

11242
29j 4A

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

ELEMENTOS AFECTIVOS Y COGNOSCITIVOS EN LA RELACION MEDICO-
PACIENTE ENCONTRADOS EN LA ENTREVISTA INFORMATIVA DE LA NECESIDAD DE HISTERECTOMIA. SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DEL SUR "DR. MANUEL GEA GONZALEZ" S. SALUD

TESINA

Que para obtener el Diploma de

ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

presenta

ENRIQUE ALBERTO AVILES ACEVES

LEIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D.F.

Febrero de 1989

Vo. Bo.
ASLM
20-II-89

[Handwritten signature]



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.

" L A M A T R I Z E S L A
V A L I D E Z D E L A M U J E R " .

Declaración de una pacien
te durante la investiga -
ción.

"En mi cabeza bullían una serie de ideas turbias. En rea
lidad no estaba convencido de lo que acababa de escu -
char. Había sido arrastrado por el entusiasmo de mi tío,
pero, ¿debía tomar en serio su resolución de ir al cen
tro del macizo terrestre? ¿Acababa de oír las especula
ciones insensatas de un loco, o las deducciones cientí
ficas de un gran genio? En todo esto, ¿dónde se detenía
la verdad y empezaba el error?

Axel, en "Viaje al Centro
de la Tierra" Julio Verne.

"... Haz que mis enfermos tengan confianza en mí y en mi arte y que sigan mis consejos y prescripciones. Aleja de sus lechos a los charlatanes, al ejército de parientes con sus mil consejos y a los vigilantes que siempre lo saben todo; es una casta peligrosa, que hace fracasar por vanidad las mejores intenciones.

Haz que sea moderado en todo, pero insaciable en mi amor por la ciencia. Aleja de mí la idea de que lo puedo todo. Dame la fuerza, la voluntad y la oportunidad de ampliar cada vez más mis conocimientos, a fin de que pueda procurar mayores beneficios a quienes sufren".

Moisés Ben-Maimónides, el
Español.

1135 - 1204

"Toda ciencia se caracteriza por el hecho de que cada nueva aportación que resuelva una incógnita plantea a su vez otra u otras, encadenándose indefinidamente en una agrupación acumulativa. Esta forma de desarrollo se aprecia con claridad en la psiquiatría, siendo justamente esto lo que la afilia definitivamente como rama médica".

Dr. José Luis Patiño R.
Decano del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

- A mi esposa , Sra Patricia Kruyff de Avilés por su constante apoyo e interminable paciencia en la difícil etapa de mi especialización.
- A mi madre, Sra Marta Aceves Vda. de Avilés, por haber facilitado el camino para que pudiera llegar hasta donde me encuentro hoy.
- A mi tutor, Dr. Enrique Aceves Morfín, quien ha sido el más sólido ejemplo de profesionalismo y honestidad a lo largo de toda mi vida, en especial durante mi formación médica.
- A los profesores de la Especialidad en Psiquiatría que supieron comunicar sabiamente su experiencia.
- A todos los Médicos Residentes del Hospital Psiquiatrico "Fray Bernardino Alvarez", con quienes conviví cuatro años.
- A los pacientes, que sin duda alguna son los mejores maestros, que como estudiante de Medicina y como Médico Residente haya tenido jamás.

AGRADECIMIENTOS

- Al Dr. Eusebio Rubio Aurioles, Tutor de esta investigación, quien desde 1987 criticó positivamente el proyecto que originó este estudio.
- A las Comisiones de Investigación y de Etica del Hospital General del Sur "Dr. Manuel Gea González", constituidas por:
Dr. Gilberto Salgado Arteaga
Dr. José Luis del Río Rizo
Dra. Dolores Saavedra Ontiveros
Dr. Enrique García Lara
quienes me apoyaron y orientaron durante la revisión del Proyecto y aprobaron la realización de la Investigación, brindándome todas las facilidades necesarias.
- Al equipo de Médico y Enfermeras que labora en el Servicio de Ginecología del Hospital, por su desinteresada cooperación.
- A las 30 pacientes que de manera consciente e informada accedieron a participar en el estudio.
- Al Dr. Alberto Salazar, quien con su experiencia en computación, contribuyó al procesamiento de la información captada y a la elaboración de las gráficas.
- A mi esposa Sra Patricia Kruyff de Avilés, por la impecable transcripción mecanográfica.

INDICE

I	TITULO	1
II	AUTOR	1
III	SEDE	1
IV	ANTECEDENTES	1
V	MARCO TEORICO	3
VI	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
VII	JUSTIFICACION	5
VIII	OBJETIVOS	6
IX	HIPOTESIS	6
X	DISEÑO	7
XI	MATERIAL Y METODOS	
	A. Universo de Estudio	7
	B. Tamaño de la Muestra	7
	C. Criterios de Selección	7
	D. Variables	7
	E. Procedimiento de Captación de la Información	8
	1. Instrumento de Captación	8
	2. Terminología	9

F. Parámetros de Medición	10
G. Cronograma	10
H. Recursos	
1. Humanos	10
2. Materiales	11
3. Financieros	11
XII. CONSIDERACIONES ETICAS	11
XIII. VALIDACION DE DATOS	13
XIV. PRESENTACION DE RESULTADOS	
A. Características Generales de la Población Estudiada	14
B. Preguntas Cerradas Relacionadas por Tema	16
C. Antecedentes Personales cruzados con Respuestas de Preguntas Cerradas	21
XV. DISCUSION	
A. Características Generales de la Población	27
B. Relación de las Respuestas a las Preguntas Abiertas	30
C. Preguntas Relacionadas por Tema	34
D. Antecedentes Personales Cruzados con Respuestas a Algunas Preguntas Cerradas	37
E. Conclusiones y Recomendaciones	39

APENDICE I	
Cuestionario Evaluatorio	42
APENDICE II	
Gráficas de Características Generales de la Población Estudiada	45
APENDICE III	
Tablas de Distribución por N° de Ca - sos y Porcentual de las Preguntas A - biertas	57
APENDICE IV	
Gráficas de Preguntas Cerradas Rela - cionadas por Tema. Gráficas de Antecedentes Personales Cruzados con Respuestas a Algunas Pre guntas Cerradas.	71
XVI BIBLIOGRAFIA	100

I TITULO

ELEMENTOS AFECTIVOS Y COGNOSCITIVOS EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE ENCONTRADOS EN LA ENTREVISTA INFORMATIVA DE LA NECESIDAD DE HISTERECTOMIA. SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL GENERAL DEL SUR "DR. MANUEL GEA GONZALEZ" S. SALUD.

II AUTOR

DR. ENRIQUE ALBERTO AVILES ACEVES. Médico Residente de III Año de Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". S. Salud.

III SEDE DE LA INVESTIGACION

Servicio de Ginecología . Hospital General del Sur "Dr. Manuel Gea González". S. Salud.

IV ANTECEDENTES

Ha sido tradicional, por la preponderancia biologicista del desarrollo de la Medicina, que los efectos "extra fisio-patológicos" de las intervenciones quirúrgicas hayan recibido poca atención; sin embargo, actualmente y con la intención de obtener conocimientos más integrales que comprendan al individuo como ser biológico, psicológico y socio-cultural (5), ha surgido la respuesta específica a la antigua necesidad de estudiar los efectos que la cirugía puede causar más allá de los límites de la biología humana. Concretamente, desde 1890 fueron señaladas por Krafft-Ebing las secuelas psicológicas producidas por la histerctomía (11).

Todas las circunstancias y actitudes señaladas, determinaron que la sexualidad como un todo fuera artificialmente aislada del proceso humano "salud-enfermedad" aún en contra de su realidad bio-psico-social (6). Pero ahora que ya se reconoce esta intensa influencia mutua del estado de salud frente a la sexualidad y viceversa (4,16,29), se hace impostergable el estudio de los efectos que los procedimientos quirúrgicos más frecuentes ejercen sobre la sexualidad de los mexicanos sometidos a ellos, empezando por el impacto que puede tener el hecho concreto de saber que serán interveni-

dos quirúrgicamente, y que esta cirugía significa una mutilación trascendente como es la pérdida de la matriz, con su clara amenaza contra la integridad femenina y el mítico temor a las pérdidas sexuales (21).

En comparación con otras áreas del conocimiento médico, puede afirmarse que muy poco ha sido publicado acerca de la influencia que la histerectomía ejerce sobre la sexualidad de las pacientes (9,23), además de que por variadas diferencias metodológicas señaladas por Bernhard (7), estos estudios no son comparables entre sí.

Si a todo esto añadimos el factor socio-cultural (4) que modula tanto la sexualidad de la paciente como la de los médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y el resto del personal que está en contacto con aquélla, tendremos como consecuencia lógica, aunque no justificada, una inquietud no manifiesta: la paciente no expresa sus temores o dudas por miedo a que se le califique peyorativamente, simplemente por vergüenza o acaso porque los profesionales que le atienden no supieron ganarse su confianza y por otro lado que éstos -particularmente el médico- no hagan aclaración alguna por ignorancia, desinterés (5), por su particular formación profesional (17) que puede considerar que las indicaciones de la cirugía son lo único que vale la pena discutir, porque probablemente no llegue a vislumbrar la realidad de su paciente como ser sexual enfermo o finalmente, por carecer del tiempo necesario para permitir esta apertura debido al exceso de trabajo a nivel institucional.

Por esa misma "deforme formación", los aspectos emocionales de la paciente -y del equipo médico mismo- muy pocas veces se toman en cuenta, por lo que su ansiedad y/o depresión o al menos sus dudas surgidas ante un evento de la magnitud de una intervención quirúrgica, nunca se sospecharon o consideraron y mucho menos se intentaron resolver. Como ya ha sido señalado previamente por el autor (6), dentro del vector psicológico a considerarse en el estudio de la sexualidad dentro del proceso salud-enfermedad y la dinámica de las relaciones interpersonales, deben tomarse en cuenta dos respuestas: la respuesta psicoafectiva limitada al ámbito de la sexualidad y la respuesta psicoafectiva frente al estado de salud o enfermedad.

En relación a la histerectomía, ambas respuestas adquieren gran importancia, tanto a nivel del equipo médico, como a nivel de la paciente, porque en una cultura como la nuestra, donde la femineidad es sinónimo de maternidad, es posible suponer que la extirpación quirúrgica del órgano naturalmen

te destinado para alojar al huevo y proteger al producto durante la gestación, provoca un síndrome de respuesta al stress por: el daño a la invulnerabilidad propia, la perturbación de la capacidad de pensar racionalmente sobre su enfermedad, por la sensación de pérdida de control sobre su mundo y por la sensación de aislamiento (8); y como reacción a la pérdida de capacidad de crianza (18), lo que sin lugar a dudas es un rudo golpe a su identidad de género como mujer, al alternar en forma abrupta uno de los roles sexuales (5) más firmes como es la maternidad. La histerectomía implica además, el acto mutilatorio de un órgano muy importante (19) y "no visible" a diferencia de otros órganos que pueden ser considerados menos importantes pero "sí visibles" para la mujer.

V MARCO TEORICO

Se desconoce lo que ocurre con la relación médico-paciente, durante la entrevista en que ésta es informada de la necesidad de que le sea extirpado el útero, especialmente respecto a las emociones de ella y muy concretamente en relación a sus dudas y temores de índole sexual. Puede considerarse que esta falta de conocimientos se debe a: la parcelada preocupación del médico por el padecimiento que está tratando y no por el paciente como un ser humano (17), por lo que trabaja en "su caso quirúrgico... su histerectomía", sin reparar que no está solamente frente a un conjunto organizado de aparatos y sistemas, sino que es responsable de un ser humano y cuando esto ocurre, difícilmente considera que la sexualidad es un aspecto intrínseco y profundo de su personalidad (4,12), que aunque no siempre se manifiesta claramente, puede ser afectado en forma por demás seria, sobre todo si no son tomados en cuenta sus antecedentes de desarrollo personal, socio-culturales y las experiencias individuales más significativas que matizan el cuadro clínico (17). Además de esto, se descuida el brindar la información u orientación básicas que son de suma utilidad para la paciente y su pareja, sirven como ansiolítico y previenen en cierta medida los estados depresivos postoperatorios (24,18a).

En este sentido hay sin duda mucho que hacer: estudiar qué ocurre con el médico y su paciente en las entrevistas de diagnóstico y programación quirúrgica; consecuentemente analizar las reacciones emocionales del mismo binomio; detectar las respuestas de las parejas de las pacientes; describir los efectos indeseables que la histerectomía provoca

en las pacientes; prevenirlos ya sea desde el punto de vista médico, psicológico o educativo y considerar la respuesta que la Medicina siempre ha dado a los problemas de salud que ha sido incapaz de prevenir o corregir "ad integrum": la rehabilitación. Algunos instrumentos útiles para la prevención y la rehabilitación son las actitudes de interés, apertura, apoyo y la habilidad para brindar información sencilla pacientemente (12), como curiosamente lo señalan dos experimentados ginecólogos -que sin duda más sensibles que la mayoría de sus colegas perciben esta necesidad- y que sólo ocasionalmente son ratificados por especialistas del área de la salud mental (16).

Existe otro aspecto que debe llamarnos poderosamente la atención como profesionales de la salud: la escasa o nula información que la paciente posee y quien generalmente vive dentro de una "cultura de la matriz" (27), al igual que buena parte de los médicos y del resto de los miembros del equipo de salud, porque limitan la existencia de este órgano a dos funciones que, aunque fundamentales para la especie, no son vitales para la mujer: la menstruación y la gestación. Este desconocimiento de la mujer sobre su anatomía y fisiología sexuales -aunado a las poderosas influencias socio-culturales que matizan esta circunstancia con mitos e inexactitudes, fantasías y temores (20), a los que debe añadirse una actitud habitualmente culpígena frente a la sexualidad- hacen que su enfrentamiento a este tipo de cirugía ginecológica sea mucho más complejo y rebasa los límites de la biología pura (15a).

También se señala (28), que la mayoría de las mujeres operadas, desconocen el diagnóstico preciso que decidió al equipo médico efectuar la histerectomía, y que por regla general tal pérdida -biológica- desencadena, sobre todo en la mujer joven, reacciones psicológicas ambivalentes:

por un lado - Ansiedad
 - Representaciones peyorativas del duelo de su femineidad
 - Tentativas de racionalización, en términos de autocastigo

por otro lado
 - Descubrimiento del interés de interrogar sobre sí misma
 - Menor pesar por la pérdida de un órgano enfermo.

Por lo tanto, antes de analizar si existen o no cambios en la sexualidad de la paciente histerectomizada, es necesario

estudiar qué ocurre con ella y con el médico tratante cuando se determina en forma definitiva que debe ser intervenida quirúrgicamente.

VI PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema que se pretende precisar se resume en dos interrogantes:

- A. ¿Cuál es la reacción de la paciente al ser informada de la necesidad de que su útero le sea extirpado quirúrgicamente?
- B. ¿Qué información ofreció el médico respecto a dicha intervención quirúrgica?

VII JUSTIFICACION

Vasicka y sus colaboradores señalan "...el buen médico ya no puede estar contento... sin el conocimiento de que su objeto no es sólo salvar la vida, sino también ayudar a hacer que valga la pena vivirla" (1). Por tanto, es de suma importancia para los profesionales de la salud y especialmente para los ginecólogos, psiquiatras, psicólogos y sexólogos mexicanos, estudiar las reacciones que ocurren en la relación médico-paciente y particularmente la respuesta emocional de la paciente frente al futuro de su sexualidad, no únicamente con el fin académico de ampliar nuestro conocimiento, sino con la fundamental intención de dar una atención médica lo más integral posible, considerando los aspectos adversos que desde el preoperatorio pueden afectar la vida sexual de la paciente (13) así como los antecedentes ansiosos que en ese mismo período pueden pronosticar estados depresivos postoperatorios, como ya fué señalado por Lalinec-Michaud y Engelsman (16).

Hasta donde se conoce, no existen estudios en México sobre la influencia de la histerectomía en la sexualidad, ni sobre lo que ocurre con la paciente cuando surgen sus primeras dudas al respecto. Por ello y debido a que es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en la mujer (24), se hace indispensable desarrollar una línea de investigación en esta dirección en el país, con objeto de obtener datos apegados a nuestra realidad y no depender de la información procedente del extranjero.

Los datos así obtenidos podrían ser difundidos tanto a tercero como a segundo nivel de atención, pero muy especialmente al primer nivel, con objeto de que todos los profesionales de la salud tengan oportunidad de participar activamente en el "proceso educativo-preventivo", que no consiste únicamente en indicar la edad recomendable para aplicar una vacuna o la forma de elaboración de una solución rehidratante, sino que ya debe implicar el recuperar para la sexualidad su verdadera dimensión humana, al ofrecer oportunamente al paciente la información más adecuada sobre este tópico que puede no solamente solicitar, sino que tiene todo el derecho de recibir (5).

Tomando esto en consideración y recordando que aún los estudios dirigidos a evaluar las modificaciones que sobre la respuesta sexual han ocurrido post-histerectomía, han arrojado resultados contradictorios (7), es necesario estudiar lo que ocurre con el binomio médico-paciente, pues el diagnóstico no se hace a un órgano aislado, ni lo efectúa una máquina insensible; la cirugía no se lleva a cabo en un organismo desprovisto de emociones, ni la realiza un robot programado; ambos son seres humanos en una relación interpersonal de características muy particulares (17), que requieren de una óptica diferente para su análisis.

VIII OBJETIVOS

- A. Evaluar la reacción de la paciente respecto a sus dudas y/o temores surgidos en relación a la cirugía.
- B. Determinar si el médico tratante brindó información o aclaró dudas respecto a la cirugía o sus probables repercusiones.
- C. Establecer si existe algún antecedente gineco-obstétrico o variable demográfica que pudiera influir de alguna manera en las reacciones estudiadas.

IX HIPOTESIS

Dado que la separación de las condiciones bio-psico-sociales del ser humano sólo son reales en el papel, ha de considerarse que cualquier suceso que afecte la integridad de la mujer puede repercutir en cada una de estas áreas y el hecho de ser informada de una necesidad de ser operada, plantea sin duda la posibilidad real de tal amenaza.

Por lo tanto, la hipótesis de trabajo es la siguiente:

"Si el médico tratante no brinda la información necesaria respecto a la cirugía ginecológica, entonces la paciente permanecerá con las dudas y/o temores surgidos a raíz de la intervención que podrían repercutir en su autoestima y sexualidad".

X DISEÑO

El estudio es observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, formando un grupo de pacientes histerectomizadas.

XI MATERIAL Y METODOS

A. UNIVERSO DE ESTUDIO

Pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital General del Sur "Dr. Manuel Gea González", sometidas a histerectomía total, conservadora, abdominal.

B. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se formará un grupo de 30 pacientes que hayan sido sometidas a histerectomía.

C. CRITERIOS DE SELECCION

1. Criterios de Inclusión

- a. Edad de 20 a 50 años
- b. No climatérica
- c. Con vida sexual activa
- d. Histerectomía total, conservadora, abdominal
- e. Participación voluntaria en el estudio

2. Criterios de Exclusión

- a. Menores de 20 años o mayores de 50
- b. Climatéricas
- c. Sin vida sexual activa
- d. Cirugía diferente de la precisada
- e. Intercurrencia de enfermedades crónicas que por sí mismas o por el tratamiento empleado, pudieran alterar los resultados de la evaluación.

D. VARIABLES

1. Independientes

- a. Edad
- b. Estado civil

- c. Religión
- d. Escolaridad
- e. Ocupación
- f. Menarca
- g. Edad de inicio de vida sexual activa (IVSA)
- h. Número de embarazos
- i. Número de partos
- j. Número de abortos
- k. Número de cesáreas
- l. Número de hijos vivos
- m. Número de hijas vivas
- n. Paridad satisfecha
- o. Empleo de metodología anticonceptiva
- p. Tipo de método utilizado
- q. Lapso de tiempo empleado
- r. Fecha de último parto (FUP)

2. Dependientes

- a. Tipo de cirugía
- b. Categoría del médico que efectuó la cirugía
(médico residente, médico adscrito, médico adjunto o jefe de servicio)
- c. Complicaciones quirúrgicas

E. PROCEDIMIENTO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACION

El instrumento será aplicado a todas las pacientes que cumplan los criterios de inclusión y que sean intervenidas en el Servicio de Ginecología, durante el período postoperatorio previo al alta hospitalaria.

1. Instrumento de Captación.

El cuestionario ha sido elaborado para detectar los sucesos básicos ocurridos durante la entrevista médica en que se informó a la paciente de la necesidad de ser intervenida quirúrgicamente, explorando sus reacciones, la disposición del médico a informar, la sensación de confianza de la paciente frente al médico para exponer sus inquietudes, la posibilidad de exponerlas en alguna otra ocasión, su percepción del estado anímico del médico y la existencia en el momento de la aplicación del instrumento, de dudas o temores que sobre la cirugía la paciente espere se disipen.

El instrumento será llenado personalmente por el investigador, quien transcribirá las respuestas de la paciente y le mostrará especial interés por su actual situación, así como disposición para responder a sus pre

guntas y asegurarle de la confidencialidad en el manejo de la información.

El instrumento consta de 27 preguntas, 12 de las cuales son de tipo "cerrada dicotómica" y 15 del tipo "abierta" (19), además de 21 puntos de la ficha estadística que capta las otras variables del estudio.

Puesto que algunas preguntas del instrumento se refieren a aspectos de la sexualidad de la paciente que, como ya se ha visto forma parte de los mitos y prejuicios más fuertes de nuestra sociedad, se espera que exista una natural resistencia de las pacientes (27) para discutir de su sexualidad con los médicos, por lo que el cuestionario es sencillo e intenta subrayar la importancia de la expresión de las emociones en una experiencia vital tan significativa para la paciente, como lo es este tipo de cirugía.

El instrumento utilizado se muestra en el apéndice.

2. Terminología.

Con objeto de evitar imprecisiones en la interpretación de los términos Histerectomía y Sexualidad, es indispensable señalar los conceptos utilizados al respecto en este trabajo.

a. Histerectomía

En el sentido más amplio significa "extirpación quirúrgica del útero" (14,22,25), pero debido a la variedad de técnicas existentes, se precisará aquella que es considerada en el presente estudio:

Histerectomía total, conservadora, abdominal. Extirpación de la totalidad del útero respetando los anexos, especialmente los ovarios -o al menos uno de ellos-, efectuándose el abordaje quirúrgico a través de la pared abdominal (2,3).

Con ello se evita el climaterio iatrógeno, que provocado por la castración pudiera llegar a influir como variable en el estudio (29), aunque ha de considerarse que si llega a existir en el tipo de cirugía elegida alguna alteración ovárica funcional, ésta es de corta duración y aparentemente de escasa significación clínica (15).

b. Sexualidad

Conjunto de caracteres biológicos, psicológicos y

sociales, que según el género (sexo) al que pertenezca el individuo (22), su edad, estado de salud y condiciones socioculturales, se manifiesta en las relaciones interpersonales.

F. PARAMETRO DE MEDICION

Los parámetros de medición considerados son los siguientes:

1. Reacción de la paciente ante la cirugía.
2. Posibilidad de la paciente de aclarar sus dudas en otra oportunidad.
3. Interés en aclarar dudas sobre los probables cambios emocionales y/o sexuales posteriores a la cirugía.
4. Sensación de confianza frente al médico para exponer sus dudas y temores.
5. Disposición del médico a informar y/o aclarar dudas acerca de la cirugía.
6. Percepción de la paciente sobre el estado de ánimo del médico.

G. CRONOGRAMA

1. Recopilación de material bibliográfico y clasificación: 10. de marzo al 15 de abril de 1987.
2. Diseño del instrumento: de abril de 1987 a noviembre de 1988.
3. Evaluación por la Comisión de Investigación y Etica del Hospital General del Sur "Dr. Manuel Gea González" S. Salud: del 5 al 9 de diciembre de 1988.
4. Recolección de datos: del 12 de diciembre de 1988 al 31 de enero de 1989.
5. Codificación y procesamiento de datos: del 26 de diciembre de 1988 al 10 de febrero de 1989.
6. Entrega de Reporte Final: 15 de febrero de 1989.

