





# **La imagen corporal en la paciente Histerectomizada**

(lo que no se ve en el espejo)



Ing. José Andrés Suárez Fernández  
PRESIDENTE

Dr. Julio Martínez Burnes  
VICEPRESIDENTE

Dr. Héctor Cappello García  
SECRETARIO TÉCNICO

C.P. Guillermo Mendoza Cavazos  
VOCAL

Dra. Dora María Sánchez Lladó  
VOCAL

Lic. Víctor Hugo Guerra García  
VOCAL

**Consejo Editorial del Consejo de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Tamaulipas**

**Dra. Lourdes Arizpe Slogher** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Amalio Blanco** • Universidad Autónoma de Madrid, España | **Dra. Rosalba Casas Guerrero** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Francisco Díaz Bretones** • Universidad de Granada, España | **Dr. Rolando Díaz Lowing** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Manuel Fernández Ríos** • Universidad Autónoma de Madrid, España | **Dr. Manuel Fernández Navarro** • Universidad Autónoma Metropolitana, México | **Dra. Juana Juárez Romero** • Universidad Autónoma Metropolitana, México | **Dr. Manuel Marín Sánchez** • Universidad de Sevilla, España | **Dr. Cervando Martínez** • University of Texas at San Antonio, E.U.A. | **Dr. Dario Páez** • Universidad del País Vasco, España | **Dra. María Cristina Puga Espinosa** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. Luis Arturo Rivas Tovar** • Instituto Politécnico Nacional, México | **Dr. Aroldo Rodrigues** • University of California at Fresno, E.U.A. | **Dr. José Manuel Valenzuela Arce** • Colegio de la Frontera Norte, México | **Dra. Margarita Velázquez Gutiérrez** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dr. José Manuel Sabucedo Cameselle** • Universidad de Santiago de Compostela, España | **Dr. Alessandro Soares da Silva** • Universidad de São Paulo, Brasil | **Dr. Akexandre Dorna** • Universidad de CAEN, Francia | **Dr. Ismael Vidales Delgado** • Universidad Regiomontana, México | **Dr. José Francisco Zúñiga García** • Universidad de Granada, España | **Dr. Bernardo Jiménez** • Universidad de Guadalajara, México | **Dr. Juan Enrique Marciano Medina** • Universidad de Puerto Rico-Humacao | **Dra. Ursula Oswald** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Arq. Carlos Mario Yori** • Universidad Nacional de Colombia | **Arq. Walter Debenedetti** • Universidad de Patrimonio, Colonia, Uruguay | **Dr. Andrés Piqueras** • Universitat Jaume I, Valencia, España | **Dr. Yolanda Troyano Rodríguez** • Universidad de Sevilla, España | **Dra. María Lucero Guzmán Jiménez** • Universidad Nacional Autónoma de México | **Dra. Patricia González Aldea** • Universidad Carlos III de Madrid, España | **Dr. Marcelo Urra** • Revista Latinoamericana de Psicología Social | **Dr. Rubén Ardila** • Universidad Nacional de Colombia | **Dr. Jorge Gissi** • Pontificia Universidad Católica de Chile | **Dr. Julio F. Villegas** • Universidad Diego Portales, Chile | **Ángel Bonifaz Ezeta** • Universidad Nacional Autónoma de México

# **La imagen corporal en la paciente Histerectomizada**

**(lo que no se ve en el espejo)**

**Coordinadores:**

*Francisco Javier Aquino Bustos  
Universidad Autónoma de Tamaulipas*

*Dr. Sergio Correa Gutiérrez  
Universidad Autónoma de Tamaulipas*



---

La imagen corporal en la paciente histerectomizada: lo que no se ve en el espejo / coordinadores Francisco Javier Aquino Bustos, Sergio Correa Gutiérrez .—Ciudad de México : Colofón ; Universidad Autónoma de Tamaulipas, 2018.

181 p. ; 17 x 23 cm

1. Histerectomía 2. Alteración de la imagen corporal I. Aquino Bustos, Francisco Javier, coord. II. Correa Gutiérrez, Sergio, coord.

LC: RC569.5B65 I42

DEWEY: 616.858 I42

---

D. R. © 2017, Universidad Autónoma de Tamaulipas  
Matamoros, s.n, Zona Centro, Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. C.P. 87000  
Consejo de Publicaciones UAT  
Tel. (52) 834 3181-800 • extensión: 2948 • www.uat.edu.mx

 **Fomento Editorial** Una edición del Departamento de Fomento Editorial de la Universidad Autónoma de Tamaulipas

Edificio Administrativo, planta baja, CU Victoria  
Ciudad Victoria, Tamaulipas, México  
Libro aprobado por el Consejo de Publicaciones UAT

Consejo de Publicaciones UAT  
Centro Universitario Victoria  
Centro de Gestión del Conocimiento. Tercer Piso  
Cd. Victoria, Tamaulipas, México. C.P. 87149  
consejopublicacionesuat@outlook.com  
Tel. (52) 834 3181-800 • extensión: 2948 • www.uat.edu.mx  
ISBN: 978-607-7654-96-4

Colofón S.A. de C.V.  
Franz Hals 130, Col. Alfonso XIII,  
Delegación Álvaro Obregón, C.P. 01460  
Ciudad de México, 2017.  
Contacto: colofonedicionesacademicas@gmail.com  
ISBN: 978-607-8590-81-0

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra incluido el diseño tipográfico y de portada, sea cual fuere el medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento por escrito del Consejo de Publicaciones UAT.

Impreso en México • *Printed in Mexico*

El tiraje consta de 300 ejemplares

**Este libro fue dictaminado y aprobado por el Consejo de Publicaciones UAT mediante un especialista en la materia. Asimismo fue recibida por el Comité Interno de Selección de Obras de Colofón Ediciones Académicas para su valoración en la sesión del primer semestre de 2017, se sometió al sistema de dictaminación a “doble ciego” por especialistas en la materia, el resultado fue positivo.**

# Índice

<b>13</b>	<b>Agradecimientos</b>
<b>15</b>	<b>Capítulo 1. Introducción</b>
<b>15</b>	1.1. Planteamiento del problema
<b>16</b>	1.2. Justificación del estudio
<b>17</b>	1.3. Objetivo
<b>18</b>	1.4. Hipótesis
<b>18</b>	1.5. Viabilidad
<b>19</b>	1.6. Antecedentes
<b>31</b>	<b>Capítulo 2. Marco Teórico</b>
<b>31</b>	2.1. Histerectomía
<b>32</b>	2.1.1. Definición de histerectomía
<b>32</b>	2.1.2. Características de la histerectomía
<b>33</b>	2.1.3. Diagnósticos Indicativos de la histerectomía
<b>36</b>	2.1.4. Repercusiones de la histerectomía
<b>38</b>	2.2. Imagen corporal
<b>38</b>	2.2.1. Perspectiva psicodinámica
<b>42</b>	2.2.2. Perspectiva cognitivo conductual
<b>44</b>	2.2.3. Perspectiva sociocultural
<b>46</b>	2.2.4. Antecedentes históricos del concepto imagen corporal
<b>47</b>	2.2.5. Definición de la imagen corporal
<b>56</b>	2.2.6. Formación de la imagen corporal
<b>59</b>	2.2.7 Distorsión de la imagen corporal
<b>64</b>	2.3. Factores que intervienen en la formación de la Distorsión de la Imagen Corporal
<b>64</b>	2.3.1. Rasgos de personalidad
<b>64</b>	2.3.1.1. Autoconcepto
<b>72</b>	2.3.1.2. Ansiedad
<b>74</b>	2.3.1.3. Autoestima

76	2.3.2. Relación de pareja
77	2.3.2.1. Apoyo de la pareja
77	2.3.2.2. Sexualidad
81	2.3.3. Formación preoperatoria
82	2.4. Síntesis teórica
85	<b>Capítulo 3. Metodología</b>
85	3.1. Diseño de la investigación
87	3.1.1. Características de la investigación
88	3.1.2. Características de la población y muestra
88	3.1.3. Características de la aplicación
89	3.1.4. Alcances y limitaciones
89	3.2. Instrumentos para recolectar la información
91	3.2.1. Entrevista inicial
91	3.2.1.1. Datos generales
91	3.2.1.2. Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)
93	3.2.1.3. Escala Multidimensional de Autoconcepto de García y Msitu (AF5, 1999).
97	3.2.1.4. Distorsión en la imagen corporal
97	3.2.1.5. Inventario de Apoyo Para la Pareja (IAPP)
99	3.2.2. Cuestionario de egreso
99	3.2.2.1. "Escala de Autoestima" de Rosenberg
100	3.2.2.2. Cuestionario sobre Necesidades Educativas
100	3.2.2.3. Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)
105	3.3. Procedimiento para la recolección de datos
105	3.4. Normatividad
105	3.5. Análisis e interpretación de datos
107	<b>Capítulo 4. Resultados</b>
107	4.1. Información sociodemográfica
115	4.2. Resultados de las variables en estudio
128	4.3. Correlación de variables y diferencias significativas
131	<b>Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones</b>
131	5.1. Hipótesis
133	5.2. Hallazgos significativos adicionales
134	5.3. Conclusiones
137	5.4. Recomendaciones

<b>139</b>	<b>Capítulo 6. Bibliografía</b>
<b>158</b>	Anexo 1. Entrevista Inicial
<b>171</b>	Anexo 2. Cuestionario de Egreso

### **Figuras**

<b>42</b>	Figura 1. Esquema Multidimensional del Modelo Cognitivo Conductual
<b>51</b>	Figura 2. Construcción de la Imagen Corporal según el Modelo de Raich (2004)
<b>52</b>	Figura 3. Construcción de la Imagen Corporal según el Modelo de Slade (1994)
<b>53</b>	Figura 4. Construcción de la Imagen Corporal con base en el Modelo de Richards, Thompson y Coovert (citado en Raich, 2002)
<b>66</b>	Figura 5. Modelo de Autoconcepto por Competencias de Greenberg
<b>69</b>	Figura 6. Modelo de Autoconcepto por Competencias de Goñi y Fernández
<b>71</b>	Figura 7. Autoconcepto por contexto Musitu y García
<b>107</b>	Figura 8. Distribución de la muestra por rango de edad
<b>108</b>	Figura 9. Distribución de la muestra por escolaridad
<b>108</b>	Figura 10. Distribución de la muestra por ocupación
<b>109</b>	Figura 11. Distribución de la muestra por tipo de aseguramiento
<b>109</b>	Figura 12. Distribución de la muestra por estado civil
<b>110</b>	Figura 13. Edad de inicio de menstruación
<b>110</b>	Figura 14. Edad de inicio de relaciones sexuales
<b>111</b>	Figura 15. Con relación de pareja
<b>111</b>	Figura 16. Pacientes con menopausia
<b>112</b>	Figura 17. Tipo de histerectomía a practicar
<b>112</b>	Figura 18. Participación de la pareja de la paciente
<b>113</b>	Figura 19. Tipo de decisión
<b>113</b>	Figura 20. Promedio de relaciones sexuales
<b>114</b>	Figura 21. Satisfacción de relaciones sexuales
<b>114</b>	Figura 22. Paridad satisfecha
<b>116</b>	Figura 23. Distribución de la variable ansiedad rasgo
<b>117</b>	Figura 24. Distribución de la variable autoconcepto social
<b>117</b>	Figura 25. Distribución de la variable autoconcepto emocional
<b>118</b>	Figura 26. Distribución de la variable autoconcepto físico

118	Figura 27. Distribución de la muestra por autoconcepto general
119	Figura 28. Distribución de la variable distorsión de la imagen corporal
120	Figura 29. Distribución de la variable autoestima
121	Figura 30. Distribución de la variable apoyo positivo
122	Figura 31. Distribución de la variable apoyo negativo
122	Figura 32. Distribución de la variable apoyo expresado
124	Figura 33. ¿Quién le informa a la paciente?
125	Figura 34. ¿Cuándo se le informa a la paciente?
125	Figura 35. ¿Dónde se le informa a la paciente?
126	Figura 36. ¿Cómo se le informa a la paciente?
126	Figura 37. Impresión del nivel de información proporcionado a las pacientes

### **Tablas**

45	Tabla 1. Comparativo de las diferentes perspectivas psicológicas sobre la imagen corporal
55	Tabla 2. Resumen de las diferentes definiciones de imagen corporal
74	Tabla 3. Diferencias entre ansiedad, angustia, miedo, pánico y estrés
90	Tabla 4. Rango de resultados de las pruebas a aplicar
92	Tabla 5. Rangos de interpretación de puntajes del IDARE propuestos por Izquierdo (2002)
92	Tabla 6. Rangos de interpretación de puntajes del rasgo de ansiedad del IDARE
93	Tabla 7. Rangos de interpretación de los puntajes del IDARE
94	Tabla 8. Resultado del alpha de Cronbach de las aplicaciones de García et al. en España y Portugal
95	Tabla 9. Alpha de Cronbach en grupos piloto para la escala AF5
95	Tabla 10. Rango de interpretación de los puntajes en las escalas del AF5
96	Tabla 11. Rango de interpretación de puntajes del autoconcepto social del AF5
96	Tabla 12. Rango de interpretación de puntajes del autoconcepto físico del AF5
96	Tabla 13. Rangos de interpretación de puntajes del autoconcepto general del AF5
97	Tabla 14. Rangos de interpretación de los puntajes de la escala de distorsión de la imagen corporal
98	Tabla 15. Alpha de Cronbach de las aplicaciones piloto del Inventario de Apoyo Para la Pareja

<b>98</b>	Tabla 16. Rango de resultados de la escala del Inventario de Apoyo a la Pareja
<b>99</b>	Tabla 17. Rangos interpretación de puntajes de la Escala de Autoestima de Rosenberg propuestos por Burns (2001)
<b>100</b>	Tabla 18. Rango de interpretación de puntajes de la escala de Autoestima de Rosenberg
<b>101</b>	Tabla 19. Rango del contenido educativo del "Cuestionario de Necesidades Educativas"
<b>101</b>	Tabla 20. Rango de resultados propuestos de las subescalas de contenido educativo del "Cuestionario sobre Necesidades Educativas"
<b>102</b>	Tabla 21. Rango de puntajes del "Índice de la Función Sexual Femenina" (IFSF)
<b>103</b>	Tabla 22. Resultado del Alpha de Cronbach de la aplicaciones de Rosen del "Índice de la Función Sexual Femenina"
<b>104</b>	Tabla 23. Alpha de Cronbach del Índice de la Función Sexual Femenina en las aplicaciones piloto y el grupo de Blumel
<b>104</b>	Tabla 24. Rango interpretación de los puntajes del Índice de Función Sexual Femenina
<b>115</b>	Tabla 25. Resultados de confiabilidad, simetría, curtosis y Kolmogorov-Smirnov Z del ÍFSF
<b>119</b>	Tabla 26. Distribución de los resultados del la distorsión de la imagen corporal
<b>121</b>	Tabla 27. Resultados de la escala apoyo a la pareja y sus subescalas
<b>123</b>	Tabla 28. Distribución de resultados del Índice de Función Sexual Femenina. N=31
<b>124</b>	Tabla 29. Porcentajes de distribución de la información recibida por las pacientes



# Agradecimientos

---

Al personal directivo del Hospital General de Zona Dr. Norberto Treviño Zapata, por las facilidades para realizar el presente trabajo. Sin el apoyo decidido de las autoridades, expresión del interés en el bienestar físico y psicológico de las pacientes, hubiera sido imposible concluir de modo satisfactorio esta investigación.

Pero sobre todo, a las pacientes, cuyas vivencias y apertura fueron compartidas con el equipo de trabajo, para lograr el desarrollo de esta investigación.

*Dr. Francisco Javier Aquino Bustos*



# Introducción

---

## **CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN**

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico cada vez más común en nuestro medio dada la facilidad para realizarse y resulta un medio rápido y eficaz para resolver un gran número de padecimientos de la mujer principalmente cuando ya ha tenido hijos. Sin embargo, las repercusiones psicológicas que desencadena, dada la complejidad de los factores que inciden en la misma, hacen necesario el estudio de estas pacientes. En el presente trabajo se muestra como la paciente con ansiedad como rasgo de personalidad y la condición de tener pareja, inciden directamente en el hecho de que las pacientes presenten una distorsión de su imagen corporal. Será necesario realizar un mayor número de estudios para determinar los factores de la personalidad y la dinámica de la pareja que repercuten en incrementar la distorsión de la imagen corporal. Mucho se ha escrito sobre la imagen corporal en relación a los trastornos alimenticios dejando de lado considerables alteraciones que también afectan esta estructura psíquica: desde las dismorfias y los trastornos conversivos, hasta los delirios y las alucinaciones preceptuales; la problemática aquí presentada esboza la necesidad de replantear nuestra concepción sobre la imagen corporal y su manejo en estas pacientes.

### **1.1. Planteamiento del problema**

Los tratamientos médicos han aumentado la esperanza de vida de la mujer frente a padecimientos que antes eran graves en su epidemiología durante la edad adulta, como el cáncer cervicouterino u otro tipo de problemas; éstos ahora son resueltos mediante la histerectomía. Ante este tratamiento quirúrgico se desencadena una serie de problemáticas de carácter psicológico que impactan fuertemente en la calidad de vida de las pacientes histerectomizadas, como los sentimientos de minusvalía, depresión, ansiedad, insatisfacción, molestia, inquietud sobre su actividad sexual, etc. sobre un número importante de la población femenina que se incrementa cada día (Alba Maldonado, 2007; Álvarez y Cruz, 1999), por lo que es importante conocer la psicodinamia que acompaña este tipo de intervenciones, para tomar las medidas institucionales que permitan una mejor recuperación de las pacientes atendidas en instituciones públicas de salud así como un incremento en su calidad de vida; el propio y el de su núcleo familiar.

## 1.2. Justificación del estudio

El Programa Nacional de Salud 2007-2012, tiene entre sus principales objetivos el “Mejorar las condiciones de salud de la población” y “Prestar servicios de salud con calidad y seguridad”. Para ello se proponen, dentro de sus estrategias, las siguientes líneas de acción:

Estrategia. Rectoría efectiva del sector.

Línea de acción. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud y prevención y control de enfermedades.

Estrategia. Generación de recursos suficientes y oportunos.

Línea de acción. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos.

Ante estas directrices así como por la escasez de trabajadores de la salud y la insuficiencia de los recursos económicos, es necesario optimizar los recursos humanos y financieros existentes, por lo que este trabajo pretende esbozar líneas de trabajo que logren el máximo aprovechamiento de los mismos encaminándolos hacia acciones preventivas que incrementen la calidad de vida de las pacientes.

En el caso de las mujeres que son sometidas a una histerectomía se genera un sufrimiento silencioso ante la incertidumbre que representa la intervención quirúrgica con todo lo que conlleva (la hospitalización, la anestesia, la pérdida del control sobre sus vidas, la dependencia, la pérdida de la intimidad, el dolor, el temor de no quedar como antes, el no ser aceptado, etc.) (Machado, 1999). Además de esto, se enfrentan a una nueva situación ante su sexualidad, que las va a colocar en una posición desconcertante frente a su pareja (Herrera, 2003).

Aun y cuando todos los profesionales de la salud les dicen que solo se les retirará la matriz, no llegan a entenderlo en su propio cuerpo, al grado de no poder ubicar físicamente el lugar en que se encuentra el órgano que les será retirado (dado que no tienen control sobre él, no pueden regular la sensibilidad (solo el dolor y la maternidad son sus referentes). Esta situación despierta un sin fin de temores respecto a su sexualidad, los cuales regularmente son compartidos por sus parejas. En ocasiones, la falta de comunicación entre ambos, genera tal ansiedad que se refleja en una hipersensibilidad al dolor, incremento en el uso de medicamento, dilación en el tiempo de su recuperación, reinicio de las relaciones sexuales, menor capacidad para controlar su activación somática e inclusive un índice mayor de complicaciones postoperatorias (Cárdenas, Quiroga, Restrepo y Cortes, 2005). Considerando lo anterior vemos la importancia del aspecto psicológico en la calidad de vida y en la recuperación postoperatoria (Matud, 2004 y Ojeda, Calvo y Valdespin, 2001). Si bien es cierto las mujeres esperan esta transición fisiológica durante el climaterio (Castellón y Romero, 2004), tal situación les sigue provocando

distrés, además de que suponen que se presentará en forma gradual (Legorreta, 2007 y Vega, 2007).

Sin embargo, en la histerectomía tanto los cambios hormonales como el replanteamiento de su rol sexual se presentan en forma abrupta. En el caso de la población mexicana que presenta además otros factores de riesgo respecto a los trastornos de insatisfacción corporal como la obesidad, la situación se ve agravada (Casillas, 2007). Como argumento adicional para destacar la importancia de este estudio, debemos mencionar la referencia de Mazmanin (1999), quien señala que la histerectomía es la segunda operación de cirugía mayor realizada a mujeres en edad reproductiva, después de la cesárea, señalando que se practican 3 tipos de histerectomía: la parcial (donde solo se extirpa la parte superior del útero), la total (donde se incluye el cuello de la matriz) y la radical (donde se extraen las estructuras de apoyo y los ganglios linfáticos), situación que es confirmada en todas las instituciones hospitalarias.

Considerando que en el año 2008, se presentaron en el Hospital General “Dr. Norberto Treviño Zapata” de Cd. Victoria, Tamaulipas, 152 casos de histerectomía por diagnósticos no relacionados con cáncer, podemos deducir que el número de pacientes que se encuentran en los supuestos de la investigación son relevantes como para justificar el presente trabajo. A fin de estar en posibilidades de replantar el proceso de hospitalización e intervención a las pacientes histerectomizadas, es necesario determinar los factores psicológicos que inciden en la afectación de su imagen corporal. En virtud de los estudios reportados por otros investigadores, podemos destacar que la imagen corporal, la ansiedad, la autoestima, la relación de pareja, el autoconcepto, la experiencia de la maternidad y las condiciones bajo las cuales se realiza la intervención quirúrgica son factores que influyen en la psicodinamia de la paciente histerectomizada, por lo que es necesario realizar estudios que sirvan para determinar la magnitud de su influencia en nuestra población lo cual permitirá replantar el quehacer institucional.

### **1.3. Objetivo**

Derivado de lo anterior, y considerando que las pacientes histerectomizadas atraviesan por una problemática singular, dado el múltiple efecto que provoca en su persona la intervención quirúrgica a la que se ven sometidas, se consideró de enorme importancia realizar un estudio que lleve a la consecución del siguiente objetivo:

Determinar la importancia de diferentes factores psicosociales que inciden en la distorsión de la imagen corporal en mujeres histerectomizadas.

## 1.4. Hipótesis

Esperamos validar las siguientes hipótesis:

1. Las pacientes histerectomizadas presentan una distorsión en su imagen corporal.
2. Las pacientes con rasgo de ansiedad alto previo a la operación presentarán una mayor distorsión en la imagen corporal.
3. La función sexual influye en forma positiva en la disminución de la distorsión de la imagen corporal.
4. El tipo de histerectomía, ya sea electiva o necesaria, no influye en la distorsión de la imagen corporal.
5. La calidad de la información recibida afecta directamente en la disminución de la distorsión de la imagen corporal.
6. La autoestima alta disminuye la distorsión de la imagen corporal.
7. El apoyo de la pareja repercute directamente en la distorsión de la imagen corporal.
8. El autoconcepto bajo aumenta la distorsión de la imagen corporal.
9. El haber experimentado la maternidad repercute directamente en la distorsión de la imagen corporal.

## 1.5. Viabilidad

Este proyecto requirió de las siguientes condiciones para llevarse a cabo:

1. Autorización para realización de las entrevistas por parte del Hospital General en Ciudad Victoria “Dr. Norberto Treviño Zapata”.
2. Personal calificado para la aplicación de los instrumentos: “Entrevista de Ingreso” (Anexo 1) y “Cuestionario de Egreso” (Anexo 2).
3. Recursos económicos que permitan el desplazamiento del personal a los diferentes lugares donde habrá de realizarse las entrevistas.
4. Disponibilidad de los pacientes para proporcionar la información requerida.

Respecto al punto número 1 se obtuvo la autorización por parte de la Dirección del Hospital para la aplicación de los diferentes instrumentos, lo cual se refrendó con oficio expedido por el subdirector de Enseñanza e Investigación del citado nosocomio.

En cuanto al punto número 2, se contó con la participación voluntaria de 2 psicólogos titulados que garantizaron el correcto aplicado de los cuestionarios.

Sobre el punto 3 el estudio se realizó con recursos propios.

Referente al punto 4, en primer término se dio a conocer a las pacientes las bases del estudio, haciéndoles la invitación a participar y enfatizándoseles que la

información que proporcionarían sería totalmente voluntaria y confidencial, estando en posibilidad de negarse a contestar cualquier pregunta o incluso interrumpir en forma definitiva la aplicación. Posterior a su aceptación se recabó su firma en la hoja de “Consentimiento Informado” (inserta en el Anexo 1).

Aunque en un inicio la pretensión del estudio era realizar entrevistas de seguimiento a los tres, seis y doce meses, esto no fue posible por la falta de respuesta de las pacientes una vez que egresaron del hospital. Se citó a las pacientes vía telefónica para que acudieran al hospital a realizar las entrevistas de seguimiento, sin embargo no se obtuvo la participación suficiente para considerar dicha información en la presente investigación.

## **1.6. Antecedentes**

Si bien es cierto que la mayor parte de la literatura se refiere a grupos de población diferentes al presente trabajo, el antecedente de Mascareñas y Pisanty (1980), desarrollado en el Hospital Civil de la ciudad de Monterrey, es lo más cercano a nuestro referente formativo ya que abordaron en su estudio la repercusión de la histerectomía en la depresión y la función sexual de las pacientes histerectomizadas en una población semejante a la nuestra. Aun así, las diferencias culturales y temporales siguen permaneciendo y justifican el implementar nuestra propia investigación sobre el tema.

Se encontraron aplicaciones afines, aunque no iguales, ya que van más apegadas a la vida sexual, en específico en Colombia, Venezuela y Chile. Muchas de ellos incluyen pacientes con cáncer en la matriz o en el cuello uterino quienes, conforme a la literatura revisada, presentan una dinámica psicológica y médica muy diferente.

Es interesante descubrir (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004) que en algún tiempo se extirparon los órganos reproductores femeninos como alternativa terapéutica para el tratamiento de epilepsias, enfermedades de los nervios y problemas psicológicos como la histeria.

Respecto a la dinámica fisiológica que se presenta en la histerectomía Uriza, Alwers, Guerra y Ontra, (s/f), haciendo referencia a la menopausia, mencionan que se presenta una disminución gradual de la secreción estrogénica así como diversas alteraciones hormonales, comenzando desde los 35 años (premenopausia), culminando aproximadamente alrededor de los 52 años, siendo solo entre el 25% y el 30% las que experimentan sintomatología significativa y el resto apenas es acompañada de trastornos menores. De lo anterior podemos deducir que en este mismo porcentaje es que las pacientes histerectomizadas con salpingooforectomía bilateral presentarían trastornos atribuibles a la intervención.

En los resultados obtenidos por Mascareñas (1980) y Mascareñas y Pisanty (1980), se concluye que las pacientes postoperadas de una histerectomía electiva presentan una disminución de la capacidad orgásmica y del goce pleno de la sexualidad al ser devaluadas por ellas mismas, por su esposo y por la sociedad.

Moix (1994) reportó una compilación de diferentes artículos de los que se deduce que los factores psicológicos, especialmente la ansiedad, afectan negativamente la recuperación postquirúrgica, y que los mecanismos de afectación de la ansiedad a la recuperación son de tipo conductual y fisiológico. Por último, que las técnicas psicológicas empleadas con pacientes quirúrgicos parecen efectivas para reducir la ansiedad prequirúrgica y facilitan la recuperación.

Palacio (1998) señala que los cambios físicos que se experimentan con la edad no interfieren, por sí mismos, con la habilidad de una persona para disfrutar el sexo, pero pueden acarrear molestias, en especial la apariencia externa, siendo más frecuentes estas reacciones en las mujeres, pues están más sensibles acerca de las críticas sobre imperfecciones de su cuerpo. Si su pareja persistentemente la critica, sus dificultades pueden ser mayores. Este autor refiere que dentro de los mitos populares encontrados entre pacientes histerectomizadas se encuentra el sentirse que quedan vacías por dentro, pierden feminidad, deseabilidad y capacidad para satisfacer a su pareja. Asimismo comenta, sin precisarlos, que unos estudios reportan mujeres que sufren del síndrome posthisterectomía con depresión y pérdida del interés sexual por varios meses, mientras que otros reportan, una mejoría en el humor, energía, recuperan deseo y respuesta sexual, pocos meses después de la operación, reportando además que las expectativas y conocimientos antes de la cirugía son un factor importante en cómo se puede sentir la mujer después. Sus expectativas facilitarán la tranquilidad o los temores además del soporte y las actitudes de la pareja. Inclusive señalan que en ocasiones las mujeres no disfrutaban el sexo antes de la menopausia y utilizan ese argumento para acabar con las relaciones sexuales. Las personas con fuerte autoestima no se encontraron tan perturbadas por los cambios y los patrones estéticos.

Moix (1996) publicó un estudio en 38 pacientes intervenidas de histerectomía enfocado en la recuperación física y anímica, concluyendo que las pacientes que durante la convalecencia postquirúrgica se encontraron más relajadas, consumieron menor cantidad de analgésicos, reportaron menor dolor, mayor satisfacción del funcionamiento del hospital y se sintieron más recuperadas.

Basaguren y Guimon (1997) destacan que la mayoría de los seres humanos tenemos un conocimiento bastante pobre de nuestro propio cuerpo, incluso en partes que podemos ver. Esto se acentúa en aquellas partes del cuerpo que no podemos

ver, salvo en circunstancias muy excepcionales, lo cual nos dificulta entender los procesos internos.

Rhodes, Kjerulff, Langenberg y Guzinski (1999) observaron que tras la histerectomía las mujeres mejoraron su vida sexual incrementando el número de relaciones sexuales y disminuyendo los problemas relacionados.

Grau Abalo, Llantá, Chacón y Fleites, (1999), señalan que las pacientes con cáncer generan temores, angustias y expectativas que empiezan a deteriorar la personalidad. Destacan que la sexualidad no desaparece ni aún en pacientes terminales ya que, aun disminuyendo el interés por el coito, se mantiene presente el deseo de proximidad y contacto físico. La mayoría de los problemas de deseo sexual se presentan aparejados a una pérdida global del interés encontrándose únicamente exacerbación del deseo sexual en episodios maníacos. También se presenta asociado a estadios de dolor y fatiga, algunas veces como consecuencia del tratamiento farmacológico. Otra consideración importante es señalar que el diagnóstico de cáncer no produce trastornos maritales en parejas felices, sin embargo, puede exacerbar conflictos ya existentes. Refieren que entre el 33% y el 44% de las pacientes presentan dificultad en lograr la excitación y el orgasmo; en algunos casos reportan una drástica disminución en la sensación y frecuencia del orgasmo así como del interés sexual, siendo en estos casos que pudiera ser benéfica la Terapia de Reemplazo Hormonal (TR), señalando que las causas pudieran ser reducción del nivel sérico de andrógenos ante la ooforectomía, compromiso vascular de los ovarios, reducción de la lubricación a causa de la disminución de estrógenos, acortamiento de la vagina o tejido cicatrizal en la pelvis o en la cúpula vaginal con dispareunia asociada. Refieren también que algunas investigaciones muestran habilidad para tener orgasmo durante el coito, aunque la mayor parte de la vagina les haya sido removida o totalmente reconstruida. (Schover et al., 1989) (Citado por Grau Abalo, 1999 et al.).

Pasquali (1999) menciona que la menopausia prematura es descrita como una menopausia precoz como resultado directo de una intervención terapéutica, ya sea quimioterapia o una cirugía y que provoca el fracaso o cese del funcionamiento de los ovarios. Encontró que el 45% de las mujeres que participaron en su estudio (5 de 11 casos) presentaron un sentimiento de pérdida de feminidad con sensaciones de hundimiento de senos, aumento de vello facial, pérdida de vello púbico y pérdida del atractivo debido a la infertilidad.

Según Sanford y Donovan (citado por Pasquali, 1999), la menopausia prematura causa una dislocación del autoconcepto (una de sus pacientes refirió que después de la intervención requería mayor estimulación antes del coito por lo que la pareja necesitaba ser más sensible) y que los médicos no dan apoyo o

información incluso cuando les fue solicitada expresamente recurriendo más de la mitad de ellas a medios de comunicación y conferencias para aprender acerca de la menopausia. Refieren que aun cuando es imprescindible el apoyo y la información, el personal de enfermería no está en posibilidades de explorar el impacto de la menopausia prematura durante el breve período de la estancia hospitalaria, ya que en ese momento la paciente está más centrada en el dolor y la ansiedad por el proceso quirúrgico.

Heins (1999) encontró que las pacientes que han sufrido histerectomía presentaron disminución del placer sexual, estreñimiento, problemas de control de la vejiga, coágulos de sangre, hipertensión, dolor pélvico y aumento de peso, además de mencionar una sensación de taponamiento a sus emociones y pérdida del sentimiento materno.

Alizalde (1999) distingue entre duelos menores (por la pérdida de una parte del cuerpo) y duelos mayores (siendo este el duelo por uno mismo). Señala que el duelo puede ser elaborado (considerándose entonces como exitoso) o inconcluso e insuficiente; provocando este último un duelo interminable que es reactivado ante situaciones desencadenantes afines.

En una investigación reciente, realizada con adolescentes de ambos sexos (Martínez Benlloch, Pastor y Bonilla, 1999), observaron que los referentes del propio reconocimiento y autovaloración están vinculados con normas genéricas, expresadas, en los varones, en medidas de autocontrol, poder personal, competencia y funcionamiento corporal, mientras que las mujeres vinculan más su autoestima al cuerpo, estando expuestas a una mayor objetualización corporal, manifestada en preocupación por el peso y el atractivo sexual, además de un extrañamiento del propio cuerpo que equivale a una actitud de vigilancia sobre el aspecto físico (Pastor 2000).

Álvarez y Cruz (2000) señalan que cuando “la histerectomía ofrece alivio al temor del embarazo, al dolor, a la hemorragia continua o excesiva, a la discapacidad, a la incontinencia o al cáncer”, se considera un procedimiento apropiado, aunque despierta sentimientos ambivalentes conscientes, en razón de los riesgos de cualquier intervención quirúrgica, e inconscientes, vinculados a su valor simbólico. Ellos encontraron también que la información proporcionada a las pacientes es insuficiente pero que ésta no afecta en la prevalencia de la aparición de depresión en el período postoperatorio. Mencionan que en un estudio con 31 pacientes, donde el grupo experimental recibió información sobre la intervención y sus consecuencias como preparación a la cirugía, encontraron que no se modificaron los resultados postoperatorios, aunque la proporción de pacientes con depresión fue similar a otros estudios, determinándose que estas pacientes presentan depresión en

mayor índice que otro tipo de intervención quirúrgica. Ellas señalan que estudios anteriores (Polvy, 1974 y Roeske, 1978 citados por Álvarez y Cruz, 1999), enumeran los siguientes factores como asociados a un mal pronóstico para la salud mental después de la histerectomía: historia psiquiátrica previa, muchas hospitalizaciones o cirugías, edad inferior a los 35 años, deseos de tener un hijo o más, actitud negativa del esposo u otra persona importante hacia la histerectomía, insatisfacción e inestabilidad maritales, falta de compromiso vocacional o recreativo, presencia de ideas erróneas y miedos acerca de la intervención.

García Tirado (2000) menciona que en un estudio comparativo entre menopausia natural y quirúrgica encontró que el nivel ansiedad-estado es mucho mayor en el segundo grupo atribuyéndoselo al desconocimiento sobre los cambios que se presentan después de la castración, señalando que en la menopausia natural los cambios son comprensibles por la edad de las pacientes [sin embargo no mencionan el motivo por el que excluyen el procedimiento quirúrgico como generador de un estado de ansiedad que es más explicativo de su presencia en ellas]. También encontraron que en las menopáusicas naturales disminuyó el deseo sexual atribuyéndoselo a que las menopáusicas quirúrgicas son de menor edad y su sexualidad es diferente en cuanto a prejuicios y tabúes.

Ahumada, Aliaga y Bolívar (2001) relatan sus experiencias con Talleres Psicoeducativos implementados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Destacan el valor simbólico de la matriz así como las repercusiones en la autoimagen y la autoestima de la mujer en virtud del valor subjetivo atribuido, al estar ligado a eventos importantísimos en su vida como son la menstruación, la sexualidad, el embarazo y la maternidad. Sus talleres tienen por objetivo propiciar un encuentro con pacientes en condiciones similares, el conocimiento de los aspectos médicos y psicológicos, estimular la elaboración de esta experiencia y fomentar una actitud más propositiva ante la salud. El desconocimiento de su propio cuerpo y de su sexualidad (situación que en la mayoría de los casos es compartida por su pareja conyugal), dificultan el trabajo de elaboración del duelo ante la pérdida. Aunque se vislumbra una gran experiencia en la atención integral de estos casos (refieren realizar un promedio de 30 casos de histerectomía por mes), no se relata un estudio longitudinal que pudiera avalar las prácticas realizadas.

Cardona, Giraldo y Echeveny (2001) destacan en las conclusiones de su trabajo la responsabilidad del profesional ante las reacciones emocionales del paciente quirúrgico, su papel de contenedor de las ansiedades, de acompañamiento en su elaboración y de promover la participación de personas o grupos que cumplan dicha función, ya que de lo contrario pueden presentar síntomas o patologías que afecten su evolución y tratamiento, constituyéndose en factor de riesgo para

una recaída u otras condiciones patológicas. Añaden que las enfermedades y la cirugía constituyen amenazas para el cuerpo, percepción que dependerá de la opinión y confianza que la paciente tenga sobre el médico y su diagnóstico. Una operación será percibida como una amenaza, un reto, un obstáculo, un castigo (justo o injusto), una ganancia o un alivio, sobre todo cuando se abordan sin una preparación previa.

El Instituto Nacional de Cáncer de la Universidad de Bonn (2001), ha encontrado que durante una histerectomía radical (inclusive en la histerectomía total), la parte superior del canal vaginal suele extirparse, sin embargo pocas mujeres se quejan de dispareunia o pérdida de la capacidad orgásmica. La pérdida del apetito sexual o reducción del placer sexual es síntoma común a la depresión misma que aparece entre un 15% y un 25% con mayor prevalencia en pacientes con cáncer que en la población saludable. La falta de una relación estable puede llevar a encarar la posibilidad de rechazo de su compañero eventual o de evitar nuevas relaciones, siendo los sentimientos previos a la aparición de la enfermedad uno de los factores más importantes.

Cánovas (2001) señala que de su investigación se desprende la efectividad del apoyo psicológico para preparar los pacientes facilitando y mejorando su recuperación.

Valdés Calderón (2001) encontró diferencias significativas en la relación a la ocupación-autoconcepto, ocupación-autoestima y autoestima-escolaridad y ninguna relación con el tratamiento y el diagnóstico. Para estas pacientes la histerectomía es vivenciada como una mutilación simbólica, resultando evidente la tendencia para mostrar una imagen favorable la cual se ve compensada con la maternidad u otro rol como el laboral. Señala que Barruel e Iñesta (1993) encontraron que el área afectada era la identidad y que podía estar asociada a la pérdida del órgano y su significación simbólica.

Baquerizo (2002) describe, desde una perspectiva dinámica, la afectación psicológica que produce la cirugía señalando que las necesidades emocionales dependerán de su capacidad para adaptarse a situaciones de riesgo. Señala que la enfermedad y el proceso quirúrgico representan diversas pérdidas: intimidad, autodeterminación, rutina diaria, compañía, confort en el lugar e imagen corporal.

Jiménez Rodríguez y Ruiz Terán (2003) señalan que el 30% de las pacientes sabían lo que significaba una histerectomía y el 70% restante solo tenía una idea vaga de lo que se desprende que no recibieron suficiente información.

Morales Estrada (2003) encontró que el autoconcepto en las mujeres histerectomizadas disminuyó al año de su operación y que de los nueve perfiles que fueron evaluados, ocho presentaron disminución.

Cabieses, Urrutia y Araya, (2004) citan entre otros a Schneider (2002) quienes mencionan que el 90 % de las cirugías ginecológicas se realizan por causas benignas siendo la más frecuente miomatosis uterina. Señalan también que William y Clark (2000), encontraron dentro de la pareja, que los hombres mencionan que la elección de la histerectomía es únicamente de las mujeres, considerándose a sí mismos como apoyadores sin participar activamente en la decisión terapéutica, las mujeres coinciden en este tipo de participación, aunque señalan que el apoyo de la pareja es más relevante que el de otros familiares y amigos. Refieren a varios investigadores (Guezo 2003, Le Cornu, 1999, Scriven 1997 y Wade 2000) que coinciden en las grandes carencias de información previa, presentándose importantes necesidades educativas (desconocimiento del equipo de salud, complicaciones y consecuencias incluso en la autopercepción de su feminidad, alternativas terapéuticas y las repercusiones en cuanto a su sexualidad), así como una gran dificultad para expresar sus inquietudes al equipo de salud. Estas autoras destacan el momento del alta subjetiva que es cuando la paciente reinicia su vida sexual activa cobrando enorme importancia las expectativas, el sentimiento de seguridad, la confianza en sí mismas y el estilo de relación de pareja.

Ciapponi (2004) ha encontrado que la calidad de vida a los seis meses es superior en las pacientes histerectomizadas, en comparación a las pacientes con sangrado uterino anormal que fueron sometidas a tratamiento médico.

Urrutia, Araya, Villarroel y Viñales, (2004), en un estudio de 104 casos, encontraron una mejoría en la satisfacción sexual a diferencia de otros estudios, probablemente a causa de una alta prevalencia de dispareunia basal, la cual al disminuir hace que la mujer desarrolle un mayor desapego al útero, así como la percepción de la vida sexual más satisfactoria. El aspecto de la educación aparece como una parte atendida deficientemente, ya que las mujeres señalan recibir información insuficiente en calidad y cantidad por parte de los profesionales de la salud sobre la anatomía y fisiología de los órganos genitales, los cambios en el funcionamiento sexual, lo cual provoca descontento en la atención y la necesidad de recurrir a otras fuentes manteniéndose la desinformación mediante mitos y creencias en torno a la histerectomía, la feminidad y la imagen corporal.

Kupperman et al. (2004) refieren que en su estudio que el 90% son histerectomías electivas.

López Herrejón (2004) señala que desde el estereotipo genérico, la mujer que no da cuenta de la maternidad no es mujer. Encontró que generalmente el cuerpo estaba dissociado de su personalidad, ya que difícilmente conocían o referían partes de su cuerpo y su función, empleando lenguaje claro y directo. Las pacientes relacionan la sexualidad con la cópula generalmente y, en algunos casos,

con sentimientos de amor, placer y satisfacción; únicamente conocían detalles de los factores involucrados en la histerectomía evidenciándose un desconocimiento acerca de sus repercusiones. Algunas mencionaron experimentar mayor placer debido a que ya no temían el embarazo y ya no sentían molestias, en estos casos la maternidad no resultó un factor inquietante en virtud de sentirse realizadas en ese aspecto de la vida.

De la muestra revisada por Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado (2004), el 37% tuvieron que ser tratadas de depresión postintervención, lo que demuestra, a su consideración, que las secuelas psicológicas no son contempladas para la realización de una histerectomía.

Islas Trejo (2005) en su investigación sobre el significado psicológico de la histerectomía, encontró que fue definida como triste, utilizándose en el 58.31% de los casos palabras con carga afectiva negativa y de éstas el 38.28% como afecto negativo.

Urrutia y Araya (2005) en un estudio realizado en una población chilena después de tres meses de la histerectomía, no encontraron diferencias significativas en la frecuencia del orgasmo, percepción del deseo sexual, grado de excitación y satisfacción sexual de las pacientes posthisterectomizadas en relación a su actividad previa, refiriendo que el 54.46% de las mujeres mencionan que los cambios en su vida sexual fueron positivos. Señalan que este período puede considerarse de transición coincidiendo con las publicaciones revisadas las cuales lo señalan como de recuperación, concluyendo que el reinicio de la actividad sexual depende de la seguridad y confianza que la mujer tiene en sí misma.

Cárdenas et al., (2005) destacan que la histerectomía tiene efectos emocionales que pueden incluir modificaciones en la autoestima, el estado de ánimo, el deseo sexual y las relaciones de pareja. Entre los temores encontrados señalan el aumento de peso, la pérdida de deseo sexual y las percepciones erróneas que sus compañeros puedan tener al respecto. En el estudio realizado entre dos grupos para determinar la influencia entre un grupo que recibió apoyo psicológico previo a la intervención y otro que recibió información escrita, encontraron que el primero presentó un menor grado de ansiedad, un menor nivel de dolor percibido y una baja frecuencia de complicaciones.

Monroy (2005) señala que al disminuir los estrógenos y cesar la progesterona se presentan infecciones urinarias, incontinenias urinarias, reducción de colágeno dérmico, adelgazamiento de la piel, encogimiento y pérdida de elasticidad de la vagina.

Respecto a las causas para la realización de la histerectomía, Isla et al., (2005) encontraron que el 37.9% fueron por atonía uterina, el 17.9% por sepsis

uterina el 16.8% por mioma complicado y el 9.5% por acretismo placentario, el 17.9% restante se dividió entre otras 4 causas.

Gallo Vallejo (2006) refiere que el 95% de las hysterectomías era subtotal hasta 1940. A partir de ese momento por los avances tecnológicos en los antibióticos, anestésicos y transfusiones sanguíneas la mayoría de las hysterectomías se empezaron a realizar como hysterectomías totales, argumentando además que un número importante de los cánceres en la mujer se presentan en el cuello uterino, siendo éste mucho mayor que el de muñón uterino. Señalan entre los factores que influyen en una disfunción sexual posterior a la hysterectomía:

1. Grado de satisfacción previa
2. Frecuencia previa
3. Calidad de las relaciones previas
4. Información previa y posterior
5. Relación con la pareja
6. Apoyo de la pareja
7. Nivel cultural
8. Creencias religiosas
9. Expectativas sexuales
10. Características de la intervención

Añade que aun cuando la estancia hospitalaria en la hysterectomía total y subtotal son mayores que la hysterectomía laparoscópica y vaginal, y la reincorporación laboral es más dilatada, la decisión sobre el abordaje quirúrgico depende más de la experiencia y los conocimientos del cirujano así como de la infraestructura hospitalaria que del padecimiento en sí.

Cerda, Pino y Urrutia, (2006) encontraron que la hysterectomía afecta al 20% de las mujeres chilenas entre los 35 y los 49 años, y al comparar niveles de calidad de vida entre mujeres sanas e hysterectomizadas, ambos grupos obtuvieron semejantes niveles por lo que se concluye que por sí sola la hysterectomía no afecta la calidad de vida. Las mujeres evitan hablar de sexualidad frente a los profesionales de la salud, y estos evitan el tema (o lo abordan de manera muy técnica) asumiendo que si hubiera algún problema ellas lo dirían. Citando a Scriven y Tucker, señalan que estos autores demostraron que el área sexual era la que presentaba mayor déficit de conocimiento y con deseo de saber sobre el tema. Además mencionan que la remoción del útero las llevaba a pensar que presentarían distrés vaginal, disminución de la sensación genital, disminución de la vasocongestión y reducción de los orgasmos. Agregan que Helstrom (2001) encontró que las mujeres con una mala o ambivalente relación de pareja muestran deterioro en el funcionamiento sexual antes y después de la intervención.

Hernández Quintana, Reza, Castillo y Olivia (2006) refieren que entre más conoce la paciente el proceso, es mayor su empoderamiento, disminuyendo la ansiedad y presentando mejoría. Concluye que en la mayoría de los casos las pacientes presentan dudas que no les son despejadas a ellas y mucho menos a las parejas prevaleciendo las ideas erróneas independientemente del nivel sociocultural o económico apreciándose que entre mejor informada se encuentre la paciente, mejor evoluciona.

Alatríste Valay (2006) encontró en su investigación que el género femenino es más susceptible de sufrir un trastorno de la imagen corporal que el masculino, mostrando mayor preocupación así como temor a sufrir repercusiones en su autoestima general y corporal.

