

I. INTRODUCCIÓN

1. DESCRIPCIÓN GENERAL

La menopausia es el nombre de la etapa en la cual una mujer deja de menstruar; ocurre cuando los ovarios dejan de producir hormonas y liberar óvulos. Las hormonas sexuales femeninas regulan el funcionamiento de múltiples órganos por lo que su déficit tiene una repercusión multiorgánica. Durante la menopausia se originan una serie de cambios tanto a nivel biológico como emocional, por lo que el entorno de su vida familiar y personal puede verse afectado con situaciones de depresión y/o ansiedad.

La menopausia es experimentada por las mujeres de diferentes maneras, esto se debe a las expectativas que se han creado sobre este proceso. Los factores que influyen en como experimentar la menopausia pueden ser de tipo psicológico, biológico y socio cultural. Posiblemente la menopausia sea una de las crisis vitales más severas que afecta la vida de una mujer (Espinosa, 2000).

En una sociedad donde la imagen corporal, la juventud, la belleza y la capacidad reproductora son sumamente valoradas, la pérdida de cualquiera de estos elementos, puede desencadenar una situación desagradable para la persona que lo está viviendo. Sin embargo, debe ser considerada como una más de las etapas de grandes cambios de la vida de una mujer.

En algunas ocasiones la menopausia es inducida debido a ciertos trastornos de cualquiera de los órganos reproductores. El mal funcionamiento de

estos órganos pueden requerir de una intervención quirúrgica para solucionar estos problemas. La histerectomía es una de las mejores opciones para conservar la salud de la mujer y dar fin a los problemas relacionados con el aparato reproductor. La histerectomía o extirpación quirúrgica del útero es una de las cirugías ginecológicas más frecuentes; ocupa el segundo lugar en intervenciones relacionadas con la mujer, siendo la cesárea la cirugía más habitual.

En un porcentaje significativo de casos, la histerectomía se acompaña de la extirpación de los ovarios (ooforectomía). La histerectomía es considerada como menopausia inducida cuando los ovarios son extirpados en conjunto con el útero, debido a que habrá efectos de tipo hormonal. Es como si se experimentara la menopausia repentinamente. Sin embargo, cuando los ovarios permanecen en su lugar y no son extraídos, la producción hormonal continua, no obstante, esta cirugía puede causar menopausia natural uno o dos años antes de lo esperado (Berek, 1994).

La mayoría de las histerectomías son realizadas como tratamiento de leiomiomas uterinos, endometriosis, hemorragia uterina disfuncional, dolor pélvico, y distintos tipos de cáncer relacionados con el útero (Gambone, 1990). Se practica con el fin de aliviar síntomas como el dolor intenso y el sangrado excesivo y en casos de cáncer, para salvar la vida.

De acuerdo con Kuppermann (2003), en estudios recientes se ha publicado que la histerectomía produce una mejora sustancial en la calidad de vida a los seis meses de la intervención en las mujeres que no respondían a diversos tratamientos hormonales.

La menopausia y la histerectomía están asociadas con diferentes reacciones, las cuales repercuten en la salud física y psicológica de la mujer. El objetivo de esta investigación consistió en estudiar lo que significa para la juventud, el ser una mujer menopáusica y el ser una mujer con histerectomía. Este estudio se enfocó principalmente a obtener las ideas concebidas, influenciadas por la cultura, las cuales afectan la percepción actual de estos dos conceptos, a partir de los cuales se dan los comportamientos de los individuos.

2. SIGNIFICADO PSICOLÓGICO

2.1 Concepto de Significado Psicológico

Szalay y Bryson, (1975, citados en Valdez 2002), determinaron el significado psicológico como la unidad fundamental de la organización cognoscitiva compuesta de elementos afectivos y de conocimiento que crean un código subjetivo de reacción, el cual refleja la imagen del universo que tiene una persona y su cultura subjetiva. De esta manera, el significado psicológico estimula a producir conductas ya sea sociales o individuales, profundamente relacionado con la memoria.

Bousfield (1953, citado en Valdez, 2002) afirma que en la memoria, la información de tipo semántico tiende a estar organizada en la memoria a largo plazo. De acuerdo con el constructivismo, se han desarrollado modelos de redes, en los cuales se plantea que la organización es a través de “nodos conceptuales”,

completamente interconectados, construyendo de esta manera el conocimiento de las personas.

Las teorías constructivistas, afirman que el significado psicológico se construye mediante el procesamiento de nueva información, a través de estructuras cognoscitivas existentes, transfiriéndola a la memoria a largo plazo, en donde esta información puede experimentar mayor procesamiento y una posible reconstrucción.

Valdez (2002) define a la memoria semántica como un sistema de representación organizada del conocimiento que incluye el significado de las palabras que se utilizan, lo cual se constituye como el conocimiento del mundo que tiene cada sujeto.

2.2 Redes Semánticas Naturales

Las teorías de redes semánticas son teorías de organización de la memoria que asumen que los conceptos son almacenados en la memoria a largo plazo dentro de redes de asociación significativa organizadas de manera jerárquica. Los conceptos que son parte de la misma red comparten algún grado de vinculación.

La red semántica de un concepto es aquél conjunto de conceptos elegidos por la memoria a través de un proceso reconstructivo. Dicha red, no está dada únicamente por vínculos asociativos. La red semántica también está dada por la naturaleza de los procesamientos de memoria, los cuales eligen elementos que la integran. Esta selección no se hace en base a la fuerza de la asociación, sino a la

clase de propiedades de los elementos que integran la red (Figueroa, González y Solís, 1981).

La estructura semántica va desarrollándose y adquiriendo nuevas relaciones y elementos a medida que aumenta el conocimiento general del individuo. El conocimiento que se adquiere se integra a la estructura presente enriqueciéndola y es la memoria como proceso activo de reconstrucción la que extrae la información necesaria para formar la red semántica.

