el establecimiento de la pregunta y el objetivo de investigación, para con base en sus conceptos principales determinar la construcción y estructura del marco teórico, para después dar la respuesta a la pregunta de investigación en forma de hipótesis, mediante la determinación de sus variables y dimensiones para su

operacionalización, asegura que la construcción del instrumento de medición es confiable.

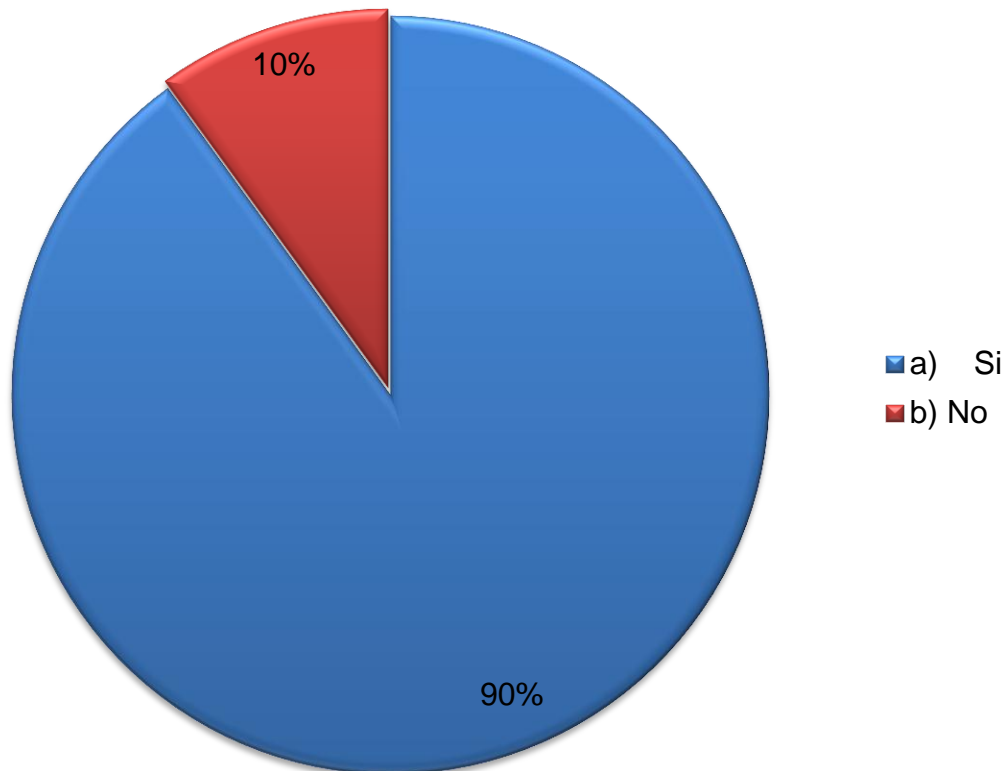
Para ordenar los datos y luego poder analizarlos, los resultados del cuestionario se vaciaron en una base de datos de Excel y se construyeron tablas con matrices de datos y gráficas para su estudio, describiendo las conclusiones por cada pregunta del cuestionario.

Con base en éste análisis de los datos, se construyó el capítulo VI.

CAPÍTULO VI

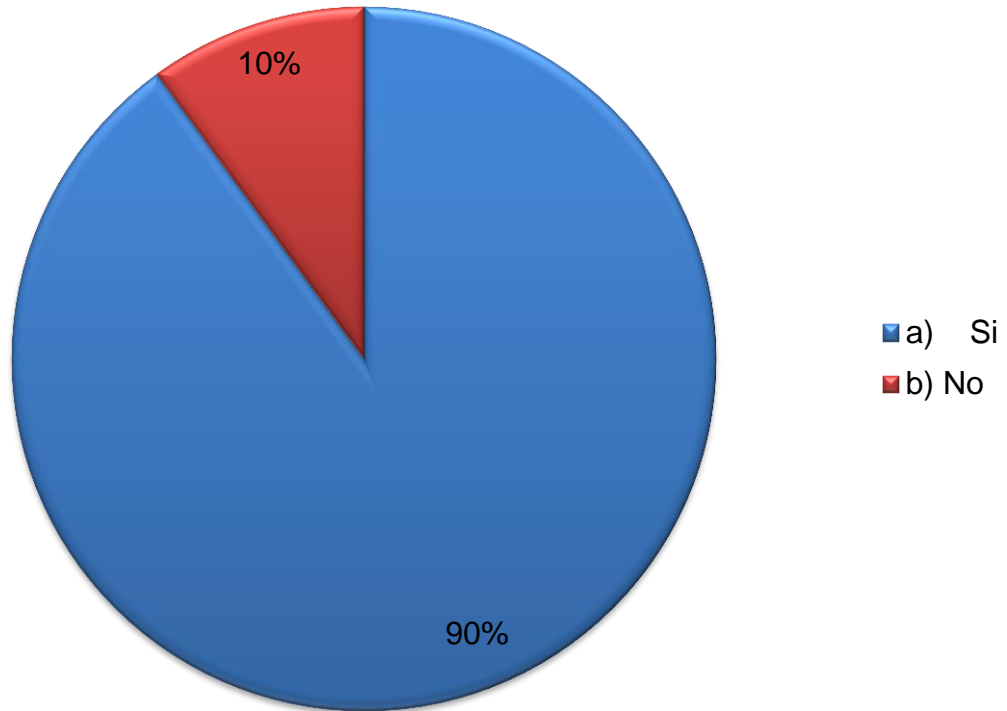
RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

1. ¿La mayor parte de mi vida está cerca a mis deseos?