Urrutia, Araya, Rivera, Viviani y Villarroel, (2007) señalan que no se encontraron diferencias significativas entre la medición basal y el sexto mes de calidad de vida sexual. Aparecen variaciones en las dimensiones de excitación, angustia y evaluación general de la vida sexual mostrando una mejoría. Las variables que presentaron correlación con la vida sexual en el sexto mes fueron calidad de vida sexual basal, comunicación de pareja basal, frecuencia del orgasmo, años de escolaridad y edad de la mujer. El estudio muestra que de 90 casos, 4 no habían reanudado su vida sexual por problemas que pudieron haber sido tratados antes de la cirugía o durante el seguimiento. Menos de la mitad discuten aspectos de sexualidad con los profesionistas y aquellos que la reciben la consideran insuficiente. Los resultados señalan que el principal predictor de la vida sexual es la calidad de vida sexual basal.

Lucero Chenevard y Román Mella (2007) señalan que, aunque las pacientes valoran como algo adecuado la histerectomía como intervención quirúrgica necesaria para resolver su padecimiento, presentan sentimientos de desánimo, suspicacia, desconfianza y vivencia de disfunción corporal además de sentimientos de tristeza. Para aminorar las consecuencias proponen no solo el consentimiento informado sino factores protectores como apoyo/acompañamiento, información y alivio. Mientras más información reciben, el perfil sintomático es menor, lo que aumentaría la sensación de control y facilitaría el manejo de la ansiedad, teniendo un mayor conocimiento de la intervención y sus consecuencias, específicamente, cómo se traduce en sus cuerpos. Por ende la desinformación y la soledad son factores que dificultan el manejo de la intervención y sus consecuencias. Los mitos y creencias respecto al útero y su extirpación aparecen como elementos que las entristecen y las desaniman, lo cual no parece tener relación con el nivel de información recibida, por lo que es necesario el trabajo individual, familiar y/o grupal para compartir experiencias y creencias lo que disminuiría las consecuencias negativas. Respecto a

la sexualidad las puntuaciones obtenidas son similares a los niveles promedio para la población femenina.

Teplin, Vittinghoff, Rearman, Richter y Kuppermann (2007) destacan que la ovariectomía provoca una insuficiencia aguda en la producción de esteroides sexuales y que las pacientes ovariectomizadas presentaron menores mejorías que las que conservaron los ovarios a los 6 meses, sin embargo a los 2 años los resultados de ambos grupos fueron iguales.

Mendoza Pulido (2007) encontró que las pacientes histerectomizadas con otra actividad distinta al hogar presentan una mayor autoestima y una menor afectación en su autoconcepto, sin embargo, esto es más atribuible a la ocupación que a la histerectomía.

Urrutia, Araya y Riquelme, (2008) encontraron que, en un grupo con un nivel de educación más bajo de la media nacional, el grado de educación recibida es bajo manifestando insatisfacción por la información recibida, teniendo preferencia por la educación por parte de las enfermeras (específicamente de su mismo sexo). Respecto al momento y lugar mencionan que les hubiera gustado que la información les fuera proporcionada con anticipación a la hospitalización destacándose además la necesidad de educar a sus parejas, familiares y amigos, quejándose que los médicos no discuten con ellas los aspectos más básicos de la cirugía por lo que concluyen que una intervención precisa y oportuna de las necesidades educativas contribuye a mejorar el enfrentamiento a los cambios psicológicos que se presentan después de la cirugía.

Handa, Cundiff, Chang y Helzsover, (2008) no pudieron determinar en un estudio de 223 mujeres una relación causal entre los trastornos del piso pélvico y las funciones sexuales.

Esnaola (2008) encontró que las mujeres mayores de 55 años se perciben mejor en atractivo físico, fuerza, autoconcepto físico general y autoconcepto físico, al parecer porque sienten una menor presión social que los hombres y que las mujeres de otras edades lo que las ayuda a mejorar la percepción de sí mismas.

Komura Hoga, Herrmann, Silva de Mello y Massumi (2009) indican que debido al incremento de la realización de histerectomías se prevé que 1 de cada 3 mujeres americanas requerirá una histerectomía antes de los 60 años. Encontraron que el dolor que afectaba al 96.8% de las mujeres en el preoperatorio disminuyó al 19.4% decreciendo igualmente la dispareunia y las limitaciones físicas. El 60.4% refirió no haber sufrido alteración sobre su sexualidad y el 21.3% incluso refirió una mejora. Solo el 18.3% manifestó deterioro en esta área. El retorno a la vida sexual activa fue más precoz entre las mujeres intervenidas vía vaginal (6 días) que vía abdominal (9 días). Las pacientes con Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH)

(Guzmán, 2007) mejoraron su autoestima, aumentó su deseo sexual, excitabilidad y frecuencia del acto sexual. Las pacientes que recibieron placebo en lugar de TRH presentaron trastorno hipoactivo del deseo sexual. No se produjeron diferencias en la frecuencia, calidad del coito, localización del orgasmo o satisfacción con la vida sexual dependiendo más de la satisfacción y la buena relación con la pareja antes de la cirugía, de la sensación previa de bienestar físico y la TRH, situación que ya había sido constatada por Canovas (2001). Las mujeres señalaron desear tener mayor información de amplios aspectos de la cirugía por parte de profesionales de una manera clara y entendible. La falta de preparación del equipo de salud, así como los prejuicios existentes propicia que las pacientes se apoyen en consejos de personas con pocos conocimientos (incluso falsos) y en ocasiones las circunstancias no son las adecuadas [les apena preguntar por encontrarse, al momento de la consulta, acompañadas de la pareja o los hijos, sobre todo en lo que se refiere a los aspectos sexuales]. Dentro de las consecuencias encontradas señalan la creencia de que este órgano contribuye al placer sexual tanto por los movimientos como por las contracciones que de él se originan. Además no se presentaron diferencias en conocimientos entre quienes recibieron folletos informativos sobre la histerectomía en el período preoperatorio y quienes no lo recibieron.

Marino (s/f) menciona que la conversión histérica no afecta el organismo sino que su funcionamiento adquiere el valor de un mensaje, presentándose una relación entre psique y cuerpo o imagen del cuerpo.

# Capítulo 2

---

## MARCO TEÓRICO

Cualquier intervención quirúrgica plantea una agresión al cuerpo tanto física como psicológica lo cual repercute en limitaciones en la función del organismo ante las dificultades que le presenta la vida cotidiana, ya que nuestro mundo está organizado principalmente con base en personas físicamente completas (Espíndola, 2007).

En el caso de la histerectomía no se presenta esta repercusión sino que lo afectado principalmente es la imagen que la persona tiene de sí misma y su proyecto de vida, al desaparecer la posibilidad de la concepción. Aunque no elimina la posibilidad de la maternidad, ya que ésta se puede ejercer mediante la adopción, técnicas de reproducción asistida o una inseminación *in vitro* con una madre sustituta, se cancela la fantasía de la perpetuidad y la trascendencia en el tiempo a través de los hijos paridos por ella; es impresionante como una paciente histerectomizada se refiere a ella misma como “hueca”. Castaño y Martínez-Benlloch (1990) señalan que tanto la mastectomía como la histerectomía repercuten en la autoimagen de la mujer, su autoconcepto del rol femenino y su autoestima ya que son vividas como una agresión y una mutilación de su imagen corporal.

Para poder iniciar esta investigación es necesario hacer una revisión de los dos principales aspectos que intervienen en la misma: la histerectomía y la imagen corporal. Sobre este último punto será necesario presentar la postura desde las corrientes teóricas más importantes; así como la dinámica de su etiología y sus alteraciones y, por último, destacar los factores que, de conformidad con la literatura revisada, son los que afectan en mayor medida tanto la formación como la distorsión de su imagen corporal.

### 2.1. Histerectomía

Respecto a la necesidad de optar por este tipo de tratamiento Kupperman et al. (2004), encontraron que en un estudio comparativo de pacientes histerectomizadas vs. pacientes que recibieron tratamiento médico para resolver la sintomatología que presentaban, resultó que las primeras mostraron una mejoría más acentuada en la resolución de síntomas, satisfacción por los síntomas, interferencia por la actividad sexual, deseo sexual, preocupación por la salud, problemas de sueño, salud en general y satisfacción por la salud. Hacia el final del estudio el 53% de las pacientes con tratamiento médico solicitaron ser histerectomizadas y comunicaron una mejoría en la calidad de vida posterior a la intervención.

### 2.1.1. Definición de histerectomía

En latín *hister* significa útero y *ectomia* se refiere al proceso de sacar algo. La histerectomía es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se retira el útero de la mujer. El útero es uno de los órganos del sistema reproductivo femenino y tiene aproximadamente el tamaño de una mano cerrada. Luego de que se extirpa el útero, ya no puede tener hijos y ya no tendrá el período (menstruación). Si no se le extirpan los ovarios, continuará produciendo hormonas femeninas.

### 2.1.2. Características de la histerectomía

El útero es un órgano muscular hueco que se ubica en la pelvis femenina, entre la vejiga en su parte anterior y el recto en su parte posterior; se encuentra por debajo del intestino grueso y por encima de la vagina con el cual se haya conectado a través del cuello uterino. El útero, también denominado matriz o seno materno, es el órgano de la gestación y el mayor de los órganos del aparato reproductor femenino de la mayoría de los mamíferos, incluyendo los humanos. Es un órgano muscular, hueco, en forma de pera, extraperitoneal, situado en la pelvis mayor de la mujer, que cuando adopta la posición en anteversión (acabalgado), se apoya sobre la vejiga urinaria por delante, estando el recto por detrás. Está situado entre la vagina y las trompas de Falopio y los ovarios. Estos últimos producen los óvulos, que se desplazan a través de las trompas de Falopio. Una vez que el óvulo abandona el ovario puede ser fertilizado y se implanta en las paredes internas del útero. La principal función del útero es alimentar al feto en desarrollo antes del nacimiento (Moore, 2003). Como ya se mencionó anteriormente el acto quirúrgico para retirar el útero se denomina histerectomía. Éstas pueden clasificarse por la vía de intervención (abdominal, vaginal o laparoscópica); o por los órganos extraídos (parcial, total o radical).

En función de la vía de intervención se encuentran:

- Histerectomía vaginal: Se extirpa el útero a través de la vagina. No se necesita hacer una incisión en el abdomen.
- Histerectomía abdominal: Se extirpa el útero a través de una incisión en el abdomen.
- Histerectomía abdominal total: Se extirpa el útero junto con el cuello uterino a través del abdomen. Es posible que los ovarios se extirpen o no.
- Histerectomía laparoscópica: Se realizan varias incisiones pequeñas en el abdomen y el médico trabaja a través de ellas usando una cámara y pequeños instrumentos para desprender el útero. El útero se extirpa a través de la vagina.

La histerectomía, en relación a los órganos extraídos, se puede denominar parcial, total y radical:

Parcial (o subtotal), en la que se extirpa la parte superior del útero dejando el cérvix (cuello uterino) en su lugar.

Total (o completa), en la que se extirpa todo el útero, incluido el cuello uterino.

Radical, en la que se extirpan la totalidad del útero, los nodos linfáticos y las estructuras de soporte que rodean al útero. Este procedimiento se utiliza cuando hay un cáncer extenso.

Los ovarios y las trompas de Falopio también podrían ser extirpados al mismo tiempo. Este procedimiento se llama salpingooforectomía, denominándose bilateral cuando se extirpan ambos ovarios o lateral izquierdo o derecho según el ovario retirado. La extensión del problema que provoca una histerectomía determina cuanto es necesario extirpar. Durante la histerectomía el cirujano hace una incisión en la parte baja del abdomen, bien horizontal, justo encima del vello púbico, o vertical desde el ombligo hasta la línea del vello. En ocasiones se indica una histerectomía vaginal realizándose a través de una incisión hecha en la parte superior de la vagina. Estas operaciones se efectúan bajo anestesia general con una duración de entre una y dos horas. Si se trata de un tumor o un cáncer uterino u ovárico grande, el cirujano debe realizar una incisión o apertura abdominal mayor, para así poder ver los órganos de la pelvis. La histerectomía por vía vaginal normalmente se utiliza en la corrección de prolapsos uterinos. Se recurre a la laparoscopia cuando quiere practicarse una cirugía menos invasiva. Este procedimiento también es llamado cirugía de la “curita”, porque sólo requiere pequeñas incisiones que permitan la introducción de los pequeños instrumentos quirúrgicos que se utilizan para observar los contenidos abdominales y realizar la cirugía (Berek, 2005).

Algunos cirujanos extirpan los ovarios como rutina en mujeres mayores de 40 años para prevenir el cáncer. No obstante, ésta es una práctica controvertida ya que el cáncer de ovario es poco frecuente y sólo es mortal en un 10 o 20% de los casos.

Respecto a la indicación del tipo de histerectomía a realizar Argüello, Hoyos, Argüello y Perdomo (2003) encontraron que el tipo de cirugía es determinado más por la habilidad, experiencia y preferencia del ginecólogo y no por lo que más beneficia al paciente. Las pacientes con histerectomías laparoscópicas tienen una hospitalización más corta y con menos dolor postoperatorio, así como una recuperación postoperatoria más rápida que la histerectomía abdominal (Berek, 2005; Ottosen, Lingman y Ottosen, 2000 y Rodríguez, 1995).

### 2.1.3. Diagnósticos indicativos de la histerectomía

A continuación figuran algunas de las condiciones que podrían requerir una histerectomía (Agency for Health Care Policy and Research, 1998 y Scott, Karlan, Gibbs y Hiney, 2006):

Fibromas uterinos o miomas. Son el tipo más común de tumor que se forma en la pelvis femenina. Son benignos y puede tener diversos tamaños. Muchos de ellos son pequeños y no producen síntomas ni necesitan tratamiento. Si los fibromas crecen, pueden causar dolor. Pueden ejercer presión contra la vejiga u otros órganos de la pelvis. Los fibromas que hacen presión contra la membrana del útero pueden causar sangrado irregular o abundante. Los fibromas tienden a encogerse después de la menopausia. Si una paciente con fibromas se aproxima a la menopausia, podría ser conveniente establecer primero cómo ésta afecta a los fibromas antes de probar ningún tratamiento. Algunos medicamentos pueden reducir el tamaño de los fibromas, pero solamente dan resultado mientras se administran. Una vez que se deja de tomarlos, los fibromas pueden volver a crecer. Estos medicamentos pueden ayudar a pacientes cercanas a la menopausia y que tienen síntomas. La medicina utilizada para disminuir de tamaño los fibromas puede causar una pérdida de la densidad ósea si se administra durante demasiado tiempo. Por esa razón, en la mayoría de los casos se utiliza solamente durante unos meses, en caso de que continúen y hayan disminuido de tamaño se puede proceder a una operación quirúrgica, tal como la miomectomía. En dicha operación solamente se extirpan los fibromas y el útero permanece intacto. En algunos casos, no puede optarse por una miomectomía, y se hace necesario eliminar todo el útero para poder aliviar los síntomas.

Hemorragia uterina anormal. Consiste en un sangrado irregular, abundante o excesivo, que proviene del útero. Puede ser causada por fibromas o por cambios hormonales. También puede deberse a infecciones uterinas o a un cáncer. El tratamiento se dirige entonces a combatir la causa de la hemorragia. La terapia hormonal puede ayudar a controlarla. Si la paciente ha perdido mucha sangre, es posible que no tenga suficiente hierro. Se le puede dar hierro para restablecer sus reservas, pero ello no eliminará la hemorragia. Una histerectomía podría estar indicada si otros tratamientos no han dado resultado y la hemorragia es un problema para la paciente.

Cáncer. Con el tiempo, las enfermedades del cérvix pueden convertirse en cáncer. Éstas pueden progresar rápidamente o desarrollarse lentamente a lo largo de los años, dependiendo de la persona y del alcance de la enfermedad. Los cambios en el cérvix que pueden producir cáncer pueden ser detectados mediante la prueba de Papanicolaou. Si son diagnosticados en sus primeras etapas, podrán ser tratados satisfactoriamente sin necesidad de recurrir a una histerectomía. La enfermedad cervical se vuelve más seria (cáncer invasivo) cuando abarca las capas de tejido más profundas o se propaga a otros órganos. El cáncer también puede afectar a la membrana uterina y a los ovarios. En algunas mujeres que han contraído este tipo

de cáncer, la radiación y otros tratamientos posiblemente ayuden a controlar la enfermedad. En otras pacientes, la histerectomía puede constituir el único recurso para evitar que el cáncer se propague a los demás órganos.

**Problemas del sistema de soporte pélvico.** Los órganos de la pelvis (la vejiga, el útero, el recto y los intestinos) están sostenidos por músculos, ligamentos y fascias (capas o bandas de tejido fibroso) que al paso del tiempo se debilitan hasta ser incapaces de sostenerlos. Esto ocurre debido a la obesidad, la tos crónica, o el estiramiento durante el parto, y puede hacer que los órganos pélvicos se desplacen hacia abajo, cuelguen o incluso se salgan por la abertura vaginal. Puede experimentarse una sensación de presión en la región pélvica así como problemas para controlar la orina. Hay actividades que se indican para aliviar estos problemas como dejar de fumar, perder peso, evitar el estreñimiento ingiriendo abundantes líquidos y fibra en la dieta, reforzar los músculos pélvicos haciendo ejercicios Kegel, evitar hacer movimientos que fuercen los músculos pélvicos y también se le puede colocar un pesario (instrumento que se coloca en la vagina para sostener los órganos en su lugar). La terapia hormonal ayuda a mantener los tejidos más flexibles y menos susceptibles al estiramiento. En algunos casos se puede efectuar una operación de reacomodo (Cistopexia). Cuando otros tratamientos no dan resultado, puede ser necesaria una histerectomía para corregir los problemas del sistema de soporte pélvico.

**Endometriosis.** En los ovarios, las trompas de Falopio y otras estructuras pélvicas pueden también crecer células similares a las de la membrana del útero (endometrio). Dicho estado se llama endometriosis. Los islotes de tejido endometriótico pueden sangrar durante el período menstrual o en otros momentos, y esa sangre puede formar quistes. La endometriosis puede causar cicatrices, adhesiones, dolor o infertilidad. Esa condición afecta principalmente a mujeres de edad reproductiva. En la mayoría de los casos esta enfermedad no constituye un problema después de la menopausia, dado que ya han cesado los períodos menstruales. La endometriosis puede ser tratada con hormonas. Cuando de éstas no se obtiene el efecto deseado, los islotes de tejido endometriótico, pueden ser extirpados con un instrumento llamado laparoscopia. De fallar este último procedimiento, posiblemente deba procederse a una histerectomía.

**Dolor pélvico.** Puede tener múltiples causas y el diagnóstico del problema puede llevar mucho tiempo. Una causa posible puede ser la irritación de los órganos pélvicos, la cual produce adhesiones o cicatrices. Ello puede deberse a una endometriosis, infección o lesión. Las adhesiones pélvicas afectan con mayor frecuencia a la superficie del útero, las trompas, los ovarios, y los intestinos. El dolor pélvico también puede deberse a problemas en otras partes del cuerpo. Puede ser una

consecuencia de problemas que afecten a la espalda o a los intestinos. El tratamiento del dolor depende de la causa. Existen diferentes tipos de medicamentos que son eficaces contra diversas causas. La cirugía efectuada con laparoscopia también puede ser una opción.

#### 2.1.4. Repercusiones de la histerectomía

Además de las consideraciones de tipo psicológico que es uno de los aspectos considerados en este trabajo, podemos destacar que desaparecerán las contracciones uterinas y dado que en muchos casos se retiran los ovarios, la producción de estrógenos desaparecerá en forma abrupta provocando cambios fisiológicos a nivel del aparato genitourinario como atrofia del epitelio, resequedad en la vagina lo cual incrementa la posibilidad de dispareunia o infecciones locales, pérdida de elasticidad en los músculos del piso pélvico, a nivel de piel la caída de estrógenos provoca disminución de contenido en las fibras colágenas y elásticas provocando que la piel se vuelva más fina y frágil (Uriza S/F).

Complicaciones de la histerectomía.

Al igual que con cualquier otra operación quirúrgica, pueden surgir problemas, tales como los siguientes:

1. Una tromboflebitis (coágulos de sangre en las venas o los pulmones).
2. Una infección aguda.
3. Una hemorragia postoperatoria.
4. Un bloqueo intestinal.
5. Lesiones en las vías urinarias.
6. Problemas relacionados con la anestesia.
7. La muerte.

Si bien entre los procedimientos de cirugía mayor, la histerectomía es una de las que menos riesgos presentan, la paciente y su médico deberán sopesar los riesgos y los beneficios.

Consideraciones postoperatorias.

La estancia en el hospital después de una histerectomía varía de acuerdo con el tipo de operación practicada. Durante los primeros días es de esperar que sienta cierto dolor. En la mayoría de los casos, las actividades normales, incluidas las relaciones sexuales, podrán reanudarse en aproximadamente seis semanas. Mientras tanto, no debe insertarse nada en la vagina. Mientras se recupera, podrá ir aumentando lentamente las actividades tales como conducir, practicar deportes y efectuar trabajos físicos ligeros. La paciente y su médico podrán decidir cuándo podrá volver

a sus actividades normales. El principal indicador será la propia paciente. Si puede llevar a cabo una actividad sin sentir dolor y fatiga, está indicada su realización; pero si ello le ocasionara dolor, molestias, sangrado o alguna otra reacción será necesario consultar con su médico.

La cirugía puede producir otros efectos que son tanto físicos como emocionales. Algunos de ellos son de corta duración, otros duran más tiempo. Antes de someterse a una histerectomía, conviene que la paciente esté al tanto de los posibles efectos.

### **Efectos posteriores posibles**

**Efectos Físicos.** Después de una histerectomía, los períodos menstruales cesan. La mujer ya no puede quedar embarazada. Si los ovarios no han sido extirpados continuarán produciendo hormonas y óvulos que, al no ser fertilizados, se disuelven en el abdomen. Una paciente que todavía tiene ovarios no experimentará los síntomas que acompañan frecuentemente a la menopausia. Si los ovarios también son extirpados junto con el útero antes de la menopausia entonces habrá efectos de tipo hormonal. Es como si el cuerpo experimentara la menopausia súbitamente, en vez de a lo largo de varios años como sucede normalmente. Esos síntomas con frecuencia pueden ser tratados con la hormona llamada estrógeno.

**Efectos emocionales.** Muchas mujeres experimentan una reacción emocional breve ante la pérdida del útero. Tal reacción depende de varios factores:

1. El grado de preparación que tenga antes de la cirugía.
2. El momento de su vida en el que se le practique la cirugía.
3. Las razones a las que se debe la cirugía.
4. Si el problema médico ha sido curado.

Algunas pacientes se sentirán deprimidas, porque ya no podrán tener hijos. Después de una histerectomía, algunas mujeres podrán notar cambios en sus relaciones sexuales. Debido a que el útero ha sido extirpado, ya no ocurrirán las contracciones uterinas que solían sentir durante el orgasmo. Algunas mujeres, sin embargo, experimentan mayor placer. Ello podría deberse a que ya no temen quedar embarazadas además de no sentir molestias. Si los ovarios no fueron extirpados, los genitales externos y la vagina no se verán afectados. En tal caso, con frecuencia, no se observan cambios en la actividad sexual. Por otro lado, si los ovarios fueron extirpados junto con el útero, la resequedad vaginal puede constituir un problema durante el coito. El uso de estrógeno puede aliviar esta resequedad. Si el procedimiento quirúrgico hizo necesario acortar la vagina, la penetración profunda podría ser dolorosa, por lo que será conveniente que la paciente adopte

ciertas posiciones durante la relación sexual (ya sea encima de su pareja o que mantenga las piernas menos separadas) que eviten la dispareunia.

## **2.2. Imagen corporal**

La histerectomía sitúa a la paciente ante un replanteamiento de su imagen corporal por la pérdida de una parte del cuerpo que es el órgano requerido para la maternidad en tanto depositario del producto. La imagen corporal forma parte importante de la estructura psíquica del Yo y de su autoestima; es en el verse a uno mismo en el espejo así como en la forma que interpretamos la mirada de los demás, como se impronta en nosotros la idea de cómo somos nosotros mismos (Huertas, 2003).

Cualquier tipo de desfiguramiento que ocurre en el cuerpo humano puede llegar a repercutir en el estado psicológico de quien lo padece ya sea de nacimiento o a lo largo de su vida. Dicha problemática se verá agravada en pacientes con cáncer (de la matriz, del cuello uterino o de mama) (Haber, 2000, Montes, 2006 y Olivares, 2004). Para abordar el tema de las diferencias físicas entre los sujetos y su impacto psicológico en el individuo y los otros, es importante hablar de imagen corporal (Fernández Botello, 2006 y López Ávila, 2001) por lo que en primer término es necesario revisar los planteamientos de diferentes corrientes psicológicas como son la Perspectiva Psicoanalítica, la Cognitivo Conductual y la Sociocultural para definir, posteriormente, el constructo de imagen corporal (su formación y distorsión) con el que se trabajó en esta investigación.

### **2.2.1. Perspectiva psicodinámica**

De la revisión literaria realizada particularmente podemos encontrar en primer término el concepto de formación del Yo así como las funciones que se le atribuyen. Freud (1923) señala de manera inobjetable que la génesis del Yo y su diferenciación del Ello es por influencia de la percepción, principalmente de la piel (concepto mayormente explorado por Alizade, 2008 y Anzieu, 1994) situación que lo llevará a afirmar “El Yo es, ante todo, un ser corpóreo, y no solo una superficie, sino incluso, la proyección de una superficie” y en nota de 1927 agregará:

El Yo se deriva en último término de las sensaciones corporales, principalmente de aquellas producidas en la superficie del cuerpo, por lo que puede considerarse al Yo como una proyección mental de dicha superficie y que por lo demás, como ya lo hemos visto, corresponde a la superficie del aparato mental. pp. 2709

Lo anterior no dejará lugar a dudas sobre el punto donde se instala la imagen corporal en el aparato psíquico, citación que no ha sido contradicha desde ninguna

de las posteriores conceptualizaciones teóricas del psicoanálisis sino que más bien ha sido ratificado en las más recientes propuestas de evaluaciones de las funciones del Yo (Bellak, 1993 y La Planche, 1969).

Freud (1914, 1915 y 1920) consideraba que lo que otorga su cualidad traumática a los accidentes graves, es el factor sorpresa. El accidente se convierte en traumático por lo imprevisto, por lo inesperado del mismo, un suceso repentino y brutal. El sujeto se ve anegado por el terror desencadenado al afrontar un peligro súbito de muerte, de aniquilación de la propia existencia, frente al que se siente inerme, impotente de responder adecuadamente, incapaz de metabolizar toda esa ansiedad de muerte en un breve plazo de tiempo.

Los seres humanos disponemos de una protección psíquica que nos protege de la llegada de estímulos excesivos del mundo exterior. Cuando se produce una excitación intensa, con fuerza suficiente como puede ser el terror por el peligro de aniquilación y la propia ansiedad de muerte, esta excitación puede perforar esa barrera protectora y el aparato psíquico resultará inundado por esos grandes volúmenes de estímulo, los cuales, al no poder ser contenidos por el Yo del sujeto, rebasarán su capacidad de elaboración siendo interpretados como peligrosos transformándose en ansiedad en virtud de su incapacidad para canalizar ese conjunto de excitaciones.

La tarea que se impone al psiquismo es la de intentar dominar (ligar psíquicamente) y dar salida encauzada a esos volúmenes de excitación que han penetrado tan violentamente. Su labor será tramitarlos, es decir fijarlos psíquicamente para no dejarlos libres en el organismo con su carga de letalidad, modificando su estado de libre fluir hacia un estado aquiescente. Ante una situación traumática como la descrita el individuo tiene que hacer frente inicialmente al estado de shock psíquico que supone el accidente y la pérdida corporal consiguiente. Deberá tramitar y canalizar esos enormes montos de ansiedad de muerte que se han generado rompiendo las barreras protectoras, perforando los límites entre los diversos territorios psíquicos (Lillo Espinosa, 2000).

David W. Kruger, (en la compilación de Cash y Pruzinsky, 2004) psiquiatra norteamericano, elaboró unos apuntes sobre el concepto del *self* en el individuo y la relación con el concepto de imagen corporal. Según este autor el sentido del *self* está conformado por el cuerpo y sus representaciones mentales. El *self* corporal es un término más inclusivo y se refiere a la combinación de la experiencia psíquica de la sensación corporal, el funcionamiento corporal así como la imagen corporal. Es así como la imagen corporal constituye una representación dinámica del *self* corporal.

El *self* corporal es un conjunto de imágenes, fantasías y significados del cuerpo, sus partes y funciones. Es un componente que integra la autoimagen y la

autorepresentación. El *self* psicológico es ese sentido con el que contamos dentro de nosotros mismos en donde existe el concepto de unidad del cuerpo y la mente al tener un *self* e imagen corporal cohesionados (Kruger 2002).

Según este mismo autor, existen tres estadios de desarrollo del *self* corporal:

Experiencia temprana psíquica corporal. Es el más prematuro sentido del *self*, es experimentado a través de sensaciones táctiles, auditivas y visuales. Este tipo de percepciones irá predisponiendo al niño a delimitar las barreras corporales del mundo que lo rodea. La interacción del cuidador-niño dará información para que el menor se sienta seguro al ir descubriendo paulatinamente esta diferencia entre él y los demás como vemos en el siguiente estadio.

Definición de los límites corporales y distinción de los estadios internos del cuerpo. Este período comienza en los primeros meses de vida y se extiende hasta el segundo año. Se caracteriza por la capacidad que tiene el niño para reconocer sus propias experiencias internas y establecer límites corporales. Los límites hacia fuera del cuerpo comienzan a ser más específicos diferenciando entre lo interno y lo externo. Esto lleva a entender “lo que soy” y “lo que no soy”. La experiencia interna en el niño está más integrada, ya no fragmentada (Lacan, 1981), al ir identificando los límites del *self* corporal, es decir en donde termina el propio cuerpo y comienza lo que está a su alrededor.

Definición y cohesión del *self* corporal como una base para el *self* consciente. Conformar una representación mental estable y cohesionada del propio cuerpo va a ser de suma importancia en este período, junto con un sentido de distinción y efectividad. De esta forma la experiencia del *self* (imágenes corporales y autoconcepto) cooperan para formar el sentido del *self* por sobre todo, lo cual constituye un prerequisite para internalizar el sentido del *self* psicológico.

Esta cohesión del *self* corporal y del *self* psicológico brinda la experiencia de unicidad interna así como de continuidad a lo largo del tiempo, estado y espacio. Aquí también Kruger señala que además de las representaciones mentales, la reacción de los demás sobre la propia apariencia va a influir durante el desarrollo. El *self* corporal irá cambiando, conforme al paso del tiempo se vivan las distintas etapas de la vida; el poseer un *self* psicológico intacto facilitará la incorporación de estos cambios. Asimismo, este autor menciona algunas irrupciones del *self* corporal que pueden surgir durante el desarrollo: la sobreintrusión y la sobreestimulación, la inaccesibilidad empática e irresponsividad así como la inconsistencia o selectividad de la respuesta.

Estos tres tipos de interacción patológica impactan el sentido del *self* corporal al existir una ausencia de una organizada y cohesionada imagen corporal. Las personas que carecen de un *self* corporal cohesionado, generalmente buscan referencia en el exterior como las reacciones de los demás sobre su apariencia. A continuación señalaremos las generalidades de estas secuencias de acuerdo como lo plantea Kruger:

1. Sobreintrusión y sobreestimulación: El comportamiento controlador y protector de los padres para con los hijos de manera que ellos satisfagan las demandas de conformidad de los padres, puede afectar a establecer una distinción en el *self* corporal manifestándose como indistinto, pequeño asexual e indiferenciado. Si sucede lo anterior, muy probablemente el individuo tendrá que desarrollar mecanismos compensatorios empleando una estimulación sensorial intensa para proveer al cuerpo de estas percepciones, como podría ser: inducción del dolor físico, ejercicio exhaustivo como en el caso de las personas con anorexia, etc. En períodos de sumo estrés este tipo de pacientes regresan a la autoestimulación corporal e inclusive a agredirse físicamente como una manera de regular el afecto, reducir la tensión y tener mayor control sobre el cuerpo. Así como menciona el autor: “la estimulación y reintegración a la base del *self* corporal son las formas más primitivas de adaptación en el intento de reorganizar la psique”.

2. Inaccesibilidad empática e irresponsividad: Se refiere a que cuando los límites corporales no son definidos al tener cuidados, seguridad y una respuesta adecuada, el niño puede no desarrollar una adecuada integración del *self* corporal, por lo que estará incompleto y por tanto la imagen corporal, distorsionada. Pruebas proyectivas realizadas a este tipo de pacientes reflejaron imágenes corporales distorsionadas, alargadas, amorfas y sin límites claros. Estos hallazgos se han podido observar en individuos con bulimia, deprimidos y con trastornos borderline.

3. Inconsistencia o selectividad en la respuesta: Los padres al responder selectivamente a algún estímulo del niño, lo que hacen es crear una realidad selectiva. Es el caso de cuando una madre solo responde a necesidades físicas o de dolor de su hijo, dejando a un lado los estímulos afectivos. Esto repercute en que el niño va a aprender a percibir experiencias alrededor de manifestar dolor y enfermedad en lugar de obtener afecto y atención. Esta forma de experimentar el *self* corporal a través del dolor por ejemplo, se integra en la personalidad del niño y en su forma de interactuar posterior, manifestando expresiones psicósomáticas. (Kruger ,2002 en Cash y Pruzinsky, 2004) Pág. 35

Spitz (1969) señala que en los primeros meses de vida el rol del cuidador será de suma importancia para que el infante pueda sentirse seguro y tranquilo. En esta interacción recíproca madre-hijo es cuando comienza a formarse el *self* psicológico, mismo que contiene el *self* corporal.

Es importante considerar también el señalamiento de Françoise Dolto (1983), referente a la formación de la imagen corporal en niños con limitaciones físicas de nacimiento, o adquiridas, respecto a que la evolución sana del sujeto simbolizada por una imagen del cuerpo no inválida, depende de la relación emocional de los

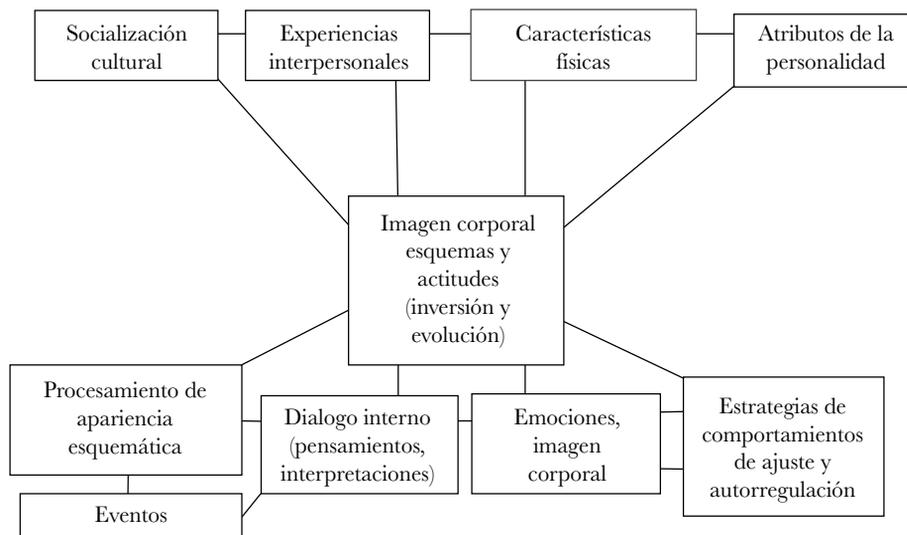
padres con el hijo; establecida al ofrecer información verídica relativa al estado físico de lisiado, lo que dependerá directamente de los padres acepten, o no, las limitaciones del cuerpo de su hijo. El grado de esta aceptación por los padres se reflejará en la crianza del hijo motivándolo a desarrollar al máximo sus posibilidades, sus capacidades y habilidades, pues de otra manera lo convertirán en un niño con limitaciones más allá de las discapacidades que de por sí sufra o le exigirán esfuerzos por encima de sus posibilidades, condenándolo a una eterna frustración.

Carrillo Ascencio (2004) señala que desde lo *Real* el cuerpo es un trozo de carne que se construye en relación con otro: antes de nacer ya se espera con expectativas; deseos circulando en un discurso, convirtiéndose desde entonces en un sujeto. En lo *Simbólico* aparece como investimento, primer objeto catectizado. Se presenta como superficie de inscripción de huellas, como espacio de interrelación. Desde lo *Imaginario* es la vivencia de una imagen unitaria que tiene como papel estructurante, organizar al cuerpo como forma total recubierto de libido.

### 2.2.2. Perspectiva cognitivo conductual

El modelo cognitivo conductual toma en cuenta varios aspectos relevantes en la vida del individuo que a su vez se relacionan entre sí constantemente e influyen en la formación y desarrollo de la imagen corporal. Cash y Pruzinsky (2004) ilustra un esquema multidimensional del modelo cognitivo conductual:

**Figura 1. Esquema Multidimensional del Modelo Cognitivo Conductual**



Elaborar una imagen corporal ocurre en la interacción entre el individuo y medio ambiente, considerando los aspectos cognitivos, sociales, emocionales y físicos que suceden durante el desarrollo de cualquier ser humano.

La imagen corporal está relacionada con la socialización cultural del individuo. La cultura proveerá de información a cualquier persona en relación a los estándares aceptados y/o rechazados sobre la apariencia; “los valores culturales forjan la adquisición de las actitudes básicas de la imagen corporal lo que predispone a construir y reaccionar ante ciertos eventos de la vida de forma particular” (Cash y Pruzinsky, 2004).

En este proceso de socialización cultural el individuo lleva a cabo relaciones interpersonales que le darán información sobre lo que los demás (familia, compañeros, amigos), esperan y opinan acerca del valor que le dan a la apariencia física, lo que permite que el individuo se compare a sí mismo verificando que tan cerca se encuentra del estándar.

En este intercambio de ideas y valores es común observar cómo en la familia, especialmente los hermanos son los más frecuentes perpetradores de hostigamiento o crítica relacionada con la apariencia física al igual que sucede en la escuela.

Jackson (2002) (citado por Fernandes Botello, 2004) habla acerca de las características físicas y reporta en algunos de sus trabajos el impacto de la aceptación social de la apariencia física de un individuo en la manera de ser percibido y tratado por otros.

Las características físicas de cualquier sujeto sufren cambios desde el nacimiento hasta la muerte. En la adolescencia se experimentan cambios significativos en el cuerpo, en la cara, cambios en el peso, la musculatura, cambios en las mujeres en las etapas del embarazo y como se señala pueden existir cambios físicos visibles adquiridos a través de una enfermedad o un accidente. También en la adultez se experimentan cambios físicos en los hombres por ejemplo, hay quienes sufren caída del cabello, dientes, pigmentación en las manos y cara, etc. Es así como estos cambios en las características físicas van repercutiendo durante el desarrollo de nuestro concepto de imagen corporal. La actitud frente a la formación de esta imagen también se ve influenciada por los atributos de personalidad. Para ello es importante considerar el tener un autoconcepto positivo que servirá de sostén al evaluar el propio cuerpo ante eventos que puedan resultar amenazantes para la propia imagen corporal.

Poseer una baja autoestima puede fortalecer la vulnerabilidad de una imagen corporal, y como menciona Cash y Pruzinsky (2004) tener necesidad de aprobación social puede aumentar la inversión que el individuo realice en sí mismo de manera que logre cumplir con los estándares socialmente aceptados. Al considerar los aspectos de personalidad, históricos y físicos de cada persona así como la cultura en la que se desarrolla y el sistema en que vive, Cash también implica los eventos próximos y/o actuales que pueden resultar precipitadores en el procesamiento de la imagen corporal.

La imagen corporal tiene que ver con las actitudes de inversión, considerándola como la importancia cognitivo y conductual que la persona deposita en la apariencia de sí misma. Por ejemplo, satisfacción o insatisfacción corporal.

En este modelo que presenta Cash también se contempla la dimensión de los eventos precipitadores y el procesamiento cognitivo. Durante la vida pueden existir eventos precipitadores que invitan a que constantemente autoevaluemos y asimilemos nuestra apariencia física. Esto repercute en la vida diaria en la toma de decisiones cotidianas relacionadas con la apariencia física de cada persona. La apariencia física puede influir en el vestir, en el estado de ánimo, en actividades a desarrollar durante el día, etc. Existe un diálogo interno que involucra emociones, pensamientos, inferencias, etc. sobre la propia apariencia. Finalmente, en este modelo se señalan los procesos de ajuste que habrían de llevarse a cabo en aquellos individuos que tengan una imagen corporal alterada. Esto consiste en aprender estrategias cognitivas de manera que el individuo pueda ajustarse al medio ambiente. Cash y Pruzinsky (2004) proponen algunas estrategias de afrontamiento, no obstante señalan que sorprendentemente existe poca investigación sobre las estrategias de afrontamiento relacionadas con la imagen corporal.

### 2.2.3. Perspectiva sociocultural

En cualquier sociedad los valores culturales son importantes para comprender cómo los seres humanos se perciben entre sí. Para comprender el concepto de imagen corporal desde este enfoque, se han propuesto tres distintas aproximaciones que hablan acerca del rol de la atracción física.

La primera aproximación acerca de la expectativa social, argumenta Jackson (citado por Fernández Botello, 2006) que los valores culturales influyen en las percepciones y comportamiento acerca de los otros, lo que influye en el comportamiento de los otros y, a su vez, en las autopercepciones de los demás. Esta secuencia de eventos, desde el punto de vista del que percibe, es comúnmente conocida como el efecto de expectativa interpersonal. Hay culturas en el que el concepto de belleza es opuesto a otras, no obstante hoy en día sí se puede hablar de la idea en Occidente por ejemplo de un estándar de lo que es bello y lo que no. Dentro de esta teoría existe la premisa de reconocer que la gente se comporta diferente hacia las personas con atributos físicos atractivos comparativamente con los que no son atractivos de conformidad a los estándares de ese grupo, repercutiendo además en la forma en que estos sujetos respondan ante el resto de su comunidad. Una persona con mayor apego a los estándares de belleza de su grupo responderá con mayor seguridad que quien no posee esos atributos físicos. Jackson (2002) menciona que existe poca investigación sobre por qué en algunas culturas, ciertas características físicas son consideradas como atractivas y otras no.

Otra aproximación en este marco es la teoría implícita de la personalidad. Las teorías implícitas están conceptualizadas como estructuras cognoscitivas que consisten en atributos personales y relaciones inferenciales que especifican el grado en el que los atributos están relacionados. Esta teoría brinda una base para entender el estereotipo de que ser físicamente atractivo trae consigo una serie de significados implícitos como competente, inteligente, etc., cualidades que son otorgadas al sujeto sin que necesariamente coincida con los atributos intelectuales que en este caso se asignan a este valor.

La teoría de generalización del estatus señala que las personas tienen una mejor y positiva expectativa de quienes son atractivos físicamente respecto a quienes no lo son. El atractivo físico deberá asociarse con una serie de atributos deseables tanto en la percepción de los otros, así como en la propia percepción.

En suma, la perspectiva sociocultural argumenta que los valores culturales son cruciales en el comportamiento y valores del propio individuo. De ello se desprende la idea de que la imagen corporal dependerá de los ideales que tenga el individuo para consigo en referencia a los estereotipos que presenta la cultura.

La imagen corporal es un término entendido desde la postura de diferentes autores. Aún es un concepto que, a medida que progresa la investigación y desde el contexto en el que se realicen los estudios, irá cambiando en su significado.

Las perspectivas teóricas se pueden reseñar de la siguiente forma:

**Tabla 1. Comparativo de las diferentes perspectivas psicológicas sobre la imagen corporal**

	<b>Psicoanálisis</b>	<b>Cognitivo conductual</b>	<b>Sociocultural</b>
Formación de la imagen corporal	Se forma mediante la identificación con figuras significativas, aquellas que le proporcionan afecto y seguridad. Asume los deseos de lo que se espera de él, incorporando a la imagen de sí mismo lo que entiende que los otros le dicen (consciente o inconscientemente), así como lo que se espera de él formando el Ideal del Yo (lo que él quiere llegar a ser)	Mediante la interacción con su entorno aprende lo que es él, las expectativas que se tienen de él, así como lo que la sociedad considera valioso y bello	Los valores culturales son transmitidos al sujeto a través de la familia determinando la interpretación de sus percepciones al grado de modificarlas de acuerdo a los patrones comportamentales atribuidos a los sujetos. Con base en estos patrones determina la imagen de sí mismo y cómo se comporta ante los demás
Forma de adquisición	Identificación inconsciente	Aprendizaje consciente	Imitación consciente e inconsciente

#### 2.2.4. Antecedentes históricos del concepto imagen corporal

El tema de la imagen corporal ha sido abordado de diversas maneras. Cash y Pruzinsky (2004) reportan una revisión histórica sobre los distintos momentos en los que algunos estudiosos han hablado sobre el tema.

Las primeras investigaciones hablan acerca del esquema corporal en donde desde un punto de vista neurológico, existe un mecanismo en donde se centraliza y coordinan los cambios de postura y movimientos del propio cuerpo. Paul Schilder (1935) maneja una postura biopsicosocial haciendo hincapié en considerar elementos neurológicos, psicológicos y socioculturales del individuo para hablar de la imagen corporal.

De acuerdo a Cash y Pruzinsky (2004), uno de los más importantes investigadores sobre la imagen corporal es Seymour Fisher, quien en 1959 y 1968 junto con Sydney Cleveland, publicó el texto “Imagen Corporal y Personalidad”. Fisher revisó los orígenes del concepto y se focalizó en las distintas formas de carácter neuropatológico de la experiencia corporal sin considerar con mayor relevancia los aspectos psicológicos. Posteriormente señala el concepto de Imagen Corporal desde una perspectiva psicodinámica y destaca la importancia de los límites corporales al hacer un estudio mediante una metodología proyectiva.

Baile (2003) refiere que Bruch (1962), en la década de los años 60 del siglo XX, propuso los rasgos psicopatológicos de las pacientes anoréxicas y puso de manifiesto por primera vez la importancia de una alteración de la imagen corporal en dicho trastorno. A partir de ese momento se adquirió conciencia en el mundo científico de la necesidad de saber qué es la imagen corporal y cuáles podrían ser las técnicas de evaluación para “apresarla”. Las primeras referencias a imagen corporal y alteraciones asociadas se hallan en los trabajos médicos sobre neurología de principios del siglo XX. Fisher (1990) indica que Bonnier en 1905, acuña el término de “*aschemata*”, para definir la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral, y que Pick en 1922, para referirse a problemas con la propia orientación corporal, utiliza el término de “autotopagnosia”. Igualmente, indicaba que cada persona desarrolla una “imagen espacial” del cuerpo, imagen que es una representación interna del propio cuerpo a partir de la información sensorial. Henry Head, en los años 20, proponía que cada individuo construye un modelo o imagen de sí mismo que constituye un estándar con el cual se comparan los movimientos del cuerpo, y empezó a utilizar el término “esquema corporal”.

En la primera mitad del siglo XX las teorías psicoanalíticas dominaron, las explicaciones sobre el cuerpo, la imagen corporal y aspectos psicológicos asociados, poniendo especial énfasis en las manifestaciones inconscientes. Existen numerosos términos utilizados actualmente en este campo, que son cercanos conceptualmente, similares en algunos aspectos, o incluso sinónimos, pero que no han sido

consensuados por la comunidad científica. Por ejemplo: imagen corporal, esquema corporal, satisfacción corporal, estima corporal, apariencia corporal, y dentro de las alteraciones se habla de trastorno de la imagen corporal, alteración de la imagen corporal, insatisfacción corporal, dismorfia corporal, insatisfacción corporal o distorsión perceptiva corporal, etc.. El uso de una expresión u otra depende más de la orientación científica del investigador, o del aspecto concreto de la imagen corporal que se va a investigar o incluso de la técnica de evaluación disponible.

### 2.2.5. Definición de la imagen corporal

Nunca antes el concepto de imagen corporal ha sido tema de investigaciones relacionadas con distintas problemáticas como en la última década, en donde se han protagonizado estudios vinculados con los trastornos alimenticios. De estos trabajos se deriva la necesidad de definir la imagen corporal para subsecuentes investigaciones.

El concepto de imagen corporal es un constructo teórico considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto, o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta alimentaria, o para explicar la integración social de los adolescentes.