H. RECURSOS

1. Humanos.

Para la realización de este estudio se requiere de:

- 1 entrevistador-investigador (25): Dr. Enrique Alberto Avilés Aceves.
- 1 ginecólogo responsable del estudio dentro del Personal Médico del Hospital sede: Dr. Enrique García Lara.

2. Materiales.
 - a. Libreta de Programación de cirugía del Servicio de Ginecología del Hospital sede.
 - b. Expedientes de las pacientes que serán entrevistadas.
 - c. Libreta para el registro de las entrevistas elaboradas.
 - d. 30 ejemplares del cuestionario evaluatorio.
 - e. Block de tabulación para el vaciado de la información.
 - f. Servicio de computación.
3. Financieros.
 - a. Gastos para compra de papelería.
 - b. Gastos para fotocopia del instrumento.
 - c. Gastos de computación.
 - d. Gastos para la elaboración del Reporte Final y su reproducción.

XII CONSIDERACIONES ETICAS

Como cualquier trabajo de investigación médica, éste también ha considerado las repercusiones éticas que implica y se ha apegado a las normas establecidas para el efecto, sean éstas tácitas o explícitas. Méndez (19) señala que "el objeto general de la investigación en humanos... es el de obtener información científica sobre ellos, con el fin de desarrollar un cuerpo de conocimientos que permita el manejo racional de la naturaleza para beneficio del hombre". Menciona también que el hombre es el beneficiario último de la investigación que sobre él se efectúa, por tanto la investigación en humanos que no atenta contra su salud, su dignidad y privacidad, además de ofrecer un beneficio mayor que el riesgo de la propia investigación, por mínimo que éste sea, debe considerarse seriamente para llevarse a cabo.

La Declaración de Helsinki (XVIII Asamblea Médica Mundial en Finlandia) de 1964 (10), subraya que "es la misión del médico velar por la salud de las personas. Su conocimiento y conciencia deben estar completamente dedicados a cumplir esta misión". Tomando en cuenta este precepto ya universalizado, puede afirmarse que el estudiar lo que ocurre en la relación médico-paciente, durante la entrevista en que se determina la necesidad de efectuar una histerectomía o alguna otra cirugía ginecológica abdominal, con objeto de detectar componentes negativos y prevenirlos o corregirlos

durante el período de la investigación, si aún existe esa posibilidad, se está velando por la salud de las pacientes sometidas al estudio. Si a esto se aúna la posibilidad de difundir la información, el beneficio que los hallazgos puedan brindar, será ampliado a poblaciones similares. En esta misma forma, la investigación se justifica porque sus resultados pueden beneficiar directamente a los sujetos que participan en ella -como está planteado en capítulos anteriores, al ofrecerle a la paciente aclarar las dudas que tengan respecto a los aspectos médicos de su cirugía-, pueden beneficiar a otros sujetos en el futuro, o a la comunidad e inclusive al conocimiento de la ciencia en general (19).

Debe añadirse otro punto en el que esta investigación coincide con la Declaración de Helsinki: "El propósito de la investigación biomédica que involucra a seres humanos debe ser el de mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el entendimiento de la etiología y patogénesis de la enfermedad", por tanto, esta investigación con sus resultados podrá contribuir a la profilaxis de las repercusiones psicológicas y sexuales que es probable surjan de tales intervenciones quirúrgicas, además de mejorar el estado de la relación médico-paciente.

El VI Principio Básico de la misma Declaración señala que: "Debe ser respetado el derecho de cada sujeto a salvaguardar su integridad. Deben tomarse todas las precauciones necesarias para respetar la privacidad y minimizar el impacto del estudio en la integridad física y mental y de la personalidad del sujeto". En este caso, aún cuando algunas preguntas del instrumento aplicado exploran aspectos sexuales y estos se consideran parte de la vida íntima de la persona, en primer lugar el instrumento será libremente contestado y en segundo lugar, el proceso de investigación, además de obtener datos que redundarán en beneficio del conocimiento médico y de otras pacientes, da la posibilidad de que las dudas y/o temores que respecto a los aspectos emocionales o sexuales hayan surgido en la paciente, sean resueltos. Así, no sólo se minimiza el impacto del estudio en la paciente, sino que también y probablemente en forma más importante, se intenta minimizar el impacto de la cirugía ginecológica misma en la integridad de la mujer intervenida.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (26), considera en la misma tóni

ca que "La realización de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a la investigación" lo que trata de efectuarse no a partir del análisis de los datos recabados, sino a partir del momento mismo de las entrevistas con las pacientes incluidas en el estudio.

Siguiendo este Reglamento, la investigación que nos ocupa se norma a través de los siguientes artículos:

Art. 3o. en sus fracciones I, II y III

Art. 14o. en sus fracciones I a la VII

Art. 16o.

Art. 17o. en su II fracción, siendo considerada una investigación con riesgo mínimo, debido a que además de obtener información, "se realiza una intervención... intencionada en las variables... psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio... y en los que se les identifique y traten aspectos sensitivos de su conducta".

Art. 18o.

Art. 20o.

Art. 21o. en sus fracciones I a la VII

Art. 23o. en el que se considera que la Comisión de Etica, en el caso de las investigaciones con riesgo mínimo, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito. A este respecto, luego de la información garantizada por el Artículo 21, se estima que el consentimiento informado está implícito al momento en que la paciente accede a contestar el cuestionario.

De esta manera quedan cubiertos los requerimientos éticos que son exigidos por la Secretaría de Salud para una investigación de esta naturaleza.

XIII

VALIDACION DE DATOS

En la investigación clínica, el investigador debe suponer que el proceso mediante el cual se llegó a la disponibilidad de esos individuos es tal, que permite considerar a esas unidades como una muestra representativa de la población (19a).

Al ser el propósito básico de esta investigación el estudio descriptivo de una determinada población en relación a un proceso específico, se emplearon de entre los métodos estadísticos más frecuentes para este tipo de estudios: razones y proporciones -que pueden ser representadas tanto por gráficas de barra como de pastel (19)- y tablas de contingencia para el cruce entre dos variables.

XIV PRESENTACION DE RESULTADOS

A. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION ESTUDIADA.

1. Edad.

La edad fué dividida en 3 rangos. En el de 20 a 29 años se encontraron 4 pacientes (13.3%), en el de 30 a 39 se encontraron 12 (40.0%) y en el de 40 a 50, 14 pacientes (46.7%). (Gráfica 1).

2. Estado civil.

Las pacientes se encontraron distribuidas en 3 categorías diferentes: casadas, 22 casos (73.3%), en unión libre, 5 (16.7%) y solteras, 3 casos (10.0%) (Gráfica 2).

3. Religión.

26 pacientes (86.7%) fueron católicas, 3 (10%) se denominaron "creyentes" y 1 (3.3%), testigo de Jehová. (Gráfica 3).

4. Escolaridad.

Se numeró el grado alcanzado en orden progresivo, desde 0, equivalente a analfabetismo, hasta 13 o más, que representa por lo menos inicio de estudios a nivel licenciatura.

A este respecto se consideró especialmente a las pacientes con escolaridad menor a 3er. grado, y se evaluó clínicamente su capacidad de comprensión, abstracción y expresión verbal, por lo que se decidió incluirlas en el estudio.

Se presentaron 6 casos (20%) con escolaridad de 2o. grado o menor, 18 casos (60%) con escolaridad de 3o. a 6o. de primaria, 1 caso (3.3%) de secundaria o equivalente, 3 (10%) de preparatoria o equivalente y 2 (6.7%) en el rango de licenciatura. (Gráfica 4).

5. Ocupación.

Por lo que respecta a la ocupación, se encontraron 7

diferentes posibilidades: 1. el hogar, 18 casos (60.0%); 2. servicios domésticos, 3 casos (10.0%); 3. comercio, 4 casos (13.3%); 4. lavando ropa ajena, 1 (3.3%); 5. enfermería, 2 casos (6.6%); 6. secretaria, 1 caso (3.3%); 7. intendencia, 1 caso (3.3%). (Gráfica 5).

6. Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA).

La población se dividió en cinco grupos etarios. El primero, de 15 o menos años de edad, con 6 casos (20.0%); el segundo de 16 a 20 años de edad, con 16 casos (53.3%), sin duda el mayor porcentaje; el tercero, de 21 a 25 años, con 5 casos (16.7%); el cuarto, de 26 a 30, con 2 casos (6.7%) y el quinto grupo, de 31 años o más, con 1 caso (3.3%). (Gráfica 6).

7. Número de embarazos.

Se formaron 5 grupos: 1. Sin embarazos, fueron 4 casos (13.3%); 2. De 1 a 3 embarazos, fueron 7 casos (23.3%); 3. De 4 a 6 embarazos, fueron 13 casos (43.3%), sin duda el grupo más numeroso; 4. De 7 a 9 embarazos, 3 casos (10.0%), al igual que para el grupo 5, de 10 a 13 embarazos. (Gráfica 7).

8. Paridad satisfecha.

En este renglón, el mayor grupo lo constituyó el de mujeres que sí estaban satisfechas con el número de hijos: 22 casos (73.3%); el segundo grupo, en que no estaban satisfechas, 6 mujeres (20.0%) y un tercer grupo, formado por 2 pacientes (6.7%), que contestaron que les era indiferente el haber o no tenido hijos (nunca se embarazaron). (Gráfica 8).

9. Métodos Anticonceptivos.

El grupo mayoritario fué el de las usuarias de algún tipo de metodología anticonceptiva: 23 casos (76.7%), incluyendo 2 pacientes (6.7%) que refirieron el uso del preservativo en combinación con otro método. El grupo que negó el empleo de algún método está formado por 7 pacientes (33.3%). (Gráfica 9).

10. Tipo de Cirugía.

Se formaron 4 grupos: 1. Histerectomía total abdominal (HTA) con conservación de anexos, que incluye 12 casos (40.0%); 2. HTA con salpingooforectomía unilateral, con 9 casos (30.0%); 3. HTA con salpingooforectomía bilateral, con 7 casos (23.3%) y finalmente un cuarto grupo de HTA más cesárea, con 2 casos (6.7%). (Gráfica 10).

11. Cirujano.

En este rubro se formaron 2 grupos de pacientes:
 1. En el que las pacientes, 17 (56.7%), sí sabían quien las había operado y 2. El grupo de pacientes que no lo identificaban por su nombre y a veces tampoco por su aspecto, 13 casos (43.3%).
 (Gráfica 11).

B. PREGUNTAS CERRADAS RELACIONADAS POR TEMA.

Pregunta 1. Cuando su médico le informó que tendría que ser operada, ¿llegó Ud. a pensar que por ello sería menos mujer?.

- contra Pregunta 3. ¿Le preguntó su médico a Ud. si tenía alguna duda sobre eso?.

De las 30 pacientes, 17 (56.7%) contestaron que sí llegaron a pensar que serían menos mujer y de ellas, sólo 1 (3.3%) contestó que su médico le había preguntado si tenía dudas al respecto, por lo que 16 (53.3%) aún cuando las tenían, no fueron detectadas o siquiera sospechadas por el médico.

Las 13 restantes (43.3%) contestaron que no pensaron eso, y a ninguna de ellas les preguntó su médico, por lo que aún cuando en este caso también un elevado porcentaje (43.3%) no preguntó, es menos importante debido a que, al menos en forma consciente, no existía esa duda. (Gráfica 12).

- contra Pregunta 11. En algún momento ¿ofreció su médico aclararle sus dudas respecto a los cambios emocionales y/o sexuales que Ud. podría presentar después de la operación?.

En este caso se encontró que de las 17 (56.7%) que contestaron afirmativamente a la pregunta No. 1, sólo 7 (23.3%) aseguraron que el médico se ofreció para aclararles sus dudas y las 10 restantes (33.3%) no recibieron tal oferta. A 1 caso (3.3%) que contestó negativamente a la primera pregunta, su médico sí ofreció aclarar las dudas; a las 12 restantes (40.0%) no les brindaron ese apoyo, lo que en esta tabla puede no ser significativa, pero sin duda orienta a pen-

sar que este tipo de dudas no son investigadas.
(Gráfica 13).

- contra Pregunta 22. En este momento ¿siente Ud. que sea menos mujer que antes de la operación?.

En este cruce en particular, tiene que efectuarse el análisis añadiendo otro par de casillas, con objeto de incluir una categoría extra, como se entenderá a continuación. De las 17 (56.7%) pacientes que contestaron afirmativamente a la pregunta 1, sólo 4 (13.3%) refirieron que, efectivamente, se sentían menos mujer que antes de la operación; 12 (40.0%) dijeron que no lo sentían así y 1 (3.3%) no supo decir cómo se sentía a este respecto. Y de las 13 (43.3%) que dijeron que no a la pregunta 1, la totalidad contestó que tampoco sentían cambio alguno. (Gráfica 14).

Pregunta 5. Cuando su médico le informó que tendría que ser operada, ¿llegó Ud. a pensar que ya no podría tener relaciones sexuales después de la operación?.

- contra Pregunta 7. ¿Le preguntó su médico a Ud. si tenía alguna duda sobre eso?.

A la pregunta 5, 11 pacientes (36.7%) contestaron que sí temían no poder tener ya mas relaciones sexuales y de ellas sólo 1 (3.3%), fué interrogada por su médico al respecto. Por cuanto a las pacientes que a la pregunta 5 contestaron no, es decir, 19 casos (63.3%), sólo 1 (3.3%) fué interrogada por su médico al respecto; en los 18 (60.0%) casos restantes no se interrogó sobre esa importante duda. (Gráfica 15).

- contra Pregunta 11. En algún momento ¿ofreció su médico aclararle sus dudas respecto a los cambios emocionales y/o sexuales que Ud.

podría presentar después de la operación?.

De las 11 (36.7%) pacientes que dijeron que temieron no poder tener relaciones sexuales después de la cirugía, sólo en 3 casos (10.0%) el médico se ofreció a aclararles sus dudas. En los 19 (63.3%) casos restantes que afirmaron no pensar en esa "dificultad", 5 (16.7%) señalaron que su médico sí se había ofrecido espontáneamente y 14 (46.7%) aseguraron que el médico no aclaró en forma espontánea esa duda. (Gráfica 16).

Pregunta 9. El médico que le informó que tendría que ser operada, ¿le inspiró a Ud. la confianza necesaria para decirle las dudas o temores que empezó Ud. a tener en relación a la operación?.

- contra Pregunta 13. Durante la entrevista ¿notó Ud. que su médico estuviera nervioso?.

De la totalidad de 30 pacientes, 19 (63.3%) afirmaron que sí sintieron confianza con su médico y de éstas, 1 (3.3%) solamente notó que estuviera nervioso. De las 11 (36.7%) que por diversas circunstancias no tuvieron confianza con el médico, sólo 1 caso (3.3%) lo reporta nervioso o "de malas". (Gráfica 17).

- contra Pregunta 16. ¿Notó si el médico evitó contestar alguna de las preguntas de Ud.?.

De las 19 (63.3%) pacientes que afirmaron haber sentido confianza con su médico, nadie informó de evasivas de los médicos para contestar a las preguntas; lo mismo ocurrió con los 11 casos (36.7%) que no sintieron confianza con el médico. (Gráfica 18).

Pregunta 11. En algún momento ¿ofreció su médico aclararle sus dudas respecto a los cambios emocionales y/o sexuales que Ud. podría presentar después de la operación?.

- contra Pregunta 24. Actualmente ¿desea Ud. que se le aclare alguna duda respecto a la cirugía a que fué sometida?.

De aquellas pacientes que contestaron SI a la pregunta 11, 8 (26.7%), sólo una (3.3%) comentó que deseaba aclarar dudas respecto a la cirugía; en cambio, de las 22 pacientes (73.3%) que dijeron que el médico no se ofreció a aclararles sus dudas, 13 (43.3%) dijeron que deseaban aclarar dudas respecto a la cirugía. (Gráfica 19).

- contra Pregunta 26. ¿Le interesaría aclarar sus dudas sobre los probables cambios emocionales y/o sexuales que pudiera presentar después de la operación?.

Quienes respondieron que sí a la pregunta 11, 8 (26.7%), sólo contestaron que sí les interesaba aclarar sus dudas respecto a las emociones y la sexualidad en 4 casos (13.3%) y entre las que respondieron que no a la pregunta 11, es decir 22 casos (73.3%), 18 (60%) dijeron que sí les interesaba aclarar este tipo específico de dudas. (Gráfica 20).

Pregunta 18. Si las dudas o temores que surgieron en Ud, a raíz de que se le informó que sería operada no fueran aclarados en la consulta, ¿hubiera Ud. intentado aclararlos en otro momento?.

- contra Pregunta 9. El médico que le informó que tendría que ser operada, ¿le inspiró a Ud. la confianza necesaria para decirle las dudas o temores que empezó Ud. a tener en relación a la operación?.

Del total de la población estudiada, 23 (76.7%) contestaron que sí a la pregunta 18 y de estas, 16 (53.3%) contestaron que el médico sí les inspiró la confianza necesaria. De las 7 (23.3%) que contestaron que no hubieran aclarado sus dudas en otro momento, 3 (10.0%) dijeron que sí habían sentido confianza con el médico. (Gráfica 21).

- contra Pregunta 11. En algún momento ¿ofreció su médico aclararle sus dudas respecto a los cambios emocionales y/o sexuales que Ud. podría presentar después de la operación?.

A la pregunta 18, fueron 23 (76.7%) las pacientes que contestaron que sí, de las cuales 19 (63.3%) señalaron que el médico no ofreció aclararles sus dudas, lo que sólo ocurrió con 4 (13.3%). A las que contestaron negativamente a la pregunta 18, 7 (23.3%), sólo a 4 (13.3%) el médico ofreció aclararles sus dudas. (Gráfica 22).

- contra Pregunta 24. Actualmente ¿desea U. que se le aclare alguna duda respecto a la cirugía a que fué sometida?.

La pregunta 18 fué contestada afirmativamente por 23 (76.7%) pacientes, de las cuales 11 (36.6%) respondieron que sí a la pregunta 24 y por tanto, las otras 12 (40.0%) contestaron que no a esta pregunta. 7 (23.7%) fueron las que contestaron que no a la pregunta 18 y de estas 3 (10.0%) respondieron que sí les interesaba aclarar dudas respecto a la cirugía. (Gráfica 23).

- contra Pregunta 26. ¿Le interesaría aclarar sus dudas sobre los probables cambios emocionales y/o sexuales que pudiera presentar después de la operación?.

De las 23 (76.7%) pacientes que contestaron que sí hubieran intentado aclarar sus dudas en otro momento, 18 (60%) respondieron que sí les interesaba aclarar sus dudas sobre probables cambios emocionales y/o sexuales. De las 7 (23.3%) que contestaron que no hubieran intentado aclararlas en otro momento, 4 (13.3%) respondieron afirmativamente a la pregunta 26. (Gráfica 24).

C. ANTECEDENTES PERSONALES CRUZADOS CON RESPUESTAS DE PREGUNTAS CERRADAS.

EDAD

- contra Pregunta 1. Cuando su médico le informó que tendría que ser operada, ¿llegó Ud. a pensar que por ello sería menos mujer?.

De las 17 (56.7%) que dijeron que sí habían llegado a pensar que por la operación serían menos mujer, 3 (10%) forma parte del grupo más joven, de los 20 a los 29 años; 8 (26.7%) son del grupo intermedio, de los 30 a los 39 años y 6 (20%) pertenecen al grupo de mayor edad, de los 40 a los 50 años.

Por el contrario, las 13 (43.3%) que constestaron que no, son 1 (3.3%) del grupo más joven, 4 (13.3%) del intermedio y 8 (26.7%) del grupo de mayor edad. (Gráfica 25).

- contra Pregunta 5. Cuando su médico le informó que tendría que ser operada, ¿llegó Ud. a pensar que ya no podría tener relaciones sexuales después de la operación?.

De las 11 (36.7%) que contestaron que sí llegaron a pensar que ya no podrían tener relaciones sexuales después de la operación, ninguna lo hizo en el grupo joven; 7 (23.3%) lo hicieron en el intermedio y 4 (13.3%) lo hicieron en el grupo de mayor edad.

De las 19 (63.3%) que contestaron que no, 4 (13.3%) lo hicieron en el grupo joven, 5 (16.7%) en el intermedio y 10 (33.3%) en el de mayor edad. (Gráfica 26).

- contra Pregunta 18. Si las dudas o temores que surgieron en Ud. a raíz de que se le informó que sería operada no fueran aclarados en la consulta, ¿hubiera Ud. intentado aclararlos en otro momento?.

De las 23 (76.7%) pacientes que respondieron que sí hubieran intentado aclarar sus dudas en otro momento, 1 (3.3%) fué del grupo más joven, 9 (30.0%) del grupo intermedio y 13 (43.3%) del grupo de más edad.

Por el contrario, de las 7 (23.3%) que contestaron que no lo hubieran hecho, 3 (10.0%) eran del primer grupo, 3 (10.0%) del segundo y 1 (3.3%) del tercero. (Gráfica 27).

- contra Pregunta 26. ¿Le interesaría aclarar sus dudas sobre los probables cambios emocionales y/o sexuales que pudiera presentar después de la operación?.

En este cruce se puede observar que de las 22 (73.3%) pacientes que contestaron que sí les interesaría aclarar sus dudas, 2 (6.7%) fueron del grupo más joven, 9 (30.0%) del intermedio y 11 (36.7%) del de mayor edad.

Con respecto a las pacientes que contestaron negativamente, 2 (6.7%) pertenecen al primer grupo, 3 (10.0%) al segundo y 3 (10.0%) al tercero. (Gráfica 28).

PARIDAD SATISFECHA

- contra Pregunta 1. Cuando su médico le informó que tendría que ser operada, ¿llegó Ud. a pensar que por ello sería menos mujer?.

De las 22 (73.3%) pacientes que reconocieron estar satisfechas con su paridad, 13 (43.3%) contestaron que sí habían pensado que serían menos mujeres a raíz de la operación y 9 (30.0%) que no ocurriría eso.

Las 6 (20.0%) pacientes que dijeron no estar satisfechas con su paridad, se dividieron en 4 (13.3%) que contestaron afirmativamente a la pregunta 1 y 2 (6.7%) que lo hicieron en forma negativa.

Finalmente, los 2 (6.7%) casos en que contestaron que su nula paridad les era indiferente, dijeron que no llegaron a pensar que serían menos mujeres a consecuencia de la operación. (Gráfica 29).

- contra Pregunta 5. Cuando su médico le informó que tendría que ser operada, ¿llegó Ud. a pensar que ya no podría tener relaciones sexuales después de la operación?.

En este cruce, de los 22 (73.3%) casos en que hubo paridad satisfecha, 9 (30.0%) contestaron que sí habían llegado a pensar que no podrían tener relaciones sexuales después de la operación y 13 (43.3%) contestaron que no.

Las 6 (20.0%) pacientes cuya paridad no era satisfecha, contestaron de la siguiente manera: 2 (6.7%) dijeron que sí habían llegado a pensar que ya no podrían tener relaciones sexuales y 4 (13.3%) dijeron que no.

Los 2 (3.6%) casos cuya paridad era indiferente, contestaron que no a la pregunta 5. (Gráfica 30).

- contra Pregunta 22. En este momento ¿siente Ud. que sea menos mujer que antes de la operación?.

De la población estudiada con paridad satisfecha, 22 (73.3%), 3 (10.0%) casos contestaron que sí se sentían menos mujer; 18 (60.0%) que no lo sentían así y 1 (3.3%) no supo precisar si se sentía menos mujer o no después de la operación.

De las 6 (20.0%) pacientes con paridad insatisfecha, 1 (3.3%) contestó que sí se sentía menos mujer y 5 (16.7%) dijeron que no se sentían así.

