

# EL AUTOCONCEPTO DE MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA

**Mtro. Arnulfo Morales Estrada<sup>a</sup>, Dra. María Raquel Huerta-Franco<sup>b</sup>,  
Lic. en Psicología Daniel Páramo Castillo<sup>b</sup> y Kathleen Capaccione<sup>c</sup>**

## Resumen

**Objetivo:** el propósito del presente estudio fue comparar los puntajes del autoconcepto obtenidos por un grupo de mujeres antes y un año después de que fueron sometidas a histerectomía.

**Material y métodos:** estudio prospectivo en el que participaron 44 mujeres de 30 a 60 años. Ninguna tenía antecedentes de trastornos psiquiátricos o de uso de fármacos antipsicóticos y/o antidepressivos. El autoconcepto de las mujeres se evaluó con la escala de Tennessee, que incluye una evaluación global y nueve sub-escalas específicas, y que ha sido previamente validado en población mexicana. Para analizar la información se elaboró un programa de computadora y los datos se analizaron con la prueba T para muestras dependientes.

**Resultados:** la edad y escolaridad promedio y desviación estandar ( $X \pm DE$ ) de las participantes fue de  $44,5 \pm 6,9$  y  $5,8 \pm 3,6$  años respectivamente; 39 mujeres de las 44 completaron su evaluación un año después. La calificación global del autoconcepto disminuyó significativamente un año después de que se les practicó la histerectomía ( $642,3 \pm 73,7$  vs.  $592,1 \pm 34$ ;  $p < 0,001$ ). Ocho de las nueve subescalas también disminuyeron significativamente ( $p < 0,01$ ).

**Conclusión:** el autoconcepto y ocho sub-escalas de éste disminuyeron significativamente en este grupo de mujeres sometidas a histerectomía. El efecto que pudieran tener la ansiedad que produce la cirugía y el duelo provocado por la esterilidad se evitaron en este estudio al evaluar a las mujeres un año después del procedimiento. El efecto psicosocial de este tipo de cirugías debe considerarse en la preparación de las pacientes y de sus parejas.

Palabras clave: histerectomía, autoconcepto, sexualidad, esterilidad

## Abstract

**Objective:** the aim of this study was to compare the self-concept scores before and one year after hysterectomy, of a group of Mexican women.

**Methods:** through a prospective study, 44 female subjects from 30 to 60 years were evaluated using the Tennessee self-concept scale. Subjects were included if they did not have psychiatric diseases neither use antipsychotic/antidepressive drugs. A software was designed to analyze the information, and the scores of total and the nine individual profiles of self-concept were compared pre- and post hysterectomy, using a dependent Student's t test.

**Results:** the mean age and the schooling level of the volunteers were:  $44.5 \pm 6.9$  years and  $5.8 \pm 3.6$  (mean  $\pm$  SD), respectively. From the 44 women evaluated in the pre-test, 39 complete the evaluation after one year of following. The mean values of the global self-concept scale decreased significantly ( $p < 0.001$ ) from the beginning ( $642.3 \pm 73.7$ ) to one year after the hysterectomy ( $592.1 \pm 34$ ). The mean values of 8 from the 9 profiles, also decreased significantly ( $p < 0.01$ ).

**Conclusion:** hysterectomy decreases eight of the nine profiles of the self-concept of the women evaluated. The evaluation of the subjects self-concept one year after the hysterectomy, avoid the influence of grief by sterility or anxiety by the surgery itself. The decreases in the self-concept of a women submitted to hysterectomy should be considered in the clinical practice to prevent psychological effects.

**Key words:** hysterectomy, self-concept, sexuality, sterility.

- a. Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato, México.  
b. Departamento de Ciencias Aplicadas al Trabajo, Universidad de Guanajuato, México.  
c. Robert Wood Johnson Medical School, The University of Medicine and Dentistry of New Jersey, EEUU.

## Autor responsable:

Dra. María Raquel Huerta-Franco.  
Departamento de Ciencias Aplicadas al Trabajo, Universidad de Guanajuato, México.

**Correo electrónico:** huertafranco@hotmail.com

Estudio realizado entre febrero del 2008 y julio del 2009.

