



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

CARRERA DE MEDICINA

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE FEMINIDAD EN MUJERES
HISTERECTOMIZADAS DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE
CALDERÓN EN EL PERIODO OCTUBRE – NOVIEMBRE 2016**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

EDNA LIZBETH CURIPALLO VIERA

DANIELA MARIBEL YÁNEZ VACA

DIRECTOR: DR. JOSÉ SOLA VILLENA

QUITO, NOVIEMBRE 2016

DEDICATORIA

A todos quienes formaron parte de este sueño.

“Lo que la mente del hombre puede concebir y creer, es lo que la mente del hombre puede lograr.”

Napoleón Hill

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme culminar un gran sueño y por la fortaleza que me dio para
continuar.

A mis padres por su apoyo incondicional, por ser los que me alentaron hasta en las
peores circunstancias, gracias por el amor, porque estando lejos nunca me dejaron
sola.

A mi hermano y mis sobrinos por su cariño en este camino.

Y a ti Víctor por el apoyo durante todos estos años.

Edna Curipallo V.

A mi hija Micaela, mi más grande motivación para seguir adelante.

A mi madre y abuelos, gracias por siempre estar ahí, por enseñarme a nunca darme
por vencida y alentarme a perseguir mis sueños.

A mi esposo, mi compañero y soporte en momentos difíciles. Gracias por tu
paciencia.

Daniela Yáñez V.

INDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
INDICE.....	IV
INDICE DE TABLAS.....	IX
INDICE DE FIGURAS.....	IX
INDICE DE GRÁFICOS.....	IX
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT.....	XII
CAPITULO I – INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO II – MARCO TEÓRICO.....	3
2.1 HISTERECTOMÍA.....	3
2.1.1 DEFINICIÓN.....	3
2.1.2 HISTORIA.....	3
2.1.3 CLASIFICACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA.....	5
2.1.4 INDICACIONES PARA REALIZAR UNA HISTERECTOMÍA.....	6
2.1.5 EPIDEMIOLOGÍA.....	8
2.2 REPRESENTACIONES SOCIALES DE FEMINIDAD.....	10
2.2.1 DEFINICIÓN DE REPRESENTACIÓN SOCIAL.....	10
2.2.2 LA IMAGEN DE LA MUJER A LO LARGO DE LA HISTORIA.....	12

2.2.3 LA CONCEPCIÓN CULTURAL DEL ÚTERO.....	16
2.3 VIVENCIAS DE LA MUJER HISTERECTOMIZADA.....	17
2.3.1 IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA.....	18
2.3.2 IMPACTO SEXUAL.....	20
2.3.3 IMPACTO PSICOLÓGICO.....	21
CAPÍTULO III – MÉTODOS.....	23
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	23
3.2 PROBLEMAS Y OBJETIVOS.....	24
3.2.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	24
3.2.2 OBJETIVO GENERAL.....	25
3.2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
3.3 HIPÓTESIS OPERATIVA.....	26
3.4 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	27
3.4.1 METODOLOGÍA.....	27
3.4.2 SELECCIÓN DE INFORMANTES.....	27
3.4.3 ANÁLISIS DE DATOS.....	28
3.4.4 ANÁLISIS IDEOLÓGICO.....	29
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	30
3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	30

3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	31
3.6 ASPECTOS BIOÉTICOS.....	31
CAPITULO IV – RESULTADOS.....	33
4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	33
4.2 CATEGORÍAS Y SUBCATEGORIAS.....	36
4.2.1 CONOCIMIENTO PREVIO QUE LA MUJER TIENE SOBRE LA HISTERECTOMÍA.....	37
4.2.2 INFORMACIÓN MÉDICA QUE RECIBE LA PACIENTE.....	39
4.2.3 MIEDOS RELACIONADOS A LA HISTERECTOMÍA.....	41
4.2.4 CAMBIOS EN LA MUJER QUE ATRIBUYE AL PROCEDIMIENTO.....	45
4.2.5 COMENTARIOS NEGATIVOS SOBRE LA MUJER HISTERECTOMIZADA.....	46
4.2.6 LAS PERCEPCIONES DE LA MUJER HISTERECTOMIZADA.....	49
4.2.6.1 AUTO PERCEPCIÓN DE FEMINIDAD.....	50
4.2.6.2 PERCEPCIÓN EN RELACIÓN A OTRAS MUJERES NO HISTERECTOMIZADAS.....	50
4.2.6.3 LO QUE LA SOCIEDAD PIENSA DE ELLA.....	51
4.2.7 RELACIONES SOCIALES DE LA MUJER HISTERECTOMIZADA.....	52

4.2.7.1 RELACIÓN CON LA PAREJA.....	52
4.2.7.2 RELACIÓN CON LOS HIJOS.....	53
4.2.8 CONCEPCIÓN QUE LA MUJER HISTERECTOMIZADA TIENE DE LA CIRUGÍA.....	54
CAPITULO V – DISCUSIÓN.....	56
5.1 CONOCIMIENTO PREVIO QUE LA MUJER TIENE SOBRE LA HISTERECTOMÍA.....	56
5.2 INFORMACIÓN MÉDICA QUE RECIBE LA PACIENTE.....	58
5.3 MIEDOS RELACIONADOS A LA HISTERECTOMÍA.....	59
5.4 CAMBIOS EN LA MUJER QUE ATRIBUYE AL PROCEDIMIENTO.....	60
5.5 COMENTARIOS NEGATIVOS SOBRE LA MUJER HISTERECTOMIZADA.....	61
5.6 LAS PERCEPCIONES DE LA MUJER HISTERECTOMIZADA.....	62
5.6.1 AUTO PERCEPCIÓN DE FEMINIDAD.....	62
5.6.2 PERCEPCIÓN EN RELACIÓN A OTRAS MUJERES NO HISTERECTOMIZADAS.....	63
5.6.3 LO QUE LA SOCIEDAD PIENSA DE ELLA.....	64
5.7 RELACIONES SOCIALES DE LA MUJER HISTERECTOMIZADA.....	65
5.7.1 RELACIÓN CON LA PAREJA.....	65

5.7.2 RELACIÓN CON LOS HIJOS.....	66
5.8 CONCEPCIÓN QUE LA MUJER HISTERECTOMIZADA TIENE DE LA CIRUGÍA.....	67
CAPÍTULO VI – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	68
6.1 CONCLUSIONES.....	68
6.2 RECOMENDACIONES.....	71
BIBLIOGRAFIA.....	73
ANEXOS.....	80
ENCUESTA DE SELECCIÓN DE PACIENTES.....	80
ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA.....	81
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	83
MATRIZ DE IDEAS NÚCLEO DEL ESTUDIO.....	87

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Indicaciones de la histerectomía.....	8
Tabla 2. Epidemiología de la histerectomía en Ecuador.....	10
Tabla 3. Informantes clave.....	33
Tabla 4. Categorías y sub categorías.....	36

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Venus de Willendorf del Paleolítico Superior.....	13
Gráfico 2. Virgen María Siglo XVIII. Ministerio Santa Catalina.....	14
Gráfico 3: La Danza de la Vida. Edvard Munch.....	15

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Gráfico de barras Edad de la población.....	34
Figura 2. Escolaridad de la población.....	35
Figura 3. Causas de histerectomía.....	35
Figura 4. Nivel de conocimiento sobre histerectomía.....	37
Figura 5. Información médica.....	39
Figura 6. Miedos.....	42
Figura 7. Cambios por la cirugía.....	45
Figura 8. Comentarios sobre la mujer histerectomizada.....	47
Figura 9. Percepción.....	49

Figura 10. Relaciones Sociales.....	52
Figura 11. Concepción de la cirugía.....	54
Figura 12. Conclusiones.....	68

RESUMEN

Introducción: La histerectomía constituye un proceso multidimensional que afecta varias esferas de la vida de la mujer. Culturalmente se considera al útero y las funciones en torno a este órgano como símbolos importantes de feminidad, nuestro interés en esta categoría responde al propósito de aproximarse al sentir de la mujer histerectomizada. **Objetivo:** Caracterizar el efecto de la histerectomía en la percepción de feminidad de las mujeres sometidas a esta cirugía. **Métodos:** Se trata de un estudio cualitativo, de tipo explicativo-interpretativo, desde una perspectiva EMIC. El grado de participación de los actores fue como informantes, respondiendo preguntas de una entrevista semi estructurada. **Resultados:** Las pacientes histerectomizadas, en su mayoría presentan un nivel de conocimiento previo sobre el procedimiento y posibles consecuencias obtenidas de comentarios negativos de personas que la rodean. La información obtenida por parte del médico fue de gran ayuda para aclarar dudas y aplacar miedos previamente infundidos. Posterior a la intervención quirúrgica las mujeres no refieren cambios físicos ni psicológicos, su auto percepción de feminidad no se ve alterada. Refieren mejoría en sus relaciones sociales con hijos y esposo. **Conclusiones:** La percepción de feminidad de las mujeres histerectomizadas no ha cambiado a pesar de haber puesto fin a su capacidad reproductiva. Los temores expresados por las mujeres que se someten a esta cirugía se encuentran mayoritariamente relacionados al proceso quirúrgico y tiempo de recuperación. El médico constituye un pilar fundamental para resolver los miedos y generar tranquilidad en la paciente. La pareja influye positivamente en el proceso de recuperación. La cirugía posee un carácter benéfico para la mayoría de pacientes.

ABSTRACT

Introduction: Hysterectomy is a multidimensional process affecting various spheres of women life. Culturally it is considered the uterus and functions around this organ as important symbols of femininity, our interest in this category serves the purpose of approaching the feeling of the woman hysterectomy. **Objective:** Characterize the effect of hysterectomy on the perception of femininity of women undergoing this surgery. **Methods:** This is a qualitative study of explanatory-interpretative. The relationship of the research team was from an EMIC perspective. The degree of stakeholder participation was as informants, answering questions in a semi-structured interview. **Results:** The patients have undergone hysterectomy, mostly show a level of prior knowledge about the procedure and possible consequences of negative feedback obtained from people around her. The information obtained from the doctor was a great help to clarify doubts and allay fears instilled previously. Following surgery women do not report physical or psychological changes; their self-perception of femininity is not altered. Refer improvement in their social relationships with children and husband. **Conclusions:** The perception of femininity of hysterectomised women has not changed despite having ended their reproductive capacity. The fears expressed by women who undergo this surgery are mostly related to the surgical process and recovery time. The doctors are a key to resolving fears and build peace in the patient. The couple has a positive impact on the recovery process. The surgery has a beneficial character for most patients.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico al cual aproximadamente el 20% de una población es sometida en algún momento de su vida (Hammer et al., 2015). La extirpación total o parcial del útero constituye un proceso planificado, del cual la mujer y el médico tienen pleno conocimiento y que en un número menor de ocasiones se realiza de manera emergente e incluso sin el consentimiento de la paciente con el fin de salvar su vida, refiriéndose explícitamente a una emergencia obstétrica (Fernandes et al., 2014). Pese a que la mayoría de mujeres consienten el acto quirúrgico al cuál van a someterse y reconocen la necesidad del mismo, este constituye un proceso multidimensional que afecta varias esferas de la vida. Se genera una dicotomía entre la concepción benéfica de la cirugía y las representaciones sociales referentes a la pérdida de su útero.

Culturalmente se considera al útero y las funciones en torno a este órgano como símbolos importantes de feminidad. Este elemento interior representa la fertilidad, se observa a la mujer como madre, siendo este el paradigma de la mujer normal y virtuosa (Colorado, López, & Fernández, 2008). Esta serie de códigos culturales, mitos y constructos sociales, transversalizan cognitivamente y afectivamente la experiencia de sexualidad, relaciones interpersonales, rol social e identidad de género (Ortiz & Torres, 2011).

Por la representación social que este órgano tiene, colmado de simbolismos, expresiones, conductas y significados, la histerectomía coloca a la mujer en una situación ambivalente: entre las expectativas favorecedoras del acto quirúrgico frente a su condición patológica, y las reflexiones de vivir con un cuerpo mutilado que ha perdido su esencia simbólica de feminidad (Camacaro Gómez & Camacaro Cuevas, 2009).

En Ecuador existen datos aislados sobre la incidencia de esta cirugía ginecológica, la cual se encuentra en 2do lugar después de la cesárea (Indacochea Morán, 2010). A pesar de la alta proporción de cirugías que se realizan en nuestra población, dentro del país no se ha dado la importancia necesaria a investigaciones referentes al tema, que intenten esclarecer y comprender la realidad individual de cada una de estas mujeres. Dada la inexorable tendencia actual del médico de transformar los pacientes en enfermedades y separar las esferas biológica, psicológica y social, nuestro interés en esta categoría responde al propósito de aproximarse al sentir de la mujer histerectomizada. Es importante conocer cómo ella da significado y sentido a su cuerpo y sexualidad, de qué manera internaliza el dejar de cumplir con ciertos roles por los cuales fue social y culturalmente concebida. De esta manera se podrán realizar cambios en el enfoque del manejo de patologías uterinas que requieran resolución quirúrgica con histerectomía. Individualizar a la paciente, brindar atención holística, personalizada y un seguimiento adecuado, con interés en la mujer como ser humano integral y no en una patología aislada.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 HISTERECTOMÍA

2.1.1 DEFINICIÓN

Etimológicamente proviene de dos raíces griegas: hystera (útero) y ektomé (ablación). Se define como la intervención quirúrgica por la cual se extirpa total o parcialmente el útero (Clayton, 2010).

2.1.2 HISTORIA

Las primeras referencias de histerectomías vía vaginal se remontan a la época de Hipócrates, hacia el siglo V a.C, dónde se realizaron los primeros intentos de extirpar el útero debido a prolapso e inversión uterinos. Hacia el siglo XVI d. C se reportaron varias histerectomías en países Europeos, como Italia, Francia y España. En 1813 el médico Alemán Wrisberg recomendó por primera vez esta cirugía de abordaje vaginal como opción para el tratamiento del cáncer uterino (Sparić, Hudelist, Berisava, Gudović, & Buzadzić, 2011).

La histerectomía de tipo abdominal tuvo sus primeros intentos a comienzos del siglo XIX, era considerada inaceptable por médicos como James Jonson quien declaró: “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.” La hemorragia fue la principal complicación post operatoria que con frecuencia resultaba fatal. No fue hasta 1853 cuándo Walter Burham realizó la primera histerectomía abdominal exitosa, le siguió Kimball el mismo año (Sutton, 1997).

El francés Koeberle en 1864 propuso una técnica para ligar el pedículo vascular inferior del útero con un instrumento inventado por él llamado “serrenoud”, ayudando de esta manera a controlar el sangrado. En 1878 el médico alemán W.A. Freud refinó la técnica quirúrgica de este procedimiento, haciendo uso de anestesia, una técnica antiséptica, posición Trendelenburg y valiéndose de una ligadura alrededor de ligamentos y grandes vasos separaba la vejiga del útero y desinsertaba los ligamentos cardinales y uterosacros; luego cerraba el peritoneo pelviano (Ortega, 2011).

A principios del siglo xx, cuando la ginecología estaba desarrollándose como especialidad, la histerectomía se convirtió en la opción terapéutica mas empleada para el tratamiento de enfermedades y padecimientos ginecológicos. La tasa de mortalidad como complicación quirúrgica se redujo a menos del 1%. En la época moderna, los conocimientos y avances en el área de gineco obstetricia, permiten realizar este procedimiento con una tasa de mortalidad que fluctúa de 1-2/1000 mujeres y un porcentaje de complicaciones como infecciones o lesión de órganos

adyacentes inferior al 2% (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014).

2.1.3 CLASIFICACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA

1. Según el número de estructuras removidas:

- Total: Se remueve el útero y cérvix dejando trompas de Falopio y ovarios
- Subtotal: También llamada supra cervical, se remueve el útero y conserva el cérvix
- Radical: Comprende la remoción del útero y estructuras que le rodean: Cérvix, trompas, ovarios, porción superior de la vagina, parametrios y ganglios linfáticos.

2. Según la vía de abordaje:

- Histerectomía Abdominal
- Histerectomía Vaginal
- Histerectomía Laparoscópica: Cuando al menos una parte de la cirugía es realizada por vía endoscópica. Ésta a su vez se subdivide en:
 - a) Histerectomía laparoscópica (HL): Se realiza todo vía laparoscópica, puede ser total o supra cervical.
 - b) Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (HVAL): Cuando se realiza algún procedimiento por vía laparoscópica, como por ejemplo lisis de

adherencias, ooforectomías, etc. y lo restante se efectúa de forma vaginal convencional (Müller et al., 2010).

2.1.4 INDICACIONES PARA REALIZAR UNA HISTERECTOMÍA

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Sociedad Canadiense de Obstetricia y Ginecología (SOGC) determinan causas principales que llevan a realizar este procedimiento quirúrgico:

- a) **Miomas uterinos sintomáticos:** El 30% de histerectomías se realizan a causa de esta patología. Los leiomiomas tienen una prevalencia de 16.9 por cada 1000 mujeres afroamericanas y 8.2 por cada 1000 mujeres blancas. La hemorragia, el dolor y el crecimiento rápido aceleran la intervención quirúrgica.

- b) **Alteraciones menstruales funcionales:** Menorragias o metrorragias que tengan como base diversas patologías uterinas, las mismas que previamente hayan sido tratadas con otras técnicas tales como: terapia hormonal, resección endometrial, dispositivos uterinos medicados, etc., frente a los cuáles no haya existido respuesta favorable.

- c) **Procesos anexiales:** Las masas anexiales son estructuras aumentadas de tamaño a nivel de anexos uterinos: trompas de Falopio, ligamento redondo, ovarios y estructuras internas del ligamento ancho. Se deben tanto a causas

ginecológicas como no ginecológicas. Se presentan sobre todo en mujeres en edad reproductiva (20-45 años), siendo necesaria la resolución quirúrgica mediante histerectomía en el 17.6% de los casos.

d) Patologías neoplásicas invasivas y pre invasivas: Dentro de las cuáles se encuentran: hiperplasia endometrial con atipia o sangrados irregulares, neoplasia intra epitelial cervical escamosa, adenocarcinoma in situ, carcinomas uterino, cervical, ovárico o de trompas de Falopio.

e) Condiciones agudas:

- Hemorragia uterina postparto: las 2 causas principales de hemorragia postparto que llevan a una histerectomía de emergencia son la placentación anormal (64%) y atonía uterina (21%). La incidencia de histerectomía de emergencia debido a estas causas es de 1.55 por cada 1000 nacimientos.
- Infección severa: Debido a falla terapéutica tras la administración de 48 a 72 horas de antibiótico terapia para el tratamiento de un absceso tubo ovárico (TOA) o tras la ruptura intra abdominal del mismo.

Tabla 1. Indicaciones de la Histerectomía

INDICACIONES DE LA HISTERECTOMIA

ENFERMEDAD BENIGNA	ENFERMEDAD MALIGNA
Sangrado anormal	Neoplasia cervical intraepitelial
Leiomioma / Adenomiosis	Cáncer cervical invasor
Endometriosis	Hiperplasia endometrial atípica
Prolapso de órganos pelvianos	Cáncer de endometrio
Enfermedad pelviana inflamatoria	Cáncer de ovario
Dolor pelviano crónico	Cáncer de las trompas de Falopio
Trastornos relacionados con el embarazo	Tumores gestacionales trofoblásticos

Ortega, R., (2011). Indicaciones de la Histerectomía. [Figura]. Recuperado de http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2011_histerectomia_abdominal.pdf

2.1.5 EPIDEMIOLOGÍA

La histerectomía debida a causas ginecológicas no neoplásicas es uno de los procedimientos más comúnmente realizados. A nivel mundial constituye la segunda cirugía ginecológica más común después de la cesárea. Se estima que el 30% de la población femenina mundial a los 60 años ya estará histerectomizada (Solbrække & Bondevik, 2015). Las cifras anuales de cirugías realizadas en diferentes países del mundo son diversas. En Estados Unidos de América este procedimiento se ha ejecutado en cerca de 590000 mujeres anualmente (Majumdar & Saleh, 2014), en Alemania se interviene quirúrgicamente a 305015 pacientes, Reino Unido reporta cifras de 100000 mujeres histerectomizadas cada año (Stang, Merrill, & Kuss, 2011).

