

I. INTRODUCCIÓN

1. DESCRIPCIÓN GENERAL

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico por el cual se extrae el útero de una mujer y es la segunda operación más practicada después de la cesárea en mujeres premenopáusicas en los Estados Unidos. Sin embargo, la investigación demuestra que sus inicios se dieron en el siglo V a.c. con la práctica de la histerectomía vaginal.

Por otra parte, es importante mencionar que existen diversos tipos de histerectomía. Primero por la forma de remover al útero que puede ser de forma vaginal o abdominal y segundo por las partes del útero que se extraen, ya sea una histerectomía subtotal, total o radical.

Esta operación sirve principalmente para curar y prevenir el cáncer, así como para aliviar los fibromas uterinos, la hemorragia uterina disfuncional, la dismenorrea y el prolapso genital entre otras enfermedades ginecológicas. Como en cualquier operación pueden existir riesgos entre los cuales se encuentran la embolia pulmonar, la perforación del intestino, acortamiento de la vagina, el prolapso de la vejiga, entre otros; no obstante, se debe de considerar que estas complicaciones serias y a largo plazo son poco comunes.

Como en los últimos años, la histerectomía se ha vuelto de suma importancia en la vida de las mujeres por ser una de las operaciones más realizadas entre las mujeres premenopáusicas, diversos autores han comenzado a estudiar los efectos psicológicos que puede llegar a provocar. Con respecto a esto último, se ha encontrado que la histerectomía está rodeada de creencias y

actitudes negativas, así como, que se ha generado un estereotipo negativo hacia las mujeres que han sido hysterectomizadas. Algunos de los calificativos que se usan para referirse a una mujer sin útero son: hueca, hoyo seco, menos mujer, inservible, entre otros. Por otra parte, los estudios han correlacionado cambios en el auto-concepto, depresión, disfunción sexual, disminución de la libido y ansiedad con la hysterectomía.

El objetivo de este trabajo es comparar las creencias sobre la hysterectomía que tienen las mujeres que no han sido sometidas a este procedimiento quirúrgico, versus lo que reportan un grupo de mujeres hysterectomizadas. Asimismo, se compararán los estereotipos de una mujer hysterectomizada en ambos grupos. Las hipótesis de trabajo son: a) que las mujeres que no tienen hysterectomía creen que ésta tiene consecuencias más negativas de lo que reportan las mujeres que ya han sido sometidas a esta operación; y que b) el estereotipo de una mujer hysterectomizada será más negativo en el grupo de mujeres que no tienen hysterectomía. Para lograr esto se utilizará el cuestionario de “Creencias sobre una mujer con hysterectomía”, el cual se divide en tres partes: datos generales, una pregunta abierta para cada versión (mujeres con hysterectomía y mujeres sin hysterectomía) y una Escala Pictórica tipo Likert conformada por 28 adjetivos que definen a una mujer con hysterectomía.

2. HISTERECTOMÍA

2.1 Definición

Los órganos reproductores femeninos son el útero, la vagina, las trompas de Falopio y los ovarios. El útero en condiciones normales mide unos 7.5 cm de largo

y 5 cm de ancho. Este órgano periforme, hueco y musculoso se encuentra ubicado en la cavidad abdominal por arriba de la vejiga en forma horizontal (Curtis et al., 2000). Ahora bien, el útero se conforma por dos partes: el cuello o cérvix y el cuerpo o fondo. El cérvix es el fragmento inferior del útero que une el cuerpo uterino con la vagina; Por otra parte, la pared del cuerpo uterino se encuentra tapizada por recubrimiento peritoneal externo o serosa, miometrio o pared muscular y endometrio (Scott et al., 1994). “El endometrio experimenta cambios cíclicos regidos por la interacción de hormonas hipofisarias y ováricas relacionadas con el ciclo menstrual y se modifica en forma considerable con el embarazo” (Scott et al., 1994, p. 25-26).

El procedimiento quirúrgico que consiste en extraer el útero se denomina histerectomía (NEJM, 2006) y aunque esta intervención representa cirugía mayor es una de las operaciones más comunes en mujeres mayores de 35 años de edad en los Estados Unidos (Williams y Clark, 2000). Una vez realizada la histerectomía, la mujer dejará de menstruar y no podrá quedar embarazada. También, se pueden extirpar los anexos (trompas de Falopio y ovarios) mediante una operación llamada salpingoovariectomía unilateral o bilateral (Thompson, 1993), lo cual causaría la menopausia debido a la falta de estrógenos producidos por los ovarios.

2.2 Tipos de Histerectomía

Existen tres tipos de histerectomía la subtotal, la total y la radical, a su vez, existen dos formas de realizar este procedimiento quirúrgico, ya sea de forma vaginal o abdominal (Torpy, 2004).