Por último, las 2 (6.7%) pacientes con indiferencia hacia su nula paridad, contestaron que no se sentían menos mujer que antes de la operación. (Gráfica 31).

- contra Pregunta 26. ¿Le interesaría aclarar sus dudas sobre los probables cambios emocionales y/o sexuales que pudiera presentar después de la operación?.

En este caso, de las 22 (73.3%) pacientes con paridad satisfecha, 17 (56.7%) contestaron que sí les interesaría aclarar sus dudas sobre probables cambios emocionales y/o sexuales, contra 5 (16.7%) pacientes a las que no les interesó.

De las 6 (20.0%) pacientes con paridad insatisfecha, contestaron 4 (13.3%) que sí les interesaría aclarar sus dudas y 2 (6.7%) que no.

Y los 2 (6.7%) casos con indiferencia hacia su paridad, se dividieron: 1 (3.3%) contestó que sí le interesaba y el otro que no le interesaba aclarar sus dudas. (Gráfica 32).

METODO ANTICONCEPTIVO

- contra Pregunta 1. Cuando su médico le informó que tendría que ser operada, ¿llegó Ud. a pensar que por ello sería menos mujer?.

Las pacientes que emplearon algún método anticonceptivo, cuyo número fué de 23 (76.7%), contestaron que sí

habían pensado que serían menos mujer a raíz de la operación en 14 (46.7%) casos y que no lo habían pensado en 9 (30.0%) casos.

En cambio, de aquellas que no usaron método anticonceptivo alguno, es decir 7 (23.3%) pacientes, 3 (10.0%) contestaron que sí lo habían pensado así y 4 (13.3%) que no. (Gráfica 33).

- contra Pregunta 5. Cuando su médico le informó que tendría que ser operada, ¿llegó Ud. a pensar que ya no podría tener relaciones sexuales después de la operación?.

De las 23 (76.7%) pacientes que sí emplearon metodología anticonceptiva, 9 (30.0%) dijeron que sí habían pensado que por la operación ya no podrían tener relaciones sexuales y 14 (46.7%) contestaron que no habían pensado tal cosa.

Por otro lado, las no usuarias de esta metodología, se dividieron así: 2 (6.7%) sí pensaron que ya no podrían tener relaciones y 5 (16.7%) pensaron que sí podrían continuar con ellas. (Gráfica 34).

- contra Pregunta 26. ¿Le interesaría aclarar sus dudas sobre los probables cambios emocionales y/o sexuales que pudiera presentar después de la operación?.

De las usuarias de esta metodología anticonceptiva, 18 (60.0%) contestaron que sí les interesaría aclarar sus dudas sobre probables cambios emocionales y/o sexuales y 5 (16.7%) contestaron que no.

Las 7 (23.3%) no usuarias contestaron de la siguiente manera: 4 (13.3%) sí les interesaría aclarar sus dudas y a 3 (10.0%) no les interesaría. (Gráfica 35).

CIRUJANO

- contra Pregunta 22. En este momento ¿siente Ud. que sea menos mujer que antes de la operación?.

De las 17 (56.7%) pacientes que sí sabían quién había sido su cirujano, 2 (6.7%) dijeron que sí se sentían menos mujer que antes de la operación y 15 (50.0%) dijeron que no.

En cambio, de las 13 (43.3%) que desconocían quién las había operado, 2 (6.7%) dijeron que sí se sentían menos mujer, 10 (33.3%) dijeron que no y 1 (3.3%) paciente no pudo precisarlo.
(Gráfica 36).

- contra Pregunta 24. Actualmente ¿desea Ud. que se le aclare alguna duda respecto a la cirugía a que fué sometida?.

De las 17 (56.7%) que sí conocían a su cirujano, 7 (23.3%) dijeron que sí deseaban aclarar alguna duda sobre la operación realizada y 10 (33.3%) dijeron que no.

Por otro lado, de las pacientes que desconocían al cirujano que las había operado, 7 (23.3%) dijeron que sí deseaban aclarar alguna duda y 6 (20.0%) que no.
(Gráfica 37).

- contra Pregunta 26. ¿Le interesaría aclarar sus dudas sobre los probables cambios emocionales y/o sexuales que pudiera presentar después de la operación?.

Las 17 (56.7%) pacientes que sí conocían a su cirujano no contestaron que sí les interesaría aclarar sus dudas sobre probables cambios emocionales o sexuales en 12 (40.0%) casos y que no les interesaría, en 5 (16.7%) casos.

De las 13 (43.3%) pacientes que no conocían al cirujano, contestaron que sí les interesaría aclarar sus dudas y 3 (10.0%) dijeron que no. (Gráfica 38).

Los resultados de las respuestas a las preguntas abiertas, se muestran en las tablas del Apéndice III.

XV DISCUSION

A. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION.

Como era de esperarse, el mayor porcentaje de pacientes (86.7%) se distribuyó entre los 30 y los 50 años de edad, sin embargo el 13.3% restante, se concentró en el intervalo de 20 a 29 años, pacientes sin duda jóvenes para ser sometidas a este tipo de intervención, no exclusivamente debido a las repercusiones "orgánicas" sino por las implicaciones de orden personal que respresenta que les sea extirpado el útero.

En cuanto al estado civil se refiere, se observa que la gran mayoría (73.3%) son casadas y el 16.7% están viviendo en unión libre, lo que da un 90.0% con pareja estable. El 10.0% restante son solteras que pueden tener una pareja sexual estable o no. Por tanto, es lógico pensar que de una forma u otra su autoestima y seguridad se verán influenciadas con respecto a lo que ocurra con su pareja después de la cirugía, aunque algunas fueron apoyadas por ellos para que se operaran.

En relación a la religión, la población estudiada se dividió en 3: Las católicas (86.7%), representación esperada para una muestra de esas características; las denominadas "creyentes" (10.0%) que pueden tener algo de católico o cristiano; y finalmente 3.3% como testigo de Jehová, lo que permite pensar que la mayoría tengan en alta estima la maternidad, por lo que la extirpación del útero puede ser muy traumática.

La escolaridad es un criterio de selección importante, que sin embargo, llega a no ser tan preciso como

podiera esperarse, al menos en países como México. De esta forma, la población se distribuyó en 6 (20.0%) con escolaridad menor a 3o. de primaria, 18 (60.0%) con escolaridad de 3o. a 6o. de primaria, 1 (3.3%) caso con secundaria o equivalentes, 3 (10.0%) con preparatoria o equivalente y 2 (6.7%) en el rango de licenciatura.

Aún cuando, como es lógico, la capacidad de comprensión y expresión verbal variaban en relación a su nivel de escolaridad, es interesante señalar que quienes tuvieron alguna dificultad en expresarse en cierto momento de la evaluación, tenían una escolaridad de 4o. o más, lo que ratifica la idea de que el nivel escolar sirve más como parámetro que como criterio de selección, al menos en este estudio.

Por lo que respecta a la ocupación, el grupo con más representantes (60.0%) es el de las amas de casa, seguidas por el comercio (13.3%) y los servicios domésticos (10.0%), básicamente como apoyo a la economía familiar. El 6.7% fueron enfermeras y el resto se ocupa de otras actividades. Esta distribución representa la importante participación de la mujer en las actividades del hogar, como sucede con el resto de la población nacional, lo que en muchas ocasiones favorece que su cultura se limite a asuntos domésticos facilitando la prevalencia de mitos, como podrá verse en otros resultados.

En cuanto al inicio de vida sexual activa, se observa que el 53.3% de la población empezó entre los 16 y 20 años, seguido por el grupo de 15 o menos años (20.0%) y por el de 21 a 25 años (16.7%). Es decir que el 90.0% inició su actividad sexual antes de los 26 años y el 10.0% restante la inició a partir de esa edad; por tanto es posible pensar que se hayan embarazado jóvenes y conscientemente hayan tenido oportunidad de embarazarse más veces, como lo podemos constatar en el siguiente rubro de embarazos, donde el promedio fué de 4.6.

En relación al número de embarazos, se formaron grupos múltiples de 3 y el de no embarazos, encontrándose que el de 4 a 6 embarazos representa el 43.3%, siendo el más numeroso, seguido del grupo de 1 a 3 embarazos con 23.3% y por el de no embarazos con

un 13.3 por ciento; en este caso en particular es interesante señalar que se dividió a 6.7% con paridad insatisfecha y 6.7% con indiferencia a la nula paridad, como se verá en una gráfica posteriormente.

Por cuanto al empleo de metodología anticonceptiva se refiere, el 76.7% de los casos sí empleó algún método, incluyendo al 6.7% que señaló el uso de preservativo -lo que sin duda implica importante participación de la pareja-. En este rango fué mayoritaria la participación de las católicas, aún cuando dentro del 33.3% que negaron empleo anticonceptivo, 30.0% eran católicas y el 3.3% restante corresponde a testigo de Jehová.

La cirugía hubo de ser dividida en 4 grupos: el más numeroso, con el 40.0%, es el constituido por la Histerectomía total abdominal (HTA) con conservación de anexos; seguido por el grupo de HTA con salpingooforectomía unilateral con el 30.0% y el grupo de HTA con salpingooforectomía bilateral (23.3%) y un grupo especial, no considerado en un inicio, de HTA postcesárea con el 6.7% restante. Este grupo postcesárea es por demás valioso, pues la paridad de ambas mujeres estaba satisfecha, pero por el hecho sorpresivo en el que se llevó a cabo la cirugía mutilatoria, se acentuó la sensación de pérdida de femineidad, pero también ambas tenían marcado interés por los probables cambios emocionales y una de ellas es parte del reducido grupo que fué informado de las características de la cirugía y los probables cambios emocionales y/o sexuales (quien además, muy satisfecha, comentó que la doctora había hablado también con su esposo).

Sobre el conocer o no conocer a su cirujano, se encontraron los siguientes resultados, que si bien pueden entenderse, por las características de funcionamiento de un Servicio de Especialidad con tal volumen de trabajo, no dejan de ser alarmantes. Sólo el 56.7% de las pacientes sabían quien las había operado. El 43.3% restante no lo identificaban por su nombre y a veces tampoco por su aspecto. A este respecto tal vez no pueda impedirse el que sean muchos los médicos que se hagan cargo de una paciente a lo largo de su atención hospitalaria,

tanto ambulatoriamente como en su internamiento, pero sí es viable evitar que el médico caiga en el anonimato y el trato poco "personalizado", si se presenta e identifica como médico tratante o cirujano en su caso, aún cuando haya otros más (especialmente médicos internos y médicos residentes de menor jerarquía) que tengan un estrecho contacto con la enferma, pues aún les es conferida por las pacientes una imagen de autoridad tal, que les es difícil abordarlos en muchas ocasiones pues los ven "muy ocupados".

B. RELACION DE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS ABIERTAS

La presentación de esta sección está basada en la agrupación de las respuestas abiertas -con las limitaciones que ello implica- en temas comunes, además de clasificarse por separado si la pregunta previa relacionada había sido contestada afirmativa o negativamente. (Consultar Apéndice III).

La opción abierta relacionada con la pregunta que exploraba la posibilidad de pensar ser menos mujer después de la operación, que mayor porcentaje hubo (30.6%) fué la que expresaba duelo por la pérdida de la matriz y temor por quedar incompleta o hueca; luego, por no servir como mujer (13.3%) y por no poder tener hijos (10.0%). Cuando la respuesta previa fué NO, la que más sobresalió fué que habían recibido información previa (13.3%), seguidas por las que no pensaron que existiría relación entre ambas cosas (10.0%) y lo que importaba era la salud (10.0%).

Sin duda, salta a la vista la distorsionada información que sobre la sexualidad tienen las pacientes y la poderosa influencia que la sociedad ejerce para que prevalezcan sus valores. Si se aclara que la extirpación quirúrgica de la matriz no deja incompleta o hueca a ninguna mujer y que, por tanto seguirá funcionando o "sirviendo" como tal, una proporción similar al 43.3% de nuestro estudio, habría podido contestar que no le ocurriría eso. Y esto, sin posibilidades de discusión alguna es educación para la salud y acercamiento afectivo y efectivo del equipo médico -que no exclusivamente el médico- con la paciente. (Tabla I).

En relación con este punto en concreto, sólo una doctora ofreció aclarar a su paciente, tanto como a su esposo, los cambios posteriores a la cirugía. El resto de las preguntas no fué contestado. (Tabla II).

Por lo que respecta a la sospecha de que a raíz de la cirugía ya no podría tener relaciones sexuales, de las que dijeron que sí la tuvieron, se formaron 3 grupos similares en tamaño (16.7%) c/u. el primero comenta, porque le quitaron la matriz y por no tener su menstruación, no sería lo mismo; el segundo dice que a raíz de la operación la mujer quedaría vacía, sin los órganos necesarios, sin todos los órganos genitales, y el tercer grupo por deseos de tener otro hijo o porque no se le ocurrió.

Los que contestaron que no, lo hicieron por tener relaciones sexuales esporádicas (17.7%). (Tabla III).

Las respuestas relacionadas con la pregunta previa, señalan en forma sencilla que el médico no aclaró dudas a l respecto (93.3%), con lo que impide que la paciente se exprese espontáneamente en relación a sus inquietudes. Sólo el 6.7% aclararon que sí podrían tener relaciones, aunque no embarazarse. (Tabla IV).

Sin lugar a dudas, el tema de la confianza en el médico es un asunto sustancial para tratar de entender qué ocurre con la paciente que es sometida a cirugía ginecológica. La mayor parte de las mujeres que contestaron que sí, pensaron que esto se debía, en el 26.7% de los casos a que consideraba a los especialistas capacitados, y se ponía en sus manos, otro 20.0% contestó así por el buen trato, interés mostrado e información médica ofrecida, y un 10.0% porque ya conocían a su médico. En relación a la respuesta negativa, el 30.0% aseguró que era por ser atendida por varios médicos, porque era la primera vez que veía a ese médico. Esto muestra, sin lugar a dudas, que el ser médico en general y especialista en particular, junto con un trato humano y cordial con el paciente, puede mejorar con mucho la calidad de la relación médico-paciente, particularmente en situaciones tan traumáticas como lo es el internamiento para someterse a una cirugía que mutila, espe

cialmente con las implicaciones que la histerectomía conlleva. (Tabla V).

Al preguntar si el médico se había ofrecido a aclararle sus dudas respecto a probables cambios emocionales y/o sexuales, 73.3% dijeron que no, cifra alarmante si se considera que un elevado porcentaje de pacientes (63.3%) pensaban que serían menos mujer y un 50% pensaban que ya no podrían tener relaciones sexuales. De las que contestaron que sí, al 13.3% les aclararon que podrían continuar con sus relaciones sexuales, a otro tanto que no podrían embarazarse ni reglar, pero sí continuar con su vida normal y sólo al 3.3% le explicaron que podría tener cambios emocionales. Así sólo el 30.0% recibieron un apoyo indispensable para tener más claro el nebuloso panorama ante una cirugía que en general desconocen y a la que temen por sus oscuras repercusiones (Tabla VII). NOTA. La suma da 103.3% pues un caso repitió en 2 opciones.

En el punto de la percepción de la paciente sobre el estado de ánimo del médico, es claro que la pregunta está mal planteada, pues hubieron dificultades importantes para que contestaran las preguntas abiertas relacionadas. Sin embargo, arroja algunos resultados interesantes. 93.3% dijeron que no habían notado nervioso al médico durante la consulta, pero sólo el 16.7% pudo decir por qué lo habían notado así, al verlo seguro de sí mismo, amable, tranquilo, brindando apoyo. Sólo el 6.7% refirió haberlo notado ansioso, y dentro de este mismo porcentaje describieron a un médico como "regañón" y despotista con todas las pacientes. Aún cuando este renglón no esté unívocamente relacionado con la capacidad técnica del médico, sí tiene que ver con su imagen personal y la respuesta emocional que despierte en la paciente desde la información de la necesidad de la histerectomía hasta el post operatorio (Tabla VII).

Al preguntar a las pacientes a que creen que se deba lo anterior, el 90.0% no supo contestar y el 10.0% restante lo hizo con diferentes argumentos: por conocimientos, por seguridad y por sentirlo como responsabilidad. Toda esta información es importante puesto que puede ser utilizada como un mecanismo de retroinformación que tienda a mejorar la calidad no sólo técnica sino humana, de la atención médica a estas pacientes. (Tabla VIII).

Otro dato sumamente valioso, es el que se relaciona con la atención del médico a las preguntas de la paciente, el 100% de los casos negaron que el médico evitara contestar a sus preguntas y sólo el 3.3% refirió que éste haya empleado terminología médica incomprensible para ella. Es evidente que las pacientes agradecen esa cooperación y puede inferirse que también agradecerían que en forma espontánea, el médico aclarara dudas potenciales --que por los resultados de esta investigación, empiezan ya a conocerse--. (Tabla IX).

Respecto a las dudas que hubieran quedado después de la consulta, 70.0% dijeron que no las hubieran aclarado en otra oportunidad y el porcentaje restante refirió que lo que les preocupaba más era: si realmente requerían la cirugía, ignoraba lo que iban a hacerle o inclusive tenía temor por lo correcto o incorrecto de operarse, en un 17.7%; un 10.0% tenía duda respecto a la sexualidad y un 6.7% le preocupaba si el tumor era canceroso. (Tabla X). NOTA. La suma es mayor del 100% por la duplicación de un caso.

En relación a la sensación actual --en el postoperatorio inmediato-- de sentirse menos mujer, el 83.3% dijo que no, de lo cual el 33.3% afirmó no sentir cambios, el 13.3% porque la matriz sólo sirve para engendrar, o ya había decidido ligarse o 'una operación no cambiará la forma de pensar' sic. Sin embargo un 23.3% no supo explicar el por qué no se sentía menos mujer. Aquellas que contestaron que sí en un 6.7% afirmaron que fué por la pérdida de la matriz o la maternidad --a diferencia del 30.0% que había contestado que sí temía ser menos mujer a consecuencia de la operación (Tabla I)--, otro 6.7% contestó 'me quitaron lo principal', 'me siento devaluada', contra un 13.3% de la misma idea señalado en la Tabla I. Con ello puede evidenciarse que un alto porcentaje no sintió cambio alguno a pesar de haber temido que eso ocurriera. Este número de pacientes podría formar parte de grupos de apoyo para las que sí perciben alguna modificación. (Tabla XI).

Por lo que corresponde a las dudas que en el postoperatorio tenían respecto a la cirugía, el 53.3% negaron tenerlas y el resto, que sí las tenía, se distribuyó de la siguiente manera: 13.3% temor de que fue-

ra cáncer o por la reincidencia de tumores, otro 13.3% si se habían extirpado uno o ambos ovarios, si uno solo funciona normalmente y si realmente quedan vacías; un 10.0% sobre repercusiones y reinicio en la vida sexual y el resto sobre repercusiones en la vida diaria y otros temas. Estas respuestas son importantes pues muestran cuales son las dudas más frecuentes de las pacientes y sin duda la totalidad puede resolverse con una mejor comunicación entre el equipo médico y la enferma. (Tabla XII).

A la pregunta sobre el interés de aclarar sus dudas sobre probables cambios emocionales y/o sexuales después de la operación, sólo un poco más de la cuarta parte (26.7%) dijo que no le interesaba, el resto sí mostró interés que por orden de frecuencia decreciente está representado en los siguientes rubros: si no afecta sexual u hormonalmente, qué ocurre con el acortamiento de la vagina (23.3%), si el marido queda conforme en las relaciones sexuales (23.3%), temor por no poder sentir las mismas sensaciones y emociones sexuales o ponerse nerviosa (16.7%), cuál es el tiempo recomendable de abstinencia (13.3%). Estos temas y su distribución permiten distinguir la frecuencia y diversidad de dudas que en el área sexual tienen las pacientes y permiten la posibilidad de prevenirlas aún antes de que las pacientes llegaran a expresarlas --si es que lo llegan a hacer--, lo que sin duda daría pauta a que tocaran con mayor facilidad los temas colaterales que les es difícil expresar pero que forman parte de sus problemas cotidianos. Es interesante subrayar que un mayor porcentaje de pacientes se preocupaba por la satisfacción sexual de su pareja, más que por sus propios cambios en sensaciones o emociones, por lo que será de sumo valor establecer un contacto más estrecho con las parejas de las pacientes para explicarles detenidamente todo lo que sea necesario respecto a la cirugía y erradicar los tabúes hasta ahora existentes.

C. PREGUNTAS RELACIONADAS POR TEMA.

La primera serie de cruces se realizó con las preguntas relacionadas al pensar que sería menos mujer a

consecuencia de la operación y se pudo observar que de las 17 pacientes que tenían que esto ocurriera, sólo una recibió información. Es decir, que la mayoría de quienes tenían esta duda no les fué resuelta en la consulta, ni siquiera fué detectada por el médico. Respecto al ofrecimiento del médico de aclararles sus dudas, sólo 7 de las pacientes lo recibieron, las 10 restantes no, cifra que es muy elevada si consideramos que corresponde al 33.3% de la población estudiada. Las pacientes que inicialmente temieron que la cirugía les haría ser menos mujer y que se sintieron así luego de la operación fueron sólo el 13.3%, contra el 40.0% que dijo que no sentía eso y un 3.3% que no supo qué contestar. En cambio, las que inicialmente habían contestado que no pensaban que la cirugía les haría menos mujer (43.3%), refirieron en su totalidad no sentir ningún cambio después de la cirugía. Esto orienta a pensar que la predisposición a la cirugía y el peso del mito pueden hacer que una paciente se sienta menos mujer en comparación con las que tienen claro que eso no ocurrirá. Esta posibilidad debe hacer recapacitar a los responsables de los servicios médicos, con objeto de fomentar la educación para la salud.

La segunda serie de cruces se efectuó con las preguntas relacionadas con el temor a no poder tener relaciones sexuales después de la operación. En el primero se observa que de las 11 pacientes que tenían ese temor, sólo una fué interrogada al respecto por su médico, es decir, 10 que sí tenían tal cosa ni siquiera fueron detectadas. Aún cuando parece ser más frecuente el temor a ser menos mujer, también es importante la duda sobre la repercusión a nivel de relaciones sexuales, hecho que los médicos solo detectaron en un caso. Sin embargo, cuando es to se relaciona con el ofrecimiento del médico a aclarar dudas sobre cambios emocionales y/o sexuales, las cifras se modificaron favorablemente puesto que de las 11 pacientes que tenían ese temor, 3 recibieron el ofrecimiento del médico para aclararlo.

El siguiente cruce considera dos preguntas que evalúan al médico tratante. Si inspiró en la paciente la confianza necesaria para que ésta expresara sus dudas y temores a lo que 19 contestaron afirmativamente y 11 en forma negativa. Por lo tanto, sólo el 63.3%

sintieron esa confianza, lo que deja un amplio margen para mejorar las cifras. Con el mismo tema de la confianza y la disposición del médico a contestar las preguntas, puede observarse que ésta es inmejorable; ninguna paciente refirió que su médico evadiera preguntas, aún cuando hay que considerar que las que no se sentían con confianza tendían a preguntar menos.

Al cruzar la pregunta sobre el ofrecimiento del médico a aclarar sus dudas respecto a cambios emocionales y/o sexuales, con dudas actuales -en el postoperatorio- sobre la cirugía, se observa que de las 8 pacientes a las que su médico ofreció aclarar sus dudas, sólo un caso las tenía en el postoperatorio, en cambio, de las 22 a las que no les fueron aclaradas, 13 sí las tenían. Por lo que se puede suponer que al brindar ese tipo de apoyo en el preoperatorio se resolverá un poco la complejidad del período crítico del postoperatorio y podrá prevenir, tal vez, algunos síntomas depresivos y/o ansiosos al disminuir alguna de sus causas. Si se relaciona esa misma pregunta con el interés actual de la paciente para aclarar sus dudas sobre probables cambios emocionales y/o sexuales, se encontrará que de las que sí recibieron tal ofrecimiento en la consulta la mitad refirió sí tener interés en aclarar dudas y la otra mitad no tenerlo ya que no tenían dudas. Lo que debe hacer pensar que aún cuando el médico haya ofrecido espontáneamente resolver alguna duda, esto no haya sido suficiente. Por otrolado, de las 22 pacientes que no recibieron esta ayuda, 18 sí desearon aclararlas durante la investigación.