En países de América Latina como en Chile la histerectomía afecta a un 20% de las mujeres, con mayor incidencia en mujeres fértiles entre los 35-49 años (Cerdeira, Pino, & Urrutia, 2006). En Brasil se estima que alrededor de 300 mil mujeres se realizan

esta cirugía al año (Merighi, Barbosa Oliveira, Deíse Moura de Jesus, Pinto de Hoga, & Pedroso, 2012).

En Ecuador existen datos epidemiológicos aislados sobre esta intervención quirúrgica, de los cuáles citamos algunos a continuación:

- En Cuenca, la Fundación Pablo Jaramillo en el periodo 2008-2012, realizó un total de 220 histerectomías, aproximadamente 44 anualmente. El diagnóstico más frecuente miomatosis uterina (65%) y la media de edad de las pacientes 44 años (Arias & Tenezaca, 2012).
- En Guayaquil en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique Sotomayor durante el año 2010 se analizaron 412 historias clínicas al azar de histerectomías por patología benigna, de ellos el 70.38% de los casos se debió a miomatosis uterina siendo el abordaje quirúrgico más utilizado el abdominal 84.46% (Indacochea Morán, 2010)
- En el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, según datos epidemiológicos del Hospital publicados correspondientes al año 2013, se realizaron un total de 214 cirugías; de ellas 18.22% se debieron a causas obstétricas, 82.8% fueron de abordaje abdominal.

Tabla 2. Epidemiología de la histerectomía en Ecuador

Ciudad	Periodo	Histerectomias anuales	Totales	CAUSA	
				Miomatosis uterina	Obstétrica
Cuenca	2008-2012	44	220	65%	
Guayaquil	2010	412	412	70,38%	
Quito	2013	214	214		18,22%

Fuente: Servicio de Gineco- Obstetricia Hospital General Docente de Calderón

Autoras: Curipallo, Edna / Yáñez, Daniela. Octubre 2016

2.2 REPRESENTACIONES SOCIALES DE FEMINIDAD

2.2.1 DEFINICIÓN DE REPRESENTACIÓN SOCIAL

El psicólogo social Serge Moscovici en uno de sus escritos (1984: 24) cita “El propósito de todas las representaciones sociales es el de hacer de algo desconocido o de lo desconocido algo familiar”. La representación social es una modalidad particular de conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es un corpus organizado de conocimientos, y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (Mora, 2010).

Mientras tanto Farr define a las representaciones sociales como sistemas cognoscitivos con una lógica y lenguaje propios, no representan simplemente

opiniones sino “teorías o ramas del conocimiento” con derechos propios para el descubrimiento y organización de la realidad. Sistemas de valores, ideas y prácticas con una función doble: primero establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad, proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal (Perera Perez, 2013).

Al estudiar una representación social no se trata de comprender actitudes, formaciones y estereotipos, sino de estudiar al ser humano en la medida que este observa, revive la información, la procesa y responde ante ella. Permite reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por medio del cual las personas construyen y son construidas por la realidad social. Se focaliza en la manera en la cual los seres humanos tratan de aprehender y entender las cosas que los rodean y de resolver los rompecabezas de las situaciones a las cuáles se enfrentan diariamente. Las representaciones sociales cumplen la finalidad de transformar un mundo extraño en algo familiar, mudar el desorden y tornar ordenado (Araya Umaña, 2002).

Todo lo existente se gestiona a través de un sistema ideológico que necesita de una imagen que le represente (Jodelet, 1984). El cuerpo de la mujer representa el campo donde objetivamos y categorizamos todo un acervo de creencias sobre las que se asentaba y se asienta el orden moral, así como los valores y conductas que

acompañan a dicho orden. Su cuerpo es imagen y significado a la vez, ícono y símbolo, pues a cada parte del cuerpo femenino le corresponde una idea y cada idea se corresponde con una figura y rostro de mujer (Anjali, 2016).

2.2.2 LA IMAGEN DE LA MUJER A LO LARGO DE LA HISTORIA

“No se nace mujer, se llega a serlo”

Simone Beauvoir

La feminidad es una diferenciación cultural históricamente determinada. Las primeras representaciones humanas datan de la época del Paleolítico Superior (30.000a.C), donde se produce una eclosión de esculturas con representaciones de cuerpos femeninos con un patrón repetitivo: glúteos prominentes, mamas voluptuosas, cuerpo obeso. Muchos autores sugieren la representación de un matriarcado y al mismo tiempo se les asigna un significado religioso, Diosas Madres que simbolizan la fertilidad y procreación (Martínez Herrera, 2009).

Gráfico 1. Venus de Willendorf del Paleolítico superior



En el periodo Neolítico las mujeres comienzan a cultivar la tierra. Son consideradas como la gran diosa primordial, la Madre Tierra pues guardan dentro de sí la semilla de la vida, ya sea este el alimento vegetal o el hijo que son capaces de albergar en sus entrañas. Son representadas así por medio de estatuillas grávidas de prominentes senos (Olavarría, 2009). En el libro del Génesis, Antiguo Testamento, se habla de Eva que significa “la que da vida” o “madre de toda la vida”. Proviene de la costilla de Adán pues Dios quería que la humanidad creciera y se multiplicara (Alario, 1995).

La imagen plasmada en el arte del siglo XVIII representa el ideal de la mujer asumido en aquella sociedad. Pinturas religiosas que muestran a la Virgen María como madre, o la imagen de la Virgen niña rezando con su madre Santa Ana que

clarifica las tareas de la mujer en el hogar y la enseñanza a los hijos. Surge la imagen de una madre buena y una familia feliz; se realiza un culto a la maternidad, el matrimonio y el cumplimiento de las tareas domésticas (Vives Casas, 2013).

Gráfico 2. Virgen María Siglo XVIII. Ministerio Santa Catalina



Una de las obras de arte icónicas del siglo XIX es la Danza de la vida de Edvard Munch, obra pictórica donde según la historiadora Michelle Perrot, se retrata a la mujer en tres facetas representadas por tres tipos de figuras. La figura de la mujer blanca que guarda asociación con la esperanza, virginidad e inocencia. Su rostro joven denota alegría, constituye un culto a la castidad y pureza. En el centro del cuadro, la figura de la mujer roja que despierta la pasión de un hombre. Representa la sensualidad, seducción y procreación; es vista además como aquella que cumplirá su misión suprema de ser madre. Por último, al lado derecho del cuadro, la figura de la

mujer negra, aquella que representa la madurez y los cambios que se producen con el pasar de los años. Es retratada con un rostro lúgubre y oscuros atavíos, representando la insatisfacción sexual y los cambios producidos por la menopausia (Castellanos, 2006).

Gráfico 3. La danza de la Vida 1899, Edvar Munch



A lo largo del tiempo la mujer se sitúa entre dos representaciones sociales disociadas: la mujer madre y la mujer sexual y erótica. Freud expone esta dualidad femenina: por un lado sitúa a la madre omnipotente y deseada, mientras que por otro lado se encuentra la mujer prototípica del psicoanálisis, castrada y carente (De La Pava Ossa, 2006). Históricamente la esencia de la feminidad reposa en la maternidad, que se identifica como núcleo de identidad femenina e ideal social de la mujer virtuosa.

2.2.3 LA CONCEPCIÓN CULTURAL DEL ÚTERO

La palabra útero como definición de una estructura anatómica fue utilizada por primera vez a finales del siglo XV. El término fue propuesto por el anatomista Josef Hyrtl, quién encontró semejanza entre en “odre” o “uterus”, un saco hecho de pellejo de cabra, cosido por todas partes menos por el cuello y el órgano que almacena el producto de la concepción. Universalmente este órgano también es conocido como matriz. Este término proveniente del latín matrix que deriva a su vez de mater, cuyo significado pertenece a madre: hembra reproductora, fuente y origen de la vida (Balagueró Lladó, 2002).

Desde tiempos inmemorables el simbolismo del útero se encuentra relacionado con la fecundidad y la naturaleza. Guarda relación con la Madre Tierra, una matriz secreta, cerrada que guarda y nutre la vida. Este órgano profundo y oscuro encarna la salud, fuerza y la continuidad de la vida (Escoriza Mateu, López Medina, & Navarro Ortega, 2006). Datos disponibles de la época de Aristóteles, muestran como el papel predominante de esta estructura es la generación de la vida humana. Se realiza una analogía entre el cerebro y el útero pues según refieren, los dos tienen la capacidad de concebir ideas. El feto según William Harvey es una idea suscitada por el semen y concebida por la matriz (Arango, León, & Viveros, 1995).

Históricamente se ha considerado al útero social y culturalmente como un órgano vinculado a la feminidad. Marcela Nari escribe “la vida de las mujeres se leyó a través de su cuerpo, específicamente a través de sus genitales y aparato

reproductivo. Se suponía que el útero hacía de la mujer un ser peculiar, un ser aparte” (Halperin & Acha, 2000).

2.3 VIVENCIAS DE LA MUJER HISTERECTOMIZADA

La condición mujer se encuentra definida genéticamente desde la concepción, sin embargo socioculturalmente se ha construido una imagen de feminidad que depende de ciertas características físicas y del cumplimiento de roles socialmente asignados (Romero, 2010). El útero se transformó en el ícono de lo femenino, es por esto que someterse a una cirugía en la cual se mutila una parte del cuerpo con gran simbolismo, traerá consecuencias sobre las esferas de la vida de la mujer. Las más representativas se citan a continuación:

- Repercusiones en la calidad de vida y salud física: Varios estudios muestran que la calidad de vida de las mujeres sometidas a una histerectomía mejora sustancialmente a partir de los 6 meses de la intervención quirúrgica, especialmente por la mejoría en la dimensión de salud física, mostrando así similitud a la condición basal de mujeres sanas, no intervenidas quirúrgicamente (Aparecida et al., 2012)
- Repercusiones psicológicas: Dada la connotación social del útero, la histerectomía es experimentada como una crisis no normativa en la vida de la mujer. Supone la llegada precoz de la menopausia, ausencia de menstruación y limitación en su capacidad reproductiva. Desencadenan un estado

psicológico vulnerable y depresivo, siendo necesario realizar una evaluación individual de la condición de cada paciente (Webb & Wilson-Barnett, 2010).

Estudios llevados a cabo demuestran que aquellas mujeres que presentan depresión pre operatoria, muestran marcada tendencia a desarrollar trastornos del estado de ánimo en el post quirúrgico. Jawor, M. Y cols., señalan estos conflictos personales y de autoestima dependen: del grado de participación que tenga la mujer en la toma de decisión sobre su cirugía, la cantidad de información que reciba por parte del médico y del seguimiento integral que éste ofrezca a la paciente. Al existir un manejo favorable de estos tres puntos, el impacto de la histerectomía en la calidad de vida de la mujer será menor (Jawor et al., 2001).

2.3.1 IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA:

Abascal al hablar sobre emociones y adaptación afirma que todos los organismos vivos tienden a preservar un estado de conciencia interna, el cual puede entrar y permanecer en acción hasta que la fuente de la actividad es removida (Pérez & Redondo, 2006). A este proceso en el comportamiento que resulta de alguna fuente de estímulo se le denomina proceso de adaptación. Por lo que si las personas tienen emociones es porque son útiles y adaptativas, y estas a su vez constituyen un complejo proceso de mantener la capacidad de resistencia biológica y psicológica, con repercusiones en la salud y el bienestar. Por lo que las emociones en ocasiones pueden jugar un papel des adaptativo y contribuir a menoscabar la salud física y psicológica.

Esta cirugía, al poner fin a la vida reproductiva de la mujer, amenaza su sentido de feminidad, lo que podría provocar una alteración de la autoestima, disfunción con su pareja, conflagración con el medio social, entre otros. En la Revista de Obstetricia y Ginecología Cubana, en el artículo “Percepción, síntomas y sexualidad en mujeres hysterectomizadas”, explora algunos aspectos emocionales, psicológicos y de satisfacción sexual en 38 mujeres hysterectomizadas que respondieron el inventario de síntomas SCL-90-R y el IFSF. Los resultados muestran que las mujeres presentan síntomas especialmente de tristeza y decaimiento durante el posoperatorio hasta un año después de la intervención (Chenevard & Román, 2007). Por lo que concluyen que la hysterectomía por sí sola no genera estos síntomas, sino la suma del estado emocional previo a la operación y aceptación al procedimiento el cuál se vincula con el tipo de información recibida.

Así mismo, artículos como el de “Calidad de vida en mujeres hysterectomizadas” llevado a cabo en Chile, al comparar la calidad de vida entre mujeres sanas e hysterectomizadas, presentan similares resultados en los aspectos físico, dolor corporal, sexual y psicológico. Llegando a la conclusión que la mujer hysterectomizada tiene mejor calidad de vida que aquella que presenta molestias ginecológicas, destacando la importancia del apoyo y educación que debe recibir la mujer y su entorno (Cerdeira et al., 2006) .

2.3.2 IMPACTO SEXUAL

Una reacción sexual es resultado de una serie de reflejos neurovegetativos y somáticos, los cuáles están modulados por hormonas, procesos cognitivos y estados emocionales. Con relación a este tema diversos artículos hablan de como el bienestar sexual es uno de los factores primordiales en la sensación de placer de la mujer, ya que unifica satisfacción física-emocional, fortaleciendo su identidad y sentido de feminidad (Chenevard & Mella Román, 2007). La sexualidad es como se define la mujer a sí misma y en la sociedad, y ayuda a que tenga motivación en sus diversos roles, por lo que al afectarse este aspecto puede alterar otras partes de su vida.

El estudio “Calidad y manejo de información en las mujeres hysterectomizadas” evaluó el conocimiento que las pacientes tenían antes y después de someterse a la cirugía, una de las áreas de mayor déficit fue el área sexual, ya que las mujeres refirieron querer conocer anatomía, fisiología de órganos genitales y cambios sexuales, los mismos que los profesionales de la salud no abordaron y si lo hicieron fue catalogado como “muy técnico” (Scriven & Tucker, 1997). Por lo que se puede identificar, la información que se entrega no está enfocada en las necesidades de la paciente.

La mujer que sufre menopausia quirúrgica aumenta al triple las disfunciones sexuales en el período posquirúrgico entre el primer y hasta el sexto mes (Johnson, Barlow, Lethaby, Tavender, & Curr, 2006). La mayoría de casos se debe a una mala adaptación y comprensión de los cambios que experimentará y otros autores mencionan el retraso en la reanudación de la vida sexual por el proceso de

cicatrización de la herida. La falta de orgasmo, dispareunia y sequedad vaginal se ha reportado hasta seis meses después de la cirugía. Existen diversas teorías para explicar la dispareunia, de las cuales la alteración nerviosa es la más aceptada. Esta teoría determina que durante la cirugía existen pérdidas o lesión de fibras nerviosas autónomas y somáticas del plexo pélvico, causando disfunción sexual (Cellery & Albuja, 2014).

Estudios señalan que las expectativas sexuales, seguridad y confianza en sí misma por parte de la mujer, influyen el momento de la reanudación sexual; si son negativas, será asumida con conductas evasivas, ansiedad y postergación. Así mismo se ha determinado que a mayor nivel de educación, mejor enfrentamiento al reinicio de la vida sexual. Resulta importante para el manejo de los profesionales de la salud, el considerar todos estos aspectos puesto que los mitos y temores pueden ser un obstáculo para el normal funcionamiento, deteriorando la vida sexual de la paciente. (Aarts et al., 2015).

2.3.3 IMPACTO PSICOLÓGICO

A nivel psicológico es muy importante el manejo de la información para la adaptación de la mujer a su actual condición. Ya que está muy ligada a otros aspectos como el sexual. Varios estudios respaldan que si la salud mental está afectada, esto puede influir de manera negativa a la afrontación del actual estado de salud de la paciente.

Naughton, en una revisión de 8 estudios menciona el estado psicológico que vive la mujer histerectomizada antes de la cirugía: depresión, ansiedad, alteración de la autoestima, cambio del estado de ánimo y de su autopercepción. Determina que la depresión es la enfermedad que más afecta a estas pacientes. Al estudiar mujeres con depresión preoperatoria, en el posquirúrgico presentan un incremento de éste trastornos, lo que evidencia que la histerectomía no es el causante pero si un agravante (Bayram & Beji, 2010). En otro estudio se encontró que las mujeres histerectomizadas con depresión no experimentaban orgasmos (Rannestad, 2005).

CAPÍTULO III

MÉTODOS

3.1 JUSTIFICACIÓN

La extirpación uterina posee una connotación negativa en la mayoría de sociedades por la representación social que este órgano tiene; colmado de simbolismos, expresiones, conductas y significados. Esta serie de códigos culturales que transversalizan cognitivamente y afectivamente la experiencia de sexualidad y relaciones de género de la mujer (Casares García, 2008).

Culturalmente este elemento interior, constituye la cuna del nuevo ser, representa la fertilidad, fecundidad, maternidad y feminidad. La histerectomía supone la castración y la llegada de una crisis no normativa a la vida de una mujer pero, por otro lado tenemos a aquellas que presentaron patologías oncológicas y cuya única esperanza de vida quizá fue optar por dicha cirugía, en este caso el significado otorgado a perder su útero tal vez tendrá un significado positivo (Lee, Wen, Lin, & Lin, 2009).

Dentro del país no se ha dado la importancia necesaria a investigaciones referentes al tema, que utilicen además el método cualitativo para intentar esclarecer y comprender la realidad individual de cada una de estas mujeres. Este tipo de método de investigación sitúa a la persona desde su perspectiva individual, busca mediante la comunicación llegar a la comprensión de su realidad única. Nuestro interés en esta categoría responde al propósito de aproximarse al sentir de la mujer histerectomizada

y como ella da significado y sentido a su cuerpo y sexualidad, de qué manera internaliza el dejar de cumplir con ciertos roles por los cuales fue social y culturalmente concebida.

A la luz de estos conceptos y dada la inexorable tendencia actual del médico, de transformar los pacientes en enfermedades y separar las esferas social y emocional de la física, creímos importante llevar a cabo este estudio para de esta manera, con los resultados obtenidos realizar cambios en el enfoque del manejo de patologías uterinas que requieran resolución quirúrgica con histerectomía. De esta manera en un futuro en primer lugar se podrá individualizar a la paciente, comprender y dar importancia no solo al aspecto biológico sino a la esfera socio cultural y de esta manera brindar atención holística, personalizada y un seguimiento adecuado, con interés en la mujer como ser humano integral y no en una patología aislada.

3.2 PROBLEMAS Y OBJETIVOS

3.2.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

“Comprender la verdadera diferencia entre los cuerpos sexuados y los seres socialmente contruidos es una problemática humana de las más intrigantes” (Lamas, 2012).

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico al cual aproximadamente el 20% de una población es sometido en algún momento de su vida (Hammer et al., 2015). Las

mujeres consideran a su útero y las funciones en torno a este órgano como símbolos importantes de feminidad por lo tanto perderlo significa de cierta manera perder también su identidad (Drellich & Bieber, 1960). El proceso de afrontación y aceptación individual a una histerectomía depende tanto de la condición clínica de base de la mujer como del aspecto sociocultural, pues en base a estas podemos comprender la connotación personal que lleva consigo la extirpación del útero (Bahri et al., 2016).

