

20

01962



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

RASGOS DE PERSONALIDAD FEMENINA MEDIDOS A
TRAVES DEL IMAFE Y ANSIEDAD EN MUJERES
HISTERECTOMIZADAS

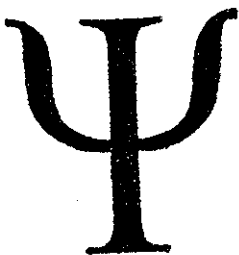
T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A :
LIC. CRISTINA RAMOS REYNOSO

DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUREZ

COMITE DE TESIS: DRA. SOFIA RIVERA ARAGON
MTRA. ANGELINA GUERRERO
MTRA. JACQUELINE FORTES BESPROSVANY
MTRO. JORGE PEREZ ESPINOSA

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





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.

RASGOS DE PERSONALIDAD FEMENINA

MEDIDOS A TRAVÉS DEL

IMAFE

Y ANSIEDAD EN MUJERES

HISTERECTOMIZADAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SER MUJER VA MAS ALLA DE LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA, SER MUJER SIGNIFICA VIVIR CADA MOMENTO CON PLENITUD Y CONVENCIDA DE QUE TODAVÍA QUEDA MUCHO POR HACER.

CAMPOS

"MUCHOS SINO TODOS LOS RASGOS DE LA PERSONALIDAD QUE LLAMAMOS FEMENINA O MASCULINA SE HALLAN DEBILMENTE UNIDOS AL SEXO, COMO LO ESTA LA VESTIMENTA, LAS MANERAS Y LAS FORMAS DE PEINADO QUE SE ASIGNA A CADA SEXO SEGÚN LA SOCIEDAD Y LA ÉPOCA."

MEAD

LA NATURALEZA HUMANA ES MALEABLE SIN EMBARGO LA MUJER ACTUAL QUE SE ADAPTA TOTALMENTE A UNA SOCIEDAD ANTIINSTINTIVA Y ANTIMATERNAL SUFRIRA DE ALGUNA MANERA LAS CONSECUENCIAS SIEMPRE QUE NO SEPA INTEGRAR SU VIDA PROFESIONAL, AMOROSA Y DE MADRE.

LANGER

LA FEMINEIDAD NORMAL IMPLICA LA ACEPTACIÓN DE LA MENSTRUACION, DEL EMBARAZO Y DE LA MATERNIDAD COMO CONSECUENCIA NORMALES Y DEESEADAS DE LA CONDICIÓN DE MUJER, CUANDO EXISTE UN CONFLICTO INTERNO CON LA FEMINEIDAD LAS MUJERES SON MAS DEPENDIENTES INADECUADAS, ANSIOSAS E INMADURAS Y PARECEN TENER MIEDO A LA AGRESION Y EMPLEAN LA TÉCNICA DIRECTA DE LA ALTERACIÓN SOMATICA.

BARDWICK

AGRADECIMIENTOS

Al grupo de mujeres pacientes del IMSS por permitirme conocer un poco mas sobre ellas y lograr entender mas sobre mi misma en este recorrido de lo que es la mujer.

A las autoridades del IMSS por permitirme acceder a sus instalaciones y por el gran apoyo recibido.

Al Dr. Iris de la Cruz Jefe de servicio del 2º. Piso sur por su confianza y paciencia, por su gran interés y trato humano que da a sus pacientes.

A la psicóloga Magdalena González por compartir conmigo sus conocimientos, su experiencia y lo más hermoso su amistad.

Al Dr. González Nuñez por creer en mi, por dejarme tener iniciativa, independencia, responsabilidad, autosuficiencia, y por guiarme en este difícil camino de querer ser mejor profesionalmente

A la Dra. Sofía Rivera Porque a través de toda mi vida profesional me ha apoyado con todos sus conocimientos, con sus actitudes y su optimismo, gracias por tu tiempo, por tu confianza y por tu amistad

A mis maestros Jorge Pérez, Jacqueline Fortes y Angelina Guerrero por ser parte importante en uno mas de mis logros, por compartir conmigo el caudal de conocimientos que poseen.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de seguir superándome para ser mejor profesional orgullosamente universitaria.

A CONACYT por su apoyo financiero y por creer en los estudiantes de la UNAM como el futuro de nuestro país.

A mi hijo por seguir siendo la fuente de inspiración para todos mis logros, mis decisiones y proyectos, por la bonita relación que llevamos y por haberme permitido realizarme como madre.

A Martín Julio, por seguir a mi lado a pesar de los grandes obstáculos que nos ha puesto la vida y nosotros mismos.

A la Vida porque existo todavía dentro de este universo, hasta cumplir con los designios para los cuales fui creada, porque puedo decir; aquí estoy sigo aquí y mientras exista, seguiré trabajando y luchando para ser mejor.

A mi madre porque a través de ella he aprendido valores propios de mi identidad femenina que a través del tiempo he compartido, valorado y aceptado o eliminado de mi propia forma de vida.

A mis hermanos que me han apoyado en cada momento, en tiempos de alegría, de tristeza, de salud y enfermedad gracias por ser una familia unida y solidaria.

A mis amigas que han demostrado serlo realmente, quienes me han apoyado a lo largo de mi vida.

INDICE

	Página
RESUMEN	8
INTRODUCCION	9

CAPITULO I PSICOLOGIA DE LA MUJER

1.1 Rasgos de personalidad femenina	12
1.2 Conceptos de femineidad y sumisión	15
1.3 Posición de la mujer en nuestra cultura	16
1.4 La función reproductiva (maternidad)	19
1.5 la femineidad desde el punto de vista psicoanalítico	22
1.6 Características de la mujer	25

CAPITULO II HISTERECTOMIA

2.1 Concepto	26
2.2 Indicaciones	27
2.3 Tipos de histerectomía	28
2.4 Como se hace la histerectomía	30
2.5 Alternativas a la histerectomía	30
2.6 Efectos colaterales de la histerectomía	33

CAPITULO III ANSIEDAD

3.1 Ansiedad, Angustia y Miedo	35
3.2 Concepto de Ansiedad	35
3.3 Teorías	37
3.4 Sintomatología	49

CAPITULO IV. INVESTIGACIONES REALIZADAS

4.1 Histerectomía	50
4.2 Ansiedad	57
4.3 Orientación pre operatoria	57

CAPITULO V INTERVENCION PSICOLÓGICA

5.1 Intervención psicológica	59
5.2 Educación para la salud	60
5.3 Apoyo psicológico antes y después de la cirugía	60

CAPITULO VI METODOLOGÍA

	página
6.1 Planteamiento del problema	61
6.2 Objetivos generales	61
6.3 Objetivos específicos	61
6.4 Definición de variables	62
6.5 Criterios de clasificación de la muestra	62
6.6 Definición de términos	63
6.7 Platica informativa	65
6.8 Tipo de diseño	66
6.9 Población	66
6.10 Muestreo	66
6.11 Instrumentos	66
6.12 Procedimiento	68

CAPITULO VII RESULTADOS

7.1 Datos socio demográfico	70
7.2 Resultados de la ansiedad estado y ansiedad rasgo	80
7.3 Resultados del inventario masculinidad femineidad	82
7.4 Análisis inferencial	86
7.5 Resultados para los grupos que recibieron y los que no recibieron plática	88

CAPITULO VIII CONCLUSIONES

8.1 Discusión y conclusiones	90
8.2 Limitaciones y sugerencias	95

BIBLIOGRAFIA	97
--------------	----

ANEXOS

Anexo 1 Cuestionario datos generales	101
Anexo 2 IDARE	102
Anexo 3 IMAFE	104
Anexo 4 Cuestionario post operatorio	106

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA	TÍTULO	PÁGINA
1	EDAD	70
2	ESTADO CIVIL	71
3	OCUPACION	71
4	ESCOLARIDAD	72
5	DIAGNOSTICO	72
6	TIPO DE CIRUGIA	73
7	No. DE HIJOS	74
8	METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	74
9	¿QUERIAN MÁS HIJOS?	75
10	TIPO DE PAREJA	75
11	OPINION SOBRE LA OPERACIÓN	76
12	ACTITUD ANTE LAS RELACIONES SEXUALES	77
13	OTROS PADECIMIENTOS	78
14	DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA	78
15	COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	79
16	RESULTADOS DE LA ANSIEDAD ESTADO	80
17	RESULTADOS DE LA ANSIEDAD RASGO	81
18	RESULTADOS DE LA SUBESCALA FEMINEIDAD	82
19	RESULTADOS DE LA SUBESCALA MASCULINIDAD	83
20	RESULTADOS DE LA SUBESCALA SUMISIÓN	84
21	RESULTADOS DE LA SUBESCALA MACHISMO	85
22	RESULTADOS CON Y SIN PLÁTICA INFORMATIVA	86
23	RESULTADOS EN EL PRE Y POST OPERATORIO	87
25	PRE Y POST OPERATORIO SIN PLÁTICA PREOPERATORIA	88
25	PRE Y POST OPERATORIO CON PLÁTICA REOPERATORIA	89

RESUMEN

El interés de la presente investigación era el conocer si existían diferencias en los rasgos de personalidad femenina y en la ansiedad que presentan un grupo de mujeres antes y después de una histerectomía y si el hecho de que algunas de ellas recibieran plática informativa preoperatoria influía también en estas manifestaciones.

Se contó con una muestra de 100 pacientes de un hospital de gineco obstetricia del IMSS, se aplicaron dos instrumentos uno (IDARE) para medir ansiedad y otro (IMAFE) para medir rasgos de personalidad basados en estereotipos de género. Se aplicaron en tres momentos uno en el preoperatorio, otro en el postoperatorio y a los tres meses de la cirugía.

Se encontró que: La ansiedad Estado fue disminuyendo tanto para mujeres que recibieron plática como para las que no recibieron lo cual significa que tanto un grupo como otro fueron disminuyendo la ansiedad aun sin la plática, por lo que en este caso la plática no es un factor determinante para bajarla, sino que va disminuyendo por el mismo hecho de estar recuperándose y resolviendo un problema de salud.

Donde si se encontraron diferencias fue en la ansiedad rasgo, la cual disminuyo en el postoperatorio en el grupo que no recibió plática informativa lo cual no se sabe a que se deba.

En relación con los rasgos de personalidad femenina antes y después de la cirugía, en este estudio no hubo cambios estadísticamente significativos lo cual significa que la femineidad se confirma antes y después de la cirugía, esta no cambia, los tabúes tales como el hecho de quedar hueca, el sentirse menos mujeres, el no funcionar sexualmente etc han disminuido la mayoría ya no deseaban mas hijos, y su mayor interés era el mejorar su salud y prevenir un posible cáncer.

A las pacientes que se evaluaron a los tres meses se les pudo evaluar su actitud ante las relaciones sexuales, un 33.4% aun no las tenían porque tenían miedo y otro 33.4% ya las habían tenido y habían mejorado. Las pacientes necesitan mas información sobre cuando reiniciar la vida sexual, y como vivir su sexualidad, sin miedo, sin presiones y con mayor satisfacción.

A partir de los resultados es importante incluir la evaluación multidisciplinaria como parte de la evaluación general preoperatoria.

Programar pláticas informativas para mayor numero de pacientes, incluyendo mas contenidos psicológicos y de la vida diaria después de la histerectomía Y Aplicar técnicas para bajar ansiedad en casos especiales como parte de la intervención psicológica.

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe un incremento notable en la investigación sobre los aspectos relacionados con el género, como son las diferencias entre los sexos, los papeles, los estereotipos, las actitudes etc.

A pesar del gran número de investigaciones existentes, es mínimo lo relacionado con las características de personalidad femenina en mujeres histerectomizadas, ya que empíricamente se conoce que son mujeres que se sienten mutiladas, devaluadas y huecas, sin tener un fundamento científico al respecto.

Algunos autores han trabajado los conceptos existentes sobre los efectos psicológicos de la histerectomía.

Entre las investigaciones encontradas tenemos aquellas que mencionan que la histerectomía por sí misma no tiene un riesgo de desorden psiquiátrico, habiendo una fuerte asociación entre los resultados psiquiátricos después de la cirugía y el status psiquiátrico antes de la operación, los resultados fueron significativamente asociados con el estado mental preoperatorio y con una historia previa de referencia psiquiátrica en cualquier momento. Estos encuentros fueron consistentes con los reportes de Linderman (1941), Melody (1962), Barker (1968), Richards (1973), Dennis Gath., Peter Cooper, Alison Bond y Gillian Edmonds.(1982)

También se encuentran aquellas que mencionan algún tipo de repercusión psicológica después de la histerectomía como la devaluación, depresión, miedo a reiniciar vida sexual, ansiedad, confusión en la percepción de sí misma, frigidez, dificultad para dormir y un trauma emocional en pacientes jóvenes. López D. Y de la Rosa (1989), Barruel O I. (1993), Barglow et al (1968), Engraf F. (1964), Patterson y Craig (1963).

Aunque estos autores no definen claramente sus resultados con relación al concepto de personalidad, si mencionan aspectos tales como depresión, autoconcepto, sexualidad e inseguridad relacionados con la histerectomía y que tienen que ver con esos rasgos que definen a la mujer.

Se entiende por personalidad a todas aquellas características que se atribuyen de manera sobresaliente a la mujer según sus rasgos también llamados femeninos, o sea rasgos de personalidad asociados al género y que tiene que ver con " la identidad femenina, o sea el reconocimiento de la

propia imagen como mujer que le permiten manifestar cualidades femeninas asignadas socialmente" (Lara C. 1993).

En relación con la ansiedad estado y ansiedad rasgo que se presenta ante una situación de tensión y preocupación como es el someterse a un evento quirúrgico que amenaza la integridad y supervivencia, son mínimas las referencias encontradas: Entre las investigaciones encontradas tenemos a Karina I. De Groot. (1996), quien Evaluó aspectos de la ansiedad transitoria, en el postoperatorio, solamente midió la ansiedad estado (Spielberger).

El estudio mostró que la ansiedad estado, ansiedad específica y ansiedad observada fueron positivamente asociadas con la ansiedad postoperatoria y el dolor físico.

La ansiedad específica tiene un específico efecto sobre ambos momentos, esta variable parece por lo tanto ser el mejor predictor de la angustia postoperatoria.

La ansiedad puede tener una influencia negativa fuerte sobre la ansiedad postoperatoria y al mismo tiempo una influencia positiva ya que los pacientes con ansiedad cognoscitiva quienes también sienten nervios o tensión pueden mejorar preparándose ellos mismos para la cirugía

La convivencia diaria como personal de salud con pacientes histerectomizadas, fue lo que determino el interés por conocer las características de personalidad femenina y los niveles de ansiedad que presentan éstas mujeres antes y después de la cirugía y determinar si estas permanecen o cambian antes de ser dadas de alta y a los tres meses de operadas

Se consideró la oportunidad de realizar la presente investigación en coordinación con el jefe de servicio de hospitalización del segundo piso de un hospital de gineco obstetricia, quien programa una plática mensual multidisciplinaria dirigida a pacientes que van a ser histerectomizadas.

Los resultados encontrados solo pueden ser exclusivos para un tipo de población heterogénea derechohabientes de una institución del sector salud, donde observamos desde mujeres sin haber terminado la primaria hasta profesionistas, así como mujeres que se dedican al hogar hasta aquellas que son económicamente activas. Encontramos que los conceptos tradicionales de sentirse huecas, y menos femeninas han cambiado, estas mujeres se sienten mejor ante una histerectomía ya que por un lado están solucionando un problema de salud y por otro previniendo complicaciones como son el cáncer, la anemia, y embarazos no deseados.

Los objetivos de la presente investigación fueron:

Conocer los rasgos de personalidad femenina y los niveles de ansiedad que presentan un grupo de mujeres que van a ser histerectomizadas.

Determinar si existe alguna diferencia en los rasgos de personalidad femenina y la ansiedad que presentan las mujeres después de la cirugía, cuando estas han recibido plática informativa por parte del equipo de salud.

A través de la presente investigación se pretende demostrar y justificar la necesidad de la intervención psicológica antes y después de la cirugía y sobretodo en este tipo de pacientes.

En el capítulo I Psicología de la mujer se mencionan las características de la mujer de acuerdo a diferentes autores, como se le ha conceptualizado a través de la historia y algunos conceptos que han ido cambiando se incluye aspectos tales como, la función reproductiva, rasgos de personalidad y, maternidad.

En el capítulo II Histerectomía se mencionan antecedentes de esta cirugía, indicaciones, tipos de técnicas, repercusiones emocionales, biológicas, y sociales ante la histerectomía.

En el capítulo III Se hace una revisión sobre la ansiedad, teorías, conceptos, sintomatología, dimensiones y tratamiento.

El capítulo IV. Hace una revisión sobre las investigaciones relacionadas con la histerectomía. La ansiedad y la orientación previa a un tratamiento quirúrgico.

En el capítulo V se hace referencia a la importancia de la intervención psicológica.

El capítulo VI. Muestra la metodología empleada

En el capítulo VII. Discusión y Resultados. Y en el capítulo VIII conclusiones de los resultados obtenidos y las limitaciones y sugerencias dentro de este estudio.

CAPITULO I PSICOLOGIA DE LA MUJER

1.1 RASGOS DE PERSONALIDAD FEMENINA.

Se entiende por personalidad a todas aquellas características que se atribuyen de manera sobresaliente a la mujer según sus rasgos también llamados femeninos, o sea rasgos de personalidad asociados al género y que tiene que ver con " la identidad femenina, o sea el reconocimiento de la propia imagen como mujer que le permiten manifestar cualidades femeninas asignadas socialmente" (Lara C.1993).

El desarrollo del individuo se fundamenta de manera primordial en su conciencia de pertenencia a una categoría sexual y, una vez identificado con ella, comienza a aprender las funciones o papeles propios de ésta.

La función del papel del género humano, en el proceso de desarrollo individual, es un aspecto básico y rector del sí mismo. Dichas normas comportamientos y valores sociales empiezan a interactuar desde el nacimiento con el aparato sexual biológico de tal manera que es difícil deslindar la contribución específica de cada individuo. Esto ha llevado a reemplazar el determinismo simplista, por el reconocimiento de que la conducta humana es el resultado de un organismo biológico que se desarrolla dentro de un contexto social.

A través de este aprender los papeles propios de una categoría sexual conoceremos lo que son las características que finalmente hacen a un individuo definirse como mujer o como hombre en una sociedad dada.

Los procesos del desarrollo de la mujer así como sus fantasías acerca de su femineidad y las experiencias de cada día forman parte de la percepción de sí misma.

"Existe confusión en las mujeres sobre su propio cuerpo así pues, es muy frecuente que hagan depender del útero su propia femineidad, su sexualidad, su relación de pareja, su vida familiar, su funcionamiento y su vitalidad. Por esto muchas mujeres consideran que su útero es el órgano central de su cuerpo y determina todo lo relacionado con su esencia de ser mujer, entre sus fantasías se ve a sí misma como hueca y sin identidad femenina" (López D. y De la Rosa 1989)

Adler (1965) Asoció la inferioridad con la debilidad y la femineidad. Consideraba que tanto los hombres como las mujeres protestaban contra

las debilidades, las mujeres debido a su debilidad inherente como lo femenino de la especie, y los hombres debido a la asociación con la femineidad que connotaba inferioridad.

La frustración de la mujer tiene su origen en la educación que se le inculca diferente a la del hombre. Desde su niñez se le inculca tanto su desvalimiento como su necesidad de protección, la evolución de frustración femenina parece ser la asimilación de la pasividad, desde las iniciales consideraciones implícitas de su debilidad frente al hombre, hasta la diferencia en sus juegos y actividades.

Fernández (1980) Menciona que desde el instante mismo en que nace una persona, el trato que se le da es diferente, dependiendo si es niño o niña, etapa en que la familia va a jugar un papel muy importante; Mientras que en los niños se pone énfasis en la libertad, la audacia, la inteligencia, y se fomentan y desarrollan sus capacidades físicas, la rebeldía y la agresividad, a las niñas se les educa de forma que se den en ellas las cualidades más apreciadas como: Abnegación, auto sacrificio por los demás, sumisión, docilidad, seducción. Por otro lado se les limita el desarrollo físico, advirtiéndoles que deben evitar los juegos bruscos; la inteligencia y la iniciativa es algo que no tiene importancia en ellas. De este modo a las niñas se les hace creer que son débiles, desvalidas, inferiores física e intelectualmente con respecto a los hombres, por lo que tienen la obligación moral de justificar su existencia sirviéndole lo mejor posible al que será su esposo, pues a cambio éste le dará protección moral, económica y física

De esta manera en el seno familiar cuyas funciones radican en la educación de los hijos, se plasman aspectos culturales que dan a su vez la pauta para un desarrollo de la personalidad con ciertos rasgos determinantes para la mujer

Deutsch H. (1947) Menciona que los estudios de antropología cultural llevados a cabo por Margaret Mead, por Abraham Kardiner, por Ruth Benedict y otros han puesto de manifiesto que muchas de las características consideradas como fundamentalmente femeninas, las que clásicamente se incluían en el carácter femenino, más que vinculadas a determinismos orgánicos se encuentran profunda y hondamente arraigadas a las instituciones culturales que otorgan determinadas pautas, ideales, metas, y papeles atribuidos a la mujer y a sus funciones dentro de la cultura

Para Ellis (1981) La mujer tiende a considerarse inadaptada, sin el amor de un hombre, reprime y contiene su sexualidad y permite ser explotada sexual y

personalmente. La mujer soltera o casada cree que tiene que formar parte de una pareja íntima para sentirse segura; inclusive los hijos le dan esta seguridad, cuando parece fracasar en sus intentos de asegurar su amor.

