



---

---

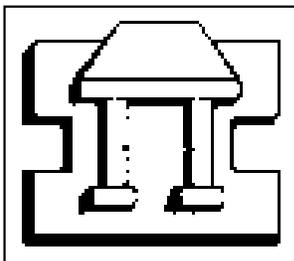
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**“Significados y experiencias de  
la histerectomía en mujeres”**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A:**  
**MARÍA LÓPEZ HERREJÓN**

**DIRECTOR: MTRO. JOSÉ SALVADOR SAPIÉN LÓPEZ**  
**DICTAMINADOR: MTRA. DIANA ISELA CÓRDOBA BASULTO**  
**DICTAMINADOR: LIC. JORGE GUERRA GARCÍA**

LOS REYES IZTACALA, ESTADO DE MÉXICO, NOVIEMBRE 2004





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Dedico el presente escrito a mi casa de estudios en agradecimiento al apoyo brindado durante estos años de estudio y como reconocimiento a su gran labor formativa de pensamientos y acciones.

Mil gracias Diana y Salvador por el apoyo moral y los estímulos que me brindaron con paciencia y confianza y por impulsar en mí ese camino que inicio con toda responsabilidad y turbaciones. Por sus palabras y sabios consejos.

A mis padres porque gracias a ellos tengo la oportunidad de existir. Por sus sacrificios y lecciones en algún tiempo incomprensidos. Por su ejemplo de superación incansable. Por su comprensión y confianza. A ti mamá por tu mirada apacible y preocupación acallada. A ti papá por tu trabajo y esfuerzo inmensurable.

A mis hermanas y hermano por su ejemplo y apoyo alentándome en este sueño para que lográramos verlo convertido en una linda realidad.

A mis amigas y compañeros como un pequeño testimonio del gran apoyo que me brindaron durante los años más difíciles y más felices de mi vida en los cuales se fue construyendo esta visión junto con el aliciente para continuar con mi superación.

Sobre todo a las mujeres que participaron en este sueño porque me confiaron su tesoro más valioso, su experiencia, sus pensamientos y anhelos.

A todas las mujeres porque sólo la superación de los propios ideales nos permitirán emprender cada día la difícil posición de ser mujer con conceptos y valores personales pero sobre todo con sueños y deseos.

## ***Estrofas de lindo linde***

*Linderos.  
Linderos de toda linde,  
¿cuáles son los verdaderos?*

*¡A colindar!  
¡Y las manos y los ojos  
y lo que se dé en cantar?*

*Colinde  
mi voluntad con mi sueño  
y muera yo en esa linda.*

*Amarrado suavemente  
por la brisa  
está el paisaje de enfrente.*

*Todos sus límites son  
brisa lintera  
con razón y sin razón.*

*Ven al poema, lindero,  
a limitar la hermosura  
con tus brazos verdaderos.*

*Ven lindero  
a levantar obeliscos;  
discóbolo con tus discos  
límites impón a Eros.*

*Ven, al poema lindero.*

*El mar espiral desnuda  
negro baño sideral;  
en la frontera espacial  
suelta sus números muda  
la nebulosa espiral.*

Carlos Pellicer

# INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPITULO 1 Genero y construccion de la mujer

- 1.1 Perspectiva de genero
- 1.2. Como es educada la persona para ser mujer
- 1.3. La imagen que tiene la sociedad acerca de la mujer
- 1.4. Imagen que tiene de si misma la mujer

CAPITULO 2 Nociones de sexualidad

- 2.1. Sexualidad de la mujer
- 2.2 Factores biologicos de la sexualidad
- 2.3 Aspectos sociales y psicologicos de la sexualidad
- 2.4 Significacion de la sexualidad
- 2.5 Experiencias en la sexualidad

CAPITULO 3 Intervencion medica en la mujer: Histerectomia

- 3.1 Alteraciones que la mujer presenta en su ciclo reproductivo
- 3.2 Intervenciones medicas realizadas en la mujer
- 3.3 Histerectomia
- 3.1 Proceso quirurgico
- 3.2 Cuidados antes, durante y despues de la operacion
- 3.3 Consecuencias fisiologicas y psicologicas de la histerectomia

CAPITULO 4 Metodologia

CAPITULO 5 Resultados

CAPITULO 6 Discusion

CAPITULO 7 Conclusiones

REFERENCIAS

ANEXO

# INTRODUCCIÓN

La sociedad está organizada de manera que todas las personas que la componen, aprenden a relacionarse de determinadas maneras que aseguren la estabilidad del sistema social, esto es a través de las diferentes instituciones sociales.

La mujer dentro de este sistema, es considerada, ante todo, como instrumento de fecundidad. Sirve para la perpetuación de la estirpe de su esposo, de su tribu, de su raza. Por lo que el hombre tiene derecho sobre la vida de su esposa. Esta dominación no está motivada tanto por el sentimiento como por la necesidad, con objeto de que el sistema se perpetúe, de servirse de la mujer para la reproducción siguiendo un código preciso (Sullerot, 1971).

Como es bien sabido abordar el tema de la sexualidad de las mujeres implica adentrarse al mundo de lo oscuro, lo negado y hasta lo prohibido, por lo tanto se les ha mantenido al margen de este tema tan controversial, ya que se les considera carentes de deseo sexual, de capacidad de sentir placer, por lo que su sexualidad siempre ha estado remitida a la procreación.

Sin embargo, la sexualidad implica en la mujer tanto como en el hombre, mucho más que la capacidad reproductiva, más que la posibilidad de la maternidad. La sexualidad es un concepto muy amplio que va mucho más allá de lo que comúnmente se entiende por sexual.

Además, cada uno de nosotros tenemos sentimientos, posiciones, actitudes y convicciones en torno a la sexualidad, por lo que la experimentamos de distinta forma, pues es suministrada por una óptica muy propia y personal; y mediatizada, innegablemente, por el contexto sociocultural en el cual nos desarrollemos.

Vemos que durante milenios, los médicos, los juristas y los teólogos –que en número abrumador, han pertenecido al sexo masculino- han inculcado en las mujeres la idea de que ellas no alcanzan la plenitud de su condición femenina sino con la maternidad.

Desde el estereotipo genérico, la mujer, que no da cuenta de la maternidad, prueba que no es mujer. Ese no “ser” mujer ni varón trasciende ampliamente las fronteras de las prácticas sexuales, y socava en profundidad la identidad vital.

Bajo esta apreciación de la mujer, las disciplinas han construido diversas técnicas de tratamiento. Entre los procedimientos médicos quirúrgicos mayores está la histerectomía como prevención del cáncer cérvico uterino.

El cáncer cérvico uterino en nuestro país es un problema imponente de salud pública, pese a los programas encaminados a disminuir la morbilidad por este padecimiento; hasta la fecha no se ha logrado un impacto favorable. La muerte de una mujer cada 2 horas, es decir, 4 500 muertes al año, indican la necesidad de desarrollar programas y estrategias bien estructuradas que lleven a la reducción de la mortalidad por esta enfermedad (Sánchez, 1999).

La histerectomía, o remoción quirúrgica del útero, es un procedimiento quirúrgico de cirugía mayor que se realiza con más frecuencia en las mujeres en edad reproductiva. Esta técnica de intervención es considerada un método que preserva, en lo posible, la salud de la mujer.

La histerectomía puede servir para tratar las afecciones del útero. Algunas de ellas son benignas (no cancerosas), otras sí son cancerosas. Algunas producen síntomas que son molestos, y otras pueden poner la vida en peligro.

Está indicada en caso de que la mujer presente trastornos como neoplasia intraepitelial cervical, leiomiomas uterinos sintomáticos o asintomáticos, endometriosis sintomática refractaria, dolor pélvico crónico refractario, hemorragia uterina disfuncional sintomática refractaria, hemorragia incontrolable después de parto obstétrico, infección que no responde a tratamiento médico, incontinencia urinaria, relajación pélvica (Gant y Gunmingham, 1995).

Se considera que esta intervención no debe dificultar la vida sexual, pues en nada afecta las funciones hormonales o la capacidad de ajuste vaginal de la mujer.

Los efectos psicológicos de la operación dependen de la situación que condujo a la histerectomía, y del conocimiento y actitud de la mujer hacia ella (Llewellyn-Jones, 2000).

Una histerectomía no significa el final de la vida sexual de una mujer y la operación puede incluso mejorar el placer sexual, según un estudio, donde un grupo de investigadores holandeses, interrogaron a 400 mujeres que se habían sometido a la cirugía de extracción del útero, hallaron una avasalladora respuesta positiva. "El placer sexual mejoró significativamente en todas las pacientes" (Roovers, 2003).

Según Llewelyn-Jones (2000), por el contrario, algunas mujeres se sienten mutiladas tras una histerectomía y desarrollan un estado de ansiedad. Es más probable que esto suceda si la mujer cree que tras la operación queda afectada su imagen corporal, su feminidad y su atractivo sexual.

El presente trabajo pretende analizar conocer cuál es el significado y la experiencia de la histerectomía que tienen las mujeres que la han vivido.

En términos metodológicos se trata de una investigación con un enfoque de género. Se recurrió al análisis cualitativo, que ofrece una amplia información acerca de la problemática, aportando una presentación detallada del contexto y del significado de los eventos relevantes para quienes lo experimentan.

La estructura temática de del presente trabajo está organizada de la siguiente manera: en el primer capítulo bosquejamos un panorama general la construcción de la persona para ser mujer de acuerdo con su género asignado. Se analiza la manera en que es educada la niña para convertirse en mujer. Asimismo se aborda la imagen ha construida la sociedad acerca de la mujer. Finalmente, se describe la imagen que de sí misma llega a formar la mujer.

En el segundo capítulo, abordamos las nociones que ha erigido la sociedad acerca de la sexualidad de la mujer. Hacemos una caracterización de los factores biológicos implicados en la sexualidad femenina. Además, se examinan los aspectos sociales y psicológicos de la sexualidad de la mujer. Asimismo, se aborda la significación que se otorga a la sexualidad por parte de la mujer. Finalmente, se describe la forma en que la mujer experimenta su sexualidad.

En el tercer capítulo, estudiamos la intervención médica denominada histerectomía. En un primer momento se estudia la menstruación y sus alteraciones dentro del ciclo reproductivo. Asimismo, se estudia las intervenciones médicas realizadas a la mujer. La histerectomía, que es la remoción quirúrgica del útero en la mujer. Conociendo el proceso quirúrgico que llevan a cabo los médicos para extraer el órgano femenino. Los cuidados observados antes, durante y posteriores a la intervención quirúrgica. Finalmente, se describen las posibles consecuencias fisiológicas y psicológicas que pueden derivar de la histerectomía.

En los capítulos subsiguientes observaremos el desarrollo de la investigación de los datos aportados por las participantes acerca de los significados y experiencia que otorgan a la histerectomía.

## RESUMEN

En la presente investigación la metodología que se utilizó fue de corte cualitativo, ya que se busca explicar una serie de hechos de la vida de las mujeres en cuanto a la problemática de la significación y experiencia de la intervención quirúrgica de la histerectomía. Se llevó a cabo recolectando datos por medio de entrevista a profundidad.

Los temas abordados consideran categorías o ejes temáticos que estudian el género y la construcción de ser mujer, tales como significado de ser mujer, lo que es importante para una mujer, lo que hace a hombres y mujeres diferentes o iguales, la educación, responsabilidades por ser mujer, desventajas y ventajas de ser mujer, el deseo por la maternidad. Asimismo, nociones de sexualidad, como consideraciones de qué es la sexualidad, significado del sexo, diferencias entre los dos términos, la forma en que se expresa, y formas de obtener información. También, se contemplo una de las manifestaciones que experimenta la mujer en su cuerpo, la menstruación, su primera manifestación, instrucción que recibe la mujer acerca del evento, la sensación de dolor y pena, sus variaciones y alteraciones. Estudiando las primeras nociones acerca de la histerectomía, así como el conocimiento de la histerectomía experimentada en el cuerpo, considerando la comprensión logra tener la mujer. Asimismo se encontraron otros hallazgos relacionados con la histerectomía.

El análisis se llevó a cabo desde un enfoque de género, ya que es de fundamental importancia, debido a que permite comprender que desde el momento en que un individuo nace, se le adscribe a un mundo de significaciones, y se le determina como mujer u hombre.

Se encontró que la histerectomía es una experiencia que invade el control que la mujer tiene sobre sí misma y su vida, por lo que es una situación difícil y dolorosa.

El significado que las participantes conceden a la histerectomía es que se trata de una operación que salvo su vida y que las llevó a recuperar su salud.

Palabras clave: Histerectomía, Mujer, Significados y Experiencias.

# CAPITULO 1

## GÉNERO Y CONSTRUCCIÓN DE LA MUJER

### 1.1 Perspectiva de género

Gracias a los grandes movimientos sociales, como lo es la lucha de las mujeres que comenzaron a cuestionar la condición y situación de vida de las mujeres en los diversas naciones del mundo, se fueron construyendo diversas categorías sociales y humanas, entre ellas se encuentra la categoría de género, que permite generar un conocimiento concreto que ha dado lugar a una comprensión cada vez mayor de lo que significa ser mujer o ser hombre.

El género como categoría de análisis ha tomado relevancia al estudiar el papel subordinado que la sociedad ha asignado a la mujer. Sin embargo, en un principio carecía de marcos conceptuales y metodológicos por lo que la investigación se investía de cuestiones teóricas y conceptuales.

Con el tiempo se acuñó un marco conceptual así como un sistema metodológico que da cuenta de la construcción del género como un fenómeno histórico que ha ido variando a lo largo del tiempo.

El término género es un concepto que toma consideraciones de disciplinas como la gramática, la sociología y la antropología señalando tanto la cuestión biológica como la construcción social y cultural que diferencian los sexos.

La perspectiva de género está basada en la teoría de género y se inscribe en el paradigma teórico-histórico con una actitud crítica y en un paradigma cultural del feminismo. El análisis de género es la síntesis entre la teoría de género y la llamada perspectiva del género derivada de la concepción feminista del mundo y de la vida. Esta perspectiva se estructura a partir de la ética y conduce a una filosofía *posthumanista*, por su crítica de la concepción androcéntrica de la humanidad que dejó fuera a la mitad del género humano: a las mujeres (Lagarde, 1996).

Además de contener ideas, prejuicios, valores, interpretaciones, normas, deberes y prohibiciones sobre la vida de las mujeres y los hombres, la cosmovisión de género propia, particular, es marcadamente etnocentrista. Cada quien aprende a identificarse con la cosmovisión de género de su mundo y hasta hay quienes creen que la suya es universal. Es factible también que en una persona converjan cosmovisiones de género diversas.

Cazés (2000) en su libro *Perspectiva de género* expone que el género “se constituye en la relación entre lo biológico: el sexo (genético, hormonal y gonádico), lo psíquico (los procesos y estructuras conscientes e inconscientes que estructuran intelectual y afectivamente a los sujetos), lo social (la organización de la vida colectiva, las instituciones y las relaciones entre los individuos y los grupos), y lo cultural (concepciones, valores, normas, mitos, ritos, tradiciones), que definen, marcan y controlan las relaciones entre los individuos y los grupos, y también el sentido de sus cambios).” (pp.92).

Cazés agrega que el “género es el contenido ideado, deseado e impuesto por cada cultura para que las personas se formen como hombre o como mujeres de manera claramente diferenciada; para que se *identifiquen* con la maneras de pensar, desear, sentir y actuar establecidas como necesarias, adecuadas, irrefutables y válidas, sanas y normales para cada cual.” (pp.103).

En este sentido estas características y diferenciaciones también están relacionadas con el concepto que impera de la mujer.

La palabra mujer según el diccionario es la persona del sexo femenino que al llegar a la pubertad se transforma al presentar la menstruación y esto la capacita para el proceso de gestación.

Sin embargo, ser mujer es mucho más que lo meramente físico-evolutivo. Ser mujer es un conjunto de cualidades, capacidades y pensamientos que van reestructurándose de acuerdo a las diversas instituciones que componen su actuar.

De acuerdo con Lagarde (1996) es posible que una persona a lo largo de su vida modifique su cosmovisión de género simplemente al vivir, porque cambia

la persona, porque cambia la sociedad, y con ella pueden transformarse valores, normas y maneras de juzgar los hechos.

De este modo es posible que la mujer reestructure la visión que tiene de sí misma en la medida que ocurren cambios sociales tanto como individuales.

No obstante, la educación que recibe la persona es importante para la formación de su cosmovisión.

## **1.2 Cómo es educada la persona para ser mujer**

Se puede hacer referencia a cierta ideología implícita que jerarquiza unos valores en detrimento de otros, lo permitido y lo no permitido, que darán forma a un conjunto de valores que accionan las más de las veces de manera implícita en la persona.

Aún antes de nacer, la mujer encuentra un mundo ya hecho, con condicionantes genéricos, a partir de los cuales se espera que ocupe un lugar ya determinado y que asuma ciertas pautas de comportamiento que variarán según su edad y estado civil. Lo importante de esto es señalar que este «mundo hecho» -a menos que se rebase el pensamiento de lo cotidiano- será visto como: «el de siempre», «lo natural», lo «normal» e «inamovible» (Sánchez M., 1999).

Desde pequeñas se les bombardea por diversos medios como libros, revistas, publicidad, programas de radio y televisión, el uso del internet con sitios de información y chats, e incluso cursos escolares que destacan ciertos estereotipos de la mujer como la maternidad.

Normalmente, la niña al crecer llega a comportarse, a sentir y a pensar de maneras apropiadas a su sexo. Esto se explica sólo en parte por el hecho de que haya nacido mujer. Pero la niña, además, tiene que aprender a desempeñar el papel que se les asigna a las mujeres en la sociedad donde vive (Komarovsky, 1968).

Cuando la niña toma conciencia del mundo que la rodea, se percata de que los hombres y las mujeres se conducen de maneras diferentes y realizan

diferentes actividades. En tanto que el papá sale a trabajar, la mamá se ocupa del hogar.

En las reuniones, con frecuencia hombres y mujeres forman grupos separados. Las mujeres hablan de los niños, de las compras y de otros temas vinculados con el hogar, mientras que los hombres hablan de deportes y política empleando palabras extrañas y su conversación es más difícil de entender.

Normalmente la pequeña se identifica con las mujeres y las imita. La sociedad, es decir, el papá, la mamá, los tíos y tías, padrinos y madrinas, las canciones infantiles, las caricaturas, entre otros agentes de la socialización, la impulsa en el mismo sentido. Se induce a las niñas a ser más suaves y delicadas demostrando más sus emociones y expresando sus sentimientos.

Fomentando roles de expresividad, permisividad, y de ayuda a la colectividad. Es decir, en las niñas se potencian los valores de cooperación, relaciones interpersonales y permeabilidad en la autoestima ("comunidad"). De esta manera, se enseña a los hijos que el valor de su personalidad o su propia estima personal depende de ellos mismos, reside en el interior de su fuerza y cualidades personales. En cambio a las niñas, se les enseña que su valía depende de la aprobación de los otros y del amor que le otorguen sus allegados (Ortiz-Tallo y Cardenal, 1997).

Estos valores y creencias son transmitidos a través de la cadena generacional abuela-madre-hija y no son cuestionados porque la madre funge como modelo que transmite su sentir y su percepción del mundo y de lo que le rodea.

Se les ofrece menos oportunidades para una acción autónoma que a los varones, por ejemplo estos últimos tienen mayor libertad para alejarse de la casa, ir a la escuela sin compañía, pueden volver más tarde, y gozar de más ocasiones para elegir sus propias actividades.

La mayor protección que se le ofrece a la niña está en relación con los mayores riesgos biológicos y sociales que entrañan para ella las relaciones sexuales fuera del matrimonio. Para una mujer, el matrimonio no es solamente la

elección de un esposo, sino la de una situación en la vida; por esta razón la familia controla más sus salidas (Komarovsky, 1968).

Las diferencias en la educación de los dos sexos están evidentemente vinculadas con sus respectivos papeles en la vida adulta. La mujer es preparada como futura ama de casa dentro del hogar, mientras que el varón se prepara para su papel en la sociedad; en sus actividades fuera del hogar encontrando más independencia.

Se transmite, así, a las mujeres -y en menor medida a los hombres- que no serán verdaderos adultos si no se convierten en madres y padres. Ante esta situación, la formación de una familia se convierte en algo más que una mera elección para mujeres y hombres, a pesar de que, individualmente, no lo parezca así. Además, las primeras se ven impulsadas a la maternidad no sólo por un sexismo institucionalizado sino por la promesa de unas gratificaciones psicológicas y sociales asociadas a la maternidad (Osborne, 1993).

En lugar de enseñar a las jóvenes las posibilidades particulares de la femineidad, en lugar de ayudar a la joven a realizar su destino y sus promesas esencialmente femeninas, los padres le dicen con demasiada frecuencia: "Eres sólo una mujer, no puedes hacer esto o lo otro. . ." Una educación así no puede hacer otra cosa que suscitar una falta de seguridad y de confianza en uno mismo; y esta falta de seguridad, unida a los "tabúes" de los que se rodea generalmente los problemas sexuales, pueden suscitar perturbaciones emocionales y graves obstáculos cuando la joven deba abordar su vida amorosa (Dogs, 1982).

Se impone a las niñas una serie de obligaciones filiales y familiares más exigentes. Muchas veces los varones pueden colaborar en las tareas domésticas, pero las niñas tienen mayores responsabilidades a este respecto.

Así que en una sociedad en la que lo femenino está devaluado, es lógico pensar que las relaciones de las madres con las hijas sean diferentes a las que sostienen con sus hijos. Las mujeres, en tanto que madres, producen hijas con capacidad y deseos maternos. Estas capacidades y necesidades se cimentan y desarrollan a partir de la relación madre-hija. Por el contrario, las mujeres en tanto que madres y los hombres en tanto que no-madres producen hijos cuyas

capacidades y necesidades de atender a los demás han sido coartadas y reprimidas (Osborne, 1993).

Este tipo de ideología continúa a pesar de que cada vez con mayor frecuencia se observa que las mujeres practican deportes atléticos, asisten a escuelas mixtas, cada vez más se pregunta a las niñas qué piensan ser cuando sean grandes.

### **1.3 La imagen que tiene la sociedad acerca de la mujer**

La pertenencia a una categoría grupal o colectiva específica determina el andar cotidiano de las mujeres, quienes conformamos una categoría genérica determinada no sólo por los factores biológicos y fisiológicos, sino también por una serie de normas, reglas y conductas aprendidas e introyectadas que han determinado nuestro quehacer psicosocial (Flores, 2000).

Dentro de esta categorización de lo que es ser hombre o ser mujer, niños y niñas aprenden una serie de definiciones y significaciones culturales de masculinidad y feminidad, que comprende un amplio conjunto de asociaciones ligadas al sexo tales como las diferencias anatómicas, la función reproductora y división del trabajo y responsabilidades sociales.

Vemos que la mujer dentro del sistema social es considerada como dispositivo de fecundidad al servicio de la perpetuación de la estirpe.

En nuestra sociedad se exige que la mujer lleve a cabo determinadas actividades en sus múltiples papeles: hija, novia, compañera, esposa, amante, ama de casa, madre, abuela; en los que con frecuencia entra en conflicto.

La identidad de la mujer lleva el sello de una cultura disociante, de “un-ser-mujer”, partida en dos, cuyos destinos fueron las posibilidades domésticas, la procreación y la crianza de los hijos por un lado, y el placer o goce por el otro (Videla, 1986).

De esta manera, por tradición la mujer ha tenido tres caminos para elegir en su vida; uno la lleva al matrimonio y a la maternidad; el otro la conduce a la vida religiosa, a ser la esposa de Dios; el tercero la conduce a ser la mujer de

cualquiera que pueda pagarle sus servicios y es la prostituta. Hay un cuarto camino que ha sido cruelmente ridiculizado, el de la mujer que no encontró dueño, la solterona (Farrugia, 1983).

La sociedad ha asignado a la mujer como función primordial, la reproducción biológica y física de las nuevas generaciones, sentar las bases en los procesos de socialización de infantes, cuidar de familiares, enfermos y ancianos, así como estar atenta a los requerimientos domésticos de la fuerza de trabajo –proveedores materiales de la familia-, generalmente hombres. Es por ello que decimos que la mujer se encuentra en el seno mismo de la vida cotidiana de la familia, es decir, es su eje y a la vez gira en torno a la vida cotidiana de los particulares que la integran (Sánchez M., 1999).

Las mujeres son idealizadas como seres siempre buenos, obedientes, amables, discretos, serviles, pasivos, amas de casa eficientes, comprensivas, instintivas, que cumplen funciones “naturales o inherentes”.

Asimismo las creencias populares acerca de la familia, han devenido en una serie de mitos y estereotipos estrechamente relacionados entre sí, que proporcionan una visión idealizada de la mujer.

La familia de procreación o la unidad doméstica es fundamental para las ideologías de la feminidad, entonces, las unidades domésticas en términos materiales y reales constituyen el contexto de buena parte de la vida de las mujeres (Flores, 2000).

La sociedad organiza el universo de significaciones en relación con la maternidad alrededor de la idea Mujer = Madre: la maternidad es la función de la mujer y a través de ella la mujer alcanza su realización y adultez. Desde esta perspectiva, la maternidad da sentido a la feminidad; la madre es el paradigma de la mujer, en suma, *la esencia de la mujer es ser madre* (Fernández, 1993).

En el sistema social del que formamos parte, los cuidados, la alimentación, la higiene, la salud y la educación de las hijas y de los hijos se consideran como asuntos propios y exclusivos de las mujeres.

Se ha asignado a la mujer el rol de madre, el cual ha sido considerado durante mucho tiempo como una especie de función vegetativa, una especie de

pozo artesiano de amor maternal. La maternidad ha sido siempre considerada por los hombres y por las mujeres como una función de la afectividad (Pechadre y Roudy, 1970).

De esta forma el sistema donde la mujer es considerada como la responsable de la “adecuada” formación de la sociedad continúa hasta nuestros días constituido como la base de la educación familiar. Pero este sistema ha variado a lo largo del tiempo y con ello los planos sociales y culturales asignados a mujeres y a hombres.

De manera que ocurre lo descrito por Fernández (1993): *“la producción y reproducción de un universo de significaciones imaginarias constitutivas de lo femenino y lo masculino moderno que forman parte no sólo de los valores de la sociedad sino también de la subjetividad de hombres y mujeres.”* (pp. 162).

Esta ideología a veces implícita y a veces encubierta, pero en su mayoría de origen masculino sobre la condición y deber ser de la mujer, llega a ser interiorizado por las mujeres al grado que ellas mismas son agentes de la transmisión de los valores que se les imponen.

De una u otra manera las mujeres han sido condicionadas tanto por los hombres como por las mujeres, pero particularmente por los hombres a sentirse inferiores, secundarias, dóciles y complementarias al hombre.

#### **1.4 Imagen que tiene de sí misma la mujer**

Las mujeres nacen con una imagen demolida de ellas mismas, mientras que los hombres contribuyen a mantener viva esa imagen distorsionando su realidad al igual que las mujeres que introyectar y transmiten esta imagen.

En muchos casos la mujer se halla parcial o totalmente desconectada de la vivencia más íntima y profunda de su vida. Se apoya en opiniones y juicios de otras personas para tranquilizarse o justificar la normalidad sus acciones, actividades e incluso en la satisfacción de su sexualidad (Ortiz-Tallo y Cardenal, 1997).

Aun cuando las mujeres comparten la condición histórica que se les ha impuesto, las ideologías difieren en cuanto a las situaciones de vida y los grados o niveles de autoidealización. De tal manera que mientras para muchas mujeres es importante cumplir con lo que se les requiere socialmente, a otras se les generan conflictos ideológicos. Es decir, en tanto que unas encuentran conflicto otras dicen vivir felices bajo circunstancias similares.

Como ya vimos la mujer introyecta la idealización de la maternidad como forma de vida propia de la mujer.

En este sentido la maternidad para las mujeres representa la posibilidad de saberse procreadora de vida, de sentirse indispensable y nutriente, pero también le significa una serie de sentimientos difusos y contradictorios. El rol más determinante para la mujer es precisamente el de madre; la niña aprenderá a cuidar a sus muñecas como lo hará cuando tenga sus propios hijos (Flores, 2000).

Afortunadamente, junto con estos contenidos, la mujer actualmente adquiere estudios superiores que le permiten una reflexión y cuestionamiento del papel que juegan las diversas ideas de la mujer en su propia vida.

Asimismo, frente a la presencia cada vez mayor de mujeres que trabajan, estudian, ganan dinero, es decir, organizan su vida en un proyecto vital no circunscrito exclusivamente a la maternidad, estas prácticas se acumulan como transgresiones (Fernández, 1993).

Actualmente las mujeres se sienten más capaces y responsables de asumir la dualidad ancestral de la maternidad y el sexo, del hogar y la sociedad, de la crianza y el trabajo productivo y muchas de las contradicciones u oposiciones que la Humanidad les destinó durante siglos (Videla, 1986).

Las mujeres que trabajan con frecuencia sienten que deben cumplir con más obligaciones que les quitan horas de sueño, de descanso y otras actividades que se agudizan cuando en lugar de recibir reconocimiento a su esfuerzo, perciben críticas de su desempeño en el hogar.

Por otra parte, la vivencia del propio cuerpo va a tener un significado diferente según el sexo. Las mujeres tienden a ver sus cuerpos primariamente, como elementos significativos para el atractivo de los otros, mientras que los

hombres tienden a percibirlos como elementos que sirven a un funcionamiento efectivo y operativo sobre el medio externo. (Ortiz-Tallo y Cardenal, 1997).

De esta manera la mujer considera su propio cuerpo como un medio para atraer lo que quiere u obtener lo que necesita. Por lo que nuevamente se observa que la mujer está desconectada de sus sensaciones y posibilidades de obtener placer.

Sin duda son diversas y muy numerosas las imágenes que una mujer puede tener de sí misma, como diversas son las ideologías que se tienen de ella. Sin embargo, solamente consideramos aquellas más representativas y mayormente estudiadas.

En resumen, podemos decir que actualmente se considera que el concepto de género vino a proporcionar una dimensión de análisis y una herramienta para interpretar las relaciones sociales desde un punto de vista diferente que busca comprender las diferencias entre hombres y mujeres, así como las formas en que éstas determinan lo femenino y lo masculino, así como la manera en que es aprendido por el individuo, en este caso para la mujer.

# **CAPITULO 2**

## **NOCIONES DE SEXUALIDAD**

### **2.1 Sexualidad de la mujer**

La sexualidad no es algo aislado y desligado de la vida y de la personalidad de hombres y mujeres. Además, la sexualidad no es ni siquiera, solamente, una función biológica imprescindible para la supervivencia de un sujeto (Ortiz-Tallo y Cardenal, 1997).

Al hablar del término sexualidad, éste se utiliza como sinónimo de procreación, de genitalidad, de relaciones coitales, de orgasmo, o de cualquier otra dimensión o aspecto concreto de ella. Estos aspectos forman parte de lo que entendemos por sexualidad, pero en ningún caso podemos reducirla a ellos (Fuertes, Soriano y Martínez, 1995).

La sexualidad implica en la mujer tanto como en el hombre, mucho más que la capacidad reproductiva, más que la posibilidad de la maternidad. La sexualidad es un concepto muy amplio que va mucho más allá de lo que comúnmente se entiende por sexual.

Para el ginecobstetra Llewliyn-Jones (2000) la sexualidad se puede definir como “la suma de las características heredadas, saberes, experiencias, actitudes y comportamiento de una persona en lo relativo a su ser como mujer o varón” (p.235).

Este médico incluye el término comportamiento como un carácter que enriquece la personalidad y aumenta el amor entre las personas. Esta definición plantea que la sexualidad es tan psicológica como física.

Se puede decir que la sexualidad es un conjunto de comportamientos que nos mueven hacia la búsqueda del placer, sin que el placer esté vinculado con la sola procreación.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1982) define la sexualidad como el conjunto de manifestaciones y expresiones de tipo biológico, psicológico y sociocultural que diferencian a cada individuo como varón o como mujer en su grupo social.

Aunque esta definición hace referencia a los aspectos psicológico y sociocultural, es poco específica. Una manifestación de tipo sociocultural puede ser el ejemplo de que a los hombres les gusta el fútbol y a las mujeres cocinar ¿eso es sexualidad? En la manifestación biológica el hecho de que el hombre tenga pene y la mujer vagina ¿es eso sexualidad?

De acuerdo con Weeks (1999) los significados que atribuimos a la sexualidad están socialmente organizados, sostenidos por diversos lenguajes, que intentan decirnos lo que es, lo que debería ser y lo que podría ser.

La sexualidad como el punto donde se reúne el sexo de asignación (social) y la identidad de género (psicológico) surge el concepto básico de sexualidad. Hablar de sexualidad es hablar del ser humano integral, es hablar del ser biológico, del ser psicológico y del ser social. Sexualidad nos refiere al ser humano sexual, que es, que piensa y que convive con otros seres humanos que también son, piensan y conviven” (Weeks, ídem, pp.20)

De manera tal que la sexualidad está mediatizada por todo lo que somos como personas, y a su vez influye en la forma en que pensamos, sentimos y nos comportamos (López y Fuertes, 1989; en López y Fuertes, 1997).

Lagarde (1990) menciona que en los particulares la sexualidad está constituida por sus formas de actuar, de comportarse, de pensar, y de sentir, así como por capacidades intelectuales, afectivas y vitales asociadas al sexo.

Según Dogs (1982) no es raro que la niña se sienta en situación de inferioridad con respecto a sus hermanos o camaradas de juego cuando advierte en el baño que sus órganos genitales son diferentes.

Estas consideraciones pernean además de su ideología como mujer los cuidados que tendrá con su propio cuerpo. En los cuidados de higiene la mujer exagera sus prácticas o las desconoce.

En condiciones normales, una mujer debería utilizar simplemente agua corriente o una solución de dos cucharadas de vinagre en un litro de agua. Las duchas vaginales alcalinas y muchas de otras clases (siempre que no sean químicamente peligrosas) pueden trastornar el equilibrio químico normal y la población bacteriana de la vagina y hacer a ésta susceptible de infecciones graves y molestas.

El lavar los genitales puede ser agradable y además útil, si la persona considera dichas partes hermosas, más bien que feas (Gagnon, 1977).

En suma, de acuerdo con Amuchástegui (2001), la sexualidad ha llegado a ser un elemento fundamental de la subjetividad moderna que es conceptualizada como una relación de poder, así el individuo llega a constituirse mediante el poder, lo cual moldea sus pensamientos, sus deseos y limita sus posibilidades de acción.

Por lo que es importante que la mujer se dé cuenta del papel y del valor que atribuye a su vivencia sexual. En este sentido, es ya vieja la polémica de si las mujeres necesitan amar a su pareja para tener relaciones sexuales o si es posible vivir el sexo de manera libre y puntual en cada uno de los encuentros, sin tener un sentimiento amoroso estable. No hay una respuesta válida y correcta para esta cuestión. Dependerá de cada mujer, de sus propias expectativas, de las necesidades más urgentes a las que tenga que atender, de su propio sistema de pensamiento y de creencias, etc. (Ortiz-Tallo y Cardenal, 1997).

Esta es una de las razones para que sea conveniente que las mujeres se conozcan y examinen sus propios genitales. Si una mujer contempla los suyos con un espejo o examina el interior de su vagina, puede desarrollar una actitud más tranquila y relajada hacia su propio cuerpo. El examinar los genitales de otras mujeres a menudo sirve de ayuda para mostrar a una mujer que hay diferencias sustanciales en la forma, la coloración y la anatomía de esas partes y que su cuerpo está dentro de lo normal (Gagnon, 1977).

## 2.2 Factores biológicos de la sexualidad

La sexualidad, además de depender de instintos primarios en su función más biológica, posee un componente que trasciende las necesidades de supervivencia y alcanza una dimensión afectiva, intelectual y espiritual según los rasgos y característica de la personalidad de un individuo (Ortiz-Tallo y Cardenal, 1997).

Las evidentes diferencias anatómicas y fisiológicas entre mujeres y hombres no implican de ninguna forma diferencias sociales, sin embargo, han sido un recurso ideológico masculino para justificar la marginación femenina del ámbito social.

Debido a que las características biológicas, han jugado un papel decisivo en la llamada "inserción de la mujer en la naturaleza", se dirá que es la condición necesaria, pero no suficiente, de la maternidad, que está dada al nacer, y que es por lo tanto, la plataforma sobre la cual habrá de construirse una madre, pero en sí misma sólo constituye una potencialidad (Fernández, 1993).

Se piensa que la sexualidad de la mujer es la capacidad reproductiva que resulta en la procreación de nuevos individuos. Sin embargo, la sexualidad como vivimos es mucho más amplia que esta consideración.

En términos biológicos, la respuesta fisiológica sexual de las mujeres se produce al interaccionar el sistema nervioso, el sistema vascular y el sistema endocrino consiguiendo en su conjunto que se produzca la estimulación y finalmente el orgasmo (Ortiz-Tallo y Cardenal, 1997).

Según Dogs (1982), en la mujer la sede principal de la excitación genital está situada en el exterior de la vagina; éste es poco o nada tocado durante el coito. Las mucosas de la vagina tienen pocos receptores nerviosos que transmiten las sensaciones. A pesar de esto, la mujer normal y sana es perfectamente apta para alcanzar el orgasmo sin frotos clitoridianos, ya que la transmisión al centro de excitación se produce por vía refleja. Pues bien, es el psiquismo el que torna posibles dichos reflejos

La excitación sexual en la mujer comienza a través de las fantasías, de los estímulos visuales o de la estimulación física, estando considerada ésta última bastante importante para que exista excitación. Esta información llega a los nervios parasimpáticos produciéndose una descarga que incrementa el flujo de sangre en los genitales resultando así la lubricación vaginal y el agrandamiento del clítoris. Asimismo los estrógenos y la progesterona juegan un papel importante en el proceso de excitación. Todo ello requiere que no exista físicamente ningún trastorno, ya que cualquier alteración en los sistemas implicados podrá interferir en el proceso. Así, puede suceder que determinadas hernias de disco, una esclerosis múltiple, algunas formas de diabetes, puedan alterar el funcionamiento sexual de la mujer (Ortiz-Tallo y Cardenal, 1997).

En 1970 Masters y Johnson (citado en Ortiz-Tallo y Cardenal, 1997) establecen que la respuesta sexual de hombres y mujeres evoluciona a lo largo de cuatro fases. La primera consistiría en una *fase de deseo*, en la que empieza a haber pensamientos y fantasías relacionadas con la sexualidad. A continuación comenzaría una *fase llamada de excitación*, en la que se comienza a tener sensaciones eróticas que llevan a la lubricación vaginal, al agrandamiento del clítoris y el ensanchamiento de los pezones. Asimismo, en este momento, hay un incremento de la presión sanguínea y del ritmo cardíaco. Esta fase llega a un máximo de excitación en la que se daría la llamada *fase orgásmica*, consistente en contracciones rítmicas de los músculos que rodean la vagina, teniendo, como particularidad que algunas mujeres pueden tener una secuencia múltiple de orgasmos, para finalmente llegar a *la fase refractaria* en la que todo el organismo vuelve a su estado inicial.

En realidad las condiciones físicas sexuales se crean y se mantienen gracias a cierta actitud interior hacia el compañero. Pues bien, cuando un ser humano aborda el amor y la vida sexual con temor y aprensión esta actitud interior ha sido forzosamente distorsionada (Dogs, 1982).

### **2.3 Aspectos sociales y psicológicos de la sexualidad**

Nuestra cultura, que caracterizamos como patriarcal, trata como idénticas a la femineidad y a la maternidad, considerando a ésta como un hecho primordialmente biológico. Aún cuando debido a factores de diverso orden - sociales, económicos, políticos, etc.- hayan variado en los últimos años las prácticas sociales, sigue existiendo en el imaginario social una imagen consagrada de la maternidad que en gran medida continúa considerando al deseo maternal, así como a la capacidad de procrear, como ejes constitutivos de la condición de mujer (Moncarz, 1998).

