

Ginecología

Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

Percepción, síntomas y sexualidad en mujeres histerectomizadas*

Mg. Claudia Lucero Chenevard¹ y Ps. Francisca Román Mella¹

RESUMEN

El propósito de este estudio fue explorar algunos aspectos emocionales, psicológicos y de satisfacción sexual evaluados ex-post en 38 mujeres histerectomizadas, que respondieron el Inventario de Síntomas SCL-90-R y el IFSF. Los resultados muestran que las mujeres recuerdan distintos síntomas, especialmente sentimientos de tristeza, de decaimiento, molestia en brazos y piernas durante el posoperatorio y hasta un año después de la intervención. Se observa una relación inversa entre la satisfacción con la información recibida y la cantidad de síntomas reportados, y un nivel de deseo y de satisfacción sexual bajo. Finalmente, se agruparon factores protectores y de riesgo, y se derivaron cuatro categorías de los constructos que manifiestan en relación con el significado del útero y la histerectomía.

Palabras clave: Histerectomía, síntomas, función sexual, variables protectoras y de riesgo.

La histerectomía es una intervención quirúrgica usual, que se practica desde hace mucho tiempo en la historia de la medicina, y que implica al útero, órgano que social y culturalmente está rodeado de significado,¹ simbólicamente vinculado a la identidad de la mujer, ligado a su ciclo menstrual y a la maternidad; en este contexto, este procedimiento, implica un impacto importante en las mujeres.²

Se ha afirmado que la histerectomía como intervención no necesariamente es la que incide en generar malestar en la mujer, sino el estado emocional previo a la operación³ y de aceptación que tenga del procedimiento, íntimamente relacionado con el nivel de información recibida.⁴ Sin embargo, como frente a cualquier malestar o enfermedad o afección el impacto en las personas es complejo e idiosincrásico. En particular, en un estudio reciente sobre sintomatología en el período del climaterio⁵ se observó que los casos con mayor sufrimiento psicológico y con los índices sintomáticos más elevados de la muestra analizada correspondían a mujeres histerectomizadas.

Adicionalmente, se ha planteado que la histerectomía es uno de los factores relevantes en la aparición de disfunciones sexuales.⁶ Sin embargo, también se plantea que la sexualidad estaría más bien determinada por la satisfacción sexual previa a la intervención^{7,8} y que no sería este procedimiento causal de afección en la vida sexual de las mujeres y, si lo fuese, podría serlo hasta de un modo positivo.⁹

De este modo, las investigaciones han dado resultados controvertidos.

El presente estudio tuvo por objetivo explorar algunos aspectos emocionales, psicológicos y de satisfacción sexual evaluados a posterior en mujeres que, por distintos motivos, han accedido a una histerectomía. Además, de indagar sobre la percepción de factores de riesgo y de protección frente al procedimiento.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de carácter exploratorio, mediante la aplicación de dos instrumentos: el *Inventario de Síntomas SCL-90-R*¹⁰ -con 10 dimensiones: Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, Psicoticismo, y una escala adicional sobre trastornos del sueño y del apetito- y el *Índice de Función Sexual Femenina IFSF*,¹¹ validado en Chile¹² -con seis dominios: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción y Dolor-. Además de una entrevista focalizada en datos demográficos, antecedentes y vivencias relacionadas con el procedimiento de histerectomía.

La muestra fue de tipo intencionada por conveniencia -mujeres voluntarias durante un periodo de tres meses de pesquisa en un consultorio de salud local-, compuesta por 38 mujeres residentes de la ciudad de Temuco, con promedio de edad de 53 años (desviación estándar de 7 años). La media de tiempo transcurrido desde la intervención es de 7 años, en un rango de 19 meses a diez años. Las causas mencionadas para la intervención son miomas, 'sangramientos' y/o quistes.

Según los tipos de datos se realizó análisis cuantitativo con estadística no paramétrica y análisis cualitativo a través de análisis de contenido.

Se analizan las variables: (a) *sintomatología* definida según la puntuación obtenida en el SCL y se describe para toda la muestra; (b) *satisfacción sexual* según la puntuación obtenida en el IFSF y se analiza por grupos: con actividad sexual (n= 22) y sin actividad sexual en los últimos 6 meses (n=16); esto considerando los sesgos en función de la edad.

Se explora la relación entre estas variables y las categorías obtenidas del análisis de la entrevista.