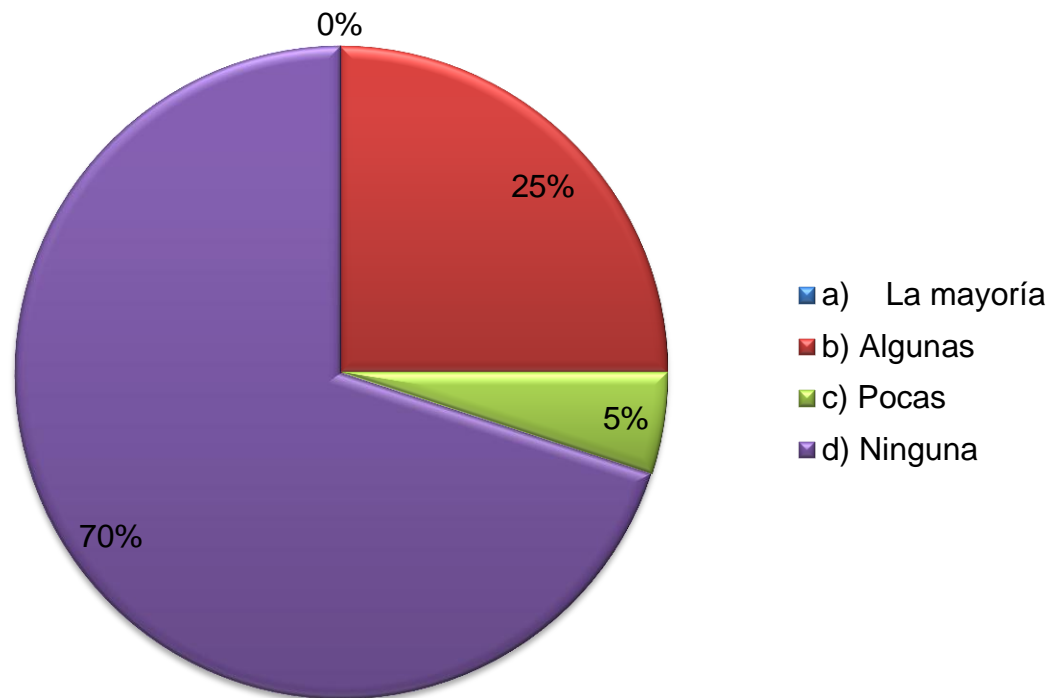
En la presente grafica se puede notar que el 90% de la población encuestada manifiesta haber llevado a cabo las acciones de su vida de acuerdo a sus expectativas en general tomando todos los aspectos de la misma.

2. ¿ Cuando repaso los momentos de mi vida estoy contenta de cómo me han salido las cosas?



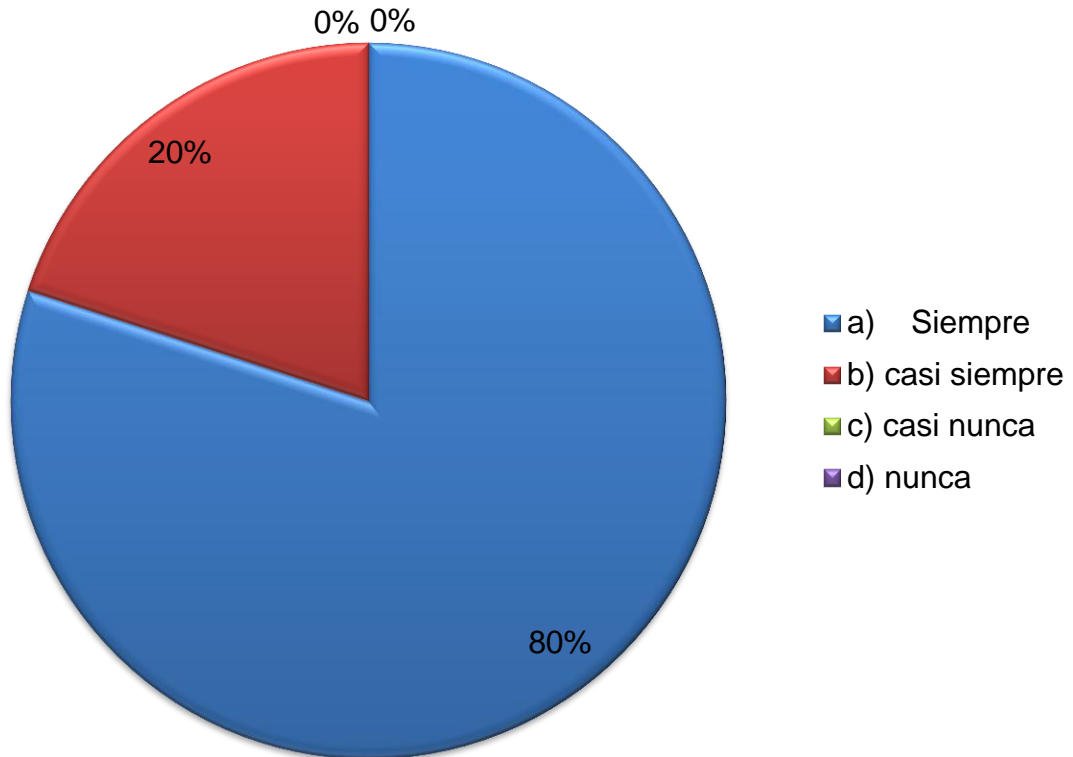
En la presenta grafica se muestra como el 90% de las mujeres que formaron parte de la muestra están satisfechas con los acontecimientos de su vida, por lo que tomando en cuenta la cirugia se puede señalar que no se ven afectadas.

3. ¿Si tuviera la oportunidad cambiaría muchas cosas de mí cuerpo?