De manera que la sexualidad de la mujer es desconocida por la sociedad. Es sorprendente que gran número de individuos piense que el papel de la mujer, en las relaciones sexuales, debe ser pasivo y hecho de tolerante abandono. Esta conducta es absolutamente contraria a la naturaleza. Si normalmente el hombre tiene en sus manos la dirección de la actividad erótica, la imaginación y la ternura de los juegos amorosos tienen igual importancia para ambos compañeros (Dogs, 1982).

Es muy complicado pensar en involucrar a los varones en múltiples ámbitos de la reproducción, mientras sigamos pensando que las mujeres son las que se reproducen. No es nada extraño que la mayor parte de los anticonceptivos los usen las mujeres, ya que se diseñan los anticonceptivos (por obvio que esto parezca) para quien se asume que se reproduce (Figuerola, 1999).

Los utópicos de la izquierda pueden argumentar que la persona sexualmente saludable debería ser bisexual, tener por lo menos dos orgasmos al día, mantener una erección durante cuarenta minutos, experimentar siempre un orgasmo múltiple o cualquiera otra cosa que esté en boga. En cambio, este interés por la salud física, mientras afecta a la sexualidad, es más amplio que el interés de los utópicos de la derecha, que definen la salud sexual mediante las limitadas metas del matrimonio y la reproducción (Gagnon, 1977)

La relación sexual supone un grado de intimidad y de aceptación del propio cuerpo y del cuerpo del otro. Cuándo esto no ocurre y la mujer se siente insegura,

escondiendo su físico o no permitiendo que le vean determinadas partes que considera feas o vergonzosas, es difícil.

Por tanto, la mujer, al valorar más su imagen corporal, en términos de atractivo para los otros, se ve más condicionada para alcanzar los estándares convencionales de una apariencia perfecta. Las mujeres tienden más fuertemente a querer lograr un ideal de belleza física que es potenciada desde los medios de comunicación, y que aparece muy realzado en anuncios televisivos, revistas.

Lógicamente este ideal dista mucho de ser alcanzado por la mayoría de las mujeres, lo que suele producir un descenso en la autoestima, sobre todo entre las jóvenes y adolescentes (Ortiz-Tallo y Cardenal, 1997).

## **2.4 Significación de la sexualidad**

La ciencia y la medicina, las políticas de planificación familiar, la educación formal y la religión parecen coexistir como discursos competitivos que pretenden definir, crear y producir la sexualidad. Las maneras en que los sujetos construyen el significado acerca de sus cuerpos, sus prácticas sexuales y su placer reflejan las formas en que se relacionan con tales discursos sociales en la construcción de sus subjetividades (Amuchástegui, 2001).

En diferentes estudios (Fisher, 1981, en Ortiz-Tallo y Cardenal, 1997) se han encontrado alguna de estas explicaciones para relatar la significación de su sexualidad:

- Algunas mujeres perciben la relación sexual como una vía para lograr el éxtasis o realizar un "viaje" en el cual se dan sensaciones extrañas y pérdida de la identidad. En esta categoría se incluyen las que tienden a atribuir a la excitación sexual una cualidad religiosa o mística.

- Para otras mujeres, su sexualidad es una oportunidad de demostrar superioridad y habilidad en una actividad altamente estimada, Insisten en su capacidad de respuesta sexual, de alcanzar orgasmos múltiples, y en el hecho de que su propia capacidad sexual excede a la de la pareja.

- Otra actitud consiste en presentar el juego erótico, antes que nada, como una oportunidad de establecer intimidad con la pareja y fundirse con ella. El proceso de unirse a alguien se vive como algo que ofrece consuelo y alivia tensiones y angustias.

- En ciertas descripciones se manifiesta desazón o martirio, así como incapacidad para reaccionar de manera adecuada a la estimulación sexual. Estas mujeres se sienten irritables y anticipan que el encuentro sexual terminará en una frustración.

- Otro grupo define la excitación sexual como algo demasiado intenso para tolerarlo y refieren estados de hipersensibilidad que las provoca algo muy doloroso que apenas pueden controlar.

- En otros relatos aparecen actitudes de sentido práctico y cordura que describen el sexo como algo rutinario y muy practicado, que ofrece una satisfacción adecuada, pero que no es más que una entre muchas otras actividades importantes. Muchas mujeres que expresaron este punto de vista indicaron que es frecuente que poco después de la relación sexual, vuelvan a ocuparse de tareas domésticas o de otros asuntos que les quedan por resolver.

- Hay mujeres que experimentan su vida sexual como una reafirmación de su identidad femenina, y expresan lo "mujeres" que se sienten al vivir el intercambio amoroso.

- Finalmente, en algunos casos se percibe la relación sexual como una gran aventura que permite recoger experiencias y sensaciones nuevas. Ponen el énfasis en las sensaciones nuevas que alcanzan y en el potencial ilimitado de exploración que proporciona la sexualidad.

Externamente las relaciones pueden parecer conformes a la naturaleza. Pero es preciso distinguir dos formas de relaciones sexuales, fundamentalmente diferentes. La primera forma de relaciones sexuales no es en realidad más que un tipo de masturbación, ya que el compañero es sólo un medio para obtener satisfacción sensual, y la verdadera relación humana está, puede decirse, ausente. Por el contrario, en el amor verdadero, es la "ternura creadora" la que da nacimiento a los juegos de amor, y la que permite a los amantes obtener alegría

física el uno del otro y un total florecimiento del ser. Esta forma de relaciones sexuales extrae fuerzas siempre nuevas en atención recíproca, en el respeto por la personalidad del Otro (Dogs, 1982).

## **2.5 Experiencias en la sexualidad**

Las experiencias pueden ser difusas y vagas, asociadas con las sensaciones, los pensamientos y las emociones que no siempre pueden ser traducidos en palabras. Además, muchas áreas de la subjetividad no están disponibles a la conciencia lingüística del sujeto y están excluidas de su identidad narrativa. Aun así, para poder dar significado al mundo desordenado de la experiencia, recurrimos al lenguaje (Amuchástegui, 2001).

La manera en que las mujeres explican su experiencia sexual es variada y depende del contexto en que acontecen sus propios problemas y expectativas (Ortiz-Tallo y Cardenal, 1997).

Es sorprendente hasta qué punto muchos compañeros masculinos descuidan las reacciones de la mujer; pero esto es consecuencia normal de la actitud que no ve en el compañero más que un objeto que permite procurarse una satisfacción egoísta. Y es en estos casos que la incapacidad por hablar abiertamente produce los efectos más peligrosos (Dogs, 1982).

Los modos de vivenciar la sexualidad femenina pueden llegar a ser muy variados e incluso contrarios en algunos casos. Experiencia de satisfacción personal: Se refiere al grado de plenitud, o de felicidad o de vivencia placentera que tiene una persona en su vida sexual. Es la propia mujer la que tiene la capacidad de entender qué importancia otorga ella a su vida sexual y de descubrir en su profundidad el grado de satisfacción o malestar que le proporciona (Ortiz-Tallo y Cardenal, 1997).

Como hemos visto, a lo largo de los capítulos anteriores realizamos una descripción socio-histórica de cómo es que se instauran en los seres humanos (hombre y mujer) las formas de comportamiento que se exigen en una sociedad

como la nuestra; en particular detallamos la forma en que las mujeres han sido estructuradas en su identidad, la valoración social y educativa que influyen su desarrollo psicológico.

En el siguiente capítulo abordaremos el tema de nuestra investigación, con la finalidad de recopilar datos que nos permitan tener una visión amplia del proceso que vive la mujer ante la histerectomía.

# CAPITULO 3

## INTERVENCIÓN MÉDICA EN LA MUJER:

### HISTERECTOMÍA

#### 3.1 Alteraciones que la mujer presenta en su período reproductivo

Un órgano femenino que necesita cuidado especial es el útero o matriz. La señal más común de cáncer en el útero es el derrame irregular de sangre. Puede tratarse de un derrame de sangre excesivo o prolongado durante la menstruación, o bien algunos pequeños entre un período menstrual y el siguiente. Un derrame irregular es siempre el síntoma de alguna anomalía que debe ser controlada. Por lo tanto, si esto ocurre es necesario acudir a un centro de salud para verificar su origen y tratar de solucionar el problema antes de que se intensifique (Fischman, 2000).

Las alteraciones de la menstruación constituyen, tanto por exceso como por defecto, una de las manifestaciones más habituales de las enfermedades del aparato genital femenino. También pueden, ser reflejo de otros problemas médicos, a veces sin relación alguna con la ginecología pero, generalmente y de forma muy especial, son la expresión de una patología endocrina propiamente femenina (Dexeus, 1994)

Se considera un ciclo normal aquellas menstruaciones que se presentan cada veinte ocho o treinta días (contando siempre a partir del primer día de una menstruación y hasta el comienzo de la otra) y con una duración de cuatro, o cinco días.

Se considera *opsomenorrea* aquel *ciclo* que supere los treinta y ocho días hasta los noventa. A partir de aquí es amenorrea o falta de menstruación. La *proiomenorrea* es, por el contrario, el ciclo menstrual corto, es decir, de menos de veintiún días. Si atendemos al número de días que dura la menstruación, si este sobrepasa los seis, hablaremos de polimenorrea y oligomenorrea si solo dura tres o menos días.

La *hiparmenorrea o menorragia* es un trastorno que consiste en el aumento exagerado del volumen de la menstruación. Se trata de un hecho difícil de valorar puesto que muchas mujeres se hallan habituadas a sus abundantes reglas «de siempre».

Quizá tengan mayor importancia las hemorragias que se presentan independientemente de la menstruación, denominadas *metrorragias*. Éstas se caracterizan por una pequeña emisión de sangre que, generalmente, aparece sin causa aparente alguna y que por su exigüidad no suelen intranquilizar, cuando en realidad cualquier pérdida sanguínea debería obligar a la consulta inmediata con el ginecólogo.

Generalizando, se puede decir que existen tres grandes causas; que motivan las alteraciones del ciclo menstrual: las orgánicas, las funcionales o endocrinas y las dependientes de una patología general.

Las hemorragias de causa orgánica están producidas habitualmente; por enfermedades localizadas en el útero o en algún lugar del aparato genital que se comunique con el exterior (vagina, vulva, etc.).

Son las más frecuentes y deben ser siempre profundamente investigadas pues pueden ser síntoma de una patología cancerosa que, diagnosticada a tiempo, es susceptible de curación.

Los cambios celulares en el cuello del útero no son obvios al comienzo de su desarrollo. Por lo tanto, el examen pélvico debe incluir un examen citológico para determinar si hay células anormales en la cervix (Fischman, 2000).

Los fibromas uterinos son relativamente comunes en las mujeres mayores de veinticinco años. Aunque estos tumores pueden causar molestias serias, no suelen ser peligrosos, y casi nunca se convierten en tumores malignos o cancerosos. Cabe notar no obstante, que los fibromas muy grandes pueden causar infertilidad si bloquean las trompas o no permiten la implantación del embrión.

Los fibromas uterinos, conocidos también como miomas o fibromiomas, son tumores benignos que crecen en la cavidad uterina o bien hacia el exterior del útero. Estos tumores están formados por tejido muscular y conjuntivo y aparecen

como una masa dura y redondeada. En algunos casos se puede desarrollar un solo fibroma, pero casi siempre se presentan varios a la vez. Al comienzo de su desarrollo estos fibromas suelen aparecer como semillas encajadas en la pared del útero. A medida que van aumentando de tamaño se implantan en la cavidad uterina y a veces crecen hacia la parte exterior de esta cavidad.

Los quistes cervicales son acumulaciones de secreciones mucosas retenidas dentro de las glándulas cervicales. Estos quistes son generalmente muy pequeños y aparecen como unos granitos blancos en la superficie del cuello del útero. Los quistes cervicales se producen como consecuencia de una infección o irritación en esa zona. A veces no es necesario tratar estos quistes, pero en la mayoría de los casos se aconseja cauterizados. La cauterización es un procedimiento simple, y el nuevo tejido que viene a reemplazar al tejido cauterizado se desarrolla en un período de cuatro a seis semanas (Fischman, 2000).

Se cree que el crecimiento de estos fibromas está asociado con el exceso de estrógeno o el déficit de progesterona. Generalmente los fibromas continúan desarrollándose hasta el comienzo de la menopausia. Como en esta etapa la producción de estrógeno comienza a disminuir, los tumores dejan de crecer y a veces incluso se reducen de tamaño. El uso de píldoras anticonceptivas, especialmente las que tienen un alto contenido de estrógeno, también podría contribuir al crecimiento de los fibromas uterinos.

Cuando los fibromas crecen mucho en la cavidad uterina, los períodos menstruales se hacen más largos y el flujo menstrual es más abundante. Además, los fibromas grandes pueden ejercer presión sobre la vejiga, lo que produce una necesidad de orinar con mucha frecuencia. También puede ejercer presión sobre las obras nerviosas de la pelvis, causando molestias en la zona pélvica y dolores en la espalda.

Los fibromas uterinos, denominados también miomas, leiomiomas o fibromiomas son tumores benignos derivados del tejido muscular y conjuntivo del útero (matriz). La localización del mioma condicionará notablemente la clínica que padecerá la paciente.

Los fibromas que crecen hacia el exterior del útero, aunque lo deforman grandemente, suelen presentar poca o escasa sintomatología. Por el contrario, aquellos que producen prominencias u ocupan la cavidad uterina, dan lugar a menstruaciones abundantes en cantidad y días de duración. La irrigación sanguínea de estos tumores es escasa, por lo que se producen áreas necrosadas (desprovistas de actividad) que pueden incluso calcificarse.

Los miomas no suelen producir molestias ni dolor, excepto cuando adquieren notable volumen o bien si en el curso de su crecimiento comprimen órganos vecinos, por ejemplo, la vejiga urinaria, alterando su función.

Se desconoce la causa que desencadena la formación del fibroma, pero se tiene la convicción de que obedece a alteraciones hormonales, ya sea por exceso de estrógenos o déficit de progesterona. Se presentan principalmente entre los treinta y cinco y cincuenta años de edad, pero no es nada infrecuente observarlos en mujeres más jóvenes. Cuando se inicia la menopausia, el fibroma acostumbra reducir su volumen, de la misma forma que involuciona el órgano en el que se asienta, el útero.

El tratamiento del fibroma puede ser médico o quirúrgico, dependiendo de diversas circunstancias.

El tratamiento depende del tamaño de los tumores y del tipo de problema que producen. Algunas mujeres tienen fibromas uterinos sin siquiera saberlo ya que no les producen ninguna incomodidad. En muchas situaciones, los fibromas son relativamente pequeños y producen escasas molestias. Conviene entonces hacerse examinar cada seis meses para asegurarse de que no haya cambios que puedan requerir tratamiento. Pueden ser tratados con medicamentos que inhiben las hemorragias, o bien con preparaciones hormonales a base de progesterona. Cuando los fibromas son grandes y producen síntomas tales como menstruaciones muy largas, flujo menstrual pesado, y dolores frecuentes en la zona pélvica, se aconseja extirparlos con la ayuda de un instrumento óptico llamado endoscopio.

En ciertas situaciones se recomienda la extirpación del útero mediante una operación quirúrgica llamada histerectomía parcial. Se llama histerectomía total a

la extirpación del útero, las trompas y a veces los 'ovarios). Sin embargo, ésta es una alternativa que debe ser evaluada cuidadosamente, ya que la extirpación del útero implica, entre otras cosas, renunciar a la posibilidad de un embarazo.

Un tratamiento alternativo es una miomectomía o extirpación de los fibromas solamente, sin sacar el útero. Si bien es cierto que la miomectomía permite preservar el útero, tiene la desventaja de ser un procedimiento quirúrgico relativamente complicado. Además, es posible que crezcan nuevos fibromas después de esta operación, especialmente en las mujeres que aún no han llegado a la edad de la menopausia.

El tratamiento médico se administrará especialmente para evitar las reglas abundantes que pueden ocasionar anemia. Se emplean básicamente derivados hormonales de la progesterona y como complemento, hemostáticos; es decir, productos que inhiben las hemorragias. Las terapéuticas médicas destinadas a reducir el volumen de estas tumoraciones resultan poco eficaces por la transitoriedad de sus efectos, ya que, al suspender el tratamiento, el tumor vuelve a adquirir el mismo volumen que tenía al comienzo.

La terapéutica quirúrgica es precisa ante tres circunstancias primordiales:

- a) Cuando el fibroma sangra
- b) Cuando ocasiona dolor
- c) Cuando el volumen del útero o de los fibromas es tal que ocasiona compresiones en los órganos vecinos. En general, se aceptan como medidas límites 13 cm. longitudinales y 8 transversales.

La malignización del fibroma es excepcional. Probablemente más que convertirse en malignos, los fibromiomas no son tales sino auténticos sarcomas. Estos tumores tienen un mal pronóstico por su gran agresividad (Dexeus, 1994).

Los médicos tenían tan presente la maternidad función de la mujer, que en el momento de las consultas las exploraciones vaginales encontraban su justificación en la necesidad de erradicar diversos padecimientos que llevaban a la esterilidad, así como facilitar el trabajo de parto, y en consecuencia, evitar que perecieran la madre y el producto (López, 1998).

Bajo esta apreciación de la mujer, la disciplina ha construido diversas técnicas de tratamiento.

### **3.2 Intervenciones médicas realizadas en la mujer**

Es frecuente que por ignorancia, timidez, o bien por la tendencia a endiosar al médico, una mujer se exponga a que éste tome decisiones por ella. Es así como a veces se usan medicamentos que producen más daño que beneficio, y se llevan a cabo cirugías innecesarias en los órganos femeninos (Fischman, 2000).

Entre los procedimientos quirúrgicos mayores están la laparoscopia, la esterilidad de las trompas y la histerectomía. Como intervenciones menores encontramos a la ligadura de vasos pélvicos y la ligadura de arteria hipogástrica.

Un tratamiento médico debe perseguir dos objetivos: a) Alivio de los síntomas y b) Reducción del tamaño del tumor.

El ideal de todo tratamiento médico debería ser la completa regresión del tumor, pero hasta la fecha, esto no ha sido descrito; por esta razón los tratamientos médicos han tenido en el pasado un papel limitado en el manejo de los miomas.

Sin embargo, con los recientes avances en el diagnóstico y técnicas terapéuticas, se le ha dado importancia, tanto como tratamiento sintomático en los miomas como coadyuvante en la cirugía.

La salud física, en lo que se relaciona con el sexo, está fundamentalmente entremezclada con los propósitos culturales y las metas de la sexualidad. La capacidad y la función físicas no son absolutas, pero encuentran su significado y su definición en circunstancias sociales e históricas específicas con demandas ambientales concretas (Gagnon, 1977).

Muchos médicos no informan a sus pacientes, ni a los compañeros sexuales de los pacientes, sobre el posible impacto de la enfermedad, la cirugía o los medicamentos en el funcionamiento sexual. Con frecuencia no se informa a los pacientes sobre los cambios potenciales en la reacción sexual, sean la falta de

erecciones, la dificultad para lograr el orgasmo o la disminución del impulso sexual (Reinisch y Beasle, 1992).

### **3.3 Histerectomía**

En el caso de la histerectomía, o remoción quirúrgica del útero, ésta es un procedimiento quirúrgico de cirugía mayor que se realiza con más frecuencia en las mujeres en edad reproductiva.

Esta técnica de intervención es considerada como un método que “preserva en lo posible la salud de la mujer”. Está indicada en casos en que la mujer presenta: neoplasia intraepitelial cervical, leiomiomas uterinos sintomáticos o asintomáticos, endometriosis sintomática refractaria, dolor pélvico crónico refractario, hemorragia uterina disfuncional sintomática refractaria, hemorragia incontrolable después de parto obstétrico, infección que no responde a tratamiento médico, incontinencia urinaria, relajación pélvica (Gant y Gunmingham, 1995).

La tasa de histerectomía, se sospecha, es mucho más alta de la necesaria. Es importante destacar que las tasas de histerectomía son más altas en algunas regiones del país que en otras. Esta diferencia no parece deberse a diferencias en la frecuencia de la enfermedad. Esto ha llevado a pensar que la decisión de efectuar una histerectomía debe relacionarse con otros factores que no son la necesidad de tratar una enfermedad (Reinisch y Beasle, 1992).

Los estados más comunes que conducen a una histerectomía son el cáncer de útero, ovarios o trompas de Falopio, el sangrado uterino incontrolable, los fibromas no cancerosos y la endometriosis (los depósitos de tejido uterino que se extienden y crecen sobre órganos pelvianos internos).

Las histerectomías se pueden aconsejar totales o parciales, pero es importante saber con exactitud qué es lo que va a extraerse.

Las mujeres que ingresan en el hospital se encuentran bajo un estrés considerable y tal vez no comprendan todo el alcance de su tratamiento. Es preciso hacerles comprender que no es posible garantizar resultados perfectos y que la probabilidad de un resultado desfavorable puede no estar relacionada con

la calidad de la atención y que es posible en prácticamente todos los actos médicos (Ward, 1998).

Es necesario recordar que el útero es uno de los órganos que participan en la vasocongestión que conduce a la excitación sexual, y que se contrae rítmicamente cuando se producen las contracciones pélvicas que contribuyen al orgasmo. Por lo tanto, en ciertos casos, la extirpación del útero puede contribuir a una disminución en la intensidad de la excitación sexual o del orgasmo (Fischman, 2000).

Después de la histerectomía, se producen problemas sexuales en una minoría de mujeres, pero cuando aparecen pueden tener un efecto debilitante tanto en la mujer como en su compañero.

Hay varias causas físicas posibles para el desarrollo de disfunciones sexuales. La pérdida del útero puede afectar de manera negativa a algunas mujeres, para quienes las contracciones uterinas eran un aspecto importante del orgasmo. Los niveles hormonales disminuidos debido a la extracción de los ovarios, pueden dar como resultado la reducción de los tejidos vaginales, la pérdida del deseo y la excitación sexual, la disminución de la lubricación vaginal y la disminución de la capacidad orgásmica. Si se ha extraído el cérvix, el acortamiento de la vagina puede dificultar el coito hasta que los tejidos vaginales se hayan dilatado o estirado de nuevo. La cicatrización interna, o las lesiones en los nervios que conectan los órganos genitales al cerebro, pueden producir dolor o interferir en la sensación de placer sexual.

Según Fischman (2000) una histerectomía genera cambios en la producción de hormonas, lo que a su vez puede desencadenar una serie de alteraciones fisiológicas y psicológicas.

Los factores psicológicos también pueden afectar de forma negativa el funcionamiento sexual después de una histerectomía. El útero es un símbolo de feminidad para algunas mujeres. La pérdida del útero significa el final de la fertilidad y, para algunas mujeres, la fertilidad es un aspecto esencial de la mujer. Las mujeres con estos sentimientos pueden experimentar una disminución de la autoestima y depresión, y cualquiera de ambos factores puede producir disfunción

sexual. Si el cáncer fue el motivo de la operación, el miedo de una recaída puede influir en los sentimientos sexuales. Además tanto la mujer como su compañero pueden temer que la actividad sexual perjudique a la paciente de alguna manera.

Se sabe que los efectos psicológicos de la operación dependen de la situación que condujo a la histerectomía, y del conocimiento y actitud de la mujer hacia ella

Una histerectomía no significa el final de la vida sexual de una mujer y la operación puede incluso mejorar el placer sexual, según un nuevo estudio, donde un grupo de investigadores holandeses, interrogaron a 400 mujeres que se habían sometido a la cirugía de extracción del útero, hallaron una avasalladora respuesta positiva. "El placer sexual mejoró significativamente en todas las pacientes" (Roovers, 2003).

Por el contrario, de acuerdo con Llewelyn-Jones (2000) algunas mujeres se sienten mutiladas tras una histerectomía y desarrollan un estado de ansiedad. Es más probable que esto suceda si la mujer cree que tras la operación queda afectada su imagen corporal, su feminidad y su atractivo sexual.

Un estudio efectuado en Nueva Zelanda sobre la relación entre la sexualidad y la histerectomía destaca la importancia de la información anterior a la operación, y la baja incidencia de disfunción sexual después de ésta. Un grupo de mujeres a las que se les había proporcionado un folleto informativo antes de sus histerectomías fueron interrogadas sobre su satisfacción sexual aproximadamente un año después. De forma similar a los hombres a quienes se les informó antes de la operación sobre los posibles efectos secundarios sexuales de la cirugía de próstata, estas mujeres también parecieron beneficiarse de que se les hubiera dicho exactamente lo que se les iba a hacer, y qué efectos podría tener sobre su vida sexual. El cuarenta y dos por ciento informó sobre una *mejora* de su vida sexual después de la histerectomía, y el cincuenta y dos por ciento dijo que no había cambios en su placer sexual. Las pocas mujeres que experimentaron efectos negativos sobre el sexo fueron aquellas cuya operación afectó gran parte de la vagina (Reinisch y Beasle, 1992).

Después de la intervención el seguimiento y el alta deben ser cuidadosamente explicados a la paciente. Dado que muchas pacientes pueden estar todavía bajo la influencia de la anestesia o de drogas, especialmente en centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios, es conveniente que estas instrucciones sean entregadas por escrito. Las instrucciones deben cubrir la medicación, la actividad, el cuidado de la herida y las citas para control. Debe proporcionarse el número de teléfono del servicio de radiollamado y para emergencias (Ward, 1998).

Finalmente la literatura lega y feminista remarca la discriminación por sexo y edad y la codicia por parte de los profesionales. La histerectomía es descrita como una cirugía "devastadora". Después de la lectura de estos libros algunas mujeres sienten que la eliminación quirúrgica de sus órganos femeninos o el comienzo de un tratamiento hormonal constituyen una blasfemia para la cofradía (Speir y Freeman, 1998)

### **3.3.1 Proceso quirúrgico**

La evaluación incluye una anamnesis cuidadosa, un examen ginecológico completo y una evaluación global de los sistemas pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal, urinario, músculo esquelético y neurológico. También estudios de laboratorio apropiados y cuando se decida intervenir quirúrgicamente, de los procedimientos preoperatorios necesarios para una cirugía sin riesgos (Markham y Rock, 1998).

#### **Diagnostico**

Algunos aspectos del interrogatorio ginecológico adecuado son: Los antecedentes menstruales, deben ser precisos y detallados. Las irregularidades menstruales, independientemente de que el trastorno menstrual sea consecuencia de una lesión orgánica o funcional. La información precisa acerca del último y los penúltimos períodos menstruales, una discrepancia significativa entre las fechas menstruales y los hallazgos ginecológicos en una mujer en quien se sospecha un

embarazo, un estudio muy valioso para establecer el diagnóstico es la determinación de los niveles de gonadotropina coriónica humana mediante radioinmunoensayo.

La historia reproductora de la mujer es sumamente importante, sobre todo los antecedentes de embarazos previos y complicaciones como distocia, infección posparto, abortos, infección del tracto urinario, neonatos excesivamente grandes, desgarros vaginales y embolia pulmonar. Una anamnesis marital correctamente obtenida puede revelar dispareunia y relaciones sexuales insatisfactorias, lo que a su vez podría explicar síntomas que orientan hacia una posible enfermedad pelviana.

A menudo el tocoginecólogo de cuidados primarios es el único médico consultado por las pacientes, sobre todo si los trastornos iniciales se relacionan aparentemente con el tracto reproductor. Por lo tanto, el examen físico completo debe incluir la evaluación de la presión arterial, la determinación del peso y la estatura, el examen del tiroides, la auscultación cardíaca y pulmonar y el examen de las mamas, el abdomen y la pelvis.

El examen ginecológico incluye una inspección meticulosa de las mamas, el abdomen, la pelvis y el recto. Es importante dedicar tiempo suficiente a esta parte de la evaluación preoperatoria, y este examen debe ser efectuado por el mismo ginecólogo que realizará la operación.

El examen del abdomen se basa sobre todo en la inspección visual y la palpación, aunque la percusión y la auscultación también son útiles. La auscultación es útil para determinar si el aumento de tamaño del abdomen se debe a un tumor voluminoso, un abdomen distendido o un embarazo avanzado.

La evaluación correcta del tracto reproductor femenino es esencial para establecer la causa subyacente de los síntomas ginecológicos. Antes de llevar a cabo un examen de la pelvis es necesario que la paciente evacue la vejiga mediante la micción.

La inspección de la vulva para descartar lesiones macroscópicas incluye el examen de las glándulas de Bartholin y Skene con el objetivo de detectar indicios de formación de quistes o exudados purulentos como fuentes de una infección

ginecológica. Debe prestarse particular atención al monte de Venus y a los labios mayores y menores para detectar cambios sutiles de la pigmentación cutánea, la formación de vesículas o la presencia de lesiones pequeñas y sobreelevadas que puedan indicar infección viral o un tumor en fase temprana. El tracto de salida vaginal se inspecciona con cuidado para evaluar la relajación de las paredes anterior y posterior de la vagina, y se debe observar mucosa vaginal para evaluar indicios de infección y los efectos del estrógeno. Se solicita a la paciente que puje y tosa para demostrar el grado de relajación de las paredes vaginales anterior y posterior y la magnitud del descenso uterino. Se comprime la uretra a lo largo de toda su extensión para evaluar un posible divertículo suburetral, el cual a menudo se manifiesta con una secreción purulenta en el meato uretral o como una lesión ocupante dolorosa suburetral. Se evalúa el cuello uterino para detectar anomalías macroscópicas, sobre todo ulceraciones, procesos neoplásicos o secreciones anormales. Se obtiene un frotis de Papanicolaou combinando una muestra de material acumulado en la vagina posterior con células obtenidas por raspado de toda la circunferencia de orificio cervical externo y el canal endocervical vecino. Este tipo de frotis citológico combinado es sumamente valioso para detectar lesiones cervicales y endometriales y siempre debe formar parte del examen ginecológico completo. Toda decisión quirúrgica relacionada con la pelvis debe ser precedida de un estudio citológico del cuello uterino. Un frotis Papanicolaou negativo no descarta la posibilidad de una neoplasia cervical o endometrial; el índice de resultados falsos negativos de los frotis cervicovaginales es del 10 al 20%. Dado que un 80 a un 90% de las neoplasias preclínicas del cuello uterino no se asocian con una lesión macroscópica significativa, es imposible evaluar correctamente el estado del cuello de útero sin obtener un frotis de Papanicolaou o una biopsia cervical guiada por colposcopia. El examen del útero debe ser bimanual, con una mano en la vagina y la otra en el abdomen, a fin de establecer la posición, el tamaño, la movilidad, la regularidad y la sensibilidad a los movimientos.

En los casos en los que los hallazgos pelvianos son dudosos o no concluyentes se lleva a cabo un examen más completo con anestesia general

antes de establecer una decisión definitiva acerca de la necesidad de cirugía. En realidad, el examen completo de la pelvis con anestesia general debería preceder invariablemente a cualquier procedimiento de cirugía ginecológica, sea mayor o menor.

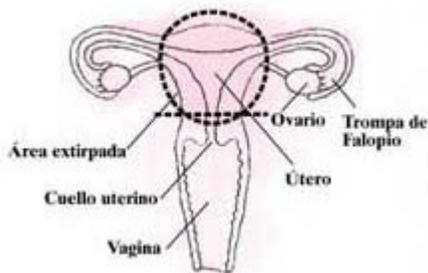
El cirujano debe comenzar por descubrir cuáles son las expectativas de la paciente y de su compañero acerca de lo que se le hará al cuerpo de ella y cuáles serán las consecuencias de la cirugía sobre su vida. A medida que la paciente le dice al cirujano estas cosas van surgiendo sus conocimientos, sus miedos y sus prejuicios. Entonces el cirujano debe ser capaz de hacerles frente suplementando el conocimiento de la paciente con explicaciones adecuadas acerca de la anatomía y la fisiología, y con una descripción detallada de las rutinas prequirúrgicas, quirúrgicas y posquirúrgicas habituales. Las preguntas y los miedos de la paciente deben ser encarados de tantas maneras como ella necesite para estar segura de que ha entendido qué es lo que le va a suceder.

El cirujano debe explicar en detalle y con exactitud lo que la paciente y su familia pueden esperar. Describirá las sensaciones físicas, los vendajes, las incisiones, los catéteres, las sondas y las medicaciones. Definirá el papel de la paciente en su propia convalecencia y recuperación. Relatará las complicaciones más frecuentes que pudieran ocurrir. Le brindará un organigrama general acerca de cuánto tiempo podrá sentir malestar y tendrá que tomar medicación contra el dolor, cuándo podrá deambular y finalmente cuándo será dada de alta del hospital.

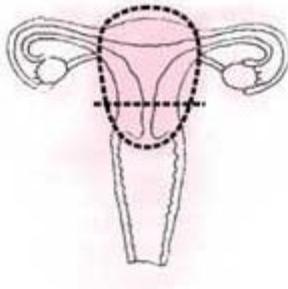
Después de las discusiones prequirúrgicas iniciales la paciente se tomará algún tiempo para digerir la información. Después de la asimilación, el cirujano esperará que la paciente se contacte con él para aclarar cualquier duda o formular más preguntas.

Cirugía:

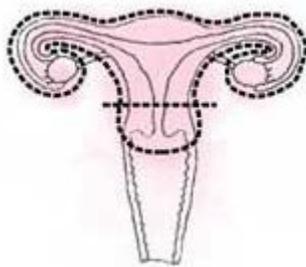
Hay tres tipos de histerectomía: Subtotal, Total y Radical. Observe en los diagramas el área punteada que señala la zona a extirpar.



**Parcial** (o subtotal), en la que se extirpa la parte superior del útero y el cérvix (cuello uterino) se deja en su lugar.



**Completa** (o total), en la que se extirpa todo el útero, incluido el cuello uterino.



**Radical**, en la que se extirpa la totalidad del útero, los nodos linfáticos y las estructuras de soporte que rodean al útero. Este procedimiento está indicado cuando hay un cáncer extenso.

Los ovarios y las trompas de Falopio también podrían ser extirpados al mismo tiempo. Este procedimiento se llama salpingooforectomía.

### 3.3.2 Cuidados antes, durante y después de la operación

#### Cuidados antes de la operación

Los cuidados preoperatorios no solamente incluyen la evaluación y la preparación operatoria durante las 72 horas previas a la intervención sino también cualquier tratamiento médico administrado durante los meses que preceden a la operación.

La preparación inmediata anterior a la operación incluye el examen preoperatorio y la evaluación anestésica. En la mayoría de los casos el riesgo asociado con la anestesia es evaluado por la anestesia antes de la operación. Si

se conoce la presencia de riesgos significativos previos, como trastornos cardiovasculares o pulmonares.

La comida administrada la noche anterior a la operación debe ser ligera y fácil de digerir. La sobrecarga del tracto digestivo durante la intervención quirúrgica es particularmente peligrosa, no sólo debido al mayor riesgo asociado con la anestesia sino también por la inducción de náuseas y la formación de gases en el postoperatorio. Es importante un descanso adecuado durante la noche previa a la operación. El medio ambiente hospitalario a menudo causa aprehensión, por lo que se recomienda administrar un sedante leve. Sin embargo, la mayoría de las pacientes son internadas la misma mañana de la operación.

Debe haber ayunado durante toda la noche sin ingerir nada por boca después de la medianoche, salvo que la operación haya sido programada para una hora avanzada del día siguiente. En ese caso se permite un desayuno ligero o una dieta líquida siempre que se ingiera 6 horas o más antes de la operación.

Dado que la mayoría de las pacientes ginecológicas son internadas la misma mañana de la operación, la limpieza del intestino debe efectuarse en el domicilio antes de la internación. En consecuencia, debe recibir instrucciones precisas relativas a los procedimientos y técnicas de limpieza intestinal (Markham y Rock, 1998).

#### Cuidados durante la operación

Antes de darle anestesia (para que no sienta dolor), se le colocarán monitores en el cuerpo. Podrán administrársele anestesia general, o sea que usted estará dormida, o anestesia regional, la cual actuará que la parte inferior.

Es trasladada al área de quirófano y transferida a la mesa de operaciones en el quirófano o en la sala de anestesia vecina. Se coloca una almohadilla de Kelly en el pie de la mesa operatoria para que los líquidos utilizados en la higiene vaginal drenen hacia un recipiente colocado en el piso.

La mayoría de las operaciones pueden efectuarse sin necesidad de rasurar el área de incisión. Sin embargo, en caso de que sea necesario se rasura la parte

inferior del abdomen, la vulva o ambos sectores en la sala de anestesia antes de la operación. La eliminación del vello excesivo con una tijera puede ser menos molesta. Después del rasurado y la cateterización, la mujer por lo general se encuentra lo suficientemente anestesiada.

La limpieza vaginal preoperatoria es un procedimiento sistemático. Para ello, una enfermera o un ayudante quirúrgico frota la vulva y el periné con una esponja embebida en jabón quirúrgico o una solución de povidona-yodo sostenida por una mano enguantada. Luego se frota la vagina con una esponja jabonosa sostenida con los dedos. Posteriormente, el operador introduce los dedos en la vagina y los separa para aumentar el diámetro del tracto de entrada. Se deprime el periné para permitir que la solución jabonosa o yodada fluya hacia el exterior. La solución se lava vertiendo agua estéril en la vagina. A partir de este momento la limpieza se efectúa con gasas estériles sostenidas por una pinza para esterilizar varias veces la vagina con una solución antiséptica apropiada.

Una vez finalizada la higiene vaginal, la enfermera o el ayudante proceden a la preparación del abdomen frotando durante 5 minutos con una solución antiséptica de povidona-yodo o similar. Prestando especial atención a la limpieza del ombligo con un hisopo de algodón.

Existen dos diferentes técnicas de histerectomía: La histerectomía abdominal, consiste en la extirpación del útero a través de una incisión horizontal justo sobre la región del pubis. Esta operación es siempre por el abdomen y puede comprender la extirpación del útero y del cuello uterino. Hay una operación menos común, llamada histerectomía "subtotal" que deja intacto el cuello uterino (el extremo estrecho del útero más cercano a la vagina). La histerectomía vaginal, consiste en la extirpación del útero por la vagina, y no deja una cicatriz visible. Cada una de ellas tiene sus ventajas y desventajas.

Una vez realizada la incisión, el médico ha comenzado la cirugía mediante la cual se extrae el útero, debido a que se trata una terminología médico-quirúrgica no resulta fácil su comprensión, por lo que solamente diremos que el médico realiza una serie de movimientos que aíslan el área de interés de la operación del

resto de los órganos. Una vez terminada la extirpación del útero el médico se asegura que la lesión allá sido bien tratada y procede a cerrar la herida.

#### Cuidados después de la operación

El tiempo de permanencia en la unidad de cuidados intensivos depende de las posibilidades de cada servicio y de las normas establecidas por los médicos anestesistas o intensivistas.

En general, la paciente debe permanecer en esta unidad de cuidados intensivos el tiempo suficiente para conseguir el equilibrio de sus constantes vitales (tensión arterial, pulso, equilibrio hidroelectrolítica, etc).

Respecto a la alimentación, se administra una sueroterapia. En la planta se inicia alimentación oral (dieta hídrica) según lo tolere. Dieta blanda en las 24 horas siguientes y paso progresivo a una alimentación normal.

Los movimientos deambulatorios comienzan a las 48 horas de la intervención quirúrgica con ayuda del personal auxiliar. En intervenciones muy traumáticas, debe iniciarse precozmente la movilización, aún cuando no pueda levantarse.

Con respecto a la higiene corporal se recomienda una ducha a las 48 horas de la intervención. Se hará con ayuda del personal auxiliar. En las pacientes que no pueden levantarse el lavado se hará en la cama.