En algunas investigaciones se demuestra que a pesar de los orígenes asociacionistas de la técnica de redes semánticas, los resultados encontrados, no son exactamente asociaciones libres, de conceptos, ya que al solicitar el juicio de cada sujeto, al asignar la jerarquización, se obtiene, precisamente una red semántica. Dicha red es entendida como el conjunto de conceptos seleccionados por los procesos de reconstrucción de la memoria, considerando que esta selección no es solamente una asociación debido a que está determinada por las clases y el modelo que la integran.

La técnica de Redes Semánticas Naturales propuesta por Figueroa, González y Solís, en 1981, es una herramienta capaz de evaluar los elementos que componen el significado psicológico de un estímulo en particular de una manera natural.

La información que se puede obtener a partir del uso de una red semántica es muy amplia, ya que se puede aplicar tanto a objetos concretos, eventos, relaciones lógicas, afectivas, etc. Al mismo tiempo esta técnica puede ser utilizada para estudiar diversos temas (Valdez, 2002).

La red semántica natural de un concepto es aquel conjunto de conceptos elegidos por la memoria, a través de un proceso reconstructivo, que permite a los sujetos tener un plan de acciones, así como la evaluación subjetiva de los eventos, acciones u objetos y se ha ido construyendo como una de las técnicas más potentes que se tienen para evaluar el significado de los conceptos.

2.3 Estereotipos

Un estereotipo es un conjunto de creencias acerca de las características de los atributos personales de los individuos de un grupo determinado, que es generalizado a todos los miembros del grupo. Los estereotipos se crean y se comparten en los grupos y entre los grupos dentro de una cultura. Los estereotipos pueden ser excesivamente generalizados, inadecuados y resistentes a nueva información. Anderseny y Klatzky (1987, citados en Feldman, 1995) aportan que los estereotipos son simplificaciones que empleamos en un esfuerzo para dar el sentido al complejo ambiente social en el que vivimos.

Los estereotipos determinan como es interpretada la información, de tal manera que si una persona se enfrenta a información contraria a su estereotipo, la puede interpretar de manera que soporte su propio prejuicio. Considerando un prejuicio como la preconcepción negativa hacia un grupo y hacia sus miembros individuales (Myers, 2000). Un prejuicio se basa en la asociación de un afecto negativo a individuos que pertenecen a un grupo o categoría. Los estereotipos son asociaciones cognoscitivas, siendo los prejuicios sólo los sentimientos hacia un grupo.

Las personas tienden a recordar mejor la información que va de acuerdo con sus estereotipos y a olvidar o ignorar aquella que no es consistente con sus estereotipos (Feldman, 1995). El estereotipo es la proyección de determinados valores, estatus y derechos, manteniendo así determinados grupos su posición dominante sobre otros.

En el estereotipo existe un proceso de categorización que sirve para formar agrupaciones de sujetos; asimila todo lo que puede a la categoría y permite identificar con rapidez las personas asociados a dicha categoría, que a su vez llena todo su contenido con el mismo efecto emocional e ideal.

De acuerdo a los estereotipos que se tienen de los grupos, se cree y se esperan ciertos comportamientos característicos de tal grupo. De esta manera al estereotipar el comportamiento de una mujer menopáusica o una mujer con histerectomía, se generalizan sus características y la manera en como debe comportarse o sentirse.

3. MENOPAUSIA

3.1 Definición de Menopausia

La menopausia es considerada como el último periodo menstrual de una mujer, proviene del griego *men*, que significa mes y *pausis* se refiere a pausa o terminación. Es la interrupción permanente del sangrado menstrual, como consecuencia de la pérdida de la actividad folicular ovárica. La menopausia es el proceso natural que marca el fin de la fertilidad, no constituye en modo alguno una

enfermedad. Este proceso es el resultado de que los ovarios han disminuido la producción de las hormonas llamadas estrógenos y progesterona (Marván, 2004).

3.2 Generalidades

La menopausia es confirmada cuando una mujer no ha tenido el periodo menstrual por doce meses consecutivos. De igual manera, la menopausia marca el fin de la etapa reproductora de la mujer. Las irregularidades en el ciclo menstrual frecuentemente pueden constituir el primer signo de la terminación de la menstruación.

La manera como es interrumpida la menstruación varía en forma considerable. En algunas ocasiones este cese puede ser de manera abrupta, en otras, la pérdida es gradual. En México se hizo un estudio en la población urbana de la ciudad de León Gto., en el cual se estimó que la edad promedio en que da inicio la menopausia, se encuentra en 48.2 y 48.5 años (García Vela, Nava y Malacara, 1987).

En contraste, en un estudio multicéntrico realizado en Durango, Guadalajara, Monterrey y León, se encontró una media de 45.5 años. Asimismo, hay cierta diferencia en el rango de edades según razas, países u otras razones. Por ejemplo, las mujeres africanas tienden a tener la menopausia mucho antes que las mujeres caucásicas; las fumadoras tienen la menopausia antes que las no fumadoras Alvarado (1990, citado por Malacara et al., 1998).

Debido a que los síntomas pueden presentar variaciones, se han determinado tres etapas en la menopausia: *premenopausia*, cuando la

menstruación es regular; *perimenopausia*, cuando la menstruación se torna irregular pero ha ocurrido durante los 12 meses previos, abarca los años cercanos anteriores y posteriores a la fecha que definitivamente terminan las menstruaciones; y *postmenopausia*, cuando la mujer no ha menstruado durante 12 meses como mínimo.

La palabra menopausia y climaterio ha sido adoptada en muchos países como sinónimo. Sin embargo el término de climaterio se utiliza para referirse a los cambios biológicos y psicológicos asociados con la menopausia. Ambos términos se usan indistintamente pero conviene referirse a climaterio como una etapa permanente de la vida de una mujer de una manera integral. El climaterio es el conjunto de cambios adaptativos que se producen en la mujer como consecuencia de la declinación de la función ovárica en la menopausia (Carranza, 1998).