Sin embargo, no existe un consenso científico sobre qué es la imagen corporal, o cómo se evalúa, ni cómo se manifiesta una alteración de ella (Codina, 2004).

Dado que una alteración de la imagen corporal se ha considerado clave dentro los posibles factores predisponentes de diversos trastornos, y en otros padecimientos, la alteración de la imagen corporal es parte de los criterios diagnósticos, el estudio de la imagen corporal ha recibido un gran impulso. Si bien esta atención ha proporcionado gran información científica, también es cierto que se han polarizado las aportaciones, pues ha provocado que se estudie la imagen corporal casi exclusivamente como una variable asociada a Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). En las últimas décadas los TCA como la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, han generado una importante atención social en la imagen corporal analizando la etiología, clínica asociada, tratamientos eficaces, etc.

Paul Schilder (1935) propone la primera definición que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos. En su definición de imagen corporal se conjugan aportaciones de la fisiología, del psicoanálisis y de la sociología, definiéndola como: "...la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos" pp. 15. Refiere que "El esquema corporal es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo y podemos llamar esta imagen "imagen corporal". pp.15

Para Schilder, hay una experiencia que llamamos cuerpo, pero que la misma es modificada por la experiencia, no en forma pasiva en la que todo se acepta,

sino que se hace una distinción donde unas partes son aceptadas y otras rechazadas. La imagen está en continua construcción en un proceso de descubrimiento aceptando las partes que encajan y rechazando las que no, sobreponiendo las imágenes corporales nuevas a las anteriores, aceptando nuevos esquemas que complementen los esquemas primitivos. El primitivo modelo postural del cuerpo muestra una ausencia de diferenciación de las partes separadas, este modelo no se halla rígidamente definido sino que se modifica con cada objeto que toca. Schilder menciona “La influencia emocional altera el valor y claridad relativos de las distintas partes de la imagen corporal, de acuerdo con las tendencias libidinales. Este cambio puede serlo de la superficie del cuerpo, pero también de las partes internas”.

Este cambio de valor lo determina el interés que toman los demás en nuestro cuerpo, elaborando nuestra imagen corporal de conformidad a las actitudes y acciones de los otros, que pueden consistir en palabras, gestos o incluso omisiones. Las enfermedades también influyen en la carga emotiva hacia diferentes partes del cuerpo. Destaca que el plano emocional y libidinal determina la forma final del modelo postural del cuerpo. Se entiende así, por imagen del cuerpo humano, aquella representación que se forma mentalmente y la forma en que aparece a través de sensaciones táctiles, térmicas y de dolor. Lo que construye el esquema corporal, produce una imagen tridimensional que se tiene de uno mismo, es decir, no es una sensación o imaginación, sino una apariencia del propio cuerpo que proviene de los sentidos (Schilder, 1935), donde el esquema corporal es una realidad adquirida de las experiencias obtenidas, que depende de la integridad del organismo o de lesiones transitorias e indelebles, neurológicas, musculares, óseas, etc. Estas experiencias especifican al individuo la época o condiciones en las que vive y serán el intérprete pasivo o activo de la imagen del cuerpo, en el sentido de que permita la objetivación de una subjetividad, por lo que se obtiene el mismo esquema corporal para todos los individuos. A diferencia de la imagen corporal que es propia de cada caso, se liga al sujeto y a su historia; el esquema corporal es una parte inconsciente, preconscious y consciente, mientras que la imagen corporal es eminentemente inconsciente, puede tornarse en ocasiones preconscious y solo se asocia al lenguaje consciente mediante metáforas, es la síntesis viva de experiencias emocionales (Dolto, 1986).

Analizando las aportaciones de diversos autores, Pruzinsky y Cash (2004) proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas (González Tapia, 2008):

Una imagen perceptual. Se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes. La precisión con que se hace referencia el tamaño corporal de las diferentes partes

o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a la sobreestimación o subestimación, bien si el cuerpo se percibe en unas dimensiones superiores o inferiores a las reales respectivamente.

Una imagen cognitiva. Que incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre nuestro cuerpo. Incluye actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que provoca el cuerpo, principalmente el tamaño, el peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.

Una imagen emocional. Que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo. Se refiere a las conductas propiciadas por la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados (por ejemplo conductas de evitación de situaciones en las que tenga que exponer el cuerpo, compararse continuamente con los demás, vestir ropa ancha para no marcar la silueta, pesarse compulsivamente).  
pp. 17

Para estos autores la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene por qué haber un buen correlato con la realidad (Luna Montaña, 2004). Este concepto amplio de imagen corporal, tiene las siguientes características:

1. Es un concepto multifacético.
2. Está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia: Cómo percibimos y experimentamos nuestros cuerpos, cómo nos percibimos a nosotros mismos.
3. Está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo.
4. Es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.
5. Influye en el procesamiento de información. La forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.
6. Influye en el comportamiento, y no sólo la imagen corporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente.

Para Pruzinsky y Cash (2004), la imagen corporal es como una huella digital; un estado mental que se desarrolla desde el nacimiento y recibe influencias de factores históricos y actuales. Este estado determina lo que el individuo debe sentir, pensar, y actuar con respecto a su propia apariencia en donde existen cuatro factores:

1. El estatus maduracional que incluye tanto los procesos de desarrollo tardío, relacionados directamente con la estructuración de la imagen corporal.
2. Los comentarios verbales negativos, burlas o críticas acerca de la apariencia física.
3. La comparación social del propio cuerpo, respecto a la forma de comportarse, sometido al comportamiento de otros.
4. La internalización de las presiones culturales, es decir, valoraciones y creencias con respecto al cuerpo ideal.

Esta representación de corporalidad se entiende desde una perspectiva neuropsicológica, pero también desde una integral que incluye percepciones, actitudes, emociones y reacciones de la personalidad frente al cuerpo, así como aspectos psicosociales de la imagen corporal. Este enfoque pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre cuerpo y vida afectiva. Gracias a la imagen corporal se puede entrar en comunicación con el esquema corporal de otra persona estructurando a través del aprendizaje y la experiencia, mientras que la imagen del cuerpo se estructura solo mediante la comunicación memorizada entre los sujetos (Dolto, 1986). Bajo estas acepciones Ros (2000) define que la imagen corporal de cada individuo, se obtiene por cada una de las experiencias subjetivas y no siempre hay un correlato con la realidad. Por tanto la imagen del cuerpo, es siempre inconsciente constituida por la articulación dinámica de una imagen base, una imagen funcional y una imagen de zonas erógenas donde se expresa la tensión de las pulsiones de vida y que explican de este modo como se construye y modifica a lo largo del desarrollo del niño (Ros, 2000):

1. Imagen de base es aquella imagen que permite al niño experimentarse en una mismidad del ser, en una continuidad narcisista o espaciotemporal, que permanece desde su nacimiento.
2. Imagen funcional a diferencia de la anterior, es la imagen de un sujeto que tiende al cumplimiento de su deseo, aquello que pasa por la mediación de una demanda localizada, ubicada dentro del esquema corporal como en una zona erógena.
3. Imagen erógena es el lugar donde se focaliza el placer o displacer erótico en la relación con otro individuo.

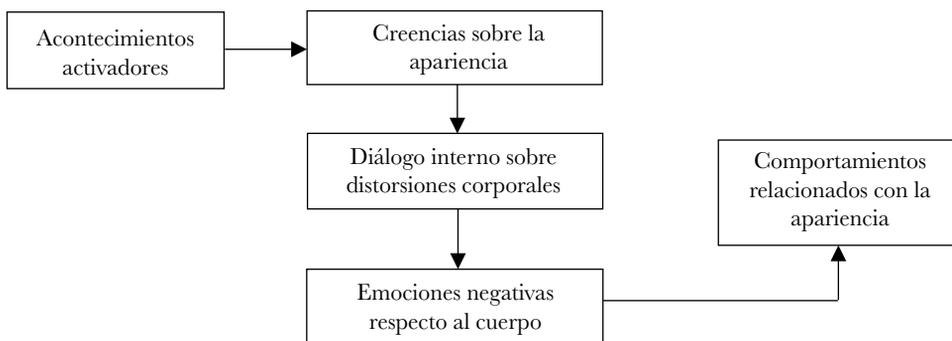
Estos tres componentes se metabolizan, se transforman y reorganizan. Por tanto, la imagen corporal es la síntesis viva en constante devenir de estas tres imágenes enlazadas entre sí por pulsiones de vida las cuales se actualizan por el individuo en una imagen dinámica (Dolto, 1986).

En el desarrollo infantil se presentan diferentes niveles de organización de la imagen corporal que corresponden a estadios de la organización de las funciones cognitivas (Ajuriaguerra, citado por Pérez (1992):

1. Un estadio sensoriomotor, donde la noción de esquema corporal es la de un cuerpo en actividad, dentro del espacio de la acción práctica que surge como resultado de la progresiva organización de las acciones que el niño ejerce sobre el mundo externo y se relaciona directamente con la organización de las praxias.
2. Un estadio preoperatorio donde la noción de cuerpo está subordinada a la percepción (pensamiento intuitivo) que ocupa un espacio representado parcialmente y centrado en el propio cuerpo que vincula la integración de la somatognosia y praxias ideomotoras, de gestos que se organizan en relación con el cuerpo y dentro del espacio que lo rodea. Al adquirirse el pensamiento preoperatorio en la noción del cuerpo se da un espacio objetivamente representado y relacionado con la operatividad en general en el terreno espacial.

Dentro de estas acepciones, la apariencia corporal, puede presentar “errores cognitivos” o distorsiones, que dan lugar a comportamientos determinados y que a través de éstos se forma la imagen corporal de un individuo. Estos comportamientos no siempre serán reales y son representados mediante el esquema elaborado por Raich (2004), donde se muestra una clara tendencia de cómo un acontecimiento activador lleva a crear un diálogo interno con el individuo que genera emociones negativas y comportamientos relacionados con el propio cuerpo:

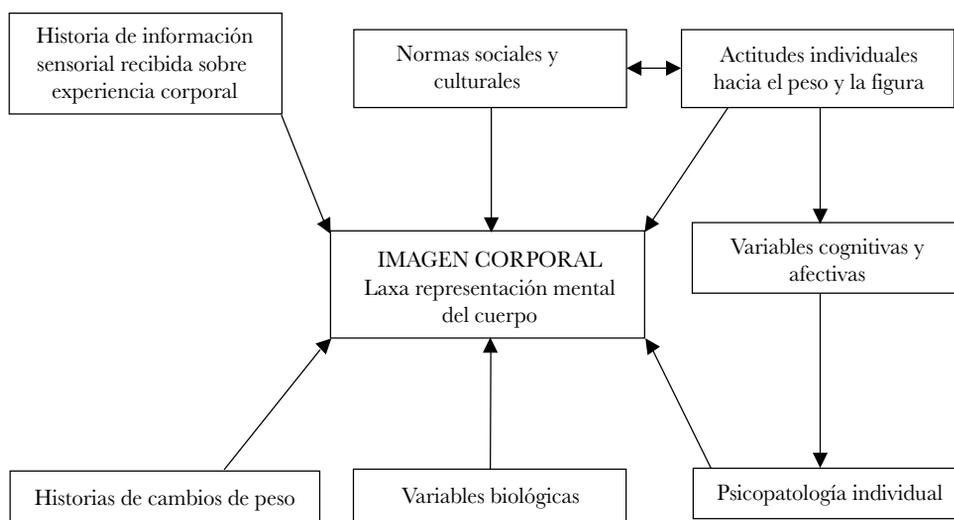
**Figura 2. Construcción de la Imagen Corporal según el Modelo de Raich (2004)**



Como un ejemplo de estos acontecimientos activadores se encuentran los comentarios recibidos del exterior por parte de alguien importante para la persona, que desembocan en creencias sobre la apariencia, pueden ser tanto reales como ficticias. Sin embargo, como no están sujetas a una valoración, el sujeto las toma como verdaderas e irrefutables, aunque no siempre sean correctas. Con base en este modelo existen influencias cercanas al entorno como la familia donde se aprende, desde muy pequeños, como deben arreglarse, comportarse, qué es lo bello, qué no y a quién se parece. Del mismo modo, nuestras amistades se involucran también en el desarrollo de la imagen corporal.

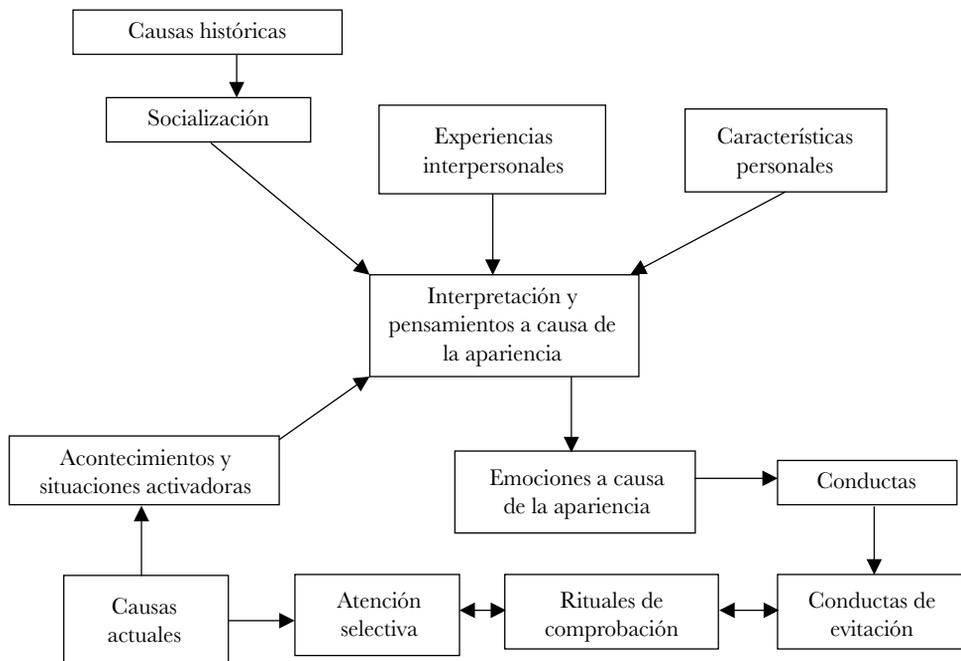
Slade (1994), (citado por Baile, 2003), centra su explicación en una representación mental que se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales. La define como una representación mental amplia de la figura corporal (su forma y tamaño) la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo. Hace énfasis en la influencia de la información sensorial recibida por la experiencia corporal, así como variables cognoscitivas y afectivas, actitudes relacionadas con el peso y figura que conforman una psicopatología individual. Por tanto, la imagen corporal se desarrolla con procesos perceptivos, cognitivos y emocionales que dan origen a las actitudes del sujeto consigo mismo, que se basan más en factores externos que internos.

**Figura 3. Construcción de la imagen corporal según el Modelo de Slade (1994)**



Thompson (1990) amplia el término de imagen corporal, además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, ya mencionados antes, incluiría un componente conductual que se fundamentaría en qué conductas tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él, por ejemplo evitar situaciones donde se vea el cuerpo desnudo o comprar ropas que simulen ciertas partes del cuerpo. Cabe mencionar que para Richards, Thompson y Coovert (1996) (citado por Raich, 2002) la imagen corporal es la representación de los diferentes aspectos de la apariencia física, integra tres elementos que la componen: perceptivo, cognitivo y emocional. Crea un modelo causal que incorpora variables hipotéticas de una imagen corporal negativa y la conexión de ésta con una disfunción alimentaria. La imagen corporal que se cree “debe tener”, comienza desde la infancia y son varios los factores los que influyen en la aparición de un trastorno de la imagen corporal ya sea histórico o actual, es decir los patrones se mantienen mediante su continuidad y permanecen por la transmisión de mensajes externos del ambiente que rodea al individuo. Con base en ello explica esta relación mediante el siguiente esquema:

**Figura 4. Construcción de la imagen corporal con base en el Modelo de Richards, Thompson y Coovert (citado en Raich, 2002)**



Cruztitla y Reyes (1998), citando a Brouchon, definen la autopercepción como la configuración global que forma el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado del propio cuerpo, durante su experiencia a través de diversas acciones, la imagen del cuerpo es casi siempre una representación social y evaluativa que puede ser favorable o desfavorable al propio cuerpo. La satisfacción corporal dependerá entonces de la distancia entre la realidad y lo ideal, y predice la satisfacción respecto a sí mismas que a su vez puede afectar a los sentimientos dirigidos al cuerpo; el hecho de percibirse atractivo predice la autoestima global específica (Brouchon-Schweitzer, 1992). Señalan además que es a través del cuerpo que se muestra la personalidad individual, proponiéndose diversos nombres entre los que destaca Esquema Corporal, término acuñado por Arnold Pick (1922) y retomado por Schilder. Este término posee la ventaja de indicar que la vivencia del propio cuerpo, no es una representación física sino una especie de marco referencial amplio, dentro del cual se ordenan diversas experiencias particulares que funcionan de modo autónomo donde los estados de la conciencia no dirigen la situación.

La profesora Raich de la Universidad Autónoma de Barcelona propone una definición integradora de imagen corporal:

...es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. (Raich, 2000 citado por Baile 2003).

Resumido: “la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación a su propio cuerpo” (Raich, Torras y Figueras, 1996, citado por Baile 2003)

Aunque la definición de los autores españoles puede ser aceptada en nuestro entorno, en una revisión de más de 100 artículos sobre imagen corporal se concluyó que “el concepto de imagen corporal no ha sido definido todavía de forma concluyente, y la tarea de medir las alteraciones de la imagen corporal de una forma objetiva es todavía un desafío formidable” (Skrzypek, Wehmeier y Renschmidt, 2001, según referencia de Baile 2003).

Recogiendo diferentes aportaciones, Baile (2003) propone la siguiente definición con carácter integrador: “la imagen corporal es constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas”.

Por todo lo anterior definiremos para este trabajo a la imagen corporal como; la representación perceptual, conceptual y afectiva que el sujeto construye mentalmente de su cuerpo y que de conformidad a ella se comporta personal y socialmente.

En el siguiente cuadro se resumen las diferentes definiciones expuestas con antelación:

**Tabla 2. Resumen de las diferentes definiciones de imagen corporal**

Autor(es)	Definición de imagen corporal
Schilder (1935)	Es la imagen tridimensional que representa nuestro cuerpo ante nosotros mismos, que modifica su valor por la influencia emocional de acuerdo a nuestras tendencias libidinosas determinadas por las actitudes, acciones y omisiones de los demás.
Brouchon (1992)	Configuración global que forma el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado del propio cuerpo durante su experiencia a través de diversas acciones.
Slade (1994)	Se desarrolla de procesos perceptivos, cognitivos y emocionales que dan origen a las actitudes del sujeto consigo mismo en base más a factores externos que internos.
Thompson (1996)	Es la representación de los diferentes aspectos de la apariencia física compuesta por lo perceptual, lo cognitivo y lo emocional lo cual fundamenta las conductas que tiene en relación a su propio cuerpo de acuerdo a la satisfacción que tenga de él.
Raich (2000)	Constructo que implica lo que uno piensa, siente y como se percibe y actúa en relación a su propio cuerpo.
Ros (2002)	Se obtiene por las experiencias subjetivas del individuo aún y cuando algunas no tengan un correlato con la realidad, y es constituida por una imagen base, una imagen funcional y una imagen erógena.
Baile (2003)	Es la representación mental compuesta por un esquema perceptivo generado por la autopercepción del cuerpo/apariencia así como por las emociones, pensamientos y conductas asociadas.
Pruzinsky y Cash (2004)	Existen varias imágenes corporales interrelacionadas (perceptual, cognitiva y emocional) socialmente determinadas que influyen en el significado que atribuimos a los estímulos recibidos y se modifica por la experiencia.
Definición propia	Es la representación perceptual, conceptual y afectiva que el sujeto va construyendo mentalmente de su cuerpo y que de conformidad a ella se comporta personal y socialmente.

## 2.2.6. Formación de la imagen corporal

La imagen corporal es un constructo dinámico y cambiante que se modifica en el transcurso de cada momento de conformidad con las circunstancias internas y externas del sujeto. Si bien se define como la representación perceptual, conceptual y afectiva del cuerpo, ésta se va formando desde varios aspectos de la experiencia del sujeto.

La manera en que el sujeto es visto y conceptualizado en cada etapa desde el mismo nacimiento, constituye una parte esencial de la formación de la imagen corporal; esta experiencia va marcando la idea que el sujeto tiene de sí mismo, de sus capacidades y sus posibilidades. El sujeto se ve a sí mismo a través de los ojos de los demás, como los otros lo ven, determinará si el sujeto pensará en sí mismo como bello o feo, como capaz de realizar actividades específicas o limitado para las mismas. Lo que el mundo que le rodea le dice de sí mismo determinará la idea que se formará de su propio cuerpo. Al grado incluso de que por escuchar en forma reiterativa una misma afirmación el sujeto terminará creyendo en la veracidad de la misma hasta convertirla en realidad. Cuando un sujeto cree que no puede hacer algo, difícilmente podrá realizarlo y por el contrario cuando cree que es posible realizarlo, muy probablemente lo logrará. Esto formará el concepto que el sujeto tiene de sí mismo incluyendo en ello su propio cuerpo.

Otra parte importante es lo que el sujeto siente de su propio cuerpo lo cual es delimitado por su percepción. Recordemos que, mediante la percepción, el ser humano reconoce los diferentes estímulos físicos que lo rodean y transduce los diferentes tipos de energía (mecánica, electromagnética, química y demás), en estímulos perceptuales (internos y externos) transmitidos al Sistema Nervioso Central para su interpretación. Por este medio, el sujeto va percibiendo las diferentes partes de su cuerpo, tanto a sí mismo como al ambiente que lo rodea y va reconociendo qué es su cuerpo y qué no lo es. Esto conforma la parte perceptual de la imagen corporal. Durante el desarrollo de la imagen corporal, Schilder (1935), menciona la importancia del dolor y del motor controlador de nuestros miembros; cada sensación contribuye a la construcción de la misma. Bajo esta concepción el dolor ayuda a decidir qué es lo que se desea tener más cerca de la personalidad, del centro del Yo y lo que se desea alejar. Es aquí donde la imagen corporal se elabora de acuerdo a las necesidades de la personalidad y se relaciona con las actividades motrices, es decir, toda sensación tiene su motilidad, misma que implica el hecho de elegir o rechazar mediante la acción. Las percepciones ópticas ejercen sin duda una fuerte influencia sobre la imagen corporal, las imágenes ópticas son relativas al propio cuerpo y por ende se registran cambios en las sensaciones reales. Cuando se le pide a un sujeto que imagine sus propias manos con un tamaño tres veces mayor, puede llegar a

sentir un aumento de peso en estas manos gigantescas imaginarias y la sensación de pesadez es una sensación real. Estos cambios relativos producen cierto efecto sobre la imagen corporal, puesto que existe un flujo continuo de experiencias reales provenientes del propio cuerpo. Este tipo de experiencias ópticas desempeñan un papel tan considerable en la relación con el mundo externo, que se realiza una función prevaleciente en la creación de la imagen corporal. En consecuencia estas acciones y determinaciones dan un paso al Yo corporal, por tanto el desarrollo de un esquema corporal es paralelo en gran medida al desarrollo sensoriomotor.

Por último se encuentra la parte afectiva de la imagen corporal entendiéndose esto como las diferentes emociones y sentimientos que hacen referencia al propio cuerpo, desde la autoestima ensoberbecida hasta la minusvalía auto denigrante. Este afecto es generado por las relaciones objetales que se han establecido y vinculado a las diferentes partes del cuerpo.

Si bien es cierto que la parte fundamental de los estándares son transmitidos al sujeto por la familia, también lo es que la familia se convierte en un vehículo para introducir en el sujeto las conceptualizaciones que la sociedad en la que se desenvuelve mantiene de los estándares sociales de imagen corporal. El estudio de la imagen corporal, como lo menciona Aguado (2004), identifica concepciones culturales y la representación que se tiene de sí mismo, configura el cuerpo humano a partir de una estructura simbólica denominada imagen corporal y se relaciona directamente con ciertos procesos fisiológicos que forman parte de la construcción de ésta y del mismo modo tiene influencia directa para determinar dichos procesos orgánicos. Entonces la imagen corporal se construye a partir de las prácticas ritualizadas que involucran la resolución de las necesidades naturales, mismas que se daban en contextos históricos y culturales.

En un estudio realizado por Bruch (citado por Recansens, 2007), en la década de los años 60, propone que los rasgos psicopatológicos de las pacientes anoréxicas son el factor fundamental de las alteraciones de la imagen corporal en dicho trastorno. A partir de ese momento se adquirió conciencia en el mundo científico de la necesidad de saber qué es una imagen corporal y cuáles podrían ser las técnicas de evaluación para apresarla.

Dentro de la construcción de la imagen corporal, Pick (1990) menciona que cada individuo construye un modelo de sí mismo a partir de un estándar con el cual se comparan los movimientos del cuerpo y empieza a utilizar la definición de “esquema corporal”.

La definición de Schilder (1935) crea un concepto multidimensional del concepto de imagen corporal por lo que a partir de entonces, surge la necesidad de mirar a la imagen corporal más desde la perspectiva ideológica, como medio

y fin de la cultura. Sujeto y Objeto se involucran en un proceso recíproco, dentro del cual los individuos se incorporan a la cultura y son parte integral del sujeto, transformándose en un eje donde se articulan los procesos públicos y privados, lo único y lo comunitario, lo personal y lo social (Aguado 2004).

Al relacionar directamente la identidad y cuerpo humano en referentes culturales, dentro de un contexto histórico social concreto, los estilos de educación, el tipo de familia, las formas de autoridad y el significado social de los sujetos determinan el tipo de cuerpo que se le asigna a un sujeto, dando lugar a diversas formas de imagen corporal.

La imagen corporal se centra en tres aspectos: la reproducción, que garantiza la permanencia; la diferenciación implícita que hace referencia al proceso de distinción y la semejanza absoluta o igualdad. Bajo esta línea de pensamiento la imagen corporal es el conjunto de evidencias referidas al cuerpo humano (como estructura cultural) y que posibilita estos tres procesos de identidad. Green (citado por Aguado, 2004) propone que existe un dualismo entre el ser humano y el mundo circundante. Un proceso de identidad, de diferenciación-identificación que se realiza entre el Yo y el entorno mediante un proceso reflexivo (espejeo) típicamente humano (Aguado 2004).

Aguado (1998) define el concepto de cuerpo humano como un organismo vivo constituido por una estructura físico-simbólica que es capaz de producir y reproducir significados cuyo proceso de producción de sentido implica una interacción continua del sujeto con otros cuerpos dentro de un espacio determinado. La imagen corporal es la estructura simbólica del cuerpo humano y está definido por una dimensión individual y una dimensión social; es la columna vertebral de su identidad (colectiva e individual). Para este autor, la imagen corporal se alimenta de la experiencia, por lo que las prácticas sociales modifican la estructura simbólica del cuerpo y por ello el sector popular femenino identifica el erotismo en la pelvis y el tórax; y mientras que el sector medio masculino lo ubica en la cabeza, cuello, piernas, abdomen y manos, explicando las diferencias de género y de clase social por el diferente tratamiento que se da a las niñas y a los niños desde que nacen. Destaca que aun cuando la imagen corporal se construye desde la experiencia y no desde la ciencia, su connotación pasa por la fisiología, lo que explica que diversos pueblos compartan los mismos significados.

Aceptar el propio cuerpo y aprender a cuidarlo son pasos importantes para tener un concepto positivo del mismo y mantenerlo saludable. Por lo tanto, si bien las características físicas como el color de los ojos, piel, estatura y tendencias corporales son cuestiones de genética y serán lo que determine el desarrollo de nuestro cuerpo, nuestro reflejo será construido con base en la opinión que tengamos

de nosotros mismos y de esta manera, en nuestra mente, crearemos una imagen de nuestro aspecto.

### 2.2.7 Distorsión de la imagen corporal

Cuando decimos que la imagen corporal está alterada o que existe un trastorno de la imagen corporal es necesario precisar a qué se hace referencia. Dado que las anteriores definiciones plantean que la imagen corporal es un constructo polifacético, los autores se refieren a una alteración de la imagen corporal si se comprueba que uno de los factores de la imagen corporal está de alguna forma alterado.

La imagen corporal distorsionada puede ser un síntoma o un trastorno en sí mismo. En el primer caso nos referimos a los cuadros patológicos en los que se presenta una distorsión, pero como accesoria o secundaria a un tipo de trastorno más preciso como la sobrestimación del paciente en un episodio maníaco o narcisista, la subestimación que presenta el paciente depresivo o incluso las alucinaciones perceptivas de un delirium o una esquizofrenia (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007). En el segundo caso la distorsión de la imagen corporal es el elemento principal y en ocasiones único del síntoma.

Como entidad nosológica propia, en el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) refiere que existe una alteración grave de la imagen corporal (históricamente denominado Dismorfofobia), que actualmente es considerado como F45.2 Trastorno Dismórfico Corporal para el cual se requieren tres criterios diagnósticos (APA, 1994):

- a) Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico o cuando hay leves anomalías físicas y la preocupación del individuo es excesiva.
- b) La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c) La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej. la insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa). pp. 478.

A parte de este trastorno, no existe otra enfermedad o trastorno reconocido sobre alteraciones de la imagen corporal.

En el CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades 10), esta patología se enmarca en el apartado F45 Trastornos Somatomorfos, bajo la clave F45.2 Trastorno Hipocondríaco señalando:

La característica esencial de este trastorno es la preocupación persistente de la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas, puesta de manifiesto por la presencia de quejas somáticas persistentes o por preocupaciones

persistentes sobre el aspecto físico. Con frecuencia el enfermo valora sensaciones y fenómenos normales o frecuentes como excepcionales y molestos, centrando su atención casi siempre sólo sobre uno o dos órganos o sistemas del cuerpo. El enfermo puede referirse por su nombre al trastorno somático o a la deformidad, pero aun cuando sea así, el grado de convicción sobre su presencia y el énfasis que se pone sobre un trastorno u otro suele variar de una consulta a otra. Por lo general, el enfermo puede tener en cuenta la posibilidad de que puedan existir otros trastornos somáticos adicionales además de aquel que él mismo destaca. Suelen estar presentes ansiedad y depresión intensas, lo que puede justificar diagnósticos adicionales. Estos trastornos rara vez comienzan después de los 50 años y tanto el curso de los síntomas como el de la incapacidad consecuente son por lo general crónicos aunque con oscilaciones en su intensidad. No deben estar presentes ideas delirantes persistentes sobre la función o la forma del cuerpo.

Encontramos las primeras referencias en este campo a finales del siglo XIX cuando se acuña por Morselli el término de dismorfofobia (miedo a la propia forma), en 1903 Janet se refiere a “la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo” (Raich, 2000). Bruch (1962) describía una alteración de la autopercepción del tamaño del cuerpo en las anoréxicas y la definía como una desconexión entre la realidad de la forma y estado de su cuerpo.

H. Bruch (1962) es la primera autora que dirige la atención hacia una posible alteración de la imagen corporal en la Anorexia Nerviosa, a partir de ese momento comienza un interesante período de investigaciones sobre las alteraciones de la imagen como sintomatología propia de los TCA. Para Bruch (citado por Baile 2003) “la anorexia nerviosa tiene tres características: un paralizante sentimiento de ineficacia personal, la incapacidad para reconocer la información interna proveniente del cuerpo, y en tercer lugar, una alteración de la imagen corporal”.

La alteración de la imagen corporal se ha considerado desde entonces como un criterio diagnóstico necesario en los TCA y así figura en las sucesivas ediciones del clásico Manual de Diagnóstico, *el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) de la American Psychiatric Association (APA, 1994)*.

Dos importantes trabajos (Rusell, 1970; Slade y Rusell, 1973 citados por Baile 2003) pusieron de manifiesto que el miedo a engordar es un elemento central de la psicopatología de los TCA, y que la alteración de la imagen corporal que se detecta principalmente, es la tendencia a ver el cuerpo de mayor tamaño que el real, lo que se denominó de forma general sobreestimación. Investigaciones posteriores puntualizarán estas primeras investigaciones, pero las mismas fueron el inicio de tres grandes líneas de estudio:

1. Estudiar el peso de las alteraciones de la imagen como causa de los TCA.
2. Dilucidar hasta qué punto una alteración de la imagen corporal es un síntoma patognomónico.
3. Cómo se podría evaluar la imagen corporal y estas alteraciones que se presumían claves en los TCA.

Garner y Garfinkel (1981), citados por Baile (2003) refieren que las valoraciones de la imagen corporal en la anorexia nerviosa evalúan una alteración perceptual (manifestada en la incapacidad, para estimar con exactitud su tamaño corporal) y una alteración cognitivo-afectiva hacia el cuerpo, (manifestada por las emociones o pensamientos negativos a causa de su apariencia física destacando la importancia de especificar el aspecto de la imagen corporal que se considera alterado.

Así, el término “distorsión perceptual” podría servir como expresión para denominar la alteración de la imagen corporal en el ámbito de la estimación de tamaño, e “insatisfacción corporal” como la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia el tamaño y forma del cuerpo... Para Sepúlveda, Botella y León (2001) es la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales. Vaz, Peñas, Ramos (1999) proponen junto a Thompson (1990), que no se confundan “alteración de la imagen corporal” con “insatisfacción corporal”, pues el primer concepto engloba al segundo y a otros muchos más aspectos.

Casper, Halmi, Goldberg, Eckert y Davis, (1979) demostraron que las diferencias en la percepción no son atribuibles a factores sensoriales sino que son respuestas alteradas e influidas por variables actitudinales, motivacionales y de personalidad.

Brouchon y Schweitzer (1992) (citado por Cruztitla y Reyes, 1998) definen distorsión de la imagen corporal como la diferencia que puede encontrarse entre la estimación subjetiva que el sujeto hace de su cuerpo y la medición real y objetiva del peso corporal que puede obtenerse a través de la masa corporal.

Bonet (1990) señala que el cuerpo no es algo que tenemos, es algo que somos. La cuestión está en si esa parte del cuerpo que Yo desearía que tuviera unas características mejores, se convierte para mí en un problema, en una preocupación, en un sentimiento de inferioridad, en un argumento para la soledad, en un motivo de depresión, en un auto rechazo. Siempre habrá dos reacciones opuestas entre sí: la de quienes se hunden al no aceptar su cuerpo tal como es y la de quienes son conscientes de sus limitaciones físicas y sin amargarse la vida, entienden que

es el único cuerpo que tienen; estos últimos son los que entienden que en la vida puede hacerse algo más que estar dependiendo de algo que no está en sus manos solucionar. Según Bonet, en el fondo es la integridad del Yo lo que importa y su madurez para encontrar un sentido más profundo a la vida que la apariencia física. La autoimagen no es solo cuestión corporal obviamente, pero el cuerpo tiene mucho que ver con la confianza en uno mismo: un cuerpo no aceptado es origen de inseguridad personal, mucho más de lo que es un cuerpo con limitaciones físicas pero aceptadas.

Según Pastor y Bonilla (2000), actualmente existe la exigencia constante de una exposición permanente del cuerpo a la mirada del otro, a una atención vigilante. Cuando esa mirada se internaliza es el cuerpo el que es percibido externamente, como el de una persona extraña. El sometimiento del cuerpo a una evaluación competitiva -con respecto a los pares y en pos de un patrón corporal-, suscita un conflicto de seguridad en la persona ante el cumplimiento imposible de la demanda de atractivo normativo. La presión que ejercen los modelos normativos puede llegar a afectar gravemente a sujetos especialmente sensibles en momentos críticos de su desarrollo, provocando alteraciones de la imagen asociadas a trastornos de las conductas.

Montes y Bayle (2002) señalan que estudios epidemiológicos revelan que entre el 30% y el 65% de los pacientes internados sufren sintomatología psiquiátrica siendo únicamente valorados de un 2% a un 12%, con la creencia de que quizá los síntomas son comprensibles en el contexto de su enfermedad y que por lo tanto no requieren tratamiento, o que el mismo puede ser proporcionado por su médico particular. Consideran que todo paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica no urgente debe ser preparado psicológicamente. Específicamente tras la histerectomía puede aparecer un sentimiento de no poder ser mujer, una perturbación en su imagen corporal, a tener un hueco, un vacío. Este miedo será compartido por sus parejas con quienes, en muchas ocasiones, vivirán en forma angustiante el reinicio de las relaciones sexuales.

Repasando diversas aportaciones Baile (2003) ha propuesto las siguientes consideraciones:

- a) No existe una expresión unívoca para referirse a la alteración-trastorno-desviación de la imagen corporal, en consonancia con la multidimensionalidad del propio constructo de imagen corporal.
- b) Debido a esto, el mismo término es utilizado a veces por diferentes autores pero lo operativizan de forma diferente, y utilizan técnicas muy diferentes de medida.
- c) Algunos autores proponen que el término más global podría ser “alteración/trastorno de la imagen corporal” y que éste englobaría a los

demás, como distorsión perceptual, insatisfacción corporal (Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater, 1994).

d) Hasta que se llegue a un consenso terminológico, debería indicarse al hablar de alteración de la Imagen Corporal, a qué faceta o aspecto del problema se refiere, si a una alteración a nivel perceptual, actitudinal, emocional, conductual o cognitiva.

e) Es necesario abundar en trabajos que determinen si detrás de los diferentes términos, y de las diferentes formas de evaluación, existe fundamentalmente un único rasgo psicológico.

Realmente no se han propuesto técnicas que evalúen la imagen corporal de forma “pura”, es decir como constructo psicológico sin alterar. Todas las técnicas propuestas persiguen detectar algún tipo de alteración o trastorno.

Se han propuesto técnicas para evaluar los diferentes factores asociados que se presentan resumidos a continuación:

Alteraciones perceptivas: Se han propuesto técnicas dirigidas a evaluar el grado de distorsión o percepción del tamaño corporal, para ello se mide la figura real y la que se cree tener y se comprueba el grado de distorsión. Para obtener la figura que se cree tener se utilizan diferentes sistemas: calibres móviles, autodibujo, manipulación de imagen por fotografías, video o equipo de cómputo.

Alteraciones de aspectos subjetivos: Son técnicas que persiguen detectar alteraciones en las emociones, pensamientos, actitudes sobre la propia imagen. Las técnicas más habituales en este campo han sido las escalas de siluetas, donde elegir las que se corresponde con la deseada o cuestionarios de ítems tipo Likert.

Aspectos varios. En torno a la evaluación de imagen corporal, se han propuesto gran cantidad de técnicas que miden aspectos varios como por ejemplo: auto-registros de conductas, cuestionarios que exploran experiencias personales de burlas o de abuso sexual, grado de influenciabilidad por medios de comunicación.

Esta diversidad de técnicas comenzó su desarrollo en la década de los 50, cuando se realizan las primeras escalas diseñadas para la autoevaluación de la apariencia subjetiva, y ha recibido durante estas décadas una importante atención en el mundo anglosajón, donde se han publicado cientos.

Por lo anterior se considera que *la distorsión de la imagen corporal será la alteración de la representación perceptual, conceptual o afectiva que el sujeto haga de su propio cuerpo, ya sea imaginada o excesiva, de una característica física y que genere molestia, malestar o preocupación excesiva.*

## **2.3. Factores que intervienen en la formación de la distorsión de la imagen corporal**

Dado que el objetivo fundamental de la investigación es evaluar la importancia de los diferentes factores psicosociales que intervienen en la distorsión de la imagen corporal, es necesario esbozar los distintos aspectos que participan en su alteración en las pacientes histerectomizadas. Derivado de los antecedentes encontrados sobre dicha problemática y conforme a las consideraciones teóricas señaladas con antelación, es posible concluir que los factores mayormente mencionados son aspectos personales de la paciente (el índice de ansiedad, autoconcepto, autoestima), aspectos de la paciente con su pareja (apoyo de la pareja y función sexual) y aspectos de la institución donde se le proporciona la atención médica (formación preoperatoria recibida), por lo que a continuación se presenta un esbozo de los referidos conceptos que se abordaron en la presente investigación.

### **2.3.1. Rasgos de personalidad**

De todo el conjunto de variables que constituyen y construyen la personalidad se consideró únicamente en este trabajo el desarrollo teórico de los tres aspectos que de acuerdo a los antecedentes revisados, influyen con mayor importancia en la distorsión de la imagen corporal como son el autoconcepto, la ansiedad y la autoestima.

#### **2.3.1.1. Autoconcepto**

El estudio del autoconcepto figura entre las temáticas centrales de la psicología y mereció la atención de eminentes autores como James o Wallon (Seoane, 2005). Es en la década de los setenta del pasado siglo cuando se asume de modo generalizado una concepción jerárquica y multidimensional del mismo, siendo el modelo más emblemático el propuesto por Shavelson, Hubner y Stanton (1976), cuya estructura se ha visto confirmada en diversas investigaciones (Harter, 1982, 1986; Marsh, 1986; Marsh y Hattie, 1996) según referencias de Goñi Palacios y Fernández Zabala, 2007.

Polaino-Lorente (2007) define el autoconcepto como el conjunto de cogniciones y actitudes que cada persona tiene respecto de sus aptitudes, capacidades, corporalidad, habilidades, destrezas, roles sociales, etc., es decir, acerca de su personalidad entera.

Entre los dominios que conformarían, según esta concepción, el autoconcepto global, han sido muy estudiados tanto el autoconcepto académico (Pappalettera y Kepic, 2005), como el autoconcepto físico (Esnaola, Goñi y Madariaga 2008) mientras que, por el contrario, han recibido mucha menor atención los dominios personal y social (González Tapia, 2008), sobre cuya estructura interna no existen

datos concluyentes y construyéndose pocos instrumentos para su medida, con escasas garantías de fiabilidad psicométricas (Fernandes, Bartholomeu, Marín, Boulhoça y Fernandes, 2005). Queda, por tanto, un gran número de interrogantes teóricos por aclarar acerca de la naturaleza, evolución, diferencias interindividuales o la posible relación que el autoconcepto personal y el autoconcepto social mantienen con otros rasgos psicológicos (Ramírez y Herrera, 2002).

Autoconcepto social es el estudio del desarrollo humano que desde la psicología se ha venido realizando; establece una triple distinción entre lo cognitivo, lo afectivo y lo social (Goñi y Fernández, 2007).

Lo social hace referencia a las relaciones con las personas e instituciones de la sociedad en la que se vive, pero es necesario precisar que tanto el descubrimiento del otro como la posibilidad de establecer una relación con él, están ligados a los progresos cognitivos y afectivos que dan cuenta también de la riqueza y de la complejidad creciente de las relaciones interpersonales.

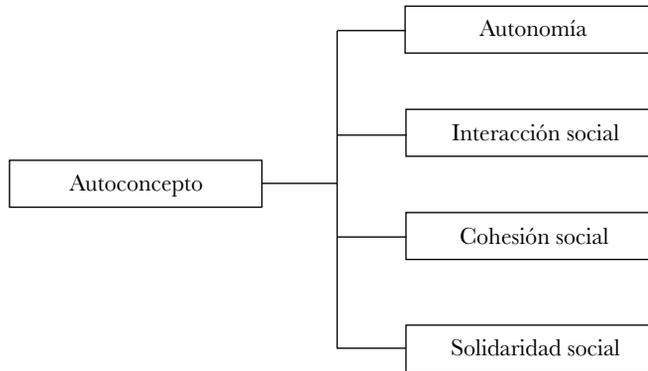
Desde el modelo del desarrollo psicosocial en la adolescencia, basado en el concepto de madurez psicosocial (Greenberger, 1984; Greenberger y Sorensen, 1974 citado por Goñi y Fernandez, 2007), se trata de integrar las metas de la socialización (atributos de los individuos requeridos para el adecuado funcionamiento de la sociedad) con las metas del desarrollo psicológico (atributos que representan el óptimo crecimiento del individuo). De esta manera, el concepto de madurez psicosocial aparece vinculado tanto con la supervivencia individual como con la de la sociedad.

El modelo propone tres categorías generales que se corresponden con las tres demandas generales que todas las sociedades efectúan sobre sus miembros:

- a) la capacidad de funcionar de modo competente y autónomo como individuo o adecuación individual;
- b) la capacidad de interactuar adecuadamente con los otros o adecuación interpersonal; y
- c) la capacidad para asegurar la cohesión social o adecuación social.

Se sostiene, por tanto, que los individuos socializados y desarrollados deben ser autosuficientes en algún grado y ser responsables de su propia supervivencia, deben ser capaces de relacionarse con los otros de manera estable y predecible, capaces de identificar las amenazas que atenten en contra de la integridad del grupo o la cohesión social y de implicarse en el establecimiento activo de la solidaridad social. De forma similar, el personalismo sociomoral (Goñi y Fernandez, 2007) contempla tres grandes dimensiones del desarrollo (personal, social y moral) correspondiendo propiamente las dos últimas al desarrollo social.

**Figura 5. Modelo de Autoconcepto por Competencias de Greenberg**



Los pocos estudios que han tratado de delimitar las dimensiones del autoconcepto social parten de concepciones y definiciones dispares que, en todo caso, responden a dos criterios (por contextos y por competencias). En los estudios que pretenden identificar las dimensiones del autoconcepto social en función de los distintos contextos sociales en los que el ser humano mantiene relaciones sociales (Byrne y Shavelson, 1996; Shavelson, Hubner y Stanton 1976 y Song y Hattie, 1984) citados por Goñi y Fernandez, (2007), se propone que el autoconcepto social hace referencia a la autopercepción de las habilidades sociales con respecto a las relaciones interpersonales, es decir, que se forma a partir de la autovaloración del comportamiento en los diferentes contextos sociales .

En cambio, quienes presuponen que las dimensiones se corresponden con diferentes competencias sociales que las personas ponen en marcha en su vida social las definen con independencia del contexto social en el que el sujeto interactúe. En este grupo se incluyen autores como James (1890) y Cooley (1922), citados por Goñi y Fernández (2007) quienes entendían el autoconcepto social como la autopercepción de cuánto son admiradas unas personas por otras viniendo a coincidir el autoconcepto social con la autopercepción de la aceptación social, o quienes lo definen como la autopercepción de las habilidades o competencias sociales. El autoconcepto social representa la autoevaluación que las personas realizan de las conductas activadas en situaciones sociales, y bien podría estar constituido, mejor que por dos, por las siguientes tres dimensiones o componentes: la aceptación social, referida a la percepción de la buena acogida por otras personas; la competencia social, entendida como la autopercepción de las capacidades para desenvolverse en situaciones sociales; y la responsabilidad social, que alude a la percepción que las personas tienen acerca de su contribución al buen funcionamiento social. En un estudio piloto

(Goñi, Ruiz de Azua y Rodríguez,, 2005), los resultados confirmaron la existencia de una estructura bidimensional de dos factores: el de responsabilidad social; y un segundo que integraba los ítems de las escalas de competencia y aceptación social. Estos datos hacen pensar que la autopercepción como ser socialmente competente y la autopercepción como ser socialmente aceptado guardan estrecha relación entre sí hasta el punto de conformar un único componente.

El autoconcepto personal se forma en la relación con los demás, pero alude a los diferentes aspectos que interesan a la persona en su esfera particular, como ser individual tales como el autoconocimiento, la autoestima, el ajuste emocional, la elección vocacional o el proyecto individual de felicidad.