En el cuidado de la herida operatoria se procede a retirar del apósito el mismo día de la llegada de la paciente a la planta. Lavado de la herida diario o en el momento de la ducha, hasta la retirada de los puntos, que se hará normalmente entre el 6-º y 7º día de postoperatorio. En circunstancias especiales (mujeres muy obesas, con puntos de descarga) se pospone la retirada de los puntos algún día más.

En ocasiones es necesaria una analgesia postoperatoria debido a que la desaparición del dolor permite una movilización mejor de la paciente.

Los resultados exitosos de los procedimientos quirúrgicos ginecológicos son consecuencia de varios factores además de la pericia quirúrgica y el uso de

técnicas apropiadas. Estos factores consisten en la evaluación del paciente (la capacidad de evaluar y diagnosticar con precisión los defectos, las lesiones y los procesos patológicos ginecológicos), la selección de éste (capacidad de determinar en qué casos la intervención quirúrgica representa el enfoque apropiado), el seguimiento (capacidad de proporcionar asistencia y cuidados postoperatorios adecuados) y la relación paciente-administración (experiencia y posibilidad de trabajo con compañías de seguro u organizaciones para el mantenimiento de la salud). Juntamente con la pericia quirúrgica y la implementación de las técnicas operatorias más adecuadas, estos cuatro factores se designan como el "arte" de la medicina moderna (Markham y Rock, 1998).

El período crítico del curso postoperatorio de un paciente abarca las primeras 72 horas después de la operación. El monitoreo preciso de los sistemas cardiovasculares, renal y respiratorio proporciona la información más valiosa acerca de la condición postoperatoria. El índice de morbilidad postoperatoria puede reducirse mediante una evaluación preoperatorio adecuada del candidato quirúrgico. Es necesario subrayar la importancia de identificar las pacientes en situación de riesgo de desarrollar trombosis venosas y administrar la profilaxis indicada. También se demostró que la mejoría del estado nutricional durante los períodos preoperatorio y postoperatorio facilita la cicatrización de la herida y reduce el tiempo de recuperación (Horowitz, 1998).

Además, el ambiente posquirúrgico en una sala de hospital donde el personal hospitalario le dice a la paciente cuándo debe levantarse, tomar la medicación, comer, bañarse, caminar, recibir visitas y ser sometida a un examen de sangre. Los trabajadores de la salud indagan sobre aspectos personales tales como la micción, la defecación o la eliminación de flatos.

Actualmente las estadías hospitalarias son mucho más cortas que en el pasado y en algunas áreas la histerectomía se realiza en pacientes ambulatorias. Esto tiene un efecto psicológico positivo sobre la paciente. Ella sabe que está evolucionando bien, que no necesita más agujas y que es capaz de caminar y orinar sin asistencia tecnológica (Speir y Freeman, 1998).

A medida que la mujer va atravesando las experiencias prequirúrgica, quirúrgica y posquirúrgica se va estresando y puede ser inundada por un estrés que vaya más allá de su capacidad de compensar y asimilar, por lo que es conveniente que cuente con un mayor apoyo.

### **3.3.3 Consecuencias fisiológicas y psicológicas de la histerectomía**

Massler y Devansan (1978, citados por Speir y Freeman, 1998) decían que existe una respuesta emocional ante cualquier ataque físico. Se espera que la magnitud de la respuesta sea proporcional al grado de cobertura emocional que se posea respecto de la parte del cuerpo afectada. Entre las mujeres las entidades anatómicas más vulnerables a esta reacción emocional son la cara, el cabello, las mamas, los genitales y la pared abdominal.

Los efectos psicológicos en las neoplasias estrictamente femeninas se diferencian según diversos factores individuales: la edad, la historia personal, la personalidad previa o los mecanismos individuales de afrontamiento. Una de las primeras cuestiones a tener en cuenta es la alteración de la imagen corporal (Dexeus, 1994).

Roeske (1978, citado por Dexeus, 1994) investigó 13 factores relacionados con un pronóstico desfavorable en cuanto a una salud mental excelente después de la histerectomía. Estos factores comienzan por definir a la mujer que podría reaccionar negativamente al estrés de la cirugía genital: Identidad sexual, Reacciones adversas previas al estrés, Episodios depresivos previos, Antecedentes de síntomas físicos múltiples, especialmente dolor lumbar, Numerosas internaciones y cirugías, Edad menor de 35 años en el momento de la histerectomía, Temor a la pérdida de la libido, Otras actitudes negativas significativas hacia la cirugía, Insatisfacción o inestabilidad marital, Falta de vocación o entretenimientos.

De hecho, el cáncer ginecológico es vivido como un serio asalto a identidad femenina. La mujer puede percibirse físicamente menos atractiva, con una sensación de pérdida de autonomía personal; «asexualización». Desde el

momento del diagnóstico hasta la situación posquirúrgica la mujer puede pasar por diversos estados de ánimo.

Ante el impacto del diagnóstico puede sentir una incertidumbre, de las pruebas diagnósticas -sobre todo cuando los procesos de información no son adecuados- creando ya en la mujer sospecha de cáncer y estados de ánimo que alternan entre el optimismo y la desesperanza.

Una vez confirmado el diagnóstico, la mujer pasa por diversos estados: que van desde la angustia hasta la rabia y la desesperanza finalizando con el intento de afrontar la enfermedad que va a depender de las características previas de la personalidad de la mujer y de su capacidad para encarar situaciones de estrés.

También puede presentar problemas de comunicación con el esposo o la familia que suelen recibir y vivenciar la noticia incluso con mayor angustia. La mujer no está exenta, naturalmente de presentar cuadros depresivos.

Diversos estudios indican que las mujeres casadas enfermas de cáncer ginecológico pueden presentar disminución del impulso sexual y de la propia respuesta, pero estas diferencias resultan mucho menos estresantes que la falta de contacto físico con su pareja (Dexeus, 1994).

En mujeres casadas tanto como en solteras, la restitución del nivel de salud previo y la finalización de los tratamientos conlleva una progresiva recuperación del nivel de actividad sexual anterior.

Ante el impacto de la cirugía pueden proseguir, e incluso agravarse, los problemas de autoestima y seguridad que pueden ir recuperándose según los diversos casos individuales y el nivel de apoyo social, familiar y médico adecuado. Una vez más, la información juega un papel esencial.

El 90 por ciento de las pacientes de cirugía desean recibir información acerca de su enfermedad, qué significan sus síntomas, cuándo serán intervenidas, en qué consistirá la operación, qué implicaciones, tendrá en su trabajo, actividad sexual o de ocio y demás consecuencias (Dexeus, 1994).

Una información bien estructurada, sencilla y clara incrementa incluso el previo y posterior cumplimiento de normas terapéuticas y no solamente eso sino

que se reducen el estrés y el miedo preoperatorio, aumentando en la mujer la sensación de control sobre su recuperación.

Desde la sala de espera hasta el momento del alta, familiares y pacientes deben ser informados. Es una cuestión elemental de calidad de la asistencia pero, además, seguro alivio de las ansiedades y estados de desesperanza pre y posquirúrgica.

Según sus disposiciones y su temperamento individual, cada mujer reaccionará, en sus relaciones sexuales, de un modo diferente, y su comportamiento dependerá por otra parte del carácter y temperamento de su pareja. Algunas formas de reacción y de conducta son sin embargo, sintomáticas. En primer lugar, está la actitud pasiva, como de tolerancia de la mujer con respecto al orgasmo, el cual, si existe, es débil o tardío (Dogs, 1982).

Las mujeres a las que se les extrae el útero y los ovarios parecen adaptarse peor a su situación que aquellas que han sufrido la amputación de un pecho. (Dexeus, 1994).

La mujer corre el riesgo de adoptar con respecto a su compañero una actitud cada vez más crispada; pero cuanto más esfuerzo haga por llegar al orgasmo gracias a una tensión de su voluntad y hasta de una gran variedad de estrategias, menos capaz será de llegar a la plenitud del acontecimiento (Dogs, 1982).

Las opciones de tratamiento incluyen el estiramiento gradual de la vagina, el uso de un lubricante de base acuosa durante el coito, recibir terapia de reemplazo hormonal y probar posiciones sexuales (como la de la mujer encima del hombre) que permiten a la mujer controlar la profundidad de la penetración. (Reinisch y Beasle, 1992).

González-Forteza, Morales y Gutiérrez (1992) mencionan un creciente interés por distinguir indicadores clínicos de malestar psicológico propone alternativas de trabajo que pueden estar orientadas a la detección oportuna de personas con alteraciones emocionales que requieren de apoyo psicoterapéutico y ser canalizadas, entonces, a los servicios de atención que responden a tal fin; es decir, a los servicios de salud mental. Asimismo, dichos indicadores pueden

delimitar las necesidades, y por tanto, el contenido de las estrategias de intervención psicoterapéutica, que brindan los servicios de salud mental. Desde esta perspectiva, el trabajo interdisciplinario es imprescindible para que el personal médico y paramédico que está en estrecho contacto con las pacientes que solicitan y acuden a consulta por motivos gineco-obstétricos, detecten y canalicen a quienes requieran de apoyo psicoterapéutico, mismo que a su vez puedan recibir, por parte del equipo de salud mental, la atención pertinente a las necesidades y demandas emocionales de las mujeres.

Para muchas mujeres el útero tiene un significado simbólico como órgano sexual. Si la mujer cree que el útero es esencial para la respuesta sexual, entonces, puede suceder que estas mujeres se consideren disfuncionales sexualmente cuando su útero sea extirpado. Para algunas mujeres el útero está estrechamente vinculado con los sentimientos de atracción y deseo sexual y su extirpación constituye una eliminación del sexo, una destrucción de su identidad y de su función como mujer (Speir y Freeman, 1998).

Para las mujeres que consideran que la personalidad, la maternidad, el útero, los ovarios, las mamas y la vagina operan en armonía para atraer a un compañero y, finalmente desarrollar y producir un niño. Estos órganos se vuelven colaboradores vitales en los aspectos sexuales y reproductivos de la vida de una mujer. La pérdida inminente de estas estructuras físicas a causa de una enfermedad o de su disfunción a veces crea un sentimiento de ansiedad profunda.

Además de los efectos de la enfermedad misma, los tratamientos pueden alterar o interferir con las reacciones sexuales. Los efectos psicológicos de sentirse enfermo o lesionado pueden afectar también el funcionamiento sexual. Por ejemplo si se cree que el estado de tratamiento hace menos atractiva o deseable, esto puede disminuir el deseo o entusiasmo por desarrollar una actividad sexual. Las reacciones del amante ante la enfermedad también pueden alterar los sentimientos sexuales de la persona que lo padece. Y ambos compañeros pueden preocuparse por el hecho de que la actividad sexual pueda empeorar la salud de la mujer (Reinisch y Beasle, 1992).

El estado de ánimo es uno de los indicadores cualitativos que mejor pueden dar cuenta de las condiciones de salud y de vida de las personas. Los problemas y conflictos que viven las mujeres se traducen en una serie de emociones, tales como la tristeza, el nerviosismo y el mal humor (Salas y Torres, 1999).

Además, partiendo del supuesto de que el estado de ánimo tiene mucho que ver con las condiciones de salud de las personas, en general, la mayoría de las mujeres que descubren un estado de salud regular o malo adquieren asimismo un estado de ánimo negativo.

Muchas mujeres sienten que su pareja experimentará el sexo de manera diferente y que la verá como una mujer disminuida, vieja o defectuosa. Estas mujeres temen que sus parejas las desprecien o las abandonen por una mujer completa, es decir, una mujer que sea capaz de ofrecerles un hijo, o que sea completa en el sentido de no haber sido privada de su sexo, dañada o transformada en inútil (Speir y Freeman, 1998).

Sin embargo, la mayoría de las mujeres sanan y aceptan sus vidas, crían a sus hijos trabajan en sus ocupaciones y se relacionan con sus maridos o sus amantes. Para ellas el intervalo de curación es rápido y el estrés es moderado. No hay que subestimar lo que puede aprenderse de estas mujeres.

Como hemos podido observar la histerectomía es un proceso difícil para la mujer por lo que este estudio se interesa en conocer cuáles son las formas en que las mujeres viven esta experiencia y cuáles son los significados en torno a ella.

## **CAPITULO 4**

### **METODOLOGÍA**

El término metodología “designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas”.

En la presente investigación la metodología que se utilizó fue de corte cualitativo, ya que se busca explicar una serie de hechos de la vida de las mujeres en cuanto a la problemática de la significación y experiencia de la intervención quirúrgica de la histerectomía así como algunas de las repercusiones psicológicas que ésta tiene sobre las mujeres en el aspecto sexual e imagen corporal.

En este sentido, el análisis cualitativo ofreció una amplia información acerca de la histerectomía en las mujeres, lo cual aportó una detallada presentación del contexto y del significado de los eventos relevantes para quienes lo experimentaron.

La investigación cualitativa trata de descubrir, no “la realidad “, sino las estructuras y los sistemas dinámicos que subyacen a los eventos observados.

Taylor y Bogdan (1996) establecen que la metodología cualitativa se refiere a la investigación que produce datos descriptivos tales como las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable.

La metodología cualitativa nos permite estudiar un fenómeno social y entenderlo tomando en cuenta las perspectivas de sus “actores”, explorando e interpretando la manera en que viven ese proceso.

Así vemos que la metodología cualitativa posee ciertas características que constituyen algunas de las ventajas que puede ofrecer a la investigación como se señala enseguida.

Es inductiva, ya que los datos que los conceptos, categorías, tópicos o temas, se generan a partir de los datos que el investigador obtiene. Estos datos no se recaban para evaluar modelos teóricos, teorías ni sus hipótesis.

Es holística, dado que no hay fragmentación de escenarios o personas, considerándolos en una totalidad.

Es naturalista, pues la interacción que establece el investigador con las personas que son su objeto de estudio, se da en un modo natural y no de forma intrusita.

Se establece cierta empatía, es decir, el investigador trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas ya que es fundamental para entender la realidad tal como la percibe la otra persona.

Los fenómenos sociales son vistos como si se los observara por primera vez, así que el investigador debe librarse de sus propias creencias, perspectivas, predisposiciones y posturas ideológicas.

Se busca significados de todo acontecimiento, noción, dato y fenómeno ya que el investigador no busca la verdad sino, una comprensión amplia de las perspectivas de entre unas y otras personas.

Es humanista, pues ofrece la oportunidad de no reducir las palabras y actos de las personas en parámetros estadísticos, permitiendo indagar el lado personal y la subjetividad de la gente.

En suma la investigación cualitativa procura enriquecer la visión del problema al adentrarse en la realidad e interpretación de los comportamientos del ser humano observados en su escenario natural.

La teoría de género responde a la necesidad de abordar de manera integral, histórica y dialéctica, la sexualidad humana y sus implicaciones económicas, políticas, psicológicas y culturales en la vida social de los géneros y de los particulares, es decir, en la organización patriarcal de la sociedad (Cazés, 2000). Es por ello que esta teoría es importante para comprender la problemática que en este caso nos interesa.

La perspectiva fenomenológica es esencial en la investigación cualitativa. Para el método fenomenológico las realidades son de tal tipo que sólo pueden ser captadas desde el marco interno del sujeto que las percibe. La fenomenología es el estudio de los fenómenos tal como son experimentados, vividos y percibidos por el hombre. Para el fenomenólogo, la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo. Este método consiste en escuchar detalladamente casos parecidos, para posteriormente encontrar una estructura común, e intenta ver las cosas desde el punto de vista de las personas.

A fin de producir el conocimiento interpretativo los conceptos deben ser lo suficientemente flexibles como para abarcar toda la posible diversidad de significados que los individuos atribuyen a su experiencia. Se considera que esa diversidad representa las posibles direcciones de la investigación en vez de ser descripciones precisas de la realidad. De acuerdo con estas definiciones, el conocimiento producido mediante los métodos cualitativos es descriptivo, analítico y exploratorio (Amuchástegui, 2001).

Las estrategias de recolección de datos que son usadas comúnmente en las investigaciones relacionadas con las ciencias sociales, son los instrumentos psicométricos y cuestionarios para obtener respuestas estandarizadas, las entrevistas no estructuradas, diversos protocolos o maneras de observación y la recolección de fuentes documentales y escritas. La elección de cualquiera de estas estrategias depende de los fines del estudio y del marco conceptual desde el que se estudia, ya sea que se utilice observación, entrevista, análisis de aparatos.

En esta investigación se emplea la entrevista a profundidad como estrategia metodológica. La entrevista a profundidad se trata de *"...reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras"* (Taylor y Bogdan, 1996).

La elección de este instrumento para investigar la significación de la experiencia de mujeres que fueron intervenidas mediante la histerectomía, responde a que representa la manera mas apropiada de propiciar la apertura espontánea de los contenidos relacionados con la experiencia y prácticas sexuales de las mismas, debido a que no parece ser una situación cotidiana o común, por lo tanto no es fácil de abordar.

La entrevista a profundidad nos permite promover la apertura de relatos personales y movilizar recuerdos, sentimientos y experiencias de las mujeres histerectomizadas, abriendo la posibilidad de que expresen ciertas demandas o procesos relacionados con la frustración, el dolor o la falta de información de la intervención de la histerectomía.

*La perspectiva de género* permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. Esta perspectiva de género analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres: el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar y las maneras en que lo hacen.

La perspectiva del género está basada en la teoría de género y se inscribe en el paradigma teórico histórico-crítico y en el paradigma cultural del feminismo.

Desde la perspectiva de género es importante considerar la experiencia individual de cada ser humano, sin dejar de lado los aspectos socioculturales en los que está inmerso. Por ello se emplea la investigación cualitativa.

De acuerdo con Figueroa (1999) lo que trata la perspectiva de género es del proceso de aprendizaje, de cómo varones y mujeres somos entrenados

socialmente a partir de que nacemos para comportamos de cierta manera estereotipada y excluyente.

La perspectiva de género al ser aprovechada en estudios relacionados con la salud permite cuestionar variadas historias, interpretaciones y respuestas que se han dado por evidentes. Desde la perspectiva de género se puede cuestionar la propia historia personal, cuestionar si la forma en que llegamos a ser hombres y mujeres es la única, pero sobre todo cuestionar si es posible reconstruir lo que es ser hombre o mujer (Figuroa, 1999).

#### *Delimitación del problema*

En la presente investigación, se pretendió retomar los aspectos de la investigación cualitativa con enfoque de género acerca de la sexualidad humana y abordando una temática generalmente estudiada por la intervención médica con un abandonado carácter psicológico como lo es el significado y la experiencia de la histerectomía.

#### *Planteamiento del problema*

Generalmente se tiene la idea de que la extirpación del útero significa el término de la menstruación, siendo imposible que se produzca un embarazo y que esto se vive como un infortunio irrecuperable. Si bien es cierto que algunas personas se sientan deprimidas después de cualquier tipo de intervención quirúrgica mayor. No es verdad que la histerectomía cause un aumento de peso o un cambio en la personalidad. Resulta necesaria entonces, una descripción más amplia de su experiencia retomando los aspectos cualitativos e individuales, sin intención de hacer comparaciones ni generalizaciones, que ayude a comprender qué significado tiene para la mujer ser histerectomizada, cómo lo experimenta, cómo aparece en el ejercicio de su sexualidad y cómo figura en la imagen que tiene de sí misma como persona y como mujer.

### *Justificación de la elección del tema*

Este aspecto como muchos otros aspectos de la vida de la mujer, ha sido proscrito al ámbito médico, pero, esta disciplina no ha estudiado profundamente cuáles son las repercusiones que tiene sobre la vida sexual de la misma, por lo que sería importante que desde la perspectiva psicológica conociéramos cuáles son las experiencias y qué significados otorgan las mujeres a la histerotomía asimismo cuestiones como cuáles son los cambios que han sufrido en su sexualidad y cómo actúa en su propia imagen como persona y como mujer.

Esta temática es importante para las mujeres que por el motivo que fuere han sido sometidas a este tipo de intervención, así como, para toda mujer que se encuentra ante la posibilidad de requerir la cirugía.

De igual manera es importante para la pareja así como la familia estar informada acerca del proceso y repercusiones que la histerectomía tendrá o tiene sobre su pareja, mamá, hermana, tía, abuelita, etc.

Por otra parte es importante que la mujer que aun no ha sido mamá éste conciente de la importancia que es otorgada a la función reproductora, y que por tanto, los órganos sexuales, son considerados, definidores del sexo al que se pertenece, de manera tal que se considera nos define como mujeres y no como hombres.

Además de la invaluable oportunidad que brinda esta función, la posibilidad de ser madre, de realizar algo destacable en el sistema, de “ser” a través de la crianza de sus hijos. Para brindar la visión de la manera en que actúa sobre si misma, ésta y otras designaciones, así como para que pueda replantearse su “ser mujer” su imagen y su sexualidad.

Así vemos que la función de reproducción de la mujer aparece a la vez como justificación de su existencia y como razón de su sometimiento. A partir de ahí todo se encadena, y es interesante ver qué elementos de esta cadena, al modificarse o al alterarse -como lo es el caso de sufrir una intervención quirúrgica que remueve el útero-, son susceptibles de provocar una mutación de todo el sistema, a través de la modificación que se suscita en primera instancia en las mujeres que experimentan este cambio.

### *Objetivo general*

Este estudio tiene por objetivo general: Conocer el significado y experiencia de la histerectomía en mujeres histerectomizadas.

### *Objetivos específicos*

- a) Definir el significado que tienen las mujeres acerca de la histerectomía.
- b) Valorar la manera en que las mujeres experimentan ser histerectomizadas.
- c) Distinguir cómo afecta emocionalmente la histerectomía en la mujer.
- d) Diferenciar si repercute o no la histerectomía en la sexualidad de las mujeres que fueron sometidas a esta intervención.
- e) Distinguir cómo afecta emocionalmente la histerectomía en la relación de pareja de la mujer intervenida.
- f) Conocer si repercute en su imagen de mujer así como en su noción de maternidad.

### *Participantes*

En el estudio se trabajó en colaboración de cinco mujeres adultas histerectomizadas, con edades comprendidas entre los 30 y 50 años, con nivel socio-económico medio, educación básica y media básica. El proceso de

selección no tuvo mayor dificultad, ya que se trataba de conocidas cercanas; de hecho pudieron haber participado más de cinco mujeres, sin embargo, el tiempo apremiante junto con la lejanía de su residencia de algunas no lo permitió.

Cabe mencionar que para proteger el anonimato solicitado por las mismas participantes, se usaron nombres ficticios, así como también los nombres de todas las personas que aparecen en sus historias. Con el mismo fin, no se explicará la manera que fueron contactadas, simplemente se aclara que fueron consideradas para la investigación desde el inicio, ya que se conocía su situación. Las mujeres que participaron en la presente investigación poseen las siguientes características:

*Isabel.* En el momento de las entrevistas, tenía 39 años de edad, es de complexión media, tez morena clara, cabello corto y castaño claro, de 1.58 de estatura aproximadamente. Es una mujer casada con tres hijas adolescentes y un nieto. Isabel se dedica enteramente al hogar. Ella fue operada hace un año porque presentaba miomas. En este tiempo las molestias han disminuido pero vive su sexualidad sin sentir “igual” ya que menciona sentir un “huequito”. Menciona que es una intervención muy dolorosa y que estuvo bajo el cuidado de sus hijas durante cuarenta días. Menciona que lloraba por que le quitaron la matriz pues pensaba que ya no iba a servir.

*Concha.* En el momento de las entrevistas, tenía 45 años de edad. Es de complexión media, tez blanca, cabello muy corto color rojizo teñido, de aproximadamente 1.60 de estatura, dedica su atención y esmero a la familia que conformó con su esposo y tres hijos. Es una persona alegre y sonriente, trabaja de estilista en su propia casa. Fue operada hace cinco años debido a que tenía quistes que le provocaban mucho sangrado, actualmente vive su relación de pareja como “una jovencita”.

*Maria.* En el momento de las entrevistas, tenía de 38 años de edad. Es de complexión media, tez muy blanca, cabello largo color castaño rojizo teñido, mide

1.55 de estatura aproximadamente. Es una persona muy alegre y extrovertida cuyo principal interés es su familia, conformada por tres hijos y su esposo. Es una persona reflexiva y analítica de criterio amplio, que gusta de vivir la vida con mente positiva. Fue intervenida hace siete años porque le detectaron miomas. Al parecer no era tan urgente su operación, pero presentaba sangrados abundantes. Le dijeron que en ese momento no era necesaria pero que quizás posteriormente le traería problemas. Decidió que era un buen momento para detener el problema antes de que fuese mayor. En su mente estaba la preocupación constante por sus hijos, que en ese momento aun eran pequeños. Actualmente vive su sexualidad satisfactoriamente y se considera más mujer.

*Luisa.* En el momento de las entrevistas, tenía de 44 años, su complexión es gruesa. Es de tez morena clara, cabello largo color negro pero que deja ver la predominancia de sus canas. Es de aproximadamente 1.58 de estatura. Forma su familia junto a su esposo y tres hijos adultos. Es una persona muy alegre y extrovertida que lucha día a día por mantener su hogar en el sentido económico y moral. Es una persona reflexiva, analítica, y de amplio criterio. Fue operada hace tres años tras un año en que experimentó sangrados muy fuertes. El último fue alarmante por lo que le hicieron ver la urgente necesidad de ser intervenida. Estuvo respaldada por un equipo de médicos que le dio el soporte que requería incluyendo un psicólogo que posterior a la operación la observa durante un período de depresión que superó al tratar de ayudar a otras pacientes. Actualmente vive su sexualidad “sin miedo y sin creer lo que la gente dice”, por el contrario quiere que las personas sepan que “es mentira que no se siente” y considera que la histerectomía la hizo “volver a vivir”.

*Rosa.* En el momento de las entrevistas tenía 36 años de edad. Es de complexión media, tez muy blanca, cabello largo rubio cenizo natural, de aproximadamente 1.45 de estatura. Es una mujer seria, pero sociable. Trabaja en un hospital de asistente de enfermera, actividad a la que dedica sus esmeros. Es mamá de dos hijas adolescentes. Fue histerectomizada hace tres años debido a

que se le detectaron miomas que le causaban sangrados frecuentes y abundantes. Refiere aspectos de la intervención que dejan ver que tiene cierto conocimiento médico al respecto, lo cual le brindo una seguridad durante el procedimiento. Menciona que fue muy normal y su recuperación muy tranquila. Actualmente indica que “no siente igual” sexualmente hablando, pero que es importante que la mujer se cuide a sí misma.

### *Materiales*

Para efecto de la investigación se utilizó una guía de entrevista elaborada de acuerdo a las unidades temáticas que se deseaban investigar (Ver anexo).

### *Instrumentos*

Se utilizó equipo de audiograbación con la intención de recoger las experiencias de las participantes. Así como un cuaderno para tomar notas de campo que complementan esta información. Se empleó un equipo de cómputo con la finalidad de verter los datos recogidos en la investigación.

### *Lugares de trabajo*

La investigación se llevó a cabo en el domicilio particular de cada una de las participantes, previendo que no existieran interferencias. A continuación nos vamos a referir al contexto que enmarcó los encuentros con cada participante:

Las entrevistas con *Isabel* se llevaron a cabo en la cocina de su casa, ya que fue éste el lugar que ella eligió.

En el caso de *Concha* las entrevistas se realizaron en su espacio de trabajo dentro de su casa, debido a que era el lugar que le resultaba ideal para poder atenderme en tanto esperaba a su clientela, tal como lo dispuso.

Las entrevistas con María se llevaron en su hogar pero en diferentes lugares como la cocina, comedor y recámara de su hijo, con la finalidad de tener un espacio donde su familia no interrumpiera, según sus palabras.

Luisa, por su parte, también eligió su casa para realizar las entrevistas, las cuales se realizaron en el comedor.

Rosa dispuso que las entrevistas se llevaran a cabo en la sala de la casa de su mamá, donde vive actualmente, sólo que primero fue en el comedor y después en la sala.

### *Procedimiento*

Se realizaron entrevistas a profundidad, en el hogar de cada mujer con el propósito de obtener la información necesaria para agotar los temas a tratar. En cada caso se realizaron las entrevistas entre dos y tres sesiones de trabajo, pudiendo aumentar el número de sesiones de acuerdo con los requerimientos de cada participante y de la propia investigación.

Las entrevistas a profundidad tuvieron una duración aproximada de una hora, grabadas en cintas de audio y siendo los encuentros cara a cara entre el entrevistador y la entrevistada. Los encuentros tenían la finalidad de abarcar diversos tópicos de la vida misma de las mujeres y sus experiencias o situaciones, para así conocer el significado que asignaban a la vivencia de la histerectomía. Todas las entrevistas cubrieron una amplia gama de temas, pero para que el progreso de las entrevistas tuviera una secuencia, se utilizó una guía de preguntas donde se contemplaban los puntos siguientes.

Es necesario aclarar que sólo en algunas oportunidades se logró desarrollar una entrevista semiestructurada. Posiblemente se puede atribuir esta situación a

que al inicio del estudio, algunas participantes y la investigadora misma se mostraron un tanto desprovistos de confianza para hablar de temáticas poco usuales.

En la primera entrevista, se comentaba de manera clara y brevemente a las participantes lo que se pretendía en la investigación, enfatizando que era muy importante destacar la aportación de su vivencia ante una experiencia de la que generalmente poco se sabe o se está mal informado; se aclaraba que se les ofrecía en este estudio un espacio para decir y aclarar todo aquello que ellas quisieran o consideraran. Asimismo se enmarcó el respeto y el carácter confidencial de la información y datos que proporcionaban a la investigadora.

Una vez que se contaba con las entrevistas grabadas en cinta de audio fueron transcritas de manera textual para realizar el análisis de las mismas.

### Presentación

Se hizo un primer contacto con cada una de las participantes con la finalidad de conocer al investigador y pedirles su participación en el estudio. Con la finalidad de solicitar el consentimiento de las participantes entrevistadas, se hizo referencia en primera instancia a las características del trabajo de investigación, indicándoles que tiene como finalidad reflexionar en torno al significado y experiencia de la histerectomía en mujeres que lo han vivenciado, por lo cual se plantearían algunas preguntas que tienen que ver con sus vivencias y experiencias.

### Primera entrevista

Para iniciar se les pidió su autorización para grabar en audio con la finalidad de captar puntualmente la información otorgada por ellas. Se enfatizó la confidencialidad de los datos que proporcionarían. Se hizo saber que si de

alguna manera se sintieran incomodas o les llegase a generar algún conflicto el abordar algunos temas o algunas preguntas estarán en su derecho de manifestarlo e incluso de no responder. Luego se dio inicio a la primera entrevista, la cual trato aspectos generales de su experiencia con la operación así como datos generales. Al finalizar se fijó el día y hora para la siguiente entrevista y se concertó que si había algún cambio, se avisaría vía telefónica.

### Entrevistas posteriores

Debido a que el tiempo de la entrevista es en función de sus necesidades y actividades se hizo patente la necesidad de posteriores entrevistas. Las entrevistas posteriores se realizaron el día y hora propuesta por la participante en la entrevista anterior. Antes de iniciar cada entrevista se planteaba el tema o temas a tratar, aunque debido a que no se intentaba llevar una entrevista estructurada, se trato una diversidad de temas. Luego se dio inicio a la entrevista y al terminar se fijó el día y hora de la siguiente entrevista. El número de entrevistas fue variable de acuerdo con las necesidades de tiempo de las participantes, siendo un número entre dos y cuatro entrevistas. Al final de la sesión se agradecía a la participante por su colaboración, y se le invitaba a reflexionar los aspectos de su vida que se tocaron a través de la entrevista.

### *Análisis de resultados*

Se hizo una lectura total de las transcripciones hechas de las entrevistas correspondientes a cada participante para identificar las categorías que previamente se habían establecido y algunas nuevas que surgieron en el desarrollo de la investigación. Dichas categorías de análisis quedaron encuadradas en rubros dentro de los cuales se desprenden otras subcategorías, identificadas de la siguiente manera.

### Construcción de ser mujer

- Significación de lo que es ser mujer
- Lo que es importante para una mujer
- Hombres y mujeres ¿diferentes o iguales?
- Educación para ser mujer
- Responsabilidades por ser mujer
- Ser mujer tiene desventajas
- Las ventajas de ser mujer
- El deseo de ser madre

### Nociones de sexualidad

- Consideraciones de lo que es la sexualidad
- Significaciones de lo que es el sexo
- Sexualidad y sexo ¿son diferentes o iguales?
- Formas en que expreso mi sexualidad
- Alternativas que busque ante la escasa educación sexual que recibí

### Experiencias en el cuerpo como mujer: la menstruación

- Experiencia de la primera menstruación o menarca
- La información acerca del advenimiento de la menstruación
- Experiencia de la menstruación del dolor a la pena
- La menstruación dolorosa en el cuerpo y la mente
- La menstruación después de iniciada la vida sexual y los hijos
- La menstruación como síntoma
- Explicando al médico lo que me pasa
- El origen del problema
- Cuál es el problema

### Vislumbrando la histerectomía: primeras nociones

- Qué es la histerectomía
- Información acerca de la histerectomía
- Buscando más opiniones acerca de mi situación
- Qué consecuencias me puede traer la histerectomía
- La histerectomía podría afectarme como mujer y mi sexualidad

Qué pasa si no me opero

Confrontando la situación: aceptación o resignación

Temores ante la cirugía

Intentando otras alternativas: tratamientos farmacológicos

Mi decisión

Conociendo la histerectomía: la operación sobre mi cuerpo

Preocupaciones ante la intervención

Preparación para la cirugía

Lo que pasó durante la operación

Recomendaciones después de la cirugía

Recomendaciones del médico

El dolor tras la intervención

Ya no tengo mi matriz: mi reacción

Caí en depresión

Me siento recuperada

Reiniciando mi vida sexual

Comprendiendo la histerectomía

Temor por el efecto de la histerectomía en la maternidad

Temor por la repercusión de la histerectomía en la relación de pareja

Mitos acerca de la histerectomía

Desmitificando la histerectomía

Siento igual o ¿es diferente?

La relación de pareja tras la histerectomía

La histerectomía libera de la preocupación de embarazarse

La histerectomía libera de la menstruación

He cambiado a raíz de la operación

La histerectomía me benefició

Me siento más mujer

Otros hallazgos acerca de la histerectomía

Histerectomía: es diferente conocerla que vivirla

Confianza en médicos especialistas

Es importante contar con información

Preguntar e informarse depende de la persona

La matriz sirve para dos cosas dar hijos y dar problemas

# CAPITULO 5

## RESULTADOS

Abordaremos los presentes resultados por rubros o ejes temáticos, en cada uno de los cuales se integra la información proporcionada por las participantes.

### Construcción de ser mujer

#### Significación de lo que es ser mujer

Ser mujer para cuatro de las participantes significa ser madre o esposa, o madre y esposa.

*-Para mí lo mejor de ser mujer fue cuando tuve a mis hijas, el ser madre; para una mujer eso significa-(Rosa)*

*- Pues es bonito porque uno de mujer puede ser mamá, puede tener uno hijos- (Isabel)*

*-Bueno pues ser mujer se proyecta en un solo papel ¿no?, el de ser madre y esposa; para mi eso es ser mujer, ahí esta la complementación o sea, es mi papel completo; para mí es mi satisfacción grande, de que en mis hijos ya me vi como madre, y con mi esposo como mujer; resumida a una sola- (María)*

Algunas mujeres consideran que ser mujer implica numerosas particularidades que se suman a ser madre y esposa; ser ama de casa y cabeza de familia.

*-...Pues yo creo que abarca mucho ¿no? Ser mujer ¡no sé! en tu casa, tener hijos, ¡em! pues a la vez te trae muchas responsabilidades, o sea, ser mujer sea como madre, como esposa, pues como ama de casa, como cabeza de familia ¿no? ser como mamá- (Concha)*

También se piensa que ser mujer suscita problemáticas más complejas derivadas del cuerpo u organismo femenino.

*-Pues poco de problemáticas por el organismo más a la edad que yo tengo ahorita, un poco más de problemas ya, cuando se es más joven es más fácil... poco a poco pues la edad va llegando más fuerte y van llegando problemas más difíciles en el cuerpo humano de la mujer...- (Luisa)*

De muchas maneras la mujer se podría definir por lo que hace, no obstante las mujeres se interesan por diversos aspectos algunos de los cuales se comentan enseguida.

### **Lo que es importante para una mujer**

Para una de las participantes lo que es importante para una mujer cambia a medida que se transita por las diversas etapas de desarrollo, como la adolescencia y la vida marital.

*-Pues depende la etapa...Entre la adolescencia y cuando se casa uno- (Rosa)*

También se menciona que lo importante es que una mujer posea valores los cuales dependen de cada mujer.

*-... para mí como mujer, lo más importante son los valores que puede tener, que puedo tener yo, los valores humanos, como la capacidad de entender a las personas, como el amor a los hijos, el amor a los padres, el amor al compañero, al esposo, el amor a las demás personas, es como yo me puedo definir como mujer, no puedo hablar sobre las demás mujeres porque no creo que tengan el mismo pensamiento que yo.- (Luisa)*

Asimismo se considera que es importante ser “buena mujer” en la soltería y, en el matrimonio ser “buena esposa y buena madre”.

*...ser una buena mujer, sea, tanto siendo como soltera, o sea, ser buena, en segundo, ser buena esposa y después ser buena mamá.-(Concha)*

Por otra parte, se menciona que lo importante es quererse a sí misma para después querer a otras personas.

*...lo mas importante es que, antes, para poder querer a los demás tienes que quererte a t mismo y si aprendes a quererte a ti misma pues lógico, obviamente, vas a querer a los demás, y quiénes son los demás, pues ya tu familia.-(María)*

Los intereses de las mujeres son diferentes dependiendo de cada individuo o de la etapa de crecimiento por la que cruce, pero este interés se encamina a valorar y querer a las personas, esposo e hijos. Las diferentes formas de pensamiento de las mujeres nos permiten ver las diferencias individuales pero también concurren diferencias entre hombres y mujeres las cuales observamos continuación.

### **Hombres y mujeres ¿diferentes o iguales?**

Desde el punto de vista de crecimiento o desarrollo se considera que hombres y mujeres son iguales.

*-No pues yo pienso que es igual-... -Sí, porque cada sexo tiene sus etapas diferentes, y en la etapa de la adolescencia cuando uno se casa, esas etapas yo creo son mejores-(Rosa)*

No obstante estas etapas de crecimiento son diferentes para hombres y mujeres lo cual los hace diferentes.

*-Diferente porqué, por que de hecho del ser mujer, madura mas rápido uno, en la adolescencia es mas madura una jovencita que un hombre, entonces pues eso- (María)*

Asimismo desde el punto de vista que los sexos son diferentes se considera que mujeres y hombres son diferentes.

*-Como personas deberíamos de ser iguales, pero ya con diferentes sexos, debemos de ser igual (mueve la cabeza) diferentes- (Concha)*

Además están las diferencias anatómicas que hacen posible que la mujer pueda procrear acompañadas por las etapas que marcan esta diferencia. Sin embargo, se considera que la capacidad de pensamiento es igual por lo cual, socialmente son iguales.

*-Socialmente igual, porque me siento capaz de poder hacer lo mismo que un hombre, socialmente, en el cuerpo claro que no porque en el cuerpo la mujer es capaz de procrear una vida y un hombre no, la mujer es capaz de pues de tener diferentes etapas y el hombre no, el hombre siempre es igual, por eso en el cuerpo no, socialmente si...Podemos ser iguales si la capacidad mental es igual a la de un hombre por que para mi, es igual, porque podemos ser lo mismo.- (Luisa)*

Las diferencias entre hombres y mujeres se manifiestan en el cuerpo debido a que son sexos diferentes con características diferentes, la forma en que se presentan las etapas de desarrollo y su situación en la reproducción humana es diferente, por lo tanto son diferentes, no obstante estas diferencias no trascienden la capacidad de pensamiento.