Dada las modificaciones de la actividad ovárica, entre los primeros síntomas se encuentran los bochornos; sensaciones de sofocos o calores repentinos en el pecho, cuello o la cara, que pueden extenderse por todo el cuerpo, a veces con enrojecimiento de la piel, transpiración o escalofríos y pueden estar acompañados de mareos y alteraciones del pulso y frecuencia cardiaca.

Los bochornos indican un trastorno en la capacidad del cuerpo de controlar su temperatura; estos varían considerablemente entre diferentes poblaciones y diferentes individuos. Por ejemplo, en un estudio sólo 9.5 por ciento de las mujeres japonesas de entre 45 y 55 años de edad sufrían bochornos, mientras que estudios realizados a mujeres occidentales demuestran que entre 50 y 70 por ciento tendrá bochornos (Carranza, 1998).

Los cambios vaginales, son presentados por la disminución de los niveles de estrógenos durante y después de la menopausia. Las células de los tejidos de la vagina y del tracto urinario inferior no son estimulados como antes; esto resulta en un adelgazamiento de la superficie, perdiendo de esta manera elasticidad. La sequedad vaginal es una de las consecuencias de estos cambios vaginales . La principal consecuencia sexual de la sequedad vaginal es el dolor en las relaciones sexuales, conocida como dispareunía (Marván, 2004).

Los síntomas anteriormente descritos son los únicos asociados específicamente con la menopausia. Sin embargo, a medida que los niveles hormonales descienden, pueden haber cambios atribuidos a la menopausia, pero no precisamente son producidos por los cambios hormonales sino por la edad. Las mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas acostumbran quejarse de mayores problemas con el sueño que las premenopáusicas. Probablemente, el sueño es interrumpido debido a los bochornos y sudoraciones nocturnas.

Muchas mujeres, alrededor de los 50 años, necesitan ir al baño con mayor frecuencia y tienen menor control de la vejiga del que tenían anteriormente. En algunas mujeres, al disminuir los niveles de estrógenos se puede reducir el control urinario. No obstante también existen otros factores los cuales pueden provocar esta pérdida de control como: partos múltiples, falta de ejercicio, obesidad y constipación crónica.

Uno de los primeros signos de envejecimiento son los cambios en la piel, comúnmente llamadas arrugas, acompañados del deterioro en el tono y humedad de la piel. Con el paso de los años, la elasticidad de la piel se va perdiendo apareciendo también manchas. En esta etapa de la vida existe una disminución de

la masa corporal total. En estudios realizados a mujeres blancas, entre los 20 y 80 años de edad, se ha mostrado claramente que la disminución de la masa ósea de todo cuerpo sufre cambios importantes hasta después de iniciada la menopausia pero no antes (Parra, 1998).

La pérdida ósea es un problema relacionado con la privación de estrógenos en la menopausia. La masa ósea máxima se alcanza cerca de los 35 años de edad. Con la menopausia se acelera la pérdida ósea. Es necesario tomar en cuenta que la adquisición y la pérdida también dependen de factores raciales y genéticos, de hormonas, así como de factores nutricionales y el estilo de vida (Malacara, 1998).

La menopausia es un proceso natural, el cual no requiere tratamiento; sin embargo si algunos síntomas como los sofocos o la resequedad vaginal son muy molestos, se puede recurrir al tratamiento hormonal. La terapia de reemplazo hormonal es un tratamiento ya sea solo de estrógenos o en combinación con progesterona, que se administra para elevar sus niveles los cuales disminuyen con la menopausia. Un gran número de mujeres en todo el mundo utiliza este tratamiento para disminuir los efectos secundarios de la menopausia (Bradley, 2002).

En los últimos años, se han realizado numerosas investigaciones sobre el tratamiento para la menopausia o el climaterio. En mujeres posmenopáusicas, los niveles de estrógeno son como una décima parte de los niveles de mujeres en etapa reproductiva y los de progesterona están casi ausentes. El tratamiento de reemplazo hormonal logra aproximadamente el doble de los niveles de estrógeno

de las mujeres posmenopáusicas. A pesar de la terapia, los niveles hormonales normales no se obtienen del todo.

Anteriormente se desconocía el efecto de la terapia hormonal de reemplazo, sin embargo, en diferentes países se utiliza frecuentemente. No obstante, no proporciona fortalecimiento a los huesos. Dentro de los peligros que se relacionan con estos tratamientos, existe la probable aparición de cáncer de endometrio y ciertos tipos de cáncer de mama, aumento de la enfermedad de la vesícula biliar y un pequeño aumento del riesgo de coágulos sanguíneos venosos como trombosis; esto depende de la combinación de estrógenos y progestágenos preescritos (Marván, 2004).

3.3 Aspectos psicológicos

El climaterio compone una etapa de la mujer con cambios adaptativos a los cuales tiene que hacer ajustes psicológicos para mantener su equilibrio emocional; como todo cambio, puede producir consecuencias tanto positivas como negativas. Los eventos a los que una mujer adulta se enfrenta, en conjunto con la menopausia, son generadores de estrés, los cuales pueden afectar la salud de la mujer. La forma en cómo la mujer afronte estas circunstancias dependerá de su estructura psicológica, del significado que posea de la feminidad y la sexualidad, así como de la calidad de sus relaciones interpersonales (Carranza, 1998).

La menopausia debe ser considerada como una más entre las etapas de grandes cambios de la vida de una mujer, como sucede en la adolescencia, o la maternidad. En este periodo, no ocurre la primera revolución hormonal de la vida

de una mujer; la pubertad también modificó el organismo e instauró un orden diferente (Sánchez-Cánovas, 1996).

La menopausia es vista como un símbolo de vejez y las actitudes hacia ésta son influenciadas por los estereotipos formados y el miedo a la senectud. La menopausia se aproxima cuando empiezan a percibirse algunas complicaciones como resultado de la edad, por tal motivo, se le atribuyen problemas que en realidad están relacionados con el envejecimiento. Existen cambios que pueden ser producidos por la edad, los cuales marcan la transición hacia una nueva etapa con connotación negativa por aproximarse a la senectud (Koster, 2002).