Alvarez, G. (1979) menciona que existen denominadores comunes que se pueden encontrar en todas las mujeres, independientemente de su clase social o nivel educativo: la dependencia de las figuras de autoridad, la inseguridad en ellas mismas, su devaluación, su miedo etc.

El rasgo de dependencia es común encontrarlo en la mujer, de hecho es frecuente encontrarse con mujeres cuya estima hacia sí mismas depende totalmente de las reacciones de los demás. La mujer excesivamente dependiente se siente poco capaz de actuar con independencia y, consciente de ello, experimenta una gran necesidad de apoyo. Esto comienza desde que la niña es pequeña, debido a que su socialización implica mayor dependencia que en los niños; por ello muchos de los comportamientos dependientes en las niñas parecen ser habituales, normales y adaptativos por lo que se consideran adecuadas. En cambio si un niño que se le ha educado para ser independiente si se muestra dependiente se le valora como mal adaptado, inseguro de su masculinidad e inmaduro.

Las mujeres se valoran en función de como las aceptan y valoran los demás y dependen todavía de la buena voluntad de otros. El hecho de que se apoye en otras personas se debe a su relativa falta de separación que existe entre ella y otro adulto, (mamá, papá, esposo).

La dependencia se acompaña generalmente de conformismo y pasividad, puesto que todas estas características se deben a la falta de capacidad para estimarse uno mismo de un modo independiente.

Esta dependencia comienza en las primeras etapas del desarrollo de la niña y es reforzada en el seno familiar, social y cultural.

Es difícil hablar de rasgos de personalidad en la mujer, y sobretodo de la mujer histerectomizada ya que no existe una cultura única en México, se observa una gran heterogeneidad dada por los diversos niveles de industrialización y urbanización, los grupos étnicos, y la variedad en los niveles de ingreso y educación.

Sin embargo encontramos que Lara C. (1993) realizó un estudio donde hace una descripción de los rasgos de personalidad en la cultura del mexicano y presenta un estereotipo general para la mujer y para el hombre, menciona

que la cultura mexicana está profundamente afectada por los papeles y estereotipos sexuales tradicionales, a los papeles tradicionales se les han denominado machismo en el hombre y sumisión en la mujer que marcan una clara diferenciación entre los sexos

1.2 CONCEPTO DE FEMINEIDAD Y SUMISIÓN

Bem citado por Lara, C. (1993) Propuso que la persona que se comporta de manera masculina o femenina lo hace porque ha asumido las normas de comportamiento que la sociedad dictamina como deseables. Por lo tanto desde su punto de vista, las características de personalidad relacionadas con rasgos masculinos y femeninos deberían seleccionarse de acuerdo con la deseabilidad social asociada con ellas.

Frente a este argumento puede plantearse que las características que la persona asume pueden ser deseables a partir del criterio social pero no desde otros puntos de vista. Por otra parte una observación detenida de los estereotipos de género es suficiente para mostrar que muchos de ellos son poco deseables por lo menos desde el punto de vista del ajuste personal, los estereotipos y papeles de género son descritos con frecuencia, sobre todo en nuestra cultura en términos de machismo y sumisión los cuales en ciertas épocas y contextos han sido considerados como deseables socialmente, no obstante que en la actualidad, aunado a su baja deseabilidad social, se cuestione su valor para un ajuste personal adecuado

1.3 POSICION DE LA MUJER EN NUESTRA CULTURA

Basaglia (1983) Nos expone un panorama muy amplio sobre la posición de la mujer en nuestra cultura.

Hace un análisis de algunos puntos que tienen que ver con la problemática de las mujeres referentes a su situación de vivir dentro del núcleo familiar y un contexto social que le es adverso.

Menciona que no se puede hablar de la mujer sino como de algo históricamente determinado y construido por un cuerpo social y una lógica económica, su marginación y subalternidad de ésta surge paralelamente a la propiedad privada. La relación entre división sexual del trabajo y división de clases lleva a la identificación que el hombre y su cultura hacen entre mujer y naturaleza, entre diversidad natural e inferioridad social, que desemboca en el enclaustramiento de la mujer en "los muros de la casa" por la necesidad de asegurar la transmisión de la propiedad del hombre a sus hijos.

Un denominador común que instala a la mujer en el primer nivel de opresión, consiste en haber nacido mujer dentro de una cultura en la que este hecho es de por sí un menosprecio.

En nuestra sociedad se ha creído que todo lo que se refiere a la mujer está dentro de la naturaleza y de sus leyes. La mujer tiene la menstruación, se embaraza, pare, amamanta, tiene la menopausia; Todas las fases de su historia pasan por las modificaciones y alteraciones de un cuerpo que la ancla sólidamente a la naturaleza. Esta es la causa de que nuestra cultura haya deducido que todo aquello que es la mujer lo es por naturaleza: Es débil por naturaleza, obstinada y dulce por naturaleza, maternal por naturaleza, estúpida por naturaleza, seductora por naturaleza, y también pérfida y amoral por naturaleza. Lo que significaría que las mujeres fuertes, feas, privadas de atractivos, inteligentes, no maternales, agresivas, egoístas, rigurosamente Morales en el sentido social son fenómenos contra naturaleza.

Para nuestra cultura y por definición la mujer es débil con respecto al hombre. Primero, porque se ha aceptado como un valor la facultad que tiene el hombre para penetrarla, traduciéndose la penetración sexual como apropiación, mientras que se menosprecia la condición de quien es penetrado. Además de haber vivido en un estado de sujeción económica a partir del momento histórico en que el trabajo doméstico ya no es

considerado productivo y en cambio se considera el trabajo masculino como cualitativamente diferente al que las mujeres desempeñan entre los muros de la casa.

La mujer ha sido por siglos, cuerpo y propiedad del hombre, propiedad exitosamente confirmada por la subordinación económica. A cambio de este cuerpo y de esta propiedad el hombre ha ofrecido protección a la mujer y gracias a la protección proporcionada ha logrado inventar tanto la realidad como la ideología de la natural debilidad femenina, traduciendo la diferencia original como inferioridad.

El amor o el enamoramiento llevan a la mujer automáticamente a un estado de rendición. Al paso de los años, se acumulan contradicciones y frustraciones recíprocas que, inevitablemente, existen en cualquier tipo de relación. Y este proceso hace que se exageren las llamadas dotes femeninas, quizá como reacción al habitual desprecio y limitación de que es objeto, pues es más aceptable castigarse y devaluarse uno mismo, que ser castigado y devaluado por los demás.

Esta exageración de dotes puede parecer extraña, e indicadora de enfermedad sobre todo cuando la mujer deja de ser atractiva y ya no tiene a su alrededor a quien donarse o por quien anularse.

Los hijos se van de casa muy pronto, y si llegan a quedarse aceptarán cada vez menos ser la justificación para la madre. El marido ya no se siente atraído por una mujer que envejece, su vocación paternal que con sus hijos sólo se había manifestado débilmente por haber estado demasiado ocupado, ahora va a ejercerla con mujeres más jóvenes que le dan la ilusión de comenzar de nuevo y de lograr el reconocimiento "merecido".

La mujer de edad madura, que en su vida ha sido naturaleza, cuerpo - para - otros, madre - sin - madre, no tiene ante sí muchas alternativas.

No sabe que significa vivir para sí misma

No ha cultivado intereses fuera del núcleo familiar porque se le ha inculcado que el interés personal es punible y egoísta

No contempla un futuro

No comprende una realidad social en la que nunca tuvo importancia o que ignora su existencia

Su cuerpo que nunca existió para sí, ahora tampoco puede ser para otros.

La menopausia es una realidad natural para ella, pero es también una ideología: Se establece que esta mujer ya no es mujer porque ya no puede

procrear más y, Así, ésta mujer estará, también ideológicamente, dominada por la naturaleza. Pero se trata de una naturaleza fabricada, moldeada para servir a una cierta finalidad: obligar a las mujeres a aceptar una asimetría cultural, el nivel entre su propia condición y la del hombre.

Imposibilitada de ser madre, rodeada de vacío en un mundo hostil donde no encuentra lugar ni significado, la reacción más común es intentar desaparecer, hundirse en una depresión sin salida, resultado de la exasperante actitud pasiva, autodestructiva y dañina, supuestamente natural, que le ha sido impuesta como único modo de supervivencia.

Para Weisstein (1959), Citado por Brachfeld, (1970) La caracterización cultural de la mujer corresponde al típico estereotipo de inferioridad, advirtiendo que las mujeres son inconstantes, emocionales, inestables, intuitivas, más débiles, mas bien nutrientes que productivas, criaturas dignas de ser amadas, felices, pueriles y amantes.

Ramírez S.(1962) Menciona que se le podrían adscribir a la mujer dos tipos fundamentales de perturbaciones en la expresión de su femineidad:

** trastornos en la realización femenina de tipo genital

** trastornos en la realización femenina de tipo maternal

Estas dos series de perturbaciones pueden encontrarse ausentes asociadas u operando alternativa y antagónicamente la vida de las mujeres, pero nunca han sido elementos vitales para ellas, sino validos como instrumentos para la seducción del hombre o para la procreación.

Características como pasividad, ternura, receptividad, falta de agresividad y temor al peligro, todas ellas consideradas en la cultura occidental como específicas de la mujer y derivadas de su condición genética tienen que ser revaloradas a la luz de la investigación cultural y del cambio social operado en las últimas décadas.

Ante esta situación las mujeres han luchado por deshacer esta cultura, a partir de su ingreso al mundo productivo y la conquista de sus nuevos derechos, pero a pesar de su lucha, esta cultura se conserva sólidamente afianzada por las mismas mujeres, que contribuyen a conservarla y alimentarla. Por un lado existen aquellas que luchan por un cambio, y por otro las que continúan perpetuando nuestra condición de mujer culturalmente heredada, por lo que es necesario el análisis profundo de los procesos que nos han llevado a ser lo que somos, y a entender lo que ahora entendemos.

1.4 LA FUNCION REPRODUCTIVA (MATERNIDAD)

***"Ser mujer va más allá de la función reproductiva.
Ser mujer significa
vivir cada momento con plenitud y convencida de que todavía
queda mucho por hacer".***

- ***No todas las mujeres sueñan con ser madres. Algunas eligen no serlo como una opción de vida***

Marielos Campos

La Nación

Actualmente existe un gran número de mujeres que coinciden en su decisión de no ser mamás, pues creen firmemente que tienen el derecho de determinar si quieren o no traer hijos al mundo.

De acuerdo con su visión, el ser madre no es la única forma de vivir la vida, si no debe verse como una posibilidad más.

Así, la condición femenina no necesariamente es sinónimo de maternidad, pues existen otros proyectos de vida en los que también logran realizarse y ser felices.

La suya es una posición meditada, asumida por voluntad propia y no por impedimentos físicos que les limiten la maternidad.

Los criterios en que se basan para decidir no tener hijos son variados.

Tenemos algunos testimonios que fueron publicados en el diario de la nación por artistas famosas.

"La maternidad nunca fue una prioridad para mí. Me encantan los chiquitos pero pienso que en el mundo hay mucha gente y niños sufriendo",

"La maternidad transformaría mi vida "Ser mamá es algo que no me nace. Tener un hijo me impediría disfrutar de cosas como viajar o dormir. Yo sería una pésima mamá y por eso creo que es mejor no serlo "

"Tengo un enorme conflicto sobre cómo conciliar las metas profesionales con el ser mamá, porque ambas cosas requieren tiempo completo. De lo contrario, tendría que pasarle la factura a otra persona para que lo cuide y eso no me parece justo. Además, le tengo pánico al parto. De hecho, solo tendría un hijo por la presión social de ser mamá".

"Para otras personas tener hijos debe ser muy satisfactorio pero para nosotros fueron prioritarios otros proyectos de vida", señala la Directora de la Defensoría de la Mujer.

El patrón de identificación de ellas es el que no ligan el hecho de ser mujeres con la obligación de ser mamás.

Aunque no hay estadísticas y se supone que ese criterio es más frecuente entre las profesionales, es posible afirmar que este grupo trasciende el mandato cultural de ser mamá. Ellas se dan cuenta que en la vida tienen otras opciones como crecer profesionalmente o viajar, y que la maternidad las limita.

Unas contra el sistema

Estas y otras mujeres rompen esquemas con su comportamiento y en no pocas ocasiones enfrentan la crítica, ya que la sociedad casi que las obliga a tener hijos.

Además, cuando se casan, para la sociedad resulta inconcebible que dos personas se unan y no tengan descendencia

La mujer de hoy sabe que si no tiene o no tuvo hijos, puede ser tan feliz como si los tuviera.

Las razones

Las mujeres se abstienen de ser mamás porque los hijos, entre otras razones:

Son un impedimento para alcanzar metas profesionales.

Constituyen cargas de por vida.

Impiden el disfrute de actividades ociosas o de esparcimiento personal.

Quitán horas de sueño y momentos para compartir con la pareja.

Deforman el cuerpo femenino.

Generan muchos problemas.

En su resumen sobre la definición de la maternidad Martínez A. 1998 toma en cuenta a varios autores, entre ellos, Alzan 1974, Reed E. 1980, Badinter 1980, Langer M. 1978, y Gerson K. 1985 y nos menciona que la actitud ambivalente en la que vive la mujer actual es producto de las exigencias sociales; desde el momento en que fue necesario culpabilizarla o amenazarla para hacerla volver a su función nutricia y materna en el siglo XVIII, hasta obligarla a ocuparse el tiempo completo a la crianza de los hijos en el siguiente siglo, cuando no querer a los niños se convirtió en un crimen sin explicación posible, para después restarle importancia a la maternidad, considerando a los niños indeseables o como un impedimento para la superación personal de la mujer.

Langer, (1994) nos menciona que antes se sabía que la finalidad de toda mujer era casarse y tener hijos actualmente la maternidad ya no es tan deseada, Dada nuestra organización social con el trabajo femenino, la crisis de vivienda, el elevado costo de educación de un niño, el nacimiento de un hijo es sentido a menudo mas bien como un estorbo económico y social que como una alegría La mujer, para dar valor a su vida, tiende a buscar nuevos contenidos.

El ideal de la maternidad a la cual toda mujer aspiraba, acorde, al propio tiempo, con sus impulsos instintivos se ha sustituido actualmente por múltiples ideales, distintos en cada capa social, en cada ambiente y muy frecuentemente en pugna con la maternidad. Antaño las niñas leían novelas que terminaban con un casamiento, y toda su fantasía se concentraba en su futura vida matrimonial y la educación de sus hijos. Actualmente las jóvenes sueñan con ser estrellas de cine, o rubias ilustres, o cosmonautas hay muchos caminos abiertos para ellas.

La niña de nuestra época esta frente a un dilema vivir la vida de antaño o elegir una carrera aunque el tener una profesión no implica renunciar al casamiento y a la posibilidad de fundar una familia.

la naturaleza humana es maleable sin embargo la mujer actual que se adapta totalmente a una sociedad antiinstintiva y antimaternal sufrirá de alguna manera las consecuencias siempre que no sepa integrar su vida profesional, amorosa y de madre.

La historia nos muestra como a través del tiempo, el rol materno ha estado determinado por causas socioeconómicas que alientan a las mujeres hacia la maternidad o a abandonarla de acuerdo a la política de población de cada sociedad y los intereses económicos de las mismas, asimismo nos muestra como han influido estos hechos en el desarrollo psicológico de la mujeres afectando sus funciones biológica procreativas, es decir, la historia nos muestra como en las mujeres actuales se ha incrementado los trastornos de la menstruación, la concepción, la fertilidad y la lactancia.

1 5 LA FEMINEIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOANALITICO

Freud desarrolló sus criterios sobre la mujer en las primeras décadas de nuestro siglo y fue modificándolas paulatinamente.

Freud estudio primero y principalmente el de desarrollo de la sexualidad infantil en el varón. Para él, el sexo standard era el masculino.

Después atribuyo a la mujer el mismo desarrollo hasta el momento en que la niña se da cuenta por primera vez de la diferencia anatómica entre los sexos, reconocimiento que, según el, generalmente ocurre a los tres o cuatro años de edad. Dice que la niña reacciona siempre a este descubrimiento con un sentimiento inmediato de envidia, deseando ella misma tener un genital masculino, sintiéndose inferior y despreciando su propio sexo. La interpretación que ella encuentra a su falta de pene es la de haber sufrido una mutilación genital. Este proceso psicológico seria independiente del ambiente social de la niña. Pasada la primera desilusion la niña llega solo paulatinamente y a través de muchos conflictos a reconciliarse con su propio sexo, pero generalmente subsiste durante toda su vida cierto resentimiento por su femineidad. Además su falta de pene que considera casi una inferioridad orgánica tiene tal vez como consecuencia una inferioridad en el plano psicológico, cultural y moral. Pero como existen rasgos de los dos sexos tanto en el hombre como en la mujer (concepto de bisexualidad), esta inferioridad no estaría en oposición con las dotes afectivas e intelectuales de determinadas mujeres superiores porque su capacidad seria sencillamente una manifestación de tendencias masculinas en ellas. Toda esta situación de inferioridad seria consecuencia del desarrollo psicobiologico de la mujer y así hasta cierto punto independiente de su ambiente familiar y cultura. Estos descubrimientos para muchos psicoanalistas sigue en vigencia, sin embargo no es casual que hayan sido principalmente psicoanalistas mujeres menores que Freud en varios decenios quienes hayan descubierto el carácter defensivo de la envidia del pene.

Primeramente fue Karen Horney que investigó este tema profundamente aunque con cierto matiz polémico. Después Melanie Klein y su escuela al estudiar las vivencias psicológicas del primer año de vida y basándose en el concepto de fantasía inconsciente, logró demostrar cómo, tanto la niña como el varón reaccionan prácticamente desde el principio de su vida de acuerdo con su sexo y su biología

Pero Melanie Klein referido por Langer (1994) y otras analistas mujeres podían profundizar en la psicología femenina más allá de lo que fue posible a Freud, gracias a él y a sus geniales descubrimientos y además porque ya pertenecían a otra época. Ya no estaban coartadas por el prejuicio de la inferioridad de la mujer, ni ellas, ni las enfermas que ellas estudiaban.

Según Freud en su teoría sexual nos refiere que hasta la fase fálica no existe diferencia alguna en la evolución psicosexual de los niños, se preocupó más por la investigación de la evolución masculina. Encontró que era más difícil estudiar a la mujer, expone que la niña como el varón pasan por la fase oral y anal para entrar después a la fálica, explica el complejo de edipo en la niña sus fantasías masturbatorias son dirigidas al padre y esta en conflicto con la madre, culpa a su madre de su inferioridad genital.

El contenido de los deseos eróticos de la niña dirigidos hacia el padre se manifiesta en fantasías placenteras de ser castrada, soportar un coito agresivo o dar a luz, y el dolor forma parte integrante de estas fantasías que Freud interpreta como masoquismo femenino fenómeno biológico a su juicio.

En 1931 en sexualidad femenina nos da un nuevo planteamiento en primer lugar llama la atención sobre la dificultad de definir claramente qué debemos conceptualizar como masculino o femenino en el plano psicológico no puede ser equiparado simplemente a lo activo y pasivo por la gran actividad que desarrolla la madre con sus hijos. Además sería difícil discernir hasta qué punto la pasividad femenina es innata o un producto de nuestra cultura y educación sexual. Tampoco el masoquismo de la mujer nos sirve como característico de lo femenino ya que también se encuentra en los hombres. Nos da un nuevo planteamiento, la fijación libidinosa de la niña a su padre a menudo muy intensa, sería ya la repetición de una situación anterior y de igual intensidad con la madre vuelve a afirmar que la niña se comporta y se siente como un varoncito hasta ya entrada la fase fálica y que la masturbación clitoridiana corresponde a la peniana del varón la niña desconoce prácticamente la vagina en esta época, el comportamiento sexual es idéntico, tanto la niña como el niño dirigen sus impulsos libidinosos hacia el mismo objeto la madre o un sustituto de ella para el niño su primer objeto será un objeto heterosexual en el futuro, en cambio la niña debe desligarse para dirigirse al padre, Branswick menciona que la niña se separa de la madre por diferentes causas, entre ellas se da cuenta de la falta de pene de ambas le reprocha el haber heredado de ella su genital insuficiente, si acepta su femineidad puede recuperar a su madre a través de la identificación y conseguir a su padre como objeto de amor. Renuncia a su deseo de tener un pene y se conforma con la espera de recibir un pene (de su compañero sexual más tarde) durante el coito.

