

Efectos psicológicos de la esterilización quirúrgica en mujeres Yucatecas

Pedro Sánchez – Escobedo

Jefe de la Unidad de Posgrado e Investigación

Facultad de Educación

Universidad Autónoma de Yucatán

Thelma Cetina – Canto

Lic. en Psicología

Patricia Menéndez – Antuñano

Lic. en Psicología

Universidad del Mayab

CORRESPONDENCIA: Dr. Pedro Sánchez – Escobedo, Facultad de Educación, C. 41 s/n x 14 Colonia Industrial. Tel. 22 46 00, Fax. 22 45 91. E-mail: psanchez@tunku.uady.mx

Resumen

Existen muy pocos estudios que describan los efectos psicológicos de la pérdida de la capacidad reproductiva en la mujer Yucateca.

Objetivo

El objetivo de este trabajo, es investigar los efectos de la histerectomía y la salpingoclasia en aspectos tales como la autoestima y el concepto de feminidad. Además, se indagó si los procedimientos electivos y compulsivos tenían efectos psicológicos diferenciales.

Sujetos

Los sujetos del estudio son cuarenta y una mujeres que fueron entrevistadas poco antes de sufrir una histerectomía (decidida externamente), o una salpingoclasia (decidida internamente). Además, se realizó una entrevista de seguimiento tres meses después de la intervención.

Sitio

El estudio se llevó a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social T-1 o en el Centro Materno Infantil de la ciudad de Mérida en los meses de mayo, junio, julio y agosto de 1996

Diseño

El diseño de la investigación consistió en una serie de entrevistas en las que se utilizó una batería de pruebas psicológicas para coleccionar datos: Una lista de

cotejo de síntomas físicos, la escala de autoestima de Coopersmith y la escala de Zung de depresión. Además, se exploraron las creencias y expectativas consecuentes a la pérdida de la capacidad reproductiva.

Resultados

Los resultados indican que ninguno de los procedimientos tiene efectos psicológicos negativos de significancia y que en el caso de la histerectomía puede observarse bienestar psicológico a mediano plazo,

PALABRAS CLAVE: Histerectomía, Salpingoclasia, Impacto psicológico, pérdida de la capacidad reproductiva, autoestima, somatización.

Abstract

Relative few studies have been conducted on the psychological effects of the surgical loss of reproductive capacities in Mexican women.

Objectives

This research was conducted to investigate the effects of such a loss in the women's self esteem and her concept of femininity. In addition it was attempted to find out whether the elective or non-elective loss made a difference on the impact.

Subjects

Forty-one women were interviewed immediately before suffering either a hysterectomy (externally decide) or a salpingoectomy (self decided). A follow up interview was conducted 3 months after the intervention.

Setting

The study was conducted with patients from two clinics from the National health system in the city of Mérida Yucatan, Mexico, between May and June 1996. Data from the follow up phase was obtained throughout home visits.

Design

A battery of instruments was administered each time: A check list of somatic symptoms, and the Spanish versions of the Coopersmith self esteem questionnaire and the Zung depression scale.

The interview aimed to investigate the beliefs and expectations these women had regarding their life after the loss of reproductive capacities.

Results

Results suggest that none of these procedures have a negative psychological effect. In fact, the hysterectomy was associated to well being feelings in the mid term as reported by the majority of patients.

KEY WORDS: Hysterectomy, Salpingothomy, Psychological Impact, Reproductive loss, self-esteem, somatization.

Efectos psicológicos de la esterilización quirúrgica en mujeres

Yucatecas

Introducción

Dos intervenciones quirúrgicas muy comunes en la mujer yucateca de edad media son la histerectomía y la salpingoclasia. La histerectomía es la extracción quirúrgica del útero usualmente debida a un proceso mórbido. La salpingoclasia es el bloqueo de la permeabilidad de las trompas de Falopio con el propósito de evitar el embarazo (1). El primero es elegido y el otro es decidido externamente, sin embargo, ambos casos producen la pérdida de la capacidad reproductiva de la mujer. Afectan sus órganos sexuales e integridad física al igual que tienden a influir en el concepto que la mujer tiene de su propia identidad (2).