La menopausia está vinculada con la edad madura de la mujer y esto en una sociedad o una cultura donde la imagen corporal, la juventud, la belleza, la capacidad reproductora y la seducción son valoradas de manera exagerada, puede ocasionar más de un complejo o situación de vergüenza con la aparición de algunos síntomas.

Alcanzar esta etapa de la vida trae consigo morbilidad que inicialmente afecta el entorno personal y social debido a los síntomas tempranos como los bochornos y labilidad emocional. Se han relacionado algunos síntomas emocionales a la menopausia, como irritabilidad, tensión nerviosa, fatiga, depresión, falta de motivación y sentimientos de soledad; sin embargo, la disminución de estrógenos no parece tener una causa importante en las mujeres menopáusicas (Marván, 2004).

No obstante, Martínez y Souza (2003) afirman que la influencia sociocultural es capaz de promover depresión. Los rasgos de personalidad como la dependencia, la evasión, el perfeccionismo, la autocrítica constante y algunos

estereotipos importantes para la persona también dan lugar a la vulnerabilidad depresiva.

Durante la perimenopausia aumentan significativamente los síntomas de tipo físico y psicológico. La mayoría de los síntomas no dependen directamente de la privación hormonal, sino de factores biológicos y psicológicos. Así como del marco cultural en el que se desenvuelve la persona (Carranza, 1998).

Un estudio realizado en Australia en el 2002, demostró que los síntomas de la menopausia están relacionados con la personalidad, estilo de vida, niveles de estrés, educación y trabajo de cada persona. En este país, las mujeres que hacen ejercicio por lo menos una vez a la semana, las que tienen más años de educación, bajos niveles de estrés interpersonal y aquellas que adquieren una buena actitud tanto al envejecimiento como a la menopausia; pueden contribuir a tener menos síntomas menopáusicos (Anderson, 2002).

Las mujeres que provienen de niveles socioeconómicos bajos y que sólo han recibido educación primaria, presentan mayor número de síntomas y más severos que las pertenecientes a niveles superiores con estudios más elevados. Por lo tanto, tener un empleo parece ser un factor selectivo contra los trastornos psicológicos.

El índice más bajo de las alteraciones causadas por la menopausia, se encuentra en las mujeres solteras o sin hijos. De esta manera, el perfil típico de la mujer menopáusica con mayor riesgo de alteraciones psicológicas corresponde al ama de casa con hijos dedicada exclusivamente a su familia (Dexeus y Farré, 2003). Se ha constatado también que la menopausia se manifiesta más temprano en las mujeres cuyos hijos han abandonado la casa (Thriet y Michele, 1987).

Las mujeres con personalidad equilibrada y tranquila, y una vida sexual satisfactoria tienen menos síntomas en la menopausia. De acuerdo con un estudio de Huerta y colaboradores (citado por Carranza, 1998), los factores que se relacionan con la aparición de los síntomas de la menopausia pueden ser el comportamiento de la familia, la comunicación entre sus miembros y el aspecto afectivo con el cónyuge.

De esta manera es posible la existencia de algunos eventos considerados como estresores provocando importantes cambios en la vida personal, familiar o social. Entre varios de estos estresores se encuentran los problemas de salud, reducción de las capacidades y habilidades, preocupación financiera, el cuidado de los padres, el retiro laboral, alteraciones de imagen corporal, redefinición de roles, fallecimiento de familiares o amigos (Deeks, 2003, citado por Jiménez y Marván, 2004).

Otro estresor importante que produce cambios emocionales en la mujer adulta, es el síndrome del nido vacío, considerado como las dificultades que la mujer afronta cuando sus hijos se van de casa. La menopausia puede experimentarse como una búsqueda de nuevas vivencias, proyectos o la construcción de una identidad; o por el contrario, sentirlo como un padecimiento por atravesar esta época, como un momento de desvalorización social, disminución de la autoestima o pérdida de atributos femeninos ante los demás (Malacara, 1998).

Los conceptos hacia la mujer madura se vuelven en muchas circunstancias peyorativos. Tantos cambios y factores biológicos sumados a los psicosociales, pueden llegar a perturbar la cotidianidad de muchas mujeres, produciendo algunas

alteraciones o acentuando algunos rasgos en el carácter y la personalidad y el estado de ánimo durante esta etapa (Sánchez y Canovas, 1996).

Los estereotipos sobre las mujeres menopáusicas en los países occidentales, generalmente son negativos; forman una tendencia a atribuir a la menopausia problemas que pueden tener otro origen. De esta manera se crea una imagen negativa sobre la mujer en esta etapa. Así mismo se puede desarrollar un sentimiento de pérdida de belleza y fortaleza física, acompañado de una sensación de envejecimiento.

La sociedad occidental moderna, valora la juventud sobre la vejez; sin embargo, en las sociedades en donde sucede lo opuesto, envejecer tiene la ventaja de obtener mayor respeto y con frecuencia mayor poder (Fuchs, Estelle, 1982). Específicamente en México, la menopausia representa además del cese de la fertilidad, la entrada al envejecimiento, desencadenando de esta manera que se experimente incluso como algo trágico (Jiménez y Marván, 2004).

En un estudio realizado por Punyahotra y Dennerstein en 1997, se muestra que en Tailandia, las mujeres tienen una actitud positiva hacia la menopausia, y muchas mujeres la anhelan con gusto por el sentimiento de independencia que les brinda, debido a que es cuando las mujeres logran una mejor posición social y se desprenden del vínculo sexo-reproducción, así como de posibles problemas relacionados con los ciclos menstruales.

La idea que cada mujer tiene sobre lo que es la menopausia, condiciona la forma en que cada una la vive. Las mujeres que no han experimentado la menopausia pueden formarse creencias basadas en los estereotipos que como ya se ha mencionado, tienden a ser negativos.