Las siguientes preguntas que se relacionan, son las que interrogan sobre la posibilidad de la paciente de resolver las dudas que le hubieran quedado en la consulta, en otra ocasión. Primero con la confianza que le inspiró el médico, se observa que de las que dijeron que sí hubieran aclarado sus dudas (23 casos) en otra ocasión, 16 sí habían sentido confianza con el médico y 7 no. Esto deberá orientar a pensar que la confianza inicial es básica para la relación posterior.

En esta misma temática, se observa que de las 23 pacientes que sí hubieran aclarado sus dudas, sólo 4 habían recibido información por parte del médico. Es necesario resaltar que un buen grupo de pacientes que no habían recibido el ofrecimiento del médico para aclarar sus dudas, estaban dispuestas a hacerlo

en otra ocasión. ¿Por qué esperar que llegue otra ocasión, si en la consulta o incluso durante la hospitalización pueden resolverse esas dudas?, tal como ocurrió durante la investigación.

Es también importante observar qué pasa con las pacientes respecto a sus dudas actuales. De las 23 que sí las hubieran aclarado en otro momento, 11 sí deseaban aclarar alguna duda sobre la cirugía y 18 alguna duda sobre probables cambios emocionales y/o sexuales. En cambio de las que no lo hubieran intentado, sólo a 3 les interesó resolver alguna duda sobre la cirugía y a 4 sobre cambios emocionales y/o sexuales.

En este punto es necesario recapitular y considerar que en muchas ocasiones las pacientes se interesan por lo que les ocurre, más de lo que es aparente para el médico que la trata, sólo basta brindar la oportunidad adecuada para que ésto surja y fluya con naturalidad.

D. ANTECEDENTES PERSONALES CRUZADOS CON RESPUESTAS A ALGUNAS PREGUNTAS CERRADAS.

Al considerar la edad, se puede observar que el grupo que menos temía ser mujer luego de la intervención era el de más años y el que más se preocupó fué el intermedio, lo que puede entenderse por dos motivos: ambos grupos son los más numerosos y el de pacientes mayores puede tener ya menos interés. En relación a la pregunta sobre relaciones sexuales, quienes más se preocuparon por ello fué el grupo intermedio seguido del grupo de mayores; al parecer a las jóvenes no les preocupaba por tener un poco más de información. Con respecto a la posibilidad de aclarar sus dudas en otro momento, la Gráfica 27 muestra una tendencia inversa respecto a la edad, las más jóvenes se interesaban menos en aclarar sus dudas en otro momento, que las mayores que sí lo hubieran hecho. Y respecto al interés actual de aclarar sus dudas o temores en relación a probables cambios emocionales, los resultados son muy interesantes. La mitad de las jóvenes dijeron que sí y la otra mitad que no. 3/4 de las intermedias dijeron que sí y más de 3/4 partes de las mayores también se mostraron interesadas contra lo que se esperaba de una población en la quinta dé-

cada de la vida, por lo que no debe inferirse que la edad es un factor que frene o haga desaparecer el interés que la mujer tiene en la sexualidad.

Se consideró que uno de los antecedentes biográficos más importantes por su influencia, en la respuesta a la cirugía, era la paridad satisfecha, por lo que este rubro fué cruzado con preguntas importantes del instrumento; curiosamente, quienes referían paridad satisfecha (22 casos). 13 refirieron haber pensado que serían menos mujer después de la operación, pero sólo 9 pensaron que no podían tener relaciones sexuales y únicamente 3 se sintieron menos mujer en el postoperatorio, aunque además 1 no supo qué contestar. 17 de esas mismas pacientes mostraron interés en aclarar sus dudas actuales. de las 6 pacientes que referían paridad no satisfecha, 4 sí pensaron que serían menos mujer, 2 que no podrían tener relaciones, 1 se sentía menos mujer que antes y sólo a 4 les interesaba aclarar sus dudas actuales. Los 2 casos que reportaron actitud indiferente a la paridad nula, no pensaron que fueran menos mujer después de la operación o que no pudieran tener relaciones sexuales; tampoco se sintieron menos mujer en el postoperatorio y sólo 1 de ellas se interesó en aclarar sus dudas actuales. Al parecer el antecedente de paridad satisfecha, no influye positivamente en el temor a ser menos mujer, pero sí ayuda a que piensen que pueden continuar con sus relaciones, a que después de la operación no se sientan menos mujer y a que se interesen en aclarar sus dudas.

Por lo que respecta a los métodos anticonceptivos, las 23 pacientes usuarias, curiosamente presentaron una diferencia similar por lo que respecta a pensar que serían menos mujer luego de la histerectomía en relación con el rubro de paridad satisfecha, pues en ambas variables la mayoría de las pacientes temía que eso les ocurriera. Otra respuesta similar entre las variables empleo de anticonceptivos y paridad se observa con el temor de que ya no podrían tener relaciones pues en este caso la proporción se invirtió y sólo 9 de las 23 pacientes pensaron que no podrían tenerlas, contra 14 que pensaron que sí continuarían con su vida sexual normal. Respecto al interés de aclarar sus dudas, también fué mayor la proporción interesada en el grupo que empleaba anticonceptivos que en el grupo de no usuarias. Todo esto debe orientar a pensar, que si bien el empleo de metodolo-

gía anticonceptiva no "previene" la sospecha de ser menos mujer después de la histerectomía, es claro que en la mayoría de los casos de alguna manera favorece el pensar que no repercutirá en su vida sexual y estimula a que aclare sus dudas, desde luego no por efecto directo del anticonceptivo, sino muy probablemente por el tipo de personalidad de la usuaria.

El último parámetro que podría ser considerado muy valioso, pues orienta hacia la evaluación de un elemento en la relación médico-paciente fue si la enferma conocía o no a su cirujano. De las 17 que sí lo conocían una cifra sin duda muy pobre--2 dijeron que sí se sentían menos mujer en el postoperatorio pero 15 dijeron que no y de las que no lo conocían, también 2 dijeron que se sentían menos mujer, 10 que no lo sentían así y otra que no pudo contestar, por lo que parece que en este rubro no hay diferencia que llame la atención. Por cuanto toca a dudas actuales sobre la cirugía, la distribución de las pacientes en las 4 posibilidades fue casi uniforme, salvo en la que sí conocía al médico y no tenía duda sobre la cirugía, donde se concentraron 10 casos (33.3%). Por último, se vió que independientemente de conocer o no al cirujano, la mayoría de las pacientes sí se interesaban en aclarar sus dudas actuales sobre probables cambios emocionales. Lo que debe hacer pensar que al menos en estos rubros específicos, el que la paciente conociera o no al cirujano al parecer no tiene mayor significado.

E. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Debido a lo reducido de la muestra, los resultados obtenidos no pueden generalizarse indiscriminadamente, sin embargo reflejan lo que ocurrió dentro de una población de mujeres mexicanas sometidas a Histerectomía, que es un procedimiento quirúrgico muy frecuente, dentro del Servicio de Ginecología de un Hospital General de la Secretaría de Salud.
2. Es fundamental que el médico especialista, además de preocuparse por el estado "biológico" de la salud de sus pacientes, también investigue los te-

mores y dudas que ellas puedan tener respecto a la cirugía, puesto que como personas interesadas en lo que les ocurre y ocurrirá a raíz de la intervención quirúrgica, permanecen receptivas a toda información y sobre todo a las actitudes del equipo médico.

3. Será de mucha utilidad, organizar pláticas informativas en donde se le informe a la paciente en forma concisa, pero clara, qué ocurre durante la histerectomía, qué órganos pueden o no extirparse y qué cambios pueden llegar a ocurrir luego de la operación; todo esto apoyado con material didáctico que ilustre en forma sencilla qué es y donde está el útero y demás órganos pélvicos.
4. Deberá considerarse la posibilidad de incluir en estas pláticas a las parejas de las pacientes, pues tanto o más que ellas, parece ser que están influenciados por las creencias tradicionales ya señaladas en algunos puntos de este trabajo, y porque pueden ser el apoyo más significativo para la paciente en lo que respecta a la superación de esta etapa de cambios.
5. Podrá ser muy valiosa la creación de grupos de autoayuda de mujeres histerectomizadas, con dos objetivos básicos; 1. el ventilar sus problemas personales surgidos a raíz de la intervención, con objeto de obtener apoyo mutuo y orientación especializada y 2. relacionarse desde el preoperatorio con las pacientes que serán intervenidas posteriormente, con objeto de facilitar una comunicación más natural y espontánea, al darse una relación de "tú a tú"; que en la mayoría de los casos no se presenta en la relación médico-paciente.
6. Para aquellos que están interesados en desarrollar investigaciones en la misma línea, se les recomienda; a, el empleo de grupo control, con fines comparativos y de extrapolación, sustanciales si se desea efectuar un estudio más amplio.
 - b. estudiar la percepción del médico y el resto del equipo de salud, no únicamente frente al proceso de la histerectomía como tal sino frente a las

- dudas que en relación a la sexualidad les expresen sus pacientes.
- c. investigar si hay antecedentes de histerectomía en el medio familiar y de amistades y de qué manera reaccionaron sus miembros ante tal hecho, ya que esto puede ser determinante en la reacción de la paciente que será sometida a la histerectomía.
 - d. estudiar qué ocurre con la pareja, cuales son sus mitos, temores y dudas respecto a la operación y sus repercusiones tanto en la paciente como en él.

Sólo de esta manera se podrá obtener una perspectiva más amplia y apegada a la realidad de lo que sucede alrededor de la Histerectomía en México, de lo que este trabajo es sólo una modesta participación.

APENDICE I

CUESTIONARIO EVALUATORIO

- | | | | |
|-----|--|----|----|
| 1. | Cuando su médico le informó que tendría que ser operada, ¿llegó Ud. a pensar que por ello sería menos mujer? | SI | NO |
| 2. | ¿Por qué pensó eso? _____
_____ | | |
| 3. | ¿Le preguntó su médico a Ud. si tenía alguna duda sobre eso? | SI | NO |
| 4. | ¿Qué fué lo que su médico le preguntó? _____
_____ | | |
| 5. | Cuando su médico le informó que tendría que ser operada, ¿llegó Ud. a pensar que ya no podría tener relaciones sexuales después de la operación? | SI | NO |
| 6. | ¿Por qué pensó eso? _____
_____ | | |
| 7. | ¿Le preguntó a Ud. su médico si tenía alguna duda sobre eso? | SI | NO |
| 8. | ¿Qué fué lo que su médico le preguntó? _____
_____ | | |
| 9. | El médico que le informó que tendría que ser operada, ¿le inspiró a Ud. la confianza necesaria para decirle las dudas o temores que empezó Ud. a tener en relación a la operación? | SI | NO |
| 10. | ¿Por qué? _____
_____ | | |
| 11. | En algún momento ¿ofreció su médico aclararle sus dudas respecto a los cambios emocionales y/o sexuales que Ud. podría presentar después de la operación? | SI | NO |
| 12. | ¿Qué aclaraciones le hizo a Ud.? _____
_____ | | |
| 13. | Durante la entrevista ¿notó Ud. que su médico estuviera nervioso? | SI | NO |
| 14. | ¿Por qué lo notó? _____
_____ | | |
| 15. | ¿A qué cree que se deba? _____
_____ | | |
| 16. | ¿Notó si el médico evitó contestar alguna de las preguntas de Ud.? | SI | NO |
| 17. | ¿A qué preguntas? _____
_____ | | |

18. Si las dudas o temores que surgieron en Ud. a raíz de que se le informó que sería operada no fueran aclaradas en la consulta, ¿hubiera Ud. intentado aclararlos en otro momento? SI NO
19. ¿Cuándo? _____
20. ¿Con quién? _____
21. ¿Cuáles son esas dudas? _____
-
22. En este momento ¿siente Ud. que sea menos mujer que antes de la operación? SI NO
23. ¿Cree Ud. que esto se deba a algo en especial? _____
-
24. Actualmente ¿desea Ud. que se le aclare alguna duda respecto a la cirugía a que fué sometida? SI NO
25. ¿Cuál? _____
-
26. ¿Le interesaría aclarar sus dudas sobre los probables cambios emocionales y/o sexuales que pudiera presentar después de la operación? SI NO
27. ¿Cuáles son esas dudas? _____
-

FICHA ESTADISTICA

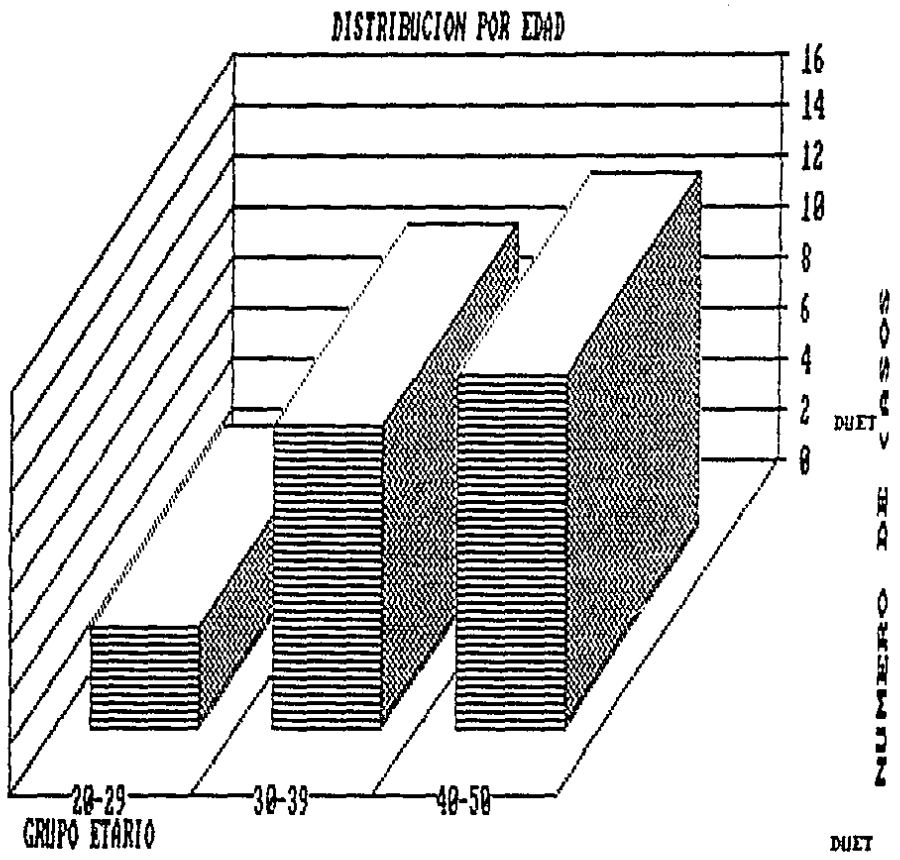
Edad _____ Edo. civil _____ Religión _____ Escolaridad _____
 Ocupación _____ Edad de primera regla _____
 Edad de primera relación sexual _____ Fecha de último parto _____

Número de embarazos _____ ¿Está Ud. satisfecha con el número de hijos que tiene?
 Número de partos _____ SI NO
 Número de cesáreas _____ ¿Cuántas hijas tiene? _____
 Número de abortos _____ ¿Cuántos hijos tiene? _____

¿Utilizó algún método anticonceptivo para no embarazarse? SI NO
 Si utilizó alguno ¿qué método(s) fue(ron)? _____

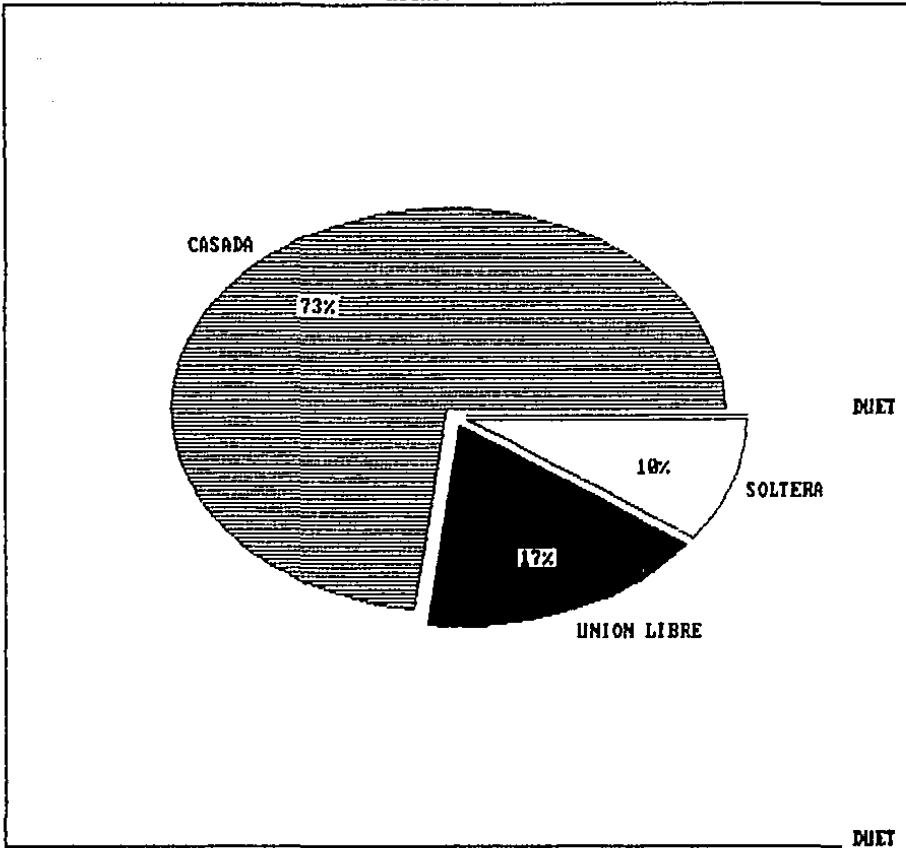
¿Durante cuánto tiempo? _____, _____, _____
 Fecha en que fué operada _____ Tipo de cirugía _____
 Categoría del médico que efectuó la cirugía: médico residente médico
 adscrito Médico adjunto Jefe de servicio
 ¿Sufrió Ud. alguna complicación a consecuencia de la operación? SI NO
 ¿Cuál fué la complicación? _____

APENDICE II



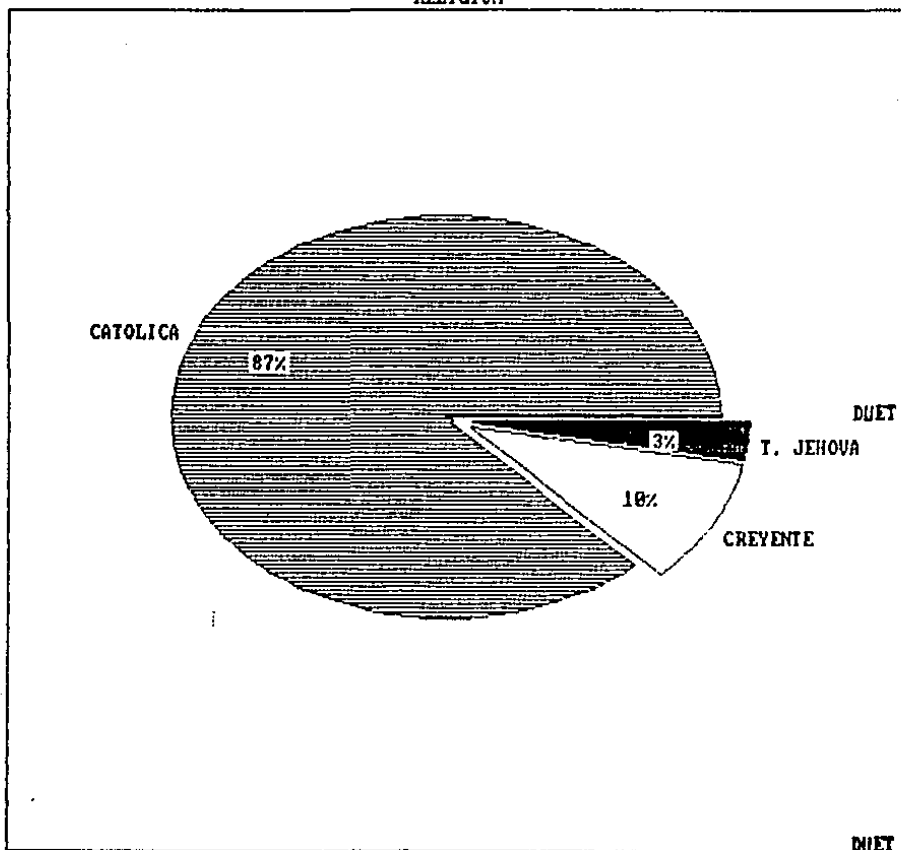
GRAFICA 1.

