

**ACTITUDES HACIA LA HISTERECTOMIA EN HABITANTES DE
ZONAS URBANAS Y RURALES DE MÉXICO: IMPLICACIONES
EDUCATIVAS**

MÉXICO

Exponente y autora: María Luisa Marván Garduño

Investigación

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico por medio del cual se extrae el útero. Se trata de la segunda cirugía más frecuente en mujeres de edad reproductiva (después de la cesárea), con una mayor prevalencia en mujeres de entre 40 y 49 años. La mayor parte de las histerectomías se realizan por causas benignas, siendo la causa más común los leiomiomas (fibromas), aunque también se practica cuando hay displasia cervical o cáncer cervical/endometrial. La histerectomía puede eliminar estos padecimientos o aminorar sus síntomas, y de esta manera mejorar la calidad de vida de las pacientes.

El útero es un órgano al que se le ha otorgado un significado especial, pues se ha asociado con la femineidad y con el funcionamiento sexual. De hecho, una de las preocupaciones que con mayor frecuencia reportan las mujeres que son candidatas a ser histerectomizadas, es el posible deterioro de su vida sexual (Reis, Engin, Ingec y Bag, 2008). Sin embargo, no hay evidencia científica de que el funcionamiento sexual empeore como resultado del procedimiento quirúrgico. La mayoría de las mujeres histerectomizadas no experimentan cambios en el deseo sexual, ni en la frecuencia o intensidad de sus orgasmos; más bien, la histerectomía parece resultar en una disminución del dolor durante las relaciones sexuales (Vomvolaki, Kalmantis, Kioses y Antsaklis, 2006). Aunque en los casos de histerectomía total (cuando se remueve tanto el útero como el cérvix o cuello uterino), pudiera haber dificultad para la lubricación y alcanzar el orgasmo. Es por ello que Goetsch (2005) pidió a 105 mujeres con histerectomía total que reportaran su funcionamiento sexual antes de la cirugía, así como 3, 8 y 18 meses después de ésta. Para más del 75% de las mujeres, la excitación sexual y la intensidad de los orgasmos era la misma o había aumentado después de la histerectomía. El resto de las mujeres notaron una disminución de la excitación sexual o de la intensidad de los orgasmos, pero el 68% de las afectadas juzgaron los cambios como moderados y aceptables.

Con respecto a la femineidad, vale la pena mencionar un estudio realizado con mujeres canadienses de diferentes orígenes étnicos, en el que se encontró que las mujeres que pertenecían a los grupos étnicos más desfavorecidos desde el punto de vista socioeconómico, percibieron a la histerectomía como una amenaza a su femineidad y fueron las que reportaron más mitos relacionados con la histerectomía. Los autores de este estudio pusieron de manifiesto la influencia que tienen algunos factores socioculturales -

como son el nivel socioeconómico y el concepto del rol femenino que se maneje en una cultura específica-, en el significado que se le otorgue al útero y por consiguiente a la histerectomía (Lalinec-Michaud y Engelsmann, 1989). En otro estudio realizado con mujeres estadounidenses que habían sido histerectomizadas por razones benignas, se encontró que a raíz de la cirugía todas las mujeres reflexionaron sobre su identidad de género. Las mujeres que reportaron más conflictos relacionados con su identidad de género fueron aquellas que eran fértiles antes de la cirugía, sin importar si ya habían tenido hijos o no, así como aquellas que sintieron que habían perdido su atractivo sexual como consecuencia de la histerectomía (Elson, 2004).