En nuestra cultura, mitos, prejuicios, tabúes y estereotipos, diferentes para cada mujer de acuerdo a su entorno social y vida particular han llevado en general a vivir esta etapa de la vida como una crisis, incluso ha sido considerada como una enfermedad.

Las creencias, expectativas y actitudes que una mujer tenga sobre los síntomas de la menopausia, están altamente relacionadas con poder poner en gran riesgo el desarrollarlos. Se ha observado que en México, las mujeres que tienen actitudes negativas sobre la menopausia, experimentan tener más síntomas como mayor grado de fatiga, inestabilidad emocional, irritabilidad y depresión (Jiménez y Pérez, 1999).

De acuerdo con Anderson (2002), las mujeres que usan terapia de reemplazo hormonal (TRH), son las mujeres que tienen una actitud más negativa hacia la menopausia; estos descubrimientos apuntan que el uso de la TRH está relacionado con factores psicológicos y cabe mencionar que ninguno de estos factores pueden ser solucionados con el tratamiento hormonal. La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que la TRH debe ser preescrita para el alivio de bochornos y sequedad vaginal.

4. HISTERECTOMÍA

4.1 Definición de Histerectomía

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico por medio del cual se remueve el útero; proviene del latín *hister*, que significa útero y *ectomía* se refiere al proceso

de sacar algo. La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos efectuados más a menudo y es indicada como tratamiento para varias enfermedades de la mujer.

La histerectomía sólo es considerada como menopausia inducida cuando los ovarios son extirpados. Sin embargo, cuando los ovarios permanecen en su lugar y no son extraídos siguen produciendo hormonas; no obstante, esta cirugía puede causar menopausia natural uno o dos años antes de lo esperado (Berek, 1994).

4.2 Generalidades

Dentro de los órganos reproductivos de la mujer se encuentran: la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. El útero es un órgano hueco muscular; se encuentra en la parte baja del abdomen y es comúnmente conocido como matriz. Cuando una mujer está embarazada, el bebé se desarrolla en el útero. En la parte superior del útero se encuentran las trompas de Falopio y los ovarios.

Los ovarios tienen dos funciones principales: la primera función es la ovulación, necesaria para la reproducción. La segunda función es la producción de las hormonas femeninas llamadas estrógenos y progesterona.

El estrógeno es la hormona sexual femenina, encargada de desarrollar en la mujer los caracteres sexuales secundarios y preparar las paredes del útero durante cada ciclo menstrual para la posible existencia de un embarazo. El estrógeno es producido al comienzo del ciclo menstrual.

La progesterona interviene en la parte final del ciclo menstrual. Los niveles de secreción de estas hormonas están controlados por las hormonas gonadotrópicas producidas por la Hipófisis. Cuando un óvulo es liberado por los ovarios, viaja por la trompa de Falopio al útero donde puede o no ser fertilizado por un espermatozoide. Si no es fertilizado el óvulo, éste y el interior del útero son expulsados del cuerpo dando lugar al periodo menstrual.

El útero tiene tres capas. La capa externa, se llama serosa o perimetrio, recubre incompletamente al útero. El cervix (parte superior del útero), no está recubierto por esta capa; por lo que permite la cirugía uterina sin tener que perforar el peritoneo. Esta capa constituye los ligamentos anchos uterinos, cubre la vejiga urinaria y el recto.

La capa intermedia es el miometrio que constituye el grueso de la pared uterina; está formada por tres capas de fibras musculares que se extienden en todas direcciones y que confieren al útero la gran fuerza muscular que le será necesaria durante las contracciones del parto estimuladas por la oxitocina de la pituitaria para expulsar al feto. El miometrio es más grueso hacia el fondo del útero y más delgado en el cérvix.

La capa interior se llama endometrio, el cual se prepara cada mes para recibir al óvulo fecundado y crear así un embarazo. Si esto no ocurre y si los ovarios están funcionando correctamente el endometrio se desprende y es desechado del cuerpo dando lugar al periodo menstrual.

Por lo tanto la única función del útero es recibir y albergar al óvulo fecundado. La histerectomía no afecta las sensaciones sexuales. La decisión de realizar este

procedimiento suele basarse en la necesidad de tratar síntomas, como hemorragia uterina anormal, o dolor o presión pélvicos (Berek, 1994).

4.3 Causas y Consecuencias

Dentro de las principales causas para efectuar una histerectomía se encuentran los leiomiomas uterinos; los cuales son el tipo de tumor más común formados en la pelvis de la mujer; por lo tanto, el trastorno es causa de gran número de histerectomías (Gambone, 1990). Muchos de estos tumores son benignos o pequeños por lo que no producen síntomas y en ocasiones no es necesario el tratamiento.

Si los leiomiomas crecen, puede causar dolor debido a que ejercen presión contra la vejiga u otros órganos de la pelvis. Los leiomiomas que hacen presión contra el útero pueden causar sangrado irregular o abundante. La medicina utilizada para disminuir el tamaño de los leiomiomas puede causar una pérdida de la densidad ósea si se administra durante tiempo prolongado. La necesidad de practicar histerectomía por leiomiomas uterinos debe considerarse sólo en pacientes que no desean tener más hijos.

La segunda causa por la que se indica practicar una histerectomía es debido a la presencia de endometriosis persistente y sintomática. Cuando una mujer tiene endometriosis, el tejido que reviste el útero llamado endometrio, crece fuera del útero; generalmente en la superficie de los órganos en el área de la

pelvis y el abdomen. El conjunto de tejido endometriótico puede sangrar durante el período menstrual o en otros momentos y esa sangre puede formar quistes.

La endometriosis puede causar cicatrices, adhesiones, dolor o infertilidad. Esta condición afecta principalmente a mujeres de edad reproductiva. En la mayoría de los casos esta enfermedad no constituye un problema después de la menopausia dado que ya han cesado los períodos menstruales. La endometriosis puede ser tratada con hormonas. También es posible retirar el tejido endometriótico por medio de un laparoscopio.