## Introducción

La histerectomía es la intervención quirúrgica ginecológica más frecuente después de la cesárea.<sup>1</sup> En los últimos años su práctica ha aumentado en países como Finlandia, Dinamarca e Inglaterra,<sup>2</sup> mientras que ha disminuido en otros como Estados Unidos de Norteamérica y Australia.<sup>3,4</sup> Es un procedimiento eficaz e inmediato ante patologías como sangrado uterino anormal, miomas uterinos, enfermedad pélvico-inflamatoria, endometriosis, prolapso geni-

tal e incluso algún tipo de cáncer ginecológico<sup>5,6</sup> así como en emergencias.<sup>7</sup> Sus complicaciones médicas se presentan entre el 0,05 % y hasta en el 43% de los casos.<sup>5,8</sup> Estas suelen asociarse al procedimiento quirúrgico empleado<sup>9-11</sup> y dependen en gran medida de la edad de la paciente, el número de embarazos e hijos previos y las enfermedades subyacentes.<sup>12</sup>

El autoconcepto es el resultado de pensamientos, conductas y afectos, de base real o imaginaria y de procedencia propia o externa, respecto a uno mismo. Es una estructura íntimamente dependiente de la personalidad y está asociada a otras variables como el género, la edad y el ámbito sociocultural de cada persona.<sup>13</sup> Dentro de los aspectos psicosociales de los procedimientos de control natal definitivos, las secuelas psicológicas resultado de una histerectomía son motivo de controversia. Se ha comprobado que la histerectomía se relaciona con una mejoría en la calidad de vida de las pacientes ya que incrementa la libido y el desempeño sexual de las mujeres sometidas al procedimiento,<sup>14</sup> aparentemente sin afectar el autoconcepto<sup>15</sup> ni el bienestar psicológico general, incluso un año después de la intervención.<sup>16</sup> Sin embargo, en otros estudios se ha comprobado que la autoestima tiende a disminuir y se presentan ansiedad y depresión pre y posoperatorias.<sup>17</sup> En lo que coinciden la mayoría de los estudios, es en que los síntomas psicológicos y el autoconcepto que presentan las mujeres después de ser sometidas a una histerectomía, dependerán directamente del estado emocional previo a la operación<sup>18</sup> y de lo preparadas que estén las mujeres previo a la intervención.<sup>19</sup>

Debido a que los efectos psicológicos de la histerectomía sobre el autoconcepto no han sido suficientemente investigados, resulta pertinente conocer si la autoestima y otros aspectos del autoconcepto de un grupo de mujeres mexicanas se modificaron después de que se las sometiera al procedimiento de esterilización a través de histerectomía.

## Material y métodos

Este estudio fue aprobado por el Comité de Investigación de la Clínica Gineco-Pediatría del IMSS de la ciudad de León, Guanajuato, México. Se utilizó un diseño clínico de tipo observacional, prospectivo y longitudinal. Las mujeres incluidas fueron informadas sobre los objetivos del estudio y dieron su consentimiento por escrito para participar en el mismo. El tamaño muestral que se calculó fue de 44 mujeres seleccionadas por conveniencia (sólo se incluyeron aquellas mujeres que aceptaron libremente participar en el estudio) y que estaban programadas para la intervención quirúrgica en el

Hospital de Gineco-Pediatría del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de León, Guanajuato.

El instrumento con el que se evaluó el autoconcepto de los sujetos de estudio es la escala Tennessee. Esta escala fue validada en la población mexicana por González<sup>21</sup> y consta de 100 ítems que se contestan a través de una escala tipo Likert. Además del resultado global, el test evalúa diferentes componentes del autoconcepto, tales como: identidad, satisfacción con uno mismo, percepción del propio comportamiento, del físico, el Yo ético-moral, los afectos hacia uno mismo y la autopercepción con relación a la familia y al contexto social.

Una vez que las mujeres dieron su consentimiento de participación en el estudio, todas completaron una entrevista clínica que incluyó información psico-social para verificar los siguientes criterios de inclusión: tener entre 30 y 60 años de edad, saber leer, no tener antecedentes de trastornos psiquiátricos ni de uso de drogas antidepresivas o antipsicóticos. Para elaborar los perfiles individuales se diseñó un programa computacional y estos resultados se analizaron con la prueba T para muestras dependientes a través del software Statistica (StatSoft, Inc. Tulsa, OK, USA).

## Resultados

De las 44 mujeres evaluadas, cinco no participaron en la segunda parte del estudio porque sus domicilios no pudieron ser localizados. Las características generales se presentan en la *Tabla 1*. El autoconcepto global disminuyó significativamente después de la intervención quirúrgica: de  $642,3 \pm 73,7$  pasó a  $592,1 \pm 34$  ( $p < 0,001$ ). Asimismo, ocho de los nueve perfiles específicos también disminuyeron significativamente, el único que no lo hizo fue el de autoidentidad (*Tabla 2*) que es el componente cognitivo del autoconcepto, es decir, son las ideas que las mujeres tienen acerca de sí mismas y mediante las cuales podrían describirse. Sin embargo, aunque la definición de sí mismas pudo mantenerse estable, la autocrítica positiva disminuyó considerablemente después de la histerectomía, al igual que disminuyó su sentido de que son buenas personas (Yo ético-moral), la percepción de que tienen comportamientos adecuados y la satisfacción consigo mismas.