En la histerectomía subtotal se remueve el útero dejando el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio, mientras que en una histerectomía total, se extrae el útero y el cuello uterino, pero no los ovarios ni las trompas de Falopio. Sin embargo, en la histerectomía radical se quita tanto el útero como el cuello uterino, los ovarios, las trompas de Falopio y los nodos linfáticos de la pelvis (MDConsult Core Service, 2005a).

Por otra parte, los distintos procedimientos quirúrgicos que se pueden utilizar para realizar una histerectomía son de tipo abdominal o vaginal. Existe una variación de histerectomía vaginal llamada histerectomía vaginal asistida con laparoscopia (MDConsult Core Service, 2005b).

La histerectomía abdominal se caracteriza por extraer el útero de una mujer a través de un corte abdominal. El especialista hace una incisión en la pared abdominal que exhibe los ligamentos y vasos sanguíneos que rodean al útero, estos últimos deben ser ligados para que cicatricen y no sangren. Posteriormente extrae el útero efectuando un corte en la parte que se conecta con la vagina y repara la parte superior de la vagina para evitar orificios (MDConsult Core Service, 2005a).

En la histerectomía de tipo vaginal se realiza una incisión vaginal por donde se extrae el útero. El especialista debe hacer un corte a través de la pared vaginal alcanzando así los ligamentos y los vasos sanguíneos que rodean al útero, luego los separa del útero y liga los vasos sanguíneos. Después, el doctor hace un corte en la parte superior de la vagina para separar al útero y lo remueve por ésta. Una vez terminada la extracción, se fijan los ligamentos uterinos a la vagina y se cose la parte superior (MDConsult Core Service, 2005c). Ahora bien, para una

histerectomía vaginal asistida con laparoscopia se requiere una herramienta llamada laparoscopio, que es un tubo delgado con luz y una cámara miniatura. Para llevar a cabo este procedimiento se requiere expandir la cavidad peritonea con un gas de dióxido de carbono, después se hace una puntura en el vientre para insertar el laparoscopio y buscar el útero; Enseguida, el especialista inserta un láser a través de dos incisiones más en el vientre para cortar los tejidos y los vasos sanguíneos que rodean el útero. Posteriormente, los sella, extrae el laparoscopio y cierra los cortes. A continuación se extrae el útero por vía vaginal (MDCConsult Core Service, 2005b).

2.3 La histerectomía a través de la historia

Diversos autores reseñaron a la histerectomía a través del tiempo. Los primeros datos encontrados fueron sobre la histerectomía de tipo vaginal, iniciando en el siglo V a.C. Posteriormente, se hallaron más registros de casos únicos en el siglo II d.C. por Sorano de Efeso, en el año 1517 d.C por el italiano Jacopo Berengario de Capri y en 1560 por Andrea della Croce de España. En 1600 fueron recopilados y publicados 26 casos de histerectomías vaginales por Schenck de Grabenberg. Mientras que, entre 1800 y 1816 Baudelocque llevó a cabo 23 histerectomías en Francia; por otra parte, Wrisberg es el primero en recomendar la histerectomía vaginal por cáncer de útero presentando un trabajo a la Academia Real de Medicina de Viena en 1810. Otros hallazgos importantes fueron los de Langenbeck, Recamier, Herman y Werneberg, ya que, obtuvieron resultados exitosos en las histerectomía que efectuaron. Así como, los de Czerny, Billroth, Mikuliez, Schroeder, Kicher, Teuffel y Spencer Wells, a finales de 1800, por haber

estudiado sistemáticamente y desarrollado dicha técnica. Ahora bien, la histerectomía de tipo abdominal en sus comienzos se pensaba inaceptable por ciertos médicos como James Jonson, director del London Medico-Chirurgical Review, quien declaró lo siguiente en 1825 “Nosotros consideramos que la extirpación del útero no asociado con protrusión o inversión previas representa una de las operaciones más crueles e impracticables concebidas o ejecutadas por el hombre. No es nuestra intención desalentar intervenciones quirúrgicas audaces y novedosas, pero existe un límite que sería imprudente sobrepasar.” (citado por Thompson, 1993); sin embargo ese mismo año, Langenbeck fue el primero en intentar extraer un útero con cáncer cervical por ésta vía, después le siguieron Charles Clay en 1843, A.M. Heath y John Bellinger en 1846 siendo la hemorragia la causa principal de muerte en todos los casos. Fue Walter Burham quien logró efectuar la primera histerectomía abdominal exitosa en 1853 y ese mismo año G. Kimball le sigue; no obstante, fue hasta 1864 cuando se empieza a controlar la hemorragia gracias a un artículo publicado por Koeberle donde propuso ligar el pedículo vascular mayor de la parte inferior del útero. A principios de 1900 la tasa de mortalidad se redujo a menos del 1% y la histerectomía comenzó a ser una opción para el tratamiento de enfermedades y síntomas ginecológicos (Thompson, 1993).