RESULTADOS

El perfil sintomático de la muestra total de mujeres indica que las escalas de Somatización, Depresión, Ideación Paranoide son las más elevadas para todo el grupo, siendo las más bajas Hostilidad y Psicoticismo. El promedio de puntuación en el Índice Sintomático General -GSI- es de .873 puntos (fig.).

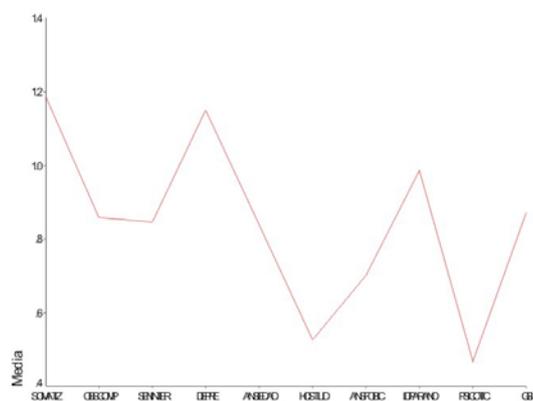


FIG. Perfil sintomático de las puntuaciones de las subescalas del SCL-90-R para el total de mujeres de la muestra (n=38) Puntuación SCL Subescalas SCL-90-R

El nivel de satisfacción sexual, en el puntaje general del IFSF fue de 17,96 puntos para el total de la muestra, siendo la puntuación más alta en la escala de Lubricación para el grupo de mujeres con vida sexual activa escala de Lubricación (4,3 puntos). En todas las escalas del IFSF existe diferencia significativa entre los grupos de mujeres con y sin actividad sexual, excepto en la escala Deseo (tabla 1), en que es igualmente baja.

Tabla 1. Comparación de los grupos de mujeres con actividad sexual vs. sin actividad sexual en las escalas del IFSF

Dominios	U*	p
Deseo	94,5	,348
Excitación	44	,005
Lubricación	44,5	,004
Orgasmo	55,5	,017
Satisfacción	45,5	,005
Dolor	53	,012
Total	53,5	,016

*U de Mann-Whitney p 0,05

Según la información recibida se puede agrupar el total de la muestra en dos grupos según perciben haber recibido información suficiente de parte del equipo médico (n=17), o nula/insuficiente (n=21). En estos grupos, las puntuaciones del SCL son significativamente diferentes en seis escalas y en el GSI, lo cual indica mayor nivel de sufrimiento sintomático relacionado con menor nivel de información (tabla 2).

Tabla 2. Comparación en las escalas del SCL-R-90 de los grupos de mujeres con información vs. sin información

	Con	Sin
	Información	
	U*	p
Somatización	12, 0	,10

OBSCOMP	90,5	,00
SEN INTER	120,5	,08
Depresión	102,5	,02
Ansiedad	109,5	,04
Hostilidad	99,5	,01
Ansiedad fóbica	111,5	,04
Ideación paranoide	129,5	,14
Psicoticismo	114	,05
Escala adicional	132,0	,17
GSI	93,0	,01

*U de Mann-Whitney p 0,05

Según perciben su estado de salud posterior a la histerectomía, el 44 % mencionó sentirse peor en el corto plazo (hasta dos meses después), y el 68 % mencionó sentirse mejor después de 1 año (tabla 3).

Tabla 3. Percepción del estado de salud post intervención

	Mejor %	Igual %	Peor %
Corto plazo	36,8	18,4	44,7
Largo plazo	68,4	15,8	15,8

Porcentaje de mujeres que responden a la pregunta ¿cómo percibe su estado de salud durante el primer año después de la intervención: mejor, igual o peor? y ¿cómo percibe su estado de salud después hasta ahora: mejor, igual o peor?

RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVOS

En factores de protección el análisis de contenido permite tres categorías centrales:

- *Apoyo/acompañamiento*: las principales figuras la constituyen la/os familiares directos de familia creada y de origen, siendo menor la referencia al equipo médico (en especial el/la médico tratante) y a la/os amiga/os.
- *Información*: es relevante la recibida desde el/la médico tratante y el personal cercano al momento de la intervención. Además, se valora la información -sobre lo ocurrido en la intervención y las consecuencias posibles- recibida después de la intervención. Con menor centralidad, se encuentra la información y comentarios recibidos de pares o en ambientes informales y familiares.
- *Alivio*: alivio sintomático (hemorragias, dolores) manifestado principalmente como el cese de la preocupación de padecer cáncer.