## Discusión

Los resultados de este estudio demuestran que el autoconcepto de las mujeres evaluadas disminuye significativamente después de que se les practicó la histerectomía. Actualmente se reconoce que esta intervención quirúrgica tiene complejas implicaciones psicosociales para la paciente.<sup>22</sup> Por una parte, la

**Tabla 1:** Características de las mujeres y sus parejas

	<b>Media (DE)</b>
Edad*	44,5 ± 6,9
Escolaridad*	5,8 ± 3,6
Edad de la pareja*	45 ± 9,5
Escolaridad del esposo*	5,9 ± 4,6
Número de hijos	4,8 ± 2,9
Número de abortos	0,51 ± 0,5
<b>Índice de nivel socioeconómico</b>	<b>N (%)</b>
Bueno	26 (66,7)
Regular	11 (28,2)
Malo	2 (5,1)
<b>Estado civil</b>	
Casadas	34 (77,3)
Solteras	1 (2,3)
Unión libre	3 (6,8)
Divorciadas	2 (4,5)
Viudas	4 (9,1)
<b>Ocupación</b>	
Ama de casa	32 (72,2)
Asalariada	5 (11,6)
Trabajo doméstico	3 (7,0)
Trabaja por cuenta propia	2 (4,6)
Trabaja por comisión	2 (4,6)
<b>Ocupación del esposo</b>	
Asalariado	26 (69,5)
Profesionista institucional	7 (19,5)
Profesionista independiente	2 (5,5)
Contratistas	2 (5,5)
<b>Religión</b>	
Católica	39 (88,6)
Protestante	1 (2,3)
Otras	3 (6,8)
Ninguna	1 (2,3)

\*Datos presentados en años

terminación de un estado patológico que pudo haber sido peligroso o doloroso trae consigo una experiencia positiva y propicia el bienestar físico y mental.<sup>23</sup> En el otro extremo, una histerectomía suele marcar el fin de la capacidad reproductiva y esto puede tener un elevado impacto psicológico en la mujer y su pareja. La evaluación realizada un año después tuvo como finalidad identificar el efecto a largo plazo de la experiencia de una histerectomía sobre esta área de la personalidad, eludiendo así la influencia de otros factores como el duelo y la ansiedad generados por la intervención quirúrgica. Así, se intentó reconocer el efecto sobre una estructura de la personalidad y no simplemente procesos psicológicos aislados.

Prácticamente todos los componentes del autoconcepto se vieron significativamente disminuidos después de la histerectomía; el único que no lo hizo fue el de autoidentidad, subescala que evalúa la percepción que la mujer tiene de sí misma, que es el elemento cognitivo del autoconcepto. Una posible explicación de esto es que las creencias que las mujeres tienen de sí mismas pueden permanecer relativamente exentas de afectaciones tras una histerectomía; sin embargo su contexto de pareja y cultural puede estar desvalorizándolas por no tener más capacidad reproductiva, o una autoidentidad femenina.<sup>24,25</sup> En esta línea, sería interesante reconocer si otras intervenciones ginecológicas que no anulan la capacidad reproductiva tienen un efecto tan profundo en el autoconcepto, además de identificar los diferentes efectos según el estatus de maternidad de la paciente, es decir, si ha tenido hijos y si le sobreviven. Actualmente se reconoce que el autoconcepto no depende únicamente de la percepción que una persona tiene de sí y sus capacidades, sino que está relacionado con el comportamiento y la percepción de terceras personas. En este caso, resulta relevante identificar las creencias de las

**Tabla 2:** Puntajes de autoconcepto antes y un año después de la histerectomía (Media ± desviación estándar)

<b>Perfil</b>	<b>Previo</b>	<b>Posterior</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Autoconcepto global	642,3 ± 73,7	592,1 ± 34,0	3,64	< 0,001
Yo-Físico	61,0 ± 8,9	56,9 ± 5,6	2,69	0,01
Yo-Moral	68,1 ± 7,7	61,9 ± 5,8	4,13	< 0,001
Yo-Personal	61,7 ± 3,9	55,5 ± 2,9	3,22	0,002
Yo-Familiar	68,6 ± 7,2	64,8 ± 5,4	2,26	0,03
Yo-Social	62,2 ± 10,3	56,8 ± 5,5	2,80	0,009
Auto-identidad	90,6 ± 12,7	91,3 ± 5,9	-0,33	0,73
Autosatisfacción	116,5 ± 14,1	103,1 ± 9,4	4,87	< 0,001
Auto-comportamiento	114,1 ± 15,7	101,6 ± 7,7	4,00	< 0,001
Autocrítica	36,4 ± 7,4	32,2 ± 6,1	4,58	< 0,001