Porter et al. (3), opinan que a pesar de la orientación que se le pueda dar a la mujer y del entusiasmo y la sinceridad en las motivaciones de la paciente, un pequeño grupo de mujeres esterilizadas experimenta efectos psicológicos desde leves hasta severos. Se han reportado raros casos de disturbios mentales severos, que pudieron haberse prevenido mediante una exploración de los sentimientos de la paciente antes de la operación. Además, aunque los disturbios severos son raros, son lo suficientemente graves como para justificar el ser cuidadoso al permitir la esterilización a mujeres ambivalentes o con problemas emocionales.

García et al. (4), informan que existen estudios efectuados en el extranjero que han valorado factores sociales, demográficos y psicológicos de la oclusión tubárica y señalan que hay ciertos riesgos operatorios como psicológicos y que la clave para el uso apropiado de dicho método es la selección adecuada de la paciente, agregando que la oclusión tubárica no presenta secuelas importantes en mujeres con matrimonios estables, relativamente grandes multíparas y que manifiestan su deseo de optar por dicho procedimiento como método para controlar definitivamente el tamaño de su familia.

La Secretaría de Salud reporta que durante 1995 en todas las clínicas del IMSS de la ciudad de Mérida, Yucatán, se realizaron en total 2,656 oclusiones tubáricas, de las cuales 299 fueron en mayo, 343 en junio, 294 en julio y 333 en agosto. No se cuenta con información estadística sobre la frecuencia de histerectomías, ya que la fuente mencionada anteriormente no registra estos datos por no ser considerados como método de planificación familiar.

Salpingoclasia

Debido a las aún altas tasas de natalidad en los países desarrollados, la salpingoclasia está considerada como un método de planeación familiar irreversible y es fomentada por las autoridades oficiales de salud en el país de México. Church y Geller (5) calculan que cerca de 138 millones de mujeres sufren de esta intervención cada año. En México, el Consejo Nacional de

Población (6), reportó que la salpingoclasia se ha convertido en un método de control natal muy popular en el 43% de las parejas que no desean seguir concibiendo hijos. Particularmente, en el estado de Yucatán, 40.8% de las usuarias de métodos anticonceptivos escogieron este método en 1994. La creciente popularidad de este método puede ser explicada debido a: 1) la relativa seguridad de método; 2) la publicidad y promoción que recibe de los trabajadores de salud; 3) la mejor disposición de las mujeres mexicanas hacia los métodos permanentes, en contraste con los hombres.

García et al (4) y Domenzain, (7), listan motivos comunes por los cuales las mujeres mexicanas deciden hacerse la salpingoclasia. Entre los más importantes destacan: número suficiente de hijos, enfermedades, pobreza, problemas con otros métodos anticonceptivos y la falta de preocupación que proporcionan al momento de tener relaciones sexuales.

Ratman et al, (8) describen los tres principales métodos de oclusión: ligadura, termocoagulación y el implante de anillos y cortes.

Histerectomía

Por otro lado, muchas mujeres que padecen de enfermedades graves deben sufrir una histerectomía. Después de la cesárea, la histerectomía está considerada como la segunda intervención más común en mujeres en edad reproductiva (9). Existe una falta de información precisa acerca de su prevalencia en la población mexicana además de que las autoridades de salud no exigen una notificación oficial al estado de tales procedimientos. Este

caso es menos frecuente que la oclusión y puede tener efectos psicológicos más importantes dependiendo de los factores culturales y personales. Ananth (10), sugiere que este procedimiento produce efectos médicos y psicológicos inmediatos debido a que éste es en verdad una intervención más riesgosa debido a que es una situación que no es decidida internamente.

Coulter, Mcpherson y Jessey (9) mencionan que la histerectomía puede a ser el mejor método preventivo contra el cáncer cervical y afirman que la única función del útero simplemente reproductiva. Sin embargo, este procedimiento transfiere efectos psicológicos importantes como reporta ampliamente la literatura.

Autoestima

Lara et al (11) define la autoestima como: “el juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o conducta manifiesta” (p. 248). Por otra parte, mencionan que la apatía, los sentimientos de aislamiento, la poca capacidad para amar y la pasividad están relacionados con la autoestima baja, mientras que la actividad, los sentimientos de control sobre las circunstancias, el sentirse menos ansioso y con mejores capacidades para tolerar el estrés, se relacionan con la autoestima alta (10).