Según Freud la niña logra en la pubertad convertirse de varón castrado a una mujer, en el periodo de latencia de los cinco años a la pubertad los niños han logrado reprimir la mayor parte de su sexualidad infantil. Se han identificado con el progenitor del mismo sexo, se han vuelto fácilmente educables y utilizan su energías para el estudio y la adquisición de conocimientos. Para la niña la pubertad se inicia con la aparición de la primera menstruación, la menarquia, en esta época surge una intensa excitación sexual proveniente de

los cambios que sufre el organismo reviviscencia poderosa de la sexualidad infantil. Durante la pubertad los objetos inconscientes son todavía los mismos que en la primera infancia, también el clítoris conserva durante bastante tiempo su predominio como zona directiva de la excitación sexual. Solamente poco a poco y, generalmente después del primer coito la vagina logra atraerse a la excitabilidad sexual, la mujer llega solamente a través de procesos complicados de desarrollo y solo después de la pubertad a su posición femenina y que muchas mujeres fracasan en esta larga evolución. Considera por eso que el enigma de la mujer reside en su bisexualidad. Lo que explica también la gran frecuencia de la frigidez en ella.

Brunswick en contraste con Freud sostiene que parece ahora probable que exista ya cierta excitabilidad vaginal durante la infancia pero que tiene origen anal, el ano transfiere a la vagina parte de su excitabilidad pasiva, sin embargo insiste que el papel de tal sensibilidad es menor y secundario respecto al clítoris como órgano de la sexualidad de la niña.

Deutsch. Dedico su interés a investigaciones sobre la psicología femenina, ella destaca que tanto el varón como la niña luchan por adquirir actividad e independencia frente a su madre esto implica desarrollar actividad y cierta agresividad, , en esta lucha el padre representaría el mundo exterior , la realidad, la niña al abandonar a la madre va hacia el padre en busca de ese mundo exterior.

La envidia fálica en la niña es importante sin ser fundamental en el desarrollo femenino, convierte sus deseos activo agresivos en pasivos masoquistas desarrolla una actividad dirigida hacia adentro.

Langer no expone que el conflicto básico de la niña no proviene, pues, de su envidia al pene sino de su carencia definitiva de un órgano sexual activo y falta temporaria o subjetiva del órgano receptivo- pasivo, la vagina en la cual solo mas tarde centrara toda su sexualidad adulta.

1.6 CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER

De acuerdo a los autores revisados se realizó una lista de las características que definen como propias de la mujer, que se tiene una idea de que estas son consideradas en la cultura occidental como específicas de la mujer y derivadas de su condición genética sabemos que no todo es parte de la naturaleza sino de una situación cultural, social y económica que tienen que ser revaloradas a la luz de la investigación cultural y del cambio social operado en las últimas décadas.

Desde el punto de vista de los diferentes autores estas características no implican que los hombres no puedan ser pasivos y las mujeres dinámicas o asertivas sino que unos aspectos son más predominantes o conscientes en unos que en otras.

Amorosa	Influenciable
Afectuosa	Idealista
Abnegada	Insegura
Amigable	Inestable
Bonita	Inteligente
Cooperadora	Indecisa
Compasiva	Inmadura
Cobarde	Optimista
Conformista	Obstinada
Caritativa	Pasiva
Comprensiva	Miedosa
Devaluada	Maternal
Desvalida	Receptiva
Dependiente	Retraída
Dócil	Resignada
De voz suave	Seductora
Dulce	Servicial
Débil	Sumisa
Espiritual	Sobreprotectora
Generosa	Tímida
Histérica	Torpe
Hogareña	temor al peligro
Hipocondríaca	Tierna

CAPITULO II HISTERECTOMIA

2.1 CONCEPTO

La palabra histerectomía deriva de las raíces griegas hystéra = matriz o útero y ektomé = escisión o corte. Es, por lo tanto, un procedimiento quirúrgico donde el útero es extraído de la pelvis de la mujer, por causas que comprometen su salud o incluso su vida.

El útero es un órgano muscular, recubierto por una capa interna denominada endometrio, que responde a las hormonas secretadas por los ovarios.

El sistema reproductor femenino, está integrado por la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. En la histerectomía, de acuerdo con la gravedad de la situación, además del útero pueden ser extirpados también las trompas de Falopio y los ovarios. (ver figura 1)

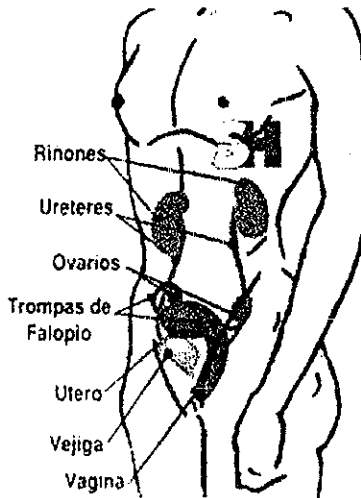


Figura 1. El sistema reproductor femenino, está integrado por la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. En la histerectomía también pueden ser extirpados las trompas de Falopio y los ovarios

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2 INDICACIONES

Los datos estadísticos muestran que a los 60 años, a 1 de cada 3 Mujeres se le ha practicado histerectomía. Entre las entidades más frecuentes que se asocian

Con la realización de una histerectomía, se encuentran la aparición de fibromas o miomas (tumores benignos) en el interior del útero, cáncer de endometrio o del cuello del mismo (cérvix), endometriosis severa (aparición de tejido endometrial -capa interna del útero- en localizaciones diferentes al útero, como pared del útero, trompas y cérvix) que causa dolor o sangrado, y prolapso uterino (descenso o salida del útero por debilidad de los músculos que lo sostienen) que puede ocasionar incontinencia urinaria.

Miomas

Son tumores benignos que derivan del músculo que conforma la pared del útero. Aunque raros antes de la pubertad, se presentan con mayor frecuencia en mujeres de raza negra y alrededor de los 30 a 50 años; tienden a disminuir de tamaño en la menopausia, pues los estrógenos están implicados en su crecimiento. No existe ninguna relación entre el consumo de anticonceptivos orales y el desarrollo de miomas. Habitualmente son múltiples y de crecimiento lento, por lo que no desencadenan síntomas.

Sin embargo, cerca de 10% a 20% de las mujeres pueden experimentar sangrado vaginal abundante durante la menstruación o entre una menstruación y la siguiente, que puede llevar a anemia, dolor abdominal bajo, infertilidad, molestias urinarias, abortos espontáneos o parto antes de tiempo. Los datos indican que constituyen la causa más frecuente de histerectomía, siendo responsables de 25 a 35% de los casos.

En general requieren una histerectomía, porque no existe ningún tratamiento alternativo que pueda solucionar el problema:

- cáncer o patologías pre-cancerosas del útero
- cáncer de los ovarios
- hemorragia incontenible en el post-parto
- infección pélvica grave

2.3 TIPOS DE HISTERECTOMÍA

Existen diferentes clases de histerectomía: total, parcial o radical.

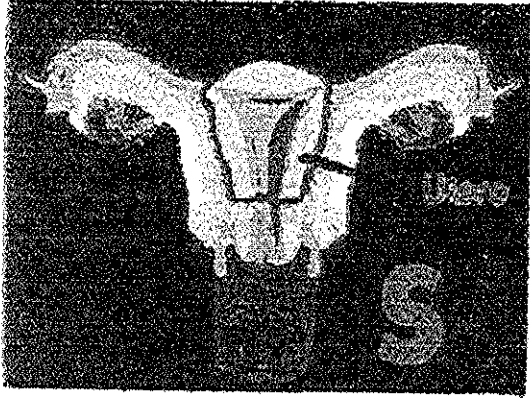
En la histerectomía **total** se extrae el útero completo, incluido el cuello uterino o cérvix;

En la **parcial o subtotal** este último se deja intacto;

La **radical**, usada para el tratamiento de cáncer, se acompaña de la extirpación de otros componentes del aparato reproductor femenino como trompas y ovarios, además de ganglios linfáticos adyacentes. En este caso, se realiza una salpingo - ooforectomía (de salpingo=trompas, ooforo= ovario y ectomía=extracción)

Cuando la operación involucra únicamente la extirpación del útero, la consecuencia lógica es la suspensión definitiva de la menstruación y la imposibilidad total de la mujer para quedar embarazada. No obstante, los ovarios continúan produciendo estrógenos, hormona fundamental, entre otras cosas, para el fortalecimiento del tejido óseo y la adecuada lubricación de la vagina. Los óvulos que siguen produciendo los ovarios y que no pueden ser ya fecundados, son absorbidos por el organismo sin perjuicio alguno para la mujer. Entre tanto, cuando la cirugía incluye la extirpación de trompas y ovarios, se presenta lo que una menopausia quirúrgica, debido a que son extraídas las glándulas productoras de estrógenos. En consecuencia, la mujer experimenta una serie de síntomas tales como oleadas de calor y sequedad vaginal, al tiempo que se inicia un proceso de disminución de la densidad ósea, conocido como osteoporosis. En virtud de esto, posterior a la operación y a juicio del médico, la paciente puede iniciar una terapia de suplencia hormonal con estrógenos, orientado a mitigar las manifestaciones mencionadas

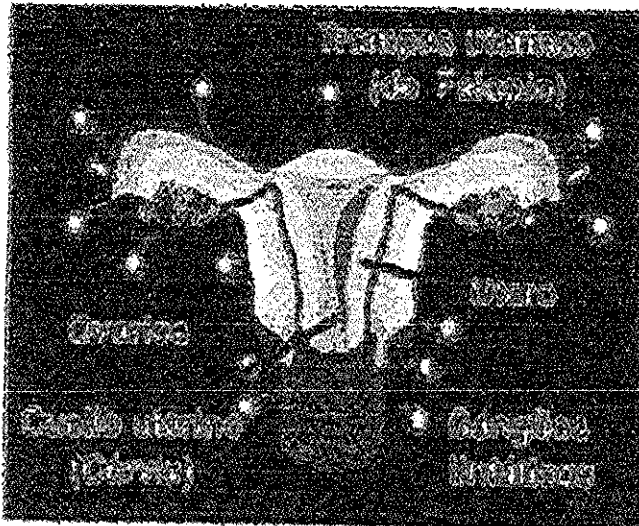
TIPOS DE HISTERECTOMÍA



Histerectomía subtotal



Histerectomía total



Histerectomía radical

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.4 COMO SE HACE LA HISTERECTOMÍA

En general la duración de este procedimiento es de 1 a 2 horas. Es posible realizar la histerectomía por tres vías: abdominal, vaginal y laparoscópica.

En la primera, el útero es extraído a través de una incisión realizada en el abdomen; en la segunda, es extirpado a través del canal vaginal y, en la última, el órgano es extraído con la ayuda de instrumentos que pasan a través de pequeñas incisiones hechas en la pared del abdomen, y permiten maniobrar en el interior del cuerpo de la paciente

Las principales ventajas de la histerectomía, es que es un procedimiento 100% curativo del sangrado y dolor asociados a los miomas, elimina el riesgo de la mujer de cáncer de útero (3% durante la vida) y cáncer de cérvix (1%) Sus desventajas incluyen imposibilidad de futuros embarazos, riesgo de infección quirúrgica y de lesión de estructuras del aparato urinario durante la cirugía, especialmente los uréteres, que pasan cerca al útero

2.5 ALTERNATIVAS A LA HISTERECTOMÍA

Opciones de Tratamiento

Actualmente, la medicina brinda varios procedimientos alternativos a la histerectomía. No obstante, sólo el ginecólogo es quien determina, junto con su paciente, el procedimiento más conveniente para cada caso en particular. Se pueden dividir en tratamientos medicamentosos y tratamientos quirúrgicos. Los tratamientos quirúrgicos por su parte pueden dividirse en tradicionales y lo menos invasivos posible.

En ocasiones puede utilizarse tratamiento con medicamentos conocidos como agonistas GnRH antes de la cirugía; estos compuestos bloquean una hormona que estimula la producción de estrógenos por los ovarios, por lo que disminuyen el tamaño del mioma e inducen una menopausia temporal. No deben tomarse por más de 6 meses

QUIRÚRGICOS

- **Miomectomía**
- **Vía Abdominal**

La Miomectomía es un procedimiento que sólo extrae los miomas, dejando

intacto el útero y por lo tanto ofrece una alternativa para las mujeres que quieren preservar su fertilidad. En el caso de los miomas más grandes, localizados en la superficie externa del útero o dentro de la pared del mismo, la cirugía se realiza a través de una incisión abdominal. Cuando se trata de miomas más pequeños, el procedimiento puede llevarse a cabo por medio de laparoscopia, en donde el cirujano realiza una pequeña incisión en el abdomen para introducir un delgado tubo con una cámara en su extremo, visualizar el útero y, por medio de otros instrumentos, extirpar los miomas. Una técnica más reciente de Miomectomía es la que emplea el mismo visor, pero se introduce a través de la vagina hasta el interior del útero para extraer los miomas; dicha técnica se denomina histeroscopia.

Su principal ventaja es que es un procedimiento ambulatorio, con una recuperación rápida.

La decisión entre histerectomía y miomectomía depende de la edad de la mujer, su deseo de reproducción y su preferencia personal con respecto a extraer o no el útero. La ventaja de la miomectomía es la preservación del útero y del cérvix. Su principal desventaja es que se asocia con mayor necesidad de transfusión de sangre durante la cirugía, en promedio 10% a 15% más. Además, la tasa de recurrencia de los miomas es del orden del 10 a 20 %.

En fecha reciente, investigadores de la Sociedad de Radiología Intervencionista y Cardiovascular de Estados Unidos desarrollaron una nueva técnica, menos invasiva, para el tratamiento de los miomas, denominada embolización.

Aun cuando no es una técnica experimental, todavía no se considera un procedimiento estándar, pues aún son pocas las mujeres en las que se ha realizado y sus efectos a largo plazo no se conocen. El procedimiento es practicado con anestesia local por un radiólogo intervencionista, que a través de una pequeña incisión en la ingle, inserta un catéter muy fino en la arteria femoral de la mujer e inyecta un medio de contraste que le permite visualizar por rayos X todas las ramas de la arteria uterina que nutren el útero; este procedimiento se denomina angiografía. Una vez localizadas las arterias que alimentan el mioma, se inyecta a través del catéter diminutas partículas de plástico o esponja, las cuales bloquean el flujo sanguíneo a través de dichas arterias.

La disminución de tamaño del mioma empieza inmediatamente, pues son tumores que dependen de un abundante flujo sanguíneo. Como consecuencia, se presentan cólicos fuertes y es necesario la administración de calmantes, ya sea por la vena o de forma oral. El procedimiento toma cerca de 2 horas y, por lo general, la paciente puede regresar a su casa al día siguiente. Los datos recopilados hasta ahora indican que el tamaño del mioma disminuye a la mitad a los tres meses del procedimiento y las mujeres

reportan disminución del dolor y del sangrado vaginal. La mayor parte de pacientes regresan a su trabajo a los 3 a 7 días de la intervención.

Desde el primer reporte en la literatura médica de esta técnica, en 1995, se ha probado en más de 2000 mujeres. Sin embargo, no se conoce la eficacia a largo plazo, pues el seguimiento más largo sólo ha sido de dos años. Existen dos efectos indeseables que pueden ocurrir: infertilidad y menopausia prematura por daño de los ovarios y, al igual que en la miomectomía, recurrencia de los miomas. Por lo tanto el procedimiento sólo está indicado en mujeres que no planean tener más hijos y que padecen dolor fuerte o sangrado abundante a causa de los miomas.

La miolisis (del griego mios, músculo y lisis, destrucción) es una técnica que se realiza por laparoscopia, en la que una aguja transmite corriente eléctrica para disminuir el número de vasos sanguíneos que nutren el mioma. Una variante de esta técnica, la criomiolisis, emplea una corriente de frío para destruir el mioma

Ventajas: puede ser realizada en casi todos los hospitales de buen nivel del país, ya que exige tan sólo el uso de equipos y materiales con ya ampliamente disponibles.

Desventajas: largo periodo de recuperación post-operatorio y amplia incisión en el abdomen en la cirugía tradicional. El periodo de recuperación y las incisiones son menores con la video-laparoscopia. Después de 2 años, reaparición de los miomas en aproximadamente 35% de las pacientes. Formación de adherencias entre los órganos de la pelvis (trompas, ovarios, útero e intestinos), lo que puede provocar dolores e infertilidad. Algunas veces concluye causando la retirada del útero durante la cirugía.

Por video-histeroscopia

Es la retirada de los miomas sub-mucosos (parcialmente dentro de la cavidad uterina) o intra-cavitario (totalmente dentro de la cavidad uterina) con un instrumento denominado video-histeroscopia. Es un método bastante moderno y que ha permitido la preservación del útero en pacientes que de otro modo hubieran necesitado una histerectomía.

Ventajas: es un procedimiento lo menos invasivo posible, que preserva el útero y el potencial reproductivo de la paciente. Recuperación post-operatoria y retorno a las actividades laborales muy rápidos. No necesita anestesia general, y puede hacerse con bloqueo epidural.

Desventajas: necesita un cirujano con entrenamiento muy especializado y equipos solamente disponibles en pequeño porcentaje de hospitales.

Cirugía del Endometrio

- **Reducción endometrial**

Se realiza para el tratamiento del sangrado uterino anormal, cuando no existan razones anatómicas, como por ejemplo un mioma

Se utiliza un video-histeroscopia quirúrgica, provisto de un sujetador metálico en formato de una "U", conectado a un generador electro-quirúrgico de alta frecuencia. Este sujetador será energizado con radiofrecuencia de alta intensidad (parecida a las microondas de los hornos domésticos), lo que permitirá el corte y la coagulación precisa del endometrio.

Con estos instrumentos, el endometrio es removido en su casi totalidad de la cavidad uterina, interrumpiendo el sangrado ginecológico excesivo.

Ventajas: es un procedimiento lo menos invasivo posible, que preserva el útero y el potencial reproductivo de la paciente. Recuperación post-operatoria y retorno a las actividades laborales muy rápidas. No necesita anestesia general, y puede hacerse con bloqueo epidural.

Desventajas: necesita un cirujano con entrenamiento muy especializado y equipos solamente disponibles en pequeño porcentaje de hospitales

2.6 EFECTOS COLATERALES DE UNA HISTERECTOMÍA

El Colegio Norteamericano de Obstetras y Ginecólogos estima que un 25 a 50% de las pacientes sometidas a una histerectomía sufrirán una o más complicaciones, aunque de poca importancia, o reversibles

En primer lugar, una histerectomía pone fin a la posibilidad de que una mujer tenga hijos. Otras complicaciones incluyen: lesiones del intestino, vejiga, uréteres (fino tubo que une el riñón a la vejiga, y que conduce la orina), sangrado vaginal, infección, dolor pélvico crónico y disminución de la respuesta sexual

Como cualquier tipo de cirugía, la histerectomía puede conllevar riesgos mayores, tales como: 500 mujeres mueren cada año, debido a una histerectomía en los Estados Unidos.

El útero produce además una sustancia denominada prostaciclina, que es responsable de la inhibición de la formación de coágulos sanguíneos. A causa de ello, la remoción del útero puede dejar a la mujer más predispuesta a la trombosis, y puede ser un factor de aumento del riesgo de un infarto.

Si se retiran los ovarios, la mujer pierde su fuente de la hormona femenina *estrógeno*. Las mujeres que no pueden someterse a la terapia de reposición hormonal, tendrán una menopausia instantánea y mayor riesgo de desarrollar osteoporosis e infartos cardíacos.

Aún entre las pacientes cuyos ovarios no fueron removidos, hay relatos de síntomas tales como fatiga, aumento de peso, dolores articulares, alteraciones urinarias y depresión, después de una histerectomía.

CAPITULO III ANSIEDAD

3.1 ANSIEDAD, ANGUSTIA Y MIEDO

Al abordar el tema correspondiente a la ansiedad se observa una variedad de opiniones por parte de los autores, respecto a la terminología de angustia y ansiedad. Algunos autores entre ellos Th Kammerer y Brissaud han correlacionado la ansiedad y la angustia pero adjudicando la primera al orden psíquico y la segunda al orden somático. Sin embargo en gran parte de la literatura aparecen como sinónimos

Por lo que aquí se utilizarán como sinónimos.

Th. Kammerer¹ ofrece una clasificación que resume caracterizaciones de la angustia y la ansiedad.