La asociación entre la pérdida de este órgano con múltiples representaciones simbólicas y los estereotipos negativos que se generan alrededor de la mujer sometida a una histerectomía, han creado en ellas repercusiones que afectan al equilibrio de su esfera bio-psico-social (Carmona Recuenco, 2011). El tema del auto percepción de feminidad en la mujer histerectomizada es poco estudiado y comprendido en nuestro país.

3.2.2 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el efecto de la histerectomía en la percepción de feminidad de las mujeres sometidas a esta cirugía; que hayan sido intervenidas quirúrgicamente o reciban atención en el Hospital General Docente de Calderón en el periodo Octubre- Noviembre 2016

3.2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las concepciones socio culturales de las mujeres en torno a la histerectomía
- Identificar la percepción de feminidad que tienen las mujeres sometidas a histerectomía
- Determinar la manera en la cual esta cirugía afecta sus esferas biológica, psicológica y social
- Identificar las expectativas y temores a futuro, después de haberse sometido a la cirugía
- Conocer el nivel de empatía que la mujer percibe por parte del médico y el grado en el cuál éste muestra interés por los posibles temores que exprese la paciente
- Estructurar una explicación de cómo en el medio social, el apoyo familiar y del personal de salud se relaciona con las percepciones positivas y negativas y a su vez expectativas de la paciente sometida a histerectomía

3.3 HIPÓTESIS OPERATIVA

La mujer sometida a histerectomía tiene un patrón particular de reacción ante la misma intervención, siendo factor común la reorganización de su identidad de género, adquiriendo nuevas significaciones sus intereses vocacionales, profesionales y de relaciones inter personales, pudiendo ser estos positivos o negativos.

El proceso de adaptación y aceptación al hecho de vivir sin útero, así como la concepción que la mujer tenga de sí misma después de la cirugía, depende de varios factores. Dentro de los principales se encuentran: las causas por las que se realizó la

cirugía, teniendo mayor aceptación en aquellas pacientes en las que su vida corre inminente peligro al no realizarse la intervención y en aquellas que tienen uno o más hijos; el medio social en el cuál se desenvuelve la mujer, el apoyo por parte de su familia y pareja, el nivel de acompañamiento por parte del personal de salud y relación médico paciente.

3.4 DISEÑO DEL ESTUDIO

3.4.1 METODOLOGÍA

Realizamos un estudio cualitativo, de tipo explicativo-interpretativo pues buscamos explicaciones interpretativas de un fenómeno al cuál no se estudia únicamente de forma naturalística. Buscamos determinar las causas que conforman un fenómeno y cómo interactúan para producirlo. La relación del equipo investigador se realizó desde una perspectiva EMIC, es decir desde dentro, intentando interpretar el fenómeno desde la perspectiva interna de los propios pacientes. El grado de participación de los actores fue como informantes, respondiendo preguntas de una entrevista (Berenguera et al., 2014).

3.4.2 SELECCIÓN DE INFORMANTES

Las características de la selección fueron:

- intencionado y razonado puesto que se buscaron las personas que mejor respondan a las preguntas de investigación, posibilitando de esta manera interpretar el fenómeno estudiado de manera profunda

- acumulativo y secuencial, hasta obtener la información suficiente que responda a los objetivos del estudio.

El tipo de muestreo que realizado fue teórico, lo que significa deliberado o voluntario; basándonos en las necesidades de información definidas en los objetivos. Se utilizaron entrevistas individuales de tipo semi – estructuradas o basadas en un guion, lo que quiere decir que previamente tuvimos planificadas las preguntas pero existió la posibilidad de cambiarlas o añadir nuevas con forme avanzó la entrevista. Previamente se realizó una encuesta corta de selección de pacientes que constó de preguntas que tomaron como referencia los principales puntos a investigar. Mediante la encuesta de selección se pudo determinar la pertinencia o no de entrevistar al paciente y así se obtuvieron únicamente informadores. La recolección de datos se realizó hasta el punto de saturación o redundancia, momento en el cuál las respuestas dejaron de aportar aspectos nuevos (Llanos Pozi, 2012).

3.4.3 ANÁLISIS DE DATOS

Se llevó a cabo a partir del análisis del discurso o “análisis interpretativo del uso del lenguaje” en el cuál se entiende el lenguaje como expresión del fenómeno social objeto del estudio (López Noguero, 2002). En primer lugar se realizó la transcripción literal de las entrevistas individuales y se agrupó la información en una matriz de

ideas núcleo, utilizando la técnica cortar y pegar. Se analizó el grado de referencialidad y modo de prédica del discurso de cada paciente¹

De cada idea núcleo, se obtuvo con el programa *Wordle* un código formado por las palabras más representativas, a partir del cual se elaboraron categorías. Estas fueron agrupadas para crear un marco explicativo de los fenómenos. A través de la triangulación con otros estudios se redactó un informe final de los resultados, el mismo que se realizó en formato científico estándar, con enfoque analítico. Se incluyeron citas textuales de las mujeres entrevistadas que ejemplifiquen los resultados y faciliten la comprensión de cada categoría.

3.4.4 ANÁLISIS IDEOLÓGICO

Lo ideológico consiste en el modo de vida propuesto como válido para el sujeto y en lo que éste fundamentalmente está predicando. El análisis ideológico pone en juego una escala de valores, una compleja trama de aceptaciones, oposiciones y rechazos, de esquemas positivos y negativos. No hay mensaje que no posea un carácter ideológico.

Posterior al análisis del modo de prédica y grado de referencialidad de cada paradigma², se realizó el análisis ideológico tomando en cuenta las características del

¹ Modo de prédica: constituye al sujeto en cuestión y lo hace mucho más allá de lo que ese sujeto es o fue fuera del discurso. Ejemplo: Prédica de estado (Bolívar fue el Libertador de América), Prédica de acción (Bolívar libertó América).

Grado de referencialidad: Puede ser alta, baja o distorsionante. Se cuantifica si en el ámbito del discurso la predicación constituye al sujeto.

discurso. Hay valores superiores a otros y es a partir de esa diferencia como pudimos juzgar lo que nos ofrecen los mensajes y categorizarlos de la siguiente manera:

- **Uniacentualidad significativa:** Cuando el mensaje se cierra sobre sí mismo, por medio de redundancias busca dejar en el perceptor una única interpretación
- **Apelación a experiencias decisivas:** Cuando determinada experiencia ha marcado profundamente al individuo de tal manera que interfiere en su mensaje. Se observa una fuerte orientación ideológica determinada por dicha experiencia.
- **Visión Polarizada de la realidad:** Los temas tratados en los mensajes aparecen sin matices. O están en un extremo o están en otro.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes sometidas a histerectomía ya sea por causas benignas o malignas, que hayan sido histerectomizadas de manera reciente o pasada y se encuentren hospitalizadas o acudan a consulta externa en el Hospital General Docente de Calderón en el periodo Octubre – Noviembre 2016.
- Mujeres histerectomizadas en adecuada capacidad física e intelectual para responder a la entrevista.

² Paradigma: También conocido como “Idea Núcleo”, corresponden a él o los temas del discurso y lo que de ellos se dice fundamentalmente. Son enunciados decisivos que concentran la intencionalidad del discurso.

- Que cumplan con al menos 2 de 3 respuestas positivas a la encuesta de selección de pacientes y acepten participar en la investigación.

3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes sometidas a una histerectomía, que presenten compromiso de su estado general de salud, alteración de la conciencia o limitación en su capacidad intelectual, que no puedan responder a una entrevista completa.
- Pacientes que respondan en forma negativa a 2 o más respuestas en la encuesta de selección.
- Quienes no acepten participar en la investigación

3.6 ASPECTOS BIOÉTICOS

Para poder realizar este estudio se respetó el principio de confidencialidad y libertad como establece el código de Helsinki. Cada sujeto permanecerá anónimo al igual que su información. Antes de realizar la encuesta se procedió a explicar los aspectos bioéticos y la finalidad del estudio. Consiguiente a esto las mujeres que desearon participar de manera libre y voluntaria, procedieron a firmar el consentimiento informado.

Se obtuvieron los permisos necesarios para realizar la recolección de información dentro del Hospital General Docente de Calderón de la ciudad de Quito. No se requirió tener acceso a la historia clínica de cada paciente, ya que únicamente se

buscó entrevistar a las mujeres que fueron sometidas a una histerectomía de manera reciente o pasada.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Después de brindar la información pertinente a las pacientes, explicar los propósitos de nuestro estudio y obtener el consentimiento informado, se aplicó una encuesta de selección de pacientes a 21 mujeres, de los cuales 16 fueron informantes clave y 5 informantes no clave.

Tabla 3. Informantes clave

	Número	%
Informantes Clave	16	76.19
Informantes no Clave	5	23.80
Total	21	100

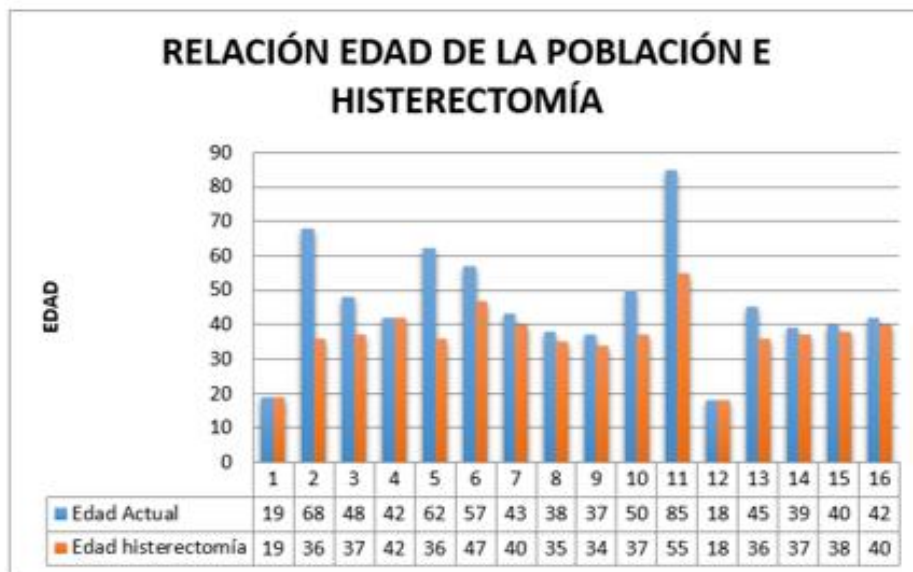
Fuente: Servicio de Gineco- Obstetricia Hospital General Docente de Calderón

Autoras: Curipallo, Edna / Yáñez, Daniela. Octubre 2016

Se realizó la entrevista a 16 pacientes del Hospital General Docente de Calderón, del servicio de Ginecología y Obstetricia que se encontraban hospitalizadas, acudían a consulta externa o fueron contactadas mediante la base de datos obtenida de dicho servicio. Del total de mujeres participantes el promedio de edad fue 45 años, con

edades comprendidas entre 18 y 85 años al momento de la entrevista. El promedio de edad a la cual se realizó la histerectomía fue de 36 años; 3 mujeres fueron intervenidas quirúrgicamente de manera reciente y 13 en años anteriores. Dentro de las causas principales de histerectomía se encontraron miomatosis uterina 69% y presencia de pólipos 13%, el restante 24% se distribuye entre hemorragia post parto, acretismo placentario y cáncer in situ. De las 16 entrevistadas 4 refirieron nivel de instrucción superior, 10 secundaria completa y 2 primaria completa.

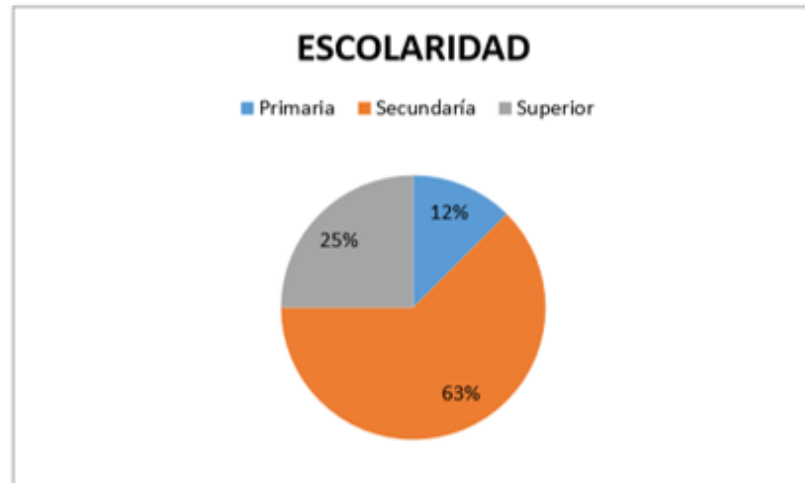
Figura 1. Gráfico de barras de edad población.



Fuente: Servicio de Gineco- Obstetricia Hospital General Docente de Calderón

Autoras: Curipallo, Edna / Yáñez, Daniela. Octubre 2016

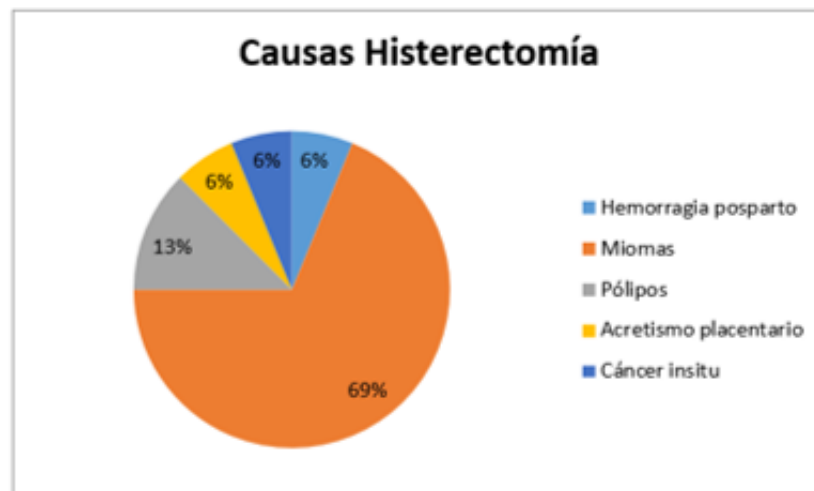
Figura 2. Escolaridad población



Fuente: Servicio de Gineco- Obstetricia Hospital General Docente de Calderón

Autoras: Curipallo, Edna / Yáñez, Daniela. Octubre 2016

Figura 3. Causas Histerectomía



Fuente: Servicio de Gineco- Obstetricia Hospital General Docente de Calderón

Autoras: Curipallo, Edna / Yáñez, Daniela. Octubre 2016

4.2 CATEGORIAS Y SUBCATEGORIAS

Tabla 4. Categorías y Subcategorías

CATEGORIAS	SUBCATEGORIA
Conocimiento previo sobre histerectomía	Ausencia de conocimiento
	Conocimiento por explicación médica
	Conocimiento por comentarios y experiencias ajenas
Información médica	Recibió información
	No recibió información
Miedos	Temor al procedimiento quirúrgico y anestesia
	Miedo a sufrir cambios psicológicos
	Miedo a sufrir cambios físicos
	Miedo a sufrir cambios sexuales
	Ausencia de temores
Cambios atribuidos al procedimiento	Físicos Positivos
	Psicológicos Negativos
Comentarios sobre la mujer histerectomizada	Referentes a la esfera física
	Relacionados a cambios psicológicos
	Referentes a sexualidad
Percepción	Auto concepción de feminidad
	En relación a otras mujeres no histerectomizadas
	Lo que piensa la sociedad
Relaciones Sociales	Pareja
	Hijos
	Familia y otros

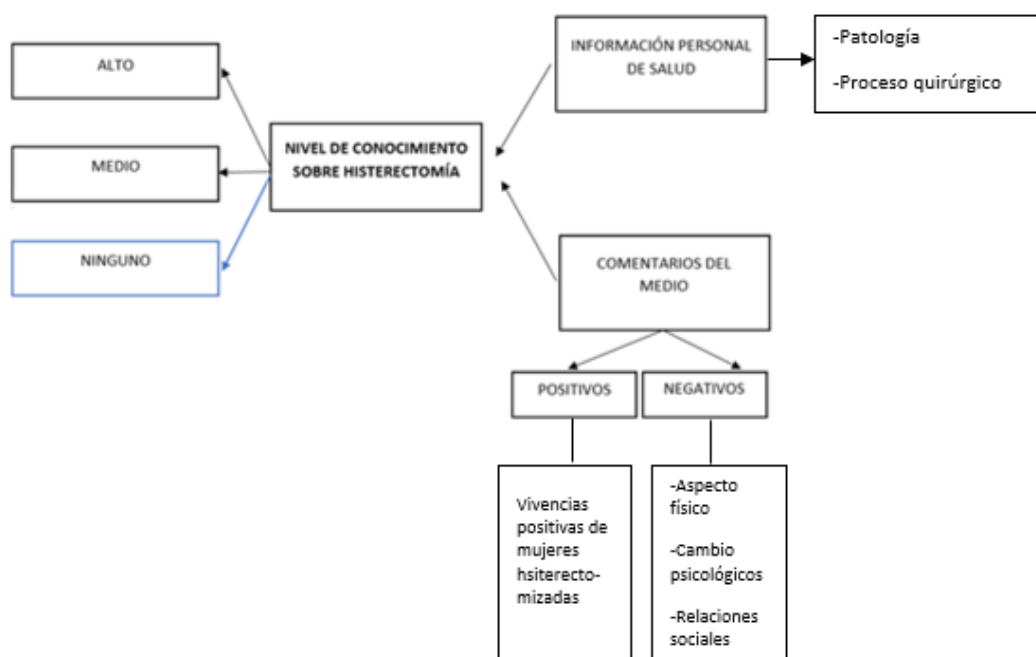
Concepción de la cirugía	La histerectomía como algo positivo
	La histerectomía como algo negativo

Fuente: Servicio de Gineco- Obstetricia Hospital General Docente de Calderón

Autoras: Curipallo, Edna / Yáñez, Daniela. Octubre 2016

4.2.1 CONOCIMIENTO PREVIO QUE LA MUJER TIENE SOBRE LA HISTERECTOMÍA

Figura 4. Nivel de Conocimiento sobre histerectomía



Fuente: Servicio de Gineco- Obstetricia Hospital General Docente de Calderón

Autoras: Curipallo, Edna / Yáñez, Daniela. Octubre 2016

La idea núcleo de esta categoría se centra en el hecho de que las mujeres tienen algún tipo de conocimiento sobre la histerectomía, el mismo que está influenciado por los

comentarios de personas cercanas a ellas sometidas a este procedimiento. En su mayoría se encuentran comentarios de tipo negativo, los mismos que generan temor al procedimiento quirúrgico y hacia los resultados de este sobre los aspectos psicosociales de la mujer.