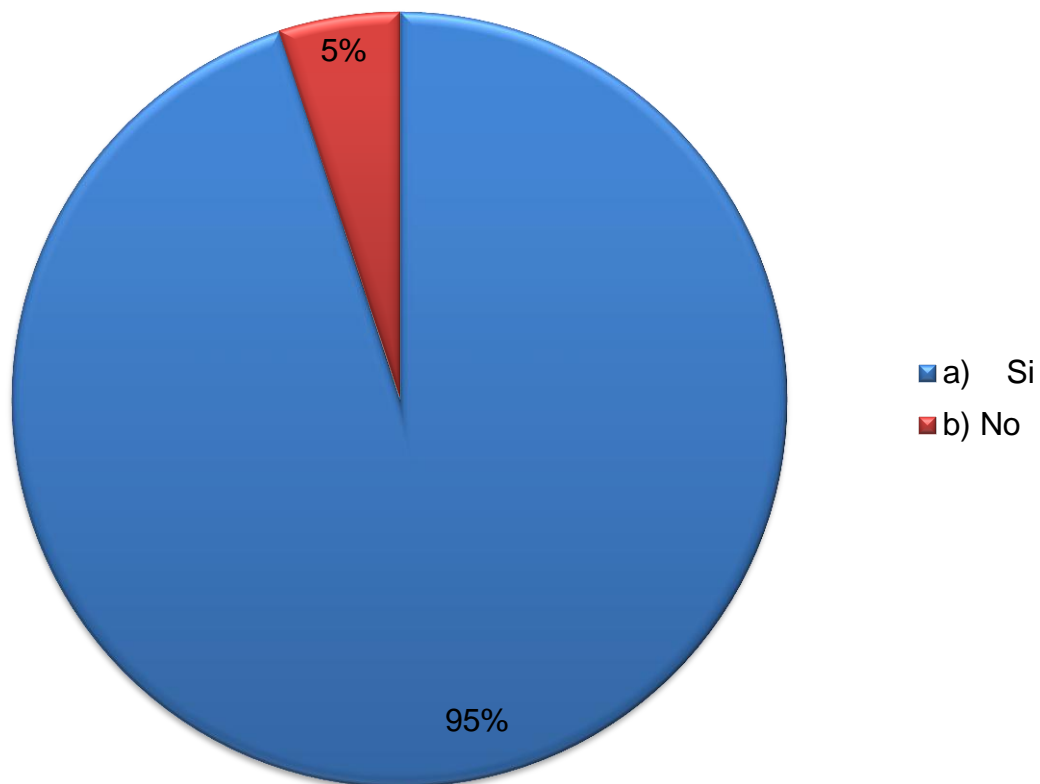
En la presente grafica se señala como la mayoría de las mujeres encuestadas están satisfechas con su cuerpo al señalar que no cambiarían ninguna parte de su cuerpo, aun que un 25% cambiarían algunas características.

4. ¿Para mí es más importante sentirme bien conmigo misma que sentir la aprobación de los demás?



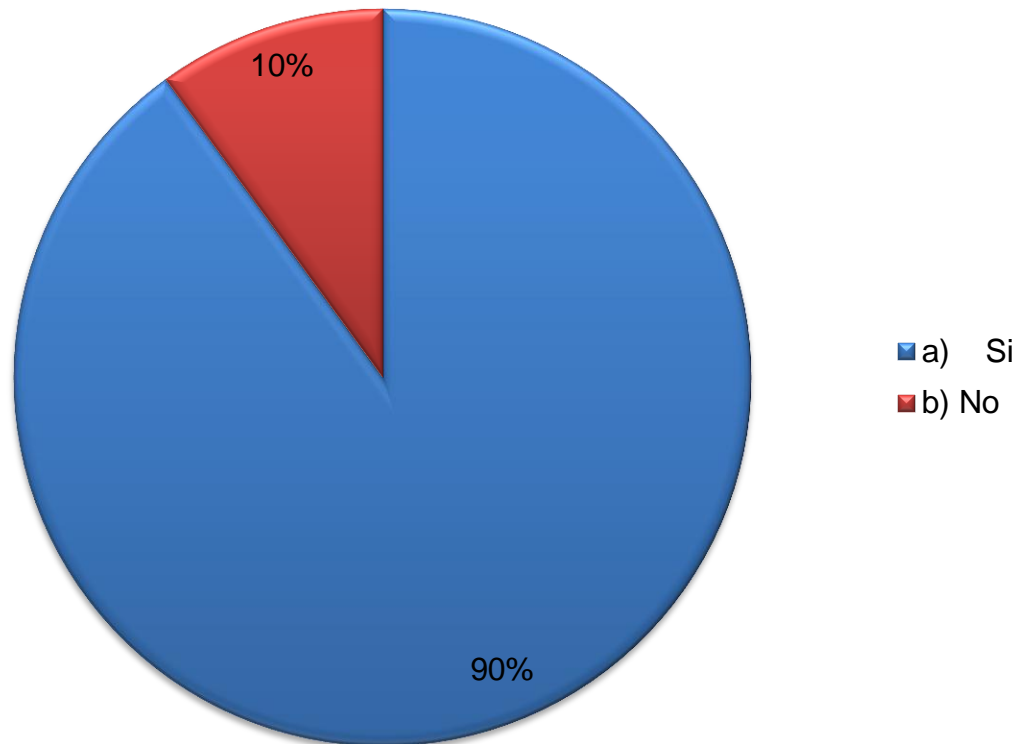
En éste grafico se muestra que el 80% de la población encuestada toman como prioridad su propia satisfacción y se puede señalar que puede ser por la atribución de poder hacer las cosas bien.

5. ¿Estoy satisfecha de ser lo que soy después de la cirugía?