No obstante se piensa que la diferencia de la "libertad" de pensamiento de acción no puede ser igual debido a que dios hizo el sexo opuesto, la mujer.

*...los hombres pues por ser hombres, desde que dios hizo el sexo opuesto, ¿verdad?, pues como que le dio al hombre esa libertad, que la mujer por ser mujer pues no, no puede igualar, no puede llegar a tener-(María)*

Actualmente la mujer busca ser igual que el hombre en la toma de decisiones, sin embargo no se puede prescindir del hombre en la pareja.

*...la mujer quiere ser igual que el hombre, y pues no, no puede ser, y por eso hay muchas diferencias en los*

*matrimonios, quiere uno ser igual o quieres mandar igual, ¡o te pones bien de acuerdo o las cosas salen mal!- (Concha)*

Entonces se piensa que una mujer podría o tendría que ser fuerte para poder adaptarse a su vida.

*-...podría ser o tendría que ser fuerte y valiente, tendría que ser, este, responsable, muchas veces no son responsables de los actos que cometemos, tiene que ser responsable, tiene que ser, no sé, como más adaptada a la vida, más adaptada a la gente, más adaptada a los valores humanos que hay, a lo que se necesite exactamente.- (Luisa)*

Estas ideas acerca de la diferencia o igualdad entre hombre y mujer se relacionan con la educación que reciben como se explica en seguida.

### **Educación para ser mujer**

Desde corta edad mediante la educación se instruye a la mujer acerca de las actividades que puede hacer y aquellas que son propias de los hombres.

*-...eso de que <Tú eres niña y él es niño (frunce el seño), y tú no debes hacer esto>, por ejemplo, que <Tú no, no cargues pesado porque eres niña>, de que yo me acuerde sí, ya de ser mujer no pues <¡Tú no puedes ir allá! ¡Tú no puedes hacer esto, no puedes hacer aquello!> O sea, en cuestiones de salir, de que <tú no podías hacer unas cosas que los hombres pueden hacer>... Pues ora sí que nada más eso que mi papá decía de que “tú eres niña, y él es niño” y nada más, y lo que podías o no podías hacer, por ser niña... si nos tocaba hacer quehacer, tú sí podías, el niño sí podía cargar cosas y la niña no, y <¡tú vete a la cocina porque tú eres niña, tú lavas trastes, tú sí barres!>*

*Y el niño sí podía ayudar a mi papá a hacer trabajos porque era niño, nada más, o la diferencia es que “tú niño sí puedes ir conmigo y tu niña no tú sí te quedas”.-  
(Concha)*

A medida que una mujer crece se le indica que debe saberse comportar, cuidando la manera en que se relaciona con otras personas y cuidándose de ser pura y virgen.

*-Pues nada mas que saberse comportar uno; pues en la etapa de la niñez no tiene uno ningún problema; cuando uno es adolescente pues sí, porque se debe de fijar con qué persona anda (pausa); y antes que tenían que llegar puras al matrimonio, cuidar su virginidad, pues, yo creo que nada más.- (Rosa)*

Dos de las participantes mencionan que la educación se obtiene por los padres pues son quienes “forman”.

*-Pues los papás de uno, porque así como nosotros ahorita somos padres, nuestros padres a nosotros nos formaron...-(Rosa)*

En caso de que ambos padres no puedan educar a los hijos como en el fallecimiento de uno de ellos, el otro toma la responsabilidad de la educación de sus hijos.

*-...mi papá porque mi mamá... porque ella murió cuando yo era muy chica, entonces era papá pues siempre nos dio el lugar...- (Concha)*

Sin embargo, la educación también se adquiere a través de la propia experiencia en la vida como lo comenta la participante Luisa.

*-...realmente enseñarme nadie, me ha enseñado la vida, me ha enseñado, el tiempo, me ha enseñado, no sé, lo que he aprendido con la vida, vivir, vivir, es lo que me ha enseñado, a ser mujer, desde chica a mi me dijeron que yo era ¡niña! cuando nací, era niña, pero después fuiste*

*jovencita, y ahora, pues, yo sola he ido aprendiendo lo que es ser madre, lo que es ser esposa, lo que ha sido ser hija, aprende lo que aprende uno con el tiempo, con la vida.-*  
(María)

La participante María menciona que la vida le enseñó lo que sabe acerca de ser mujer debido a que la comunicación con su madre era escasa.

*-Pues yo digo que la vida, la vida porque desafortunadamente para mi, este, ora si que la educación de mi madre, era muy diferente, este, ahí si definían mucho el ser la mamá y el ser la hija... y pues la vida, los años, ya este, te van madurando y pues la vida, ora si que para mi fue la vida la que fue mi gran escuela... y como que no había la comunicación, ese contacto como para decir, este, "me acerco a mi mamá y que ella me enseñe"-*  
(María)

Esta falta de educación debida a la comunicación insuficiente con la madre es superada con ayuda en ocasiones de hermanas.

*-...mi mamá pues era una persona adulta... yo fui la más pequeña y no tuve nunca, nunca tuve ninguna plática de parte de mi madre, ¡nunca!, nunca tuve ese tipo de situaciones con ella, mas bien una de mis hermanas...-*  
(Luisa)

Una explicación a la situación de la comunicación en la educación de la mujer es que ha sido una sucesión de formas de educación.

*-...mi mamá principalmente, como que nunca vivió totalmente liberada de su mamá; has de cuenta es como una cadenita, mi mamá era como era su mamá, pero qué pasa aquí, que, que tú, cuando tú llegas ya a una edad en que tu ves todo eso, y dices ¡no, yo no quiero ser mi mamá, como mi mamá! o sea es lo contrario de que muchas quisieran ser como su mamá pero en mi caso no*

*era así; o sea, yo decía ¡No, yo no quiero ser como mi mamá! ... yo decía ¡no, yo no quiero caer en ese error! No, si ella todo el tiempo, pues, por la educación que ella tuvo, pues no, era lógico, pues vivió siempre bajo las reglas estrictas de su mamá, obvio, ella como mamá pues que ella nos quiso educar de la misma manera.- (María)*

La educación comienza desde la infancia y continua durante las siguientes etapas de la vida como lo es la adolescencia.

Tres de las participantes mencionaron que en la etapa de la adolescencia no se piensa acerca de qué es ser mujer.

*-Pues nada, porque pues yo era niña y me iba quedar en mi casa, como era niña, pues no piensas en nada...- (Concha)*

Sin embargo, esta situación cambia cuando la mujer se casa.

*...cuando estas en la etapa de la adolescencia pues como que no te enfocas mucho a pensar a lo que es una mujer ¿no?; pues para mi, si era una persona centrada, pero pues ya como casada ora si que te ubicas mas bien, o sea que cuando era chica no pensaba mucho en qué era realmente ser mujer.- (María)*

Una posible explicación es que las actividades predominantes durante ese periodo son el estudio y el trabajo por lo que no se piensa en ello.

*...antes, nada mas era puro estudiar y trabajar no había oportunidad de ver que había sexualidad en mí- (Luisa)*

Estas actividades son importantes durante estas primeras etapas, no obstante la mujer adquiere más responsabilidades como se observa en seguida.

### **Responsabilidades por ser mujer**

Las responsabilidades comienzan en la niñez y la adolescencia con la finalidad de ir conformando a la persona como mujer.

*...pues tiene que empezar a ser buena niña, en la adolescencia empezarse a formar como mujer, empezar a valorar todas las cosas, empezar a madurar, desde antes de que se case, porque el empezar a madurar como persona y en la mente ayuda muchísimo cuando uno se casa, mas que nada para este, porque si uno es inmaduro nunca llega uno a nada, y en el matrimonio casarse y ser responsable con sus hijos, su esposo, tener responsabilidades en su casa.-(Rosa)*

Las responsabilidades de una mujer en la edad adulta incluyen el cuidado de los hijos, esposo y hogar.

*-Claro, en el hogar, que tiene uno que estar al pendiente de todo, de que no les falte nada a los hijos, al marido, en la casa; estar al pendiente de todos los servicios- (Rosa)*

En el caso de aquellas mujeres que trabajan sus responsabilidades también incluyen esta labor.

*-Tengo responsabilidades, por ejemplo en mi casa, pues si trabajo tengo responsabilidades ¿no? en el trabajo, y si es en tu casa pues tienes responsabilidades doblemente, no sé, tu quehacer, tus hijos, tu esposo, tener la casa pues bien o sea organizarte en todos los aspectos en ropa, comida, en todo- (Concha)*

Además de responsabilizarse de su propia persona, la mujer toma en sus manos la responsabilidad de la educación de los hijos cuestionándose acerca de la participación del hombre en crianza de los hijos.

*-Demasiadas responsabilidades diría yo, porque, cuáles, primero que nada responsabilizarme de mis propios actos, segundo educar a mis hijos, porque en gran parte la educación de los hijos depende de uno de mujer por lo mismo de que pues el papá ¿cuándo tiene el contacto que tiene una de mujer con los hijos?...- (María)*

Estas circunstancias de una doble responsabilidad se indican como una mayor responsabilidad para la mujer.

*-Este, un poco más que el hombre, si, si las he tenido, porque uno es la que tiene que ver a los hijos, una es la que tiene ver al hogar, una es la que tiene que cuidar del dinero, una es la que tiene que buscar más un poco más de dinero si no alcanza, si, si he tenido más responsabilidades que el hombre, que mi esposo- (Luisa)*

Las responsabilidades de las mujeres incluyen su propia persona, su familia y su trabajo; situación que puede ser vista como desventaja como se observa a continuación.

### **Ser mujer tiene desventajas**

Se considera que una desventaja para la mujer es que debe asumir la responsabilidad de trabajar.

*-Las desventajas, que nos vaya mal en el matrimonio (pausa), que el marido sea desobligado, que no trabaje- (Rosa)*

Otra desventaja es que las personas que constituyen la sociedad incluyendo hombres y mujeres no trata de la misma forma a la mujer que al hombre.

*-Posiblemente si, Mm. porque en las personas o los hombres, o no, no puedo decir solo hombres más bien puedo decir personas, porque son entre hombres y mujeres que nos hacen menos en alguna manera, que no nos dejan tomar un lugar, que el hombre lo tiene, puede ser que eso es la desventaja que podemos tener las mujeres, esa es la desventaja que yo veo, que no nos tratan igual a las mujeres-.(Luisa)*

Esta situación de trato desigual hace que la mujer no participe en la sociedad como lo hace el hombre

*-Pues las desventajas son que por decir no puedes participar cien por ciento igual que el hombre; son varias razones por las que no, no puedo igualarme a decir "no pues es lo mismo ser mujer que ser hombre" ni nunca va a ser ¿verdad? pero pues si tiene sus ventajas y sus desventajas- (María)*

Sin embargo, actualmente la mujer quiere ser igual que el hombre, lo cual no es posible desde el punto de vista de Concha.

*...bueno depende, ya ahorita, ya en la actualidad sea el hombre o la mujer se quiere sentir igual... no puede ser, y por eso hay muchas diferencias en los matrimonios, quiere uno ser igual, o quieres mandar igual, ¿o te pones bien de acuerdo o las cosas salen mal!-*

La mujer considera que tiene desventajas en la forma que son tratadas pero también ser mujer tiene ventajas como vemos a continuación.

### **Las ventajas de ser mujer**

La mujer considera que aunque sufre más al encargarse de la crianza de los hijos la ventaja es verlos realizados.

*-Pues si y no, porque, este, uno como mujer sufre uno más, porque, este, si nos va bien en el matrimonio, bueno, pero si ya nos toco un desobligado, tiene uno que trabajar para sacar a sus hijos adelante; y más que nada es más apoyo una mamá para los hijos que el papá...Las ¿ventajas?, pues nada mas cuando ves a los hijos realizados- (Rosa)*

Se considera que la mujer posee la ventaja de poder ser madre pero no cuenta con las ventajas que tiene el hombre.

*-Pues te diré si y no a la vez, si por que este el don de ser madre es una experiencia muy bonita; y no por qué,*

*porque pues no tienes todas las ventajas que te llevan si fueras hombre.-(María)*

Concha piensa que el hecho de poder tener hijos es una ventaja aunque, el hombre se ponga celoso.

*-Pues el que eres madre, el que puedes tener hijos... Poder tener hijos, el que a veces luego los hombres se sienten pues celosos... pero si tiene sus ventajas- (Concha)*

Por el contrario, Luisa concibe la idea que hombres y mujeres tienen las mismas ventajas.

*-Creo que hombres y mujeres tenemos exactamente las mismas ventajas, la que sabe hacerlo, igual el hombre lo sabe hacer, la que sabe disfrutar, igual el hombre sabe disfrutar, la que sabe vivir, igual el hombre sabe vivir, o sea, no creo tener ventaja absoluta- (Luisa)*

En tanto que la mujer se va formando ideas y deseos de superación.

*...tu mente va creándose ideas, va deseando cosas que no tiene y no me refiero a lo material, me refiero a tener una carrera, a ser pues mas completa ¿no?...-(María)*

Estas ideas y deseos de prepararse intelectualmente están presentes en las mujeres. Otro deseo que tienen las mujeres es el de tener hijos.

### **El deseo de ser madre**

El deseo por tener hijos esta presente aun cuando la mujer no se siente preparada para educarlos.

*...los hijos no piden venir al mundo y si yo tomo la decisión de tenerlos pues será que si no estaba preparada cien por ciento, pero era un deseo que yo tenía entonces, pues tengo que tratar de orientarlos y de sacarlos adelante...-(María)*

Se considera que es favorable contar con el apoyo de la pareja en la educación de los hijos, pero aun sin contar con éste la mujer se ocupa de esta misión.

*...ora si que si cuentas con el apoyo de tu pareja pues adelante, y que bueno; pero gracias a dios yo de alguna manera no, tengo el apoyo de él al cien por ciento, pero si no lo tuviera pues por igual...- (María)*

Es por esto que en ocasiones se piensa que la mamá constituye un mayor apoyo para los hijos que el papá.

*...si nos va bien en el matrimonio, bueno, pero si ya nos toco un desobligado tiene uno que trabajar para sacar a sus hijos adelante; y mas que nada es más apoyo una mamá para los hijos que el papá-(Rosa)*

Por el contrario se considera que tanto la mujer es madre con el hombre es padre si se siente padre y que esto constituye una relación de pareja uniforme.

*... por que tanto uno es madre como el hombre que se siente padre, es padre, o sea no creo que sea una desventaja cuando la pareja es pareja.- (Luisa)*

Asimismo se piensa que tener una familia e hijos para la mujer es una forma de sentirse plena y es una forma de ser mujer.

*...para mi ser mujer pues yo me siento plena, completa, porque te digo, tengo ya una familia, y no me quejo porque bendito dios, me ha ido bien, tengo unos hijos de mente sana actos sanos...- (María)*

De esta manera, la mujer vive su relación de pareja, su maternidad y su ser mujer, como parte de su existencia lo cual puede estar vinculado con la noción que tiene acerca de su sexualidad como se observa a continuación.

## Noción de sexualidad

### Consideraciones de lo que es la sexualidad

Se considera que la sexualidad es un aspecto de la vida que viene de la naturaleza.

*-¡Sexualidad! (pausa), pues yo considero que es este (pausa), pues es algo de la naturaleza ¿no?- (Rosa)*

En ocasiones se considera que la sexualidad es el hecho de ser hombre o ser mujer.

*-...o sea sexualidad, es el ser mujer o el ser hombre, el ser mujer o ser hombre, puede ser.- (Concha)*

En contraste se piensa que la sexualidad se presenta en una serie de actos de cuidado personal y seducción a la pareja aunque no se tiene esa seguridad.

*-Pues no muy bien porque no, no me siento mujer sexual, (risa) o sea sexy pues, o sea no sé que sería, pero más bien sería como coquetería como, el arreglo personal, el tratar bien al hombre, el, la limpieza, no se, o sea no, no tengo capacidad de entender muy bien esa palabra- (Luisa)*

En este sentido se piensa que la sexualidad es la complementación del amor que se siente por la pareja.

*-...para mi, el termino sexualidad significa algo muy bonito; es la complementación del amor. Para mi es, no veo mas allá, no veo mas allá de que con ora si que palabras obscenas o actos indecorosos o, no veo más allá, yo para mi, a eso se limita, nada mas a eso, la complementación del amor, no hay mas- (María)*

Es decir, se considera que la sexualidad es una serie de actos que se realizan como complementación del amor, lo cual en parte es cierto. También se considera que la sexualidad es una característica dada por la naturaleza que nos

hace hombre o mujer lo cual es denominado en realidad como sexo como se alude en seguida.

### **Significaciones de lo que es el sexo**

Se considera que el sexo es ser mujer o ser hombre, y se piensa que el acto sexual es otra situación.

*-Pues igual, el sexo, o sea, es la mujer, también, o el hacer o tener sexo pues ya es otra cosa, no.- (Concha)*

Se piensa que el sexo es una relación entre esposo y esposa como algo natural y limpio.

*-La palabra sexo ¿qué sería?, entre esposo y esposa algo natural ¿no?, algo limpio, algo único.- (Luisa)*

Se señala que la palabra sexo tiene muchos significados, uno de ellos es la designación de este término refiriéndose al acto sexual.

*-Sexo, pues es que ahorita ya se maneja de muchas maneras, pero te digo para mi sexo es no solamente el tener la relación, el acto sexual...- (María)*

De esta manera se piensa que el sexo es cuando se quiere a la persona. Sin embargo se reconoce que la utilización de la palabra sexo no es en este sentido.

*-El sexo pues ya es este, yo pienso que es cuando tú quieres a la persona, pero muchas personas no lo utilizan así- (Rosa)*

El término sexo designa varios aspectos de la vida humana, se emplea el término sexo en referencia al acto sexual considerando que es algo natural cuando se quiere a la persona; también se considera que la palabra sexo es aquello que distingue como mujer o como hombre.

Las palabras sexo y sexualidad en los argumentos que vimos son términos que hacen referencia a la persona como hombre o mujer así como sus actos dentro de una relación de pareja. A continuación se examina si son términos que se refieren a diferentes aspectos o si son iguales.

## Sexualidad y sexo ¿son diferentes o iguales?

Se piensa que una habla de la otra y que por lo tanto son términos iguales.

*-Pues la sexualidad habla del sexo, entonces yo pienso que son igual- (Rosa)*

Por otra parte, se considera que es la misma palabra pero que son diferentes términos.

*-...sea es la misma palabra pero es diferente, o no sé yo así la siento, de que, el sexo o sea, que es el sexo de la persona sea hombre o mujer, o el sexo ya es tener una relación.- (Concha)*

En este sentido se señala que la diferencia consiste en las bases de la relación.

*-... el sexo, se puede, se puede llevar, o sea sin tener bases ¿no?, y la sexualidad no, la sexualidad tiene que tener una bases para tener la sexualidad, si las aprende uno es más fácil.- (Luisa)*

En esta línea de reflexión se observa la diferencia de los términos de acuerdo a los momentos de la relación.

*-...“sexualidad” para mí la palabra significa no sé el coqueteo ¿no?, el que la niña se ponga la minifalda, que a lo mejor el escote un poquito... eso es sexualidad, y luego dicen ¡ay camina muy sexy! O para mí eso es sexualidad. Y sexo pues ahí si es el termino ¿no? que te digo; la culminación ya del amor que es el acto sexual. Pero si son palabras diferentes- (María)*

Estos momentos son desde el preámbulo hasta el acto sexual.

*-...para mi sexo empieza desde, pues, no sé una caricia, un detalle, entonces no es solamente el acto, para mi es más que el acto, para mi el acto te digo ya es la*

*culminación pero no es así que digamos o sea viéndolo de otra manera pues no, para mi se resume nada mas en eso.- (María)*

De esta manera se hace referencia a diferentes formas de expresar la sexualidad antes y durante el acto sexual como se observa a continuación.

### **Formas en que expreso mi sexualidad**

Se considera que la expresión de la sexualidad es el arreglo personal buscando atraer a la persona.

*-Bueno, la sexualidad se expresa, bueno para mí, que te pones una ropa coqueta, siempre atrayendo al sexo opuesto, pero con coquetería eso es para mí- (María)*

*-...creo que puede ser, este, atendiendo a mi esposo, haciéndole cariños, manteniéndome más activa, o sea más activa en el aspecto de estar con él, manteniéndome limpia, manteniéndome bonita, o sea, poniéndome un perfumito, o así.- (Luisa)*

De manera que la expresión de la sexualidad se encamina a la seducción de la persona por la cual se está interesado.

*-...yo quiero que él esté contento conmigo, que yo quiero que él esté complacido, que él diga mi esposa es todavía una mujer a pesar de tener años de estar viviendo juntos yo quiero que él siga teniendo el interés en mí y busco la manera en que él lo sienta así.- (Luisa)*

Al preguntar ¿cómo cree que se expresa la sexualidad? También se obtuvo la respuesta que en la adolescencia hay manifestaciones de ésta.

*-Pues ya en la adolescencia ¿no? Entre los... yo pienso que entre los dieciséis y entre los diecisiete años, hay como manifestaciones- (Rosa)*

*...desde chica he sido muy vanidosa, entonces mi misma vanidad me ha llevado a crearme ese coqueteo, esa sexualidad, de que pues no, imagínate pues desde que tenía los trece años me empiezan a decir <¡que bonitas piernas tienes!> pues ya te la creíste y ya sigue lo demás (con voz pícara)- (Maria)*

En este sentido la educación que recibe, forma parte de lo que dirige a la persona en la comprensión de significados, pero como se planteó en el apartado anterior esta educación por diversas situaciones no siempre es la mejor o la más completa, por lo que se buscan alternativas como se observa en seguida.

### **Alternativas que busque ante la escasa educación sexual que recibí**

Luisa explica que la situación de esta falta de educación sexual se debe a que no se permitía el acceso a esa información a los jóvenes, además los medios de comunicación no tenían la participación que actualmente tienen.

*...de mas joven no lo permitían en la televisión, no lo permitían en el radio, no lo permitían en nada, ahora últimamente si he oído, si he visto canales que son los que le esta ayudando a uno sobre la sexualidad, sobre varios temas, si últimamente si me he orientado un poco en la televisión. Antes no había, no había, no estaba tan abierto esta platica como ahora, o sea, no nos dejaban, no nos permitían hablar de la sexualidad, por eso yo creo que no se hablaba nada de eso por eso yo creo que si es más sencillo ahora que antes.- (Luisa)*

Otra forma de obtener información es recurrir a centros de salud y hospitales, así como al leer libros.

*...me meto en un centro de salud me meto en otro, voy a aquí, voy allá, este que un libro de esto de aquello, o sea pero eso te digo ¡la visión!, Por qué no lees un libro ¿cómo*

*te vas a dar cuenta? Si no preguntas ¿cómo vas a saber?  
Y ahora si que pues el ser más que nada ahora si que tan  
abierta es lo que me ayudo bastante.-(María)*

La manifestación de la sexualidad durante la adolescencia se refleja en el comportamiento tanto como en el cuerpo de la persona, en el caso de la mujer uno de esos cambios es la menstruación, de la cual se habla en el siguiente eje temático.

## **Experiencias en el cuerpo como mujer: la menstruación**

### **Experiencia de la primera menstruación o menarca**

Generalmente la primera menstruación de la mujer se presenta entre los once y quince años.

*-Tenía once años, iba en quinto de primaria, y si me espante, estaba jugando cuando me di cuenta ¡ay! dije ¡qué me paso! Y ya deje de jugar o sea me espante mucho...ay! pues pensé que algo me había pasado que me había cortado o algo, porque nunca nadie me explico...-(Concha)*

Comúnmente se advierte que el acontecimiento de la primera menstruación constituye una experiencia difícil para la mujer por diversas circunstancias.

Concha menciona que se asusto porque no sabía que éste evento existiera en la vida de la mujer pues no recibió información que la advirtiera.

*-Estaba yo muy chica, estaba muy chica...-¡Me espante!  
(voz de mortificación), pues no porque ¿quién me decía?,  
o sea mi papá pues no, o sea, me debería de haber dicho,  
porque a falta de mi mamá, me debió de haber dicho, pero  
no, que me acuerde nunca me dijo nada; Yo andaba  
jugando con mis hermanos, y ¡sentí! que me hice pipi, o*

*me sentí mojada, y cuando me fui al baño y me vi me espante, mucho, muchísimo.-(Concha)*

Luisa refiere que en su caso ésta experiencia fue angustiante porque no sabía a quién recurrir.

*-La primera menstruación la tuve a los catorce años, faltando unos meses para los catorce años... fue angustiante porque me asuste, fue angustiante porque no sabía a quien decirle, a quien comentarle, hasta que una de mis hermanas fue que me explicó y me dijo pero ya hasta que estaba en el echo- (Luisa)*

En el caso de María fue difícil ya que no sabia de qué se trataba aunada la burla que recibiera por su reacción.

*-... después de los quince... cuando yo a mí por primera vez ¡no! fue una experiencia pues muy difícil porque para lo que una persona se reía, yo lloraba, de que me decían <jay no, es normal!>...-(María)*

En cambio Rosa describe lo que sintió físicamente ya que ella si contaba con información.

*-A los doce años... Pues mal que le duele a uno la cabeza, el cuerpo, las piernas- (Rosa)*

Como vimos la experiencia de la menarca es un evento difícil sino se cuenta con información acerca de la misma.

### **La información acerca del advenimiento de la menstruación**

Esta falta de información puede ser producto de no intimar con personas que instruyan a la mujer al respecto.

*-...no sabía, porque nadie me había informado de eso, porque nadie me dijo nada, porque no había tenido absolutamente ningún roce con personas que me hubieran dicho algo así...- (Luisa)*

También puede derivar de la falta de disposición de las personas “mayores” para hablar del tema.

*...yo no tenía ningún tipo de información, yo no, ora si que, no sabía absolutamente nada, nada (enfatisa) y pues si fue un susto, fue susto y dije “no pues esta canijo esta falta de información y que te tengan así como que prácticamente pues aislada, y que te digan no pues esto no, y no se hace, y que no te informen y que tu estés con la pregunta ya para hacerla te digan <jay no, eso es de gente grande, y tu a lo tuyo>...- (María)*

La situación de carencia en la información varía de acuerdo a la situación de vida.

*...en provincia no se da la información que hay aquí...- (Concha)*

La menarca constituye la primera menstruación que se presentara a lo largo de varios años en la vida de la mujer durante los cuales se experimenta de diferentes formas.

### **Experiencia de la menstruación del dolor a la pena**

Para Luisa las siguientes menstruaciones fueron mas tranquilas pero aun se sentía asustada.

*...después ya fue más tranquilo aunque también asustada, pero ya fue más tranquilo, porque ya yo sabía que le tenía que suceder a todas las mujeres- (Luisa)*

Para Rosa el curso por las siguientes menstruaciones fue doloroso.

*-Ah, este si con dolores, con mucho dolor, mucho sangrado-(Rosa)*

En tanto que Maria comenta que en sus siguientes periodos menstruales sentía pena.

*... después ya la pena ¿no? de que no, no quería yo ni salir, no dije “todo el mundo se va a dar cuenta” imaginate*

*y me van a ver y luego que me veía yo en el espejo y decía ¡ay dios mío pero ¿qué me paso?, no pero pues si, sientes desconfianza hasta para salir a la calle, no te sientes segura porque pues sientes que todo el mundo te esta viendo y que dicen <¡ay pero a esta ¿qué le pasó!> o yo sentía que todo el mundo lo notaba, que todo el mundo se daba cuenta de lo que me pasaba, y pues lo que yo menos quería era que se dieran cuenta, obviamente, pero si hasta yo me sentía como vigilada...- (María)*

Se tiene la sensación de evidenciar un aroma particular.

*...la incomodidad en la higiene, pues que tu sientes que toda hueles.- (Concha)*

La experiencia de angustia o susto en la primera menstruación y de pena e incomodidad en los siguientes periodos es parte de la forma en que se asimila este nuevo hecho en la vida de una mujer.

*...dure un buen tiempo que no lo asimilaba yo; y peor de que pues no tenía yo la información que de cada cuando me iba a pasar, yo sentía que era la primera y última vez porque dije ¡Dios mío me voy a morir y apenas empiezo a vivir! Y como que no se vale.- (María)*

De esta manera la menstruación constituye una experiencia dolorosa física y psicológicamente como se observa a continuación.

### **La menstruación dolorosa en el cuerpo y la mente**

El dolor de la menstruación se presenta en el estomago con una sensación de frío.

*-Sí muy doloroso... yo estaba en mi cama y me sentía yo muy mal de todo, casi me acostaba siempre, porque era tanto mi dolor, y a la vez era tanto el frío, y me iba yo con*

*mi papá a la cama y le decía es que me siento muy mal, me duele el estomago.- (Concha)*

Se describe que el dolor físico por la menstruación llega a ser tranquilo pero en un inicio está presente en la mente al no saber lo que sucede.

*-Dolorosas en el cuerpo no, fueron tranquilas desde el principio, fueron dolorosas en la mente al principio porque no sabía ni que, pero del cuerpo siempre fueron tranquilas, toda mi vida fue tranquila la menstruación...No, muy pocos cólicos, pero no fuertes o angustiantes no, dolorosos no...Si fueron cómodas, si todas fueron normal, para mi no hubo malestar más fuera de lo común, no- (Luisa)*

Además del dolor se describe el sangrado abundante.

*-Ah, este si con dolores, con mucho dolor, mucho sangrado- (Rosa)*

*.-Siempre fueron dolorosos, siempre con mucho sangrado, con mucho dolor... ¡Ay! pues un dolor en el vientre o sea muy fuerte que no se siente como el frío, pero no sé, pero un dolor muy fuerte, no es el dolor clásico de estomago no, no es un dolor abajo del estomago...-(Concha)*

Situación que en algunos casos va cambiando con el paso del tiempo.

*-... de principio fue normal pero ya como fue pasando el tiempo ya yo tenía más años ya fue cada vez mas difícil para mí porque me daban cólicos muy fuertes al grado de que no me levantaba yo de la cama y pues ¿a quién le decía? ...- (Maria)*

Las mujeres suelen recurrir a remedios caseros para aliviar el malestar.

*-...y mi papá me decía este <ahorita hija conecto la plancha> y me calentaba o sea trapitos y me decía <pontelos donde te duele> y se me quitaba o me decía (calientate una tortilla y te la pones> y ya calentaba una tortilla y me la ponía.- (Concha)*

Este tipo de remedios caseros eran utilizados al desconocer el empleo de medicamentos farmacológicos.

*...Ni idea tenía de que tenías que comprar cierta pastilla y se te pasa o de que té de lo mas limitado el té de manzanilla pero pues no era suficiente porque yo me ponía bien mal...- (María)*

Sin embargo, ambas posibilidades ayudan en la disminución del dolor.

*-Pues luego este algo caliente, me tomaba un té o me tomaba alguna pastilla y ya se me pasaba el dolor...- (Concha)*

Es conocida la creencia que sugiere que las molestias menstruales disminuyen después de iniciada la vida sexual y el alumbramiento de los hijos sin embargo, no es un dato generalizado como vemos en seguida.

### **La menstruación después de iniciada la vida sexual y los hijos**

En algunos casos el dolor es menor pero los cólicos menstruales persisten.

*-Sí, si pues si, claro que fue menos pero pues si, tuve siempre el cólico...-(Concha)*

En otros casos el dolor menstrual es fuerte aun después de iniciada la vida sexual e incluso después de engendrar hijos.

*...incluso de que me case, fue el primer año de que me case, posterior de que tuve a mi primer niña, todavía fue muy difícil porque me daban muy fuertes los dolores...- (María)*

El dolor, duración y sangrado varía según el organismo de la mujer.

*... cuando ya después de que tuve a mis hijos ya has de cuenta que fue de cinco a siete días que fue mucho porque yo platicaba con personas así conocidas y me decían <no pues yo nada mas me dura tres días, yo nada*

*mas dos días y ya o el primer día bien poquito el segundo más y el tercero ya casi nada>-(Concha)*

La menstruación es una experiencia que varia en cada mujer sin embargo, en ocasiones es un aspecto que la mujer debe vigilar como se estudia a continuación.

### **La menstruación como síntoma**

Se describen diversos cambios en el transcurso de la menstruación por ejemplo aumenta el número de días, la presencia de sangrados abundantes y dolor que antes no concurría.

*... era normal, bueno un poco mas larga, se puede decir un día más, siempre lo tuve tres días y al cuarto día nada, pero sí se me empezó a alargar un poquito un día mas nada mas, pero yo pensé que era normal por mi edad que tenía que empezar a cambiar la menstruación, pero no hubo algún otro síntoma no, el síntoma fuerte que tuve fue que, cuando o sea, empecé a tener síntomas del peso al moverme de sentir dolores y todo eso, pero el más fuerte fue cuando se me vino, este el sangrado fuerte, el sangrado ¡muy fuerte! ...-(Luisa)*

Otro cambio es el tiempo entre periodo y periodo menstrual que disminuye hasta dar por resultado la aparición de la menstruación dos veces en un mismo mes.

*-Con dolor, coágulos, ¡no se siente uno que se vacía uno!... empecé con sangrados y duraban muchos días, muchos días, hasta diez doce días, quince días y luego descansaba tres o cuatro días y volvía a empezar otra vez; y otra vez otros doce o quince días, así que reglaba dos veces por mes hasta sabia ya- (Rosa)*

Otra variación en la menstruación es la consistencia de la sangre.

*-... siempre igual dolorosos con mucho sangrado normal, y ya cuando lo note anormal que ya fue anormal que ya no estaba bien fue cuando en un mes reglaba dos veces o hasta tres entonces diez días me la pasaba bien dos sangraba, diez días bien dos sangraba... para mí ya no fue normal que yo hubiera durado siete días, que dure no sé, no recuerdo si una semana y otra vez me volvió a bajar y yo dije ¡ay caramba! Qué paso y cómo si duro un buen de días y ahora otra vez... puro sangrado pero has de cuenta que siempre, luego el de la menstruación a veces un sangrado con más coágulos como chocolatozo según así y no era así, era sangre como si me saliera de la nariz, o sea me salía, bueno yo notaba la sangre líquida y este pues era muchísima la sangre o ponle que a lo mejor duraba un día que si pero yo ni me quitaba la toalla porque no sabía ni en qué momento se me iba a salir.- (Concha)*

Se menciona que el fuerte dolor hace difícil este trance.

*-...yo me ponía bien mal, ya hasta que definitivamente yo dije no pues no, y fue definitivo....fue muy difícil porque me daban muy fuertes los dolores...(María(-*

Este tipo de molestias constituyen parte de aquello que las mujeres refieren al médico cuando recurren en busca de respuestas a su malestar.

### **Explicando al médico lo que me pasa**

Se hace referencia a una alteración en los periodos menstruales.

*-...le dije al doctor, bueno qué pasa ya mis periodos son irregulares ya es frecuentemente yo ya hasta dos veces por mes estoy reglando, qué pasa, si no es tan delicada mi situación por qué me pasa esto...- (Maria)*

*-Pues nada más le dije que mi menstruación había sido de tal a tal fecha y que yo era muy exacta y que tenía a penas unos días y que me había vuelto a bajar y que ya era muchísimo.- (Concha)*

En otros casos estas molestias no son referidas directamente pero aparecen durante los chequeos de rutina.

*-Cuando llegue a los 40 años, este empecé a tener molestias de, dolorcitos, entonces me fui a hacer el papanicolao, y me dijeron que había salido positivo...- (Luisa)*

Estos cambios en la menstruación pueden ser originados por diversas causas que mas tarde pueden derivar en un problema mayor como se descubre en seguida.

### **El origen del problema**

Se dice que esta alteración puede surgir debida la falta de cuidados adecuados al útero, o por concebir hijos a corta edad.

*...me dijeron que había sido porque tuve mal cuidados con la matriz, o sea, que tuve hijos muy jóvenes, muy joven yo, o sea tuve hijos muy joven, y cuando debería haberlos tenido no los tuve, porque mi matriz se había calentado demasiado, o sea fueron diversas explicaciones realmente las que me dieron- (Luisa)*

Otra explicación es la operación para evitar el embarazo denominada salpingoplastia.

*...a raíz de que ya no tuve este, familia porque antes me opere para ya no tener mas familia, y fue no paso más de que me opere que un año y eso ya fue mucho, pero prácticamente fue un año paso de que empecé con problemas y problemas y pues dije ¿qué pasa? ...- (María)*

Ya que el útero de alguna forma busca continuar con su función.

*-... me habían cortado las trompas... porque de algún modo el cuerpo o sea sigue trabajando y al ya no trabajar la matriz mientras esta dando hijos y esta bien, o sea ésta bien la matriz o sea todo ésta bien, pero cuando ya le cortas su función busca la manera de seguir su ¿no?... me dijo <no te preocupes, mira como te operaste joven la matriz de cualquier forma busca seguir trabajando y si no trabaja teniendo hijos pues va creando estos hijos para ella>... me dijo que tal vez si yo no me hubiera operado tan joven tal vez no me hubiera dado eso.-(Concha)*

Los síntomas en la menstruación así como los orígenes de estos indicios, permiten descubrir de alguna manera la presencia de un problema como se señala a continuación.

### **Cuál es el problema**

Las participantes mencionan que el problema que causa los síntomas es la existencia de miomas en el interior o exterior del útero.

*-... me detectaron que yo tenía miomas de una intensidad enorme...ya muy grandísimos...-(Luisa)*

Los miomas pueden causar sangrado.

*-Pues nada más que tenía miomas, y mis miomas sangraban, y me tenían que, que este quitar el útero-(Rosa)*

También se menciona que los sangrados pueden ser causados por otro tipo de crecimiento anormal en el útero denominado como quistes.

*-...tenía quistes, y los quistes ya me provocaban mucho sangrado.- (Concha)*

Existen varias formas de tratamiento a este tipo de problemas una de ella es sometiéndose a una operación.

*...primero me habían dicho que no era necesario, operarme, que eran pequeños miomas...-(María)*

Esta operación se menciona como una forma de tratamiento recibida por las participantes, denominada histerectomía de la cual hablaremos a continuación.

### **Vislumbrando la histerectomía: primeras nociones**

#### **Qué es la histerectomía**

La histerectomía es una operación donde se realiza la extirpación del útero

*...la mujer a cierta edad, este como yo, tenemos miomas o bastantes sangrados es porque nuestra matriz ya no funciona, ya funcionó, ya tuvo hijos, y ya no sirve (con cierto dejo de tristeza); entonces optan por hacer este la operación de la histerectomía... histerectomía es la extirpación del útero.- (Rosa)*

Es decir, se remueve del cuerpo el órgano conocido como matriz.

*...que te quitan tu órgano principal, que es ora si que la matriz, donde pues puedes ahí reproducir...-(María)*

La histerectomía puede ser completa o parcial como explica Luisa.

*...extirpar la matriz, la matriz completa para quitarme los miomas que estaban dentro de la matriz, para mi esa fue la histerectomía normal, porque hay otra, me dijeron que no era necesario que me quitaran los ovarios, no, esa es la histerectomía completa, cuando quitan los ovarios, no me quitaron los ovarios porque los ovarios estaban bien, no necesitaban quitármelos, nada mas me quitaron la matriz- (Luisa)*

La explicación de la problemática así como su tratamiento es requerido por la mujer lo cual es expuesto a continuación.

## Información acerca de la histerectomía

La información que la mujer requiere conocer es acerca de lo que es la histerectomía.

*-Mira, yo cuando fui al doctor y me dijeron que me iban a hacer eso yo le pregunte ¿qué es? Y me dijo que era que me iban a quitar mi matriz (pausa) y pues me explicó, me dijo que ya mi matriz estaba (levanta la mirada), y pues que no me iba a pasar nada, que a lo mejor con el tiempo iba a tener algunos síntomas y que pues ya no me servía- (Concha)*

En ocasiones los términos médicos son confusos para la gente en general, y es posible una mejor comprensión a palabras más comúnmente conocidas.

