

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“CLIMATERIO E HISTERECTOMÍA UN ESTUDIO COMPARATIVO  
SOBRE EL AUTOCONCEPTO EN MUJERES”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

**ANA ESTHER MENDOZA PULIDO**

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO.

DIRECTORA REVISORA: LIC. EVA MARÍA ESPARZA MEZA

ASESOR ESTADISTICO: AURORA AYALA NUÑEZ



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“CLIMATERIO E HISTERECTOMÍA UN ESTUDIO COMPARATIVO  
SOBRE EL AUTOCONCEPTO EN MUJERES”**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

**ANA ESTHER MENDOZA PULIDO**

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO.  
DIRECTORA REVISORA: LIC. EVA MARÍA ESPARZA MEZA  
ASESOR ESTADISTICO: AURORA AYALA NUÑEZ

SINODALES: LIC. LETICIA BUSTOS DE LA TIJERA  
LIC. ARACELI MENDOZA IBARROLA  
MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO  
LIC. EVA MARÍA ESPARZA MEZA  
LIC. MARÍA EUGENIA GUTIERREZ ORDOÑEZ

**MÉXICO, D.F.**

**2007**

A MIS PADRES

ROSA Y JOSÉ LUIS

Gracias por su apoyo incondicional, por su comprensión y confianza.  
Por el amor que día a día demuestran con sus actos.  
Gracias por formar parte de mis anhelos.

A CARLOS

Por el amor y comprensión en los momentos difíciles.  
Por tu dedicación y desvelos  
Gracias por hacer tuyos mis anhelos y aspiraciones, y alentarme a alcanzarlos.

A MI PEQUEÑO, GRAN AMOR  
DIEGO

Por la fuerza que me das para alcanzar mis metas.  
Por ser la motivación más grande de mi vida, de mis aspiraciones y logros.  
Por el amor y los momentos felices que me das, Gracias.

A MIS HERMANOS

Por el cariño y ayuda que me brindaron para alcanzar mis metas.

A LA MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO

Por su paciencia, guía, dedicación e interés.  
Por su valiosa enseñanza.  
Gracias por estar siempre que la necesite.

A LA LIC. EVA MARÍA ESPARZA MEZA

Por su apoyo e interés, en la realización y culminación de este proyecto.

Al Proyecto para optimizar la Enseñanza y Profesionalización del Psicólogo Clínico,  
Que me brindo las bases y la guía para alcanzar esta meta.

# ÍNDICE

## RESUMEN

## INTRODUCCIÓN

### CAPITULO I

#### CLIMATERIO

CONCEPCIÓN

FASES DEL CLIMATERIO

SÍNDROME CLIMATÉRICO

SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA

SEXUALIDAD EN EL CLIMATERIO

ENDOCRINOLOGÍA DEL CLIMATERIO

FISIOLOGÍA DEL CLIMATERIO

CICLO MENSTRUAL

MEDIANA EDAD DE LA MUJER

### CAPITULO II

#### HISTERECTOMÍA

MENOPAUSIA ARTIFICIAL

HISTERECTOMÍA

TIPOS DE HISTERECTOMÍA

HISTERECTOMÍA Y EL PROBLEMA DE SU INSIDENCIA

CONSECUENCIAS POSTOPERATORIAS

SÍNDROME POSTHISTERECTOMÍA

PSICOLOGÍA DE LA MUJER HISTERECTOMIZADA

AUTOCONCEPTO DE LA MUJER HISTERECTOMIZADA

SEXUALIDAD E HISTERECTOMÍA

### CAPITULO III

#### AUTOCONCEPTO

CONCEPCIONES

AUTOCONCEPTO EN LA MUJER

EL YO Y LA AUTOESTIMA DE LA MUJER

### CAPITULO IV

#### MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

HIPÓTESIS

VARIABLES  
POBLACIÓN  
CRITERIOS DE INCLUSIÓN  
TÉCNICAS DE MUESTREO  
TIPO DE ESTUDIO  
DISEÑO  
PROCEDIMIENTO  
INSTRUMENTO

## **CAPITULO V**

**RESULTADOS**  
**ANÁLISIS DE RESULTADOS**

## **CAPITULO VI**

**DISCUSIÓN**

**CONCLUSIÓN**

**LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

**REFERENCIAS**

## RESUMEN

**El propósito de la presente investigación fue comparar el autoconcepto entre las mujeres histerectomizadas y las mujeres en etapa climatérica. Dicha investigación se realizó con población del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX, la muestra estuvo conformada por 60 pacientes dividida en 2 grupos Independientes (30 mujeres en etapa climatérica y 30 mujeres histerectomizadas) de edades entre los 33 y 50 años. El tipo de Muestreo que se realizó fue; no probabilístico, por que no todos los elementos de la población pudieron participar debido a que se definieron criterios de inclusión; intencional, por que los sujetos tuvieron que cubrir las características requeridas para participar; por cuota, por que se delimitó la población a pacientes en etapa climatérica y pacientes histerectomizadas que fuesen derechohabientes del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX. El tipo de Estudio que se llevó a cabo fue; exposfacto por que no se manipularon las variables; de campo debido a que el estudio se llevó a cabo en una situación realista, en un ambiente natural; comparativo por que se compararon 2 grupos de características diferentes; transversal ya que se recolectaron datos en un solo momento y en un solo tiempo. El Diseño fue de 2 grupos independientes debido a que los grupos están formados por sujetos con diferentes características, tomados de una misma población. El Instrumento utilizado fue la Escala de Autoconcepto de Tennessee, la cual se aplico de manera individual. El Análisis de los Resultados se realizó a través del Paquete Estadístico aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS); se utilizó la Prueba T para poner a prueba la Hipótesis de 2 grupos Independientes; así mismo, se realizó un Análisis de Frecuencias, para establecer la descripción de las características de los grupos: el grupo de mujeres en etapa climatérica tuvo una edad promedio de 46 años, el 93% de ellas fue casadas, el 76.7% dedicadas al hogar, en cuanto a su escolaridad el 30% con estudios de secundaria, el 26.7% cursó una carrera corta o comercial, las que terminaron el bachillerato o carrera son el 16.7% cada uno y el 10% solo tiene la primaria, en cuanto al número de hijos la mayoría tuvo de 2 a 4; En relación al grupo de mujeres histerectomizadas cuenta con una edad promedio de 42 años, el 96.7% fueron casadas, el 66% dedicadas al hogar, en relación a la escolaridad de estas mujeres tenemos que 30% unicamente con la primaria al igual que con una carrera, el 23.3% tuvo una carrera corta o comercial, el 13.3% tuvo la secundaria y el 3.3% el bachillerato, en cuanto al número de hijos el 66% tuvo 2 hijos. Además se realizó un Análisis de Varianza para cada una de las variables de la prueba respecto a las variables: edad, estado civil, escolaridad, ocupación y número de hijos, se encontró una diferencia estadísticamente significativa referente a la ocupación en relación con el área del Yo Social, las diferencias se encontraron entre el grupo de mujeres que trabajaba con una media de 75.50 y una desviación estandar de 6.89 y el grupo**

**de mujeres que se dedicaban al hogar con una media de 65.47 y una desviación estandar de 9.48, donde la frecuencia fue de 4.13 con una probabilidad de .02.**

## INTRODUCCIÓN

..

Desde la antigüedad a la mujer se le ha dado un lugar privilegiado dentro de la sociedad a partir de su primera menstruación debido al velo mágico que caracteriza la función reproductora.

Durante mucho tiempo el rol de la mujer ha sido limitado casi exclusivamente a la maternidad. Su función reproductora delinea su rol social, colorea su inserción cultural y define también significativamente su psiquismo. En el siglo XIX la mujer crecía bajo la convicción social de que, en tanto que producía sujetos, la mujer se producía a sí misma, creando con la maternidad la base de su subjetividad.

Freud, 1923; (citado en Burin, 1987), menciona que existe una valoración cultural según la cual ser fértil recibe una connotación positiva que efectiviza un posicionamiento en nuestra cultura que paradójicamente omite la condición enajenante de la propia fecundidad, determinada por un cuerpo que impone un dominio extranjero interior.

Por lo cual ante la inminencia de la cesación de la labor reproductora aparece en la mujer un vacío representacional respecto a otros lugares sociales que ahora pudiera ocupar, a la vez que se le impone un reordenamiento de los lugares psíquicos, que ocupaba hasta entonces, en especial el de la madre como modelo ideal.

Y aunque a través de las generaciones continúan estas concepciones, y aunque se han ido modificando, están tan arraigadas que en la actualidad siguen pesando social y culturalmente, tanto para los hombres (como pareja) como para ellas mismas.

Debido al significado e importancia que la mayoría de las mujeres siguen dando a la menstruación como signo de feminidad, madurez y fertilidad, así como el valor que tiene el útero como órgano reproductor, es probable que estos sean esenciales en la autovaloración como mujer. Y si social y culturalmente se le ha enseñado a la mujer que su principal función en la vida

es la procreación, al alterarse o suspenderse esta función debido a la naturaleza del organismo o por la pérdida del órgano, existe la tendencia a que repercuta en su autoconcepto.

La pérdida de la función reproductiva y sus repercusiones en la vida de la mujer es un fenómeno que se presenta con mucha frecuencia, en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Central Sur de alta especialidad de PEMEX, se ha podido observar que afecta de diferente manera la vida de la mujer el cese natural de la función reproductiva (climaterio), en el cual el organismo se va preparando de manera paulatina para la declinación de la vida reproductiva. Y la brusca interrupción de dicha función por medio quirúrgico (histerectomía), donde además de la aparición de una serie de síntomas, se sienten incompletas, devaluadas, creen que por perder el útero son menos mujeres y que como mujeres ya no pueden funcionar pues están “huecas”.

Síntomas tales como: Depresión, Irritabilidad, ansiedad, fatiga, inestabilidad emocional, cambios en el deseo sexual, llevan a estas mujeres a ser claramente demandantes; por tanto la asistencia a los servicios médicos es asidua, al grado que los ginecólogos se sienten desbordados por sus pacientes al no poder brindarles el tiempo que merece cada una de ellas.

Es por ello que se considera importante estudiar el autoconcepto en mujeres climatéricas y en mujeres histerectomizadas, ya que este se encuentra relacionado directamente con la identidad y el estado emocional de las mujeres.

Con el estudio planteado se pretende aportar un grano de arena, con nuevos datos acerca del fenómeno, así como intentar definir si en las mujeres histerectomizadas el autoconcepto se ve más afectado en comparación con el de las mujeres climatéricas, debido a que además de perder la función reproductiva, también están perdiendo un órgano de gran valor emocional para la mujer.

Es importante por ello, considerar el trabajo interdisciplinario, donde médicos y psicólogos trabajen de forma integral sobre el cuadro sintomatológico de estas mujeres, buscando tanto el bienestar físico como el emocional, ya que no solo es importante preservar la vida del individuo por más tiempo, sino también que sea más estable en cuanto al área social, familiar, de pareja y personal.

De esta forma se considera importante crear conciencia en los especialistas, sobre la necesidad de abrir un espacio de expresión, reflexión, y apoyo; donde puedan expresar y aclarar sus dudas, temores, sentimientos, y revisen que su valor como mujer no reside en tener o no un útero, ni en poder o no procrear hijos; espacio que pueda brindar apoyo psicológico, preoperatorio y post operatorio, para lograr una estabilidad en la vida de estas mujeres.

## *CAPITULO I*

### **CLIMATERIO**

El climaterio se define, como el período de tiempo que se extiende desde la madurez hasta la senectud. En esta etapa de transición de carácter involutivo, durante la cual desaparecen las menstruaciones, se pierde la capacidad reproductiva y tienen lugar ciertos cambios psicológicos, que se atribuyen a la disminución progresiva de la actividad de la función ovárica. Suele ubicarse a partir de los 45 años de edad y finaliza hacia los 65 años, edad que marca el comienzo de la senectud. Este proceso inicia más o menos 10 años antes de la menopausia y continúa muchos años después. Esto depende de cada mujer y de factores como su propio patrón hereditario de crecimiento y desarrollo, raciales, educativos y sociales.

El climaterio, al igual que la pubertad son situaciones que no se pueden considerar enfermedad, sino cambios fisiológicos. Lo que suele ocurrir con frecuencia es que, debido al proceso en sí se puede producir un equilibrio funcional inestable que lleve a desviaciones patológicas, lo que constituye el llamado síndrome climatérico.

Fuchs (1982) menciona que existen diferentes factores que influyen en la historia de cada mujer y que predecir la edad del climaterio y la menopausia resulta difícil. Sin embargo de acuerdo a las distribuciones de edades conocidas, existen posibilidades de que algunas mujeres puedan anticipar la continuación de sus ciclos menstruales y su capacidad de procrear hasta un período de la vida que pueda abarcar entre los 45 y 50 años. En cuanto a esta situación, "mujeres que han tenido un hijo muy tarde, después de los 40 años, tienen una menopausia más fácil, por que todavía mantienen consigo a su hijo, y siguen adelante con su papel maternal".

El significado de este periodo, así como la forma de afrontarlo varía mucho de una mujer a otra. Para algunas, llegar a esta etapa simplemente implica un cambio en el ritmo de sus vidas, y los efectos o síntomas que experimentan son mínimos. Para otras, las manifestaciones del climaterio son más fuertes, pronunciadas y aunque difíciles de superar, con el tiempo llegan a ser manejables. Para otras más, sin embargo, puede representar un cambio de características devastadoras, tanto en el plano físico como en el psicológico. (Vera. Z.K, 1999)

Además de las variaciones que se presentan en cuanto a la intensidad de los síntomas, también las hay en relación con la edad de aparición de la menopausia, la cual generalmente se sitúa entre los 40 y 55 años. En algunas mujeres sin embargo, puede comenzar más temprano (menopausia precoz). Se manifiesta con la pérdida de la secreción cíclica de estrógenos; el descenso de los estrógenos circulatorios que dan lugar a algunos síntomas específicos como los bochornos, mientras que el resto de los síntomas se deben a cambios fisiológicos, hormonales, factores psicológicos y emocionales. (De la Fuente, 1987)

Así mismo podemos decir que esta etapa tiene diferentes aspectos: familiar, marital, interpersonal, físico y cultural que son afrontados generalmente con pleno desconocimiento de la naturaleza del climaterio.

El climaterio es un período transicional, largo; viene a ser como el camino que se recorre desde la madurez, hasta la senilidad, como un repliegue de la actividad sexual que se despertó en la pubertad, el climaterio constituye todo período que precede, acompaña y sigue de la retirada de la menstruación.

Es durante este período que la mujer debe adaptar su vida sexual que había sido estimulada fisiológicamente por sus estrógenos, a otra vida sin ellos. La cantidad de estrógenos disminuye rápidamente y ya no secreta nada de progesterona después del último ciclo ovulatorio. (De Silva, 1989)

En 1980 el comité Científico de la Organización Mundial de la Salud definió al climaterio como un proceso que comprende un "período de trastorno de la función menstrual, hasta que se da la última menstruación", a la cual denominó premenopausia. La última menstruación se denomina menopausia. Y el siguiente lapso de tiempo hasta la completa extinción de la función de los ovarios se le denominó postmenopausia. (Krymskaya, 1991)

## FASES DEL CLIMATERIO

Habitualmente se utilizan indistintamente términos como menopausia y climaterio. El Comité Científico de la OMS, aconseja estas definiciones:

**Perimenopausia o climaterio:** Es un término que abarca desde el período inmediatamente anterior a la menopausia, cuando empiezan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y clínicas, que indican que se aproxima la menopausia, y dura como mínimo hasta el primer año siguiente a ésta. Es un concepto que abarca la transición de la edad fértil a la no fértil.

**Menopausia:** Es el cese permanentes de las menstruaciones como consecuencia de la pérdida de la función ovárica. Es la última regla y ocurre aproximadamente sobre los 50 años.

Postmenopausia establecida: Es el periodo que comienza a partir de la menopausia, pero no puede confirmarse hasta cumplir los siguientes 12 meses de amenorrea. Es un concepto que sólo puede delimitarse retrospectivamente. (Caballero 2006)

Al respecto De Silva (1989) cita al Dr. Marañón, el cual dividió el climaterio en tres fases:

Primera fase; Premenopáusica: en esta fase se presentan los fenómenos involutivos que preceden a la aparición de las primeras manifestaciones del climaterio. Aunque en esta fase la mujer no experimenta grandes cambios o alteraciones y permanece dentro de la normalidad, su actividad sexual empieza a decrecer desde el punto de vista del ciclo ovárico.

Así como la primera menstruación en la adolescente precede a la fertilidad y existe entre ambas un período de esterilidad fisiológica, al alejarse la mujer de la madurez sexual recorre en sentido inverso el mismo camino; por lo tanto en esta época la mujer comienza a ser estéril, en esta etapa el aparato genital y el organismo inician la decadencia de la actividad sexual, que comenzó en la pubertad, también con algunos ciclos anovulatorios. Esto se debe a que la producción de estrógenos por el ovario empieza a disminuir cuando el número de folículos primordiales se acerca a cero. Cuando la producción de estrógenos queda por debajo del valor crítico y ya no puede inhibir la producción de hormona folículo estimulante y hormona luteinizante en grado suficiente para provocar un ciclo oscilatorio. Como consecuencia se producen cantidades elevadas de hormona estimulante de los folículos y algo de luteinizante, a partir de este momento.

Mientras empieza el período de la pérdida de la función ovárica, ocurren cambios anatómicos en el ovario. Probablemente en un principio el ovario desprenda gametos anormales, como consecuencia de esto, no solo hay una alteración en la aparición del óvulo, sino también un cuerpo lúteo de pobre funcionamiento. El ovario se vuelve entonces resistente a las gonadotropinas y finalmente es relativamente deficiente en la producción de estrógenos.

Bruscamente el ovario empieza a perder masa y volumen y se torna algo más pequeño que durante los años reproductivos. Sin embargo hay evidencia de que el ovario tiene la capacidad para producir estrógeno en cantidades mínimas en la postmenopausia. Y aunque la menstruación, sigue presente en esta fase inicia la crisis sexual.

Segunda fase; Menopáusica, en esta fase se produce el cese de la menstruación, a partir de esto se pierde el equilibrio endocrino lo cual acompañará al declinar sexual; decae la secreción ovárica aunque no totalmente, y con mucha frecuencia aparece un desequilibrio en la producción de los estrógenos, en alguno casos disminuye y en otros casos aumenta.

En esta fase desaparece el cuerpo lúteo y la hormona que secreta (hormona folículo estimulante) y el ovario altera el ritmo de maduración de los folículos; con el ritmo menstrual y la cantidad de secreción de hormona estrogénica

culmina el cese de la menstruación, la cual se produce por la pérdida del ritmo de las secreciones hormonales.

Por tanto la causa de la menopausia (cese de los ciclos menstruales) es el agotamiento de los ovarios.

Tercera fase; Posmenopáusica, la mujer carece de menstruación (se considera que la mujer ha entrado a esta etapa una vez que se cumple un año desde la última menstruación). Aquí el ovario queda totalmente inactivo y en la mayor parte de las mujeres esto origina un descenso de actividad hormonal (estrógenos) ya que estos son producidos en cantidades subcríticas por cierto tiempo después de la menopausia, pero al cabo de unos pocos años, cuando los últimos folículos primordiales se vuelven atrésicos, la producción ovárica de estrógenos cae hasta cero.

Así que la actividad sexual no desaparece, se mantiene mientras dura la secreción de estrógenos y hasta que el endometrio deje de proliferar y las células vaginales ya no descaman. La fuente de estrógenos en la mujer posmenopáusica está relacionada principalmente a la secreción en el ovario y en la glándula suprarrenal. Este proceso puede prolongarse hasta la proximidad de la muerte.

A partir del momento en que cesa la secreción de estrógenos se puede considerar que el climaterio ha terminado y es entonces cuando la mujer entra en la senilidad. (Citado en De Silva, 1989).

Para Victoria y Maestre (2003) El climaterio es un proceso fisiológico que caracteriza la transición de la vida reproductiva a la no reproductiva de la mujer y los cambios que se producen son esencialmente neuroendocrinos y se divide en dos fases fundamentales:

Perimenopausia: desde los primeros síntomas hasta el cese definitivo de la menstruación.

Posmenopausia: tiempo posterior a la menopausia.

Definiendo la menopausia como un evento que se produce durante el climaterio y se define como la etapa de amenorrea, secundaria al fallo, por 12 meses sin interrupción.

Según Deutsch (1960); la edad del preclimaterio psicológico oscila entre los 40 y 50 años, sin importar que tenga o no-lugar la ovulación, para ella el climaterio se puede dividir en dos partes:

La Primera parte.- comprende los años en que la menstruación se perturba notablemente o se detiene, pero el aparato endocrino-sexual no ha detenido su funcionamiento. Aparecen trastornos vasomotores (oleadas de calor, sensaciones de vértigo y sudores). Todos "los síntomas subjetivos de este

período" se consideran como climatéricos, y se explican basándose en la modificación de la función glandular. Lo mismo puede decirse de los síntomas psicológicos que se presentan en esta época (insomnio, ansiedad, excitabilidad y depresiones).

En sí todo el curso del climaterio está determinado por la suspensión de la actividad ovárica, el resto de las funciones del sistema endocrino se desequilibra.

En esta fase puede continuar el brote de la actividad preclimatérica, pero se caracteriza por un aumento de la excitación sexual, por una capacidad sexual exagerada (según la situación de la mujer que se trate). Por una lucha más o menos vigorosa contra sensaciones, lo mismo que la pubertad.

La Segunda parte.- probablemente es paralela a la suspensión definitiva de toda vida en la parte del organismo formadora de gametos. La terminación de la menstruación indica que la ovulación ha cesado y que todo el aparato glandular ha interrumpido o disminuido su actividad. Los órganos sexuales se atrofian y el resto del cuerpo muestra gradualmente síntomas de envejecimiento. Es esta fase de la vida de la mujer la que se denomina menopausia, es un cambio de vida o "período crítico" y cualquiera que sea la influencia que pueda ejercer el cambio de la actividad hormonal sobre todo el cuadro psicósomático, no hay duda de que el gobierno de las reacciones psicológicas a la declinación orgánica es una de las tareas más difíciles de la vida de la mujer.

## SINDROME CLIMATERICO

El síndrome climatérico, es el nombre técnico para todos los síntomas asociados con la transición en los niveles hormonales sexuales durante un periodo largo (climaterio). Durante este período se producen cambios generales en todo el organismo y cambios locales en el aparato genital.

Este síndrome pertenece a lo que Comelles (1993) llama "síndromes delimitados culturalmente" ya que la mayoría de los trastornos observados no están totalmente definidos desde el punto de vista orgánico, sino que aparecen en contextos culturales específicos.

En algunas ocasiones el llamado síndrome climatérico se limita a un aumento de la intensidad de las manifestaciones climatéricas normales. Y es muy frecuente pues ocurre en 2 de cada 3 mujeres

En este período, cerca del 70% de las mujeres refieren una serie de síntomas y signos, a cuyo conjunto se le ha denominado síndrome climatérico, entre los que se encuentran un conjunto de síntomas o malestares pertenecientes a la

esfera psicosocial, que pueden estar condicionados por factores relacionados con el medio en que se desenvuelve la mujer y por factores condicionados por su carácter y personalidad. (Navarro, 1999)

Dentro de esta sintomatología, ocasionada por el déficit de estrógenos, podemos encontrar manifestaciones clínicas;

-A corto plazo: Alteraciones neurovegetativas con síntomas vasomotores de sofocos, sudoración, insomnio y parestesias. Estos síntomas aparecen aproximadamente en el 75% de las mujeres.

Alteraciones psicológicas: con bajo estado de ánimo, tendencia a la depresión y pérdida de memoria.

-A medio plazo: Aparecen consecuencias en los órganos y tejidos dependientes de la producción de estrógenos.

Alteraciones en el aparato genito-urinario: el déficit de estradiol produce una disminución en la turgencia tisular y la resistencia de tracción. Hay receptores de estrógenos en la vejiga, trigono y uretra así como en los músculos del suelo pélvico y en la vagina.

Los síntomas más evidentes son: incontinencia urinaria, urgencia miccional, infecciones de orina de repetición además de dispareunia por vaginitis atrófica.

-A largo plazo: Las patologías más frecuentes son; osteoporosis; enfermedades cardiovasculares que son la primera causa de muerte en las mujeres posmenopáusicas; alteraciones del Sistema Nervioso Central, como la disminución de las funciones cognitivas. (Caballero 2006)

Dichos síntomas que sufren algunas mujeres en el climaterio pueden depender de tres factores:

\*La pérdida de estrógenos y el grado en que esta ocurre.

\*Del estado psicológico del significado que la mujer le da a la menopausia.

\*Los factores sociales que rodean a la mujer y que constituyen su medio ambiente. (De Silva, 1989)

Dentro de los síntomas que se presentan con mayor frecuencia de acuerdo con lo reportado por las mujeres, y que consideramos son los trastornos más comunes e importantes que les aquejan a las mujeres en esta etapa.

Los Bochornos son tal vez uno de los síntomas más conocidos y que se presentan con mayor frecuencia. El 75% de las mujeres en esta etapa experimenta crisis de rubor o enrojecimiento que afecta especialmente el área de la cara, el cuello y el pecho, en los genitales, y en general en todo el cuerpo,

de igual manera se presentan "oleadas de calor" con incremento real de la temperatura del cuerpo (del orden de medio grado centígrado). Estos episodios suelen ocurrir acompañados de la sensación de presión en la cabeza, palpitaciones y aceleramiento del pulso. Estos efectos parecen deberse, en parte a la disminución en la producción de estrógenos, y en parte a la liberación, a partir del cerebro que ciertas hormonas que buscan, sin éxito estimular nuevamente la actividad ovárica ya pérdida. Cuando estos bochornos se presentan de día pueden inducir somnolencia y cuando son de noche facilitan el insomnio, angustia y cansancio. (Vera. Z.K, 1999)

La causa de estos, reside en una alteración de los vasos sanguíneos superficiales que por mecanismo nervioso, se llenan de sangre y provocan el aumento del calor local, después de estos experimentan una sudoración fría. En general la causa siempre es una mala regulación de los vasos sanguíneos que, al aumentar o disminuir la cantidad de sangre, se contraen o dilatan y, por ello, pasan a contener más o menos sangre, provocando la sensación de calor o frío respectivamente.

(De Silva, 1989)

Dentro de los cambios físicos, la mayoría de las mujeres, sino es que todas, observan diversos cambios atroficos en su aparato genital;

-La declinación en la producción de estrógenos se acompaña de una reducción de moco y una atrofia gradual de la vagina y la uretra. Esta disminución en la humedad vaginal predispone a la aparición de excoriaciones, que generan la aparición de infecciones y ocasionan dispareunia que hace imposible para la mujer tener relaciones sexuales. (Vera. Z.K, 1999)

-La Vulva se atrofia, disminuyen de tamaño los labios mayores y menores, los cuales son más evidentes en las mujeres delgadas, las rugosidades normales de la mucosa desaparecen, y pueden presentar rigidez en el introito vaginal.

-La Vagina también se atrofia y disminuye de tamaño (su diámetro es menor), pierde la elasticidad de sus paredes, se adelgaza su mucosa, desaparece su aspecto arrugado para hacerse liso y enrojecido, lo cual hace propicio las irritaciones y sangrados (llegando a provocar vaginitis y dispareunia)

-Los ligamentos del Útero y el Perineo pierden fuerza y se hacen más débiles (como relajados), hay una reducción marcada del miometrio. En esta época son frecuentes los prolapsos genitales o descensos hacia el exterior, que afectan al cuello uterino, el cual desciende hacia la vagina o al exterior. Es decir se pierde el tono muscular y las secreciones ováricas disminuyen.

El útero ya no menstrúa (en la menopausia) y se reduce de tamaño por atrofia; a veces por el contrario aumenta de volumen debido a procesos proliferativos como miomas o tumores de distintos tipos, o bien por alteraciones de la secreción hormonal (estos procesos son origen de muchas hemorragias genitales que obligan a extirpar el útero quirúrgicamente).

-El Cervix disminuye de tamaño, su orificio externo tiende a ser puntiforme y la unión escamo-columnar asciende al interior del conducto cervical. Hay un engrosamiento de su epitelio plano a expensas de las capas más superficiales que muestran hiperqueratosis (aumento de la keratina que produce dureza)

-Los Ovarios presentan envejecimiento vascular que comprende engrosamiento de los vasos sanguíneos a expensas del depósito de glucógeno y colágeno que hace que se observe disminuido.

-Las Trompas de Falopio se hacen más pequeñas y se atrofian.

