

IMPACTO DE LA PANHISTERECTOMÍA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER

Miriam García Tirada¹ y Zeida Sobrado Rosales²

RESUMEN: Se encuestaron 85 pacientes menopáusicas de la consulta de climaterio-menopausia del Hospital General Docente "Enrique Cabrera" durante el año 1988. A los efectos del estudio se conformaron 2 grupos; pacientes castradas quirúrgicamente y pacientes con menopausia natural, 59 y 41 % respectivamente. Se seleccionaron 12 pacientes con menopausia natural y 23 castradas a las que se le realizó una entrevista y 3 pruebas psicológicas para registrar niveles de ansiedad situacional y personal, explorar conflictos que tiene la paciente y constatar el desarrollo de su autoestima. En el 36 % de las pacientes castradas la menopausia se presentó antes de los 40 años de edad. Los síntomas más frecuentes en ambos grupos fueron: el bochorno, sudación, ansiedad, insomnio e irritabilidad. El 62 % de las pacientes castradas refirieron síntomas antes del mes de haber sido intervenidas. En el grupo de pacientes con estudio psicológico encontramos un nivel alto de ansiedad-estado en el grupo de castradas, 74 % siendo de un 17 % en las pacientes con menopausia natural. En ambos grupos la ansiedad peculiar se comportó de forma similar, al igual que el daño de la autoestima, aunque más deteriorada en mujeres con menopausia natural. El motivo de la castración en el 70 % de los casos fue el fibroma uterino.

Descriptores DeCS: **CALIDAD DE VIDA; OVARIECTOMIA; MENOPAUSIA; HISTERECTOMIA VAGINAL; MUJERES; AUTOIMAGEN; MENOPAUSIA PREMATURA; BOCHORNOS.**

La menopausia artificial como expresión de la función ovárica al agotarse la reserva foliculogénica puede ser producida por 3 situaciones: la primera y más frecuente por extirpación quirúrgica de los ovarios (castración), la segunda por destrucción del ovocito por radiaciones, ya en desuso, y la tercera la destrucción del ovario por fármacos principalmente citostáticos.

La menopausia artificial se diferencia de la natural en 2 cosas: primero afecta mu-

jerer jóvenes en las que la carencia estrogénica tiene repercusiones más graves que las mujeres de 50 años o más; y segundo, que al suprimirse brusca y totalmente la acción de los ovarios, la caída estrogénica es brusca y se pierde la producción ovárica de andrógenos,¹ lo que lleva a un déficit estrogénico más intenso al no poderse realizar la conversión de andrógenos en estrógenos a través del metabolismo en la grasa.

¹ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Asistente de la Facultad de Ciencias Médicas "Enrique Cabrera".

² Licenciada en Psicología.

En la menopausia artificial los síntomas suelen ser más intensos, tempranos y se expresan de manera más crítica debido a la ausencia de adaptación biológica del organismo.¹

En la actualidad el concepto de salud no se limita al funcionamiento fisiológico del organismo, sino que abarca las propias características del individuo que se manifiesta al enfrentar la vida, así como las regularidades del medio social en que vive.

Si estudiamos el impacto de la menopausia en la mujer es imprescindible distinguir no solo aquellos síntomas neurovegetativos y genitourinarios asociados al déficit estrogénico, sino también la configuración de su personalidad que se ha estructurado y consolidado a lo largo de la vida, y que se enfrenta a una nueva situación que implica por tanto readaptaciones psicológicas.² La calidad de vida de la mujer con menopausia quirúrgica se afecta mucho más de las que presentan menopausia natural. Esta situación es más crítica cuando la castración es precoz.

A pesar que hoy en día se tratan de conservar los ovarios en las intervenciones quirúrgicas, no siempre ocurre así. El insuficiente conocimiento acerca de los síntomas, su frecuencia y criticidad y otros impactos sobre los procesos psicobiológicos ocasionados por la castración quirúrgica, condujeron a dirigir este trabajo hacia la identificación de sus consecuencias en la calidad de vida de la mujer.

