

Sexualidad femenina e histerectomía

Female sexuality and hysterectomy

Ignacio González Labrador

Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Pedagogía de la Sexualidad. Profesor Auxiliar de Ginecología y Obstetricia. Sexólogo Clínico Acreditado. Policlínico Universitario Docente de Playa. La Habana, Cuba

RESUMEN

Se realiza un breve recuento histórico sobre el desarrollo de la cirugía ginecológica, y se enfatiza en la histerectomía como una de las intervenciones más frecuentemente realizadas en esta especialidad médica. Se ofrecen algunos datos de su incidencia en el Hospital "Dr. Eusebio Hernández" durante el período de 1977-1983. Se realiza un análisis sobre las posibles repercusiones que esta puede tener en la sexualidad femenina, así como la conceptualización del *maternaje* después de este evento quirúrgico. Se hace referencia a la importancia de la actitud de la parte masculina de la pareja humana.

Palabras clave: Histerectomía, sexualidad, maternaje.

ABSTRACT

A brief historical account on the development of gynecological surgery is made. Emphasis is given to hysterectomy as one of the most frequent procedures performed in this medical specialty. Some data on its incidence at "Dr. Eusebio Hernández" Hospital from 1977 to 1983 are provided. An analysis is made on the possible impacts it may have on female sexuality, as well as on the conceptualization of mothering after this surgical event. Reference is made to the importance of the male attitude in the human couple.

Key words: Hysterectomy, sexuality, mothering.

INTRODUCCIÓN

Durante la vida femenina pueden acontecer determinadas enfermedades que conlleven, como parte de su tratamiento, diversas intervenciones quirúrgicas, como son las histerectomías abdominales o vaginales, motivadas por diferentes causas (miomas uterinos, cáncer de cuello uterino, hemorragias disfuncionales rebeldes a tratamiento, etc.). En todas ellas el diagnóstico certero, preciso y oportuno es de vital importancia, así como la adecuada preparación preoperatoria, la adecuada ejecución operatoria y su rehabilitación posoperatoria.

Desde el punto de vista histórico una de las partes más esenciales de la ginecología es el desarrollo de la cirugía pélvica. En los primeros tiempos de la Medicina era habitual que una sola persona llevara la cátedra de anatomía y cirugía, incluyendo en esta última la obstetricia y la ginecología.¹

Evolutivamente, la obstetricia fue separada de la cirugía a comienzos del siglo XIX, aunque, si bien ya desde esa época se empezó a considerar a la ginecología como una especialidad, su separación de la cirugía fue más gradual y paulatina, sobre todo, en los Estados Unidos.¹

La primera ooforectomía (extirpación de los ovarios) se realizó alrededor de 1809, y fue considerada como un experimento en ese tiempo. Desde entonces a ese tiempo se consideró como el *inicio de la cirugía abdominal* en Estados Unidos.¹ En 1840 se realiza la primera miomectomía (extirpación de tumores fibrosos del útero). En cambio, la primera histerectomía fue llevada a cabo satisfactoriamente solo muchos años después que la ooforectomía, y se reporta alrededor de 1853.

La primera histerectomía con doble ooforectomía que se realiza en Cuba fue el 4 de abril de 1884.² Hace más de 200 años, *Cavallini*, en Florencia, planteó que el útero era un órgano no del todo necesario para la vida, y una generación más afortunada, podría demostrar que la matriz puede ser arrancada con impunidad después de su función fundamental: la reproducción.²

El desarrollo histórico de este proceder nos lleva a pensar en todo el descubrimiento y avance que en esta rama del saber el hombre como especie ha logrado, lo que le ha permitido alcanzar niveles mayores de sobrevivencia, y se han podido curar de diferentes enfermedades miles de mujeres. Hoy en día es una de las operaciones ginecológicas y de cirugía que tiene una alta prevalencia; ahora bien, ¿preparamos a las pacientes y nos preparamos como profesionales para las implicaciones que esta operación tiene en la calidad de vida de la mujer?