De manera similar sufren atrofia la uretra y la vejiga, favoreciendo el desarrollo de cistitis y otras infecciones urinarias y hasta la incontinencia urinaria.

En general todas las partes del aparato genital se reducen y atrofian, además de esta involución en todo el aparato genital, se da un hiperestrónismo (aumento de los estrógenos) que constituye la causa de muchos de estos fenómenos.

Los genitales se encuentran congestionados, pletónicos de sangre lo cual ocasiona que se experimente una sensación de pesadez en el bajo vientre y dolores en toda la zona, así como aumento transitorio de las secreciones vulvares y vaginales. (De Silva, 1989; Benson, 1986; Vera, 1999)

De igual forma en las Glándulas Mamarias; existe regresión del tejido mamario durante y después de la menopausia, este cambio psicológicamente trastorna a algunas mujeres. (Judd, citado en Benson, 1986)

Por otra parte suelen presentarse también alteraciones en la piel y cabello; La piel se adelgaza y se reseca, lo cual produce comezón, refuerza las líneas de expresión y mayor formación de arrugas debido a que declina el contenido de colágeno, pues el estrógeno controla la cantidad de colágeno. Así mismo se registra una caída discreta de cabello, así como disminución del vello pubiano y de los brazos, apareciendo en cambio un aumento del vello del mentón y del labio superior. (Stoppard, 1988)

Uno de los cambios más importantes en esta etapa es la osteoporosis. Cuando la producción de hormonas por parte del ovario disminuye, también el efecto protector de los estrógenos sobre el hueso desaparece, haciendo que estos, especialmente la columna vertebral y las caderas pierdan consistencia y se hagan más propensos a sufrir fracturas. Durante los primeros años que siguen a la desaparición de la menstruación, la mujer comienza a perder entre el 1% y el 2% de la densidad de sus huesos. Así que, transcurridos 10 años de la menopausia, la consistencia del esqueleto de la mujer puede haber reducido entre un 10% y un 20%.

Por otra parte sin necesidad de que se produzcan fracturas, la osteoporosis puede ser la causa de la aparición de deformidades del esqueleto que pueden dar como resultado alteraciones de la postura, e inclusive reducción de la estatura normal del cuerpo femenino.

Esta complicación (osteoporosis) es quizá la que más perjudica la cantidad de vida de la mujer. Además de limitar profundamente su actividad física, la osteoporosis constituye una verdadera amenaza para la vida de la mujer posmenopáusicas.  
(Vera. Z.K, 1999)

## SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA

Como hemos podido ver el climaterio está determinado por el hecho de que la suspensión de la actividad ovárica y el resto de las funciones del sistema endocrino se desequilibran, las manifestaciones del climaterio dependen sin embargo mucho de la mujer de que se trate, de su edad, la brusquedad de la privación hormonal, la información que se tiene del climaterio, su cultura, su entorno familiar, social, relación de pareja, entre otros.

Los cambios que se producen durante el climaterio son esencialmente neuroendocrinos pero ellos, por sí solos, no pueden explicar los cambios en el nivel de bienestar psicológico de estas mujeres. En esta etapa particular de la vida y dada su condición social de la mujer se explica la influencia sobre el bienestar de un conjunto de factores externos como ambientales e internos como la personalidad, autoestima, aspiraciones, aunque está por determinar qué influencia pueden ejercer aquellos cambios neuroendocrinos sobre la esfera emocional, ya sea la cualidad de las emociones, su intensidad o su forma de expresión. (Victoria/Maestre, 2003)

Martire, Lynn y Cols (2000) reconocen que no existe un único factor determinante del bienestar subjetivo y reafirman su carácter multidimensional. Ellos apuntan el papel moderador de la cultura y la influencia personal sobre el bienestar subjetivo, la influencia del tipo de personalidad, en particular su tendencia a la adaptación a eventos negativos sin olvidar la influencia de otras variables demográficas como género y ocupación. (Citados en Victoria/Maestre, 2003)

De tal manera que no se puede hablar de que los síntomas se presentarán y los percibirán de la misma forma todas las mujeres. Por lo cual se debe pensar que estos síntomas físicos que acompañan al climaterio, rara vez ocurren sin influenciar las emociones y la personalidad de la mujer.

De Silva (1989), manifiesta que las alteraciones que realmente pueden originar problemas son las de carácter psíquico, pues suelen dar lugar a graves depresiones o inestabilidad emocional y las repercusiones que tienen en el ambiente social y familiar en ocasiones resultan difíciles de resolver. No obstante hay que tomar en cuenta la predisposición de ciertas mujeres, por su carácter o calidad de vida a experimentar con más intensidad semejantes alteraciones.

Al respecto Beauvoir (1981), nos dice que las molestias de la mujer no provienen tanto del cuerpo, como de la conciencia angustiada que de él adquiere. "El drama moral" por lo común se inicia antes que se hayan declarado los fenómenos fisiológicos y solo termina largo tiempo después de que han concluido; "mucho antes de la mutilación definitiva, se siente acosada por el horror a envejecer".

Para Carreño (1987), la mujer vive los cambios corporales y la sintomatología (característica de esta etapa) como una irrupción y como fruto de un proceso de ideas y símbolos con su diferente peso social, los cuales forman parte de un "registro imaginario" que produce "signos estereotipados" (mitos y creencias) inscritos ideológicamente en el psiquismo inconsciente, junto con las propias representaciones y al imaginario social que las incluye).

Por su parte Langer (1985) plantea la importancia que tiene la salud mental de la mujer antes de la menopausia, y explica que esto es un factor que determina los efectos que el climaterio pueda tener en la personalidad de la mujer. Dice que todo depende del tipo de intereses que la mujer tenga; si éstos se limitan al cuidado de los hijos y labores en el hogar, lo cual depende en gran parte de la presencia de los hijos en el hogar, pues cuando ellos faltan la mujer comienza a sentirse inútil y vacía, de esta forma todos los cuidados que centraban antes en la familia, comenzarán a centrarlos hipocondríacamente en su propio cuerpo. (citada en Burin, 1987)

Así mismo dice que la forma en que la mujer reacciona a la menopausia es como "un test" el cual indica si una mujer ha sido feliz o desgraciada en su vida (Langer, 1992)

Benedek (citada en Burin, 1987) afirma que las mujeres que logran la satisfacción de su maternidad, así como una satisfacción sexual, sufren muy pocos síntomas tanto físicos como psicológicos durante el climaterio.

Esta sintomatología psicológica quizás sería entendida como una depresión relacionada frecuentemente con el climaterio, debido a que la depresión afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; afecta la forma en que uno come, duerme, el deseo sexual, la opinión de uno mismo y el concepto de vida en general ( Dío. B.E, citada en Burin, 1987)

Existen dos hipótesis al respecto de las causas de la depresión en esta etapa:  
-las que la atribuyen a causas biológicas, como la deficiencia estrogénica (propia del climaterio)  
-y quienes más recientemente se han orientado a buscar una explicación en los factores psicosociales (que incluyen el rol de género).

El paralelismo biológico ha sido la primera explicación que se ha propuesto; según esto, la mayor frecuencia de los trastornos psicológicos y en especial depresivos en la mujer se explicaría por razones de naturaleza biológica. De

esta manera la deficiencia estrogénica sería la causa de los trastornos depresivos.

Este enfoque, abordado por médicos y psiquiatras, que haciendo abstracción de los aspectos sociales y culturales, tratan a las mujeres con terapias estrogénicas. Lo cual no se puede negar que es adecuado, pero no para todos los casos. Para algunas mujeres incluso es indispensable, debido al "efecto cascada"; que hace que a partir de ciertos síntomas (bochornos, sudores, atrofia vaginal), mejora el estado general de las mujeres. Sin embargo debe tenerse en cuenta que las depresiones en esta etapa, no solo están relacionadas con aspectos fisiológicos, sino también con aspectos psicológicos y culturales. (Adoración, 1994)

En cuanto a los factores psicosociales como causantes de la depresión; se mencionan antecedentes biográficos significativos asociados a la depresión (muerte de la madre a temprana edad, aislamiento social, más de dos hijos pequeños a cargo sin una "red de apoyo"). (Dío. B.E.1987)

Otros factores son los cambios como el envejecer sentir que se pierde la feminidad, inseguridad por sentirse poco atractivas, la muerte de una persona cercana; son aspectos que pueden generar estrés y depresión, los cuales se materializan en síntomas físicos y emocionales como: Agotamiento, insomnio, angustia, irritabilidad, sentimientos de inutilidad, soledad, entre otros. ( Vera. Z.K, 1999)

Por otro lado la mujer es preparada para vivir desempeñando un solo rol: el de ser madre; situación que la aísla de una vida social, para convertirse en ama de casa, en esta etapa los hijos ya son grandes y autónomos (algunos ya han abandonado el hogar) lo cual produce crisis en el rol materno. Un efecto es que las fuentes de reconocimiento y mantenimiento de la autoestima se reducen y cualquier problema es vivido como fracaso, y hay un riesgo para la aparición de algún tipo de enfermedad depresiva. Sobre todo en las clases sociales bajas con más de tres hijos. (Dío. B.E, 1987)

El aumento en la esperanza de vida y la presencia de hogares extendidos con integrantes de varias generaciones ha dado lugar, según algunos autores, a que las mujeres en este grupo de edades sean, frecuentemente, hijas madres y abuelas al mismo tiempo. La etapa del ciclo vital familiar más frecuentemente observadas en este rango de edades es el correspondiente al desmembramiento, los hijos se independizan del núcleo familiar. (Artiles 2001)

Esta situación familiar es descrita como el "síndrome del nido vacío". Esto ocurre cuando la mujer siente que el hogar está solo, que sus hijos crecieron e hicieron vida independiente y ella siente que ha perdido su papel protagónico socialmente. Las metas que hasta el momento habían sido el motor de su realización personal pueden verse frustradas, si sus intereses giraban solamente o de manera predominante sobre la atención a los hijos. Todo esto tiene una fuerte determinación cultural. En nuestra cultura se observa que el rol social de madre, está priorizado en la mayoría de las mujeres, por encima del

rol de trabajadora o de pareja, por lo que una frustración como la que impone “el nido vacío”, puede disminuir los niveles de bienestar de la mujer en esta etapa de la vida. El rol de mujer como madre se ve afectado cuando ella pierde la capacidad reproductora, unido a la partida de sus hijos del nido. Por eso ocurre un sentimiento predominante de pérdida. Aparece con mucha frecuencia cierto miedo a la edad y a las enfermedades que llegan con ella. (Victoria/Maestre, 2003)

Dío Bleichmar, aporta datos de un estudio en el que se investigaron algunos aspectos relacionados con el rol femenino (intimidad, cuidado de niños, habilidades culinarias, y manejo y arreglo del hogar), donde se demostró que los mínimos desacuerdos conyugales y críticas afectan la autoestima de la mujer y predisponen a la depresión. (citado en Adoración, 1994)

Así mismo, manifiesta que en la actualidad la depresión en el climaterio es cuestionada debido a que no existen datos que prueben que existen más mujeres depresivas en la menopausia, más bien muestra una disminución. Cuando la depresión se desencadena en la menopausia, los motivos precipitantes y el mayor o menor grado de los síntomas no se apartan de los que caracterizan a otras formas de depresión, no existen peculiaridades clínicas que permitan distinguirla de otras depresiones que se presentan en otras etapas de la vida, por lo que los factores biológicos como únicos causantes, es algo que empieza a cuestionarse para enfocarnos a los factores sociales. (Dío. B.E, 1987)

De esta manera se puede afirmar que cada vez se hace más necesario no hacer diagnósticos sobre la depresión en el climaterio, relacionados con factores solamente hormonales, si no más bien hacerlo de manera integral, relacionándolo con los aspectos psicológicos derivados de la situación social de la mujer. Y reconocer que estas depresiones solo pueden ser explicadas tomando en cuenta, el factor hormonal, psicológico y sociocultural. (Adoración, 1994)

Otra de las quejas más frecuentes que refieren las mujeres en esta etapa se relaciona con la Ansiedad e Irritabilidad. Algunas veces éstas alteraciones son debidas directamente a la reducción en la producción de estrógenos y otras veces se relacionan más con disturbios producidos en el sueño por las oleadas de calor y crisis de rubor.

El 20% de las mujeres en esta etapa climatérica sufren oleadas de calor severas e invalidantes disminuyendo el desempeño afectivo, social y laboral, cuya duración puede ser desde pocos segundos hasta una hora, su frecuencia varía desde varios episodios en una hora hasta intervalos de varios días de diferencia, lo cual provoca insomnio, nerviosismo, sensación de presión de la cabeza, palpitaciones y aceleramiento del pulso, lo cual ocasiona irritabilidad y ansiedad. Esto es ocasionado por la acción que ejerce la progesterona sobre el cerebro y el SNC, ya que influye sobre la temperatura del cuerpo. (Vera. Z.K, 1999)

De esta manera y al igual que en otros trastornos psicológicos; la ansiedad e irritabilidad solo son una manifestación de diversos síntomas que se presentan en esta etapa climatérica. Por lo que los factores causantes de esta sintomatología son de índole social, hormonal, psicológica y cultural.

Por su parte Kistner.R.W. concluyó en sus investigaciones que las quejas psicológicas de la mujer durante la menopausia no tienen un origen hormonal; no son debidos a una deficiencia estrogénica sino que ocurren como resultado de factores tales como la herencia, antecedentes físicos, patrones sociales, etc. La historia de un sujeto y su estilo de vida es probablemente más importante que los cambios endocrinos en la producción de síntomas psicológicos durante el climaterio. (citado en Ptak, 1983)

Tomando en cuenta las estadísticas: Mishara y Reidel (1986) afirmaron que el 40% de las mujeres no presentan síntoma alguno, solo el 10-15%, se sentirán molestas, y requerirán de consulta médica.

Por su parte, Stoppard (1988) refiere que el 75% y 80% de mujeres menopáusicas padecen uno o más síntomas, y otro 10% padecen síntomas muy severos y se ven por lo menos parcialmente incapacitadas.

Al respecto Robles (1991) menciona que entre el 25 y 35 % de las mujeres requieren atención médica.

Por su parte, Mazcure; Sorrel y Glazer (1988), reportan en un estudio realizado con 117 mujeres postmenopáusicas; que el 63% reportó síntomas vasomotores, el 60% trastornos del sueño, el 29% problemas de equilibrio, el 24% experimento entumecimiento, el 51% dificultades sensoriales; otros hallazgos de este estudio son que: el 58% reportan sentir debilidad, 53% problemas de memoria, el 48% problemas psicológicos y el 53% informó de molestias en la piel y dolores de articulaciones. Así mismo señalan que existen mujeres que no manifiestan síntomas somáticos o vasomotores en esta etapa y que no es posible predecir como será la experiencia menopáusica de cada mujer. Además afirman que el estado de salud durante toda la vida tiene repercusiones en este proceso. (citados en Adoración, 1994)

Por otro lado Benedek (1970) sostiene que la mujer adulta que logró una maternidad bien realizada y una gratificación sexual adecuada, llega al climaterio sin experimentar trastornos psicológicos o físicos, que le impidan disfrutar de relaciones afectivas con su compañero e hijos. Pues tendrá a su disposición energías que le facilitarán una nueva vinculación con su ambiente social.

El climaterio, así como la menopausia, al igual que la adolescencia y la infancia, esta llena de cambios físicos, psicológicos y sociales. Sin embargo con frecuencia se tiene la imagen de ser un período "especialmente difícil", pero en realidad corresponde a un conjunto de cambios predecibles y naturales.

Es común que todo cambio, lo desconocido y lo diferente despierte en nosotros algunos temores, haciendo presente o agravando algún tipo de sintomatología por lo cual es importante que la mujer conozca lo que sucede, ya que la mujer que conoce su propio cuerpo y su mente descartará ideas equivocadas que frecuentemente se tienen en esta etapa, de esta forma vivirá esta fase como un proceso natural, sin pensar que al llegar a la menopausia el mundo comienza a derrumbarse. (Vera. Z.K, 1999)

Cuando la mujer pierde la menstruación puede entrar en una etapa de crisis ya que analizando la relación existente entre la menstruación, feminidad, maternidad y capacidad sexual, no es difícil afirmar que algunas mujeres al entrar en la etapa del climaterio sientan que han perdido feminidad y la capacidad para tener una vida sexual normal. (Weideger, 1979)

Thirriet (1991), dice que las mujeres en la mediana edad sufren debido a las heridas narcisísticas, ante las evidentes modificaciones del cuerpo y el alejamiento de los ideales de belleza y juventud, y enfatiza que “estas serán más o menos perturbadoras según el grado de firmeza del self”.

Nos dice que lo que daña el narcisismo de la mujer es el miedo a comprobar la devaluación social y física. (citados en Arroyo/ Hernández, 1995)

Helene Deutsch (1960) (siguiendo la teoría psicoanalítica de Freud quien llamó a la pubertad la segunda edición del período infantil), afirma que en el climaterio encontramos la tercera edición y se descubre que el curso de los años tan sólo ha tenido lugar una reagrupación; la relación original jamás dominada con los padres se reaviva ahora con respecto a los hijos.

Manifiesta que esta “segunda pubertad” se caracteriza por “toda clase de rarezas de la conducta, que aunque en la mujer vieja se ve cómico, su significación profunda es más bien trágica”, por lo cual denomina al climaterio “edad peligrosa”.

Deutsch; las “rarezas de la conducta” que aparecen en esta etapa son:

- La aparición de ideas hipocondríacas más o menos evidentes que la mayoría de los casos se refieren a los órganos genitales, y lo que antes era fuente de vida ahora en los temores hipocondríacos constituye un crecimiento maligno (tumores), psicológicamente esto expresa la desvalorización del órgano vital, de la destrucción de su función.
- La mujer con una vida erótica rica y cálida utiliza el impulso; aprovechando sus dones eróticos hasta el fin, por el contrario “las viejas ridículas” lo hacen con pánico para negar la pérdida que no pueden impedir.
- La mujer cuya vida ha sido llena de encanto femenino permanecerá joven y hermosa durante más tiempo. Estas mujeres poseen un cosmético psíquico, en una forma de narcisismo femenino. Como afirma Freud “el amor así mismo es quizá el secreto de la belleza”. Recursos que otras mujeres intentan remplazar con maquillaje, masajes y ropas juveniles.

- Las mujeres erótico-femeninas aceptan lo inevitable con mayor dignidad y calma que las solteras, frías; muchas veces frustradas, cuyo temor ante la pérdida expresa su indignación de que su feminidad se haya frustrado.
- Las mujeres que son buenas observadoras de sí mismas refieren que al enfrentarse con el climaterio, experimentan una especie de despersonalización, un desdoblamiento en el que se sienten simultáneamente jóvenes y viejas.
- Las narcisistas cuya belleza parece el centro de su existencia, el amor así mismas, les proporciona una defensa frente a esta situación. Antes de que sean sorprendidas por el desastre, lo evitan gradualmente dirigiéndose a una ocupación que posteriormente les proporcionará un sustitutivo satisfactorio.
- Para la mujer maternal el trauma de la pérdida de la capacidad para la reproducción es más profundo y más importante que la mortificación narcisista de ver desvanecerse la belleza y la juventud.
- Otras mujeres en un intento de fortificar su autoconfianza perturbada por la mortificación narcisista del climaterio, evitan la vida social, pues les recuerda la triste realidad.
- Algunas se entregan a una forma de vida ascética, a autosacrificios filantrópicos o a la devoción religiosa.

En cuanto a su relación con su propio sexo, nos dice, que la homosexualidad sublimada es sometida a las mismas pruebas que en la pubertad; el “pánico homosexual” es frecuente y como consecuencia de la temerosa reacción a un peligro inconsciente, la mujer rompe antiguas amistades, debido a sus ideas paranoides que se intensifican por la homosexualidad antes latente. Deutsch, nos dice que las reacciones psíquicas al climaterio dependen también del centro de la mujer y de su propia opinión acerca de la significación real de su existencia.

Simone de Beauvoir (1981) coincide con las interpretaciones que hace Deutsch acerca del climaterio, denomina al climaterio de igual forma (la edad peligrosa), la cual nos dice, se caracteriza por algunos disturbios orgánicos, a los que les da su importancia el valor simbólico que revisten. Es decir, los malestares de la mujer provienen tanto del cuerpo como de la conciencia angustiada que de él adquiere.

Este “drama moral” inicia antes que se hayan declarado los fenómenos fisiológicos y sólo termina largo tiempo después de que han concluido. Esta crisis es experimentada de diferente manera en las mujeres

Por su parte Mabel Burin llama a la etapa climatérica "la crisis de la mediana edad". Dice que lo que entra en crisis fundamentalmente es la concepción que ella tiene de sí misma, ligada a las multideterminaciones que hasta ese momento habían organizado su noción de identidad.

Esta crisis según Burin, asume 2 características;

\*El sentimiento prevaleciente es el de pena y dolor por la pérdida. En psicopatología éste es el modelo que tradicionalmente se ha utilizado para describir la crisis de la edad mediana de la vida como una etapa depresiva.

\*El usar este estado de reorganización psíquica para plantearse sus propias contradicciones, lo cual llevaría a la mujer a una situación de reflexión y de juicio crítico acerca de las facilitaciones o dificultades que encuentra en este periodo de reubicación. Este es el sentido del término "sujeto críticante".

Para esta autora, la mujer en esta etapa experimenta un sentimiento de injusticia, el cual configura como motor de la crisis, así como en su temprana infancia y luego en la adolescencia; lo fueron los sentimientos de rebeldía u oposición que se configuraron como puntos de partida para la gestación del pensamiento crítico y que son los que se resignifican en la crisis de la mediana edad.

Dice que esta etapa se vive en términos de pérdida (de juventud, vigor, belleza, capacidad de procreación, rol materno). Todo esto conlleva a la idea de que la parte más importante de la vida de la mujer está terminada. La mediana edad puede ser el comienzo de una vida en que la mujer está más libre de las exigencias de roles y lugares sociales para ella; cuando se vuelve disponible el tiempo y la oportunidad para la exploración de sí misma y de sus relaciones con un mundo cambiante y en expansión se siente menos obligada por la necesidad de poner a los otros primero y así misma en segundo lugar, cuando cambia la percepción de lo que podría constituirse como atractivo en la vida de una mujer: autonomía, autoconfianza, sentimiento creciente de libertad interior, creatividad, cualidades que muchas mujeres podrían alcanzar recién en la madurez.

Y afirma que las mujeres siempre han tenido buenas razones para temer el paso de los años, pues sus cualidades más valoradas socialmente, tales como su capacidad de atractivo sexual, para tener hijos y criarlos, están expresados en el contexto de juventud, que tiene los atributos de belleza física y la fertilidad. Y a medida que los años van pasando, se vuelve menos atractiva físicamente y sus funciones maternas son cada vez menos relevantes. Se puede decir que la función reproductiva de la mujer, delinea su rol social, colorea su inserción cultural y define también significativamente su psiquismo. (Burin, 1987)

Para Emilce Dío Bleichmar (1987), el ingreso de la mujer a la etapa climatérica crea una inestabilidad en las representaciones que conforman la identidad de género femenino, cuya estructura ésta articulada, evaluada y significada por el "sistema narcisista del sujeto". Así como el ejercicio del rol que conforma el ideal del Yo femenino primario el cual ha constituido el eje central de sus vidas, durante el "procesamiento" de este nuevo ciclo.

Nos dice que las mujeres climatéricas en crisis se disponen como sujetos psíquicos cuestionantes frente a la estructura socio-cultural que las define y ubica simbólicamente. Desde esta posición crítica y cuestionante estarían demandadas a cumplir con una función ligada a la construcción de modelos diferentes en los cuales debe sostenerse frente a la carencia de modelos o ideales suficientemente narcisizados y narcisizables para este ciclo, en el cual

queda inoperante el paradigma maternal como ideal constitutivo de la identidad femenina. (Díó. B.E, 1987)

Para Dolly Carreño (1987), el ciclo climatérico constituye una constelación de conductas que se establecen aproximadamente cuando cesa definitivamente la capacidad reproductiva, generando en la mujer según la autora una "crisis vital" la cual conduce a una reorganización de la identidad femenina.

Agrega que las cuestiones que se deben tomar en cuenta son los valores y leyes que están implícitos en el marco sociocultural, sobre los cuales la mujer sostiene su identidad femenina, los "presupuestos narcisísticos" puestos en juego, "la descatectización y la nueva catectización" a partir del juego de pulsiones predominantes así como la reorganización de la identidad.

Por su parte Mary Langer nos habla del climaterio como un "hecho biológico" en el cual hay una gran pérdida, la cual coloca a la mujer bajo su sombra. Nos dice que la finalización de lo que potencialmente habilitaba a la mujer para la reproducción biológica, acarrea la sensación tangible de una "micro muerte", que no es más que una de las muertes ligadas al propio organismo, que constituye a proyectar un imaginario del cuerpo femenino con atributos de seco, yermo y roto. Se insinúa un proceso que determina la pérdida de atributos propios de la edad joven, lo cual provoca la imagen de desvitalización corporal. (citada en Burin, 1987)

Luce Irigaray, nos dice que ante la inminente cesación de la labor reproductiva, aparece en la mujer un vacío representacional respecto de que ocupara otros lugares sociales, a la vez que se le impone un reordenamiento de los lugares psíquicos, que ocupaba hasta entonces, especialmente el de madre, como modelo ideal. (citada en Burin, 1987)

Therese Benedek señala que en esta etapa la situación de vida se hace compleja y exigente (los hijos se van de casa, la situación de pareja cambia, al igual las necesidades sexuales de la pareja), cuando una mujer no puede emparentar con estas dificultades, como lo había hecho en el pasado, "su ego entraña respuestas emocionales que la amenazan". Sin embargo la reacción de cada mujer a su menopausia, esta determinada por su historia individual y por la reacción que el entorno social observa frente a la mujer madura.

Afirma que, las mujeres que logran la satisfacción de su maternidad, así como una satisfacción sexual, sufren muy pocos síntomas tanto físicos como psicológicos durante el climaterio. (citada en Burin, 1987)

En cuanto a la influencia de la vida laboral en esta etapa de la mujer, constituye una fuente importante de gratificaciones, relaciones sociales positivas y sentido de identidad. Y tiene gran influencia en la satisfacción y bienestar de las mujeres. La proximidad de la edad de jubilación puede constituir una situación estresante ante la cual la mujer deberá movilizar sus recursos de afrontamiento. También brinda a la mujer oportunidades para la realización personal. (Maestre 2001)

Maestre (2001) estudió un grupo de mujeres climatéricas que trabajaba, con otro grupo similar que no trabajaba y encontró que el hecho de vincularse o no a la actividad laboral, no influía sobre las manifestaciones del síndrome climatérico. Por otra parte, esta autora señala que el nivel sociocultural sí parece influir en dichas manifestaciones, pues las mujeres de más alto nivel poseían un concepto positivo de la menopausia.

En relación a la influencia sociocultural y familiar sobre el síndrome climatérico, está también condicionada por variables de personalidad, tales como las metas y las habilidades de afrontamiento. (Victoria/Maestre, 2003)

## SEXUALIDAD EN EL CLIMATERIO

En esta etapa el comportamiento sexual, sufre algunos cambios ocasionados por la presencia de sequedad vaginal, la presencia de prolapso, la aparición de las enfermedades crónicas a las que se hizo referencia, así como por disfunciones en la relación de pareja. En esta etapa es frecuente observar una disminución de la libido, dispareunia y anorgasmia, en mujeres que no tenían dificultades en el área sexual. (Despaigne, 1999)

La sexualidad es un concepto que va más allá de la genitalidad, de lo biológico, para incluir además los aspectos psicológicos (sentimientos, pensamientos, emociones, experiencias, placer, fantasías) y los socioculturales (normas, valores, religión). Entendiendo que en el comportamiento sexual, la expresión de la sexualidad humana, debe comprender una visión integral del ser humano.

Se destaca el aspecto de la sexualidad, en tanto no se trata simplemente de los aspectos coitales o reproductivos, sino que tiene que ver con la personalidad global de los sujetos en interacción en un ambiente sociocultural determinado. (Barrio, 1993, citado en Adoración, 1994)

La sexualidad de la mujer ha sido relacionada simplemente con la procreación, de manera que al suspenderse la función reproductiva la sexualidad se cree acabada. (Vera. Z.K, 1999)

Thiriet (1991), menciona que las ideas que la sociedad maneja respecto a la sexualidad en la edad madura, son negativas, incluyendo con esto a la gente que se encuentra en la "mediana edad y más allá", de la posibilidad del disfrute de una sexualidad plena.