2.4 Cuándo se utiliza

Cuando una mujer requiere una histerectomía puede ser por diversas causas. J.M.T. Finney (citado por Thompson, 1993) consideró que “las indicaciones para los procedimientos quirúrgicos entran dentro de una de tres amplias categorías:

salvar la vida, aliviar el sufrimiento y corregir deformaciones”; por tanto, se debe considerar que para algunas causas existen alternativas de tratamiento médico y no siempre se requiere una histerectomía.

A continuación se mencionarán los problemas que pueden llegarse a tratar por medio de una histerectomía. El tipo de histerectomía y procedimiento a utilizar dependerán de la causa.

Los miomas uterinos son tumores pélvicos y es necesario realizar una histerectomía cuando generan signos y síntomas como hemorragia uterina anormal, dolor o presión pélvica o aumento rápido del tamaño uterino pues “es posible que un útero leiomiomatoso adquiriera un tamaño [...] equivalente al de un embarazo de 12 a 14 semanas” (Thompson, 1993, p. 616). Sin embargo, la histerectomía por miomas sólo debe considerarse en mujeres que no deseen tener más hijos.

La hemorragia uterina disfuncional se puede llegar a controlar mediante tratamiento médico, por tanto, sólo se efectuará en pacientes que no reaccionen o toleren dicho tratamiento. “La hemorragia uterina disfuncional es la indicación para efectuar cerca de 20% de las histerectomías” (Stovall, 1997, p. 729).

La dismenorrea primaria no debe ser tratada mediante una histerectomía (Thompson, 1993); no obstante, la de tipo secundario sí puede llegar a requerir una histerectomía siempre y cuando se trate primero el trastorno subyacente y no responda al tratamiento.

En cuanto al dolor pélvico, Thompson (1993) señala que “no debe efectuarse una histerectomía como tratamiento del dolor pélvico crónico en ausencia de patología pélvica orgánica a menos que los síntomas sean muy

severos y no puedan ser aliviados con medidas más conservadoras, incluida la psicoterapia”. Por otra parte, Stovall y colaboradores “revisaron los casos de 104 pacientes que se sometieron a histerectomía por dolor pélvico o crónico que se consideraba de origen uterino. Las pacientes se vigilaron durante una media de 21.6 meses después de histerectomía, y se observó que 78% habían experimentado mejoría de su dolor. Sin embargo, 22% no manifestaron mejoría o incluso sufrieron exacerbación del dolor” (citado por Stovall, 1997).

La neoplasia intraepitelial cervical es un crecimiento de células anormales en el cérvix (MDCConsult Core Service, 2005d). Ésta puede ser tratada por medio de cauterización cervical, criocirugía, cirugía con láser o conización cervical. La histerectomía se puede utilizar cuando la paciente no puede concebir y la displasia cervical es severa (Thompson, 1993).

Un prolapso genital es cuando el útero se mueve de su posición normal hacia la vagina. Existe la posibilidad que el útero solamente se encuentre un poco fuera de posición o que descienda tanto que pueda ser visto por fuera de la vagina (Mdconsult Core Service, 2005e). “La histerectomía por prolapso genital sintomático constituye cerca del 15% de las efectuadas en los Estados Unidos” (Stovall, 1997, p. 730).

La endometriosis pélvica extensa puede requerir una histerectomía. Cuando la endometriosis se da en mujeres jóvenes que desean tener hijos se puede recurrir a métodos quirúrgicos conservadores con el fin de extirpar todos los focos de endometriosis. Sin embargo, cuando ésta se da en mujeres que ya no desean hijos o la endometriosis es recurrente se debe realizar una histerectomía abdominal con extracción de los anexos (Thompson, 1993).

Se clasifican como problemas obstétricos la hemorragia posparto incontrolable, la ruptura uterina, la inversión uterina y los embarazos intersticiales, abdominales o cervicales. Estos problemas obstétricos requieren de una histerectomía debido a la hemorragia (Thompson, 1993).

Stovall (1997) con respecto al cáncer comenta que “Las metástasis a sitios no ginecológicos pueden producir síntomas que requieren histerectomía [...] *Por otra parte, (cursivas agregadas) los tumores ováricos benignos que son persistentes o sintomáticos requieren tratamiento quirúrgico. Desde luego si la paciente desea conservar la capacidad de tener hijos deberá preservarse el útero*”. Es importante comentar que cuando se lleva a cabo una esterilización quirúrgica lo más indicado sería hacerla por medio de una ligadura tubaria en lugar de una histerectomía. Esto último se relaciona con el concepto de histerectomía electiva. Travis (Citado por Thompson, 1993, p. 620) la define como “la histerectomía efectuada por condiciones o síntomas que no representan un riesgo para la vida de la paciente ni indican una patología tisular y que podrían ser tratados con otras modalidades terapéuticas. Los procedimientos electivos se realizan para el alivio de los síntomas más que para el tratamiento de una enfermedad orgánica”.