DESARROLLO

Los trastornos ginecológicos están relacionados frecuentemente con cambios en la actividad sexual. Aquellos que afectan los genitales o el sistema reproductivo tienen repercusiones directas sobre la sexualidad femenina, al afectar su imagen, la autoestima, el estado reproductivo o al provocar malestares o incomodidades físicas. A veces encontramos relativa negligencia por parte médica respecto al problema sexual de las pacientes con histerectomía realizada, y se olvida que ellas

siguen teniendo necesidades, sentimientos e inquietudes sexuales.^{3,4}

La extirpación del útero puede deberse a varios factores o razones médicas, entre las que se encuentran, los tumores benignos y malignos del útero, las hemorragias disfuncionales refractarias y recidivantes a tratamientos, las endometriosis, las infecciones pélvicas, los prolapsos genitales, etc. En un estudio realizado en el Hospital "Dr. Eusebio Hernández" (Acosta R. Tratamiento médico. Fibroma uterino. III Jornada Científica del Hospital Docente "Eusebio Hernández". Enero 2007) en el período comprendido desde 1977 a 1983, se reportan las histerectomías realizadas de la manera siguiente:⁵

- 1 428 histerectomías realizadas, y de ellas, 1 060 por fibroma.

En el propio hospital, esta vez en un período de 2 años (2004-2006), se reportaron:

- 639 histerectomías abdominales, de las cuales 325 fueron por fibromas uterinos.

Sea cual sea la causa, la histerectomía va acompañada de alteraciones de la sexualidad femenina debido a una serie de razones biológicas y psicológicas. Los problemas sexuales posteriores a esta intervención pueden ser continuación o evolución de dificultades ya existentes anteriormente. Si la mujer asocia su sexualidad con la reproducción únicamente, seguro experimentará una disminución de la libido y de su capacidad de respuesta sexual, pues después de la intervención la función reproductora es imposible.

En una mujer después de la histerectomía pueden ocurrir diferentes reacciones psicológicas frente al problema, podemos resumirlas en 3 fases de la manera siguiente:⁴

- Primera fase (de conmoción, incredulidad o incluso negación). Durante esta fase hay disminución de la confianza en sí misma, dudas sobre ella misma, y sentimientos de culpa y miedo ante la intervención.
- Segunda fase (generalmente cuando el tratamiento quirúrgico ya ha sido realizado). Se produce una afectación con gran depresión, pues la posibilidad de menstruar y reproducirse ya no son posibles. Aparece la irritación, la furia, la culpa, la soledad y la depresión, así como el duelo en solitario, generalmente sin apoyo. En otros casos, aparece la resolución y aceptación de la situación que se presenta.
- Tercera fase (de aceptación y conformidad). Fase muy difícil, pues no siempre la mujer ha resuelto su dolor (duelo con su cuerpo y con ella misma), y puede no ser capaz de tomar decisiones informadas y racionales sobre las posibles alternativas de vida sexual y social futura.

Estas reacciones psicológicas hacia la histerectomía tienen un efecto importante sobre la sexualidad y la respuesta sexual humana en general. La más generalizada es la percepción de una disminución de la autoestima, por sentir su propia imagen corporal alterada (dañada, incompleta y defectuosa), por lo que pueden sentirse sexualmente poco atractivas, lo que conlleva a una disminución del impulso sexual, con disminución igualmente de la respuesta sexual, del placer o el disfrute durante la relación sexual, que provoca, en algunos casos, que la mujer se sienta asexual.⁴ Se producen, igualmente, alteraciones en cuanto al ritmo, variedad y frecuencia de las relaciones sexuales.

Si desde el plano social uno de los mitos femeninos principales es el de mujer=madre, lógicamente la intervención contrapone a la mujer con ese

desempeño. Si nosotros como profesionales de la salud hemos conceptualizado el MATERNAJE^{6,7} "como una larga cadenas de sucesos que empiezan con la gestación y terminan cuando acaba la vida de la mujer", en esta ocasión también conceptualizaremos qué pueden significar cada una de las letras que componen esta palabra cuando la mujer se enfrenta a una histerectomía.

MATERNAJE

M=miedo ante la intervención quirúrgica, malestares asociados a esta.

A=ansiedades por su desempeño futuro, físico y sexual.

T=temor a no seguir siendo una mujer *completa*.

E=expectativas de vida, sociales, laborales y sexuales.

R=realidad evidente ("esta vacía," "la vaciaron," le quitaron el útero).

N=necesidades sexuales insatisfechas, por posible rechazo masculino.

A=angustias por lo resultados futuros de la operación.

J=juicios externos (femeninos y masculinos) la considerarán incompleta, "vacía", ya que le falta el útero y la maternidad será imposible.