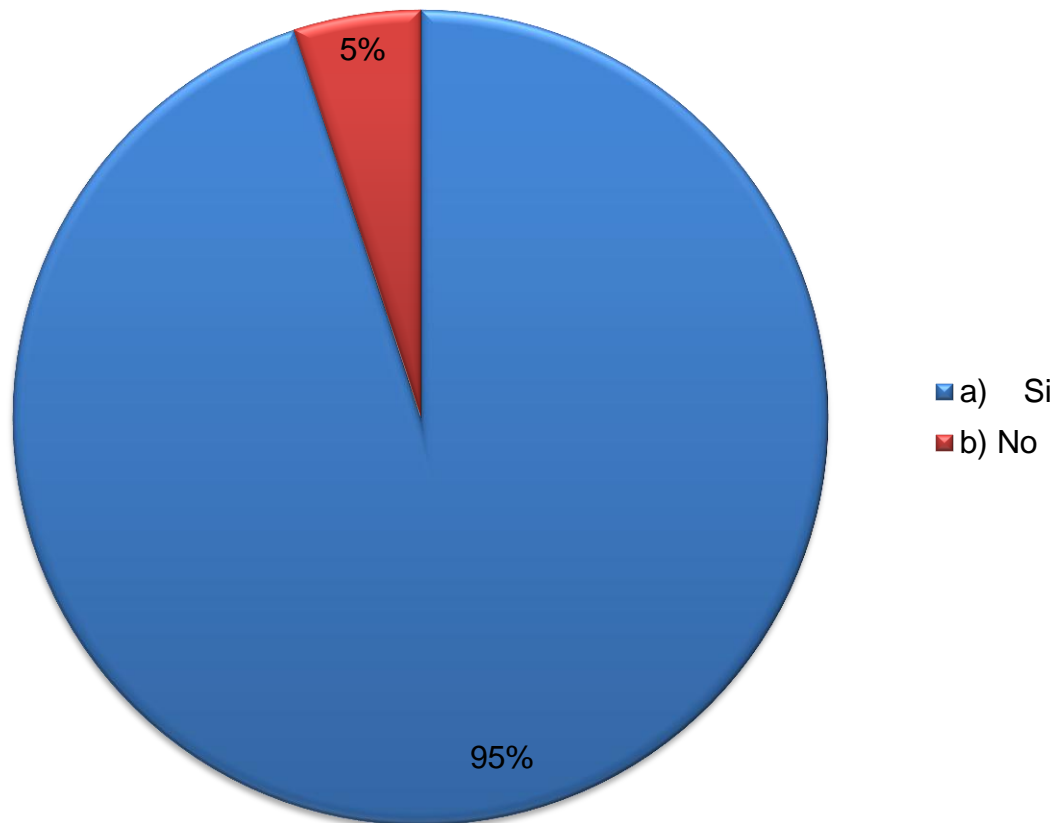
El grafico muestra que el 95% de las mujeres encuestadas están satisfechas con su persona aun después de la cirugía, por lo que se percibe la aceptación del cambio.

6. ¿Me veo igual que antes de la cirugía?



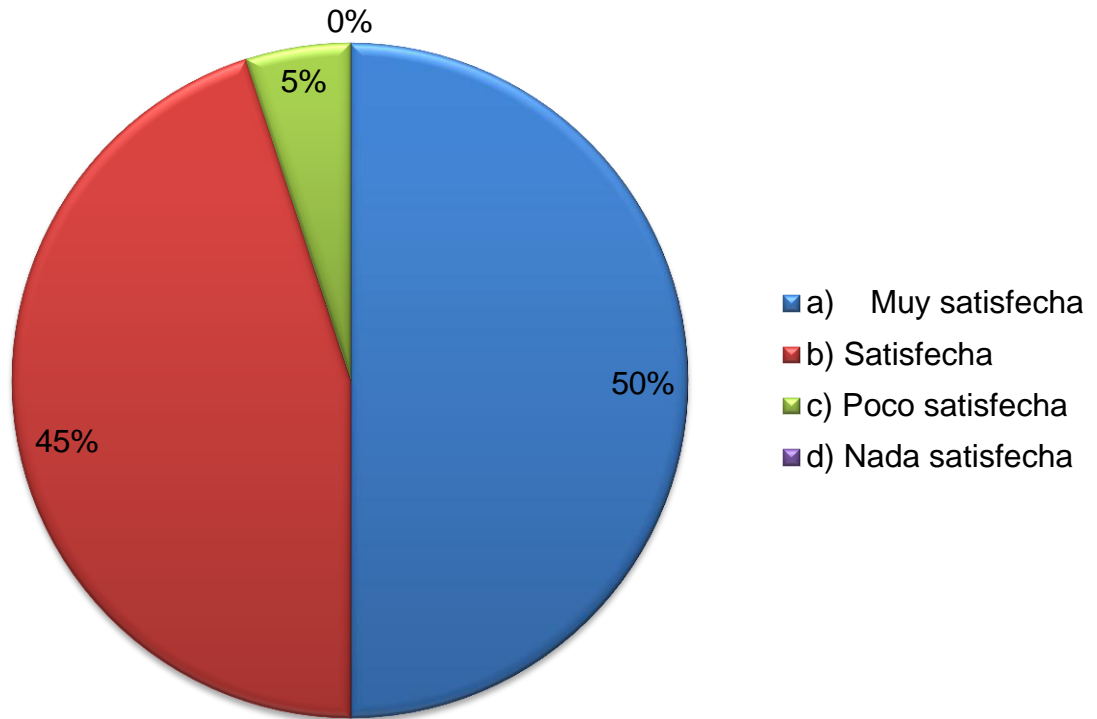
En el presente grafico se percibe que un 90% de las encuestadas no perciben cambios mayores en su cuerpo por lo que se puede mencionar que sus registros perceptuales no sufren cambios.

7. ¿Tengo las mismas capacidades que antes de la cirugía?