Richter, McKeown, Corwin, Rheaume y Fraser (2000) realizaron una serie de grupos focales con los siguientes grupos de mujeres que vivían en Estados Unidos: Mujeres de origen afro-americano histerectomizadas, de origen afro-americano no histerectomizadas, de origen caucásico histerectomizadas, y de origen caucásico no histerectomizadas. Las participantes de los cuatro grupos aseguraron que los hombres se preocupan frecuentemente por la calidad de las relaciones sexuales después de una histerectomía, aunque las mujeres afro-americanas tuvieron percepciones más negativas en este sentido. Estas mujeres comentaron que los hombres usan algunos términos peyorativos para referirse a las mujeres histerectomizadas como: “hoyo seco”, “hoyo vacío” o “conchas vacías” entre otros. Estas mujeres también aseguraron que hay hombres que abandonan a sus esposas después de una histerectomía, por lo que algunas mujeres no les avisan cuando se realizan esta cirugía. Al respecto, una mujer histerectomizada comentó “yo nunca le dije nada; él no notó ninguna diferencia” (p. 57). En otra investigación en la que también se realizaron grupos focales además de una serie de entrevistas semiestructuradas, las mujeres afro-americanas expresaron que su principal preocupación con respecto a la histerectomía era el perder el atractivo sexual, y por ende, ser rechazadas por sus parejas. La mayoría de las mujeres que habían sido histerectomizadas reportaron que a pesar de los beneficios de la cirugía, ésta tuvo un gran costo emocional debido al estigma que existe sobre la mujer histerectomizada, particularmente por parte de los hombres. Inclusive la mayoría de estas mujeres decidieron mantener en secreto el hecho de que fueron histerectomizadas, y han vivido con la preocupación de que la gente se percate de que no tienen útero (Augustus, 2002).

Groff y cols. (2000) también trabajaron con grupos focales de mujeres que vivían en Estados Unidos, pero en este caso incluyeron mujeres de origen hispano, en su mayoría mexicanas. Ninguna de las participantes tenía histerectomía. Los resultados revelaron diferencias importantes relacionadas con las preocupaciones que reportaron las mujeres en el caso de que tuvieran que someterse a una histerectomía. Las mujeres caucásicas expresaron su preocupación por posibles complicaciones quirúrgicas o postquirúrgicas, así como por problemas de índole financiero en el caso de tener que dejar de trabajar durante algún tiempo por la recuperación postquirúrgica o por cualquier complicación. En contraste, las mujeres hispanas expresaron más preocupación por los problemas psicológicos derivados de la histerectomía, así como por la creencia de que la histerectomía produce un vacío en el cuerpo. A pesar de que se les dio una sencilla explicación acerca de la anatomía del aparato reproductor femenino, incluyendo el tamaño del útero, seguían preocupadas por el “espacio hueco” que les quedaría en caso de ser sometidas a una histerectomía. Como consecuencia de este vacío, expresaron su temor de que los hombres

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

las percibieran como “menos mujeres”, “inservibles” o “incapaces de sentir o dar placer sexual”, y de que éstos las abandonen.

También se han encontrado diferencias relacionadas con las experiencias que reportan mujeres de diferentes culturas al haber sido hysterectomizadas. En este sentido, Williams (1981) entrevistó 64 mujeres después de aproximadamente 19 semanas de haber sido hysterectomizadas. Las entrevistas las llevó a cabo en las casas de las participantes y se compararon las experiencias relatadas por las mujeres caucásicas y las de origen mexicano que viven en Estados Unidos. A pesar de que el tiempo de convalecencia fue el mismo en los dos grupos, las mujeres de origen mexicano tardaron más en retomar sus labores cotidianas. Estas mujeres reportaron haber tenido más episodios de llanto durante su convalecencia, así como más cansancio, incomodidad general y dolor. Con respecto a los efectos psicosexuales de la hysterectomía, hubo más mujeres de origen mexicano que reportaron que su vida sexual empeoró al sentirse “vacías” e “incompletas”. Las mujeres de los dos grupos comentaron que no fue fácil tomar la decisión de hacerse la hysterectomía, pero las mujeres de origen mexicano fueron las únicas que comentaron que esta dificultad se debió a las actitudes y reacciones negativas de sus esposos. Estas actitudes contrastan con lo reportado en otras partes como Suecia, en donde tanto mujeres como hombres afirman que la única función del útero es la relacionada con la reproducción, por lo que la hysterectomía no tiene porqué tener consecuencia alguna en una mujer cuya paridad esté satisfecha, y tanto mujeres hysterectomizadas como sus esposos aseguran que la hysterectomía no afectó su relación de pareja (Lalos y Lalos, 1996).

