

EFFECTOS DE LA HISTERECTOMIA EN LA CONDUCTA SEXUAL DE LA MUJER: INFORME PRELIMINAR

*Lcda. Thelma Camilo Rosa
**Dr. Domingo E. Peña Nina
***Dra. Josefina Pérez

La histerectomía es una intervención quirúrgica que día a día se practica con más frecuencia dentro de la operatoria gineco-obstétrica, a tal punto, que en algunos centros hospitalarios la recomiendan como procedimiento electivo para control de la fertilidad¹.

Se han publicado numerosas investigaciones internacionales y nacionales analizando la experiencia en los aspectos médicos de la intervención²⁻³⁻⁴⁻⁵, pero en lo relativo al enfoque psicológico, son muy limitadas las publicaciones a nivel mundial, aunque aparece algún material valioso relativo al tema¹⁻⁶⁻⁷. Sin embargo, la necesidad de la operación, independientemente de los motivos que la provoquen, crea en la pareja una gran inquietud en la esfera psicológica, capaz de desencadenar múltiples interrogantes que muchas veces no le plantean al médico por considerarlo vergonzoso y ni siquiera tratan entre sí, por temor a que las preocupaciones de uno ofendan al otro. De esta manera muchas mujeres se someten a la intervención quirúrgica con el consentimiento de sus esposos, sin que ninguno de los dos haya despejado sus dudas respecto a las repercusiones del procedimiento, sobre todo en el área sexual y no es raro que posteriormente tengan que hacer sus propios descubrimientos y establecer sus conclusiones personales. Así, para los casos

en que un padecimiento orgánico haya tenido incidencia sobre la frecuencia de las relaciones y su grado de satisfacción, muchas mujeres se plantean si después de la intervención existe la posibilidad de tener relaciones sexuales coitales y en caso afirmativo, si estas relaciones pueden ser tan satisfactorias como las sostenidas antes de la intervención y en condiciones normales.

Con el propósito de conocer el comportamiento de la mujer dominicana a quien se le plantea y realiza una histerectomía, y la forma en que el hombre de nuestro medio enfoca los posibles efectos sobre la sexualidad de la pareja, realizamos este estudio, aún inconcluso, del cual la presente publicación constituye una comunicación preliminar.

HIPOTESIS:

Dada la influencia del estado emotivo en la conducta sexual humana, las creencias y actitudes preocupantes que giran alrededor de la histerectomía afectan la conducta sexual de la mujer.

METODO

SUJETOS:

Se estudió un grupo de 128 mujeres tomadas al azar, cuyas edades fluctuaban entre los 15 y 62 años, con una edad promedio de 32 años, procedentes tanto del medio rural como del urbano, a las cuales les había sido practicada una histerectomía, en diferentes instituciones médicas gubernamentales, militares y privadas; se exigía que con posterioridad a la misma hubiesen mantenido relaciones sexuales coitales por un lapso de tiempo no menor de 6 meses.

* Profesora de Psicología de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

** Jefe del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Dr. Rafael J. Mañón, IDSS, San Cristóbal.

*** Profesora de Patología de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, R. D.

Para el muestreo se dio preferencia a los casos que nosotros manejamos y seguimos tras la intervención. No consideramos el nivel social-cultural de las pacientes.

Se elaboró un cuestionario estructurado en dos partes. La primera recoge datos generales de la paciente y antecedentes de importancia de índole médica, principalmente gineco-obstétricos. La segunda parte está destinada a conocer la conducta sexual de la pareja antes y después de la intervención quirúrgica, a través de preguntas sobre aspectos de esta conducta, que de haber cambios la pareja podría considerarlos relacionados con la cirugía.

PROCEDIMIENTO:

Con todas las pacientes se sostuvo una entrevista en la que se les aplicó el cuestionario descrito.

Concluida la entrevista a cada paciente se le practicó una exploración ginecológica a fin de conocer el tipo de histerectomía practicada, tamaño y funcionalidad de la vagina, así como cualquier otro dato que pudiera afectar de un modo u otro la práctica de un coito normal por parte de la mujer.

RESULTADOS:

Los antecedentes obstétricos se muestran en el cuadro No. 1. Se evidencia que en el 54% de los casos la intervención fue realizada en pacientes nuligestas y en el 30% de los mismos existen antecedentes de 1 a 3 embarazos, lo que probablemente significa que dichas mujeres aún no tenían satisfecha su paridad, pero al analizar el comportamiento de su conducta sexual no se apreciaron modificaciones que puedan ser achacables a este hecho. Sin embargo, consideramos que el 8.59% de las mujeres que no tenía ningún hijo vivo puede ser merecedor de un estudio minucioso al respecto (cuadro 2).