parejas de las mujeres hysterectomizadas.<sup>26</sup> En este estudio se encontró que la mayoría de las participantes contaban con un esposo y que en promedio éstos tenían prácticamente la misma edad y años de estudio que ellas, es decir, que probablemente tenían el mismo bagaje cultural que sus esposas. Ante esta situación, es recomendable que la educación y preparación previas a la intervención quirúrgica involucre a las parejas de las pacientes.

Una de las escalas que tuvo menor disminución fue la del Yo-físico, que refleja la visión del propio cuerpo, estado de salud, habilidades y sexualidad. Se considera que la sexualidad es el área que mejora más después de una hysterectomía.<sup>27</sup> Pero, obviamente, la sexualidad se construye tanto mediante las percepciones y expectativas personales como mediante las conductas de la pareja. En un estudio previo<sup>28</sup> se reconoció que el efecto sobre la sexualidad depende directamente de la sexualidad previa. Adicionalmente, el efecto que la hysterectomía puede tener sobre la función sexual puede ser variable según el factor de que se trate: el deseo sexual, la frecuencia e intensidad de los orgasmos no necesariamente se ven incrementados, mientras que el dolor provocado por las relaciones sexuales sí disminuye.<sup>29</sup>

Otras características de las mujeres que pueden favorecer la disminución o el mantenimiento del autoconcepto son el estilo de vida y su etapa reproductiva. El primero, entendido como los hábitos tales como consumo de alcohol o tabaco, práctica regular de ejercicio físico, el tipo de alimentación, entre otros, tiene una enorme influencia sobre variables psicológicas. La posibilidad de que ante ciertas circunstancias disminuya el autoconcepto favorece el inicio de trastornos depresivos.<sup>30</sup> Es por esto que resulta relevante no sólo evaluarlos y discernir los factores que le subyacen, sino prevenirlos desde antes de la intervención quirúrgica. Así que es importante reconocer si una mujer de esta cultura es vulnerable a reconocer las secuelas psico-sociales de la hysterectomía,<sup>22</sup> así como sus parejas.<sup>26</sup>

## Conclusiones

Luego de comprobar que la hysterectomía afecta negativamente casi todos los componentes del autoconcepto de las pacientes, excepto el cognitivo, sería pertinente que futuras investigaciones en este campo ahonden en el contexto cultural, de pareja y familiar de las mujeres.

## Bibliografía

1. Davies A, Magos AL. Indications and alternatives to hysterectomy. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1997;11(1):61-75.