En el análisis del discurso se identifica el modo de prédica de estado con alta referencialidad por lo cual se puede catalogar como una representación social sólida. A continuación citamos algunos ejemplos:

“Bueno yo lo que sabía era que decían que la mujer no es la misma cuando tiene marido en las relaciones sexuales” GV62a

“Ehhh... lo que sabía era que dicen que es malo, que hay cambios hormonales, que después la menopausia llega más rápido, muchos mitos en realidad. Que no es bueno porque le quitan una parte principal del cuerpo y que luego los órganos ya no funcionan bien.” PS38a

“O sea sabía más cosas negativas, más que todo porque mi hermana si le dio una gran tristeza cuando le sacaron el útero y me daba miedo que me pase lo mismo.” CV50a

Por otro lado se observa la información por parte del personal de salud como punto clave para el conocimiento sobre la histerectomía:

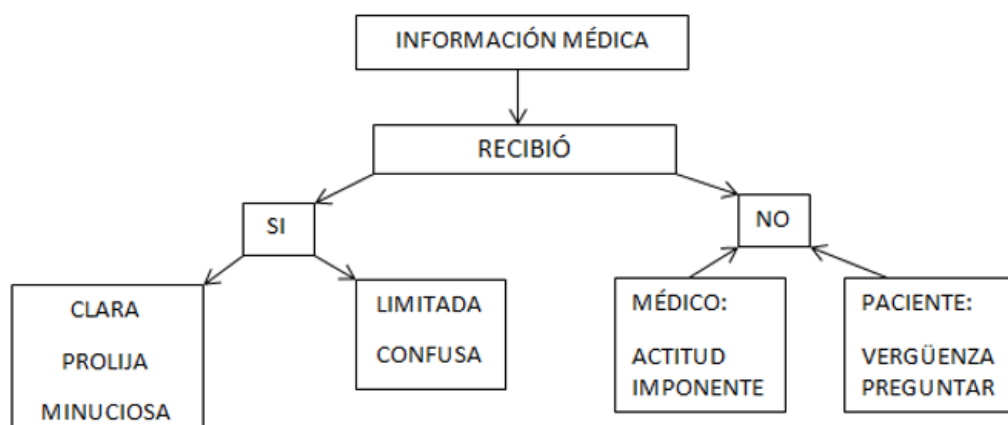
“Del procedimiento médico creo que la parte básica ¿no?, lo que se pregunta al médico que es la extracción del útero para evitar ciertos problemas futuros y que ya se tenían en ese momento” JY48a

Se identificó desconocimiento acerca del procedimiento en una paciente, la misma que niega haber conocido a mujeres sometidas a este procedimiento:

“Yo no tenía ni idea, no, nunca había escuchado de este tratamiento ni había nunca conocido a nadie que le hayan sacado el útero” AV19a

4.2.2 INFORMACIÓN MÉDICA QUE RECIBE LA PACIENTE

Figura 5. Información médica



Fuente: Servicio de Gineco- Obstetricia Hospital General Docente de Calderón

Autoras: Curipallo, Edna / Yáñez, Daniela. Octubre 2016

Se ha identificado como idea núcleo que la mayoría de pacientes recibió información por parte del personal de salud. Se encontró en el análisis del discurso de manera

principal un modo de prédica de estado con alto grado de referencialidad. Con el sintagma³ de que recibió o no. Se trata de una representación social consolidada

En su mayoría las pacientes recibieron información donde los médicos fueron muy claros y explicaron de manera detallada a la paciente el motivo por el que debía realizarse la intervención, procedimiento, recuperación y cambios que provocaría:

“Mi doctora fue muy buena y me explicó hasta con gráficos como iba, lo que iba a perder y lo que no, y básicamente que no iba a pasar nada porque era un órgano que ya no me iba a servir” PS38a

“Me dejó preguntar un montón de cosas, todas las dudas y todas las inquietudes que yo tenga. Yo pregunté incluso las cosas que nos dan vergüenza y me respondió” DL40a.

Se obtuvieron otras respuestas en las cuales a pesar de recibir información esta fue pobre y confusa:

“Si fue limitada y también había cosas que me daban como un poquito de recelo preguntar” FN39a.

“No sabía de qué se trataba, cuando fui donde el médico dijo mmm... que si era importante hacer una cirugía por el resultado de la biopsia, que era un corte como una cesárea. Eso fue lo único que me dijo” MT45a.

³ Sintagma: Alude a la coordinación de las partes del discurso, tanto de enunciados como de las secuencias del mensaje

Y otras que definitivamente no tuvieron información, por la condición clínica de la paciente.

“En eso momento no, ya después de lo que me hicieron me explicaron porque ya me había desmayado y le habían pedido las firmas a mi esposo” AV39a.

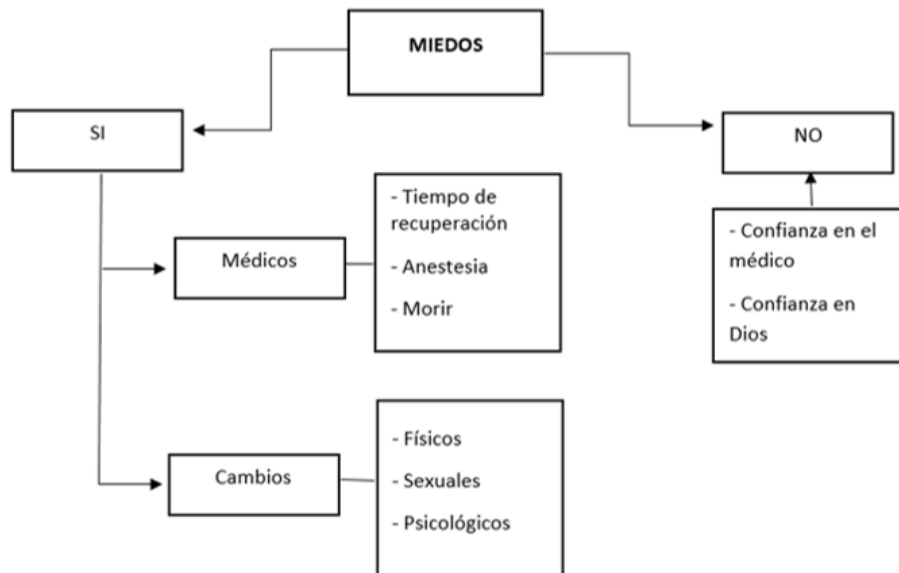
O por temor o vergüenza de la paciente hacia el médico.

“Creo que si hay cosas que una no pregunta en su tiempo y quedan flotantes” JY48a.

“Realmente evitaba preguntar porque me daba temor. Decirle como que si me iba a hacer masculina, que vergüenza” FN29a.

4.2.3 MIEDOS RELACIONADOS A LA HISTERECTOMÍA

Figura 6. Miedos



Fuente: Servicio de Gineco- Obstetricia Hospital General Docente de Calderón

Autoras: Curipallo, Edna / Yáñez, Daniela. Octubre 2016

El paradigma se centra en los temores de las pacientes referentes a la parte médica. En su mayoría las mujeres manifiestan miedo a someterse a una cirugía, al uso de anestésicos y presentar algún tipo de complicación posterior que les lleve a la muerte. Se observa temor así mismo a un tiempo de recuperación postquirúrgico prolongado. Dentro del análisis del discurso se observa un modo de prédica de estado con alta referencialidad, siendo esta una representación social en formación. Se citan ejemplos a continuación:

“Obviamente era la parte médica. Las preguntas que surgen en ese momento obviamente son creo que las propias, el saber que va a pasar a futuro, tiempo de recuperación, de pronto como va a ser el tratamiento posterior o que es lo que va a ocurrir” JY48a

“Si, básicamente lo que me preocupaba era la anestesia, siempre uno tiene miedo a eso pero entonces él me supo explicar...” MV42a

“Sobre si era en realidad tan grave, la operación tan delicada. Y lo que es la recuperación porque como yo trabajo necesitaba saber qué tiempo necesitaba para recuperarme y regresar a mi trabajo” MG42a

Así mismo se manifiestan miedos relacionados a los cambios que pueda sufrir la mujer después de la cirugía, en su mayoría referentes a la parte física, sexual y psicológica. Dentro de los cambios físicos podemos citar:

“No sé, miedo de lo que algo se escucha así, a que de pronto hayan cambios, que puede cambiarle la voz, de que la mujer se hace más masculina entonces de eso tenía mucho temor” FN39a

Respecto al ámbito sexual mencionan:

“Me preocupaba el tema de la sexualidad. Que no sabía si iban a bajar los deseos de tener relaciones.” DL40a

En relación a la esfera psicológica una paciente manifiesta su temor haciendo apelación a una experiencia decisiva:

“Mucho temor porque tenía el antecedente de mi hermana que se hizo esta cirugía y le dio un trastorno emocional, entonces ella entró en mucha depresión, y yo temía que me pase lo mismo...” CV50a

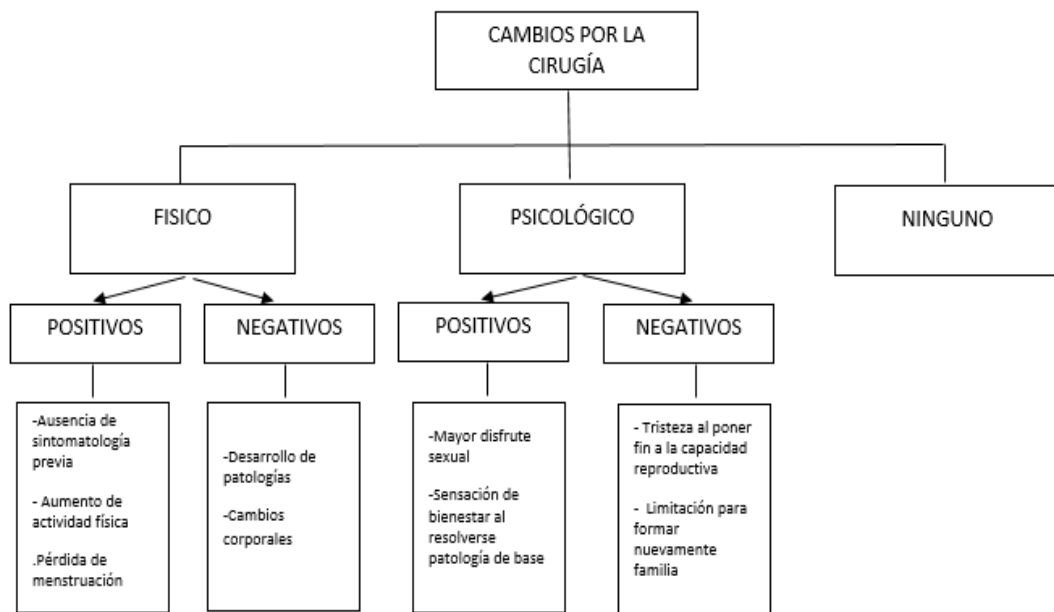
En oposición a lo anteriormente dicho, varias mujeres expresaron no tener miedos relacionados a la histerectomía. Atribuyen a esto la confianza en el médico y en Dios:

“...No, más bien yo fui tranquila. Todo lo que Dios disponga para mí. Fui muy tranquila, entonces todo fue con éxito, muy bien... Para mí después de Dios el doctorcito, yo siempre les hago caso....” GV62a

“Miedos no, Realmente no, decidí aceptar la decisión del médico y el consejo que me daba según los exámenes que me habían practicado y que era necesario en mi caso la cirugía.” MY68a

4.2.4 CAMBIOS EN LA MUJER QUE ATRIBUYE AL PROCEDIMIENTO

Figura 7. Cambios por la cirugía



Fuente: Servicio de Gineco- Obstetricia Hospital General Docente de Calderón

Autoras: Curipalío, Edna / Yáñez, Daniela. Octubre 2016

La idea núcleo se caracteriza por el cambio físico positivo que presentan las pacientes, determinado principalmente por la ausencia de sintomatología previa a la cirugía. El análisis del discurso fue predominantemente en modo de predica de acción con un alto grado de referencialidad y uniaccidentalidad significativa, por lo que inferimos en que esta representación social es consolidada.

En general las pacientes refirieron como cambio positivo la disminución del dolor e incomodidad producidos por las hemorragias, refieren satisfacción al no tener que utilizar métodos anticonceptivos e incluso reportaron incremento en la actividad física, como se cita a continuación:

“Mmm... cambios para bien porque yo tenía sangrados y eso si era un problema porque casi todo el mes pasaba enferma , entonces ahora más bien estoy más tranquila y puedo hacer más actividades incluso físicas.” MV42a.

“A mí no me afectó, se me quitaron los sangrados y de raíz los dolores de cabeza, yo ya no sé qué es un dolor de cabeza desde que me sacaron” IV57a

Esto se contrasta con otra paciente, quien refiere un cambio de manera negativa; atribuye a su falta de útero varias enfermedades y acusa al hecho de no ser madre nuevamente la imposibilidad de conseguir pareja:

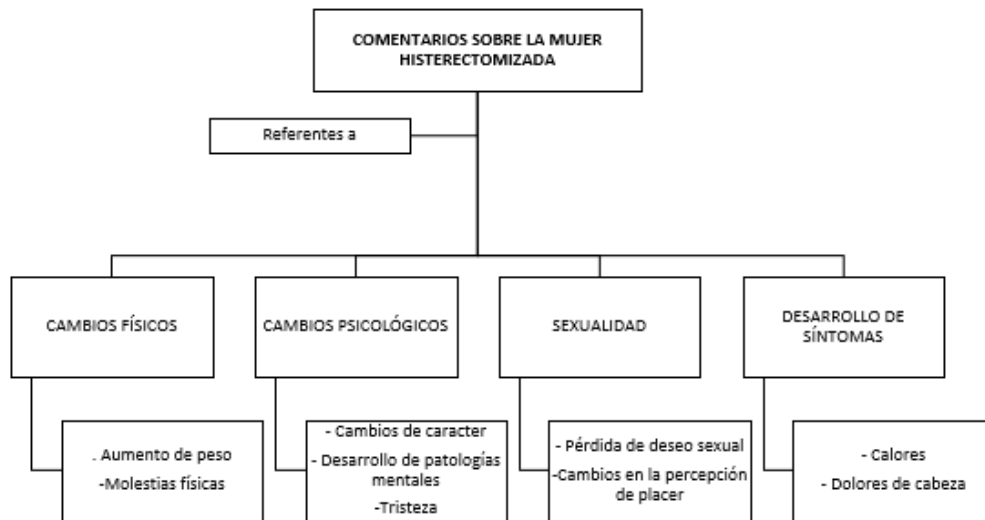
“Desarrollé tiroides, tengo un problema de colesterol y ahora de triglicéridos, no puedo metabolizar los azúcares, no sé si tengo un componente que se pueda asociar a una hipertensión arterial actualmente. El hecho de no poder volver a tener bebés fue un determinante para sentirme como relegada en la parte de conseguir por ejemplo una pareja, hasta la actualidad,” MT45a.

Mientras tanto otras pacientes no encuentran cambios en ninguna esfera de su vida.

Me mantengo en la misma posición, no ha habido ningún cambio, AM37a.

4.2.5 COMENTARIOS NEGATIVOS SOBRE LA MUJER HISTERECTOMIZADA

Figura 8. Comentarios sobre la mujer hysterectomizada



Fuente: Servicio de Gineco- Obstetricia Hospital General Docente de Calderón

Autoras: Curipallo, Edna / Yáñez, Daniela. Octubre 2016

Dentro de esta categoría encontramos que el paradigma se basa en que todas las pacientes manifiestan haber escuchado comentarios sobre las mujeres hysterectomizadas. Los comentarios hacen referencia en igual proporción a cambios físicos, psicológicos, sexuales y desarrollo de síntomas. El discurso conserva el modo de prédica de estado y baja referencialidad por lo que hablamos de una representación social no consolidada o a un tema emergente.

Quienes manifiestan haber escuchado comentarios asociados a cambios físicos y desarrollo de síntomas refieren:

“Que les afectaban, tenían estragos después de la cirugía, les daban dolores de cabeza, que algunas se desmayaban, que cambiaba el carácter, se ponían mal

genios así. Tenían alteraciones, calores, molestias, bastantes molestias físicas”
MY68a”

*“Hay comentarios obviamente de los cambios que sufren las mujeres, eee...
Compañeras de trabajo inclusive decían que habían sufrido cambios en cuanto
al carácter, que no podían dormir, tenían dolores de cabeza, que chusa se
engordaban.”* JY48a

Comentarios respecto a cambios psicológicos:

*“Un familiar, una persona ya viejita, mayor, me comentó que las personas que se
realizaban esta cirugía con el tiempo podían tener problemas mentales”* MV48a

*“Cuando les sacan el útero me decían que como que algo les falta en la vida, que
entran en un estado de tristeza.”* IV57A

Referente al ámbito sexual:

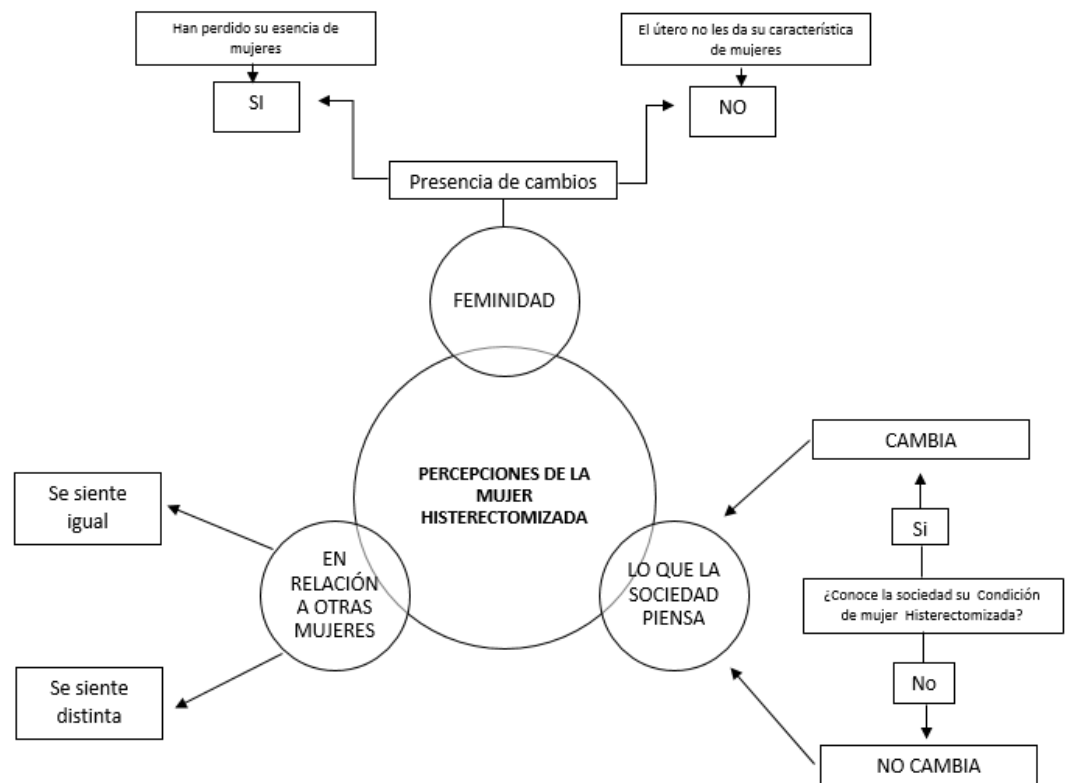
*“. Lo que decían que se pierde el deseo sexual, que no iba a ser igual, me decían
que una ya no se siente mujer, que ya no le da deseos de estar con un hombre.”*
GV62a

*“Me empezaron a decir que no es bueno hacerse sacar nada, ni útero ni ovarios
porque uno se queda como decir peor que un carro sin motor, se queda uno
vacía, ya no sirve para esas cosas”*AM85a

“Mi mamá decía antes que ya no sienten lo mismo, que ya marido se ha de ir a buscar otra. El doctor me dijo que no es así, que quedan bien. No se pues sería de ver que queda” RQ18a

4.2.6 LAS PERCEPCIONES DE LA MUJER HISTERECTOMIZADA

Figura 9. Percepción



Fuente: Servicio de Gineco- Obstetricia Hospital General Docente de Calderón

Autoras: Curipallo, Edna / Yáñez, Daniela. Octubre 2016

4.2.6.1 AUTO PERCEPCIÓN DE FEMINIDAD

El paradigma determina que las pacientes histerectomizadas tienen una marcada percepción de su feminidad, no encuentran cambios, ellas se conciben como mujeres, sin ningún tipo de alteraciones; con un modo de predica de acción de alto grado de referencialidad, siendo esta una representación social consolidada.