En primer lugar se destaca que ambas perturbaciones coinciden con situaciones emocionales que afloran ante la inminencia de un peligro que acontece o habrá de acontecer, desarrollándose bajo el signo de indeterminación y la inseguridad

En segundo lugar ambas expresan un estado de expectación ante el peligro que amenaza la personalidad y que puede llegar a producir su disociación.

Finalmente ambas despiertan en el individuo el sentimiento de ser inerte para luchar contra dicha amenaza de aniquilación y desintegración

La ansiedad y el miedo son señales de alerta que advierten de un peligro amenazante y permiten a la persona tomar medidas para enfrentarse con la amenaza. Las diferencias entre ellas son que: en el miedo la amenaza es conocida, externa, inmediata, definida y de origen no conflictivo; en la ansiedad, la amenaza es desconocida, interna, vaga y de origen conflictivo.

3.2 CONCEPTO DE ANSIEDAD

El concepto se puede ubicar de acuerdo a los elementos de tipo conceptual que utilizan algunos autores, dentro de sus respectivas corrientes metodológicas de trabajo general. Sus raíces históricas vienen del latín "anxietas" que denota una experiencia de diversos grados de incertidumbre, agitación y pavor.

Se introdujo este término en psicología cuando Freud (1894) describió la neurosis de ansiedad como síndrome diferente de la neurastenia; pero su aceptación no se hizo general hasta pasados 40 años.

¹ Ramírez M A (1974) Influencia de la crisis social en el estado de ansiedad

El uso cotidiano del termino define un estado de ánimo transitorio, reflejo de la conciencia ante la amenaza de un suceso desagradable que puede estar acompañado de un deseo intenso

El termino comprende varios elementos; primero denota una experiencia subjetiva, segundo se refiere a un modus vivendi o un modelo de comportamiento, tercero puede ser observado en las esferas sociales, es decir, en las otras personas como en nosotros mismos.

Yung (1975)² Define la ansiedad como un temor constante basado en la anticipación o espera de un daño, es un estado conflictivo, una amenaza interna mas que un peligro inmediato del medio ambiente.

Para Rollo M.³ (1968) El fenómeno ansiedad forma parte de la conducta catastrófica, eso

Quiere decir que la ansiedad corresponde a una condición en la cual la existencia del organismo se halla en peligro

Ravagan⁴ (1981) expone que en primer lugar se destaca que tanto la ansiedad como la angustia coinciden con situaciones que afloran ante la inminencia de un peligro que acontece o habrá de acontecer creando ansiedad en el individuo bajo el signo de la indeterminación y la inseguridad En segundo lugar expresan un estado de expectación ante el peligro que amenaza a la personalidad y que puede provocar desorganización de esta En tercer lugar ambos despiertan en el individuo el sentimiento de ser inerte para luchar contra dicha amenaza de aniquilación y desintegración, encontrándose así un estado similar al que acontece en una situación de estrés, con sus respectivas fases de alarma, resistencia y agotamiento con algunas sensibles variantes.

Groen 1973 (en Cañizales 1994) nos da una definición interesante con relación a la ansiedad "es una emoción desagradable, característica inducida por la anticipación de un peligro, frustración que amenaza la seguridad, homeostasis o vida del individuo o del grupo biosocial al que pertenece la persona.

² Pelaez B.M (1974) Teorías de la ansiedad

³³ Ibidem

⁴ Ibidem

3.3 TEORIAS

Existen varias teorías explicativas, varias escuelas tratan de explicar la génesis de la ansiedad

3.3.1 TEORÍA PSICOANALÍTICA

Los autores de esta corriente fijan su atención sobre los dinamismos inconscientes, en las experiencias traumáticas tempranas, en los conflictos y frustraciones, así como en los mecanismos de defensa

Sigmund Freud

En la obra de Freud se pueden distinguir tres periodos en las concepciones sobre la angustia (Greenwell 1976).

1. 1893 a 1895 alrededor de la neurosis de angustia y de sus relaciones con la vida sexual.
2. 1909 a 1917 relación entre angustia y la libido reprimida
3. 1926 relación de la angustia con el aparato psíquico.

Primer periodo: Neurosis de angustia y la vida sexual.

Freud plantea inicialmente que toda neurosis posee una etiología sexual. Continúa mencionando que al complejo de síntoma tales como sobresalto, inquietud, insomnios, temores etc. Se les denomina neurosis de angustia, por la circunstancia de que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal que es la angustia

El psicoanálisis explica la ansiedad por las frustraciones de la libido y por las prohibiciones del superyo, es una señal de peligro dirigida al yo es decir a la personalidad consciente e inconsciente la cual advertida de esta forma puede responder con medidas adecuadas o movilizándolo sus mecanismos de defensa.

El cuadro clínico de la neurosis de angustia comprende los siguientes síntomas:

- 1.- La excitabilidad general. Pese a ser un síntoma nervioso muy frecuente propio como tal de muchos estados nerviosos se incluye aquí porque siempre surge de la neurosis de angustia.
- 2.- La espera angustiada. Comprende todo aquello que se designa con los nombres de "ansiedad" "tendencia a la visión pesimista de las cosas", etc. La espera angustiada se manifiesta con ataques de angustia que comprenden: *perturbaciones de la actividad cardiaca, palpitaciones, arritmias breves, taquicardia duradera y hasta graves estados de debilidad del corazón.

*Perturbaciones de la respiración, disnea nerviosa y ataques análogos a los del asma

*Ataques de sudor a veces nocturnos

*Ataques de temblores y convulsiones

3.- El temor nocturno de los adultos acompañado generalmente de disnea, sudores, etc.

4 - Ataque de vértigo, que en su forma más leve es un simple mareo y puede o no estar acompañado de angustia

5.- Sobre la base de la espera angustiosa se desarrollan dos tipos de fobias típicas, por un lado, las referentes a las amenazas fisiológicas generales y las relacionadas a la locomoción

6.- En la actividad digestiva se experimentan sensaciones de náusea y malestar, y el síntoma de la bulimia puede constituir por sí solo o con otros (congestiones) un ataque de angustia rudimentario.

Aparición etiológica de la neurosis de angustia.

La causa principal de la formación de angustia reside según Freud, en el hecho de que un afecto sexual no puede ser formado y la tensión física no puede ligarse psíquicamente. La angustia aparecería como un sustituto de la representación faltante, sustituto somático, como lo indican la fenomenología y la sintomatología de la angustia

Se produce aquí una inversión de las relaciones que existen en estado normal del coito, mientras que en ese último caso la vía principal de descarga es psicosexual y la vía secundaria es somática (disnea, aceleración cardíaca etc.), en la angustia la vía secundaria de descarga se transforma en la principal.

Esta claro que todos los mecanismos tendientes a la acumulación cuantitativa agravan la situación, factores predisponentes, somatización, reforzamiento, se combinan, pero el trastorno esencial reside en la imposibilidad para la excitación somática de ser elaborado psíquicamente. La excitación somática es desviada hacia otras vías por la vía psíquica.

Segundo periodo: Angustia y libido reprimida

Si la angustia responde a una aspiración libidinal reprimida, ella no es esta aspiración misma, la represión es el motivo de su transformación en angustia. Entonces la represión es inseparable de una situación de peligro, por lo que la hipótesis mecanicista de la neurosis de angustia se revela insuficientemente.

La angustia frente a un peligro real está bajo la dependencia de las pulsiones

de autoconservación, ella es la consecuencia de la interpretación de los signos de peligro que amenazan la integridad física del individuo. La angustia neurótica es distinta, aparentemente nada la justifica bajo el signo de la autoconservación. La amenaza viene de otro lado.

La angustia patológica se manifiesta esencialmente bajo dos formas: una angustia flotante (donde el peligro se encuentra por todos lados) y otra, la angustia circunscrita (donde el peligro está localizado). Esta comparación permite encontrar dos estados de angustia: la angustia donde toda maniobra es evidentemente impotente por el hecho de la carga del yo por el afecto y la angustia gobernada en una cierta medida por la evitación de la situación angustiosa, mecanismo de defensa puesto en marcha por el yo.

Freud agrega que esta transformación del estado afectivo constituye la parte más importante del proceso de represión.

El mismo autor sostiene la hipótesis de una angustia primordial o primera: la que acompaña al nacimiento. Este provoca angustia en un doble aspecto; primero a consecuencia de las sensaciones fisiológicas corporales sobre una base tóxica y segundo, psicológicamente por la separación de la madre. El acto del nacimiento representa no solo la fuente (primitiva) sino también el modelo de todos los posteriores afectos de angustia.

Tercer periodo: Angustia y el aparato psíquico.

Freud sostiene en esa época una serie de proposiciones que dice:

- La angustia tiene su ubicación en el yo. Solamente el yo puede experimentar angustia. La fuente de esta angustia puede encontrarse en el mundo exterior (angustia frente a un peligro real), en el ello (angustia neurótica, instintiva o libidinal), en el superyo (angustia de la conciencia).
- No es la represión la que produce la angustia, sino la angustia la que produce la represión.
- La angustia es el llamado por el yo, en función de la exigencia pulsional nueva o de una situación de peligro antigua.
- La señal de displacer (la angustia) suscita por parte del yo una reacción pasiva o activa.

En el primer caso la angustia se desarrolla e invade al sujeto, en el segundo, se instalan contracargas (formación de un síntoma o de un rasgo de carácter). La puesta en marcha de mecanismos de defensa del yo tiene por objeto ligar psíquicamente lo que fue reprimido.

- La energía de la existencia pulsional puede seguir diversos destinos.
- El yo en su relación de conjunción y de disjunción con el ello está por una parte, bajo la dependencia de este, pero por otra parte se revela menos

impotente de lo que parecería, puesto que esta preparado para poner en marcha la represión por desencadenamiento de la señal de alarma

- La angustia neurótica es causada por la aparición en el psiquismo de un estado de gran tensión sentida como displacer, en la cual la liberación por descarga es imposible.
- La evolución libidinal implica que el peligro corrido no es el mismo en las diferentes etapas del desarrollo
- El peligro de abandono psíquico coincide con el despertar del yo, el peligro de pérdida de objeto(o el amor del objeto) con la dependencia infantil, el peligro de castración con la fase fálica y el miedo al superyo con el periodo de latencia
- La angustia depende del doble dispositivo de la represión originaria y posterior.

Las represiones secundarias se desencadenan en función del recuerdo de una antigua situación de peligro. La represión originaria esta bajo la dependencia de enormes exigencias libidinales, de las cuales el niño pequeño no puede soportar la tensión desorganizante.

La angustia puede entonces ser en el primer caso una señal de alarma y en el segundo una expresión de una situación traumática

- Los dos aspectos de la angustia, señal de alarma o expresión de una situación traumática responden al papel jugado por las instancias

En el caso de la angustia automático - traumática, puede suponerse que la angustia es una manifestación directa del ello que invade y desborda las posibilidades defensivas del yo y que induce a un estado de pánico, de impotencia y de desesperanza. En el caso de la angustia, señal de alarma, la angustia es una manifestación del yo que la utiliza para dirigir la puesta en marcha de las operaciones defensivas contra las pulsiones emanadas del ello o sus representantes. En el primer caso el yo no hace sino sufrir la angustia y sus posibilidades de respuesta están paralizadas, toda elaboración psíquica se traduce por un fracaso completo de las defensas. En el segundo los mecanismos de defensa del yo por más imperfectos que sean, atestiguan una actividad simbólica, funcionante, sin mayor perjuicio de una manera análoga al pensamiento.

El conflicto entre el yo y el inconsciente produce una angustia libremente flotante en la neurosis de angustia, esta radica en estancamientos del instinto y es vivido conscientemente como tal, mientras que en la histeria de angustia esta radica en estancamientos del instinto y es vivida conscientemente como tal, mientras que en la histeria de angustia se convierte en síntoma corporal siendo de esta forma desconectada de la conciencia. En las fobias finalmente, la angustia se transforma en terror en

tanto que la angustia primitiva es reprimida o desplazada y se hace consciente en un objeto substitutivo. En todos los hombres neuróticos se encuentra que prefieren temer a algo a experimentar angustia.

CARL GUSTAV JUNG⁵

Supone que la ansiedad es la relación del individuo ante la invasión de su mente consciente por fuerzas irracionales o imágenes del inconsciente colectivo.

EDITH JACOBSON⁶

La ansiedad es una señal que involucra un fenómeno de descarga de excitación de energía (estado óptimo que tiende hacia el principio del placer), es decir, una experiencia que se origina y se usa por el yo, basada en la anticipación de un peligro inminente y cuyo objetivo está asociado con los comportamientos relacionados a obtener un nivel óptimo de excitación orgánica. Esta señal puede darse en tres diferentes situaciones:

1. Cuando el ego anticipa un aumento drástico y difícil de manejar en su nivel de excitación orgánica (debido a la intromisión de un deseo instintivo ajeno o extraño).
2. Cuando el ego anticipa un decremento significativo en el nivel de su excitación orgánica, como resultado de sus relaciones con el mundo externo o de un carácter sobreprotegido intrapsíquico.
3. Cuando el ego se experimenta a sí mismo como incapaz de utilizar los caminos de descarga que prefiere en sus esfuerzos para recuperar un nivel óptimo de excitación orgánica.

OTTO RANK

Considera a la vida como una serie de experiencias de separación del objeto amado, desde el momento mismo del nacimiento, en donde el sujeto experimenta la separación de la madre, hasta el instante de la muerte, que causa una separación final. La ansiedad entonces, resultaría en la aprensión que la persona siente en dichas separaciones.

⁵ Pelaez B.M. (1974) Teorías de la ansiedad (1974) Tesis para obtener el grado de licenciatura UNAM. Fac. de Psicología México

⁶ Ramírez M.A. (1989) Influencia de la crisis social en el estado de ansiedad Tesis de Licenciatura UNAM Fac. de Psicología México

3.3.2 TEORIA CULTURAL

En esta corriente la ansiedad se origina como una reacción ante la amenaza interna, la cual es producto de las exigencias culturales

KAREN HORNEY⁷

Habla de la ansiedad básica, en dos sentidos: primero como fundamento, base de la neurosis, segundo que se desarrolla en la primera infancia. El mérito de Karen Horney en lo que respecta a la teoría de la ansiedad es de que para ella el hombre permanece siempre enmarcado en una estructura sociológica y la ansiedad indica el enfrentamiento con la misma.

Horney dice que la ansiedad básica tiene ciertas y determinadas consecuencias en cuanto a la actitud del sujeto respecto de sí mismo y de los demás, plantea que la cultura dispone al individuo de cuatro recursos fundamentales a fin de protegernos contra la ansiedad básica: el cariño, la sumisión, el poderío y el aislamiento.

En primer lugar el procurarse cariño en cualquier forma puede constituir una fuerte protección contra la ansiedad, mecanismo al cual le queda el siguiente lema: si me quieres no me harás mal.

En segundo lugar el termino sometimiento concierne una actitud de docilidad el lema es: si cedo en algo no me harán mal

La tercera tentativa contra la ansiedad es el poderío. El lema es si soy poderoso nadie podrá dañarme

El cuarto medio es el aislamiento el lema es si me aíso nada podrá dañarme, los primeros tres grupos de medios protectores tienen en común la disposición a lidiar con el mundo, a superarlo de una u otra manera.

Horney describe los siguientes mecanismos de defensa que son utilizados por el individuo como defensas de segunda línea para resolver los problemas creados por su conflicto básico

- Formación reactiva
- Aislamiento
- Realización de una imagen ideal de sí mismo
- proyección

⁷ Ramírez M.A (1989) Influencia de la crisis social en el estado de ansiedad Tesis de Licenciatura UNAM Fac. de Psicología México

Según Horney nuestra cultura nos ofrece cuatro maneras principales para escapar de la angustia.

1. Racionalizarla. Estriba en convertir la angustia en un temor racional
2. Negarla. Se excluye a la angustia de la conciencia
3. Narcotizarla. Se libra de angustia por medio de recursos de función anestésica
4. Evitación. Rehuir de toda idea, sentimiento, impulso o situación capaz de despertarla. De este se puede derivar el fenómeno de la inhibición, consistente en la incapacidad de hacer, sentir o pensar determinadas cosas y su función es evitar la angustia que se produciría si la persona pretendiese hacerlas, sentir las o pensarlas.

HARRY STACK SULLIVAN⁸

La hipótesis de Sullivan sobre la angustia hace hincapié en las relaciones interpersonales.

Al niño se le enseña a hacer y pensar lo que en su cultura se considera correcto y bueno y a evitar lo que es erróneo y malo, bajo amenaza de castigo o negándole aprobación. Luego sucede que el logro de satisfacción de acuerdo con las pautas aprobadas llega a estar asociado con un sentimiento de ser bueno y un sentido de comodidad y seguridad. Por otra parte, cuando los impulsos biológicos no pueden ser satisfechos de acuerdo con las pautas aprobadas culturalmente, con las cuales se había adoctrinado al individuo en su vida temprana surge ahí un sentimiento de ser malo y una sensación de inseguridad e incomodidad. Este estado es el generalmente descrito como ansiedad.

Así este concepto de la ansiedad tiene un significado social, debido a que surge como la expresión de la disyuntiva que tiene para el individuo el desarrollarse en su relación con los otros, es por tanto: una experiencia de tensión.

ALFRED ADLER⁹

Adler emplea el término ansiedad como el sentimiento experimentado ante los obstáculos que existen al afirmar las relaciones que unen a un ser humano con otro.

⁸ Reyes P.N. (1983) Ansiedad y depresión frente a la muerte Tesis para obtener el grado de maestría UNAM Facultad de psicología México

⁹ Pelaez B.M.(1974) Teorías de la ansiedad (1974)Tesis para obtener el grado de licenciatura UNAM Fac. de Psicología México

ERNEST G. SCHACHTEL¹⁰

El autor habla de un afecto de convivencia que consiste en una descarga difusa de la tensión sin meta fija y que sucede siempre que el sujeto ha perdido su sentido de seguridad, familiaridad, intimidad hogareña y adaptación ambiental. Surge en las etapas del ser humano cuando la realización de la actividad al frustrarse saca al individuo de su situación familiar o de su protección.

3.3.3 TEORIA CONDUCTUAL

Los psicólogos conductistas proponen que la ansiedad es una conducta aprendida. Según la teoría del aprendizaje, la angustia constituiría la respuesta condicionada (aprendida) hacia aspectos del medio ambiente que se asocian con el peligro.

DOLLARD Y MILLER¹¹

Los autores no le dan importancia a los factores hereditarios y constitucionales, sino a la historia de reforzamientos del sujeto, hablando de la ansiedad como un miedo cuyo origen ha sido borrado por la inhibición. Aclaran que solo puede llamarse ansiedad cuando hay un cumulo de inhibición que hace imposible que el individuo etiquete verbalmente el estímulo particular que ocasiona su miedo incondicionado.

EYSENCK¹²

Define la ansiedad como un miedo condicionado, el que unas personas estén mas ansiosas que otras según el autor se debe a factores hereditarios y constitucionales que determinan la sensibilidad de las personas.

KURT GOLDSTEIN¹³

Para él, la ansiedad comprende, desde el punto de vista interno una situación

¹⁰ Reyes P.N. (1983) Ansiedad y depresión frente a la muerte Tesis para obtener el grado de maestría UNAM Facultad de psicología México

11,12, 13: Ramírez M.A (1989) Influencia de la crisis social en el estado de ansiedad Tesis de Licenciatura UNAM Fac. de Psicología México

14 Pelaez B.M (1974) Teorías de la ansiedad (1974) Tesis para obtener el grado de licenciatura UNAM. Fac. de Psicología México

catastrófica, en tanto que desde el punto de vista externo (el del observador que ve un sujeto ansioso) existen cambios corporales y alteraciones en el comportamiento en general.

3.3.4 TEORIA EXISTENCIALISTA

Para esta corriente la ansiedad se refiere al presente y al futuro en general y aparece ante las amenazas de la integridad existencial.

ROLLO MAY¹⁴

Defina la ansiedad como la aprensión originada por la amenaza de algún valor que el individuo considera esencial para su existencia

Dice que una reacción de ansiedad se puede considerar normal cuando es proporcional al peligro objetivo y no implica represión u otros mecanismos de defensa; y la ansiedad neurótica surgida como respuesta a un miedo igualmente objetivo, solo que la reacción a este sería de una magnitud desproporcionada.

3.3.5 TEORIA FISIOLÓGICA

Defina la ansiedad como un efecto, cuya causa se encuentra en los estímulos medio ambientales, esta relación causa efecto puede ser explicada también como una mediación entre varios patrones o niveles de alertamiento fisiológico. La ansiedad es un proceso experiencial causado por procesos fisiológicos.

3.3.6 TEORIA FACTORIALISTA¹⁵

RAYMOND B. CATELL

Catell junto con Scheier, han realizado estudios donde emergieron dos tipos distintos de factor de ansiedad a los cuales denominaron rasgo de ansiedad (característica) y estado de ansiedad (la situacional).