Este concepto de histerectomía electiva ha traído consigo una serie de diferencias ya que algunos médicos la apoyan ampliamente y a otros les parece innecesaria. Los médicos que defienden esta elección por parte de las mujeres consideran que es una buena alternativa para prevenir el cáncer, esta medida preventiva tomo fuerza cuando se iniciaron a realizar por elección histerectomías totales en vez de subtotaes. Esta práctica logró eliminar en su mayoría el cáncer de muñón cervical (Thompson, 1993).

Esta corriente fue expresada en la literatura ginecológica en 1969 por Wright que afirmaba “el útero posee una sola función: la reproducción. Después del último embarazo electivo el útero se convierte en un órgano inútil, causa de hemorragias y síntomas y potencialmente capaz de albergar un cáncer; por lo tanto, debería ser extirpado”. *Sin embargo fue criticado, pues la contraparte afirmaba que* (cursivas agregadas) “en muchas mujeres el útero es importante porque está relacionado con la identidad, la sexualidad y la autoestima y representa mucho más que un cuerpo extraño generador de problemas una vez cumplida su función reproductora” (Citado por Thompson, 1993, p. 620-621).

2.5 Riesgos

Como en cualquier intervención quirúrgica, en una histerectomía pueden existir riesgos. En un estudio efectuado en Australia en el 2001 se pudo observar que existía una tasa de riesgo del 44% en una histerectomía abdominal, mientras que un 24% en una histerectomía vaginal y solamente un 2% en una histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. Existen complicaciones menores comunes, complicaciones serias poco comunes y complicaciones a largo término. Entre las complicaciones menores comunes posteriores a una histerectomía se encuentran: infecciones menores del tracto urinario, dolor mínimo y sangrado vaginal ligero. Las complicaciones serias poco comunes pueden ser: embolia pulmonar, lesión quirúrgica del tracto urinario o intestinal, abscesos, perforación del intestino, fístulas y apertura de la incisión. Por otra parte, entre las complicaciones a largo término se encuentran: debilidad muscular en el área pélvica, prolapso de la

vejiga, vagina y recto, problemas intestinales si se han formado adhesiones y han obstruido los intestinos, reducción de la vagina lo cual puede causar dolor durante las relaciones sexuales (MDConsult Core Service, 2005f) .

Otra complicación transoperatoria, que no debe ser tomada a la ligera, es la hemorragia transoperatoria, ésta es causada por no ligar con firmeza un vaso sanguíneo, una ligadura mal hecha a nivel del manguito vaginal, deslizamiento de una ligadura colocada previamente o desprendimiento del tejido (Stovall, 1997).

2.6 Aspectos Psicológicos

Se han realizado algunos estudios sobre la histerectomía en los últimos años, estos por lo general son estudios cualitativos que tratan de abarcar aspectos diversos sobre la histerectomía para lograr comprender mejor a las mujeres que se han sometido a este procedimiento, así como a las mujeres que deberán someterse a esta operación en un futuro.

En un estudio sobre los aspectos psicológicos en cirugía ginecológica realizado por Schwartz y Williams (2002) se expone que “La cirugía ginecológica tiene muchos de los efectos psicológicos que acompañan a la cirugía en general. Sin embargo, puesto que la cirugía ginecológica puede tener un efecto directo en el aparato reproductor femenino, crea sus propias dificultades psicológicas, tanto preoperatorias como postoperatorias”. Gath et al. (1980) (citado por Schwartz y Williams, 2002) encontró que el 58% de los pacientes que se someterán a una histerectomía presentan una psicopatología preoperatoria. Por otra parte, Khastgir y Studd (1998) y Thornton, McQueen, Dneale y Dixon (1997) (citados por Schwartz y Williams, 2002) coinciden en que existe una incidencia alta de depresión antes

de la operación la cual disminuye posterior a la misma por el alivio de los síntomas físicos. Además, se observaron niveles clínicamente significativos de ansiedad en la mayoría de las mujeres tres semanas antes de la operación (Thornton et al., 1997; citado por Schwartz y Williams, 2002). También se cree que las mujeres diagnosticadas con problemas psicológicos preoperatorios tienen mayor posibilidad de presentar síntomas físicos sin bases orgánicas, así como, inducir al ginecólogo a utilizar tratamientos físicos más invasivos (Stockman, 1995; citado por Schwartz y Williams, 2002). Por otra parte, los efectos psicológicos postoperatorios de una histerectomía pueden ser ansiedad, depresión y dolor atribuyendo las causas a la operación, disfunción sexual presentando disminución del libido e incomodidades o ansiedad asociada con la actividad sexual postoperatoria y reacciones relacionadas con el auto-concepto en particular cambios en el autoestima o percepción femenina (Skincey, 1984; citado por Schwartz y Williams, 2002). Algunos autores observaron que mientras más altas eran las expectativas preoperatorias sobre la histerectomía existía un aumento en la depresión postoperatoria (Singh et al. 1983 citados por Schwartz y Williams, 2002); Así mismo, se encontró un aumento en episodios depresivos durante el primer año posterior a la operación en mujeres que han sido víctimas de abuso sexual, ya que éstas cuentan con un nivel más bajo de adaptación postoperatoria en comparación con mujeres que no han sufrido un abuso sexual al encontrar una relación entre el abuso sexual y la histerectomía (Wukasch, 1996; citado por Schwartz y Williams, 2002). Ahora bien, la intensidad y duración del dolor posterior a una histerectomía también pueden verse influidos por aspectos psicológicos (Melzack, 1982; citados por Schwartz y Williams, 2002).