Métodos

Se encuestaron 85 pacientes menopáusicas que acudieron a la consulta de climaterio-menopausia de HGD. "Enrique Cabrera", durante el año 1998. A los efectos del estudio se conformaron 2 grupos: 50 pacientes castradas quirúrgicamente y 35 pacientes con menopausia natural. En ambos grupos se obtuvieron datos sociodemográficos, características de la

menopausia, síntomas referidos, tiempo de aparición de los síntomas poscastración quirúrgica y causas que motivaron la castración.

De ambos grupos se seleccionaron 35 pacientes, 12 con menopausia natural y 23 con menopausia quirúrgica a las que se les realizó una entrevista y se les aplicaron 3 pruebas psicológicas: un inventario de ansiedad-rasgo-estado, mediante el cual se registraron los niveles de ansiedad situacional y personal, un *test* de frases incompletas (*Rotter*) para explorar los conflictos que tiene la paciente y en qué áreas están concentrados los problemas fundamentales (área familiar, laboral, sexual, personal y de relación) y 2 composiciones con los títulos "¿cómo soy?" y "¿cómo quisiera ser?", para constatar el desarrollo de su autoestima y la conformidad o no con su autovaloración. Se procesaron todos los datos obteniéndose los resultados que exponemos a continuación.

Resultados

Del total de 85 pacientes, 35 tuvieron una menopausia natural (MN) (41 %) y 50 fueron castradas quirúrgicamente (MQ) (59 %). Al valorar la edad de ocurrencia de la menopausia por grupos etáreos encontramos que en el grupo de castradas, en el 36 %, la menopausia se presentó entre los 20 y 39 años (tabla 1).

TABLA 1. Edad de la menopausia

Edad	MN%	MQ%
22-24	-	6
25-29	-	4
30-34	3	10
35-39	-	16
40-44	6	32
45-49	51	28
50-52	29	4
>53	11	-

Fuente: Encuestas.

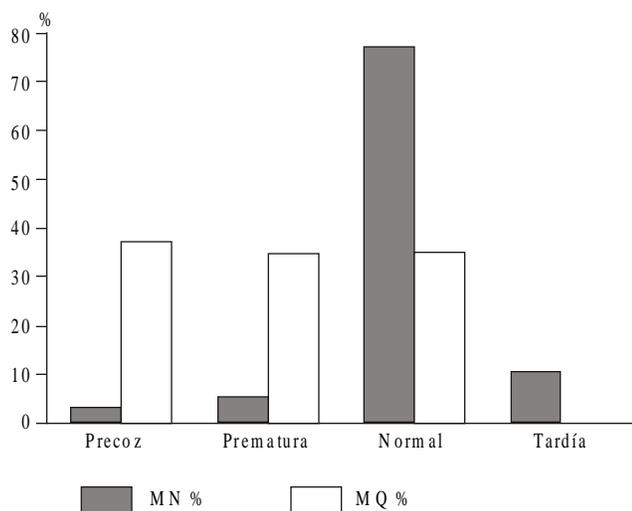


FIG. 1. Clasificación de la menopausia según la edad en que se produce.

Si clasificamos el estadio de ocurrencia de la menopausia según el criterio de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y de la Organización Mundial de la Salud que consideran la menopausia precoz cuando ocurre con menos de 40 años, vemos que el 36 % de las castraciones se produjeron precozmente y el 32 % tempranamente o sea con menos de 45 años (fig.1).

En la tabla 2 hacemos referencia a los síntomas que fueron más referidos en todo nuestro universo de estudio. Sin lugar a dudas en general fueron más incidentes en el grupo de castradas, los bochornos (90 %), la sudación (78 %), la ansiedad (50 %) y el insomnio (48 %).

TABLA 2. Síntomas de mayor frecuencia

Síntomas	MN%	MQ%
Bochorno	62	90
Sudación	65	78
Ansiedad	45	50
Insomnio	29	48
Disminución de la libido	51	42
Artralgia	32	36
Aumento de peso	11	26
Palpitaciones	35	10

Fuente: Encuestas.