Esta tendencia de factores y rasgos ha sido estudiada además por Spielberger y algunos más, los cuales consideran a la ansiedad rasgo como una reacción a una fuente interna que amenaza la integridad del individuo y que esta relacionada con sus vivencias pasadas; y que la ansiedad estado tiene que ver con una fuente externa que ocurre en un momento determinado y que se presenta como una señal de alarma ante un peligro externo.

¹⁵ Dorantes V (1997). Ansiedad y depresión en un grupo de empleados y desempleados. Tesis de licenciatura UNAM Fac. de Psicología México

OTTO FENICHEL

Fenichel afirma que la experiencia previa del individuo así como los factores constitucionales influyen en la capacidad de control cuando el sujeto se encuentra expuesto ante alguna tensión crónica o acontecimientos abrumadores repentinos que no son controlables, se crean sensaciones de ansiedad sumamente dolorosas y ponen en marcha intentos patológicos y arcaicos para controlar lo que no pudo ser controlado en forma habitual. Se crea una especie de régimen de descarga de emergencia en parte como una función automática contra la voluntad del yo, sin participación de este y en parte de las fuerzas reservante (y las restauradas) del yo.

Las personas que padecen de una ansiedad rasgo muy alta como pueden ser los psiconeuroticos o las que padecen depresión, casi todo el tiempo se encuentran en un estado de ansiedad y también tiene defensas contra la ansiedad pero rara vez los libera de ella.

COLEMAN

Coleman (1964 referido por Dorantes V 1997) ha hecho notar que ciertas situaciones de tensión psicológica y de debilidad de la personalidad pueden intervenir en la precipitación de las reacciones de ansiedad. Cuatro de ellas son comunes:

- 1.- amenazas a las finalidades de la vida o de la situación actual.
- 2.- Amenaza de la irrupción de deseos peligrosos.
- 3.- Sentimiento de culpa y el temor al castigo
- 4.- Reactivación de experiencias traumáticas anteriores.
- 5.- Decisión que despierta ansiedad (no común en la precipitación de la ansiedad).

JAMES WHITTAKER

Para whittaker (1970) La ansiedad con su atención obsesiva, puede surgir ante frustraciones o dilemas en alguno de los principales problemas de la vida. El autor dice que ante situaciones bélicas el individuo presenta en forma conjunta miedo, angustia y tonos afectivos, así como expresiones fisiológicas iguales, aunque la angustia en realidad se origina en amenazas internas, el individuo la atribuye a alguna fuente exterior real.

Se debe tomar en cuenta que los seres humanos contamos con un límite de tolerancia a la ansiedad y cuando se llega a este, algunos sujetos pueden reaccionar de modo primitivo intentando huir o de acuerdo al modo de ser del sujeto mantener una conducta aceptable a la realidad.

CHARLES D. SPIELBERGER

Las sensaciones de incertidumbre, temor, nerviosismo, y preocupación al igual que los cambios fisiológicos y conductuales como los temblores, las palpitaciones y las náuseas frecuentemente constituyen los síntomas de ansiedad. Spielberger (1979)

Spielberger (1979)," Define dos dimensiones distintas de la ansiedad, la ansiedad rasgo que indica como se siente el individuo generalmente y la ansiedad estado donde describen como se sienten en un momento dado.

La ansiedad estado (A-Estado) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos y que son conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctúan a través del tiempo.

La ansiedad rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad es decir a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado

Como concepto psicológico la ansiedad rasgo tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson (1964) llama motivos y que Campbell (1963) conceptualiza como disposiciones conductuales adquiridas.

Los motivos son disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activa

Las disposiciones conductuales adquiridas involucran residuos de experiencias pasadas que predisponen al individuo tanto a ver al mundo en la forma especial como a manifestar tendencias de respuesta objeto consistentes."

También señala que la apreciación de una situación o estímulo particular amenazante es influenciada por las actitudes personales, habilidades, las experiencias pasadas así como por su nivel de ansiedad rasgo y el peligro objetivo que esta inherente en la situación, y a su vez las experiencias infantiles influyen en el desarrollo de las diferencias individuales en la apreciación de la ansiedad rasgo, siendo especialmente importantes las relaciones padre - hijo que se centran en el castigo, las cuales se basan en el hecho de que las actitudes de apreciación de si mismo despiertan un alto

nivel de A - Rasgo en personas caracterizadas por el debilitamiento o confusión de si mismo, lo que sugiere que este tipo de individuo recibe excesivas críticas y apreciaciones negativas de sus padres, exterminando su confianza en si mismos e influyendo de una manera negativa en su autoconcepto.

El estado de ánimo puede ser relativamente fijo y persistente, llegando, a un grado tal que puede comprometer el bienestar, la actividad eficaz y la adaptación normal del individuo. Los estados varían en gravedad y duración pueden presentarse en los estados agudos graves de pánico o crónicos.

La teoría de la ansiedad rasgo – estado de Spielberger provee un marco de referencia útil para la presente investigación. La teoría aclara las propiedades de ansiedad estado y ansiedad rasgo como constructos psicológicos, especificando las características de las condiciones de los estímulos estresantes como es la cirugía a la que van a someterse y ante la cual se evoca diferentes niveles de ansiedad estado en personas que difieren de ansiedad rasgo.

La teoría asume que la respuesta de los estados de ansiedad involucra un proceso o secuencia temporal de los eventos iniciados por uno u otro estímulo, interno o externo que son percibidos como amenazantes o peligrosos para el individuo.

Hay que tomar en cuenta que la apreciación de una situación o estímulo particular como amenazantes es también influenciada por las aptitudes personales, las habilidades y la experiencia pasada así como por su nivel de ansiedad rasgo y el peligro objetivo que esta inherente en la situación

Los principales supuestos de la teoría de la ansiedad rasgo - estado pueden ser resumidos de la siguiente manera:

1.- En situaciones que son apreciadas como amenazantes por un individuo, una reacción de ansiedad –estado debería ser evocada.

A través de mecanismos de retroalimentación sensoriales y cognitivos, los altos niveles de ansiedad estado se experimentarían como displacientes.

2.- La intensidad de una reacción de ansiedad estado deberá ser proporcional al montante de amenaza que posee la situación para el individuo.

3.- La duración de una reacción de ansiedad- estado dependerá de la persistencia de la interpretación individual de la situación como amenazante.

4.- Un alto nivel de ansiedad - rasgo individual será percibida por situaciones o circunstancias que impliquen debilitamiento o peligro hacia si mismo con mayor amenaza que en los casos de personas que tienen un bajo nivel de ansiedad – rasgo

5.- Las elevaciones en la ansiedad - estado tienen estímulos y manejan propiedades que pueden ser expresadas directamente en la conducta o pueden servir a las defensas psicológicas iniciales que han propiciado

efectivamente la reducción de ansiedad – estado en el pasado.

6.- Las situaciones estresantes que son encontradas frecuentemente pueden causar en un individuo el desarrollo específico de imitación de respuestas o el despliegue de mecanismos de defensa psicológicos los cuales están destinados a reducir o evitar el estado de angustia.

Considerando el origen de las diferencias individuales en la ansiedad – rasgo, se asume que los residuos de la experiencia pasada predisponen altos niveles de ansiedad - rasgo por lo tanto sabemos que las experiencias infantiles influyen en el desarrollo de las diferencias individuales en la apreciación de ansiedad – rasgo siendo especialmente importante las relaciones padres hijos que se centran en el castigo.

3.4 SINTOMATOLOGÍA

Ayuso (1988) Distribuye las manifestaciones de la ansiedad en tres apartados

1.- Síntomas subjetivos

La angustia es vivida como una emoción displacentera sin causa y dirigida al porvenir. Se trata de un sentimiento de aprensión y una expectativa permanente frente a la posibilidad de que ocurra algo grave. A veces cuando la angustia es muy intensa, se acompaña de despersonalización y desrealización. La atención se hace dispersa la memoria es pobre y el pensamiento se lentifica, llegando incluso a bloquearse o desorganizarse.

2.- Alteraciones de la conducta

Según los casos, la angustia se exterioriza con un estado de inhibición motriz que puede llegar a un verdadero estupor con incapacidad para hablar o para moverse, o más frecuentemente con inquietud, desasosiego, temblor, incapacidad para estar sentado, movimientos incesantes, restregarse las manos, etc ,

3.- Manifestaciones Somáticas

Síntomas cardiovasculares: taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, sensación de paro cardíaco, palidez o accesos de calor

Síntomas respiratorios: opresión torácica, disnea o sensación de ahogo.

Síntomas digestivos; sensación de bolo esofágico, contracturas gastrointestinales, dispepsia, aerofagia, náusea o vómitos.

Síntomas gástricos: poliaquiuria, enuresis, eyaculación precoz o frigidez

Síntomas neuromusculares: temblor, hormigueos o cefaleas

Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración, lipotimias o midriasis.

CAPITULO IV. INVESTIGACIONES REALIZADAS

El hecho de considerar a la histerectomía como un evento que conlleva diversas consecuencias para la mujer, aparte de los riesgos de cualquier cirugía, es importante conocer algunas investigaciones que se han realizado relacionados con la histerectomía, la ansiedad y la orientación preoperatoria a la paciente.

4.1 INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA HISTERECTOMIA.

López D. y de la Rosa J. (1989) estudiaron **que efectos tiene en el autoconcepto de la mujer, la histerectomía de tipo ginecológico (padecimientos en el aparato reproductor de la mujer) y la histerectomía de tipo obstétrico (posterior al parto debido a complicaciones). Desde el enfoque biológico, el psicológico y el social.**

Se trabajo con 30 mujeres formándose dos muestras independientes con 15 pacientes, tomando en cuenta el tipo de indicación para la histerectomía, con un periodo postoperatorio de 2 meses a 1 año, la edad de los sujetos fue de 20 a 60 años con una X de 45 a. para el grupo de histerectomía de tipo ginecológico y de 33 para el grupo de tipo obstétrico.

Se estudio el autoconcepto a través del diferencial semántico de Osgod se emplearon 6 escalas utilizando los factores de actividad, potencia y evaluación para evaluar 15 conceptos agrupados en 3 áreas, la biológica, la psicológica y la social. Mi cuerpo, mi carácter, yo como pareja, mis órganos de los sentidos, yo como mujer, mi religión, mis órganos reproductores, mi capacidad para resolver problemas, mi familia, mis características físicas, mi estado de animo actual, yo como hija, mi salud, mis deseos. y yo como amiga

No se encontraron diferencias en los dos grupos en el enfoque biológico, ni en el psicológico solo se encontraron diferencias en el enfoque social

En el tratamiento de cada uno de los conceptos, se encontraron diferencias significativas para mi salud, y en el de yo como pareja.

A través del análisis de contenido encontraron que 25 de 30 mujeres presentaron cambios hormonales importantes relacionados con menopausia prematura (bochornos, nerviosismo, insomnio, ansiedad etc.,

Refirieron haber tenido rasgos depresivos (tristes, solas, con ganas de llorar), sólo dos pacientes refirieron que sentían un alivio ya que no tenían ningún problema.

Refieren haberse sentido todas como amputadas físicamente, muy débiles
La familia les presta mas atención y consideración
Todas sintieron miedo de reiniciar su vida sexual
20 de las pacientes hicieron alusión al sentirse huecas, y de sentirse menos mujer
La sexualidad de la mujer histerectomizada es el principal aspecto que se ve alterado por la cirugía
El apoyo del compañero es indispensable para superar el impacto de la cirugía.
Toda mujer histerectomizada presenta el síndrome de post histerectomía en diferentes niveles de intensidad
En el enfoque biológico mostraron cambios fisiológicos como bochornos e insomnio, en el psicológico, devaluación, depresión y angustia, en el social la diferencia radica básicamente en el apoyo recibido tanto del compañero como de la familia.

Barruel, O.; Iñesta, C. (1993) Trabajaron sobre las consecuencias emocionales ante la perdida de la capacidad reproductiva de la mujer, autoconcepto en tres formas de perdida reproductiva natural (menopausia) impuesta (histerectomía) y decidida (salpingoclasia).
el autoconcepto de la mujer se ve disminuido en diferente grado ante la perdida de la capacidad reproductiva por climaterio (natural), histerectomía (impuesta) y oclusión tubaria bilateral (decidida).
se estudiaron 149 mujeres atendidas en el INPER 41 para el grupo de climaterio, 51 para el de histerectomía y 51 para el de oclusión tubaria bilateral
criterios de inclusión fueron que por lo menos tuvieran un hijo escolaridad primaria, que tuvieran por lo menos 6 meses de haber sido operadas o dejado de menstruar por las de climaterio
Criterios de exclusión, con deficiencia mental o padecimientos psiquiátricos.
Instrumentos escala de autoconcepto de tennesse y entrevista clínica.

El perfil de autoconcepto en los tres grupos, con respecto a la distribución de puntajes muestra una tendencia similar.
muestran una tendencia a exaltar el yo personal y los valores morales para retribuir la autoestima
en los grupos de histerectomía y en el de climaterio el conflicto emocional permanece mas alto que en el de O.T.B.
El autoconcepto en los tres grupos trata de ser compensado con el yo personal pero a medida que existen puntajes mas bajos dentro del perfil, la compensación adquiere rigidez y por lo tanto el conflicto se eleva.
se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el yo físico (col

a) y en familiar (col d) son los del grupo de climaterio los que obtienen puntajes mas bajos y los mas altos en cuanto a conflicto se refiere

El grupo de OTB obtiene puntajes mas altos en el área de autoconceptos y las mas bajas en conflicto.

El grupo de histerectomía se mantiene en medio de los otros dos. esto quiere decir que el autoconcepto en el yo físico y en el yo familiar no presento mayores problemas,

El grupo de OTB obtiene puntajes mas altos en el área de autoconceptos y las mas bajas en conflicto.

El grupo de histerectomía se mantiene en medio de los otros dos.

El yo físico. Aquí los individuos muestran la imagen de su cuerpo, estado de salud apariencia física habilidades y sexualidad, puntajes bajos indican que el individuo se siente físicamente dañado o defectuoso y con pobre imagen corporal. Puntajes altos muestran sentirse físicamente saludables, cuentan con todas sus funciones físicas y sexualmente adecuado.

El yo familiar. Refleja los propios sentimientos de suficiencia valía y estima como miembro de una familia, puntajes altos muestran que se siente integrado al grupo familiar, puntajes bajos se siente al margen de la familia no amado ni apoyado.

el conflicto esta correlacionado con el puntaje f/v mide las diferencias entre respuestas a ítems positivos o negativos de una misma área de percepción

Es positivo cuando las calificaciones positivas son mayores que las negativas el sujeto esta sobreafirmado sus atributos positivos, hay confusión en la percepción de si mismo.

El análisis fue dado a través de las pruebas estadísticas aplicadas el paquete SPSS para encontrar frecuencias, medias y desviación st., La prueba anova para encontrar diferencias estadísticamente significativas y sheffe para conocer las diferencias entre que gpos se encontraban.

Peter Barglow, MD meyers ,Gunther M, Meltzer H. (1968) Realizaron un estudio sobre histerectomía y ligadura tubaria: una comparación psiquiátrica.

Son pocas las investigaciones que existen sobre el significado emocional que tiene para la mujer el ser operada para su esterilización y por lo tanto su interferencia con la capacidad reproductiva esto es lo que motivo a los autores para la presente investigación.

la muestra fue de 12 mujeres con histerectomía y 10 con ligadura tubaria,5 escogieron ligadura tubaria, 5 histerectomía ya que garantizaba el fin de la reproducción, y las demás fueron indiferentes

criterios de elección: estar en el tercer trimestre de embarazo, edad entre 29 y39 años, no tener problemas médicos, quirúrgicos o psicopatologicos se evaluar la respuesta emocional y los síntomas postoperatorios. se evaluó a

través de los sueños y de los afectos durante la entrevista, se hicieron preguntas específicas tales como el significado de la cirugía relacionado con culpa o ansiedad, sentimientos acerca de los posibles efectos de la cirugía sobre la femineidad e integridad corporal, relaciones interpersonales

Al año se volvió a realizar una entrevista semejante a la de antes de la cirugía enfatizando la existencia o el incremento de nuevos síntomas físicos o psicológicos, cambios en la función sexual, y en el ajuste social, se entrevistó también a los esposos.

el éxito de la operación fue evaluado de acuerdo a tres criterios para un buen resultado cuando 1) la paciente reporta satisfacción con la operación 2) desaparición de los síntomas físicos y psíquicos previamente existentes.3) alguna mejoría en las relaciones interpersonales, sexuales y sociales.

El criterio objetivo para un pobre resultado a largo plazo fue: 1) insatisfacción o desacuerdo con la operación 2) progresión de los síntomas ya existentes o aparición de nuevos síntomas físicos y psicológicos 3) deterioro de las relaciones sociales y sexuales

La significancia estadística fue analizada con chi cuadrada.

resultados:....a) se encontró una relación significativa ($p=0.03$) entre tipo de esterilización y las respuestas a largo plazo, 3 de histerectomía y 8 de I.t se sintieron mejor y 9 de histerectomía y 2 de I.t. se sintieron peor

b) se encontró una relación significativa de ($p=0.03$) entre ansiedad preoperatoria y la respuesta a largo plazo, 12 tuvieron un alto grado de ansiedad preoperatoria, a largo plazo 9 dijeron sentirse peor y 3 mejor, de estas 9, 6 fueron histerectomizadas y 3 I.t.

se dio marcada ambivalencia acerca de la terminación de la función reproductiva

Las pacientes con ligadura tubaria tienen mejor pronóstico que las de histerectomía para presentar consecuencias psicológicas.

Las pacientes con histerectomía presentaron mayor incidencia de complicaciones postoperatorias que las de I.t.

Engel Fritz, M D, (1944) Estudio los síntomas psiconeuroticos siguientes a la histerectomía

Hay tres factores que acerca de estas reacciones postoperatorias, 1o aunque la paciente sea muy inteligente no habla de sus síntomas con el medico, 2o de acuerdo con sus patrones de neurosis condena al medico o le protege su reputación 3o la indicación para la histerectomía también influye para la reacción de la paciente

Después de atender a 32 pacientes que han sido histerectomizadas se observó que 6 de ellas llegaron a tener una neurosis más severa después de la operación

compararon los resultados de las manifestaciones de estas pacientes

presentando el caso clínico de cada una

Se realizó histerectomía abdominal a todas las pacientes por fibrosis uterina, refieren la aparición de síntomas neuróticos después de la operación, en una de ellas el mecanismo neurótico presentado fue la frigidez, esta paciente tenía problemas de pareja ya que la manifestación neurótica del hombre fue la impotencia.

En otra de las pacientes, soltera y virgen de 46 años se presentaron sentimientos de inferioridad, dificultad para dormir, y falla en la memoria, otra de las pacientes fue referida por obsesiones, refiere que después de la histerectomía mostró gran preocupación por su infertilidad, se sintió deprimida y con ideas suicidas

Es pertinente una pequeña evaluación en las mujeres neuróticas para mejorar la histerectomía y prevenir un trauma psíquico.

Agruparon a este tipo de mujeres en tres categorías: las indiferentes, (idealizan al médico y cuidan su reputación no manifestando sus síntomas) las sobreansiosas reconsideran y buscan más opiniones para posponer la cirugía, piden ser informadas de todos los detalles de la cirugía, culpa a todos por lo que le pasa. Las masoquistas las que ya han tenido varias operaciones un corto lapso de tiempo.

Las complicaciones postoperatorias meramente estresantes y con reacciones neuróticas son debidas a la psicodinamia de la paciente y no propiamente a la cirugía

Hollender Marc H. (1960) Entre sus conclusiones encontró que la mujer al sentirse menos seguras y los sentimientos tempranos hacia la femineidad y el atractivo, influyen en la **autoimagen y las defensas adquiridas después de la cirugía**.

El síntoma más común fue la depresión agitada

La pérdida de la habilidad para tener hijos puede producir profundas reacciones psicológicas con o sin el deseo consciente de tenerlos. Sentirse menos mujer lo cual es crucial para la autoimagen.

Existe la creencia de que el quitar útero y ovarios significa el fin de la vida sexual

Patterson y Craig (1963) El interés de este trabajo surgió por el hecho de que ingresan en el instituto psiquiátrico de Colombia un alto porcentaje de mujeres que han sido histerectomizadas, por lo tanto valía la pena investigar algo de los conceptos y comentarios presentados en la literatura, sobre el **significado emocional de la histerectomía**.

Encontraron que en cuanto a la actitud hacia la esterilidad, 6 pacientes se

mostraron abrumadas por su incapacidad para tener hijos (22 a 29 años) tres de estas pacientes adoptaron hijos

En cuanto a cambios en el manejo erotico, 18 reportaron un decremento 20 reportaron un incremento y 62 no cambiaron.