El 29% de las mujeres inició la vida sexual activa a los 15 años o menos, lo cual pudo haber acelerado padecimientos orgánicos que precipitaran la necesidad de la operación; como dato aislado no pareció alterar la conducta sexual (cuadro 3).

En el cuadro No. 5 se aprecia la edad a que se presentó la menarquía en los casos estudiados. La mayor incidencia fue a los 12 años.

La duración del flujo catamenial se señala en el cuadro No. 6; en la mayoría de los casos (76.5%) la misma osciló entre 3 y 5 días.

El cuadro No. 7 muestra el nivel académico de las pacientes. El analfabetismo fue de 6.25%; la mayoría (54.68%) sólo cursó estudios a nivel de la escuela primaria, sin llegar a finalizarlos en todos los casos. Un 10.28% realizó estudios universitarios o técnicos.

En los cuadros 8 y 9 se muestran las edades de las pacientes al momento de la entrevista y de la práctica de la

Cuadro No. 1
GESTAS

GESTAS	No.	%
Ninguna	5	3.90
1 - 3	39	30.46
4 - 6	47	36.71
7 - 10	30	23.43
11 o más	7	5.46
TOTAL	128	100.0

Cuadro No. 2
HIJOS VIVOS

Ninguno	11	8.59
1 a 3	57	44.53
4 o más	55	42.96
No establecido	5	3.90

Cuadro No. 3
EDAD DE INICIOS DE LA VIDA SEXUAL

EDAD	No.	%
12 años	7	5.46
13 "	8	6.25
14 "	14	10.93
15 "	8	6.25
16 "	14	10.93
17 "	17	13.28
18 "	16	12.50
19 "	10	7.81
20 "	13	10.15
21 o más años	21	16.40
TOTAL	128	100.0

Cuadro No. 4

	No.	%
Antecedente de abortos	39	30.46
Antecedente de cesárea	41	32.03

Cuadro No. 5
EDAD DE PRESENTACION DE LA
MENCARCA

EDAD	No.	%
10	3	2.34
11	26	20.31
12	29	22.65
13	26	20.31
14	14	10.93
15	11	8.59
16	9	7.03
17	4	3.12
18	5	3.90
TOTAL	128	100.0

Cuadro No. 6
DURACION DE LA MENSTRUACION

DIAS DE DURACION	No.	%
3	26	20.31
4	36	28.12
5	36	28.12
6	5	3.90
7	6	4.68
8	6	4.68
10	2	1.56
11 o más días	1	0.78
TOTAL	128	100.0

Cuadro No. 7
ESTUDIOS REALIZADOS

ESTUDIOS	No.	%
Analfabetas	8	6.25
Primaria	70	54.68
Secundaria	32	25.00
Universitarios o técnicos	18	10.28
No establecidos	2	1.71
TOTAL	128	100.0

Cuadro No. 8

EDAD	No.	%
15 - 19	4	3.12
20 - 24	2	1.71
25 - 29	13	10.15
30 - 34	16	12.15
35 - 39	30	23.43
40 - 44	26	20.31
45 - 49	17	13.28
50 - 54	10	7.81
55 - 59	4	3.12
60 o más	6	4.68
TOTAL	128	100.0

intervención quirúrgica respectivamente. La gran mayoría se encontraba entre los 30 y 40 años, época de vida sexual plena, pero vale la pena destacar que 4 casos tenían edades entre los 15 y 19 años (3.12%) y 6 casos (4.68%) de 60 ó más años.

En el cuadro No. 10 se enumeran las patologías que determinaron la intervención quirúrgica. La miomatosis uterina fue la anomalía predominante, observándose en el 56% de los casos, seguida de la ruptura uterina (8.59%) que es una complicación obstétrica aguda y siempre obliga a realizar la intervención en condiciones de urgencia requiriendo frecuentemente el uso de sangre y antibióticos.

Cuadro No. 9
EDAD AL MOMENTO DE LA HISTERECTOMIA

EDAD	No.	%
15 - 19	4	3.12
20 - 24	9	7.03
25 - 29	15	11.71
30 - 34	34	26.56
35 - 39	28	21.87
40 - 44	16	12.50
45 - 49	13	10.15
50 - 54	4	3.12
55 - 59	3	2.34
60 o más	2	1.71
TOTAL	128	100.0

Cuadro No. 11
EXTENSION DE LA CICATRIZ QUIRURGICA
EN CM.