La siguiente causa para realizar esta cirugía es debido una hemorragia uterina disfuncional, también llamada anormal. Esta hemorragia consiste en un sangrado abundante o irregular que proviene del útero; puede ser causado por cambios hormonales o por leiomiomas, por lo tanto también se puede controlar por medio de medicamentos (Berek, 1994).

Otra razón para que exista este tipo de sangrado son las infecciones uterinas. Debido a la presencia de hemorragias constantes, las mujeres pueden perder hierro. Por lo tanto, la histerectomía se toma en cuenta cuando con el tratamiento médico no se obtienen resultados o no se tolera este tratamiento.

Otro motivo para realizar este procedimiento quirúrgico es la dismenorrea resistente al tratamiento. Cerca del 10 por ciento de las mujeres adultas quedan incapacitadas hasta durante tres días al mes por dismenorrea (Dawood, 1986). Este trastorno también se puede tratar con antiinflamatorios no esteroides aisladamente o en combinación con anticonceptivos orales para disminuir el flujo menstrual o eliminarlo (Halbert, 1985).

Dolor pélvico es otra de las causas por las que la histerectomía puede ser indicada. Una posible procedencia del dolor pélvico es la irritación de los órganos pélvicos, la cual produce adhesiones debidas a una endometriosis, infección o lesión. Las adhesiones pélvicas afectan con mayor frecuencia a la superficie del útero, las trompas de Falopio y los ovarios. En esta ocasión se recomienda que se efectúe una histerectomía laparoscópica (Berek 1994) .

Cáncer endometrial, cáncer ovárico o cáncer cervical. Con el tiempo, las enfermedades del cérvix pueden convertirse en cáncer. Éstas pueden progresar rápidamente o desarrollarse lentamente a lo largo de los años, dependiendo de la persona y del alcance de la enfermedad. Los cambios en el cérvix que pueden producir cáncer pueden ser detectados; si son diagnosticados en sus primeras etapas, podrán ser tratados satisfactoriamente sin necesidad de recurrir a una histerectomía. La enfermedad cervical se vuelve más seria si se desarrolla cáncer invasivo, esto es cuando abarca las capas de tejido más profundas o se propaga a otros órganos. El cáncer también puede afectar a la membrana uterina y a los ovarios.

En algunas mujeres que han contraído este tipo de cáncer, la radiación y otros tratamientos posiblemente ayuden a controlar la enfermedad. En otras pacientes, la histerectomía puede constituir el único recurso para evitar que el cáncer se propague a los demás órganos (Berek, 1994).

El prolapso uterino también puede dar origen a practicar una histerectomía. Los ligamentos que sujetan el útero en su lugar en la pelvis pueden relajarse o aflojarse causando así que el útero se deslice o entre a la vagina. La causa más común de debilidad muscular es el trauma tisular que se sufre durante el parto.

También la pérdida del tono muscular y la relajación de los músculos que se asocian con el envejecimiento y la disminución de los niveles de estrógeno, juegan un papel importante en el desarrollo del prolapso uterino. Sin embargo, muy excepcionalmente la caída del útero también se puede producir por un tumor pélvico.

Variaciones al realizar una histerectomía

El útero puede ser removido mediante una incisión en el abdomen o a través de la vagina. El método adoptado del tipo de histerectomía depende de la razón a la que obedece la cirugía así como de los resultados del examen pélvico.

En el transcurso de una histerectomía vaginal, algunos médicos se apoyan de un laparoscopio para poder ver el interior del abdomen y llevar a cabo parte de la cirugía. Este tipo de histerectomía requiere una mayor destreza quirúrgica. La histerectomía vaginal se realiza con mayor frecuencia cuando existen prolapsos, descensos genitales o el útero tiene miomas pequeños que se pueden extraer a través de la vagina.

Esta vía de operación no deja cicatrices visibles y la recuperación es más corta. Además, entre los beneficios del paciente se encuentra que se requiere menor cantidad de analgésicos; por lo tanto el tratamiento es menos doloroso, se requiere menor estancia en el hospital e incluso tiene la ventaja de ser menos costosa (Reich, 1997).

La histerectomía abdominal se realiza cuando es necesaria una exploración detallada de la pelvis, también se utiliza cuando el útero es muy voluminoso y

cuando existen procesos inflamatorios o adherencias muy intensos. Por esta vía, al efectuar la histerectomía, existe mayor riesgo de que se realice la extirpación de los ovarios.

La histerectomía abdominal se practica con más frecuencia. En un estudio realizado en Estados Unidos en el 2004, se revelo que el 60 por ciento de las cirugías habían sido vía abdominal, el 13 por ciento asistidas por un laparoscopio, y el 27 por ciento vía vaginal (Walling, 2004).

Tipos de Histerectomía

Existen tres tipos de histerectomía: parcial, completa y radical. En la histerectomía parcial, subtotal o supracervical se extirpa la parte superior del útero, pero se deja en su lugar el cuello uterino denominado cérvix. Pero en la histerectomía completa o total, se extirpa todo el útero, incluido en cuello uterino. En la radical se extirpa todo el útero, los nodos linfáticos y las estructuras de soporte que rodean al útero.

Este procedimiento está indicado cuando hay un cáncer extenso. Los ovarios y las trompas de Falopio también podrían ser extirpados al mismo tiempo. A este procedimiento se le llama salpingooforectomía (Mitchell, 1996). Se ha comprobado que a las mujeres que se les ejecuta la salpingooforectomía, reportan más problemas cardiovasculares en comparación con las mujeres a las que solamente se les extirpa el útero (Stoney, 97).

La edad promedio de las mujeres a las cuales se les practica esta cirugía es de 48.5 años, de acuerdo con una investigación realizada en Canadá (Alina, 2004). Un estudio realizado por Maryland Health Services Cost Review Comisión,

en los Estados Unidos, teniendo una recopilación de datos entre 1986 y 1991 reveló que se practicaron 53,159 histerectomías; de las cuales el 70 por ciento fueron efectuadas a mujeres blancas, el 26 por ciento a mujeres negras y el 3 por ciento a mujeres de otras razas.

