

Enfoque integral de la paciente Histerectomizada

Andrea Ahumada, Patricia Aliaga, Norma Bolívar.

Resumen

Se analizan los múltiples factores que afectan la salud mental de las mujeres después de una histerectomía y se describe la experiencia clínica de la Unidad de Sexualidad Humana del Servicio de Ginecología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en Talleres Psicoeducativos interdisciplinarios.

Palabras clave: histerectomía, sexualidad, autoestima, salud mental.

Summary

Different factors of women's mental health after hysterectomy are analyzed. The experience of the Unit of Human Sexuality of the Gynaecology Department of the Universidad de Chile Clinical Hospital is described. It considers clinical work with these women in interdisciplinary Psicoeducative Workshops.

Keywords: hysterectomy, sexuality, self-esteem, mental health.

La histerectomía es una de las intervenciones de cirugía mayor más frecuente dentro de la Ginecología⁽¹⁾ y se realiza en un amplio y variado universo de mujeres, en términos de edad, paridad, condición social y educacional, sintomatología previa y causa operatoria. Sus consecuencias inmediatas son el cese de las menstruaciones y la imposibilidad de tener hijos y en aquellos casos en que va acompañada de la extirpación de los anexos (ovarios y trompas de Falopio), se produce además una menopausia artificial o quirúrgica.

Es un tema que, en lo cotidiano, genera opiniones que constituyen una puerta de entrada para comprender la resonancia social, los mitos, prejuicios y valoraciones sociales atribuidas al útero y al ser mujer. Frases como "una queda hueca", "me sacaron todo" o "me siento menos mujer", frecuentemente escuchadas a propósito de una histerectomía, dan cuenta de que es vivida como algo negativo y ponen de relieve el desconocimiento que existe en las propias mujeres respecto de su cuerpo y de su salud.

Se estima que esta operación es practicada en el 33% de las mujeres norteamericanas, el 13% de las ingle-

Unidad de Sexualidad Humana. Servicio de Ginecología. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universidad de Chile

sas y el 9% de las francesas ⁽²⁾. La situación en los países latinoamericanos es más incierta, de hecho, no se dispone de datos acerca de la histerectomía en estos países; sin embargo, se estima que, al menos en Chile, afecta a más del 20% de las mujeres; es decir, al menos 1 de cada 5 mujeres en algún momento de su vida se verá sometida a una histerectomía ⁽³⁾. En nuestro Hospital se realiza un promedio de 30 histerectomías mensuales, independientemente de la técnica empleada.

Las repercusiones de este tipo de cirugía en la sexualidad y la salud mental de las mujeres han sido investigadas desde hace más de cuatro décadas y, si bien existe un número creciente de estudios -fundamentalmente europeos y estadounidenses- sus metodologías, marcos de referencias y resultados son diversos e incluso contradictorios, lo que ha dificultado poder plantear un cuadro o visión general de las mujeres post-histerectomía. Las áreas más investigadas han sido: depresión, sexualidad, autoimagen, percepción de femineidad y creencias acerca de la operación.

En el ámbito de la sexualidad específicamente, se han investigado tanto las expectativas sexuales como posibles cambios en la respuesta sexual. En cuanto a las expectativas, se ha constatado que las mujeres manifiestan temores a perder su capacidad sexual, su atractivo físico y el interés sexual de su pareja ⁽³⁾ y en cuanto al área de ajuste sexual, los estudios arrojan resultados contradictorios, pues mientras se ha detectado una disminución de la dispareunia o un aumento de la frecuencia coital después de la operación ⁽⁴⁾, también se ha evidenciado un deterioro en otras áreas de la respuesta sexual, tales como deseo y orgasmo, que se relacionarían con la ansiedad de las mujeres respecto del desempeño sexual ^(3,5).

En general, los estudios coinciden en que existe una gran cantidad de factores tanto médico-quirúrgicos como de relación de pareja, bienestar psicológico y contexto cultural que influyen en que la salud mental

y la sexualidad después de la histerectomía se viva de mejor o peor manera ^(2,3,4,6,7,8).

Así también, la mayoría de los investigadores destacan la importancia y beneficios de la consejería pre y/o post quirúrgica, tanto en modalidad individual como diádica o grupal, considerando la situación contextual de cada paciente, así como sus expectativas post-quirúrgicas ^(2,3).