E=erotismo en último lugar, pues ya ella no es la misma.

Cuando hay un estado patológico que puede provocar dispareunia después de la operación, la paciente suele mantenerse predispuesta ante el inicio y mantenimiento de la actividad sexual. En el sexo femenino abunda la creencia de que su actividad sexual cesa con la menopausia y puede encontrar dificultades después de la operación, pues después de ella no hay posibilidades de seguir menstruando. En otros casos hay una respuesta favorable, pues la mujer tras la cirugía puede quedar libre de un estado patológico y, de esta manera, la operación facilita su capacidad de respuesta sexual. De igual modo, aquella que teme a un embarazo o el riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino puede verse libre de tales temores y experimentar aumento de la libido, así como experimentar una mejoría de su respuesta sexual después de la operación.

Ante la existencia de esas actitudes, no resulta sorprendente que la mujer sometida a esta intervención muestre una gran incidencia de depresiones y otros estados afines. Asimismo, a las que durante la histerectomía le realizaron ooforectomía pueden mostrar síntomas climatéricos a cualquier edad en que se realice la operación, y algunos de ellos son la disminución de la libido y cambios atróficos de la vagina, los cuales son más propensos a producir molestias e incomodidades durante el coito y representan un impedimento para la actividad sexual. Los estados de ansiedad en estas pacientes pueden mostrar una alta relación con dificultades sexuales posoperatorias.⁸

Las intervenciones quirúrgicas de este tipo pueden tener complicaciones, entre las que se encuentran, las infecciones, los traumas y las dificultades en la curación de la herida. Algunas son muy particulares, como los abscesos de la cúpula vaginal, las fístulas vesicovaginales, o la hemorragia vaginal provocada por el coito. Es por ello necesaria la participación masculina en los cuidados pre y posoperatorios de este tipo de cirugía, pues mediante un adecuado nivel de información se pueden mejorar los rendimientos sexuales después de la intervención, que muchas veces están ensombrecidos por el desconocimiento, los mitos y las falacias que sobre este temán tienen las parejas.

La reacción del compañero sexual de la mujer sometida a histerectomía es un factor determinante para la siguiente adecuación sexual de la pareja, pues los hombres que identifican la pérdida del útero con la pérdida de la femeneidad o la disminución de la libido, suelen evitar la interacción con su pareja. Algunos no conocen la anatomía y fisiología femenina, y de los resultados funcionales de la

operación, pueden mostrarse ansiosos o culpables respecto a la actividad sexual posterior al acto quirúrgico.⁸⁻¹⁰

Si los profesionales de la salud nos tomamos tiempo suficiente para aclarar dudas y temores que rodean a tal intervención y proporcionan información sobre los hechos, tanto la mujer como su pareja sufrirán menos las dificultades que aparezcan después de la operación. Tales consejos médicos deben constituir una parte importante de los cuidados pre y posoperatorios de la intervención y su seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Richard W, Te Linde. Ginecología operatoria. 5ta. edición. La Habana: Ediciones Revolucionarias; 1983.
2. Fernández JS. Histerectomía y ovariectomía. Crónica médica quirúrgica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1884.p.155-60.
3. González LI. Ginecología y sexualidad. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002;18(3).
4. González LI. Sexualidad femenina después de histerectomía. Rev Sexología y Sociedad. 1998;4(11).
5. González LI. Sexualidad humana durante el proceso reproductivo. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEZFuZukpyWSxgVuwV.php> Consultado, 14 de marzo de 2007.
6. González LI. El proceso reproductivo. Algunas consideraciones sobre el maternaje. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(5)479-82.
7. González LI. La histerectomía, su repercusión en la sexualidad de la pareja humana. Disponible en: www.revistaciencias.com/publicaciones/EEZFZFyAFpnickFQWP.php Consultado, 14 de marzo de 2007.
8. Master WH. The Sexual Resonse Cycle of the Human Female. Vaginal lubrication. Obst-Gynecology. 69(105):1959.
9. Robert C, Kolodny Williams, H Master, Virginia E Johnson. Tratado de medicina sexual. La Habana: Ediciones Revolucionarias; 1985.

Recibido: 31 de enero de 2008.

Aprobado: 7 de marzo de 2008.

Ignacio González Labrador. Calle 66-A, # 2 905 entre 29 y 29-A, Buenavista, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: iglez@infomed.sld.cu