*-... como que yo no entendía mucho la palabra "mioma" como que yo me guiaba mas por la palabra quistes.- (María)*

Esta explicación puede hacer referencia a la forma en que los miomas se desarrollan en el organismo.

*-...los miomas son unas bolas como si fueran de grasa que se adhieren al en este caso del útero, como que ahí nacen. Pues a todas se nos desarrollan los miomas nada más que a unas personas se nos desarrollan y a otras no, pero los miomas nacen, es como en el cuerpo cuando nos sale una bolita de grasa, así-(Rosa)*

Además de incluir datos acerca de las posibles causas del problema.

*-...de alguna infección muy leve se causaban los miomas, entonces cuando los miomas o son muchos o están muy grandes o empiezan a provocarte sangrados.- (Concha)*

El médico incluye en su explicación datos acerca de cuál es el problema y por qué es necesario retirar el útero.

*-Pues nada más que tenía miomas, y mis miomas sangraban, y me tenían que, que este, quitar el útero...Que no iba a tener ningún cambio, que todo iba a ser igual- (Rosa)*

Asimismo señala las posibles consecuencias de no recibir un tratamiento oportuno.

*...el médico me dijo que si yo seguía sangrando mucho eso era lo que provocaba la infección de tanto sangrado porque en un espacio tan chico y siempre tenemos bueno, la vagina de por sí es húmeda, pero que así siempre estés mojada y con ese sangrado te provoca las infecciones.- (Concha)*

Además el médico menciona los cambios en el estilo de vida de la mujer que puede experimentar después de la histerectomía.

*...me dicen pues te vamos a operar pero ¿de qué se trata? me dice <te vamos a quitar tu matriz> dice <quitándote la matriz olvídate de que vas a tener bebés, olvídate de que vas a reglar, olvídate de todos esos problemitas>...pero sí, si me informaron los problemas y las consecuencias que este podía traerme a mí, pero si me explicaron que el órgano principal donde pues ya no iba a haber reproducción ya no iba a haber nada de eso.-(María)*  
*- ...el doctor a mi me dijo que me iba a poner triste.- (Isabel)*

La explicación también suele contener las posibles consecuencias que pueden derivar de la cirugía.

*-No, bueno el doctor me dijo que una de las consecuencias puede ser que lo de la menopausia se me adelante, y bueno no me dijeron que tuviera consecuencias, así no mas me dijo que pues ya no iba a reglar, que este era mentira que uno ya no pudiera tener*

*relaciones sexuales que uno no sintiera nada, pero en si no me dijo que otras consecuencias podía encontrar.- (Concha)*

*...el doctor me dijo <no> dice <usted va a seguir igual como mujer, igual>...-(Isabel)*

*-Pues mal humor, este, bochornos, el bochorno es el calor que siente uno en el cuerpo, este hay que tomar este, ora si que pastillas con estrógenos porque ya no los segrega uno, este un tiempo también el calcio por la descalcificación de los huesos, este también tiene sus desventajas.- (Rosa)*

Durante la explicación que el médico da a su paciente puede emplear gráficos o dibujos que aporten una idea clara.

*...saco su dibujo ese grande y me enseñó <mira no te va a pasar nada, este es tu cuerpo, aquí esta esto, ésto es lo que esta dando problemas> y él ya me lo explico mas detalladamente...- (Concha)*

La información que la mujer obtiene puede proceder de diferentes especialistas como el cirujano, anestesista y ginecólogo, entre otros.

*-Este, tuve muchas explicaciones de diferentes personas, por ejemplo del médico cirujano que me iba a operar, tuve explicación del médico anesthesiologo, tuve la explicación del médico internista, de un psicólogo y de enfermeras, o sea los que me iban a cuidar, la mayoría de las personas me explicaron lo que tenia que, que no me iba a quedar vacía que yo iba a seguir sirviendo como mujer o sea que no iba a perder la sensación en ningún aspecto en el sexo...- (Luisa)*

El psicólogo puede aportar Información y apoyo a la mujer durante el proceso de la histerectomía.

*-El psicólogo, él dijo que me iba a ayudar para las depresiones, que iba a tener muchas depresiones, que iba a tener malestares, que me iba a sentir sola (se le quiebra la voz), me dijo que yo iba a sufrir un poco de tristeza...-  
(Luisa)*

Las enfermeras participan en el proceso de la histerectomía proporcionando a la mujer información y atención.

*...nosotras la vamos a cambiar, la vamos a arreglar, o lo que se necesario, usted tiene que soltar líquidos, usted tiene que, suéltelos sin ninguna preocupación sin ninguna pena...-(Luisa)*

La información que obtiene la mujer puede provenir de diferentes médicos debido a la oportunidad o puede ser producto de la búsqueda de diferentes opiniones acerca de sus síntomas como se observa en seguida.

### **Buscando más opiniones acerca de mi situación**

La búsqueda de una mayor información puede surgir de una inquietud personal por conocer mayor información acerca de la operación.

*...no soy de las personas que se quedan con una sola opinión, yo busco opciones, y me quede más convencida y contenta porque ¡gracias a dios! tres o cuatro médicos que vi coincidieron en lo mismo, y o sea que no me dieron información equivocada...-(María)*

En otras ocasiones la inquietud puede surgir al encontrar diferentes puntos de vista acerca de la situación.

*...primero con la doctora y ver que ella me quería hacer ahí que ella me dijo que no me preocupara que ella misma me las cauterizaba, entonces yo dije ¡no es que no puede ser que sea aquí! Este si hay hospitales de beneficencia que pagas muy poco y que te lo pueden hacer yo dije ¡yo*

*no me voy a arriesgar aquí! ... entonces fui al hospitalito y el médico me dijo <necesitas> el día que me hizo los estudios <necesitas que te opere porque así y así> entonces yo dije ¡ay de cauterizar a una operación! Ya era un gran paso ¿no?, entonces yo dije conozco a un médico...entonces yo platique con ese doctor, y después me fui a platicar con otros dos médicos y me sugirieron lo mismo, o sea bueno para estar segura, para estar segura de que si era pues lo que me hacia mejor- (Concha)*

Toda la información con la que pueda contar la mujer que se encuentra ante ésta situación aporta conocimiento junto con la posibilidad de meditar en su propio proceso como se observa en seguida.

### **Qué consecuencias me puede traer la histerectomía**

La mujer se cuestiona acerca de las consecuencias que le trae la operación ya que llega a pensar que como toda operación supone riesgos inherentes.

*-... yo dije bueno qué consecuencias me puede traer ya esto porque también algo tienes que arriesgar en todo esto, no creo que sea de que ay te operan y ya no, y me dice <pues mira de principio tu organismo para que tu te puedas adaptar a que es un órgano que ya no tienes vas a sufrir dolores de cabeza, este mal humor, vas a estar frecuente de malas> y dije uy dios mío! De por sí pero bueno...-(María)*

Uno de los riesgos que puede imaginar la mujer es la muerte por complicaciones relacionadas con la anestesia, durante el proceso quirúrgico o por la herida.

*-Pues sí, sí me preocupaba porque me pasara algo y que me muriera ¿no?, porque como te digo siempre los médicos te dicen que a lo mejor no te mueres de la cirugía*

*pero a lo mejor te da una infección o la anestesia la que te deje mal- (Concha)*

La mujer también puede preguntarse acerca de los efectos de la histerectomía sobre su sexualidad y sobre ella como mujer.

### **La histerectomía podría afectarme como mujer y mi sexualidad**

La mujer puede pensar que no funcionara en el acto sexual.

*-... como mujer pues ya no voy a funcionar... a lo mejor fue lo primero que pensé y por eso pregunte y bueno qué va a pasar y este dice no... el quitarte la matriz no quiere decir que quedes estéril hasta como mujer, simplemente te estamos extirpando un órgano que a futuro te puede traer mas problemas>...-(María)*

O puede imaginar que en el momento del coito vaginal tendrá dolor.

*-...pero veo que yo me imaginaba que ya no pues que no este, que ya no iba a tener relaciones con él, y si... yo si decía me va a doler-*

O que el cambio generalmente mencionado por el médico se presenten antes de lo esperado, la menopausia.

*-Me dijo bueno <Sí vas a tener problemas> dijo <bueno todos los problemas que tiene la mujer en la matriz se te van adelantando> dijo <vas a tener antes tus, tus bochornos, el sentirte mal lo que es la menopausia la vas a tener antes> dice <porque o sea es normal, estamos quitando algo normal de tu cuerpo y si todavía no tenías esos síntomas a lo mejor se te adelantan>.- (Concha)*

Los posibles riesgos conducen a recapacitar la decisión de operarse o no, sin embargo, existen situaciones que pueden desencadenarse al prescindir de la operación.

## Qué pasa si no me opero

Uno de los riesgos de no exponerse a la operación es la posibilidad que el problema se agrave formando cáncer.

*-...el médico me dijo que o me la dejaba, si me la dejaba iba a padecer de esos sangrados y, y en un cierto tiempo que no era mucho me podía dar cáncer, los mismos sangrados provocan una infección, y esa infección provoca el cáncer, bueno eso fue lo que me dijo... corres el riesgo de que te dé cáncer.- (Concha)*

El cáncer puede ser benigno o maligno

*-... <es un órgano que a futuro te puede traer mas problemas, mas complicaciones, al rato ese problema que lo vez ahorita pequeño por decir se te va a hacer enorme porque cae cáncer, sino lo quitas a tiempo> dice <de por si tenemos que hacerle> cómo lo llamo él <un estudio para saber si es benigno o es maligno> dice <porque si es maligno vas a estar mal porque te va a caer cáncer>... que al raro <oye la vi, mañana ya no esta y por qué, porque no se atendió y se dejo, y prefirió mejor morir que le quitara un órgano que le estaba haciendo mal> - (María)*

Otro riesgo es la perdida abundante de sangre llamada hemorragia al aumentar el riesgo de muerte.

*-...si no me operaba no me daba más de seis meses de vida porque otra hemorragia como esa me iba a matar, no la iba yo a aguantar más...-(Luisa)*

*-Sí por lo mismo de los sangrados, si porque hasta el sangrado es para uno... se puede uno hasta vaciar en un sangrado que uno tenga y para qué esperar que tenga uno que llegar a ese termino pues; es mejor remediarlo antes- (Rosa)*

Una vez que la mujer cuenta con la información y ha tenido la oportunidad de pensar en lo que es conveniente para ella comienza a confrontar esta situación.

### **Confrontando la situación: aceptación o resignación**

De esta manera la histerectomía es una posibilidad que puede terminar por completo con este tipo de riesgos.

*-Pensé, la posibilidad buena para mi salir adelante, la posibilidad buena de que me quitaran todos los malestares y poder seguir mi vida más tranquila, la posibilidad mala de la cirugía era a no salir librada a no salir bien o no salir bien haber quedado afectada de otras cosas, era la posibilidad mala.- (Luisa)*

Sin embargo, la posibilidad de someterse a una cirugía ocasiona al mismo tiempo sentimientos opuestos.

*-Pues me dio tristeza y me dio gusto, tristeza porque pues nunca quisieras, bueno yo nunca quería ir otra vez a un hospital a que me operaran, por eso me opere para ya no ir a un hospital a, pues a sufrir, entonces me dio tristeza porque dije ¡mm yo que ya no quería volver, me van a volver a operar! Y a la vez me dio gusto porque dije ¡Fue a tiempo! Que, pues que me evite de un cáncer, también porque ¿cuántas personas que no se dan cuenta, y ya tienen cáncer?-(Concha)*

Se piensa en la posibilidad de tener cáncer lo cual hace meditar la necesidad de la operación.

*-¡Ay! pues si me vine preocupada porque yo dije ¡ay no puede ser que sea para tanto, o sea, que por un sangrado ya me vayan a, yo mas que nada yo pensaba en el cáncer ¿no? yo dije ¡ay pues si estoy a tiempo de que me quiten la matriz...- (Concha)*

Una manera de comenzar a aceptar la posibilidad de operarse es considerando las molestias que sufre.

*-Pues de momento, mira si o sea al principio cuando me lo dijeron pues no me pareció mucho, pero cuando yo fui ya tenía dos semanas sangrando, entonces así se pasó el tiempo en lo que me hacían los estudios y todo, y ya era pues ya era varios meses y ya para mi era ya muy molesto.- (Concha)*

Otra forma de comenzar a aceptar la situación de la cirugía es pensar en la familia e hijos.

*-...y dije bueno ¡Dios mío! De todas maneras cuando ya tienes un problema de esa magnitud pues te pones en manos de los doctores y de dios y dices ¡ay dios hágase tu voluntad! Y pues ni modo en todo sino arriesgas no ganas y yo tenía pues de alguna manera mis hijos estaban mas chicos y dependían de mí mas que nada ¡pues a echarle ganas! Y ¡que me hagan lo que me tengan que hacer y pues ni modo!... – (María)*

Sin embargo, puede ser que al pensar que la vida se encuentra en riesgo se llegue a resignar a realizarse la intervención.

*- ...al principio me sentí, pues muy, muy mal, cuando me empezaron a decir que mi vida iba arriesgándose tanto como al cincuenta por ciento, me sentí muy mal, me sentí sola, me sentía deprimida, quería gritar, quería llorar... y tuve miedo de avisarle a mi familia y no hable, me quede callada pero no me dijeron que tan grave era ni cómo podía solucionarlo bien, ni que era, nada más que había salido positivo en el cáncer...- (Luisa)*

Ante la necesidad de una intervención quirúrgica surgen temores como se comenta en seguida.

## Temores ante la cirugía de histerectomía

Un temor que la mujer puede tener ante la cirugía es ser afectada en su estilo de vida.

*-Pues de principio te digo, me sentí mal porque yo creía que me iba a afectar en todos los aspectos, pero en si no me preocupaba tanto que no fuera yo a tener bebés, sino me importaba mas el que siguiera yo normal mi vida como mujer eso era lo que me preocupaba...-*

Además esta presente el temor a no volver a ver a su familia.

*-Pues a lo mejor a no regresar, a lo mejor a quedar mal de alguna manera a lo mejor no sé, no supe en ese momento a qué era el miedo, no me puse a pensar a qué era mi miedo pero posiblemente a no volver a ver a mi gente.-  
(Luisa)*

En ocasiones el médico prescribe alternativas para intentar dar tratamiento a la los síntomas causados por miomas como los siguientes.

### Intentando otras alternativas: tratamientos farmacológicos

En un intento por disolver los miomas se prescriben medicamentos.

*...estuve en tratamientos que supuestamente los iban a disolver y equis, pues no tuve la suerte de que funcionara y pues ni modo...- (María)*

Estos medicamentos pueden disminuir el sangrado pero no termina con el problema. Otra alternativa que se menciona es cauterizar los miomas.

*...me dieron medicamentos, este, la doctora cuando fui me dio medicamento entonces ella me dijo que me iba a quitar o sea que con eso me iba a detener el sangrado, me termine el medicamento y por eso me fui con el otro médico porque no se me quito, entonces yo dije si ella me*

*dijo que con esto se me quitaba y que si no se me quitaba me los iba a cauterizar.- (Concha)*

Otra forma es retirar los miomas del útero.

*...no me sugirió otra forma porque me dijo que, que o sea que eran muchos los quistes en el cuello de la matriz...ellos me decían que me quitaban los quistes pero que si me los quitaban volvían otra vez, o sea es como cuando a una plantita le quitas y vuelve a retoñar, o sea así me lo explico el doctor <Te lo podemos quitar pero vuelve, así es que mejor piénsalo y opérate, o sea y así te lo quitamos>- (Concha)*

Luisa indica que una alternativa es una solución favorable pero en su caso no había tal.

*...una alternativa es cuando es algo bueno, que te den una alternativa para algo bueno pero me dieron esa alternativa de seis meses no era una alternativa...-(Luisa)*

La mujer piensa que es preferible realizarse la operación que continuar ingiriendo medicamento, además en algunos casos la mujer no puede tomar mucho tiempo para meditar su decisión.

*...dije para qué estar tomando tanto o poniéndome tanto medicamento si ya lo que necesito es que me operen para poderme quitar pues ya el problema ...dije ya me dio la opción me dijo <te puedes operar ahorita o no sé medio año, pero no debes de pensarlo mucho porque esto puede dar cáncer>- (Concha)*

Sin embargo, la mujer puede hallarse conciente en requerir la operación.

*-Este, no pues si estaba conciente de que me tenía yo que intervenir aun que no quisiera- (Rosa)*

De esta manera la mujer comienza el proceso de toma de decisión de operarse de forma conciente.

## Mi decisión

Se piensa en los problemas que el útero atrae y, se toma la decisión.

*-Sí, porque claro que es una parte del cuerpo que necesitamos pero, si esa parte del cuerpo nos da ya mucha lata como este tipo de sangrados y eso; entonces pues es mejor para uno...- (Rosa)*

La decisión de someterse a la operar se toma a través de adquirir conciencia de la situación y al pensar que la decisión debe ser tomada por sí misma.

*...dije que sí, que yo quería que me hicieran la cirugía porque ya no podía estar así, se fue deteriorando mi vida muy fuerte porque tuve depresiones muy fuertes, no sabía que hacer conmigo, o sea me pegaba un dolor y era un sufrimiento, y ya no sabía que hacer, ya no quería vivir, o sea, pero cuando decidí, decidí por mi vida y dije que me hicieran el favor de operarme...que yo decidí que nadie podía decidir por mi vida más que yo, que a nadie le podía importar mi vida más que a mí que, que a mi me importan los demás, entonces era la que tenía que cuidarme para que todos los demás estuvieran bien.- (Luisa)*

Asimismo se piensa en las molestias que se está padeciendo constantemente.

*...me dijo <pues tu ve, y platica con tu esposo> y pues no, no tenía mucho que platicar o sea yo dije si quiero estar bien me la debo de quitar...ya era muy molesto en cuestión de salud, en cuestión de higiene, y yo dije no pues que me la quiten, o sea y si no hay otro modo de... pues que me la quiten o sea con tal de que yo este bien después! O sea si sabes que es algo tuyo pero o sea si es algo que te esta afectando tu salud pues que te lo quiten y si yo decía ¡ay!...- (Concha)*

*...ya te sientes tan mal ya no piensas, ya simplemente te pones en manos del doctor y de dios, y pues adelante, si pues ya no hay tiempo de que pienses en más...-(María)*

También se piensa en lograr recuperar la salud y se sigue adelante.

*-No pues yo con tal de componerme ya no me eche para atrás, si me puse nerviosa porque pues yo no sabía lo que era una operación nunca me habían operado, si estaba yo bien nerviosa, hasta lloraba...- (Isabel)*

En ocasiones la mujer demora en tomar finalmente esa importante decisión.

*...me deje a la decidía un año, y ya cuando quise tener una solución que no fuera tan drástica no pues ya no, ya no se pudo hacer nada.- (María)*

Por el contrario se puede presentar la situación de que aun cuando la mujer ha decidido operarse, factores externos intervienen aplazando el momento de la operación.

*...por una cosa o por otra nunca me operaron ahí llegamos a julio y me decían <ahora si para tal día te opero, y ahora sí para tal día te opero> y así me trajeron cada semana hasta que mejor cambie de médico.- (Concha)*

Una vez que se toma la decisión de operarse y la fecha de la intervención se acerca la mujer comienza a preocuparse por diversas cuestiones como se profundiza en el siguiente rubro.

## **Conociendo la histerectomía: la operación sobre mi cuerpo**

### **Preocupaciones ante la intervención**

La mujer se preocupa por dejar solos hijos.

*...principalmente mis hijos, o sea es, era en lo básico que yo pensaba en mis hijos... tenía miedo porqué no porque*

*me fuera a pasar algo y pensara en mi, no, como te digo lo básico para mi siempre fueron mis hijos...- (María)*

También existe preocupación por la inactividad que se impone tras la operación debido al dolor y los cuidados que se requieren.

*-Pues si el estar inactiva unos días, y nada mas estar descansando, estar sentada, es que es una operación muy dolorosa y este se tiene uno que cuidar mucho- (Rosa)*

En ocasiones esta preocupación se presenta justo antes de entrar al quirófano, este temor puede ser por no superar el proceso o debido a la posibilidad de no lograr una recuperación completa.

*-...cuando ya me solté de la mano de mi esposo, cuando ya me metieron directamente ahí fue cuando ya me solté de él, o sea fue cuando empecé a tener miedo y hasta frío... a lo mejor a no regresar, a lo mejor a quedar mal de alguna manera a lo mejor no sé, no supe en ese momento a que era el miedo...- (Luisa)*

Asimismo se puede pensar en la posibilidad de que se desarrollarse un problema que no existía anteriormente o del que no se sabía.

*-...bastante nervio, pues es que ya tratándose de una cirugía, qué arriesgas, ahí vas arriesgando porque un problema que no has tenido durante tiempo atrás lo puedes llegar a tener en minutos...-(María)*

Por otra parte la mujer puede sentir tranquilidad al advertirse apoyada por su familia y al pensar que se opera con la finalidad de mejorar su salud.

*-...me sentí confortada, porque estaba mi familia estaban mis hijos, estaba mi esposo conmigo, estábamos tranquilos, me prepararon él estaba conmigo estaba más tranquila sobre todo estaba tranquila de la cabeza porque o sea, en mis sentidos, porque yo sabía que era para mejorar... me puse en manos de dios y de los cirujanos y de todos los que estaban conmigo...- (Luisa)*

Esta tranquilidad también puede obtenerse confiando en los médicos que realizan la operación.

*-Me sentí tranquila porque este, los doctores que me intervinieron pues los conozco porque trabajo ahí en ese hospital- (Rosa)*

O bien la mujer misma decide permanecer tranquila.

*-Esta bien tranquila (con gran seguridad y firmeza) dije ¡no me voy a preocupar porque ya fueron muchos nervios y de todas maneras lo que va a pasar va a pasar y ya me voy a estar tranquila para salir bien!- (Concha)*

Así comienza el proceso de preparación para la operación que se comenta con mayor amplitud a continuación.

### **Preparación para la cirugía**

En ocasiones la preparación comienza mucho antes, aspectos importantes de la salud como lo es el equilibrio del peso corporal de la mujer.

*-...prevención física que tuve fue un poquito dejar de comer porque pues, no hacer una dieta bien, supuestamente una dieta para bajar un poco de peso...- (Luisa)*

Otra posible forma de preparación es ingerir medicamentos o vitaminas que contribuyan a en la recuperación.

*-...de hecho el médico me dio medicamentos o sea vitaminas antes para que cuando me operaran no estuviera yo tan débil...-(Concha)*

En ocasiones la mujer es internada un día anterior a la operación para ser preparada.

*-Bueno este ahí a donde me fui, primero en la noche no me dieron de cenar me dieron un té y una gelatina, después de que me dieron eso me hicieron un lavado de*

*estomago, ya me fui a dormir o sea lo único que hice pues de hecho ese día no había comido mucho porque uno no debe, entonces me hicieron el lavado, fui al baño y me dormí. Y al día siguiente en la mañana ya este, ya me pare y me fui al baño y ya me dijeron los médicos que me pusiera las medias que ponen para la circulación y ya me subí a la camilla y allí me llevaron, todo tranquilo.-*  
(Concha)

En ocasiones se sugiere que la mujer tome alimentos ligeros.

*-Con alimentos si, nada más que comiera comida ligera, poco picante, nada de carne de puerco no embutidos, todo eso me quitaron-(Rosa)*

En otras ocasiones se pide que no coma ningún alimento antes de la operación.

*-...en ayunas, sin nada, no comer nada... no yo no tomé nada, así en ayunas, me cito sin comer nada, y este me empezaron a operar...- (Isabel)*

Tras la preparación el momento de la operación se alcanza, éste es descrito por las participantes en seguida.

### **Lo que pasó durante la operación**

El primer paso al llegar al quirófano es la aplicación de la anestesia.

*-...a mí nada más cuando yo llegue las enfermeras me pasaron al quirófano, ya en el quirófano llego la anesthesióloga y me anestesio y me empezó a platicar...-*  
(Concha)

La anestesia que se aplico a las participantes fue general (dos de ellas) o local (tres de ellas). La anestesia local o epidural se aplica en la espina dorsal.

*-...aquí abajito, en espina dorsal, ay si pero doblan a uno que tiene que quedar así (sentada se inclina así*

*adelante) y ahí me la pusieron y luego con la sangre y el suero.- (Isabel)*

Una de las participantes menciona que posterior a la anestesia local se administra otro tipo de anestesia con la finalidad de adormecer a la paciente para que los médicos puedan realizar los movimientos que requieren hacer.

*-Ponen otra para adormecer más a uno porque en una cesárea es más rápido porque no abres hasta abajo y en ésta parte si porque pues son muchos movimientos los que hacen, llegan hasta donde están los intestinos- (Rosa)*

Por una parte se describe un campo operatorio que aísla el área de incisión, la cual no permite que la paciente observe el proceso.

*-...me pusieron un trapo para dividir y por eso pues ya no vi...- (Isabel)*

Por otra parte se describe un objeto que permite ver la operación.

*-...ponen este una donde tú puedes ver, y yo estaba viendo cómo...- (María)*

Se menciona que la mesa de operación es pequeña las manos se sitúan en otras piezas del equipo amarradas en las mismas se colocan electrodos para monitorear los signos vitales.

*-No pues yo nada mas me acuerdo que me la pusieron y estaba tan angostito ahí el quirófano, la tablita pues es una tabla que ya después me pusieron otras para los brazos y luego me conectaron, me pusieron un buen de pues de alambres ahí en una maquina no sé cómo se llame para estarte checando todo, y este ya la doctora me dijo que estaba muy tranquila y que pues me felicitaba porque ¡sabía a lo que iba! le digo si dice <a pues aquí estoy yo que la voy a cuidar> y ya después me fui quedando dormida y ya no supe de mí...-(Concha)*

Asimismo se menciona que durante la operación se puede escuchar los comentarios que hacen los doctores acerca de la intervención.

*...la doctora fue magnífica conmigo me hablaba muy bien... ponen un cubrecara así grandote (mueve los brazos en además de descripción) que no por más que...escuchaba todo lo que ellos platicaban, si escuchaba lo que ellos decían, <mira ahora tienes que cocer aquí> <aquí este, hay un poquito de sangrado hay que hacer esto, acá esto esta muy bien, aquí no hay problema, todo eso hay que mandar a patología> todo lo que ellos platicaban lo alcance a escuchar muy bien, como el anestesiólogo también lo que me decía <esta bien> como la señorita, una señorita que estaba diciendo, en una maquina que estaba atrás de mi porque me pusieron muchos cables, con una maquina atrás de mi decía <esta normal en esto esta normal en lo otro> hablaban en sus términos pero yo los escuchaba bien a todos.-(Luisa)*

Se describe que la temperatura del ambiente en el quirófano es fría, las voces se escuchan en tono alto y las personas parecen ser más altas.

*-Es muy frío, muy frío, este como nada mas estas acostada y estas viendo para arriba pues a todos los ves bien grandes las voces las oyes muy fuertes o sea es feo-(Concha)*

Algunas participantes mencionan haber tenido sensaciones durante la operación.

*...hubo momentos en que yo sentía mucho dolor... dormida completamente no me quedaba porque yo seguía oyendo... estaba yo muy cansada de mi brazo porque los extiende uno, estaba muy cansada de mis brazos sentía muchísimo frío, muchísimo frío... un poco frío, frío de tener frío no de, porque ellos estaban muy calurosos, muy animados los dos médicos hablaban muy bien de la cirugía*

*que estaba quedando perfecta y que no iba a tener más complicaciones...- (Luisa)*

Una participante menciona haber tenido sensación en el momento en que extirparon su útero.

*-...yo sentí cuando desprendieron, dije pues (levanta los hombros) y ya luego ya nada más sentí cuando me estaban cocinando las puntadas pero si o sea yo si sentí cuando extirparon la... mi matriz (con voz lastimosa y con ojos llorosos)... lo único que sentí fue cuando me extirparon la...-(María)*

Al terminar la cirugía incluyendo el cierre de la herida. La paciente es trasladada del quirófano a otra área.

*-...me pasaron a recuperación, a recuperación estuve en una camilla un poco incomoda... en recuperación, como a las dos, tres horas después de la cirugía me subieron a piso... llevar a piso o sea, la cama donde iba a estar donde tu familia te va a ver... con el tiempo me empezaron a levantar de la cama y a caminar porque el doctor si me dijo <tienes que caminar rápido, lo más rápido que puedas para que se empiece a contraer tu organismo otra vez y puedas tener evacuación>- (Luisa)*

Una vez que la paciente está en su cuarto puede ver a su familia.

*-...desperté bien tranquila y vi a mi esposo hasta llorando, le dije ¿qué te pasa? <Nada hija me asustaste mucho> le por qué, qué paso, me dijo <pero ¿ya estás bien? ¿No te duele nada?> le dije no ya no...-(Luisa)*

Al reflexionar el acontecimiento la mujer encuentra que es rápido.

*-Pues fue ora si que viví has de cuenta en ese tiempo viví lo que yo creo en diez años atrás no me imaginaba llegar a hacer, y fue como que un relámpago ¿no?, rápido y*

*despiértate, qué paso <no pues ya paso> pero si fue muy... se me hizo como que muy rápido.- (María)*

El procedimiento de la intervención a la que fueron sometidas las participantes fue por vía abdominal. El tipo de cirugía practicada a las participantes solo incluyó la extirpación del útero. Las participantes describen que la duración de la intervención fue de dos a cuatro horas. Todas las participantes refieren haber ingerido medicamento para controlar el dolor posterior a la cirugía. El tiempo en que las participantes permanecieron internadas en el hospital fue de uno a diez días. Al ser dada de alta la mujer recibe indicaciones de los cuidados que debe observar en casa como se sugiere a continuación.

### **Recomendaciones del médico**

El médico recomienda ingerir medicamento para evitar una infección y controlar el dolor así como evitar movimientos bruscos.

*-Pues tomar antibiótico, este no hacer nada brusco, no hacer quehacer, no estarse agachado uno, no estar subiendo escaleras, y cuidarse aproximadamente uno o dos meses, pero a mi me cuidaron cuatro meses- (Rosa)*

También se refiere la necesidad de mantener reposo.

*-Pues, que tenía que estar en reposo, que no tenía que hacer nada.- (Isabel)*

Cuatro de las participantes mencionan haber permanecido en reposo durante tres o cuatro meses.

Además de los cuidados en alimentos y movimientos se menciona cuidarse de no alterarse o enojarse.

*-...estuve tres meses, este o sea, tres meses sin hacer nada pesado, sin hacer nada fuerte, pero acostada, acostada estuve cuarenta días, los cuarenta días que me estuvieron aplicando inyección, que me estuvieron dando medicamentos con una dieta rigurosa de líquidos con este*

*dietas de comidas blandas y todo eso estuve cuarenta días que me atendieron mis hermanas y mis padres, a los cuarenta días ya regrese a mi casa y me atendieron pues mis hijos y me esposo, pero si estuve tres meses sin hacer nada pesado, sin preocuparme, sin hacer corajes, tranquila, reposando...-(Luisa)*

*...yo no hacia nada, es mas mis hijas me bañaban porque como tenía la herida, o él me llegaba a bañar, él metía la silla me preparaba el agua me sentaba en la silla y ya me bañaba, no es que así es.- (Isabel)*

*... ..me quitaron el barrer, el hacer salsa en molcajete, que no lo hiera tan pronto porque era lo más difícil para mi por los movimientos del brazo pero si lo demás poco a poco lo podía ir haciendo, que procurara estar mas tiempo acostada que sentada que era muy importante que estuviera mas acostada que sentada este mas tiempo lógico acostad que parada, que nada más procurara no dormir pero descansar que era bueno el sueño que me podría ayudar muchísimo pero si no podía dormir que estuviera recostada que si podía elevar un poco los pies.- (Luisa)*

Se menciona que durante ese periodo no se realizan actividades pesadas en el hogar.

*-No, no hice nada, casi durante cuatro meses no hice nada, este de lavar, planchar, barrer, este lavar pisos y eso no- (Rosa)*

Por el contrario María menciona que no tomo ese tiempo de reposo debido a necesitaba atender a sus hijos.

*...yo me levantaba y pues como dios me daba a entender y me podía mover pues hacer no todo de lleno verdad porque tenia que cuidarme pero si hacer mis cosas lo mas*

*que pudiera... te mueve mas el amor a tus hijos que dependen de ti y que los tienes que atender, y ora si que tu pasa a segundo plano y no te queda de otra mas que levantarte y echarle ganas ¿no?...-(María)*

Durante este tiempo de cuidados las mujeres tienen sensaciones como se describe en seguida.

### **El dolor tras la intervención**

Se describe una sensación de vacío en el vientre así como sensación de dolor.

*-Pues me sentía, has de cuenta, me sentía como que ya había un vacío dentro de mí, ya no me sentía igual, como que yo sentía, creo que baje lo doble o lo triple pero si, me sentía mas ligera, con molestias ¿no?, porque lógico, pero yo decía ¡ay creo que ay que hueco ha de quedar adentro porque ya no siento nada! Me sentía así como muy vacía.-  
(María)*

Las cinco participantes mencionan haber experimentado un dolor intenso, esta sensación de dolor se extiende más allá de la zona de incisión.

*...pego un dolor enorme, ¡enorme! un dolor que sentía que me moría, un dolor que no sé en donde me dolía pero me dolía bastante, yo les dije, yo les gritaba que ya por amor de dios ya me lo quitaran, que ya no soportaba, que me ayudaran...me pusieron una inyección en el brazo muy poquito, me acuerdo que era muy poquito pero me la aplicaron rápido y ya empecé a sentir una tranquilidad otra vez como un calorcito y empecé a dormir otra vez...-  
(Luisa)*

Este dolor se presenta debido a que en el proceso de la intervención se manipulan órganos cercanos que posteriormente retornan a su sitio.

*...si tenía un dolor muy fuerte este, pero pues trate de controlar el dolor... Pues es un dolor muy intenso por dentro, como que se siente un, que se desgarrar por dentro, y como es mucho movimiento de intestino para sacar la matriz porque esta adherido pues queda mucho dolor en que se reacomoda el intestino.- (Rosa)*

Se describe la sensación de dolor al interior del cuerpo explicado por la cicatrización de los tejidos.

*-Pues era un dolor has de cuenta estaba sentada y ya de pronto me daba un dolor que sentía que me jalaban por dentro, yo me imagino que a lo mejor era lo que estaba cicatrizando o por lo que me quitaron, ¡siempre te quitan una parte tuya! ...- (Concha)*

Este dolor en ocasiones disminuye.

*-Pues era un dolor, era inceso porque si habían ocasiones en que si era intenso, por lo mismo de que como te digo ya no tienes una parte pues si, si eran fuertes los dolores, pero disminuían en ocasiones aumentaba luego disminuían...- (María)*

Regularmente este tipo de dolor es controlado mediante la aplicación o empleo de medicamento.

*...eran unos dolores no, eran unos dolores ¡ay!, ¡ay!, pero feos aquí (señala su vientre), pero feos que hasta me tuvieron que inyectar la neomelubrina.- (Isabel)*

La mujer puede llegar a sentir mayor dificultad en adaptarse emocionalmente a cambio.

*-Pues yo me sentía que ya hasta ahí había llegado yo, que no iba ya yo a dar más ni para atrás ni para delante, ni bueno ni malo menos tampoco, dije ¡no ya hasta aquí, ya, ya no hay más!, y no pues si fue emocionalmente como yo me se me dio más que físicamente porque pues ya*

*físicamente pues aceptas ¿no? y dices no pues ¡total!  
Pero emocionalmente pues se te cuesta más trabajo  
adaptarte.- (María)*

Asimismo la mujer reacciona el hecho de que la cirugía removi6 su útero como se comenta a continuación.

### **Ya no tengo mi matriz: mi reacción**

Pensar que es una parte del cuerpo que no esta funcionando en el bienestar de la mujer.

*...hay que aceptar cuando no nos funciona ya algo, hay  
que quitarlo aunque sea una parte de nuestro cuerpo...-  
(Rosa)*

Llorar ante la ausencia del útero en el cuerpo

*...lloraba porque pues ya me quitaron mi matriz...-  
(Isabel)*

Asumir que al no tener el 6rgano se comienza a superar el problema y pensar en esforzarse por seguir adelante.

*...sentía como que ¡ay ¿y ahora qué voy a hacer?! Pero  
bueno ya veía yo atrás, veía a mis hijos y decía no pues ¡a  
echarle ganas! Porque ya no hay que talvez... no ya no, es  
seguir adelante y asimilarlo más que nada ¿no? desde el  
momento en que tu estas conciente de que es un 6rgano  
que ya no tienes, pues mantenerlo en tu mente de que ya  
no lo tienes y pues no hay problema ¿no?...- (María)*

Dos de las participantes relatan haber visto su útero después de la operación. Una de ellas describe que tenía acrecentamientos en el contorno de la pared externa.

*...era alrededor todo, o sea, estaba fatal, era una cosa  
que tu la ves y dices ¡ay ¿y eso traía yo adentro?! Le doy  
gracias a dios de que hayan los medios de solucionarlo*

*porque no era una cosa totalmente desagradable...-  
(María)*

Otra de las participantes señala que no pudo ver los miomas porque estaban al interior del útero.

*-Era chiquito, como de unos dos centímetros...los miomas...estaban por dentro, si en eso tienen que partirlo por la mitad para verlo...porque por fuera se ve todo liso porque por dentro están las bolitas- (Rosa)*

En algunos casos la mujer puede experimentar un periodo de adaptación a su situación reaccionando con tristeza y aislamiento como lo comenta Luisa.

### **Caí en depresión**

Una de las participantes relata haber experimentado un período de depresión después de la cirugía durante su recuperación permaneciendo internada por esta causa.

*...caí en la depresión, me cambiaron de cama porque tenía que estar en observación, no por la cirugía sino por la depresión en la que había caído, este me cambiaron a una cama donde me podían estar viendo todo el tiempo este las enfermeras donde estaban uno vidrios, este y estuvieron todo el tiempo observándome fueron...- (Luisa)*

Describe esta depresión como una tristeza.

*...tristeza, no quería ver a nadie, no quería hablar con nadie, no quería que la enfermeras me tocaran, no quería que me vieran, o sea, iba mi esposo y no lo trataba bien o lo rechazaba (se le quiebra la voz), no quería que me hablara, le decía que se fuera...llegue a sentir lo que el doctor me dijo: que estaba sola, no iba a servir para nada, nada más yo había sentido ese dolor, nadie mas, ¿por qué*

*yo?, ¿por qué yo?, o sea la depresión había sido sobre la cirugía-(Luisa)*

Menciona que diferentes personas hablaban con ella para ayudarla a superar la depresión.

*-...empezaron a hablar conmigo, empezaron a decirme <muy bien, muy bien>, que necesitaba, necesitaban de mí, o sea ya no decirme tu necesitas de ellos si no ellos necesitan de ti...-(Luisa)*

Refiere que le ayudo a superar la depresión una persona que se interesaba por ella.

*-...llegaban nuevas, también como yo cuando llegue allí, y como una persona que llego ahí se paraba y me decía <señito necesita algo> y como yo estaba en la depresión no, <no me molesten, no quiero saber nada> le contestaba a la señora esta; después entendí esa persona y traté de hacer lo mismo que ella hacia, que ella me hizo a mi porque yo ya cuando me pude parar ella ya no estaba...-(Luisa)*

Su recuperación comenzó cuando pudo caminar y al ayudar a otras mujeres.