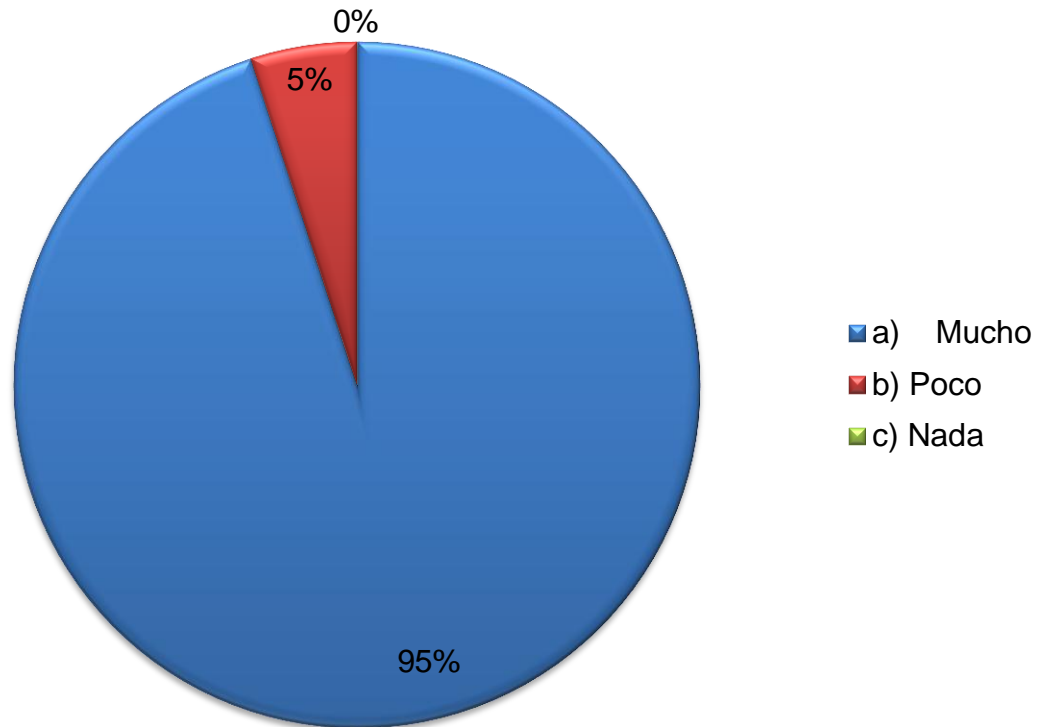
En el grafico se representa que el 95% de las mujeres encuestadas perciben sus capacidades al mismo nivel que anterior a la cirugía, por lo que se podría señalar que la atribución de capacidades no se ve afectada por la histerectomía abdominal.

8. ¿Me siento satisfecha con el resultado de la cirugía?



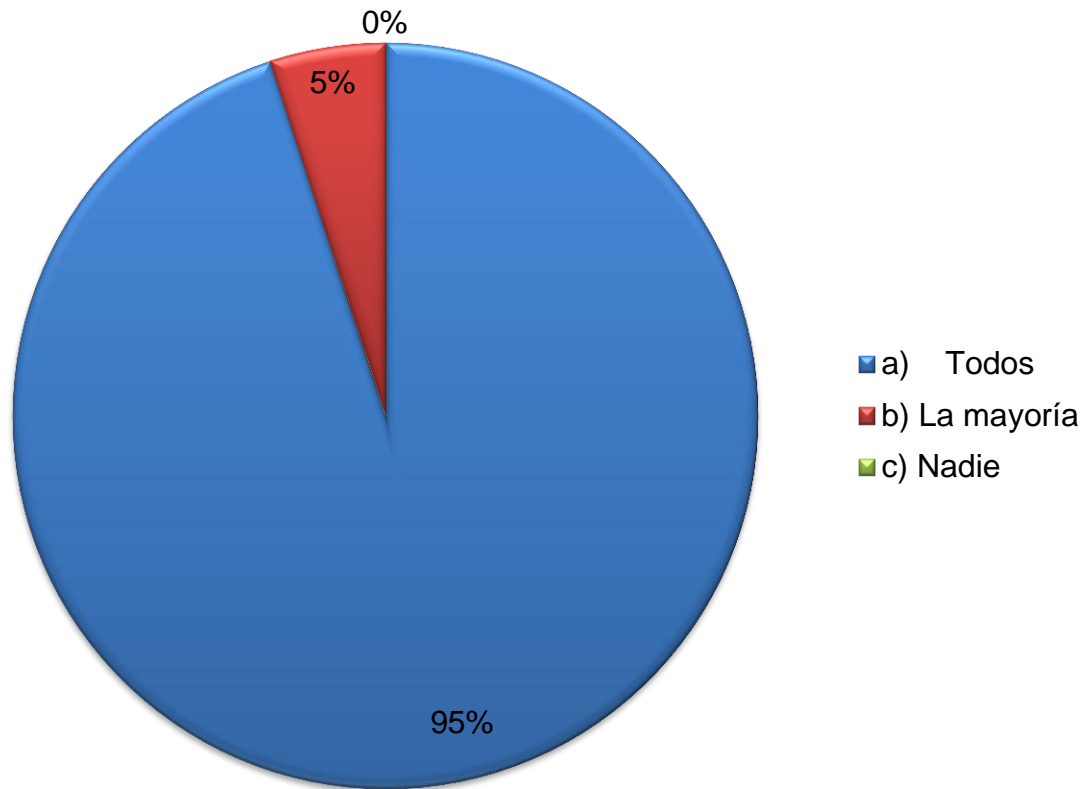
En la presente grafica se muestra como la mayoría de las mujeres encuestadas se encuentran altamente satisfechas con el resultado de su cirugía.

9. ¿Disfruto de las conversaciones personales que tengo con mis familiares y amigos?