Con respecto al estereotipo que tiene la gente más joven acerca de la mujer hysterectomizada, recientemente llevamos a cabo un estudio en el que comparamos los estereotipos que tienen los estudiantes universitarios mexicanos y estadounidenses sobre la mujer que está en diferentes etapas de su vida reproductiva, y encontramos que una de las diferencias más evidentes entre ambos grupos se observó precisamente en el estereotipo de la mujer hysterectomizada. A pesar de que en ambos países predominó un estereotipo negativo, éste fue más evidente en México. Para los jóvenes mexicanos, la mujer hysterectomizada es una mujer “triste” (Marván, Islas, Vela, Chrisler y Warren, 2008). Las otras palabras que usan los jóvenes mexicanos para describir a la mujer hysterectomizada, además de “triste”, son “incompleta”, “enojada”, “preocupada” y “rechazada”. Cabe mencionar que algunos jóvenes utilizan tanto la palabra “feliz” como “triste”, argumentando que la mujer hysterectomizada se siente feliz porque seguramente se siente aliviada de algún padecimiento grave o incapacitante, pero al mismo tiempo se siente triste porque está incompleta (datos no publicados).

En otro estudio en el que encuestamos a personas mayores de 35 años, se les preguntó si creían que la vida de una mujer -que no quiere tener más hijos de los que ya tiene-, cambiaría si le quitaran la matriz, y que en caso de crearlo, que describieran cómo es que cambiaría. Las dos respuestas más frecuentes fueron que la mujer hysterectomizada experimentaría cambios emocionales y problemas sexuales. Otras respuestas dadas por las participantes fueron que la mujer estaría incompleta, que sería rechazada por su esposo, y que experimentaría malestares físicos. Al comparar los resultados de los participantes que tenían una educación limitada (educación básica incompleta) con las que habían terminado

una carrera universitaria, encontramos que hubo más participantes con una educación limitada que dijeron que la mujer histerectomizada estaría incompleta, que sería rechazada por su esposo, y que experimentaría cambios emocionales (Marván, Trujillo y Karam, 2009).

A pesar de que las actitudes de los hombres influyen de manera importante en la conducta de sus parejas cuando éstas tienen que tomar decisiones relacionadas con una posible histerectomía, existen muy pocos estudios sobre las actitudes y creencias que los hombres tienen sobre esta cirugía. Más aún, este tema ha sido poco explorado en Latinoamérica, por lo que es importante hacer investigación en poblaciones de países latinoamericanos para poder hacer intervenciones de índole psicológico de manera eficaz, considerando nuestra cultura. De tal manera que los objetivos de la presente investigación fueron: a) estudiar las actitudes hacia la histerectomía que tienen tanto mujeres como hombres mexicanos que habitan en zonas rurales y urbanas de diferentes niveles socioeconómicos. b) Utilizar los datos recabados para implementar talleres con el fin de fomentar actitudes más positivas y disipar el miedo a esta cirugía. En relación con el primer objetivo, se plantea la hipótesis de que los residentes de áreas rurales y urbanas de clase socioeconómica baja tendrán actitudes más negativas hacia la histerectomía que los residentes de zonas urbanas de clase socioeconómica media-alta. También se espera encontrar que las mujeres tengan actitudes más positivas que los hombres.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra estuvo conformada por 330 participantes, todos ellos mexicanos. Los criterios de inclusión que se utilizaron fueron los siguientes:

Tener más de 35 años de edad.

Ser heterosexual.

Vivir en pareja y tener cuando menos un año de convivencia.

En el caso de las mujeres, no tener histerectomía ni ser candidatas a esta cirugía.

En el caso de los hombres, estar casados con mujeres sin histerectomía.

No querer tener más hijos, independientemente si habían tenido o no hijos.

Los participantes se clasificaron en tres grupos con base en su lugar de residencia, nivel de educación, tipo de empleo y tipo de vivienda:

a) Habitantes de zonas rurales (61 mujeres y 67 hombres).