“Creo que una mujer es mujer desde que nace y no le hace el mujer el tener o no útero”. JY48.

“No afecta en absolutamente en nada y una no pierde la condición de mujer por quedarse sin el útero”. MY68

4.2.6.2 PERCEPCIÓN EN RELACIÓN A OTRAS MUJERES NO HISTERECTOMIZADAS

La idea núcleo hace referencia al sentimiento de bienestar al compararse con otras mujeres que no han sido histerectomizadas. Se trata de una representación social consolidada pues presenta modo de prédica de acción y alta referencialidad:

“No, me siento bien y me sentí también bien. Y luego de la cirugía me veo igual y en ocasiones mejor que otras compañeras, amigas que no han sido histerectomizadas... Mmm... Yo me veo normal y bien” MV68a

“No me siento diferente, no he sentido ningún cambio como mujer porque aunque no tengo útero me veo mejor que otras de mi edad” FH43a

Por otro lado dos pacientes manifestaron ideas negativas al compararse con otras mujeres no histerectomizadas:

“Ellas todavía pueden, a mi tristeza me da de no tener más guaguas. Yo si quería que tenga otrito más pero como doctor dice que después va a ser más difícil tristeza si da pero ya así Diosito ha querido” RQ18a.

“...Ellas tienen la oportunidad de sentirse nuevamente madres y yo ya no...” AV19.

4.2.6.3 LO QUE LA SOCIEDAD PIENSA DE ELLAS

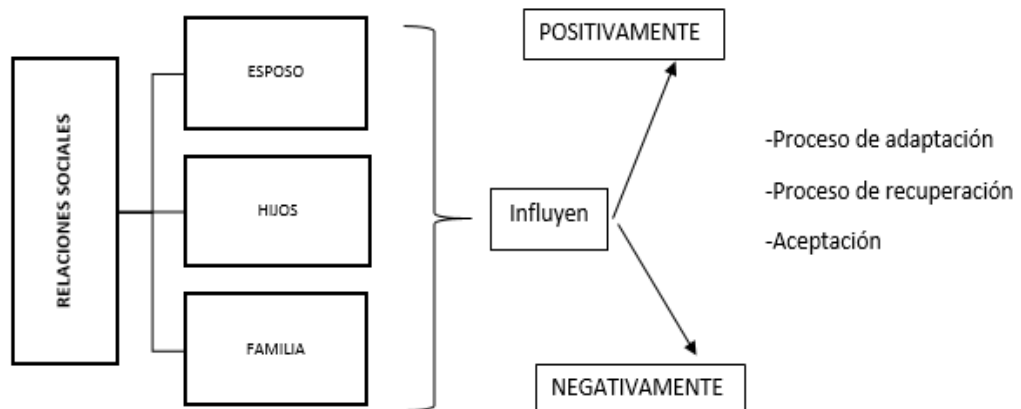
La idea núcleo determina que no existe un cambio notable sobre la percepción de la sociedad hacia las mujeres histerectomizadas pues ellas no revelan su condición, no lo comentan de manera abierta, ya sea por considerarlo un tema íntimo o por vergüenza a revelarlo. Se observa un modo de prédica de acción con alta referencialidad y uniacentualidad significativa:

“La verdad yo no comentaba sobre esto, me daba recelo, yo no decía a nadie. Porque me vayan a decir uhhh... esta pobre está vacía.”AM85a.

“No nada porque obviamente son cosas que uno no anda contando a todo el mundo, más bien a uno le valoran por el trabajo, por la personalidad que cada uno tiene.” JY48a.

4.2.7 RELACIONES SOCIALES DE LA MUJER HISTERECTOMIZADA

Figura 10. Relaciones sociales



Fuente: Servicio de Gineco- Obstetricia Hospital General Docente de Calderón

Autoras: Curipallo, Edna / Yáñez, Daniela. Octubre 2016

4.2.7.1 RELACION CON LA PAREJA

El paradigma determina que el apoyo de la pareja que el apoyo de su pareja fue y sigue siendo fundamental para seguir afrontando de manera positiva su actual condición. El modo de predica es de acción con alto grado de referencialidad, haciendo que sea una representación social consolidada.

“Para mí el mayor apoyo es mi esposo, porque ni los hijos... es la pareja el que a uno le ayuda emocionalmente muchísimo, para que uno se sienta bien como mujer, esposa, el amor hace la diferencia.” CV50a.

“De hecho él siempre me ha apoyado y seguimos juntos... El ya no quería verme sufrir, me ayudó mucho...” DL40a

4.2.7.2 RELACION CON LOS HIJOS

La idea núcleo fue: la relación con los hijos se ha fortalecido después de la intervención quirúrgica, ya sea por el apoyo que estos brindan en el proceso de recuperación o por el factor emocional de la madre, quien al saber que no será madre nuevamente, crea lazos afectivos más fuertes con sus hijos. Se encuentra un modo de predica de acción con alto grado de referencialidad:

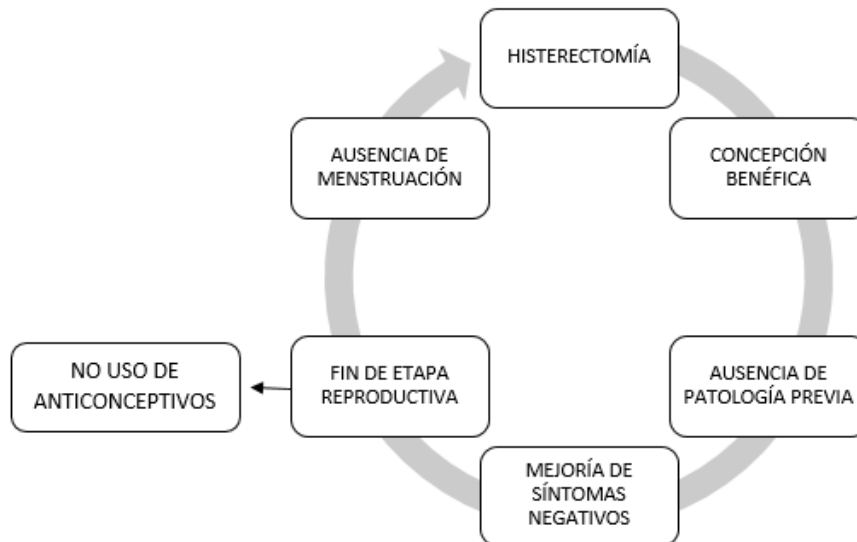
“De hecho con mis hijos nos hemos unido muchísimo más porque desde que yo supe que yo no iba a poder tener más hijos, es como que yo me junté o emocionalmente me acerqué mucho más a ellos”, DL40a.

“Más bien ellos están como que más al pendiente de mí, nada más. Nos acercó más”

MG42

4.2.8 CONCEPCIÓN QUE LA MUJER HISTERECTOMIZADA TIENE DE LA CIRUGÍA

Figura 11. Concepción de la Cirugía



Fuente: Servicio de Gineco- Obstetricia Hospital General Docente de Calderón

Autoras: Curipallo, Edna / Yáñez, Daniela. Octubre 2016

El paradigma de esta categoría es la concepción benéfica de la histerectomía en la vida de las pacientes, la misma que guarda relación con la mejoría de los síntomas previos a la intervención quirúrgica. El modo de prédica predominante es de acción con alto grado de referencialidad, siendo por lo tanto una representación social consolidada.

“Yo soy feliz, para mí fue para bien. Más bien desde la cirugía todo mejoró, mi vida es más tranquila en todos los aspectos absolutamente todo.” CV50a

“Mmm.. ha sido para bien porque yo tenía miomas y tenía sangrados frecuentes, entonces eso si era un problema porque casi todo el mes pasaba enferma , entonces

ahora más bien va a ser algo beneficioso y voy a poder estar más tranquila y hacer más actividades incluso físicas”. MV42a

*“Me siento aliviada porque ya no tengo las hemorragias y no tengo ya las molestias de antes. Me siento bien”*MG42a

Adicional a la mejoría de síntomas clínicos previos a la operación, las pacientes mencionan como puntos positivos el hecho de no utilizar anticonceptivos

“No yo si consideré que fue beneficioso para mi salud. Primero por la razón que me decía el médico que podía tener otras consecuencias y también como una liberación a ese cuidado que una tiene durante su etapa fértil al poderse quedar embarazada”
MY68a

“Yo creo que estoy en todo bien Lo bueno es que ya no se utilizan anticonceptivos y realmente eso es una maravilla” FN39a

CAPITULO V

DISCUSIÓN

5.1 CONOCIMIENTO PREVIO QUE LA MUJER TIENE SOBRE LA HISTERECTOMIA

Se encontró que la mayoría de mujeres poseían conocimiento previo sobre la cirugía, sin embargo la mayoría de ellas lo habían obtenido por medio de comentarios escuchados dentro de su ámbito social. Un número menor de mujeres refirió haberse informado a través del personal médico y únicamente en una participante se observó desconocimiento total del tema.

La información recibida por las participantes, obtenida por medio de explicaciones provenientes de personas cercanas, en su mayoría tuvo carácter negativo y no se refirió al procedimiento médico sino a consecuencias negativas sobre la salud física, sexual y psicológica de aquellas mujeres que se someten a una histerectomía:

“Ehhh lo que sabía era que dicen que es malo, que hay cambios hormonales, que después la menopausia llega más rápido, muchos mitos en realidad. Que no es bueno porque le quitan una parte principal del cuerpo y que luego los órganos ya no funcionan bien” PS38a

Resultados similares se han obtenido en estudios en los cuales se menciona que la mujer previo a la cirugía obtiene información de parte médica y mayoritariamente del sentido común en el que se incluyen la incapacidad para mantener el matrimonio, incertidumbre para sentir placer sexual y ser sexualmente aceptada (Aparecida et al., 2012)

En un estudio Chileno sobre la experiencia de las mujeres que no tienen útero, se revela un nivel de conocimiento generado mayoritariamente en el contexto social, a pesar de contar a su vez con la información médica, dichos mitos generan duda y dolor en la mujer:

“también hay personas que...que te dicen o sea tu lo comentas ...me voy a operar me van a sacar el útero y lo primero que la gente te dice a vai a quedar hueca, o no vai a tener... no vas a poder tener relaciones, o vas a tener y no vai a sentir ...y es muchísima la gente que tiene esa idea y que uno la escucha... yo sabía que no era así, porque la doctora me lo había explicado a mi, pero uno igual lo escucha... igual uno queda como ... pero si tanta gente lo dice” (Urrutia, 2013)

Al contrario, en nuestro estudio se encontró que algunas pacientes a pesar de verse inmersas en comentarios poco alentadores respecto a la cirugía y sus consecuencias, obtienen un nivel de conocimiento confiable por parte del médico, como observamos a continuación:

“Tenía un problema y era necesario extirparme el útero y había escuchado que habían algunos problemas, que tenían afecciones las mujeres que se sacaban el útero. Pero tampoco influyó en mi mucho ese hecho sino la decisión del médico que me explicó e indicó que era necesario hacerme la cirugía...” MV68a

O buscan resolver sus dudas y obtener mayor información acudiendo a profesionales de la salud:

“Mmm... nada, sólo las cosas que a veces la gente comenta, pero no hacía caso, fui a que me explique el ginecólogo” FH43a

5.2 INFORMACIÓN MÉDICA QUE RECIBE LA PACIENTE

Nuestros resultados revelan que la mayoría de las mujeres previo al tratamiento recibieron información clara y que pudo resolver miedos y dudas por parte de los médicos. De la misma manera, un porcentaje menor de mujeres expresó inconformidad hacia la calidad y cantidad de información propiciada:

“...como que los médicos no se prestan para dar una mayor información, no sé si por susto o por no ser claros, no sé. Pero no se da la conversación como para poder realizar más preguntas sobre este tipo de cirugía...” MT45a

Estudios revelan que es conveniente brindar a cada paciente la cantidad de información necesaria, con la finalidad de facilitar la experiencia quirúrgica, reduciendo los efectos emocionales indeseables y de manera indirecta la recuperación postquirúrgica de la paciente. (Cárdenas, Quiroga, Restrepo, & Cortés, 2005). Se ha visto que aquellas mujeres con mayor conocimiento sobre el procedimiento al cuál se van a someter presentan una adaptación posterior favorable y menores cifras de depresión frente a aquellas que tuvieron información médica limitada. (Bahri et al., 2016)

Ciertos artículos revelan como importante dentro de esta categoría la información que el personal de salud pueda brindar además a las personas cercanas a la paciente, sobre todo a su pareja. Se ha visto que el desarrollar en ellos conocimiento sobre el procedimiento ayudan a que puedan comprender mejor este fenómeno y sean así una pieza clave en el proceso de recuperación. (Araya et al., 2012). Esto se puede identificar en la siguiente cita de nuestro estudio:

“Si... El doctor le explicó a mi esposo y él dijo que prefería tenernos a los dos con vida, que prefería no tener más hijos” AV19a

5.3 MIEDOS RELACIONADOS A LA HISTERECTOMÍA

Dentro de nuestros resultados encontramos que las mujeres expresan como fuente principal de temor al proceso quirúrgico en sí, a la anestesia, tiempo de recuperación posterior y a la muerte. Así mismo un número menor de pacientes centró sus miedos en los potenciales cambios psicológicos, físicos y sexuales que podían sufrir. Varios estudios presentan datos similares a los nuestros, exponen además como temor frecuentemente encontrado entre su población el posible diagnóstico de cáncer:

“...antes de operarme, era el miedo no sé a qué tenía... cáncer, cáncer, cáncer...”
(Urrutia, 2013)

Lo que concuerda con el discurso de nuestra paciente:

“Emmm... un poco el temor de saber de qué se trataba, que era lo que posteriormente iba a suceder. Me preocupaba más el tema del cáncer, si era algo que iba a seguir, si ahí terminaba, a qué me tenía que sujetar...” MT45a

Dentro de los temores relacionados a cambios físicos se citan sobre todo el incremento de peso y masculinización. En cuanto a la esfera sexual refieren miedo a la pérdida del apetito sexual. En relación al aspecto psicológico reportan temor a presentar cambios del estado de ánimo y depresión. Varios estudios concluyen que el motivo de los miedos radica en la preocupación de sí misma como mujer, lo que es posible que influya en el temor frente a la aceptación de su sexualidad, disminución de la libido y menopausia temprana. (Judith, 2003)

5.4 CAMBIOS EN LA MUJER QUE ATRIBUYE AL PROCEDIMIENTO

Los cambios atribuidos a la cirugía en su mayoría se catalogan como positivos, así como se menciona en varios estudios. Encontramos en la mayoría de mujeres un punto de vista favorable frente a los cambios sufridos pues estos implican la desaparición de patologías uterinas previas y síntomas inherentes a estas:

“Antes de la cirugía sangraba mucho, tenía muchos cólicos, un dolor terrible y no tenía ánimo, andaba muy deprimida porque tenía muchos dolores.. Esos días en que pasaba todo el día en la cama ya pasaron...” (Merighi et al., 2012)

Un estudio basado en actitudes y experiencias de diversas culturas, determinó que aun cuando hay diferencias socioculturales en la percepción de la histerectomía, todas las mujeres refieren satisfacción en torno a la cirugía. (Cerdeira et al., 2006)

Dentro de nuestro estudio encontramos una mujer que asocia cambios causados en su salud al hecho de no tener útero, sin embargo atribuye a esta intervención también la incapacidad de conseguir pareja y re hacer su familia por lo que nos encontramos frente a una visión polarizada de la realidad.

5.5 COMENTARIOS NEGATIVOS SOBRE LA MUJER HISTERECTOMIZADA

La histerectomía está rodeada de mitos y creencias. La mayoría de estudios relacionados a esta categoría, concuerdan con nuestros resultados pues refieren que la mayoría de mujeres expresan haber escuchado comentarios negativos respecto a quienes se someten a una histerectomía. Varios trabajos determinan que la mayoría de comentarios giran en torno a la esfera sexual:

“...entonces es tanto lo que le ...le colocan la gente, las amistades en la cabeza, que le dicen que queda hueca, que al tener relaciones no es lo mismo, es como que estoy vacía, como que soy un cajón vacío...” (Urrutia, 2013)

“a veces entre hombres dicen...oye pero generalmente las mujeres quedan huecas po’ te vas a tener que buscar otra...” (Araya et al., 2012)

Sin embargo el discurso con el cual trabajamos también hace mención a cambios físicos y psicológicos sin centrarse únicamente en la sexualidad.

5.6 LAS PERCEPCIONES DE LA MUJER HISTERECTOMIZADA

5.6.1 AUTO PERCEPCIÓN DE FEMINIDAD

Después de la cirugía la mayoría de participantes perciben que su auto identidad o percepción como mujer no ha cambiado. Lo cual concuerda con el estudio “El auto concepto de mujeres sometidas a histerectomía”, las cuáles corroboran que un año después de realizadas la histerectomía se siguen auto identificando como mujeres, aunque hayan puesto fin a su capacidad reproductiva (Estrada et al., 2010). Esta representación positiva se relaciona con la resolución de problemas y el alivio de los síntomas, la importancia de haber adoptado medidas preventivas, cuidar de sí mismas, rescate de la autoestima, y desmitificar por ellas mismas el vivir sin útero.

Esta sensación de “dejar de ser mujer”, en un estudio cuantitativo realizado en los Estados Unidos encontró que la imagen de la mujer respecto a su feminidad estaba afectada sobre todo a edades menores (N et al., 2006). Con relación a esto en el estudio “ser mujer es tener útero, y tener útero es ser femenina”, reafirmando un concepto arraigado en el consciente colectivo, señalando principalmente que la relación con el órgano no la hace mujer (Urrutia et al., 2013), elevando el rol femenino a algo que va más allá de poseer o no útero, no tener útero no es sinónimos de no ser mujer.

Una de las participantes nos dice respecto a cómo se siente en relación a su feminidad:

“...Exactamente la misma que tenía antes porque el ser mujer no determina el tener o no útero, entonces yo sigo siendo la misma persona que.. que era hasta dos días antes de la cirugía...” MV42a.

5.6.2 PERCEPCIÓN EN RELACIÓN A OTRAS MUJERES NO HISTERECTOMIZADAS

La mayor representación social se encontró en el hecho de no volver a ser madres, lo cual está ligada a la edad de la mujer y que ya hayan tenido o no esta experiencia. Culturalmente el rol de la mujer está asociado a su posibilidad de engendrar, siendo la maternidad uno de los aspectos más reconocidos. Como se ha descrito en el estudio de “Histerectomía: la experiencia de no tener útero”, el cual menciona que el útero es un órgano asociado al rol materno provocando en la mujer una sensación de vacío, de quedar hueca, de que algo les falta o que ya no tienen igual oportunidades. Y eso es lo que se puede percibir con la respuesta de una de nuestras participantes en la siguiente cita:

“...Claro porque ellas tienen la oportunidad de sentirse nuevamente madres y yo ya no (llora)...”, AV19a.

5.6.3 LO QUE LA SOCIEDAD PIENSA DE ELLA

Las creencias que las mujeres tienen de sí mismas pueden permanecer relativamente exentas de afectaciones tras la histerectomía; sin embargo su contexto de pareja y cultural puede estar desvalorizándolas por no tener ya capacidad reproductiva, este punto tiene un elevado impacto psicológico con íntima relación a la edad de la paciente y el hecho de que haya podido o no ser madre. Por lo que la autopercepción no dependerá únicamente de lo que ella piensa de sí misma sino mantendrá una relación estrecha con la percepción de terceras personas.