Toda vez que está estrechamente relacionado con el aspecto o apariencia, el funcionamiento y la integridad del cuerpo, y las implicaciones

de las diferencias anatómicas y fisiológicas pueden tener repercusiones psicológicas (2). De hecho se habla de una base biológica y cultural de la psicología femenina, autores como Freud y Abraham (12) han enfatizado la idea de que la psicología femenina tiene una base biológica esencial, sus ideas se centran en torno a los conceptos de la pérdida del pene, al de los genitales femeninos como herida y al del hijo como sustituto del pene.

Es un hecho de gran importancia el que en nuestra cultura un gran número de mujeres se siente inconforme con su sexo. Según Freud, “el tener un hijo representa para la mujer la única compensación satisfactoria del deseo infantil, siempre insatisfecho de tener un pene”. Esta hipótesis es difícil de comprobar, sin embargo, no cabe duda que tener hijos representa para la mujer el cumplimiento de una función biológica y psicológica suprema, que en condiciones normales y de seguridad la compensan con creces de sus limitaciones. Tener hijos no es sin embargo una necesidad imperiosa. La infertilidad es tolerada sin consecuencias graves cuando la mujer es capaz de sublimar su maternidad y sustituirla por otras formas de creatividad a un nivel psicológico (13, p.309).

En nuestra cultura al igual que en muchas otras, la capacidad reproductora de la mujer es considerada como su principal función y medio de autorealización, sus órganos reproductores forman parte de su autoimagen y, por tanto, influyen grandemente en la evaluación que tienen sobre ellas mismas.

Somatización

Según Vallejo (13) “todo síntoma o molestia que no encaja en ninguna entidad nosológica y que a falta de hallazgos biológicos justificativos, prejuzga la participación etiopatogénica de factores psíquicos se considera como psicósomático” (p. 657), en los cuales la mala adaptación emocional domina y puede llevar a lesiones orgánicas o de tejidos irreversibles; los considera como maladaptativos porque son una forma inadecuada de hacer frente a un cambio o situación problema.

En un estudio nacional (4) se encontró que los principales temores previos a la operación fueron: 1) miedo o temor a una enfermedad orgánica o psicológica posterior a la cirugía; 2) temor a la pérdida de función menstrual; 3) temor a cambios en la función sexual; 4) temor a cambios de aspecto físico; 5) miedo al dolor transoperatorio y postoperatorio; y 6) temor a pérdida de la posición estratégica en el hogar y otros cambios en el equilibrio de poder en la familia.

Material y Métodos

Sujetos

En la presente investigación la población está constituida por mujeres del Sureste de México en edad reproductiva que fueron intervenidas por oclusión tubárica o histerectomía.

La muestra es de tipo no probabilística intencional. Se utilizó como criterio de selección el que las mujeres tuvieran entre 22 y 47 años y estuvieran programadas para ser operadas por histerectomía u oclusión tubárica en el Instituto Mexicano del Seguro Social T-1 o en el Centro Materno Infantil de la ciudad de Mérida en los meses de mayo, junio, julio y agosto de 1996. La muestra quedó constituida por 41 mujeres, 22 intervenidas por oclusión tubárica y 19 por histerectomía. El rango de edad de la muestra total es de 22 a 47 años, con una media de 35.80; en el grupo de oclusión tubárica el rango de edad es de 22 a 39 años de edad, con una media de 30.68; y en el grupo de histerectomía es de 33 a 47 años de edad, con una media de 41.73.

Instrumentos

En la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos para la medición de las variables dependientes:

Cuestionario de creencias

Además de los datos demográficos, incluye preguntas abiertas destinadas a coleccionar las creencias que tienen las mujeres de la muestra acerca de los cambios que experimentarán después de la intervención. Contiene preguntas como: ¿Qué cree usted que va a ser diferente después de su operación?.

Escala de Depresión de Zung (14).

Esta escala comprende una lista de veinte características, cada una de ellas relacionada por una particularidad de la depresión. Todas juntas delinean en general los trastornos depresivos en la manera comúnmente aceptada. En el lado opuesto a las características se hallan cuatro columnas tituladas: nunca o muy pocas veces, algunas veces, muchas veces y casi siempre o todas las veces. Para obtener el índice de depresión se utiliza una plantilla de calificación de acuerdo con el valor que indica el paciente para cada característica, cada valor se describe al margen y se suman todos. Luego el total es convertido a un índice EAD con puntaje máximo de cien, el cuál constituye un índice de cuán deprimido se halla el paciente.

Inventario de Autoestima de Coopersmith (11).