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

b) Habitantes de zonas urbanas de nivel socioeconómico bajo (61 mujeres y 59 hombres).

c) Habitantes de zonas urbanas de nivel socioeconómico medio alto (42 mujeres y 40 hombres).

INSTRUMENTOS

1) Se utilizó un cuestionario diseñado en México denominado “Cuestionario de Actitudes hacia la Histerectomía” (CAH). Dicho cuestionario se va a mandar a la Revista Latinoamericana de Psicología para su posible publicación (Marván, Ehrenzweig y Quiros).

Para diseñar el cuestionario se elaboraron reactivos a partir de una revisión de la literatura sobre el tema y con base en los resultados de una encuesta sobre este tema que habíamos realizado con anterioridad (Marván et al., 2009). Posteriormente se pidió a algunos expertos que evaluaran cada reactivo y se eliminaron aquéllos cuyo grado de consenso entre los jueces tuvieron una probabilidad mayor a 5% de ocurrir al azar. Una vez terminada la evaluación de los jueces, se redactó la primera versión del cuestionario utilizando una escala Likert de 5 puntos, que va desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. Los reactivos se redactaron de dos maneras diferentes, la primera para que pudieran ser contestados por mujeres (i.e. “mi pareja se disgustaría si me quitaran la matriz”), y la otra para ser contestados por hombres (i.e. “yo me disgustaría si a mi pareja le quitaran la matriz.”). Es decir, se construyeron dos versiones de la escala, una para mujeres y otra para hombres.

Posteriormente se procedió a la aplicación del cuestionario, aclarando que no existían respuestas correctas o incorrectas, que solamente nos interesaba conocer sus puntos de vista sobre la histerectomía. Primero se llevó a cabo una aplicación piloto y como resultado de ese piloto, se realizaron ciertas modificaciones en la redacción de algunos reactivos para que se entendieran mejor. La versión resultante del cuestionario fue la que se aplicó para hacer el resto de los análisis.

Se utilizó el método de componentes principales con una rotación tipo varimax para establecer la estructura factorial del cuestionario. Para la asignación de los reactivos a cada factor se utilizaron dos criterios: a) que el reactivo estuviera conceptualmente relacionado con el factor considerado, y b) que tuviera un peso factorial mayor a .40 en el factor correspondiente. Finalmente, para determinar la confiabilidad del cuestionario se calculó la consistencia interna de cada uno de los factores, así como de la escala general, utilizando el α de Cronbach.

El cuestionario final consta de 27 reactivos con un α de Cronbach de .89, y los reactivos se agruparon en tres factores:

a) Devaluación femenina: Los reactivos que conforman este factor implican que si las mujeres se hicieran una histerectomía estarían incompletas, vacías, y su femineidad se

afectaría por la falta de útero; por ejemplo “estaría vacía si me quitaran la matriz” o “no serviría como mujer si me quitaran la matriz”.

b) Rechazo de la pareja: Este factor incluye reactivos que sugieren que si la mujer estuviera hysterectomizada sería rechazada por su pareja; por ejemplo “mi pareja me rechazaría si me quitaran la matriz” o “mi pareja se disgustaría si me quitaran la matriz”.

c) Aspectos positivos: Está compuesto por reactivos que reconocen que si las mujeres se hicieran una hysterectomía, ésta traería algunos beneficios; por ejemplo “estaría más saludable si me quitaran la matriz” o “podría evitar el dolor en las relaciones sexuales si me quitaran la matriz”.

PROCEDIMIENTO

Los participantes de nivel socioeconómico bajo fueron contactados en barrios populares, ya sea en las calles, tiendas o mercados. Los participantes de nivel socioeconómico medio alto fueron contactados en sus lugares de trabajo. Los participantes de las áreas rurales fueron contactados con la ayuda del personal de los Centros de Salud. Una vez que aceptaron participar en la investigación y que el entrevistador se aseguró que cumplían los requisitos de inclusión, se concertó una cita en el lugar elegido por cada participante para llevar a cabo la aplicación del instrumento. La aplicación se llevó a cabo de manera oral cuando se trataba de participantes de zonas rurales y de zonas urbanas con nivel socioeconómico bajo, mientras que los participantes de nivel medio-alto contestaron el cuestionario de manera escrita. En todos los casos se hizo hincapié en que no había respuestas correctas o incorrectas, y se aseguró la confidencialidad de las respuestas.