Por ejemplo en el estudio “Representaciones de mujeres sobre la histerectomía” muestra como el estigma de la sociedad puede repercutir, ya que una de las entrevistadas por temor a no ser aceptada socialmente (Seu & Viver, 2009), informó que omite comentar sobre su histerectomía en un intento de protegerse de los estigmas sociales que desvalorizan a la mujer, como podemos ver en la siguiente cita:

“...Nadie me dijo nada, porque yo también no comento. Si alguien le pide algo, realmente no diga qué me sacaron. Mmm... como está muy nuevo que extirpen el útero muchos no saben, tal vez no es bueno para ninguna otra cosa, pero evito no decir nada al respecto si me preguntan,....” (Solbrække & Bondevik, 2015)

Este mismo discurso y prejuicio podemos entrelazarlo con lo dicho por una de nuestras participantes:

“...La verdad yo no comentaba sobre esto, me daba recelo, yo no decía a nadie. Porque me vayan a decir uhhh esta pobre está vacía, no mentaba con nadie, sólo sabía un hermano, mi cuñada y ya nadie más...”, AM85a.

5.7 RELACIONES SOCIALES DE LA MUJER HISTERECTOMIZADA

5.7.1 RELACIÓN CON LA PAREJA

Los problemas con la pareja, forman parte de la creencia asociada a la histerectomía. Un estudio muestra que la relación conyugal constituye un aspecto que causa dudas e inconformidad en la mujer (Güliz & Nezihe, 2010). Ritcher y Cols determinaron que aquellos hombres que emiten comentarios negativos respecto a la mujer histerectomizada, contribuyen a retrasar la cirugía y disminuir la autoestima de la mujer. Sin embargo nuestros resultados reflejan que la pareja forma parte fundamental dentro del afrontamiento a la cirugía. Las mujeres en su mayoría manifiestan que sus esposos o parejas han sido quienes las han ayudado y apoyado durante todo el proceso de recuperación, incluso quienes las motivaron a optar por el tratamiento quirúrgico.

“Mi esposo me apoyó mucho, el me motivó a hacerme la cirugía.. Yo sufría y él me apoyó, estaba súper de acuerdo”...PS38a

Guarda relación con lo encontrado en el estudio de Araya y cols.:

“Lloramos en conjunto con la cuestión porque... no sé es una cosa de tu cuerpo que te la saquen y saber que por el intermedio de esto viene una reproducción que fue... entonces me decía miremos a nuestros hijos y nos recordamos que... que nacieron de ahí no más”...

Varios estudios determinan que el nivel de educación es proporcional al grado de apoyo que puede dar la pareja a la mujer tras la intervención quirúrgica (Callaghan & Li, 2002). Sin embargo nosotros nos encontramos frente a un grupo de mujeres que mayoritariamente presenta nivel de educación secundaria (63%) y contradictoriamente aquella paciente que manifiesta no contar con el apoyo de su pareja posee nivel de instrucción superior, por lo tanto diferimos del estudio.

5.7.2 RELACIÓN CON LOS HIJOS

Encontramos una única posición frente a la relación con los hijos. Las mujeres manifiestan haber estrechado sus lazos sentimentales con ellos pues emocionalmente les unía más el hecho de saber que no podrán ser nuevamente madres. No se encuentran artículos al respecto pues se centran más en las relaciones con la pareja, sin embargo encontramos una cita que ejemplifica los resultados obtenidos en nuestro estudio:

“Lo acepto con mucha calma. Una vez que has tenido hijos es otra cosa, incluso con ellos todo cambió... estoy mejor ahora”... (Webb & Wilson-Barnett, 2010)

5.8 CONCEPCIÓN QUE LA MUJER HISTERECTOMIZADA TIENE DE LA CIRUGÍA

En su mayoría las mujeres conciben a la histerectomía como algo bueno en sus vidas puesto que las libera de patologías pre existente que generan síntomas molestos y que a su vez limitaban muchos aspectos de su vida diaria.

Estudios Chilenos reportan que las mujeres ven a la histerectomía como una forma de evitar daños mayores. La cirugía constituye la única forma de retomar un estado basal de salud y liberar a la paciente de síntomas perniciosos. Encuentran una armonía entre el saber popular y el saber científico y muchas le atribuyen características benéficas pues las libran del uso de métodos de planificación familiar (Cerdeira et al., 2006)

Comparando con nuestros resultados podemos citar:

“Mmmm me siento muy bien. Más tranquila en cuanto a la salud y al hecho de tener una relación más relajada con la pareja, sin riesgos ni peligros de embarazos no deseados” MV42a

Así mismo un estudio reporta:

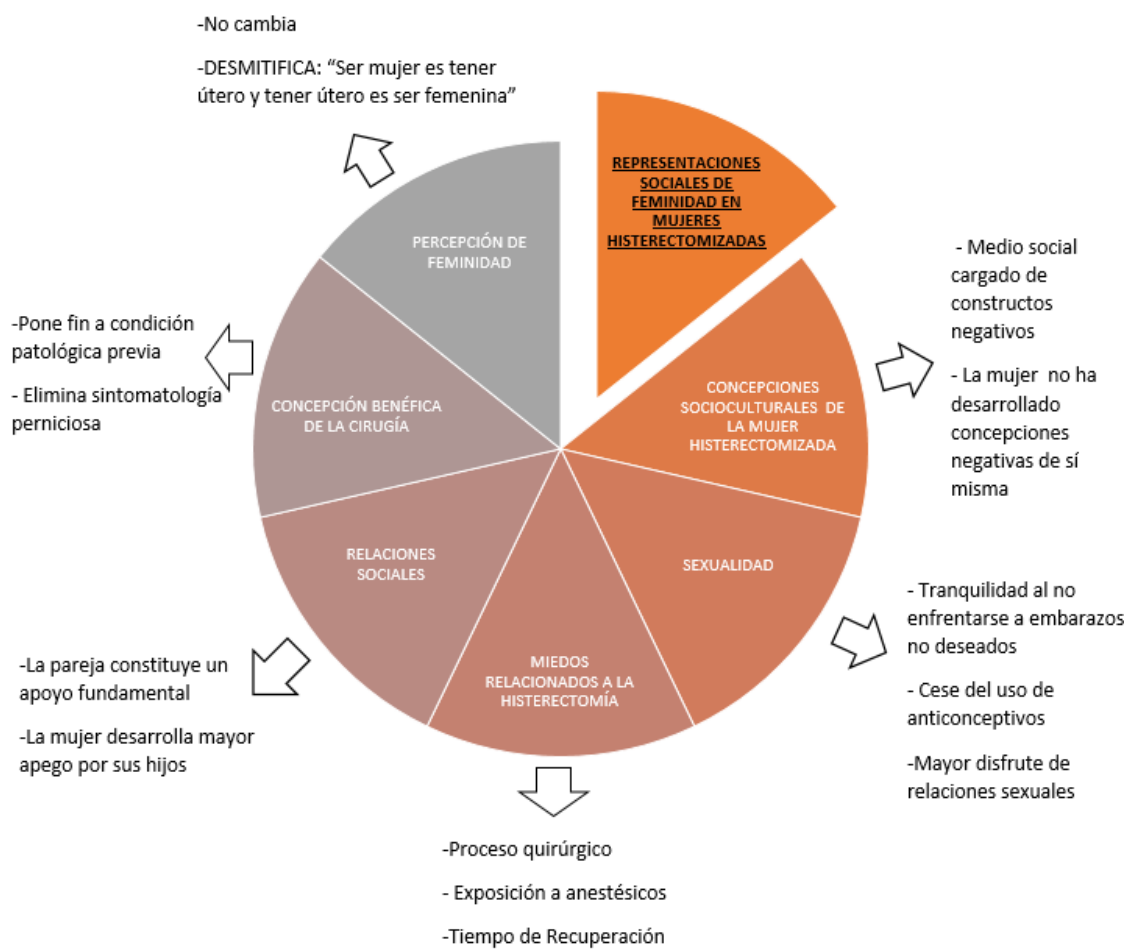
“Antes tenía mucho dolor, sangraba, ¡era horrible! Ahora mi vida es mejor de lo que estaba y más alegre, adoro pasear un domingo en la tarde sin preocupación y hasta en el trabajo tengo mejor disposición...” (Merighi et al., 2012)

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Figura 12. Conclusiones



Fuente: Servicio de Gineco- Obstetricia Hospital General Docente de Calderón

Autoras: Curipallo, Edna / Yáñez, Daniela. Octubre 2016

- Se ha caracterizado la representación social ligada a la feminidad de las mujeres hysterectomizadas, encontrándose que ellas se conciben a sí mismas tal como lo hacían antes de ser intervenidas quirúrgicamente, no relacionan su feminidad con el hecho de no tener útero.
- La percepción de feminidad de las mujeres hysterectomizadas no ha cambiado a pesar de haber puesto fin a su capacidad reproductiva, desmitificando de esta manera el hecho de que vivir sin útero acaba con todo aquello por cuanto ellas fueron creadas y que “ser mujer es tener útero y tener útero es ser femenina”.
- En relación a las concepciones socioculturales de la mujer frente a la hysterectomía podemos concluir que ellas en su mayoría no han desarrollado ninguna, a pesar de verse inmersas en un medio cargado de constructos sociales negativos relacionados con las mujeres hysterectomizadas.
- La esfera biológica no se ha visto afectada de manera negativa, al contrario, mediante la cirugía se ha puesto fin a condiciones patológicas y síntomas molestos que interferían con sus actividades diarias y afectaban desfavorablemente su calidad de vida. Por lo anteriormente dicho la totalidad de participantes tiene una concepción benéfica de la hysterectomía.
- En el ámbito psicológico la mayoría de participantes no percibe cambios, sin embargo en un menor porcentaje, pero no por eso menos importante, se identifican sentimientos de tristeza y temor frente al hecho de no poder concebir nuevamente; esto se ha visto fuertemente asociado a la edad de

la paciente y paridad de la misma. Las dos mujeres que representan esta característica son menores de 20 años y sus cirugías se realizaron por razones emergentes y no de manera electiva.

- En relación al ámbito social se han identificado tres paradigmas:
 1. La relación con la pareja constituye un apoyo fundamental y que influye de manera positiva en el proceso de toma de decisión, adaptación y afrontamiento frente a la cirugía.
 2. La mujer desarrolla mayor apego por sus hijos por el hecho de saber que no volverá a concebir y a su vez ellos son un soporte en el proceso de recuperación quirúrgica.
 3. La mujer reconoce que la experiencia de ser histerectomizada es privada y la comparte únicamente con quienes tiene una relación estrecha.
- Los temores expresados por las mujeres que se someten a esta cirugía se encuentran mayoritariamente relacionados al proceso quirúrgico y tiempo de recuperación. El médico constituye un pilar fundamental para resolver los miedos y generar tranquilidad en la paciente.
- El nivel de empatía que la mujer percibió por parte del médico en general fue bueno pues refirieron que éste supo aclarar sus dudas, de manera que ellas pudieron comprender tanto la causa como el procedimiento, les ayudó a tomar una decisión y aplacó sus miedos.
- En lo referente a la sexualidad podemos concluir que las pacientes no perciben cambios negativos, al contrario manifiestan mayor tranquilidad frente al hecho de no enfrentarse a embarazos no deseados por lo que disfrutan más de sus relaciones.

- El método cualitativo sitúa a la mujer desde su perspectiva individual, mediante la comunicación nos permitió comprender su realidad, recoger sus pensamientos y profundizar en sus vivencias. Resulta útil pues responde al propósito de aproximarnos al sentir de la mujer histerectomizada. Adicionalmente nos permitió crear nuevas hipótesis y preguntas de investigación al ser un método flexible.
- Dentro de las limitaciones encontramos:
 - Que este método no es de conocimiento general a nivel de los profesionales de salud por lo que no hay accesibilidad para desarrollar este tipo de estudios; adicionalmente la cantidad de referencias bibliográficas cualitativas sobre el tema es limitada en el área médica.
 - Por lo íntimo del tema resulta complicada la comunicación con las pacientes, adicionalmente las características de la población constituyen un determinante que dificulta la obtención de información.
 - La información obtenida no puede ser extrapolada a otra población con características socioculturales distintas a las de nuestra población.
 - No se contó con la participación de familiares o personas cercanas a la mujer que nos permita corroborar, obtener un punto de vista diferente o ampliar la información obtenida de las pacientes.

6.2 RECOMENDACIONES

- Para el paciente y sus familiares: Despejen todas sus dudas y miedos con el médico, no tengan vergüenza de preguntar incluso aquellas cosas que

parezcan irrelevantes o íntimas. No se apersonen de sentimientos ajenos, vivan su propia experiencia.

- Para los médicos: Brinden información clara y no técnica respecto a las patologías y procedimiento, de esta manera la comprensión de las pacientes será mayor y la toma de decisiones más acertada. Brinden el tiempo necesario a la entrevista. Consideren que existen temas difíciles de tocar para la paciente, por lo que deberían tomar la iniciativa de abordarlos puesto que estos son los que más conflictos internos generan en la paciente. Observen a la mujer como un todo, no como una patología aislada, consideren por igual la esfera biológica, psicológica y social. Moléstense en realizar un seguimiento integral a cada mujer para detectar en ellas cualquier distorsión de la realidad o alteración que requiera manejo por otro especialista.
- Para los docentes de la facultad: Enfatizar en la importancia del manejo integral de los pacientes y sus patologías.
- Para futuras investigaciones de tipo cualitativo, relacionadas con las representaciones sociales: Tratar de abordar no solo a la paciente sino también a su medio social cercano (pareja, familiares, etc.), pues de esta manera obtendrán un panorama más amplio de la realidad de la paciente.
- Promover el desarrollo de estudios cualitativos ya que este tipo de estudio constituye un medio para comprender de manera integral a la paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Aarts, J., Nieboer, T., Johnson, N., Tavender, E., Garry, R., Bwj, M., & Kb, K. (2015). Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), 5.
2. Alario, M. T. (1995). La mujer creada: lo femenino en el arte occidental. *Arte, Individuo Y Sociedad*, 7, 7.
3. Anjali, G. (2016). *Feminine Ideology, Relational Self-Concept, and Internalizing Symptoms in Women*. City University of New York (CUNY).
4. Aparecida, M., Merighi, B., Moura De Oliveira, D., Pinto De Jesus, M. C., Akiko, L., Hoga, K., ... Pedroso, O. (2012). Experiences and expectations of women submittes to hysterectomy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 21(3), 10.
5. Arango, L., León, M., & Viveros, M. (1995). *Género e identidad: Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. (T. Mundo, Ed.) (1st ed.). Bogotá, Colombia.
6. Araya, A., Urrutia, M., Jara, D., Silva, S., Lira, M., & Flore, C. (2012). El significado de la histerectomía para un grupo de hombres chilenos parejas de histerectomizadas. *Revista Escuela de Enfermería USP*, 46(6), 6.
7. Araya Umaña, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. (FLACSO, Ed.) (1st ed.). Costa Rica.
8. Arias, C., & Tenezaca, D. (2012). Prevalencia y causas de histerectomía

en mujeres atendidas en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca en el año 2012. Universidad de Cuenca.

9. Bahri, N., Tohidinik, H., Fathi Najafi, T., Larki, M., Amini, T., & Askari Sartavosi, Z. (2016). Depression Following Hysterectomy and the Influencing Factors. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(1), 8.
10. Balagueró Lladó, L. (2002). Aspectos antropológicos del útero y sus funciones. *ELSEVIER*, 61(3), 10.
11. Bayram, G. O., & Beji, N. K. (2010). Psychosexual adaptation and quality of life after hysterectomy. *Sexuality and Disability*, 28(1), 3–13.
12. Berenguera, A., Fernandez, M. J., Pons, M., Pujol, E., Rodriguez, D., & Saura, S. (2014). Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud.
13. Callaghan, P., & Li, H. C. (2002). The effect of pre-operative psychological interventions on post-operative outcomes in Chinese women having an elective hysterectomy. *British Journal of Health Psychology*, 7(2), 247–252.
14. Camacaro Gómez, D., & Camacaro Cuevas, M. (2009). Un cuerpo mutilado a la orden de otro.... *Redalyc*, 13.
15. Cárdenas, A., Quiroga, C., Restrepo, M., & Cortés, D. (2005). Histerectomía y ansiedad: Estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. *Revista Colombiana de Obstetricia Y Ginecología*, 56(3), 8.
16. Carmona Recuenco, V. (2011). Proceso de adaptación en las mujeres

histerectomizadas según la teoría de Callista Roy, 2011.

17. Casares García, E. (2008). La función de la mujer en la familia. Principales enfoques teóricos. APOSTA. Revista de Ciencias Sociales, 36, 21.
18. Castellanos, G. (2006). ¿Existe la mujer? Género, Lenguaje y Cultura. In Perspectivas feministas y psicoanalíticas sobre identidad (2nd ed., p. 110). México.
19. Cellery, A., & Albuja, D. (2014). Calidad de vida sexual en mujeres post histerectomizadas del servicio de ginecología del Hospital Carlos Andrade Marín durante el año 2014. PUCE.
20. Cerda, P., Pino, P., & Urrutia, M. T. (2006). Calidad de vida en mujeres histerectomizadas. Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología, 71(3), 6.
21. Chenevard, C. L., & Mella Román, F. (2007). Percepción, síntomas y sexualidad en mujeres histerectomizadas. Revista Cubana de Obstetricia Y Ginecología, 33(1), 1-8.
22. Clayton, R. D. (2010). Hysterectomy. Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology, 20(1), 14.
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2005.09.007>
23. Colorado, M., López, L., & Fernández, S. (2008). Mujer y Feminidad.
24. De La Pava Ossa, A. (2006). Qué es una mujer para el psicoanálisis. Desde la sexualidad femenina de Freud, hasta la posición femenina de Lacan. Desde El Jardín de Freud, 6, 20.
25. Drellich, M., & Bieber, I. (1960). The psychologic importance of the

- uterus and its functions; some psychoanalytic implications of hysterectomy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 126(4), 12.
26. Escoriza Mateu, T., López Medina, J., & Navarro Ortega, A. (2006). *Mujeres y Arqueología*.
27. Estrada, M., Raquel, M., Castillo, P., Arnulfo, M., Estrada, M., María, D., & Huerta-franco, R. (2010). EL AUTOCONCEPTO DE MUJERES.
28. Fernandes, A. F., Nicolau, A. I., Vasconcelos, C., Alves, P., Pinheiro, A. K., Sawada, N., ... Moreira, C. (2014). Consequences of Different Hysterectomy Techniques in Sexual Behavior—A Systematic Review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 4(4), 333–341.
29. Güliz, B., & Nezihe, B. (2010). Psychosexual Adaptation and Quality of Life After Hysterectomy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(2), 12.
30. Halperin, P., & Acha, O. (2000). Historia de mujeres e historia de género. In *Cuerpos, géneros e identidades: estudios de historia de género en Argentina* (p. 291). Buenos Aires.
31. Hammer, A., Rositch, A. F., Kahlert, J., Gravitt, P. E., Blaakaer, J., & Søgaaard, M. (2015). Global epidemiology of hysterectomy: possible impact on gynecological cancer rates. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 213(1), 23–29.
32. Indacochea Morán, R. M. (2010). Causas y complicaciones de histerectomía abdominal y vaginal: Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor 2010.
33. Jawor, M., Dimter, A., Marek, K., Dudek, D., Wojtyś, A., & Szproch, A.