Fuchs (1979), nos dice que es difícil evaluar que papel desempeña la cultura en perjuicio de una sexualidad femenina, que se manifiesta mediante inhibiciones que sólo pueden ser vencidas por medio de la experiencia, cuando

la mujer alcanza los 30-40 años, lejos de estar cansada, experimenta un gran resurgimiento de su interés y práctica sexual.

La mayoría de los autores revisados, manifiestan que la sexualidad en este período es el reflejo de la que se ha mantenido a lo largo de la vida. (Arroyo; Hernández, 1995)

Así mismo afirma que la sexualidad femenina no decae precipitadamente con la madurez, sino que por el contrario, parece aumentar en intensidad a partir de los 35 años, hasta los 40's.

Asegura que " la mujer como el vino, aumenta su goce y su habilidad sexual". En esta época, cuando los hijos han crecido y abandonan el hogar, se produce un renacimiento del interés sexual y de la actividad entre marido y mujer.

Deutsch (1960) menciona que esta época se caracteriza por un aumento de la excitación sexual, por la capacidad sexual exagerada (y según de la mujer de que se trate) y por una lucha más o menos vigorosa contra esto, al igual que en la pubertad.

Por su parte y reforzando lo mencionado, De Silva (1989), afirma que el apetito sexual puede aumentar en la fase premenopáusica, incrementándose también la libido o deseo sexual, influyendo en ella la sensación que se experimenta de que el amor esta en su ultima fase, que está terminando, así como la tranquilidad de saber que no existe el peligro de embarazo. Después este deseo declinará lentamente hasta que desaparece poco a poco, según los casos.

Masters y Johonson (en el vínculo del placer), informan que los años no imponen un límite a la sexualidad femenina y hablan de una capacidad sexual importante y una actividad sexual eficaz en la mujer entre los 40 y 78 años. Sus significativos trabajos desmienten la noción mitológica de que la satisfacción en el coito decrezca, por razones físicas o fisiológicas, luego de una menopausia normal. Si se presenta un marcado menoscabo de la satisfacción, esto se debe a ciertos factores emocionales o es el resultado de una profecía que dice que así ha de suceder y que se cumple por sí misma.

Por otro lado dicen que el grado de lubricación de la vagina puede disminuir en algunas mujeres, la vagina puede volverse menos elástica, pero esto casi nunca interfiere con el placer sexual.

Afirman que el coito regular y continuado ayuda a mantener la juventud de la vagina y que las que continúan sus actividades sexuales tienen vaginas que no se retraen demasiado, que mantienen una buena lubricación y que los orgasmos siguen siendo óptimos. (citados en Fuchs, 1979)

Por otro lado al presentarse cambios atróficos en el cuello uterino, éste se reduce en tamaño y hay disminución de moco cervical, la vagina se vuelve más seca y esto puede producir dispareunia (dolor durante el coito), lo cual puede

ocasionar que las relaciones sexuales se terminen. (Judd, citado en Benson, 1986)

De esta manera y aunque la menopausia no significa el fin de la sexualidad femenina, para muchas mujeres de nuestra cultura y de otras, el final de la capacidad reproductiva se asocia directamente con el final de la feminidad y frecuentemente, con el final de la sexualidad

## ENDOCRINOLOGIA DEL CLIMATERIO

La endocrinología estudia las secreciones o sustancias que las glándulas secretan y vierten a la sangre. En el caso de la actividad sexual, se trata de las hormonas relacionadas con ésta y se consideró importante ver lo que ocurre con ellas durante el período del climaterio.

Como ya hemos visto, durante el climaterio en las mujeres se da un reajuste hormonal de modo más o menos repentino, en el que la producción de hormonas disminuye lentamente de un modo casi imperceptible. La mujer pasa por un "momento crítico" en el que se dan cambios a los que ha de adaptarse poco a poco (en un tiempo relativamente corto).

El climaterio se caracteriza por la reducción progresiva de la secreción de hormonas ováricas e incremento de las gonadotropinas hipofisarias. En general en este fenómeno intervienen las glándulas más importantes del organismo: la hipófisis, los ovarios, las suprarrenales y la tiroides. Las cuales influyen su fondo psíquico, afectivo y emocional. (De Silva, 1989)

Las crisis endocrinas que regulan toda la vida de la mujer, desde la pubertad hasta la menopausia (pasando por el embarazo, parto y puerperio), así como su constitución orgánica y su situación frente a la vida y la sociedad, hacen de la mujer un ser básicamente generativo. (Ptak, 1983)

Pero lo más decisivo es la influencia del ovario, que disminuye sus funciones de secreción y no ovula más. En estos momentos, ya no responde a los estímulos que le envía la hipófisis para que funcione como antes. Esto no significa que deje de pronto, de funcionar, sino que involuciona gradualmente dentro de un tiempo más o menos corto según cada mujer. Los ciclos ya no son normales; los óvulos pueden madurar o no, pero ya no salen hacia las trompas de Falopio, es decir; su comportamiento ha dejado de ser normal.

La hipófisis sigue mandando estímulos para que el ovario responda, lo cual significa que esta funciona normalmente, al cabo de cierto tiempo en que estimula al ovario y éste no responde, la hipófisis aumenta su secreción para provocar la respuesta, incluso no solo estimula al ovario, sino también a las glándulas suprarrenales y a la tiroides, para que estas glándulas segreguen sus

hormonas y así actúen sobre los ovarios. Pero como esto ya no es posible, en esta época las mujeres están predispuestas a padecer diabetes, o bien hipertiroidismo, debido al aumento de la función de las glándulas suprarrenales y a la tiroidea. Además debido a esta hiperfunción tiroidea, la mujer tiene mayor nerviosismo y excitabilidad. Sin embargo, este proceso no es total, pues, de lo contrario, la mujer se encontraría cada vez peor.

Así que para contrarrestar esto, el propio organismo desarrolla un nuevo mecanismo que contrarresta estos fenómenos y salva lo mejor posible este período difícil. Este mecanismo consiste en la secreción de estrógenos, hormona que frena la hipófisis y detiene el aumento de su secreción, con lo que consigue una regulación endocrina.

Podríamos comparar el organismo humano con una máquina automática que se regula aumentando unas secreciones o disminuyendo otras, según los momentos y necesidades.

La glándula suprarrenal tiene gran importancia en el climaterio, pues secreta estrógenos, sustituyendo al ovario o colaborando con éste, que ya no puede secretar igual que antes.

Esto es muy importante pues de esta forma se logra frenar la hipófisis y recuperar el equilibrio perdido. (De Silva, 1989)

De esta manera el climaterio es considerado como la reestructuración de los centros hipotalámicos que regulan la secreción de las hormonas gonadotróficas con el consiguiente trastorno de la producción cíclica de hormonas gonadotropinas y en el ovario con el cese de la ovulación y la función reproductora. ( Krymskaya, 1991)

Dicha reestructuración, tiene lugar en las secciones superiores del SNC, en el sistema hipotálamo- hipófisis - ovarios- útero. (Baranov, 1983)

La reestructuración se detecta en las mujeres mucho antes del inicio de los trastornos de la función menstrual. Este proceso se manifiesta a partir de los 35-40 años y se asocia a las perturbaciones del metabolismo de los hidrocarburos, los lípidos, las proteínas, el aumento de la masa corporal, el cambio del nivel de la presión arterial y la función del sistema cardiovascular, entre otros.

Este proceso se inicia en la región hipotalámica, extendiéndose a la hipófisis y los ovarios. El climaterio es un proceso involutivo que se origina en los centros hipotalámicos superiores, esto quiere decir que no es un proceso autónomo ya que está relacionado con otras estructuras del S.N a las cuales influye también.

Los cambios en la hipófisis en esta etapa se caracterizan por el trastorno de la secreción cíclica de las hormonas gonadotróficas. Aumenta la secreción de la hormona folículo estimulante y disminuye la hormona luteinizante.

Estos cambios se inician mucho tiempo antes de la menopausia y continúan después de terminada la función hormonal de los ovarios.

Como consecuencia del trastorno de la función gonadotrófica cíclica de la hipófisis el ovario disminuye la producción de estrógenos, poco a poco cesa la maduración de óvulos y los folículos de los ovarios empiezan a atrofiarse, lo cual suprime los cambios secretores en el endometrio, lo cual explica la suspensión de la menstruación.

Y aunque la producción de estrógenos disminuye durante el climaterio no llega nunca a desaparecer por completo. Sin embargo los ovarios conservan la capacidad de secretar androstenodiona (relacionada con el deseo sexual), la cual también es producida por las glándulas suprarrenales.

Debido a que el hipotálamo sirve de regulador en la función gonadotrófica y otras funciones tróficas de la hipófisis, así como de eslabón central de la integración de los procesos vegetativos, los cambios que se producen en el climaterio provocan perturbaciones metabólicas, endocrinas, vaso vegetativas y tróficas. (Adoración, 1994)

## FISIOLOGIA DEL CLIMATERIO

Consideramos importante conocer la forma en que funciona el organismo de la mujer en esta etapa climatérica, así como la forma en que se dan los fenómenos de la vida, para comprender los procesos y actividades que tienen lugar en el organismo.

Para ello recorreremos brevemente el funcionamiento del organismo de la mujer y los cambios que se dan al entrar en las diferentes etapas de su vida.

Iniciaremos con la ovogénesis, la cual comienza alrededor de la tercera semana de gestación en el embrión humano; a las 20 semanas de gestación, se calcula que los ovarios fetales contienen aproximadamente 7 millones de ovocitos (los cuales a partir de este momento y hasta la menopausia disminuirán a ritmos variables); a los 7 meses de gestación se dejan de formar los ovocitos, y al nacimiento existen aproximadamente 2 millones de ellos. (Judd, citado en Benson, 1986)

Cuando la mujer llega a la menarca se calcula que esta provista de 380 000 ovocitos (huevos inmaduros) que están dentro de los folículos ováricos, estos folículos están contenidos en glándulas con forma de almendra; son los ovarios, los cuales son uno de los componentes más importantes del sistema genital femenino.

En el transcurso de los años reproductivos, con la llegada de cada ciclo menstrual uno o más folículos maduran y expelen un huevo maduro, dando

lugar a la ovulación (los demás huevos contenidos en el folículo, se desarrollan solo para sufrir atresia). (Jones; Colston; Burnelt, 1991)

La liberación del huevo maduro (óvulo) tiene lugar, por lo general, entre el 14 o 15 día del ciclo menstrual. Por lo tanto se observa una disminución general del número de folículos que contienen ovocitos, mientras que ocurre un aumento relativo en la cantidad de estroma ovárico.

## CICLO MENSTRUAL

La Primera Fase del ciclo comienza el primer día de sangrado menstrual, es conocida como la fase estrogénica o folicular y se caracteriza por un predominio en la producción de estrógenos. Durante este período el óvulo, que es la célula de la reproducción, va creciendo y madurando lentamente dentro del ovario, preparándose para ser expulsado aproximadamente en el día 14. Esta expulsión del óvulo hacia la trompa, que ocurre en la mitad del ciclo, es el fenómeno conocido como ovulación.

Por otra parte, los estrógenos promueven la proliferación de las células de la capa interna del útero, conocida como endometrio. Así, este se prepara para recibir al óvulo en el momento en que sea expulsado del ovario.

Una vez que ha culminado esta primera fase, el óvulo se podrá implantar en el endometrio, siempre y cuando se produzca la fecundación por parte de un espermatozoide. Si ésta no tiene lugar, el óvulo muere unos dos o tres días después de haber salido del ovario abandonando el aparato genital a través de las secreciones vaginales normales, en las cuales se encuentra inmerso.

Después de que se cumple la ovulación, la producción de estrógenos disminuye y el ovario comienza a aumentar la producción de la progesterona, la hormona que predomina en la Segunda Fase del ciclo menstrual. En este segundo período el endometrio aumenta todavía más su espesor, y el número y tamaño de los vasos sanguíneos que lo nutren se incrementa de manera notable.

Hacia el día 25 del ciclo, la producción de progesterona empieza a decaer y los efectos de la hormona sobre el útero ya no son tan evidentes. Así, hacia el día 28, cuando ya prácticamente ha desaparecido la progesterona, el útero es incapaz de mantener por sí solo la nutrición de su capacidad interna, ya bastante gruesa y llena de vasos sanguíneos. Entonces tiene lugar la caída de las células del endometrio y la descarga de la sangre contenida en sus pequeñas arterias y venas.

De esta manera se produce el flujo menstrual, dando comienzo a un nuevo ciclo en el que se repetirán los procesos de maduración y expulsión del óvulo, así como la proliferación, crecimiento y desprendimiento o pérdida del endometrio o capa interna de la matriz. (Vera. Z.K, 1999)

El folículo ovárico tiene otra función además de la de producir el huevo maduro, y es la de elaborar estrógeno y progesterona, sustancias que, entre otras actividades, preparan la pared del útero para alimento y la protección del óvulo fecundado, si se llegase a dar la fecundación. (Jones; Colston; Burnelt, 1991)

## MEDIANA EDAD DE LA MUJER

Poco después de los 35 años de edad el ovario disminuye de tamaño y peso y contiene menos ovocitos y estructuras foliculares y más folículos atrésicos en generación. Esta pérdida de ovocitos y folículos al final provoca una disminución gradual de los estrógenos y de la inhibina.

Varios años antes de la menopausia la inhibina disminuida provoca elevación de la hormona folículo estimulante que es la primera señal de laboratorio de la perimenopausia.

Conforme se reduce el número de folículos, la producción estrogénica disminuye, y al alcanzar cifras que no son compatibles con la concentración máxima de hormona luteinizante la ovulación cesa, ó con más frecuencia, se torna irregular. De esta forma al cesar por completo la ovulación, la hormona luteinizante se eleva y provoca la menopausia. (Jones; Colston; Burnelet, 1991)

Aparte de la disminución de la cantidad de estrógenos producidos por el folículo ovárico; hay un descenso de secreción tanto de estrógeno, como de progesterona del cuerpo lúteo (el cual se forma en el ovario y secreta hormona). (Fuchs, 1979)

Para Brenner (1988), la menopausia ocurre por 2 procesos;

\*Los ovocitos que responden a las gonadotropinas, desaparecen del ovario como óvulos maduros y son liberados, de tal manera que el sistema reproductor asegura la posibilidad de concepción.

\* Los ovocitos restantes, que no responden a la gonadotropinas, permanecen en los ovarios mostrando un grado limitado de desarrollo

Como hemos visto los diversos síntomas orgánicos típicos del climaterio adquieren, un significado psicológico secundario y a la inversa, estos síntomas están también determinados por factores psicológicos. Por tanto podemos afirmar que el climaterio es una etapa en la cual hay tantos cambios físicos, cambios psicológicos, como cambios sociales. Los cuales no se pueden explicar fácilmente pues cada mujer los vivirá y afrontara de manera diferente, como lo hizo en etapas anteriores (infancia, adolescencia, maternidad), de

acuerdo a su propia personalidad, su ambiente social y cultural, su relación de pareja, su entorno familiar, sus satisfacciones personales.

Todo esto hace de la etapa un momento muy importante en la vida de la mujer, y se considera importante para los profesionales de la salud, comprenderlo para que de esta manera se pueda abordar e intervenir de una forma integral.

## *CAPITULO II*

### **HISTERECTOMÍA**

#### MENOPAUSIA ARTIFICIAL.

En el capítulo anterior hablamos del climaterio y la menopausia natural (fisiológica), pero también existe un tipo de menopausia que es denominada menopausia artificial o menopausia quirúrgica; la cual tiene por origen una intervención quirúrgica en la cual se extrae el útero o los ovarios y el útero.

El climaterio artificial tiene por origen una intervención quirúrgica; si se extrae el útero y no se destruye la circulación sanguínea, al menos en uno de los ovarios, el funcionamiento de estos no se altera hasta la menopausia

Pero si se tienen que extraer los dos ovarios, aunque no se suprima el útero, el problema es importante, puesto que la mujer que está menstruando deja de hacerlo bruscamente y se presenta el climaterio con molestias muy acentuadas, a las que la mujer no está acostumbrada, pues se producen extemporáneamente y de una forma brusca.

En este tipo de climaterio los síntomas suelen intensificarse durante los primeros cuatro meses y duran aproximadamente hasta los 24 meses después de la operación. Así pues el climaterio artificial o quirúrgico presenta más problemas que el natural puesto que la influencia de los ovarios se ve suprimida de golpe y no de forma gradual, como ocurre en los casos normales (De Silva, 1989)

Para Stoppar (1989) el útero sólo sirve para la función procreativa y fuera de esto no es más que un órgano de desecho. Se basa en el razonamiento de que si una mujer de 35 o 40 años tiene un órgano que es propenso a la enfermedad y para poco o ningún uso, puede y debe ser extirpado.

Por el contrario se opina que la histerectomía (HTA) es una intervención quirúrgica en donde se extirpa un órgano de gran importancia para la

reproducción y complementaria para la integración psico- biológica en la mujer, con un gran significado desde el punto de vista emocional, conyugal y social. (Ahued, 1984)

Para la mujer, la menstruación, no sólo es un signo de madurez, es también una experiencia llena de ansiedad y desilusiones. La repentina terminación de la menstruación puede tener la misma significación para la mujer. (Dutsch, 1952)

La HTA ha sido considerada como responsable de varias secuelas psicológicas en el periodo post operatorio. La especulación acepta de la relación existente entre el útero y la enfermedad mental, es un antiguo fenómeno. El significado del útero en la vida mental de la mujer, ha sido de interés médico por varios siglos. El útero ha sido implicado en los desórdenes de la personalidad desde los primeros tiempos de la medicina. (Cohen, 1953)

La histeria fue descrita en la antigüedad, como una enfermedad de la mujer y el desordenado útero fue considerado por Hipócrates, Galeno, y Cesio como la fuente de la enfermedad y de sus síntomas.

Más tarde Breuer, Freud, y Bernteim también consideraron al útero en la etiología de la histeria. (Ananth, 1978)

Con el advenimiento de la era quirúrgica, la extirpación del útero quedó particularmente asociada con problemas del tipo psicológico y psiquiátrico como consecuencia de la operación a diferencia de otro tipo de cirugía (Douglas, 1971)

En cualquier edad la extirpación quirúrgica de los ovarios y el útero provoca una menopausia artificial que sobre viene bruscamente y a menudo provoca trastornos mayores que los de la menopausia natural. (Stoppard, 1989)

## HISTERECTOMÍA

Este tipo de cirugía era conocida en épocas pasadas con el nombre de metictomía o uterotomía, hoy en día esos términos han sido remplazados por el de histerectomía, y consiste en una intervención de cirugía mayor para extirpar el órgano más importante de una mujer; El útero, en cuyo caso el funcionamiento de los ovarios no se altera hasta la época normal de la aparición de la menopausia, pero lo que si se interrumpe es la menstruación, pues falta el útero que es el que sangraba. De esta manera el funcionamiento sexual permanecerá estable. Cualquier cambio aparecerá gradualmente en la medida en que los ovarios disminuyan su producción hormonal. (Stoppard, 1989)

Por su parte Fuchs (1979) afirma que existen datos de que el útero tiene efectos en la producción hormonal y que hay evidencia clínica de que aunque se dejen intactos los ovarios, la remoción del útero parece tener consecuencias en la producción de estrógenos, pues las pacientes experimentan síntomas de descompensación hormonal.

A pesar de esto, para muchas mujeres el útero es un símbolo de la feminidad y una parte integral, si bien invisible, de gran importancia para su imagen corporal. Su extirpación amenaza toda su identidad femenina. Muchas mujeres temen que perderán su capacidad sexual o dejarán de ser atractivas para su pareja.

Sin embargo después de una HTA, es normal que se presente cierta depresión, relacionada con la pérdida de una parte del propio cuerpo, y si se reconoce como tal, desaparecerá en forma gradual, sobre todo si la mujer tenía una salud mental adecuada, aunada a otros factores que debemos tomar en cuenta como; la personalidad, relación de pareja, reacción de la pareja, hijos y familiares ante la operación, el nivel socioeconómico al que pertenece y su historia individual.

## TIPOS DE HISTERECTOMÍA.

Esta extirpación del útero mediante cirugía, puede ser realizada por vía abdominal o por vía vaginal y se clasifica en HTA subtotal, HTA total, HTA radical. La elección del método dependerá del estado particular de cada mujer. Por tanto en este apartado describiremos los tipos de histerectomías, así como las indicaciones para cada una.

**HISTERECTOMÍA ABDOMINAL;** Se hace bajo anestesia general, se realiza practicando una incisión horizontal en el abdomen inferior. Dentro de este tipo de cirugía existen 3 modalidades:

- \* Histerectomía Subtotal: en la cual se extrae el útero respetando el cuello uterino, aquí no habrá mayor problema, pues los ovarios siguen funcionando adecuadamente, lo único que sucederá, es que se suspenderá la menstruación. Pero la producción de hormonas por los ovarios continuará hasta la época normal de aparición de la menopausia.
- \* Histerectomía total: es la extirpación del útero y cuello uterino, en esta tampoco existe mayor problema, solo la suspensión de la menstruación.

\* Histerectomía radical: es la extirpación del útero, trompas, cervix, parte superior de la vagina. Este tipo de HTA puede incluso ir acompañada de ovariectomía, que es la extirpación de los ovarios, en este tipo de cirugía (histerectomía con salpingo-ovariectomía bilateral) el problema es bastante importante, puesto que la mujer que menstruaba deja de hacerlo repentinamente, hay una suspensión brusca de hormonas femeninas, en estos casos se presenta una menopausia (menopausia artificial o quirúrgica) y presentara el climaterio con molestias muy acentuadas, a las que el cuerpo de la mujer no está acostumbrado, pues se producen extemporáneamente y de una forma brusca ya que la suspensión de las hormonas se da golpe. (De Silva, 1989 y Stoppard, 1989)

Si solo se realiza la extirpación del ovario (ooforectomía) sin tocar el útero, no habrá problemas de ninguna clase pues el otro ovario funciona y continuará la producción de hormonas así como la menstruación, hasta la edad normal de la menopausia. (De Silva, 1989)

Dentro de las Indicaciones para una Histerectomía Abdominal tenemos:

- Las enfermedades benignas;

- Tratar enfermedades infecciosas incontrolables
- Tratar excesos de fibromas o miomas que provocan Dolor.
- Tratar endometriosis
- Detener hemorragias uterinas anormales

- Las enfermedades malignas;

- Extirpar un cáncer en los órganos de la pelvis
- Tratar carcinoma del endometrio
- Tratar carcinoma de las trompas de Falopio
- Tratar carcinoma del cuello uterino

(Stoppard, 1989; De Silva, 1989)

En el Periodo Postoperatorio es común que aparezca una hemorragia dos o tres semanas después de la operación, como resultado de la absorción de las suturas, pero esto es normal.

Así mismo puede que se presente la aparición de hematomas como resultado de la disminución del valor del hematocrito, así como fiebre. Y al igual que en otras operaciones mayores, puede llegarse a presentar complicaciones como infecciones, trastornos pulmonares, evisceración y peristaltismo.

HISTERECTOMÍA VAGINAL; Se realiza a través de una incisión en la vagina lo cual es más difícil, pero ocasiona menos problemas y molestias en el periodo postoperatorio y no deja cicatriz visible. El único problema que se presenta es que la vagina queda acortada.

A muchos este procedimiento les parece preferible, ya que deja la pared abdominal intacta y como se menciona no queda cicatriz alguna, las molestias postoperatorias son mínimas y las complicaciones raras, pero como toda cirugía tiene sus inconvenientes, uno de los más importantes es que esta vía no permite la exploración cuidadosa de la cavidad abdominal, también se ve dificultada por alteraciones cicatriciales, endometriósicas y de los parametrios, también tiene como consecuencia principal cierto acortamiento de la vagina. (Stoppard, 1989)

Dentro de las Indicaciones para una Histerectomía Vaginal se encuentran;

El prolapso uterino y la relajación del vestíbulo; acompañada de rectocele, enterocele y cistocele, así como incontinencia urinaria.

Hemorragia uterina disfuncional

Pequeños miomas (submucosos o intramusculares)

Esterilización quirúrgica

Carcinoma del cuello uterino

(Stoppard, 1989; De Silva, 1989)

## HISTERECTOMÍA Y EL PROBLEMA DE SU INCIDENCIA

La HTA presenta un gran problema, y este es la frecuencia con que se le practica, así como la cantidad de operaciones innecesarias que se realizan. De una variedad de estudios se ha deducido que la tasa estimada de operaciones innecesarias es de una quinta a una tercera parte de las llevadas a cabo (Fuchs, 1989)

La HTA ocupa el segundo lugar de las operaciones ginecológicas que se realizan (el primer lugar lo ocupa la salpingoclasia)

En los países en los que se utiliza más la cirugía para tratar los trastornos ginecológicos mencionados, la tasa de HTA es realmente alarmante. En estados Unidos por ejemplo, más del 50% de las mujeres han sido sometidas a una HTA, de estas al 25% se les realizó una HTA radical. El problema es que a

menudo la intervención se lleva a cabo sin una buena razón, esta actitud norteamericana se ha propagado y la HTA se realiza hasta como prevención de un posible problema posterior (cáncer, aparición de miomas). (Stoppard, 1989)

El país que sigue es Australia con un 40% de las mujeres que han sufrido una HTA. (Selwood; Wood, 1978). En Reino Unido se practica la mitad de HTA que se realizan en EAU. (Kingsey; Macfarlane, citado en Reyna, 1989).

Al hablar de México, se desconoce el porcentaje real y la frecuencia de esta operación a nivel Nacional debido a que rara vez se verifican las estadísticas de este tipo en nuestro país, y si se realizan lo hacen por instituciones, por lo que es difícil tener un calculo del numero de dichas operaciones.

Lo que si podemos decir es que la mayoría de las HTA se llevan a cabo por razones como malestar o enfermedad que implica disminuciones físicas (caída del útero, tumores fibrosos, hemorragias, miomas). En un gran número de estos casos, el útero puede ser perfectamente normal y los malestares pueden ser mejorados con otros tratamientos.

El utilizar la HTA como tratamiento es muy grave y si las cosas continúan de esta manera la mitad de las mujeres a la edad de 65 años habrá pedido el útero. (Ananth, 1978)

Por esta razón se deben intentar otros tratamientos que permitan a la mujer sobrevivir diversos males que la aquejan. Pero desgraciadamente no todas las mujeres responden a un tratamiento farmacológico, por lo que es indispensable en este caso, alguna intervención quirúrgica. (Delgado; Castro; Ramírez, 1969)

Así que pese al abuso que se ha hecho de este tipo de cirugía, no debemos olvidar que la HTA es un procedimiento de gran utilidad en el ámbito médico, cuya razón más evidente para realizarla es la de salvar la vida; En el caso de la presencia de cáncer en el útero, trompas de Falopio, ovarios, vagina, infecciones incontrolables. Y debemos tomar en cuenta que los resultados de la HTA suelen ser buenos siempre y cuando la indicación sea correcta. Pues no hay pacientes más agradecidas que a las que se les alivian los síntomas (de endometriosis, hemorragias, síntomas de miomas) al extirparles el útero. (Castelazo, 1971)

Y debemos tomar en cuenta la connotación psicológica que posee el útero para la mujer.

Ahued (1984), opina que la HTA es una intervención quirúrgica en donde se extirpa un órgano de gran importancia para la reproducción y complementaria para la integración psicobiológica de la mujer, con un gran significado desde el punto de vista emocional, conyugal y social.

El útero es comúnmente llamado matriz, es un órgano periforme en el cual se abren las trompas de Falopio. Esta estructura de paredes gruesas consta de una porción superior ancha llamada cuerpo o fondo, y una porción inferior

estrecha llamada cuello. La cavidad uterina localizada en el interior del cuerpo del útero, se estrecha al pasar a través del cuello y forma el conducto cervical que desemboca en la vagina.

La pared del útero esta formada por tres capas;

- Perimetrio: membrana delgada que cubre el útero y es una prolongación del revestimiento de la cavidad abdominal.
- Miometrio: gruesa capa de células de músculo liso.
- Endometrio: capa más interna, reviste la cavidad uterina y ésta constituido en parte de células epiteliales cilíndricas y numerosas glándulas tubulares que desemboca en la cavidad.

Para algunos autores este órgano y sus funciones son de gran importancia psicológica para la mujer, representa simbólicamente la feminidad y consecuentemente la HTA produce un sentimiento de castración en la mujer. (Drellich, 1958)

Ahued, (1984) opina que la HTA es una intervención quirúrgica en donde se extirpa un órgano de gran importancia para la reproducción y complementaria para la integración psico biológica de la mujer, con un gran significado desde el punto de vista emocional, conyugal y social.