Los datos se analizaron utilizando el paquete estadístico SPSS versión 17.0. Se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes para comparar los puntajes de cada una de las subescalas del CAH entre hombres y mujeres (esto se hizo de manera separada en cada uno de los tres grupos de participantes). Asimismo, se realizó un Análisis de Varianza de un factor para comparar los puntajes en las subescalas del CAH de los tres grupos de participantes (esto se hizo de manera separada en los hombres y en las mujeres).

RESULTADOS

En una primera instancia se compararon las actitudes hacia la hysterectomía entre hombres y mujeres. Como se puede observar en la Tabla 1, los habitantes de zonas urbanas de nivel socioeconómico bajo mostraron diferencias relacionadas con el género en dos de las subescalas del CAH: Los hombres tuvieron puntajes significativamente mayores que las mujeres en la subescala “devaluación femenina” ($t(118) = 3.859, p < .0001$), y a su vez tuvieron puntajes significativamente menores que las mujeres en la subescala “aspectos positivos” ($t(118) = 2.209, p < .029$).

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Estos resultados difirieron de lo encontrado en los habitantes de zonas urbanas de nivel socioeconómico medio-alto. En este caso no hubo ninguna diferencia significativa en ninguna de las tres subescalas que conforman el CAH. Estos resultados de muestran en la Tabla 2.

Con respecto a los habitantes de las zonas rurales, los hombres tuvieron un puntaje significativamente mayor que las mujeres en la subescala “devaluación femenina” ($t(126) = 3.048$, $p < .003$) y no hubo diferencias significativas en las otras dos subescalas del CAH relacionadas con el género (ver Tabla 3).

Por otro lado se compararon las actitudes hacia la histerectomía que tuvieron los tres grupos estudiados. Al analizar los resultados de los hombres, se encontraron diferencias significativas en dos de las subescalas del CAH (Tabla 4). En primer lugar se encontró que los residentes de zonas urbanas de nivel socioeconómico medio-alto tuvieron puntajes significativamente menores en la subescala “devaluación femenina” que los participantes de nivel socioeconómico bajo y que los residentes de áreas rurales ($F(2,163) = 18.136$, $p < .0001$). Asimismo, estos residentes de áreas urbanas de nivel socioeconómico medio-alto fueron los que mostraron puntajes menores en la subescala “rechazo de la pareja” ($F(2,163) = 6.673$, $p < .002$). Los resultados de la subescala “aspectos positivos” no fueron estadísticamente significativos.

Con respecto a las mujeres, también hubo diferencias significativas en dos de las subescalas del CAH (Tabla 5). Por un lado se observó que las residentes de zonas urbanas de nivel socioeconómico medio-alto tuvieron puntajes significativamente menores en la subescala “devaluación femenina” que las participantes de nivel socioeconómico bajo y que las residentes de áreas rurales ($F(2,161) = 5.119$, $p < .007$). Asimismo, estas residentes de áreas urbanas de nivel socioeconómico medio-alto fueron las que mostraron puntajes menores en la subescala “rechazo de la pareja” ($F(2,161) = 4.938$, $p < .004$). Finalmente no hubo diferencias significativas en los resultados de la subescala “aspectos positivos”.