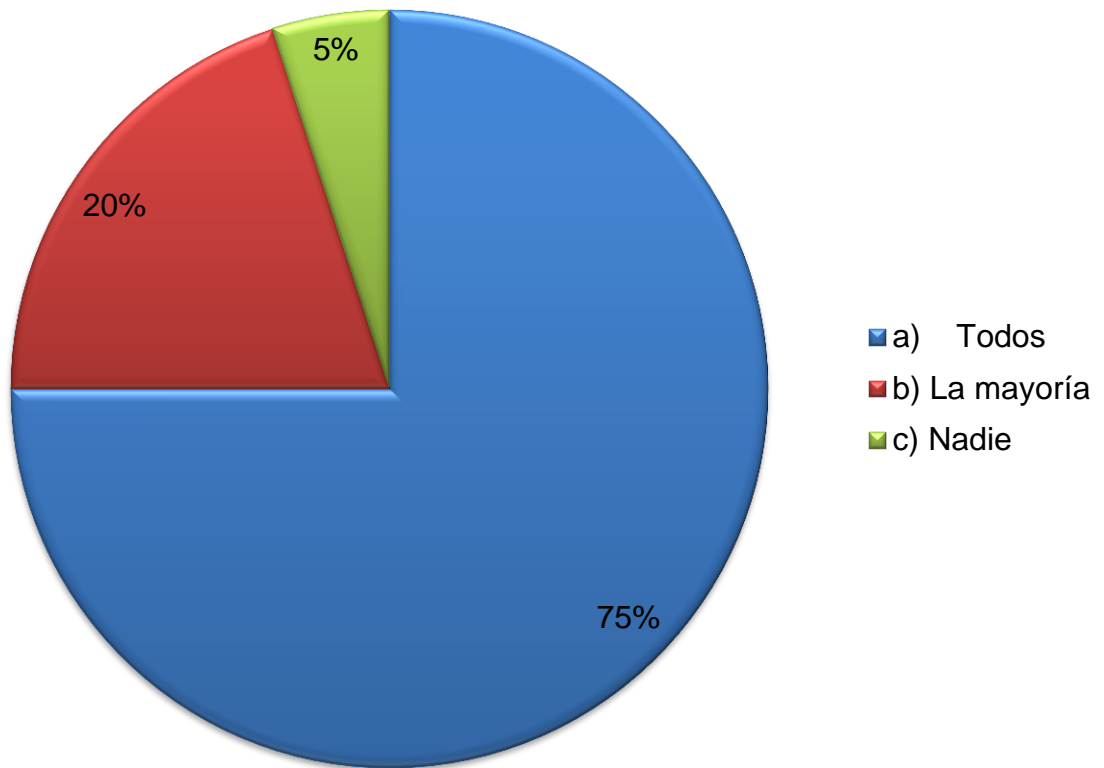
En el presente gráfico se representa que el 95% de las mujeres encuestadas disfrutaban de las conversaciones personales con sus familiares y amigos, por lo que se podría destacar que se debe a la aceptación que existe por parte de estas personas.

10. ¿Las demás personas me ven igual físicamente que antes de la cirugía?



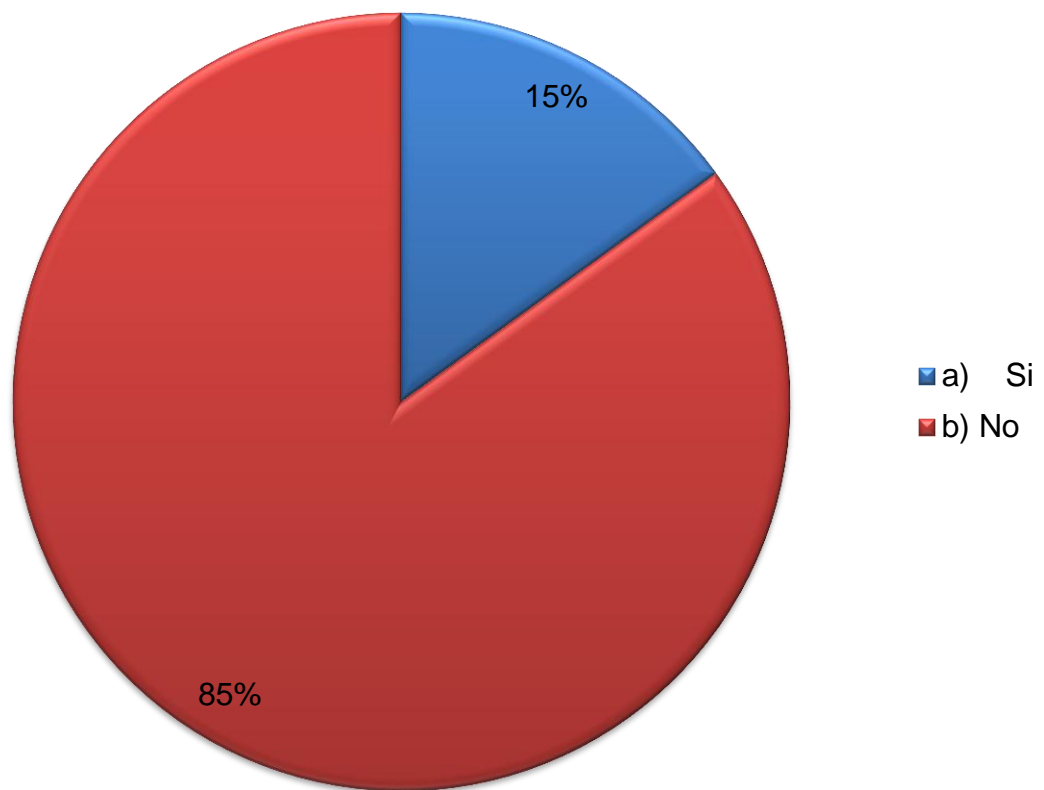
En la grafica se muestra que un 95% de las mujeres encuestadas perciben que las demás personas las ven de la misma manera que antes físicamente.

11. ¿Las demás personas me ven igual de capaz que antes de la cirugía?