Para factores de riesgo, el análisis entrega tres categorías:

- *Desinformación*: información insuficiente o incomprensible recibida de parte del equipo médico y la falta de tiempo para tomar la decisión. Además, mencionan comentarios confusos de pares o de personal tratante. Con menor frecuencia, la necesidad de conocer un relato personal de la intervención quirúrgica, es decir, información pertinente y descriptiva de su caso particular.

- *Soledad*: falta de apoyo familiar, especialmente de la pareja.
- *Temores*: que hacen referencia a las consecuencias de la intervención, la mayoría asociadas a mitos como ‘quedar vacía’, afectar su función sexual o padecer dolores. Con menor relevancia se menciona la imposibilidad de tener hijo/as.

Para la categoría de significado sobre el útero y la histerectomía, se establecieron las categorías: un sentido doloroso de *pérdida*, término de *la posibilidad de maternidad* (independiente del cese de la edad reproductiva), como *identidad femenina*, como *ayuda para ‘evitar’ otros problemas de salud*, y *temores* frente al dolor y a las consecuencias.

La mayoría de las mujeres menciona haber vivido sentimientos de pena y/o desánimo, ligados especialmente a molestias físicas y en algunos casos a tristeza por el impacto de la operación. También, más de la mitad de las mujeres relatan molestias después de la operación, desde meses a un año. Mencionan síntomas como dolor de cabeza, náuseas, falta de fuerza en brazos y piernas, falta de energía o fatiga, dificultades urinarias y cansancio.

DISCUSIÓN

Una primera consideración, previa a la discusión, es que la muestra de este estudio es pequeña, con rangos de edad y tiempo desde la intervención que no permite la generalización de sus resultados. Sería de interés en un futuro estudio contar con una muestra mayor.

Los resultados cuantitativos indican que existe un perfil sintomático indicativo de mayor malestar subjetivo para mujeres histerectomizadas, que el promedio estimado en los parámetros del mismo instrumento para población femenina no clínica; y los resultados cualitativos permiten comprender en qué circunstancias es más probable que este sufrimiento esté presente. Es así, que aunque las mujeres de este estudio valoran como algo adecuado la intervención quirúrgica, presentan sentimientos de desánimo, suspicacia y desconfianza, y vivencia de disfunción corporal. En particular, los sentimientos de tristeza después de la intervención parecen relacionarse con los síntomas físicos derivados de la operación.

Para aminorar las consecuencias de la intervención no sólo se requeriría del consentimiento informado, sino de combinar más factores protectores, como los que derivan de este estudio: *Apoyo/acompañamiento*, *Información* y *Alivio*, y que resultan coincidentes con lo mencionado en otras investigaciones.^{13,14}

Específicamente, de acuerdo a los resultados mientras más información perciben recibir, el perfil sintomático es menor, lo que se puede entender porque aumentaría la sensación de control, que facilitaría el manejo de la ansiedad.¹⁵ Es importante señalar que la información se refiere, además de conocer de qué se trata la intervención y sus consecuencias, comprender específicamente cómo esto se traduce en su cuerpo. Consecuentemente, la desinformación y la soledad son percibidos como factores que dificultan el manejo de la intervención y sus consecuencias.

Los mitos y creencias respecto del útero y su extirpación aparecen como elementos que las entristece y desanima, y esto no parece tener relación con el nivel de información

recibido. De este modo, tanto el trabajo individual, familiar y/o grupal para compartir experiencias y creencias, disminuiría algunas consecuencias negativas.

Los síntomas posteriores a la intervención reportados por las mujeres son asimilables a la fatiga posthisterectomía descrita en un estudio sobre el tema.¹⁶ Sería necesario e interesante indagar cómo se explican las propias mujeres y sus cercanos estos síntomas.

En la sexualidad, las puntuaciones del IFSF en todas las escalas son similares y se corresponden con los niveles promedio para población femenina chilena -presentados por Blumel et al. en el proceso validación del instrumento-. Hay un grupo importante de mujeres en este estudio que no tiene actividad sexual, aunque manifiestan el mismo nivel de deseo -bajo- que las mujeres que si tienen actividad sexual. Así, para todo el grupo los niveles de satisfacción general son bajos aunque se sienten con la capacidad de funcionar en este aspecto. Tal como ha sido propuesto previamente, este tema es importante de evidenciar y tratar con las mujeres que se someten a una histerectomía, y con un beneficio aún mayor si se puede compartir inquietudes con más mujeres en condiciones similares.