*-...salí porque empecé a pararme ya cuando me paraba bien y empecé a ver a las enfermas y si podía ayudarles a algo, o sea me vi que si que habían personas más débiles que yo... cuando llevaban a una persona que acababa de salir de la cirugía yo podía moverme más y yo podía ver si le faltaba algo y yo podía ayudarle a algo y así estuve... fue cuando comprendí que yo ya había pasado esa etapa que esa persona necesitaba la ayuda que todos los demás me habían ido a dar a mi y platicaba con ellas... - (Luisa)*

Este caso curso por uno de los posibles aspectos que los médicos señalan puede ocurrir a la mujer después de la operación, situación que puede ser superada.

Las participantes refieren que se sintieron recuperadas de la operación después de varios años.

### **Me siento recuperada**

Luisa señala que una persona no se recupera totalmente debido a que después de la operación continúa sintiendo dolor. Pero si se restablece pudiendo retomar un estilo de vida normal en un año y medio.

*-Este no se restablece, digo tengo ya varios años, ya unos tres años van a ser cuatro, este y creo que de una cirugía así no se restablece uno nunca porque, porque de todas maneras a veces dan piquetes, dolorcitos de vez en cuando en la vida, este yo creo que la carne de adentro no sé cuando cierre... no creo se restablezca uno tan pronto o no sé cuantos años tarde uno en restablecerse de una cirugía; pero restablecida para volver a mi vida normal sexual y de trabajo y de movimientos y todo eso pues si ya como al año y medio después de la cirugía...-(Luisa)*

En contraste Rosa señala que la herida cierra en quince días pero al interior de la incisión demora un mes y medio.

*-Rápido, a los quince días ya la tenía cerrada por fuera, nada mas que por dentro todavía no...Pues tarda como un mes o mes y medio...- (Rosa)*

Por su parte María menciona que ella se sintió lista para poder utilizar su ropa normal después de un año.

*-...como al año, un año si dije ahora si ya me pongo mis pantalones, ya estoy bien, ya no tengo nada...- (María)*

En ocasiones se distingue la recuperación física de la emocional, la primera toma años en tanto que la última lo logra con mayor prontitud.

*-Emocionalmente, fue más rápido de lo demás ¿no?, del físico sí, m. este moralmente pensé muy rápido que pues*

*como tuve sensaciones...mi restablecimiento moral fue más rápido que el físico, porque deje de sentirme mal, deje de sentirme sola, deje de sentirme vacía no tenía porque no estoy vacía estoy completa tengo el corazón, tengo los brazos.- (Luisa)*

La recuperación de la mujer en los diversos aspectos de su vida incluye retomar la vida sexual, en seguida se observa la manera en que las participantes vivieron esta situación.

### **Reiniciando mi vida sexual**

El médico recomienda esperar un tiempo prudente.

*...de tener sexo me dijeron que esperara un tiempo, este adecuado (pausa) y que eso ya me lo dejaban a mi criterio...- (Luisa)*

En ocasiones la mujer tiene curiosidad por saber si será igual su sensación como mujer.

*...no era tanto el deseo de querer hacerlo sino la "curiosidad" más que nada, de saber hasta qué grado pues iba yo a estar bien ¿no? como mujer, y pues eso era más que nada...-(María)*

También es posible que la mujer encuentre que siente deseos de reiniciar se actividad sexual antes de lograr su recuperación física.

*...empecé a tener los mismos deseos, creo que al contrario, creo que con más ganas, por mucho tiempo deje de tener el sexo por la enfermedad, entonces después, como que había regresado yo a los veinte años porque sentía más la sensación, sentía bonito que me hablara mi esposo, sentía bonito que me tocara, y todo eso, entonces como mi depresión a lo mejor había sido más sobre eso, entonces empecé a sentirme bien y dije ¡que padre! se*

*siente lo mismo, estoy igual, siento igual, me da gusto, no me siento sola, no me siento vacía... por el malestar de la cirugía, porque las ganas fueron antes (con voz picara), las ganas de tener sexo sí las tenía cuando mi esposo iba a verme cuando estaba con mis padres, me besaba y todo eso, y sentía la cosquilla del sexo; pero por el malestar de la cirugía, yo creo a de haber sido unos cinco meses después de la cirugía, por el malestar.-(Luisa)*

Tras la espera por su recuperación, la mujer puede encontrar que no hubo ningún cambio en su sensación.

*...hasta los, como a los tres o cuatro meses... es igual, igual, igual, no cambia uno nada.-(Rosa)*

O puede encontrar que siente dolor durante los primeros días de retomar su actividad sexual.

*...para tener relaciones duramos mucho, mucho tiempo, duramos como, como unos ocho meses, si pues casi el año, te digo que no, que no aguanto más él... decía me va a doler, y pues si los primeros días, ya después ya no.-(Isabel)*

Una vez que la mujer supera el proceso de recuperación después de la operación de histerectomía examina lo que le inquietaba y lo que aconteció en su vida en diversos aspectos como es la maternidad.

## **Comprendiendo la histerectomía**

### **Temor por el efecto de la histerectomía en la maternidad**

La mujer que ha tenido hijos no se preocupa por perder la posibilidad de engendrar como resultado de la histerectomía.

*...yo mi miedo a no volver a tener hijos pues no, porque ¡gracias a dios! no me quede con ganas de tenerlos ni de*

*saber lo que era ser mamá ¡gracias a dios me dio la dicha!....-*

El temor por la dificultad de procrear más hijos no estuvo presente en las participantes pero si se menciona un temor a los cambios en la relación de pareja.

### **Temor por la repercusión de la histerectomía en la relación de pareja**

La mujer puede temer que su pareja no logre satisfacerse sexualmente y que sea una causa que termine con la relación.

*... cuando volví a tener relaciones sexuales con mi marido yo sí me sentía con miedo, yo estaba pensando ¡dios mío! ¿Qué va a pasar? No ¿Va a ser lo mismo? O ¿Qué va a pasar conmigo?... yo tenía miedo de que él me dejara, porque eso fue. Era más bien ya como mujer, no ha llegado ya a tener satisfecho, contenta a mi pareja y ¿pues qué va a pasar? Que me va a dejar ¿no? Lo mas lógico. ...-(María)*

Dicho en otras palabras teme no servir sexualmente al hombre como lo menciona Isabel.

*...yo pensaba que ya no iba a ser lo mismo, yo pensaba que ya no le iba a servir...-*

De alguna manera los temores concernientes a la sexualidad y la relación de pareja se correlacionan con las creencias y mitos divulgados en torno a la mujer que es histerectomizada las cuales se mencionan a continuación.

### **Mitos acerca de la histerectomía**

Se sugiere que por esa falta de útero en la mujer histerectomizada, el hombre o pareja sexual al no sentir lo mismo durante el coito se decepciona.

*...Porque me llegaban a decir que pues <no era lo mismo, que ya el hombre pues, se sentía decepcionado, que decía que pues ya para que estaba con una mujer>...-(María)*

Otra creencia se refiere a que la mujer se siente vacía y que es ella la que no tiene las sensaciones que tenía antes de la histerectomía.

*...muchacha gente decía <que iba a estar vacía, que ya no iba servir para nada, que ya no iba a sentir, que no iba a servir>...-(Luisa)*

Se cree que cuando se extirpa el útero a la mujer queda con un hueco en su cuerpo y que, como es una mujer incompleta ya no sirve.

*...muchas personas que si dicen que no que ya esta uno hueca, que ya no sirve uno para nada; son muchos términos o definiciones que dan las personas- (Rosa)*

Las participantes señalan que estas creencias son erróneas como se observa a continuación.

### **Desmitificando la histerectomía**

Se piensa que es un órgano que forma parte como mujer pero que es mentira que no se tenga sensación, porque este hecho no cuenta mucho.

*...comprobé que era totalmente falso, o sea, no tiene nada que ver; simplemente es un órgano de ti, de tu parte como mujer que pues tu dices como mujer si la voy a perder, ¿no?, porque pues si es algo básico, pero pues si ya tienes, ya diste fruto ora si que, y no te va servir mas que para darte problemas y si ya te explicaron... y pues si ¡gracias a dios! que es mentira totalmente falso eso de que <jay no cuando ya no tienes la matriz ya no es lo mismo!> es falso... para mi eso queda ora si que tirado a la basura porque es mentira eso no cuenta mucho.- (María)*

Se cree que no va a sentir a su pareja como mujer, que se siente vacía; por el contrario tras el tiempo de sufrimiento por el malestar y la cirugía se puede sentir con nueva vida.

*...no me siento vacía; al contrario empecé a sentir que era una necesidad de, de decir a la gente soy mujer (entusiasmada), siento igual, no me siento vacía, además eso era algo que me estorbaba, que me sacaron, que ya no me servía>.... no al contrario vuelves a vivir, vuelves a nacer, vuelves a sentir, vuelves a creer en ti misma, vuelves a sentirte mujer, y querida, sobre todo, sentir que te quiere que te adora que te ama ¿no? Y le digo no eso no es nada, vuelves a vivir, yo te digo eso porque yo no me he sentido así, y me siento muy bien, vivo normal con mi esposo, y sigo sintiendo lo mismo y así, no me ha traído ninguna repercusión.- (Luisa)*

Es necesario valorar el cuerpo y el organismo ya que, no tener útero no quiere decir que ya no sea mujer.

*-Pues yo pienso que esa es una gran mentira que (pausa) uno cuando madura sabe que esa parte ya no la necesitamos y no por eso vamos a dejar de ser mujer, hay que valorar antes que nada nuestro cuerpo, nuestro organismo y seguir adelante, porque no por eso se va nos vamos a acabar.- (Rosa)*

En este sentido se puede estar en la disposición de hablar del tema con otras mujeres para terminar con estos mitos.

*...dije no pues todo lo que decían era pura mentira, y he tratado de que algunas personas, sé ahora que las han operado de eso, y he tratado de ayudarles un poco, decirles no tengan miedo todo eso, hay personas que tienen miedo, tienen mucho miedo, decirles por qué es algo normal, es algo que ya no te sirve, mira yo ya lo pase,*

*si es algo que ya no te sirve tíralo a la basura y ya vive tu vida normal, y entonces me decían <ella me comenta lo mismo> porque hay personas negativas que vuelven a repetir lo mismo de que <no vas a sentir como mujer>...- (Luisa)*

Las mujeres que participaron en este estudio terminan con ciertos mitos que se hallan entorno a la histerectomía como lo es su vida sexual.

### **Siento igual o ¿es diferente?**

El miedo a no tener sensación en el acto sexual termina cuando la mujer experimenta aquello que temía haber perdido.

*...yo pensé que no iba a sentir nada, pero como yo había oído hablar a una personas que pues ya no iba a sentir nada porque estaba bofa y todo eso, entonces no, yo tenía un poco de miedo, como si fuera la primer vez yo creo (voz temblorosa) porque tenía un poco de miedo pero no, yo, no llego bien la relación, se dio bien, sentí bien, y me sentí perfecto, no hubo ningún, el miedo fue al principio, después ya no hubo ningún miedo, porque sentí como mujer lo que siente una mujer... - (Luisa)*

La mujer histerectomizada puede llegar a su satisfacción sexual.

*...me sentí igual (rostro y voz serena), complacida, contenta, satisfecha.- (María)*

De las cinco mujeres solo una refirió que después de la histerectomía su vida sexual no es igual.

*...no ya no es igual, ya no, ya desde que a uno le quitan la matriz ya no, ya no es igual.- (Isabel)*

Después de la histerectomía la mujer retoma su vida sexual con su pareja por lo que su relación puede tomar nuevas acciones como se comenta a continuación.

## La relación de pareja tras la histerectomía

Se describe que durante el periodo en que la mujer presenta las alteraciones que produce la enfermedad, la relación de pareja es distante. Después de la operación la relación mejora al ser como era antes del padecimiento que experimento la mujer.

*-Puedo sentir que la modifíco después de la enfermedad, o sea antes de la enfermedad yo era normal en mi vida sexual ya después de la enfermedad me distancie, me hice fría durante la enfermedad, cuando la cirugía, después fueron miedos a no sentir, a no ser lo mismo, este después de que tuve la primera relación con mi esposo, volví a sentir que ¡otra vez! que era ¡normal! Como antes de la enfermedad, normal el acoplo de las dos personas, el sentir en las dos personas, el amor en las dos personas fue normal; entonces si, si cambio, pero a ser como antes era, antes de la enfermedad, a hacer ¡normal!! Mi vida sexual, mi vida de amor, mi vida de pareja fue normal otra vez... creció un poco más el amor, el deseo de estar juntos porque hubo el peligro de la muerte, entonces fue donde crece un poco más el <te necesito, te quiero, no quiero perderte>, entonces sí creció un poco más, pero no modificarse en algo, no porque todo el tiempo ha sido lo mismo en pareja desde el primer día que estuvimos de pareja hasta el ultimo...-(Luisa)*

Por otra parte, la mujer puede sentirse triste durante algún tiempo requiriendo mayor atención por parte de su pareja.

*-...a veces si me siento triste o luego también él, le digo a él pues ¡sabes qué vamos a salir, tu crees que no me canso de estar solo aquí encerrada!, pero pues él ya llega*

*cansado, en la fiesta nada mas fuimos un rato pero casi no salgo, aquí me la paso, aquí estoy...- (Isabel)*

Una participante menciona que el hecho de conocer a la pareja la mujer distingue la forma en que su pareja se conduce durante el acto sexual, y puede encontrar que no hay cambios en sus reacciones.

*-...cuando conoces a la pareja pues sabes ¿no? cuando esta en su momento pleno de que dices <¡estoy tranquilo, estoy satisfecho, estoy...!> y pues con verle el semblante a mi marido dije guau ¡no es nada de lo que me dijeron! Y que bueno ¿No?...- (María)*

Asimismo la pareja sexual de la mujer histerectomizada puede encontrar diferencias en su comportamiento sexual.

*-Dice mi esposo <¡ay antes ni te gustaba tener relaciones y ahora te me has vuelto mas golosa!>...(Concha)*

Por el contrario la mujer puede pensar que no es igual su apetito sexual y se sienta en la obligación de cumplir como mujer.

*-...yo ya no siento así (pausa), que yo sienta algo no, y ya te digo que ya no (tono de resignación) ¿qué hago?, ¿qué hago?, no ya no, ya no es igual (tono de resignación), no te digo que ya no, ya no, ya no es igual, ya no siento yo ¡nada!, así que me llame la atención, no; pero pues te digo que como tengo que cumplir, pues si... ya ni le digo pero pues ora sí que como mujer tengo que cumplir por no tener problemas.- (Isabel)*

Al respecto, María refiere que una mujer debería estar con su pareja por amor más no por obligación.

*-Pues lo atribuyo a que más que nada es el amor, es que hasta cuando estas con tu pareja tienes que hacerlo por amor no por obligación, y yo para mí es eso, el amor que le tengo a él, y que yo se que él me tiene; y eso es lo que*

*nos lleva a una relación pues ora si que completa, satisfecha, a estar bien los dos.- (María)*

Por otra parte, una de las participantes repara en contemplaciones acerca del periodo en que perduraran sus sensaciones.

*-...tres años que si o sea si sentía yo así como un recelo ¿no? como una duda de que ¿y por cuánto tiempo va a durar? O sea si, si me sentía completa pero yo me preguntaba por cuánto tiempo, yo me preguntaba si era nada más la reacción del cambio...- (María)*

Otro cambio que experimenta la mujer después de la histerectomía se relaciona con la desaparición de la preocupación por embarazarse.

### **La histerectomía libra de la preocupación de embarazarse**

Se alude que en un momento de la vida en que es menos probable tener hijos, la mujer llega a sentirse completa con los hijos que tiene.

*-...no, no a mi edad ya no iba a tener mas hijos, ya no quería tener ni necesitaba tener más hijos, estaba completa con mis hijos...-(Luisa)*

Se menciona una sensación de presión al pensar en la posibilidad de embarazarse, situación que cambia con la histerectomía al adquirir la seguridad de que no es posible que pase.

*-...ya no tengo esa presión de que estoy pensando ¡jijole y qué tal si salgo embarazada!; es disfrutar el momento y todo, para mi es indispensable para mi, porque ya no estoy con ese temor... ya sabes que ya no hay ningún problema, ningún riesgo pues ¡mi vida a disfrutarlo! Tranquila sin problemas de ¡ay no llego en un mes ni dos y qué hago! Tranquila y a disfrutar- (María)*

Se refiere que hay una preocupación por embarazarse, misma que deja de existir después de la histerectomía.

*...antes me preocupaba embarazarme, le digo y ahorita ¡no me preocupa nada! ...- (Concha)*

Otra modificación en la vida de la mujer posterior a la histerectomía se relaciona con la supresión del periodo menstrual.

### **La histerectomía libera de la menstruación**

La histerectomía puede brindar a la mujer la posibilidad de gozar de la tranquilidad de preocuparse por su ocurrencia.

*...puedo andar tranquila, disfrutar tranquila porque ya no tengo esas preocupaciones de que va a bajar ¡jole ya me bajo! o que ¡jole ya estoy embarazada! O sea ya ¡gracias a dios! eso ya quedo atrás para mí- (María)*

Por otra parte también se encuentra que la sensación de cambios en el estado de ánimo que presentaba durante la menstruación persiste, aun sin realizarse el ciclo completo.

*...cada mes cuando yo me tocaba la menstruación es cuando si me dicen <¡ay! ¿Qué te pasa ahora? Estas muy agresiva ahora>, pero yo me he dado cuenta con el tiempo, con la vida misma que ha sido por la falta de menstruación, cada mes es cuando me siento un poco mal y si creo que me siento un poco irritable, creo que me siento un poco depresiva, creo que me siento este malestar físico: todo me duele, no sé donde sobarme, o sea estoy agresiva, no quiero que nadie me hable, no quiero, o quiero al mismo tiempo correr salir, gritar, este sentarme, acostarme o sea no sé qué hacer porque me siento mal; esto me dura tres días y yo pienso que es la menstruación me dura tres días y como no estoy tomando ningún medicamento, este si me he sentido un poco mal, o*

*sea me siento mal cada mes, y este después vuelve mi normalidad...- (Luisa)*

Aparentemente la mujer puede experimentar algunos cambios relacionados con sensaciones o emociones como se comenta a continuación.

### **He cambiado a raíz de la operación**

La mujer puede sentir bochornos relacionados con las variaciones hormonales las cuales pueden ser toleradas con ayuda de medicamentos.

*-...pues si es un poco de calores, de bochornos este y precisamente por eso debe tomar uno pastillas que recomiendan los doctores para estar conjugando los estrógenos que ya nos hacen falta- (Rosa)*

Por su parte Isabel comenta notar un cambio en ella cuando su hija le menciona que asume características propias de la menopausia.

*-...a veces si le digo ven ayúdame tu crees que no me canso, pero si me dice <jay! mamá usted esta en la menopausia>- (Isabel)*

En otro sentido, la mujer puede sentirse más segura de sí misma al reflexionar que es lo que quiere ser y que su relación de pareja estable.

*-...a raíz de la operación me he vuelto más segura, me he vuelto más, más madura, me he vuelto hablando a nivel personal más íntimamente me siento más, más segura de saber lo que soy, que soy lo que quiero ser, y de saber que soy capaz de retener a mi marido pese a los años pese a que ya no tengo una parte de mí y pese a todo eso, por eso me siento más, más segura en todos los aspectos.- (María)*

Otra reacción es felicidad por contar con vida y salud para poder ser mujer en los aspectos que se ha desempeñado.

*-...que toda la gente que esta a mi alrededor vea que estoy feliz y que vea que estoy viviendo gracias a una operación que me saco, me salvo, eso es lo que, lo que ahora me dice el ser mujer, aparte de, pues de, ser mujer para un hombre para mi esposo, mujer para mis hijos, mujer para hija para mis padres, o sea, hay muchas versiones de ser mujer, pero yo soy, considero, ser mujer para todo lo que pueda, para todo lo que pueda, ¡fuerte y adelante!- (Luisa)*

La mujer puede pensar en la histerectomía como un proceso que les cambio su estilo de vida como se observa a continuación.

### **La histerectomía me benefició**

Se puede pensar en la histerectomía como un acontecimiento provechoso ya que elimina el problema y sus molestias.

*-Me ayudo si, fue algo de beneficio para mí y es una circunstancia que me beneficia porqué, porque ya no estas cargando con esas cosas de que hoy estas bien dentro de un mes quién sabe o vas dos o tres meses y ya estas otra vez con el problema encima otra vez ¿no? para mí es más fácil.- (María)*

Además de que constituye una medida para evitar el peligro de sufrir hemorragias incontrolables y hasta mortales.

*-Pues ya no tengo los sangrados de antes, y a veces por un sangrado nos llegamos a morir, me salvo la vida, porque hay sangrados mucho muy abundantes y hay veces que ya no lo detienen con nada y es muy peligroso.- (Rosa)*

Inclusive se puede pensar que la histerectomía es una oportunidad de vida al extirpar el origen del problema.

## CAPITULO 6

### DISCUSIÓN

En las diversas explicaciones que las participantes aportaron en este estudio se observó la manifestación de ciertos argumentos histórico-sociales que constituyen junto con la repetición de actos cotidianos, los márgenes que señalan la diferencia genérica que identifica a la mujer como mujer.

De esta manera, se advierte lo que diversos autores (Fernández, 1993; Flores, 2000; Gagnon, 1977; Komarovsky, 1968; Lagarde, 1996; Morant, 1997; Ortiz-Tallo y Cardenal, 1997; Osborne, 1993; Sánchez M., 1999, entre muchos otros) han sugerido. La estructura social decide y prescribe la serie de funciones para el hombre y la mujer como "propias de su sexo", pero aquí diremos que "propias de género", por la confusión entre lo natural y lo cultural (Flores, 2000). Es decir, la sociedad señala lo que debe hacer hombre y mujer, a fin de cumplir con lo que se requiere de su género.

En el caso concreto de la mujer en quien nos ocupamos en este estudio, Lagarde (1990) menciona que la condición histórica de la mujer es "el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser (genérico)" (p78). Así que aquello que se considera define a la mujer se vuelve su condición de mujer, la cual se construye a lo largo de la historia de la estirpe humana.

Entendemos la construcción histórica de la mujer como la definió Simone de Beauvoir: "No se nace mujer: llaga una a serlo. Ningún destino biológico, físico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; la civilización en conjunto es quien elabora ese producto..."(p15). Entonces la mujer llega a ser mujer en el transcurso de su crecimiento dentro de una cultura.

En este sentido, dentro de este sistema de ideas, la mujer es considerada, ante todo, como instrumento de fecundidad. Así, se observa que la valoración

que expresaron las participantes acerca de la forma en que asumen su ser mujer, se equipara con la clasificación de mujer como madre y esposa.

*-Bueno pues ser mujer se proyecta en un solo papel ¿no?,  
el de ser madre y esposa...-(María)*

Esta o similares opiniones, expresaron todas las participantes, lo cual quiere decir que en un momento dado la mujer se reconoce como madre y esposa relegando así su ser como mujer no genérica. Esto es, la mujer no como aquello que se espera de ella sino como lo que ella quiere de sí y para sí misma.

Lagarde (1990) denomina como “madresposa” a la mujer cuya realización personal siempre está mediada por los otros, a tal punto que el cuerpo de la mujer es para ella misma sólo un medio para la realización erótica en los otros. Es decir, la mujer que se considera a sí misma como madresposa más que como mujer, logra su realización como persona a través de otras personas (hijos y esposo).

*...para mi ser mujer pues yo me siento plena completa  
porque te digo tengo ya una familia y no me quejo porque  
bendito dios me ha ido bien...- (María)*

Esta frase ejemplifica la forma en que la mujer se despersonaliza de su propio ser, para ser a través de otras personas. Es decir, la mujer deposita su satisfacción en la realización como persona, de otras personas y no de su propia realización.

Al respecto Fernández (1993) menciona que la maternidad da sentido a la feminidad. Así, la madre es el paradigma de la mujer; en suma, *la esencia de la mujer es ser madre*. Pero decir que es característico de las mujeres el parir, es algo muy diferente de definir a la mujer por una de sus funciones de individuo social, la función de madre. Ya que cuando se dice esencial -al definirla toda ella por sólo una de sus funciones- se están jerarquizando proyectos vitales posibles, prácticas, escalas de valores, y aún más, se están pautando proyectos de vida posibles de las mujeres concretas, so pena de marginalidad o proscripción. Esto significa que al decir que ser mujer es ser madre, se ésta determinando lo que la mujer idealmente debe ser y, esto puede configurar su plan de vida.

*-Para mí lo mejor de ser mujer fue cuando tuve a mis hijas,  
el ser madre; para una mujer eso significa-(Rosa)*

Esta expresión indica que lo mejor de ser mujer es poder ser madre y que a la vez ser madre significa ser mujer. Con lo anterior se enuncia un paradigma estudiado por Fernández (1993), la idea de Mujer = Madre: "la maternidad es la función de la mujer y a través de ella la mujer alcanza su realización".

Entonces, estamos ante un problema que Tuber (1991, citado por Moncarz, 1998) expresó acerca del imaginario social. En el imaginario social si todas son madres se sabe, y parece estar claro qué es una mujer. Si todas no son madres, se abre la interpelación que pone en cuestión entonces ¿qué es una mujer?.

Responder esta pregunta no es fácil. Es usual que al intentar dar respuestas a esta interrogante se recurra al uso de un conjunto de características o definiciones que describen a la mujer tales como, el tipo de actividades que realiza o la problemática que presenta el cuerpo femenino.

Ante este problema Lagarde (1990) concluye que la mujer no tiene existencia material, sino que es una categoría producto de la abstracción de un conjunto de características que comportan todas las mujeres. Entonces podemos entender que la palabra mujer es un constructo categórico de aquello que la mayoría de las mujeres hacen y que por tanto se erige como su realidad.

De esta manera, la pertenencia al género femenino tiene el sentido de encarnar la diferencia, ser lo "otro". Lo otro no es visto en su especificidad, es denegado, es tratado como complemento de lo único, como lo negativo (Moncarz, 1998). Es decir, ser mujer es no ser hombre y al no ser hombre se pertenece al otro sexo.

*...los hombres pues por ser hombres desde que dios hizo  
el sexo opuesto ¿verdad?...- (María)*

Con esta expresión se manifiesta la creencia de un origen divino de aquello que diferencia a la mujer del hombre, contra lo que la mujer no ha podido hacer cambios en la estructura de su condición en la tradición social. Este es un punto que rebasa las fronteras de este estudio por lo que no se profundiza en el mismo, pero, sin duda, no deja de ser interesante.

En relación a la condición de la mujer con respecto al hombre, Morant (1997) señala que difícilmente la mujer llega a experimentar otras pasiones, que pertenecen a la naturaleza superior del hombre; así pues, la vida de la mujer se rige por el amor. Se mueve por impulsos de sus inclinaciones sentimentales. De esta cualidad esencial emanan las otras cualidades que demuestra: coraje, valor, paciencia, entrega, ya que derivan del amor que siente. A ese amor se debe «el entero olvido que pueden hacer de ellas mismas» y «su consiguiente entrega a los demás».

Actualmente, es difundida la idea de la importancia de un autoconocimiento y por tanto de una autoestima, que señala la importancia de aprender a quererse a sí misma para poder querer a otras personas. En cierto sentido, esta idea constituye una base para la convivencia equilibrada entre la persona y su entorno social. Sin embargo, continúa figurando como un requerimiento social ya no sólo de la mujer sino de las personas en general. Sin embargo, como requerimiento social únicamente se realiza porque “se tiene que hacer”. Una situación diferente se presentaría si la persona lo realizara por “convicción” habiendo razonado su propia actitud. Este cambio en la actitud humana establecería una nueva forma de pensar y actuar en la vida.

Asimismo, es conocida la idea de que las mujeres se alejan de la pasión y se inclinan al amor ordenado de la vida conyugal (Morant, 1997). Es decir, la mujer centraliza sus emociones en sus sentimientos más que en sus deseos, lo cual la lleva a una relación de pareja basada en el amor dejando de lado la mayoría de las veces la pasión.

En este sentido la mujer por naturaleza debe ser “buena”. Esta designación “buena” señala a la mujer que cumple aquellas acciones deseables y esperadas de la mujer, en tanto que, las mujeres “malas” se deslindan de la responsabilidad que la sociedad reclama. Es decir, la mujer buena siempre hace lo que se espera de ella, en tanto que la mujer mala hace lo contrario o deja de hacer lo que se le demanda.

Frecuentemente la sociedad y las mismas mujeres, señalan este tipo de acciones como la presencia o ausencia de responsabilidad por parte de las

mujeres en la sociedad. De modo que, se considera que la mujer buena es responsable y la mujer mala es irresponsable, la mujer buena es apreciada y la mujer mala es despreciada.

Es necesario recordar que estas apreciaciones son subjetivas, pues cada persona desarrolla su propia escala de valores que puede diferir tanto en el rango de valoración como en la distinción de los rasgos que se adjudiquen.

No obstante, estas “etiquetas sociales de aprobación y desaprobación” poseen considerable fuerza y significación sexual en cuanto a la aceptación moral (Gagnon, 1977). Y existen textos que apoyan las exigencias morales a las mujeres en la idea de que el pudor y la castidad son en ellas una virtud natural, necesaria para la vida conyugal (Morant, 1997).

La exigencia social que dispone que al llegar la fecundidad la mujer debe cuidar su virginidad. Es decir, surge el ideal de la mujer pura, casta y virgen como la mujer buena, la mujer que vale y puede casarse de blanco. Pero es necesario “cuidar la flor bella y delicada de la virginidad”, pues de lo contrario la mujer se desvaloriza, se mancha y es indigna de merecer la atención de un buen hombre. Estas ideas se transmiten sin esta intención, pero se reproducen en el lenguaje cotidiano. Así, se crea una inclinación natural de las mujeres a la virtud que se concreta en la protección de su cuerpo.

Como vemos el conjunto de argumentos se asocia con la idea de representación de status y labores propias de la mujer. Están vinculados, asimismo, con la forma en que pernean otros fundamentos culturales.

De manera que en la cultura que vivimos, la niña, desde que es niña, debe luchar por tener acceso a los mismos espacios que los niños (Flores, 2000). Es decir, la mujer debe esforzarse por lograr aquello que por definición es propio de los hombres. Por lo que la mujer debe constituirse a sí misma con otras características que hagan posible su inserción en la sociedad de una manera diferente.

En este sentido, para que la mujer obtenga logros diferentes a los que le son propios como mujer (genérica), aquellos considerados propios de hombres. La mujer “debería, podría o tendría que...hacer, lograr, alcanzar” expresiones

diferentes a "puede realizar". Estos cambios sintácticos aparentemente imperceptibles, expresados sin mayor intención, representan aquello que Fernández (1993) denomina significaciones imaginarias. Las cuales sustentan deseos e ilusiones, de las cuales no podríamos dar demasiadas explicaciones. Dicen "Me sale así", "Así debe ser"; aquí no puede dejar de destacarse que detrás de esta aparente naturalidad estamos frente a complejos procesos subjetivos -y a su vez sociales- que dibujan los bordes de lo posible.

Es decir, las acciones de las personas se delimitan con procesos complejos de la mente acerca de las ideas, creencias y pensamientos sobre una determinada situación, con la particularidad de que no se está conciente de las implicaciones de las mismas sobre la vida y sobre lo que se decide cada día con base en estos pensamientos naturales, los cuales convendría que fuesen razonados por la persona.

De esta manera, se hace referencia a una cierta ideología implícita en la cual se jerarquizan unos valores en detrimento de otros, lo permitido y lo no permitido, que dará forma a un conjunto de valores que accionan las más de las veces de manera implícita (Fernández, 1993).

En este sentido, la mujer puede realizar actividades dentro del hogar y evitar actividades fuera del hogar, en tanto que, al hombre le es permitido salir a la calle y solamente le es permitido hacer ciertas actividades relacionadas con el hogar, sólo aquellas que requieran de fuerza; ya que se considera que el hombre es fuerte y la mujer no lo es.

Al respecto cabe mencionar que la fuerza física en un principio es muy similar en hombres y mujeres, condición que disminuye en la mujer debido a la falta de ejercitación, en tanto que, en el hombre incrementa porque se le persuade a ser más fuerte.

En este sentido resalta lo que Flores (2000) menciona acerca de la familia de procreación o unidad doméstica, que es fundamental para las ideologías de la feminidad. Las unidades domésticas en términos materiales y reales constituyen el contexto de buena parte de la vida de las mujeres. Esto quiere decir que la familia es quien se encarga de transmitir los ideales de aquello que debe ser la mujer;

esto mediante la educación que da a la mujer a lo largo de los primeros años de vida hasta llegar a la juventud, edad en que generalmente la mujer se casa o considera que puede prescindir de la guía de sus padres.

Respecto a la educación que recibe la persona por parte de los padres, Dogs (1982) señala que es muy raro que los padres hablen libre y abiertamente de cuestiones sexuales.

Los padres no hablan con las hijas acerca de temas que les resulta difícil manejar como en el caso de la sexualidad. Ante esta falta de apertura para hablar, es común que la persona perciba una barrera en la comunicación que la lleve a prescindir de esta forma de obtención de información.

En cambio, las historias escabrosas forman parte de las conversaciones cotidianas, y los espectáculos y la publicidad se superan en obscenidades eróticas. Es así como el aspecto físico de la sexualidad es desprendido de su indispensable contexto (Dogs, 1982). Es decir, a falta de una conversación en la que se contemple información adecuada; la persona accede a charlas ordinarias que carecen de argumentos que expliquen realmente la situación.

La información se transmite de generación en generación; ésta será una fórmula repetida con insistencia (Flores, 2000). Las participantes describen una cadena donde cada generación es un eslabón en el continuo de la información y formación de las personas. Entonces es importante que la información, que constituye al conocimiento que va conformando a la persona; preferiblemente debe ser precisa con la finalidad de evitar confusiones en las personas.

Por ejemplo, la niña aprende que la madre es mujer y que la mujer es madre, y que es la hija(o) quien da vida a la "madre". En realidad, para la hija(o) la madre no debe tener otra vida ni otra función sino la que se desarrolla a partir de ella (Flores, 2000). Es decir, al observar a la mujer (madre), la mujer (niña), observa que su mamá es mujer y que por tanto la mujer es madre, además de ser entendida como equivalencia es considerada como una función única de la mujer, ser madre.

Se podría decir que para la mujer, en general, la figura de madre y esposa/pareja puede ser confusa y compleja (Ortiz-Tallo y Cardenal, 1997). De

esta manera, la mujer comienza a asumir actividades y actitudes que socialmente se señalan como propias de su sexo.

Así, la mujer asume diferentes responsabilidades una de las más señaladas por las participantes es la educación de los hijos, preguntándose acerca del contacto que tiene el hombre (papá) con sus hijos. Al respecto, Fernández (1993) señala que las fuerzas sociales están presentes -complementariamente- en los hombres, dando los parámetros de la significación en cada uno de la función paterna, como también en la "imagen" de la mujer que construyen, sus valoraciones de uno y otro sexo. Esto señala que la participación del hombre en la crianza de los hijos también ésta determinada por la sociedad por lo que, depende de la valoración que el hombre adjudique a su participación en la educación de sus hijos.

*... por que tanto uno es madre como el hombre que se siente padre, es padre...-(Luisa)*

Esta frase señala que la paternidad depende de la manera en que sea asumida por el hombre. Resalta el hecho de señalar que la mujer es madre y que si el hombre se siente padre lo es. De tal manera que, no es una situación establecida por la sociedad ni aun por sí mismo, como en el caso de la mujer sino que depende de su *sentimiento* de paternidad.

Actualmente se ha exaltado la importancia de la participación de la figura paterna en la crianza de los hijos. No obstante, esta nueva configuración de la paternidad, cada vez más mujeres deciden ser madres solteras; lo cual evidencia la capacidad de la mujer para asumir toda la responsabilidad.

Así, en la medida que la mujer es la procreadora de vida, y por tanto de fuerza de trabajo, se le ha dejado como tarea cultural y social la crianza, amamantamiento y cuidado de los hijos, como resultado de su función biológica; es de donde parte de alguna manera la discriminación para que la mujer entre a otras tareas que no tengan que ver con su "naturaleza biológica"(Flores, 2000). Es decir, socialmente se asigna la tarea de la crianza de los hijos a la mujer; pero además la mujer contrae ésta tarea para sí.

De esta manera, nos situamos ante aquello que Moncarz (1998) menciona acerca de que no existe una imagen elaborada por la cultura que sea tan constitutiva de la identidad femenina como la imagen intemporal que convoca la maternidad, en su doble dimensión individual y social. Es decir, la imagen femenina esta fuertemente constituida por la imagen de maternidad; esta imagen elaborada por la cultura se instala en la persona tanto como en la sociedad en la que vive.

La presión que ejercen los mandatos sociales a través de los modelos de mujer propuestos, así como la que ejercen los ideales femeninos desde la subjetividad de las mismas mujeres, se constituyen por lo general, en fuentes de tensión y exigencia que solo se aquietan con el embarazo y el acceso a la maternidad (Moncarz, 1998). En este sentido se puede pensar que la mujer está sujeta a la coacción de los preceptos generales de la sociedad al mismo tiempo que está predispuesta a realizar aquello que ella misma ha comenzado a considerar como algo propio de su género, lo cual la orilla a buscar en la maternidad la forma de acabar con la presión social y la tensión particular que le genera los ideales que se tienen acerca de ella como mujer; esto por medio de la maternidad.

Se señala la decisión de ser madre, por un deseo. En este sentido cabría la reflexión acerca de si se trata de un deseo por tener hijos o si opera el deseo de ser madre. Aparentemente no se encuentra diferencia, pero meditemos en lo siguiente: en la primera opción se anhela la existencia de una persona que dependerá de la madre para su formación, en el segundo caso es el deseo de ser madre para dar cuenta de su feminidad.

Respecto a la preparación de la mujer para educar a los hijos. Fernández (1993) plantea que sobre la mujer, se encuentra la noción de instinto como lo que guiará a la madre para encontrar las conductas adecuadas que le permitirán resolver aquellas cuestiones –todas las cuestiones- referidas a la crianza de los hijos, o que la relación con el hijo le plantee. En este sentido se pensaría que la mujer no requiere prepararse para ser madre, ya que posee la inclinación natural que le permite solucionar lo que se presente en el proceso de crianza.

Actualmente ésta idea comienza a ser destituida por medio de un programa gubernamental denominado escuela para padres que intenta cambiar este paradigma.

Sin embargo, una idea que parece fortalecerse en estos tiempos es, el llamado vínculo madre-hijo que presenta aspectos idealizados y aspectos persecutorios, tanto para la madre como para el hijo. Los aspectos persecutorios se mantienen implícitos, siempre presentes, pero negados, silenciados, sancionados: exaltando la ternura y negando la agresividad y el erotismo, también constitutivos de dicho vínculo (Fernández 1993). Esto quiere decir que se ha enaltecido la idea de que la relación entre madre e hijo sea sumamente estrecha basada en el cariño y la confianza. Este aspecto lo observamos cuando la madre idealiza una mejor forma de vida para sus hijos evitando que sufran.

En este sentido podemos observar una relación de dependencia entre el hijo y la madre; donde uno no puede hacer, decidir, pensar (ser) sin el otro. Situación que podría interpretarse como una agresión al no permitir el libre pensamiento de la otra persona, este tema sale de los objetivos del presente trabajo pero sería interesante un estudio que observe este tipo de relación (simbiótica) entre madre e hijo.

Osborne (1993) menciona una tendencia de la mujer que ha sido madre a resaltar únicamente las alegrías de la maternidad, que además de distorsionar la realidad de tantas mujeres que se dedican exclusivamente a sus tareas maternas en solitario, sin ayuda alguna, genera un mecanismo parecido al producido por los modelos de belleza que nos presentan la publicidad o la moda.