Actitud de los familiares y actitud del esposo

Las actitudes criticas fueron lo menos frecuente de lo esperado, solo tres de los maridos hicieron malos comentarios

Solamente 21 % se sienten diferentes solo el 6% se sienten como mutiladas 50% Se sienten Bien y mejor que antes. 25% no cambiaron

El trauma emocional de la histerectomía fue al mismo tiempo severo en las pacientes mas jóvenes. Antes de los 20, Con una excepción estos parecen no establecer relación entre la histerectomía y el desorden psiquiátrico.

Dennis Gath. (1982) Sus conclusiones son que **los niveles de morbilidad psiquiátrica disminuyen significativamente después de la cirugía, la función sexual mejora, la mayoría reporta sentirse bien y volver a sus funciones sociales pronto,**

La histerectomía casi siempre no deja desordenes psiquiátricos

Los niveles de morbilidad psiquiátrica antes y después de la histerectomía fueron mas altos que en la población general y más bajo que en pacientes psiquiátricas

la histerectomía por si misma no produce desordenes psiquiátricos sino que las pacientes que muestran algún desorden probablemente ya lo tenían desde antes de la cirugía, por lo que deberían ser evaluadas previamente.

Dennis Gath., Peter Cooper Alison Bond and Gillian Edmonds.(1982) estudiaron tres grupos de factores, en el primer grupo de factores demográficos tales como **edad, edo marital, paridad y clase social** mostraron Poca o nula asociación con los resultados psiquiátricos, se demuestra que pacientes mas jóvenes no tienen un riesgo de desorden psiquiátrico o pueden tenerlo mas cuando son mayores de 40 años. Estos encuentros difieren de otros Autores. paterson y cragg (1963), bragg(1965), wolf(1970 y Richards (1973). bragg(1965), wolf(1970 y Richards (1973).

En el segundo grupo de variables psiquiátricas

Hay una fuerte asociación entre los resultados psiquiátricos después de la cirugía y el status psiquiátrico antes de la operación, los resultados fueron significativamente asociados con estado mental preoperatorio y la medición de Pse, poms y epi neuroticismo y con una historia previa de referencia psiquiátrica en cualquier momento. Estos encuentros fueron consistentes con los reportes de Linderman(1941), melody (1962), barker (1968), y richards (1973).

En las variables físicas no se encontraron diferencias estadísticamente

significativas entre pacientes con diagnóstico disfuncional y orgánico, estos encuentros difirieron de los reportados por Barker (1968) Richards(1973) No encontraron diferencias significativas entre pacientes con y sin ooforectomía bilateral, o cualquier cambio hormonal consecuente al igual que barker (1968) y Richards (1973) Estas discrepancias pueden deberse a las diferencias en la muestra, a la definición del desorden psiquiátrico u otros aspectos del método

Margaret Ryan (1989) en este estudio apoya lo encontrado por Gath et al. 1982 en U.S. y Henderson en Australia: **la operación por sí misma no parece precipitar adversas secuelas psicológicas, los resultados postoperatorios claramente reflejan el ajuste psicológico preoperatorio.** El 84% de las pacientes dijo que su salud mejoro, el 11% no cambio y 5% empeoro.

George F. Melody. (1962) **Los episodios depresivos y la devaluación de la mujer parecen ser precipitados por un antecedente de una experiencia social traumática,** el común denominador de estos son actos donde las pacientes se perciben como rechazadas, devaluadas, o no queridas por parte de una persona significativa en su vida social (esposo, padres, patrón), las pacientes que presentaron depresión después de la histerectomía, fueron pacientes con una historia de depresión antes de la cirugía y esta solamente acentuó el problema.

Para la época en que se realizaron algunos estudios (1944) fue un buen intento de conocer la relación tiene la operación pélvica con la enfermedad psiquiátrica, probablemente estos conceptos han cambiado pero en este momento fue importante conocer lo relacionado con la femineidad, la función reproductiva, los síntomas pre y post operatorios, sus mecanismos de defensa y su autoimagen

4.2 INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA ANSIEDAD.

Karina I. De Groot. (1996) Evaluó aspectos de la **ansiedad transitoria**, solamente se midió la ansiedad estado (spielberger), la ansiedad específica, La tensión. fue medida con un perfil de estado de ánimo de Dutch

Evaluación postoperatoria

Ansiedad - estado fue aplicado 3 días después.

Dolor físico. se evaluó con dos escalas de síntomas

El estudio mostró que la ansiedad estado, ansiedad específica y ansiedad observada fueron positivamente asociadas con la ansiedad postoperatoria y el dolor físico.

La ansiedad específica tiene un específico efecto sobre ambos momentos, esta variable parece por lo tanto ser el mejor predictor de la angustia postoperatoria.

la ansiedad puede tener una influencia negativa fuerte sobre la ansiedad postoperatoria y al mismo tiempo una influencia positiva ya que los pacientes con ansiedad cognoscitiva quienes también sienten nervios o tensión pueden mejorar preparándose ellos mismos para la cirugía

4.3 INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON LA ORIENTACION PREOPERATORIA

Young y Humphrey (1985) presentaron un trabajo titulado "**métodos cognitivos de preparación de mujeres para la histerectomía: ¿ayuda un folleto?**" Formaron tres grupos, a los primeros dos grupos les fueron enseñados métodos de control cognitivo sobre ansiedad, uno a través de un folleto detallado (grupo uno), y el otro verbalmente (grupo dos) el tercer grupo no recibió información.

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

Ridgeway y Mathews (1982) Realizaron un trabajo titulado "**preparación psicológica para cirugía o una comparación de métodos** nos expone su trabajo con 60 pacientes que se dividieron en tres grupos de preparación psicológica antes de la cirugía, veinte pacientes recibieron información acerca de los procedimientos quirúrgicos y sus efectos, otras veinte fueron instruidas en técnicas cognitivas y al resto se les dio información general de protección, los métodos cognitivos en general fueron los que proporcionaron mejores

resultados, dado que la recuperación de las pacientes fue mas rápida que con la información de los procedimientos quirúrgicos y sus efectos, y con la información general acerca de protección por lo tanto los autores sugieren que los métodos cognitivo conductuales deben de servir de base en modelos de recuperación siguientes a la cirugía.

En el artículo elaborado por Krueger, Hasell et al.(1979) "**relaciones entre consejos cuidadosos y ajuste sexual después de la histerectomía**" describen la relación entre los consejos médicos dados a las pacientes histerectomizadas así como su ajuste sexual después de la cirugía.

Esta investigación se llevó a cabo con 108 mujeres a las cuáles se les dio información preoperatoria, se les aplicó un cuestionario pre, post y ocho días después de la cirugía, del 5-11% de las mujeres dieron información válida del cuidado médico que se les proporcionó con respecto al ajuste sexual se encontró que fue significativo con relación al modelo pre quirúrgico.

Paterson y Craig (1963) **Encontraron que Las pacientes que han sido adecuadamente preparadas para el procedimiento quirúrgico, tienen un buen entendimiento de la naturaleza de la operación,** reciben una limitada dosis de medicación endocrina por un corto tiempo después de la cirugía, sufren poco por los comentarios del esposo o la familia, adaptaron su actividad sexual mejor que antes de la histerectomía, con respecto al entendimiento de la naturaleza de la operación solamente 4 de 100 tenia alguna distorsión del concepto
Actitud de los familiares y actitud del esposo
Las actitudes criticas fueron lo menos frecuente de lo esperado, solo tres de los maridos hicieron malos comentarios
Solamente 21 % se sienten diferentes solo el 6% se sienten como mutiladas
50% Se sienten Bien y mejor que antes.25% no cambiaron

CAPITULO V. INTERVENCION PSICOLOGICA.

5.1 INTERVENCION PSICOLÓGICA

APOYO ANTES Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

La realización de la histerectomía debe ser una decisión tomada luego que el médico explique a la paciente las ventajas y desventajas de la operación, así como las consecuencias psicológicas y orgánicas que puede implicar dicha intervención

La paciente puede sentir que su condición de mujer ha sido menoscabada. Una situación semejante afecta, incluso, el desarrollo de la vida en pareja, pues, si bien físicamente una mujer sometida a histerectomía aún puede sostener relaciones sexuales normales y satisfactorias, quizá experimente sentimientos de inferioridad frente a otras mujeres. Nada más alejado de la realidad

Si bien para algunas pacientes la resección de su útero no implica mayores consecuencias emocionales, es un hecho que para muchas mujeres, especialmente cuando no han tenido hijos y avanzan por la etapa reproductiva (entre los 15 y 45 años de edad), la histerectomía puede afectar negativamente su identidad femenina. A esta difícil situación se suma la recuperación postquirúrgica que puede tomar entre 2 y 4 semanas durante la cual la paciente puede sentirse fatigada, lo que aumenta la depresión en la que puede hallarse sumida

De ahí la importancia que el médico explique claramente a la paciente las razones por las cuales se hace necesaria la intervención y la extensión de la misma. Así mismo, la paciente debe plantearle al especialista todos los interrogantes que surjan antes de la cirugía, bien sea sobre el procedimiento mismo o acerca de las consecuencias físicas y emocionales de la intervención.

Las investigaciones realizadas, demuestran que la preparación psicológica antes de la cirugía favorece la reducción de dolor, angustia, vómito y por lo tanto es importante el que se realice la participación de la terapia psicológica, tanto para disminuir ansiedad en los diferentes momentos, como para analizar la personalidad femenina dentro de nuestra cultura, lo cual determinará el sentir y el pensar de la mujer como un ser humano que es importante por sí misma, y no sólo por su función reproductiva.

La preparación tanto física como psicológica es importante ya que también

repercute en el tiempo de recuperación de la paciente, su estancia hospitalaria y las consecuencias post operatorias tanto emocionales como sociales.

5.2 EDUCACION PARA LA SALUD

Dentro de la intervención psicológica queda incluida dentro de sus diferentes niveles de la aplicación de la psicología la educación.

La importancia que tiene la educación en la conservación y recuperación de la salud para la disminución de riesgos tiene sus antecedentes desde la antigua Grecia con hipocrates en los años 460-377 A.C.

Desde las primeras etapas de la vida el hombre ha podido identificar los factores que le producen daño, los combate, lo aprende tratando de evitarlos y los trasmite a sus semejantes.

Dentro del INPER se han realizado diversas estrategias que han demostrado la utilidad de la educación de la salud perinatal, existe vigilancia y tratamientos diferentes a los convencionales, es importante que la paciente conozca su estado de salud y posible evolución, de esta forma se pueden aplicar acciones preventivas específicas, al no estar consciente la población de su nivel educativo sobre su salud esto representa por sí mismo un riesgo.

Existen varios programas donde se han estudiado e investigado sus efectos como son el fomento a la asistencia a la consulta prenatal, acudir al servicio de urgencias en casos de signos de alarma, orientación nutricional y odontológica en el embarazo, preparación física y emocional para el embarazo planificación familiar, puerperio, hospitalización, técnicas de alimentación para el Recién Nacido, inmunizaciones, cursos de postparto, operación cesárea, enfermedades de transmisión sexual, etc. (ver investigaciones realizadas cap. IV).

Ortigosa y Martínez (1990) referido por Cañizales (1994) Realizaron un estudio con mujeres que asistían a un curso gestacional donde encontraron asociaciones con un mayor peso de recién nacidos y una mayor edad gestacional en contraste con grupos de mujeres que no asistieron a ningún curso

Avila (1990 referido por Cañizales (1994) Demostraron que la educación constituye un factor altamente significativo en el establecimiento de la lactancia al seno materno en mujeres primiparas derivándose un beneficio innegable para el recién nacido.

CAPITULO VI. METODOLOGIA

6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.-¿Existen diferencias en los rasgos de personalidad femenina y en la ansiedad que presentan un grupo de mujeres antes y después de la histerectomía?

2.-¿Existen diferencias en los rasgos de personalidad femenina y en la ansiedad que presentan un grupo de mujeres con y sin plática informativa preoperatoria?

6.2 OBJETIVOS GENERALES

1.- Conocer los rasgos de personalidad femenina y la ansiedad, de un grupo de mujeres que van a ser intervenidas de histerectomía.

2.-Comparar si los rasgos de personalidad y la ansiedad cambiaron antes y después de la cirugía.

3.- Identificar diferencias en los rasgos de personalidad femenina y en la ansiedad entre las mujeres que recibieron plática informativa preoperatoria y las que no la recibieron.

6.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Describir la ansiedad estado y la ansiedad rasgo del grupo de mujeres con y sin plática informativa previa a la cirugía, en el pre y en el post operatorio.

2.- Comparar si existen diferencias en la ansiedad estado y en la ansiedad rasgo, entre las mujeres que recibieron y las que no recibieron la plática informativa preoperatoria.

3.- Identificar los rasgos de personalidad femenina antes y después de la cirugía.

4 - Comparar las diferencias en los rasgos de personalidad femenina que presentan la mujeres que recibieron y no recibieron plática informativa preoperatoria.

6.4 DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

La histerectomía

La plática informativa

VARIABLE DEPENDIENTE

La ansiedad estado y la ansiedad rasgo

Los rasgos de personalidad femenina

6.5 CRITERIOS DE CLASIFICACION DE LA MUESTRA

Diagnóstico médico de histerectomía

CRITERIOS DE EXCLUSION

histerectomía por enfermedad maligna

Antecedentes de haber estado en tratamiento psicológico o psiquiátrico.

6.6 DEFINICION DE TERMINOS

HISTERECTOMIA

DEF. CONCEPTUAL. Extirpación quirúrgica del útero. (Katchadourian , 1981)

DEF. OPERACIONAL. Acción de quitar el útero dentro de un proceso quirúrgico

RASGOS DE PERSONALIDAD FEMENINA

DEF. CONCEPTUAL. Desarrollo del individuo que se fundamenta en su conciencia de pertenencia a una categoría sexual y una vez identificado con ella comienza a aprender los papeles o funciones propias de ella. (Lara Cantú, 1993).

DEF. OPERACIONAL. Características que definen a la mujer que le permiten manifestar cualidades humanas etiquetadas por la sociedad como femeninas. (abnegada, frágil, dependiente, cariñosa etc.)

ANSIEDAD

DEF. CONCEPTUAL. Ansiedad estado. Estado emocional transitorio del organismo que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos y que son conscientemente percibidos. (Spielberger C.D. 1975)

Ansiedad rasgo. Se refiere a las diferencias individuales relativamente estables o sea las diferencias entre las personas a la tendencia a responder en situaciones percibidas como amenazantes que eleva la A.E.

DEF. OPERACIONAL. Ansiedad estado. Estado emocional percibido por la misma persona y que es referido a través de sus respuestas en el instrumento.

Ansiedad Rasgo. Es el estado emocional que caracteriza la forma de responder del sujeto acerca de como se siente generalmente

PLATICA INFORMATIVA

DEF. CONCEPTUAL. Acto de hablar una o varias personas con otra u otras con el fin de enterar o dar noticia sobre alguna cosa (dicc. Everest 1975).

DEF. OPERACIONAL. Es la relación entre el equipo de salud y las pacientes donde se les da información sobre la cirugía.

6.7 PLATICA INFORMATIVA

TEMARIO

I. Aparato reproductor femenino

- Anatomía
- Fisiología
- Función hormonal

II Descripción de lo que se realiza en la cirugía

- Como se hace la extirpación del útero
- La formación de la cúpula vaginal

II Riesgos de toda cirugía

- Tipo de anestesia que se utiliza.
- Valoración por anestesiólogo, cardiólogo, exámenes de rutina
- Posibles complicaciones

IV Tratamiento psicológico

- Presentación de sintomas de Ansiedad y miedo
- Técnicas de relajación
- Psicoterapia

V Reproducción y sexualidad

- Vida sexual después de la histerectomía
- La función hormonal (ovarios)
- La menopausia
- El tratamiento estrogenico.

VI Tramites administrativos para la hospitalización.

- Internarse un día antes de la cirugía
- Traer carnet y documentos que comprueben ser derechohabientes.
- Traer sus cosas personales
- Contar con dos donadores de sangre

6.8 TIPO DE DISEÑO

DE DOS MUESTRAS INDEPENDIENTES

El tipo de diseño elegido fue de dos grupos separados, uno con y otro sin plática informativa.

DE DOS MUESTRAS RELACIONADAS

Los dos grupos de mujeres fueron sometidas a histerectomía y se les midió antes, después y a los tres meses de la cirugía.

6.9 DEFINICION DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se trabajó con 100 mujeres programadas para histerectomía 50 de ellas que hayan recibido plática informativa por especialistas, y 50 que no la hayan recibido.

6.10 MUESTREO

Los sujetos se seleccionaron en forma no probabilística, con un muestreo accidental es decir todas las pacientes que estén programadas para cirugía.

6.11 INSTRUMENTOS

1.-Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

Spielberger, Martínez-Urritia, González-Reigosa,R. Díaz Guerrero (1975)

Que se utiliza para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad.

Este inventario está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utiliza para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad.

La escala AR consiste en 20 afirmaciones donde se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente

La escala AE también tiene 20 afirmaciones pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado.

Validez y confiabilidad.

La confiabilidad se llevó a cabo por test retest.

La validez se obtuvo a través de la correlación entre las escalas en diferentes momentos dependiendo del tipo de intensidad de la tensión

2.- Inventario de Masculinidad - Femenidad (IMAFE)

Lara Cantú (1993)

Es un inventario que incluye 4 áreas: rasgos de personalidad masculino (prácticos, de orientación a la acción); femeninos (de relación, preocupación por otros); asociados al machismo (agresión, intransigencia); y al síndrome de mujer sufrida o sumisión (abnegación, debilidad) basado en estereotipos de género

Mide rasgos de personalidad asociados al género. Se basa en los papeles y estereotipos en la cultura mexicana.

Los papeles se refieren a las prescripciones, normas y expectativas de comportamiento para hombres y mujeres; por ejemplo, el papel de proveedor se le asigna principalmente al hombre y el del cuidado de los hijos a la mujer. Los estereotipos de género se refieren a las creencias expectativas y atribuciones sobre como es y como se comporta cada sexo; Por ejemplo se cree que los hombres son mejores proveedores que las mujeres, o que las mujeres son mejores cuidadoras de hijos que los hombres.

Los conceptos de femineidad y masculinidad representan aquellos rasgos de personalidad que desde un punto de vista teórico y empírico diferencian a los hombres de las mujeres

Consta de cuatro escalas, masculinidad, Femenidad, machismo y sumisión. Cada una cuenta con 15 reactivos siendo un total de 60 reactivos. Se responde en una escala lickert de 7 puntos.

Validez y confiabilidad.

Se aplicó a 1301 sujetos, con un rango de edad de 18 a 67 años

Se llevó análisis de comparación de medias (prueba T)

El instrumento mostró una alta consistencia interna reflejada por los valores de los coeficientes alfa de Cronbach y la correlación de Pearson.

Evalúa papeles de genero (expectativas de comportamiento femenino o masculino) como masculinidad, femineidad, machismo y sumisión.

6.12 PROCEDIMIENTO

Se solicito a nivel delagacional la autorización para la realización de la investigación en un hospital de Ginecoobstetricia del IMSS, a través de una carta de la UNAM a ésta dependencia.

Se me asigno uno de los hospitales para la realización del proyecto.

Se acudió al Hospital de Gineco obstetricia asignado se informo al jefe de enseñanza y al director de la dependencia sobre mi proyecto de trabajo.

Me coordine con la psicóloga del hospital para la realización de mi trabajo y con el jefe de servicio donde se realizan las histerectomías.

El me propuso la aplicación de los instrumentos antes de la cirugía en el aula donde se daban las pláticas informativas.

Se conoció el aula donde se llevan a cabo las pláticas y se acudió a la aplicación de los instrumentos

Se les pidió a las pacientes su colaboración para contestar los cuestionarios después de terminar la plática

Para las pacientes que no recibieron platica se captaron en el servicio de valoración de anestesia y en el piso antes de la cirugía.

Se aplicaron los instrumentos en diferentes situaciones y momentos:

Antes de la cirugía:

después de la cirugía el día que se iban a ir de alta

y a los tres meses de operada

CAPITULO VII RESULTADOS

RESULTADOS DE LOS DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

El análisis de los resultados se llevo a cabo a través del paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales SPSS (Nie 1980) Dentro de este paquete se utilizaron varias subrutinas, la primera de ellas fue el análisis de frecuencias que constituye la parte descriptiva de la investigación.

Para las variables nominales y ordinales se utilizó el modo(M) como descriptor y para las intervalares la media y desviación estándar (DS)

EDAD

Con respecto a la edad de la muestra estudiada, se observa un rango de edad de 22 a 78 años, encontrándose que la mayoría de las pacientes tuvieron 40 años con un promedio de edad de 44.5 años y una desviación de 1.18 (ver tab 1)

TABLA 1
EDAD

EDAD	FR	%
22	1	1
29	1	1
32	2	2
33	1	1
34	1	1
36	1	1
37	6	6
38	1	1
39	3	3
40	11	11
41	9	9
42	6	6
43	7	7
44	5	5
45	6	6
46	8	8
47	2	2
48	3	3
49	6	6
50	1	1
51	5	5
52	1	1
53	2	2
55	1	1
57	1	1
59	1	1
60	1	1
62	1	1
63	1	1
65	1	1
74	1	1
78	1	1
TOTAL	100	100%

X = 44.5
D.S. = 8.28

ESTADO CIVIL

En relación con el estado civil, se encontró que la mayoría de las pacientes eran casadas (moda) lo que corresponde con un 79% (ver tabla 2).