Este inventario es consta de 25 afirmaciones, algunas con carga positiva y otras con negativa, con respuestas dicotómicas que tienen como

objeto medir el nivel de autoestima de los sujetos. Este instrumento ha sido validado en la ciudad de México por Lara et al, (11)

Según González y Villanueva (15), para su calificación se utilizan los valores de 2 y 1 de manera que el mayor puntaje posible es de 50 puntos y el menor de 25, siendo que a mayor puntuación mayor autoestima. Para la interpretación de los resultados se utilizó el puntaje más alto y el más bajo obtenido por las mujeres de la muestra, obteniéndose dos categorías: autoestima alta y autoestima baja.

Lista de Verificación de Somatización

Se elaboró una lista de verificación con de 22 síntomas físicos que deberán ser leídos cuidadosamente por el sujeto para poder indicar la frecuencia de su aparición en los últimos tres meses en la columna adecuada. Se consideran cuatro opciones de respuesta posible, a cada una se le asignó un valor numérico. La calificación máxima fue de 88 puntos y la mínima de 22 puntos.

Para facilitar la recolección de datos a través de la administración de los instrumentos se contó con la ayuda de dos trabajadoras sociales las cuales fueron capacitadas en el manejo de éstos durante una sesión de dos horas.

Procedimiento

Para ubicar a los participantes, se revisaron semanalmente, durante los meses de administración de los instrumentos, las listas de programación de

oclusión tubárica e histerectomía del IMSS T-1 y el Centro Materno Infantil, con el fin de obtener las fechas de intervención y las direcciones de cada sujeto de la muestra. Todos los datos fueron colectados en los domicilios de los mismos.

Tratamiento estadístico

Con respecto a la depresión, autoestima y somatización, se realizaron dos análisis principales: coeficiente de correlación y análisis de varianza (ANOVA), con los puntajes obtenidos por los instrumentos.

Resultados

Efectos psicológicos

Con respecto a la relación entre las variables de efectos psicológicos, la tabla 1 presenta el coeficiente de correlación entre los puntajes obtenidos en las escalas.

Tabla 1. Matriz de correlación de factores estudiados.

Variables	Depresión	Somatización
Autoestima	4494 p=.003	-.2539 p=.109
Depresión	.	6335 p=.000

Para apreciar los cambios en estos factores, se realizó un análisis de varianza ANOVA en el pretest y postest. La tabla 2 ilustra los resultados.

Tabla 2. ANOVA entre las variables psicológicas

Variable	B	Beta	Error estándar	Valor T	Nivel de significancia
Autoestima	.91392	.81453	.114	8.032	.0001
Depresión	.25863	.30418	.129	2.007	.052
Somatización	.49030	.55026	.138	3.547	.001

Creencias

Las creencias fueron clasificadas en cuatro dimensiones principales: Implicaciones familiares, relación de pareja, cambios físicos y cambios emocionales.

Tanto las mujeres con histerectomía como las del grupo de oclusión creyeron que el procedimiento les permitiría tener mejores relaciones y prestar mayor atención a los niños que ya tenían.

Con respecto a su pareja, ambos grupos mencionaron que la intervención beneficiaría su relación, mayormente porque podrían tener más encuentros sexuales sin tener la preocupación de quedar embarazadas.

En lo tocante a los cambios físicos, las mujeres de ambos grupos creyeron que la cirugía mejoraría su salud. Como se esperaba, la mayoría de las opiniones positivas provinieron del grupo de mujeres con histerectomía. Las creencias negativas con respecto a la salpingoclasia fueron las siguientes: tenían mayor sangrado durante la menstruación, tenían temor de aumentar de peso y un tercio de las mujeres entrevistadas tenían dudas acerca de la efectividad del método. En el grupo de la histerectomía, las mujeres esperaban tener exudación excesiva y dolores reumáticos. Por otra parte, en las mujeres con oclusión, las expectativas irreales estaban mayormente relacionadas con la creencia de que la intervención podría prevenir enfermedades ginecobstetricias.

Finalmente, con respecto a los cambios emocionales, las mujeres de ambos grupos la mayoría mostraron expectativas positivas relacionadas con la falta de preocupación por quedar embarazadas y un mejor estado de ánimo.

Discusión

Los resultados indican poco o ningún efecto psicológico negativo proveniente de estas intervenciones. De hecho, la mayoría de las mujeres reportaron sentimientos positivos acerca de su decisión y en especial, las mujeres del grupo de histerectomía manifestaron alivio y optimismo con respecto a su salud general. Particularmente en el grupo de histerectomía, hubo un incremento significativo en la autoestima de estas mujeres después de la intervención.