Rannestad, Eikeland, Helland y Qvarnström (2001) llevaron a cabo un estudio para investigar los cambios existentes un año después de la histerectomía en mujeres con el “síndrome del sufrimiento” por desórdenes ginecológicos y en un grupo control. El “síndrome del sufrimiento” se divide en síntomas físicos y psicológicos. Los aspectos psicológicos a medir fueron: el bienestar psicológico que se enfocaba en la paz mental, fe personal en Dios, realización de metas personales, felicidad en general, vida en general, apariencia personal y el sí mismo en general; a esto se le agregó la pregunta ¿sí la persona había tenido problemas psicológicos recientes o previos? La función sexual, la fatiga, insomnio y el auto-concepto. Este estudio se realizó con 111 mujeres próximas a una histerectomía y 173 mujeres sin histerectomía como grupo control. En cuanto al resultado del bienestar psicológico no se encontró una diferencia significativa entre los grupos, por lo que se asumió que tanto las mujeres con desórdenes ginecológicos y las histerectomizadas no sufren más de problemas psicológicos que el resto de la población, también se encontró que la función sexual no se modificó por la histerectomía y que la fatiga sí es mayor en las mujeres con desórdenes ginecológicos debido a la baja energía lo cual cambia posterior a la histerectomía. Ahora bien, con respecto al insomnio se encontró una diferencia significativa entre los grupos antes de la operación ya que las mujeres con desórdenes ginecológicos tenían problemas para quedarse dormidas y se despertaban varias veces durante la noche, sin embargo esto se modificó después de la histerectomía. Por último, algunas mujeres reportaron cambios positivos en su auto-concepto como el sentirse más atractivas como mujeres y tener un mayor control sobre su propia vida, no obstante 6 mujeres posterior a la operación

reportaron cambios negativos en su auto-concepto como el sentirse vacías, sentirse inferior y sentirse perdidas.

Estos mismos autores ya habían realizado un estudio previo un año antes sobre la calidad de vida, el dolor y el bienestar psicológico en mujeres con desórdenes ginecológicos. Este estudio coincide con el ya mencionado pues concluye que las mujeres con desórdenes ginecológicos experimentan el mismo grado de bienestar psicológico que el grupo control. Sin embargo, estos autores encontraron que los desórdenes ginecológicos tienen un efecto negativo tanto en la salud de estas mujeres como en su funcionamiento, también hallaron que el dolor tiene una influencia negativa en su calidad de vida (Rannestad, Eikeland, Helland y Qvarnström, 2001).

Otro estudio realizado en el 2003 con el objetivo de evaluar los cambios en el bienestar psicológico (bienestar, depresión, salud, vitalidad y auto-control) y la sexualidad un año después de haberse sometido a una histerectomía laparoscópica o abdominal haciendo una comparación entre los dos grupos. No se encontraron diferencias previas o posteriores a la operación entre los grupos en cuanto al bienestar psicológico, ambos grupos se encontraban dentro de los niveles altos. Por otra parte, se pudo observar una diferencia de mayor satisfacción en la vida sexual, en la frecuencia de sus orgasmos y satisfacción con sus parejas previa a la operación en las mujeres que iban a ser operadas de una histerectomía laparoscópica. También se encontró que los hombres de estas mujeres se encontraban más satisfechos como parejas en comparación al otro grupo. Sin embargo, no se encontraron cambios en la sexualidad de los grupos un año después. Con este estudio se pudo percibir que el método a elegir para

realizarse la histerectomía tiene bajo impacto en cambios del bienestar psicológicos y sexuales (Ellstro" et al., 2003).

Williams R. et al. (2000) hicieron un estudio cualitativo de las experiencias de mujeres que se habían sometido a una histerectomía. Dentro de los aspectos psicológicos se obtuvo que antes de la operación las mujeres tenían severos cambios de humor, nerviosismo, irritabilidad, depresión más frecuentemente asociada con los síntomas físicos sobre todo cuando persistían por algunos años. En cuanto al proceso de tomar la decisión para someterse a la operación sus respuestas emocionales incluyeron alivio al tomar la decisión de tener cirugía y miedo de estar tomando la decisión equivocada; por otra parte, los miedos más frecuentes fueron desarrollar cáncer sino se sometían a la operación y morir durante la intervención.