Así mismo, se informo el rango de edades, siendo las mujeres blancas las de mayor edad, 46.1 años contra 42 años en mujeres negras (Vega, 1993). Se hizo una investigación en México para la recopilación de estos datos, pero no se encontraron estudios similares.

La estancia en el hospital después de una histerectomía varía de acuerdo con el tipo de operación practicada. En la mayoría de los casos, las actividades normales, incluidas las relaciones sexuales, podrán reanudarse después de seis semanas. La cirugía puede producir otros efectos tanto físicos como emocionales.

Consecuencias de la Histerectomía

Después de una histerectomía, los períodos menstruales concluyen. La mujer ya no podrá estar embarazada. Los ovarios siguen produciendo óvulos que al no ser fertilizados se disuelven en el abdomen. Si los ovarios no han sido extirpados continúan produciendo hormonas pero ya no habrá sangrado. Pero si los ovarios fueron extirpados en conjunto con el útero antes de la menopausia, entonces habrá efectos de tipo hormonal. Es como si se experimentará la menopausia repentinamente. Estos síntomas pueden ser tratados hormonalmente.

La histerectomía es una forma de tratar los problemas uterinos. Se trata de una cirugía mayor. En algunas condiciones constituye la mejor solución para dar fin a los problemas relacionados con la salud de la mujer.

4.4 Aspectos Psicológicos de la histerectomía

Desde el punto de vista médico la menstruación no tiene efectos benéficos para las mujeres. Para muchas, incluso llega a ser perjudicial para su salud, debido a las disfunciones que se pueden presentar en los diversos órganos que participan en este proceso. La relación de la menstruación con el deterioro sobre la salud ha sido discutida por los médicos desde hace muchos años hasta la fecha.

Se ha encontrado que la menstruación simboliza muchas características personales importantes como el comienzo de ser mujer, la capacidad de poder tener hijos, la feminidad, inclusive es considerada como la energía de la juventud; todo esto opuesto a la simbolización de la menopausia en donde lo más relevante es el deterioro o declive de la mujer que se ha impuesto por la sociedad.

En ciertas culturas el significado de la menstruación ha sido idealizado de tal manera que si una mujer no tiene un ciclo menstrual regular es considerada como una pareja problemática debido a que no podrá concebir fácilmente. La existencia de dichos mitos se debe entre otras cosas a la falta de conocimiento acerca del ciclo menstrual por lo cual es necesario evitar la información errónea (Jurgen y Powers, 1991).

Wilk y Kirk (1995, citado por Espinosa, 2000) afirman que la pérdida biológica de la menstruación y la fertilidad han sido equiparadas con la pérdida de la juventud, la pérdida del sí mismo como un objeto atractivo y sexual; como mujer independiente y capaz, la pérdida del rol maternal en la familia y la comunidad.

A lo largo de la historia, la menstruación ha tenido gran carga afectiva, demostrándose así en un estudio realizado por Drellich y Bieber en 1958, en el cual la mayoría de las mujeres que se habían sometido a una histerectomía, lamentaba la pérdida de la menstruación, varias de estas mujeres consideraron al ciclo menstrual como una forma en la que el cuerpo se “deshacía de los desechos” y estas mujeres se sentían mejor después de la fase menstrual de su ciclo.

El impacto emocional de la histerectomía puede ser mayor que el de la menopausia natural debido a que las mujeres además de manejar la enfermedad o la situación que causó la necesidad de la intervención, tienen que enfrentar la pérdida del aparato reproductor. En el caso de muchas mujeres, la decisión de que se practique una histerectomía es inesperada por lo que deben hacer frente a la pérdida de la menstruación y a la capacidad para tener hijos de manera súbita (Berek, 1994). En las mujeres que aún deseaban procrear, esta pérdida frecuentemente altera el estado emocional y psicológico (Syme, 1997).

La capacidad de una mujer para tener hijos se ha considerado como una característica femenina sumamente importante en nuestra sociedad. Freud (1930, citado por Morgan, 1982) atribuía gran importancia a la capacidad de procrear de las mujeres.

La mayoría de los estudios muestran que si una mujer no ha tenido hijos, es más probable que se sienta mal después de una histerectomía en comparación a las que ya tuvieron niños. Sin embargo, las mujeres que tienen hijos también tienen la sensación de pérdida debido a que no podrán tener más. La infertilidad es un asunto el cual puede generar algunas crisis en mujeres que deseaban procrear. Sin embargo, existen alternativas para poder superar esta situación. El lado positivo de la infertilidad es que las mujeres no tienen que preocuparse por resultar embarazadas.

Sin embargo, de acuerdo con Carlson (1994), en otra investigación se descubrió que el 71 por ciento de las mujeres a las que se les practicó la histerectomía, eran felices porque reportaban que sus problemas ginecológicos habían terminado y además, su salud física y mental había mejorado. Menos del 8 por ciento notó pérdida de la libido y solo el 1 por ciento reportó menos satisfacción sexual. Las mujeres que fueron atendidas con tratamientos hormonales, obtuvieron resultados menos favorables. El 25 por ciento del grupo, después de seguir con hemorragias y fuertes dolores optó por practicar la histerectomía.

Con la histerectomía se asoció un 66 por ciento de reducción en cuanto a la presión premenstrual, que se manifiesta con síntomas psicológicos y físicos. La reducción de los síntomas apareció después de la operación. Se concluyó de esta manera que el útero no es esencial para la expresión de síndrome premenstrual, pero si éste es removido, existe mejora en los síntomas (Metcalf, Braiden, Livesey, y Wells, 1992).

Se ha descubierto que las mujeres tienden a sufrir depresión después de una histerectomía en comparación con otras cirugías. Esta depresión se relaciona con la importancia simbólica que tiene el útero de la mujer para ser considerada femenina incluso por ella misma.