Las reacciones de la mujer que poco antes del climaterio han tenido que sufrir una radical operación genital (HTA), muestra el gran valor simbólico de la posesión de esos órganos, que pronto han de ser inútiles para ella. El aumento de la agresión los estados depresivos, etc., se explican muchas veces como debidos a la perdida de los órganos de la reproducción, una perdida que para la mujer equivale a la castración. (Deutsch, 1960)

Debido a que se hace depender del útero la feminidad de la mujer, su sexualidad, atractivo, deseo sexual, satisfacción sexual propia y de la pareja, procreación, funcionamiento glandular y vital, estabilidad emocional, así como muchas mujeres consideran que el útero es el “órgano central” de su cuerpo y determinan todo lo relacionado con la esencia de ser mujer. (Castelazo, 1971)

Aunque la HTA pueda causar menores o ninguna secuela fisiológica, la experiencia de mutilación y el sentimiento de daño a la propia feminidad puede ser profundo. La pérdida de un órgano con tan importante significado simbólico e inconsciente, puede producir síntomas psicológicos, particularmente si existen ansiedades acerca del diagnóstico final. (Nadelson, 1983)

Así mismo la HTA representa la pérdida de un órgano valioso en cuanto al contacto social, lo cual acentúa la disrupción social de un estilo de vida anterior. (León, 1984)

Ya que el útero tiene una sola función que es la reproducción, después de un último y planeado embarazo este útero se torna inservible, sangrante, productor de síntomas y potencial productor de cáncer, es mejor que sea extirpado. Wrigth (citado en Ananth, 1978; Cole, y Berlin 1977).

### CONSECUENCIAS POSTOPERATORIAS.

Cuando se realiza una HTA, los síntomas suelen intensificarse durante un período de 4 a 24 meses después de la operación, siendo más frecuente pero de menor duración, en mujeres más jóvenes. Así, se puede decir que el climaterio artificial (quirúrgico) presenta más problemas que el climaterio natural, en el cual cuerpo femenino y sus funciones cambian gradualmente mientras que en el artificial los cambios se dan de una manera brusca. (De Silva, 1989)

Thompson (1976) nos dice que las consecuencias inmediatas postoperatorias son similares a aquellas que ocurren después de una cirugía mayor; las complicaciones físicas incluyen bajos niveles estrogénicos que pueden ocasionar a la larga osteoporosis y arteriosclerosis. (citado en Ananth, 1978)

Utian (1977) afirma que los únicos síntomas directamente asociados a la deficiencia estrogénica son una atrofia a nivel vaginal, endometrial y uretral, así como bochornos, sudoraciones y osteoporosis. (citado en Gastad, 1986)

Por su parte Fuchs (1979) afirma que el útero interviene en la producción hormonal y al extirparlo hay consecuencias en la producción de estrógenos y las pacientes experimentan sofocos y otros síntomas de descompensación hormonal.

### SÍNDROME POSTHISTERECTOMIA

Es el nombre que se le da a la sintomatología asociada con la extirpación del útero. Los síntomas más frecuentes son la depresión, ansiedad, insomnio, síntomas psicósomáticos, los cuales son ocasionados por factores como: la vulnerabilidad de las reacciones adversas al stress en especial episodios depresivos; enfermedades mentales de origen familiar; historia múltiple de complicaciones físicas como dolores crónicos; numerosas hospitalizaciones por cirugías; edad y tiempo de la HTA (especialmente antes de los 40 años); si tiene los hijos que deseaba; si sus relaciones sexuales han sido satisfactorias;

actitud de la pareja, familia y personas significativas ante la HTA; desaprobación cultural o religiosa; la forma en que el médico ha manejado la situación, entre otros factores, son algunos de los múltiples que pueden influenciar su rehabilitación.

Se ha visto que las pacientes son más vulnerables a presentar la sintomatología entre los 3 meses y tres años subsecuentes a la cirugía. (León, 1984)

Al respecto la Dra. De Silva (1989) afirma que los síntomas suelen intensificarse durante un período entre los 4 meses y los 2 años después de la operación.

La importancia de conocer esta sintomatología, es el establecer una estrategia multidisciplinaria que ayude a la paciente a recuperarse en las áreas afectadas por la HTA; biológica, psicológica y social, puesto que a la mujer se le dificulta describir su malestar debido a que en la revisión médica no se encuentran anomalías (mismas que los médicos suelen llamar "síntomas neuróticos")

Dicho malestar se presenta más frecuentemente (como ya mencionamos) en mujeres que no han establecido una relación satisfactoria de pareja y de familia. Situación que por el contrario en las mujeres posmenopáusicas existe menor impacto psicológico, ya que se han adaptado a la pérdida de la función menstrual y reproductiva de forma progresiva. (León, 1984)

Los problemas más frecuentes que presentan las mujeres después de una HTA son:

### **Trastornos Psicósomáticos**

Cefaleas  
Lumbalgia  
Dispareunia (dolor durante el coito)  
Dolor pelviano  
Frigidez  
Cambios del deseo sexual

### **Trastornos somáticos**

Nauseas  
Poliuria (orinar en exceso)

### **Trastornos Psicológicos**

Depresión  
Irritabilidad

Insomnio  
Ansiedad  
Fatiga  
Inestabilidad emocional

Es de esperarse que después de una HTA, se presente una depresión ligada a otras emociones como aflicción, nerviosismo e irritabilidad. Inclusive se ha observado que la depresión es más frecuente algunos años después de la cirugía. De esta forma se puede considerar a la depresión como una complicación muy importante de la HTA, sobre todo en mujeres menores de 40 años y en las que presentan rasgos de personalidad tendientes a la depresión, así como las que se consideran así mismas como “la mitad de mujer” o que están “vacías”.

En cuanto a la depresión, De Silva (1989) la asocia con las consecuencias sociales y psicológicas de la amputación del órgano, cuya condición se hace más obvia después de 4 meses y hasta los 2 años después de la cirugía. Por su parte Melody (1962) afirma que la HTA para la mujer que tiene una depresión postoperatoria viene a significar la expulsión del medio social en donde antes funcionaba.

Al respecto Nadelson (1983), nos dice que los individuos enfrentan a lo largo de la vida diversas pérdidas de tal forma que la pérdida de una parte del cuerpo hará que el individuo enfrente un duelo. Existen personas que desvían o niegan las pérdidas, recurriendo a la manifestación de síntomas, a las cirugías y a la ansiedad que causa una enfermedad para enmascarar transitoriamente la depresión. Así la reacción a la cirugía reflejará los mecanismos con que cada individuo se enfrenta a las situaciones de stress.

Por otro lado se ha encontrado que la depresión posthisterectomía tiene que ver con la pérdida de la feminidad, la pérdida del potencial reproductor y la pérdida de atención por parte de la pareja.  
(Roopnarinesingh; Gopeesingh, 1982, citado en Escava, 1989)

Por su parte Teitelroit, encontró, por medio del Test de Rorschach, la presencia significativa de sentimientos de castración en pacientes histerectomizadas. (Citado en Barruel; Ingesta, 1993)

Moore (1976) mostró que solamente un 13% de los sujetos estaban deprimidas antes de la operación, lo cual se correlacionaba altamente con la depresión postoperatoria. Concluyendo que la mayoría de las depresiones posthisterectomía pueden desarrollarse antes de la operación, siendo una reacción anticipatoria a ésta.

Por otro lado Meikle; Brody; Pysh, (1977) asumieron que las mujeres que se deprimieron después de la HTA ya tenían dificultades psicológicas antes de la operación. (Citado en López; De la Rosa, 1989)

Rocsk, (1978) afirma que el potencial para la depresión se basa en rasgos de personalidad predisponentes y una historia de respuestas depresivas ante la ruptura y problemas conyugales concurrentes.

Melody, en un seguimiento realizado con 267 pacientes HTA, descubrió que en 11 de ellas los miedos preoperatorios habían sido remplazados por depresión; observó que todas las mujeres habían experimentado un episodio depresivo en los 5 años previos a la operación, lo que llevó a concluir que las pacientes tenían una tendencia previa a reaccionar ante el stress con depresión. También encontró que los episodios de depresión en la muestra, habían sido precipitados por una experiencia social traumática en la cual la paciente había sufrido un rechazo o devaluación por parte de una persona significativa en un medio social. Con esto enfatiza que la HTA representa la pérdida de un órgano valioso en el contacto social, acentuando así la disrupción social de un previo estilo de vida. Finalmente Melody concluye que la historia de depresiones previas es un factor predictivo significativo para las mujeres histerectomizadas, así la operación es intentada por ellas como una discontinuidad tanto social como biológica. (Citado en, León, 1984)

Así mismo en otro estudio el autor observó que el común denominador de las pacientes con desórdenes emocionales después de la HTA es un acto que ella "percibe" como rechazo, devaluación o falta de afecto por parte de una persona significativa en su medio social. Así la HTA significa no solo la pérdida de un órgano muy valorado socialmente sino que también el final de la forma de vida que llevaba antes de la operación; lo cual implica la pérdida de roles tan esenciales como la feminidad, la maternidad, así como el empleo, el compañero sexual, los hijos, etc. ( citado en Barruel; Ingesta, 1993)

Por otro lado Salter, (1985) realizó un estudio llamado "Síntomas ginecológicos y el potencial del dolor psicológico de pacientes histerectomizadas", donde fueron estudiadas 102 mujeres con indicación para la HTA de problemas característicos no malignos; donde se observó una asociación entre síntomas ginecológicos con ansiedad y depresión. Para ello utilizó la Escala de síntomas ginecológicos y la Escala de Zung. La depresión medida en correlación con quejas de fuertes hemorragias y coagulación, así como la ansiedad medida en correlación con la menstruación dolorosa permanente, los niveles de ansiedad y de depresión fueron estadísticamente significativos.

Lanier- Michand y Engelsmann (1985) en su estudio "Ansiedad miedos y depresión relacionados a la histerectomía", entrevistaron preoperatoriamente a 102 mujeres que fueron histerectomizadas por problemas característicos ajenos al cáncer. Se seleccionó de dicha población a 53 pacientes y se les aplicó la Escala del estado de Spilberg de los rasgos de ansiedad; y concluyeron que las mujeres que tuvieron mayor puntaje de ansiedad fueron las que más se deprimieron antes y después de la operación, también encontraron similitud entre la depresión ocurrida en las mujeres quienes tuvieron una HTA de emergencia y en que expresaron postoperatoriamente algunos miedos de posibles cambios en su vida sexual después de la cirugía ( citado en López; De la Rosa, 1989)

Las alteraciones que se presentan después de la HTA caen dentro de un esquema general en el cual la paciente frente a dicho evento traumático como la HTA, reacciona bloqueando primeramente mucho de su significado a través de mecanismos de defensa. Posteriormente, va “dosificando” la experiencia por medio de ciertas consideraciones acerca de los aspectos dolorosos hasta que el cambio en su “status vital” es aceptado. (León, 1984)

Se ha demostrado que el estrés posee un significativo efecto en la exaltación de los síntomas, más que en la cirugía en sí. Así mismo, las reacciones adversas que tienen lugar en este periodo de la vida están más relacionadas con estrés producido por los eventos que se viven, que con los eventos fisiológicos en sí, a esto se le ha denominado Síndrome de Respuesta al Estrés.

Esto nos lleva a concluir que la reacción de cada mujer frente a la culminación de la vida reproductiva está determinada por su historia individual, medio socioeconómico, la forma en que las personas cercanas (significativas) se manifiestan ante la HTA, salud mental previa a la HTA, y sobre todo la personalidad de la mujer.

## PSICOLOGIA DE LA MUJER HISTERECTOMIZADA

Los efectos generales de la HTA se dan en parte por la finalización de la posibilidad reproductiva y el cese de la menstruación, pero por otra parte debido a factores psicológicos, que son de gran importancia; como los que se relacionan al significado simbólico e inconsciente de lo que significa el útero, la menstruación y la procreación. (Nadelson, 1983)

En realidad este tipo de operaciones constituye una dramática cirugía mutilante que desencadena diversos conflictos psicológicos en las pacientes, dichos conflictos no son fácilmente detectables o tangibles pero sin embargo repercuten significativamente en la vida de las pacientes. (Caballero, 1991)

Douglas, (1971) afirma que con el advenimiento de la era quirúrgica, la extirpación del útero quedó particularmente asociada con problemas del tipo psicológico y psiquiátrico como consecuencia de la operación a diferencia de otros tipos de cirugía.

Por su parte Drellich y Baiber, (1965) establecieron que muchas mujeres depositan en el útero y sus funciones importantes aspectos de su feminidad y encuentran su pérdida como una injusticia. Este sentimiento de injusticia se refleja en los reportes concernientes a la posible pérdida de su atractivo y deseo sexual, a la habilidad de responder sexualmente y a la eventual pérdida

de interés por parte de las parejas a causa de esta “pérdida de la feminidad”. (Citado en Barruel; Iñesta, 1993)

Así mismo Ananth, (1978) dice que los síntomas psicológicos, incluyendo las dificultades sexuales, que se presentan después de una HTA, se relacionan con;

- Anatomía, la HTA puede llevar a un acortamiento de la pared vaginal.
- Esterilidad, Pérdida de la función procreativa.
- Depresión, que puede producir dificultades sexuales.
- Psico dinámica, donde los conflictos preoperatorios de la mujer, problemas de identidad y fantasías juegan un papel importante en las dificultades sexuales postoperatorias.

Para Deutsch, (1960) las reacciones de la mujer que poco antes del climaterio ha tenido que sufrir una radical operación genital, muestra el gran valor simbólico de la posesión de esos órganos, que pronto han de ser inútiles para ella. Así mismo nos dice que el aumento de la agresión, los estados depresivos, etc., se explican muchas veces como debidos a la pérdida de los órganos de la reproducción, una pérdida que para la mujer equivale a la castración.

Deutsch, dice que al igual que para la joven la menstruación no sólo es un signo de madurez, es también una experiencia llena de ansiedades y desilusiones. Así mismo, la repentina terminación de la menstruación por la operación puede tener la misma significación.

Por otro lado y en oposición a este tipo de reacción las operaciones como la HTA pueden tener un efecto liberador. Las mujeres que en protesta contra los inminentes procesos biológicos han presentado toda clase de síntomas, aceptan muchas veces la operación como un “fait accompli, al que deben someterse con resignación. (Deutsch, 1960)

Lindemann (1958) enfatiza el significado psíquico que tiene la pérdida del útero. Para una mujer el conocimiento de que es capaz de concebir ha sido siempre considerado decisivo en el desarrollo de su identidad de género y de su sentido de feminidad y autoestima.

Así mismo considera que los efectos generales de la HTA ocurren en parte por la terminación de sus posibilidades reproductivas y el cese de la menstruación y en parte debido a factores psicológicos con aquellos relacionados al significado simbólico e inconsciente que se le da al útero.

Un factor de vital importancia para determinar el ajuste emocional después de la HTA es la actitud hacia la feminidad. (Polvy, 1974)

En cuanto a los aspectos psiquiátricos, hay quienes sostienen que la incidencia de personalidad premórbida como causa de la HTA, así como de la sintomatología que presentan las mujeres después de la HTA.

Rogers (1950) encontró evidencia de la psicogénesis con relación a los desórdenes ginecológicos y declaró que la mitad de las mujeres que recurrían a tratamientos ginecológicos no tenían grandes problemas físicos. Describió sus enfermedades como un “conflicto psíquico que navega bajo la bandera ginecológica”. (Citado en Barruel; Ingesta, 1993)

Ananth (1978) afirma que las mujeres ocultan problemas psicógenos detrás de las alteraciones ginecológicas, lo cual indica que la enfermedad psiquiátrica puede manifestarse bajo síntomas ginecológicos y puede llegar a causar hasta una HTA.

Por otro lado Martín, Roberts y Clayton realizaron un estudio “Estado psiquiátrico después de la HTA. Un año de expectativas de seguimiento”. En la cual se trabajó con 44 mujeres que habían sufrido una HTA por razones ajenas al cáncer, dichas mujeres fueron evaluadas preoperatoriamente y seguidas por un año. Donde se concluyó que las mujeres que manifestaron síntomas psiquiátricos durante el seguimiento tuvieron problemas similares antes de la cirugía, cuyos síntomas fueron asociados con un diagnóstico prequirúrgico de histeria.

Cooper, Gath y Day (1982) en su artículo “Niveles de morbilidad psiquiátrica antes y después de la HTA”, donde trabajaron con 146 mujeres con hemorragia de origen benigno, donde se entrevistaron antes de la cirugía, después de 6 meses y de año y medio después. Se encontró que los niveles de morbilidad psiquiátrica fueron significativamente más altos antes de la operación que después de ella. Así mismo obtuvieron por medio del “Estado presente de examinación” que el 58% de las mujeres fueron casos psiquiátricos antes de la cirugía.

Por su parte, Ryan (1989) encontró que la incidencia de morbilidad psiquiátrica antes de la HTA era considerablemente mayor que la esperada en una población normal. Así mismo en un estudio confirma que la HTA por sí sola no precipita secuelas psicológicas, de hecho el nivel de sintomatología decreció en la mitad de las mujeres después de la operación.

Con lo mencionado podemos afirmar que los efectos psicológicos postoperatorios están claramente asociados al ajuste psicológico de las mujeres antes de la operación. (Barruel; Iñesta, 1993).

Así mismo, De Silva (1989) y Stoppard (1989), afirman que cuando las pacientes tienen una historia psiquiátrica previa, se encuentran con un alto riesgo de caer en depresión después de una HTA.

Fuller y Robinson (1978) analizaron las creencias de la repercusión posthospitalaria después de la HTA; en donde se consideraron los sentimientos de la sexualidad de las pacientes, así como miedos y mitos los cuales preceden y siguen a la cirugía. Se obtuvieron datos retrospectivos y actuales de sus reportes en cuatro áreas;

Cambios físicos.

Cambios emocionales.

Cambios en la sexualidad.

Miedos y creencias.

En los resultados se encontró que la mayoría de las mujeres experimentaron tanto cambios físicos como emocionales comunes después de la cirugía, lo cual indica que la HTA hace fusión con el autoconcepto, además de que las pacientes presentan miedos reales de secuelas físicas, emocionales y sexuales. (Citado en López; De la Rosa, 1989)

### AUTOCONCEPTO DE LA MUJER HISTERECTOMIZADA.

Los procesos de desarrollo de la mujer, la capacidad biológica para reproducirse, así como sus fantasías acerca de su feminidad y las experiencias de cada día, están íntimamente ligadas y forman parte de la percepción que tiene la mujer de sí misma como ser femenino. Desde la adolescencia toda mujer aprende a relacionar la menstruación con la capacidad para reproducirse, por tanto la menstruación es percibida como el distintivo de feminidad, y la pérdida de la menstruación se vive por muchas mujeres como la supresión de su feminidad. Así mismo, muchas mujeres consideran que su útero es el “órgano central” de su cuerpo y determina todo lo que está relacionado con la esencia de “ser mujer”, por tanto es de esperarse que una operación como la HTA sea percibida como una de las operaciones más temidas y más agresivas para toda mujer. (Castelazo, 1971)

La menstruación es percibida por las mujeres como símbolo de la feminidad como fenómeno regulador de otras funciones, por lo cual el autoconcepto de la mujer histerectomizadas se ve alterado, ya que concibe a la extirpación del útero como la mutilación de su feminidad.

Por otro lado la suspensión de la función reproductiva provoca al igual que la suspensión de la menstruación cambios en el autoconcepto, aún cuando el deseo de tener hijos sea moderado o nulo, se puede decir que basta que la mujer se sienta mutilada o “castrada” en una función tan ligada a su feminidad, como a su vida sexual y familiar. (Castelazo, 1971)

La HTA causa una mutilación en la autoimagen e identidad psicosexual de la mujer, ya que ella “depende” de la posesión de unos órganos sexuales

saludables para que puedan responder a la necesidad de la unión con otra persona que es atractiva y deseada; Podemos decir, que la auto imagen y la identidad psicosexual se encuentran inconscientemente arraigadas junto con un sentimiento de auto confianza sexual que constituye una necesidad humana básica. (López; De la Rosa, 1989)

Drellich y Bieber (1958) enfatizan la importancia del útero en el autoconcepto de las mujeres. (Ryan, 1989)

Wolf (1970) se refiere a la extirpación quirúrgica del útero como una "interrupción quirúrgica de la propia feminidad", y por tanto una modificación en el autoconcepto, puntualiza que las personas reaccionan de diferente manera, y que las mujeres cuya imagen femenina no es lo suficientemente fuerte para enfrentar la pérdida, o aquellas cuyos "soportes externos" (familia, pareja, amigos) son insuficientes, serán propensas a presentar síntomas psiquiátricos.

Así mismo afirma que las mujeres de clases sociales más bajas parecen ser las mayormente desfeminizadas después de la HTA, debido a la gran prevalencia en dichos grupos de la creencia de que la mujer existe para crear hijos y que sin útero se deja de ser mujer. El útero como ya vimos observa la importancia de los mitos y creencias que intervienen claramente en el buen desarrollo o no postoperatorio, e incluso enfatiza el hecho de quitar peso a la idea de que la operación es desfeminizante. (Citado en Barruel; Ingesta, 1974)

Wiesley (1976) en un estudio para determinar si existen o no cambios en el autoconcepto como resultado de una HTA, encontro que al no haber diferencias significativas en puntuaciones prehisterectomía y posthisterectomía;

1. No existía un cambio inmediato en el autoconcepto.
2. Que las mujeres que pudieron elegir o no que se les realizara la operación un incremento en la escala de autoconcepto físico de la prueba.
3. Que los cambios en el autoconcepto no están relacionados con el número de hijos que la mujer ha procreado.
4. Que las mujeres que percibieron a sus familias como incompletas obtuvieron las puntuaciones más bajas en la escala de autoconcepto físico.
5. Que las mujeres entre 30 y 40 años mostraron cambios positivos a diferencia de aquellas mayores a los 50 años que mostraron puntuaciones más bajas.

Por su parte Decuad, (1976) realizó una investigación para conocer el manejo del afecto en el comportamiento de las mujeres que han sufrido una HTA, basada en la hipótesis de que dicha operación pudiera incrementar la aparición de catexias negativas hacia el cuerpo y hacia el autoconcepto, produciendo como consecuencia una depresión que aparecería postoperatoriamente;

confirmando que hay una relación estrecha entre el autoconcepto y la imagen corporal en todas las fases del estudio. Encontrando que el proceso de recuperación de la depresión fue más lento que la recuperación en cuanto al autoconcepto e imagen corporal. Así como que el proceso de identidad de estas mujeres frecuentemente ligado a factores socioculturales. (citado en Escava, 1989)

Webb y Wilson-Bernett (1983) en su estudio titulado “Autoconcepto, apoyo social e HTA”, cuyos objetivos principales son: el efecto de la operación en el autoconcepto de las mujeres y el posible apoyo social que reciban. Las conclusiones fueron que las mujeres no presentaron evidencia de cambios desfavorables en el autoconcepto, los niveles de depresión fueron reducidos después de la operación y la mayoría de las mujeres estuvieron satisfechas de que se les hubiera hecho la HTA. (Citado en León; De la Rosa, 1989)

Dodds y Colbs, realizaron una revisión literaria acerca de las reacciones emocionales hacia la HTA y sus impresiones generales a través de la entrevista en este tipo de pacientes, desarrollaron estas hipótesis;

- Después de la HTA, el concepto del Yo es el de un individuo no femenino, mutilado.
- El autoconcepto es influenciado por comentarios despreciativos de compañeros y familiares.
- El impulso sexual disminuye llevando a un incremento de los conflictos domésticos.
- La esterilidad deviene en razón para un descontento, impidiendo la oportunidad para la expresión de instintos maternos, gratificando deseos masoquistas.
- El uso indiscriminado de hormonas sirve para acentuar la distorsión del autoconcepto.

Para probar dichas hipótesis, se estudiaron 188 pacientes de las cuales solo una tuvo necesidad de atención psiquiátrica dos semanas después de la operación; el 30% dentro del siguiente año y un total del 42% dentro de los 5 años siguientes. En dicha investigación se concluyó que el trauma de la HTA no es un factor precipitante. (Citado en López; Ingesta, 1989)

## SEXUALIDAD E HISTERECTOMÍA

El haber sufrido una HTA no tiene ningún efecto sobre la capacidad sexual de la mujer. (Fuchs, 1979). Después de la octava semana de la HTA la mujer puede volver a mantener relaciones sexuales, por lo que la parte superior de la vagina ya estará curada. De este modo no hay motivo por el cual el sexo deba ser distinto para la mujer, incluso muchas mujeres experimentan una mayor satisfacción. (Stoppard, 1989)

Al respecto León, (1984) nos dice que las primeras relaciones sexuales después de la cirugía provocan en la mujer dispareunia (dolor durante el coito) debido a la cervicitis del muñón cervical por la fijación inelástica o bien por la fijación de los ovarios demasiado próxima al tejido vaginal. Otras molestias son la fijación rígida de la vagina a los ligamentos redondos, la cicatrización o la inflamación de los parámetros en caso de curación después del drenaje vaginal.

Además al encontrarse los demás órganos sexuales, (vagina y clítoris) el funcionamiento sexual permanece relativamente estable. Inclusive la extirpación del útero hace que algunas mujeres experimenten el orgasmo en forma diferente que cuando contaban con este órgano. (Gotwald: Holtz, 1983)

En los casos en que la operación estuvo precedida por síntomas graves (tales como hemorragias, dolores, prolapsos del útero) la capacidad para mantener relaciones sexuales puede incluso mejorar (Fuchs, 1979)

Por otro lado se llegan a presentar problemas relacionados con el sexo, estos se atribuyen a la menopausia prematura, ocasionada por la cirugía (en la cual se incluyeron los ovarios) con síntomas como una lubricación insuficiente y pérdida de la libido. (Stoppard, 1989)

Así mismo el funcionamiento sexual se puede ver afectado cuando la vagina es acortada, en la HTA. (Madelson, 1983; citado en Barruel; Ingesta, 1993)

Por otro lado, los resultados negativos sobre la función sexual serán más notables si la HTA se acompaña de ovariectomía, (que si se realizó conservando los ovarios). Los aspectos más comúnmente afectados son la libido y la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales. (Castelazo, 1971)

Alfred Kinsey afirma que el 54% de las mujeres no experimentan cambios en el deseo sexual después de extraer el útero; un 17% manifiesta un mayor deseo sexual, lo cual demuestra que puede darse la ocasión de que la pérdida del miedo al embarazo libere a la mujer de sus inhibiciones sexuales. También algunas de estas mujeres pueden sentir la fuerza mayor de reafirmar su feminidad mediante un aumento de la actividad sexual, como si quisieran probarse que siguen siendo mujeres; mientras que otro 17% manifestó lo contrario, un declive de la libido, para esto pueden haber varias explicaciones, algunas mujeres consideran que el útero simboliza la verdadera esencia de su feminidad, al perderlo junto con la capacidad de procrear que éste representa, pueden considerar que han perdido la propia naturaleza femenina.

Así mismo, afirma que una vez extraído el útero, algunas mujeres experimentan una pérdida de sensaciones que no pueden ser remplazadas por las del clítoris o por el placer generalizado. Inclusive hay mujeres que utilizan la HTA para no tener relaciones sexuales. (citado en Fuchs, 1979)

Por su parte Chapman (1979) explica que no se encuentran cambios a largo plazo en el funcionamiento sexual (observando por medio de laparoscopia). Demostró que durante las seis semanas posteriores a la HTA, el 80% de las pacientes rechazaban sensaciones ante un acercamiento sexual; entre la sexta y décima semana existían miedos en un 50% de las mujeres hysterectomizadas; en el 75% de las pacientes apareció un “síndrome de virginidad” que se caracteriza por una respuesta inicial de curiosidad sexual aunada a la ansiedad y el deseo; después de seis meses de la HTA, el 78% de la población logró readaptarse a su funcionamiento sexual anterior. (Citado por Barruel; Ingesta, 1993)

Por otro lado Fussman (1981) reporta un decremento en la respuesta sexual (aún cuando señala que los ginecólogos y psicoterapeutas americanos admiten que dicha función tiene un origen psicógeno). Así mismo nos explica que recientes estudios fisiológicos sugieren que tanto en los cambios hormonales como los anatómicos puede encontrarse la etiología de la disfunción sexual. (Citado en Barruel; Ingesta, 1993)

La forma en que se pondría justificar el cambio en la vida sexual de las mujeres posthysterectomizadas es con lo que afirman, Masters & Jonson; ellos nos dicen que el útero participa en todas las etapas del coito (excitación, meseta, orgasmo y resolución) y que experimenta congestión vascular y elevación durante las dos primeras etapas y se contrae durante el orgasmo. Por ello la mujer posthysterectomizada presenta cambios en su respuesta sexual. Sin embargo es poco lo que se señala al respecto en las investigaciones.