ESTADO CIVIL

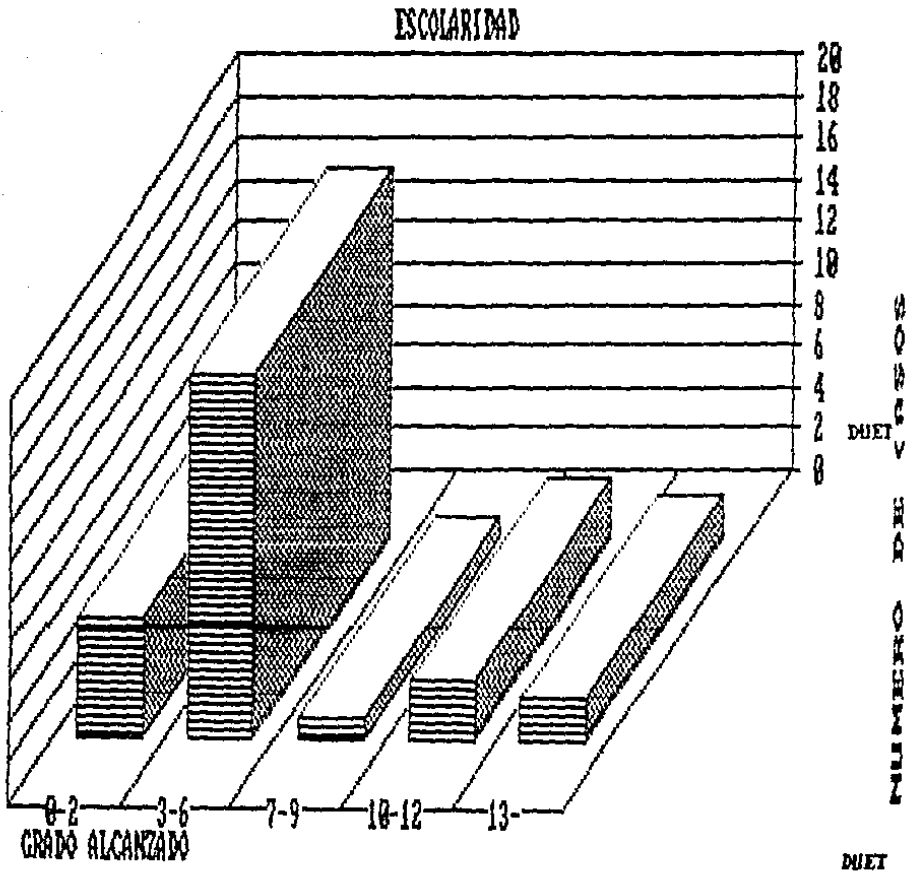


GRAFICA 2

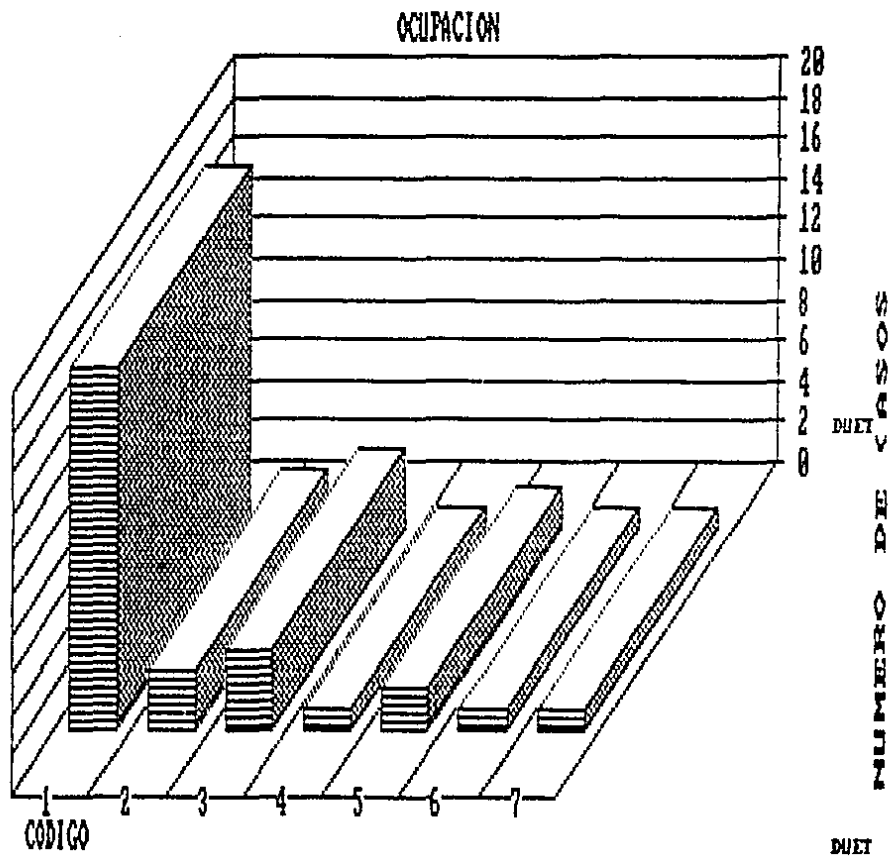
RELIGION



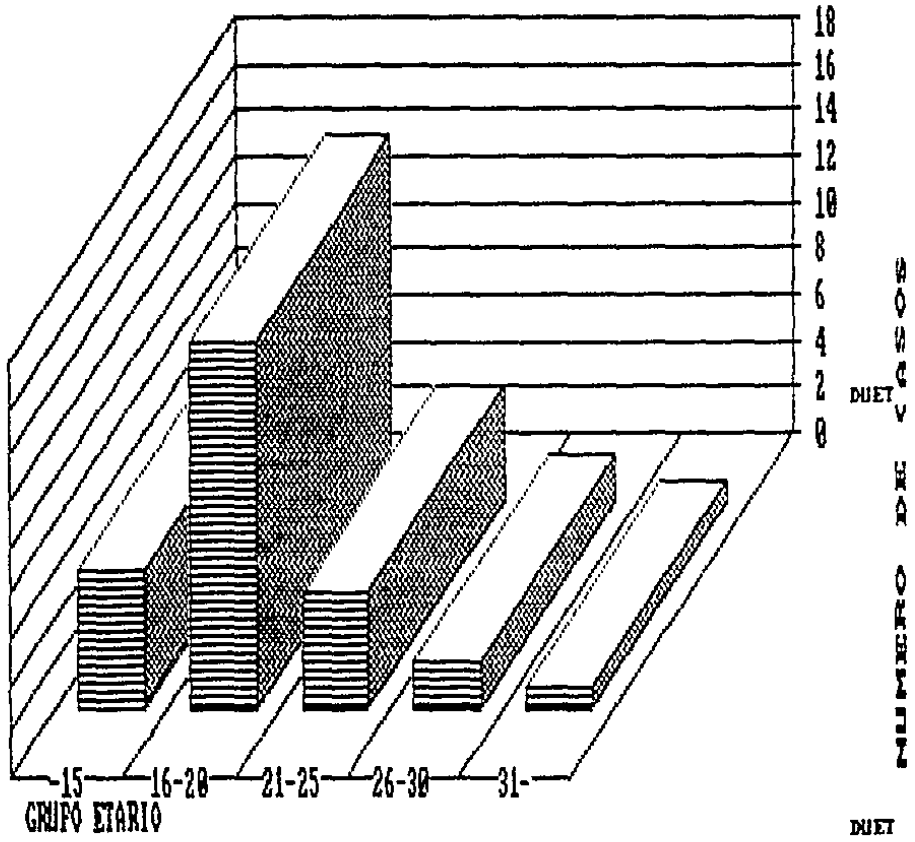
GRAFICA 3



GRAFICA 4

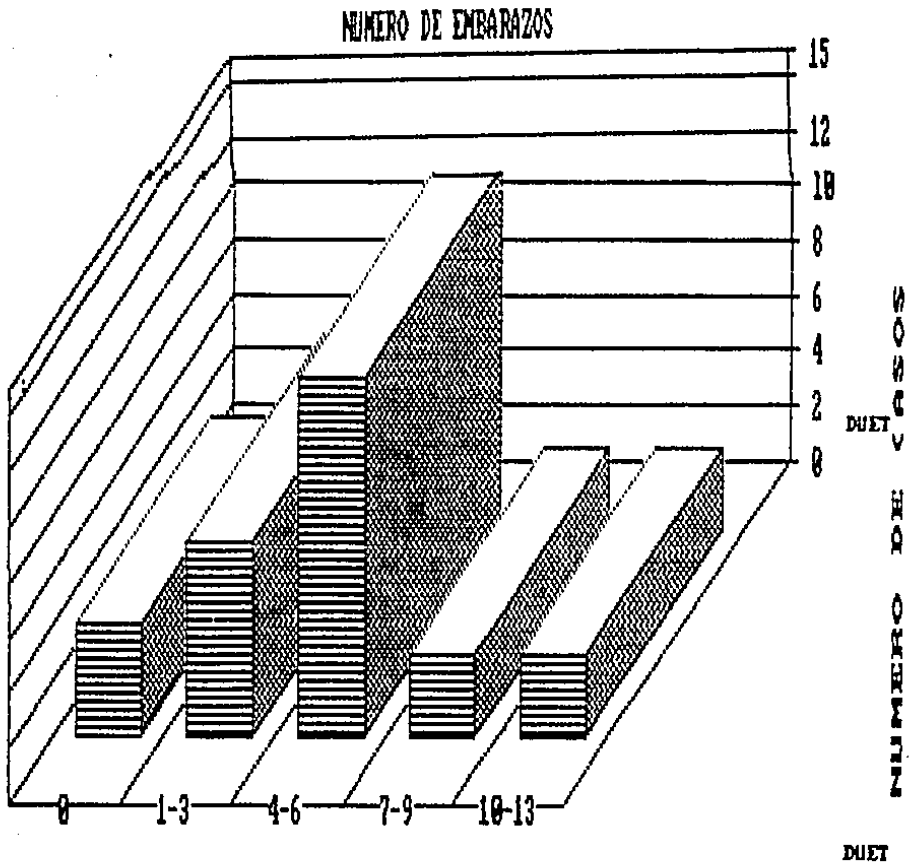


GRAFICA 5



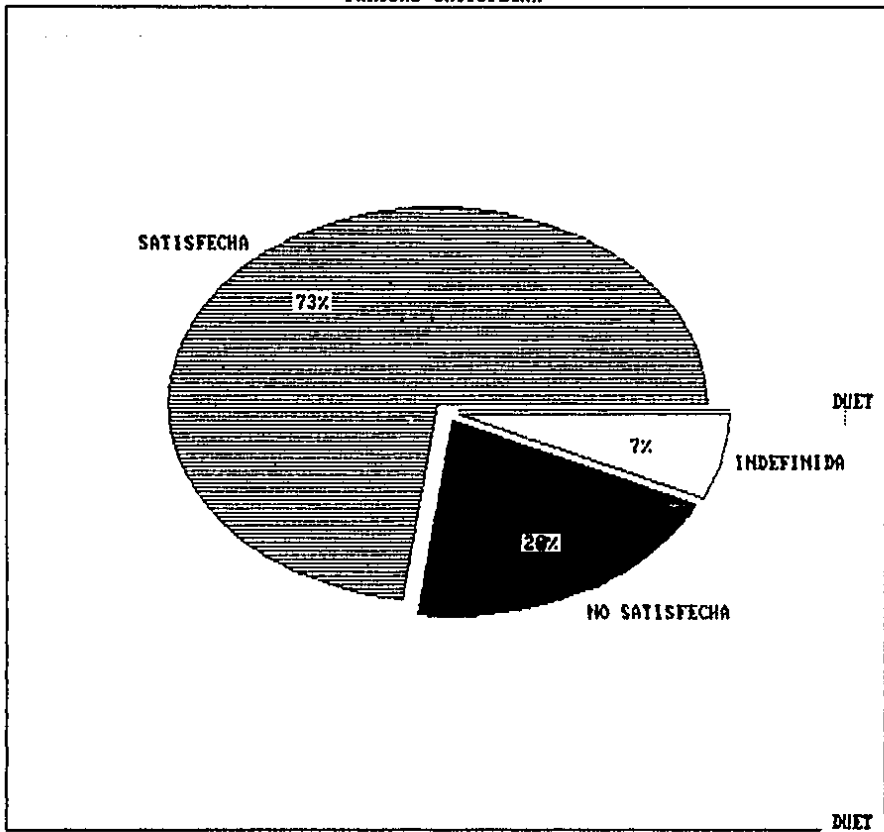
IVSA

GRAFICA 6



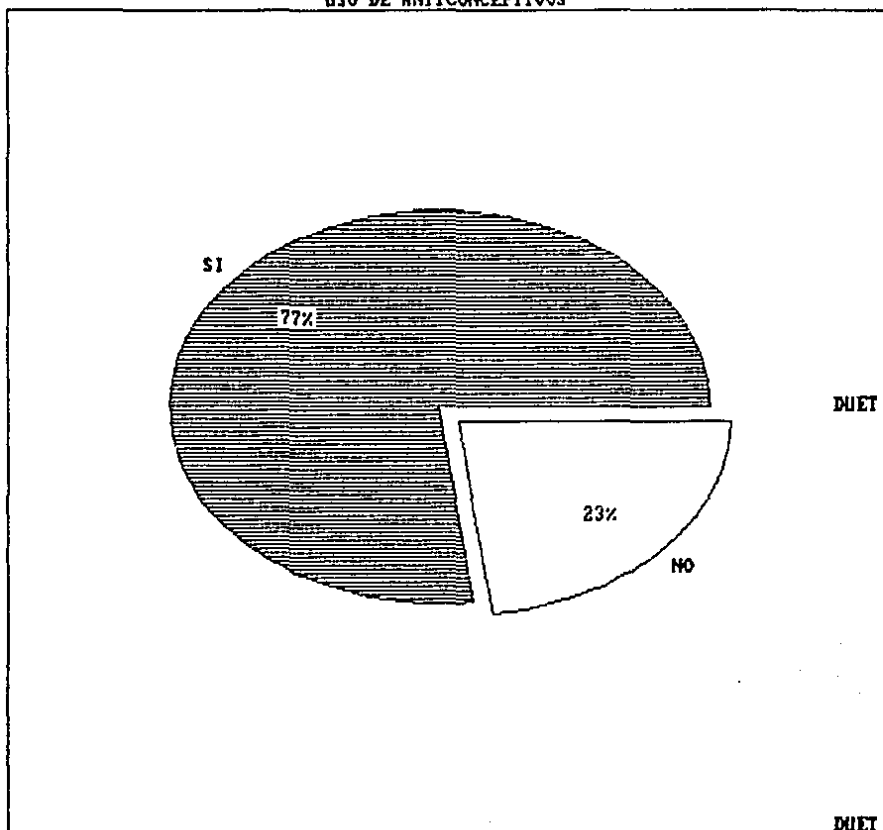
GRAFICA 7

PARIDAD SATISFECHA

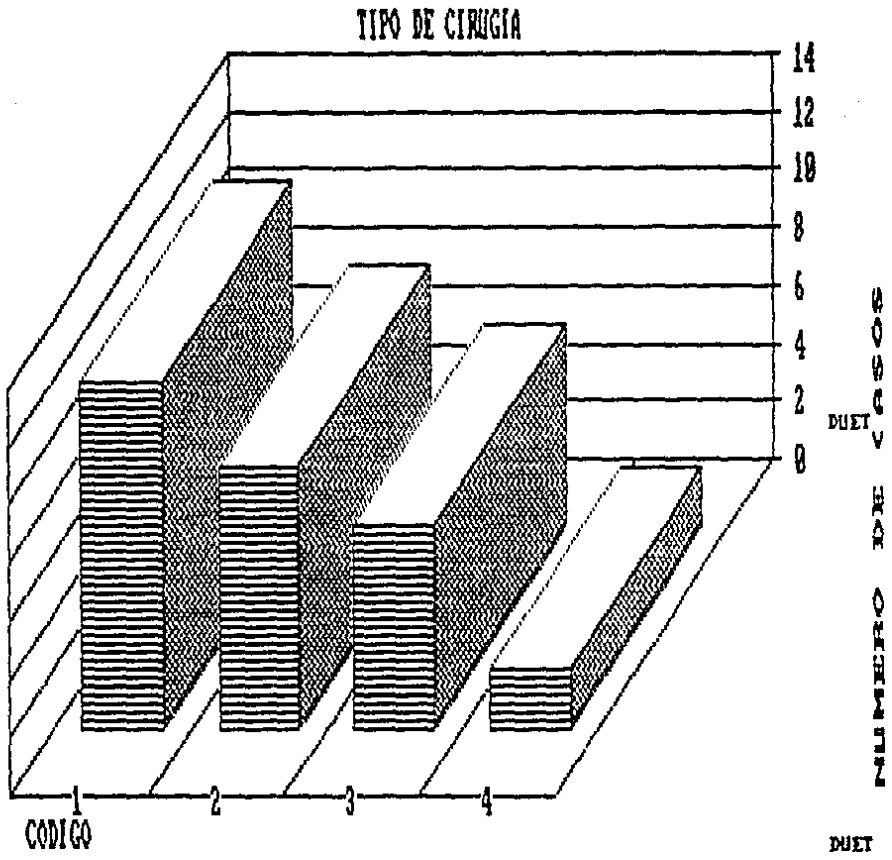


GRAFICA 8

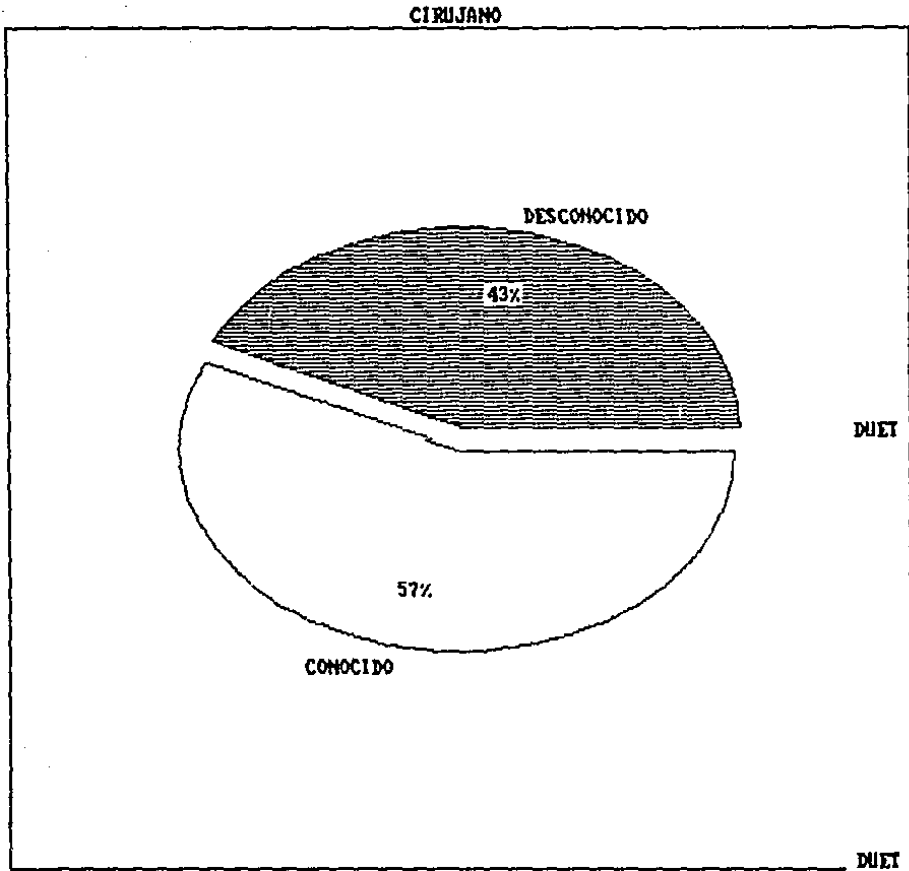
USO DE ANTICONCEPTIVOS



GRAFICA 9



GRAFICA 10



GRAFICA 11

APENDICE III

DISTRIBUCION POR No. DE CASOS Y PORCENTUAL DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS

PREGUNTA 2

Respuesta previa	No. de casos	% Total	
NO	2	6.7	1. No contestó.
	3	10.0	2. Lo que importaba era la salud y/o eran menos problemas.
	3	10.0	3. No pensó que existiera relación entre ambas cosas.
	4	13.3	4. Por información previa recibida de otra persona.
	1	3.3	5. Ignoraba que quedaría estéril.
	1	3.3	6. La menopausia estaba próxima.
SI	9	30.0	7. Por pérdida de la matriz/quedar incompleta/quedar hueca
	3	10.0	8. Por no poder tener hijos.
	4	13.3	9. Por no servir como mujer.
	3	10.0	0. Otras.

TABLA I

DISTRIBUCION POR No. DE CASOS Y PORCENTUAL DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS

PREGUNTA 4

Respuesta previa	No. de casos	% Total	
NO	29	96.7	1. No contestó.
SI	1	3.3	2. Explicó a ella y a su esposo los cambios posteriores a la cirugía.

TABLA II

DISTRIBUCION POR NO. DE CASOS Y PORCENTUAL DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS

PREGUNTA 6

Respuesta previa	No. de casos	% Total	
NO	4	13.3	1. No contestó.
	5	16.7	2. Por tener relaciones esporádicas/no tener pareja actualmente.
	3	10.0	3. Sabía que no interfería con las relaciones.
	2	6.7	4. Sólo le quitaban la matriz.
	2	6.7	5. Primero era la salud, tenía muchos problemas/ignoraba las probables consecuencias de la operación.
SI	5	16.7	8. Porque le quitaron la matriz/al no menstruar no serviría como mujer/no sería lo mismo.
	5	16.7	9. Quedaría vacía/sin los órganos necesarios/sin todos los órganos genitales.
	5	16.7	0. Por deseos de tener otro hijo/pensó que ya no podría tener hijos/no se le ocurrió/porque no se sentiría bien.

TABLA III

DISTRIBUCION POR No. DE CASOS Y PORCENTUAL DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS

PREGUNTA 8

Respuesta previa	No. de casos	% Total	
NO	28	93.3	1. No contestó.
SI	2	6.7	2. Aclaró que sí podría tener relaciones sexuales/que no se podría embarazar.

TABLA IV

DISTRIBUCION POR No. DE CASOS Y PORCENTUAL DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS

PREGUNTA 10

Respuesta previa	No. de casos	% Total	
NO	0	0.0	1. No contestó
	9	30.0	2. Por ser atendida por varios médicos/era la primera vez que veía a ese médico/el médico no hizo preguntas.
	2	6.7	3. Por estar preocupada por el Dx/porque se sentía muy mal.
SI	6	20.0	4. Buen trato/interés mostrado/información médica ofrecida.
	3	10.0	5. Por conocerlo.
	8	26.7	6. Por ser especialistas capacitados y estar en sus manos/ya conocía el Dx de otros médicos y "sabía a lo que iba"/era mujer (Dra.).
	3	10.0	0. Otras: Ofreció salvarla del Ca/sólo al Dr. se le tienen que decir las inquietudes corporales/le animó a embarazarse antes de operarla.

TABLA V

DISTRIBUCION POR No. DE CASOS Y PORCENTUAL DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS

PREGUNTA 12

Respuesta previa	No. de casos	% Total	
NO	22	73.3	1. No contestó.
SI	4	13.3	2. Podría continuar sus relaciones sexuales.
	4	13.3	3. No podrá embarazarse/no podrá reglar/podrá continuar con su vida normal.
	1	3.3	4. Podría tener cambios emocionales.

TABLA VI

DISTRIBUCION POR No. DE CASOS Y PORCENTUAL DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS

PREGUNTA 14

Respuesta previa	No. de casos	% Total	
NO	23	76.7	1. No contestó.
	5	16.7	2. Seguro de sí mismo, amable, tranquilo/dió mucho apoyo/había varios médicos.
SI	1	3.3	3. Regañón y déspota con todas las pacientes.
	1	3.3	0. Otras: No lo pudo explicar.

TABLA VII

DISTRIBUCION POR No. DE CASOS Y PORCENTUAL DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS

PREGUNTA 15

Respuesta previa	No. de casos	% Total	
NO	27	90.0	1. No contestó.
	1	3.3	2. Por conocimientos.
	1	3.3	3. Por seguridad.
	1	3.3	4. Por sentirlo como responsabilidad.

TABLA VIII

DISTRIBUCION POR No. DE CASOS Y PORCENTUAL DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS

PREGUNTA 17

Respuesta previa	No. de casos	% Total	
NO	29	96.7	1. No contestó.
	1	3.3	2. Contestó con terminología médica.

TABLA IX

DISTRIBUCION POR No. DE CASOS Y PORCENTUAL DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS

PREGUNTA 21

Respuesta previa	No. de casos	% Total	
NO	21	70.0	1. No contestó.
SI	3	10.0	2. Respecto a la sexualidad y/o período recomendable de abstinencia.
	2	6.7	3. Si el tumor fué canceroso.
	5	16.7	4. Si realmente requería la cirugía/temor por lo correcto o incorrecto de operarse/ignoraba qué iban a hacerle.

TABLA X

DISTRIBUCION POR No. DE CASOS Y PORCENTUAL DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS

PREGUNTA 23

Respuesta previa	No. de Casos	% Total	
NO	7	23.3	1. No contestó
	10	33.3	2. No siente cambios.
	4	13.3	3. La matriz sólo sirve para engendrar/ya había decidido ligarse/"una operación no cambiará la forma de pensar".
	3	10.0	4. Entiende que fué necesaria la intervención/"no pero me preocupa mi esposo".
	1	3.3	5. Relaciones sexuales ocasionalmente.
SI	2	6.7	6. Por la pérdida de la matriz/la regla/la maternidad.
	2	6.7	7. "Porque me quitaron lo principal"/"me siento devaluada".
	1	3.3	0. Otras: Hay extrañas sensaciones de vacío en el abdomen.

TABLA XI

DISTRIBUCION POR No. DE CASOS Y PORCENTUAL DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS

PREGUNTA 25

Respuesta previa	No. de casos	% Total	
NO	16	53.3	1. No contestó.
SI	4	13.3	2. Si fué cáncer/duda sobre la reincidencia de tumores/ resultados del estudio patológico.
	4	13.3	3. Si extirparon uno o ambos ovarios/si un solo ovario funciona normal/si realmente quedan vacías.
	2	6.7	4. Repercusiones en la vida diaria.
	3	10.0	5. Repercusiones/reinicio de vida sexual.
	2	6.7	6. Otras: si se quitará el dolor de la herida/qué tipo de sangre tiene.