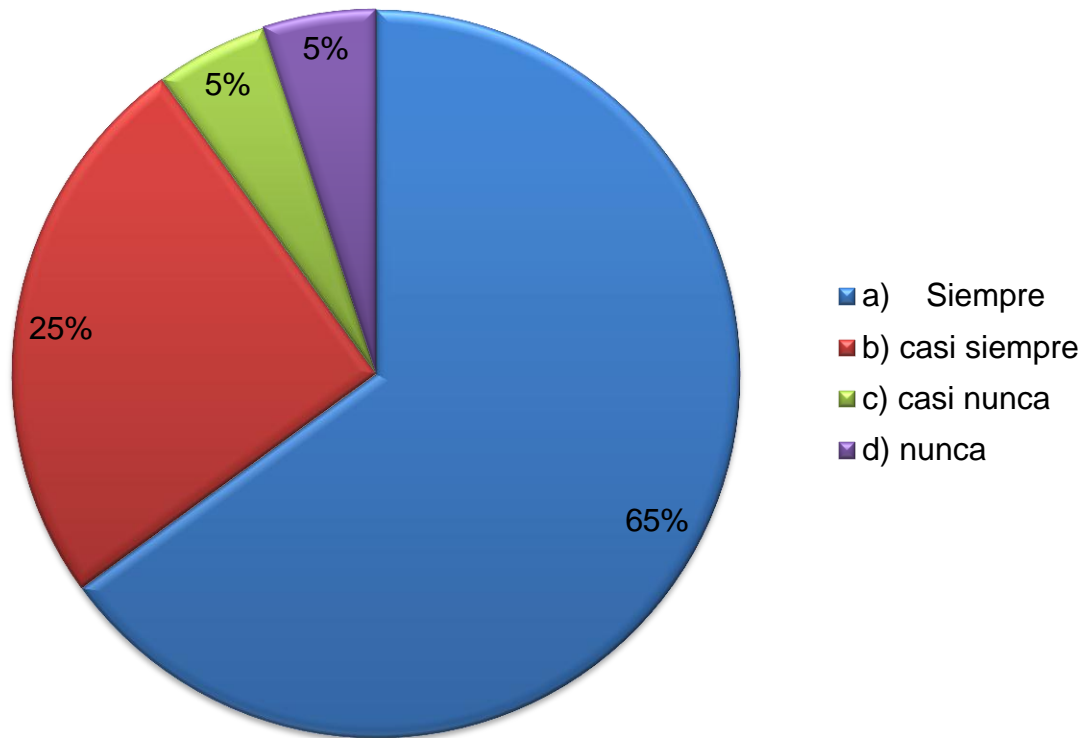
En la grafica se muestra que el 75% de las mujeres encuestadas creen ser percibidas igualmente capaces que antes de la cirugía denotando que las variantes pueden deberse al tiempo de realizada la cirugía y posibles complicaciones que se hallan presentado.

12. ¿Cambiaron tus relaciones personales despues de la cirugía?



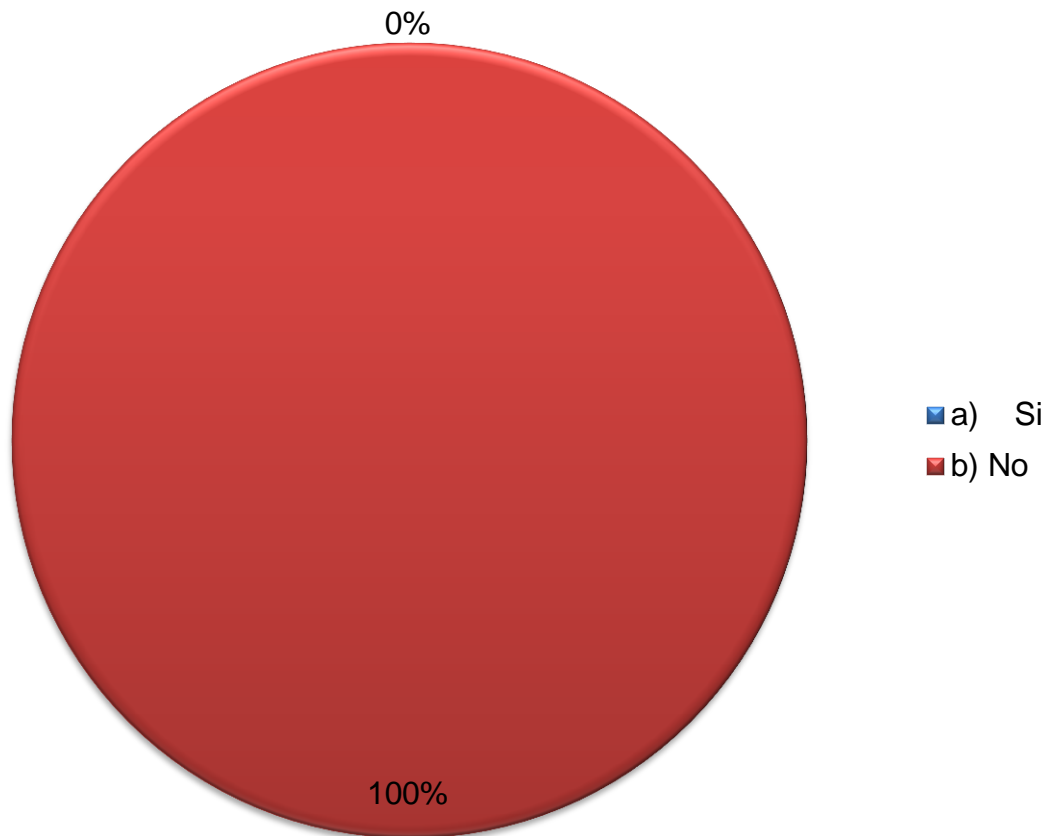
La presente grafica nos muestra que en un 85% de las mujeres encuestadas perciben que sus relaciones personales no cambiaron.

13. ¿Mi familia tiene en cuenta mis sentimientos?