Algunos de los resultados obtenidos se mencionan a continuación: Primero, la correlación positiva entre somatización y depresión puede ser explicada debido a que los síntomas somáticos son en verdad un signo de síndrome depresivo. Similarmente, la correlación negativa entre autoestima y depresión es probablemente debida al hecho de que un bajo autoconcepto es característica del síndrome depresivo.

Los efectos positivos de la histerectomía, son también observables en un decremento de los síntomas somáticos, mas probablemente debido al alivio de la actual incomodidad asociados al proceso mórbido para el cual fue prescrita la intervención. También es importante que se perciba en futuros estudios si el lumbago, cefalea y la fatiga son debidas a la ansiedad anterior al procedimiento o se encuentran asociadas al proceso mórbido.

Cuando se compararon los grupos no se pudo notar en el pretest si las mujeres que serían intervenidas para una histerectomía mostraron más

síntomas depresivos que las mujeres del grupo de oclusión. Esto concuerda con hallazgos previos y puede ser atribuido al carácter no electivo del procedimiento. Sin embargo, se debe tener precaución cuando en los cambios que se atribuyen, ya que la información no permite inferir si los cambios fueron debidos a la pérdida de la capacidad reproductiva o al procedimiento en sí.

Con respecto a la formalidad de los instrumentos, los tests fueron adecuados para utilizarse en esta población.

Los resultados también demostraron que estas intervenciones están inmersas en la estructura médica y existe una falta de consejo y orientación en estas mujeres. Los servicios psicológicos necesitan ser implementados tanto para las mujeres como para sus parejas. La orientación debe enfocarse a proveer información adecuada, comprobar expectativas irreales, explicar posibles efectos secundarios y enfatizar en los cambios positivos que se obtendrían con esta intervención.

Referencias

1. Liskin, L. y Rinehart, W. (1986). Minilaparotomía y laparoscopia: seguras, eficaces y de uso ampliamente generalizado. Population Report, esterilización femenina, (9) serie C.
2. Usdin, G. y Lewis, J.M. (1983). Alteraciones y enfermedades específicas de las mujeres. Psiquiatría en Medicina General. Barcelona: Salvat.
3. Porter, C. W.; Waife, R.S. y Holtrop, H.R. (1983). The health provider's guide to contraception. U.S.A: The Pathfinder Fund.
4. García H., E.; Rojano S., Ma. E.; Alonso L., R. M., Mondragón F., Ma. T.; Bravo A., R.; Lara R., R. y Aznar R., R. (1982). Esterilización femenina voluntaria, motivaciones y efectos psicosociales. Ginecología y Obstetricia de México, (307) 50. 301-305.
5. Church, C.A y Geller, J.S.(1990). La esterilización voluntaria femenina: número uno y en aumento. Population Reports, esterilización femenina, 10, serie C.
6. Conapo. (1994). Situación de la Planificación Familiar en México, indicadores de anticoncepción. México: Pathfinder México
7. Domenzain, M.E. (1985) Oclusión tubárica a través de minilaparotomía. U.S.A: Family Health International

8. Ratman, S.; Rauff, M; Prasad, R.N.V. y Singh, K. (1983). Male and female sterilization, en Research on the regulation of human fertility, International Symposium Stockholm, 2. Copenhagen: Scriptor.
9. Coulter, A.; Mc Pherson, K. y Jessey, M. (1988). Do British women undergo too many or too few hysterectomies? Society Scientific Medical, p. 27
10. Ananth, J. (1978). Hysterectomy and Depression. Obstetrics and Gynecology, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Canada. 52, 724-730.
11. Lara C., Ma. A.; Verduzco, Ma. A.; Acevedo, M. y Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana. Revista Latinoamericana de Psicología, (2), 25.
12. De la Fuente M., R. (1983). Psicología Médica. México: Fondo de Cultura Económica.
13. Vallejo, R. (1992). Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. 3a. edición. México: Salvat.
14. Zung, W.W.K. (1989). La medición de la Depresión. México: Eli Lilly y Cía. de México, S.A de C.V.

15. Gonzales R., Ma. E. y Villanueva C., Ma. L. (1995). Rol sexual y autoestima, tesis de licenciatura, Escuela de Psicología, Universidad del Mayab. Mérida, Yucatán