Asimismo, esta la tendencia de tener menos hijos para darles lo mejor! por lo que la mujer procrea entre uno y tres hijos a los que dedica sus esmeros casi todo el tiempo. Fernández (1993) menciona que hoy en día, por lo menos teóricamente, una mujer dedica mucho menos tiempo de su vida útil a cumplir con su función social reproductora, que las mujeres de otros siglos. Sin embargo, se prolongan la crianza y el cuidado de los hijos, como resultado de lo cual dedica "toda su vida" a esta tarea, al igual que la que tenía veinte hijos.

Se piensa que la mujer tiene que cuidar los detalles que hagan posible la función de dar comodidad y atención en el hogar a sus hijos y esposo. Así observamos que el trabajo doméstico contiene aspectos relacionados con la valoración que se hace del trabajo desde el capital.

Sin embargo, en la medida de que lo doméstico produce bienes de consumo directo y no bienes de intercambio para su realización o venta, no entra en la clasificación de trabajo reconocido socialmente (Flores, 2000).

Cabe resaltar que el trabajo del hogar aun cuando no es remunerado no deja de implicar un esfuerzo y dedicación característicos de cualquier trabajo.

Actualmente la mujer además de realizar actividades relacionadas con el trabajo domestico labora fuera del hogar, trabajo por el cual recibe una paga. Esta paga es un reconocimiento a su esfuerzo pero además la sitúan en la posibilidad de generar y sustentar sus propios gastos sin la necesidad de depender del gasto que le dé su esposo. Es decir le otorga una cierta libertad, libertad en acciones, tiempo y dinero. Sin embargo, no la exoneran de sus labores como ama de casa.

Así, la mujer que ha de trabajar fuera del hogar, debe organizarse y, organizar agregaría yo, todos los aspectos implicados para poder cumplir con sus obligaciones (como mujer genérica) y con sus responsabilidades como (mujer que trabaja). En este sentido se agrega una característica a la lista de descriptores de la mujer, la mujer que trabaja. Este es un aspecto cada vez más común que comienza a ser considerado en diversas investigaciones y que sin duda continuara siendo tema de debate.

Otro aspecto de la vida de la mujer que genera gran interés en diversos estudios es la sexualidad. Recordemos que la sexualidad es un concepto muy amplio que va mucho más allá de lo que comúnmente se entiende por sexual como genitalidad, relaciones coitales, procreación o de cualquier otro aspecto. Se puede decir que la sexualidad es un conjunto de comportamientos que nos orientan hacia la exploración del placer, sin que el placer esté vinculado con la reproducción.

Tuber (1991, citado por Moncarz, 1998) plantea que superponer feminidad y maternidad biológica, sirven para controlar la sexualidad femenina que en el

imaginario social es representada como alteridad, como fuerza insaciable, como peligro que es necesario controlar.

En este contexto, en que se impide la demostración de su sexualidad, la mujer emplea la seducción y el coqueteo hacia los otros como forma de expresión. La niña comienza a exhibir movimientos graciosos y delicados como una forma de obtener la atención de las personas. Cuando la niña comienza a interesarse por los chicos, el coqueteo se dirige exclusivamente hacia ellos, en este caso el propósito es llamar la atención del sexo opuesto con la finalidad de establecer otro tipo de contacto, cualquiera que sea el objetivo de la mujer en particular.

En cuanto a la seducción como herramienta de conquista en las mujeres, es un proceso que se absorbe casi de manera natural. No quiere decir que la seducción sea privativa del sexo femenino. Lo accidental es que el sexo masculino no la retome como una cualidad humana, y que las mujeres la aprendan como herramienta de obtención de algo (Flores, 2000).

No se puede decir que el objetivo sea enamorar al joven, para que éste a su vez la ame, o para establecer lo que Alveroni (1984) denominaría el “estado naciente de un movimiento colectivo de dos” esto es el enamoramiento. Más bien el coqueteo es una forma de erotismo de la mujer. El erotismo se presenta de diferente forma en la mujer que en el hombre. De acuerdo con Alveroni (1994), estas diferencias responden al devenir histórico de la humanidad y a la opresión que se ha dado a lo largo de ésta a toda expresión y contenido sexual. Esto significa que la mujer ha tenido que aprender a expresar de forma discreta su sexualidad.

Así, la relación de las mujeres con el sentimiento amoroso es una referencia común en los textos que a ellas se consagran. Es una constante que atraviesa diferentes momentos históricos y a culturas diversas. No importa donde una mujer haya nacido, su condición o clase social; las mujeres aman y actúan movidas por su naturaleza sensible más que por su razón (Morant, 1997). Es decir, se considera que por esencia la mujer ama a otra persona como si se tratara de instinto natural.

Este es un pensamiento asumido por las mujeres, que puede ser modificado. Ortiz-Tallo y Cardenal (1997) sugieren que la cuestión es que la mujer, desde su madurez, considera la posibilidad de aceptar, de rechazar, de modificar, o de incluir ideas con respecto a su sexualidad.

En este sentido por el mismo hecho de pensar, de cuestionar y de analizar, este tipo de ideas y restricciones, pierden su carácter inconsciente y evitan que se vea determinada e impulsada a vivir su sexualidad de forma desconocida hasta por ella misma; y que asuma libremente y con responsabilidad la actividad sexual que elija (Ortiz-Tallo y Cardenal, 1997).

Es decir, la mujer puede decidir y elegir conciente y libremente la forma que vive su vida sexual cuando analiza su situación y se pregunta si ésta de acuerdo o no con ella y cómo puede modificarla.

Este reemplazo en el razonamiento de ideales sobre las mujeres, comienza a contemplarse cada vez con mayor amplitud en investigaciones que estudian y difunden información acerca de este tipo de tema. Sin embargo, no es una tarea fácil y puede requerir de los esfuerzos de muchas mujeres así como de grandes cambios socio-históricos.

Al respecto resalta una medida tomada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) al distribuir a sus derechohabientes una “Guía para el cuidado de la salud” que contempla en un apartado el tema de la sexualidad. La sexualidad en la guía correspondiente a las mujeres de 20 a 59 queda definida textualmente como sigue:

“la integración de ideas, actitudes y valores respecto al sexo, influye en el comportamiento sexual de cada una de nosotras y define diversas potencialidades como son: la capacidad de ser única, de dar y recibir placer, de reproducirse, de integrar el propio yo, de escoger pareja y de crear... se manifiesta de muchas maneras, entre ellas el estar a gusto con usted misma, el entusiasmo que ponga en su arreglo personal, en jugar, bailar, abrazar, besar, acariciar; y en la expresión de sus emociones, pensamientos y afectos”.(p.8)

A esta definición personalmente agregaría: ...así como en sensaciones placenteras que incluyen el tacto, besos, caricias genitales, entre otras.

Ya que como menciona Sánchez (1999), las mujeres que hablan acerca de su vida sexual suelen describir cuatro placeres asociados con la sexualidad. Estos elementos universales son el tacto, las caricias genitales, el orgasmo y la gratificación de su pareja. En este sentido la sexualidad no se manifiesta únicamente al dar y expresar sino también al sentir.

De cualquier modo ésta medida informativa es importante para disolver dudas y aclarar conceptos acerca de la sexualidad y el sexo, ya que como se observo en los resultados, las participantes de éste estudio en general confunden estos términos.

En el texto de la Guía para el cuidado de la salud, se señala que el sexo “se define al momento de la concepción”. En tanto que la sexualidad “se va desarrollando y construyendo poco a poco desde que nacemos”. (p8 ídem).

Esto es parecido a lo señalado por Fernández (1993) en cuanto a que es natural que si un individuo nace con sexo masculino sea varón, es decir, se comporte y sienta como tal dada su constitución física, la edad correspondiente, el instinto se acoplará a la estructura biológica y lo guiará en todas sus conductas sexuales. El mismo autor comenta que se considerarán prácticamente como sinónimos sexo biológico y sexo psicológico. Es decir, el sexo biológico se refiere a las características físicas estructurales y funcionales que nos distinguen como hombre o mujer. En tanto que, el sexo psicológico es la vivencia emocional de pertenecer al sexo masculino o femenino, obtenida mediante el proceso de identificación.

El empleo correcto de este tipo de términos ha sido y seguirá siendo discutido, modificado o ampliado debido a que son categorías que la sociedad va estableciendo de acuerdo con la dimensión de la situación histórica en que se ubica.

Sin embargo, es necesario reconocer que hay hechos que además de sus implicaciones socio-históricas constituyen en sí mismos una experiencia inherente a las mujeres por sus implicaciones biológicas. Una de estas características físicas

estructurales que invariablemente han experimentado únicamente las mujeres es la menstruación. La menstruación es un fenómeno que acompaña a la mujer a lo largo de su vida reproductiva.

Como lo comenta Sánchez (1999), comenzando con el rito del pasaje denominado menstruación, se forma un fuerte e invisible vínculo entre la mujer y su cuerpo. Su reloj biológico es puesto en marcha. Durante los próximos 40 años ella recordará cada mes que es una mujer.

La aparición de la primera menstruación llamada menarca o menarquia coincide con el desarrollo de otros caracteres físicos. La edad en que ocurre la menarca oscila entre los 12 y 13 años pero puede aparecer antes o después, sin implicar problemas funcionales.

La primera menstruación de las participantes de este estudio se presentó cuando tenían entre 11 y 15 años de edad. Todas las participantes mencionan haber experimentado susto o angustia ante este evento debido a que no sabían qué ocurría.

La falta de información de las participantes acerca del acontecimiento de la menstruación fue producto de la inclinación de las personas adultas, en general, a no hablar con las niñas acerca de temas que eran considerados exclusivos de gente grande. De esta manera era negada la información argumentando que no era propia de su edad.

Además se negaba el acceso a este tipo de información para evitar despertar la inquietud de los jóvenes con respecto a temas sexuales. Actualmente esta tendencia ha sido modificada. Ahora los jóvenes cuentan con la información que necesitan debido a que ha disminuido la oposición de las personas mayores a hablar de algunos temas sexuales como lo es la menstruación.

Mondragón (2000) menciona que es conveniente proporcionar a la niña información previa, suficiente y adecuada acerca de los cambios corporales que se presentan en esta etapa, explicando lo más claramente posible qué es la menstruación, para despejar temores infundados producto de mala información.

En este sentido cabe señalar que no es suficiente el hecho de transmitir información sino que es necesario asegurarse que la información sea adecuada,

que sea explicada claramente tratando de resolver las dudas y despejar malos entendidos.

Aunque el acceso a la información acerca de la sexualidad no es negada; no se ha establecido claramente la forma en que padres y escuela deben administrar información y formación sexual. Aparece la tendencia de muchos padres a considerar que se trata de temas que la escuela imparten en algunas asignaturas y que, por tanto, ellos pueden relegar esta responsabilidad a la institución. Sin embargo, la educación y formación sexual se constituye por un conjunto de conocimientos que se adquieren en el hogar, transmitidos por los padres, y que se comparten en la escuela con la participación de los maestros.

Respecto de la menstruación, la mujer suele vivirla como un período de tres a cinco días de dolor y abundantes sangrados que traen consigo incomodidad física y psicológica.

Simone de Beauvoir (1989) describe ampliamente lo que ella llama crisis menstrual: “los dolores de cabeza, las lasitudes y los dolores de vientre vuelven penosas, y hasta imposibles, las actividades normales; a esos malestares se agregan a menudo trastornos psíquicos; nerviosa e irritable, es frecuente que la mujer atraviese cada mes un estado de semialienación; no se encuentra asegurado el control del sistema nervioso y del sistema simpático de los centros, y los mil trastornos circulatorios y ciertas autointoxicaciones hacen del cuerpo una pantalla que se interpone y la asfixia y separa...” (pp.74-75).

Esta descripción deja ver la serie de variaciones físicas y psicológicas que la mujer experimenta con la menstruación. La incomodidad que la mujer puede sentir, producto de las modificaciones en su cuerpo así como de las implicaciones emocionales y sentimentales de la menstruación. Lleva a la mujer a sentirse observada (señalada) y a preguntarse por lo que ocurre en ella.

Este aspecto forma parte del conjunto de abstracciones de las propias mujeres relacionadas al cuidado del cuerpo. Así, se une aquí el interés particular de las mujeres de todos los tiempos en proteger su cuerpo, con el hábito social de reglamentar los comportamientos amorosos entre los sexos que señalamos anteriormente.

Como menciona Gagnon (1977) la salud física, en lo que se relaciona con el sexo, depende de diversos problemas de la cultura. Uno de los más importantes son las fuentes de información sobre el funcionamiento físico del sexo y sobre la manera de cuidar nuestros cuerpos. La información y los valores que han sido dados acerca de nuestros cuerpos y del cuidado de los mismos, en particular las partes sexuales, y lo que se nos han dicho respecto a la actividad sexual, influye en nuestra salud sexual.

En este sentido, se observa que el cuidado que se tenga con el propio cuerpo, es predispuesto por el manejo de la información acerca de su constitución, funcionamiento, variaciones y cuidados. De manera que el desconocimiento de estos factores hace que la mujer tema las consecuencias que ha experimentado o que le ha comentado que le pueden pasar.

Uno de los miedos más comunes en las mujeres es el temor al embarazo no deseado; lo que puede dificultar o impedir el goce sexual. Existen otros temores que determinan y generan importantes sentimientos negativos hacia el sexo. Algunos ejemplos serían: la angustia ante el dolor en las primeras relaciones, la inseguridad sobre qué pasará después "de que el chico haya conseguido lo que quería" o incluso qué sucedería si lo supieran los padres u otras personas importantes para la chica. (Ortiz-Tallo y Cardenal, 1997).

Estos temores ante las primeras experiencias sexuales pueden persistir a lo largo de la vida sexual, o pueden verse modificadas debido a factores internos tanto como externos a la mujer.

Así, las cambiantes demandas y expectativas sexuales asignadas a las personas mientras avanzan en su ciclo de vida conducen a momentos críticos en dicho ciclo en que los cambios corporales y las expectativas sociales cambian; haciendo nuevas demandas a las personas (Gagnon, 1977).

Por ejemplo, es conocida la creencia que algunas mujeres sostienen acerca de la disminución del dolor menstrual después de iniciada la vida sexual y después de parir hijos. En la literatura revisada no aparece indicio de que esta creencia sea verdadera o que tenga alguna base médica.

Posiblemente esta afirmación se relaciona con la idea de pérdida del himen, que es una membrana anular que cubre parcialmente la entrada de la vagina formada por dos capas de tejido que se rompe al contacto sexual. Esta explicación fisiológica podría explicar esta creencia. Aunque también es posible que se difunda esta afirmación con la finalidad de que la mujer olvide los malestares de la menstruación para que pueda realizar las actividades que debe realizar ahora como esposa, madre y ama de casa. En suma, se busca que la mujer centre su atención en lo que se requiere de ella y no en las sensaciones que la menstruación le causa.

La menstruación es una experiencia que varía en cada mujer, sin embargo, en ocasiones es una particularidad que la mujer debe vigilar pues puede señalar la presencia de alteraciones. Las alteraciones de la menstruación constituyen, tanto por exceso como por defecto, manifestaciones de las enfermedades del aparato genital femenino (Flores, 2000).

Ya que como menciona Fischman (2000) el útero o matriz es un órgano femenino que necesita cuidado especial. La señal más común de cáncer en el útero es el derrame irregular de sangre. Puede tratarse de un derrame de sangre excesivo o prolongado durante la menstruación, o bien algunos pequeños sangrados entre un período menstrual y el siguiente. Cualquier derrame irregular es siempre indicio de alguna irregularidad que debe ser examinada.

Las participantes mencionaron haber notado este o algunos de estos síntomas en su menstruación. Es necesario señalar que no en todos los casos se presentan todos los síntomas. Por lo que la mujer no puede prescindir de una consulta médica oportuna debido a la consideración de no presentar la sintomatología en su totalidad. Recordemos que cada organismo es diferente y, que por tanto, existen diferentes reacciones ante un problema similar.

Resalta el dato obtenido a raíz de las descripciones de las participantes acerca del origen del problema que deriva en sangrados debida la presencia de miomas en el útero. Señalando que estas formaciones pueden surgir por la falta de cuidados adecuados al útero, por concebir hijos a corta edad o por la operación que para evitar el embarazo se practican las mujeres denominada salpingoplastia.

En este sentido todas las participantes se habían practicado la salpingoplastia. Sin intención de establecer una relación directa entre este método anticonceptivo y la necesidad de la histerectomía; ya que no se cuenta con estudios que avalen esta correlación. Es importante reflexionar acerca del especial cuidado que toda mujer debe tener en la utilización adecuada de los diversos métodos anticonceptivos.

La indicación que recibieron las participantes acerca del tratamiento a su sintomatología hizo referencia a la intervención quirúrgica.

Markham y Rock (1998) sugieren que más del 50% de los síntomas ginecológicos considerados indicaciones para una intervención quirúrgica mayor pueden aliviarse mediante un tratamiento no operatorio más conservador. Estos informes relacionados con segundas opiniones quirúrgicas pueden ser algo exagerados. No obstante, existe una preocupación creciente acerca del hecho de que las indicaciones aceptadas para la cirugía podrían no haber sido tomadas considerando la totalidad de las implicaciones médicas y psicológicas, y por tanto no cubrir en forma óptima las necesidades de las mujeres.

De ninguna manera se pretende poner en tela de juicio la decisión de los médicos que atendieron a las participantes de este estudio. Pero es necesario reflexionar acerca de la importancia de un estudio completo y detallado de la sintomatología que presenta la mujer. Analizando la relevancia que tienen las decisiones tomadas por un grupo médico acerca de la forma de tratamiento de una persona.

Por otra parte, de acuerdo con Sánchez (1999), el cirujano debe ser capaz de explicar los detalles técnicos del procedimiento y sus realidades posquirúrgicas de una manera no amenazante y, toda vez que sea posible, proporcionar un ambiente placentero donde él y su paciente puedan tener una conversación privada.

Esto quiere decir que los médicos a quienes las mujeres recurren al experimentar este tipo de síntomas, inclusive el médico general, deben tener la capacidad de establecer una comunicación clara y agradable con la mujer que en ese momento se convierte en su paciente; asimismo debe estar plenamente

capacitado con los conocimientos acerca de la intervención y además debe ser capaz de exponer los esclarecimientos que la mujer requiera acerca de su sintomatología, los procesos que seguirá para dar solución a la problemática diagnosticada, así como los posibles resultados que se espera obtener incluyendo las complicaciones y consecuencias que puede experimentar.

Sin embargo, los cirujanos con frecuencia olvidan el importante estrés que sufre la persona mientras se encuentra acostado en la camilla de operaciones antes de ser anestesiada. El sencillo ademán de tomar la mano de la paciente suele ejercer un efecto calmante sobre ella (Ward, 1998).

En este sentido se señala una atención que médicos, grupo de cirujanos y enfermeras deberían considerar en el ejercicio diario de su labor humana y profesional; recordando que la esencia de su trabajo es la salud de las personas, personas que sienten temor y angustia; que puede ser confortada por ellos mismos.

Si bien el médico cirujano realiza constantemente operaciones a personas diferentes y en situaciones diferentes. Por lo que puede llegar a percibir la operación como una experiencia habitual.

En cambio, para la mujer, cada procedimiento es una experiencia única en su especie: su sentido de bienestar y su salud se ven amenazados, pierde el control sobre su cuerpo durante un período indefinido y puede percibir que el procedimiento planeado afecta su identidad sexual en forma temporaria o incluso permanente (Sánchez, 1999).

Las participantes manifestaron una inquietud en torno a la afectación general que puede traer la histerectomía. Asimismo mencionaban temor por la posibilidad de encontrar que su estilo de vida podría cambiar. La modificación en el estilo de vida a corto o largo plazo es inquietante ya que cada mujer se siente comprometida con su familia, su trabajo y sus actividades; y el hecho de pensar en dejar de hacer lo que habitualmente realiza en su vida cotidiana puede modificar su esquema de pensamiento. Es decir, al dejar de hacer las actividades que acostumbra se encuentra ante interrogantes de qué hacer y cómo hacerlo. Además comienza a reevaluar su estilo de vida anterior, algunas personas pueden

encontrar que les resulta gratificante aprender nuevas formas de actividades en tanto que otras pueden ver con nostalgia lo que realizaban anteriormente.

Con respecto a sentimientos de inseguridad y vulnerabilidad que pueden constituir una estimación realista de la situación, se expresaron comentarios como el siguiente:

*...bastante nervio, pues es que ya tratándose de una cirugía qué arriesgas, ahí vas arriesgando porque un problema que no has tenido durante tiempo atrás lo puedes llegar a tener en minutos...-(María)*

Posiblemente este sentimiento de nerviosismo sea por perder el control del propio cuerpo pues es poco comfortable sentirse vulnerable. Es decir, recurre a explicaciones de situaciones reales que ocurrieron a otras personas e imagina que le pueden ocurrir.

En este sentido, es necesario que la mujer cuente con explicaciones completas de su caso en particular para evitar temer a situaciones que son poco probables que ocurran en su estado personal.

Igualmente, las participantes refieren una ansiedad o miedo asociados con la cirugía como el miedo a lo desconocido o a lo que imagina que estará obligada a soportar durante la hospitalización.

*-Pues a lo mejor a no regresar, a lo mejor a quedar mal de alguna manera a lo mejor no sé, no supe en ese momento a que era el miedo, no me puse a pensar a que era mi miedo pero posiblemente a no volver a ver a mi gente-(Luisa)*

Aquí se aprecia que la mujer puede tener la sensación de temor sin saber exactamente a qué es ese miedo. En este sentido la información fáctica acerca de la cirugía y el proceso de recuperación y la atención competente por parte de un personal hospitalario compasivo ayudan a disminuir este miedo (Sánchez M., 1999).

Las mujeres también presentan miedo a perder su competencia laboral y económica debido a la inactividad física que impone la cirugía.

*-Pues si el estar inactiva unos días, y nada mas estar descansando, estar sentada, es que es una operación muy dolorosa y este se tiene uno que cuidar mucho-(Rosa)*

En este caso la participante ha trabajado intensamente todos los días durante muchos años y temía a la inactividad física durante el tiempo que se requiere guardar reposo y cuidados, propios de este tipo de cirugía.

En este sentido hay que recordar que como toda cirugía mayor, como lo es la histerectomía, se realiza una incisión profunda y amplia donde se lesionan órganos circundantes por lo que el periodo de reposo para la cicatrización puede ser extenso dependiendo de la reacción del propio organismo.

Por otra parte, las pacientes refieren un miedo a la anestesia que podría ser un miedo sutilmente oculto de morir así como de perder el control. El temor a sufrir efectos adversos debido a la anestesia, también el temor a padecer las secuelas de algún proceso infeccioso. Si bien es cierto que pueden surgir problemas durante el proceso de aplicación de la anestesia local o epidural. Puede ocurrir que un mal manejo lesione la columna vertebral repercutiendo en la capacidad motora de la mujer. En tanto que, durante la aplicación de la anestesia general, los órganos y sistemas entran en un ritmo de funcionamiento diferente al normal lo cual podría traer complicaciones.

Estos son casos poco probables cuando los procedimientos son seguidos correctamente y son aplicados por médicos competentes.

Cuando la enfermedad y la perspectiva de la cirugía son nuevas junto con la sensación de no salud, contribuyen a una inestabilidad emocional que admite emociones extremadamente frágiles que incluyen sentimientos de melancolía, depresión, llanto e irritabilidad (Sánchez M., 1999).

*...al principio me sentí, pues muy, muy mal cuando me empezaron a decir que mi vida iba arriesgándose tanto como al cincuenta por ciento, me sentí muy mal, me sentí sola, me sentía deprimida, quería gritar, quería llorar...-  
(Luisa)*

Esta expresión o similares las expusieron las participantes, señalando una sensación de sobresalto y tristeza ante la situación que podía poner en peligro su salud y su vida.

Este tipo de emociones y sentimientos de temor y angustia pueden disminuir cuando la persona cuenta con información.

Es importante que la mujer cuente con conocimiento de lo que va a pasar durante el proceso quirúrgico y la recuperación, ya que el conocimiento contribuye a que tome sus decisiones conscientemente y de esta manera pueda vivir este transe lo más favorablemente posible.

Por otra parte, es posible escuchar comentarios en torno a la histerectomía, por lo que, no resulta extraño que las personas transmitan ideas y creencias acerca de la histerectomía en relación con la sexualidad.

En muchas ocasiones estas ideas o creencias son erróneas o infundadas, es decir, son mitos. Los mitos constituyen un conjunto de creencias y voluntades que ordenan la valoración social que un evento tiene en un momento dado de la vida.

Fernández (1993) explica que los mitos son sociales, en la medida en que constituyen un conjunto de creencias y anhelos colectivos que ordenan la valoración social que, tiene por ejemplo la maternidad en un momento dado de la sociedad. Son individuales, en la medida en que son inhibidores o movilizadores de la acción de cada persona ya que dan los parámetros de significación individual de dicha función.

Así que es posible que si la identificación con el ideal de la maternidad tiene el sentido de encarar "lo femenino" y la consonancia con el ideal; la infertilidad remite al vacío, al no ser, al estigma, a la muerte (Moncarz, 1998). Es decir, la mujer que considere la maternidad como significado de su ser como mujer, al experimentar la histerectomía puede sentirse vacía o hueca.

Esta es una creencia que se tiene acerca de los cambios que la histerectomía ocasiona en el cuerpo femenino, pero nuevamente se trata de un mito difundido por las personas.

Sin embargo, las mujeres que profundizan su propio criterio en este tipo de información, creen que es verdad, por lo que posteriormente les resulta difícil percatarse de lo contrario.

Para muchas mujeres el útero tiene un significado simbólico como órgano sexual. Si la mujer cree que el útero es esencial para la respuesta sexual, entonces, en su mente así ocurrirá.

El útero es considerado como un órgano fundamental femenino en la reproducción. En escrituras egipcias de hace 2.000 años el útero es descrito en el Papiro de Kahan como portador de un importante y poderoso efecto sobre la vida mental. Asimismo el útero tiene un gran valor símbolo para muchas mujeres modernas (Sánchez, 1999).

Sin embargo, existe el concepto generalizado acerca de que el útero es un órgano superfluo una vez finalizada la época de la procreación. La idea de que un útero preservado representa meramente un sitio para el desarrollo potencial de cáncer no coincide con la comprensión acabada y racional de la relación entre el riesgo verdadero asociado con el manejo médico moderno de un cáncer cervical o endometrial contra los riesgos asociados con una intervención quirúrgica mayor, incluidas las posibles secuelas psicológicas de este tipo de operación (Markham y Rock, 1998).

*...me dijo el médico que <porque la matriz sirve para dos cosas: o te da hijos o te da problemas>. Así, pero así me lo explico: <la matriz es para eso nada más, o sea, no hay matriz sana si tú no la dejas que se reproduzca, porque no, la matriz es para dar hijos>-(Concha)*

Esta frase o expresiones similares fueron referidas por las cinco participantes, lo cual permite ver lo ampliamente difundida que se encuentra esta idea en el ámbito médico, que considera que el útero sirve para crear hijos, y que al no realizar la concepción se enferma y da problemas. Es decir, el útero es sano y bueno si puede crear hijos de lo contrario está enfermo y produce problemas.

Para Gagnon (1977), el nivel de conocimiento y de destreza del sistema médico para tratar con problemas de salud sexual, no sólo en lo que concierne al

funcionamiento específico de los sistemas orgánicos sino también en lo relativo al funcionamiento general de los individuos. Parte de ese problema reside en los valores y la organización del 'sistema de cuidados de la salud, con su monopolio sobre el conocimiento y las técnicas, pero otra parte es la falta de autonomía y control sobre el sector de pacientes que no aseguran una responsabilidad común en cuanto a su propia salud. Es decir, los médicos poseen diversos y extensos conocimientos acerca del funcionamiento de los órganos, sin embargo, excluyen de su enfoque la consideración de los intereses y expectativas de las personas.

En un estudio recientemente realizado en La Paz, Baja California, se investigó con mujeres, usuarias de un hospital, cuáles eran sus principales necesidades en diferentes momentos de la salud reproductiva. Lo interesante de ese estudio es que después se entrevistó a médicos y a doctoras que atendían a esas mujeres y les preguntó cuáles eran las necesidades de salud reproductiva de la población con la que se relacionaban. Lo impresionante y lo que preocupa es que las necesidades descritas como relevantes por las mujeres no tenían nada que ver con las necesidades que describían los médicos y doctoras como parte de las necesidades de las mujeres, al margen de que decían que estaban tratando de resolverlas, atenderlas y satisfacerlas. Preguntó a las mujeres, "oiga, ¿y usted le platica al médico o a la doctora de sus necesidades?", la respuesta que encontraba era "¡cómo cree que se lo voy a platicar, si siempre me regañan, me dicen que son tonterías, que son subjetividades!". Cuando entrevistó a los médicos y a las doctoras les preguntó: "Oiga, ¿y esas necesidades que usted me está describiendo las constata con las mujeres?". La respuesta era "para qué las voy a constatar si ya me las sé, si es más que obvio que sé cuáles son las necesidades de las mujeres". Lo más grave es que aparecían dos historias distintas, dos expectativas diferentes a satisfacer y sin embargo no se comunicaban y no interactuaban, en buena medida por las relaciones de poder que hay entre unos y otras (Figuroa, 1999).

En este estudio se observa la falta de entendimiento de la mujer y el médico debido a que cada uno se encuentra situado en los extremos de la comunicación donde la paciente considera que "no dice nada que no se le pregunte porque la

regañan” y el médico piensa que “no es necesario preguntar, ya que sabe lo que pasa”.

Este tipo de comunicación e interacción en muchas ocasiones no puede ser dirigida ni decidida por la mujer, debido a lo que Markham y Rock (1998) explican respecto a la selección de un ginecólogo por parte de una paciente que se basa cada vez más en los contratos con organizaciones para el mantenimiento de la salud y en derivaciones a estas organizaciones. Es decir, la mujer recurre al centro de salud en busca de atención médica, se le expide una cita con el médico en turno por lo que la mujer no tiene la posibilidad de elegir o decidir con qué médico le resulta más cómodo y conveniente comunicarse.

Figuroa (1999) se cuestionó acerca de la experiencia que viven las mujeres en el ámbito de la salud, encontrando lo que nombra como una subestimación moral que no les permite cuidarse a sí mismas, porque tienen que cuidar a otros; existe como un descuido, pero no un descuido intencional: ¿cómo voy a atenderme a mí cuando mi marido está enfermo, cuando mis hijos se enferman, cuando soy la responsable de cuidar de todos los demás? Lo impresionante es que muchas veces la mujer no se cuida, porque tiene que cuidar a otros, como son los varones, quienes por aprendizaje social no se cuidan a sí mismos. Agregaría a esta descripción, la atención a los hijos, que sin importar la edad que posean, la mujer considera que depende de los cuidados que debe procurarles.

La preocupación por cuidar a los demás, en este caso a los hijos, antes de cuidarse a sí misma y de procurar su propia salud y bienestar. Con este señalamiento, no pretendo en ningún modo expresar que la mujer deba olvidarse de todo y ocuparse de sí misma. Por el contrario, sería más conveniente que la mujer procurara un mayor cuidado para sí misma junto con el cuidado de sus intereses, actividades y afectos. Es decir, la mujer puede lograr un equilibrio entre sus acciones y sus emociones consigo misma y los demás. Se plantea muy fácil pero quien lo ha aplicado en su vida cotidiana puede comentar que ha encontrado problemas ya que es difícil forjar un estilo de vida diferente del que se ha seguido durante años de vida y transmitido en las generaciones.

Se considera necesario hacer un examen pélvico una vez por año. Esto incluye también a las mujeres que han pasado por la menopausia. Los cambios que ocurren en el útero después de la menopausia pueden producir derrames con irritaciones o infecciones, provocando cambios en las células que hacen que el útero pueda ser propenso al cáncer (Fischman, 2000).

Sin embargo, la vergüenza y el temor asociados a la actividad sexual comienzan con las actitudes hacia las partes "sexuales" del cuerpo. Estos temores pueden afectar las actitudes hacia las infecciones o enfermedades, hacia la cirugía en los genitales, o en otras partes, que pueda tener efectos sexuales secundarios, hacia los cambios del cuerpo al envejecer, hacia aspectos tan convencionales como la menstruación, el parto y la anticoncepción, y hacia las enfermedades tan letales como el cáncer.

De acuerdo con Reinisch y Beasle (1992) las pacientes quirúrgicas en particular deberían buscar un cirujano que dé información sexual antes y después de la operación, y que elijan las técnicas quirúrgicas que con mayor probabilidad puedan preservar la reacción sexual cuando ésto sea posible.

Cuando la persona cree que la cirugía mejorará su calidad de vida, aliviará el dolor, logrará la extirpación del cáncer, o algún otro resultado positivo; está mejor habilitada para superar este proceso. En este sentido cuando la persona valora su situación y su salud contempla con una actitud más positiva el proceso de recuperación.

Asimismo, durante todo el proceso la familia es una parte importante del sistema de apoyo y puede ser un poderoso aliado o un severo enemigo para el equipo de atención de la salud (Sánchez M., 1999). Es decir, la familia con su apoyo, cariño y atenciones ayuda a la mujer a sentirse confortada, de esta manera puede superar el proceso centrando su atención en cuestiones relacionadas con la familia con el hogar.

Las participantes mencionaron la importancia que tuvo para ellas el hecho de contar con su familia para poder enfrentar la operación.

Sin embargo, pueden presentarse ocasiones en que la familia advierta el dolor que está sintiendo la mujer que fue operada y no encuentra la manera de

ayudarla o apoyarla, por lo que puede exigir mayores atenciones por parte del personal médico, generando mayor tensión tanto en la mujer como en el personal médico.

La transición para convertirse en una persona más sana se facilita cuando ella gusta de su cirujano, confía y cree en la capacidad de éste para ayudarla (Sánchez, 1999).

Una de las participantes labora en el ámbito médico por lo que la relación cordial que mantenía con los médicos le brindó serenidad en la propia atención de su propio proceso quirúrgico.

La restitución del nivel de salud y la finalización de los tratamientos y cuidados durante la convalecencia conllevan a una recuperación progresiva del nivel de actividad incluyendo la actividad sexual.

A las mujeres se les dice por lo general que no tengan relaciones sexuales hasta que la curación sea completa, de unas seis a ocho semanas después de la histerectomía, y después de volver para que el médico controle su estado para asegurarse de que está todo bien (Reinisch y Beasle, 1992).

Las participantes mencionan haber reiniciado su actividad sexual después de tres meses a un año de haber sufrido la histerectomía. Dogs (1982) refiere que según las disposiciones y temperamento individual, cada mujer reaccionará, en sus relaciones sexuales, de un modo diferente, y su comportamiento dependerá por otra parte del carácter y temperamento de su pareja.

*...para tener relaciones duramos mucho, mucho tiempo, duramos como, como unos ocho meses, sí pues casi el año, te digo que no, que no aguantó más él...-(Isabel)*

En este caso la participante refiere haber dejado pasar un tiempo que llegó a su término debido a que su esposo no quiso esperar más.

Puede ser que las mujeres tengan sentimientos negativos después de la histerectomía, dado que pueden tener miedo de que durante el coito se lesione el lugar de la herida de la operación o también pueden considerar una disminución en su deseo sexual.

Puede ser difícil hasta pensar en el sexo, no sólo practicarlo, cuando no se siente bien. Sin embargo, las expresiones físicas no genitales de ternura y de cariño pueden beneficiar y propiciar la recuperación más rápida y total. Muchas personas resuelven los problemas asociados con una enfermedad o tratamiento particular, y siguen llevando sus vidas con satisfacción sexual (Reinisch y Beasle, 1992).

Es decir, aun cuando la mujer centra su atención en su recuperación o en su dolor, dejando de pensar en tener sexo, las caricias y besos ayudan a que comience a sentir nuevamente deseo sexual.

En este sentido una relación donde prevalezca la comunicación y las demostraciones de cariño son benéficas para que la mujer contemple nuevamente sus sensaciones y emociones.

Por otra parte, muchas mujeres piensan que su pareja experimentará el sexo de "manera diferente y que la verá como una mujer disminuida, vieja o defectuosa. Estas mujeres temen que sus parejas las desprecien o las abandonen por una mujer completa, es decir una mujer que sea capaz de ofrecerles un hijo, o que sea completa en el sentido de no haber sido privada de su sexo, dañada o transformada en inútil (Speir y Freeman, 1998).

Es decir, pueden pensar que el por el hecho de que la histerectomía halla modificado su fertilidad y su aparato reproductor; el hombre, su pareja, considera que ésta incompleta y carente de aquello que él aprecia de la mujer. Por ello esta presente la idea que la falta de su órgano sexual puede inhabilitarla para satisfacer sexualmente a su pareja y que por tanto corren peligro de ser abandonada por no servir como mujer.

Estos temores se relacionan con la idea de que el órgano sexual femenino es un lecho, un espacio fundamental que hospeda la vida de un nuevo ser y para que eso ocurra antes debe ser el lugar que reciba aquello que el varón aporta para la formación de ese nuevo ser. Por lo que, al no estar en el cuerpo de la mujer este espacio, el hombre no siente igual.

Reinisch y Beasle (1992) explican que el pene irá al mismo lugar de siempre: a la vagina. El pene nunca entra en el útero durante el coito, ni siquiera

en las mujeres que no han tenido una histerectomía. Cualquiera que sea el tipo de histerectomía, la mayor parte de la vagina permanece después de la operación.

*...yo pensé que no iba a sentir nada, pero como yo había oído hablar a una personas que pues ya no iba a sentir nada porque estaba bofa y todo eso...-(Luisa)*

En esta frase se utiliza la palabra “bofa” para describir la situación en que se encuentra la mujer que no tiene su útero refiriendo que ese espacio se ablanda como una masa inconsistente; es importante considerar que no es cierto y conocer lo explicado por estos autores, que la parte anatómica que otorga sensaciones tanto a la mujer como a su pareja es la vagina, no el útero.

Por otra parte, la mayoría de las veces el marido (o el amante) de la mujer ayuda con su presencia ya que muestra un interés genuino por su salud, desea su rápida recuperación y tiene buena voluntad para asumir sus roles hasta que ella se encuentre bien. A menudo se produce una profundización del afecto entre los miembros de la pareja a medida que se dan y se reciben estos regalos de amor. Ese alguien especial está en la sala de espera durante la operación y al lado de la cama de la paciente cuando despierta (Sánchez, 1999).

En este sentido la mujer siente que la relación con su pareja se intensifica tras la posibilidad de dejar de estar juntos, asimismo después de haber superado el periodo de enfermedad, tratamiento y recuperación está con una actitud más positiva y con una mayor disposición de sentir.

De esta manera la mayoría de las mujeres sanan y aceptan sus vidas, educan a sus hijos, trabajan en sus ocupaciones, se relacionan con sus maridos o sus amantes, y otras personas significativas; para ellas este intervalo de recuperación es rápido y el estrés es menor.

*...restablecida para volver a mi vida normal sexual y de trabajo y de movimientos y todo eso pues si ya como al año y medio después de la cirugía...-(Luisa)*

En esta frase se puede observar que ya se contempla una recuperación que incluye actividades que se describen como normales. Es decir, ya no solo se contempla la realización de actividades aisladas o que requerían menor esfuerzo;

por el contrario se está hablando de poder llevar un estilo de vida junto con sus hábitos y costumbres.

Sin embargo, en tanto que algunas mujeres se recuperan para aceptar sus vidas con gusto después de la cirugía ginecológica otras se alejan lentamente de sus posibilidades de llevar una vida satisfactoria.

Un aspecto referido por médicos y pacientes es la depresión, que se presenta en grados variables en la mayoría de las personas que experimentan un sentimiento de pérdida o duelo que se caracteriza por sentimientos de desamparo, desesperanza e inutilidad. Otras manifestaciones son alteraciones de sueño, como insomnio a mitad de la noche, pesadillas, letargo, problemas en la alimentación, pérdida del apetito o alimentación excesiva, modificación en su actitudes dificultad para tomar decisiones, síntomas psicossomáticos y fatiga inexplicable por la actividad.