Si queremos referirnos a síntomas biológicos solamente en el grupo de pacientes a las que se le realizó el estudio psicológico, siguen siendo los síntomas vasomotores más incidentes en las pacientes castradas; sin embargo, la sequedad vaginal representó el doble en las pacientes con menopausia natural en relación con el grupo de castradas.

Para el grupo de pacientes en que se realizó el estudio psicológico en la figura 2 se demuestran los niveles de ansiedad. El 17 % de las pacientes con menopausia natural tienen un nivel alto de ansiedad – estado, el 75 % un nivel medio y el 8 % un nivel bajo. Sin embargo, al relacionar el nivel de ansiedad en el grupo de pacientes castradas vemos que en estas hay un predominio del nivel alto de ansiedad – estado, es decir, que para el 74 % esta nueva situación se percibe como amenazante o dañina. En ambos grupos la ansiedad como rasgo fue alta. En el grupo de estudio psicológico, otros síntomas de esta esfera se incrementan en el grupo de pacientes castradas.

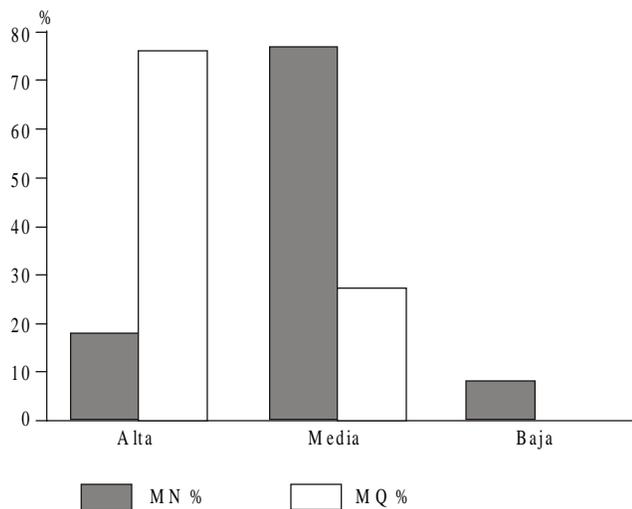


FIG. 2. Menopausia y nivel de ansiedad-estado.

En la figura 3 se aprecia que tanto las pacientes con menopausia natural como quirúrgica mostraron dañada su autoestima. Es interesante que la evaluación de sí misma está más deteriorada en mujeres con menopausia natural.

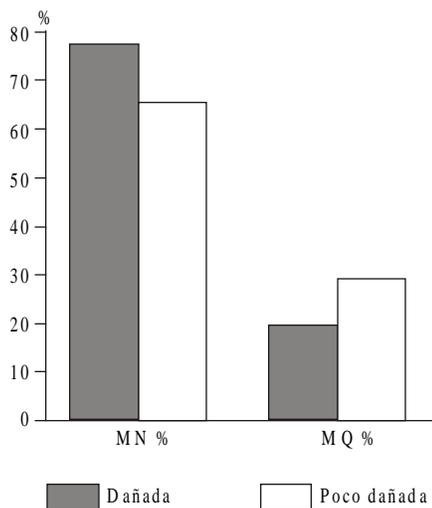


FIG. 3. Autoestima.

El tiempo en que aparecen los síntomas poscastración puede variar. El 62 % de las pacientes, refirieron síntomas antes del mes de haber sido intervenidas quirúrgicamente, el 6 % de las pacientes que no refirieron síntomas fueron castradas entre los 20 y 24 años de edad, y se les inició terapia hormonal sustitutiva precozmente.

A pesar que en la actualidad se trata de ser conservador en las intervenciones quirúrgicas, encontramos que el motivo de castración en el 70 % de los casos fue el fibroma uterino y en el 40 % de ellos, se llevó a las pacientes a una menopausia precoz. Es válido señalar otros diagnósticos; carcinoma *in situ* (CIS), carcinoma microinfiltrante de cuello, hiperplasia quística, y atonía uterina, donde el 100 % de las pacientes tuvieron una menopausia precoz con todas sus repercusiones.