Otro estudio relacionado con el previo, es el realizado por Bernhard (1992) donde estudia las consecuencias de la histerectomía en la vida de las mujeres. Una parte de éste constó en enviar un cuestionario que medía de forma cuantitativa los resultados a largo plazo de una histerectomía después de 2 años, contestaron 26 mujeres. Los resultados no fueron tan positivos. Las mujeres promedio en este estudio " a veces" tienen síntomas negativos que los asocian con la histerectomía, además 19 mujeres dijeron que se encontraban solas, deprimidas, irritables, nerviosas entre otros, además 12 mujeres indicaron que "a veces" se sentían vacías. Sin embargo, la mayor parte de las mujeres dijeron sentirse "usualmente" sentirse bien, saludables y nunca sentirse avergonzadas.

Richter, et al. (2000) llevaron a cabo un estudio sobre el rol de la pareja en el proceso de decisión de la mujer con respecto a la histerectomía. Para este

estudio se juntaron 17 grupos focales de 4 a 6 participantes integrados por mujeres afro-americanas y caucásicas, entre 30 y 65 años de edad. El 63% de las participantes no tenían una histerectomía. Se utilizó como instrumento de discusión una guía de 13 ítems. Los resultados fueron los siguientes: las mujeres expusieron que los hombres tienen consentimientos sobre la vida sexual posterior a la histerectomía como que el sexo ya no sea tan bueno o miedo a que “la mujer sea menos mujer” por la incapacidad de tener hijos; por otra parte, las mujeres sintieron que los hombres estarían contentos por ya no tenerse que preocupar por anticonceptivos. Otro aspecto que mencionaron las mujeres fue la falta de información de los hombres sobre el tema. También, todas las mujeres de todos los grupos notaron que para los hombres la histerectomía es un problema neutral, siempre y cuando, el hombre ya no quiera más hijos. Las mujeres afro-americanas reportaron que los hombres usan algunos términos negativos para referirse a las mujeres con histerectomía como: “hoyo seco”, “secas”, “conchas vacías”, “hoyo sin fondo”, “mudas” y “hoyo vacío” entre otros. Sin embargo, las afro-americanas dijeron que los hombres son incapaces de distinguir si una mujer tiene una histerectomía, no obstante, estos pueden obsesionarse con el pensamiento de que tal vez sí. Estas mismas mujeres coincidieron que no se les debe informar a los hombres sobre la histerectomía, mientras que, las mujeres blancas indicaron que los hombres no son capaces de comprender por lo que pasa una mujer cuando es sometida a una histerectomía o se encuentra en la menopausia, éstas afirmaron que a los hombres les preocupa la histerectomía por su propio ego o auto-concepto. También se observó que todas las mujeres le dan gran valor a que

sus parejas se encuentren con ellas. Por último, las mujeres dejaron claro que son ellas las que toman la decisión.

Otro estudio realizado por Groff, Mullen, Byrd, Shelton, Lees y Goode (2000) en Texas con mujeres afro-americanas, hispanas, Blancas no hispanas y lesbianas entre 30 y 65 años arrojó los resultados siguientes. Las mujeres afro-americanas vieron como positivo el alivio de los síntomas ginecológicos como menstruación, síndrome premenstrual, cólicos, sangrado excesivo; así como, la pérdida del riesgo de quedar embarazada y el gastar menos dinero. Lo que mencionaron como adverso fue la cicatriz, exceso de vello facial, resequedad corporal y la pérdida de las hormonas naturales. El deseo sexual posterior a la histerectomía fue visto como variable pero si cambiaba no dependía de la pareja. Por otra parte, las hispanas se enfocaron más en los efectos negativos psicológicos como depresión, tristeza y llanto. También hicieron hincapié en la falta del deseo sexual, resequedad vaginal, el espacio que quedaría al remover el útero, la pérdida de la capacidad para poder tener hijos. Vieron como beneficios el ya no tener más periodos menstruales y el ya no tener que preocuparse por quedar embarazadas. A las mujeres blancas no hispanas se preocuparon más por los efectos físicos en su cuerpo como complicaciones postoperatorias, tiempo de recuperación, cicatrización, aumento de peso y vello facial. También mencionaron el aspecto económico sobre su familia al no poder trabajar durante su periodo de recuperación. Por otra parte, algunos beneficios fueron el ya no preocuparse por los anticonceptivos, menstruación o por quedar embarazada. Para las lesbianas la histerectomía representó liberarse de la menstruación, aumento en su vida sexual, mayor facilidad para planear actividades como nadar, así como la pérdida de una

parte de uno, cambios emocionales, tener que tomar hormonas y perder la posibilidad de tener hijos aunque no los quisieran.