- (2001). Anxiety-depressive disorder in women after hysterectomy. Own study. *Psychiatria Polska*, 35(5), 9.
34. Jodelet, D. (1984). Representación Social: Fenómenos, concepto y teoría. In *Psicología Social II. Pensamiento y Vida Social* (pp. 469–494). Madrid.
35. Johnson, N., Barlow, D., Lethaby, A., Tavender, E., & Curr, E. (2006). Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev.*, (1), 9–10.
36. Judith, H. (2003). Psychosocial Problems of Women who had Undergone Hysterectomy.
37. Lamas, M. (2012). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Redalyc*, 8(20), 25.
38. Lee, C.-F., Wen, F.-H., Lin, S.-S., & Lin, H.-M. (2009). Changing quality of life in hysterectomized women. *Journal of the Formosan Medical Association*, 108(5),
39. Llanos Pozi, M. (2012). El Muestreo Teórico. In *Metodología y técnicas de la investigación social* (p. 4).
40. López Noguero, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *XXI Revista de Educación*, 4, 10.
41. Majumdar, A., & Saleh, S. (2014). Psychological Aspects of Hysterectomy & Postoperative Care. *INTECH*, 3, 30.
42. Martínez Herrera, M. (2009). La construcción de la feminidad: la mujer como sujeto de la historia y como sujeto de deseo. *Actualidades En Psicología*, 21(108), 19.

43. Merighi, M., Barbosa Oliveira, Deíse Moura de Jesus, M. C., Pinto de Hoga, L., & Pedroso, A. (2012). Experiências e expectativas de mulheres submetidas à histerectomia, 21(3), 608–615.
44. Mora, M. (2010). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Almenara*, 15, 25.
45. Müller, A., Thiel, F. C., Renner, S. P., Winkler, M., Häberle, L., & Beckmann, M. W. (2010). Hysterectomy-a comparison of approaches. *Deutsches Arzteblatt International*, 107(20), 353–9.
46. Olavarría, J. (2009). Feminidad, Cuerpo y Género. Una mirada desde la Sociología. *Psiquiatría Universitaria*, 3, 10.
47. Ortega, R. M. (2011). Histerectomía abdominal. *Hospital Universitario Virgen de La Nieves*, 19.
48. Ortiz, M., & Torres, J. (2011). Serás lo que quieren que seas, o no serás nada.
49. Perera Perez, M. (2013). A propósito de las representaciones sociales.
50. Pérez, M. Á., & Redondo, M. M. (2006). Procesos De Valoración Y Emoción: Características , Desarrollo, Clásificación Y Estado Actual . *Revista Electrónica de Motivación Y Emoción*, IX.
51. Rannestad, T. (2005). Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 19(3), 419–30.
52. Romero, L. (2010). Influencias de la Corporeidad en una Ética de lo Femenino. *A Parte Rei. Revista de Filosofía*, 55, 6.
53. Scriven, A., & Tucker, C. (1997). The quality and management of written

- information presented to women undergoing hysterectomy. *Journal of Clinical Nursing*, 6(2), 107–13.
54. Solbrække, K. N., & Bondevik, H. (2015). Absent organs--present selves: exploring embodiment and gender identity in young Norwegian women's accounts of hysterectomy. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10, 26720.
55. Sparić, R., Hudelist, G., Berisava, M., Gudović, A., & Buzadzić, S. (2011). Hysterectomy throughout history. *Acta Chirurgica Iugoslavica*, 58(4), 5.
56. Stang, A., Merrill, R. M., & Kuss, O. (2011). Nationwide rates of conversion from laparoscopic or vaginal hysterectomy to open abdominal hysterectomy in Germany. *European Journal of Epidemiology*, 26(2), 9.
57. Sutton, C. (1997). Hysterectomy: a historical perspective. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 11(1), 21.
58. The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). What is a hysterectomy? *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 3, 4.
59. Urrutia, M. T. (2013). Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología*, 78(4), 7.
60. Vives Casas, F. (2013). La imagen de la mujer a través del arte. El ideal de mujer en los siglos XVIII y XIX.
61. Webb, C., & Wilson-Barnett, J. (2010). Self-concept, social support and hysterectomy. *International Journal of Nursing Studies*, 20(2), 11.

ANEXOS

ENCUESTA DE SELECCIÓN DE PACIENTES

La siguiente encuesta tiene como finalidad determinar la idoneidad de la paciente para realizar un estudio relacionado con las representaciones sociales de feminidad de las mujeres histerectomizadas. La información será totalmente confidencial y solo utilizada por los investigadores. Responda con sinceridad.

1. ¿Ha escuchado comentarios negativos sobre las mujeres a las que se les extrae el útero?

Sí_____ No_____

2. ¿Cree usted que las relaciones con su familia y pareja puedan cambiar o cambiaron a causa de la histerectomía?

Sí____ No____

1. ¿Su vida sufrirá o ha sufrido algún cambio a causa de la histerectomía?

Sí_____ No_____

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

La finalidad de esta entrevista es recabar todos los datos necesarios para poder obtener la información necesaria para el estudio y análisis de datos. Como se indica previamente se trata de un modelo de entrevista que puede ser cambiada en el transcurso de la misma ya que el diseño de un estudio cualitativo implica la flexibilidad de los métodos. La entrevista está pensada para un tiempo estimado de 30-40 minutos.

- 1 ¿Qué sabía del tratamiento (histerectomía) antes de que sea realizado?
- 2 ¿Qué opina sobre la información que recibió del personal de salud antes, durante y después del procedimiento?
- 3 ¿Habló con el médico sobre sus miedos y preocupaciones respecto a la cirugía?
- 4 ¿Cree que la cirugía afectó/afecte de alguna manera a su vida y provocó/provoque cambios en ella?
- 5 ¿Cómo se siente usted con relación a otras mujeres de su edad que no han sido histerectomizadas?
- 6 Hablando de su feminidad ¿Cuál es la percepción de usted misma como mujer al saber que ya no tiene útero?
- 7 ¿Ha escuchado comentarios negativos de personas conocidas sobre las mujeres que se someten a una histerectomía? De todo lo que ha escuchado respecto a las mujeres histerectomizadas, ¿Qué es lo que más le preocupa/preocupaba a usted?

- 8 ¿Cree que después de la cirugía usted tuvo/ tendrá algún cambio físico o psicológico? ¿Seguirá/ sigue siendo la misma mujer?
- 9 ¿Cree que hubo/habrá algún cambio en la relación con su pareja? ¿Por qué?
- 10 ¿Cree que hubo/habrá algún cambio en la relación con su familia e hijos? ¿Por qué?
- 11 ¿Considera usted que la cirugía cambió/ cambiará la forma en la que el resto de personas le ven y lo que piensan de usted?
- 12 ¿Recomendaría a otras mujeres que opten por este tratamiento en caso de ser necesario o deberían considerar otras opciones?

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MUJERES

HISTERECTOMIZADAS QUE SE ENCUENTREN HOSPITALIZADAS O

ACUDAN A CONSULTA EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE

CALDERÓN PERIODO OCTUBRE- NOVIEMBRE 2016

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

INVESTIGADORAS:

EDNA LIZBETH CURIPALLO VIERA Teléfono 0984538513

Email: ednacuripalloviera@gmail.com

DANIELA MARIBEL YÁNEZ VACA Teléfono 0992828396

Email: a_daa@hotmail.es

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: REPRESENTACIONES SOCIALES DE FEMINIDAD EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS DEL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN EN EL PERIODO OCTUBRE – NOVIEMBRE 2016.

PARTE I: INFORMACIÓN

Somos alumnas egresadas de la Facultad de Medicina de la PUCE, nos encontramos realizando un proyecto de investigación previo a la obtención de nuestro título como Médico –Cirujano. Por medio de nuestro estudio deseamos conocer cómo usted se siente frente a la histerectomía: cómo se ve a si misma, sus miedos, preocupaciones, las razones que la llevaron a aceptar realizarse esta cirugía, el grado de apoyo que ha

recibido por parte de su familia y el acompañamiento e información que los médicos le han dado antes de ser intervenida quirúrgicamente.

Están invitadas a participar de esta investigación todas las mujeres que han sido sometidas a una histerectomía. Si usted decide hacerlo, tardaremos de 30 a 40 minutos aproximadamente en una entrevista. Realizaremos preguntas y sus respuestas serán grabadas en una grabadora de voz.

Su participación es voluntaria. Cabe recalcar que si no decide ser parte de esta investigación, no habrá repercusiones sobre usted ni sobre la calidad de atención que reciba en esta casa de salud. Si decide participar todos sus datos personales se mantendrán en anonimato, su identidad no será revelada en el estudio a menos que usted así lo desee. La información que nos proporcione, será utilizada únicamente con fines académicos para la elaboración de nuestro proyecto de investigación. No habrá ningún tipo de retribución económica para quien decida ser parte de este estudio.

PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He sido invitada a participar en esta investigación sobre las representaciones sociales de la mujer que ha sido histerectomizada. He leído o me ha sido leída la información de la sección superior. He tenido la oportunidad de realizar preguntas, las cuales han sido contestadas satisfactoriamente. Toda duda al respecto de mi participación en este estudio ha sido aclarada. Consiento voluntariamente ser parte de esta investigación y autorizo que la entrevista que se me va a realizar sea grabada. Entiendo que tengo derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que esto afecte mi cuidado médico.

NOMBRE DE LA PARTICIPANTE.....

FIRMA.....

FECHA.....

En caso de ser analfabeta

He sido testigo/a de la lectura exacta del documento de consentimiento para la participante, quien ha tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales han sido contestadas. Confirmando que la participante ha dado su consentimiento libremente.

NOMBRE DEL TESTIGO.....

HUELLA DACTILAR DE LA PARTICIPANTE.....

FIRMA.....

FECHA.....

Hemos leído con exactitud o sido testigos de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para la participante, quien ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmamos que el consentimiento ha sido aceptado y firmado libremente

NOMBRE DE LAS INVESTIGADORAS.....
.....

FIRMA DE LAS

INVESTIGADORAS.....

.....

FECHA.....

Se entrega copia del consentimiento informado SI NO

MATRIZ DE IDEAS NÚCLEO DEL ESTUDIO

	AV19	MY68
¿Qué sabía del tratamiento (histerectomía) antes de que sea realizado?	Yo no tenía ni idea, no, nunca había escuchado de este tratamiento ni había nunca conocido a nadie que le hayan sacado el útero. ESTADO-↑R	Que, bueno que luego de la cirugía no podía quedarme embarazada. Tenía un problema y era necesario extirparme el útero y había escuchado que habían algunos problemas, que tenían afecciones las mujeres que se sacaban el útero. ESTADO-↑R.
¿Qué opina sobre la información que recibió del personal de salud antes, durante y después?	En eso momento no, ya después porque ya me había desmayado y le habían pedido las firmas a mi esposo. ESTADO-DISTORCIONANTE	Mmm sí, el médico me indicó que debido a la hemorragia que se me había presentado, la razón era unos miomas que tenía, estaba deformado el un ovario, estaba pegado a la ¿pelvis es?, entonces que eso traía consecuencias, podía luego producirse cáncer, alguna cosa y yo acepté la decisión, acepté la cirugía. ESTADO-↑
¿Cuáles son/eran sus miedos y preocupaciones respecto a la cirugía?	De que él quiera tener algún otro hijo y de que se vaya a vivir con alguna otra persona y después ya dejándonos a nosotros. ESTADO-DISTORCIONANTE	Realmente no, decidí aceptar la decisión del médico y el consejo que me daba según los exámenes que me habían practicado y que era necesario en mi caso la cirugía. Y acepté. ESTADO-↑

<p>¿Qué tipos de cambios usted puede atribuir a la cirugía (física, psicológica)?</p>	<p>No porque ahorita es que si no me hacía eso le hubiera dejado a mi hijo solito, solito le hubiera dejado (llora), que no voy a ser mamá otra vez. Hacer deporte, ósea ya ahorita saliendo de aquí, a mí me gusta jugar fútbol y básquet entonces yo creo que eso ya no se va a poder, o comer cosas infectosas. ACCION-DISTORCIONANTE</p>	<p>No, para mí fue normal. Tuve algunos problemas pero realmente no por la extirpación del útero sino por una plastia que me hicieron vaginal y eso si me producía bastantes dolores. ESTADO-↑R</p>
<p>¿Qué tipo de comentarios ha escuchado sobre las mujeres histerectomizadas?</p>	<p>No, no he escuchado, como le digo no he sabido que se hacen esas operaciones. ESTADO-↓R</p>	<p>No en ese caso nadie intervino, simplemente aceptaban que me hacía una cirugía y no comentaron ni en bien ni en mal. A que les afectaban, tenían estragos después de la cirugía, les daban dolores de cabeza, que algunas se desmayaban, que cambiaba el carácter, se ponían mal genios así. Tenían alteraciones, calores, molestias, bastantes molestias físicas. ESTADO-↓R</p>
<p>Hablando de su feminidad, ¿cuál su percepción? ¿Cómo se siente con otras mujeres no histerectomizadas? Y, ¿qué cree que piensa la sociedad de su actual condición?</p>	<p>No</p>	<p>No, me siento bien y me sentí también bien. Y luego de la cirugía me veo igual y en ocasiones mejor que otras compañeras, amigas que n han sido histerectomizadas. Mmm yo me veo normal y bien. No he tenido problema en ese aspecto. ACCION-↑R</p>

<p>¿Cree que habrá algún cambio en relación con su pareja, hijos y familiares?</p>	<p>ESPOSO: creo que no, pero nunca se sabe. FAMILIA: No saben nada todavía, recién hoy han de venir. No, no quieren hablar ellos. ESTADO-↑</p>	<p>ESPOSO: Estaba de acuerdo, estuvo de acuerdo para que me haga la cirugía. Aceptó la decisión del médico y la mía y no puso objeción ni sintió tampoco después ningún cambio. FAMILIA: No en ese caso nadie intervino, simplemente aceptaban que me hacía una cirugía y no comentaron ni en bien ni en mal. ESTADO-↑</p>
<p>¿Cree que la cirugía fue beneficiosa?</p>		<p>No yo si consideré que fue beneficioso para mi salud. Primero por la razón que me decía el médico que podía tener otras consecuencias y también como una liberación a ese cuidado que una tiene durante su etapa fértil al poderse quedar embarazada. ESTADO-↑R</p>
<p>¿Usted considera que cambiará/cambiado como le ven las demás personas?</p>		

<p>JY48</p>	<p>MV42</p>
<p>El procedimiento médico creo que la parte básica no, lo que se pregunta al médico que es la extracción del útero para evitar ciertos problemas futuros y que ya se tenían en ese momento. ESTADO- ↑R</p>	<p>Antes ya había tenido familiares a los que les habían hecho y algo me habían comentado pero cuando yo empecé a asistir al médico, él me fue explicando claramente los pasos que va a seguir y todo lo que va a hacer en la cirugía. ESTADO-↑R</p>

<p>En base a las preguntas que se realizaron en ese momento, si supieron solventar las preguntas, vuelvo y repito pero, creo que si hay cosas que una no pregunta en su tiempo y quedan flotantes, llamémoslo así.</p>	<p>Mmm yo le agradecí mucho porque me explicó detalladamente todo lo que era, todas las consecuencias de no hacerme la cirugía y las consecuencias después de hacérmela y los beneficios también que iba a tener después de la misma entonces me explicó todo claro. Fue muy claro y muy válido todo lo que me dijo</p>
<p>Bueno la parte que se preguntó obviamente era la parte médica, se sabía que era por una enfermedad existente que había que extirpar el útero para evitar obviamente complicaciones. Las preguntas que surgen en ese momento obviamente son creo que las propias, el saber que va a pasar a futuro, tiempo de recuperación, de pronto como va a ser el tratamiento posterior o que es lo que va a ocurrir. Pero creo que si fueron solventadas la mayoría.</p>	<p>Si, básicamente lo que me preocupaba era la anestesia, siempre uno tiene miedo a eso pero entonces él me supo explicar, hablamos ee... me preguntó sobre las alergias, si alguna vez había tenido algún tipo de complicación y junto con el anesthesiólogo se dieron el tiempo de poderme explicar claro y saldaron todas las dudas que tenía.</p>
<p>No, me mantengo en la misma posición, no ha habido ningún cambio. ACCION-↑R</p>	<p>Voy a seguir siendo la misma persona, el hecho de que se tenga o no útero o algo no va a cambiar en nada mi forma de ser.</p>

<p>En el momento que me realizaron la cirugía yo estaba divorciada por lo tanto no tenía pareja, sin embargo a mi madre también le habían hecho años atrás la histerectomía y tampoco hubo ningún inconveniente ni complicación, por lo tanto no tuve ningún comentario negativo más bien apoyo en cuanto a la recuperación. ESTADO.↑R</p>	<p>En el momento que me realizaron la cirugía yo estaba divorciada por lo tanto no tenía pareja, sin embargo a mi madre también le habían hecho años atrás la histerectomía y tampoco hubo ningún inconveniente ni complicación, por lo tanto no tuve ningún comentario negativo más bien apoyo en cuanto a la recuperación. Compañeras de trabajo inclusive decían que habían sufrido cambios en cuanto al carácter, que no podían dormir, tenían dolores de cabeza, que chusa se engordaban, entonces.... pero no, realmente no tuve ningún cambio, o al menos como le dije hace un momento no se asoció.</p>
<p>Creo que una mujer es mujer desde que nace y no le hace el tener o no útero. O sea obviamente en mi caso yo ya tenía dos hijos y no tuve mayor inconveniente. Pero como mujer creo que hasta la presente fecha me siento realizada. Compañeras decían que habían sufrido cambios en cuanto al carácter, que no podían dormir, tenían dolores de cabeza, que chusa se engordaban, entonces.... pero no, realmente no tuve ningún cambio. ACCION-↑R</p>	<p>Exactamente la misma que tenía antes porque el ser mujer no determina el tener o no útero, entonces yo sigo siendo la misma persona que.. que era hasta dos días antes de la cirugía. Mmmm me siento muy bien, no ha cambiado nada. Más tranquila en cuanto a la salud y al hecho de tener una relación más relajada con la pareja, sin riesgos ni peligros de embarazos no deseados. ACCION-↑R</p>

<p>ESPOSO: No ha habido ningún inconveniente, mi pareja es una persona muy educada, muy racional, obviamente nos casamos también hace tres años y ya no estaba en época tampoco de tener otro bebé así hubiera tenido útero. Y creo que la relación ahorita es como personas adultas, como pareja y se la lleva muy bien. FAMILIA: Con mi familia no porque el hecho de que se tenga o no el útero no influye en nada, uno no se presenta ante la gente diciendo hola tengo útero o no lo tengo entonces uno sigue siendo el mismo y con hijos no los tengo y así los tuviera uno sigue siendo madre inculcando valores y no por el hecho de tener el útero eso va a variar. ESTADO-↑R</p>	<p>ESPOSO: No ha habido ningún tipo de reclamo ni nada por el estilo. ESTADO-↑</p>
<p>Hay comentarios obviamente de los cambios que sufren las mujeres, eee... de pronto uno se pone a pensar que puede darse ese caso, pero como le indiqué hace un momento, no asocié ningún tipo de cambio posterior a la operación ESTADO-↑</p>	
<p>No nada porque obviamente son cosas que uno no anda contando a todo el mundo o haciendo público el hecho de que uno no tiene útero, más bien a uno le valoran por el trabajo, por la personalidad que cada uno tiene. ESTADO-↑</p>	<p>No en ningún momento eso cambiará, todo va a seguir igual. ACCION-↑R</p>

<p>GV62</p>	<p>IV57</p>
<p>Bueno yo lo que sabía era que decían que la mujer no es la misma cuando tiene marido en las relaciones sexuales, y bueno eso no podría decir porque hasta el momento yo no he tenido nada porque soy divorciada, que no es bueno sacarse la matriz. ESTADO-↑R</p>	