Más allá de los cambios positivos o negativos en la salud mental, la histerectomía es un evento que provoca en las mujeres un cuestionamiento acerca de su sexualidad y su condición femenina y existen algunas consideraciones desde el ámbito de la salud mental que se debe tener presente al analizar esta situación: Toda aquella intervención que represente un "asalto al cuerpo", particularmente la referida a órganos o partes con fuerte carga simbólica, tales como órganos reproductivos, mamas y rostro, modifica en alguna medida la autoimagen y autoestima de las mujeres. Por lo general, estos cambios remiten a la pérdida de una parte sustantiva de la anatomía femenina, ligada a eventos importantes en la vida de las mujeres tales como menstruación, embarazo, sexualidad y maternidad. Toda pérdida conlleva un duelo, vivido con mayor o menor intensidad según la importancia personal atribuida a aquello que falta. El duelo, en tanto proceso, transita por diversas fases y emociones, culminando con la adaptación e integración de esa pérdida y de los cambios ocurridos en el cuerpo, sean ellos evidentes o intangibles.

Por otra parte, el tema de la identidad femenina también juega un rol importante al abordar este tipo de problemática. Considerando que en nuestras culturas latinoamericanas la maternidad constituye uno de los ejes de la identidad femenina, cualquier evento que afecte esta dimensión, vulnerará también aspectos centrales de la definición que las mujeres hacen de sí mismas ^(9,20). Las consecuencias derivadas de este paradigma han sido analizadas extensamente desde la

perspectiva de los estudios de género, tanto en sus implicaciones psicológicas, como históricas, jurídicas y antropológicas y nos permiten comprender el impacto subjetivo que la remoción del útero puede tener para mujeres, aún cuando hayan cumplido con su tarea reproductiva (8, 10, 11).

Teniendo en cuenta todos estos antecedentes, la Unidad de Sexualidad Humana del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, realiza desde enero de 2000 **Talleres Psicoeducativos en Histerectomía**, cuyos resultados son presentados desde un perspectiva cualitativa centrada en el análisis de contenido de los temas abordados en los Talleres.

Los objetivos específicos de esta actividad son:

I. Brindar un espacio de encuentro grupal que permita a las mujeres compartir sus vivencias en torno a la histerectomía.

II. Favorecer un mejor conocimiento de los aspectos médicos y psicológicos involucrados en esta intervención.

III. Estimular un proceso de elaboración de la experiencia vivida integrando los aspectos afectivos, cognitivos y de los elementos de la historia personal que son re-vividos a partir de esta experiencia.

IV. Estimular en las mujeres una posición más activa frente a su propia salud.

La realización de estos talleres consta de diversas etapas:

1. Conformación del grupo: a través de una visita personalizada a cargo de la Psicóloga de la Unidad a las pacientes hospitalizadas para la difusión y contacto con las interesadas.

2. Realización del taller: entre enero de 2000 y julio de 2001 se han realizado 17 talleres, con un promedio de asistencia de 5.5 mujeres (90 mujeres en total), lo que representa alrededor del 20% de las mujeres operadas en nuestro Hospital.

3. Evaluación del Taller: Mediante una encuesta individual y evaluación oral grupal.

Descripción de los Talleres

Cada taller consta de dos sesiones (2 hr. c/u), realizadas una vez al mes. Se utiliza una metodología semi-estructurada que combina actividades específicas y dirigidas (encuesta, dibujo del propio cuerpo, asignación tareas) y actividades abiertas (discusión grupal). Cada sesión se centra en temas específicos.

- Primera sesión

Se abordan aspectos generales de la histerectomía (tipos, causas, técnicas, consecuencias) y los factores psicológicos y culturales que inciden en ella.

- Segunda sesión

Sesión educativa en la que participa la ginecóloga de la Unidad y en la que se potencia un clima de diálogo abierto con las mujeres a fin de que puedan plantear con confianza sus dudas e inquietudes en relación a esta cirugía.