2. Merrill RM. Hysterectomy surveillance in the United States, 1997 through 2005. *MedSci Monit* 2008;14(1):CR24-31.
3. Spilisbury K, Semmens JB, Hammond I, Bolck A. Persistent high rates of hysterectomy in Western Australia: a population-based study of 83.000 procedures over 23 years. *BJOG* 2006;113(7):804-9.
4. Whiteman MK, Hillis SD, Jamieson DJ, Morrow B, Podgornik MN, Brett KM, et al. Inpatient hysterectomy surveillance in the United States, 2000-2004. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(1):34.e1-7.
5. Lefebvre G, Allaire C, Jeffrey J, Vilos G, Arneja J, Birch C, et al. SOGC clinical guidelines. Hysterectomy. *J Obstet Gynaecol Can* 2002;24(1):37-61.
6. Jacobson GF, Shaber RE, Armstrong MA, Hung YY. Hysterectomy rates for benign indications. *Obstet Gynecol* 2006;107(6):1278-83.
7. Daskalakis G, Anastasakis E, Papantoniou N, Mesogitis S, Theodora M, Antsaklis A. Emergency obstetric hysterectomy. *Act Obstet Gynecol Scand* 2007;86(2):223-7.
8. Altman D, Granath F, Cnattingius S, Falconer C. Hysterectomy and risk of stress-urinary-incontinence surgery: nationwide cohort study. *Lancet* 2007;27;370(9597):1494-9
9. Aniuliene R, Varzgaliene L, Varzgalis M. A comparative analysis of hysterectomies. *Medicina (Kaunas)* 2007;43(2):118-24.
10. Ottosen C, Lingman G, Ottosen L. Three methods for hysterectomy: a randomised, prospective study of short term outcome. *BJOG* 2000;107(11):1380-5.
11. Popov I, Stoikov S, Khristova P. Disorders in sexual function after hysterectomy. *Akush Ginekol (Sofia)* 2000;39(1):33-6.
12. Bashir R, Parveen Z, Sultana R, Khan B. A two years audit of complications of hysterectomy at Ayub Teaching Hospital Abbottabad. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2005;17(2):47-9.
13. Garaigordobil M, Pérez JI, Mozaz M. Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema* 2008;20(1):114-23.
14. Graesslin O, Martin-Morille C, Leguillier-Amour MC, Darnaud T, Gonzales N, Bancheri F, et al. Local investigation concerning psychic and sexual functioning a short time after hysterectomy. *Gynecol Obstet Fertil* 2002;30(6):474-82.
15. Webb C, Wilson-Barnett J. Self-concept, social support and hysterectomy. *Int J Nurs Stud* 1983;20(2):97-107.
16. Aziz A, Bergquist C, Nordholm L, Möller A, Silfverstolpe G. Prophylactic oophorectomy at elective hysterectomy. Effects on psychological well-being at 1-year follow-up and its correlations to sexuality. *Maturitas* 2005;16;51(4):349-57.
17. Jawor M, Dimter A, Marek K, Dudek D, Wojtys A, Szproch A. Anxiety-depressive disorder in women after hysterectomy. Own study. *Psychiatr Pol* 2001;35(5):771-80.
18. Yen JY, Chen YH, Long CY, Chang Y, Yen CF, Chen CC, et al. Risk factors for major depressive disorder and the psychological impact of hysterectomy: a prospective investigation. *Psychosomatics* 2008;49(2):137-42.
19. Bradford A, Meston C. Sexual outcomes and satisfaction with hysterectomy: influence of patient education. *J Sex Med* 2007;4(1):106-14.

20. Fisher A, Laing J, Stoeckel J, Townsend J. Manual para el diseño de investigación operativa en planificación familiar. 2ª ed. New York: The Population Council; 1991; págs. 56-60.
21. González de Malo SM, Giner VJ, Oscos A. Self concept patterns according to the Tennessee self concept scale in vasectomized men and their partners. *Ginecol Obstet Mex* 1979;45:67-79.
22. Flory N, Bissonnette T, Binik YM. Psychosocial effects of hysterectomy. Literature review. *J Psychosom Research* 2005;59(3):117-129.
23. Edwards LC, Pearce SA, Beard RW. Remediation of pain-related memory bias as a result of recovery from chronic pain. *J of Psychosom Res* 1995;39:175-81.
24. Rivera SA, Duarte OM, Bedone BJ. O significado significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo estudo qualitativo. *Rev Assoc Med Bras* 2005;51(5):270-4.
25. Reis N, Engin R, Ingec M, Bag B. A qualitative study: beliefs and attitudes of women undergoing abdominal hysterectomy in Turkey. *Int J Gynecol Cancer* 2007;18(5):921-8.
26. Chou CC, Lee TY, Sun CC, Lin SS, Chen LF. Husbands' experiences before wives' hysterectomy. *J Nurs Res* 2006;14(2):113-22.
27. Wydra D, Ciach K, Sawicki S, Emerich J. Sexual life after hysterectomy. *Ginekol Pol* 2003;74(7):505-7.
28. Lonnée-Hoffmann RA, Schei B, Eriksson NH. Sexual experience of partners after hysterectomy, comparing subtotal with total abdominal hysterectomy. *Act Obstet Gynecol Scand* 2006;85(11):1389-94.
29. Dragisic KG, Milad MP. Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190(5):1416-8.
30. Watson LA, Dritschel B, Jentzsch I, Obonsawin MC. Changes in the relationship between self-reference and emotional valence as a function of dysphoria. *Br J Psychol* 2008;99:143-52.

## **JORNADA 75° ANIVERSARIO MATERNIDAD SARDÁ**

**“Maternidad de siglo XXI:  
segura y centrada en la familia”**

**→ 26 y 27 de agosto de 2010**

**Salón de Actos del Instituto Bernasconi, Catamarca 2100, CABA**

**→ Informes e inscripción: [jornada.sarda@gmail.com](mailto:jornada.sarda@gmail.com)**

**Esteban de Luca 2151, (1246) Buenos Aires, Argentina**

**Tel.: 54-11-4943-5028/5580/4036/4259 Int. 7256 de 9 a 13 hs.**

**Fax: 54-11-4943-7779**