3. CREENCIAS, ACTITUDES Y ESTEREOTIPOS

3.1 Concepto de creencias

Desde el siglo XVIII algunos filósofos como Immanuel Kant y David Hume mostraron interés por el concepto de creencia. Kant se refirió a la creencia como “impulso subjetivo que ejerce una idea sobre los actos de razón y que mantiene su firmeza”; mientras que, Hume consideraba la creencia como “la más enigmática de las operaciones mentales”. Posteriormente, Nietzsche definió a la creencia como “la primera de todas las formas de actividad intelectual y, por tanto, una especie de afirmación” (Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta, 2003).

En la actualidad las creencias se pueden definir como “pensamientos no evaluativos referentes a las características de los objetos de nuestro mundo” (Kimble et al., 2002, p.136).

Rokeach (citado por Rodrigues, 1997, p. 343) expone que “existen creencias, sobre las que existe un 100% de consenso sobre su realidad, por lo que no son susceptibles a controversias (creencias de tipo A); existen otras en que el grado de consenso es cero, pero que son inviolables para el individuo que las mantiene, quien no admite discusiones al respecto (creencias de tipo B); existen, además, las creencias que tienen las personas en autoridades cuyo poder de referencia es para ellas elevado (creencias de tipo C); en consecuencia, de este último tipo de creencia, todo lo que emana de dichas autoridades pasa a constituir también objeto de creencias para el individuo (creencias de tipo D); finalmente,

existen las llamadas creencias inconsecuentes que se caracterizan por depender del puro gusto y cuya conservación es independiente del consenso que sobre ella se tenga”.

Por otra parte, Pierre Janet divide a las creencias en racionales e irracionales. Las creencias racionales son objetivas, se fundamentan en la experiencia y en la información científica; mientras que, las creencias irracionales son subjetivas y sentimentales (Biblioteca de Consulta Microsoft Encarta, 2003).

Se debe mencionar que las creencias son importantes por tener efectos al influir la forma como sentimos y actuamos, pues esto a su vez influye en la manera como percibimos la realidad social. Por ejemplo, la perseverancia en las creencias es cuando se desmiente la base de una creencia y la concepción inicial del sujeto persiste al darse una explicación del por qué tal creencia pudiera ser cierta. Por otra parte, las creencias sociales también pueden ser: auto-confirmatorias y auto-cumplidoras (Myers, 2000).

3.2 Concepto de actitudes

Una actitud se define como la “reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia alguien o algo, que se manifiesta en las creencias, los sentimientos o el comportamiento deliberado” (Olson y Zanna, 1993; citado por Myers, 2000, p.130). Para McGuire (1985) las actitudes son “juicios evaluativos –positivos, negativos o neutrales- sobre los objetos del pensamiento” (Kimble et al., 2002, p.136). Por otra parte, Fazio (1989) la define como “una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada” (Morales et al., 1994, p.496).

Las actitudes tienen tres componentes: cognitivo, afectivo y conativo-conductual. El cognitivo se constituye de las percepciones de la persona sobre el objeto de la actitud y la información poseída sobre el mismo. El afectivo se compone por los sentimientos que dicho objeto emana de la persona y el conativo-conductual se forma por las tendencias y acciones hacia el objeto. Existe una coincidencia en los tres componentes, estos evalúan al objeto. Es preciso decir que para conocer una actitud se requiere conocer estos tres factores y evaluarlos, ya que una actitud no es directamente observable. Por otra parte, es importante mencionar que las actitudes cambian continuamente, pueden ser favorables o desfavorables hacia el objeto (Morales et al., 1994).

Ahora bien, hay autores como Jones y Gerard (1967) que consideran que las actitudes se constituyen por creencias y valores, por lo que éstas se forman de un elemento cognoscitivo y un elemento valorativo (citado por Kimble et al., 2002).

Se debe considerar que, las actitudes tienden a guiar nuestras acciones y se fortalecen cuando surgen de la experiencia o pensamos en ellas; sin embargo, cuando actuamos de manera automática no hacemos uso de nuestras actitudes (Mayers, 2000). Por esto mismo, si la persona no ha tenido ninguna experiencia con el objeto de la actitud o este objeto no se le hace de interés no existirá una evaluación del objeto y se hablará de una no-actitud (Fazio, 1989; citado por Morales et al., 1994).

3.3 Concepto de estereotipo

Cuando se habla sobre estereotipos se pueden mencionar autores importantes como: Lippman, Katz y Braly, Allport, Campbell y Tajfel (Morales et al., 1994).