TAMAÑO EN CM.	No.	%
9	5	3.90
10	12	9.37
11	3	2.34
12	12	9.37
13	22	17.18
14	24	18.75
15	18	10.28
16	10	7.81
17	7	5.46
18 o más cm.	15	11.71
TOTAL	128	100.0

Cuadro No. 10
PATOLOGIA DETERMINANTE
PARA LA INTERVENCION

PATOLOGIA	No.	%
Miomatosis	72	56.25
Trastornos menstruales	11	8.59
Ruptura uterina	11	8.59
Aborto séptico	5	3.90
Carcinoma cérvico-uterino	4	3.12
Prolapso uterino	3	2.34
Adenomiosis	1	0.78
Placenta acreta	1	0.78
Mola	1	0.78
Otras	19	14.84
TOTAL	128	100.0

ANALISIS

A la pregunta "Frecuencia con que lograba satisfacción sexual antes de ser hysterectomizada", la mayoría de las mujeres (el 77%) no cree que la hysterectomía haya alterado

ESTANCIA HOSPITALARIA
PROMEDIO DE DIAS DE INTERNAMIENTO: 9.96 DIAS

su nivel frecuencial de satisfacción sexual; el 16% lograba satisfacción siempre. Tras la intervención este último grupo disminuyó al 9%.

Ante la misma pregunta, el 8% contestó que nunca obtenía satisfacción sexual antes de la hysterectomía, mientras que después de la intervención quirúrgica ese porcentaje aumentó a 14%.

Estos resultados sugieren que la hysterectomía parece afectar las condiciones extremas de satisfacción sexual, es decir, a mujeres que siempre o nunca experimentaron satisfacción en sus relaciones sexuales antes de la hysterectomía, perjudicando a ambos grupos en una proporción que amerita consideración.

A la pregunta "Cómo usted se califica en cuanto a su capacidad para responder a los estímulos en la relación sexual", el 73% de las mujeres se califican sobre lo normal y normal, antes de la operación (9.37% y 63.28%), mientras que ese porcentaje baja al 60% después de la operación (7% y 53% respectivamente). A la misma pregunta el 16% de las mujeres se califica debajo de lo normal antes de la hysterectomía; después de la intervención quirúrgica esta cifra aumenta al 28%.

Cuando se le pregunta a la mujer "Cómo la calificaba al marido en cuanto a su capacidad de responder a los estí-

mulos en la relación sexual antes de ser histerectomizada" el 81% contesta sobre lo normal (14% y 67% respectivamente); en cambio, este mismo grupo disminuye al 71% (8% y 63% respectivamente) después de la histerectomía. A la misma pregunta, el 13% de las mujeres considera que sus maridos las califican por debajo de lo normal antes de la histerectomía, mientras que el 22% considera lo mismo después de la histerectomía.

Estos resultados sugieren que la histerectomía tiende a reducir la capacidad de la mujer de responder a los estímulos en la relación sexual, tanto en su propia percepción como en la forma en que ella estima que la percibe su marido. Obsérvese cómo los porcentajes de normalidad bajan después de la histerectomía mientras que los porcentajes de subnormalidad suben considerablemente.

A continuación se analizan las opiniones que tenían las mujeres de la muestra estudiada, antes de ser histerectomizadas, en cuanto a los efectos de la intervención quirúrgica en la conducta sexual; así como sus opiniones después de sufrir dicha intervención.

En este mismo orden analizaremos lo que las mujeres consideran que son las opiniones de sus maridos.

El 50% opinaba, antes de ser histerectomizadas, que esta intervención afecta mucho la conducta sexual; después de ser histerectomizadas sólo el 37.5% mantuvo esta opinión. El 20% opinaba antes de la intervención que afecta poco; esta cifra aumentó al 34% después de la intervención.

La misma tendencia se aprecia en la percepción que tienen las mujeres sobre las opiniones de sus maridos. Véase que el 41% de los maridos creía antes de que sus mujeres fuesen histerectomizadas, que la intervención afecta mucho, disminuyendo al 23% después de la intervención. Asimismo, el 23% de los maridos creía, antes de que sus mujeres fuesen histerectomizadas, que la intervención afecta poco, aumentando al 35% después de la intervención. Por otra parte, mientras el 32% de los maridos creía que la intervención no afecta la conducta sexual, antes de que las mujeres fuesen intervenidas, el porcentaje que tiene esa misma creencia después de la intervención es de 41%.