Tres grandes escuelas (el conductismo, el psicoanálisis y la psicología americana humanista) ofrecen su peculiar versión del desarrollo personal sosteniendo diferencias acerca de la capacidad de autodirección del individuo. Mientras que las dos primeras asumen que el desarrollo del Yo, resulta de la respuesta dada a otros elementos (los estímulos del entorno y las fuerzas opuestas del Ello y Superyó, respectivamente), la psicología humanista asume que el ser humano está provisto de tendencias que le impulsan a un desarrollo constante y a la superación personal. Parte de los teóricos evolutivos asumen que el desarrollo adulto, si es adecuado, deriva en madurez psicológica, aunque la noción de personalidad madura presenta distintas connotaciones. Para los psicólogos humanistas y personalistas dicha madurez se alcanza al existir unas tendencias inherentes al ser humano que lo conducen hacia el crecimiento, la salud y el ajuste; dicho de otra manera, se equipara la madurez psicológica con la autorrealización. Y que un sujeto alcance dicho estado de madurez y autorrealización va más allá del hecho de contar con salud mental, lo cual, obviamente, le proporciona una sensación de bienestar psicológico que proviene del análisis hecho sobre la satisfacción con su vida y el balance afectivo. Teorías sobre el desarrollo adulto, como la de Erickson, Buhler o Vaillant están centradas en la madurez y sostienen que durante la vida adulta existe una tendencia natural hacia el crecimiento personal y la autorrealización, es decir, que por definición las personas con el paso de los años son más maduras y sabias. Otras teorías ubicadas en una perspectiva más sociológica sostienen, en cambio, que los importantes cambios que se producen en la vida adulta no tienen por qué conducir a una mayor madurez. El adulto debe enfrentarse a ciertos retos que por su propia naturaleza le tocará vivir y el modo de afrontarlos y superarlos determinará un avance, estancamiento o retroceso en su camino hacia la madurez, por lo que no todo el mundo alcanzará un mismo nivel de desarrollo personal. Esto mismo ocurre con otros aspectos del desarrollo personal, como son la autonomía, las emociones o la moralidad. Estas variables han suscitado, y todavía lo hacen, interés entre los estudiosos del individuo y su psiquismo,

pero no siempre en él, en relación con la percepción propia de esos aspectos que es lo que ahora nos interesa. El ser humano va desarrollando, en su interacción con el medio físico y social que le rodea, una imagen personal del mundo y de sí mismo, en la que va integrando experiencias y emociones ligadas a las mismas. Al igual que la autorrealización, se considera que la autonomía, en el sentido de adecuación individual, es un requisito para considerar a la persona madura en el ámbito psicosocial. Prácticamente todas las teorías psicológicas del desarrollo señalan el requerimiento que las sociedades hacen a sus integrantes de que sean autosuficientes en algún grado, y que vayan adquiriendo dicha capacidad durante el período de desarrollo y socialización. Además, es de todos sabido que la autonomía e independencia es un valor en auge en esta sociedad, la cual reclama una esfera de no interferencia ajena para los individuos, donde se permita establecer y desarrollar los proyectos de vida del individuo de manera independiente. Por otro lado, en la comprensión del desarrollo y del funcionamiento de la personalidad es fundamental el detectar y explicar los cambios evolutivos que se producen en la expresión emocional, en la conciencia sobre los estados afectivos, en la comprensión de las emociones, en la regulación emocional o en la empatía. Las emociones intervienen en todos los procesos evolutivos y pueden considerarse la principal fuente de las decisiones que tomamos a lo largo de la vida. El interés por el estudio científico de las emociones como una fuente fidedigna y útil de información para el individuo ha sido muy reciente. Este planteamiento asume la perspectiva evolucionista y funcionalista de las emociones como indispensables y vitales para el organismo y se centra en analizar las diferencias individuales en el uso, abuso y mal uso de la información que proporcionan (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005 citado por Goñi y Fernández, 2007). En esta perspectiva nace el término inteligencia emocional que se entiende como “una parte de la inteligencia social que incluye la capacidad de controlar nuestras emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestro pensamiento y nuestros comportamientos”. Este conjunto de habilidades pueden ser tanto o más importantes que la inteligencia académica a la hora de alcanzar un mayor bienestar laboral, personal, académico y social. Con todo ello, se plantea la necesidad de avanzar en la explicación de un mapa más completo del perfil socio-personal del individuo, donde se contaría con tres elementos interrelacionados:

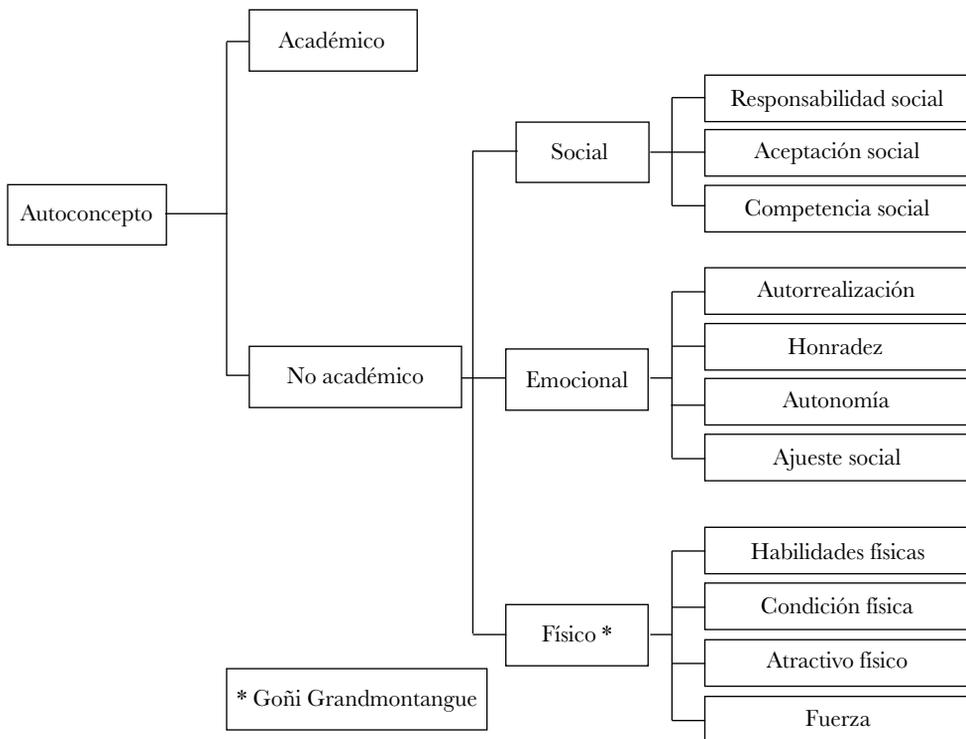
- a) el desarrollo personal y sus diversas conceptualizaciones,
- b) la percepción de sí mismo en referencia a aspectos del desarrollo personal y
- c) otros rasgos psicológicos asociados a ambos elementos.

Llavona (2008), comentando las creencias populares sobre la reproducción humana destaca el prejuicio de que la procreación ocurre cuando uno lo quiere, lo cual se ve

fortalecida inversamente por una campaña constante de métodos anticonceptivos para evitar los embarazos no deseados. Cuando se toma la capacidad para fecundar como referente de la virilidad-masculinidad o feminidad, la incapacidad de tener hijos cuestionará la identidad personal sembrando dudas sobre el grado de hombre o mujer que se es. Este cuestionamiento puede modificar el autoconcepto, devaluándolo y desvalorizándolo.

Goñi y Fernández (2007) mencionan que el autoconcepto es un concepto global y además se puede subdividir en autoconcepto académico y no académico, en donde el autoconcepto no académico incluiría 3 aspectos: el autoconcepto social (que incluye la responsabilidad social, la aceptación social y la competencia social), el autoconcepto personal (que incluye la autorrealización, la honradez, la autonomía y el ajuste social) y el autoconcepto físico (este último sin subdivisiones). Goñi Grandmontangue et al., (2005) destacan que el autoconcepto físico real e ideal presenta 4 dimensiones del Yo: habilidades físicas, condición física, atractivo y fuerza.

**Figura 6. Modelo de Autoconcepto por Competencias de Goñi y Fernández**



Tomas y Oliver (2004) citan como definición del autoconcepto las percepciones que el individuo tiene de sí mismo (Shavelson et al., 1976), la totalidad de los pensamientos y sentimientos de un individuo que hacen referencia a sí mismo y autoestima como la actitud positiva o negativa hacia sí mismo.

Reflejo del escaso interés suscitado y de la corta trayectoria de investigación sobre el autoconcepto emocional (o personal por ser un término más completo), es la ausencia de un instrumento de medida específico. La mayoría de cuestionarios editados están pensados para obtener una medida del autoconcepto general, además de las diferentes escalas propuestas por cada autor, que en cualquier caso no coinciden en la denominación y definición de este dominio: en el *Tennessee Self Concept Scale de Fitts* (TSCS) (1972) se incluye una escala de autoconcepto ético-moral y otra de sí mismo personal, en el *Self Description Questionnaire* de Marsh (1990) una escala de autoconcepto moral y en el AFA de Musitu, García y Gutiérrez (1994) y el AFA-5 de García y Musitu (García Musitu y Gonzalo y Veiga, 2006), tanto la escala de autoconcepto moral como de autoconcepto emocional. El único autor, por tanto, que incluyó una escala cuya denominación hacía alusión a lo personal fue Fitts; en las diferentes versiones del TSCS, el sí mismo personal se entiende como la autopercepción sobre los valores interiores del sujeto, su sentimiento de adecuación como persona y la valoración de su personalidad independientemente de su físico y de sus relaciones con los otros. El autoconcepto personal hace referencia a la idea que cada persona tiene de sí misma en cuanto ser individual y es de gran importancia tratar de identificar las dimensiones o componentes del mismo, por las implicaciones educativas que conlleva la presunción teórica de que es más modificable el autoconcepto cuanto más específicos son sus dominios o componentes.

No podemos dejar de incluir el modelo presentado por Musitu y García (1991) y apoyado por las investigaciones de Marsh (1993) y Stevens (1996), referidos por Pappalettera y Kepic (2005). Ellos sostienen que las personas discernen entre los diversos dominios de sus vidas y se forman autoevaluaciones específicas para cada uno de estos dominios. Así, además de un autoconcepto general, existen dominios específicos como el social, el emocional, el familiar, el físico y el académico-laboral.

Autoconcepto social: se refiere a la percepción que el sujeto tiene de su desempeño en las relaciones sociales. Esta dimensión se define por dos ejes: a) la red social del sujeto y su facilidad o dificultad para mantenerla y ampliarla y b) las cualidades que considera importantes en las relaciones interpersonales.

Autoconcepto emocional: hace referencia a la percepción del estado emocional del sujeto y de sus respuestas a situaciones específicas, al grado de

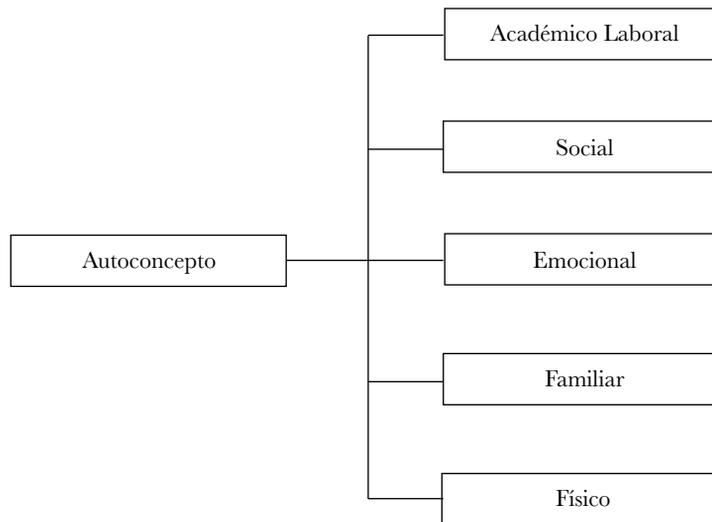
compromiso e implicación en su vida cotidiana; es decir si el sujeto tiene control de las situaciones y emociones, si responde adecuadamente a los diferentes momentos de su vida cotidiana.

Autoconcepto familiar: se refiere a la percepción que el sujeto tiene de su implicación, participación e integración en el medio familiar.

Autoconcepto físico: este factor hace referencia a la percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico y de su condición física, a cómo se percibe o se cuida físicamente.

Autoconcepto académico-profesional: se refiere a la percepción que el sujeto tiene de la calidad del desempeño de su rol, como estudiante y como trabajador. Es determinante de las metas que establece el individuo y de cómo las aborda. Para autorrealizarse la percepción de la profesión ha de ser próxima al autoconcepto. La satisfacción dependerá del grado en que la profesión ha permitido desarrollar el autoconcepto ideal. La carrera se elige considerando el autoconcepto y la imagen que se tiene de las profesiones, atribuyendo a la carrera elegida, características del propio autoconcepto.

**Figura 7. Autoconcepto por contexto Musitu y García**



Shavelson et al., 1976 (citado por Esnaola et al., 2008 y Peralta y Sánchez, 2003 entre otros) definen el autoconcepto como un conjunto de percepciones parciales del propio Yo que se estructuran en una organización jerárquica, donde destacan los siguientes aspectos:

- a) Es una estructura organizada (se rige por varios postulados que son los siguientes),
- b) multidimensional (ya que presenta diferentes aspectos muy diferenciados),
- c) jerárquica (se pueden apreciar aspectos muy específicos que influyen en el autoconcepto, áreas de desempeño como una parte media y un autoconcepto global que permea hacia las demás áreas e influye positiva o negativamente en todas las áreas),
- d) con un aspecto global con mayor estabilidad misma que podrá irse modificando cuanto más específico sea el autoconcepto
- e) con incremento de especificidad de acuerdo a la edad,
- f) presenta elementos descriptivos (cognitivos) como evaluativos (afectivos, autoestima) y
- g) representa un constructo con entidad propia el cual se puede diferenciar de otros con los que se encuentra teóricamente interrelacionado.

### 2.3.1.2 Ansiedad

La ansiedad es un concepto no muy claramente definido al referirse a ella como reacción emocional, emoción, rasgo de personalidad, respuesta o patrón de respuesta, estado de personalidad, síntoma, síndrome, etc. en muchas ocasiones confundiendo con la angustia. De aquí se desprende el problema de la ambigüedad terminológica.

En el DSM IV, el apartado de Trastornos de Ansiedad la define como:

La ansiedad y la preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación (F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada).

El CIE 10 lo define como (F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada):

Una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una “angustia libre flotante”). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

En muchas ocasiones se han utilizado diferentes términos a lo que sería la ansiedad: angustia, miedo, estrés, temor, tensión amenaza, nervioso. Uno de los primeros autores que asienta este término es Freud, utilizando el término *angst* en alemán y en inglés (*anxiety*). Traducido al español puede ser ansiedad o angustia. Tobal (1990) lo define como una respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistema de respuestas) que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser desencadenada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto (respuestas anticipatorias), tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes.

Los sistemas cognitivos del estado de ansiedad se refieren a pensamientos, ideas o imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre las funciones superiores: preocupación, miedo o temor, inseguridad. La persona con alta ansiedad, tiene pensamientos negativos, aprensión, respuestas fisiológicas de miedo, pensamientos negativos, inferioridad, incapacidad, anticipación de peligro o amenaza, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada por dificultad para pensar con claridad.

Los síntomas fisiológicos del estado de ansiedad son consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano: síntomas cardiovasculares (palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor), síntomas respiratorios (sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica), síntomas gastrointestinales (vómitos, náuseas, diarrea, aerofagia, molestias digestivas), síntomas genitourinarios (micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia), síntomas neuromusculares (tensión muscular, temblores, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva), síntomas neurovegetativos (sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo y lipotimia).

Entre los síntomas motores del estado de ansiedad se encuentran hiperactividad, paralización motora, movimientos repetitivos, movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal, conductas de evitación.

En un principio la ansiedad es una emoción adaptativa, que sirve para la adaptación al medio. Si los síntomas de ansiedad se mantienen en el tiempo, pasarían a ser trastornos y ya no haría una conducta adaptativa, y si el estímulo no es amenazante, se vería reflejado además como un trastorno (fobias).

Por lo anterior es necesario diferenciar los siguientes términos de conformidad a la definición establecida por la Real Academia de la Lengua Española:

**Tabla 3. Diferencias entre ansiedad, angustia, miedo, pánico y estrés**

	<b>Definición</b>	<b>Proporcionalidad</b>
Ansiedad	Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo	Reacción leve o moderada.
Angustia	Aflicción, congoja, ansiedad. Temor opresivo sin causa precisa. Aprieto, situación apurada.	Reacción desproporcionadamente intensa.
Miedo	Perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario. Recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea	Reacción proporcional al peligro real u objetivo
Pánico	Se dice del miedo extremado o del terror producido por la amenaza de un peligro inminente, y que con frecuencia es colectivo y contagioso.	Reacción desproporcional al peligro real u objetivo
Estrés	Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves	Reacción leve o moderada desproporcional al peligro real u objetivo.

Todas estas emociones se generan como un estado de alerta ante diferentes estímulos internos o externos cuando por su magnitud o su insuficiencia temporal rebasan la capacidad del Yo para controlarlos (Fenichel, 1966). Entonces la ansiedad será conceptualizada como un estado emocional caracterizado por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos aparejados con un aumento en la actividad del Sistema Nervioso Autónomo, el cual puede ser transitorio (estado de ansiedad), o consistente en un período de tiempo (rasgo de personalidad). Este último, el presentar una mayor propensión que las demás personas a responder con ansiedad ante distintas situaciones será la definición con la que se abordará el presente trabajo (Spielberger, Díaz Guerrero, 1975).

### 2.3.1.3. Autoestima

Coopersmith en 1967 (citado por Verduzco, Lara, Acevedo y Cortes, 1994), definía la autoestima como “aquella evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso”.

Polaino-Lorente (2000) menciona que el término “autoestima” es la traducción del concepto *Self-esteem* que inicialmente se introdujo en el ámbito de la psicología social y de la personalidad. Como tal, el concepto denota la íntima valoración que una persona hace de sí misma. Surge entreverada con la percepción que cada persona tiene del modo en que los demás le estiman. Un referente obligado y necesario con el que hay que contar es precisamente la estimación

percibida en los otros (la estimación social) respecto de sí mismo. El Ideal del Yo, ese modelo de persona que cada uno desea llegar a ser, servirá de referente inevitable sobre el modo en que uno se estima a sí mismo, se construye, se diseña con la inspiración de las personas relevantes a las que ha conocido, que reflejen ámbitos al menos sectoriales, respecto de algunos de los rasgos y características que se desean alcanzar. No hay estima sin corporalidad, de la misma manera que no hay persona sin cuerpo. La autoestima, tal y como, es concebida hoy es más un resultado (del rendimiento) que un principio (de la dignidad de las personas), una propiedad que entronca y deriva de lo “conquistado” (lo adquirido), más que de lo “dado” (el don innato y recibido) y que muy poco tiene que ver con la bondad o maldad de lo que uno hace (comportamiento ético) y mucho con la buena o mala forma en aquello que se hace. Para Polaino-Lorente la autoestima es la creencia acerca del propio valor, susceptible de dar origen y configurar ciertos sentimientos relevantes acerca de uno mismo y a través de ellos del propio concepto personal, de los demás y del mundo. La autoestima es sin duda alguna, una atribución de valor acerca de uno mismo la cual depende del valor que los demás han hecho de esa persona. En función de cómo sean esas atribuciones de valor respecto de uno mismo, así serán también las atribuciones que más tarde esa persona hará de otras personas, cosas y situaciones. La autoestima se funda tanto en los resultados obtenidos como en los futuros planes que conciba modificando el valor que el Yo atribuye a sí mismo, con base en sus logros, pero también por las expectativas de lo que espera hacer a futuro. Roger dice, (citado por Polaino-Lorente, 2000) pp. 114:

A medida que se suceden las experiencias en la vida del individuo puede ocurrir una de tres situaciones: o se simbolizan, perciben y organizan guardando alguna relación con el Yo, o se ignoran, porque no se percibe una relación con la estructura del Yo, o se les da una simbolización distorsionada, porque la experiencia es inconsistente con la estructura del Yo.

En ocasiones la autoestima toma el todo por la parte, porque se califica el Yo por una de las acciones que ha realizado, poco importa lo relevante que ésta sea.

La confianza en sí mismo se alcanza toda vez que hay un perfecto embalaje entre lo que se piensa y se dice, lo que se dice y lo que se hace, lo que se hace y se piensa. La reflexión solitaria es necesaria pero solo ocasionalmente. Si el sujeto se excede en ella, puede contribuir a la propia ruina en forma de narcisismo, autodesprecio o fatiga de ser quienes somos. Para Polaino-Lorente las variaciones de la autoestima por exceso o por defecto a causa de los errores de sobreestimación o infraestimación personal, no son en su origen, estimativos sino cognitivos. La

persona se autoatribuye un cierto valor, características o rasgos que en modo alguno le pertenecen, al menos en lo que se refiere a la cuantía o intensidad de ese rasgo o valor.

Ortega Mínguez y Rodes (2000) definen la autoestima como el concepto que uno tiene de sí mismo; señala que siempre aparece claro su origen social, depende de la interacción social con las personas más significativas: padres, amigos, profesores y el entorno familiar, sobre todo, durante la infancia y la adolescencia, aunque no podemos hablar de un proceso que ha llegado a su término, sino que permanece siempre abierto mientras estemos en contacto con los demás y nuestras conductas puedan ser valoradas como positivas o negativas. Sin embargo, también refiere que la autoestima no es el resultado de la suma de influencias externas, donde el sujeto tiene un papel pasivo. La estima del Yo no depende del conjunto de percepciones sobre las atribuciones externas sobre todo en la juventud y adultez, cuanto de la coherencia de nuestra conducta con nuestros propios principios reguladores de dicha conducta. Si su conducta corresponde a su ideal de realización personal se reconocerá como moralmente satisfecho teniendo así la autoestima un origen interno. Además la autoestima se ve influida por lo que proyectamos a futuro. La anticipación de logros puede convertirse en fuente de valoración ya que en función de nuestras metas y proyectos no fantásticos [inclusive los fantásticos], evaluamos nuestra autoestima. Por su dependencia del medio social, la autoestima no es estable. En diversas investigaciones se ha tomado como variable independiente en el sentido que influye en diferentes aspectos orientándola hacia una dirección u otra; y otras que la toman como variable dependiente al responder a factores externos. Los factores que constituyen la autoestima son las expectativas y proyectos, las cualidades y carencias y la persona como valor. Rosenberg considera la autoestima como un componente del autoconcepto y lo define como un conjunto de pensamientos y sentimientos acerca de su propia valía e importancia, es decir, una actitud positiva o negativa hacia sí mismo (Martín Núñez, Navarro y Grijalvo, 2007).

### 2.3.2. Relación de pareja

En la pareja existen múltiples aspectos que influyen en su dinámica, los que por numerosos y extensos no es nuestra pretensión abarcar en este trabajo, sin embargo es necesario esbozar el apoyo percibido por la pareja así como su sexualidad, ya que de las investigaciones anteriormente documentadas, se desprende la enorme importancia de ambas en la formación de la imagen corporal, específicamente por el significado que la sujeto atribuye a la pareja en su vida apuntalando en el otro el concepto que tiene de sí misma.

### 2.3.2.1 Apoyo de la pareja

Brizuela (2006) (en Velasco y Luna Portilla, 2006), señala que el apoyo percibido del otro es una variable que tiene un rol positivo en el ajuste y salud tanto personal como en la vinculación con los demás, por lo que su análisis es imprescindible en el estudio de las relaciones interpersonales. El apoyo percibido en una relación dual es un factor central en toda sociedad, sobre todo cuando hay un compromiso emocional. La relación existente entre el apoyo de la pareja y la necesidad emocional da la impresión de ser la dinámica que se juega en toda relación de pareja. Cuando las emociones invaden a uno de sus integrantes (o a ambos) el involucramiento promueve el deseo interno y voluntario de buscar la protección del otro; además esa relación sentimental contribuye al bienestar y desarrollo del otro (Montagu, 1975, citado por Brizuela, 2006) tanto física, emocional, espiritual, social así como cognoscitivamente. Saitzyk (1997) (citado por Brizuela, 2006), define el apoyo como aquellas conductas entre los miembros de la relación que intentan promover o mejorar la competencia adaptativa del cónyuge que necesita o solicita ayuda, ya sea en un período corto, mientras dura una crisis, o cambio de vida o los estresores a largo plazo. Brizuela, 2006, refiere que para Cohen y Wills (1985) existen cuatro tipos de apoyo que se brinda una pareja: el apoyo puramente informacional, el apoyo instrumental, el apoyo de compañía y el apoyo moral. Los primeros dos son estilos de apoyo instrumental porque proporcionan conocimiento, técnica, método o ayuda al que solicita o necesita el apoyo para que pueda realizar mejor una tarea o superar más fácilmente un obstáculo. Las últimas dos son estilos de apoyo emocional porque proporcionan confort y tranquilidad a la persona que solicita o necesita apoyo.

### 2.3.2.2. Sexualidad

Álvarez Díaz (2007), reseñando a Rubio Auriolés (1998), refiere que la sexualidad es una construcción mental de aquellos aspectos de la existencia humana que adquieren significado sexual y, por tanto, nunca es un concepto acabado y definitivo. Están formados por elementos de interacción que a su vez se vuelven sistemas. Köestler (1967) (citado por Álvarez Díaz, 2007) propuso que se les denominara holones para subrayar el hecho de que son parte constituyente de un todo. La estructuración de la sexualidad es el resultado de las construcciones que hace el individuo (y que se hacen en él) de las experiencias vividas como resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los holones de la sexualidad. Estos holones serían los de la reproductividad, del género, del erotismo y de la vinculación afectiva.

El holón de la reproductividad corresponde a la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (no idénticos) a quienes

los produjeron. Va más allá de tener o no hijos, ya que implicaría también la reproducción de ideas o estilos de vida. Desde una perspectiva biológica, incluye al sistema reproductivo, la concepción, el embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia; la anticoncepción, la intercepción y el aborto. Desde la psicología, se puede hablar en el ámbito individual sobre la identidad reproductiva, los significados psicológicos de la parentalidad (maternidad/paternidad), y en el ámbito psicológico social sobre las conductas reproductivas y contraceptivas de forma grupal. Desde la sociología se pueden mencionar los guiones parentales; desde la antropología el papel que se le dé a la paternidad y a la maternidad en la cultura. El ámbito legal incluiría la legislación sobre maternidad, paternidad, filiación, adopción, cuestiones de derecho sucesorio, etc. Al corresponder el holón de la reproductividad no sólo a la posibilidad biológica de la producción de individuos sino también a las construcciones mentales acerca de esta posibilidad, la mirada biomédica tradicional debe intentar ir más allá de la búsqueda de atención de las variables biológicas relacionadas con la concepción, embarazo, parto, puerperio y lactancia; anticoncepción, intercepción y aborto. Se debe considerar la esfera psicológica de las representaciones que se tienen respecto a la parentalidad (maternidad/paternidad) y, más aún, las concepciones que se den al papel de la paternidad y la maternidad en la cultura desde la esfera antropológica. Tradicionalmente, en la llamada cultura occidental, la coexistencia de las funciones reproductivas y eróticas en los órganos sexuales pélvicos de varones y mujeres ha representado la fuerte asociación entre reproductividad y sexualidad. Así pues, el útero como pieza anatómica ha tenido la simbolización de la reproducción y la menstruación ha sido un elemento cultural importante para la identidad del género femenino. El holón del erotismo se refiere a los procesos humanos en torno del apetito por la excitación sexual, de la excitación misma y del orgasmo, de sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como de las construcciones mentales alrededor de esas experiencias. Tiene su base fisiológica bioquímica neuronal en los procesos de la vivencia erótica y en la fisiología de la respuesta sexual. En el ámbito psicológico individual, se pueden identificar la identidad erótica, la simbolización erótica y las experiencias autoeróticas, mientras que en el ámbito psicológico social se incluiría el significado grupal de la experiencia erótica, de las actitudes ante la virginidad y la permisividad premarital, etc. Desde la sociología se incluyen guiones de conducta erótica, reacciones ante conductas aceptadas y prohibidas, homofobia, erotofobia, misoginia, etc. Desde la antropología es muy importante la adopción y modificación de códigos morales, la doble moral, etc. Desde el aspecto legal está todo el grupo de normativas que permite algunos tipos de conducta erótica de expresión pública y otros no. Una

vez conceptualizado que el holón del erotismo se refiere a los procesos humanos en torno del apetito por la excitación sexual, de la excitación misma y del orgasmo, de sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como a las construcciones mentales alrededor de esas experiencias, se puede hacer notar que actividades que pueden aparecer tan necesarias y naturales para el profesional de salud, pueden ser percibidas negativamente en este ámbito por la pareja. Por ejemplo, la indicación aparentemente sencilla del incremento en la frecuencia de las relaciones o de las relaciones programadas que parecería tan lógica para la conceptualización puramente fisiológica de la reproducción, puede resultar en una experiencia erótica desastrosa, desde un deseo sexual hipoactivo, hasta una disfunción eréctil situacional. El ámbito de las disfunciones sexuales, asociadas directamente como problemática del holón del erotismo, es tan amplio que sería imposible abarcarlo en este momento. La actividad sexual de una pareja con problemas de fertilidad puede llegar a realizarse de manera compulsiva en los supuestos momentos de la ovulación, aun sin estar sujetos a algún tipo de tratamiento específico, lo que puede llevar a que la experiencia erótica no sólo no sea satisfactoria, sino que se convierta en verdaderamente desagradable y hasta frustrante al no responder a la demanda del hijo deseado. En estudios recientes, se muestra que los hombres experimentan menos placer sexual en relaciones programadas, probablemente por la presión psicológica que representa un intento por concebir o bien por forzar la relación en un momento determinado dentro del ciclo ovárico.

El holón de los vínculos afectivos corresponde a la capacidad humana de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva), ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad del otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan. Existe toda una base fisiológica de fenómenos de vinculación humana. En el ámbito psicológico individual, se relacionan las emociones vinculativas, la experiencia amorosa, los patrones de apego, el enamoramiento, mientras que lo psicológico social tiene que ver con los patrones de formación y ciclo de las parejas. Desde la sociología, se integran los determinantes socioculturales para la formación de parejas, y los significados de tal tipo de vinculación y, desde lo antropológico, la formación y disolución de vínculos. El ámbito del derecho legisla sobre esta materia en leyes de matrimonio, divorcio, uniones civiles, etc. Correspondiendo el holón de los vínculos afectivos a la capacidad humana de desarrollar afectos intensos ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad del otro ser humano en específico, así como a las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan.

El holón del género corresponde a una serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dismórficas de los seres humanos: masculina y femenina, así como a las características del individuo que las ubican en algún rango de las diferencias. Estas construcciones mentales se relacionan con construcciones sociales que asignan papeles y responsabilidades específicas a hombres y mujeres en una sociedad dada. Tiene su base en el dimorfismo sexual humano (genético, anatómico, neuro-hormonal y su expresión fisiológica). En el ámbito psicológico individual, destaca la identidad de género y, desde lo psicológico social, los papeles sexuales de masculino y femenino. Desde la sociología, sobresalen guiones y estereotipos sociales de la masculinidad y la feminidad (machismo, hembrismo) y sus variantes probables y posibles. La antropología trata el género en su dimensión cultural, así como otras variables culturales como las relaciones de poder, etc. Desde lo legal, se anota la legislación en materia de género, la función de ser hombre o ser mujer y sus connotaciones legales. Para Lagarde (1998 citado por Álvarez, 2006), la perspectiva de género hace referencia a la concepción académica, ilustrada y científica que sintetiza la teoría, la filosofía y la política liberadoras, creadas por las mujeres en la cultura feminista. La perspectiva de género permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los varones de manera específica, sus semejanzas y sus diferencias. Esta perspectiva de género analiza las posibilidades vitales de las mujeres y de los varones: el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar y las maneras como lo hacen. El análisis de género feminista, detractor del orden patriarcal, contiene de manera específica una crítica a los aspectos nocivos, destructivos, opresivos y enajenantes producidos por la organización genérica apoyada en la desigualdad, la injusticia y la jerarquía política de las personas de acuerdo con su género. La perspectiva de género implica una visión ética sobre el desarrollo y la democracia como contenidos de vida para enfrentar la inequidad, la desigualdad y la injusticia. Esto implica la visión de que todas las personas viven inmersas en relaciones de poder marcadas por su género. Los varones como género tienen asegurado el dominio en el mundo y las mujeres como género tienen asegurado el cautiverio. Los poderes intergenéricos e intragenéricos están articulados entre sí y forman el complejo orden político del mundo patriarcal. La propuesta de género feminista implica una redistribución de los poderes sociales, la transformación de los mecanismos de creación y la reproducción de esos poderes.

Derivado de lo anterior se puede apreciar que el concepto de sexualidad es tan amplio y complejo tanto en su teorización como en su investigación que no es posible en

el presente trabajo abordar todos los aspectos de la misma, por lo que se circunscribió a la relación entre la histerectomía y los siguientes aspectos de la sexualidad.

- La reproductividad, (la identidad reproductiva y los significados psicológicos de la maternidad)
- El erotismo, (la identidad erótica, la simbolización erótica y la función sexual)
- Los vínculos afectivos (las emociones vinculativas, los patrones de apego)
- La identidad de género (la seguridad sobre su rol sexual).

### 2.3.3. Formación preoperatoria

Urrutia, Riquelme y Araya (2006) señalan que una gran necesidad sentida por un paciente antes de una intervención quirúrgica es la de contar con información ya que la carencia de sentido de las cosas que nos suceden tienden a incrementar la angustia y la ansiedad. Primordialmente es disponer de una persona que les proporcione información previa a la intervención, el proceso a seguir desde su ingreso al hospital, la asignación de cama, los artículos requeridos, los procedimientos de preparación quirúrgica, alimentación y diversas acciones, hasta las consecuencias que podría enfrentar en los diferentes escenarios que se pueden presentar [en varias ocasiones estando la paciente ya internada sin la expectativa de comunicarse con su familia por haber concluido el horario de visita, le solicitan a la paciente un rastrillo para rasurarle el vello púbico]. Por otra parte requieren de educar a su familia y personas cercanas sobre las repercusiones de la operación a fin de evitar la falta de apoyo que muchos pacientes advierten. Evaluar una necesidad educativa (NE) es un elemento esencial dentro de cualquier proyecto educativo. Una NE puede ser real (cuando de conformidad al criterio médico es indispensable que el paciente o la familia conozcan alguna información para el correcto manejo postoperatorio) o percibidas (cuando el paciente desea conocer algún aspecto específico de su tratamiento y recuperación). Una intervención oportuna y precisa a las NE contribuye a mejorar el enfrentamiento a los cambios físicos y psicológicos que se presentan después de la cirugía por lo que el personal de salud debe brindar información sabiendo identificar las NE y las instituciones deberían contar con un protocolo de atención que considere estos aspectos (Aguirre, Benvenuto, y Urrutia, 2005; Urrutia et al., 2006).

Llamaremos formación preoperatoria a las acciones que realiza la institución para brindar al paciente una atención que le permita conocer y manejar las situaciones tanto cognitivas como emocionales durante el proceso de atención quirúrgica, considerándola desde su atención en el centro de salud hasta su egreso de la hospitalización posterior a la histerectomía.

## 2.4. Síntesis teórica

Después de esta breve reseña de algunas posturas teóricas de los aspectos que constituyen este trabajo es necesario precisar los modelos que formarán la estructura sobre la cual estará cimentado nuestro planteamiento.

La imagen corporal se construye con base en experiencias basadas esencialmente en percepciones y sensaciones propioceptivas, interoceptivas y exteroceptivas (González Tapia, 2008). Se empieza a formar a través de la interacción del sujeto con su mundo externo, principalmente su madre y su mundo interno, sensaciones de hambre, sed calor, frío, dolor, etc. (Spitz, 1969), esto le permitirá establecer límites a su propio cuerpo. Ante el espejo el niño se percibe como unidad (autopercepción) (Lacan, 1981) que por identificación con sus mayores se forja una idea (autoconcepto), de que domina su cuerpo, la idea se hace evidente al pretender realizar acciones (autoeficiencia) aún y cuando su cuerpo no está fisiológica y neurológicamente preparado para ello. Se arriesga a la aventura con base en la seguridad que le dan los logros obtenidos con anterioridad (autoestima). Muchos de ellos no hubieran sido posibles de no ser por las figuras parentales que le han resuelto obstáculos sin que el niño se percate, haciéndole creer falsamente que los logros son basados en sus méritos propios. En tanto el entorno le vaya permitiendo incrementar sus éxitos, irá cohesionándose la integridad de su imagen corporal con base en el fortalecimiento de su estructura yoica.

A través de las figuras parentales en primer término (Cash y Pruzinsky, 2004) y del entorno social, se van introyectando los modelos y valores sociales y culturales de belleza y aceptación del cuerpo creando estándares (Cash y Pruzinzky, 2004 y Raich, 2000) de aprobación o rechazo, modelos que imprimirá a su propia imagen así como los esfuerzos para lograr una apariencia determinada (esta será la vía de acceso por medio de la cual las personas afectivamente importantes intervendrán por medio de su palabra, sus gestos y su comportamiento en la imagen que el sujeto tiene de sí mismo). La imagen corporal se irá desarrollando en las diferentes aéreas o aspectos de la vida con que tenemos contacto y las mismas se sobreponen o a la imagen corporal primitiva (Schilder, 1935) que creamos en nuestras primeras vivencias modificándose dependiendo de las experiencias. La maleabilidad de la imagen corporal por los estímulos externos será inversamente proporcional a la cohesión que presente esa primitiva imagen corporal. Entre mayor cohesión y fuerza mantenga la imagen corporal, menor volubilidad presentará ante las circunstancias por las que atraviese. El constructo de la imagen corporal estará fundamentada en los postulados teóricos propuestos por Schilder (1935) concibiéndola como:

El esquema corporal es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo. Y podemos llamar esta imagen “Imagen Corporal” y

además “La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos.

Esta definición es corroborada y precisada por Raich (2004) más explícitamente como: “un constructo que implica lo que uno piensa, siente, cómo se percibe y actúa en relación a su propio cuerpo”

Sus dimensiones están conformadas por lo que pensamos (imagen cognitiva), lo que sentimos, (imagen afectiva), las sensaciones que tenemos (imagen perceptual) y lo que hacemos como resultado de lo anterior (imagen comportamental) dando origen a 4 aspectos específicos, el autoconcepto, la autoestima, la autopercepción y la autoeficiencia, por lo que nuestra definición de imagen corporal será la que ya enunciamos en nuestro trabajo:

La representación perceptual, conceptual, afectiva que el sujeto construye mentalmente de su propio cuerpo y que de conformidad a ella se comporta personal y socialmente.

En lo que se refiere a las áreas exploradas nos constreñimos al autoconcepto bajo la esquematización de García y Musitu considerándola en forma global y en 5 dimensiones específicas lo académico/laboral, social, emocional, familiar y físico.

Para la conceptualización de la sexualidad consideramos que la propuesta de Rubio Auriolés (Álvarez Díaz, 2007) la describe mejor al considerar 4 holones reproducción, erotismo, vínculos afectivos y género que se pueden referenciar desde los aspectos biológicos, psicológicos (individual y social), sociológico, antropológico y legal.

Los aspectos de distorsión de la imagen corporal que incluimos en el presente trabajo corresponden al autoconcepto global, físico, social y emocional, la autoestima, la autoeficiencia considerada desde la vinculación de la paciente con su pareja (IAPP) y su vivencia de la sexualidad (IFSF). La distorsión de la imagen corporal se correlaciona con la sexualidad desde la perspectiva psicológica individual de la reproductividad, (la identidad reproductiva y los significados psicológicos de la parentalidad (maternidad/paternidad)), el erotismo, (se pueden identificar la identidad erótica, la simbolización erótica y la función sexual), los vínculos afectivos (las emociones vinculativas, la experiencia amorosa y los patrones de apego) y la identidad de género (la seguridad sobre su rol sexual)



# Capítulo 3

---

## **METODOLOGÍA**

Para poder llegar al objetivo deseado es necesario seguir el camino correcto: en primera instancia es imperante retomar el objetivo central de la presente investigación:

Determinar la importancia de diferentes factores psicosociales que inciden en la distorsión de la imagen corporal en mujeres hysterectomizadas.

En primer término y de conformidad a la literatura revisada se pudo establecer que los factores que inciden en la imagen corporal son los aspectos personales (ansiedad-rasgo, autoestima y autoconcepto) y el entorno (la relación de pareja y la formación preoperatoria que brinda la institución médica), por lo que para la consecución del objetivo fue necesario determinar la viabilidad del estudio, situación que ya fue descrita en el apartado 1.5. y diseñar el procedimiento para abordar esta problemática mediante un conjunto de instrumentos debidamente validados que garanticen la confiabilidad de los resultados obtenidos.

A continuación se presenta la descripción del diseño y del proceso de realización de la investigación y enseguida los instrumentos elegidos para la evaluación de la variables consideradas.

### **3.1. Diseño de la investigación**

Para determinar la importancia de los distintos factores que intervienen en la distorsión de la imagen corporal de mujeres hysterectomizadas, se inició esta evaluación de los rasgos personales y del entorno de las pacientes que han tenido una intervención quirúrgica y que una u otra forma ven alterada la percepción que tienen de ellas mismas, tanto corporal como conceptual y afectivamente. Para esto, se aplicaron instrumentos antes y después de la intervención, aunque se consideró como aplicación única ya que el tiempo transcurrido entre ambas entrevistas no es significativo como para generar una modificación además de que las variables evaluadas no corresponden a las mismas variables.

Mediante oficio del 24 de septiembre del 2008 signado por el subdirector de Enseñanza e Investigación del Hospital General de Ciudad Victoria, Tamaulipas, “Dr. Norberto Treviño Zapata”, el doctor Lorenzo Hinojosa Montemayor, se iniciaron las aplicaciones el 7 de octubre de 2008, con una batería propuesta con base en las experiencias documentadas en textos publicados e incluidos entre los antecedentes del presente trabajo (apartado 1.6.). A todas las candidatas

entrevistadas para esta investigación se les notificaron los postulados establecidos en el “Consentimiento Informado”, rechazando participar 13 pacientes durante las diversas aplicaciones que se realizaron, algunas desde el inicio de la entrevista o en algún momento de la misma; cuatro pacientes entrevistadas fueron descartadas por diagnósticos distintos a los establecidos en la investigación (situación que fue detectada hasta el momento de la revisión del expediente médico).

Para determinar la confiabilidad de los instrumentos se encuestó un primer grupo piloto de 35 pacientes. Dado que el instrumento para evaluar la función sexual tuvo que ser desechado por falta de confiabilidad, fue necesario cambiarlo, mismo que fue validado en un segundo grupo piloto de 29 pacientes. Ya con la batería de pruebas definidas se realizó la aplicación a una muestra de 31 pacientes que se denominó muestra de investigación. Durante la validación del primer grupo piloto se aplicaron los instrumentos propuestos a 20 pacientes histerectomizadas (que junto con las 31 pacientes de la muestra de investigación conformaron la muestra ampliada), y el resto fueron pacientes de la misma sala de hospitalización y tipo de aseguramiento que acudieron a la institución para intervenir por cesárea.

Para la “Entrevista de Ingreso” se incluyó el “Consentimiento Informado”, información personal y sociodemográfica, información sobre su padecimiento, su tratamiento, las técnicas de afrontamiento utilizadas, el “Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado” (IDARE) para evaluar el rasgo de ansiedad, los ítems propuestos sobre distorsión de la imagen corporal enunciados en la literatura revisada (principalmente Álvarez y Cruz, 1999) y la “Escala Multidimensional de Autoconcepto” (AF5) para evaluar el autoconcepto de las pacientes y el “Inventario de Apoyo Para la Pareja” (IAPP).

De esta aplicación se desprendió la confiabilidad de las diferentes escalas determinándose la eliminación de la subescala de autoconcepto familiar ya que dos de los ítems estaban dirigidos a la relación con sus padres (“Sus padres le dan confianza” y “Se siente querida por sus padres”) y los otros cuatro presentaban confusión respecto a su interpretación ya que se referían al núcleo primario (padres y hermanos), a la relación de pareja o a la relación con sus hijos (“Es muy criticada en casa”, “Se siente feliz en casa”, “Mi familia está decepcionada de Ud.” y “Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas”). También se eliminaron dos ítems de la subescala de autoconcepto físico cuya referencia era hacia la práctica de deportes y que por los hábitos personales, la cultura y la edad, no aplicaban a esta población (“La buscan para realizar actividades deportivas” y “Es buena haciendo deporte”).

En el “Cuestionario de Egreso” se consideró información sobre la intervención quirúrgica realizada, el “Cuestionario sobre Necesidades Educativas”

aplicado por Urrutia (2004), para valorar la formación preoperatoria y las necesidades de educación que presentaban las pacientes y el cuestionario “Percepción de Calidad de Comunicación de Pareja y de Calidad de Vida Sexual” propuesto por Urrutia (2004) para valorar la función sexual de las pacientes.

Para la validación de los instrumentos del “Cuestionario de Egreso” se conformó un primer grupo piloto de 40 pacientes (18 histerectomizadas y 22 atendidas por cesárea) determinándose que el cuestionario “Percepción de Calidad de Comunicación de Pareja y de Calidad de Vida Sexual”, no obtuvo la suficiente confiabilidad, por lo que se cambió por el “Índice de Función Sexual Femenina” (IFSF) el cual fue validado con un segundo grupo piloto de 31 pacientes el cual presentó una confiabilidad más que suficiente. Además, junto con el IFSF, se introdujo la “Escala de Autoestima” de Rosenberg, para contar con un instrumento que validara esta variable.

En la planeación original se consideró realizar una entrevista de seguimiento a los casos para presentar un estudio longitudinal que permitiera conocer la evolución de las pacientes en períodos de tres, seis y doce meses, sin embargo, no fue posible llevarlo a cabo por las dificultades logísticas de localizar a las pacientes, citarlas en un horario adecuado para ellas, contar con un espacio físico en la institución para recibir las y que ellas se pudieran desplazar en tiempo y forma (ya que en muchos casos la distancia, la escasez de recursos y la falta de interés porque consideraban resuelto su problema médico, propiciaban la inasistencia a las citas programadas. De los 31 casos de la muestra de investigación solo fue posible aplicar la “Entrevista de Seguimiento” a tres pacientes, por lo que se descartó esta pretensión. Resultado de lo anterior, a partir del 25 de enero de 2009, inició la entrevista con las pacientes que se encontraron dentro de los criterios de inclusión, concluyéndose la aplicación el 12 de julio de 2009.

En total desde el inicio de la primera aplicación de la prueba piloto hasta la última aplicación de la muestra de investigación se entrevistaron 88 pacientes en total.

### 3.1.1. Características de la investigación

Siguiendo los criterios metodológicos propuestos por Hernández, Fernández y Baptista (1998), las características del estudio desarrollado fueron las siguientes:

El presente trabajo se puede catalogar como descriptivo ya que busca determinar las propiedades de diversas dimensiones que presenta la muestra tanto de variables categóricas, dicotómicas y de razón para estar en posibilidades de tener una idea precisa de los elementos que la conforman. Dado que este trabajo pretende presentar el comportamiento de diferentes variables entre sí, así como el comportamiento de diferentes grupos en relación a una misma variable de

investigación se puede catalogar como correlacional. Considerando que los sujetos de la investigación se desenvuelven en su contexto natural y ordinario no es posible ni ético manipular deliberadamente las variables que les afectan por lo que se considera como una investigación no experimental. Aún cuando la intervención se realiza en dos momentos distintos del proceso de hospitalización (entrevista inicial y cuestionario de egreso), el espacio de tiempo entre ambos es tan corto que no permite cambios en las variables y, además, los aspectos a valorar son completamente distintos por lo que no se puede inferir una continuidad; por lo tanto el presente trabajo se considera transeccional o transversal.

### 3.1.2. Características de la población y muestra

La población de mujeres hysterectomizadas por causas no vinculadas con algún proceso de tipo cancerígeno en el Hospital General de Ciudad Victoria, Tamaulipas, fue de 192 casos en 2007 y 152 casos atendidos durante 2008.

A fin de considerar los criterios mencionados por Álvarez (1996), para la determinación del tamaño de la muestra se optó por evaluar a un mínimo de 31 personas que aceptaron participar en la investigación y cumplieron los criterios de inclusión establecidos (este grupo constituye lo que denominamos muestra de investigación). Como ya se ha mencionado en el punto 3.1. Diseño de la investigación, en el piloteo inicial se consideraron instrumentos para evaluar la ansiedad, el autoconcepto, el apoyo a la pareja, la distorsión de la imagen corporal y las necesidades educativas y se desechó el instrumento para evaluar la calidad de la comunicación con la pareja y el de la vida sexual. En esta primera aplicación se contó con la participación de 20 pacientes hysterectomizadas que, incluyéndose al grupo de investigación, integraron lo que denominamos muestra ampliada, con lo que fue posible analizar una mayor cantidad de información sobre pacientes hysterectomizadas. Tanto las sujetos de investigación de los grupos piloto, a muestra de investigación como de la muestra ampliada fueron invitadas a participar voluntariamente durante el período que se realizó esta investigación y aceptaron la invitación a responder, por lo que se considera que la conformación de las muestras fue no aleatoria de casos clínicos voluntarios, siendo ambas muestras no probabilísticas.