TABLA XII

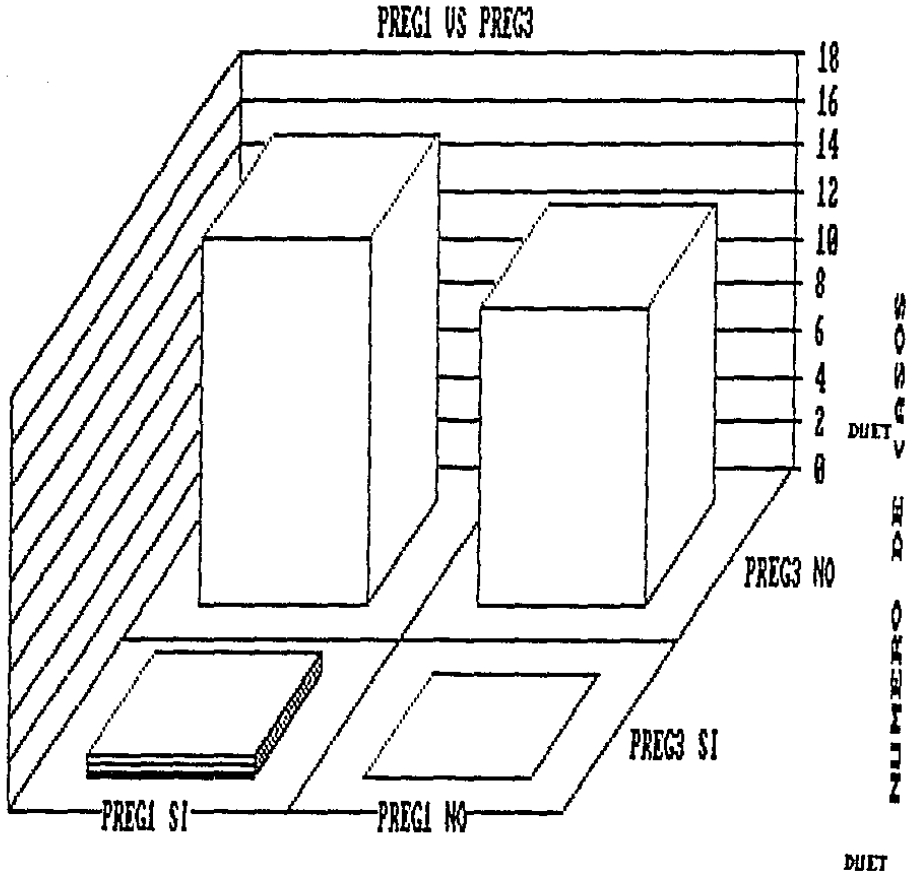
DISTRIBUCION POR No. DE CASOS Y PORCENTUAL DE LAS PREGUNTAS ABIERTAS

PREGUNTA 27

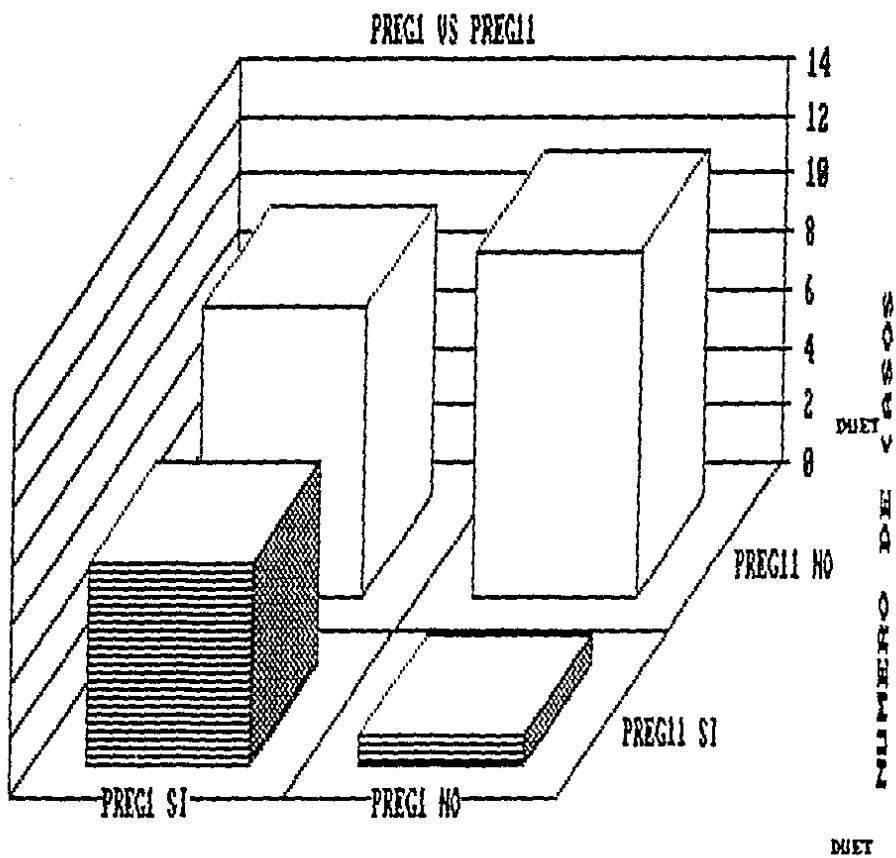
Respuesta previa	No. de casos	% Total	
NO	8	26.7	1. No contestó.
SI	7	23.3	2. Si no afecta sexual, hormonalmente/qué ocurre con el acortamiento vaginal.
	7	23.3	3. Si el marido queda conforme con las relaciones sexuales
	4	13.3	4. Tiempo recomendable de abstinencia.
	5	16.7	5. No sentir las mismas emociones/sensaciones sexuales/ ponerse nerviosa.
	1	3.3	6. Desagrado por amenorrea que la hace sentir menos mujer.

TABLA XIII

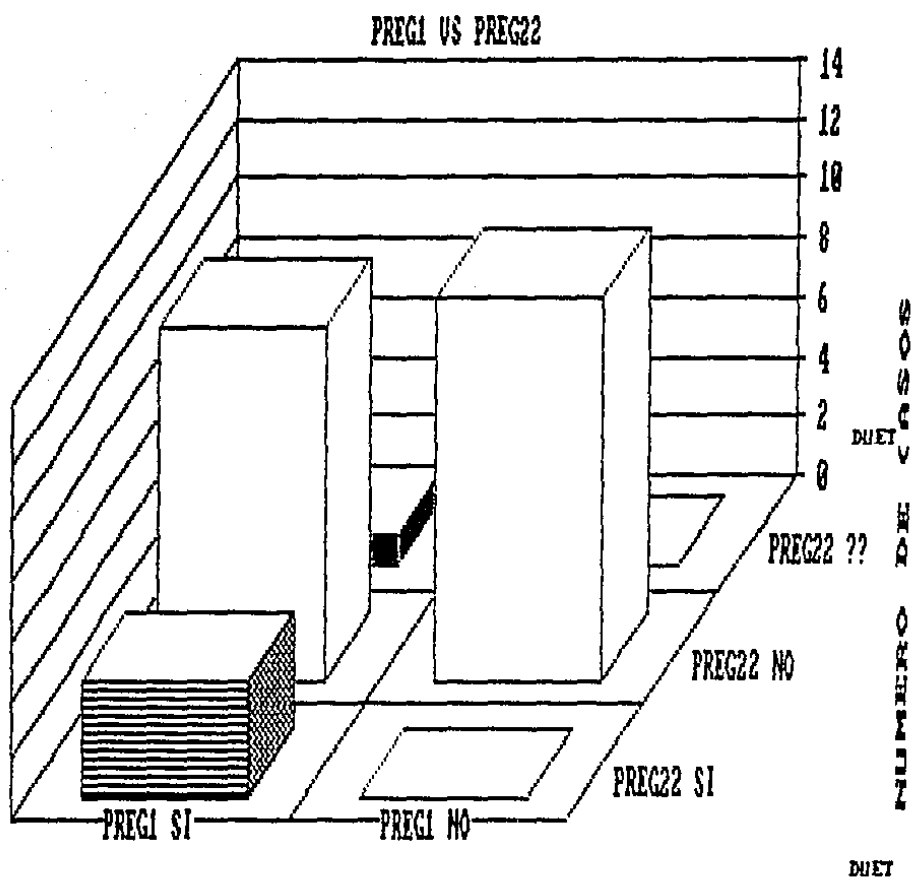
APENDICE IV



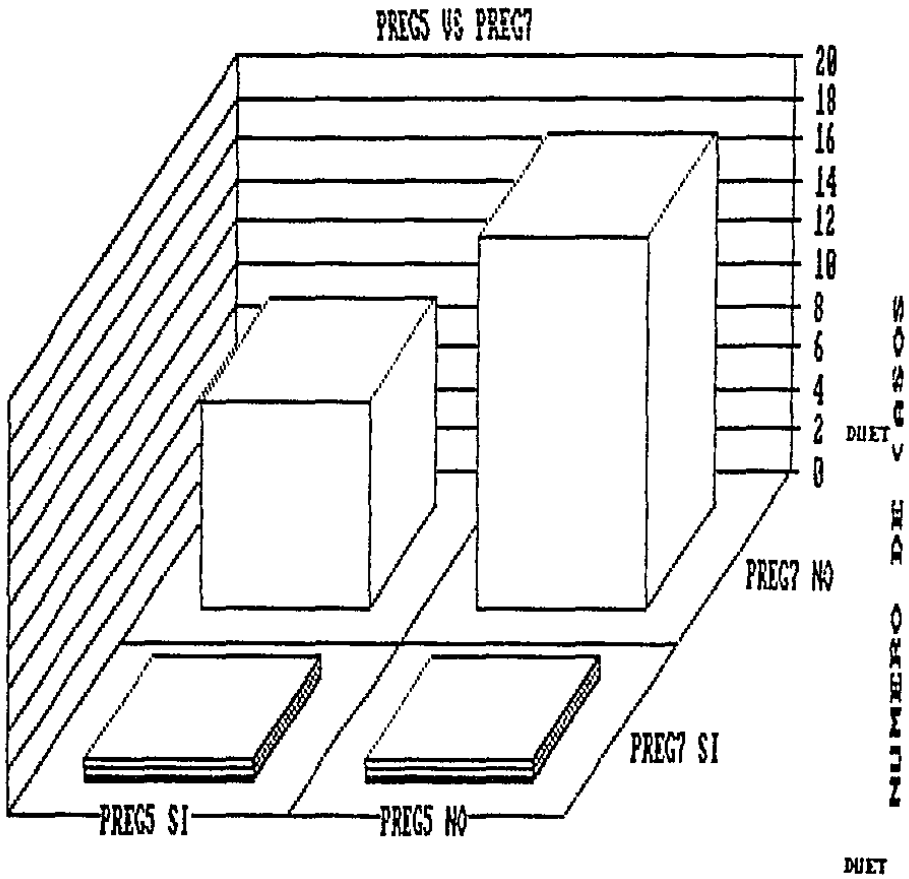
GRAFICA 12



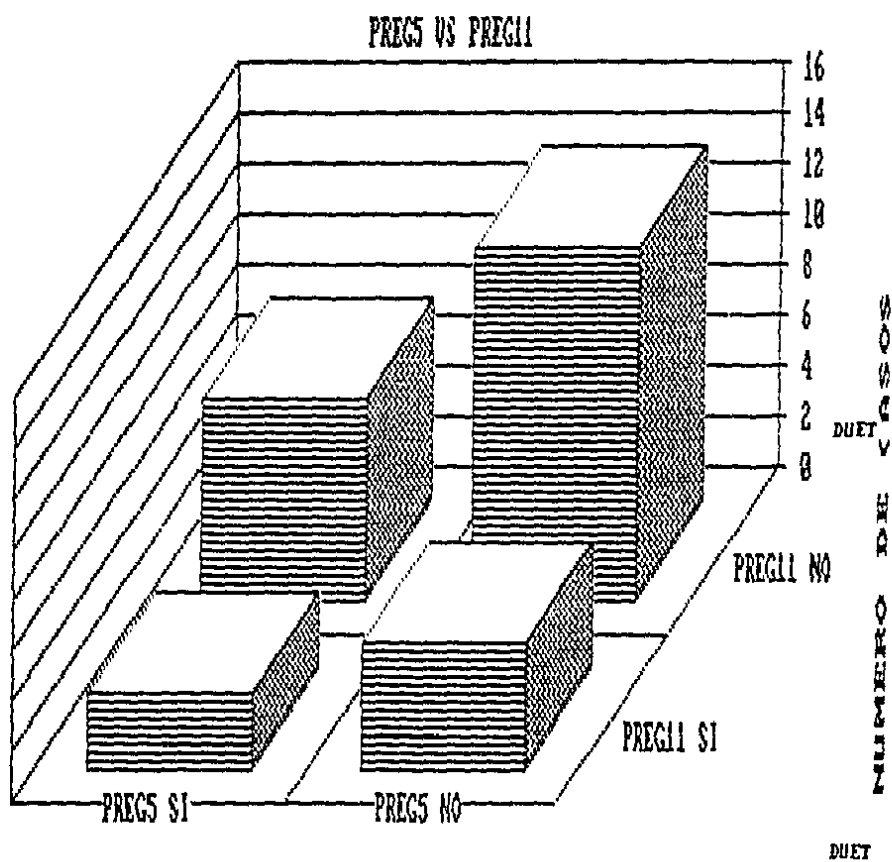
GRAFICA 13



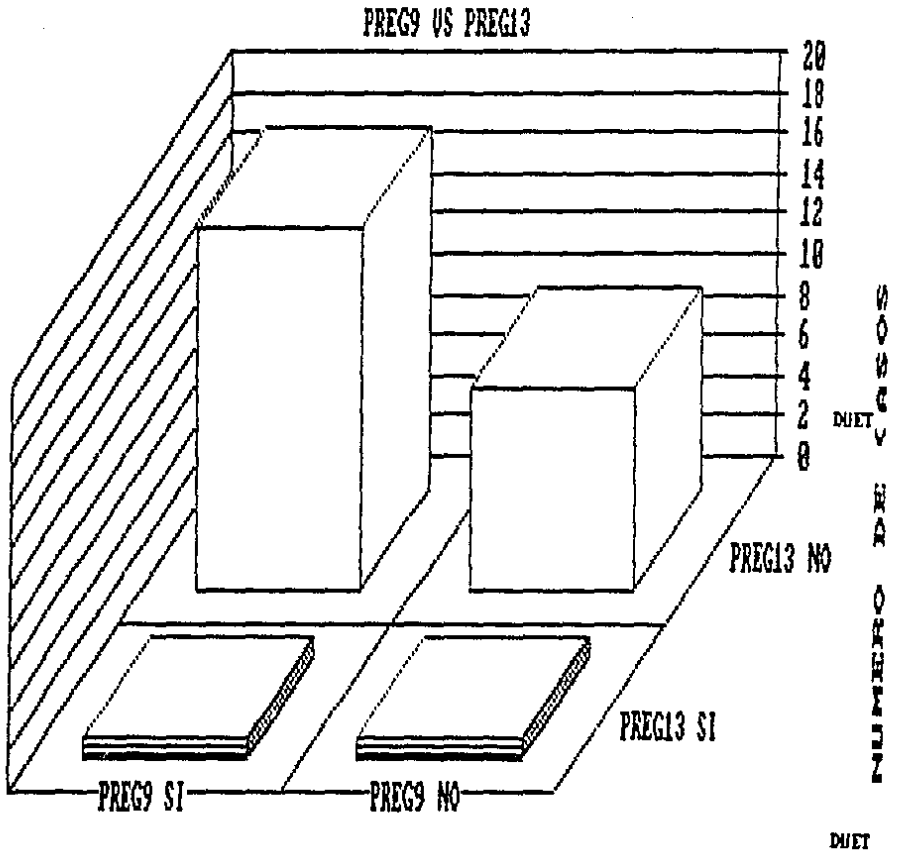
GRAFICA 14



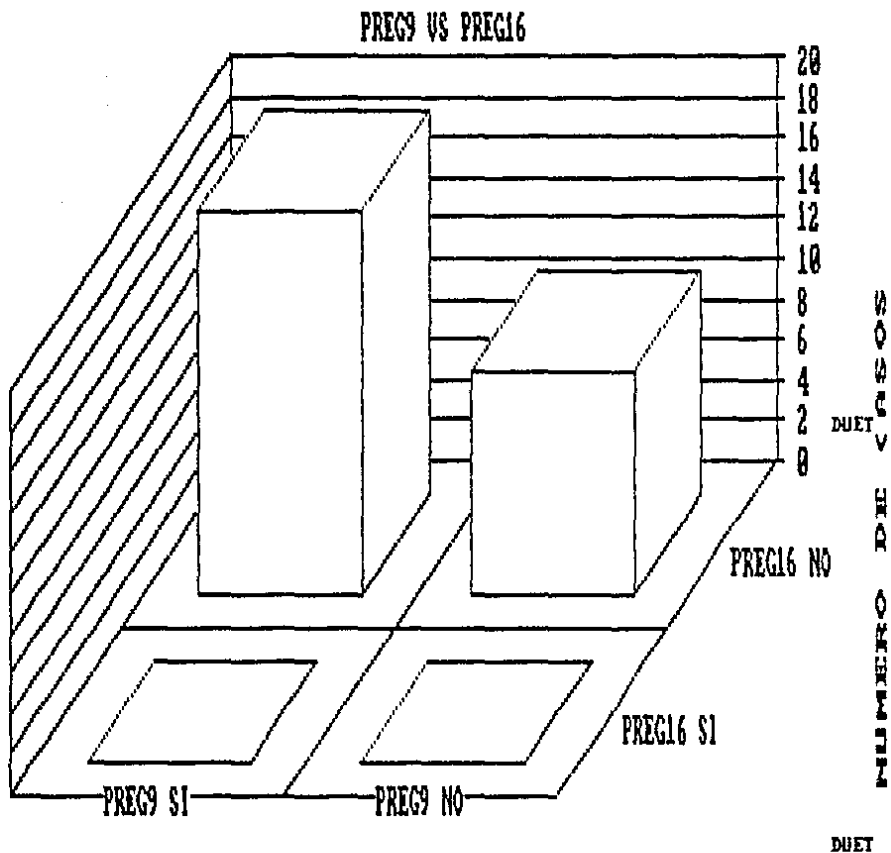
GRAFICA 15



GRAFICA 16



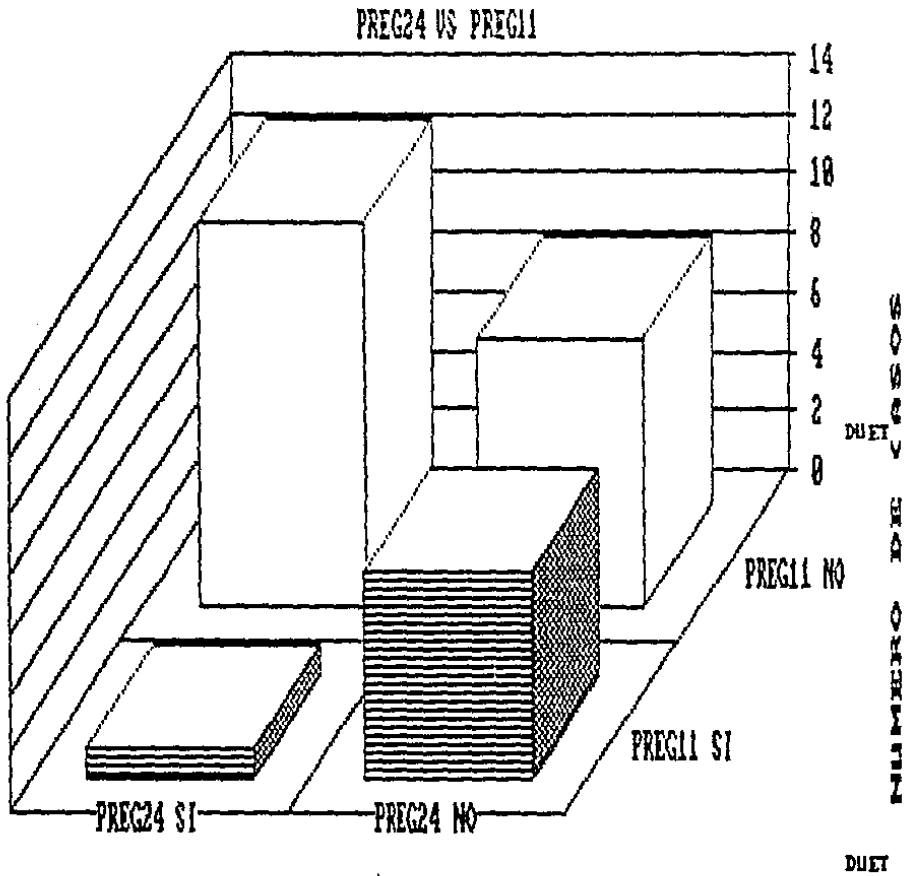
GRAFICA 17



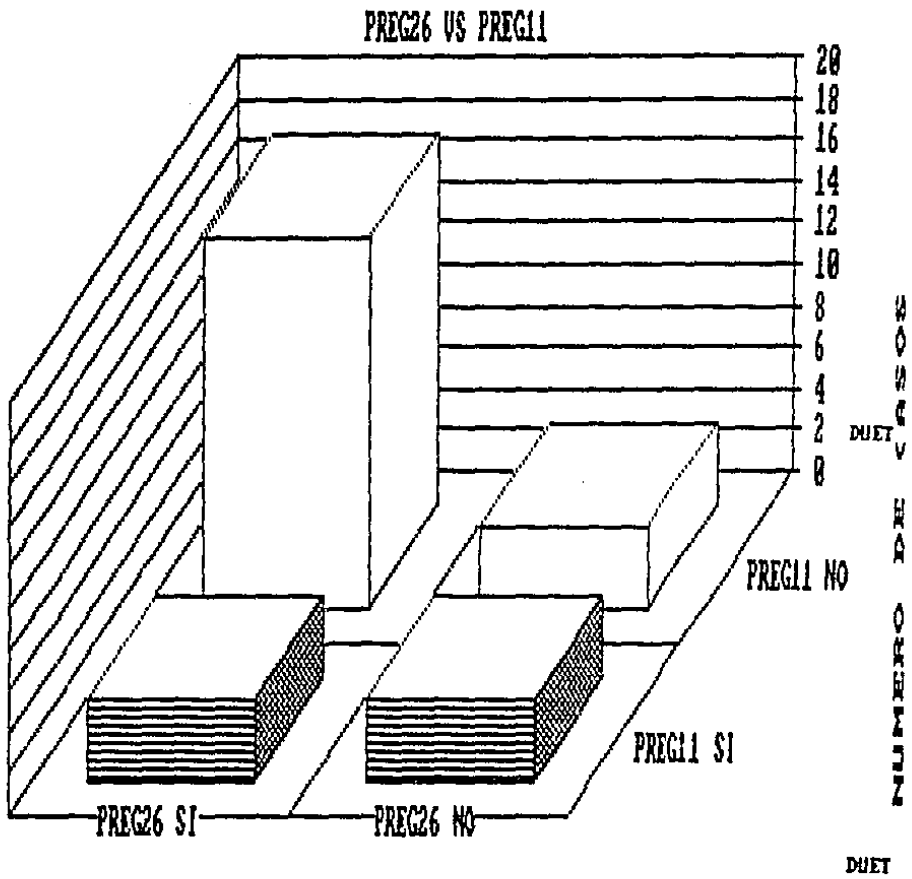
GRAFICA 18

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

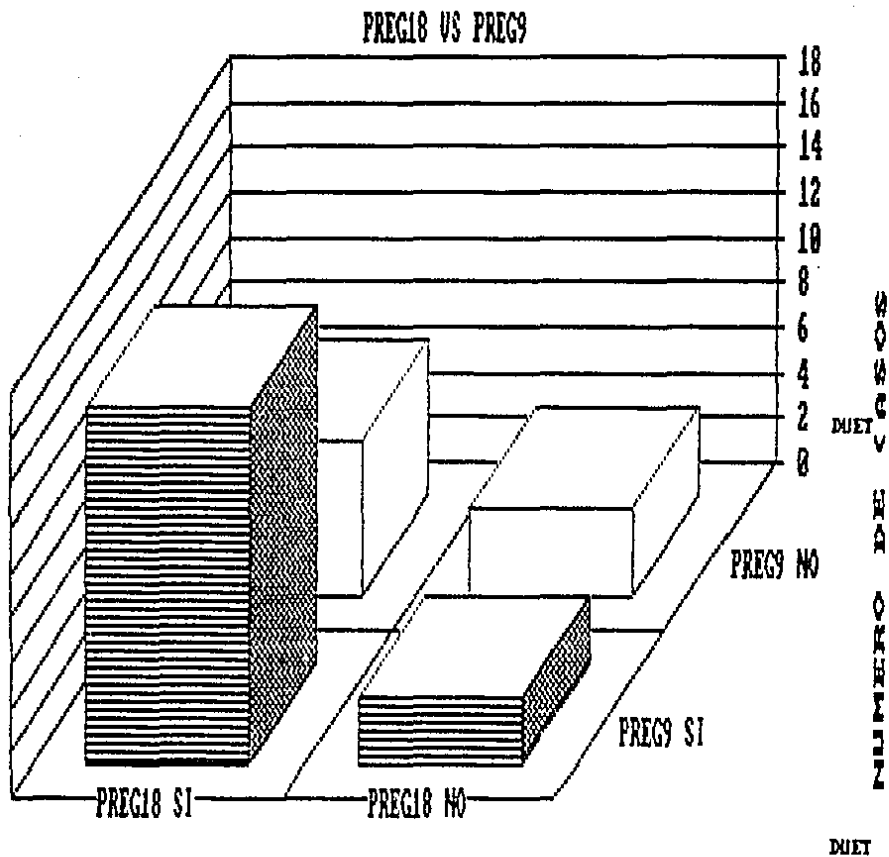
79.