Por su parte Kikku (1983) en una de sus investigaciones “Amputación supravaginal uterina contra HTA. Efectos y consecuencias”; observo una mayor reducción del orgasmo en la mujer hysterectomizada que en las amputadas. Esto se debe a que la intervención autónoma de la vagina proximal y cerviz se pierde más en la HTA, lo cual trae como consecuencia mayores cambios y reacciones psicológicas subconscientes en las mujeres hysterectomizadas.

Barruel e Iñesta (1993) mencionan que existen 3 postulados que reafirman la etiología psicógena de los cambios sexuales después de una HTA;

\* En la mujer el cervix, el útero y los ovarios, tienen poca conexión con la libido, la cual es básicamente psíquica. Por lo que se considera que las disfunciones sexuales son el resultado de conflictos intra psíquicos.

\* Para el psicoanálisis, la pérdida de los órganos sexuales equivale a una castración dando origen a una gran ansiedad que puede alterar en funcionamiento sexual.

\* El hecho de que exista una gran diferenciación entre las respuestas sexuales de las mujeres hysterectomizadas hace pensar que los factores fisiológicos no son los responsables de las alteraciones sexuales.

Así mismos manifiestan que entre las explicaciones que atribuyen la alteración sexual a causas fisiológicas se encuentran las siguientes;

- \* En la mujer histerectomizada hay una pérdida de andrógenos que se piensa que es la hormona de la libido.

- \* Al estar el orgasmo relacionado con el movimiento del cuello uterino, la intensidad del placer disminuye cuando estas estructuras están ausentes.

Debido a estos factores es de esperarse que la mujer histerectomizada tenga inquietud y dudas de lo que va a pasar con su vida sexual. El hecho de sentirse mutilada es quizá la razón de reprimir el deseo sexual al sentirse “otra”. Pero esto dependerá de cada mujer.

También es importante mencionar que si a la HTA se le despoja de prejuicios y conceptos erróneos, origina por sí misma pocos cambios anatómicos y fisiológicos que pueden afectar la satisfacción sexual. (Castelazo, 1971)

Así mismo podemos afirmar que si la mujer tenía una relación sexual satisfactoria antes de la intervención quirúrgica y una salud mental adecuada, recobrará estas relaciones satisfactorias después del procedimiento quirúrgico (Gotwald; Holtz, 1983)

Estos planteamientos nos llevan a pensar que es de vital importancia que las mujeres posthisterectomizadas estén informadas y queden convencidas de que la cirugía no ejercerá influencia sobre su apetito sexual, ni que quedará con un “agujero” en la parte alta de la vagina.

## *CAPITULO III*

### **AUTOCONCEPTO**

Harter (1990) define el autoconcepto como las percepciones que tiene el individuo sobre sí mismo.

De acuerdo con Kalish (1983) el autoconcepto se puede definir como la imagen que cada sujeto tiene de su persona, reflejando sus experiencias y los modos en que estas se interpretan.

El Autoconcepto es la imagen que el individuo tiene de sí mismo, la cual influye su conducta y está directamente relacionada con su personalidad y con su salud mental. (Fitts,1965)

El autoconcepto aparece en la bibliografía especializada de las últimas décadas como un concepto base en gran número de investigaciones de la salud y la psicología.

Su importancia en el bienestar personal, y como eje manifiesto de muchos fenómenos individuales y grupales, actualmente se le considera como una de las más recientes y significativas interpretaciones de la personalidad humana. Ha sido, centro de interés de muchos profesionales de las ciencias humanas y sociales; no solo desde el paradigma de la psicología fenomenológica, sino que también ha sido abordado por la psicología social, por el psicoanálisis y por algunos psicólogos de la corriente de psicología cognitivo-conductual de los últimos tiempos.

Y a pesar de ello, el definir este constructo psicológico tan complejo resulta sumamente complicado debido a que ha sido referido por varios autores y su concepción depende de los diferentes enfoques teóricos que cada uno de ellos ha abordado.

A lo largo de la historia de la literatura científica a este término se le han dado y aún se le dan diferentes interpretaciones, sin que en ocasiones, se pueda delimitar con precisión y claridad los términos y ámbitos que se manejan. El conocimiento de uno mismo es una teoría, es lo que la persona cree de sí mismo y siente sobre sí mismo, (Burns, 1990).

De ahí que la mayoría de los autores interpreten el autoconcepto globalmente como conjunto integrado de factores o actitudes relativos al yo, básicamente

por tres: cognitivos (pensamientos), afectivos (sentimientos) y conativos (comportamientos); que, de considerarlos individualmente, quizás podrían identificarse como primer factor el autoconcepto, el segundo como autoestima y el tercero como autoeficacia. (Ramírez/Herrera, 2005)

Todavía en la actualidad se encuentra confundido con otros términos como: Yo, conciencia de sí, imagen corporal, autoimagen, autorepresentaciones, self, autoevaluación, autodescripción, autoconciencia, esquema corporal. En algunos casos se trata sólo de diferentes manejos semánticos, o confusión de términos de traducciones.

En la literatura americana los términos más utilizados para referirse a esta temática son autoconcepto y autoestima; mientras que en la europea se emplean con más frecuencia los términos de conciencia y representación de sí mismo. (Ramírez/Herrera, 2005)

A partir de ahí, aparecen nuevas aportaciones, en principio, en el sentido del autoconcepto como conjunto de actitudes del yo hacia sí mismo. De igual forma, comienzan a emplearse los términos: autoimagen, autoconfiguración, autovalía o autoeficacia y autoestima, en sentido autoevaluativo o autovalorativo, que cada autor argumenta para distinguirlo y darle mayor peso específico. (Ramírez/ Herrera, 2005)

Rosenberg (1979) supone la totalidad de los pensamientos y sentimientos que hacen referencia al sí mismo como objeto.

Wylie (1979) opina que el autoconcepto incluye las cogniciones y evaluaciones respecto a aspectos específicos del sí mismo, la concepción del sí mismo ideal y un sentido de valoración global, autoaceptación y autoestima general.

Epstein (1981) tras hacer una profunda revisión de una serie de autores y para poder tener una idea más clara sobre el autoconcepto, destaca como más sobresalientes sus principales características:

- Es una realidad compleja, integrada por diversos autoconceptos más concretos, como el físico, social, emocional y académico.
- Es una realidad dinámica que se modifica con la experiencia.
- Se desarrolla a partir de las experiencias sociales, especialmente con las personas significativas.
- El autoconcepto es la clave para la comprensión de los pensamientos, sentimientos y conductas o comportamientos de las personas

Más recientemente encontramos las concepciones de Burns (1990) quien interpreta el autoconcepto como conceptualización de la propia persona hecha por el individuo, adornándose de connotaciones emocionales y evaluativas poderosas. Y respecto a la autoestima o autoevaluación, piensa que es el proceso mediante el cual el individuo examina sus actos, sus capacidades y atributos en comparación a sus criterios y valores personales que ha interiorizado a partir de la sociedad y de los otros significativos, de manera que

estas evaluaciones dan una conducta coherente con el autoconocimiento, ubicando el autoconcepto en el ámbito de la actitud. Afirma que los individuos poseen un amplio abanico de autoconceptos en relación a sus percepciones específicas utilizar el término actitudes hacia el yo, en lugar de autoconcepto, acentúa el hecho de la existencia de muchas formas en que la persona puede concebirse a sí misma.

González y Touròn (1992) lo definen como organización de actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo.

Clames (1994) refiriéndose a la autoestima como parte afectiva del autoconcepto, opina que es el punto de partida para el desarrollo positivo de las relaciones humanas, del aprendizaje, de la creatividad y de la responsabilidad personal. Es el “aglutinante” que liga la personalidad del hombre y conforma una estructura positiva, homogénea y eficaz. Siempre será la autoestima la que determine hasta qué punto podrá el hombre utilizar sus recursos personales y las posibilidades con las que ha nacido, sea cual sea la etapa de desarrollo en que se encuentre.

No cabe duda de que existe un componente cognoscitivo del autoconcepto que es la autoimagen, puesto que el autoconcepto es en gran medida una estructura cognoscitiva que contiene imágenes de lo que somos, de lo que deseamos ser y de lo que manifestamos y deseamos manifestar a los demás. Como afirman Gonzáles y Touròn (1992)

Existe también un componente afectivo y evaluable que es la autoestima; así cada descripción de uno mismo está cargada de connotaciones emotivas, afectivas y evaluativas. (Amescua/Pichardo, 2000)

Como ya se mencionó los términos autoconcepto y autoestima son empleados a menudo como sinónimos, aunque ha de señalarse que la autoestima se incluye la valoración que la persona hace sobre ciertas características pertenecientes así mismo.

La autoestima es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos y sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida. Los millones de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se conjuntan en un sentimiento ya sea positivo o negativo hacia nosotros mismos. (García 1989)

En cuanto a sus orígenes tampoco son muy claros, debido a esta confusión de significados y sinónimos, lo que sí podemos decir es que el origen del Concepto del Self se ubica en los escritos de los antiguos griegos quienes ya se cuestionaban ¿quién soy?, ¿Qué quiero?, ¿Adónde voy?, ¿Por qué soy?, cuestionamientos que les llevan a pensar en proyectos y deseos de los que forman parte como individuos separados pero que viven bajo influencias y presiones de su familia, de la sociedad y más que nada de su propio mundo interno.

Aunque el objetivo de esta investigación no es revisar el autoconcepto a través de la historia ó a través de sus diferentes teóricos; es importante conocer los principales autores y el desarrollo del constructo, sin ánimo de ser exhaustivos, y con el fin de mostrar el abanico de concepciones, exponiendo, los que a nuestro juicio, son los trabajos más relevantes realizados.

Revisando un poco la historia, antes del siglo XX la discusión acerca del yo (self) se centraba en torno a conceptos metafísicos tales como: alma, espíritu, voluntad, etc.; encuadrándose, por lo tanto, dentro de los ámbitos filosófico y religioso.

En este sentido, podemos remontarnos a Platón, su estudio sé conceptualiza como el alma, elaborando un tratado para explicar su postura. Pero es a Aristóteles (siglo III, a.c), al que se le considera como el primero en realizar una descripción sistemática de la naturaleza del Yo, y sus contemporáneos refiriéndose a la dicotomía cuerpo y alma. Posteriormente San Agustín de Hipona es quien describe la primera introspección de un Self personal; el método de introspección: ver hacia dentro para poder purificar el alma. (Ramírez/Herrera, 2005)

Ante el rechazo de las explicaciones metafísicas del Alma, espíritu o deseo, por no ser aprehensibles con la metodología científica; el concepto del Self surge como el más importante objeto de la experiencia de cada individuo, a causa de su primacía, continuidad y omnipotencia en todos los aspectos del comportamiento.

En la edad media, el interés por el conocimiento del Self, permaneció en manos de pocos pensadores que subsistieron en el vacío cultural de la época y no es hasta el renacer cultural europeo (siglo XVII d.c), donde el concepto del Self se reflejaría en el pensamiento de Descartes (1637), el cual creó la teoría del dualismo, donde nos habla de la interacción que existe entre la mente y el cuerpo, planteando su frase celebre "Pienso, luego existo", donde plantea una discontinuidad entre la psique y el soma, dando un mayor peso al razonamiento y coloca el sí mismo como base para hablar de sí mismo.

En oposición a estas nociones Hobbes (1651), aportó un código ético basado en el interés del Self, quien junto con Locke, atribuyen mayor énfasis a la experiencia sensorial, hasta el punto de considerarla propiamente el Self. Entendido posteriormente como Self empírico o puro Ego.

En el (siglo XVIII) Hume le da un sentido basado en la Identidad. Kant hace la distinción entre el autoconcepto como sujeto y objeto. (Oñate, 1989)

Posteriormente, Kant, en su "Crítica a la Razón Pura, especificó la distinción entre el yo como sujeto y el yo en cuanto objeto, que más tarde abordaría también Schopenhauer (conocedor-conocido). (Ramírez/Herrera, 2005)

Más tarde (siglo XIX) dentro de la psicología fisiológica, la esencia del autoconcepto aparece en la parte físico de la conciencia.

William James (Teoría Fenomenológica), es uno de los primeros psicólogos que sentó bases para el estudio del Self y es quien identifica al Self como agente de la conciencia (Conciencia de sí mismo), así como parte del contenido de la misma. (Esta naturaleza dual como objeto y como proceso, aún es actual ya que es la suma total de aquello que pueda llamar suyo). Consideró el Sí mismo (Autoconcepto), como el constructo más central en psicología. Su idea clave fue la categorización del yo global en dos aspectos: El "mí", para la persona empírica, y el "yo", para el pensamiento evaluativo, señalando que estos deben ser considerados como aspectos discriminados y no como instancias separadas, considerando el yo global como la simultaneidad de ambos. (Oñate, 1989)

El Mí (Sí mismo empírico) está conformado por tres constituyentes;  
Mí Material: consiste en el cuerpo, la ropa, la familia inmediata, la casa y en diferente grado de importancia, los objetos y propiedades que posee.

Mí Espiritual: "es el conjunto total de los estados de conciencia, capacidades y disposiciones psíquicas consideradas concretamente".

Mí Social: consiste en las opiniones que los demás tienen de él, y destaca que las distintas personas responden de diferente manera a una misma persona, por tanto, debe haber no uno sino muchos Sí mismos sociales. (Citado en De Jesús, 1990)

La teorización y los estudios más relevantes sobre el autoconcepto han tenido lugar en el ámbito de la fenomenología que Wyle (1961) definió como el estudio de la conciencia directa. Una de las tesis fundamentales de esta teoría es que la conducta se ve influenciada no sólo por el pasado y por las experiencias presentes, sino además por los significados personales que cada individuo atribuye a su percepción de estas experiencias. Este mundo personal privado del individuo es el que más influye sobre su conducta. De este modo, el comportamiento es más que una mera función de lo que sucede desde el exterior y es también una consecuencia de cómo creemos que somos. (Ramírez/Herrera, 2005)

La teoría Psicoanalítica ayudó al desarrollo del Self definiéndolo como la evaluación subjetiva de un individuo como un compuesto de los pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia de una persona sobre su existencia individual, su noción de quien y qué es. (Solís, 1991)

Si bien Freud no aborda el autoconcepto como tal, manifiesta la existencia de una "Instancia psíquica" llamada "Yo", el cual en algunas de sus funciones podría igualarse al autoconcepto. El Yo tiene la función de evitar el sufrimiento y dolor oponiéndose o regulando la descarga de los impulsos con el fin de adaptarse a las exigencias del mundo externo. (citado en Solís, 1991)

Sin embargo, el origen formal del autoconcepto se encuentra en el campo del psicoanálisis derivándose directamente de la psicología del Yo (con Hartmann), su gestación básicamente se dio dentro de la teoría de la imagen Corporal de Paul Schilder (1923-1959) quien considera que la imagen corporal es una estructura mental que forma parte del conjunto de estructuras psicológicas con que el individuo cuenta al nacer y se va consolidando con la madurez y el desarrollo, el cual va a estar en constante proceso de construcción y destrucción. (Schilder, 1987)

En este proceso, Schilder analiza la importancia del aspecto social; el individuo durante su desarrollo y madurez se encuentra en continúa exposición con una realidad de objetos y personas que estimulan el conocimiento de la imagen corporal. El intercambio que surge entre las partes de la imagen corporal propia y las partes de la imagen corporal de los otros, es posible a través de los procesos de identificación, proyección y personalización, la importancia de las partes que se den y se retomen estarán determinadas por un matiz emocional, afectivo y de actitud, que estructurarán una imagen corporal de acuerdo a los modelos posturales de la cultura. (Arroyo; Hernández, 1995)

Heinz Hartmann (1980) retoma de Freud conceptos esenciales como la acrecentada independencia del Yo; considera que este posee un funcionamiento propio no derivado del Ello, así mismo que posee una fuente propia de energía. Destaca el importante papel del Yo en el desarrollo de la personalidad.

Para Hartmann el Yo es una “subestructura” de la personalidad, la cual es definida por sus funciones y que es el resultado de tres factores;

- Las características hereditarias del Yo y sus interacciones.
- Las influencias de las pulsiones instintivas
- Las influencias de la realidad externa.

Para la psicología del Yo, el Sí Mismo, posee dos significados;

El primero: son las actitudes y sentimientos de una persona respecto de sí misma, constituye una definición del sí mismo como objeto, ya que denota las actitudes, sentimientos, percepciones y evaluación que la persona elabora con respecto de sí misma considerada como un objeto; en este sentido el Sí mismo es lo que una persona piensa acerca de sí.

El segundo: como un grupo de procesos psicológicos que gobiernan la conducta y la adaptación, constituye una definición del Sí mismo como proceso; el Sí mismo es ejecutar, ya que consiste en un grupo de procesos psicológicos como el pensar, recordar o percibir. (Hall, 1974)

El Sí mismo, es un derivado del Yo que resulta de la organización de las autorepresentaciones (Imágenes de uno mismo) las cuales dan origen a una subestructura Yoica. (Hartman, citado por Kernberg, 1987)

La suma total de las autorepresentaciones, procedentes de las diversas etapas del desarrollo, conforman el Sí mismo, este pasa a ser un organizador

supraordenado de funciones claves del Yo, tales como la prueba de la realidad, integración, sintetización. (Kernberg, 1987)

El Sí mismo se encuentra insertado en el Yo en forma de subestructura, se deriva a partir de la percepción y la memoria, las cuales anteceden a la formación de la estructura tripartita, es decir, una introyección en la cual participan al menos tres elementos:

-Representación mental de un objeto.

-Representación del Sí mismo en integración con el objeto.

-El matiz afectivo vinculado a la imagen del Sí mismo en interacción con el objeto.

(Kernberg, 1988)

La organización e integración de la percepción, junto con la memoria, permiten estructurar una realidad psíquica interna a partir de la incorporación en el sí mismo de las representaciones mentales. (Gaddini, 1977).

Así la organización de las autoimágenes que formaban parte de las introyecciones e identificaciones, pasan a constituir el sí mismo. (Kernberg, 1988).

El autoconcepto, es la síntesis organizada de las representaciones mentales de sí mismo en un sistema valorativo, en donde cualquier modificación es, por tanto, un proceso de selección y evaluación mediante el cual se asimilan nuevas representaciones y se rechazan otras. Significa una fusión de representaciones mentales, provenientes de nuestra experiencia, en un sistema de apercepciones que son más o menos estables. (Bennett, 1984).

Una vez que las introyecciones se han organizado, surge el autoconcepto. Este, pasa a ser una teoría respecto de "sí mismo" que el sujeto ha construido inadvertidamente a través de su experiencia y función en el medio. (Epstein, 1981).

Dicha teoría funciona como "instrumento conceptual", cuyo propósito es "optimizar el equilibrio placer-dolor del individuo a través del curso de la vida". Así mismo tiene como otras "funciones básicas, facilitar el mantenimiento de la Autoestima y organizar los datos de experiencia de modo que puedan ser afrontados con efectividad". (Epstein, 1981)

Cualquier experiencia que sea incongruente con su Concepto de Sí mismo será ocultada en la conciencia, es decir, solo se asimila lo que esta de acuerdo con nuestro concepto de Sí mismo. (Rogers, 1985)

Todo lo mayor que sea la congruencia entre Autoconcepto y la "descripción objetiva del sí mismo", habrá mayor ajuste personal y menor utilización de "defensas preceptuales". (Chodorkoff, citado por Lindzey, 1982)

Al igual que cualquier mecanismo de defensa psicológico, las defensas que el Sí mismo hace del Autoconcepto, son defensas en contra de la ansiedad. (Dana, 1972)

Carl Rogers (1951), teórico fenomenológico, es uno de los autores más representativos de la teoría del Sí mismo. Este autor se preocupó principalmente por el Yo prestando poca atención a las estructuras de la personalidad. (Gardfield, 1979)

Rogers nos habla de dos constructos fundamentales de la personalidad;

-El Organismo: "centro de cualquier experiencia que incluya todo aquello que ocurra internamente en el organismo y está en potencia abierto a la conciencia en un momento determinado.

-El Sí Mismo: (autoconcepto), es una condición organizada de percepciones acerca de sí mismo, compuesto de percepciones de propias características y habilidades, los conceptos de Sí mismo en relación con los otros y el medio ambiente.

Y dice que el Autoconcepto está formado por tres componentes;

-Perceptual: forma en que se percibe así misma la persona, así como la percepción de los demás acerca de nosotros.

-Conceptual: concepto que se tiene de nuestras características, habilidades, recursos, fallas, limitaciones, así como la conceptualización de nuestro pasado y futuro,

-Actitudinal: sentimientos sobre sí mismo y como se desenvuelve ante su sociedad.

Por lo que afirma que la realidad de una persona dependerá de la forma en cómo se percibe un objeto o situación y su manera de reaccionar ante esta percepción.

Así como que "la posición más ventajosa para comprender la conducta es desde el marco de referencia interno del individuo".

En base a esta afirmación Fitts (1955) inició el desarrollo de la escala del Autoconcepto, aportando a la clínica uno de los programas más completos de autoconcepto en donde trato de condensar las investigaciones realizadas por los diferentes teóricos de la psicología que trabajaron sobre este término.

William. H. Fitts es uno de los investigadores más importantes del Autoconcepto, y lo define como la imagen que el individuo tiene de sí mismo, la cual influye en su conducta y está directamente relacionada con su personalidad y con su salud mental. De esta manera las personas que se perciben así mismas como "malas" o "indeseables", tenderán a comportarse de acuerdo con esa idea; aquellas que tienen un exagerado e irreal Autoconcepto, vivirán y se relacionarán de forma irreal. (Fitts, 1965)

Esta teoría del Sí mismo es fenomenológica en su naturaleza y está basada en el principio general de que el hombre reacciona a su mundo fenomenológico en términos de la forma en que él lo percibe; El campo fenomenológico incluye todo aquello de lo que una persona está consciente en el momento de la acción. La característica más importante de este mundo fenomenológico de cada persona en su propio Sí Mismo, como es visto, percibido y experimentado por él mismo. Esto es el Autoconcepto del individuo (Sí mismo), Este es aprendido a través de las experiencias consigo mismo, con otras personas o con la realidad de su mundo externo a lo largo de su vida. (Fitts, 1971)

Fitts, dice que el autoconcepto puede ser significativamente afectado en forma positiva por;

\*Experiencias Interpersonales, las cuales generan sentimientos positivos y sentimientos de estimación y valor.

\*Competencias, en áreas que son valoradas por el individuo y por otros.

\*Autorrealización; De las verdaderas potencialidades personales del individuo. De esta misma forma, el Autoconcepto se puede afectar de forma negativa, cuando los puntos no se cumplen. Así las personas no autorrealizadas tienen conceptos pobres de Sí mismas, por lo que podría decirse que el Autoconcepto positivo es el índice de un buen ajuste, de un funcionamiento efectivo o de utilización completa de las potencialidades (Fitts, 1972)

Por otro lado lo que parece distinguir a una persona "competente" de una persona "incapacitada" no es la manifestación natural de la incapacidad por sí misma, si no el grado en que se enfatizan las habilidades, la aceptación de sus limitaciones y se siente consistentemente positiva acerca de su valor personal y de su dignidad como ser humano.

Fitts afirma que la percepción que una persona tiene de sí misma es multidimensional. Y los factores más importantes que la describen son:

\*Marco de Referencia Interno; es la forma en que la persona se describe así misma por medio de 3 factores principales;

-Identidad del Self, es la necesidad del individuo de contestar a la pregunta ¿Quién soy yo?, es la necesidad de establecer su identidad, lo cual logra a través de las etiquetas que el individuo y otros le asignan. Dichas etiquetas influyen en la manera en que él percibe su mundo fenomenológico, la manera en que él responde a esto o interactúa con esto y las observaciones que él hace acerca de sí mismo.

-Conducta del Self, las consecuencias que la conducta puede tener, influyen en si esta continua o desaparece, también determinan si nuevas conductas son abstraídas, simbolizadas e incorporadas a su Identidad del Self. Pues es gratificante realizar cosas de las que uno es capaz. Afirma que las

consecuencias internas refuerzan la conducta, esta es practicada y dominada y la capacidad para realizar la conducta se convierte en parte de la identidad.

-Satisfacción del Self, funciona como observador, idealista, comparador y sobre todo evaluador; también sirve como mediador entre identidad y conducta, pues las observa y dice "bien hecho", "me gusta" y "estoy orgulloso de ti". Esta tendencia evaluativa del Self es un componente principal de auto percepción y provee elementos para la autoestima.

\*Marco de Referencia Externo; a partir del cual se evalúa la persona y lo hace por medio de 5 principales áreas;

-Self Físico, esta integrado por atributos y funciones físicas, por la sexualidad, por el estado de salud y la apariencia. El individuo no solo desarrolla percepciones de su físico que se modifican y extienden gradualmente durante su desarrollo, si no también adopta hacia sí mismo las actitudes de otras personas hacia su cuerpo y sus partes. Este concepto que tiene de su propio cuerpo constituirá una estructura nuclear en su personalidad y determinará su capacidad de adaptarse con éxito al estrés de enfermedades, traumatismos. (Kolb, 1982, citado en García; Ramos, 1991)

-Self Ético-Moral, integrado por un sentimiento religioso o normas morales. Este es un indicador de que alguna actividad del individuo ha quebrantado un importante aspecto de la imagen que tiene de sí mismo, causando sentimientos de culpa y ansiedad aunque no halla un peligro de castigo.

-Self Personal, la realización de sus potencialidades influye en su sentido de valor personal, el grado en que se sienta adecuado como persona y su evaluación así mismo. Los logros del individuo en las diferentes áreas en las que se desarrolla le permiten obtener mayor seguridad y confianza en sí mismo.

-Self Familiar, es la percepción que el individuo tiene de sí mismo con relación a su familia y amigos cercanos. Así como su sentido de adecuación como miembro de la familia.

-Self Social, actitud derivada de una relación personal familiar hacia otras personas sobre las relaciones del individuo, lo cual le ayudará a ubicarse dentro de un grupo y sentir que pertenece a él.

Cada uno de estos factores tanto internos como externos interactúan en forma dinámica de tal forma que si uno de ellos se encuentra alterado los otros serán afectados directa o indirectamente.

En cuanto a la definición del Autoconcepto; los diferentes autores parecen estar de acuerdo en que posee un carácter Multidimensional y es de gran importancia en la investigación.

A partir de esto y con el propósito de evaluarlo, inició el desarrollo de la escala en 1955, a fin de crear un instrumento simple para el individuo; ampliamente aplicable, bien estandarizado y multidimensional en la adscripción del autoconcepto.

Dicha Escala de Autoconcepto fue empleada para la presente investigación, por tanto, también nos apoyaremos en la concepción de William.H.Fitts, para la realización de dicha investigación, debido a que es importante el estudio multidimensional que hace acerca del Autoconcepto, lo que permite conocer tanto la forma general como específica, las dimensiones y las áreas más afectadas. Proporcionando al área clínica y al asesoramiento psicológico herramientas para iniciar la rehabilitación.

### AUTOCONCEPTO EN LA MUJER.

Existen diversos autores que han hablado de la relación que existe entre el autoconcepto y la capacidad reproductiva. Entre los primeros escritos que enfatizan la creencia de que el útero poseía un especial significado en el autoconcepto de la mujer, se encuentran los de Krafft-Ebbing, 1890 (citado en Patterson, 1963), quien afirmó que la capacidad reproductora permanecía siempre vigente en la vida psicológica de la mujer y por lo tanto cuando esta posibilidad resultaba anulada, las consecuencias se manifestaban en daños de tipo emocional.

Para algunos autores el útero y sus funciones son de gran importancia psicológica para la mujer, ya que representan simbólicamente la femineidad y consecuentemente la histerectomía produce un sentimiento de castración en la mujer. (Drellich, 1985).

Was Burn Piensa que el autoconcepto es una actitud, un valor a un motivo por medio del cual el individuo se relaciona con su medio ambiente social; Baenne expresa que el autoconcepto es la percepción que se tiene de uno mismo en términos de los atributos personales de varios roles, los cuales son desempeñados con mayor eficiencia por el individuo (citados por Salgado, 1985).

Reyna (1982) explica el impacto cultural sobre el autococepto; diciendo que el autoconcepto está determinado por el entorno social y por las relaciones interpersonales del individuo.

El autoconcepto se va desarrollando, con las concepciones que tienen los demás acerca del sujeto y a la vez el sujeto va asimilando todos los valores que constituyen el medio ambiente social (Salgado, 1985).