### 3.1.3. Características de la aplicación

Siendo que las pacientes programadas para la realización de una hysterectomía son hospitalizadas desde el día anterior (entre las 14:00 y las 18:00 horas) y que el horario de la cena a las pacientes se encuentra entre las 18:00 y las 20:00 horas, para la aplicación de la “Entrevista Inicial”, se acudió al hospital de domingo a jueves

ya que los fines de semana no se programan este tipo de operaciones. Salvo las que ingresan por el servicio de Urgencias para ser intervenidas en sábado o domingo. A partir de la fecha de inicio se invitó a participar en la entrevista a las pacientes que se encontraron dentro de los parámetros de inclusión y exclusión considerados.

Criterios de inclusión. Se invitó a participar a las pacientes que durante el período establecido acudieron al Hospital General de Cd. Victoria a realizarse una histerectomía por parte del Seguro Popular o de la Unidad de Previsión y Seguridad Social del Estado de Tamaulipas (UPYSSET).

Criterios de exclusión. Dado que la participación fue voluntaria, la primera condición fue la aceptación de la paciente. Considerando que la presencia de cáncer en la paciente genera además otro tipo de preocupaciones -la ansiedad ante pérdida de la matriz se ve arrollada por el temor a la muerte (Campos, 2008; Grau et al., 1999, Haber, 2000)-, se optó por excluir también estas pacientes del estudio. Por último, tampoco se incluyeron las pacientes con antecedentes de atención psiquiátrica o de atención psicológica por antecedentes psicóticos ya que éstas hubieran podido generar un sesgo en el resultado determinado por el padecimiento y no por las variables a estudiar.

#### 3.1.4. Alcances y limitaciones

Como ya se comentó con antelación, no fue posible realizar la “Entrevista de Seguimiento” a los 3, 6 o 12 meses como se había previsto inicialmente, por lo que no se realizó una valoración longitudinal que permitiera conocer las repercusiones a largo plazo de las variables en estudio, limitándose el estudio a un modelo transversal.

Otra dificultad consistió en la diversidad de causas médicas que originan la necesidad de dicha intervención, así como las expectativas que respecto a la maternidad presenten cada sujeto, variables que por las limitaciones temporales tampoco pudieron ser abordadas.

Dado que cada tipo de servicio médico al que tienen derecho las pacientes (Seguro Popular, UPYSSET) prevé un tipo específico de atención médica y el medicamento solo se otorga en el parámetro administrativamente autorizado, no es posible en estas pacientes realizar una valoración del consumo de fármacos como se ha realizado en otros estudios. Esta misma limitación se presenta con el proceso y tiempo de internamiento.

#### 3.2. Instrumentos para recolectar la información

Siguiendo los criterios señalados por (Hernández et al., 1998), el procedimiento para recolectar la información presentó las siguientes características:

La recolección de datos primarios fue mediante la entrevista personal de datos obtenidos del paciente a través de una encuesta de preguntas cerradas, y los datos secundarios fueron compilados del expediente clínico. Los instrumentos fueron diseñados originalmente para autoadministrarse, sin embargo, dado que las pacientes se encontraban recostadas en una cama de hospital y era incómodo autocompletar los instrumentos en esa posición se resolvió darle lectura a los ítems así como a sus posibles respuestas. Esta técnica fue sugerida por Claudia Lucero (esta investigadora también sugirió el IFSF como instrumento para evaluación de la actividad sexual femenina) quien, junto con Francisca Román, ya la habían utilizado y probado en otros estudios. Los datos se registraron en una base de datos creada para este fin y se analizaron con el apoyo del *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 17.0 para Windows.

Dado que no existen baremos validados para interpretar las puntuaciones obtenidas en los instrumentos utilizados para nuestra población, se elaboraron tablas para calificación de las puntuaciones mediante la separación equidistante de las puntuaciones posibles en la escala en la misma cantidad de rangos como opciones de respuesta tengan los ítems sin embargo y con la finalidad de garantizar la confiabilidad de los resultados se eliminarán los ítems que sean necesarios para obtener un alpha de Cronbach superior a .700 e inferior a .90 en casos entre 3 y 20 ítems informándose los casos que presenten dicha limitación (Oviedo y Campo-Arias, 2005). Cuando las posibles respuestas a los ítems son dos, cuatro o cinco opciones se manejaron los siguientes rangos:

**Tabla 4. Rango de resultados de las pruebas a aplicar**

<b>Dos rangos</b>	<b>Cuatro rangos</b>	<b>Cinco rangos</b>
Alto	Bajo	Muy bajo
Bajo	Medio bajo	Bajo
	Medio alto	Medio
	Alto	Alto
		Muy alto

Los instrumentos utilizados fueron escogidos para poder analizar las variables a estudiar, detallándose a continuación la relación de variables e instrumentos utilizados, así como la definición conceptual y operativa de cada una de ellas, considerándose en este último punto las puntuaciones requeridas para reconocer su intensidad en la sujeto:

### 3.2.1. Entrevista Inicial

En la “Entrevista Inicial” (ver Anexo 1) se incluyó en primer término el “Consentimiento Informado”, ya que es el documento oficial necesario para poder garantizar que el paciente tuvo conocimiento del objetivo de la encuesta, la voluntariedad de su participación así como el destino del material proporcionado. Después se incluyó la hoja de “Datos Generales”, donde se inscribe la información general, sociodemográfica y algunos otros datos sobre la paciente, su padecimiento y sus estrategias para afrontarlo. Posteriormente se aplicó el apartado para evaluar la ansiedad como rasgo de personalidad del IDARE, la AF5 para evaluar autoconcepto y el IAPP para evaluar el apoyo percibido del cónyuge hacia la paciente.

#### 3.2.1.1. Datos generales

Recopilación de datos generales (nombre, edad, escolaridad, domicilio, ocupación de la paciente, estado civil y tipo de aseguramiento), sociodemográficos (embarazos, nacimientos, hijos vivos), personales de la paciente (padecimientos físicos y mentales previos, desarrollo de su vida sexual), la historia de su padecimiento (tipo de intervención, patología, origen y síntomas) y algunos aspectos sobre su estrategia de afrontamiento de la cirugía (manejo de la enfermedad y apoyo de la pareja).

#### 3.2.1.2. Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE).

Fue elaborado por el Dr. Charles D. Spielberger y adaptado al español por el doctor Rogelio Díaz-Guerrero (1975). El instrumento consta de dos escalas de autoevaluación separadas de 20 ítems cada una que se utilizan para medir ansiedad-rasgo y ansiedad-estado tanto en sujetos normales como con trastornos psiquiátricos en formato de respuesta tipo Likert con una escala de frecuencia (1 = casi nunca / 4 = casi siempre), en virtud de la naturaleza transitoria de los estados de ansiedad. Dado que la situación por la que atraviesan las pacientes es eminentemente traumática (la exposición a una cirugía) la presencia de ansiedad estado es un dato esperado por lo que únicamente se aplicó la escala de rasgo considerando la siguiente definición conceptual:

Raso de ansiedad.- Es una condición o estado emocional del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetiva, conscientemente percibida, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. Los coeficientes alpha para las escalas del IDARE fueron calculadas a partir de la fórmula de Cronbach utilizando las muestras normativas. Estos coeficientes de confiabilidad que variaron de 0.86 a 0.92 para ansiedad-rasgo

resultaron igualmente altos, de lo que se desprende la buena consistencia interna de las dos escalas del IDARE. En una investigación realizada por Izquierdo (2002) en Venezuela con 35 jugadores de voleibol y atletismo obtuvo una confiabilidad de test retest de 0.73 a 0.86 y reporta los siguientes rangos de interpretación de las puntuaciones:

**Tabla 5. Rangos de interpretación de puntajes del IDARE propuestos por Izquierdo (2002)**

<b>Rango</b>	<b>Interpretación</b>
20-31	Ansiedad muy baja
32-43	Ansiedad baja
44-55	Ansiedad media
56-67	Ansiedad alta
68-80	Ansiedad muy alta

Conforme a los lineamientos señalados, se propuso inicialmente la siguiente tabla de rangos para la definición operativa del nivel de ansiedad-rasgo de las pacientes:

**Tabla 6. Rangos de interpretación de puntajes del rasgo de ansiedad del IDARE**

<b>Rango</b>	<b>Interpretación</b>
20-35	Ansiedad baja
36-50	Ansiedad media baja
51-65	Ansiedad media alta
66-80	Ansiedad alta

Estos datos fueron corroborados en nuestro medio al realizarse una aplicación a un grupo piloto de 31 mujeres obteniendo un alpha de Cronbach de 0.8385.

Ya en la aplicación del instrumento se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.852. Sin embargo, dado que en la correlación de ítems-total se encontró que la pregunta 51 (*Procura evitar enfrentarse a las crisis y dificultades*) y la pregunta 56 (*Es una persona estable*) presentaban una correlación negativa, se decidió su eliminación dejando la escala con 18 ítems y un alpha de Cronbach de 0.875, modificándose los rangos de interpretación como aparecen enseguida:

**Tabla 7. Rangos de interpretación de los puntajes del IDARE**

<b>Puntaje</b>	<b>Interpretación</b>
18-30	Ansiedad baja
31-44	Ansiedad media baja
45-58	Ansiedad media alta
59-72	Ansiedad alta

3.2.1.3. Escala Multidimensional de Autoconcepto de García y Musitu (AF5, 1999). Esta escala, elaborada por Musitu, García y Gutiérrez (1999), evalúa el autoconcepto. La “Escala de Autoconcepto Forma A” (AFA), fue elaborada en el contexto de una investigación sobre la integración del rechazado escolar (Musitu, García y Gutiérrez, 1994, en Ramírez y Herrera, 2003 y Goñi y Fernández, 2007). Posteriormente, se aplicó en diversas ocasiones, con el propósito principal de diagnosticar el autoconcepto (es decir, la percepción que tiene el sujeto de sí mismo con respecto a los demás) en cinco aspectos: académico o laboral, social, emocional, familiar y físico.

La evaluación se realizó mediante enunciados positivos y negativos con opciones de respuesta desde Nunca hasta Siempre con valores del 1 al 5, según el tipo de enunciado. Las definiciones conceptuales son las siguientes:

Autoconcepto general.- Define el término como la percepción que cada uno tiene de sí mismo que se forma a partir de las experiencias y las relaciones con el entorno en las que las personas significativas desempeñan un papel importante.

Autoconcepto social: Se refiere a la percepción que el sujeto tiene de su desempeño en las relaciones sociales. Esta dimensión se define por dos ejes: a) la red social del sujeto y su facilidad o dificultad para mantenerla y ampliarla y b) las cualidades que considera importantes en las relaciones interpersonales.

Autoconcepto emocional: Hace referencia a la percepción del estado emocional del sujeto y de sus respuestas a situaciones específicas, al grado de compromiso e implicación en su vida cotidiana; es decir, si el sujeto tiene control de las situaciones y emociones, si responde adecuadamente a los diferentes momentos de su vida cotidiana.

Autoconcepto físico: Este factor hace referencia a la percepción que tiene el sujeto de su aspecto físico y de su condición física, a cómo se percibe o se cuida físicamente.

Autoconcepto familiar. Se refiere a la participación, implicación, aceptación e integración de la sujeto a su medio familiar, en su núcleo primario, expresamente con sus padres y hermanos.

Autoconcepto académico/laboral. Este aspecto considera la autorrealización de la paciente en su ámbito escolar o profesional, la opinión que tiene sobre su desempeño, sus logros y sus metas.

Tomas y Olivier (2004) encontraron, en una muestra de 3,312 mujeres y 2631 varones con edad promedio de 17 años y un medio de desviación típica de 7.93 años, un coeficiente alpha de 0.697 para el autoconcepto social, 0.732 en el autoconcepto emocional y 0.746 en el autoconcepto físico. García, Musitu y Vega (2006) obtuvieron los siguientes resultados del alpha de Cronbach en una muestra de 1,508 españoles y 550 portugueses:

**Tabla 8. Resultado del alpha de Cronbach de las aplicaciones de García et al. en España y Portugal**

<b>Autoconcepto</b>	<b>España</b>	<b>Portugal</b>
General	0.85	0.87
Social	0.78	0.80
Emocional	0.75	0.77
Físico	0.73	0.78
Familiar	0.79	0.76
Académico/Laboral	0.88	0.87

En la primer muestra piloto de 35 casos, solo 9 pacientes tenían algún trabajo económicamente redituable y sólo 3 fueron estudiantes. Dado que la gran mayoría de las pacientes se dedicaban al hogar y que la escala no considera esta actividad en alguno de sus ítems, se resolvió eliminar esta subescala. Esta medida fue ratificada con los resultados de la muestra de investigación donde ninguna de las pacientes era estudiante y solo el 16% se dedicaba a alguna actividad remunerada.

Debido a que la población piloto demostró que las pacientes tenían poca participación en actividades deportivas (muy probablemente atribuible a su edad y su estilo de vida), se eliminaron de la escala física, las frases con esta referencia, quedando 4 ítems para valorar este concepto. En cuanto al autoconcepto familiar se eliminaron los 6 ítems que conformaban esta dimensión ya que fueron redactados desde la perspectiva de la convivencia con los padres, que no es el caso de la mayoría de las participantes, situación que fue corroborada en el grupo piloto después de que el alpha de Cronbach de esta subescala (autoconcepto familiar) arrojó un puntaje de .6536 en el primer grupo de 35 mujeres y .3605 en

el segundo grupo piloto de 29 mujeres considerándola insuficiente para nuestro objetivo. Por ello se utilizaron las subescalas social (6 ítems), emocional (6 ítems) y físico (4 ítems) donde se obtuvieron los siguientes índices de confiabilidad en la aplicación piloto:

**Tabla 9. Alpha de Cronbach en grupos piloto para la escala AF5**

<b>Dimensiones</b>	<b>Primer grupo piloto</b>	<b>Segundo grupo piloto</b>
Autoconcepto social	0.6758	0.7246
Autoconcepto emocional	0.7566	0.6268
Autoconcepto físico	0.7096	0.6727

Por lo anterior los rangos propuestos para la interpretación de las puntuaciones en estas subescalas fueron

**Tabla 10. Rango de interpretación de los puntajes en las escalas del AF5**

<b>Autoconcepto social y emocional</b>		<b>Autoconcepto físico</b>	
<b>Puntaje</b>	<b>Interpretación</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Interpretación</b>
5-10	Autoconcepto muy bajo	4-7	Autoconcepto muy bajo
11-15	Autoconcepto bajo	8-10	Autoconcepto bajo
16-20	Autoconcepto medio	11-13	Autoconcepto medio
21-25	Autoconcepto alto	14-16	Autoconcepto alto
26-30	Autoconcepto muy alto	17-20	Autoconcepto muy alto

Respecto a la evaluación del autoconcepto se consideraron los puntajes de las subescala social, emocional, físico y de la escala global (con la sumatoria de las 3 subescalas). De la aplicación a la muestra de investigación en la subescala de autoconcepto social, se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.592 por lo que se eliminó el ítem que presentaba menor fuerza (65 Es difícil para usted hacer amigas) elevándose a 0.676 y aunque muestra un alpha de Cronbach menor a 0.700, del análisis efectuado se desprende que la eliminación de cualquier otro ítem provocaría una disminución de la confiabilidad, por lo que se decidió mantener la escala con 5 ítems modificándose los rangos para la interpretación de las puntuaciones individuales como aparecen en la siguiente tabla.

**Tabla 11. Rango de interpretación de puntajes del autoconcepto social del AF5**

<b>Puntaje</b>	<b>Interpretación</b>
5-8	Autoconcepto social muy bajo
9-12	Autoconcepto social bajo
13-16	Autoconcepto social medio
17-20	Autoconcepto social alto
21-25	Autoconcepto social muy alto

En el autoconcepto físico se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach de 0.479, para los 4 ítems propuestos, por lo que se eliminó el ítem 60 (Se cuida físicamente) que restaba fiabilidad a la escala, elevándose el  $\alpha$  de Cronbach a 0.663. La evaluación de las puntuaciones en esta subescala se basó en los siguientes rangos:

**Tabla 12. Rango de interpretación de puntajes del autoconcepto físico del AF5**

<b>Puntaje</b>	<b>Interpretación</b>
3-4	Autoconcepto físico muy bajo
5-6	Autoconcepto físico bajo
7-9	Autoconcepto físico medio
10-12	Autoconcepto físico alto
13-15	Autoconcepto físico muy alto

Los rangos del autoconcepto emocional permanecieron igual a los propuestos. Habiéndose realizado los ajustes pertinentes a los ítems que restaban confiabilidad a las subescalas se consideran 14 ítems para el autoconcepto general distribuyéndose los posibles puntajes en los siguientes rangos:

**Tabla 13. Rangos de interpretación de puntajes del autoconcepto general del AF5**

<b>Puntaje</b>	<b>Interpretación</b>
14 – 24	Autoconcepto general muy bajo
25 – 35	Autoconcepto general bajo
36 – 47	Autoconcepto general medio
48 – 59	Autoconcepto general alto
59 - 70	Autoconcepto general muy alto

### 3.2.1.4. Distorsión en la Imagen Corporal

Para esta variable se diseñó y elaboró una escala para la cual se redactaron los ítems de conformidad a las percepciones destacadas por diversos autores (principalmente Álvarez y Cruz, 1999) sobre los diferentes aspectos que las pacientes relataban, ya sea temores, expectativas o sensopercepciones. Por lo tanto, la definición que se maneja sobre este constructo será la alteración de la representación conceptual que la sujeto haga de su propio cuerpo, ya sea imaginada o excesiva, de una características física real y que genere molestia, malestar o preocupación excesiva.

La evaluación se realizó mediante enunciados positivos y negativos desde Nunca hasta Siempre con valores del 1 al 5. En el grupo piloto la escala presentó una confiabilidad de 0.9264 como resultado del alpha de Cronbach, subsistiendo la propuesta original de rangos para la interpretación de las puntuaciones:

**Tabla 14. Rangos de interpretación de los puntajes de la escala de distorsión de la imagen corporal**

<b>Puntuación</b>	<b>Interpretación</b>
5-9	Sin distorsión de la imagen corporal
10-13	Baja distorsión de la imagen corporal
14-17	Media distorsión de la imagen corporal
18-21	Alta distorsión de la imagen corporal
22-25	Muy alta distorsión de la imagen corporal

### 3.2.1.5. Inventario de Apoyo Para la Pareja (IAPP)

Se desarrolló como un instrumento corto, con oraciones sencillas, compuesto de una escala de respuestas de cinco opciones tipo Likert evaluado mediante enunciados positivos y negativos desde Nunca hasta Siempre con valores del 1 al 5 dependiendo del tipo de enunciado. Las definiciones conceptuales utilizadas son las siguientes:

**Apoyo positivo.** Alude a aquellas acciones destinadas a dar soporte emocional al otro miembro de la relación cercana, a través de proporcionarle protección, brindarle seguridad, afecto y amor cuando éste se encuentre en momentos difíciles, aumentando con esto la comunicación entre ellos.

**Apoyo expresado.-** Se refiere a aquellas declaraciones destinadas a manifestar su ayuda al otro miembro de la relación cercana a buscar solución a sus conflictos, comunicándole directamente su afecto, amor, seguridad y soporte, mejorando con esto el vínculo entre ellos.

Apoyo negativo.- Se refiere a aquellas conductas destinadas a no apoyar al otro miembro de la relación cercana, cuando este último atraviese por momentos difíciles, por medio de comunicarse con su pareja hostilmente, enjuiciamiento, crítica, dureza, evitación, rechazo o indiferencia.

Fué aplicado por sus autores Brizuela, Ojeda, Calderón y Cruz (compilado por Velasco y Luna, 2006) a una muestra de 341 personas, de las cuales 150 fueron hombres (43.5%) y 191 mujeres (56.5%). El rango de edad fue de 17 a 74 años, con una media de 36 años y una desviación estándar de 9.5. La escolaridad fue de primaria a posgrado. El estado civil: todos casados o con pareja, con una media de tiempo de la relación de 13 años (el rango resultó de 1 a 50 años de casados.) El número de hijos fue de 1 a 6 con una media de 2 hijos. Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, de donde se obtuvieron los siguientes valores que se comparan con los resultados de la aplicación al primer grupo piloto de esta investigación:

**Tabla 15. Alfa de Cronbach de las aplicaciones piloto del Inventario de Apoyo Para la Pareja**

	Grupo muestra de autores	Grupo piloto de investigación
	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach
Apoyo positivo	0.9712	0.9711
Apoyo expresado	0.9637	0.9464
Apoyo negativo	0.8211	0.8061

Las dimensiones obtenidas mostraron coeficientes de confiabilidad alpha de Cronbach robustos (considerando únicamente las pacientes que cuentan con una relación de pareja actualmente):

**Tabla 16. Rango de Resultados de la escala del Inventario de Apoyo a la Pareja**

Apoyo positivo		Apoyo negativo		Apoyo Expresado	
Puntaje	Interpretación	Puntaje	Interpretación	Puntaje	Interpretación
36-64	Apoyo positivo muy bajo	10-17	Apoyo negativo muy bajo	13-22	Apoyo expresado muy bajo
65-93	Apoyo positivo bajo	18-25	Apoyo negativo bajo	23-32	Apoyo expresado bajo
94-122	Apoyo positivo medio	26-33	Apoyo negativo medio	33-42	Apoyo expresado medio
123-151	Apoyo positivo alto	34-41	Apoyo negativo alto	43-52	Apoyo expresado alto
152-180	Apoyo positivo muy alto	42-50	Apoyo negativo muy alto	53-65	Apoyo expresado muy alto

### 3.2.2. Cuestionario de Egreso

En el “Cuestionario de Egreso” (Anexo 2) se incluyeron los instrumentos para obtener información sobre la intervención quirúrgica, la valoración de las variables de la autoestima mediante la “Escala de Autoestima” de Rosenberg, la formación preoperatoria proporcionada por la institución mediante el “Cuestionario sobre Necesidades Educativas” de Urrutia y la función sexual por medio del IFSF.

#### 3.2.2.1. “Escala de Autoestima” de Rosenberg

Según Martín et al. (2007), la autoestima es un componente del autoconcepto y lo define como un conjunto de pensamientos y sentimientos acerca de su propia valía e importancia, es decir, una actitud positiva o negativa hacia sí mismo (Rosenberg, 1965), por lo que para su determinación en las pacientes se optó por la “Escala de Autoestima” de Rosenberg. El test consta de 10 preguntas, con opción para responder entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. La “Escala de Autoestima” de Rosenberg es un instrumento unidimensional elaborado a partir de una concepción fenomenológica de autoestima que captura temas mundiales de percepción de su propio valor por medio de una escala de 10 ítems, 5 enunciados redactados positivamente y 5 enunciados redactados negativamente. El autor del cuestionario no estableció puntos de corte, es decir, rangos que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida. Martín-Albó (2007) obtuvo una media de 31,14 ( $\pm 4.55$ ) como puntuaciones en un grupo de mujeres. Burns (2001) propuso la siguiente tabla para su calificación del test:

**Tabla 17 Rangos para interpretación de puntajes de la Escala de Autoestima de Rosenberg propuestos por Burns (2001)**

Rangos		Interpretación
30-40 puntos	Autoestima alta	Nivel de autoestima normal
26-29 puntos	Autoestima media	No se presentan problemas graves pero es conveniente mejorar la autoestima
25 puntos o menos	Autoestima baja	Existen problemas significativos de autoestima

En el presente trabajo se propusieron los siguientes rangos sin que fuera necesaria su modificación dado que los ítems originales obtuvieron un alto alpha de Cronbach:

**Tabla 18. Rango de interpretación de puntajes de la escala de Autoestima de Rosenberg**

<b>Puntaje Total</b>	<b>Interpretación</b>
10-17	Autoestima baja
18-25	Autoestima media baja
26-32	Autoestima media alta
33-40	Autoestima alta

### 3.2.2.2. Cuestionario sobre Necesidades Educativas

Para la recolección de datos sobre la formación operatoria recibida y las necesidades educativas ante la intervención quirúrgica se utilizó un instrumento diseñado por Urrutia et al. (2003). Se consideró la necesidad educativa como el “vacío entre lo que es en la realidad y lo que debería ser según el investigador”. Sin embargo, las autoras consideran el deseo de la usuaria como parámetro de lo que “debiera ser”. En cuanto al aspecto de necesidades educativas el instrumento se divide en contenidos educativos y metodología de la información proporcionada. Este instrumento considera como variables los contenidos educativos sobre la cirugía, la educación recibida por la usuaria y la educación que le hubiese gustado recibir en torno a la cirugía realizada. Las dos últimas variables fueron abordadas respondiendo a las interrogantes de quién es el profesional que educa, cómo la educa, cuándo es educada, dónde es educada. Los contenidos educativos evaluados fueron divididos en 4 grupos (aspectos generales, características del acto quirúrgico, cuidados post quirúrgicos y vida futura) con sus respectivos tópicos con respuestas dicotómicas respecto a si había recibido la información o no y otros 4 grupos de aspectos relativos a la metodología de la educación recibida (quien educa, cuando educa, donde educa y como educa). En la literatura no se encontró ninguna investigación documentada que proporcionara información sobre la evaluación de la confiabilidad de esta prueba por lo que siendo únicamente dicotómica e informativa se utilizará para determinar la cantidad de información proporcionada a las pacientes.

Se consideran los siguientes puntos dentro de los contenidos educativos:

Aspectos generales. Se refiere al conocimiento que sobre su patología y las complicaciones de la intervención podría presentar (5 ítems).

Características del acto quirúrgico. Se refiere a la logística de la intervención quirúrgica (4 ítems).

Cuidados posteriores a la cirugía. Se refiere a las acciones y limitaciones que deberá vigilar en el periodo postoperatorio ya sea en el hospital o en su domicilio (5 ítems).

Efectos de la histerectomía en su vida futura. Se refiere a las repercusiones que la intervención quirúrgica presentara en su vida (4 ítems).

Respecto a la metodología de la educación proporcionada se consideran los siguientes rasgos:

Profesional que educa a la paciente. Se refiere al personal de las diferentes Instituciones Médicas por las que transita la paciente durante su padecimiento y tiene la capacidad y la formación profesional necesaria para el manejo de la información requerida por la paciente.

Lugar donde se educa a la paciente. Son los diferentes puntos de contacto de las Instituciones en los cuales se tiene contacto con el personal y que maneja la información requerida por el paciente.

Etapas de la atención en la que se educa a la paciente. Son los diferentes momentos o etapas del proceso de la atención médica por el cual transita la paciente en las diferentes instituciones.

Forma en la que se proporciona la educación a la paciente. Se refiere a los medios didácticos utilizados para proporcionar la información requerida por la paciente durante su atención médica.

De conformidad con los lineamientos enunciados los rangos de puntuación propuestos para la interpretación de las respuestas individuales fueron los siguientes:

**Tabla 19. Rango del contenido educativo del “Cuestionario de Necesidades Educativas”**

Rango	Interpretación
18-27	Alta información
28-36	Baja información

Los rangos para las otras subescalas serían los siguientes:

**Tabla 20. Rango de resultados propuestos de las subescalas de contenido educativo del “Cuestionario sobre Necesidades Educativas”**

Acto quirúrgico y vida futura		Aspectos generales y cuidados postquirúrgicos	
4-6	Alta información	5-7	Alta información
7-8	Baja información	8-10	Baja información

El inventario de necesidades educativas completa incluyendo los ítems que habían sido eliminado, presentó un alpha de Cronbach de 0.751 lo que demostró la coherencia entre las respuestas.

Con respecto a la metodología para proporcionar la información a las pacientes el instrumento no presenta resultados que puedan ser validados sino únicamente arrojaron datos sobre lo acontecido a cada una de ellas durante el proceso de atención médica. La calidad de la información debe ser considerada tanto desde el contenido educativo [el qué informar], como el personal responsable, el momento, la forma y el lugar donde se proporcione considerando lo que actualmente se realiza como las expectativas de la paciente [quién, cuándo, cómo y dónde].

### 3.2.2.3. Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)

Dentro de las variables de relación de pareja un aspecto sobresaliente referido en la literatura revisada es la función sexual (tanto el deseo sexual para lo cual no se requiere una pareja, hasta las diversas etapas de la relación sexual incluyendo las dispareunias) para lo cual se consideró de utilidad el IFSF. El formulario de la encuesta fue desarrollado por Rosen y col. en el 2000, traducido al español, vuelto a traducir al inglés y nuevamente traducido al español (*backward-translate technique*). Este cuestionario consta de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 1 a 5 en la escala de deseo y de 0 a 5 en el resto de las escalas. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje mejor sexualidad.

**Tabla 21. Rango de puntajes del “Índice de la Función Sexual Femenina” (IFSF)**

Dominio	Preguntas	Rango	Mínimo bruto	Máx. bruto	Factor	Score mín.	Score máximo
Deseo	1, 2	1-5	2	10	0,6	1,2	6,0
Excitación	3, 4, 5, 6	0-5	0	20	0,3	0	6,0
Lubricación	7, 8, 9, 10	0-5	0	20	0,3	0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0	15	0,4	0	6,0
Satisfacción	14, 15, 16	0-5	0	15	0,4	0	6,0
Dolor	17, 18, 19	0-5	0	15	0,4	0	6,0
Rango total de la escala.						1,2	36,0

Los valores obtenidos fueron  $19,2 \pm 6,63$  en pacientes con disfunción sexual versus  $30,5 \pm 5,29$  en los controles, con un valor de  $P \leq 0,001$ . Este test está considerado

incluso en tratados médicos (Scott 2006), como un instrumento ideal para evaluar la función sexual femenina, además de haber sido utilizado en diversos estudios por profesionales médicos (Figuroa et al., 2009, Arriagada et al., 2006). Es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno de los 6 dominios, fácil de usar, y ha demostrado la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales) (Intermedicina, 2003). Los aspectos evaluados en esta prueba son:

**Deseo.** Son las fantasías sobre la realización de actividades sexual y el impulso de ejecutarlas; estas fantasías generan placer y excitación.

**Excitación.** Se refiere a la acción de provocar cambios mentales y físicos en el cuerpo que preparan y facilitan a la persona para que se produzca la relación sexual. También se puede entender como la primera parte de la respuesta sexual.

**Lubricación.** Se refiere a los cambios fisiológicos como vasocongestión generalizada de la pelvis, emisión de flujo vaginal y expansión de la vagina que aumenta con la excitación sexual, facilitando el coito.

**Orgasmo.** Se refiere al punto culminante del placer sexual con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y los órganos reproductores; se producen también contracciones del tercio externo de la vagina y contracción rítmica del esfínter anal.

**Satisfacción.** Sensación de relajación muscular y de bienestar general con capacidad de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente.

**Dolor o molestia.** Sensaciones de aversión, evitación del contacto sexual genital, ansiedad, miedo, ausencia o retraso de orgasmo, incapacidad para mantener la excitación o lubricación, o dolor durante o después del coito superficial o profundo en forma reiterativa.

En una aplicación de Rosen y otros (2000) a 2 grupos de pacientes de 40.5 años promedio (entre 21 y 69 años,  $\pm$  12.98 años) y 39.7 años promedio (entre 21 y 68 años,  $\pm$  13.15 años) se obtuvieron los siguientes niveles de confiabilidad:

**Tabla 22. Resultado del Alpha de Cronbach de la aplicaciones de Rosen del “Índice de la Función Sexual Femenina”**

<b>Dominio</b>	<b>Población total</b>	<b>Pacientes IFSF</b>	<b>Pacientes control</b>
Deseo	0.92	0.91	0.89
Excitación	0.95	0.92	0.90
Lubricación	0.96	0.93	0.95
Orgasmo	0.94	0.92	0.91

<b>Dominio</b>	<b>Población total</b>	<b>Pacientes IFSF</b>	<b>Pacientes control</b>
Satisfacción	0.89	0.82	0.91
Dolor	0.94	0.93	0.92
Ítems totales	0.97	0.93	0.95

Dado que esta prueba se aplicó en sustitución del instrumento “Calidad de la vida sexual” propuesto por Urrutia mismo que fue desechado en la primer grupo piloto, este instrumento se aplicó la prueba a un segundo grupo piloto de 40 mujeres y se compararon los resultados con la aplicación de Blumel (2004) a 371 pacientes de 35.3 años promedio  $\pm$  10.9 de entre 20 y 59 años, obteniéndose los siguientes índices de fiabilidad:

**Tabla 23. Alpha de Cronbach del Índice de la Función Sexual Femenina en las aplicaciones piloto y el grupo de Blumel**

<b>Dominio</b>	<b>Grupo piloto</b>	<b>Blumel 2004</b>
Deseo	0.6561	0.71
Excitación	0.8562	0.87
Lubricación	0.8775	0.85
Orgasmo	0.8768	0.74
Satisfacción	0.8836	0.88
Dolor	0.9245	0.85
Global	0.9531	

Para la evaluación de resultados se consideraron únicamente las pacientes que contaban con una relación de pareja ya que fue la condición indispensable para su aplicación.

La interpretación de las puntuaciones en la escala consideró los siguientes rangos propuestos:

**Tabla 24. Rango interpretación de los puntajes del Índice de Función Sexual Femenina**

<b>Puntaje Total</b>	<b>Interpretación</b>
1.2 - 6	Sexualidad muy baja
7 - 12	Sexualidad baja
13 - 18	Sexualidad media baja

<b>Puntaje Total</b>	<b>Interpretación</b>
19 - 24	Sexualidad media alta
25 - 30	Sexualidad alta
31 - 36	Sexualidad muy alta

### **3.3. Procedimiento para la recolección de datos**

En el período preoperatorio se realizaron entrevistas clínicas con base en la “Entrevista Inicial” que contiene el “Consentimiento Informado”, los datos generales, el IDARE, “Escala Multidimensional de Autoconcepto” AF5 y el Inventario de Apoyo Para la Pareja (IAPP).

En el periodo postoperatorio (antes del egreso hospitalario) se aplicó la “Encuesta de Autoestima” de Rosenberg, “Necesidades Educativas” y el “Índice de la Función Sexual Femenina”.

Dado que durante la hospitalización no había las condiciones necesarias para realizar una autoaplicación (las pacientes se encontraban postradas en sus camas), se modificó la redacción de las frases transformándolas de un modelo autoadministrado, a otro en el que las preguntas fueron leídas por el aplicador (junto con las posibles respuestas) y la paciente eligió libremente la opción deseada, registrando el entrevistador su respuesta.

### **3.4. Normatividad**

La investigación se realizó bajo el estricto cumplimiento de la siguiente normatividad vigente en la materia:

1. Ley General de Salud
2. Programa Nacional de Salud 2007-2012
3. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica.
5. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud
6. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

### **3.5. Análisis e Interpretación de Datos**

Para la interpretación de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 17.0 mediante la cual se procesaron todos los datos.

Se analizó la información proporcionada por muestra para determinar sus características distintivas, presentando los resultados tanto por categorías como por rangos mediante un análisis de frecuencias. Cuando todas las subescalas presentaron un alpha de Cronbach confiable se consideró innecesario determinar el alpha de Cronbach del conjunto de ítems. Los casos con más de 20 ítems o cuya confiabilidad sea superior a .900 reflejarán que la subescala presenta ítems que miden lo mismo, por lo que se podrán eliminar para posteriores aplicaciones, mediante la realización de un análisis factorial (que no será motivo de la presente investigación).

Para la determinación de la normalidad de la distribución de las distintas variables en la muestra se utilizó como primer criterio el hecho de que el error estándar de la simetría y la curtosis debería ser menor al doble de los índices de simetría y curtosis, respectivamente.

Un segundo criterio utilizado para valorar las distribuciones de las variables se basó en el análisis mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov Z, debiendo presentar una significancia mayor a .05. Cuando mediante alguno de las dos vías se determinó la normalidad de la distribución de las variables en la muestra se realizaron los análisis de correlación mediante la fórmula de Pearson y en los casos en los que no se encontró una distribución normal se utilizó el análisis de correlaciones de Spearman. En ambas pruebas se determinó que existía una fuerte correlación cuando se obtuvo una correlación mayor a .750, una mediana correlación cuando se obtuvo entre .749 y .500 y una escasa correlación cuando se registró entre .499 y .250.

Para el análisis de resultados, en primer lugar, se presentan las hipótesis de la investigación y en seguida los resultados de las variables que van encaminadas a la validación de las hipótesis, incluyendo los comentarios de los antecedentes de trabajos de otros investigadores así como su correspondencia o no con el presente trabajo.

Posteriormente se mencionarán los datos de variables que, hasta cuando no corresponden a las hipótesis de este trabajo, se consideraron importantes o relevantes, ya sea por su novedad o su correspondencia con otros resultados presentados por diferentes estudios.

En seguida se presentan las conclusiones del presente trabajo vinculando el Marco Teórico Referencial con los resultados de esta investigación y finalmente las recomendaciones para trabajos posteriores.

# Capítulo 4

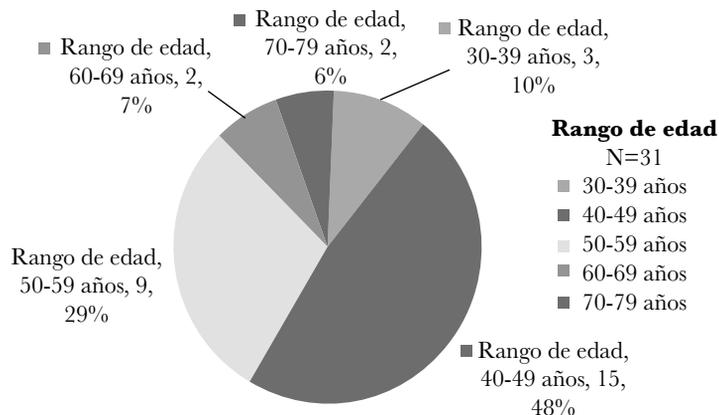
## RESULTADOS

Todos los instrumentos fueron aplicados a un grupo de 31 mujeres que fueron hysterectomizadas (muestra de investigación). Dado que al inicio del proyecto se realizó una prueba piloto y de los instrumentos propuestos algunos permanecieron hasta el final del trabajo, se contaba con información de 20 pacientes por lo que fue posible aumentar el número de sujetos a los que les aplicaron estas pruebas. Las variables que pudieron ser analizadas en una mayor cantidad de pacientes hysterectomizadas (muestra ampliada), fueron la ansiedad, el autoconcepto, la distorsión de la imagen corporal y el apoyo a la pareja.

### 4.1. Información sociodemográfica

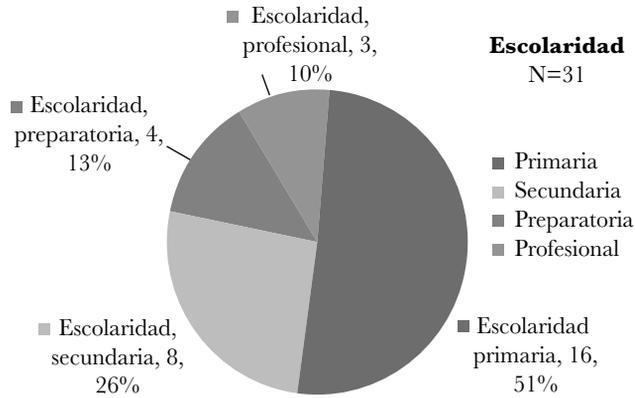
De la muestra de investigación se obtuvieron los siguientes resultados:

**Figura 8. Distribución de la muestra por rango de edad**



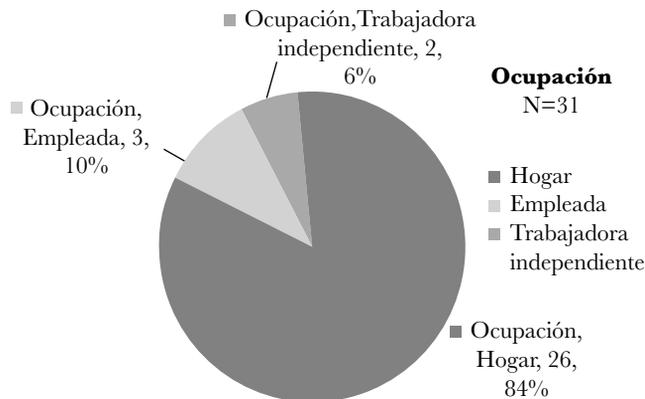
El 48% de las mujeres hysterectomizadas presentan una edad de entre los 40 y los 49 años y el 87% son menores de 59 años.

**Figura 9. Distribución de la muestra por escolaridad**



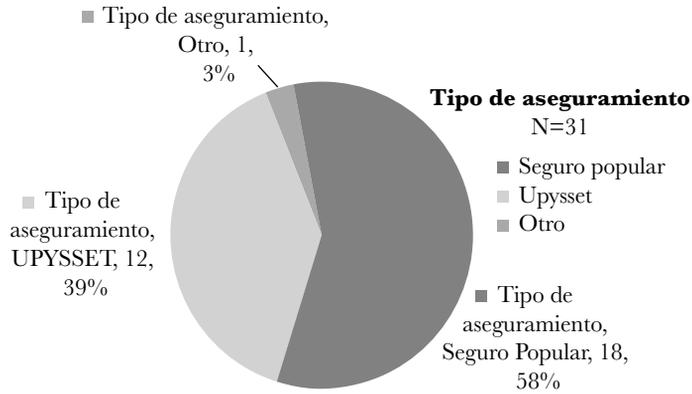
La mayoría de las mujeres del estudio presentaron una escolaridad de primaria (51% de los casos) y más de  $\frac{3}{4}$  partes de la muestra no rebasan o superan el nivel de secundaria (77%).

**Figura 10. Distribución de la muestra por ocupación**



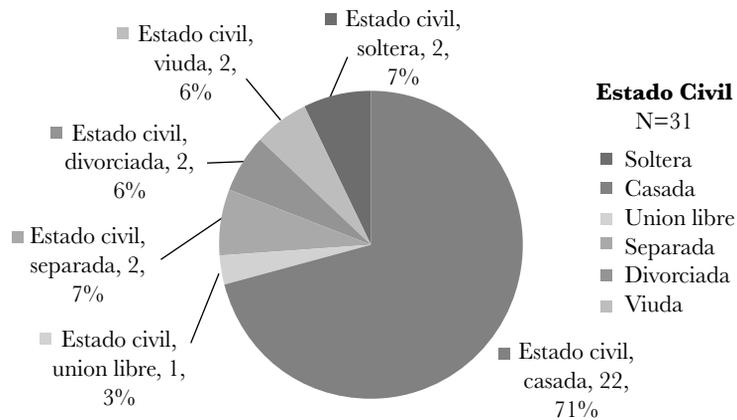
Como lo ilustra la gráfica anterior, la ocupación principal de la gran mayoría de las mujeres (84% de las sujetos), es el hogar lo cual refuerza el rol de madre como única forma de realización.

**Figura 11. Distribución de la muestra por tipo de aseguramiento**



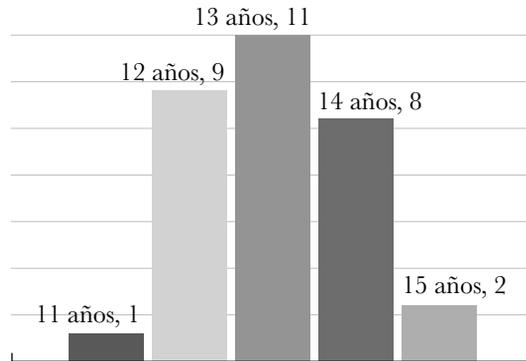
De las pacientes entrevistadas son beneficiarias del Seguro Popular el 58%, del UPYSSET el 39% y un caso con otro tipo de asistencia médica lo cual implica que ni ellas ni sus cónyuges tienen un empleo formal lo que presupone una inestabilidad económica.

**Figura 12. Distribución de la muestra por estado civil**



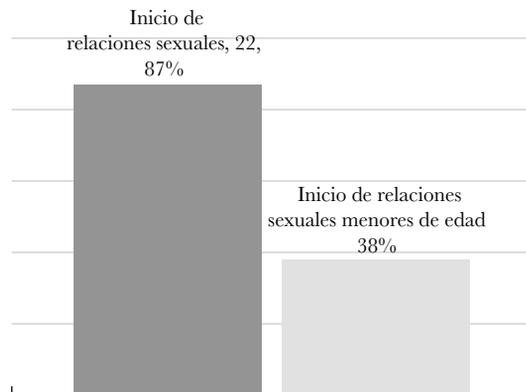
El 71% es casada, el 7% son solteras, separadas, divorciadas y viudas y solo un caso vive en unión libre representando el 3.2% de la población. Es importante destacar que 3 de las `pacientes que se autodenominaron casadas no reportan pareja deduciéndose que su estado debiera ser “separadas”.

**Figura 13. Edad de inicio de menstruación**



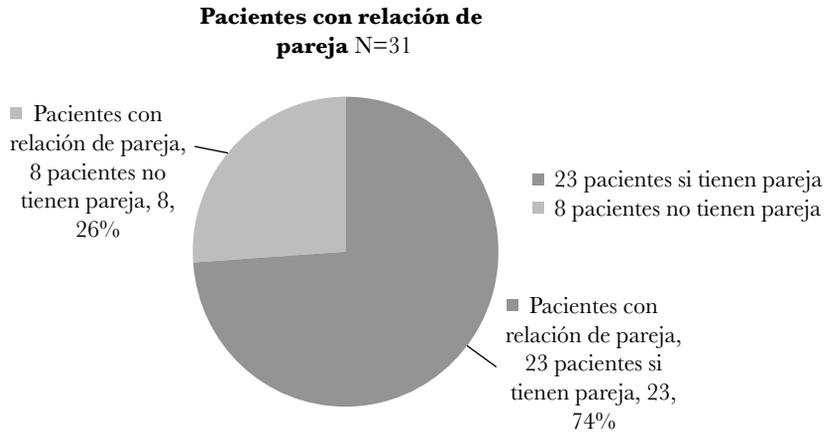
Con edad de inicio de menstruación entre 11 y 15 años distribuyéndose con el 3% a los 11 años, el 29% a los 12 años, el 35% de 13 años, el 26% a los 14 años y el 6% a los 15 años.

**Figura 14. Edad de inicio de relaciones sexuales**



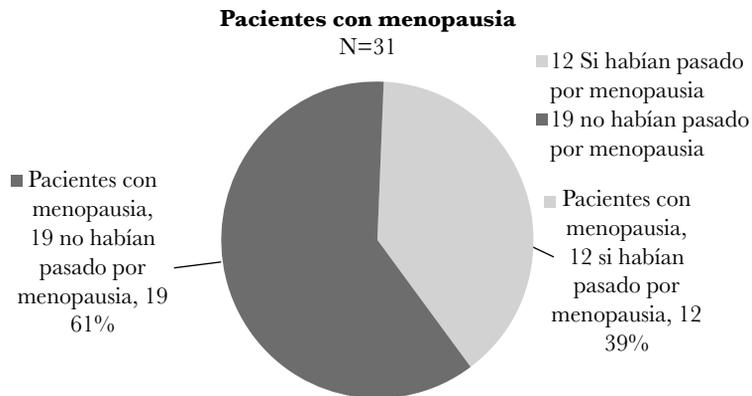
Con una edad de inicio de relaciones sexuales de 22 años de edad o menos en el 87%, de las cuales un 38% las inició siendo menores de edad.

**Figura 15. Con relación de pareja**



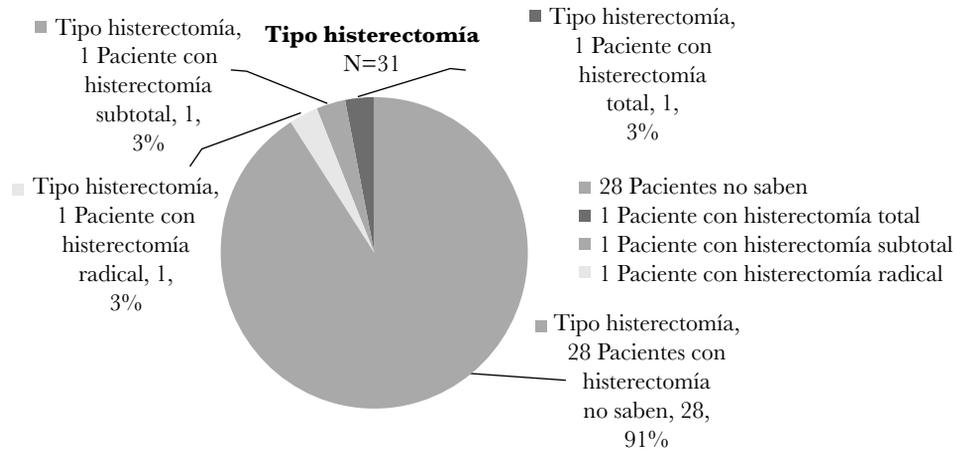
Actualmente con relación de pareja en 23 casos representando el 74%.