Finalmente, es importante destacar que estos hallazgos, aunque limitados en su alcance, permite una aproximación a este procedimiento quirúrgico incorporando la importancia de la participación de la mujer, tomando en cuenta su forma de comprender lo que ocurre, que sin duda será la que guiará su adaptación.

AGRADECIMIENTOS

Con un especial agradecimiento al Consultorio Miraflores de Temuco por facilitar la realización de este estudio, y en forma especial a las profesionales *Alejandra Silva L.* y *Elizabeth Aedo C.* del Policlínico de Planificación Familiar.

SUMMARY

Perception, symptoms and sexuality in hysterectomized women

This study was aimed at exploring some of the perceived consequences of hysterectomy in thirty eight hysterectomized women from a primary care health center were interviewed, and were asked to respond the SCL-90 R inventory of symptoms and the IFSF scale of sexual functions. All participating women reported symptomatic suffering, especially, feelings of sadness associated with physical symptoms of abatement and pain in arms and legs, lasting up to a year following surgery. An inverse correlation between the level of satisfaction with the information received from the health team and the level of perceived symptoms. All women in the study manifested feeling low levels of sexual desire and sexual satisfaction. Finally, both, protective and risk factors derived from the experiences of participants were grouped in four categories, in relation to the meanings the uterus and hysterectomy had for them.

Key words: Hysterectomy, symptoms, sexual function, protective factors, risk factors.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martinez I, Bonilla A. Sistema sexo/género, identidad y construcción de la subjetividad. Valencia: Universitat de Valencia, 2000:66-70.
2. Khastgir G, Studd J, Catalan J. The psychological outcome of hysterectomy. *Gynecological endocrinology*. 2000;4(2):132-41.
3. Zintl-Wiegand A, Krumm B, Kohler F, Wiest W. Long-term outcome after hysterectomy. An interdisciplinary study. *Geburtshilfe und frauenheilkunde*. 2001;61(2):53-62.
4. Rannestad T, Eikeland O, Helland H, Qvarnstrom UI. Are the physiologically and psychosocially based symptoms in women suffering from gynecological disorders alleviated by means of hysterectomy?. *J Womens Health & Gender-Based Med*. 2001;10(6):579-87.
5. Lucero C, Feixas G, Saul L. Constructos personales y perfil sintomático en la etapa del climaterio: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*. 2004;34(3):371-83.
6. Helstrom L. Sexuality after hysterectomy: a model based on quantitative and qualitative analysis of 104 women before and subtotal hysterectomy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1994;15(4):219-29.
7. Zobbe V, Gimbel H, Andersen M, Feltenborg T, Jacobsen K, Sorensen H, et al. Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy. *Acta Obstet et Gynecol Scandinavica*. 2004;83:191-6.
8. Ferroni P, Deeble J. Women's subjective experience of hysterectomy. *Australian Health Review*. 1996;19(2):40-55.
9. Williams R, Clark A. A qualitative study of women's hysterectomy experience. *J Womens Health Gend Based Med*. 2000;9(2):15-25
10. Derogatis L. SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Manual Adaptación Española J. L. González de Rivera y cols. Madrid: TEA Ediciones, 2002.
11. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex & Marital Therapy*. 2000;26:191-208.
12. Blumel J, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarra S. (2004). Índice de Función sexual femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69(2):118-25.
13. Ahumada A, Aliaga P, Bolivar N. Enfoque integral de la paciente histerectomizada. *Rev. Hospital Clínico Universidad de Chile* 2001;12(3):229-34.
14. Kain Z, Sevarino F, Alexander G, Pincusa S, Mayes L. Undergoing hysterectomy a repeated-measures design. *J Psychosomatic Research* 2000;49:417-22.
15. Decherney A, Bachmann G, Isaacson K, Gall S. Postoperative Fatigue Negatively Impacts the Daily Lives of Patients Recovering From Hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2002;99:51-7.
16. Urrutia M, Araya A, Villarroel L, Vinales D. Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Rev Chil Obst Gin* 2004; 69(4):301-6.

Recibido: 2 de enero de 2006. Aprobado: 11 de marzo de 2006.

Mg. *Claudia Lucero Chenevard*. Ave. Francisco Salazar 01145, Fono (45)325620, Fax (45)341480, e-mail: clucero@ufro.cl, mroman@ufro.cl

*Este estudio corresponde a los resultados del Proyecto DIUFRO IN 110402, financiado por la Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
¹Psicólogas. Docentes del Departamento de Psicología de la Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.