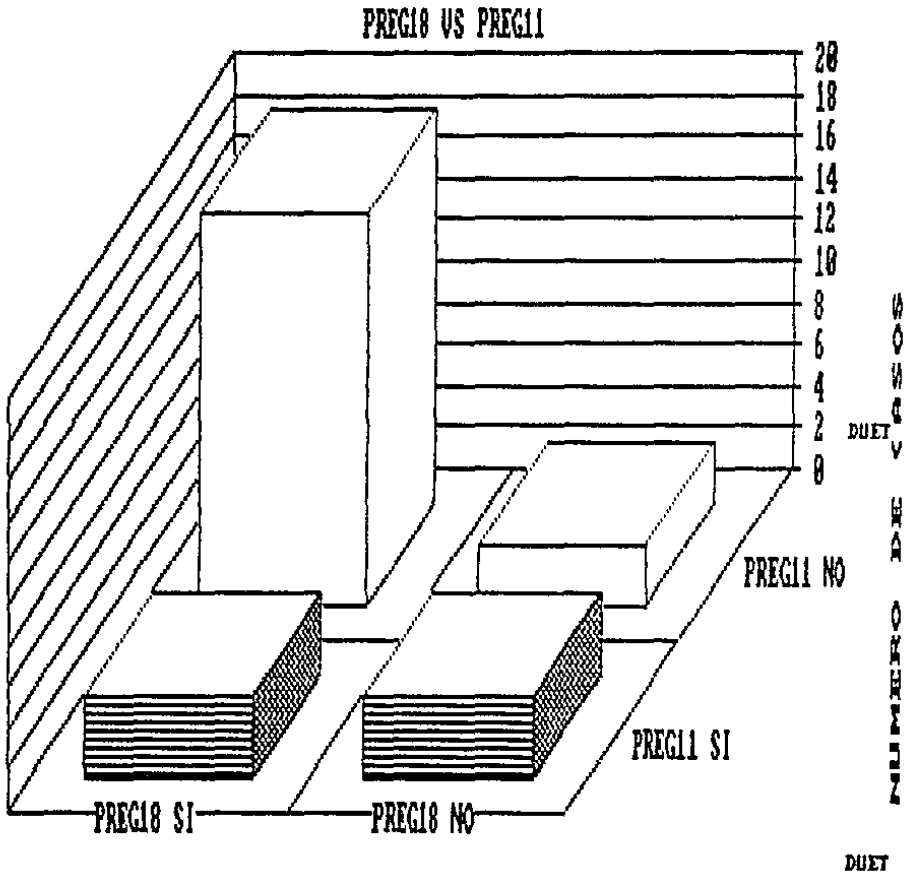
GRAFICA 19



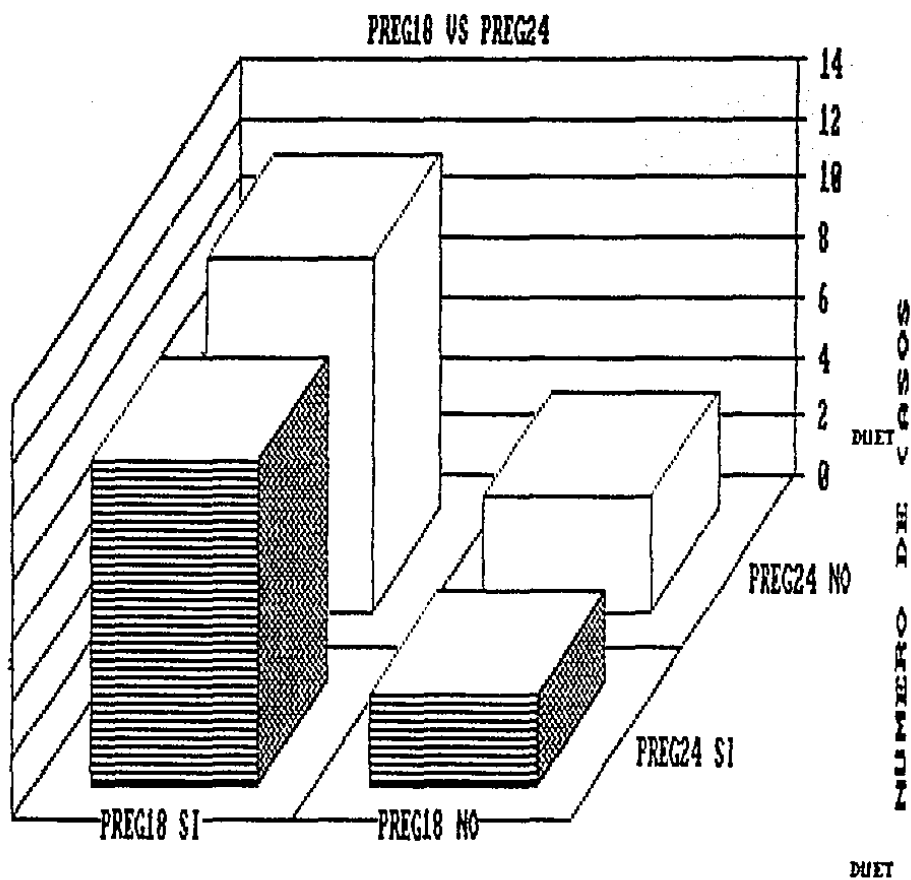
GRAFICA 20



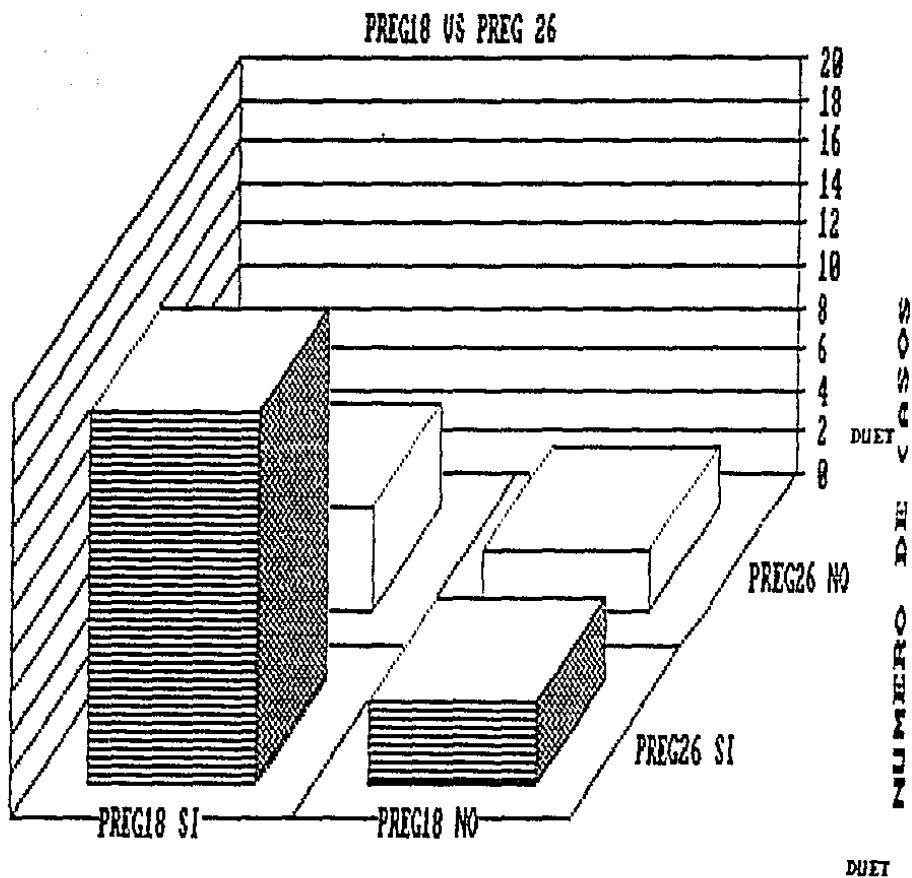
GRAFICA 21



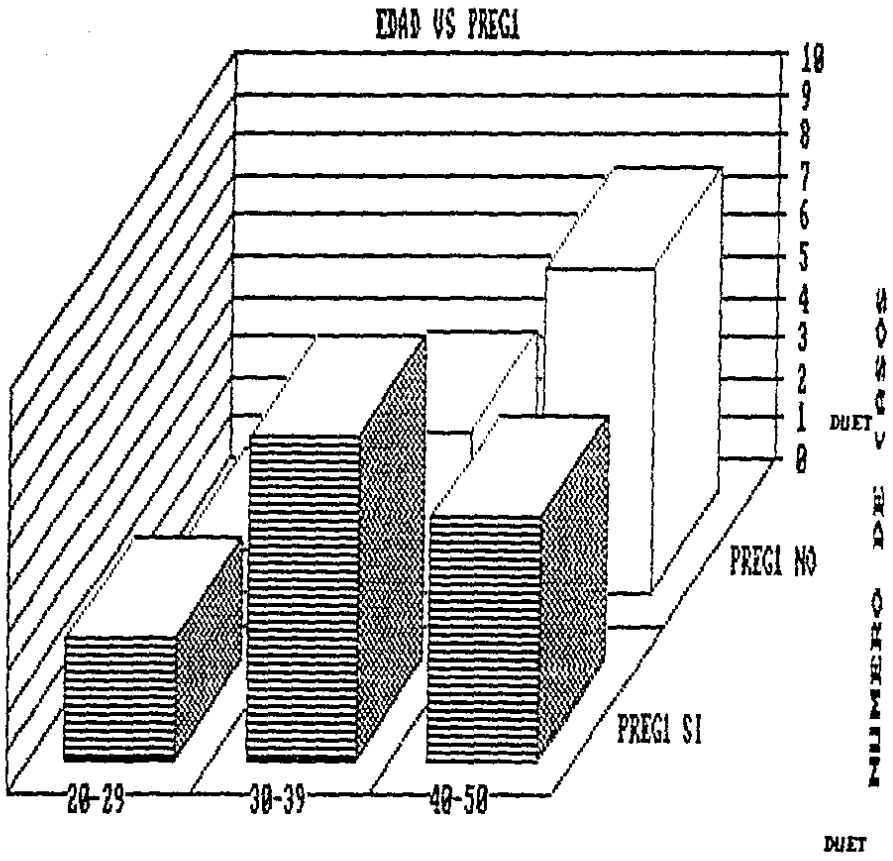
GRAFICA 22



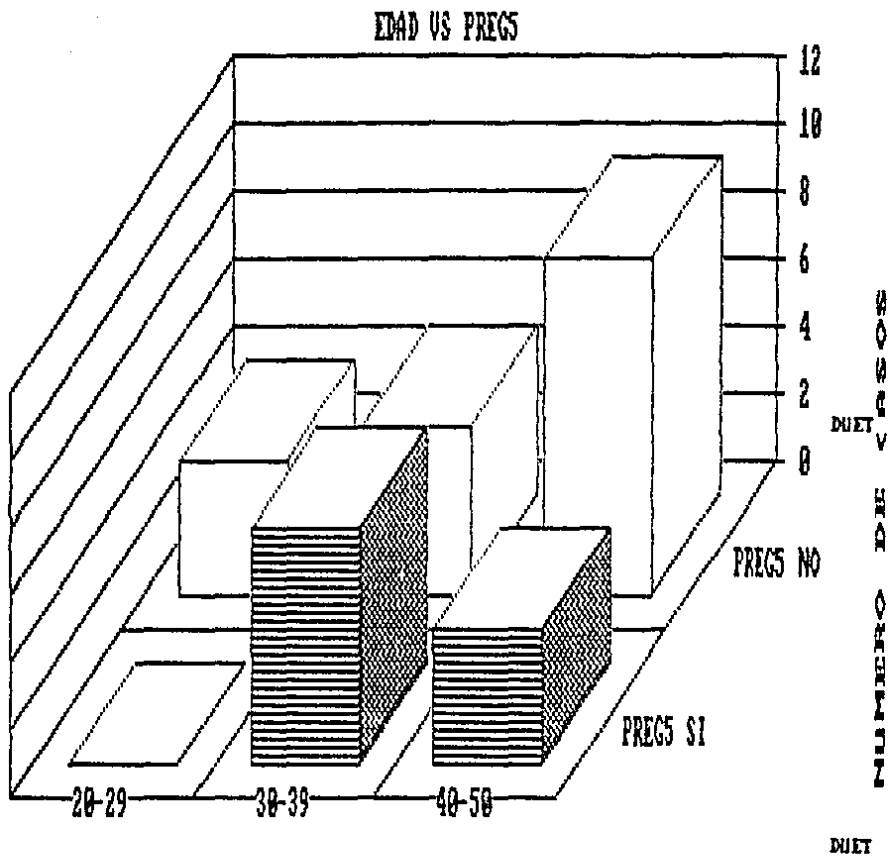
GRAFICA 23



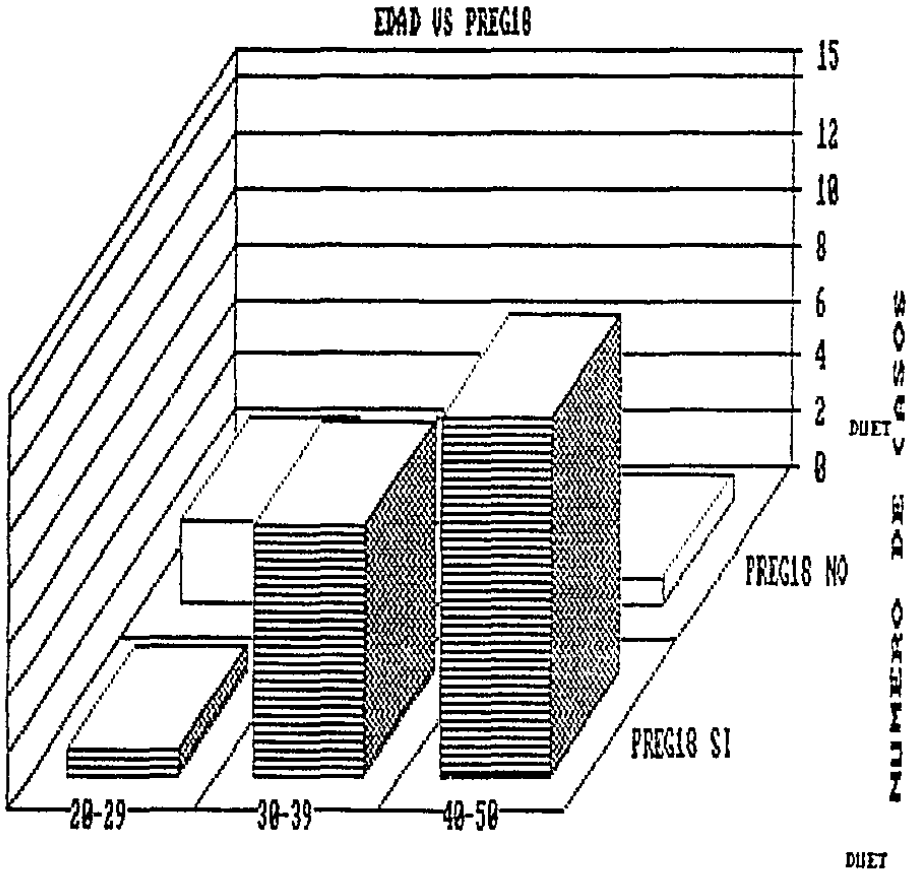
GRAFICA 24



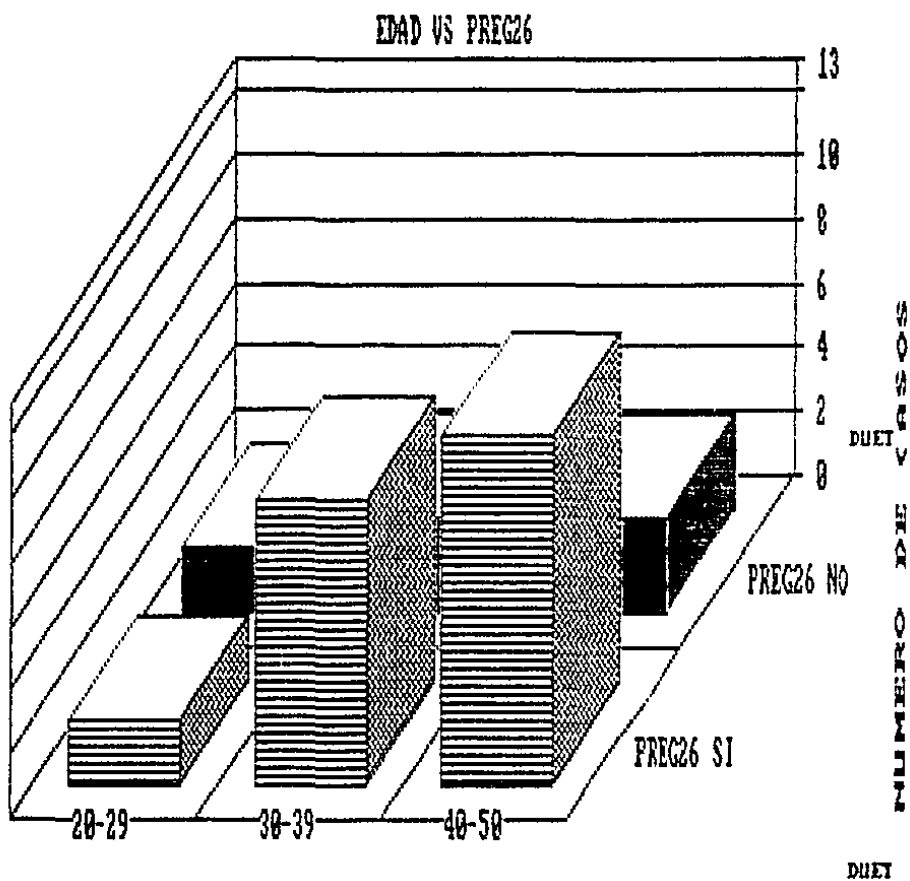
GRAFICA 25



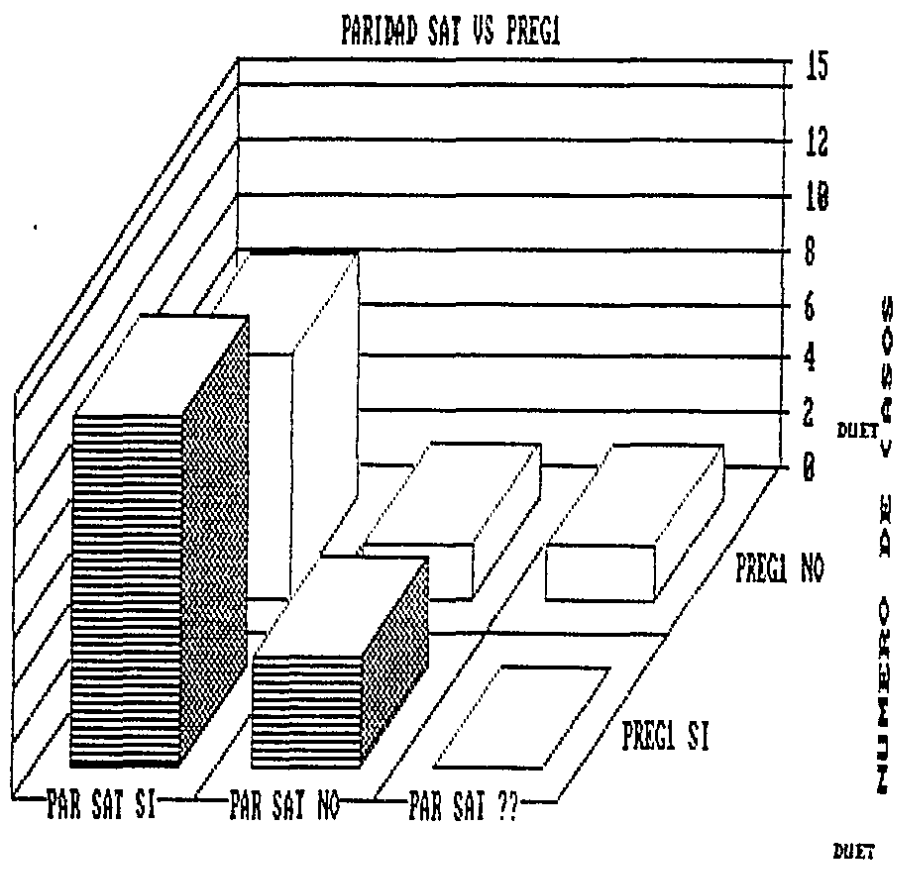
GRAFICA 26



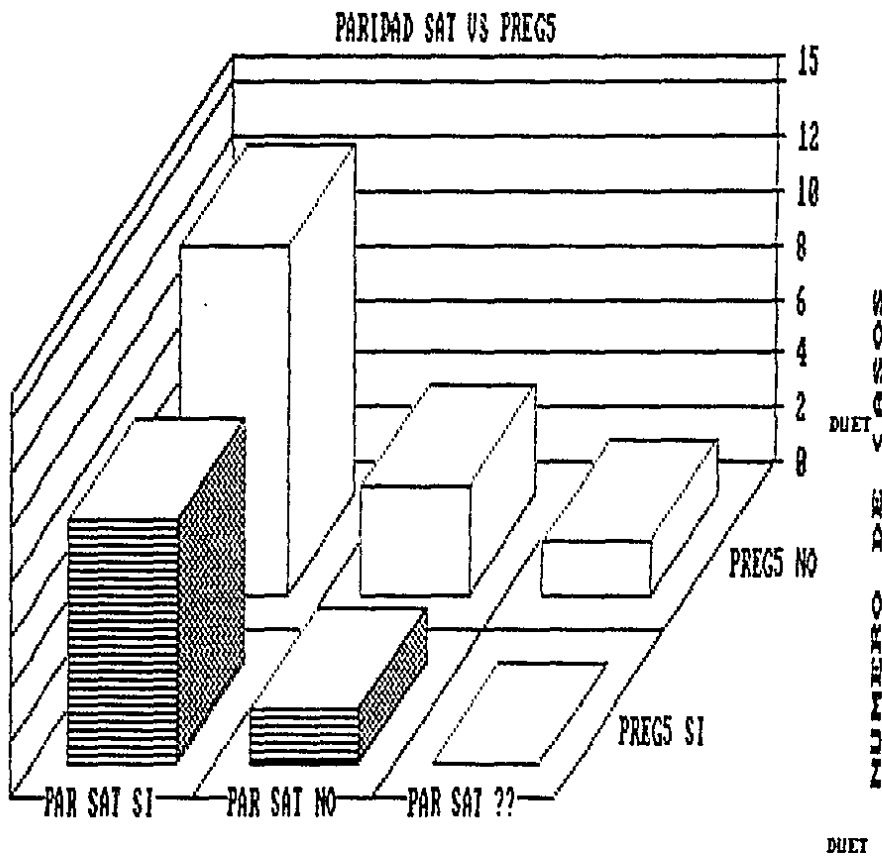
GRAFICA 27



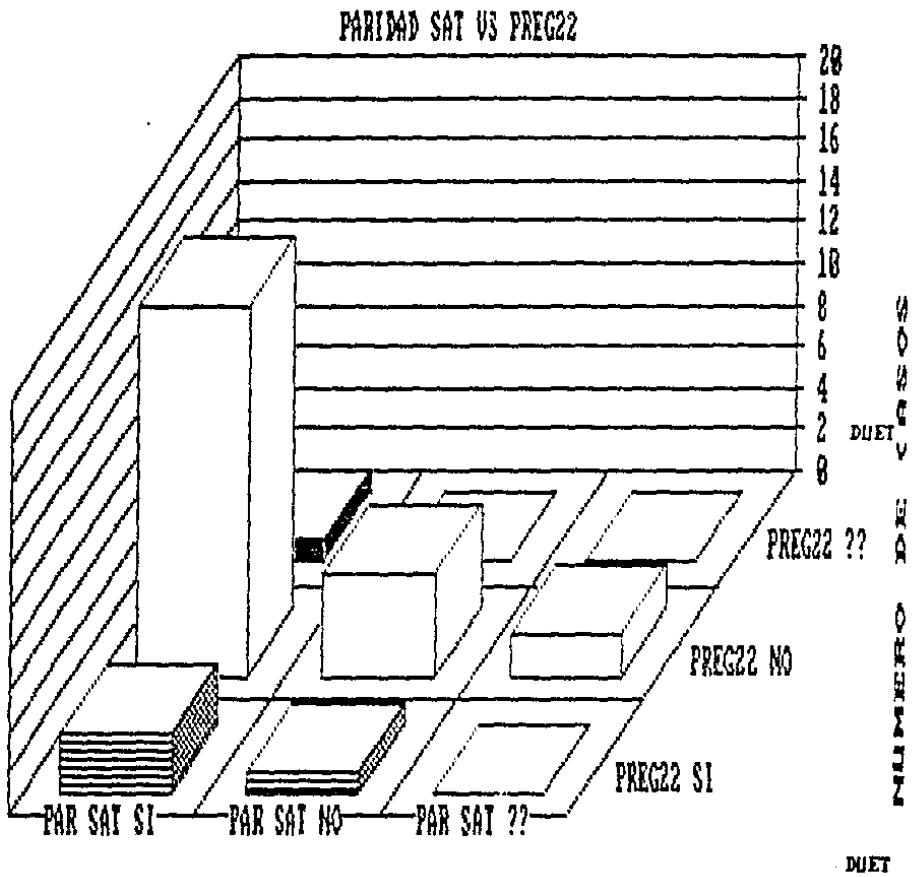
GRAFICA 28



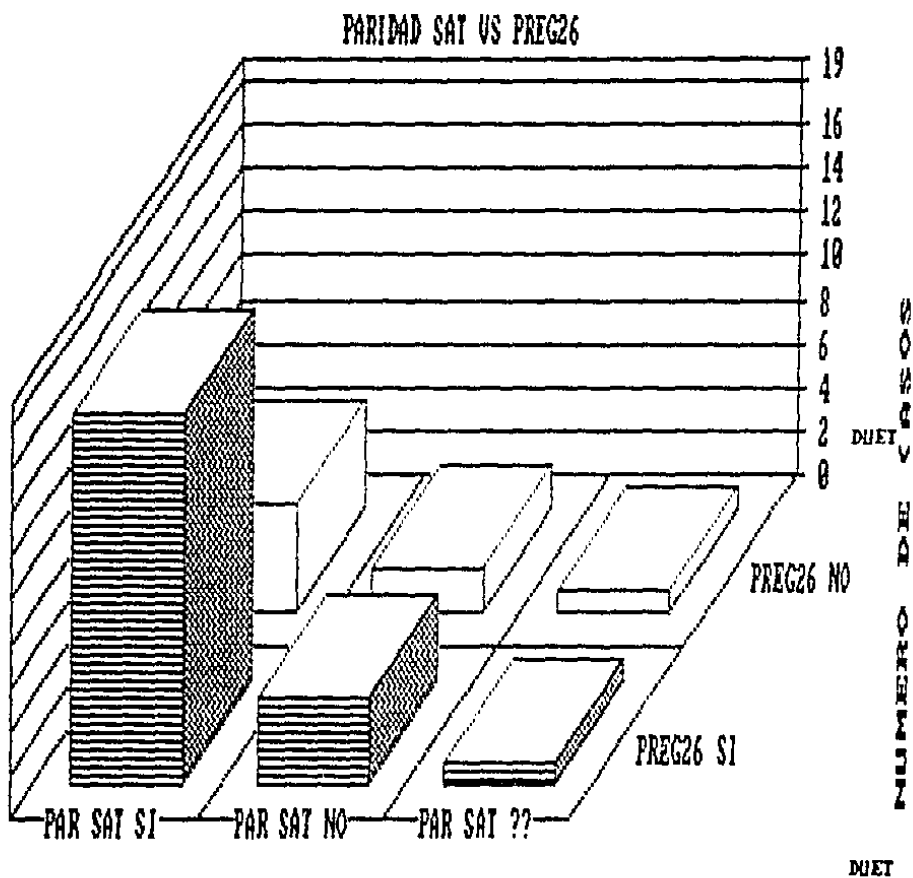
GRAFICA 29



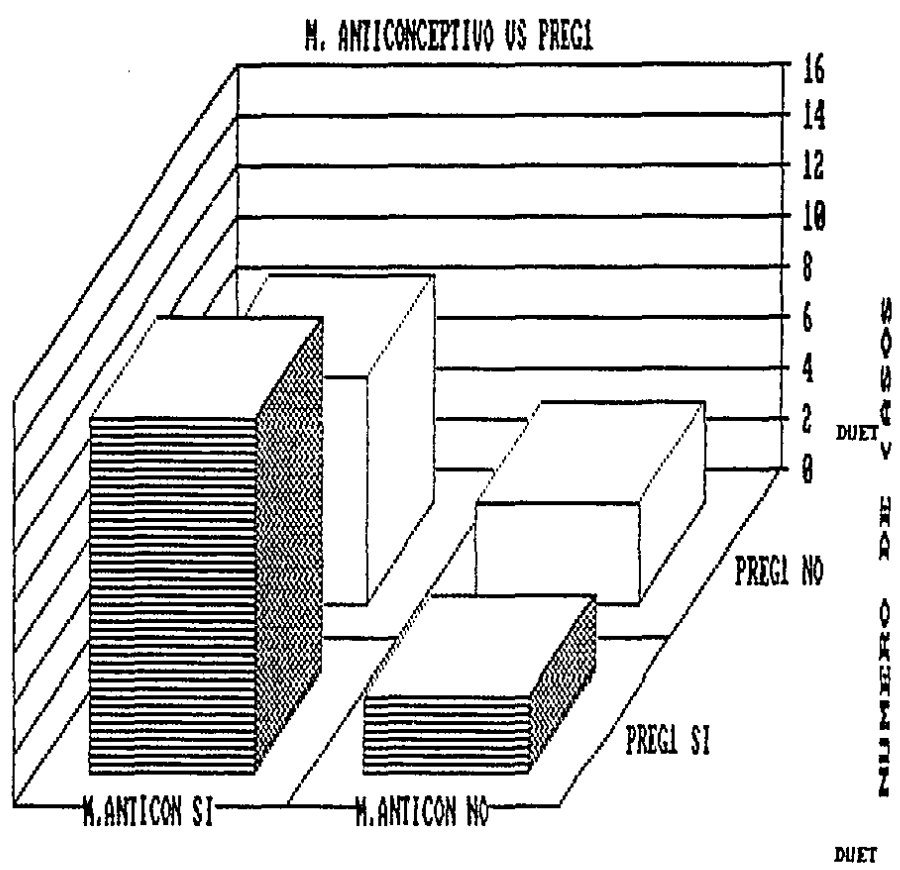
GRAFICA 30



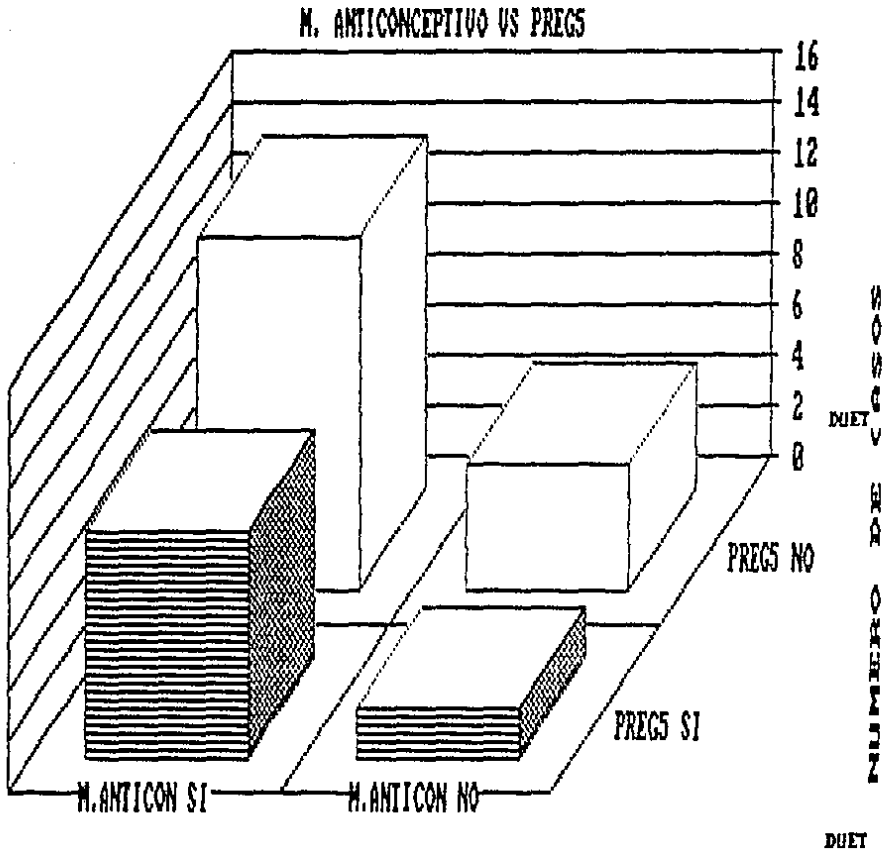
GRAFICA 31



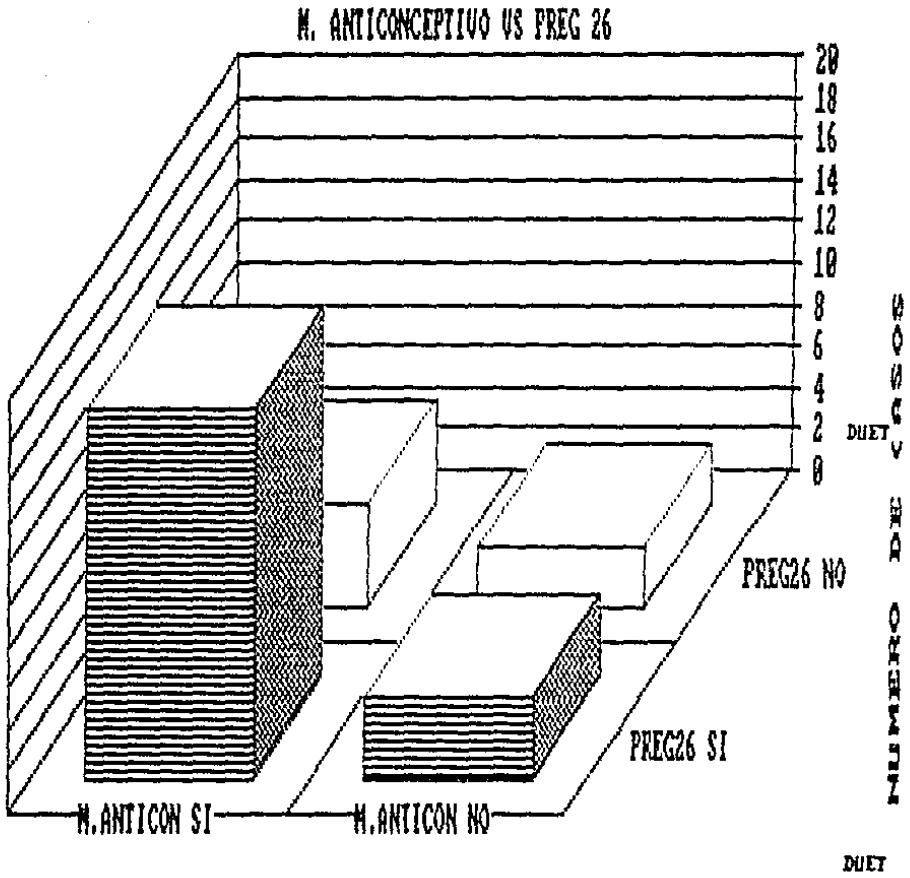
GRAFICA 32



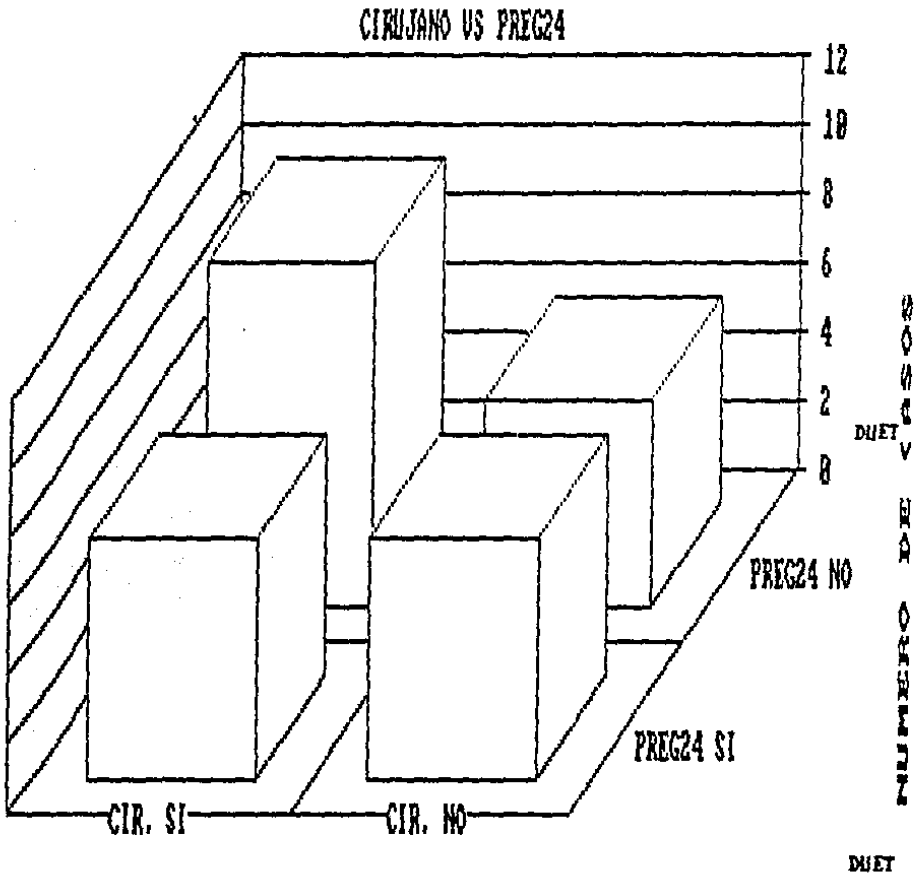
GRAFICA 33



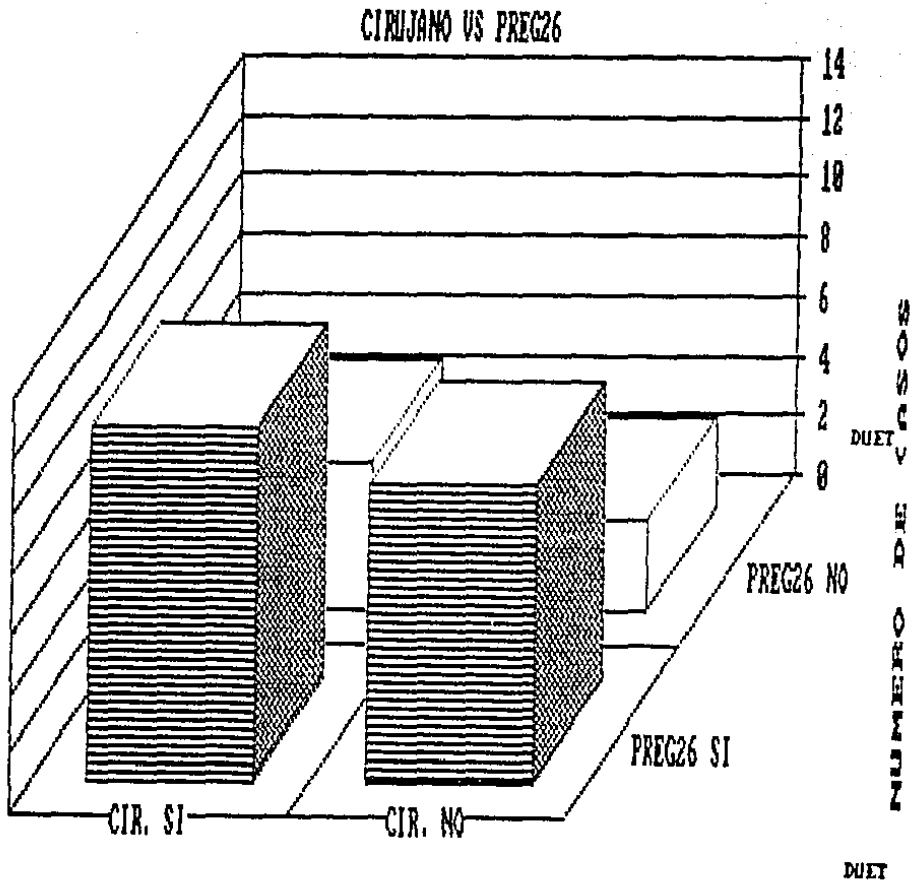
GRAFICA 34



GRAFICA 35



GRAFICA 37



GRAFICA 38

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. ABITBOL M.N., DAVENPORT J.H. Sexual dysfunction after therapy for cervical carcinoma. Am. J. Obstet. Gynecol. 116(2): 181-89. 1974.
2. ACEVES MORFIN E. Indicaciones de la Histerectomía abdominal. Inédito.
3. ALDRIDGE A.H., MEREDITH R.S. Complete abdominal Hysterectomy. A simplified technique and end results in 500 cases. Am. J. Obstet. Gynecol. 59(4): 748-59. 1950.
4. AVILES-ACEVES E.A. Relación de la sexualidad con la planificación familiar. Rev. Fac. Med. Mex. XXV (2): 16-23. 1982.
5. AVILES-ACEVES E.A. Sexología: Necesidad curricular de los profesionales de la salud. V Jornadas Nacionales de Residentes en Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", SSA. México, D.F., Febrero de 1986. Inédito.
6. AVILES-ACEVES E.A. La sexualidad dentro del proceso salud-enfermedad. Ensayo integrativo dinámico. VIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología, La Habana, Cuba. Mayo 1988.
7. BERNHARD L. Methodology issues in studies of sexuality and hysterectomy. The Journal of Sex Research 22(1): 108-28. 1986.
8. CASSELL E.J. Reacciones ante la enfermedad física y la hospitalización. En USDIN G., LEWIS J.M. Psiquiatría en Medicina General. Salvat. Barcelona. 1983.
9. CRAIG G.A., JACKSON P. Sexual life after vaginal hysterectomy. British Medical Journal 3:97. July 1975
10. DECLARACION DE HELSINKI. En MENDEZ R.I. Op. cit. No 19.
11. DENNERSTEIN L. et al. Sexual response following hysterectomy and oophorectomy. Obstet. Gynecol. 49(1): 126-28. 1977.