La realización de estos talleres ha permitido obtener la identificación de varios ejes temáticos alrededor de los cuales se estructura la vivencia y la significación de esta cirugía en las mujeres atendidas en nuestro hospital. Estos ejes temáticos se articulan a partir de interrogantes o experiencias que las mujeres plantean reiteradamente a lo largo de los diversos Talleres, independientemente de la metodología utilizada o de las características de cada grupo. Como resultado se han identificado fundamentalmente los siguientes ejes temáticos:

- Mitos y creencias acerca de la histerectomía

- Importancia del útero: biológica / subjetiva

- Desconocimiento del propio cuerpo

- Relación médico – paciente

- Reinicio vida sexual: alta médica / alta subjetiva

Mitos y creencias

Existen variados mitos, creencia e información incompleta en relación a esta cirugía. La percepción de la operación se relaciona con el grado de información médica, vale decir, que las mujeres con menos información tienen una percepción más confusa y vaga y requieren, por tanto, un fuerte apoyo educativo.

Estos mitos y creencias surgen frente a sentimientos de incompletud, falta o minusvalía, que las mujeres no logran explicar, pero que experimentan con desazón, tristeza o irritabilidad y dan cuenta de la valoración social negativa de la histerectomía.

Importancia del útero: biológica / subjetiva

La importancia subjetiva del útero no se agota en su función biológica, por tanto aún cuando la mujer tenga paridad cumplida o el útero "ya no le sirva", puede continuar deseando conservarlo, pues para ella ha estado asociado a eventos que marcan la constitución de su subjetividad: la menstruación (el paso a ser mujer), el embarazo y el parto (el paso a ser madre) y a ser por tanto una mujer "completa".

En el deseo de conservación de este órgano incide la gravedad y cronicidad de la sintomatología pre operatoria, pues ésta influye en el desarrollo de una mayor o menor necesidad subjetiva de ser operada y por tanto, de querer desprenderse de este órgano. Las mujeres con síntomas persistentes y subjetivamente desagradables, tienden a desarrollar este sentimiento de desapego con mayor facilidad que aquellas con sintomatología previa discreta y de corta data, para quienes esta operación surge como un evento repentino ante al cual no han tenido el tiempo de prepararse subjetivamente.

Desconocimiento del propio cuerpo: genitalidad, sexualidad ... "el interior"

Por tratarse de una operación que afecta a órganos no visibles y encargado de funciones psíquicamente relevantes, el desconocimiento concreto de sus características (forma, tamaño, textura, color) y funciones (menstruación, embarazo/parto, sexualidad) genera ansiedad y fomenta los mitos. El tema de "el interior", si bien no es una categoría que sea reconocida desde el ámbito de la medicina, sí es una categoría utilizada por las mujeres para referirse a una zona delicada y compleja. Es una manera de referirse de modo globalizante a órganos o partes que no saben o no han aprendido a nombrar y que tienen una alta

resonancia subjetiva. Para cualquier otra operación, las mujeres no utilizan el término "me operaron del interior" aunque también se realice en ese espacio.

Algunas de las preguntas y temores más frecuentemente mencionadas en los Talleres han sido:

- *¿existe alguna posibilidad de embarazo después de esta operación?*

- *¿dónde se va el semen durante la relación sexual si ya no hay útero?*

- *¿el esposo puede percibir que la mujer no tiene útero durante las relaciones sexuales?*

- *¿cómo es expulsada la sangre menstrual si ya no hay útero?*

Relación médico-paciente

Tan importante como lo que se hace a la mujer (en términos de tipo y técnica operatoria) es lo que se le explica respecto de ese hacer, considerando tanto los aspectos de contenido como la manera en que ellos son entregados (actitudes y lenguaje no verbal). Estos aspectos van a incidir en la percepción y valoración que cada mujer haga de su operación así como en la anatomía imaginaria que construya al respecto.

En los Talleres se revisan las diversas necesidades que han motivado a las mujeres a acudir al especialista, así como los diversos factores que influyen en la relación médico-paciente: lenguaje verbal y no verbal, actitud pasiva o activa por parte de la paciente, expectativas acerca del médico, etc.

Reinicio vida sexual alta médica / alta subjetiva

Aparecen dos elementos importantes frente al tema del reinicio de la vida sexual post- histerectomía

a) La evaluación médica que determina el alta y cómo es informada la paciente en este ámbito.

b) El alta subjetiva, es decir, el momento en que la mujer se siente capacitada para reiniciar su vida sexual, cobrando gran importancia las expectativas sexuales, el sentimiento de seguridad y confianza en sí misma y el estilo de su relación de pareja.