<p>Lo que me dijo es que me tenían que sacar la matriz, es el útero para poder tener hijos. Pero como yo ya tenía 3 hijos, yo veía lo mejor para mí. Inclusive para salir de que si era cáncer o era benigno maligno tenían que operarme y mandar a patología creo...., a que le estudien al tumor. Y dando gracias a mi Dios era benigno.</p>	<p>Bueno yo antes de tomar esta decisión me hice ver con 4 ginecólogos y todos me sugerían que me debía sacar porque luego voy a tener unas terribles hemorragias. Mis miomas estaban creciendo demasiado, absorbían demasiada sangre. El último ginecólogo me dijo que las hemorragias que podía tener si no me sacaba iban a ser terribles, y que como ya era una mujer pasada los 45 años no me va a servir para nada y cuando me llegue la menopausia no tenía utilidad. Y ahí tome la decisión.</p>
<p>No, más bien yo fui tranquila. Todo lo que Dios disponga para mí. Fui muy tranquila, entonces todo fue con éxito, muy bien.</p>	<p>Bueno yo yo no quería sacarme, porque bueno me contaban que el útero te ayudaba a que segregues hormona, y yo le decía al ginecólogo que no quería. Por lo que me hice ver con 4 ginecólogos antes de llegar a la operación y bueno todos me sugerían que me debía sacar porque luego voy a tener unas terribles hemorragias. Mis miomas estaban creciendo demasiado, absorbían demasiada sangre.</p>
<p>Si, como ya me dijo que el útero sirve para tener hijos, entonces yo ya tenía 3 hijos y ya no aguantaba los sangrados y era lo mejor para mí. La cirugía dando gracias a mi Dios y al doctor todo salió excelente. El dolor de los primeros días pero nada más.</p>	<p>No todo fue para bien, mi vida cambio para mejor.</p>
<p>Sí, me decían que una ya no se siente mujer, que ya no le da deseos de estar con un hombre. A mí eso ya no me importaba porque yo era divorciada y en eso ya no tengo experiencia porque no tengo marido. Para mí primero es mi salud. ESTADO-↓R</p>	<p>Sólo he escuchado que se vuelven frías, pero por mi experiencia es más psicológico en ese aspecto. ESTADO-↓R</p>
<p>No para nada porque es una cirugía más como otras que me han hecho, así que no me siento diferente. Mejor deje de estar con los dolores, dejé de menstruar para mí esata cirugía fue un alivio. No no. En mi salud yo me sentía mucho mejor. Porque ya no menstruaba como menstruaba antes, ya no tenía</p>	<p>No me siento diferente, no he sentido ningún cambio como mujer porque aunque no tengo útero me veo mejor que otras de mi edad. Me cuida mucho en mi peso, no tengo dolores de cabeza. Para mí la cirugía fue para bien. Sólo he escuchado que se vuelven frías, pero por mi experiencia es más</p>

anemia, ya no me dolía mucho como me sabía doler, que me traspasaba a la espalda, era una cosa que yo ya no aguantaba, eso si no aguantaba.	psicológico en ese aspecto.
	<p style="text-align: center;">Mi vida es igual y hasta mejor. ACCION-↑R</p>

FH43	PS38
<p>Mmm nada, sólo las cosas que a veces la gente comenta, pero no hacía caso, fuí a que me explique el ginecólogo. ESTADO -↓R</p>	<p>Ehhh lo que sabía era que dicen que es malo, que hay cambios hormonales, que después la menopausia llega más rápido, muchos mitos en realidad. Que no es bueno porque le quitan una parte principal del cuerpo y que luego los órganos ya no funcionan bien. ESTADO-↓R</p>
<p>El doctor me explicó que como ya no iba a tener más niños y como mi útero estaba fibroso y sangraba demasiado y que aunque me hagan otros tratamientos con el tiempo se iba a empeorar las cosas y hasta se produce el cáncer al útero entonces la opción del doctor era que si ya no vas a tener más niños mejor sácatelo, y accedí.</p>	<p>Mmmm bueno mi doctora fue muy buena y me explicó hasta con gráficos como iba a ser la cirugía, lo que iba a perder y lo que no iba a perder y básicamente que no iba a pasar nada porque era un órgano que ya no me iba a servir porque ya no iba a tener más bebés y básicamente para lo que servía era para eso. Y además a mí me estaba haciendo daño porque yo tenía repercusiones por no operarme. Entonces ella más bien fue súper clara y eso más bien fue una seguridad para mí.</p>

<p>Bueno no tengo ningún cambio, en lo que si no tengo mi experiencia es en lo físico, la verdad es que desde la operación no he realizado actividad por desconocimiento. Siempre me hago atender, me hago exámenes pero lo que no he preguntado es si ahora voy a tener menopausia, aunque me han dicho que como ya no tengo útero ya no voy a tener, pero ahora sudo muchísimo y eso quiero preguntarle a mi ginecólogo bien que va a pasar. Es lo único raro que he visto. Aunque la subida de peso también puede ser, después de la cirugía, eso no pregunté tampoco porque los exámenes que recién me hice todo está bien pero si he subido de peso.</p>	<p>Mmm osea en un inicio de la cirugía los estragos normales de una cirugía, ya que yo nunca había tenido, yo mis partos eran todos normales entonces yo nunca había tenido una cirugía como cesárea que dicen que es parecida. Sino como que a ratos se movía algo adentro, nose.... Y la doctora me dijo que era normal porque se van reacomodando los órganos, porque queda un hueco vacío de donde me sacaron el útero y que era normal. Pero después de un tiempito dejé de sentirlo</p>
<p>Habían mitos y comentarios negativos de muchas de las personas que sabían o que ni siquiera eran sacadas el útero, pero siempre me he basado en lo que me dicen los doctores. Lo que decían que se pierde el deseo sexual, que no iba a ser igual, por ese lado era lo que más me decían, es lo único pero por salud yo decidí sacarme el útero. ESTADO-↓R</p>	<p>Bueno sí mi mami era la que más bien me decía que nooo que era muy joven para retirarme el útero, las ideas de las mayorsitas. Que no que uno tiene que procurar nunca sacarse el útero porque es nuestra matriz y no se que, cosas así. ESTADO-↑</p>
<p>No no no..... no creo (risa) me gustan los hombres todavía (risa), todo tranquilo todo muy bien. Ningún cambio, yo no noto nada diferente. Mmm creo que no,</p>	<p>No yo estoy igual, soy mujer.</p>
	<p>Mi esposo me apoyo porque me veía sufrir, el estaba super de acuerdo. ESTADO-↑R</p>
	<p>Yo soy feliz con estoy, para mi fue para bien. ESTADO-↑R</p>

<p>AM37</p>	<p>CV50</p>
<p>Escuche comentarios muy negativos. ESTADO-↓R.</p>	<p>O sea sabía más cosas negativas, más que todo porque mi hermana si le dio una gran tristeza cuando le sacaron el útero y me daba miedo que me pase lo mismo. ESTADO-↑R APELACION EXPERIENCIAS DECISIVAS</p>

Si fue buena, aparte que ya tenía demasiado dolor, me dolía mucho el vientre, sangraba muchísimo cuando menstruaba, era bastante incómodo.	Fue muy buena, mis médicos han sido muy buenos y sobretodo confío muchísimo en ellos.
Mmmm ninguno específico, como el de todos de entrar a un quirófano pero nada más	Entré con mucho temor porque tenía el antecedente de mi hermana que se hizo esta cirugía y le dio un trastorno emocional, entonces ella entró en mucha depresión, y yo temía que me pase lo mismo porque como somos hermanas y yo di largas al asunto por eso.
No, ósea si sentí un tipo de cambio para bien, ya no siento muchas inflamaciones, la vida es más ligera. A mí me parece que es lo mejor que he decidido.	No ninguno, cambió mi vida para bien, todo es mejor.
Si muchos pero no hice caso y me operé porque el médico es quien sabe. ESTADO-↓	Había escuchado comentarios positivos y negativos. Porque tenía los antecedentes de mi hermana mayor que fue hecha esta cirugía. También he escuchado que se sentían menos mujeres, que a lo mejor para el esposo ya no íbamos a ser atractivas sexualmente. ESTADO-↑R APELACION EXPERIENCIAS DECISIVAS
Noo, me veo mejor porque con mi pareja me va muy bien me veo bonita, todo para bien.	Como mujer me siento muy tranquila, ya sin el temor de un embarazo no deseado, ya no con el temor de estarme cuidando o rechazando a mi esposo por esa causa. Entonces no ahora me siento mucho mejor.
	Mmm, cambio a favor porque como le decía vamos a estar un poco más tranquilos, ya no vamos a necesitar depender de un método anticonceptivo entonces más bien la relación va a ser más estable. ESTADO-↑R
	Más bien desde la cirugía todo mejoró, mi vida es más tranquila en todos los aspectos absolutamente todo. ESTADO-↑R

AM85	RQ18
<p>No sabía nada.... Porque verá al inicio el doctor me hizo asustar, no ve que me dijo que tenía cáncer y casi me muero, entonces ahí me fui a donde otro médico y me dijo que se había equivocado. Pero antes de eso no sabía nada de esta cirugía. ESTADO-↓R</p>	<p>Me dijeron que era una operación un poco delicada y que necesitaba sobre todo mucho tiempo de recuperación. ESTADO-DISTORCIONANTE</p>
	<p>Yo le pregunte que por qué era y me dijo que a veces pasaba esas cosas, entonces pero me dijo que si es que no me hacía podía vuelta morir yo, podía morir la guagua. Entonces por eso mejor dije que si pues. Si porque eso también ya me dijo. Expliqué a mi mamá y expliqué a mis hermanas y me dijeron mejor que te saques peor que vas a estar muriendo.</p>
	<p>Si me daba miedo que vaya a morir yo o vaya a quedarse mijita vuelta botada. Que va a ser de la guagua dije, entonces nada pues el doctorcito también me dijo que era bueno haciendo eso, que ya sabía entonces me hizo.</p>
	<p>No, el doctor dice que quedamos igual dice, pero no sé yo ya lo que he oído es que a veces se engorda también entonces ya estoy gorda, no quisiera quedar más gorda</p>
<p>Más bien después de que ya me saqué el útero me empezaron a decir que no es bueno hacerse sacar nada, ni útero ni ovarios porque uno se queda como decir peor que un carro sin motor, se queda uno vacía, y que ataca eso a los huesos. Y por eso a de ser que me duele el hombro, las rodillas, la cadera, las manos, todo. ESTADO-↑R</p>	<p>Mi mamá decía antes que ya no sienten lo mismo, que ya el marido se ha de ir a buscar otra. Pero el doctor me dijo que no es así, que quedan bien. No se pues sería de ver que queda. ESTADO-↑R</p>
<p>No como mujer no creo que haya cambiado, me mantengo ágil, risueña como siempre haciendo agradable a la vida.</p>	<p>Tristeza me da de no tener más guaguas. Yo si quería que tenga otrito más pero como doctor dice que después va a ser más difícil y que puede ser más complicado, ósea tristeza si da pero ya así Diosito ha querido. Ya que vamos a hacer.</p>

<p>Mmm tenía deseos pero no podía en las relaciones (risa), mi marido que ya es fallecido me decía ñata pareces muerto (risa) y yo es porque estaba vacía pues vacía. ESTADO-↑R</p>	<p>ESPOSO: Yo creo que no porque igual se va cada quince días de viaje entonces no creo. FAMILIA: Yo no voy a avisar a resto de mi familia. Solo a mamá dije y a ñañas pero de ahí a resto de familia no voy a avisar. ESTADO-↑R</p>
<p>La verdad yo no comentaba sobre esto, me daba recelo, yo no decía a nadie. Porque me vayan a decir uhhh esta pobre está vacía, no mentaba con nadie, sólo sabía un hermano, mi cuñada y ya nadie más. ACCION-↑R</p>	

MT45	MG42
<p>Bueno la verdad es que yo tenía miomas, entonces fui a un control porque sangraba mucho y tenía mucho dolor. Estaba presentando ya muchos problemas y el médico me explicó que ya la última solución era la operación y que tenía que sacarme ya el útero. ESTADO-↑R</p>	<p>Bueno no sabía muchas cosas, tenía muchas dudas y temores porque no sabía cómo iba a realizar pero tampoco es que los médicos me informaron mucho. ESTADO-↓R</p>
<p>Inicialmente no, la ginecóloga solo dijo hay una lesión un poco más que una infección, tiene que consultar. No sabía de qué se trataba, cuando fui donde el médico después de revisar dijo mmm... Hay que ver que es lo que pasa... Finalmente descubrieron por la biopsia que si era importante hacer una cirugía, a la cuál pregunté de que se trataba y me dijeron que era emmm... una cirugía no tan compleja, que incluso era un corte como una cesárea. Esa fue la información que yo recibí. Pregunté posteriormente que es lo que sucedía y me dijeron que solo tenía una probabilidad de 99.9% de que se volviera a dar. Y esa fue toda la información que me dieron.</p>	<p>Si fue limitada y también había cosas que me daban como un poquito de recelo preguntar. Tenía temor, vergüenza de preguntar entonces realmente evitaba preguntar porque me daba temor.</p>

<p>Emmm, un poco el temor de saber de qué se trataba, que era lo que posteriormente iba a suceder. Me preocupaba más el tema del cáncer, si era algo que iba a seguir, si ahí terminaba, a qué me tenía que sujetar. Ese fue el tema que me asustaba, es decir si después iba a seguir desarrollándose.</p>	<p>Sobre si era en realidad tan grave, la operación tan delicada. Y lo que es la recuperación porque como yo trabajo necesitaba saber qué tiempo necesitaba para recuperarme y regresar a mi trabajo. Como trabajo con niños si necesitaba mucho tiempo, pero también es que como trabajo con niños no podía estar mucho tiempo con permiso. Entonces ese era el tema, el trabajo</p>
<p>Emmm.. Posteriormente vinieron los problemas de salud que han sido ya muchos hasta el momento. Entonces sí, ha afectado por completo.</p>	<p>O sea inicialmente si, fue bastante dolorosa y larga la recuperación pero la verdad es que ahora yo no tengo ningún problema. Todo es normal.</p>
<p>No, más bien fue siempre el ánimo de que todo estaba bien. Adelante, siempre me apoyaron las personas que estuvieron alrededor, más mi familia que fue la que estuvo alado mío siempre. ESTADO-↑R</p>	<p>O sea a mí personalmente, directamente nunca me dijeron nada, más bien me apoyaban porque era necesario sacarme. ESTADO-↓R</p>
<p>No, realmente no. O sea la verdad es que no, yo me siento igual. Excepto o probablemente en el hecho de saber que yo no podría o no pude en su momento volver a formar una familia, o de que una pareja no aceptara mi condición para saber de qué yo no podía tener hijos. Y eso ha sido un componente importante. Yo me siento igual muy femenina</p>	<p>Mmmm no, yo creo que es igual, o sea no tengo ningún cambio. Yo creo que estoy en todo bien. No me siento ni diferente, ni más ni menos, o sea igual. Si, si. Al principio si un poquito de temor, pero ahora ya como es más o menos unos dos años entonces bien. No tengo ningún problema.</p>

<p>ESPOSO: Excepto o probablemente en el hecho de saber que yo no podría o no pude en su momento volver a formar una familia, o de que una pareja no aceptara mi condición para saber de qué yo no podía tener hijos. Y eso ha sido un componente importante. FAMILIA: No, realmente no. O sea a mí personalmente, directamente nunca me dijeron nada, más bien me apoyaban porque era necesario sacarme. ESTADO-↑R</p>	<p>ESPOSO: No, si está igual. No ha habido ningún cambio. Lo bueno es que ya no se utilizan anticonceptivos y realmente eso es una maravilla (risas). FAMILIA: Con mi familia no. De hecho con mis hijos nos hemos unido muchísimo más porque desde que yo supe que yo no iba a poder tener más hijos, es como que yo me junté o emocionalmente me acerqué mucho más a ellos. ESTADO-↑R</p>
<p>No, realmente no. O sea la verdad es que no, yo me siento igual. Excepto o probablemente en el hecho de saber que yo no podría o no pude en su momento volver a formar una familia, o de que una pareja no aceptara mi condición para saber de qué yo no podía tener hijos. ACCION↑R</p>	<p>Realmente no porque como no todos saben si tengo o no tengo útero entonces no. O sea nadie sabe, solamente mi familia y no, no afecta en nadie. Nadie me dice nada de eso. ACCION-↑R</p>

<p>FN39</p> <p>Absolutamente nada, me tomó por sorpresa la información cuando el médico me dijo que tenía que hacerme primero una colposcopia y ver lo que sucedía. Posteriormente me dijeron que había un cáncer in situ y que era necesario sacar el útero. ESTADO-↓R</p>	<p>DL40</p> <p>Porque verá yo estaba embarazada y vine a donde el doctor y el doctor me dice que estaba la placenta muy adentro, algo así me dijo. Entonces que no podía sacarle a mi guagua, entonces me dijo que le hagamos la cesárea y que ya después me iban a saca el útero. ESTADO ↓</p>
<p>Si, la verdad es que fue bastante clara. Me dejó preguntar un montón de cosas, todas las dudas y todas las inquietudes que yo tenga. Yo pregunté incluso las cosas que nos dan vergüenza preguntar y me respondió.</p>	<p>Bueno ellos si supieron contestar mis preguntas y dudas así que me sentí satisfecha sobre la información que me dieron.</p>

<p>Que no sabía que iba a pasar con mi sexualidad. Que no sabía si iban a bajar los deseos de tener relaciones. Si me iba a deprimir o los cambios hormonales iban a producir algo en mí. No sé a veces también dicen que cuando uno... o sea cuando las hormonas no están funcionando de lo que algo se escucha así, que de pronto hay cambios, que puede cambiarle la voz, de que la mujer se hace más masculina entonces de eso tenía mucho temor</p>	<p>Sobre el tema de la sexualidad, si es que todo iba a ser igual. Sobre cómo iba a ser un poco la recuperación.</p>
<p>No, si está igual. No ha habido ningún cambio. Lo bueno es que ya no se utilizan anticonceptivos y realmente eso es una maravilla (risas).</p>	<p>Tal vez físico pero positivo, ya no tengo esos síntomas que me incomodaban</p>
<p>O sea si se escuchan cosas negativas pero no que me las hayan dicho directamente a mí. Se escuchan cosas pero la verdad es que a mí no. Cosas como que ya no eres tan mujer o que te abandono tu marido. Que ya no puedes tener hijos. ESTADO-↓R</p>	
<p>No, la verdad es que no me siento ni más ni menos, todo igual.</p>	<p>Realmente ahorita yo me siento bien. No me siento diferente. Me siento aliviada porque ya no tengo las hemorragias y no tengo ya las molestias de antes. Me siento bien. No es algo que me preocupe. O sea que afecte a mi feminidad, sigo siendo una mujer.</p>
<p>ESPOSO: Con mi pareja no, para nada. De hecho él siempre me ha apoyado y seguimos juntos. Y de la relación el tema de la sexualidad sigue todo normal. ESTADO↑R</p>	<p>ESPOSO; No, realmente todo ha sido igual, más bien no he sentido y poco hemos topado el tema a profundidad con mi esposo pero creo que no. FAMILIA: No, más bien ellos están como que más al pendiente de mí, nada más. Nos acercó más. ESTADO-↑</p>
<p>Bueno no es algo que ando contando a todo el mundo y no pues como nadie sabe no tiene por qué afectar. Y no, no me ha pasado. ACCION-↑R</p>	<p>Es que no, yo no estoy diciendo a todo el mundo que me sacaron el útero entonces me ven igual. ACCION-↑R</p>