12. DONAHUE C.V., KNAPP R.C. Sexual rehabilitation of gynecologic cancer patients. Obstet. Gynecol. 49(1): 118-121. 1977.

13. HUFFMAN J.W. The effect of gynecologic surgery on sexual reactions. A. J. Obstet. Gynecol. 59(4): 915-17. 1950.
14. HUGHES E.C. Obstetric-Gynecologic Terminology. F.A. Davis Co. Philadelphia. 1973.
15. JANSON P.O., JANSON I. The acute effects of hysterectomy on ovarian blood flow. Am. J. Obstet. Gynecol. 127(4): 349-52.
- 15a. KAPLAN H.S., PERELMAN M.A. El médico y el tratamiento de las disfunciones sexuales. En USDIN G., LEWIS J.M. op. cit. No. 8.
16. LALINEC-MICHAUD M., ENGELSMANN P. Anxiety, fears and depression related to hysterectomy. Ca. J. Psychiatry 30: 44-47. Febrero 1985.
17. LEWIS J.M., USDIN G. Alteración, enfermedad y entrevista. En USDIN G., LEWIS J.M. op. cit. No. 8.
18. MARTIN R.L. et al. Psychiatric status after hysterectomy. A one year prospective follow up. JAMA 244(4): 350-53. 1980.
- 18a. MARTINEZ TRUJILLO C.A. Prevalencia de sintomatología depresiva en dos grupos de pacientes sometidas a histerectomía o salpingoclasia. Tesina de especialidad. UNAM, 1987.
19. MENDEZ R.I. et al. El Protocolo de Investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. Versión Preliminar Rústica. México. 1983.
- 19a. MENDEZ R.I. Conceptos muy elementales sobre población objetivo e inferencia estadística. Comunicaciones Técnicas. Monografías (59). Inst. Investig. Matem. Aplic. y Sistemas. UNAM. México. 1982.
20. Mc. CARY J.L., Mc CARY S. Sexualidad Humana. 4a. Ed. El Manual Moderno. México. 1983.
21. NADELSON C.C. y NOTMAN H.T. Alteraciones y enfermedades específicas de la mujer. En USDIN G., LEWIS J.M. op cit. No. 8.
22. PETIT LAROUSSE DE LA MEDECINE. Librairie Larousse. París. 1976.

23. RICHARDS B.C. Hysterectomy: from women to women. Am. J. Obstet. Gynecol. 131(4): 446-52. 1978.
24. RICHARDS D.H. Depression after hysterectomy. Lancet 2: 430-433. Aug. 1973.
25. ROTHENBERG R.E. Medical Dictionary and Health Manual. New American Library. New York. 1975.
26. SECRETARIA DE SALUD. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México. Diciembre 1986.
27. SLOAN D. The emotional and psychosexual aspects of hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynecol. 131(6): 598-605. 1978.
28. WAYNBERG J. Premières réponses en sexologie de pratique quotidienne. Les Cahiers Sandoz No. 37. Mars 1982. Rueil-Malmaison.
29. ZUSSMAN L. et al. Sexual response after hysterectomy-oophorectomy; recent studies and reconsideration of psychogenesis. Am. J. Obstet. Gynecol. 140(7): 725-29. 1981.