Si las mujeres tienen expectativas sexuales negativas, enfrentarán la sexualidad con ansiedad y conductas

evitativas, postergando el alta subjetiva. Por otra parte, cuando la pareja adopta una actitud demandante, exigente o descalificadora afecta el sentimiento de confianza y valor que la mujer tiene respecto de sí. No debemos olvidar que muchos de los mitos y dudas de las mujeres también son compartidos por los varones y es frecuente que las mujeres sientan que no poseen los conocimientos necesarios para aclararlos. El reinicio sexual es visto frecuentemente como una "prueba" para saber si realmente quedaron bien y si su pareja percibe o no alguna diferencia; es percibido polarizadamente, como todo o nada, y no como una actividad que puede ser progresiva y en la cual ellas pueden decidir cuándo y hasta dónde avanzar. El confrontar con otras mujeres las distintas vivencias de la sexualidad y las estrategias que cada una utiliza para manejar la ansiedad sexual, abre una ventana al considerar que después de una histerectomía la sexualidad no tiene por qué ser necesariamente dolorosa, angustiante o centrada en el placer masculino, sino que puede dar paso a una sexualidad que emerja desde una posición de auto valor.

Comentarios

El contar con un espacio en donde las mujeres puedan compartir sus vivencias, temores y dudas, reconociéndose en y con otras, sin sentirse descalificadas o minimizadas en su malestar, tiene un enorme valor terapéutico y promovedor de una sexualidad y calidad de vida más gratificante e integral. Es por eso que la realización de Talleres Psicoeducativos interdisciplinarios en torno a problemáticas específicas, nos parece una herramienta válida y necesaria en el contexto hospitalario. Al considerar las necesidades de las pacientes desde una perspectiva integral y ofrecer este espacio, creemos estar haciendo un aporte al mejoramiento de la calidad y humanización de la atención, lo que nos ha permitido alcanzar un objetivo no propuesto inicialmente, que es el de mejorar la imagen del Servicio de Ginecología y de nuestro Hospital.

Como toda iniciativa innovadora, hemos debido sortear muchas dificultades, especialmente en cuanto a la difusión y validación de esta actividad intra-departamento; sin embargo pensamos que con una perspectiva humanizadora e integral hacia nuestras pacientes, actividades como éstas pueden ser ampliadas a otras situaciones de vulnerabilidad dentro del área Gineco-obstétrica, que hagan de nuestro Hospital no sólo un "líder en medicina de alta complejidad", sino in "líder en medicina integral".

Referencias

1. **Thakar R, Manyonda Y, Stanton, Clarkson P, Robinson G.**
Bladder, bowel and sexual function after hysterectomy for benign conditions. British J Obstet Gynecol 1997; 104: 983-7.
2. **Rudy D, Bush I.**
"Sexual function after hysterectomy". Contemporary Obstet-Gynecol 1993; 39-46
3. **Ahumada S. Trujillo S.**
"La histerectomía: repercusiones psicosociales". Documento de Trabajo N° 23 SERNAM. Chile 1994.
4. **Helstrom L, Lundberg PO, Sorborm D, Backstromt.**
"Sexuality after hysterectomy : a model based on cuantitative and qualitatuiue analysis of 104 women before and after subtotal hysterectomy" J of Psychosomatic Obstet and Gynecol 1994; 15: 219 -29.
5. **Dennerstein L, Wood C, Burrows GD.**
Sexual response following hysterectomy and oophorectomy. Obstet and Gynecol 1976: 92 -96.
6. **Lee Nancy.**
Confirmation of the preoperative diagnosis for hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1984; 150: 283-7.
7. **Helstrom L, Soborn D, Backstrom T.**
"Influence of partner relationship on sexuality after subtotal hysterectomy". Acta Obstet Gynecol Scand 1995; 74: 142-6.
8. **Lalinec- Michaud M, Engelsmann F.**
Cultural factors and reaction to hysterectomy: Soc. Psychiatry Epidemiol 1989; 24: 165-71.
9. **Daskal AM, Mizrahil, Salamovich S, Ravazzola MC, Larrain S.**
El malestar silenciado: la otra salud mental. Edic. de las Mujeres N° 14. ISIS y EMERGER Chile 1992. Identidad de la mujer y maternidad. Cuestiones. Argentina.
10. **Giberti Eva.**
Maternidad e Ideología Obstétrica. N°13809. Centro de Documentación ISIS.
11. **Ussher Jane.**
La psicología del cuerpo femenino. Arias Montano Editores. España 1991