Lippman aporta, en 1922, la primera conceptualización de estereotipo como “cuadros en la cabeza” que caracteriza como un pseudoambiente que media entre nosotros y la realidad, influyendo nuestra percepción de ésta. Por otra parte, Allport define al estereotipo como “creencia exagerada asociada a una categoría. Su función es justificar (racionalizar) nuestra conducta en relación con la categoría” y Tajfel como “atribución de características psicológicas generales a grandes grupos humanos” (Morales et al., 1994, p. 293).

Sin embargo, el estereotipo también puede definirse como “el conjunto de atributos asignados a un grupo o categoría social” (Morales et al., 1994, 286) o como, la “generación de las expectativas o suposiciones sobre un individuo basadas en su pertenencia a un grupo” (Zárate y Smith, 1990; citado por Kimble et al., 2002, p. 412). Otra definición es la dada por Myers (2000) “creencia respecto a los atributos personales de un grupo de personas. Los estereotipos pueden ser excesivamente generalizados, inadecuados y resistentes a nueva información”.

Pueden existir estereotipos positivos, negativos o ambiguos y aunque algunos investigadores toman al prejuicio como un estereotipo negativo, otros lo consideran un sentimiento negativo hacia un grupo (Kimble et al., 2002).

Por otra parte, una consecuencia negativa de los estereotipos es que se cumplen por sí mismos (Kimble et al., 2002). Steele y Aronson (1995) explican el término amenaza de estereotipo como los estereotipos negativos que generan estrés entre los objetos a que se dirigen y un impacto negativo en la conducta (citado por Kimble et al., 2002).

Con respecto al cambio de estereotipos existen diversos puntos de vista. Lippmann (citado por Morales et al., 1994) propuso que los estereotipos son

resistentes al cambio “las imágenes en nuestra mente son más simples y fijas que el flujo de los acontecimientos”. Sin embargo, Zárate afirma que con el paso del tiempo, el contenido de un estereotipo varía radicalmente; sin embargo, los procesos cognoscitivos en que se funda no lo hacen (Kimble et al., 2002). Otra hipótesis sugiere que para lograr un cambio en un estereotipo es necesario del contacto intergrupar. También, el cambio en los estereotipos se ha estudiado desde la perspectiva cognitivo social, ésta explica que los procesos cognitivos individuales cambian cuando la persona se enfrenta a información que desconfirma el estereotipo (Morales et al., 1994).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico por medio del cual se extrae el útero de una mujer. Esta operación ha jugado un papel importante en la vida de las mujeres a lo largo de la historia. Los primeros casos expuestos en la literatura datan del siglo V a.C. y aunque en sus inicios la histerectomía abdominal fue considerada como una de las crueldades más grandes de la medicina (Thompson, 1993), en la actualidad ocupa el segundo lugar entre los procedimientos quirúrgicos mayores después de la cesárea en Estados Unidos (Stovall, 1997), ya que se realizan aproximadamente 600, 000 histerectomías anualmente (Parker, 2004).

La histerectomía es efectiva para aliviar diversos padecimientos ginecológicos como hemorragia uterina disfuncional, liomiomas uterinos, cáncer, entre otros. Sin embargo, también conlleva riesgos físicos que pueden dividirse en complicaciones menores como infecciones del tracto urinario y complicaciones a

largo plazo como reducción de la vagina, lo que puede causar dolor durante las relaciones sexuales. Por otro lado, algunos autores sugieren que la histerectomía puede tener algunas consecuencias psicológicas como ansiedad, depresión y cambios en el autoconcepto, además de disfunción sexual por disminución de la libido (Schwartz y Williams, 2002).

Por otra parte, algunos estudios han demostrado que existen una serie de mitos y creencias negativas hacia la histerectomía, lo que ha ocasionado que se forme un estereotipo negativo sobre las mujeres a las que se les ha realizado esta intervención quirúrgica; como por ejemplo, que las mujeres sin útero están huecas y no sirven para nada (Richter et al., 2000). Existe un estudio realizado en México, en el que se pidió a los participantes que definieran a una mujer con histerectomía, y se encontró que ésta fue definida como “una mujer triste” (Islas, 2005). Sin embargo, los dos estudios mencionados se realizaron con mujeres que no habían sido sometidas a esta operación. Por lo tanto, cabe la pregunta ¿existen diferencias entre las creencias de las mujeres que ya han experimentado la histerectomía y las mujeres que no han sido sometidas a esta operación?

El objetivo de este trabajo es explorar las creencias sobre la histerectomía que tienen las mujeres que no han sido sometidas a este procedimiento quirúrgico, y compararlas con lo que reportan las mujeres histerectomizadas. Asimismo, se compararán los estereotipos que ambos grupos tienen sobre una mujer histerectomizada.

Hipótesis planteadas

Ha: Las mujeres que no tienen histerectomía creen que ésta tiene consecuencias más negativas de lo que reportan las mujeres que ya han sido sometidas a esta operación.

Hb: El estereotipo de una mujer histerectomizada será más negativo en el grupo de mujeres que no tienen histerectomía.