Algunos investigadores han informado depresión y aumento de la incidencia de síntomas psiquiátricos después de la histerectomía (Lindemann, 1981). Ciertos descubrimientos indican que las mujeres que tienden a responder al estrés de manera depresiva, desarrollarán depresión después de haberles practicado una histerectomía, de la misma manera que responden a otros tipos de estrés. Es más aceptable socialmente sentirse triste o deprimida que tener sentimientos de rabia o ira, aunque muchas de las pacientes con histerectomía reportan ciertas experiencias de coraje o rabia (Morgan, 1982). Otro sentimiento que se desencadena de esta cirugía es el miedo debido que se experimenta una situación desconocida.

De acuerdo con Mishell (1996), los resultados de recientes investigaciones muestran que el 18 por ciento de las mujeres a las cuales se les practicó la cirugía, sufren serias dificultades emocionales; el 43 por ciento presentan leves reacciones emocionales, y el 39 por ciento son capaces de lograr un ajuste adecuado después de la operación. Sin embargo, transcurrido un año de la cirugía, el 29 por ciento sigue teniendo conflictos emocionales. Estos problemas están relacionados con la propia imagen, más que por el temor del cáncer o de la cirugía.

Cualquier alteración en la imagen corporal de la persona puede ser considerada como estresante. Cuando el cambio es en una parte tan esencial

como el aparato reproductor, la presencia de estrés se vuelve más considerable comparado con alguna alteración en cualquier otra parte del cuerpo.

La histerectomía antes de la menopausia eliminará los periodos menstruales por lo que en algunas ocasiones causa a niveles subconscientes, una imagen del cuerpo distorsionada, la cual provoca que la mujer se sienta necesitada de atención.

Muchas mujeres consideran que la histerectomía pondrá en riesgo su vida sexual. Pero investigaciones recientes muestran que la vida sexual tiende a mejorar. La frecuencia e intensidad de los orgasmos aumentan cerca de un 20 por ciento. Los investigadores argumentan que una vez que la mujer da fin a sus dolores y problemas, su salud física y psicológica mejora. Las mujeres después de la cirugía se sienten mucho mejor, tienen menos preocupaciones sobre su salud sexual y son más libres para disfrutar el sexo (Baltimore, 2000).

Ciertos estudios mencionan que en algunas ocasiones, los hombres abandonan a su pareja cuando se les practica una histerectomía porque consideran que después de la cirugía, la mujer está incompleta o castrada. Estas actitudes llevan a los hombres a rechazar a su pareja. Con el rechazo de la mujer con histerectomía se demuestra como la mujer es menospreciada por este estado particular. Sin embargo, se plantea que cualquier problema que la mujer tiene con la cirugía, es debido a su propia falta de adaptación sobre la situación (Morgan, 1982).

5. Planteamiento del problema

La menopausia es cuando de manera natural los ovarios dejan de producir óvulos, la actividad menstrual disminuye y finalmente cesa, terminando la producción de las hormonas femeninas. Cada mujer afronta esta etapa de manera individual y única, debido a que existen muchas variables de tipo psicológico, biológico y/o sociocultural que influyen en ella. En este sentido se ha comprobado que, dependiendo de la actitud que tengan las mujeres, la menopausia es vivida positiva o negativamente.

Por otro lado, existen circunstancias en las cuales la menopausia es inducida debido a ciertos trastornos de cualquiera de los órganos reproductores. En ocasiones el mal funcionamiento de estos órganos pueden requerir de una intervención quirúrgica; siendo la histerectomía una de las mejores opciones para conservar la salud de la mujer, dando de esta manera fin a los problemas relacionados con el aparato reproductor. Si los ovarios no han sido extirpados en la histerectomía, éstos continúan su producción hormonal normalmente, pero si los ovarios fueron extirpados en conjunto con el útero, entonces habrá efectos de tipo hormonal. Se experimentará la menopausia repentinamente.

Cuando se determina la histerectomía, la variación en las reacciones de las mujeres hacia ésta es muy grande (Lindemann, 1981). La preocupación por la pérdida de las vías reproductivas es mayor que la relacionada con la pérdida de otros órganos intra abdominales. Muchas mujeres se preocupan de que el procedimiento origine pérdida de la feminidad, disminución de la satisfacción

sexual o aumento de los problemas interpersonales con sus cónyuges (Massler, 1978).

Por otro lado en el caso de muchas mujeres, la decisión de que se efectúe histerectomía es inesperada y si son premenopáusicas, deben hacer frente también a la pérdida de la menstruación y a la capacidad para procrear (Berek, 1994). En las mujeres que aún deseaban tener hijos, esta pérdida de procreación frecuentemente altera el estado emocional y psicológico (Morgan, 1982).

El impacto emocional de la histerectomía suele ser mayor que el de la menopausia natural ya que las mujeres tienen que manejar la enfermedad o la situación que causó la necesidad de la intervención.

El objetivo de esta investigación es estudiar el significado psicológico que representa “una mujer menopáusica” y “una mujer con histerectomía” en mujeres y hombres jóvenes de nuestra cultura. Se pretende conocer si una mujer menopáusica y una mujer con histerectomía tiene connotaciones negativas. Se hará un análisis comparativo para investigar si existen diferencias de las cargas afectivas entre el grupo de mujeres contra el grupo de hombres. Para explorar y comparar lo que significa para la juventud el hecho de ser una mujer menopáusica o una mujer con histerectomía.

Hipótesis

- 1) Las palabras empleadas por los hombres para definir a una mujer menopáusica tienen una connotación más negativa que las mencionadas por las mujeres.

2) Las palabras empleadas por los hombres para definir a una mujer con histerectomía tienen una connotación más negativa que las mencionadas por las mujeres.

3) Las palabras empleadas por los sujetos para definir a una mujer menopáusica tienen una connotación más negativa que las palabras utilizadas para una mujer con histerectomía.