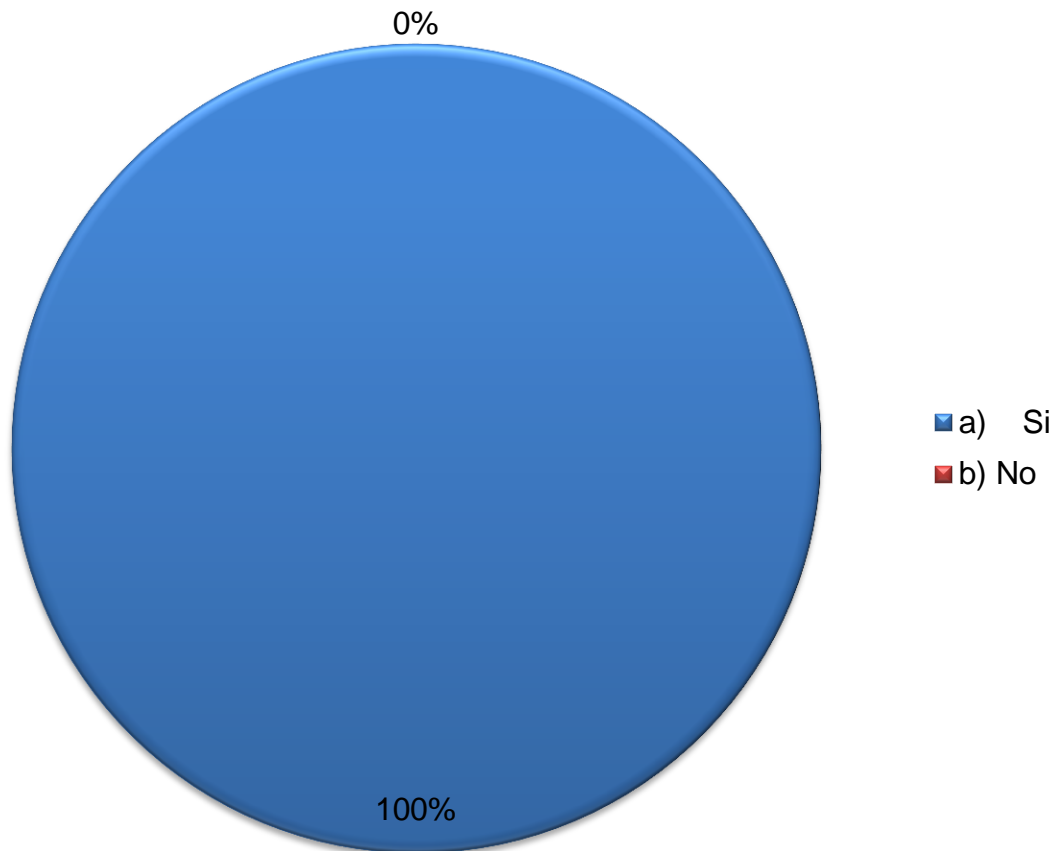
En la grafica se muestra como el 80% perciben ser tomadas en cuenta por sus familias en el mayor número de ocasiones por lo que se denota una aceptación por parte de su familia hacia la persona.

14. ¿En relacion a las mujeres que no se les ha realizado la cirugía te sientes menos apreciada?



En la presente grafica se denota que socialmente el 100% de las mujeres encuestadas no perciben rechazo, por lo que pueden hacer la atribución de ser personas comunes.

15. ¿Tengo el mismo valor que antes de la cirugía?



En el grafico se denota que el 100% de las mujeres encuestadas se perciben igualmente valiosas que antes de la cirugía, haciendo la atribución de ser las mismas.

CAPÍTULO VII

CONCLUSION Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a la recolección de datos elaborada en el capítulo anterior se puede llegar a la conclusión de que la hipótesis es verdadera, ya que la imagen corporal se ve afectada por el conocimiento de la ausencia del útero aun que esto no afecta el autoconcepto debido a que la imagen corporal puede ser cambiante y es algo a lo que la persona se adapta fácilmente, debido a que el cambio puede ser continuo como el paso de la niñez a la adolescencia y la mujer que es sometida a una histerectomía abdominal en el entorno social de la ciudad de Tacámbaro no percibe rechazo por parte de los integrantes de su sociedad por lo que ella misma puede aceptar de manera rápida y sin complicaciones el cambio en la imagen corporal sin hacer atribuciones distintas a las que se realizaban antes de llevada a cabo la cirugía.

Como recomendaciones al profesional de enfermería se denota la importancia de orientar a la mujer que esta próxima a la realización de una histerectomía abdominal sobre todos los posibles cambios fisiológicos a los que se puede ver sujeta, así como de disipar todas las inquietudes de la mujer.

También se debe tener en cuenta que el profesional de enfermería debe tener claro que para que exista una buena comunicación enfermera-paciente se deben cumplir con ciertos criterios ya mencionados en el capítulo II, que llevaran al buen entendimiento de las necesidades de la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

Abreú García, G. R. (2006). Tecnicos Especialistas de Radiodiagnóstico Del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea temario Volumen 1. España: Mad.

Alcaraz Ortega, M. (2012). Teorías de Enfermería. México.

Ariza Olarte, C. D. (2008). calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado. Colombi: Pontificia Universidad Javerina.

Berek, J. S. (2001). Ginecología de Novak . México: Mc Graw-Hil interamericana.

Conangla, M. M. (2005). Crisis Emocionales: La Inteligencia Emocional Aplicada a Situaciones Límite. España: Fuente: . Amat.

Cox. (2009). psicología del deporte conceptos y sus aplicaciones. España: Medica panamericana.

Díaz, J. L. (2007). La Conciencia Viviente. México: Fondo de cultura económica .

Diccionario de medicina océano mosby. (2009). España: Oceano.

Harfin, J. F. (2005). Tratamiento ortodontico en el adulto. Argentina : Medica panamericana.

Hogg, V. (2010). Psicología social. España: Medica panamericana.

Iglesias, P. M. (2012). el reformismo social y sanitario de concepción arenal una contribución a la identidad de la enfermería contemporánea. España: Club universitario.

linde, T. (1998). Ginecología quirúrgica. México: Medica panamericana.

Llusiá, J. B. (1997). El útero fisiología y patología. España: Diaz de Santos.

Lopez Muños, A. (2006). Histología especial humana.: Manual de prácticas. España: Universidad de Cadiz.

Municipal, I. N. (2009). Michoacán.- Tacámbaro. Recuperado el 10 de febrero de 2012, de Michoacán.- Tacámbaro: <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/michoacan/mpios/16082a.htm>

Muños, J. (1997). Fisiología: células, órganos y sistemas. México: Fondo de cultura económica.

Nordmark, M. T. (1983). Bases científicas de la enfermería. México: La prensa médica Mexicana.

Núñez Maciel, e. a. (2001). GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. México: Ediciones Cuellar.

Palacios, E. G. (junio de 2009). ehu.es. Recuperado el 22 de mayo de 2012, de ehu.es: http://www.argitalpenak.ehu.es/p291-content/eu/contenidos/informacion/se_indice_tescspdf/eu_tescspdf/adjuntos/TESIS_EIDER_GO%C3%91I.pdf

Vázquez, J. C. (2004). Cuerpo Humano e Imagen Corporal: Notas para una Antropología de la Corporeidad. México : Universidad Nacional Autónoma de México. .

Walker, C. (2006). Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. España: Masson.