**Figura 16. Pacientes con menopausia**



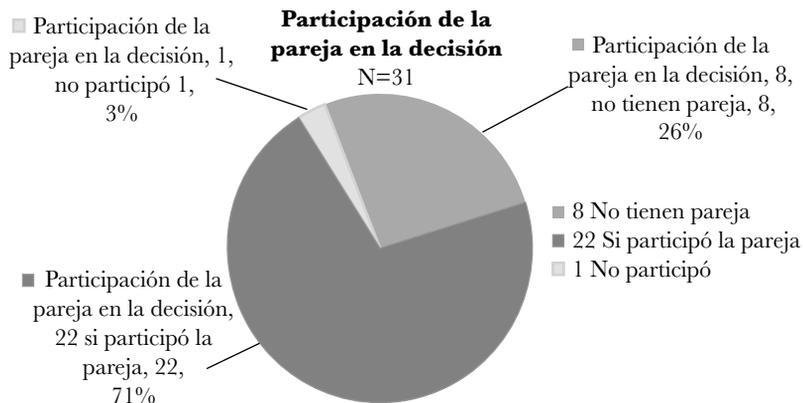
El 39% de los casos ya había pasado la menopausia y el 61% aún no la había presentado, lo cual implica que a 19 pacientes le indujeron la menopausia en forma abrupta con la operación.

**Figura 17. Tipo de histerectomía a practicar**



En 28 casos no sabían qué tipo de histerectomía le iban a practicar antes de la operación, lo que representa un 91%, (esto es habitual ya que la mayor parte de las veces los médicos deciden si retiran o no los ovarios dependiendo de los hallazgos quirúrgicos).

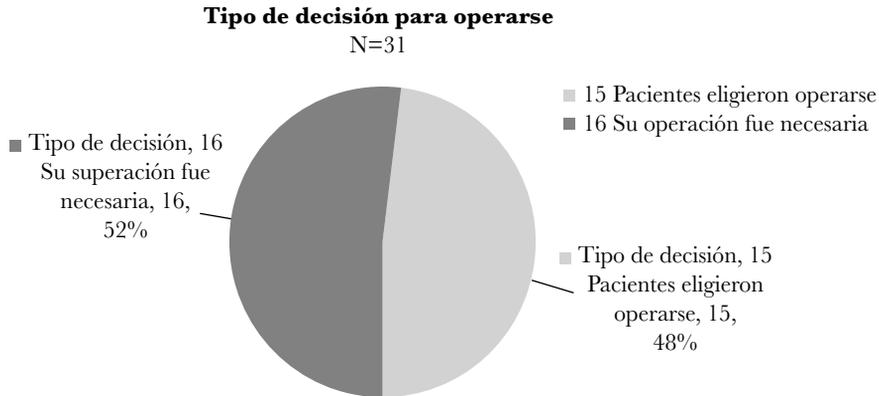
**Figura 18. Participación de la pareja de la paciente**



En 22 de los 23 casos que tienen pareja, ésta participó en la decisión de la operación, 4 de ellos informándose, 6 escuchándola y 12 casos apoyándola.

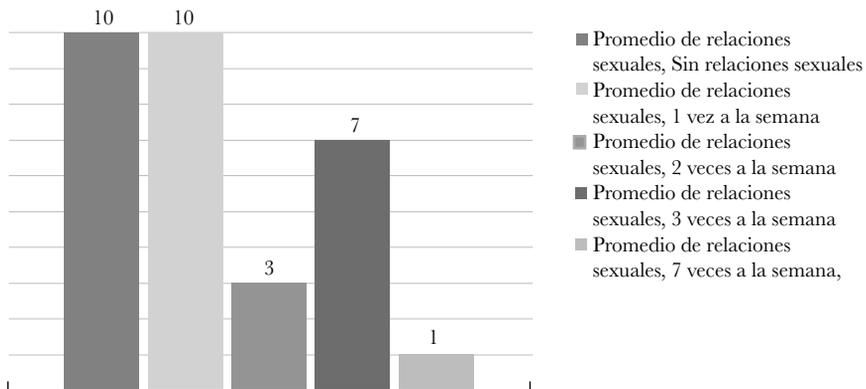
En el 39% de los casos participaron los hijos en la decisión de operarse en forma adicional a la pareja o cuando se carecía de ella.

**Figura 19. Tipo de decisión**



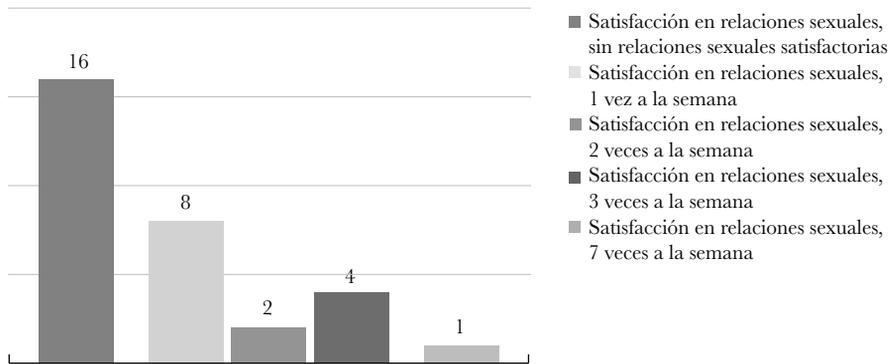
El 48% de las pacientes refieren que su operación fue electiva y el 51% que fue necesaria (el médico le comunicó que era su única opción terapéutica y no podía prorrogarla).

**Figura 20. Promedio de relaciones sexuales**



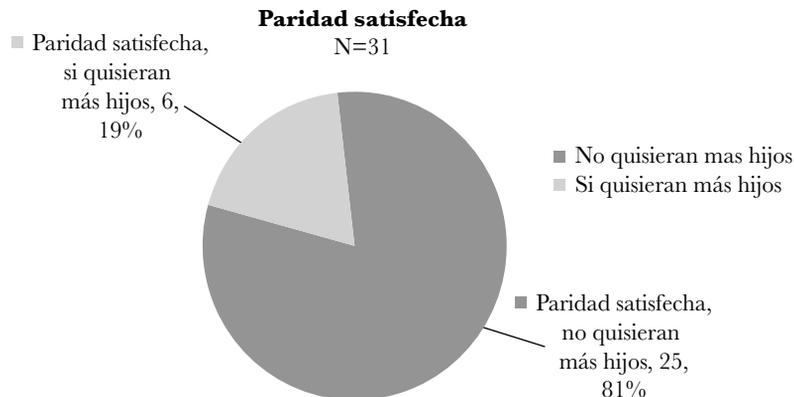
En el 64.5% de los casos mantienen relaciones sexuales de 1 a 3 veces por semana y en 2 casos de pacientes con pareja no tienen relaciones sexuales (ambas casadas de 67 años y 76 años de edad).

**Figura 21. Satisfacción de relaciones sexuales**



En 6 casos las relaciones sexuales que mantienen con sus parejas no son satisfactorias. En el análisis pormenorizado de los casos se pudo encontrar que el 26% de las pacientes, aún teniendo pareja, no tienen relaciones sexuales satisfactorias y un 8.3% manifiesta satisfacción solo en algunas de las ocasiones.

**Figura 22. Paridad satisfecha**



En el 19% manifestó deseos de tener más hijos aun cuando ya hubieran tenido.

**Resumen de aspectos sociodemográficos.**

Por lo anterior podemos concluir que la población de la muestra de investigación es en su mayoría, menor de 59 años (87%), con mayor frecuencia de escolaridad de

secundaria (77%), dedicada al hogar (84%), beneficiarias del Seguro Popular (58%), por lo que ni ellas ni sus cónyuges cuentan con un empleo que les proporcione Seguridad Social lo cual muy probablemente propicia una inseguridad económica, casadas (71%), con inicio de sus relaciones sexuales antes de los 22 años (87%) y con una relación de pareja actualmente (74%).

## 4.2. Resultados de las variables en estudio

A fin de tener confiabilidad en los resultados de las pruebas y conforme a la metodología señalada se eliminaron los ítems que restaban confiabilidad a los diferentes instrumentos. Todas las variables presentan una distribución normal de conformidad a los lineamientos expuestos en el apartado 3.2.2.2. por lo que cuando se busque correlacionar algunas de las variables se hará de conformidad a la fórmula de Pearson.

En primer término se presentan los resultados que determinan su confiabilidad (alpha de Cronbach) y el análisis de la distribución (en tanto normalidad), de las variables en estudio (simetría, error estándar de la simetría (EES), curtosis, error estándar de la curtosis (EEC) el valor de Kolmogorov-Smirnov Z y su significancia).

**Tabla 25. Resultados de confiabilidad, simetría, curtosis y Kolmogorov-Smirnov Z del ÍFSF**

Variable	Alpha de Cronbach	Simetría	EES	Curtosis	DEC	Kolmogorov Z	Sig.
Ansiedad		0.523	0.421	0.117	0.821	0.585	0.884
Autoconcepto social	0.676	0.932	0.421	0.470	0.821	0.472	0.979
Autoconcepto emocional	0.759	-0.513	0.421	0.344	0.821	0.671	0.758
Autoconcepto físico	0.663	-0.628	0.421	-0.922	0.821	1.138	0.150
Autoconcepto general	0.774	-0.319	0.421	-0.676	0.821	0.472	0.472
Distorsión de la imagen corporal	0.826	1.358	0.421	1.807	0.821	1.068	0.204
Autoestima	0.750	0.193	0.421	0.085	0.821	0.491	0.970
Apoyo positivo	0.997	-1.439	0.481	1.266	0.935	0.971	0.303
Apoyo negativo	0.910	-0.278	0.481	1.109	0.935	0.685	0.735
Apoyo expresado	0.933	-1.139	0.481	0.222	0.935	1.1487	0.285
Apoyo a la pareja		-1.104	0.481	0.456	0.935	0.816	0.518
Deseo sexual	0.833	-0.272	0.481	-0.795	0.935	0.730	0.690
Excitación sexual	0.965	-0.862	0.481	-0.021	0.935	0.894	0.401

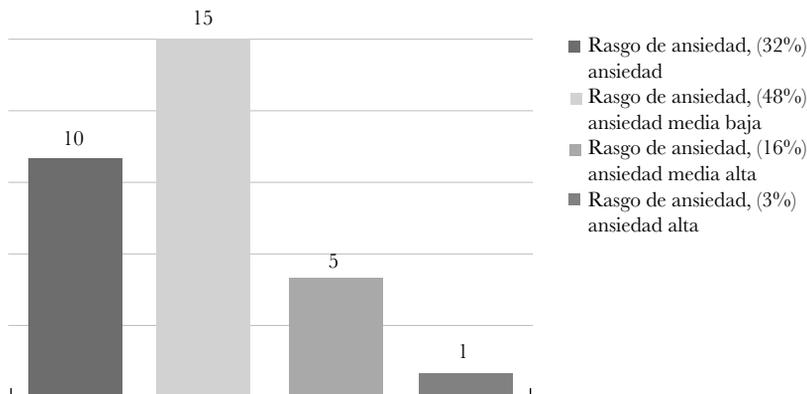
Variable	Alpha de Cronbach	Simetría	EES	Curtosis	DEC	Kolmogorov Z	Sig.
Lubricación sexual	0.969	-0.686	0.481	-0.801	0.935	0.861	0.449
Orgasmo	0.964	-0.421	0.481	-0.970	0.935	0.706	0.701
Satisfacción sexual	0.994	-1.058	0.481	-0.239	0.935	1.130	0.155
Dolor o molestia sexual	0.958	-0.950	0.481	0.218	0.935	1.194	0.115
IFSF total	0.986	-0.870	0.481	-0.160	0.935	0.716	0.685
Aspectos generales	0.746	-0.258	0.421	-0.454	0.821	1.577	0.014

La fiabilidad de los instrumentos como la normalidad de las puntuaciones obtenidas, posibilita la utilización de estadísticos y pruebas paramétricas para la descripción e inferencia de los resultados. Teniendo esto en cuenta, a continuación se presentan una serie de tablas y gráficas sobre las características de la muestra de investigación:

### Rasgo de ansiedad

La variable rasgo de ansiedad presentó una media de 37.51 con una mediana de 37, una moda múltiple, una desviación estándar de 10.24 y un rango entre 22 y 64 puntos con la siguiente distribución:

**Figura 23. Distribución de la variable ansiedad rasgo**

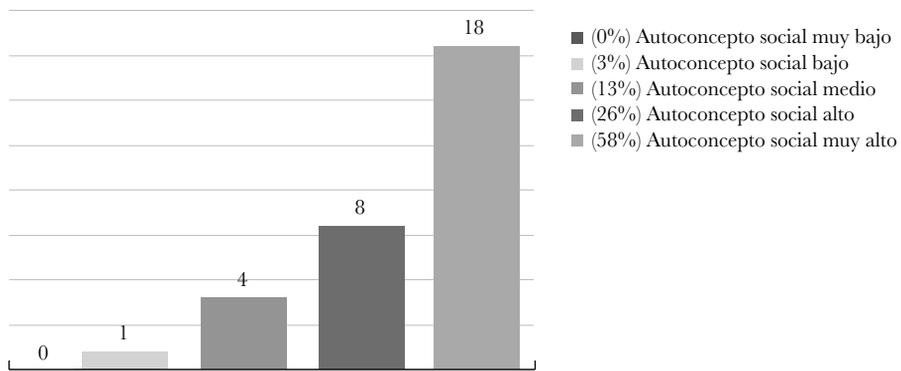


Respecto a esta variable y de conformidad a la tabla 4 el 77.4% presentó el rasgo de ansiedad de media baja o superior y solo el 22.6% presentó ansiedad alta. Es decir que poco más de una cuarta parte presenta un rasgo de ansiedad alto.

### Autoconcepto

El autoconcepto social obtuvo un puntaje promedio de 20.32, una mediana de 21, una moda múltiple con una desviación estándar de 4.08 con un rango entre 10 y 25 puntos. De conformidad a la tabla 9 la distribución de los puntajes quedaron distribuidos de la siguiente manera:

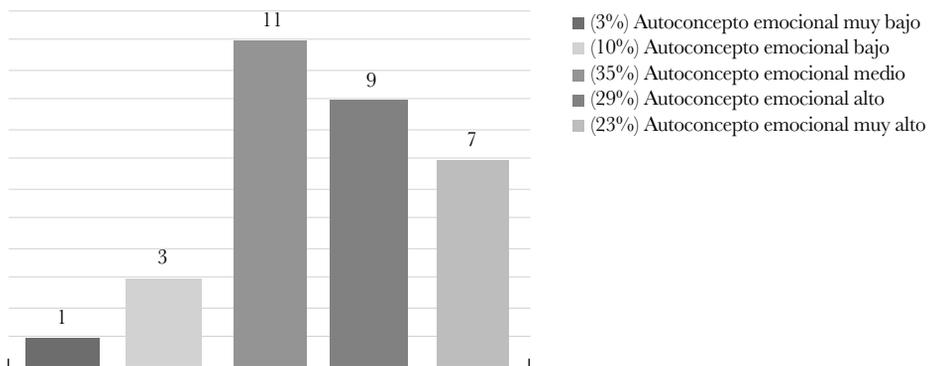
**Figura 24. Distribución de la variable autoconcepto social**



Entre el autoconcepto social alto y muy alto obtuvieron un 87%, obteniendo 6.5% de los casos un autoconcepto social medio y bajo.

El autoconcepto emocional obtuvo un puntaje promedio de 17.74, con una mediana de 18, una moda de 15, un rango de 10 a 25 puntos por lo que de acuerdo a la tabla 8 se obtuvo la siguiente distribución:

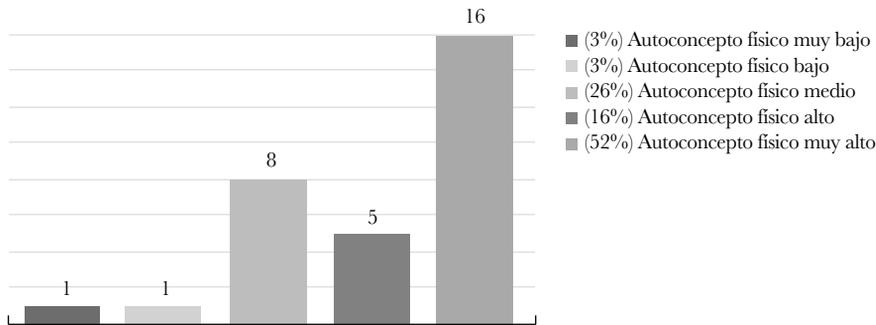
**Figura 25. Distribución de la variable autoconcepto emocional**



El 87% de la muestra se encontró entre el autoconcepto emocional medio (35%), alto (29%) y muy alto (23%).

En el autoconcepto físico los resultados obtenidos promediaron 7.03, con una mediana de 8, una moda de 10 y un rango entre 2 y 10 puntos obteniéndose los siguientes resultados de acuerdo a la tabla 10:

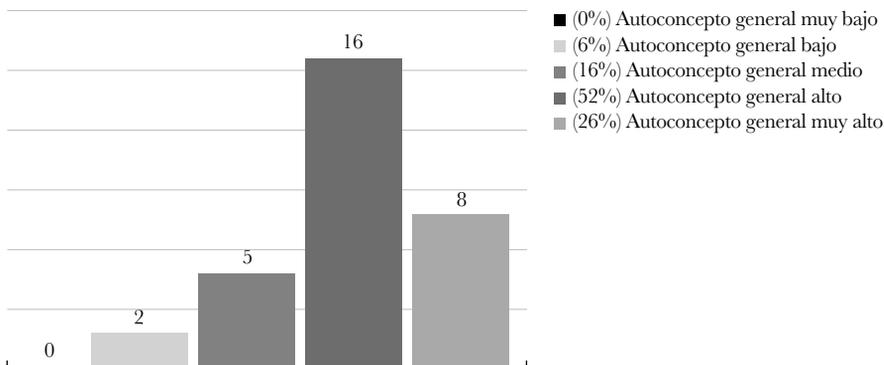
**Figura 26. Distribución de la variable autoconcepto físico**



El autoconcepto físico se encontró un 94% entre el autoconcepto físico medio, alto y muy alto.

Dada la eliminación de ítems autoconcepto general se evaluó con 14 ítems obteniéndose un promedio de 52.58, una mediana de 53 con ese mismo puntaje de moda, una desviación estándar de 9.68 un rango entre 34 y 68 puntos distribuida de la siguiente manera:

**Figura 27. Distribución de la muestra por autoconcepto general**

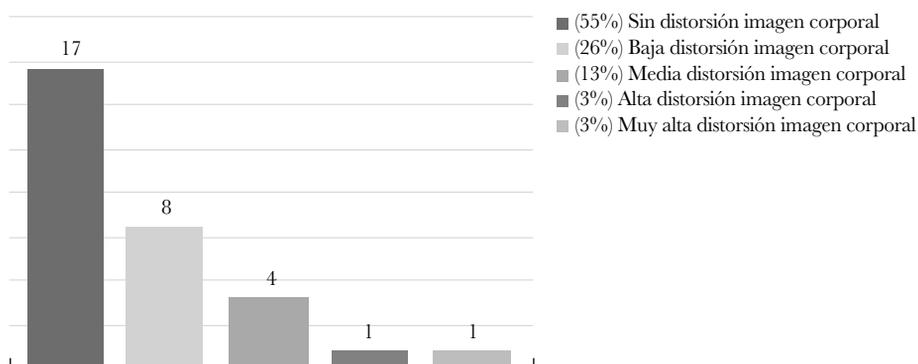


En cuanto al autoconcepto general dos casos presentaron un resultado bajo (6%), 5 casos obtuvieron un resultado medio (16%), 24 casos obtuvieron un resultado alto y muy alto. Por lo que se desprende que la muestra presenta un autoconcepto general alto con una mayor fuerza en el autoconcepto social y una menor fuerza en el autoconcepto emocional.

### **Distorsión de la imagen corporal**

En esta escala se obtuvo un promedio de 9.45, una mediana de 8, una moda de 5, con desviación estándar de 5.11 y rango mínimo de 5 y un máximo de 25 puntos. De acuerdo a la tabla 11 los puntajes se encuentran distribuidos de la siguiente forma:

**Figura 28. Distribución de la variable distorsión de la imagen corporal**



Sobre el aspecto de distorsión de la imagen corporal en 14 casos (45.16%) resultó con algún rango de distorsión de la imagen corporal con la siguiente distribución:

**Tabla 26. Distribución de los resultados en la distorsión de la imagen corporal**

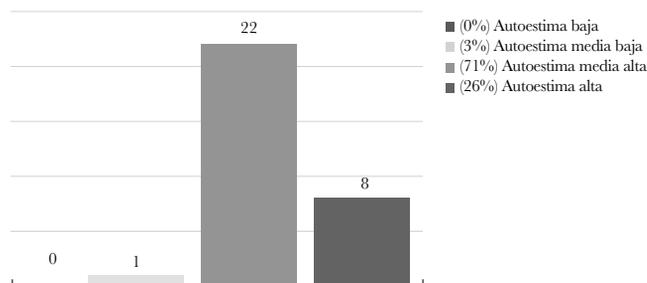
Rangos de distorsión de la imagen	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin distorsión imagen corporal	17,00	54,84%	54,84%
Baja distorsión imagen corporal	8,00	25,81%	80,65%
Media distorsión imagen corporal	4,00	12,90%	93,55%
Alta distorsión imagen corporal	1,00	3,23%	96,77%
Muy alta distorsión imagen corporal	1,00	3,23%	100,00%

Siendo ésta la variable dependiente que justifica la presente investigación se ha considerado la importancia de hacer un análisis más detallado de la misma. Dado que esta variable se aplicó desde el inicio del estudio, se determinó practicar esta valoración a la muestra ampliada, sobre los ítems que conforman esta escala. Se puede ver que las respuestas tienden a agruparse hacia dos extremos. Uno referente a su identidad de género (Cree que va a perder feminidad (con la operación)) y su vinculación afectiva (Su pareja va a perder interés en usted) en donde dichos aspectos son los que generan menor preocupación. El otro extremo se relaciona con el erotismo, identidad y simbolización erótica, (“Su interés sexual va a disminuir”, “Ya no le va a ser útil a su pareja como mujer” y “Tiene la idea de que quedará hueca (con la operación)” siendo este aspecto el que genera mayor inquietud. Aparentemente no es tanto el hecho de la opinión de su pareja sobre ella sino la opinión de ella sobre su capacidad de sentir y disfrutar de la sexualidad. Este aspecto fue el que generó una mayor cantidad de preguntas por parte de las pacientes durante la “Entrevista Inicial” refiriendo que en el momento de la consulta sentían pena de preguntar esos detalles hasta cuando el médico se mostrara dispuesto a dialogar sobre el tema. La ansiedad e interés de las pacientes fue tal que, sin estar en el protocolo de la investigación, se les ofreció despejar las dudas que aún presentaban sobre la operación y la mayor parte de ellas requirió profundizar sobre su sexualidad, refiriendo una gran cantidad de mitos y preconcepciones erróneas las cuales se aclararon mediante ilustraciones. Esto tranquilizó a las pacientes y provocó algunas menciones del psicólogo como personal que pudiera brindar formación preoperatoria. Dichas intervenciones no fueron registradas por lo que no fue posible proporcionar detalles sobre las mismas.

### Autoestima

La variable autoestima presenta un promedio de 30.77, una mediana de 30, una moda de 29 y una desviación estándar de 3.46 con un rango de 15 entre 23 como mínimo y 38 como máximo.

**Figura 29. Distribución de la variable autoestima**



Solo un caso presentó autoestima media baja, el 70.97% presenta autoestima media alta y 8 casos (25.81%) autoestima alta.

### Resumen de aspectos personales

Considerando lo anterior podemos señalar que de los aspectos personales el rasgo de ansiedad es predominantemente bajo (78%), el autoconcepto social alto (87%), el autoconcepto emocional entre medio y muy alto (86%), el autoconcepto físico entre medio y muy alto (94%), al igual que el autoconcepto global, con una distorsión de su imagen corporal entre la media y ausencia de distorsión de la imagen corporal (94%), con autoestima entre media alta y alta (97%) y solo un caso de autoestima media baja.

Con respecto a las variables de relación de pareja los resultados fueron los siguientes:

### Apoyo a la pareja

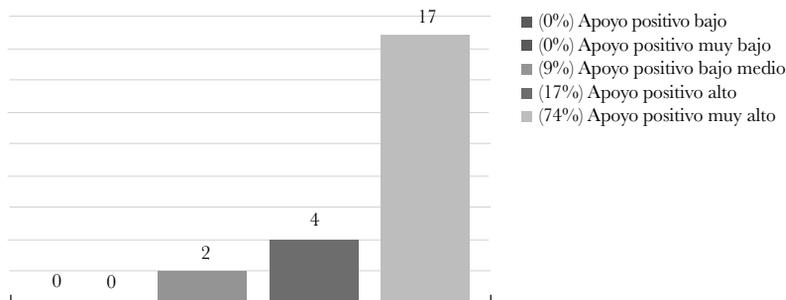
Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

**Tabla 27. Resultados de la escala apoyo a la pareja y sus subescalas**

	Apoyo positivo	Apoyo negativo	Apoyo expresado	Apoyo a la pareja
Media	162.65	41.09	59.43	263.17
Mediana	170	42	61	274
Moda	180	44	65	289
Desviación Estándar	20.45	5.32	6.38	28.40
Rango	71	18	11	99
Mínimo - máximo	109-180	32 - 50	44 - 65	196 - 295

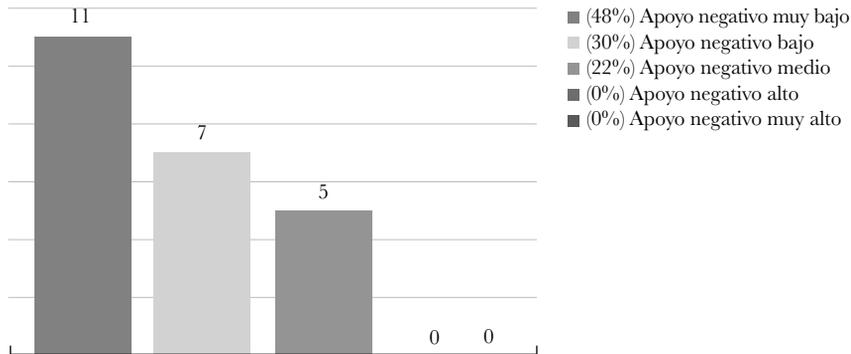
### Apoyo positivo

**Figura 30. Distribución de la variable apoyo positivo**



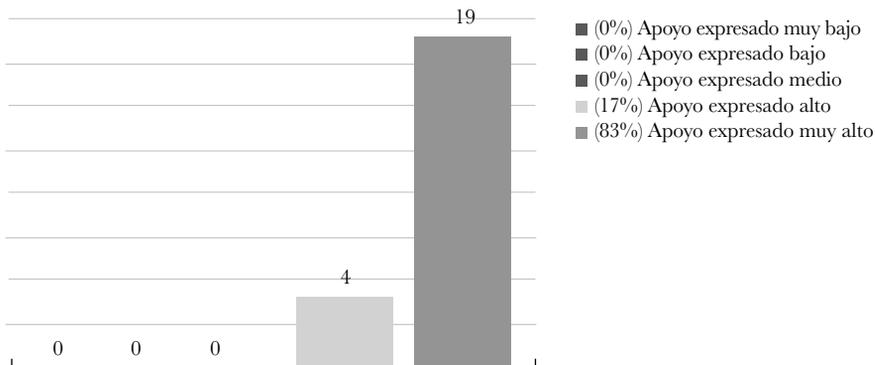
De las pacientes que cuentan con pareja (23 de las 31 pacientes), la totalidad de ellas se encuentra entre el apoyo positivo medio (9%), el apoyo positivo alto (17%), y el apoyo positivo muy alto (74%).

**Figura 31. Distribución de la variable apoyo negativo**



En cuanto apoyo negativo todos los casos se presentan entre apoyo negativo medio (21.7%), apoyo negativo bajo (30.4%) y apoyo negativo muy bajo (47.8%).

**Figura 32. Distribución de la variable apoyo expresado**



Respecto al apoyo expresado la muestra se dividió en apoyo expresado alto con un 17% y apoyo expresado muy alto con un 83 %.

De lo anterior se desprende que el apoyo expresado presenta una mayor fuerza en la muestra de investigación muy aparejada con el apoyo positivo, aunque

el apoyo negativo presenta la misma tendencia los resultados evidencian que la presencia de las dos primeras no garantiza la ausencia de apoyo negativo. Esto es una tendencia a la crítica por parte de las parejas para con las pacientes.

Los resultados del Índice de Factor Sexual Femenino señala que se presenta baja la función sexual solo entre el 12.9% y el 16.1% de los casos, a excepción de la subescala de deseo sexual que se presenta una diferencia significativa hacia el rango medio como se puede observar en la siguiente tabla:

**Tabla 28. Distribución de resultados del Índice de Función Sexual Femenina. N=31**

Escala	Bajo	Medio	Alto
Deseo sexual	25.8%	41.9%	32.3%
Excitación sexual	12.9%	32.3%	29.0%
Lubricación sexual	16.1%	16.1%	41.9%
Orgasmo	16.1%	25.8%	32.3%
Satisfacción sexual	16.1%	9.7%	48.4%
Dolor o molestia sexual	12.9%	32.3%	29.0%
IFSF total	12.9%	25.8%	35.5%

Como se puede observar en los aspectos de relación de pareja la totalidad de las pacientes presenta un apoyo positivo muy alto (73.9%), un apoyo negativo de bajo a muy bajo (78.2%), un apoyo expresado de alto a muy alto (100%), una función sexual entre media y alta (61.4%), considerando que además una parte considerable no tiene pareja (25.8%) con preocupación predominante sobre el erotismo.

### **Necesidades educativas**

En cuanto a la variable institucional sobre las necesidades educativas, el instrumento se divide en dos partes:

- a) Contenidos educativos.
- b) Metodología de la información proporcionada.

Respecto a los contenidos educativos solo el 35.5% de las encuestadas manifiesta haber recibido alta información y el resto (64.5%), señala haber recibido baja información. Esta situación se debe muy probablemente, a la falta de un protocolo de atención que homologue el proceso informativo y formativo de la paciente durante el proceso de hospitalización.

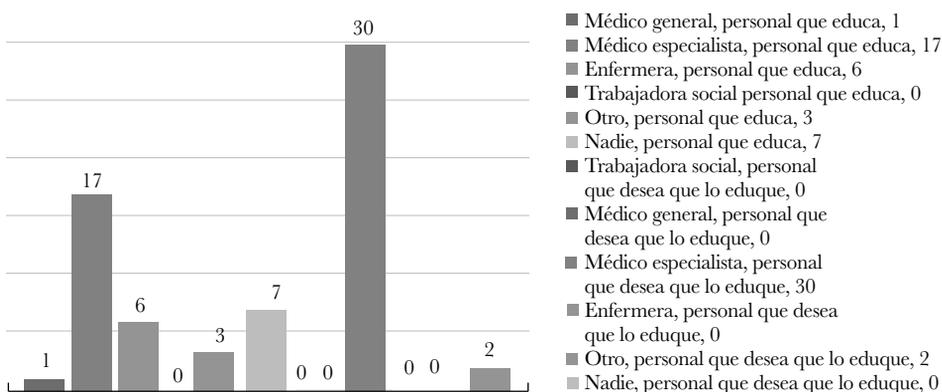
**Tabla 29. Porcentajes de distribución de la información recibida por las pacientes**

Área reportada	Alta información		Baja información	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Aspectos generales	16	52%	15	48%
Acto quirúrgico	23	74%	8	26%
Cuidados postquirúrgicos	8	26%	23	74%
Vida futura	10	32%	21	68%
Necesidades educativas	11	35%	20	65%

Aquí se puede observar la importancia que el personal y el paciente otorgan al acto quirúrgico siendo este aspecto el que perciben las pacientes como más informadas contrastando con los aspectos sobre los cuidados postquirúrgicos y las consecuencias de la operación sobre su vida futura. Quizá se deba a la responsabilidad que directamente siente el personal sobre este aspecto de la hospitalización.

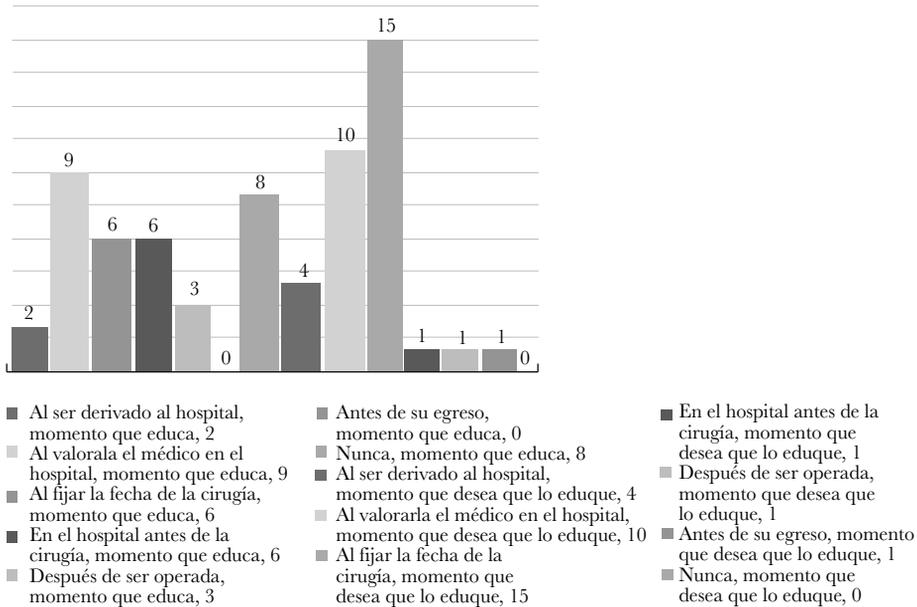
Con respecto a la metodología para proporcionar la información a las pacientes el instrumento se tomó de la investigación realizada por Urrutia et al. (2004). Este instrumento brinda la oportunidad de elegir más de una respuesta por ítem lo que genera un número mayor al de las pacientes entrevistadas encontrándose los siguientes resultados:

**Figura 33. ¿Quién le informa a la paciente?**



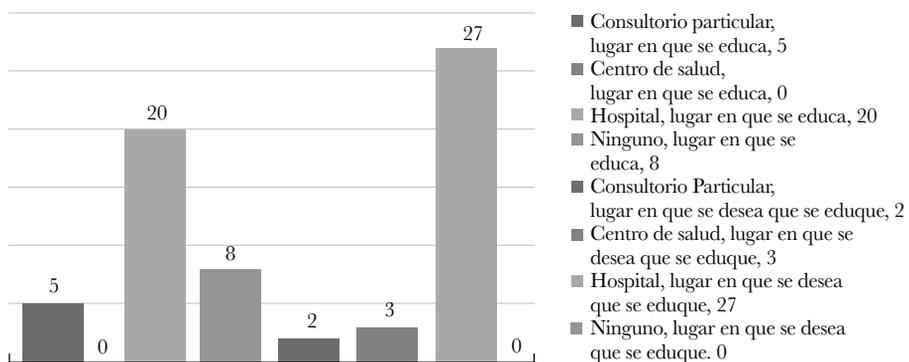
Sobre el aspecto de ¿Quién informa? las pacientes reconocen que mayormente la información la reciben del médico especialista y casi todas quisieran que este profesional fuera quien les proporcionara la formación necesaria.

**Figura 34. ¿Cuándo se le informa a la paciente?**



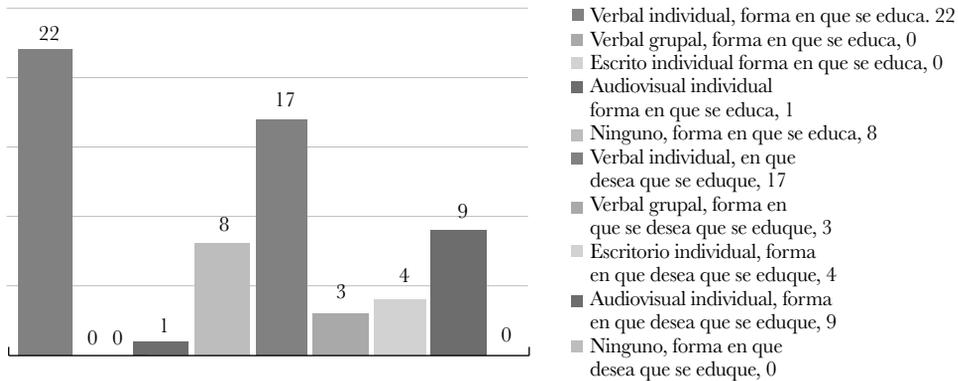
Sobre el ¿Cuándo informa? refieren que principalmente son informadas en el hospital ya sea al valorarlas o al internarlas (62%), pero un gran número refieren que no son informadas en ningún momento del proceso de hospitalización.

**Figura 35. ¿Dónde se le informa a la paciente?**



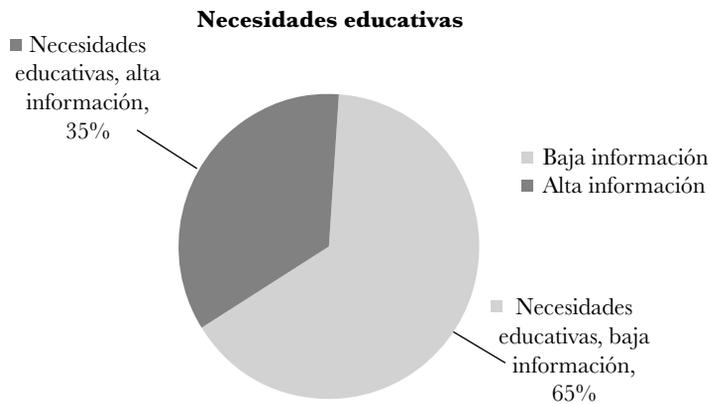
Sobre el lugar en que se le educa un 62% manifiesta que fue en el hospital donde se le educó y es en ese mismo lugar donde la gran mayoría prefiere que se le informe.

**Figura 36. ¿Cómo se le informa a la paciente?**



Sobre la forma en que se les proporciona la información mencionan que es verbalmente.

**Figura 37. Impresión del nivel de información proporcionado a las pacientes**



Recapitulando sobre el contenido educativo se puede deducir que son los médicos quienes principalmente proporcionan información a las pacientes y que el aspecto que más se privilegia es el acto quirúrgico (74% de alta información) descuidando ostensiblemente los aspectos de cuidados postquirúrgicos y vida futura aun y cuando las pacientes al momento de la entrevista ya fueron dadas de alta y están esperando su salida, siendo que estos dos últimos aspectos son los que le serán de mayor utilidad en ese momento.

### 4.3. Correlación de Variables y Diferencias Significativas

Es importante recordar que en la medición de las variables apoyo a la pareja e “Índice de Función Sexual Femenina” no registraron respuestas cuando las pacientes no contaban con pareja al momento de la entrevista. En un primer momento se presentarán los resultados de las escalas en su concepto global y posteriormente se hará una presentación entre las escalas y las diferentes partes que la componen (subescalas). De lo anterior es importante destacar los siguientes resultados:

1. En la muestra de las pacientes que si cuentan con pareja se presenta una escasa correlación ( $r = 0.444$ ) significativa ( $P = 0.034$ ) entre distorsión de la imagen corporal y ansiedad a diferencia de cuando se incluyen a las que no tienen pareja en donde la correlación es menor ( $r = 0.251$  con  $P = 0.174$ ). Dado que el rasgo de ansiedad es el único que se correlaciona significativamente con distorsión de la imagen corporal será de utilidad evaluar las variables que se correlacionan con ansiedad tanto a nivel de escalas como de subescalas ya que la presencia de ansiedad podrá ser un valor significativo para determinar en forma indirecta el comportamiento de la distorsión de la imagen corporal.
2. En la muestra ampliada (incluye las pacientes de la muestra piloto), presentan una correlación escasa ( $r = 0.403$ ) pero significativa ( $P = 0.007$ ), entre distorsión de la imagen corporal y ansiedad en las pacientes con pareja y una menor correlación ( $r = 0.334$  con  $P = 0.016$ ) en el total de las pacientes.
3. La muestra ampliada presenta una escasa correlación negativa ( $r = -0.322$  con  $P = 0.021$ ) entre distorsión de la imagen corporal y autoconcepto general. Estos valores se incrementan si solo se toma en cuenta la subescala del autoconcepto emocional, pues la prueba arrojó los siguientes valores:  $r = -0.405$  y  $P = 0.003$ .
4. En la muestra de las pacientes que sí cuentan con pareja se presenta una mediana correlación negativa ( $r = -0.681$ ), pero muy significativa ( $P = 0.000$ ) entre ansiedad y autoconcepto general situación que permanece cuando se incluye a las pacientes que no tienen pareja ya que presenta una correlación negativa de  $r = -0.660$  con una  $P = 0.000$ .
5. Esta correlación también se presenta en el grupo que incluye a las pacientes de la muestra ampliada con  $r = -0.549$  con  $P = 0.000$  entre autoconcepto general y ansiedad.
6. La variable de autoestima presenta una escasa correlación ( $r = 0.385$ ) con  $P = 0.033$  con autoconcepto general.
7. Autoestima presenta una correlación negativa ( $r = -0.414$ ) con necesidades educativas ( $P = 0.021$ ).
8. En la muestra de las pacientes que sí cuentan con pareja se presenta una escasa correlación ( $r = 0.437$  con  $P = 0.037$ ) entre apoyo a la pareja y autoconcepto general.
9. Las variables necesidades educativas y función sexual no presentan una correlación importante o significativa con ninguna otra de las variables e inclusive ni entre ellas.

10. Paridad satisfecha, el tipo de decisión y el estado civil no presentan ninguna diferencia significativa entre los distintos grupos con los puntajes de ninguna de las variables.

En las variables de aspectos personales se obtuvieron los siguientes resultados significativos:

### **Ansiedad**

11. Esta variable presenta una correlación negativa mediana ( $r = -0.660$ ) con autoconcepto general derivada de una fuerte correlación ( $r = -0.755$ ) con autoconcepto emocional; y escasa correlación ( $r = -0.472$ ) con autoconcepto físico por lo que es el autoconcepto emocional el que le da la fuerza a la correlación.

12. Además la variable ansiedad presenta una escasa correlación ( $r = 0.444$  con  $P = 0.034$ ) con distorsión de la imagen corporal entre las pacientes que cuentan con pareja.

13. La escala de ansiedad rasgo también presenta una escasa correlación ( $r = 0.429$  con  $P = 0.041$ ) con la subescala de cuidados postquirúrgicos en donde las personas con mayor ansiedad se presentan en las pacientes que manifiestan una mayor desinformación de los cuidados postquirúrgicos en las pacientes que cuentan con pareja situación que en las que no tienen pareja se presenta una correlación de  $0.343$  con  $P = 0.059$ .

### **Autoconcepto**

14. La escala de autoconcepto no presenta una correlación significativa con distorsión de la imagen corporal.

15. Se observa que la escala de autoconcepto general presenta una correlación negativa significativa con ansiedad. Se valoran las subescalas destacándose una correlación negativa fuerte ( $r = -0.755$ ) y muy significativa ( $P = 0.000$ ) con autoconcepto emocional y con escasa fuerza ( $r = -0.515$ ) pero muy significativa ( $P = 0.012$ ) con el autoconcepto físico.

16. La subescala de autoconcepto social presenta una fuerte correlación con apoyo a la pareja ( $r = 0.763$ ) muy significativa ( $P = 0.000$ ) especialmente con apoyo positivo ( $r = 0.777$ ) y con apoyo expresado ( $r = 0.700$ ) igualmente significativa.

17. La escala de autoconcepto general presenta una correlación negativa ( $r = -0.405$ ) significativa ( $P = 0.024$ ) con la subescala cuidados postquirúrgicos especialmente con autoconcepto emocional ( $r = -0.389$  con  $P = 0.031$ ).

18. Aunque no presenta una diferencia significativa en ambas muestras se presenta la tendencia de que a mayor edad mayor autoconcepto emocional.

19. El autoconcepto general en la muestra ampliada presenta una diferencia significativa ( $0.31$ ) con respecto a la edad como resultado de la influencia significativa ( $0.046$ ) del autoconcepto emocional en donde a mayor edad, mejor autoconcepto general presenta principalmente después de los 60 años. Esta tendencia también

se presenta en el autoconcepto general de la muestra de investigación, aunque en ésta la diferencia reportada no sea significativa.

### **Autoestima**

20. Esta variable presenta una escasa correlación positiva ( $r = 0.366$  con  $P = 0.043$ ) con autoconcepto emocional lo cual repercute junto con autoconcepto físico ( $r = 0.309$  con  $P = 0.091$ ) con un autoconcepto general de  $r = 0.385$  y  $P$  de 0.033.

21. Presenta una correlación negativa ( $r = -0.471$  con significancia de 0.007) con la subescala de cuidados postquirúrgicos lo cual repercute en una correlación negativa ( $r = -0.414$  con  $P$  de 0.021) con la escala de necesidades educativas.

### **Distorsión de la Imagen Corporal**

22. En la muestra de las pacientes que sí cuentan con pareja se presenta una escasa correlación ( $r = 0.444$  con  $P = 0.034$ ) entre distorsión de la imagen corporal y ansiedad a diferencia de cuando se incluyen a las que no tienen pareja en donde la correlación es menor ( $r = 0.251$  y  $P = 0.174$ ).

23. La condición de tener pareja influye significativamente en la distorsión de la imagen corporal, en donde quienes tienen pareja de la muestra ampliada presentan un promedio de puntaje de 10.65 y las pacientes que no tienen pareja un puntaje de 7.00 resultando una significancia de 0.005 en la prueba T de Student al comparar esos grupos.

24. La condición de haber tenido hijos influye significativamente (0.001 en la prueba T de Student) en la distorsión de la imagen corporal ya que las pacientes de la muestra ampliada que ya han tenido hijos presentan un promedio de puntaje de 10.3542 y las pacientes que no han tenido hijos un puntaje de 5.6667 con una diferencia en el promedio de 4.68750 puntos.

25. Aunque no se presenta una diferencia significativa en ambas muestras se presenta la tendencia de que a mayor escolaridad menor distorsión de la imagen corporal.

En las variables de relación de pareja se pueden destacar los siguientes resultados:

### **Apoyo a la Pareja**

26. Presenta correlación ( $r = 0.437$  con  $P = 0.037$ ) únicamente con autoconcepto general.

27. Cuando se evalúa a las pacientes ninguna presenta correlación significativa con distorsión de la imagen corporal. Sin embargo cuando se incluye a las pacientes sin pareja se presenta una escasa correlación entre apoyo expresado y distorsión de la imagen corporal ( $r = 0.361$  con  $P$  de 0.046) y entre apoyo negativo y distorsión de la imagen corporal ( $r = -0.470$  con significancia de 0.008).

28. La muestra de las pacientes con pareja no presenta correlación entre apoyo a la pareja e IFSF ni con ninguna de sus subescalas entre ellas.

## **Función sexual**

**29.** La subescala de NE vida futura presenta escasa correlación negativa ( $r = -0.439$  con  $P = 0.036$ ) con la escala de función sexual basada en la correlación que se presenta con las subescalas lubricación sexual ( $r = -0.444$  y  $P = 0.034$ ) y orgasmo ( $r = -0.475$  con  $p = 0.022$ ).

**30.** La escala necesidades educativas presenta una escasa correlación negativa con deseo sexual ( $r = -0.433$  con  $P = 0.039$ ).

**31.** En la muestra de la investigación se presenta un menor puntaje promedio de deseo sexual (significancia de 0.046) entre las mujeres con escolaridad de primaria que el resto de las pacientes.

**32.** En la muestra de la investigación se presenta un menor puntaje promedio de deseo sexual (significancia de 0.001) entre las mujeres dedicadas al hogar que el resto de las pacientes.