Discusión

La edad de aparición de la menopausia es muy variable aceptándose para nuestro

país como edad promedio 49-50 años.³ (Méndez ME, Navarro D. Características clínicas, ginecoobstétricas y sociales de mujeres en 45 y 55 años. TTR. Ciudad de La Habana, Cuba, 1994) (Navarro D, Duany A, Oduardo A. Factores ginecoobstétricos relacionados con la menopausia. Trabajo presentado en el II Congreso Nacional de Endocrinología. Cuba, 1992). En nuestro estudio encontramos que el 41 % manifestó que su menopausia fue espontánea y 59 % fue quirúrgica, todas con histerectomía más ooforectomía bilateral.

En cuanto al promedio de edad se comportó similar a lo referido en toda la bibliografía para la menopausia natural, aunque en el 3 % de ellas esta fue precoz, entiéndase con menos de 40 años. No sucedió así en los casos de menopausia quirúrgica donde el 36 % de las pacientes se les llevó a una menopausia precoz, con todas las repercusiones que de ello se derivan y que analizaremos a continuación.

Como se señala en toda la bibliografía son los bochornos y los síntomas psicológicos lo que más se presenta en la mujer menopausica,¹⁻⁴ pero sin lugar a dudas son más frecuentes y más intensos en la mujer castrada, así lo refiere *Botella*¹ y lo corrobora en sus estudios *Hactmann*,⁵ *Everson*⁶ y *Zárate*,⁷ que relacionan la intensidad de los síntomas con la caída de los niveles de estrógenos después de la ooforectomía.

*Aksel*⁸ en su estudio también llega a esta conclusión y hace dependiente de ello a los bochornos, el insomnio, la depresión y la disfunción sexual. En nuestro estudio coincidimos con todos estos autores.

A partir de la menopausia aparecen una serie de síntomas nuevos que acrecientan el malestar en las mujeres entre ellos la atrofia de la piel y mucosas, la caída del cabello, hay falta de atención, desconcentración, y disminución de la memoria. A esta sintomatología deben agregarse 2 factores impor-

tantes, uno psicológico, el cual está influido por la personalidad de la mujer, y un segundo por su entorno.⁷

Es significativa la diferencia entre los niveles de ansiedad situacional en ambos grupos, predominando los niveles altos en las pacientes castradas. Conocemos por estudios realizados en mujeres climatéricas que el signo más común es la ansiedad; sin embargo, en la bibliografía consultada no hemos encontrado trabajos en los que se establezcan diferencias en cuanto a los niveles en que se presenta este síntoma. En nuestro caso en particular consideramos que la ansiedad sea más intensa en las mujeres con menopausia quirúrgica debido al desconocimiento sobre los cambios que se presentan después de la castración. Muchas de ellas se sienten frustradas porque aún jóvenes han perdido su capacidad reproductiva sin haber creado una familia. Pensamos que en los casos de menopausia espontánea aunque no existe un dominio real del síndrome, sí de alguna manera se tienen nociones de los cambios porque la mayoría comprende que por edad cronológica se enfrentan a una etapa inevitable de su desarrollo como seres humanos.

La presencia de otros síntomas psíquicos como: irritabilidad, depresión, trastornos del sueño e inseguridad fueron más evidentes en las pacientes con menopausia artificial. Resultados similares han sido descritos en investigaciones realizadas sobre la menopausia⁷ donde se plantea que la severidad de los síntomas es mayor en las mujeres con menopausia quirúrgica.

La disminución de la libido fue expresada en la mayoría de las pacientes de ambos grupos. En Suecia, *Hallstrom* citado por *Botella*;¹ compara 181 mujeres posmenopáusicas de más de 1 año, con un grupo de mujeres normales y observa un descenso del interés sexual.

Es curioso comentar que en la muestra que trabajamos, las mujeres con menopausia natural mostraron un porcentaje más alto en cuanto a la disminución del deseo sexual. Quizás esto puede explicarse porque las mujeres castradas son más jóvenes y por tanto el comportamiento de su sexualidad es diferente, ellas poseen menos prejuicios y tabúes que las priven del disfrute sexual. Para muchas mujeres la llegada de la menopausia natural está directamente vinculada con modificaciones de su sexualidad, incluso lo es también para la propia familia (especialmente los hijos), que invaden su privacidad porque piensan que a esa edad ya no es posible la relación sexual.