TABLA 2 ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FR	%
SOLTERA	4	4
CASADAS	79	79
VIUDAS	2	2
DIVORCIADAS	6	6
UNION L	6	6
SEPARADAS	2	2
MADRES S.	2	2
TOTAL	100	100

OCUPACION

Para esta variable se observa que la mayoría eran amas de casa 60%, y las otras 40% trabajan en diferentes áreas, Como podemos observar sólo el 40% de las pacientes son económicamente activas (ver tab. 3)

TABLA 3 OCUPACION

OCUPACION	FR	%
AMA DE CASA	60	60
PROFESIONAL	4	4
NEGOCIO	6	6
COSTURERA	5	5
SECRETARIA	7	7
COCINERA	2	2
OBRAERA	2	2
SIRVIENTA	1	1
TECNICAS	13	13
TOTAL	100	100%

ESCOLARIDAD

Dentro de la variable escolaridad se encontró que la mayoría cuentan con primaria completa 33% , (ver tab 4)

TABLA 4 ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FR	%
PRIMARIA INC	22	22
PRIMARIA COMP.	33	33
SECUNDARIA	15	15
PREPATRATORIA	7	7
PROFESIONALES	7	7
SECRETARIAS	14	14
CARRERA TECNICA	2	2
TOTAL	100	100%

DIAGNOSTICO

En relación con el diagnostico la mayoría 69% tenían miomatosis uterina, el 19% con prolapso uterino, el 9% con miomatosis uterina mas quiste de ovario y el 3% miomatosis mas incontinencia urinaria.(ver tab 5)

TABLA 5 DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	FR	%
MIOMATOSIS UTERINA	69	69
PROLAPSO UTERINO	19	19
MIOMAS + QUISTE OV.	9	9
MIOMAS+ INCONT. UR	3	3
TOTAL	100	100%

TIPO DE CIRUGÍA

La mayoría de las pacientes fueron operadas por vía abdominal, Histerectomía total abdominal (HTA), encontrándose otros tipos de cirugía realizados para la histerectomía)

TABLA 6 TIPO DE CIRUGÍA

TIPO DE CIRUGÍA	FR	%
H. T. A.	70	70
H. V. R.	11	11
H.T. A.+ S.O.B.	5	5
H.V.R.+ BURCH	7	7
HTA.+OFERECTOMIA	5	5
HTA + COLPO	2	2
TOTAL	100	100%

CODIGO DE CLAVES

(HVR) histerectomía vaginal reconstructiva

(HTA +SOB)Histerectomía con ovarios o salpingo oferectomia bilateral

(HTA + BURCH) histerectomía con burch, es una técnica que se realiza cuando hay incontinencia urinaria,

(HTA + oferectomia unilateral) histerectomía con uno de los ovarios

(HTA + COL.POPERINEOPLASTIA) histerectomía con colperineoplastia, es otra técnica para casos de incontinencia urinaria

NUMERO DE HIJOS

En relación con el numero de hijos se observo que existe un rango de 0 a 9 hijos, la mayoría tiene 3 hijos (moda) con un promedio de 3.3 y una desviación de 1.8

TABLA 7 No. DE HIJOS

No. Hijos	FR	%
0	4	4
1	4	4
2	28	28
3	29	29
4	16	16
5	7	7
6	4	4
7	4	4
+ de 8	4	4
TOTAL	100	100%

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

Dentro de esta variable se observo que la mayoría 59% tienen como método el definitivo llamado OTB(salpingoclasia) o Obstrucción Tubaria Bilateral. (ver tab 8)

TABLA 8 METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

METODO	FR	%
ABSTINENCIA	3	3
O.T.B.	59	59
RITMO	1	1
D.I.U.	1	1
PRESERVATIV	10	10
NINGUNO	22	22
COMBINADOS	2	2
VASECTOMIA	2	2
TOTAL	100	100

¿QUERIAN MÁS HIJOS?

Para esta variable se detecto que la mayoría de las pacientes 88% ya estaba satisfechas con los hijos que tenían y no querian mas (ver tabla 9)

TABLA 9 ¿QUERIAN MÁS HIJOS?

OPCION	FR	%
SI	12	12
NO	88	88
TOTAL	100	100%

TIPO DE PAREJA

En esta variable la mayoría contesto que contaba con una pareja que las apoyaba (ver tabla 10)

TABLA 10 TIPO DE PAREJA

TIPO DE PAREJA	FR	%
NO TIENEN	1	1
APOYADORA	67	67
INDIFERENTE	8	8
CONFLICTIVA	13	13
TOTAL	100	100%

OPINION DE LA PACIENTE SOBRE LA CIRUGÍA

Dentro de esta variable la mayoría opino que la cirugía les va a ayudar a mejorar su salud y a prevenir un posible cáncer de cervix o de matriz 87% el resto de las pacientes tuvieron diferentes opiniones , pero solo una de ellas penso que iba a quedar hueca .(ver tabla 11)

TABLA 11 OPINIÓN DE LAS PACIENTES SOBRE LA CIRUGÍA

OPINIONES	FR	%
VA A QUEDAR HUECA	1	
NO VA A FUNCIONAR COMO MUJER	2	2
VA A MEJORAR SU SALUD Y PREVENIR UN CANCER	87	87
MIEDO A TRASTORNOS EMOCIONALES	6	6
MIEDO A MORIR	4	4
TOTAL	100	100%

ACTITUD DE LAS PACIENTES ANTE LAS RELACIONES SEXUALES A LOS TRES MESES DE OPERADAS

De 21 pacientes que fueron evaluadas a los tres meses de operadas, estas actitudes fueron expresadas desde las que mejoraron sus relaciones el 7% ,hasta las que no las han tenido porque tienen miedo a tenerlas por el temor a que duela.(ver tabla 12)

TABLA 12 ACTITUD ANTE LAS RELACIONES SEXUALES

ACTITUD ANTE LAS RELACIONES SEXUALES	FR	%
MEJORARON	7	33.4
SON IGUALES	1	4.7
NO HAN TENIDO	2	9.5
MENOS SATISFACTORIAS	2	9.5
DOLOROSAS	2	9.5
MIEDO A TENERLAS	7	33.4
TOTAL	21	100%

OTROS PADECIMIENTOS ANTES DE LA CIRUGIA

De las 100 pacientes evaluadas 22% contaban con alguna patología, antes de la cirugía (ver tab.13)

TABLA 13 OTROS PADECIMIENTOS

PADECIMIENTOS	FR	%
HIPOTIROIDISMO	3	13.6
DIABETES	6	27.4
HIPERTENSIÓN	5	22.7
ANEMIA	3	13.6
TROMBOFLEBITIS	1	4.5
ANSIEDAD	4	18.2
TOTAL	22	100%

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

En esta variable se observo que existe un rango de 3 a 9 días de estancia se detecto que la mayoría permanece en el hospital 5 días, con un promedio de 4.6 y una desviación de .96 (ver tab 14)

TABLA 14 DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

DIAS	FR	%
3	5	5
4	42	42
5	44	44
6	5	5
7	1	1
8	2	2
9	1	1
TOTAL	100	100%

$$X = 4.5 \quad \text{MODA} = 5 \quad \text{DS} = .96$$

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Para esta variable se observó que la mayoría de las pacientes 95% no tuvo complicaciones postoperatorias y solo el 5% tuvo complicaciones relacionadas con los otros padecimientos que ya se tenían como la diabetes o la hipertensión, o la cardiopatía (ver tabla 15)

TABLA 15 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

COMPLICACIONES	FR	%
SI	5	5
NO	95	95
TOTAL	100	100

RESULTADOS DE LA ANSIEDAD ESTADO

En el preoperatorio el rango de ansiedad presentado fue de 23 a 68 la mayoría presento una calificación de 50 (moda) con un promedio de 42.4 y desviación de 10.4

En el postoperatorio el rango fue de 20 a 61, la mayoría presento una calificación de 28 y un promedio de 36.0 y una desviación de 9.6

A los tres meses de la evaluación el rango fue de 20 a 63 , la mayoría obtuvo calificación de 29 con un promedio de 35.2 y desviación de 15.2
La ansiedad fue bajando

TABLA 16 ANSIEDAD ESTADO

MEDIDAS	1ª.	2ª.	3ª.
RANGO	23 a 68	20 a 61	20 a 63
X	42.8	36.02	35.23
MODO	50	28	29

RESULTADOS DE LA ANSIEDAD RASGO.

En el preoperatorio el rango presentado fue de 24 a 67, la mayoría obtuvo 40 y 49 de calificación con un promedio de 43.1 y una desviación de 10.2

En el postoperatorio el rango fue de 23 a 71, la mayoría obtuvo una calificación de 39 y un promedio de 42.0 con una desviación de 10.7

A los tres meses de la cirugía el rango fue de 21 a 58, la mayoría obtuvo una ansiedad de 36 y 44 puntos con un promedio de 39.0 y una desviación estándar de 16.5

La ansiedad fue bajando

ABLA 17 ANSIEDAD RASGO

MEDIDAS	1 ^a .	2 ^a .	3 ^a .
RANGO	24 a 67	23 a 71	21 a 58
X	43.16	43.03	39.01
MODO	40	39	36

RESULTADOS DEL IMAFE RESULTADOS DE LA FEMINEIDAD

En el preoperatorio el rango de puntuaciones obtenidas para femineidad fue de 44 a 101, la mayoría obtuvo una puntuación de 77 con un promedio de 76.2 y una desviación estándar de 14.5

En la segunda aplicación, el rango fue de 40 a 105 con una moda de 75, la media fue de 76.68 con una desviación de 15.8

En la tercera aplicación el rango fue de 45-99 con una media 73, la moda fue de 46 con una desviación de 26.9 (ver tabla 18)

TABLA 18 FEMINEIDAD

MEDIDAS	1ª	2ª	3ª
RANGO	44 a 101	40 a 105	45 a 99
X	76.20	76.68	73.09
MODO	93	81	57

RESULTADOS DE MASCULINIDAD

En el preoperatorio el rango presentado fue de 30-101 a 67, la mayoría obtuvo 57 de calificación con un promedio de 60.3 y una desviación de 15.13

En el postoperatorio el rango fue de 29-101, la mayoría obtuvo una calificación de 42 y un promedio de 60.81 con una desviación de 25.69

A los tres meses de la cirugía el rango fue de 33 a 88, la mayoría obtuvo una calificación de 46 puntos con un promedio de 63.85 una desviación estándar de 26.90 (ver tabla 19)

TABLA 19 MASCULINIDAD

MEDIDAS	1 ^a .	2 ^a .	3 ^a .
RANGO	30 a 101	29 a 101	33 a 88
X	60.13	60.81	63.85
MODO	57	42	46

RESULTADOS DE LA SUMISION

En el preoperatorio el rango presentado fue de 20 a 70, la mayoría obtuvo 51 de calificación con un promedio de 43.8 y una desviación de 10.96

En el postoperatorio el rango fue de 17 a 77, la mayoría obtuvo una calificación de 44 y un promedio de 43.94 con una desviación de 12.87

A los tres meses de la cirugía el rango fue de 19 a 62, la mayoría obtuvo una calificación de 40 puntos con un promedio de 42.76 y una desviación estándar de 18.35. (ver tabla 20)

TABLA 20 SUMISION

MEDIDAS	1 ^a .	2 ^a .	3 ^a .
RANGO	20 a 70	17 a 77	19 a 62
X	43.81	43.94	42.76
MODO	51	44	40

RESULTADOS DE LA ESCALA DE MACHISMO

En el preoperatorio el rango presentado fue de 16 a 74, la mayoría obtuvo 42 de calificación con un promedio de 39.22 y una desviación de 11.47

En el postoperatorio el rango fue de 15-70, la mayoría obtuvo una calificación de 31 y un promedio de 39.22 con una desviación de 11.79

A los tres meses de la cirugía el rango fue de 20 a 69, la mayoría obtuvo una calificación de 35 puntos con un promedio de 39.28 y una desviación estándar de 17.19 (VER TABLA 21)

TABLA 21 MACHISMO

MEDIDAS	1 ^a .	2 ^a .	3 ^a .
RANGO	16 a 74	15 a 70	20 a 69
X	39.22	40.00	39.28
MODO	42	31	37

ANALISIS INFERENCIAL

PRUEBA T PARA LOS GRUPOS CON Y SIN PLATICA INFORMATIVA

El segundo programa aplicado fue el de la prueba T para ver si había diferencias entre las pacientes que recibieron platica y las que no recibieron con respecto a las pruebas aplicadas tanto para ansiedad como para el inventario de femineidad y masculinidad. , No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las variables. (ver tabla 22)

TABLA 22 DIFERENCIAS CON Y SIN PLATICA INFORMATIVA

FACTOR	GPO 1 (SIN)	GPO 2 (CON)	T	P
AE 1	42.84	42.12	.34	.73
AE 2	35.96	36.08	.06	.95
AE 3	7.70	7.10	.20	.95
AR 1	43.56	42.76	.39	.69
AR 2	41.54	42.52	.46	.65
AR 3	9.62	6.82	.84	.40
F 1	75.84	76.56	.25	.80
F 2	75.30	76.06	.24	.81
F 3	17.80	14.00	.59	.55
M 1	60.32	60.30	.01	.99
M 2	61.10	64.40	.64	.52
M 3	12.66	12.16	.46	.64
S 1	43.56	44.06	.23	.82
S 2	42.42	42.46	-1.18	.24
S 3	10.88	7.08	1.04	.30
MA 1	38.76	39.68	.40	.69
MA 2	40.00	40.00	.00	1.0
MA 3	9.94	9.56	.98	.32

AE Ansiedad Estado, AR Ansiedad Rasgo, F femineidad, M masculinidad, S sumisión, MA machismo.

RESULTADOS DE LAS DIFERENCIAS EN PRE Y EN EL POSTOPERATORIO GENERAL

En cuanto a la comparación por pares en el pre y en el postoperatorio

Solo se encontraron diferencias significativas en la ansiedad estado en la cual disminuyo la ansiedad en el postoperatorio. (ver tabla 23)

TABLA 23 RESULTADOS EN EL PRE Y POST OPERATORIO

FACTOR	MEDIAS	DIF X	T	P
AE 1	42.48	6.46	5.96	.000 *
AE 2	36.02			
AR 1	43.16	1.13	1.63	.10
AR 2	42.03			
F 1	76.20	.52	-.54	.58
F 2	75.68			
M 1	39.22	-.78	-1.09	.27
M 2	40.00			
S 1	43.81	-.13	-.12	.90
S 2	43.94			
MA 1	39.22	-.78	-1.14	.25
MA 2	40.00			

• $P < .05$

RESULTADOS EN EL PRE Y EN EL POSOPERATORIO PARA EL GRUPO QUE NO RECIBIO PLATICA

En la comparación por pares en cada uno de los grupos con plastica solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad estado y en la ansiedad rasgo la cual también disminuyo en el postoperatorio. (ver tabla 24)

TABLA 24 PRE Y POST OPERATORIO SIN PLATICA PREOPERATORIA

FACTOR	MEDIAS	DIF X	T	P
AE 1	42.48	6.88	3.92	.000 *
AE 2	35.96			
AR 1	43.56	2.02	2.13	.038 *
AR 2	41.54			
F 1	75.84	.54	.36	.72
F 2	75.30			
M 1	60.32	-.78	-.55	.58
M 2	61.10			
S 1	43.56	1.14	.75	.45
S 2	42.42			
MA 1	38.76	-1.24	-1.27	.21
MA 2	40.00			

* P < .05

RESULTADOS EN EL PRE Y EN EL POSOPERATORIO PARA EL GRUPO QUE SI RECIBIO PLATICA

En la comparación por pares en cada uno de los grupos con plastica solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad estado la cual también disminuyo en el postoperatorio. (ver tabla 25)

TABLA 25 PRE Y POST OPERATORIO CON PLATICA PREOPERATORIA

FACTOR	MEDIAS	DIF X	T	P
AE 1	42.12	6.04	4.69	.000 *
AE 2	36.08			
AR 1	42.76	.24	.24	.81
AR 2	42.52			
F 1	76.56	.50	.41	.68
F 2	76.06			
M 1	60.30	-4.1	-1.01	.31
M 2	64.40			
S 1	44.06	-1.4	-.96	.34
S 2	45.46			
MA 1	39.68	-.32	-.31	.76
MA 2	40.00			

* P < .05

CAPITULO VIII CONCLUSIONES

8.1 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el planteamiento del problema se expusieron las siguientes interrogantes

1.-¿Existen diferencias en los rasgos de personalidad femenina y en la ansiedad que presentan un grupo de mujeres antes y después de la histerectomía?

2.-¿Existen diferencias en los rasgos de personalidad femenina y en la ansiedad que presentan un grupo de mujeres con y sin plática informativa preoperatoria?

De acuerdo a la bibliografía revisada sobre ansiedad, y rasgos de personalidad en la mujer, se conoce que estas cambian ante situaciones externas amenazantes o que ponen en peligro la vida del sujeto (reacción del yo ante el peligro) y que hay una actitud emotiva de incertidumbre, concerniente al futuro.

Ante la pérdida de un órgano y la posible pérdida de la vida se espera que la ansiedad se encuentre elevada antes de la cirugía (De Grot, K. (1996) Paterson y Craig (1993) y Ryan, M. (1989)

Con respecto a la identidad femenina, ante la pérdida de un órgano importante para las funciones de su género, se espera que los rasgos de femineidad cambien al no tener un órgano que simboliza su propia imagen como mujer y que le permiten manifestar cualidades femeninas.

I. Una de las primeras conclusiones a las que se llegó en el presente estudio es que los niveles de ansiedad estado presentados por el grupo de mujeres, se mantienen en un nivel moderado adaptativo (considerando que el rango de menor ansiedad esta en una puntuación de 20 y el de mayor es de 80. En el preoperatorio obtuvieron una media de 42.48, en el postoperatorio de 36.02 y a los tres meses de 35.23 lo cual significa que en esta variable si hubo diferencias estadísticamente significativas ya que la ansiedad fue

disminuyendo tanto para mujeres que recibieron platica como para las que no recibieron lo cual significa que tanto un grupo como otro fueron disminuyendo la ansiedad aun sin la platica, por lo que en este caso la platica no es un factor determinante para bajarla, sino que va disminuyendo por el mismo hecho de estar recuperándose y resolviendo un problema de salud.

II. En cuanto a la ansiedad rasgo, solo se observaron diferencias estadísticamente significativas disminuyendo en el postoperatorio en el grupo que no recibió platica informativa.

Para esta variable se espera que la ansiedad como rasgo no cambie, sin embargo al estar más ansiosas en el pre operatorio al no haber recibido la platica informativa es posible que no manifestaran sus rasgos reales antes de la cirugía

III. La paciente que tiene problemas psicológicos o psiquiátricos tiende a agudizar sus síntomas en el postoperatorio, por lo que será necesario una evaluación de la paciente en el pre operatorio, en caso de sospecha de problemas enviarla a evaluación, diagnosticar y dar tratamiento psicológico o psiquiátrico oportunamente.

IV. La ansiedad estado se esperaba que disminuyera en mayor proporción en las mujeres que recibieron platica tanto en el pre como en el postoperatorio sin embargo los dos grupos se comportaron casi igual no hubo diferencias los que no tuvieron platica tuvieron una puntuación preoperatoria de 42.84 y los que si recibieron de 42.12 y en el postoperatorio respectivamente 35.96 y 36.08

Se ha demostrado que la información y la preparación psicológica que reciben las pacientes antes de la cirugía favorecen la reducción de la angustia o ansiedad, del dolor, y la recuperación física (Yung y Humperry (1985), Krueger y Hasell (1979).

Por lo tanto se esperaba que los rasgos de personalidad y la ansiedad fueran diferentes en las mujeres que recibieron la platica informativa.

La ansiedad se esperaba que cambiara y disminuyera en mayor proporción en el pre y en post operatorio. Sin embargo la platica no es suficiente para disminuir la ansiedad y para que se den cambios en los rasgos de personalidad sino que será necesario implementar otras técnicas de apoyo psicológico que le ayuden a prepararse emocionalmente antes de la cirugía.