Para Fisher, (1964) el concepto y la estimación de sí misma en la mujer, están directamente ligados a la apariencia de su cuerpo y a su función, por que las finalidades vitales de la mujer se encuentran íntimamente vinculadas con su cuerpo. La mujer tiene unos criterios claros para conceptualizar su cuerpo como objeto psicológico. (citado en Bardwick, 1971)

Rose (1989); dice que la influencia social que se tiene sobre el autoconcepto de la mujer es primordial, al igual que lo son los eventos psicobiológicos (menstruación, matrimonio y el climatérico) como determinantes de la conducta y actitud hacia la vida; ya que estos eventos se desenvuelven en constelaciones sociales definidas, se convierten en experiencias tan particulares que matizarán y transformarán la identidad y el concepto que se tenga de sí.

Por su parte San Miguel (1987) afirma que el nivel educativo influye en la autoestima. De acuerdo con los resultados obtenidos en su investigación, los cuales mostraron una Autoestima mayor en las mujeres que tenían mayor grado educativo y menor edad, con relación a las que tenían menor grado educativo y mayor edad. Esto se relaciona con las ideas que durante mucho tiempo prevalecieron en lo referente a lo poco femenino que resultaba obtener conocimientos y sobresalir en el terreno intelectual; prescribiendo para la mujer solo el ejercicio de variadas actividades manuales y artísticas,

Díaz (1990), por medio de sus estudios con el Mexicano establece que la mujer desde pequeña se identifica con una madre bastante procreativa, que lava, plancha, cocina, atiende al marido y a los hijos. Así como también aprende que sólo puede manifestar sentimientos de ternura, dulzura, alegría y simpatía, que la colocan en la díada "sumisión - abnegación". Y aunque esto en la actualidad ha cambiado; esa fue la época de niñez y adolescencia que vivieron las mujeres que hoy en día tienen más de 40 años, por tanto, se podrá constatar la semejanza de sus circunstancias de vida con lo que los teóricos proponen al respecto.

Arroyo Y Hernández (1995), mencionan la estructura del modelo educativo en México para explicar que la confluencia de variadas vertientes ideológicas, culturales, históricas, económicas, han delegado en la personalidad de la mujer (específicamente en el Yo) una devaluación progresiva

Por otro lado, los Psicólogos Sociales nos hablan de una personalidad femenina basada en rasgos expresivos, los cuales usa para desenvolverse en el ámbito interno privado de las relaciones interpersonales y en el que ejerce el mundo externo del "hacer" orientado al logro y con fuertes sentimientos de control interno, autoafirmación, seguridad personal e independencia. Con estos

elementos se va perfilando una personalidad femenina que tuvo como núcleo; la fusión, la dependencia, la pasividad, la falta de acción en la realidad extrafamiliar; rasgos base sobre los que irán influyendo una serie de factores de tipo hereditario constitucional. Estos rasgos nucleares parecen ser universales y constantes en casi todas las mujeres; de manera que aún las más liberadas, en cuanto a no aceptar desempeñar el rol que su identidad genérica les impone, tienden a tener conflictos con su estructura psíquica introyectada como definición de su ser femenino. (Tamayo, 1982)

Así mismo Tschirhart y Donovan (1985), en su libro "Women & Self Esteem", realizaron estudios que han demostrado respectivamente patrones muy preocupantes en mujeres. Falta de Autoestima, inhabilidad para poder controlar su vida, vulnerables a la depresión, tendencias a verse a sí mismas como menos capaces de lo que realmente son. De tal manera que se plantearon ¿Cómo y por que tantas mujeres se ven a sí mismas como menos capaces de lo que son?

¿Qué efectos tienen de manera individual en la salud psicológica, en sus relaciones, en su trabajo y actitudes hacia otros y el mundo en general?

¿Qué efectos hay entre la baja autoestima de las mujeres y cómo se relacionan con la sociedad, la economía?

Para estas autoras la exploración de la Autoestima y experiencias con las mujeres descansa en 4 premisas;

-la baja autoestima de las mujeres es el resultado de la larga opresión de la cultura de dominación del hombre en la sociedad.

-la baja autoestima es el detonador de muchos problemas psicológicos que invaden a la mujer de hoy.

-la baja autoestima tiene relación con el aumento de problemas psicológicos, las mujeres se ven menos capaces, menos creativas e inútiles, con esto se facilita que siga existiendo la opresión de la mujer en un mundo dominado por hombres.

-el desarrollo de la Autoestima, en la mujer en el ámbito individual, es necesario para el avance de la mujer como grupo.

En resumen se puede decir que el autoconcepto de la mujer está influenciado por diversos factores; Social, familiar, reproductivo y de maternaje, este último, siendo tan altamente valorado en su función por la sociedad, que paradójicamente pierde jerarquía en la mujer climatérica. (López, 1989)

## EL YO Y LA AUTOESTIMA DE LA MUJER.

Bardwick (1971), define la personalidad de la mujer muy femenina como; pasiva, masoquista, protectora, dependiente, sensual, receptiva, maternal, intuitiva, emocional, lábil y empática.

Esta autora nos dice que el valor que la persona concede a su Yo determina su estima personal y cuanto menos se estime a sí misma, mayor será su ansiedad y más intensa su respuesta a las presiones que le hacen para que asuma un determinado rol. Con las mujeres ocurre que debido a las expectativas respecto de su rol, no quieren desarrollar todas sus capacidades, entonces pueden percibirse así mismas como personas que no utilizan sus condiciones o atributos potenciales, que no se aproximan a su Ideal. Las mujeres que han interiorizado estos valores tendrán un ideal de sí misma que dependerá en parte de la capacidad de realización instrumental que valora la cultura.

En cuanto a la esfera social nos dice que, cada persona definirá las oportunidades o "identidades secundarias" de que va a disponer y estas van cambiando a través del ciclo vital.

Dice que las conductas de rol reflejan una personalidad social, estereotipada (por ejemplo el rol materno), pero también tienen un cierto carácter idiosincrásico, en cuanto, que reflejan las características de la persona que actúa en ese papel.

De esta manera podemos concebir la Propia Estima como algo que depende de lo bien que uno se desenvuelve en los roles en que participa y de hasta que punto emplea la capacidad que cree tener en el desempeño de ese conjunto de roles. En ciertas mujeres, el sentimiento de que el rol tradicional no les permite usar toda la gama de sus potencialidades provoca una baja estima hacia Sí misma.

Esta autora expone que el concepto independiente del Yo se desarrolla más tarde en las mujeres que en los hombres. Es posible que se desarrolle relativamente ese sentido medular del Yo; el sentido de la Identidad femenina. Pero el sentido del Yo se desarrolla a partir de la participación en diversos roles a partir de las identidades secundarias por tanto se desarrolla más tardíamente.

Para ella, la mayor parte de los roles específicamente femeninos de una importancia crítica, no pueden ensayarse, deben esperar hasta que la mujer se case y tenga un hijo. (Bardwick, 1971)

Las ideas referentes al continuo reforzamiento de las conductas propias del rol femenino durante toda la vida de las mujeres, son corroboradas en parte por Tamayo (1982), quien confiere al matrimonio un valor positivo para la autoestima de la mujer. Refiere que tal condición proporciona prestigio, seguridad, cierta libertad personal, que son reconocidas y aceptadas tanto por el cónyuge como para la sociedad.

Así mismo la función reproductiva, que incluye la gestación y el maternaje es determinante para la obtención de un Autoconcepto alto y positivo, dado que es un elemento dirigente de la feminidad y el desempeño de esta función es necesario para sentirse valiosa, plena y realizada como mujer. (Cruz, 1992)

## *CAPITULO IV*

### **MÉTODO**

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Como ha visto la pérdida de la función reproductiva en la mujer trae consigo una serie de cambios, los cuales evidentemente afectan emocionalmente la vida de la mujer, modificando su personalidad, su autoimagen, su estado de ánimo, su sexualidad y con ello su contacto interpersonal, pensamientos, opinión de uno mismo y el concepto de vida en general; todo lo anterior ocasiona que la mujer entre en crisis, la llamada “crisis de la mediana edad”

Según Burin (1990) Lo que entra en crisis en la mujer es la concepción que ella tiene de sí misma, ligada a las multideterminaciones que hasta ese momento habían organizado su noción de identidad.

Para Kohut la mujer en la mediana edad sufre debido a las heridas narcisistas, ante las evidentes modificaciones del cuerpo y el alejamiento de los ideales de belleza y juventud, y enfatiza que “estas serán más o menos perturbadoras según el grado de firmeza del Self”. (Citado en Arroyo; Hernandez, 1995)

Para Thirret lo que daña el narcisismo de la mujer es el miedo a comprobar la devaluación social y física. (Citado en Arroyo; Hernández, 1995)

Deutsch (1960) señala que la crisis que acompaña al climaterio es inevitable y explica como sus características y su identidad están determinadas por la estructura psicológica de la mujer (Yo, Súper Yo, Ello), por sus conflictos infantiles, por sus logros y fracasos durante su época reproductiva. Y afirma que la manera en que la mujer se ha enfrentado a los cambios que ocurren en el transcurso de su vida, dependerá de la imagen que tenga de Sí misma, del periodo de la menarca, la primera experiencia sexual, sus embarazos, sus partos, la menopausia; el significado que le conceda a cualquier síntoma que presente dependerá de una interacción de factores psicológicos, biológicos, sociales, y culturales.

Por otro lado en las mujeres que han tenido que sufrir una histerectomía los síntomas suelen intensificarse durante los primeros 4 meses y duran aproximadamente hasta los 24 meses después de la operación. (De Silva, 1989)

Las reacciones de la mujer que ha sufrido esta operación muestran el gran valor simbólico de la posesión de esos órganos. La agresión, los estados depresivos, la ansiedad, etc., se explican muchas veces como debidos a la pérdida de los órganos de la reproducción, una pérdida que para la mujer equivale a la castración. (Deutsch, 1960)

De Silva (1989), afirma que el climaterio artificial o quirúrgico causado por la Histerectomía presenta más problemas que el natural puesto que la influencia de los ovarios se ve suprimida de golpe y no de forma gradual, como ocurre en los casos normales.

Esto nos puede llevar a pensar que la realidad de la mujer (la suma total de objetos dentro del mundo social o cultural, así como los múltiples vínculos y relaciones de interacción) se encuentra determinada por el "ideal femenino". Las mujeres que no cumplan con este "ideal femenino", determinado en gran medida por su capacidad reproductiva podrían verse expuestas a alteraciones emocionales importantes. Pues al no cumplir con los roles establecidos y ser percibida de una manera diferente es posible que surjan cambios significativos en cuanto al autoconcepto se refiere. (Barruel; Lñesta, 1993)

Rosenfeld y Mitchell (1979) afirman que la falta de capacidad reproductiva impacta fundamentalmente al autoconcepto y con frecuencia se vive como una pérdida que se resolverá de acuerdo con los recursos que cuenta el individuo.

Al respecto Nadelson (1983) dice que para la mujer, el conocimiento de que es capaz de tener hijos ha sido desde siempre considerado crítico para el desarrollo de su identidad de género, de su sentido de feminidad y de su autoestima.

Estas afirmaciones, y el trato directo con estas mujeres nos llevo a hacer la pregunta de la presente investigación.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existen diferencias en el autoconcepto entre mujeres en la etapa climatérica, y mujeres histerectomizadas?

## HIPÓTESIS

**Hipótesis Conceptual;** En virtud de que el autoconcepto se ve afectado de diferente manera entre el cese natural de una función reproductiva y la brusca interrupción de la misma, es posible que existan diferencias en el autoconcepto entre mujeres con síndrome climatérico y mujeres histerectomizadas.

**Hipótesis de investigación;** Existen diferencias en el autoconcepto entre las mujeres histerectomizadas y mujeres en etapa climatérica.

**Hi;** Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel global de autoestima de las mujeres climatéricas y las mujeres histerectomizadas.

**Ho;** No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel global de auto estima de las mujeres climatéricas y las mujeres histerectomizadas.

**Hi;** Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la identidad de las mujeres climatéricas, y las mujeres histerectomizadas.

**Ho;** No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la identidad, de las mujeres climatéricas y las mujeres histectomizadas.

**Hi;** Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la autosatisfacción de las mujeres climatéricas y las mujeres histerectomizadas.

**Ho;** No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la autosatisfacción de las mujeres climatéricas y las mujeres histerectomizadas.

**Hi;** Existen diferencias estadísticamente significativas en la conducta de las mujeres climatéricas y las mujeres histerectomizadas.

**Ho;** No existen diferencias estadísticamente significativas en la conducta de las mujeres climatéricas y las mujeres histerctomizadas.

**Hi;** Existen diferencias estadísticamente significativas en el YO físico de las mujeres climatéricas y las mujeres histerectomizadas.

**Ho;** No existen diferencias estadísticamente significativas en el YO físico de las mujeres climatéricas y las mujeres histerectomizadas.

**Hi;** Existen diferencias estadísticamente significativas en el YO ético-moral de las mujeres climatéricas y las mujeres histerectomizadas.

**Ho;** No existen diferencias estadísticamente significativas en el YO ético-moral de las mujeres climatéricas y las mujeres histerectomizadas.

**Hi;** Existen diferencias estadísticamente significativas en el YO personal de las mujeres climatéricas y las mujeres histerectomizadas.

**Ho;** No existen diferencias estadísticamente significativas en el YO personal de las mujeres climatéricas y las mujeres histerectomizadas.

**Hi;** Existen diferencias estadísticamente significativas en el YO familiar de las mujeres climatéricas y las mujeres histerectomizadas.

**Ho;** No existen diferencias estadísticamente significativas en el YO familiar de las mujeres climatéricas y las mujeres histerectomizadas.

**Hi;** Existen diferencias estadísticamente significativas en el YO social de las mujeres climatéricas y las mujeres histerectomizadas.

**Ho;** No existen diferencias estadísticamente significativas en el YO social de las mujeres climatéricas y las mujeres histerectomizadas.

**Hi;** Existen diferencias estadísticamente significativas en la Autocrítica de las mujeres climatéricas y las mujeres histerectomizadas.

**Ho;** No existen diferencias estadísticamente significativas en la Autocrítica de las mujeres climatéricas y las mujeres histerectomizadas.

## **VARIABLES.**

**Variable Independiente;** Mujeres en etapa de climatério  
Mujeres a las que se les realizó una histerectomía

**Variable Dependiente;** Autoconcepto

### DEFINICIÓN CONCEPTUAL

**Mujeres en etapa climática;** El climaterio es la época de la vida de la mujer donde termina la función ovárica, la cual antecede (premenopausia), acompaña (menopausia), y sigue al cese de la actividad de las glándulas sexuales y la retirada de la menstruación (Posmenopáusica).

Se manifiesta con la pérdida de la secreción cíclica de estrógenos. El descenso de los estrógenos circulatorios da lugar a algunos síntomas específicos. (De Silva, 1979)

**Mujeres a las que se les realizó una histerectomía;** Mujeres a las cuales se le extirpo el útero mediante intervención quirúrgica. (Stoppard, 1989).

**Autoconcepto;** la forma en que se percibe el sujeto y a la opinión que tiene de sí mismo, lo cual permite saber la forma en que se adapta al medio ambiente, su personalidad, sus actitudes, así como la forma en que se relaciona con otros. La forma en como se evalúa un sujeto a sí mismo, y también se relaciona con sus estados emocionales. (Fitts, 1965).

### DEFINICION OPERACIONAL.

**Mujeres en etapa climática;** toda paciente derechohabiente al HCSAE de PEMEX cuyos ciclos ováricos y menstruales se vean alterado, y cuyos niveles estrogénicos comienzan a descender. Para su selección se contó con la colaboración de su médico y basándonos en los expedientes de las pacientes.

**Mujeres a las que se les realizó una histerectomía;** toda paciente derechohabiente al HCSAE de PEMEX que haya sido intervenida quirúrgicamente para la extirpación del útero, desde el momento de la extirpación, hasta dos años.

**Autoconcepto;** se medio por medio de 100 proposiciones autodescriptivas, las cuales conforman la escala de autoconcepto de Tennessee. Utilizando la forma adaptada y estandarizada en población universitaria mexicana, tomando los criterios de aplicación y calificación de la misma.

## **POBLACIÓN**

La población que formó parte de la presente investigación estuvo integrada por 60 Mujeres; 30 mujeres en etapa climatérica de edades entre los 40 y 50 años y 30 mujeres histerectomizadas cuyas edades fueron entre 30 y 50 años, que fuesen derechohabientes al Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX.

### CRITERIOS DE INCLUSION.

**Mujeres en etapa climatérica;** cuyas edades estuvieron entre los 40 y 50 años, con escolaridad mínima de primaria, que por lo menos tuvieran un hijo, y que se haya confirmado por el medico, que han entrado en la etapa climatérica.

**Mujeres a las que se les realizo una histerectomía;** de edades entre 30 y 50 años, con escolaridad mínima de primaria, que por lo menos tuvieran un hijo, y que hayan sido intervenidas quirúrgicamente para la extirpación del útero, sin exceder de dos años para la aplicación del instrumento.

### TECNICAS DE MUESTREO

Es un tipo de muestreo no probabilística intencional por cuota;  
No probabilística, dado que no todos los elementos de la población pudieron participar, ya que se definieron criterios de inclusión a la muestra.

Intencional puesto que los sujetos tuvieron que cubrir las características requeridas.

Por cuota, porque se delimito la población en, pacientes en etapa climatérica y pacientes histerectomizadas derechohabientes al HCSAE de PEMEX.

## **TIPO DE ESTUDIO.**

Es un estudio exposfacto, de campo, comparativo, y transversal;  
Es exposfacto, ya que no se manipularon las variables

De campo, ya que el estudio se llevó a cabo en una situación realista, en ambiente natural.

Comparativo, porque comparamos dos grupos, con características diferentes (mujeres en etapa climatérica y, mujeres histerectomizadas).

Transversal, ya que sólo se recolectaron datos en un sólo momento y en un sólo tiempo.

## **DISEÑO**

El diseño es de dos grupos independientes debido a que los grupos se formaron por sujetos con diferentes características, tomados de una misma población (HCSAE de PEMEX) y una sola medición.

## **PROCEDIMIENTO**

Se aplicó la Escala de Autoconcepto de Tennessee estandarizada en población universitaria mexicana, a pacientes del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX (HCSAE de PEMEX) que se encontraran en etapa climatérica o que fuesen histerectomizadas.

Las pacientes fueron captadas en la consulta externa del servicio de ginecología y obstetricia, donde se determinó por medio de los expedientes, y del reporte del médico, si cabrían con las características requeridas para el presente estudio.

A cada una de las pacientes se le solicito su colaboración y se les informo el objetivo de ella. Posteriormente se aplicó la Escala de Autoconcepto de Tennessee de manera individual.

## INSTRUMENTO

El instrumento empleado para la presente investigación fue la Escala de Autoconcepto de Tennessee, diseñada por William H. Fitts en 1965; adaptada y estandarizada en población universitaria mexicana, por García y Quintero, 1995.

Dicha escala se estandarizo con un grupo normativo constituido por 1000 personas mexicanas; 502 hombres y 498 mujeres, estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México que estaban cursando el semestre medio del total de la carrera con un rango de edad de 18 a 48 años. En este trabajo se encontró que la Escala de Autoconcepto de Tennessee es valida, es decir que mide lo que pretende medir, y que en forma global es una prueba significativamente confiable,

Así mismo las normas obtenidas en estudiantes universitarios presentaron diferencias estadísticamente significativas en 23 de las 29 escalas contenidas en la Forma Cel de la EAT con las normas originales.

Tomando en cuenta estos datos se considero adecuada su utilización para la presente investigación.

La Escala es un cuestionario que consta de 100 afirmaciones autodescriptivas que el examinado usa para mostrar su autoimagen, las cuales se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos, los cuales varían entre completamente falso a completamente verdadero. 45 de las afirmaciones están formuladas positivamente y otras 45 negativamente, 90 de los reactivos conforman la escala propiamente dicha posee un esquema bidimensional de tres renglones componentes de las actitudes hacia él mismo y cinco columnas referentes a aspectos del autoconcepto, los 10 restantes conforman la escala de autocrítica, la cual es independiente del resto de las escalas (pertenecen a la Escala L del MMPI)

La EAT es autoadministrable y su aplicación puede ser individual o colectiva y puede ser realizada en un lapso de 10 a 20 minutos. Puede ser usada en personas de 13 años en adelante, siempre y cuando tengan una habilidad de lectura de sexto grado o más. La EAT es aplicable a todo rango de ajuste psicológico, desde personas sanas y bien ajustadas hasta pacientes psicóticos.

Las dimensiones de la Escala de Autoconcepto de Tennessee son;

Horizontalmente tenemos tres Hileras que reflejan el marco de referencia interno.

- Hilera 1: La puntuación de **Identidad**, son los ítems de lo que “Yo Soy” por medio de las cuales la persona describe su identidad básica como la autodescribe y autopercibe.

- Hilera 2: La puntuación de **Autosatisfacción**, se deriva de los ítems en los cuales el individuo describe que tan “Satisfecho” se siente consigo mismo, con la autoimagen percibida. En general refleja el nivel de autoaceptación o autosatisfacción.

- Hilera 3: La puntuación de **Conducta**, se calcula de los ítems que expresan lo que “Yo hago” o la dirección en que “Actúo”. Esta puntuación refleja la percepción del sujeto respecto de su propia conducta o la dirección en que funciona ésta.

Verticalmente encontramos cinco columnas las cuales reflejan el marco de referencia externo.

- Columna A: La puntuación de “**Yo Físico**”, refleja el punto de vista que un individuo tiene respecto de su cuerpo, su estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

- Columna B: La puntuación de “**Yo Ético-Moral**”, describe el sí mismo desde un marco de referencia ético-moral, examinando cualidades morales, relaciones con dios, sentimientos que se tienen de ser una persona “buena o mala”, así como las satisfacciones con su religión o falta de ésta.

- Columna C: La puntuación de “**Yo Personal**”, refleja la sensación del individuo de valor personal, el sentimiento de adecuación como persona y la evaluación de su personalidad, todo esto de forma individual e independientemente al cuerpo o su relación con otros.

- Columna D: La puntuación de “**Yo Familiar**”, refleja los sentimientos de un individuo, el mérito y el valor como miembro de una familia. Esto se refiere a la percepción del sí mismo de una persona, con relación a su círculo inmediato de asociados.

- Columna E: La Puntuación de “**Yo Social**”, es otra categoría de “como el sí mismo se percibe en relación con otros”, pero define a “otros” en una dirección más general; reflejando la sensación de adecuación y de dignidad en la interacción social con otra persona en general.

Estas puntuaciones derivan del esquema 3 x 5 de hileras y columnas encontradas en la hoja de puntuaciones usadas para la calificación manual. En el análisis original del conjunto de ítems, las afirmaciones fueron clasificadas

por sus tres mensajes primarios: (1) Identidad; (2) Autosatisfacción; (3) Conducta. Con base en estas se forman las tres categorías horizontales. Así las puntuaciones Hileras comprenden tres puntuaciones que cuando se suman, constituyen la Puntuación total.

Así la serie completa de ítems está dividida en dos direcciones verticalmente en columnas (Marco de Referencia Externo); y horizontalmente en hileras (Marco de Referencia Interno), cada ítem y cada celdilla contribuyen a dos puntuaciones diferentes.

Por otro lado tenemos la Escala de Autocrítica. ( Ac)

Está compuesta por 10 ítems (tomados de la escala L del MMPI); todos son afirmaciones ligeramente de rogativas o debilidades comunes que la mayoría de la gente acepta como ciertas respecto a sí misma. Las personas que aceptan la mayoría de estas afirmaciones presentan una adecuada capacidad de **autocrítica**.

La Puntuación Total. ( PT)

Esta puntuación también es llamada Puntuación Total Positiva, y puede considerarse por sí misma como la puntuación más importante en la EAT. Pues refleja el nivel global de **autoestima**.

## *CAPÍTULO V*

### **RESULTADOS**

Para la presente investigación se utilizó el tipo de estadística paramétrica, para poner a prueba la hipótesis de dos grupos independientes de la investigación se utilizó la prueba T.

Así mismo se realizó un Análisis de Varianza con el fin de encontrar diferencias significativas entre los grupos con respecto a las diferentes variables demográficas.

También se efectuó un Análisis de Frecuencias con el fin de obtener una descripción de las características de los grupos.

Dichos análisis se realizaron a través del SPSS (Paquete estadístico aplicado a las Ciencias Sociales) para MS WINDOWS.

Por otra parte, se llevó a cabo la descripción del perfil de cada uno de los grupos con base a las medias.

Con base en la información obtenida del análisis estadístico realizado, se obtuvieron los resultados que describiremos en las páginas siguientes.

#### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

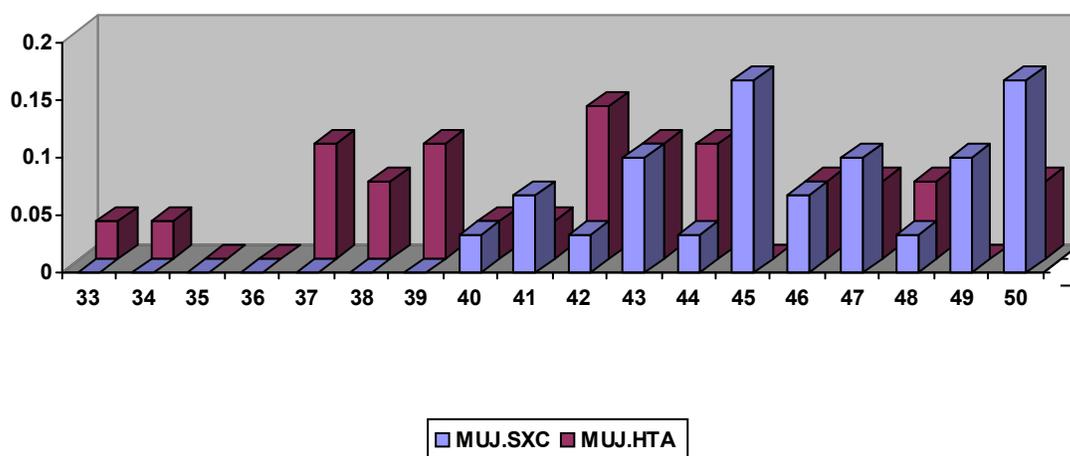
En relación con la EDAD en el grupo de las mujeres en etapa climatérica (MUJ.SXC) se encontró un rango de edades que fluctuó de los 40 a 50 años en 30 casos (ver tabla I). Por otro lado en el grupo de mujeres histerectomizadas (MUJ.HTA) se tiene una media de 42 años en un rango de edades entre 33 y 50 años en el mismo número de casos. (ver Tabla II y Gráfica I)

MUJERES CLIMATÉRICAS (MUJ.SXC)		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
40	1	3.3
41	2	6.7
42	1	3.3
43	3	10.0
44	1	3.3
45	5	16.7
46	2	6.7
47	3	10.0
48	1	3.3
49	3	10.0
50	8	26.7

Tabla I

MUJERES HISTERECTOMIZADAS (MUJ.HTA)		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
33	1	3.3
34	1	3.3
35	-	-
36	-	-
37	3	10.0
38	2	6.7
39	3	10.0
40	1	3.3
41	1	3.3
42	4	13.3
43	3	10.0
44	3	10.0
45	-	-
46	2	6.7
47	2	6.7
48	2	6.7
49	-	-
50	2	6.7

### GRAFICA DE PORCENTAJES DE EDADES



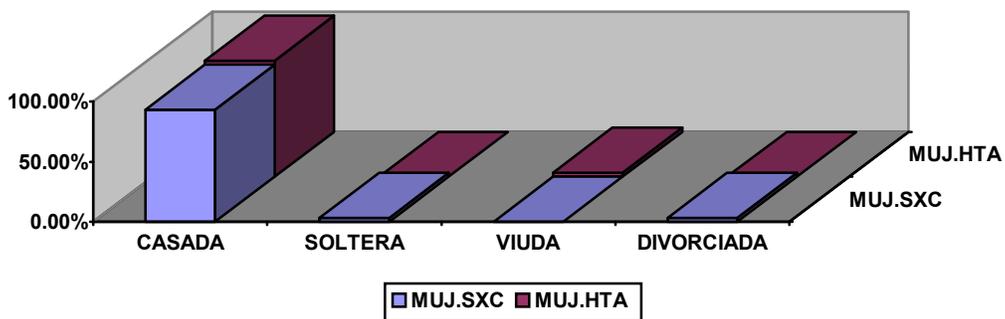
Gráfica I

Con respecto al ESTADO CIVIL se encuentra que la mayoría de las mujeres histerectomizadas (96.7%) como en etapa de climaterio (93%) son casadas. (ver Tabla III y Gráfica II)

ESTADO CIVIL	MUJ.SXC		MUJ.HTA	
	FREC	%	FREC	%
Casada	28	93.3	29	96.7
Soltera	1	3.3	-	-
Viuda	-	-	1	3.3
Divorciada	1	3.3	-	-

Tabla III

**GRAFICA DE PORCENTAJES DEL ESTADO CIVIL**



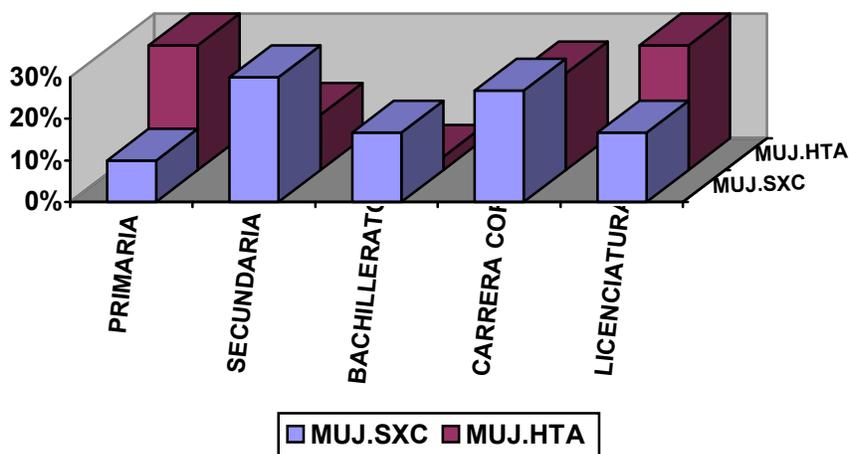
Gráfica II

En cuanto a la ESCOLARIDAD se encontró que el 30% de las mujeres histerectomizadas tienen una carrera profesional; de igual forma con educación primaria un 30%. Mientras que la escolaridad predominante para el grupo de mujeres climatéricas es de nivel secundaria con el 30%. ( ver Tabla IV y Gráfica III)

ESCOLARIDAD	MUJ.SXC		MUJ.HTA	
	FREC	%	FREC	%
Primaria	3	10.0	9	30.0
Secundaria	9	30.0	4	13.3
Bachillerato	5	16.7	1	3.3
Carrera corta/comercial	8	26.7	7	23.3
Licenciatura	5	16.7	9	30.0

Tabla IV

GRAFICA DE PORCENTAJES DE LA ESCOLARIDAD



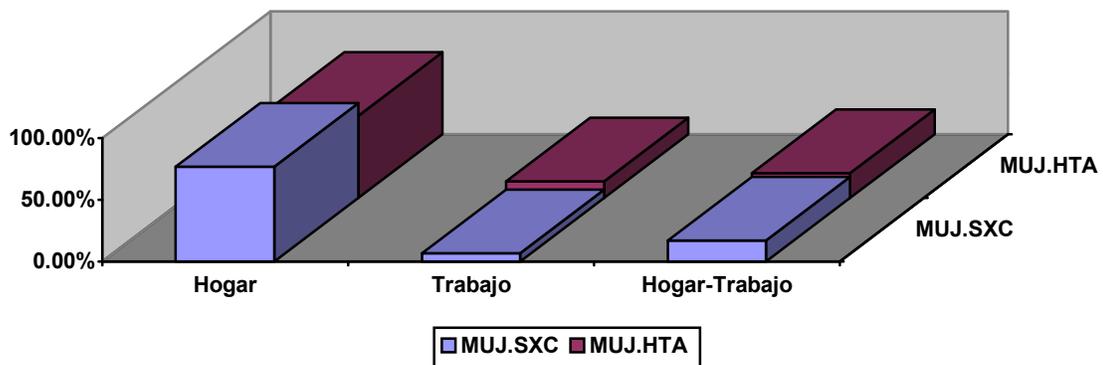
Gráfica III

Con respecto a la OCUPACIÓN se observó que el grupo de mujeres climatéricas se dedica en su mayoría al hogar (76.7%) de igual forma las mujeres histerectomizadas (66.7%). (ver Tabla V y Gráfica IV)

OCUPACION	MUJ.SXC		MUJ.HTA	
	FREC	%	FREC	%
Hogar	23	76.7	20	66.7
Trabajo	2	6.7	4	13.3
Hogar/Trabajo	5	16.7	6	20.0

Tabla V

**GRAFICA DE PORCENTAJES DE LA OCUPACIÓN**



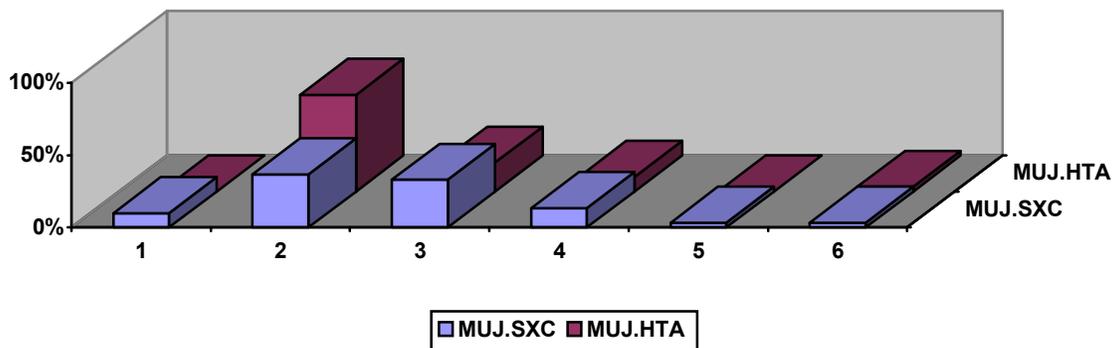
Gráfica IV

En cuanto al NUMERO DE HIJOS la mayoría de las mujeres tienen de 1 a 3 hijos (ver Tabla VI y Gráfica V)

NUM.HIJOS	MUJ.SXC		MUJ.HTA	
	FREC	%	FREC	%
1	3	10.0	-	-
2	11	36.7	20	66.7
3	10	33.3	6	20.0
4	4	13.3	3	10.0
5	1	3.3	-	-
6	1	3.3	1	3.3

Tabla VI

GRAFICA DE PORCENTAJES DEL NÚMERO DE HIJOS



NUMERO DE HIJOS

Gráfica V

Con respecto a las variables pertenecientes a la Escala de Autoconcepto de Tennessee, así como el valor T, los resultados serán presentados primeramente por hileras y posteriormente por columnas.

ESCALAS	MUJ.SXC			MUJ.HTA			V.T	D.M
	M	D.E	E.E	M	D.E	E.E		
Identidad	123.40	13.04	2.38	127.50	9.76	1.78	-1.38	-4.10
Autosatisfacción	118.37	19.18	3.50	111.67	14.77	2.70	1.52	-6.70
Autocomportamiento	118.30	12.30	2.24	117.07	12.90	2.35	.38	1.23
Yo físico	68.26	12.43	2.27	67.60	9.39	1.71	.23	.67
Yo ético-moral	79.63	8.94	1.63	77.37	6.72	1.23	1.11	2.27
Yo personal	70.10	9.27	1.69	71.77	9.35	1.71	-.69	-1.67
Yo familiar	74.47	9.30	1.70	72.20	7.51	1.37	1.04	2.27
Yo social	67.60	10.69	1.95	67.30	8.45	1.54	.12	.30
Autocrítica	37.23	6.26	1.14	33.83	7.35	1.34	1.93	3.40
Autoestima	360.07	40.64	7.42	356.23	30.51	5.57	.41	3.83

Tabla VII

Hilera 1. La escala de IDENTIDAD, es la descripción de cómo se ve el sujeto así mismo. El grupo de MUJ.SXC está representado con una media de 123.40, una Desviación estándar de 13.04 y un Error estándar de 2.38; El grupo de MUJ.HTA obtuvo una media de 127.50, con una Desviación estándar de 9.76 y un Error estándar de 1.78.

La diferencia de Medias es de -4.10 y el Valor de T de -1.38, lo cual nos indica que no hay diferencias estadísticamente significativas.

Hilera 2. AUTOSATISFACCION, describe como se siente el sujeto sobre lo que es y hace, revelando el nivel de satisfacción y autoaceptación. El grupo de MUJ.SXC hay una media de 118.37, una Desviación estándar de 19.18 y un Error estándar de 3.50; El grupo de MUJ.HTA se refleja una media de 111.67, una Desviación estándar de 14.77 y un Error estándar de 2.70.

La diferencia de medias es de 6.70 y el Valor de T de 1.52, por tanto no es estadísticamente significativo.

Hilera 3. COMPORTAMIENTO, es la percepción que el sujeto tiene de lo que hace. Nos muestra en el grupo de MUJ.SXC una media de 118.30, una Desviación estándar de 12.30, un Error estándar de 2.24. El grupo de MUJ. HTA encontramos

una media de 117.07, una Desviación estándar de 12.90, y un Error estándar de 2.35.

Tenemos una Diferencia de medias de 1.23, el Valor T es de .38, que no es significativo estadísticamente.

Columna A. Corresponde a la escala del YO FISICO, y es la forma en que el sujeto percibe su propio cuerpo en cuanto a la salud, apariencia, habilidades y sexualidad. Encontramos que el grupo de MUJ.SXC tiene una media de 68.26, una Desviación estándar de 12.43 y un Error estándar de 2.27. El grupo de MUJ.HTA una media de 67.60, una Desviación estándar de 9.39 y un Error estándar de 1.71.

La diferencia de medias es de .67, y el Valor T es de .23, lo que no es estadísticamente significativo.

Columna B. YO ETICO-MORAL, refleja la forma en que el sujeto se percibe como bueno o malo en relación con los valores religiosos. En el grupo de MUJ.SXC la media es de 79.63, la Desviación estándar de 8.94 y un Error estándar de 1.63; El grupo de MUJ.HTA hay una media de 77.37, una Desviación estándar de 6.72, y un Error estándar de 1.23.

La Diferencia de medias es de 2.27, y el Valor T es de 1.11, razón por la que no hay diferencias significativas.

Columna C. YO PERSONAL, refleja el sentido del valor personal que el sujeto tiene de sí mismo. En el grupo de MUJ.SXC la media es de 70.10, la Desviación estándar de 9.28 y el Error estándar de 1.69. El grupo de MUJ.HTA encontramos una media de 71.77, una Desviación estándar de 9.35 y un error estándar de 1.71. Encontramos que la diferencia de las medias es de -1.67 y el Valor de T es -.69, por ende no es estadísticamente significativo.

Columna D. YO FAMILIAR, es el sentimiento de valor personal sobre la base de sus relaciones familiares. En el grupo de MUJ.SXC la media es de 74.47, la Desviación estándar de 9.30, y el Error estándar de 1.69. El grupo de MUJ.HTA la media es de 72.20, la Desviación estándar de 7.51, Error estándar de 1.37.

La diferencia de las medias es de 2.27, y el Valor de T de 1.04, por tanto se estableció que no es estadísticamente significativo.

Columna E. YO SOCIAL, refleja lo que la persona siente respecto a su manera de relacionarse con las personas. Se refleja en el grupo de MUJ.SXC una media de 67.60, una Desviación estándar de 10.69, y un Error estándar de 1.95. El grupo de MUJ.HTA la media es de 67.30, la Desviación estándar es de 8.45, y el Error estándar de 1.54.

La diferencia de las medias es de .30, y el Valor de T de .12, así que la diferencia no es estadísticamente significativa.

Ahora describiremos la capacidad de AUTOCRÍTICA, En la que podemos observar que en el grupo de MUJ.SXC la media es de 37.23, la Desviación

estándar de 6.26, y un Error estándar de 1.14. El grupo de MUJ.HTA tiene una media de 33.83, una Desviación estándar de 7.35 y Error estándar de 1.34. La diferencia de las medias es de 3.40 y el Valor de T es de 1.93, sin llegar a ser estadísticamente significativo.

En cuanto al NIVEL GENERAL DE AUTOESTIMA, que es la escala de los puntajes positivos totales, la cual se considera por si misma, como la puntuación más importante de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, dado que refleja el nivel total de autoestima, en el cual encontramos que el grupo de MUJ.SXC tiene una media de 360.07, una Desviación estándar de 40.64 y un Error estándar de 7.42. EL grupo de MUJ.HTA la media es de 356.23, la Desviación estándar de 30.51 y el Error estándar de 5.57.

Con relación a la diferencia de medias es de 3.83 y el Valor de T es de .41, y de la misma forma nos indica que la diferencia no es estadísticamente significativa. (ver tabla VII y anexo 1)

Por lo anterior, con base en los resultados y su descripción con relación a la Hipótesis planteada por esta investigación;

No existen diferencias estadísticamente significativas en el perfil de autoconcepto de las mujeres en etapa climatérica con relación al perfil de las mujeres histerectomizadas.

Enseguida se describen los datos que se obtuvieron a través del ANÁLISIS DE VARIANZA, el cual se realizó con las diferentes escalas de la prueba respecto a las variables: edad, estado civil, escolaridad y ocupación, los cuales se describirán en este orden.

Con relación a la EDAD y las variables del Tennessee se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. (ver tabla VIII y IX)

VARIABLE EDAD								
ESCALAS	33-41 años		42-44 años		45-47 años		48-50 años	
	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E
Identidad	125.73	12.22	127.67	8.83	122.43	12.26	125.75	13.18
Autosatisfacción	109.67	16.94	118.87	14.82	114.57	18.98	116.81	18.61
Autocomportamiento	11.20	13.47	119.27	11.95	120.50	12.04	119.81	11.43
Yo físico	65.80	8.54	70.07	10.32	70.43	12.53	65.75	12.08
Yo ético-moral	75.33	8.53	80.53	5.87	76.64	8.21	81.19	7.99
Yo personal	70.07	9.00	73.80	8.62	67.50	10.23	72.06	8.99
Yo familiar	71.53	8.60	75.07	7.18	72.29	9.10	74.31	9.17
Yo social	63.87	10.40	66.33	7.31	70.64	10.36	69.06	9.43
Autocrítica	36.33	7.22	35.13	8.68	35.43	6.42	35.25	6.02
Autoestima	346.60	3726	365.80	29.73	357.50	36.15	362.38	39.28

Tabla VIII

ESCALAS	FRECUENCIAS	PROBABILIDAD
Identidad	.4923	.6890
Autosatisfacción	.7768	.5119
Autocomportamiento	.1.8965	.1407
Yo físico	.8306	.4827
Yo ético-moral	2.1088	.1094
Yo personal	1.2575	.2978
Yo familiar	.5669	.6391
Yo social	1.4795	.2299
Autocrítica	.0876	.9666
Autoestima	.8226	.4869

Tabla IX

Con respecto al ESTADO CIVIL, los datos no reportaron diferencias estadísticamente significativas. ( ver tabla X y XI)

ESCALAS	VARIABLE ESTADO CIVIL							
	CASADAS		SOLTERAS		DIVORCIADAS		VIUDAS	
	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E
Identidad	125.21	11.82	136.00	-	126.00	-	128.00	-
Autosatisfacción	114.73	17.46	128.00	-	102.00	-	131.00	-
Autocomportamiento	117.60	12.72	129.00	-	11.00	-	118.00	-
Yo físico	67.88	11.15	73.00	-	62.00	-	72.00	-
Yo ético-moral	78.53	8.07	84.00	-	74.00	-	76.00	-
Yo personal	70.91	9.45	77.00	-	65.00	-	72.00	-
Yo familiar	73.02	8.50	82.00	-	73.00	-	83.00	-
Yo social	67.21	9.68	77.00	-	65.00	-	74.00	-
Autocrítica	35.53	7.10	32.00	-	42.00	-	33.00	-
Autoestima	357.54	36.14	393.00	-	339.00	-	377.00	-

Tabla X

ESCALAS	FRECUENCIAS	PROBABILIDAD
Identidad	.2896	.8327
Autosatisfacción	.6537	.5840
Autocomportamiento	.3569	.78.43
Yo físico	.2080	.8905
Yo ético-moral	.2904	.8321
Yo personal	.2734	.8444
Yo familiar	.8046	.4966
Yo social	5104	.6767
Autocrítica	4025	.7518
Autoestima	4995	.6842

Tabla XI

Referente a la ESCOLARIDAD, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. ( ver tabla XII y XIII)

ESCALAS	VARIABLE ESCOLARIDAD									
	PRIMARIA		SECUNDARIA		BACHILLERATO		CARR/CORTA		LICENCIATURA	
	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E
Identidad	129.25	4.71	123.23	12.52	129.33	5.09	123.27	14.26	124.93	13.71
Autosatisfacción	112.42	12.68	116.46	21.75	124.17	12.14	113.40	20.27	113.71	15.36
Autocomportamiento	112.83	13.52	118.08	11.99	120.67	11.54	116.67	14.80	121.29	9.74
Yo físico	67.17	8.87	68.77	10.41	72.17	7.52	67.00	13.32	67.00	12.29
Yo ético-moral	78.92	5.07	80.15	8.81	82.33	6.12	74.13	9.05	79.64	7.48
Yo personal	71.50	8.19	69.00	11.18	70.00	3.90	72.93	9.42	70.50	10.35
Yo familiar	74.08	6.16	73.46	10.70	78.83	4.83	72.80	9.97	70.79	7.00
Yo social	62.83	7.25	66.38	9.65	70.83	11.67	66.47	11.34	72.00	6.60
Autocrítica	34.33	9.16	37.31	6.56	34.00	8.07	35.40	6.40	35.71	5.98
Autoestima	354.50	25.69	357.77	43.57	374.17	24.51	353.33	43.31	359.93	32.49

Tabla XII

ESCALAS	FRECUENCIAS	PROBABILIDAD
Identidad	.7349	.5721
Autosatisfacción	.5448	.7035
Autocomportamiento	.8453	.5026
Yo físico	.2971	.8786
Yo ético-moral	1.8048	.1410
Yo personal	.3342	.8538
Yo familiar	.9908	.4203
Yo social	1.8655	.1296
Autocrítica	.3582	.8372
Autoestima	.3942	.8120

Tabla XIII

En cuanto al NUMERO DE HIJOS, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (ver tabla XIV y XV)

ESCALAS	VARIABLE NUMERO DE HIJOS											
	1		2		3		4		5		6	
	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E
Identidad	131.67	5.13	125.55	12.40	125.56	8.71	123.43	16.02	106.00	-	130.50	4.95
Autosatisfacción	124.00	13.45	115.10	17.79	115.31	15.65	111.14	24.87	116.00	-	11.00	7.07
Autocomportamiento	123.00	17.78	119.65	11.95	115.81	10.55	110.29	17.15	124.00	-	117.00	14.14
Yo físico	73.00	2.00	68.74	10.12	68.75	11.00	61.86	16.76	59.00	-	67.00	4.24
Yo ético-moral	82.67	8.08	78.55	8.08	78.65	6.09	76.57	11.21	66.00	-	82.50	6.36
Yo personal	71.33	7.37	72.07	8.97	68.37	9.25	68.71	12.49	80.00	-	76.50	2.12
Yo familiar	78.00	6.93	73.10	8.62	73.31	8.45	72.29	10.24	72.00	-	74.50	10.61
Yo social	73.67	16.26	67.84	8.24	67.50	10.42	65.43	11.77	69.00	-	58.00	5.66
Autocrítica	36.67	8.08	34.10	7.80	37.25	5.76	36.71	6.80	35.00	-	38.50	2.12
Autoestima	378.67	35.73	360.29	36.26	356.69	29.93	34.86	52.60	346.00	-	358.50	16.26

Tabla XIV

ESCALAS	FRECUENCIAS	PROBABILIDAD
Identidad	.8416	.5262
Autosatisfacción	.2386	.9437
Autocomportamiento	.8639	.5114
Yo físico	.7337	.6014
Yo ético-moral	.8398	.5275
Yo personal	.7362	.5996
Yo familiar	.2068	.9583
Yo social	.7054	.6219
Autocrítica	.5634	.7276
Autoestima	.4219	.8315

Tabla XV

En cambio con relación a la OCUPACIÓN, y las variables del Tennessee si se encontraron diferencias significativas las cuales corresponden al AREA YO SOCIAL, las diferencias las encontramos en el grupo de mujeres que trabajan respecto al grupo que solo se dedica al hogar, donde la frecuencia es de 4.13, con una probabilidad de .02; La media del grupo que trabaja es de 75.50; y la media del grupo que se dedica al hogar es de 65.47. Sin embargo como pudimos observar en las demás áreas del Tennessee no hubo diferencias estadísticamente significativas. (Ver tabla XVI y XVII)

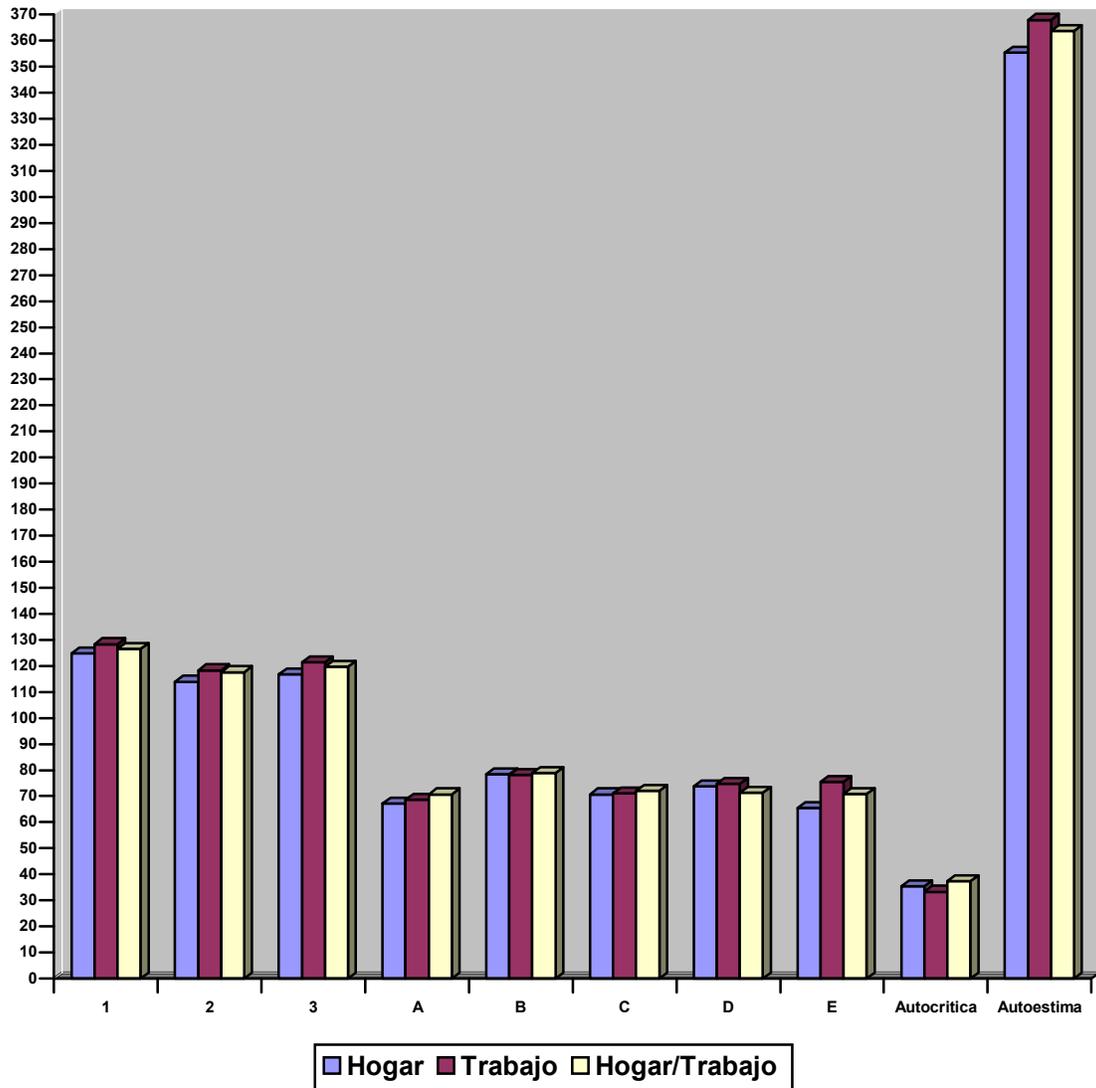
VARIABLE OCUPACION						
ESCALAS	HOGAR		TRABAJO		HOGAR/TRABAJO	
	M	D.E	M	D.E	M	D.E
Identidad	124.77	11.17	128.33	8.19	126.55	15.12
Autosatisfacción	113.91	16.60	118.33	17.18	117.55	21.07
Autocomportamiento	116.67	12.71	121.33	14.33	119.64	11.23
Yo físico	67.14	10.67	68.67	12.67	70.64	11.60
Yo ético-moral	78.44	7.82	78.17	6.08	78.91	9.74
Yo personal	70.65	8.90	71.00	12.52	72.00	9.71
Yo familiar	73.65	8.70	74.67	7.42	71.36	8.39
<b>Yo social *</b>	<b>65.47</b>	<b>9.48</b>	<b>75.50</b>	<b>6.89</b>	<b>70.82</b>	<b>8.32</b>
Autocrítica	35.37	7.45	33.33	6.63	37.36	5.10
Autoestima	355.35	34.86	368.00	38.36	363.73	39.32

Tabla XVI

ESCALAS	FRECUENCIAS	PROBABILIDAD
Identidad	.3013	.7410
Autosatisfacción	.3086	.7357
Autocomportamiento	.5206	.5970
Yo físico	.4552	.6366
Yo ético-moral	.0204	.9798
Yo personal	.0900	.9140
Yo familiar	.3951	.6755
Yo social	4.1383	.0210
Autocrítica	.6796	.5109
Autoestima	.4869	.6171

Tabla XVII

**GRAFICA DE MEDIAS CORRESPONDIENTE A LAS ESCALAS DE TENNESSEE EN RELACION A LA OCUPACION**



Grafica VII

## **DISCUSIÓN**

En los resultados descritos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas las cuales sostuvieran nuestra hipótesis de investigación.

Sin embargo se observa que el grupo de mujeres Histerectomizadas es el que obtuvo puntajes más bajos en las áreas de la Escala de Autoconcepto (a excepción de 2 de ellas, Autosatisfacción y Yo personal).

Esto hizo considerar importante hacer una descripción cualitativa de ambos grupos (mujeres en etapa climatérica y mujeres histerectomizadas).

### **AUTOCONCEPTO DE LA MUJER EN ETAPA CLIMATÉRICA**

En este perfil se observa claramente que las mujeres poseen una apertura normal y saludable en cuanto a su capacidad de autocrítica, así como su manera de describirse y percibirse adecuadamente y sentirse bien en cuanto a su forma de actuar.

Por otro lado este grupo posee una percepción de su físico bastante pobre, se sienten “achacosas”, con una salud deficiente, apariencia física desfavorable y una sexualidad inadecuada.

Muestran estar a gusto consigo mismas, lo cual puede estar usando como compensador, exaltando su valor y dignidad como persona; Dando a notar que actúa de acuerdo con su imagen.

De la misma forma se sienten satisfechas con sus cualidades y valores morales, así como describen correcto y adecuado el valor y apoyo que les da su familia como miembro de esta, lo cual la hace sentir una persona valiosa y percibe adecuado su comportamiento ante los demás y ante sí misma.

## **AUTOCONCEPTO DE LA MUJER HISTERECTOMIZADA**

El Perfil de este grupo de mujeres muestra que están algo defensivas esto puede ser debido a que intentan mostrarse adecuadas y convencionalmente adaptadas y ajustadas. Se sienten satisfechas con su imagen y la aceptan.

A pesar del intento que hacen, la percepción que tienen de su cuerpo es mala, la percepción de su apariencia física se observa deteriorada, se perciben físicamente enfermas y sexualmente acabadas.

Lo cual se ve compensado por el valor que tiene como persona y miembro de una familia, mostrándose a gusto consigo misma y adecuadas a su sociedad.

Así mismo manifiestan estar satisfechas con sus cualidades morales, con su comportamiento y con sus valores éticos.

Con base en esta comparación se observa que tanto el grupo de mujeres climatéricas como el grupo de mujeres histerectomizadas, se mueven en la misma dirección, pues como se puede comprobar las medias de ambos grupos son muy similares.

En ambos grupos se encontró que el área del Yo Físico cae notablemente (es el puntaje más bajo de ambos perfiles) lo cual denota su insatisfacción en su apariencia física, en su salud, en su sexualidad y en su cuerpo. Tomando en cuenta su nivel de Autosatisfacción, que es más alto en relación con el Yo Físico puede mostrar el deseo compensatorio en estas mujeres de cambiar algunas características físicas y la frustración generada por una realidad que saben, no puede ser modificada.