Respecto a la formación preoperatoria correspondiente a la variable institucional los resultados a destacar son:

## **Necesidades Educativas**

**33.** Presenta una correlación positiva entre el global de necesidades educativas y cada una de las subescalas aunque ninguna presenta correlación entre ellas.

**34.** La escala global presenta una escasa correlación negativa con deseo sexual ( $r = -0.433$  con  $P = 0.039$ ).

**35.** La subescala de vida futura presenta escasa correlación negativa ( $r = -0.439$  con  $P = 0.036$ ) con la escala de IFSF basada en la correlación que se presenta con las subescalas lubricación sexual ( $r = -0.444$  y  $P$  de 0.034) y orgasmo ( $r = -0.475$  con  $P$  de 0.022).

**36.** La subescala de cuidados postquirúrgicos presenta escasa correlación negativa ( $r = -0.389$  con  $P = 0.031$ ) con autoconcepto emocional lo cual aunado al autoconcepto físico ( $r = -0.345$  y  $P = 0.057$ ) repercute en la correlación negativa escasa con el autoconcepto general ( $r = -0.405$  con  $P = 0.024$ ).

**37.** La subescala de cuidados postquirúrgicos presenta una correlación negativa ( $r = -0.471$  con  $P$  de 0.007) con autoestima lo cual repercute en una correlación negativa ( $r = -0.414$  con  $P = 0.021$ ) con la escala de necesidades educativas. A mayor autoestima mayor nivel de información reportan, por lo que pareciera que su visión de las cosas es más positiva.

**38.** La subescala de vida futura presenta únicamente correlación ( $r = 0.357$  y  $P = 0.049$ ) con cuidados postquirúrgicos y no con aspectos generales ni acto quirúrgico.

# Capítulo 5

---

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los instrumentos de ansiedad, autoconcepto, distorsión de la imagen corporal y apoyo a la pareja con sus diferentes subescalas fueron incluidos desde el inicio de la investigación, por lo que cuando corresponda la correlación entre algunas de esas variables se comentarán los resultados obtenidos en ambos grupos: muestra de investigación y muestra ampliada.

Enseguida se presentarán las hipótesis de trabajo referentes a la muestra de que incluye a 31 pacientes haciéndose la precisión en algunos casos cuando se refiere a las pacientes con pareja (23 casos) o las pacientes sin pareja (8 casos).

### 5.1. Hipótesis

**1.** Las pacientes histerectomizadas presentan una distorsión en su imagen corporal.

Resultado. En 14 casos (45.16%) se presentó distorsión de la imagen corporal. Por lo anterior se puede concluir que la hipótesis es verdadera. Además se evaluaron las pacientes de la muestra ampliada encontrándose que en forma global el 48.8% presentan algún grado de distorsión de la imagen corporal lo cual corrobora la hipótesis de trabajo. Esto confirma los hallazgos de Pasquali (1999), quien encontró sentimientos de pérdida de la feminidad y del atractivo físico y otros.

**2.** Las pacientes con rasgo de ansiedad alto previo a la operación presentarán una mayor distorsión en la imagen corporal.

Resultado. En la muestra de investigación no se presenta una correlación significativa entre ambas variables, pero cuando únicamente se considera a las pacientes con pareja se presenta una escasa correlación positiva. En la muestra ampliada se presentó correlación positiva ( $r = 0.334$  con  $P = 0.016$ ) por lo que se concluye que la hipótesis es verdadera.

**3.** La función sexual influye en forma positiva en la disminución de la distorsión de la imagen corporal.

Resultado. En ninguno de los grupos ni subescalas se presenta alguna correlación con esas variables. Sin embargo, se puede observar en la primera y segunda hipótesis que la variable de tener pareja incide en la distorsión de la imagen corporal aunque no sea específicamente en la función sexual.

Respecto a los ítems de la escala de distorsión de imagen corporal que están ligados al erotismo son los que generaron mayor inquietud en relación a los referentes a identidad de género y vinculación afectiva. De lo anterior se desprende que si bien la presencia de la pareja influye en la distorsión es en mayor medida por la inquietud generada por su propia respuesta más que por la conducta de la pareja.

**4.** El hecho de que una histerectomía sea electiva o necesaria no influye en la distorsión de la imagen corporal.

Resultado. No se encontró una diferencia significativa entre ambas variables lo cual apoya la hipótesis planteada aunque al ser una hipótesis negativa su falta de corroboración no implica necesariamente una ratificación de la misma.

**5.** La calidad de la información recibida afecta directamente en la disminución de la distorsión de la imagen corporal.

Resultado. Ninguna de las variables de esta escala presenta una correlación con distorsión de la imagen corporal. Sin embargo un hallazgo importante es precisamente la baja información que las pacientes refieren que se les proporciona por parte del equipo de salud lo cual es mencionado por muchos autores entre los que se encuentran Ahumada, Aliaga y Bolívar (2001), Álvarez y Cruz (1999), Cerda y otras (2006), García Tirado (2000), Guezo (2003), Hernández Quintana (2006), Jiménez Rodríguez y Ruiz Terán (2003), Komura Hoga y otros (2009), Le Cornu (1999), Lucero Chenevard y Román Mella (2007), Palacio (1995), Sanford y Donovan (1984), Scriven (1997), Urrutia y otros (2004) y Wade (2000).

**6.** La autoestima alta disminuye la distorsión de la imagen corporal.

Resultado. Si bien es cierto el resultado de la correlación es negativo ( $r = -0.271$ ) no presenta la suficiente significancia ( $P = 0.140$ ) para considerarse relevante. Lo anterior sigue la misma tendencia en los hallazgos de Palacio (1998) quien menciona que las personas con fuerte autoestima no sufrían tantas perturbaciones por los cambios y los patrones estéticos.

**7.** El apoyo de la pareja repercute directamente en la distorsión de la imagen corporal.

Resultado. Ni la escala global ni las subescalas en forma independiente presentan correlación alguna con distorsión de la imagen corporal por lo que no se confirma la hipótesis. Tampoco se confirma en la muestra ampliada. Sin embargo, la condición de tener pareja influye significativamente presentándose una mayor distorsión en la imagen corporal entre las pacientes que tienen pareja de la muestra ampliada. Además como se puede observar en la segunda hipótesis la condición de tener pareja influye

directamente en la correlación entre ansiedad y distorsión de la imagen corporal aunque la percepción del apoyo de la pareja no sea el aspecto que influya en su aparición. Esto corrobora los planteamientos de Palacio (1995), William y Clark (2000) y Cárdenas y otros (2005).

**8.** El autoconcepto bajo aumenta la distorsión de la imagen corporal.

Resultado. Ni la escala general ni ninguna de las subescalas presenta correlación con distorsión de la imagen corporal. Sin embargo, cuando se consideró para el análisis la muestra ampliada se pudo observar que el autoconcepto emocional correlaciona negativamente (-0.405) en forma significativa (0.003) con distorsión de la imagen corporal repercutiendo en la correlación del autoconcepto general (-0.322 con significancia de 0.021) por lo cual se considera que la hipótesis es verdadera. Estos resultados corroboran los planteamientos de Ahumada, Aliaga y Bolívar (2001), Baquerizo (2002) y Barruel e Iñesta (1993).

**9.** La maternidad repercute directamente en la distorsión de la imagen corporal.

Resultado. La condición de haber tenido hijos (maternidad) de la muestra ampliada a que presentan un promedio de puntaje de 10.3542 en la distorsión de la imagen corporal y las pacientes que no han tenido hijos un puntaje de 5.6667 con una diferencia en el promedio de 4.68750 puntos. Por lo que en la muestra ampliada se presenta diferencia significativa en la distorsión de la imagen corporal respecto de la maternidad. Sin embargo contrario a lo esperado las mujeres que han tenido hijos presentan un puntaje promedio mucho mayor que las que no han tenido hijos.

## **5.2. Hallazgos significativos adicionales**

El 25.8% de las pacientes manifiesta no tener relaciones sexuales satisfactorias y un 8.3% manifiesta satisfacción solo en algunas ocasiones.

El 22.6% de la población presenta una ansiedad rasgo alta.

En la escala de necesidades educativas la subescala que manifiesta mayor índice de información es acto quirúrgico (23 casos) y el de menor índice de información es cuidados postquirúrgicos (23 casos). En la escala global 20 casos refieren presentar baja información.

En cuanto a los pacientes que refieren no recibir información los hallazgos de este trabajo coinciden con los referidos por Urrutia et al. (2006).

En cuanto al personal que las pacientes prefieren para que les brinde información la diferencia es importante ya que en el caso de Urrutia, la predilección se da sobre el personal de enfermería y en este trabajo la preferencia se refiere sobre el médico especialista.

La variable ansiedad presenta una correlación negativa con autoconcepto general presentándose con mayor fuerza y significancia con la subescala de autoconcepto emocional y en menor medida con el autoconcepto físico y sin mostrar correlación con el autoconcepto social. Esto se debe a que la persona que presenta un mejor autoconcepto emocional presentará una mayor autoestima y el rasgo de ansiedad será mucho menor ya que presentará una mayor estabilidad emocional.

La autoestima presenta una escasa correlación positiva con autoconcepto emocional lo que repercute en una escasa correlación con autoconcepto general.

Entre las variables apoyo a la pareja y autoconcepto general se presenta una correlación que refleja la correlación entre el apoyo positivo y autoconcepto social, apoyo expresado y autoconcepto social, autoconcepto físico y apoyo positivo y autoconcepto físico y apoyo expresado.

La variable autoconcepto emocional no presenta correlación con ninguna variable de apoyo a la pareja y apoyo negativo no presentan correlación con ninguna de las escalas de autoconcepto.

### **5.3. Conclusiones**

Los postulados teóricos enunciados en el apartado 2.4 servirán de marco para la exposición de las conclusiones del presente trabajo.

Como primer punto se puede observar que la referencia teórica sobre la formación de imagen corporal señala que ésta se construye a partir de varios aspectos:

En primer término las sensaciones corpóreas (autopercepción) lo cual no pudo ser incluido en nuestro trabajo ya que eso implicaba un estudio longitudinal que no fue posible realizar.

En segundo término, en la formación del autoconcepto influye la identificación con las personas que nos rodean, incorporadas mediante ideas sobre lo que somos (autoconcepto) y lo que debemos ser (ideal). Este aspecto se forma respecto a los diferentes ámbitos en los que vamos interactuando, por lo que el concepto de nuestro cuerpo también va modificándose e inclusive en algunos casos contraponiéndose. En ocasiones el ideal de belleza no cumplirá las expectativas de un cuerpo apto para los deportes o para la satisfacción de otros impulsos como el placer de la degustación o la compulsión de comer. En el caso de la histerectomía, una indicación médica se contrapone al ideal de conservar la integridad de nuestro cuerpo, aunque nos cause problemas, máxime cuando el mismo está relacionado con significados de valor social, cultural y emocional. La opinión de la pareja sirve para aumentar el autoconcepto general, lo cual se demuestra con la correlación significativa encontrada entre autoconcepto general y apoyo a la pareja.

Como se puede observar entre las personas entrevistadas, los mitos sobre su cuerpo, principalmente su sexualidad, (el temor a la disminución del interés sexual como elemento que obtuvo un mayor puntaje) refiere un gran desconocimiento de su propio cuerpo y por lo tanto un autoconcepto distorsionado de sí misma que influye directamente en su imagen corporal. Esto se ve corroborado por el hecho de que la distorsión de la imagen corporal disminuye conforme mayor escolaridad tenga la paciente.

El hecho de que autoestima correlacione negativamente con necesidades educativas nos lleva a la conclusión de que entre mayor confianza en sí misma tenga una paciente, menor seguridad va a requerir del entorno (información o apoyo) lo cual se corrobora con la correlación significativa donde a mayor ansiedad, mayor desinformación en la subescala de cuidados postquirúrgicos. El rasgo de ansiedad provocará la inseguridad y la percepción de desinformación.

El autoconcepto se va formando a través de la historia personal con base en ideas difundidas culturalmente forjándose un modelo de cuerpo. La histerectomía genera una serie de inquietudes en contra de su propio conocimiento y su propia experiencia en donde la maternidad previa no les sirve de referente para inferir que la operación no interferirá con nada con su actividad sexual.

La investigación corrobora el planteamiento teórico respecto a la correlación positiva entre la autoestima y el autoconcepto, así como autoconcepto y apoyo de la pareja.

Definiendo la ansiedad como la respuesta del individuo ante estímulos percibidos como amenazantes en forma constante y continua, sin que tenga necesariamente un estímulo en el exterior que lo justifique, podemos deducir que la falta de seguridad incorporada en uno mismo provocará ese rasgo de ansiedad en el sujeto y dado que la autoestima se genera por la incorporación de esa seguridad en uno mismo, la ansiedad se presentará en sujetos que tengan baja autoestima. Si bien esta afirmación no se correlaciona por no presentar la suficiente significancia (0.065 en pacientes con pareja) se puede inferir que al correlacionarse negativamente autoconcepto emocional con ansiedad y positivamente con autoestima podemos concluir que sí existe una corroboración indirecta de este postulado teórico.

Respecto a la importancia de las personas que la rodean, principalmente su pareja, en la formación de la imagen corporal se ve corroborada al presentarse una correlación positiva entre ansiedad y distorsión de la imagen corporal en las pacientes con pareja en mayor medida que cuando no la tienen así como una diferencia significativa en la distorsión de la imagen corporal entre las pacientes que tienen pareja y las que no tienen. Cuando se esperaba que la presencia de una pareja brindara seguridad y disminuyera la ansiedad y la distorsión de la imagen corporal,

se encontró que no sucedía así por lo que la falta de pareja parece descárgarlas de una evaluación ante otro (la pareja), de tener que cumplir con las expectativas del modelo de otro. La falta de un juicio externo, de una mirada de rechazo, un comentario desagradable, el temor a enfrentar la sexualidad, a enfrentar la incógnita sobre si podrá ejercer su sexualidad ya que no tiene una pareja es un factor de tranquilidad más que de ansiedad.

Se corrobora también el postulado que establece que las personas que presentan un mejor autoconcepto se ven influidas en menor medida en su imagen corporal por las circunstancias que ocurren en su entorno ya que específicamente el autoconcepto emocional presentó correlación negativa con distorsión de la imagen corporal. Además el hecho de que a mayor edad mejor autoconcepto emocional reafirma que el transcurso del tiempo propicia que la persona adquiera una mayor estabilidad emocional.

Respecto a la sexualidad se comprobó que el holón de la identidad reproductiva influye en la distorsión de la imagen corporal ya que se presentaron diferencias significativas entre ambos grupos (las pacientes que han tenido hijos y las que no han tenido hijos), sin embargo el resultado fue contrario a lo esperado dado que el enunciado inicial refería que las pacientes que habrían tenido hijos presentarían una menor distorsión en su imagen corporal lo cual no se corroboró con los resultados sino que, al contrario, las pacientes sin hijos mostraron una menor distorsión de la imagen corporal lo cual pudiera estar influenciado por el hecho de que 2 de las 3 pacientes que no han tenido hijos, tienen pareja y manifiestan no desear más hijos (una atribuye su enfermedad a los tratamientos para embarazarse y la otra no tiene relaciones sexuales desde hace 3 años, a causa del sangrado abundante que diariamente presenta y es la causa de su histerectomía.

Respecto a los roles parentales no se presentó una diferencia significativa entre los grupos de pacientes que desearían tener más hijos respecto a la variable distorsión de la imagen corporal. Tampoco con el holón del erotismo se presentó una correlación significativa (entre distorsión de la imagen corporal y función sexual). Este último apartado no pudo ser evaluado completamente ya que se hubiera requerido un estudio longitudinal para valorar la repercusión de la histerectomía en su función sexual activa después del periodo de recuperación.

En cuanto a la identidad de género podemos ver que sí se presentó diferencia en la variable distorsión de la imagen corporal y sus expectativas sobre su sexualidad. El holón de vínculos afectivos también se ve afectado como lo demuestra la correlación entre distorsión de la imagen corporal y la ansiedad en pacientes con o sin pareja. Podemos deducir que la Sexualidad se afecta con un acontecimiento de entorno y que repercute en la imagen corporal.

## 5.4. Recomendaciones

Es importante realizar un estudio longitudinal de los casos para poder determinar cuáles son los impactos en los diferentes aspectos de la personalidad y la conducta que presentan en las pacientes histerectomizadas a fin de determinar las repercusiones en las pacientes a mediano y largo plazo y poder intervenir preventivamente sobre dichas variables.

Dado que las pacientes pertenecen a un programa de salud institucionalizado, el protocolo de atención está previamente definido por lo que no se pueden inferir diferencias en el uso de medicamentos, los días de hospitalización, etc., debiéndose considerar aspectos como la reanudación de actividades cotidianas, reanudación de relaciones sexuales, prevalencia de dolor y otros aspectos que puedan servir de elementos para determinar la recuperación de la paciente o su alta subjetiva, incluyendo entrevistas con la pareja para determinar el tipo de apoyo (positivo o negativo) que le brindará a la paciente.

Es necesario determinar si las pacientes que presentan distorsión de la imagen corporal pueden ser atendidas con un proceso informativo que elimine sus conceptos erróneos y sea suficiente para corregirla o si requiere formación en técnicas de afrontamiento para resolver el conflicto que se le presenta.

Habiendo concluido sobre la importancia del autoconcepto emocional y la falta de un protocolo de información y formación que brinde a las pacientes diferentes técnicas de afrontamiento a las pacientes y sus parejas, se requiere diseñar un protocolo de intervención hospitalaria en instituciones públicas a pacientes sometidas a una histerectomía con el fin de proporcionar las condiciones terapéuticas que faciliten la recuperación postoperatoria y eleven la calidad de vida de las pacientes desde una perspectiva cognitivo conductual que brinde a la paciente y su pareja herramientas de afrontamiento que les sean de utilidad.

Dado que cada caso es diferente en cuanto a la dinámica familiar, expectativas sobre la operación de la paciente y de su pareja (motivos de la intervención y mitos sobre sus consecuencias) se deben crear diversos planes de apoyo que correspondan a la mayoría de los casos, preferentemente brindar el apoyo individualizado que propicie una mejor evolución y recuperación.

Es importante seguir profundizando en los aspectos de la sexualidad y de la participación de la pareja que influyen en esta intervención, ya que si bien se pudo constatar su injerencia no fue posible precisar los aspectos que intervienen en ella.

A fin de disminuir el número de ítems en la escala de apoyo a la pareja es necesario realizar un análisis factorial que permita eliminar los ítems que se consideren duplicados.

Para evaluar los diferentes aspectos de la sexualidad será necesario modificar o adicionar al IFSF los ítems que se requieran o utilizar otro instrumento que sí los considere.



# Capítulo 6

---

## Lista de referencias

- Aguado, J. C., (2004). *Cuerpo humano e imagen corporal*. Impreso por la Facultad de Medicina y el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. México
- Aguilar, A., (2008). *La imagen corporal de la adolescente embarazada*. Tesis presentada para obtener el grado de Licenciado en Psicología, en la Facultad de Psicología de la Universidad Americana de Acapulco Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México
- Aguirre, M. A., Benvenuto C. G. y Urrutia, M. T. (2005). Calidad de vida en mujeres con síndrome de ovario poliquístico. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* Vol. 70 No 2 pp. 103-107 disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n2/art09.pdf> consultado el 30 de junio de 2009
- Ahumada, A. Aliaga, P. Bolívar, N. (2001). Enfoque integral de la paciente histerectomizada. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* Vol. 12 No. 3 229-234 disponible en <http://www.redclinica.cl/> consultado el 30 de junio de 2009
- Alatríste, A. L. (2006). *Perspectiva de género y trastorno de la imagen corporal*. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México
- Alba, J. C., (2007). Trastorno de ansiedad y menopausia quirúrgica. *Universitas Médica* 2007 Vol. 48 No 3, Colombia. Disponible el 21 de julio de 2009 en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n3/14-TRASTORNO%20DE%20ANSIEDAD.pdf>
- Alizade, M., (1999). *Duelos del cuerpo*. Primer Congreso de Psicoanálisis y XI Jornadas Científicas “Los duelos y sus destinos. Depresiones, hoy”, de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay; Uruguay; ISSN 0213-9111. Disponible en <http://www.herrerros.com.ar/melanco/alizade.htm> consultado el 30 de junio de 2009
- Alizade, M., (2008). *La sensualidad femenina*. Amorrortu editores, Argentina
- Álvarez, R., (1996). El Método Científico en las Ciencias de la Salud. Ediciones Díaz de Santos, disponible el 25 de julio de 2009 en: [http://books.google.com.mx/books?id=5UpGWDaP8rgC&printsec=frontcover&source=gbs\\_v2\\_summary\\_r&cad=0](http://books.google.com.mx/books?id=5UpGWDaP8rgC&printsec=frontcover&source=gbs_v2_summary_r&cad=0)
- Álvarez, J. A., (2007). Sexualidad en parejas con problemas de infertilidad. *Gaceta Médica de México, editada por la Academia Nacional de Medicina de México, Vol. 143 No1*, México

- disponible en [http://www.anmm.org.mx/gaceta\\_rev/vol\\_143/n1/2007-143-1-65-71.pdf](http://www.anmm.org.mx/gaceta_rev/vol_143/n1/2007-143-1-65-71.pdf) consultado el 26 de junio de 2009
- Álvarez, M. y Cruz, P., coautor De Andrade, J., (1999). Depresión en Pacientes Histerectomizadas Un problema de Desinformación, *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología Hospital Psiquiátrico de Caracas, 1999. Vol. 46.No 94, Revista de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría, por Sanofi-Aventis*, Consultado el 8 de octubre de 2008 en <http://www.infomédiconline.com/biblioteca/Revistas/psiquiatria/art46943.pdf>, Trabajo especial de Investigación para optar al título de Especialistas en Psiquiatría. UCV –Mereció la mención de “Publicación” por el jurado examinador.
- Anónimo. Better Helth Channel, Menopause-premature (early). Menopause. disponible en <http://www.bette>
- Anónimo. Breve historia de la concepción del esquema corporal. Disponible en <http://usuarios.lycos.es/educacionfisica/apuntes/Imagen3.pdf>, consultado el 26 de junio de 2009
- Anzieu, D., (1994). *El YO-Piel*. Biblioteca Nueva Madrid, España
- Argüello, R., Hoyos, E. A., y Perdomo, P. W., (2003). Histerectomía total por laparoscopia en 202 pacientes. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 54 No. 2, publicación oficial de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología y la Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología*, Consultado el 8 de octubre de 2008 en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v54n4/v54n4a05.pdf>
- Arraigada, J. M., y González, C. A., (2006). *Calidad de Vida y Función Sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria*. Tesis entregada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile para obtener el grado de Licenciado en Kinesiólogía, disponible el 26 de junio de 2009 en: [http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2006/arraigada\\_j/sources/arraigada\\_j.pdf](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2006/arraigada_j/sources/arraigada_j.pdf)
- Arriaga, O., (2007). *Método Enfermero PAE de Cáncer Cérvico Uterino Diagnostico de Enfermería Trastorno de la Imagen Corporal*. Tesis presentada para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México
- Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Cuarta Versión (1995). Traducción Pichot, Pierre, López Ibor, Aliño y Valdés Miyar, Manuel, Coordinadores; (1995). *Masson S.A.*, Barcelona, España
- Avendaño, D. R., (2002). *Alteraciones de la imagen corporal en pacientes sometidos a cirugía funcional*. Tesina presentada para obtener la Especialidad en Psiquiatría del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México
- Aziz, A., Berququist, C., Brännström, M., Nordholm, L. y Silfverstolpe, G. (2005). Differences in aspects of personality and sexuality between perimenopausal women making

- different choices regarding prophylactic oophorectomy at elective hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, Volumen 84, Número 9* pp. 854-859, Impreso en Inglaterra, disponible en: <http://www.ingentaconnect.com/content/apl/aog/2005/00000084/00000009/art00006>
- Baber, K. M., (2000). *Women's Sexualities Issues in the Psychology of Women*. edited by Biaggio and Hersen. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, part III pp145-171, 978-0-306-46321-1 (Print). 978-0-306-47185-8 (Online). [http://books.google.com.mx/books?id=\\_qJZD8Ynb6cC&pg=PA145&lpq=PA145&dq=Kristine+M.+Baber+,+\(2000\)+Women%E2%80%99s+Sexualities&source=bl&ots=JUK4yRtX0q&sig=RTJm3oHpXeULTmRFXP7Gm-B26NE-&hl=es&ei=nr5GSrv\\_D4e4NsjanJsB&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=1](http://books.google.com.mx/books?id=_qJZD8Ynb6cC&pg=PA145&lpq=PA145&dq=Kristine+M.+Baber+,+(2000)+Women%E2%80%99s+Sexualities&source=bl&ots=JUK4yRtX0q&sig=RTJm3oHpXeULTmRFXP7Gm-B26NE-&hl=es&ei=nr5GSrv_D4e4NsjanJsB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1)
- Baile, J. I., (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Cuadernos del Marqués de San Adrián*. Centro Asociado de la UNED de Tudela de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, Navarra, España, Consultado el 8 de octubre de 2008 en [http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile\\_ayensa.htm](http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_ayensa.htm)
- Baquerizo, T., Aspectos emocionales en el paciente quirúrgico, (2002). *Libro de Cirugía de la Sociedad Ecuatoriana de Cirugía*. Ecuador, Consultado el 8 de octubre de 2008 en [http://www.médicosecuador.com/librosecng/articulos/1/aspectos\\_psicologicos.htm](http://www.médicosecuador.com/librosecng/articulos/1/aspectos_psicologicos.htm)
- Basaguren, E. y Guimon, J., (1997). Factores sociales en las perturbaciones de la propia imagen. *Revista Electrónica de Psiquiatría Vol. 1, No 3 Psiquiatría.com*, Disponible el 19 de julio de 2009 en <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/9/1177/?++interactivo>
- Bellak, L. y Goldsmith L., (1993). Metas Amplias para la Evaluación de las Funciones del Yo. *Editorial El Manual Moderno S.A. de C. V.*, México.
- Berek, J. S., Hillard, P. A. y Adashi, E. Y., traducción de García Roig, Félix, (2005). *Ginecología de Novak*. Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V. México D.F.
- [rhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcarticles.nsf/pages/Menopause\\_premature\\_early\\_menopause](http://rhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcarticles.nsf/pages/Menopause_premature_early_menopause), consultado el 26 de junio de 2009
- Blümel M., J. E., Binfa E, L., Cataldo A., P., Carrasco V, A., Izaguirre L., H. y Salvador, C., (2004). Índice de Función Sexual Femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Vol. 69 No 2* pp. 118-125, Chile Disponible el 19 de agosto de 2009 en <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v69n2/art06.pdf>
- Bonet, J. (1990); Me gusta mi cuerpo. *Comunidad Educativa No 175*, España, ISSN 0212-2650
- Bradford, A. y Meston, C. (2006). Sexual Outcomes and Satisfaction with Hysterectomy: Influence of Patient Education, *Journal of sexual medicine*, de la International Society for sexual medicine del Departamento de Psicología de la Universidad de Texas en

- Austin, Tex, Vol. 4 No. 1, pp. 106-114, disponible en <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118496052/abstract> el 30 de junio del 2009, Estados Unidos de América
- Brauer, M., Kuile, M. y Laan, E. (2008). Effects of Appraisal of Sexual Stimulaton Sexual Arousal in Women with and Without Superficial Dyspareunia. *Archives Sexual Behavior* Vol. 38, No. 4, pp. 476-485, Consultado el 30 de junio de 2009 en <http://www.springerlink.com/content/v2567434w537hwh8/fulltext.pdf>
- Burns, D. D. (2000). *Autoestima en 10 días: diez pasos para vencer la depresión, desarrollar la Autoestima y descubrir el secreto de la alegría*. Paidós Ibérica, Madrid, España
- Cabieses, B., Urrutia, M. T. y Araya, A. (2004). Proceso de cuidados de Enfermería en la mujer sometida a histerectomía, *Horizonte de enfermería*, Vol 15pp 109. Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería. Santiago, Chile disponible en <http://www.puc.cl/enfermeria/html/produccion/cienti/Archivos/H.%20ENFERMERIA%2020042.pdf>, ISSN 0716-8861
- Campos, P. J., (2008). *Proceso de Atención de enfermería con el modelo Virginia Henderson a una mujer con trastorno de imagen corporal relacionado con cambios en el aspecto físico secundarios a tratamientos de cáncer de mama*, Tesis presentada para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, de la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México
- Cánovas, M. R., Moix J., (2001). Apoyo psicológico en mujeres que se someten a histerec-tomía *Clínica y Salud*, Vol. 12 No. 1, pp. 71-89 <http://www.copmadrid.org/web-copm/resource.do>
- Cárdenas, A., Quiroga, C., Restrepo, M. y Cortes, D., (2005). Histerectomía y Ansiedad: Estudio Comparativo entre dos Tipos de Preparación Psicológica Prequirúrgica, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Vol. 56.No. 3 • 2005 pp. 209-215. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n3/v56n3a03.pdf> ISSN 0034-7434
- Cardona, D., Giraldo J. y Echeveny, E., (2001). Aspectos psicológicos del paciente quirúrgico. Enlace: *Cuadernos de Psiquiatría de la Asociación Colombiana de Psiquiatría*; Bogotá, Colombia, Disponible en : <http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/aspectos%20psicologicos%20del%20paciente%20quirurgico.pdf>, consultado el 26 de junio de 2009,
- Carrera, C., (2003). *Relajación: Cuerpo y movimiento, integrar mente y cuerpo a la imagen corporal en la tercera edad*, Tesis presentada para obtener el grado de Licenciado en Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México
- Carrillo, Y. H. (2004). *La construcción subjetiva del cuerpo simbólico: un enfoque psicoanalítico*. Tesis presentada para obtener el grado de Licenciado en Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

- Cash, T. F. y Pruzinsky, T. (2004). *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*, The Guilford Press, Estados Unidos de América
- Casillas, M., Montaña N., Bacardi M., y Jiménez, A., (2007). Mexicanas con mayor insatisfacción de la imagen corporal. *Atención Primaria Vol. 39.No 2* disponible en [http://www.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13098680&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=27&fichero=27v39n02a13098680pdf001.pdf&ty=80&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es](http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13098680&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&fichero=27v39n02a13098680pdf001.pdf&ty=80&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es) consultado el 26 de junio de 2009 ISSN 0212-6567
- Casper, R.C., Halmi, K.A., Goldberg, S.C., Eckert, E.D. y Davis, J.M. (1979). Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 134, 60-66, Inglaterra
- Castaño, D. y Martínez-Benlloch, I. (1990). Aspectos Psicosociales en el envejecimiento de las mujeres. *Anales de Psicología, Vol. 6.No. 2*, pp. 159-168 Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de Murcia, Murcia, España, disponible en: [http://www.um.es/analeps/v06/v06\\_2/05-06\\_2.pdf](http://www.um.es/analeps/v06/v06_2/05-06_2.pdf) ISSN 0212-9728
- Castellón, A. y Romero V., (2004). Autopercepción de la calidad de vida. *Revista Multidisciplinar de gerontología de la Sociedad Catalanoblear de Geriatria y Gerontología Vol. 3.No. 3*, pp. 131-137, consultado el 30 de junio de 2009 en: [http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2004\\_3/g-14-3-002.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2004_3/g-14-3-002.pdf) ISSN: 1695-3827
- Cerda C. P., Pino Ch. P. y Urrutia S. M. T. (2006). Calidad de vida en pacientes histerectomizadas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Vol. 71 No. 3*, pp. 216-221, Chile, ISSN 0717-2526, consultado el 30 de junio de 2009 disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n3/art12.pdf>
- Ciapponi A., (2004). La histerectomía es superior al tratamiento médico. *Actualización en la Práctica Ambulatoria Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires Vol. 7.No 2*, JAMA pp. 1447-1455 disponible en <http://www.foroaps.org/files/histerectomia.pdf> consultado el 30 de junio de 2009
- Clark, M. L., Los valores *P* y los intervalos de confianza: ¿en qué confiar? *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2004, Vol.15, n.5, pp. 293-296. ISSN 1020-4989. Disponible el 25 de julio de 2009 en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v15n5/21999.pdf>
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de Salud*. Décima Versión, (1992). Organización Mundial de la Salud. Consultado el 13 de Febrero de 2010 en : [http://www.psicoadictiva.com/cie10/cie10\\_29.htm](http://www.psicoadictiva.com/cie10/cie10_29.htm)
- Codina, N., (2004). Aproximación Metodológica a la Complejidad del *Self*. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, Vol. 38, No. 1* pp. 15-21 <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03803.pdf>
- Cornelis P. M., Philomeen Th., M. Weijenborg, M., Moniek M. K., (2003). The Effect of Hysterectomy on Sexual Functioning, Hysterectomy and sexual functioning. *Annual*

- Review of Sex Research, Vol. 14*, disponible en [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_qa3778/is\\_200301/ai\\_n9205374/pg\\_2/](http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3778/is_200301/ai_n9205374/pg_2/) Consultado el 30 de junio de 2009
- Cruztitla, M. E. y Reyes, M. G., (1998). *Significado psicológico de figuras lingüísticas típicas asociadas con el grado de satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal*. Tesis presentada para obtener el grado de Licenciado en Psicología en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México
- De Gelder, R., Richters, A. y Peters, L., (2005). The integration of a woman's perspective in hysterectomy decisions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology Vol. 26, No.1*, pp. 53, ProQuest Health and Medical Disponible el 30 de junio de 2009 en <http://www.ingentaconnect.com/content/apl/dpog/2005/00000026/00000001/art00009>
- De Oñate M. P. (1989). *El autoconcepto. Formación, medida e implicaciones en la personalidad*. Narcea, S.A. de Ediciones, Madrid España
- Dejours, Ch., (1992). *Investigaciones Psicoanalíticas sobre el cuerpo. Supresión y Subversión en Psicopatología*. Siglo Veintiuno Editores, S.A. de C.V. México
- Dolto F. (1983). *En el Juego del Deseo*. Siglo XXI Editores, México:
- \_\_\_\_\_ (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Ediciones Paidós Ibérica S.A. Barcelona, España
- Draper, C. R., Majumdar, N., O'Donohue, W. T. y Piasecki, M., (2008). Sexual Disorders., *Problem-Based Behavioral Science and Psychiatry Editor Springer Parte 4* pp. 409-422 New York, EUA, disponible en <http://www.springerlink.com/content/v627256311v22x60/>, consultado el 30 de junio de 2009, ISBN 978-0-387-77483-1 (Print). 978-0-387-78585-1 (Online)
- Dreizen A. (s/f ). Clase 2 Los Duelos y el Cuerpo en la Clínica Psicoanalítica. *Seminario el Cuerpo en la Clínica Psicoanalítica* Disponible en <http://www.edupsi.com/cuerpo/> Consultado el 30 de junio de 2009
- Dwyer, J., Cerfolio, N., Murray y T. H., Rosenthal M. B. (1996). The Value of a Uterus. *The Hastings Center Report Vol. 26* pp. 28-29, <http://www.questia.com/googleScholar.qst;jsessionid=KGBQV49Hv9Rmyq3Wlt2RmrkcL4738pfdwNLjsjhryVLKNgYS-Bv7C!649918558!-1402025386?docId=5002261339>
- Elson, J., (2002). Menarche, Menstruation, and Gender Identity: Retrospective Accounts From Women Who Have Undergone Premenopausal Hysterectomy. *Sex Roles, Vol. 46, Nos. 1/2* <http://www.questia.com/library/encyclopedia/hysterectomy.jsp>
- Enfermedades comunes del útero: opciones para su tratamiento (1998). *Publicación No. 98-0016 de la Agency for Health Care Policy and Research*. Rockville MD E.U.A. disponible en: <http://www.ahrq.gov/consumer/spanhyst/hster1.htm>
- Esnaloa, I., Goñi A. y Madariaga, J. M., (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica Universidad del País Vasco, Año 2008, Volumen 13 No*

- 1 pp. 179-194, disponible en <http://alweb.ehu.es/revista-psicodidactica/historico/2008/2008130104.pdf> consultado el 26 de junio de 2009
- Esnaola, I. (2008); El autoconcepto físico en el ciclo vital; *Anales de Psicología del Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia, en Murcia Vol. 24.No 1* pp.1-8, España; disponible en <http://www.um.es/analeps> consultado el 30 de junio de 2009
- Espíndola, J. D., (2007). Guía Clínica de Intervención psicológica de la paciente ginecológica y obstétrica hospitalizada. *Perinatología Reproducción Humana, Vol. 21 No 1* pp. 22-32, Enero-Marzo 2007, disponible en <http://www.imbiomed.com.mx>
- Ewalds-Kvist , M., Hirvonen, T., Kvist, M., Lertola, K., Niemela, P., (2005). Depression, anxiety, hostility and hysterectomy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology; Vol. 26, No 3*, 193- 204, ProQuest Health and Medical Complete, <http://www.ingentaconnect.com/content/apl/dpog/2005/00000026/00000003/art00006>
- Anónimo. Factores que afectan la función sexual en la gente que padece de cáncer. (2001). Instituto Nacional de Cáncer del Centro Médico de la Universidad de Bonn disponible el 19 de julio de 2009 en: la <http://www.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/310207.html>
- Farquhar, C. M. Sadler, L., Harvey, S. A. y Stewart, A. W., (2005). The association of hysterectomy and menopause: a prospective cohort study. *BJOG: and International Journal of Obstetrics and Gynecology July 2005, Vol. 112*, pp. 956–962 disponible en [www.blackwellpublishing.com/bjog](http://www.blackwellpublishing.com/bjog) consultado el 30 de junio de 2009
- Farquhar, C. M., Harvey, S. A., Yi Yu, Sadler, L. y Stewart, A.W. (2006). A prospective study of 3 years of outcomes after hysterectomy with and without oophorectomy, *American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 194*, pp. 711–717 disponible en <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17614883> consultado el 30 de junio de 2009
- Fenichel, O., (1966). Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. *Editorial Paidós, S.A.I.C.F.*, Buenos Aires, Argentina
- Fernandes, D. C., Bartholomeu, D., Marín Rueda, F. J., Boulhoça, A. C. y Fernandes, F. (2005). Auto concepto y rasgos de personalidad: un estudio correlacional. *Psicología Escolar y Educacional, Vol. 9.No. 1* pp. 15-25 disponible en [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572005000100002&lng=pt&nrm=](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572005000100002&lng=pt&nrm=), consultado el 30 de junio de 2009
- Fernández, M. A., (2006). *Las diferencias físicas visibles y su impacto psicológico: una propuesta de intervención*. Tesis presentada para obtener el grado de Licenciada en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México
- Ferron, Ch. (1997). *Body image in adolescence:cross-cultural research*, Libra Publishers Inc., Base de Datos MEDLINE
- Figuroa J. R., Jara A. D., Fuenzalida P. A., del Prado A. M., Flores D., Blumel J. E., (2009). Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. *Revista médica de Chile*,

- marzo de 2009 [revista en la Internet], Vol. 137, No.3, pp. 345-350. Disponible el 19 de agosto de 2009 en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v137n3/art04.pdf>
- Flory, N., Bissonnette, F., Amsel, R. T. y Binik, Y., (2006). The Psychosocial Outcomes of Total and Subtotal Hysterectomy: A Randomized Controlled Trial. *International Society for Sexual Medicine J Sex Med* Vol. 3, pp. 483-491 <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118592947/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>
- Freud, S. (1973). Duelo y Melancolía. *Obras Completas de Sigmund Freud*. T II (3° ed.). López-Ballesteros y de Torres, Luis, España: Biblioteca Nueva (Trabajo original publicado en 1915)
- \_\_\_\_\_ (1973). El Yo y el Ello. *Obras Completas de Sigmund Freud*. T II (3° ed.). López-Ballesteros y de Torres, Luis, España: Biblioteca Nueva (Trabajo original publicado en 1923)
- \_\_\_\_\_ (1973). Introducción al Narcisismo. *Obras Completas de Sigmund Freud*. T II (3° ed.). López-Ballesteros y de Torres, Luis, España Biblioteca Nueva, (Trabajo original publicado en 1914).
- \_\_\_\_\_ (1973). Manuscrito G. *Obras Completas de Sigmund Freud*. T III (3° ed.). López-Ballesteros y de Torres, Luis, España, Biblioteca Nueva, (Trabajo original publicado en 1895).
- Gallo, J. L., (2006). *Histerectomía Total vs. Subtotal*. X Curso de actualización en Obstetricia y Ginecología 2006 del Hospital Virgen de las Nieves de la Junta de Andalucía, España; disponible en: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia/documentos/Ponencias2006/2006Histerectomia\\_total.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia/documentos/Ponencias2006/2006Histerectomia_total.pdf)
- García, M. y Sobrado Rosales, Z., (2000). Impacto de la panhisterectomía en la calidad de vida de la mujer. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, Vol. 16, No. 5, pp. 442-449 [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16\\_5\\_00/mgi04500.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_5_00/mgi04500.pdf)
- García, J. F., Musitu, G. y Veiga F. (2006). Autoconcepto en adultos de España y Portugal. *Psicothema*, Vol. 18 No 3 Pág. 551-556, ISSN 0214-9915 CODEN PSOTEG, Consultado el 8 de octubre de 2008 en [http://cie.fc.ul.pt/membrosCIE/feliciano\\_veiga/textos/Texto17.pdf](http://cie.fc.ul.pt/membrosCIE/feliciano_veiga/textos/Texto17.pdf)
- Goñi, A., Ruiz de Azúa, S. y Rodríguez, A., (2005). La importancia conferida a los diversos aspectos del yo físico. Un instrumento para su medida. *Anales de Psicología*, Vol. 21, No. 1, pp. 92-101, ISSN edición impresa: 0212-9728. ISSN edición web 1695-2294 disponible en: [www.um.es/analesps](http://www.um.es/analesps) consultado el 30 de junio de 2009
- Goñi, E. y Fernández, A., (2007). Los dominios social y personal del autoconcepto. *Revista de Psicodidáctica de la Universidad del País Vasco*, Volumen 12. N°2. Págs. 179-194, disponible en <http://alweb.ehu.es/revista-psicodidactica/historico/2007/2007120201.pdf>, Consultado el 26 de junio de 2006
- González, B. (2008). *Las actitudes de los hombres y las mujeres con respecto a la imagen corporal y su relación con la insatisfacción corporal*. Tesis presentada para obtener el grado de Licen-

- ciado en Psicología, en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México,
- Grau, J. A, Llantá, M. C., Chacón, M. y Fleites, G., (1999). La Sexualidad en Pacientes con Cáncer: Algunas Consideraciones sobre su Evaluación y Tratamiento. *Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología Revista Cubana Oncología 1999; Vol. 15 No. 1* pp. 49-65 Disponible en : [http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol15\\_1\\_99/onc09199.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol15_1_99/onc09199.htm) consultado el 30 de junio de 2009
- Guzmán, J. C., García, R. G., Silva, F. A., Jaimes, H., López-Jaramillo, P. y Morillo, C. A. (2007). Efectos de la terapia de reemplazo hormonal sobre la función autonómica en mujeres postmenopáusicas. *Revista Colombiana de Cardiología, Enero/Febrero 2007 Vol. 14 No. 1* ISSN 0120-5633, Florida blanca, Santander, Colombia <http://www.scc.org.co/Portals/0/voll4n1%20completa.pdf>
- Haber, S. (2000). *Cáncer de Mama. Manual de Tratamiento Psicológico*. Buenos Aires, Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Hakim, R., Benedict, B. y Merrick, N. J., (2004). Quality of Care for Women Undergoing a Hysterectomy: Effects of Insurance and Race/Ethnicity. *American Journal of Public Health, Vol. 94, No. 8* <http://www.ajph.org/cgi/reprint/94/8/1399.pdf>
- Handa, V. L., Cundiff, G., Chang, H. H. y Helzsover, K. J. (2008). Función sexual y trastornos del piso pélvico. *Pescando en Internet*, Boletín electrónico semanal 337; Montevideo, Uruguay, Sociedad Ginecología del Uruguay, Sociedad de Ginecología del Interior del Uruguay disponible en: <http://sguruguay.org/documentos/pescando/Pescando337.pdf>
- Hartmann KE, Ma C, Lamvu, G.M., Langenberg, P.W., Steege, J.F. y Kjerulff K.H., (2004). Quality of life and sexual function after hysterectomy in women with preoperative pain and depression. *Obstetrics & Gynecology: by The American College of Obstetricians and Gynecology Vol. 104 No. 4* pp. 701-709 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15458889>
- Heinemann, K., Rubeig, A., Potthoff, P., Schneider, H., Strelow, F., Heinemann, L. A.J. y Minh Thai, D., (2004). The Menopause Rating Scale (MRS). scale: A methodological review. Health and Quality of life outcomes. *Revista de BioMed Central*, Consultado en <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-2-45.pdf>, Londres, Inglaterra
- Heins, K., (Sep. 1999). Alternativas para la histerectomía. *Better, Homes and Gardens, Vol. 77, No. 9* pp.120-125, Base de datos: Article First,
- Hernández, A., Reza, G., Castillo, E. y Lara, C. (2006). Histerectomía Abdominal. Vivencias de 20 Mujeres. *Índex de Enfermería, Vol. 15* pp. 52-53, Granada, España, disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000100003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000100003&script=sci_arttext) Consultado el 30 de junio de 2009

- Herrera P, A. (2003). Sexualidad en la vejez ¿Mito o realidad? *Revista Chilena y Obstetricia y Ginecología*. Vol.68, No. 2, pp. 150-162 Disponible el 30 de junio de 2009 en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262003000200011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000200011&lng=es&nrm=iso) ISSN 0717-7526
- Huertas, R., (2003). Cuerpo visto y cuerpo sentido. De la anatomía a la clínica psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* Vol. 88, versión impresa ISSN 0211-5735, Madrid. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n88/n88a08.pdf>
- Índice de Función Sexual Femenina. (2003). Disponible el 19 de agosto de 2009 en <http://www.intermedicina.com/Avances/Ginecologia/AGO37.htm>
- Isla, A., Requena, J., Zayas, M. D., Pérez, R. y Sixto, G. G. (2005). Comportamiento de la histerectomía obstétrica. Resultados de 6 años, *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 31, No. 3, disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=450628&indexSearch=ID>
- Islas, M. (2005). *Significado psicológico de los conceptos “menopausia” e “histerectomía” en mujeres y hombres universitarios*. Tesis profesional como requisito parcial para obtener el título en Licenciatura en Psicología del Departamento de Psicología de la Escuela de Ciencias Sociales Universidad de las Américas Puebla, Cholula, Puebla, México a 1 de diciembre de 2005, Disponible el 30 de junio de 2009 en [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/islas\\_t\\_m/index.html](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/islas_t_m/index.html)
- Izquierdo, R., (2002). Niveles de ansiedad en atletas de alto rendimiento disponible el 27 de julio de 2002 en [http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art2c001](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art2c001)
- Jiménez, R. M. y Ruiz, M. P.J. (2003). *Afrontamiento al estrés y calidad de vida en mujeres histerectomizadas*, Tesis presentada para obtener el grado de Licenciado en Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México
- Komura, L. A., Herrmann, P., Silva, D. y Massumi, M., Histerectomía y vivencia de la sexualidad. *Índex Enfermería* [online], (2007). vol.16, n.57 [citado 2009-06-25], pp. 28-32. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000200006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200006&lng=es&nrm=iso) . ISSN 1132-1296.
- Korenbrodt, C., Flood, A. B, Higgins, M., Roos, N. y Bunker, J. P., (1981). *Elective Histerectomy: Costs, Risks, and Benefits*. Division de Health Services Research, de la Universidad de Stanford, California, Estados Unidos de América disponible en <http://www.princeton.edu/~ota/disk3/1981/8113/8113.PDF> consultado el 26 de junio de 2009
- Kout, H. (1996). *Análisis del Self*. Buenos Aires, Amorrortu Editores S.A.
- Krebs, L. (2006). What Should I Say? Talking With Patients About Sexuality, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *Clinical Journal of Oncology Nursing* • Vol. 10, No. 3, <http://www.ons.org/publications/journals/CJON/Volume10/Issue3/pdf/1003313.pdf>