V. En este estudio no hubo cambios estadísticamente significativos en relación con los rasgos de personalidad femenina antes y después de la cirugía, ni en relación con las pacientes que recibieron y las que no recibieron

plática informativa, lo cual significa que los valores* han cambiado. La femineidad se confirma antes y después de la cirugía, esta no cambia, los tabúes tales como el hecho de quedar hueca, el sentirse menos mujeres, el no funcionar sexualmente etc. han disminuido. Esto puede deberse tal vez a que la mayoría el 88% ya no deseaban más hijos, el 61% ya tenían un método definitivo para no embarazarse, y el 87 % su mayor interés era el mejorar su salud y prevenir un posible cáncer.

VI. Al igual que varias investigaciones realizadas anteriormente como son las de Melody (1962), Ryan (1989) y Gath (1982)

No se encontraron cambios en la personalidad femenina (de acuerdo al rol sexual) esto quiere decir que la histerectomía por si misma no produce cambios psicológicos o psiquiátricos. Ellos encontraron que las pacientes con algún tipo de problema ya lo tenían desde antes de la cirugía.

VII. A las pacientes que se evaluaron a los tres meses se les pudo evaluar su actitud ante las relaciones sexuales, un 33.4% aun no las tenían porque tenían miedo y otro 33.4% ya las habían tenido y habían mejorado. Las pacientes necesitan más información sobre cuando reiniciar la vida sexual, y como vivir su sexualidad, sin miedo, sin presiones y con mayor satisfacción a este respecto Kueger Hansell y Colb. (1979) mencionan que de los consejos médicos que se le dan a las pacientes dependerá su ajuste sexual después de la cirugía.

VIII El 95% de las pacientes no presentaron complicaciones postoperatoria y solo el 5% presentaron complicaciones pero relacionados con otros padecimientos.

DISCUSION

Los resultados obtenidos en la presente investigación no arrojaron diferencias estadísticamente significativas en las variables de la femineidad y la plática recibida por las pacientes tanto en el pre como en el postoperatorio, por lo tanto es importante mencionar algunas condiciones y situaciones que estuvieron presentes durante la investigación.

Todas las pacientes se mostraron convencidas y decididas a efectuarse la histerectomía ya que presentaban un problema real de salud, con el cual ya no era posible sentirse bien, les interesaba más prevenir complicaciones como la anemia y el cáncer, enfrentando valientemente el riesgo quirúrgico

por el miedo a morir, de hecho el pánico que ellas tenían era hacia la cirugía, hacia la anestesia, y hacia la muerte, en este momento importaba la sobrevivencia y el tener una mejor calidad de vida, contaban con un yo fuerte que les permitía la comprensión de su situación y con una adaptación a la realidad bien establecida que les hacía tener conciencia de su problemática y ajustarse a ella. Aunque siempre pensando más en los demás que en ellas mismas querían sentirse bien para poder seguir haciendo sus quehaceres domésticos, atendiendo la casa, al marido y a los hijos, es decir que la aceptación del evento quirúrgico tiene relación con su rol femenino estereotipado, este seguir sirviendo a los demás que es un rasgo esencial de la psicología femenina.

En cuanto a su opinión hacia la cirugía se creía existían mitos tales como el que iban a quedar huecas, y el que ya no iban a funcionar como mujeres; En este estudio pudimos darnos cuenta de que las mujeres que van a ser histerectomizadas no les preocupa este punto aunque existe la pérdida de un órgano que representa parte de la identidad femenina, la mayoría de ellas ya habían tenido los hijos que desearon tener.

Con relación a la paridad satisfecha la mayoría 88 % manifestaron ya no tener deseos de tener más hijos, el 61% ya tenían algún método de planificación familiar definitivo, solo una de las pacientes que era soltera y nunca se había embarazado se mostró triste porque ya no tenía la opción de hacerlo. Tomando en cuenta que en nuestra cultura el útero es un órgano femenino que representa la posibilidad de realizarse como mujer al tener hijos, esta posibilidad ya no existía para ella.

Esta pérdida de la posibilidad de tener hijos puede producir profundas reacciones psicológicas y afectar la identidad femenina, con o sin el deseo consciente de tenerlos.

Cuando algunas pacientes se dieron cuenta de que a algunas se les dio plática preoperatoria, manifestaron su deseo de haberla recibido también ya que tenían muchas dudas sobre la hospitalización, sobre la incisión, días de estancia, alimentación, etc. Paterson y Craig (1963) demostraron que las pacientes que han sido preparadas para un procedimiento quirúrgico tienen un buen entendimiento de la naturaleza de la operación y se adaptan mejor a sus actividades, familiares, sociales y sexuales después de la histerectomía. El buscar información es algo propio del ser humano, si se conoce el estado de salud y la posible evolución esto ayudaría a aplicar acciones preventivas, disminuye la ansiedad, y las complicaciones postoperatorias. Entre las repercusiones psicológicas que se puede tener después de la cirugía

tenemos la devaluación, depresión, miedo a reiniciar vida sexual, ansiedad, confusión en la percepción de sí misma, frigidez, dificultad para dormir y un trauma emocional en pacientes jóvenes. López D. Y de la Rosa (1989), Barruel O I. (1993), Barglow et. al. (1968), Engraf F. (1964), Patterson y Craig (1963)

En ninguna de las platicas hubo interés por preguntar sobre su vida sexual, posterior a la histerectomía. La sexualidad todavía sigue siendo tabu, un tema del cual no se habla abiertamente

Existe la creencia de que el quitar el útero significa el fin de la vida sexual

Este tema fue abordado individualmente con algunas pacientes después de los tres meses de la cirugía.

Existe gran miedo a reiniciar la vida sexual por la misma cirugía, en 7 de las pacientes estas mejoraron y dos de las pacientes revelaron que el esposo no las buscaba sexualmente.

En cuanto a la femineidad revelaron seguir comportándose igual que antes de la cirugía, el 60% eran amas de casa y les gustaba seguir siendo igual como mujeres. Es decir, que sus rasgos de personalidad femenina asociados al genero y que tienen que ver con su identidad femenina permanecían igual que antes de la cirugía.

Existe un mecanismo de negación ante la presencia de ansiedad de llegar a sentirse menos femeninas y sexualmente atractivas.

Los rasgos de personalidad obtenidos a través del IMAFE en las diferentes evaluaciones, pre y post operatorias fueron consistentes mostrando características que las definen como femeninas en relación con los puntos que evalúa el instrumento como son: Afectuosa, compasiva, sensible a las necesidades de las demás, comprensiva, caritativa etc. (ver anexo 3 IMAFE). Estos rasgos tienen que ver con ese tipo de mujer que se ha definido culturalmente de acuerdo a los papeles y estereotipos tradicionales que desempeña. Definiéndola así como sumisa, sensible, dependiente, débil, afectuosa etc. Y nos muestran un panorama general de cómo es la identidad femenina, dentro de este grupo de mujeres. Y que aun con una histerectomía no las ha cambiado.

8.2 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Es necesario realizar la interrelación con otras variables para conocer que tanto influyen por ejemplo, la edad, el edo. civil el numero de hijos, la actitud ante la histerectomía etc.

La aplicación de los instrumentos después de tres meses fue difícil ya que las pacientes no acuden a la cita, se recupero solo un 21% de los casos a algunas mujeres se les hablo para recordarles la cita y decían que no podían porque ya estaban trabajando, o tenían que atender a la familia

El IMAFE solo se limita a evaluar rasgos que tienen que ver con los estereotipos y papeles sexuales es decir aquellas conductas que diferencian a hombres y mujeres en una cultura determinada

Seria interesante conocer otros tipos de cambios que puedan presentarse en la mujer después de la histerectomía, que no tengan que ver con su abnegación, sumisión, preocupación por los otros, ser cariñosa, comprensiva, débil etc. Sino más bien como me siento como mujer, atractiva, inteligente, capaz, productiva, femenina etc. Tal vez se tendría que crear y validar un instrumento propio.

SUGERENCIAS

Incluir la evaluación multidisciplinaria como parte de la evaluación general preoperatoria.

Programar platicas informativas para mayor numero de pacientes, incluyendo mas contenidos psicológicos, de sexualidad y de la vida diaria después de la histerectomía; así como solicitar la asistencia de la pareja y pueda apoyarla y resolver conjuntamente las situaciones que se presenten.

Aunque no se encontraron diferencias significativas en el grupo que recibió y el que no recibió platica informativa en cuanto ansiedad estado y ansiedad rasgo en el preoperatorio ni en el inventario de masculinidad-femineidad es importante que todas las pacientes reciban información ya que existen investigaciones Young y humphery (1985), Ridgeway Y Mathews (1982),Krueger,Hasoll et.al.(1979),Paterson y Craig (1963) que apoyan el hecho de que el mantenerse informadas hará que disminuya su ansiedad y se reafirme su femineidad antes y después de la cirugía, tal vez será importante reestructurar este programa de platicas para que realmente tenga

efecto la información que se transmite como parte de la preparación preoperatoria

Existen investigaciones que apoyan el hecho de que existe una fuerte asociación entre los resultados psiquiátricos después de la cirugía y el estatus psiquiátrico antes de la operación. Estos encuentros fueron consistentes con los reportes de Linderman (1941), Melody (1962), Barker (1968), Richards (1973), Dennis Gath., Peter Cooper, Alison Bond y Gillian Edmonds. (1982)

Entre las repercusiones psicológicas que puede tener después de la cirugía tenemos la devaluación, depresión, miedo a reiniciar vida sexual, ansiedad, confusión en la percepción de sí misma, frigidez, dificultad para dormir y un trauma emocional en pacientes jóvenes. López D. Y de la Rosa (1989), Barruel O I. (1993), Barglow (1968), Engraf F. (1964), Patterson y Craig (1963).

Por lo anterior es importante realizar una historia clínica completa donde podamos detectar un estatus psiquiátrico previo a la cirugía y podamos establecer una intervención psicológica como parte de su preparación preoperatoria.

En el post operatorio en mujeres jóvenes nuliparas hacer un seguimiento sobre su situación psicológica y dar terapia psicológica si fuese necesario

BIBLIOGRAFIA

Ahueda, J., Lowenbweir E., Pineda E. (1984). Morbilidad en histerectomía abdominal informe de 500 casos. Ginecología y Obstetricia de México. 52 No 327 Julio.

Alvarez, G. (1979). Elementos de sexología, México: Ed Interamericana.

Ayuso, G. (1988). Trastornos de angustia. Barcelona: Editorial Martínez Roca.

Barglow, P., Meyers M., Gunther, M., Meltzer, H., (1968) . histerectomía y Ligadura tubaria. Una comparación psiquiátrica. Obstetric gynecology 25, 520-527

Bardwick P. (1986) Psicología de la mujer Título original publicado en ingles Psychology of woman A study of Bio Cultura conflicts. Traductor Carlos Carreras tercera reimpression madrid: Impreso en Hijos de E. Minuesa.

Barruel, O., Iñesta, C. (1993). Consecuencias emocionales ante la perdida de la capacidad reproductiva de la mujer, autoconcepto en tres formas de perdida reproductiva natural impuesta y decidida. Tesis de licenciatura UNAM Fac Psicología, México.

Basaglia, F. (1983). Mujer, Locura y Sociedad. Universidad Autónoma de Puebla.

Cañizales, M. (1994). La ansiedad y su relación con un curso gestacional. Tesis de doctorado UNAM Facultad de Psicología. México.

Castelazo, L. (1971). Sensibilidad sexual y cirugía ginecologica. Ticittl, 1 Sociedad Médica CMI, México.

De Groot, K. (1996). Diferentes aspectos de la ansiedad como predictores de la ansiedad postoperatoria y el dolor físico Personal individual Difference. 21 no.6 pp. 929-936.

Dennis G. (1982). Histerectomía y desordenes psiquiátricos Niveles de morbilidad psiquiátrica antes y después de la histerectomía. British Journal Psichiatric. 140, pp.335-350.

Dennis, G., Peter, C., Alison, B. and Gillian, E. (1982). Histerectomía y desordenes psiquiátricos. Datos demográficos, factores físicos y psiquiátricos en relación con los resultados psiquiátricos. British Journal Psychiatric. 140, pp 343-350.

Deutsch, M. (1974) psicología de la mujer. Buenos Aires: Lozada.

Everest, C. (1965). Diccionario Español México: D F.

Freud, S. (1993). Duelo y melancolía Vol .XIV 5ª. Reimpresion obras completas. Buenos Aires Argentina: Amorrortu (trabajo original publicado en 1917)

Freud, S. (1993) Mas allá del principio del placer Vol. XVIII 5ª. Reimpresion Obras Completas. Buenos Aires Argentina: Amorrortu. (trabajo original publicado en 1920).

Freud, S. (1993). Inhibición, síntoma y angustia vol. XX obras completas Buenos Aires Argentina : Amorrortu (obra original publicada en 1948).

Hollender, M. (1960). Un estudio de pacientes admitidas en un hospital psiquiátrico después de una operación pélvica. American journal of obstetrics and gynecology 79 Pp 498-503

Horney K. (1989) Psicología femenina Traducida por Ma Luisa Balseiro 3ª. Reimpresion México: Alianza Editorial S.A título original Feminine Psychology

Katchadourian, H. (1979). Las bases de la sexualidad humana México: CECSA editores

Langer, M. (1978) Maternidad y sexo. Un estudio psicoanalítico y Psicomatico México : Paidós

Lara, C. (1993) Inventario de Masculinidad y Femenidad México: El manual Moderno

León, M. (1984) Psicopatología de la mujer histerectomizada. I foro de la mujer en México, México.

López, D. (1989). Autoconcepto en mujeres histerectomizadas. Tesis para obtener el grado de licenciatura. UNAM. Facultad de Psicología.

Martínez, A. (1998). La importancia de la maternidad. Tesis para obtener el grado de licenciatura UNAM Facultad de psicología. México

Melody, C. George, F. (1962). Reacciones depresivas después de la histerectomía American journal of obstetrics & gynecology, 83, pp.410 - 13

Miller, G. (1968) Introducción a la psicología. Madrid: Alianza editorial

Patterson y craig (1963) Concepciones equivocadas concernientes a los efectos psicologicos de la histerectomía. American journal of obstetrics & gynecology 85 pp.no.1

Pelaez, B. (1974). Teorías de la ansiedad . Tesis de licenciatura. UNAM Facultad de Psicología. México

Pick, S. (1995) Cómo investigar en ciencias sociales. México: Trillas

Ramírez, S. (1962). Esterilidad y Fruto. México: Pax.

Ramírez, M. (1989). Influencia de la crisis social en el estado de ansiedad Tesis de licenciatura UNAM Facultad de psicología. México

Reyes, P. (1983). Ansiedad y depresión frente a la muerte. Tesis de maestría UNAM. Facultad de Psicología. México.

Ryan, M. (1989). Aspectos psicologicos de la histerectomía. Un estudio prospectivo, british journal of psychiatry, 154, pp. 516-522 .

Spielberger C. (1981). Tensión y Ansiedad . México: Tierra Firme

Spielberger C.D. y Díaz G. (1975). IDARE inventario de ansiedad: rasgo - estado .México: Manual moderno S. A

Warren, C. (1989). Diccionario de Psicología. México: Fondo de Cultura Económica.

ANEXOS

- 1.- cuestionario de datos generales
- 2.- IDARE
- 3.- IMAFE
- 4.- cuestionario postoperatorio

DATOS GENERALES

Favor de anotar los datos que se le piden de acuerdo a su situación actual,
 Los resultados serán para fines de investigación y se mantendrán anónimos
 Gracias por su cooperación.

FECHA _____ FECHA DE CIRUGÍA _____

NOMBRE _____ TELEFONO _____

NO. DE FILIACION _____

EDAD _____ ESTADO CIVIL _____

ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____

DIAGNOSTICO _____

TIPO DE CIRUGÍA _____

EMBARAZOS _____ PARTOS _____ CESÁREAS _____ ABORTOS _____

EDAD HIJO MAS CHICO _____

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR _____

QUERIA MAS HIJOS : SI _____ NO _____

TIENE PAREJA ACTUALMENTE _____

QUE OPINA DE SU CIRUGÍA _____

USTED QUE OPINA DE LA CIRUGÍA QUE LE VAN A
 HACER _____

CON QUIEN VIVE _____

OBSERVACIONES:

IDARE

Inventario de Autoevaluación

ANEXO 2

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado	①	②	③	④
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mi mismo	①	②	③	④
33. Me siento seguro	①	②	③	④
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	①	②	③	④

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1 Me siento calmado	①	②	③	④
2 Me siento seguro	①	②	③	④
3 Estoy tenso	①	②	③	④
4 Estoy contrariado	①	②	③	④
5 Estoy a gusto	①	②	③	④
6 Me siento alterado	①	②	③	④
7 Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8 Me siento descansado	①	②	③	④
9 Me siento ansioso	①	②	③	④
10 Me siento cómodo	①	②	③	④
11 Me siento con confianza en mí mismo	①	②	③	④
12 Me siento nervioso	①	②	③	④
13 Me siento agitado	①	②	③	④
14 Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15 Me siento reposado	①	②	③	④
16 Me siento satisfecho	①	②	③	④
17 Estoy preocupado	①	②	③	④
18 Me siento muy excitado y aturdido	①	②	③	④
19 Me siento alegre	①	②	③	④
20 Me siento bien	①	②	③	④

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MT
41-2

IMAFE

Mtra. Ma. Asunción Lara Canú
Instituto Mexicano de Psiquiatría



Nombre o número de cuestionario: _____

Sexo: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

ESCALAS

M	Σ _____ /15 1 5 9 13 17 21 25 29 33 37 41 45 49 53 57	_____
F	Σ _____ /15 2 6 10 14 18 22 26 30 34 38 42 46 50 54 58	_____
MA	Σ _____ /15 3 7 11 15 19 23 27 31 35 39 43 47 51 55 59	_____
S	Σ _____ /15 4 8 12 16 20 24 28 32 36 40 44 48 52 56 60	_____

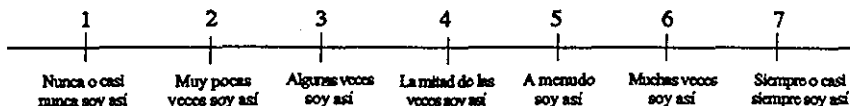
D.R. © 1993 por la
 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, C.P. 06100

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una lista de palabras que describen formas de ser de las personas, por ejemplo: racional, cariñoso, flojo. Le voy a pedir que utilice esas palabras para describirse. Esto es, a cada palabra le pondrá un número entre uno y siete, según qué tan bien crea que describe su manera de ser.

Estos números del uno al siete significan lo siguiente:



Ejemplo:

- Listo** Le pondrá el número 3 si cree que algunas veces usted es listo.
- Malicioso** Le pondrá el número 1 si cree que nunca o casi nunca usted es malicioso.
- Responsable** Le pondrá el número 7 si cree que siempre o casi siempre usted es responsable.

En seguida se encuentran estas descripciones, asigne un número de acuerdo con la escala del 1 al 7 como se muestra arriba.

POR FAVOR NO DEJE NINGÚN INCISO SIN CONTESTAR

1. Seguro de mí mismo (a)	20. Indeciso (a)	40. Cobarde
2. Afectuoso (a)	21. Dispuesto (a) a arriesgarme	41. Racional
3. Enérgico (a)	22. Deseoso (a) de consolar al que se siente lastimado	42. Me gustan los niños
4. Conformista	23. Agresivo (a)	43. Rudo (a)
5. Me comporto confiado (a) de los demás	24. De personalidad débil	44. Dependiente
6. Compasivo (a)	25. Autosuficiente	45. Maduro (a)
7. Dominante	26. Cariñoso (a)	46. De voz suave
8. Simplista	27. Uso malas palabras	47. Incomprensivo (a)
9. Analítico(a)	28. Inseguro (a) de mí mismo (a)	48. Influenciable
10. Sensible a las necesidades de los demás	29. Independiente	49. Valiente
11. Individualista	30. Amigable	50. Generoso (a)
12. Sumiso (a)	31. Materialista	51. Frio (a)
13. Hábil para dirigir	32. Pasivo(a)	52. No me gusta arriesgarme
14. Comprensivo (a)	33. Competitivo (a)	53. Reflexivo (a)
15. Ambicioso (a)	34. Tierno (a)	54. Espiritual
16. Incapaz de planear	35. Autoritario (a)	55. De voz fuerte
17. Tomo decisiones con facilidad	36. Resignado (a)	56. Retraído (a)
18. Caritativo (a)	37. Atlético (a)	57. De personalidad fuerte
19. Arrogante	38. Dulce	58. Cooperador (a)
	39. Egoísta	59. Malo (a)
		60. Tímido (a)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUESTIONARIO POSTOPERATORIO A LOS TRES MESES

ENTREVISTA

ACTITUD ANTE LAS RELACIONES SEXUALES

YA SE INICIARON SI _____ NO _____

COMO FUERON _____

DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA _____

TUVO COMPLICACIONES DESPUÉS DE LA OPERACIÓN _____

DE QUE TIPO _____

CUANDO FUE _____

COMO SE SIENTE DE LA OPERACIÓN: _____

PORQUE _____