Esto se debe a que en esta época de la vida de la mujer se presentan cambios generales en todo el organismo y cambios locales en el aparato genital, lo cual afecta la vida de la mujer y su forma de percibir su cuerpo.

En la mujer en etapa climatérica se observan; perturbaciones metabólicas y endocrinas (Adoración, 1994); se presentan Trastornos vasomotores como los sofocos, palpitaciones, cambios hormonales y fisiológicos (De Silva, 1979); Los órganos sexuales se atrofian de manera gradual provocando vaginitis, dispareunia o infecciones (Vera, 1999); regresión en el tejido mamario, caída de cabello, arrugas, aumento de vello del mentón y labio superior, alteraciones de la piel ocasionado por la alteración hormonal (Stoppard, 1988)

En esta etapa también se presenta un gran problema, la osteoporosis la cual perjudica la calidad de vida de la mujer y limita profundamente su actividad física (Vera Z.K, 1999)

Con relación a los diversos síntomas orgánicos típicos de esta etapa Deutsch (1960), afirma que adquieren una significación psicológica, lo cual esta determinado por factores psicológicos.

Así mismo nos dice que esta edad se caracteriza por todo tipo de rarezas dentro de las cuales encontramos ideas hipocondríacas, referentes principalmente a los órganos genitales lo cual expresa la desvalorización del órgano vital y de la destrucción de su función.

También hay una mortificación narcisista por ver como se desvanece la belleza y la juventud.

En cuanto a la sexualidad de la mujer en esta etapa se cree acabada debido a que ha sido relacionada simplemente con la procreación, y al suspenderse esta función la sexualidad se acaba. (Vera Z.K, 1999)

Por otro lado al presentarse cambios atróficos en el cuello del útero, la vagina se vuelve más seca y esto puede provocar dispareunia, lo cual puede ocasionar que las relaciones sexuales se terminen. (Judo, citado en Benson, 1986)

De igual manera la poca lubricación vaginal puede volver menos elástica la vagina u ocasionar la aparición de infecciones, lo cual también hace que las relaciones se vuelvan molestas.

Con relación a las mujeres que han sufrido una histerectomía, el aspecto físico se ve alterado de igual forma debido a la presencia de alguna sintomatología como: dolores de cabeza, lumbalgia, dispareunia, nauseas; También han sufrido la perdida de un órgano importante en la vida de la mujer como lo es el útero.

Al quitar el órgano reproductor más importante de una mujer, se interrumpe la menstruación que es un símbolo de feminidad y una parte integral, si bien invisible, de su imagen corporal (Deutsch, 1960)

Debido a esto es importante considerar que el autoconcepto de la mujer se ve alterado ya que concibe a la extirpación del útero como “la mutilación de su feminidad”. (López; De la Rosa, 1989)

La importancia psicológica de este órgano para la mujer y su representación simbólica de la feminidad, ocasionan que una histerectomía produzca un sentimiento de castración en la mujer. (Drellich, 1958)

Castelazo (1971), debido a que se hace depender de útero la feminidad de la mujer, su sexualidad, atractivo, deseo sexual, satisfacción propia y de la pareja,

así como el considerarlo el órgano central de su cuerpo, este determina todo lo relacionado con la esencia de ser mujer.

Drellich Y Beiber (1985) afirman que muchas mujeres depositan en el útero y sus funciones; Importantes aspectos de feminidad y autoconcepto.

Aunque en realidad la histerectomía causa la mínima o ninguna secuela fisiológica, la experiencia de mutilación y el sentimiento de daño a la propia feminidad puede ser profundo. (Nadelson, 1983)

En sí la histerectomía es la cirugía que acarrea más conflictos en la sexualidad con respecto de otras cirugías ginecológicas. Este hecho se presenta básicamente debido a que la falta de información acerca de la cirugía conduce a la mujer a fantasear acerca de sus órganos genitales y por ende se forme una actitud negativa hacia la histerectomía y hacia su vida sexual futura. Algunas de estas fantasías son: “me siento hueca”, “estoy sin sexo”.

El área sexual en la vida de la mujer posthisterectomizada se ve generalmente afectada, debido a que la operación causa una “mutilación en la autoimagen e identidad psicosexual de la mujer se encuentran inconscientemente arraigadas junto con sentimientos de autoconfianza sexual que constituye una necesidad humana básica”. (López; De la Rosa, 1989)

León (1984) dice que las primeras relaciones sexuales después de la histerectomía provocan en la mujer dispareunia (dolor durante el coito) debido a la cervicitis del muñón cervical por la fijación inelástica o bien por la fijación de los ovarios demasiado próxima al tejido vaginal.

Así mismo el funcionamiento sexual se puede ver afectado cuando la vagina es acortada, en la operación. (Madelson, 1983; citado en Barruel e Ingesta, 1993)

Kinsey (citado en Fuchs, 1979) afirma que después de ser extraído el útero algunas mujeres experimentan una pérdida de sensaciones que no pueden ser remplazadas por el clítoris o por el placer generalizado. Y que hay mujeres que utilizan la histerectomía para no tener relaciones sexuales.

Por otro lado Fussman (1981) encontró que hay una disminución en la respuesta sexual y señala que dicha función es de origen psicógeno. Así mismo explica que algunos estudios fisiológicos sugieren que tanto en los cambios hormonales como los anatómicos puede encontrarse la etiología de la disfunción sexual. (Citado en Barruel; Ingesta, 1993)

Por su parte Taylor, 1955 (citado en Solís, 1991) dice que la autopercepción del cuerpo, esta unida con el aspecto y de alguna manera proporciona ideas en su autoconcepto y la forma de comunicarse con los demás.

Sin embargo a pesar de todos estos síntomas físicos y psicológicos influyendo sobre la sexualidad y sus funciones, aparentemente diferentes para cada grupo, llegan a confluír de manera similar sobre el autoconcepto.

Sabemos que la sexualidad es parte importante del Yo físico, dentro de la Escala de Tennessee de Autoconcepto (Fitts, 1965) y como pudimos ver ambos grupos presentan el puntaje más bajo de toda la escala en esta área.

En las mujeres histerectomizadas el rango de edad es más abierto, presentando la pérdida de la función reproductiva en edades más tempranas y de manera repentina, sin darles tiempo para prepararse a los cambios poco a poco. Esto se ve reflejado en el nivel de Autosatisfacción de estas mujeres, que es mayor en las mujeres climatéricas debido a que la pérdida de la capacidad reproductiva se presenta en una edad mayor, en la cual ya esperaban los cambios propios de la edad y estos se presentaron de manera paulatina, permitiendo a las mujeres asimilar los cambios que se presentan y viviéndolos como un proceso natural de la vida.

Así mismo en la etapa climatérica se presenta todo un replanteamiento de su vida (su nivel de Autocrítica se eleva) para hacerse más introspectivas. Situación que no sucede en las mujeres histerectomizadas, las cuales se muestran más adecuadas, menos críticas, como una forma defensiva para mostrarse convencionalmente adaptadas.

Sin embargo todo esto repercute en mayor grado sobre la Identidad de la mujer en etapa climatérica ya que son mujeres menos jóvenes, menos bellas y vigorosas, que atraviesan por una crisis donde no son lo suficientemente jóvenes para procrear, y no poseen la misma vitalidad que antes pero tampoco se sienten viejas y acabadas, todavía tienen planes y ganas de cumplirlos pues todavía le queda la mitad de su vida por delante.

Al respecto Beauvoir (1981), La mujer todavía es joven cuando pierde el atractivo erótico y la fecundidad, de donde surgían ante la sociedad y ante sí misma la justificación de su existencia y sus oportunidades de dicha y aun le queda por vivir más o menos la mitad de su vida adulta.

Por otro lado tenemos que el Yo Ético-Moral se eleva (es el puntaje más alto del perfil) esto puede ser una manera de compensar un poco la Autoestima, exaltando cualidades morales y valores éticos, presentándose como buenas personas. Esto seguido del Yo Familiar que nos indicaría el rescate del valor que la familia les confiere y que en una actitud recíproca valoran acercándose más a este grupo, tal vez con la finalidad de reestructurar su imagen basada en nuevas premisas personales, familiares y sociales.

Según Deutsch (1969), algunas mujeres en etapa se entregan a una forma de vida ascética, algunas otras viven una vida de autosacrificios filantrópicos, o se entregan a la devoción religiosa.

Afirma que muchas mujeres frustradas por falta de amor, acuden a Dios en busca de ayuda y se acercan más a él.

También las mujeres coquetas, enamoradas o disipadas; se vuelven devotas en esta etapa en la cual comienzan a envejecer.

Beauvoir (1981) apoya las afirmaciones de Deutsch, dice que uno de los rasgos más pronunciados en las mujeres a las que han terminado la “servidumbre menstrual” es un sentimiento de despersonalización, que las hace perder toda señal objetiva. Y que muchas mujeres carentes de afecto buscan socorro en Dios, pues encuentran en él una unidad racional en la religión.

Observamos también que el grupo de mujeres histerectomizadas es el que puntúa más bajo (aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas) sobre todo en el área de Autocrítica, lo cual nos indica que este grupo estuvo más defensivo realizando un intento deliberado por mostrar una imagen favorable de sí mismas.

Las únicas áreas en las cuales obtuvieron puntajes un poco más altos que el grupo de mujeres en etapa climatérica fueron en Autosatisfacción y Yo personal, pero las diferencias fueron mínimas.

Todo esto nos lleva a pensar que en la mujer se presenta un replanteamiento de su vida en el cual se preguntan ¿Quién soy yo como mujer?, Con todo lo que implica para después cuestionarse ¿Quién es como persona?, en un intento de rescatar valores intra personales, como valores interpersonales ampliando sus perspectivas de vida y de relaciones.

Todo ello para derivar en un trabajo más productivo que reproductivo, lo cual las hace sentirse valoradas socialmente y satisfechas con su vida.

Es por ello que las mujeres que tienen un trabajo remunerado se sienten más valoradas socialmente y más positivas respecto de su valía, con relación a las mujeres que dedican su tiempo únicamente al hogar.

Constance Nathanson (1977) afirma que hay altos índices de enfermedad entre las amas de casa en comparación con los registrados entre las mujeres que trabajan, explicando este fenómeno diciendo que el trabajo ha sido definido como el vínculo más importante del individuo con la sociedad y que el efecto positivo del trabajo sobre la salud mental se debe principalmente a los sentimientos de satisfacción y a la alta autoestima que produce el realizar una labor socialmente valorada. En el caso de la ama de casa, la labor que realiza se encuentra desvalorizada socialmente.

De la misma forma en una investigación realizada por el Colectivo de las mujeres de Boston se encontraron en 484 entrevistas que las 2/3 partes de este grupo trabajaban fuera del hogar y atribuyeron a este hecho muchas de sus actitudes positivas. Concluyendo que las actitudes positivas frente a este periodo de la vida provienen del papel activo que las mujeres entrevistadas desempeñaban en el mundo. (citado en Ptak; Aguilar, 1983)

Por otro lado Ptak y Aguilar (1983) afirman que las mujeres en etapa climatérica que tienen un trabajo remunerado, se sienten más satisfechas con la vida que llevan, son más independientes y por consiguiente más seguras de sí mismas.

Así mismo nos dicen que tanto las mujeres que tienen un trabajo remunerado como las que se dedican al hogar afirman que el papel de la mujer no se limita tan solo al de esposa y madre; sin embargo las amas de casa experimentan temor, soledad y tristeza ante la partida de los hijos, por el contrario las mujeres con un trabajo remunerado experimentan paz, alegría y gusto ante la misma situación.

Concluyendo que el trabajo remunerado influye positivamente sobre la autoestima de la mujer en etapa climatérica. La mujer que trabaja tiene un campo de interés más amplio y se preocupa por aumentar sus conocimientos y avanzar en su trabajo o profesión, sin descuidar el aspecto familiar.

Aunque se pudo observar que el grupo de mujeres histerectomizadas es el que obtuvo puntajes más bajos en las áreas del autoconcepto (excepto en dos de ellas) las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre los grupos y **los resultados no apoyan nuestra hipótesis de investigación;**

Existen diferencias en el autoconcepto entre las mujeres histerectomizadas y las mujeres en etapa climatérica.

## CONCLUSIÓN

Las mujeres difieren ampliamente en lo que respecta a salud, belleza, vigor y personalidad durante sus vidas, sin embargo hay dos experiencias biológicas que comparten todas las mujeres; el inicio de la menstruación y tarde o temprano el fin de la menstruación, el fin de la capacidad reproductiva.

Esta capacidad de la mujer para la reproducción dura normalmente todo el tiempo que la menstruación es regular. Pero al cesar la labor reproductiva termina el servicio de la mujer a la especie y entra en un periodo de elevada sensibilidad hacia la posición que ocupa dentro de un medio social, en el cual el temor constante es la redefinición del sí mismo.

En relación con esta redefinición es que se le considera una etapa crítica para la mujer, pues entra en crisis la concepción que ella tiene de sí misma, ligada a multideterminaciones que hasta ese momento habían organizado su noción de identidad.

Así mismo resurge un sentimiento de injusticia bajo la forma de lo que la mujer siente; respecto a lo que ella ha hecho consigo misma a lo largo de su historia, como con relación a lo que le han hecho y ofrecido a su conducta: su contexto social, cultural y familiar.

Este sentimiento de injusticia se configura como motor de crisis en este periodo, del mismo modo que en su temprana infancia y adolescencia lo fueron la rebeldía y la obstinación. (Burin, 1987)

A través de la presente investigación se observó que al quedar anulada la facultad para procrear, sea la forma en que ésta suceda (ya sea de manera natural y progresiva o artificial al extraer el útero quirúrgicamente y de manera repentina) la vida para la mujer se ve afectada en términos de pérdida; pérdida de la juventud con su gracia, vigor y belleza, pérdidas de funciones y habilidades corporales y físicas que quizá incidan en la manera en cómo es que ellas perciben su propio cuerpo.

Las mujeres se encuentran en una etapa en la cual comienza la declinación de la vida y el cuerpo muestra gradualmente síntomas de envejecimiento; hay cambios físicos, fisiológicos y psicológicos; los cuales pueden repercutir la forma de percibir su cuerpo y su salud, sintiendo que su cuerpo no funciona bien y que su salud es deficiente lo cual se ve reflejado en la puntuación baja en el área del Yo Físico.

Estos cambios pueden repercutir en su forma de percibir su cuerpo y su salud, sintiendo que su cuerpo no funciona bien y que su salud es deficiente lo cual se ve reflejado en la puntuación baja en el área del Yo Físico.

De igual manera se ve afectada la sexualidad parte, integral del Yo físico y medular para la mujer. Debido a que se presentan cambios locales en el aparato genital o bien a la ausencia del órgano reproductor más importante para la mujer ya que es un símbolo de feminidad y una parte integral de su imagen corporal, de el se hace depender su sexualidad y su atractivo y al no tener este órgano la mujer teme que perderá su capacidad sexual o dejara de ser atractiva para su pareja.

Así mismo se pudo ver que estas mujeres se acercan más a Dios, se vuelven más devotas. Muchas mujeres frustradas por falta de amor, buscan socorro en Dios. Las vagas ideas del destino, de secreto, o de personalidad incomprendida que acaricia la mujer al borde de su otoño, encuentran una unidad racional en la religión.

La crisis que están enfrentando corta en dos la vida femenina y esa discontinuidad es la que da a la mujer la ilusión de una vida nueva; se abre delante de ella otro tiempo el cual aborda con fervor de conversa que se ha convertido al amor, a la vida de Dios, al arte y la humanidad, entidades de las cuales se pierde y magnifica. (Beauvoir, 1981)

También se observo que la procreación frente a la madurez es distinta entre las mujeres que tienen otra actividad además de la del hogar; aun cuando estas mujeres se sienten afectadas por la pérdida de la fertilidad y los cambios físicos en general propios de la edad, debido a que su autoestima es mayor y su campo de intereses no es limitado, se enfrentan a esta etapa con mayor optimismo y por tanto la depresión, la cual afecta su autoconcepto, no se presenta con tanta frecuencia.

## **LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

En la presente investigación se encontraron algunas limitaciones;

-En primer lugar se encontró que los resultados de diversos estudios que exploran el tema de nuestra investigación parecen ser contradictorios, por tanto el conocimiento del Autoconcepto en estas situaciones de pérdida de la capacidad reproductiva no pueden ser acumulativos.

-Tampoco se pudo comparar los resultados de la presente investigación con resultados anteriores debido a que cada estudio define las características de los grupos de diferente manera; debido a que la etapa climatérica abarca un periodo muy amplio y esta a su vez se divide en etapa preclimatérica, menopausica y postmenopausica, Por otro lado la histerectomía también puede ser parcial o total, y debida a distintos factores.

-Debido a que la presente investigación se realizó con población que es derechohabiente al HCSAE de PEMEX, los resultados obtenidos no los podemos generalizar.

-Así mismo no se pudieron controlar todos los factores que pueden influenciar el autoconcepto debido a que esta investigación es exposfacto y transversal. Por que como sabemos el Autoconcepto es un constructo conformado por muy diversos fenómenos que no pueden ser aislados y específicamente controlados.

Una de las limitantes más significativas que se encontraron fue que los resultados obtenidos contradicen lo que manifiestan las mujeres al ser entrevistadas, esto pudiera ser influenciado por la misma aplicación del instrumento, al sentirse evaluadas y tener la necesidad de dar una buena imagen.

A pesar del reconocimiento de las limitaciones de esta investigación, algunos lineamientos son brindados para intentar incrementar el apoyo profesional interdisciplinario a las mujeres en etapa climatérica y mujeres histerectomizadas.

De la misma forma el conocer las limitaciones de esta investigación nos ha permitido hacer algunas sugerencias para futuras investigaciones.

\*Realizar un estudio que tenga una muestra más amplia, con mujeres de diferentes niveles socioeconómicos teniendo un mayor control en variables como nivel de estudios, satisfacción marital, maternidad satisfecha, tipo de personalidad.

\*Hacer investigaciones utilizando otros instrumentos aparte de la Escala de Autoconcepto de Tennessee.

\*Realizar investigaciones longitudinales que nos permitan conocer las modificaciones en el perfil de autoconcepto de las mujeres que han llegado al fin de la vida reproductiva, para determinar que áreas son las que se afectan con este hecho.



## BIBLIOGRAFIA

AGUILAR, C. R. (1985) Diccionario de Sexualidad. Tomo II. México; Editorial del Valle de México.

AHUED, J. (1984). Morbilidad de la histerectomía abdominal. Revista de Ginecología y Obstetricia  
De México. Num 327. Vol. 52. Pags 175-178.

ANANTH, J. (1978). Hysterectomy and Depression. Obstetrics and Gynecology. num. 6. Vol. 52.  
Pags 724-730.

ARROLLO, J.N; HERNANDEZ, R.G. (1995) Autoconcepto y Satisfacción marital en Mujeres Premenopáusicas y Posmenopáusicas. México; Tesis (Licenciatura) UNAM.

ARTILES. L. (2001) contribución de los roles de género a la determinación del síndrome climatérico (disertación). Cuba. Escuela de Salud Pública.

BARDWICK, J. M. (1976) Psicología de la mujer. Un estudio de conflictos bio-culturales. Madrid; Alianza editorial, S.A.

BARRUEL, O.M; IÑESTA, C.M. (1993) Consecuencias Emocionales ante la Perdida de la Capacidad Reproductiva en la mujer. México; Tesis (Licenciatura) UNAM.

BEAUVOIR, S. (1981). El Segundo Sexo. Los Hechos y los Mitos. Tomo I. Buenos aires; Siglo XX.

BEAUVOIR, S. (1981). EL Segundo Sexo. La experiencia Vivida. Tomo II. Buenos Aires; Siglo XX.

BENNETT, Ch. (1984). Know Thyself. Professional Psychology: Research and Practice. Num 15.  
Vol. 2. Págs. 271-283.

BOTELLA, LL.J. (1990) La edad crítica. Climatério y menopausia. España; Salvat.

BURIN, M; DIO, B,E; CORIA, C; CARREÑO, D; MONCARAZ, E; VELAZQUEZ, S; MENER, I; CASTRO, I.(1987). Estudios sobre la Subjetividad Femenina. Mujer y Salud Mental. Buenos Aires: Grupo Editorial Latinoamericano.

CABALLERO,P. S.L; (2006) Menopausia. España. Clínica Tambre. Ginecología- Unidad de reproducción Humana. [Clinicatambre.com/info/menopa.html](http://Clinicatambre.com/info/menopa.html)

CABALLERO, RM. (1991) Trastorno en la autoimagen de las mujeres mastectomizadas. México; Tesis (Licenciatura) UNAM.

CASAMADRID, P.(1986). La mujer, sus síntomas y actitudes en la fase climatérica. México; Tesis  
(Licenciatura) UNAM.

CASTELAZO, L. (1971) Sensibilidad sexual y Cirugía Ginecológica. Sociedad Medica C.M.I; México. Ticitl, Vol.1. Pág. 10.

COLE, P; BERLIN, J. (1977). Elective Hysterectomy. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Núm. 129. Vol 2. Págs. 117-123.

COMELLES. J. (1993) Enfermedad, cultura y sociedad. España: Eudema.

CRUZ, T.M. (1992) Estudio comparativo del Autoconcepto en cuatro Circunstancias Reproductivas diferentes. México; Tesis (Licenciatura) UNAM

DELFIN, L. F. (2006) Menopausia y cáncer mamario. Sexología.com. El sitio web de Francisco Delfín Lara.

DELGADO; CASTRO; RAMIREZ. (1969). Indicaciones y Complicaciones de la Histerectomía abdominal y vaginal. Obstet-gyecol. México. Vol. 26. Pag. 183-189).

DE JESÚS, S.J. (1990) De que Manera son Determinantes los Procesos de Influencia Social para la Formación del Sí Mismo de la Mujer. México; Tesis (Licenciatura) UNAM.

DE LA FUENTE, P (1987). Tratado de Obstetricia y Ginecología. México; editorial Interamericana.

DE SILVA, J. (1979) La mujer. Sexología, Belleza, Familia y Hogar. México; Marín, S.A.

DEUTSCH, H. (1952). Psicología de la mujer. Parte 1. Buenos Aires; Losada. Tomo I.

DEUTSCH, H. (1960). Psicología de la Mujer. Parte 2. Buenos Aires; Editorial Losada. Tomo II.

DEUTSCH; KRAUSS. (1980) Teorías en psicología social.

DOUGLAS, G. (1971).. Emotional Problems Associated With Hysterectomy. Journal of A.O.A. Vol 170

DRELICH, M; BIEBER, I. (1985). The Psychologicimportance of the Uterus and Functions. Journal of Nervous and Mental Disease. Vol 126. Pags 322-326.

EPSTEIN, S. R. (1981). Psicología del Sí Mismos: Madrid; alianza universidad textos.

ESCAVA. (1989). Histerectomía, Cáncer y Personalidad. Un estudio comparativo en tres grupos de mujeres del Distrito Federal. México; tesis (doctorado) UIA.

FITTS, W. H. (1965). Tennessee self-Concept Scale Manual. Nashville, Tennessee, Department of Mental Health.

FLORES, V. A. (1994). La Sexualidad en las Mujeres en el Climaterio. México; tesis (Licenciatura). UNAM

FUCHS, E. (1979) La Segunda Edad. Barcelona; Grijalbo, S.A.

GARCÍA, C.J.L. (1989) Programa de desarrollo del autoconcepto. Revista electrónica

GARCÍA, G.A. (1999) Panorama de la investigación sobre el autoconcepto en España. Revista Electrónica de psicología. España; Num.1. Vol.3.

GARCIA, S.A; RAMOS, S.H. (1991) Autoconcepto en la Pareja Estéril. México; Tesis (Licenciatura) UNAM.

GADDINI, R. (1977). The Pathology of the Self as Basis of Psychosomatic Disorders. Psychotherapy Psychosomatic. Num 28. Págs. 260-271.

- GARCÍA, G.A. (1999). Panorama de la Investigación sobre el autoconcepto en España. Revista electrónica de Psicología. Num.1. Vol.3.
- GOTWALD, W.H; HOLTZ, G.G. (1983). Sexualidad, la Experiencia Humana. México; Manual Moderno, S.A de C.V.
- HALL, C. S. (1984). La Teoría del Sí Mismo y la Personalidad. México: Paidós.
- JONES, W; COLSTON, W.E; BURNELT, L. (1991) Tratado de Ginecología. México; Interamericana Mc Graw Hill.
- KERNBERG, O. F. (1988). Trastornos Graves de la Personalidad. Estrategias Psicoterapéuticas. México; Paidós.
- LANGER,M. (1985). Maternidad y Sexo. Buenos Aires; Paidós.
- LEÓN, M. (1984). Psicopatología de la Mujer Histerectomizada. México; 1er Foro de la Mujer en México. Pag 5.
- LOPEZ, D. L; DE LA ROSA. J. A. (1989). Autoconcepto en la Mujer Histerectomizada. México; Tesis (Licenciatura) UNAM
- MARTIRE, L.M., LYNN y cols. (2000) Centrality of women's multiple roles: benefical and detrimental consequences for psychological well-being. Psychol Agin. Num.15. Vol. 1; pag 148-156.
- MAESTRE. S. (2001) Análisis de las modificaciones que la actividad laboral produce en el climatério. Informe de investigación. España; Facultad de enfermería. Universidad de Valencia.
- MASTERS, W.H y JONSON, V.E. (1978) Respuesta Sexual Humana. Argentina; Interamericana.
- MEAD,H.G. (1973) Espíritu, persona y sociedad. Buenos Aires; Paidós
- MILLET, K.(1975). Política sexual. México; Aguilar.
- MISHARA, B.L; REIDEL, R.G. (1986) El Proceso de Envejecimiento. España; Morata
- MOLINA, S .M. (1998) La Menopausia. El comienzo de una Nueva Etapa. Revista El Circulo de Venus.
- MONRROY, A. y cols (2004). Principios de terapia psicosexual en relaciones humanas y sexología. México; Grijalva.
- NAVARRO DESPAIGNE. D. (1999) Factores relacionados con las características del síndrome climatérico en un grupo de mujeres cubanas. Revista cubana Endocrinol. Cuba. Num.10. Vol 2; pag 148-156.
- NAVARRO DESPAIGNE.D.(2003) De la teoría a la práctica. Cuba.
- OÑATE, M. (1989). El Autoconcepto. Madrid; Marcea editores.
- PTAK, A; Aguilar, N. (1983). Depresión Durante el Climaterio en Mujeres que Trabajan Fuera del Hogar. México; Tesis (Licenciatura) UNAM.

RAMÍREZ, S.M.I.; HERRERA, C. (2000) Diferencia de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. Anales de la psicología. Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia. Num2. Vol.16; Pág. 207-214.

RAMÍREZ, S.M.I.; HERRERA, C. (2006) Autoconcepto. España; Universidad de Granada. Instituto de estudios Ceutíes.

RAMÍREZ, F, G. (1998) Percepción del Autoconcepto en un Grupo de Adolescentes. México; Tesis (Licenciatura) UNAM.

REYNA, M. P. (1982) La Familia y Conflictos Psicológicos: El Autoconcepto en Madres Solteras y Casadas; México; Tesis (Licenciatura). UNAM.

REYNA, H; COLS. (1986) Histerectomía abdominal extrafasial versus subfasial: Estudio Comparativo. México; Revista Ginecología y Obstetricia de México. Vol.54.Pág. 236.

RIDLEY, J; TE LINDE. (1978) Cirugía Ginecológica. México; Nueva editorial interamericana.

SALAZAR (1982) psicología social. México; Argentina. Trillas

SALGADO, R. M. (1985). Estudios Sobre la Formación del Auto concepto entre Adolescentes de Familias Integradas y Adolescentes de Familias Donde falta la Figura Paterna. México; Tesis (Licenciatura) UNAM.

SILVA, C.R.V. (1983) Dependencia e influencia social en las mujeres casadas. México; Tesis (Licenciatura) UNAM

SOLIS, A.J. (1991) Genero. Comportamiento de las mujeres en las relaciones sexuales y Autoconcepto. México; Tesis (Licenciatura) UNAM.

STOPPARD, M. (1989). Guía Médica para la Mujer. Barcelona; Grijalbo, S. A.

TAMAYO. (1982) Autoconcepto, Sexo y Estado civil. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social. Num.2. Vol.2. Pág. 3

VERA, Z.K. (1999) Época de cambio. Menopausia. Revista Colombiana de Menopausia. Publicación oficial de la asociación colombiana de menopausia.

VICTORIA; MAESTRE. (2003) Climaterio y bienestar psicológico. Cuba; Revista cubana obstet ginecol. Num.29. Vol.3. Pág.1-8