Cuando vemos que una mujer o un varón de edad avanzada realiza actividades intelectuales y físicas complejas, o que impliquen agilidad o destreza, se le ve con cierta incredulidad que genera asombro y respeto; en cambio, si el individuo añoso expresa deseo o actividad sexual, o simplemente alude al hecho de ser capaz de llevar una vida sexual activa, por lo general nos provoca un sentimiento interno de que no es adecuado, que no está bien, implicando una condena social generalizada.⁹

En un porcentaje considerable el grupo de mujeres estudiadas reflejó daño en la autoestima, ellas perciben que sus capacidades han disminuido, que existe un deterioro de autoimagen en término de cualidades de personalidad; por ejemplo: indecisas, desconfiadas de sus posibilidades, dependientes, expresan sentimientos de pérdida no solo de lo externo (físico), sino también de lo interno, que se evidencia en algunas expresiones como, "soy un desastre como persona, incapaz de enfrentar situaciones u obstáculos", "pienso que no sirvo como mujer porque he perdido todo en el orden sexual".

Durante la etapa climatérica se refieren alteraciones psicológicas, que si bien no

siempre conducen al deterioro de la salud mental, con frecuencia se traducen en una disminución de la satisfacción personal. Tal efecto se atribuye entre otras causas, a la reducción de la autoestima, expresión de una autovaloración negativa respecto a los estándares en que se ha desenvuelto la vida de la mujer y que le sirven de referencia.¹⁰

A nuestro juicio la existencia de un grupo de pacientes cuya castración fue tempranamente, es decir con menos de 45 años, puede justificar el pequeño porcentaje de diferencia en cuanto al daño de la autoestima con respecto al grupo de menopausia natural, ya que en las primeras por lo general hay una conservación del físico, la mayoría está menos atada a estereotipos genéricos y por tanto son más flexibles en sus roles.

No podemos olvidar que, otro aspecto que incide en la autoestima es el que está relacionado con los modelos o estereotipos de belleza que sobre la mujer existen en la sociedad. El concepto de sí mismo y la autoconcepción en este caso, se ven dañados por presiones sociales que muchas veces son superficiales porque no van a la búsqueda de la esencia humana.¹¹

En el 62 % de las pacientes castradas los síntomas aparecieron en los primeros 30 días siguientes a la intervención quirúrgica sobre todo en el período 15-30 días. Similar comportamiento lo refiere *Botella*,¹ que señala que en la menopausia quirúrgica los síntomas son de instauración precoz y pueden aparecer entre los 8 a 15 días, sin embargo, en la menopausia natural la plenitud del cuadro no aparece hasta casi 1 año después de ocurrida la última menstruación. También debemos señalar que en los casos en que solo se realiza histerectomía dejando indemne los ovarios no se presenta de inmediato la sintomatología climatérica, sino más tardíamente cuando estos ovarios inician su declinación, que a veces es muy

temprana, a los pocos meses de la histerectomía.

A pesar de que la conducta de ooforectomía bilateral pasados los 40 años cuando se realiza histerectomía por patología benigna de útero ha sido abandonada hoy día, en nuestro estudio encontramos que en el 70 % de las pacientes castradas la causa fue el fibroma uterino. Similar resultado obtuvo *Easterday* y otros¹² en una revisión de todas las histerectomías realizadas en los EU por fibroma uterino en las que en el 80 % se habían extirpado los ovarios.

En nuestro estudio consideramos que también pudieran conservarse los ovarios al realizar histerectomía por CIS, hiperplasia quística, atonía uterina e incluso ya se entra a valorar de acuerdo con criterios actuales el carcinoma microinfiltrante sobre todo tratándose de mujeres menores de 40 años. La extirpación quirúrgica de los ovarios en una mujer de cualquier edad tiene que tener una indicación muy precisa de patología del órgano o de un proceso maligno que lo requiera. De igual forma todo cirujano, tanto general como ginecoobs-

tetra, debe valorar las consecuencias fatales de la castración para la calidad de vida de la mujer antes de realizar este proceder.