Algunas de estas sensaciones las experimentó solamente una de las mujeres entrevistadas, quien describe además los cuidados y atenciones que tuvo por parte del personal médico, su familia e incluso otras personas que experimentaron lo que ella vivió.

Sánchez (1999) señala que la depresión comienza a disiparse, cuando la mujer vuelve a hacerse cargo de su vida y toma decisiones, aun pequeñas, y comienza a sentirse mejor y los sentimientos de desamparo, desesperanza e inutilidad desaparecen.

Esta participante menciona que para ella fue muy importante haber sido apoyada por una persona que mostró interés y comprensión hacia ella; y que a su vez decidió ayudar a otras mujeres que estaban viviendo esa situación.

De esta manera, la experiencia estresante de la pérdida termina por convertirse en una parte de la vida que es aceptada e incluso valorada.

El recuerdo produce tristeza y pena pero ya no la inmovilización devastadora observada en los estadios más tempranos. La integración no significa que la experiencia haya sido olvidada sino sólo que existe menos trauma asociado con ella (Sánchez M., 1999).

En este sentido la persona valora su vida en su totalidad ya no concentrándose en la pérdida que sufrió sino valorando sus capacidades y posibilidades como una persona integral.

Por otra parte en este grupo de mujeres se encontró que no se preocupaban por la pérdida de la capacidad reproductiva, explicando que en ese sentido se encontraban conformes pues ya habían experimentado la maternidad. Cabe la pregunta de ¿qué pasa con las mujeres que no han experimentado la maternidad? ¿Sus preocupaciones e inquietudes son otras? ¿Sus reacciones son diferentes? Estas son cuestiones que salieron de las posibilidades del presente estudio, pero que sin duda constituye un aspecto importantísimo en el conocimiento y comprensión de la histerectomía en las mujeres, por lo que despliega la necesidad de posteriores investigaciones que consideren también las experiencias de estas mujeres.

En suma se puede observar que los conocimientos que las participantes tienen sobre la histerectomía llegan a ser confusos; estos conocimientos provienen de las explicaciones dadas por médicos que atendieron su caso durante diversas consultas; sumados los conocimientos que en conjunción llegan a obtener a lo largo de su vida a través de diferentes situaciones y personas.

Como nos hemos podido percatar, existen muchas creencias en torno a la histerectomía y sus efectos en la vida sexual de la mujer. En ocasiones estas creencias le impiden desplegar su potencial de desear, de sentir, de lograr una satisfacción sexual.

Si a alguien le interesa conocer los distintos métodos acerca de cómo ayudar a las personas que experimentan la histerectomía, tendrá que valerse de sus propios medios para optimizar sus conocimientos y por ende su propio sentido.

Por lo que resulta indispensable crear espacios en donde se exponga el tema de la experiencia de la histerectomía y en específico su relación con la sexualidad femenina y de su pareja, para dar atención y respuestas a todas las dudas y temores que pueda presentar la mujer ante este panorama.

Se necesitan crear estrategias para difundir información acerca de la histerectomía, para suprimir los mitos que son verdaderas falacias, con el objetivo de que las mujeres que experimentan este evento ejerzan su sexualidad libre y plenamente.

En este sentido la posibilidad de considerar los hechos desde la visión de las mujeres respecto a la histerectomía nos ofrece la oportunidad de comprender lo que subyace en torno a este acontecimiento. Este tipo de análisis es posible gracias a la metodología cualitativa.

# **CAPITULO 7**

## **CONCLUSIONES**

Como hemos podido observar, existen muchas creencias en torno a la histerectomía, las cuales son diferentes a lo señalado por las participantes de este estudio.

Estas creencias en gran medida están relacionadas con el tema de la sexualidad. La sexualidad ha sido un tema bastante explorado e investigado, lo cual ha dado oportunidad de que se realicen diversos estudios que abordan diferentes aspectos, características y manifestaciones de la misma.

En el presente trabajo se analizaron factores relacionados con la experiencia y significado que la histerectomía tiene para las mujeres que lo han vivido, donde de alguna manera se ve involucrada la construcción de la sexualidad de las mujeres.

El enfoque de género permitió que el análisis fuese enriquecido considerando las diferencias que existen entre los géneros los cuales se han construido desde una ideología que ha oscurecido aquello relacionado con la sexualidad, situación que ha impedido que la mujer la ejerza plenamente. Se habla de una nueva época que ostenta una ideología más accesible, no obstante, la realidad resulta aun diferente.

Asimismo, la perspectiva de género nos permite cuestionarnos acerca de la propia historia personal, cuestionarnos si lo que somos es la única forma en la que podíamos haber sido varones o féminas, pero sobre todo cuestionar si podemos reinventarnos y si podemos reconstruimos.

Para obtener la información mostrada en este trabajo se empleo la metodología cualitativa, gracias a la cual se recabaron datos que por su naturaleza personal e intima eran de difícil acceso.

El hecho de poder conversar con las mujeres acerca de sus experiencias me llevó a conocer y entender de forma más clara el porqué de ciertos discursos. Además, por medio de la estrategia metodológica de entrevista a profundidad fue

posible que las participantes se mostraran con mayor disposición de hablarme acerca de sus vivencias, pudiendo crear un ambiente de confort y confianza.

Una vez recabada la información se analizó concomitantemente con categorías de género, permitiendo advertir las diferencias existentes entre la construcción de la masculinidad y la feminidad, lo cual contribuyó a comprender el contexto desde dónde se aprende, vive y expresa la sexualidad con su inherente relación con la experiencia de la histerectomía.

Este enfoque junto con mi identidad de mujer, de alguna manera contribuyó a enriquecer este trabajo ya que al referirme al género femenino, al ser mujer, hago alusión a mi propio ser como mujer en este discurso de identificaciones y significaciones, en la que nos encontramos las mujeres en general, situación que también es vivida por el grupo de participantes de este estudio.

No es desconocido que a las mujeres se nos adjudican características tales como el hecho de ser serviciales, dedicadas, débiles, pasivas y sumisas, entre otras. En tanto que a los hombres se les adjudica una mayor capacidad racional, valor, fuerza e independencia junto con otras.

Esta situación se ha presentado desde varias generaciones atrás y la hemos introyectado a medida que crecemos, a grado tal que terminamos por creer que esa es la forma de vida que debemos asumir.

Este panorama ha propiciado una construcción de personas con un estilo de vida determinado, por lo que, se espera de las personas una adecuada manifestación y expresión de diversos aspectos de la vida como lo es la sexualidad; favoreciendo el establecimiento y mantenimiento de las diferencias entre hombres y mujeres.

Para que esta situación se modifique se requieren diversos cambios en la ideología de la sociedad donde se reconozca que hombres y mujeres son producto y productores del proceso de construcción histórico-social.

Asimismo es necesario que se consideren las cualidades de la feminidad como una posibilidad humana diferente pero no menos importante que las masculinas.

Este cambio implicaría una organización socioeconómica que haga lugar a otras formas organizativas de las fuerzas sociales; sin embargo, este cambio en la ideología traerá otros discursos, otras prácticas y otros mitos, sociales e individuales, públicos y privados.

Se dice que la mujer ha logrado un avance progresivo hacia una adquisición de logros sociales con una inserción en el proceso productivo, que ha llevado a una redistribución de roles entre hombres y mujeres lo cual ha redefinido la maternidad de la mujer, dado que ahora tiene la posibilidad de decidir cuándo y cuántos hijos engendra.

Sin embargo, sería más conveniente y lógico que las mujeres pudiesen tomar la decisión de ser madres, o de no serlo, conociendo y examinando los pros y contras de esta decisión.

El inconveniente es que sólo se presenta a la mujer un aspecto de los múltiples que entran en juego. De esta manera la decisión que tome difícilmente será producto de una elección libre.

Esto lo advertí en la forma en la que el grupo estudiado describe la maternidad, como por ejemplo la afirmación de que “es algo muy bonito porque ves a tus hijos crecer”, exaltado la posibilidad de ver la realización de un hijo que en el futuro dará satisfacciones, mostrando el éxito de la mujer como madre.

Sin embargo, se menoscaba o relega otros aspectos relacionados con los riesgos que algunas mujeres corren durante el embarazo y el parto como un peligroso aumento en la presión arterial o desgarre vaginal que ocasiona graves hemorragias.

Estos problemas en ocasiones surgen con el embarazo o son problemas que padecían anteriormente pero que se desconocían o fueron tratados inadecuadamente, debido a que la mujer en muchas ocasiones no conoce su cuerpo ni su salud.

Estos riesgos pueden ser prevenidos o tratados oportunamente con atención médica, sin embargo, aun no se posee la cultura del cuidado de la salud, situación aún más compleja en la mujer que desconoce su cuerpo.

Con respecto a la relación que tiene el grupo de mujeres estudiado con su cuerpo, se encontró que generalmente estaba dissociado de su personalidad, ya que difícilmente conocían o referían partes de su cuerpo y su función empleando un lenguaje claro y directo.

Se observó que lo reconocían como un instrumento para la maternidad y de trabajo adjudicándole sensaciones de malestar o enfermedad. Recurriendo a una atención especial únicamente ante un escenario de salud-enfermedad.

Esta forma de vivenciar el cuerpo se debe a la educación recibida. Situación que puede cambiar al aprender a conocer el cuerpo. Así, la mujer puede cuidar mejor su salud sin depender totalmente de profesionales.

A su vez, éste conocimiento puede permitirle ejercer un control mayor sobre su vida, lo que la capacita, para hacer preguntas, dialogar con el personal médico y participar activamente en las decisiones que repercuten en su salud.

Asimismo, es útil que las mujeres posean conocimientos de los fenómenos sexuales físicos, psicológicos y sociales y, que posean una conciencia de sus propias actitudes hacia el sexo, así como un conjunto de valores sexuales y una comprensión del origen de éstos que sirvan como mecanismos que guían su comportamiento.

En el grupo estudiado se encontró que las participantes en su generalidad no tienen una idea clara acerca de la sexualidad ya que la relacionan con la cópula, algunas la articulan con los sentimientos como el amor, el placer y la satisfacción.

Es realmente importante que cada mujer sea muy consciente y se dé cuenta plenamente de cuáles son esas ideas y actitudes que de forma automática pueden estar guiando su sexualidad.

La apertura y disposición de algunas participantes en relación a una visión diferente entorno a la sexualidad; además del reconocimiento de los estilos de crianza como fundamentos de los comportamientos que se pueden mostrar o no, permite percibir la toma de conciencia que han hecho estas mujeres.

El trabajo de autoconcienciación debe empezar por la sinceridad consigo misma, libre de juicios y valoraciones, que permita percatarse de toda una serie de

ideas y de creencias que pueden estar funcionando inconscientemente. Y, a partir de este reconocimiento, la mujer puede abrirse y recuperar sus sentimientos más verdaderos y más espontáneos en sus relaciones sexuales.

Este conocimiento es útil para crear un sentimiento de autonomía personal y de dominio de sí misma, de modo que los cambios normales de los ciclos de la vida, así como los problemas que resulten en malestar y enfermedad sean comprensibles y manejables.

Como es sabido, cada vez observamos con mayor frecuencia que la salud se ha especializado tanto que ahora ya no es propiedad de las personas de quienes ostentan la salud. Sino de los especialistas que saben hablar de la salud o de la enfermedad de las personas. No así de lo que esta viviendo y padeciendo la persona.

Así, observamos la consideración de que cualquier órgano pélvico, como el útero, ovarios, vulva o las trompas de Falopio, son vulnerables al cáncer. Pudiendo ser tratado si se diagnostica en una etapa temprana.

Por tanto, es importante hacerse practicar un examen ginecológico por lo menos una vez al año, aunque no se experimente ninguna molestia especial.

De la misma manera es importante considerar que cualquier persona puede insistir para que le den una explicación concienzuda de la problemática que está viviendo, de los factores relacionados con la recuperación, así como de la manera en que puede resultar afectada su vida sexual.

Se considera en el ámbito médico con cierta frecuencia que se realizan operaciones sin tener un conocimiento completo de la enfermedad fundamental y sin haber llevado a cabo una investigación diagnóstica apropiada; considerando cada caso específico.

Por lo que es importante reflexionar la necesidad de examinar más de una opinión acerca de la problemática que se está viviendo y de los procesos de solución.

Asimismo, sería importante considerar la posibilidad de cambiar de médico si no se logra obtener respuestas a las preguntas, dudas o inquietudes.

No es suficiente pensar que el cirujano ginecológico debe estar preparado para predecir, reconocer y comenzar a tratar las consecuencias físicas tanto como las psicológicas de las enfermedades ginecológicas.

Es necesario cerciorarse de ser escuchada y considerada por el médico ya que los sentimientos presentes durante este periodo son importantes y constituyen una parte normal del proceso de malestar ginecológico además de ser favorable para lograr una recuperación exitosa por el hecho de tranquilizar los miedos y dudas que se tengan ante el proceso de tratamiento.

Asimismo, es conveniente reconocer que si no se ha podido encontrar un médico que otorgue las explicaciones y apoyo que necesita, es posible consultar un terapeuta sexual, psiquiatra o psicólogo con experiencia en el tema de la sexualidad así como en el tratamiento de los efectos sexuales de cirugías, enfermedades y medicamentos; que pueda dar una mayor orientación y apoyo.

El hecho de contar con información y un ambiente de confianza y apoyo puede modificar la apreciación de muchos sentimientos que alteran la percepción del proceso y conducir a una actitud más sana y comprensiva del proceso quirúrgico.

Por lo que es necesario que la mujer que está ante un proceso de tratamiento quirúrgico pueda contar con un espacio para manifestar su ansiedad y hablar acerca de sus temores y miedos.

Asimismo, la recuperación después de la operación puede ser mejorada mediante una evaluación integral antes de la operación considerando los preconceptos de la mujer acerca de su cuerpo y las consecuencias del procedimiento quirúrgico.

Por lo tanto, es importante recordar que el personal que labora en el área de la salud como el médico o el ginecológico incluso el psicólogo, deben tratar con el dolor y el sufrimiento de mujeres que están ante problemáticas en su salud, pero que también mantienen intensas relaciones interpersonales con sus seres queridos que puede presentar expectativas irreales o poco alcanzables mediante un tratamiento que no contempla la integridad de la mujer sino una situación específica.

Por diversos motivos son pocas las experiencias que dan a una mujer más estímulo emocional que la sexualidad y la concepción. Por lo que la cirugía sobre el aparato reproductivo o en sus proximidades está llena de significaciones positivas o negativas, como es el caso de las secuelas emocionales.

En el grupo de mujeres estudiado, se encontró cierto conocimiento de algunos de los factores involucrados en la trascendencia de la histerectomía, apreciando un desconocimiento acerca de las repercusiones concretas que tiene la histerectomía.

La histerectomía es una experiencia que invade el control que la mujer tiene sobre sí misma y su vida, por lo que es una situación difícil y dolorosa.

Durante el proceso de la histerectomía la mujer presenta diferentes emociones, desde ansiedad hasta esperanza de un cambio favorable en su salud.

Respecto a las significaciones que se tienen de la histerectomía, se encontró la consideración de que cuando se extirpa el útero, la mujer queda con un hueco en su cuerpo. La mujer puede percibirse a sí misma menos atractiva físicamente, con una sensación de pérdida de autonomía personal.

Por lo que cabe aclarar que el útero de una mujer que no está embarazada tiene el tamaño y la forma de una pequeña pera achatada, y los ovarios tienen cada uno, el tamaño de una uva.

De esta manera la extracción de estos órganos relativamente pequeños no deja un espacio vacío, ni provoca el desplazamiento de otros órganos.

Se encontró que las participantes de éste estudio después de la histerectomía, se sentían diferentes sin implicar que ésta diferencia la situaran en su sexualidad.

Esto es importante porque la mujer que experimente la histerectomía puede lograr su recuperación física sin que se vea alterada su sexualidad.

Así, la histerectomía, en sí misma, no repercute en la sexualidad de las mujeres que fueron sometidas a esta intervención, sino que es un medio que lleva a un cambio en la salud, con la terminación de la menstruación y la posibilidad de un embarazo.

Después de una histerectomía, los períodos menstruales cesan. La mujer ya no puede quedar embarazada. Algunas mujeres mencionaron experimentar mayor placer. Ello debido a que ya no temen quedar embarazadas y ya no sienten molestias.

Además, la restitución del nivel de salud previo y la finalización de los tratamientos conlleva una progresiva recuperación del nivel de actividad sexual anterior.

Asimismo, la histerectomía remueve diversos sentimientos en la relación de pareja, ya que se está ante la posibilidad de que un integrante pierda la vida o su completa salud.

Si bien cada mujer reacciona de un modo diferente en sus relaciones sexuales, según sus disposiciones y su temperamento individual. Se considera que el comportamiento de la mujer depende por otra parte del carácter y temperamento de su pareja.

Respecto a la maternidad de las participantes, no resulto ser un factor que las inquietara debido a que habían tenido la oportunidad de conocer esa experiencia.

Sin embargo, puede ser que algunas mujeres, especialmente las mujeres jóvenes, se sientan muy afectadas por la pérdida de su capacidad de tener hijos.

Es importante que esta situación sea estudiada a profundidad para contar con la información que pueda aportar una asistencia adecuada a estos casos.

Esto es relevante porque permite desarrollar la reflexión de que la mujer debe estudiar su sexualidad sin inscribirla en la posibilidad reproductiva.

Se encontró que el significado que tienen las mujeres acerca de la histerectomía, se trata de una operación que salvo su vida y que llevo a recuperar su salud.

Por otra parte se puede decir que la histerectomía llevó a estas mujeres a replantearse su situación como mujer dentro de los imperantes de la sociedad concluyendo que ser mujer es más que un órgano.

Las mujeres histerectomizadas consideran positivamente su experiencia cuando su ideal de ser mujer y su significado de sexualidad es más profundo en el aspecto no genérico sino personal.

Algo que es imperante aclarar es que con histerectomía o no, con problemas o sin ellos, todas las mujeres debemos practicarnos exámenes médicos de la pelvis y de los pechos por lo menos una vez al año.

Por desgracia, algunos médicos dicen a sus pacientes histerectomizadas que nunca más tendrán que preocuparse por los problemas femeninos, pero eso no significa que nunca más necesitarán un examen pelviano.

Las participantes se mostraron concientes de la importancia del cuidado que se le debe tener al cuerpo.

No obstante, no es suficiente interesarse por la propia salud cuando no se cuenta con las condiciones mínimas de acceso a servicios de salud adecuadamente capacitados para atender éste tipo de situaciones.

Asimismo, se encontró que las mujeres aún cuando conocen poco de sus procesos de enfermedad y recuperación, quieren conocer más.

Muchas mujeres desean participar en la atención de su propia salud. Deben ser estimuladas por todo el personal médico y de apoyo para hacerlo. Ya que la mutua responsabilidad, el respeto y la confianza fortalecen el proceso de tratamiento y recuperación de las personas.

Como se logró observar a lo largo de este estudio, resulta evidente que contar con información teórica no es suficiente.

Se requiere sensibilizar a las mujeres y personal médico para que sean concientes de que las mujeres tanto como los hombres, son personas con necesidades de salud.

Por otra parte, se hizo presente la referencia de un sin fin de obstáculos para que las mujeres que han experimentado la histerectomía vivan su sexualidad resueltamente, ya que la sociedad en que viven conserva diversos mitos con relación a la histerectomía.

Por lo que se puede decir que aún no existen condiciones suficientes para que se lleven a cabo cambios sustanciales en la ideología acerca de la histerectomía.

No obstante, se hizo notorio que algunas de estas mujeres están concientes de la situación en que se encuentran y han tratado de cambiar su actitud, paulatinamente.

Se hizo evidente que los cambios no se presentan pronto ni por si solos. Por el contrario se debe trabajar para que la ideología y la condición de la mujer cambien positivamente.

Cabe resaltar que para lograr un cambio trascendente y sustancial es necesario reflexionar día a día lo que estamos pensando, diciendo y sintiendo acerca de los temas y aspectos relacionados con nuestra sexualidad así como de los procesos quirúrgicos que puede alterarla momentánea o permanentemente.

Es por esta razón que aplicar la perspectiva de género al estudio de la salud permitiría entre otras muchas cosas cuestionar las múltiples historias, interpretaciones y respuestas que siempre se han dado por obvias: "así son las mujeres, así son los varones" por lo que hay que hacerse esto o aquello.

Por el contrario, se necesitaría tener referencias explícitas del cuestionamiento de las entidades masculinas y femeninas, de las especializaciones genéricas excluyentes y jerárquicas y del determinismo en la forma de ser varón y de ser mujer.

También, es necesario recordar que las mujeres tanto como los hombres independientemente de los procesos de salud-enfermedad. Poseemos deseos sexuales y debemos ser capaces de expresarlos y alcanzarlos sin miedos ni creencias erróneas.

Finalmente, de acuerdo con las personas que participaron en ésta investigación, sería conveniente que este tipo de experiencias fuesen abordadas dentro de espacios que se crearan para que se cubran éstas y otras necesidades de las mujeres que viven éste tipo de intervenciones quirúrgicas.

## REFERENCIAS

- Alberoni, F. (1984). **Enamoramiento y amor**. España: Gedisa.
- Alberoni, F. (1994). **El erotismo**. España: Gedisa.
- Amuchástegui, A. (2001). **Virginidad e iniciación sexual, experiencias y significados**. México: EDAMEX, y Population Council.
- Beauvior, S. (1989). **El segundo sexo**. México: Siglo XX.
- Cazés, D. (2000). Nociones y definiciones básicas de la perspectiva de género. **La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar, proyectos de investigación y acciones públicas y civiles**. CONAPO (1982) y Consejo Nacional de la Mujer.
- CONAPO (1982). Individuo y sexualidad. **La educación de la sexualidad humana, sociedad y sexualidad**. CONAPO (18-30) México. Vol. III.
- Dogs, W. H. (1982). La frigidez de la mujer. En Kinsey A. C. y otros. **La frigidez sexual en la mujer**. (21-34). México: Alfabeto cia.
- Dexeus, S. (1994). Cuadros clínicos más frecuentes en ginecología. En Dexeus S. y Faure, J. M. **La mujer su cuerpo y su mente. Guía de psicología, sexualidad y ginecología**. (207-246). España: Temas de hoy.
- Farrugia, M. C. (1983). Breve revisión histórica. **Ideología y sexualidad femenina**. (13-39). México: Ediplea.

Fernández, A. M. (1993). Madres en más, mujeres en menos: Los mitos sociales de la maternidad. **La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres.** (159-184). Buenos Aires: Paidós.

Figuroa, P. J. G. (1999). Algunos retos y dilemas al trabajar sobre salud sexual y reproductiva. En Programa de Conversión Social Novib-Gobierno de la Ciudad de México 1999 **Espejo de la Ciudad Jornadas Sociales de la Ciudad de México.** (47-58).México: Ciudad de México.

Fischman, Y. (2000). Ginecología y enfermedades de transmisión sexual. **Mujer, sexualidad y trauma. Desde emociones, erotismo y problemas médicos, hasta maltrato, violencia sexual y política.** (55-63). Buenos Aires: Lugar editorial.

Flores, P. F. (2000). El devenir de la subjetividad femenina: un paradigma entre lo individual y lo colectivo. En Bedolla, M. O.; Bustos, R. O. Flores, P. F. y García, B. E. **Estudios de género y feminismo I.** (83-99). México: Fontamara.

Gagnon, J. H. (1977). Salud física y conducta sexual. **Sexualidad y conducta social.** (221-227). México: Pax.

Gant, N. F. y Gunmingham, F. G. (1995). Cirugía ginecológica. **Ginecoobstetricia.** (160-165).anual moderno.

González-Forteza, C; Morales, C. F. y E Gutiérrez, C. (1992). Indicadores clínicos de malestar psicológico en pacientes obstetricias y ginecológicas. **Un estudio comparativo en México.** *Psicopatología (Madrid)*, 12, (4) 147-152.

Horowitz, I. R. (1998). Cuidados posanestésicos y posoperatorios. En Rock J. A. y Thompson, J. D. **Ginecología quirúrgica.** Argentina: Panamericana.

Komarovsky, M. (1968). El aprendizaje del papel femenino. En Schur, E. M. **El problema de la mujer**. (25-38). Buenos Aires: Paidós.

Lagarde, M. (1990). **Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas**, UNAM: México.

Lagarde, M. (1996). **Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia**. España: Horas y Horas.

Lamas, M. (1996). **El Género: La Construcción Cultural de la Diferencia Sexual**. UNAM: México.

López, S. O. (1998). Deber ser de la mujer según la sociedad mexicana del siglo XIX. **Enfermas, mentirosas y temperamentales**. (115-137) México: Plaza y Valdez.

López, S. y Fuertes, M. (1997). **Aproximación al estudio de la sexualidad**. (241-253). España: Amarú.

Llewellyn-Jones, D. (2000). Sexualidad humana y problemas psicosexuales. **Ginecología y obstetricia**. (233-235). España: Harcourt.

Markham, M. S. Y Rock, A. J. (1998). Cuidados preoperatorios. En Rock J. A. y Thompson, J. D. **Ginecología quirúrgica**. (99-118). Argentina: Panamericana.

Mondragon, C. H. (2000). **Ginecología básica ilustrada**. México: Trillas.

Moncarz, E. (1998). La infertilidad como metáfora. En ADEUEM Asociación de Especialistas Universitarias en Estudios de la Mujer. **Primeras jornadas**.

**Relaciones de género y exclusión en la argentina de los 90. ¿Orden del desorden y el desorden del orden?** (367-371). Buenos Aires: Espacio.

Morant, D. I. (1997). ¿Qué es una mujer? O la condición sentimental de la mujer. En Rodríguez R.M. **Mujeres en la historia del pensamiento.** (145-165). España: Anthropos.

Ortiz-Tallo, A. M. y Cardenal, H. V. (1997). Formas de vivir la sexualidad femenina: de la plenitud a la insatisfacción. En Ortiz-Tallo **La sexualidad femenina. Reflexiones y experiencias.** (13-33). Granada: Aljibe.

Osborne, R. (1993). La "nueva" definición de la mujer como madre. **La construcción sexual de la realidad. Un debate en la sociología contemporánea de la mujer.** (127-149). Madrid: Ediciones Cátedra Universidad de Valencia Instituto de la Mujer.

Pechadre, L. y Roudy, Y. (1970). La madre. **El éxito de la mujer.** (85-95). Colombia: Pasajeros.

Reinisch, J. M. y Beasley, R. (1992). Sexo y enfermedad, cirugía y medicamentos. **El nuevo informe Kinsey sobre sexo.** (569-602). Barcelona: Paidós.

Roovers, J-P. (2003). Histerectomía no reduce el placer sexual. Centro Médico Universitario Utrecht, Holanda. [www.cnn.com.mx/2003/salud/10/03/histerectomia.reut/](http://www.cnn.com.mx/2003/salud/10/03/histerectomia.reut/)

Salas, V. M. y Torres, F. J. L. (1999). Una mirada sobre la opinión de las usuarias de los servicios de salud. En Programa de Conversión Social Novib-Gobierno de la ciudad de México 1999 **Espejo de la Ciudad Jornadas Sociales de la Ciudad de México.** (25-37). México: Ciudad de México.

- Sánchez, C. T. (1999). Cáncer Cérvico uterino: Interlocución, retos y desafíos. En Programa de Conversión Social Novib-Gobierno de la ciudad de México 1999 **Espejo de la Ciudad Jornadas Sociales de la Ciudad de México**. (38-45). México: Ciudad de México.
- Sánchez, M. C. (1999) Género y vida cotidiana. En Sánchez Mejorada C. y Herrasti A. **Mujer y habitad. Cuaderno 2. La mujer y la ciudad hacia el año 2000**. (109-117). México: Observatorio Urbano de la ciudad de México.
- Speir, B. R. y Freeman, M. G. (1998). Aspectos psicológicos de la cirugía pelviana. En Rock J. A. y Thompson, J. D. **Ginecología quirúrgica**. (33-44). Argentina: Panamericana.
- Sullerot, E. (1971). El sistema patriarcal. **La mujer, Tema candente**. (19-23). Madrid: Guadarrama.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1996). La entrevista a profundidad. **Introducción a los métodos cualitativos**. (100-132)México: Paidós.
- Videla, M. (1986). Ser mujer en nuestro tiempo. **Mujer, madre y divorciada**. (33-43). Argentina: Besana.
- Ward, C. J. (1998). Responsabilidad profesional: Riesgos y manejo de los incidentes del cirujano ginecológico. En Rock J. A. y Thompson, J. D. **Ginecología quirúrgica**. (47-62). Argentina: Panamericana.
- Weeks, J. (1999). Los lenguajes del sexo. **Sexualidad**. Paidós. Género y sociedad. (15-46).UNAM. PUEG.

# ANEXO

## GUION DE ENTREVISTA

### Datos demográficos

Nombre

Edad actual

Estado civil

Escolaridad

Ocupación

Numero de hijos

Edad que tenía cuando le practicaron la intervención

### Género de la mujer

¿Qué es lo que definiría a una mujer?

¿Qué es lo más importante para una mujer?

¿Quién le enseñó como debería de ser una mujer?

¿Cuáles han sido las responsabilidades ha tenido como mujer?

¿Quién le ha asignado dichas responsabilidades y desde cuándo?

¿Le agrada tener estas responsabilidades?

¿Desde su punto de vista cómo cree que debería ser una mujer?

¿Considera que tiene ventajas ser mujer?

¿Considera que tiene desventajas ser mujer?

¿Cree que exista alguna diferencia entre la mujer y el hombre?

### Sexualidad en la mujer

¿Para usted qué significa el término sexualidad?

¿Para usted a qué se refiere la palabra sexo?

¿Cree que existe alguna diferencia entre estos términos?

¿Desde su punto de vista cómo se expresa la sexualidad?

¿Qué cree que haya influido en la formación del concepto que tiene acerca de la sexualidad?

¿Qué mensajes cree que su familia le transmitía acerca de la sexualidad?

¿De qué forma lo hacían?

¿Qué pensaba usted al respecto?

¿Qué valores cree que su familia le inculcó a este respecto?

¿Recibió algún tipo de información o mensajes acerca de la sexualidad fuera de su familia?

¿A través de qué o quiénes obtenía información?

¿A qué edad comenzó a recibir información acerca de la sexualidad?

### Ser mujer y maternidad

¿En el transcurso de su vida alguien le habló acerca de la maternidad?

¿Alguna persona le comentó algún día que podría llegar a ser madre?

¿Cree que las mujeres desean tener hijos? ¿Por qué?

¿Para qué tener hijos?

¿En qué momento cree que una mujer piensa en ser madre?

¿Qué representa para una mujer ser madre?

¿Cree que la maternidad genera cambios en la vida de una mujer?

- ¿Cómo considera que nos educan para ser madres?
- ¿Particularmente que papel le otorga a la maternidad en su vida?
- ¿Se ha preguntado que sería de usted si no fuese mamá?

#### La menstruación

- ¿A qué edad comenzó a menstruar?
- ¿Cómo fue la primera vez que menstruo?
- ¿Cómo fueron sus posteriores periodos?
- ¿Tuvo molestias o infecciones, con qué frecuencia?
- ¿Recurrió al médico al tener molestias? ¿Qué le recomendó, funciono?
- ¿Cómo fue su regla después de iniciar su vida sexual?
- ¿Cómo fueron sus embarazos?
- ¿Cómo fueron sus alumbramientos? Rápido, lento, doloroso
- ¿Tuvo molestias después de sus alumbramientos? Cuáles, A qué lo adjudica
- ¿Con qué frecuencia realizaba sus reconocimientos médicos? ¿Cómo le resultaba el proceso de auscultación?
- ¿Se realizaba el papanicolao? ¿Qué tan frecuente, por qué?
- ¿Cómo noto que sus menstruaciones no eran normales?
- ¿Cómo decidió recurrir al médico?
- ¿Tuvo algún síntoma que le dijera que algo andaba mal?
- ¿A quién le comentaba lo que le estaba pasando? ¿Qué le decían? ¿Cómo se sentía?
- ¿Cómo eran los sangrados que tenía? ¿Qué tan incomodo le resultaba?
- ¿Qué hacía para disminuir la sensación de dolor? ¿Qué resultados obtenía?
- ¿Lo comentaba con alguien? ¿Qué le decían? ¿Cómo se sentía?
- ¿Qué le decía su pareja?
- ¿Cuándo empeoro su menstruación?
- ¿Tenía otras molestias? ¿Cuáles?
- ¿Cómo explico usted al médico lo que le estaba pasando?
- ¿Qué le dijo el médico?
- ¿Qué pensó al salir del consultorio?
- ¿Sólo consulto a ese médico?
- ¿Por qué decidió buscar más opiniones? ¿Qué le dijeron?
- ¿Alguien le explico cómo pudo haberse formado su problema?
- ¿Recibió algún tratamiento con pastillas o inyecciones? ¿Qué resultados obtuvo?
- ¿Cómo se sintió? ¿Intentaron otra forma? ¿Le ofrecieron otras alternativas?

#### La histerectomía

- ¿En qué momento le mencionaron la posibilidad de la intervención?
- ¿El médico le menciono en qué se baso para proponerle la operación?
- ¿Qué explicación le dieron de la histerectomía? Lo qué es y como se practica
- ¿Quienes le explicaron? ¿Cómo se sintió ante lo que le decían?
- ¿Cómo se sintió ante la posibilidad de ser intervenida?
- ¿Qué pensaba acerca de la operación?
- ¿Le explicaron los efectos de la intervención?
- ¿Recibió alguna explicación respecto de sufrir cambios en su ánimo?
- ¿Cuánto tiempo medito su decisión? ¿Estaba decidida a operarse o tenías dudas?
- ¿Controlaron algo en su salud? ¿Le indico que cuidara algo de su alimentación o peso?

¿En ese momento le preocupó algo? ¿Qué?  
¿Tuvo miedo? ¿A qué?  
¿Sabe porqué le tuvieron que realizar la histerectomía?  
¿Sabe qué es la histerectomía? ¿Sabe sus causas? ¿Sabe sus consecuencias?  
¿Programaron su cirugía? O ¿Tuvo que ser de emergencia?  
¿Cómo se sintió cuando se acercaba la fecha?  
¿Cómo se sintió el día en que estaba programada la operación?  
¿Al llegar al hospital cómo se sintió?  
¿Cómo se sintió cuando la ingresaron?  
¿Cuando la comenzaron a preparar cómo se sintió?  
¿Qué tipo de anestesia le pusieron? ¿En qué lugar estaba cuando la anestesiaron? ¿En qué parte de su cuerpo aplicaron la anestesia?  
¿Qué efecto tuvo esa anestesia en usted? ¿Se quedó dormida? O ¿estuvo conciente?  
¿Pudo sentir algo? ¿Pudo escuchar algo? ¿Pudo ver algo?  
¿Los médicos sabían? ¿Qué le decían? ¿Qué sentía?  
¿Cómo sentía el ambiente?  
¿Cómo fue la intervención quirúrgica?  
¿Extirparon únicamente el útero o también ovarios y trompas?  
¿Tuvo la oportunidad de ver su útero? ¿Podría describirlo? ¿Pudo ver los miomas?  
¿Cuánto tiempo duró la operación?  
¿Salio conciente del quirófano? ¿Cómo se sentía en el trayecto?  
¿Cuanto tiempo paso para que acabaran los efectos de la anestesia?  
¿En qué momento despertó? ¿Dónde estaba? ¿Quién estaba con usted? ¿Qué le dijo?  
¿A quién le habría gustado ver? ¿Quería algo en ese momento qué?  
¿Cómo se sintió cuando despertó?  
¿Cómo se sintió cuando pasaron algunas horas después de la intervención?  
¿Cuándo se puso de pie? ¿Cuándo camino?  
¿Qué le dijeron los médicos acerca de la operación?  
¿Le dijeron qué pasó durante la cirugía? ¿Quién le informó? ¿Cómo se sintió ante la noticia? ¿Mencionaron algo acerca de su matriz?  
¿En las revisiones de médicos y enfermeras que le hacían y que le decían?  
¿Le administraban medicamentos? ¿Cómo se sentías con eso?  
¿Tuvo sangrado después de la operación? ¿Cuánto duro? ¿Cómo era?  
¿Qué sentía en su cuerpo? ¿Qué pensaba y sentía?  
¿Cómo sentía que la trataban? ¿Usted que les decía?  
¿Recibía visita? ¿Cómo se sentía con ellos? ¿Cómo la trataban? ¿Usted cómo los trataba?  
¿Qué le decían? ¿Cómo se sentía con lo que le decían?  
¿Cuánto tiempo estuvo internada? ¿Cómo le dieron su alta para salir del hospital?  
¿Qué indicaciones le dieron para regresar a casa?  
¿Cómo se sentía en el trayecto del hospital a su casa?  
¿Cómo se sintió al estar en casa?  
¿Qué cuidados tuvo en casa?  
¿Cuándo sano la herida?

- ¿Sintió algún cambio en su cuerpo?
- ¿Notó cambios en su comportamiento, forma de ser, estado de animo?
- ¿Cuándo le quitaron los puntos de sutura? Qué le hicieron, Qué le dijeron, Cómo se sintió
- ¿Qué le dijeron los médicos de su evolución?
- ¿Cuándo la dieron de alta totalmente?
- ¿El doctor le indico en qué periodo podía hacer su vida normal?
- ¿Cuándo asistió a su siguiente revisión? Qué le hicieron, Qué le dijeron, Cómo se sintió
- ¿Cuándo se sintió recuperada de la herida?
- ¿Cuándo comenzó a retomar sus actividades?
- ¿Cuándo se sintió totalmente recuperada?
- ¿Qué le decía su familia? ¿Qué pensaba de eso?
- ¿Cuánto hace de la operación? ¿Cómo se ha sentido a lo largo de estos años?
- ¿Se ha revisado médicamente últimamente?
- ¿Considera de alguna manera haber cambiado su estilo de vida o su vida, actitud, animo la operación?

#### Relación de pareja

- ¿Cómo fue su relación de pareja cuando se unieron?
- ¿Cómo era su relación durante sus embarazos?
- ¿Cómo fue cuando nacieron sus hijos?
- ¿Cómo era la comunicación con su pareja acerca de la sexualidad?
- ¿Cómo seducía a su marido, él lo hacia?
- ¿Cómo eran sus relaciones sexuales en esos tiempos? ¿Podría describir lo que sentía?
- ¿Usted notaba la reacción de su pareja, cómo?
- En el periodo en que comenzó a tener los síntomas ¿Cómo era su relación?
- ¿Cómo era su vida sexual?
- ¿Cuando le dijeron que le tenían que hacer la cirugía, cómo veía usted a su esposo? ¿Qué le decía su esposo acerca de la operación?
- ¿Cómo era la relación con su esposo en el tiempo en que le hicieron la operación y su recuperación?
- ¿Cuándo reinicio su vida sexual? ¿Cómo se sentía antes de reiniciarla?
- ¿Su marido le decía algo acerca de tener relaciones sexuales?
- ¿Cómo se sintió cuando tuvo su primera relación tras la intervención?
- ¿Cómo fueron sus posteriores relaciones sexuales?
- ¿Le ha preguntado a su pareja cómo se sintió él?
- ¿Es verdad lo que dicen los médicos? ¿Qué pasa con lo que comentaba la gente?
- ¿Considera que de alguna manera la operación modifco su vida?
- ¿Considera que de alguna manera modifco su forma de pensar y ser?
- ¿Considera que de alguna manera modifco su relación de pareja?
- ¿Considera que de alguna manera modifco su estado emocional?
- ¿Considera que la intervención modifco de alguna manera su vida sexual?
- ¿Qué significa ahora para usted la histerectomía?
- ¿Cómo se considera como mujer actualmente?