- Kuppermann, M., Varner, E., Summitt, E., Learman, R., Lee A., Ireland, Ch., Vittinghoff, E., Stewart, A., Lin, F., Richter, H., Showstack, J., Hulley, S. B. y Washington, A. E., (2004). Hysterectomy vs. medical treatment and quality of life, *JAMA*. Vol. 291, No. 12, pp. 1447-1455, Consultado el 8 de octubre de 2008 en <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/291/12/1447>
- La Planche, J. y Pontalis J. (1968). *Diccionario de Psicoanálisis*. España: Editorial Labor
- Lacan, J. (1981). *Escritos I*. (9° ed.). México: Siglo XXI Editores.
- Lakha, F. H., (2005). The Emotional Effects of Hysterectomy, *Women's Health in Primary Care*, Vol. 8, No. 2, Edinburgh, United Kingdom [http://www.womenshealthpc.com/03\\_05/pdfs/062Letters.pdf](http://www.womenshealthpc.com/03_05/pdfs/062Letters.pdf)
- Lambden, M. P., Bellamy, G., Ogburn-Russell, L., Kasberg Preece, Ch., Moore, S., Pepin, T., Croop, J. y Gretchen, C. (1997). Women's Sense of Well-Being Before and After Hysterectomy Vol. 26, pp. 540-548, ISSN (printed): 0884-2175. ISSN (electronic): 1552-6909. <http://www3.interscience.wiley.com/journal/119157242/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>
- Lara, F. L. (2006). *¿Qué soy y que veo en el espejo? Perspectiva de género en la educación de hombres y mujeres y su relación con el trastorno de la imagen corporal*, Tesis presentada para obtener el grado de Licenciado en Psicología de Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México
- Larsen, M. (2006). I should have a hysterectomy? *Health quarterly*. Vol. 8. [http://www.californianprepress.com/thecalifornian/specialsections/uploads/ads/HlthQrtrly05-3/HealthQuarterly3\\_7.pdf](http://www.californianprepress.com/thecalifornian/specialsections/uploads/ads/HlthQrtrly05-3/HealthQuarterly3_7.pdf)
- Le Duc J. (1992). *El Cuerpo Hablado. Psicoanálisis de la Expresión Corporal*. Buenos Aires. Ediciones Paidós
- Legorreta, D., (2007); La atención de los síntomas psicológicos durante el climaterio; *Avances en Psicología Latinoamericana*. Vol. 25 No. 1. pp. 44-51. ISSN; 1794- 4724. Fundación para el avance de la psicología. Bogotá, Colombia disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2542689>
- Lillo, J. L. (2001). Duelo y pérdida corporal *Informaciones Psiquiátricas-Primer trimestre 2001. Número 163* Trabajo presentado al II Congrés d'Atenció Primària i Salut Mental. Celebrado en Barcelona, febrero de 2000. [http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2001/01\\_163\\_04.htm](http://www.revistahospitalarias.org/info_2001/01_163_04.htm)
- Llavona, L. M., (2008). El impacto psicológico de la infertilidad, *Papeles del Psicólogo* Vol. 29 No.2, pp. 158-166, Madrid España, editada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España, disponible en <http://www.cop.es/papeles>
- López, M., (2004). *Significados y experiencias de la histerectomía en mujeres*, Tesis presentada para obtener el grado de Licenciado en Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México

- López, M. y Gaudi, J. C., (2000). El cuerpo imaginado *Revista Complutense de Educación*. Vol. 2, No. 2. pp. 43-57. ISSN: 1130-2496 <http://revistas.ucm.es/edu/11302496/articulos/RCED0000220043A.PDF>
- López-Ávila, A. y Pellicer, F., (2001). Nuevas aproximaciones al problema del miembro fantasma. *Revista Salud Mental*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Vol. 24. No. 3. junio 2001 México <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58232406.pdf>
- Lucero, C. y Román, F. (2007). Percepción, síntomas y sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2007; Vol. 33. No. 1*. Universidad de la Frontera Temuco. Chile. Consultado en [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33\\_1\\_07/gin06107.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33_1_07/gin06107.html) en la base de datos de la Biblioteca Virtual de Salud en Cuba
- Luna, I. (2004). Belleza, imagen corporal y psicopatología *Fuente: Interpsiquis*. Disponible el 30 de junio de 2009. [http://www.psiquiatria.com/articulos/otras\\_enf\\_mentales/15091/?++interactivo](http://www.psiquiatria.com/articulos/otras_enf_mentales/15091/?++interactivo)
- Maca, E. y Puga, F. (2007). *Autoconcepto en tercera edad: un estudio comparativo entre poblaciones rural y urbana*. Tesis presentada para obtener el grado de Licenciado en Psicología en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México
- Machado, L. (1999). Duelo psicológico y sexualidad. *Medicina Reproductiva, Revista oficial de la Asociación Colombiana de Fertilidad y Esterilidad*. Vol. 2 Año 4 No 2. Consultado el 8 de octubre de 2008 en <http://www.encolombia.com/medicina-reproductiva24299-duelo.htm>
- Macías-Valdez G., (1996). *Desarrollo Infantil 1. Estructuración de la Realidad en el Niño*. México. Editorial Trillas S. A. de C. V.
- Macías-Valdez G. (1997). *Desarrollo Infantil 2. Estructura de la Fantasía en el Niño*. México. Editorial Trillas S. A. de C. V.
- Mahler, M. (1980). *Simbiosis Humana: las vicisitudes de la individuación*. (2º ed.). México: Editorial Joaquín Mortiz
- Mahyar A., Noohi S., Radfar S. y Hadi Radfar M., (2007). Sexual function in women after surgery for pelvic organ prolapse Int Editor Springer London publicado por *International Urogynecology Journal*. Vol. 19. No. 1. pp. 53–57 <http://www.springerlink.com/content/g0151752n623302w/>
- Mancera, Y.J. (2007). *Diferencias en la imagen corporal de mujeres que se encuentran en el climaterio, específicamente en la etapa de premenopausia y menopausia*. Tesis presentada para obtener el grado de Licenciatura en Psicología de la Escuela de Psicología de la Universidad Salesiana. Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México
- Marchant-Haycox, S., Liu D., Nicholas, N., y Salmon, P. (1998). Patients' Expectations of Outcome of Hysterectomy and Alternative Treatments for Menstrual Problems

- Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 21. No. 3. pp. 283-297 <http://www.springerlink.com/content/w134215651308736/0160-7715> (Print). 1573-3521 (Online)
- Marino, A. *Cáncer y aparato psíquico*. Psicooncología. Org Portal de recursos en Psicología, Psicoanálisis, Psiquiatría y Cáncer. Disponible el 19 de julio de 2009 en: [http://www.psicooncologia.org/profesionales/profesionales.php?id\\_user=&email=fjavieraquino@yahoo.com.mx&\\_pagi\\_pg=9](http://www.psicooncologia.org/profesionales/profesionales.php?id_user=&email=fjavieraquino@yahoo.com.mx&_pagi_pg=9)
- Martín, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F., (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*. Vol. 10 No. 2 pp. 458-467. España disponible el 27 de julio de 2009 en <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/11387416/articulos/SJO-P0707220458A.PDF>
- Mascareñas, J. (1980). *Depresión pre y post histerectomía*. Manuscrito no publicado.
- Mascareñas, J. y Pisanty M. M. I. (1980). *La sexualidad pre y post-histerectomía en mujeres y jóvenes*. Manuscrito no publicado.
- Matud, M. P. (2004). Autoestima en la mujer un análisis de su relevancia en la salud. *Avances en Psicología Latinoamericana*. Vol. 22. pp. 129-140. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=79902212&iCveNum=5796>
- Mazmanian, M. (1999). Hysterectomy; Holistic care is key. *Medical Economics Publishing Inc*. R.N. Vol. 62 No. 6. pp. 32-35. Base de datos: ArticleFirst
- McPhee, S. J., Papadakis, M. A., Tierney Jr. y Lawrence M., (2007). *Diagnóstico Clínico y Tratamiento*. McGraw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V. México D.F. 46<sup>a</sup> Edición
- Mendoza, A. E., (2007). *Climaterio e histerectomía, un estudio comparativo sobre el autoconcepto en mujeres*. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México
- Meston, C. M., (2004). The Effects of Hysterectomy on Sexual Arousal in Women With a History of Benign Uterine Fibroids *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 33, No. 1, pp. 31-42 consultado el 30 de junio de 2009 en <http://homepage.psy.utexas.edu/Homepage/Group/MestonLAB/Publications/hysarousal.pdf>
- Meston, C. M. y Bradford, A., (2007). Sexual dysfunctions in women *Annual review of clinical psychology*. Vol. 3 pp. 233-256. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17716055> ISSN 1548-5943 (Print). 1548-5951 (Electronic)
- Miro, J., y Raich, R., (1998). Cirugía, estrés y estrategias de afrontamiento: un análisis exploratorio, *Anuario de Psicología*. vol. 29. no 3.73-87. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona, España, disponible el 17 de julio de 2009 en : <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61493/88340>
- Moix, J., (1994). Emoción y Cirugía, *Anales de Psicología* Vol. 10. No. 2, pp. 167-175 ISSN 0212-9728 disponible el 30 de junio de 2009 en: <http://hipatia.uab.cat/jmoix/nanal.pdf>

- \_\_\_\_\_ (1996). Ansiedad, dolor y recuperación postquirúrgica Barcelona. *Cirugía Española* Vol. 60, pp. 337-338. Universidad Autónoma de Barcelona <http://hipatia.uab.cat/jmoix/cardir2.pdf> ISSN 0009-739X
- Monroy, A., (2005). El climaterio y sus efectos en la mujer. *Ciencia y hombre. Revista de divulgación Científica y Tecnológica de la Universidad Veracruzana*, Vol. 18 No 1 disponible en, [http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol18num1/articulos/efectos\\_mujer/index.htm](http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol18num1/articulos/efectos_mujer/index.htm) consultado el 30 de junio de 2009
- Montes L., Mullins P, M.J. and Urrutia, M. T., (2006). Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 71, No. 2, pp. 129-134 <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n2/art10.pdf>
- Montes, M.I. y Bayle, M.S. Coord. Fernández P., *Aspectos psicológicos y psiquiátricos en unidades especiales de hospitalización*. Sevilla, España, Consultado el 8 de octubre de 2008 en <http://www.galeon.com/psiquiatria/ho/manual/a7n4.htm>
- Moore, K. L. y Dalley, A. F., (2003). *Anatomía con Orientación Clínica*. 4ª Edición. Editorial Medica Panamericana S.A. Madrid, España
- Morales, A. y Huerta, M. R., (2003). Cambios en el autoconcepto de mujeres sometidas a histerectomía. *Calimed*; 9(1).
- Moya, L. (2000). *Introducción a la Estadística de la Salud*. Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2000 San José, Costa Rica, disponible el 25 de julio de 2009 en: <http://books.google.com.mx/books?id=OQSBJW2hzjEC&printsec=frontcover>
- Musitu G., Jiménez y TI, Murgui S., (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Pública Mexicana*; Vol. 49, pp.3-10.
- Newcombe, R. G. y Merino, C., Intervalos de confianza para las estimaciones de proporciones y las diferencias entre ellas. *Interdisciplinaria*, ago./dic. 2006, Vol.23, no.2, p.141-154. ISSN 1668-7027 disponible el 25 de julio de 2009 en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v23n2/v23n2a01.pdf>
- Ojeda, B, Ramal, J., Calvo, F. y Vallespin R., (2001). Estrategias de afrontamiento al estrés y apoyo social. *Revista Psiquis 2001*. Revista Oficial de la Asociación Española de Psicoterapia del Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática Alpe Editores S.A. Vol. 22, No. 3, pp. 155-158, Madrid, España ISSN 0210-8348, No 3 del 2001, Consultado en [http://www.psisquis.com/art/01\\_22\\_n03\\_A06.pdf](http://www.psisquis.com/art/01_22_n03_A06.pdf) el 8 de octubre de 2008
- Olivares, M. E. (2004). Aspectos Psicológicos en el Cáncer Ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana 2004*, Vol. 22, pp. 29-48. Universidad Complutense de Madrid, España disponible en: [http://www.urosario.edu.co/medicina/apl/documentos/Vol22/02\\_AspPsicologicos\\_aplVol22.pdf](http://www.urosario.edu.co/medicina/apl/documentos/Vol22/02_AspPsicologicos_aplVol22.pdf) ISSN 1794-4724
- Oñate, M. P. (1989). *El autoconcepto. Formación, medida e implicaciones en la personalidad*. Narcea, S.A. de Ediciones, Madrid.

- Ortega Ruiz, P., Mínguez, R. y Rodes, M. L. (2000). Autoestima: Un nuevo concepto y su medida. *Ediciones Universidad de Salamanca, Teoría de la Educación* Vol. 12, pp. 45-66; Salamanca, España ISSN 1130-3743
- Ottosen Ch. y Lingman, O. L. (2000). Three methods for hysterectomy: a randomised, prospective study of short term outcome. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* November 2000, Vol107, pp. 1380-1385
- Oviedo, H. C. y Campo, A., (2005); Aproximación al uso del Coeficiente alpha de Cornbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 34, No. 004, pp. 572-580; Asociación Colombiana de Psiquiatría, Bogotá Colombia
- Palacio V. M. L. (1998). Sexualidad femenina en el climaterio. *Revista de Menopausia, Revista Colombiana de Menopausia de la Asociación Colombiana de Menopausia* Vol. 4 No 3. Disponible el 30 de junio de 2009 en [http://www.encolombia.com/meno\\_II43\\_indice.htm](http://www.encolombia.com/meno_II43_indice.htm)
- Pappalettera, N. B. y Kepic, A. (2005). El autoconcepto profesional en la formación docente. *Revista Formadores, Cap. 1, Pág 1-8* del Instituto Superior de Formación Docente y Técnica de la Dirección General de Cultura y Educación del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, Revisado el 8 de octubre de 2008 en <http://www.formadores.org/RFautoconcepto.pdf>
- Pasquali, A. E. (1999). El impacto de la menopausia prematura en la experiencia del sí mismo en las mujeres. *Journal of Holistic Nursing*, editada por School of Nursing, Adelphi University, de Garden City, New York, Vol. 17, No. 4, pp. 346-364, Dic. 1999, E.U.A. disponible en <http://jhn.sagepub.com/cgi/content/abstract/17/4/346>
- Pastor, R. y Bonilla, A. (2000). Identidades y cuerpo: el efecto de las normas genéricas. *Papeles del Psicólogo, No 75*, Universidad Valenciana, ISSN 0214-7823, disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=818>
- Peralta, F. J. y Sánchez, M. D. (2003). Relaciones entre el autoconcepto y el rendimiento académico, en alumnos de Educación. Almería España, *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa y Psicopedagógica, Vol. 1, No. 1*, pp. 95-120, ISSN: 1696-2095, [http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/1/espagnol/Art\\_1\\_7.pdf](http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/1/espagnol/Art_1_7.pdf)
- Pichón, E. (1966). Esquema Corporal. *Escuela Privada de Psiquiatría Social. Clase N° 17*, Disponible en <http://www.espiraldialectica.com.ar/12-9-66.htm> consultado el 30 de junio de 2009
- Polaino-Lorente, A. (2000); Una introducción a la psicopatología de la autoestima. *Revista Complutense de Educación, vol. 11.No 1* pp.105-136, España ISSN 1130-2496 disponible en <http://revistas.ucm.es/edu/11302496/articulos/RCED0000120105A.PDF>
- Pruzinsky, T. y Cash, T.F. (1990). *Body Images: Development, Deviance, and Change*. Guilford Press, New York, E.U.A.

- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, Vol. 22, pp. 15-27. [http://www.urosario.edu.co/medicina/apl/documentos/Vol22/01\\_Perspectiva\\_aplVol22.pdf](http://www.urosario.edu.co/medicina/apl/documentos/Vol22/01_Perspectiva_aplVol22.pdf)
- Ramírez Salguero, M. I. y Herrera Clavero, F. (2002). El Autoconcepto; *Euphoros* No 5, auspiciada por la Universidad Nacional de Educación a Distancia, ISSN 1575-0205, pp. 187-204, disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extaut?codigo=206127> , Consultad el 26 de junio de 2009, Cádiz, España
- Recansens, M., (2007). *Cómo resolver los conflictos que expresa nuestro cuerpo: Lo que el espejo nos dice realmente*. México, Editorial Pax
- Rhodes, J. C., Kjerulff, K. H., Langenberg, P. W. y Guzinski, G. M. (1999). Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA*, nov. 1999; Vol. 282 No 20: pp. 1934-1941. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/282/20/1934>
- Rodríguez, C. N. (1995). La histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso: indicaciones, técnica y recomendaciones. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* Vol.21 No.1, Ciudad de la Habana, ISSN 0138-600X versión impresa disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol21\\_1\\_95/gin02195.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol21_1_95/gin02195.htm) consultado el 30 de junio de 2009, Cuba
- Roovers, J. P., Van der Bom, A., Schagen, J. y Van Leeuwen S. P. (2006). Effects of genital prolapse surgery on sexuality. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, Vol. 27, No. 1 pp. 43-48; ProQuest Health and Medical Complete, Disponible en <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17792381>
- Roovers, J. P., W R, Van der Bom, J. G, Van der Vaart C. H. y Heintz, A P. M, (2003). Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy and total abdominal hysterectomy, subtotal abdominal prospective observational study of vaginal. *BMJ*; Vol. 327, pp. 774-778, Consultado el 30 de junio de 2009 en [http://www.bmj.com/cgi/reprint\\_abr/327/7418/774](http://www.bmj.com/cgi/reprint_abr/327/7418/774)
- Rosen R., Brown, C., Heiman J., Leiblum S., Meston C., Shabsigh R., Ferguson, D. y D Agostino Jr. R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Sexual Function, *Journal of Sex y Marital Therapy*, Vol. 26 pp. 191-208, USA
- Roushdy, M., Farag, O., Mosaad, M. y Zayed, M., (1997). Pain after hysterectomy: a comparison between four currently available procedures. *Gynaecological Endoscopy*, Vol. 6, pp. 99-103, <http://www3.interscience.wiley.com/journal/120146843/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>
- Ruiz-Cantero, M. T. y Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000400019&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400019&lng=es&nrm=iso) accedido el 26 junio de 2009

- Salaberria, K., Rodríguez, S. y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, Vol. 8, pp.171-183, País Vasco, España, disponible el 6 de agosto de 2009 en <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>
- Schilder, P. (1958). *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Editorial Paidós, México (Trabajo original publicado en 1935).
- Schwartz, S. A. (2002). Psychological aspects of gynecologic surgery. *CME Journal of Gynecologic Oncology del European Journal of Gynaecological Oncology (EJGO)*. Vol. 7, pp. 268–279, ISSN 1219-9087 <http://74.125.95.132/search?q=cache:yxbMb6GETBQJ:www.cme.hu/dlObject.php%3Faid%3D345%26/268-279.PDF+Psychological+aspects+of+gynecologic+surgery&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx>
- Scott, J. R., Karlan, B., Gibbs, R. y Hiney, A., (2006). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. 9ª Edición, Traducción de García Riog, Félix y Orizaga, J. Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V. México-
- Seoane, J. (2005). Hacia una biografía del *Self*. *Boletín de Psicología*. No. 85, pp. 41-87 disponible en <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N85-3.pdf>
- Shavelson, R. J. Hubner, J. J. y Stanton, J.C. (1976). Self concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, Vol. 46, pp. 407-441
- Shiri, Sh., Tsender, J., Livai, R., Schwartz, I., and Vatine, J., (2003). Similarities Between the Psychological Profiles of Complex Regional Pain Syndrome and Conversion Disorder Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, Vol. 10, No. 3, <http://www.springer-link.com/content/11m05637l2244x26/> ISSN 1068-9583 (Print). 1573-3572 (Online)
- Silva, L., Escobedo, M., Calle, M. A, Díez, A. y Llorca R. (2000). Elaboración del duelo anticipatorio compartido en dos casos de endometriosis. *Interpsiquis 2000* <http://www.psiquiatria.com/articulos/psiqsocial/1826/>
- Spielberger, Ch. D., Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado*. Editorial El Manual Moderno, México D.F.
- Spitz, R. A. (1969). *El Primer Año de Vida del Niño*. México: Fondo de Cultura Económica
- Steiner, M. (1997). Premenstrual syndromes. *Rev. Med.* Vol. 48, pp. 447–455, <http://arjournals.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.med.48.1.447?cookieSet=1&journalCode=med>
- Teplin, V., Vittinghoff, L. F, Rearman, L.A. Richter, H.E., Kuppermann, (2007). Ooforectomía en las mujeres premenopáusicas. Relaciones con la calidad de vida y la función sexual, *Pescando en Internet, Boletín Electrónico Semanal 271*, editado por la Sociedad Ginecotológica del Uruguay•Sociedad de Ginecotología del Interior del Uruguay, Uruguay <http://www.sguruguay.org/documentos/pescando/Pescando271.pdf>
- Thakar R, A. S., Clarkson P, S. S, Manyonda, (2002). Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *New England Journal of Medicine*, Vol. 347, No. 17, disponible el 30 de junio de 2009 en <http://content.nejm.org/>

- Thompson, J.K., Heinberg, I.J., Altabe, M. y Tantleff-Dunn, S.. (1998). *Exactng Beauty. Theory, Assessment, and Treatment of Body Image Disturbance*. Washington, D.C., American Psychological Association.
- Tomas, J. M. y Oliver, A., (2004). Análisis psicométrico confirmatorio de una medida multidimensional del autoconcepto en español. *Revista Interamericana de Psicología*, Vol. 38 No 2 pp. 285-293. Universidad de Valencia, España. Revisado el 21 de agosto de 2008 en <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03830.pdf>
- Ulnik J. (s/f). Clase 7 Psicósomática y Piel: la piel y la mirada *Seminario el Cuerpo en la Clínica Psicoanalítica*. <http://www.edupsi.com/cuerpo/>
- Uriza, G., Alwers, C. R.; Guerra, O. E. y Onatra, W., *Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia. Menopausia*. Proyecto ISS-ASCOFAME entre el Instituto de Seguros Sociales y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; disponible en [http://www.bago.com/Bolivia/html/doc\\_pdf/menopausia.pdf](http://www.bago.com/Bolivia/html/doc_pdf/menopausia.pdf)
- Urrutia S., M. T. y Araya G., A., (2005); Sexualidad en Mujeres Histerectomizadas al Tercer Mes Posterior a la Cirugía. *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 70, No. 3, pp. 160-165. ISSN 0717-7526. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rhog/v70n3/art06.pdf>
- Urrutia, M. T., Araya G. A., Rivera, S., Viviani, P. y Villarroel, L. (2007). A predictive model for the quality of sexual life in hysterectomized women. *Revista Médica de Chile*, Vol. 135 No. 3, pp. 317-325, disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n3/art06.pdf>
- Urrutia, M. T., Araya G., A., Villarroel del P., L. y Viñales A. D. (2004). Características y Evolución de la Sexualidad en Mujeres Histerectomizadas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología Vol. 69, No. 4*, pp. 301-306, Trabajo leído en la sesión del 21 de septiembre de 2004 de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rhog/v69n4/art07.pdf>
- Urrutia, M. T., Araya, A. y Riquelme G. P. (2008). Satisfacción con la educación recibida en un grupo de mujeres histerectomizadas. *Ciencia y Enfermería del Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Concepción Vol. 14 No. 1*, pp. 33-42, Chile, ISSN 0717-2079 disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v14n1/art05.pdf>
- Urrutia, M., Riquelme, G. P. y Araya G. A. (2006). Educación de mujeres histerectomizadas ¿Qué desean saber? *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 71, No. 6, pp. 410-416, Consultado el 8 de octubre de 2008 en <http://www.scielo.cl/pdf/rhog/v71n6/art08.pdf>
- Valdés, A., (2001). *Autoestima y Autoconcepto en mujeres histerectomizadas*. Tesis presentada para obtener el grado de Maestría en Psicología Clínica en la División de Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México

- Vega, M. G., Hernández, A. L., Leo A, G., Vega M., J., Escartin Ch., M., Luengas, M. J. y Guerrero L. M. G. (2007). Incidencias y factores relacionados con el síndrome climatérico en una población de mujeres mexicanas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n5/art07.pdf> consultado el 26 de junio de 2009
- Velasco, M. L. y Luna, M. R., (2006). *Instrumentación de evaluación en terapia familiar y de pareja*. Editorial Pax, México, México D.F.
- Verduzco, M. A., Lara, M. A., Acevedo, M. y Cortes, J. (1994). Validación del Inventario de Autoestima de Coopersmith para niños mexicanos. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación de la Universidad Intercontinental Vol. 7 No 2* pp. 55-64, , México. ISSN 0187-7690
- Vomvolaki, E., Kalmantis, K., Kioses, K., Antsaklis A., (2006). The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, Vol. 11 No. 1 ProQuest Health and Medical Complete*, pp. 23, ISSN 1362-5187 Disponible en <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17663204>, consultado el 30 de junio de 2009
- Wolfe, P. S. (1997). The Influence of Personal Values on Issues of Sexuality and Disability, *Sexuality and Disability. Vol. 15, No. 2*, pp.69-90 <http://www.springerlink.com/content/v68751257m5l2369/> ISSN 0146-1044 (Print). 1573-6717 (Online).

***MUJERES HISTERECTOMIZADAS: ESTUDIO SOBRE LA DISTORSIÓN  
DEL AUTOCONCEPTO ANTE LA EXTRACCIÓN DE LOS ÓRGANOS  
REPRODUCTORES INTERNOS***

**HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**DESCRIPCIÓN**

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre pacientes intervenidos de Histerectomía (retiro de matriz). Esta investigación es realizada por los Licenciados en Psicología: Francisco Javier Aquino Bustos y Brissa Gabriela González Rodríguez. El propósito de esta investigación es evaluar las modificaciones de la imagen corporal ante la extracción de los órganos reproductores internos, a fin de elaborar una tesis sobre pacientes histerectomizadas en Instituciones Públicas.

Usted fue seleccionado por ser candidata a este tipo de intervención quirúrgica. Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará asistir a consultas y evaluaciones psicométricas con alguno de los Psicólogos responsables de la investigación, sin costo adicional.

El participar en este estudio le tomará aproximadamente una sesión después de su egreso hospitalario (a los tres meses) posterior a la intervención quirúrgica. Los beneficios esperados de esta investigación es el diseñar para la Institución un Programa de trabajo con este tipo de pacientes

**CONFIDENCIALIDAD**

Su identidad será protegida limitándose el acceso a la información sobre sus datos personales a los psicólogos participantes en esta Investigación. Toda información o datos que pueda identificarla serán manejados confidencialmente.

**DERECHOS**

**Si ha comprendido este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su colaboración es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse a contestar cualquiera de las entrevistas o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna sanción.**

**También tienen derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.**

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con Lic. Francisco Javier Aquino Bustos.

**Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber discutido y entendido la información presentada en esta hoja de consentimiento.**

---

Nombre del participante

Firma

Fecha

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con la arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

---

Nombre del participante

Firma

Fecha

## ENTREVISTA INICIAL

Nombre \_\_\_\_\_ 001. Edad \_\_\_\_\_

002. Escolaridad \_\_\_\_\_

003. Domicilio \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

004. Ocupación \_\_\_\_\_ 005. Ocupación Esposo \_\_\_\_\_  
006. Tipo Seguro \_\_\_\_\_

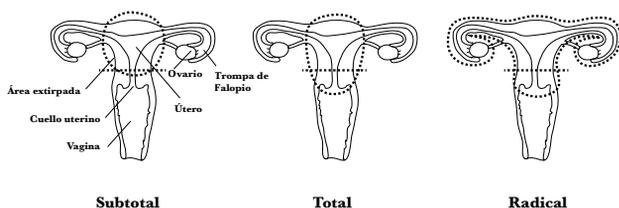
007. Estado Civil \_\_\_\_\_ 008. Embarazos \_\_\_\_\_ 009. Nacimientos \_\_\_\_\_  
010. Hijos vivos \_\_\_\_\_

011. Inicio de la menstruación \_\_\_\_\_ 012. Padecimientos previos \_\_\_\_\_

013. Inicio de vida sexual activa \_\_\_\_\_ 014. Tiene pareja actualmente \_\_\_\_\_

015. Tiempo de la relación \_\_\_\_\_ 016. Menopausia \_\_\_\_\_

### 017. TIPO DE HISTERECTOMIA PROGRAMADA



**NO LO  
SABE**

Nota: Las líneas de puntos indican el área extirpada

018. Causas de histerectomía

Miomatosis uterina      Incontinencia de orina de esfuerzo      Absceso tubo-ovárico

Prolapso genital      Tumor anexial      Endometriosis

Algia pélvica      Otro (especificar) \_\_\_\_\_

019. Causas a las que atribuye el inicio del padecimiento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

020. ¿Que síntomas presentó y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

021. ¿Tuvo otros tratamientos para este padecimiento? \_\_\_\_\_ 022. ¿Qué  
otros tratamientos tuvo? \_\_\_\_\_

023. ¿Por cuánto tiempo lo recibió? \_\_\_\_\_ 024. Tipo de hormona re-  
cibida \_\_\_\_\_

025. ¿Participó su pareja en la decisión de la intervención quirúrgica? \_\_\_\_\_ 026  
.¿Cómo participó? \_\_\_\_\_

027. ¿Participó otra persona en esa decisión? \_\_\_\_\_ 028. ¿Quién fue la perso-  
na que participó? \_\_\_\_\_

029. En opinión de la paciente ¿Su pareja ha participado en forma activa o pasiva  
en la decisión de la histerectomía? \_\_\_\_\_

030. En opinión de la paciente ¿Su pareja ha participado en forma cercana o dis-  
tante en la decisión de la histerectomía? \_\_\_\_\_

031. La decisión de la histerectomía fue electiva o fue necesaria \_\_\_\_\_

032. Promedio de relaciones sexuales semanales \_\_\_\_\_ 033. Frecuencia de relacio-  
nes sexuales satisfactorias \_\_\_\_\_ 034. Paridad satisfecha \_\_\_\_\_

035. ¿Su pareja percibió algún cambio en las relaciones sexuales? \_\_\_\_\_ 036.  
¿Ella le pregunto a él o él le comento a ella? \_\_\_\_\_

037. ¿Ha estado en tratamiento psicológico o psiquiátrico previamente? \_\_\_\_\_

038. ¿Cuál fue el motivo? \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

## Índice de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE)

**SXR**

Instrucciones: Éstas son algunas frases que pudieran describirla a usted o no. Le voy a ir diciendo cada una de estas frases, así como las posibles respuestas y usted me indicará cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. Trate de dar la respuesta que mejor describa como se siente habitualmente.

38. ¿Se siente bien?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

39. ¿Se cansa rápidamente?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

40. ¿Siente ganas de llorar?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

41. ¿Quisiera ser feliz como otros parecen serlo?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

42. ¿Pierde oportunidades por no poder decidirse rápidamente?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

43. ¿Se siente descansada?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

44. ¿Es una persona tranquila, serena y sosegada?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

45. ¿Siente que las dificultades se le amontonan al punto de no poder superarlas?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

46. ¿Se preocupa demasiado por cosas sin importancia?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

47. ¿Es feliz?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

48. ¿Toma las cosas muy a pecho?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

49. ¿Le falta confianza en si misma?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

50. ¿Se siente segura?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

51. ¿Procura evitar enfrentarse a las crisis y dificultades?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

52. ¿Se siente melancólica?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

53. ¿Se siente satisfecha?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

54. ¿Algunas ideas poco importantes pasan por su mente y la molestan?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

55. ¿Le afectan tanto los desengaños que no se los puede quitar de la cabeza?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

56. ¿Es una persona estable?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

57. ¿Cuando piensa en sus preocupaciones actuales se pone tensa y alterada?

Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre(4)
------------	---------------	----------------	-----------------

### Escala Multidimensional de Autoconcepto (AF5)

58. ¿Consigue fácilmente amigas?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

59. ¿Tiene miedo de algunas cosas?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

60. ¿Se cuida físicamente?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

61. ¿Cree que va a perder feminidad (con la operación)?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

62. ¿Es amigable?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

63. ¿Muchas cosas la ponen nerviosa?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

64. ¿Tiene la idea de que quedará hueca (con la operación)?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

65. ¿Es difícil para usted hacer amigas?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

66. ¿Se asusta con facilidad?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

67. ¿Se considera elegante?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

68. ¿Su pareja va a perder interés en usted?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

69. ¿Es una mujer alegre?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

70. ¿Cuando personas mayores le dicen algo se pone nerviosa?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

71. ¿Le gusta cómo es físicamente?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

72. ¿Ya no le va a ser útil a su pareja como mujer?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

73. ¿Le cuesta trabajo hablar con desconocidos/as?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

74. ¿Se pone nerviosa cuando le pregunta una persona superior?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

75. ¿Su interés sexual va a disminuir?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

76. ¿Tiene muchas amigas?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

77. ¿Se siente nerviosa?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

78. ¿Es una persona atractiva?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

### **Inventario de Apoyo Para la Pareja (IAP)**

Estas frases representan la forma como su pareja responde ante una problemática suya.

79. ¿Su pareja con su amistad le brinda apoyo?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

80. ¿Ante sus problemas, su pareja se muestra comprensivo?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

81. ¿Su pareja escucha sus problemas?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

82. Ante sus problemas personales, ¿su pareja la orienta?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

83. Ante un problema individual, ¿su pareja le apoya cooperando en lo que está a su alcance?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

84. ¿Su pareja la apoya protegiéndola ante cualquier dificultad?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

85. ¿Ante sus conflictos personales su pareja le brinda sostén emocional?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

86. ¿Su pareja es solidaria ante cualquier decisión que tome respecto a sus problemas personales?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

87. Cuando le platica sus problemas a su pareja; ¿él la evita?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

88. Cuando le platica sus problemas a su pareja; ¿él se preocupa?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

89. Cuando le platica sus problemas a su pareja, ¿él le hace ver los pros y los contras de aquellos?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

90. Ante sus problemas, ¿su pareja le dice que está con usted?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

91. ¿Su pareja le ayuda a solucionar sus problemas?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

92. Cuando le platica sus problemas; ¿él la condena?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

93. ¿Su pareja la apoya dándole amor?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

94. ¿Su pareja le brinda tranquilidad en momentos difícile?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

95. Ante una dificultad su pareja le dice que. “Usted puede resolver cualquier problema personal”

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

96. ¿Ante un problema su pareja le confirma que la quiere?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

97. Cuando le platica sus problemas a su pareja, ¿él la juzga?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

98. ¿Su pareja permanece cerca de usted cuando tiene problemas?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

99. Ante sus problemas, ¿su pareja muestra entendimiento?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

100. Cuando le platica sus problemas a su pareja, ¿él la aconseja?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

101. Ante un problema, ¿su pareja la orienta en su solución?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

102. Cuando le platica sus problemas a su pareja, ¿él le dice qué debo hacer y qué no?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

103. ¿Su pareja le da confianza para resolver cualquier problema?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

104. Cuando le platica sus problemas a su pareja, ¿él le cree?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

105. Cuando le platica sus problemas a su pareja, ¿él se comporta hostil con usted?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

106. Cuando le platica sus problemas a su pareja, ¿él la acompaña en su preocupación?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

107. Cuando le platica sus problemas a su pareja, ¿él la dirige en la solución de los problemas?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

108. Cuando le platica sus problemas a su pareja, ¿él la critica?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

109. ¿Su pareja le da seguridad para resolver cualquier problema?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

110. ¿Ante sus conflictos su pareja se une a sus preocupaciones?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

111. ¿Su pareja le ayuda cuando se lo pide?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

112. Cuando tiene un problema, ¿su pareja se une a la tarea de buscar la mejor solución?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

113. Cuando le platica sus problemas a su pareja, ¿él es duro con usted?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

114. ¿Su pareja la respalda en sus decisiones?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

115. Ante un problema, ¿su pareja le da soporte emocional?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

116. Cuando le platica sus problemas a su pareja, ¿él rechaza su opción de solución?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

117. ¿Ante sus dificultades su pareja prefiere que usted se responsabilice de solucionarlas?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

118. ¿Cuando tiene un problema su pareja la consuela?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

119. Cuando le platica sus problemas a su pareja, ¿él participa de una nueva reformulación de solución al conflicto?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

120. ¿Ante sus problemas su pareja respeta sus decisiones?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

121. Ante una dificultad, ¿su pareja la guía en su solución?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

122. Cuando tiene un problema, ¿su pareja la ayuda a buscarle una solución responsable?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

123. ¿A su pareja le expresa su forma de pensar sobre algún problema suyo?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

124. ¿A su pareja le hace saber lo bien que le hacen sus palabras?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

125. ¿Comparte sus problemas con su pareja?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

126. ¿Es capaz de confiarle sus problemas a su pareja?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

127. Cuando tiene un problema, ¿pide opinión a su pareja?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

128. ¿A su pareja le expresa su opinión sobre algún conflicto personal?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

129. ¿Comunica sus problemas a su pareja?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

130. ¿Confía en su pareja para contarle cualquier preocupación personal?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

131. ¿Le gusta enterar a su pareja de sus problemas?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

132. ¿Ante sus problemas prefiere que su pareja se mantenga al margen?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

133. ¿A su pareja le agradece cuando la escucha?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

134. Ante un conflicto personal, ¿busca el consuelo de su pareja?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

135. ¿Prefiere reservarse sus problemas personales que confiárselos a su pareja?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

136. ¿Comparte sus problemas con su pareja?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

137. ¿Le pide a su pareja que le ayude a resolver sus conflictos?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas Veces	Siempre(5)
-------	----------	---------------	--------------	------------

138. ¿Requirió educación al término de la entrevista para entender su padecimiento y las consecuencias? \_\_\_\_\_

139. Observaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

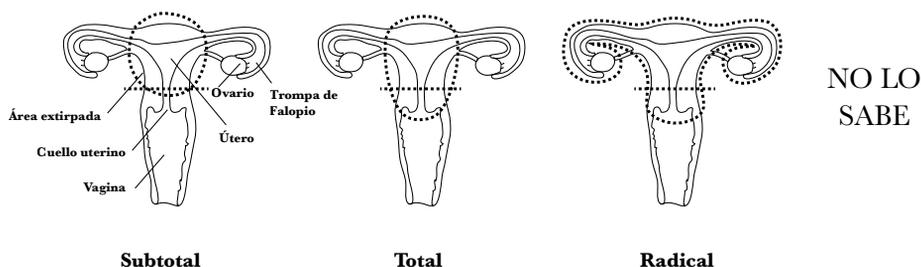
## Anexo 2. Cuestionario de Egreso

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Le recuerdo que su participación es voluntaria y confidencial por lo que puede abstenerse de contestar cualquier pregunta o suspender su participación en cualquier momento.

### 01. TIPO DE HISTERECTOMIA REALIZADA



**Nota:** Las líneas de puntos indican el área extirpada

### 02. Vía de intervención

Vaginal	Abdominal
---------	-----------

### 03. Ooforectomía

Sí	No
----	----

04. Medicamento indicado \_\_\_\_\_

### **Escala de Autoestima de Rosenberg**

Estas son algunas frases que lo describen o no dependiendo de su manera de ser. Estas frases podrán describir formas de ser suyas que presenta usted ya sea siempre, nunca u ocasionalmente por lo que dependiendo de la frecuencia con que estas frases se presenten en su manera de ser podrán elegir entre las diferentes opciones de respuesta que le presentare para cada frase

138. ¿Siente que es una persona digna, al menos tanto como las demás?

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo (1)
----------------	------------	---------------	-----------------------

139. ¿Está convencida de que tiene cualidades?

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo (1)
----------------	------------	---------------	-----------------------

140. ¿Es capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente?

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo (1)
----------------	------------	---------------	-----------------------

141. ¿Tiene una actitud positiva hacia sí misma?

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo (1)
----------------	------------	---------------	-----------------------

142. En general, ¿está satisfecha consigo misma?

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo (1)
----------------	------------	---------------	-----------------------

143. ¿Siente que no tiene mucho de que estar orgullosa?

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo (1)
----------------	------------	---------------	-----------------------

144. En general, ¿se inclina a pensar que es una fracasada?

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo (1)
----------------	------------	---------------	-----------------------

145. ¿Le gustaría poder sentir más respeto por sí misma?

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo (1)
----------------	------------	---------------	-----------------------

146. ¿Hay veces que realmente piensa que es una inútil?

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo (1)
----------------	------------	---------------	-----------------------

147. ¿A menudo cree que no es una buena persona?

Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo (1)
----------------	------------	---------------	-----------------------

#### Necesidades Educativas

148. ¿Cuál es el diagnóstico que originó la histerectomía? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

149. ¿Se le informó sobre las posibles complicaciones de la histerectomía?

Si	No (2)
----	--------

150. ¿Se le informó sobre las consecuencias de la extracción de los ovarios?

Si	No (2)
----	--------

151. ¿Se le informó sobre la duración de la cirugía?

Si	No (2)
----	--------

152. ¿Se le informó sobre el tipo de anestesia?

Si	No (2)
----	--------

153. ¿Se le informó sobre la preparación preoperatoria?

Si	No (2)
----	--------

154. ¿Se le informó sobre la utilización de vendas elásticas profilácticas?

Si	No (2)
----	--------

155. ¿Se le informó sobre el tiempo de hospitalización?

Si	No (2)
----	--------

156. ¿Se le informó sobre los cuidados de la herida operatoria?

Si	No (2)
----	--------

157. ¿Se le informó sobre el régimen alimenticio?

Si	No (2)
----	--------

158. ¿Se le informó sobre el uso de sonda urinaria?

Si	No (2)
----	--------

159. ¿Se le informó sobre los riesgos de la caminar prematuramente?

Si	No (2)
----	--------

160. ¿Se le informó sobre el efecto de la histerectomía en la sexualidad?

Si	No (2)
----	--------

161. ¿Se le informó sobre la terminación de la capacidad de volverse a embarazar?

Si	No (2)
----	--------

162. ¿Se le informó sobre la terminación de la menstruación?

Si	No (2)
----	--------

163. ¿Se le informó sobre la terminación del uso de cualquier método de planificación familiar?

Si	No (2)
----	--------

164. ¿Quién le proporcionó la información principalmente?

Médico General	Médico especialista	Enfermera	Trabajador Social	Nadie	Otro (6)
----------------	---------------------	-----------	-------------------	-------	----------

165. ¿Quién debe ser el Profesional que debiera educarla? (según deseo de la usuaria)

Médico General	Médico especialista	Enfermera	Trabajador Social	Nadie	Otro (6)
----------------	---------------------	-----------	-------------------	-------	----------

166. ¿En qué momento recibió la información?

Al ser derivada a hospital	Al valorarla el médico en el hospital	Al fijar fecha de cirugía	En el hospital antes de la cirugía	Después de ser operada Social	Antes de su egreso del hospital	Nunca (7)
----------------------------	---------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-----------

167. ¿En qué momento considera usted que debiera recibir la información?

Al ser derivada a hospital	Al valorarla el médico en el hospital	Al fijar fecha de cirugía	En el hospital antes de la cirugía	Después de ser operada Social	Antes de su egreso del hospital	Nunca (7)
----------------------------	---------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-----------

168. ¿En qué lugar fue que recibió la información?

Consultorio particular	Centro de salud	Hospital	Ninguno (4)
------------------------	-----------------	----------	-------------

169. ¿En qué lugar considera que debiera recibir la información?

Consultorio particular	Centro de salud	Hospital	Ninguno (4)
------------------------	-----------------	----------	-------------

170. ¿En qué forma fue educada?

Verbal Individual	Verbal Grupal	Escrito Individual	Audiovisual Individual	Ninguno (5)
-------------------	---------------	--------------------	------------------------	-------------

171. ¿En qué forma debiera ser educada? (según deseo de la usuaria)

Verbal Individual	Verbal Grupal	Escrito Individual	Audiovisual Individual	Ninguno (5)
-------------------	---------------	--------------------	------------------------	-------------

## Índice de Función Sexual Femenina

Estas preguntas son sobre su sexualidad regularmente. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

### Definiciones

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

### Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

48. ¿Cuán a menudo usted siente deseo o interés sexual?

Siempre o casi siempre (5)	Mayoría de las veces (más de la mitad)	A veces (alrededor de la mitad)	Pocas veces (menos que la mitad)	Casi nunca o nunca (1)
----------------------------	--	---------------------------------	----------------------------------	------------------------

49. ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

Muy alto (5)	Alto	Regular	Bajo	Muy bajo o nada (1)
--------------	------	---------	------	---------------------

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares.

50. ¿Con cuanta frecuencia usted siente excitación sexual durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual (0)	Muy satisfecha (5)	Moderadamente satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Moderadamente insatisfecha	Muy insatisfecha (1)
-------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------

51. ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual (0)	Muy satisfecha (5)	Moderadamente satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Moderadamente insatisfecha	Muy insatisfecha (1)
-------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------

52. ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual (0)	Muy satisfecha (5)	Moderadamente satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Moderadamente insatisfecha	Muy insatisfecha (1)
-------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------

53. ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual (0)	Muy satisfecha (5)	Moderadamente satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Moderadamente insatisfecha	Muy insatisfecha (1)
-------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------

54. ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual (0)	Muy satisfecha (5)	Moderadamente satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Moderadamente insatisfecha	Muy insatisfecha (1)
-------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------

55. ¿Le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

No tengo actividad sexual (0)	Muy satisfecha (5)	Moderadamente satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Moderadamente insatisfecha	Muy insatisfecha (1)
-------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------

56. ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

No tengo actividad sexual (0)	Muy satisfecha (5)	Moderadamente satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Moderadamente insatisfecha	Muy insatisfecha (1)
-------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------

57. ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

No tengo actividad sexual (0)	Muy satisfecha (5)	Moderadamente satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Moderadamente insatisfecha	Muy insatisfecha (1)
-------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------

58. Cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

No tengo actividad sexual (0)	Muy satisfecha (5)	Moderadamente satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Moderadamente insatisfecha	Muy insatisfecha (1)
-------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------

59. Cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

No tengo actividad sexual (0)	Muy satisfecha (5)	Moderadamente satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Moderadamente insatisfecha	Muy insatisfecha (1)
-------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------

60. ¿Cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante a actividad sexual?

No tengo actividad sexual (0)	Muy satisfecha (5)	Moderadamente satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Moderadamente insatisfecha	Muy insatisfecha (1)
-------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------

61. ¿Cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

No tengo actividad sexual (0)	Muy satisfecha (5)	Moderadamente satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Moderadamente insatisfecha	Muy insatisfecha (1)
-------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------

62. ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

No tengo actividad sexual (0)	Muy satisfecha (5)	Moderadamente satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Moderadamente insatisfecha	Muy insatisfecha (1)
-------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------

63. ¿Cuán satisfecha está con su vida sexual en general?

No tengo actividad sexual (0)	Muy satisfecha (5)	Moderadamente satisfecha	Ni satisfecha ni insatisfecha	Moderadamente insatisfecha	Muy insatisfecha (1)
-------------------------------	--------------------	--------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------------------

64. ¿Cuán a menudo siente molestia o dolor durante la penetración vaginal?

No tengo actividad sexual (0)	Siempre o casi siempre (1)	La mayoría de las veces (más que la mitad)	A veces (alrededor de la mitad)	Pocas veces (menos que la mitad)	Casi nunca o nunca (5)
-------------------------------	----------------------------	--	---------------------------------	----------------------------------	------------------------

65. ¿Cuán a menudo siente molestia o dolor después de la penetración vaginal?

No tengo actividad sexual (0)	Siempre o casi siempre (1)	La mayoría de las veces (más que la mitad)	A veces (alrededor de la mitad)	Pocas veces (menos que la mitad)	Casi nunca o nunca (5)
-------------------------------	----------------------------	--	---------------------------------	----------------------------------	------------------------

66. ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de molestia o dolor durante o después de la penetración vaginal?

No tengo actividad sexual (0)	Muy alto (1)	Alto	Regular	Bajo	Muy bajo o nada (5)
-------------------------------	--------------	------	---------	------	---------------------

Observaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*La imagen corporal en la paciente hysterectomizada,*  
coordinado por Francisco Javier Aquino Bustos y  
Sergio Correa, publicado por la Universidad  
Autónoma de Tamaulipas y Colofón, se terminó de  
imprimir en septiembre de 2018 en los talleres de Ingramex  
S.A. de C.V. El tiraje consta de 300 ejemplares impresos de  
forma digital en papel Cultural de 75 gramos. El cuidado editorial  
estuvo a cargo del Departamento de Publicaciones de la UAT.