Conclusiones

1. Se demuestra en el estudio una alta incidencia de menopausia precoz por castración quirúrgica.
2. Fueron los síntomas vasomotores y psicológicos los más referidos por las pacientes de ambos grupos.
3. Las pacientes castradas tienen un predominio del nivel alto de ansiedad-estado.
4. Tanto las pacientes con menopausia natural como quirúrgica mostraron dañada su autoestima, pero está un poco más deteriorada en mujeres con menopausia natural.
5. Los síntomas climatéricos fueron de aparición precoz en el grupo de castradas.
6. La patología que con mayor frecuencia llevó a la castración fue el fibroma uterino.

SUMMARY: 85 menopausal patients from the climacteric-menopausia consulting room of "Enrique Cabrera" General Teaching Hospital were surveyed during 1998. Patients were divided into 2 groups: patients with surgical menopause and patients with natural menopause, 59 and 41 %, respectively. 12 patients with natural menopause and 23 castrated were selected and interviewed. They also underwent 3 psychological tests to register levels of situational anxiety, to determine the conflicts of the patient and to check the development of self concept. Menopause appeared before the age of 40 in 36 % of the castrated patients. The most frequent symptoms in both groups were: hot flashes, sweating, anxiety, insomnia and irritability. 62 % of the castrated patients referred symptoms hardly a month after the operation. In the group of patients with psychological study we found a high anxiety level in the castrated group (74 %), whereas in the group with natural menopause anxiety was 17 %. Uterine fibroma was the cause of castration in 70 % of the cases.

Subject headings: **QUALITY OF LIFE; OVARIECTOMY; MENOPAUSE; HYSTERECTOMY VAGINAL; WOMEN; SELF CONCEPT; MENOPAUSE PREMATURE; HOT FLASHES.**

Referencias bibliográficas

1. Botella J. La edad crítica: climaterio y menopausia. Madrid: Salvat, 1992:309-18.
2. Taurelli R, Tamborini A. La menopausia. Buenos Aires: Masson, 1991:37-42.
3. Hernández A, Santana F. Síndrome climaterio: aspectos clínicos. Rev Cubana Endocrinol 1989;1:89-97.
4. Celades M. Aspectos clínicos en la menopausia. En: Palacios S. Climaterio y menopausia. Madrid: Murpal, 1994:64-8.
5. Hartmann BW, Kuchergast S. Hysterectomy increase the symptomatology of post menopausal syndrome. Gynecol Endocrinol 1995; 9(3):247-52.
6. Everson SA, Mattheros KA. Effects of surgical menopause on psychological. Characteristics lipidic levels; The Healthy Women Study. Health Psychol 1995;14(5):435-43.
7. Zárate A, Mac Gregor C. Menopausia y cerebro 1ra. ed. México, DF: Editorial Trillas, 1997:61-80.
8. Aksel S, Schomberg C. Vasomotor symptoms, serum estrogens and gonadotropin levels in surgical menopause. Am J Obstet Gynecol 1976;126:165-9.
9. Álvarez-Gayou Jurgenson JL. Sexualidad en la pareja. México, DF: Manual Moderno, 1996:60-70.
10. Navarro D, Artiles L. La menopausia no es el fin de la vida... Aspectos clínicos, sociales y terapéuticos del climaterio. Sexol Soc 1996;2(5):35-9.
11. Mederos Machado M. Autoestima. Sexol Soc 1995;1(1):16-9.
12. Easterday CL, Grimes DA. Hysterectomy in the United States. Obstet Gynecol 1983;62:203-8.

Recibido: 10 de enero del 2000. Aprobado: 25 de marzo del 2000.

Dra. Miriam García Tirada. San Gregorio No. 221 entre Lourdes y Alegría, Víbora Park, municipio Arroyo Naranjo, Ciudad de La Habana, Cuba.