Por otra parte, llama la atención el aumento de frecuencia en las relaciones de la pareja, después de la histerectomía, según los resultados encontrados en la muestra investigada. El 12% de las mujeres contestó que mantenían relaciones diarias antes de ser histerectomizadas; en cambio, después de la histerectomía, este porcentaje aumentó a 20%. Si realmente hay aumento consideraríamos que se debe a que la mujer tiende a mostrarse más activa después de la intervención para protegerse de las opiniones que pueda tener su marido con relación a su femineidad, quien tal vez con expectación espera los resultados. El hombre por su parte intenta comportarse con más interés que antes para que su mujer no se sienta mal, o para responder a las demostraciones de "eficiencia sexual" que ella exhibe. Además, ahora ambos son más libres para la relación, por-

que la mujer no tiene el riesgo del embarazo. Las causas que sugerimos podrían operar por separado, o todas juntas. De cualquier modo las interpretaciones resultan lógicas.

En el mismo orden de ideas pueden explicarse los datos según los cuales la mujer parece volverse más dispuesta a iniciar relaciones sexuales después de ser histerectomizada. Antes de ser intervenidas sólo el 12% de las mujeres dice que frecuentemente inician con su marido las demostraciones de interés relativas al sexo; después de la intervención ese porcentaje sube al 19%.

Las preocupaciones de orden religioso, de salud y de higiene parecen no ser significativas para las mujeres de la muestra estudiada.

Consideramos como altamente probable que la mayoría de las mujeres (21%) que afirman estar siempre preocupadas por cuestiones relativas a la higiene durante las relaciones sexuales, se refiere a su natural celo por resultarles a sus maridos totalmente aseadas.

CONCLUSIONES

El análisis de los datos que nos proporciona la muestra investigada, sugiere los siguientes planteamientos:

—La histerectomía afecta la conducta sexual de la mujer, según lo formulado en la hipótesis planteada. Parece afectar las condiciones extremas de satisfacción sexual previas a la histerectomía, perjudicando a ambos.

—Tanto la mujer como el marido esperan mayores daños de los que parece que se derivan de la histerectomía.

—Las preocupaciones referentes a cuestiones de religión, salud e higiene parecen no estar afectando la conducta sexual de la mujer.

—Los factores estéticos derivados de una mayor o menor extensión de la cicatriz quirúrgica no parecieron tener ninguna repercusión.

—Los antecedentes obstétricos de la mujer parecen no tener ninguna influencia sobre su conducta sexual después de la histerectomía, si bien merecen atención especial y estudio aislado aquellos casos en que la intervención fue realizada antes de que existiera un embarazo o se completara el número de hijos deseados.

—El trauma quirúrgico derivado de complicaciones de la intervención y la estancia hospitalaria no parecieron modificar por sí mismos la conducta sexual de la mujer con posterioridad a la histerectomía.

RECOMENDACIONES

Dado que cada uno de los miembros de la pareja tiende a ocultar sus aprehensiones y temores a su cónyuge, como tampoco revela sus impresiones, cuando son negativas, al reanudar la actividad sexual tras la cirugía, consideramos fundamental que el ginecólogo tratante de cada caso, realice una exposición franca a la pareja de los resultados de

estudios como el nuestro, enriqueciéndola con su propia experiencia. Más aconsejable sería que se auxilie de la ayuda de un psicólogo que facilite la terapia de apoyo antes y después de la operación, manejando la situación siempre como un problema de pareja, que como tal involucra a sus componentes y debe motivar igual interés en ambos.

Consideramos que de esta manera, los resultados adversos sobre la conducta sexual, particularmente en la mujer, pueden disminuirse y hasta minimizarse.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- GALLO, D.: Implicaciones psicológicas relacionadas con histerectomía, *Ginec. Obstet. Mex.* 36: 437, 1969.
- 2.- CAPUTO, Angel y cols.: Diferentes técnicas quirúrgicas en histerectomía. *Revista Dominicana de Obstetricia y Ginecología* Sept. 80/Abril 82.
- 3.- TERRERO, Bienvenido y Cols.: Histerectomía. Reporte de 548 casos. *Revista Dominicana de Obstetricia y Ginecología* Sept. 80/Abril 82.
- 4.- FERROZE, R. M.: Histerectomía vaginal y reparación. *Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales, Vol. 3, 1978. Cirugía Ginecológica. Interamericana.* Pág. 545-556.
- 5.- CASTELAZO, A. L. y cols.: Histerectomía en obstetricia. *Mem. I Jornada M. Bienal H. G. O. Núm. L, I. M. S. S., Tomo II, pág. 577, 1964.*
- 6.- FLORES, C. O. y cols.: Evaluación clínica y psicosexual de la paciente histerectomizada, *Ginec. Obstet. Méx.* 38: 171, 1975.
- 7.- RICHARD, D. H.: Depresión after hysterectomy. *The Lancet* 430, 1973.