Estos resultados se están discutiendo de manera conjunta con resultados previos ya publicados (Marván et al., 2008) para poder diseñar un taller con la finalidad de disminuir las actitudes negativas hacia la histerectomía. Los resultados previos a los que hago referencia son de índole cualitativo y se obtuvieron al analizar las respuestas de las siguientes preguntas que se hicieron tanto a hombres como a mujeres sin histerectomía: ¿Cree que cambiaría la vida de una mujer si a ésta le quitaran la matriz? ¿Cómo cree que cambiaría? Las respuestas dadas por los participantes se clasificaron en las siguientes categorías:

Estaría incompleta:

Estaría hueca

Perdería todo por ahí abajo

Estaría incompleta porque perdería su órgano que Dios le dio

Sería rechazada por su esposo:

Su esposo la abandonaría

Su esposo la insultaría

Su esposo pensaría que es vieja e inútil

Experimentaría cambios emocionales:

Estaría deprimida

Se volvería neurótica y agresiva

Se volvería amargada

Tendría problemas sexuales:

No podría tener orgasmos

Sentiría dolor en sus relaciones sexuales

Ya no funcionaría para tener sexo

Experimentarían malestares físicos:

Se volvería achacosa

Tendría dolores que antes no tenía

Se enfermaría muy seguido

Este taller está dirigido tanto a mujeres a las que se les ha recomendado esta cirugía como a sus parejas, particularmente parejas de zonas rurales y zonas urbanas de nivel socioeconómico bajo. Los objetivos específicos del taller es eliminar miedos irracionales y prevenir que las mujeres retrasen esta cirugía de manera innecesaria mermando su calidad de vida.

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados indican que las actitudes hacia la histerectomía están influenciadas por variables sociodemográficas. Los participantes de áreas rurales y urbanas

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

pero de clase socioeconómica baja fueron los que presentaron actitudes más negativas hacia la histerectomía, particularmente en la subescala “devaluación femenina”, es decir, piensan que una mujer con histerectomía estaría incompleta, vacía y su femineidad se vería severamente afectada. Estos resultados confirman la hipótesis planteada y son consistentes con investigaciones realizadas previamente sobre este tema en México (Marván et al., 2009; Marván, López-Vázquez, Ehrenzweig y Quiros, en preparación). Estos resultados también destacan la importancia de tener en cuenta la relación existente entre la salud y algunas variables socioculturales. De hecho, se ha planteado que la gente reacciona ante los temas relacionados con la salud dependiendo de sus creencias culturales, sus valores, su estructura social, sus tradiciones familiares y su visión del mundo en general (Sobralste, 2006).

México es una sociedad patriarcal en donde las relaciones de pareja se caracterizan por una dominancia masculina y subordinación femenina. Este tipo de relaciones son más frecuentes entre la gente de clases socioeconómicas más desfavorecidas, en donde el poder ejercido por el hombre sobre la mujer afecta su capacidad para actuar voluntariamente, y para tomar decisiones de manera independiente sobre su salud, su cuerpo y su sexualidad (De Keijzer, 2003; Ingoldsby, 1991; Szasz, 2003). Incluso, hoy en día muchos mexicanos aún sostienen la idea de que cuando una mujer se casa está obligada a servir sexualmente a su esposo, renunciando al control de su propio cuerpo. Más aún, algunas mujeres tienen temor de que si no satisfacen sexualmente a sus esposos, éstos buscarán la satisfacción sexual con otra mujer o simplemente las abandonarán (Casique, 2006). Algunas mujeres han aprendido y reforzado estos conceptos del rol femenino a tal grado que no pueden pensar ni siquiera en la posibilidad de someterse a un procedimiento quirúrgico -como la histerectomía-, que aunque sea simbólicamente, amenace ese rol. Esto es particularmente importante porque el útero es un órgano al que se ha asociado con la femineidad y con el buen funcionamiento sexual, por lo que su extracción puede producir preocupaciones relacionadas precisamente con la femineidad y con el funcionamiento sexual. Esta preocupación persiste en pleno siglo XXI, a pesar de que la evidencia científica ha demostrado que la histerectomía no tiene efectos sobre la sexualidad de una mujer y, en algunos casos, incluso puede mejorarla (Vomvolaki et al., 2006). En este sentido vale la pena señalar un estudio realizado en Estados Unidos en el que se entrevistó a mujeres mexicanas-americanas y caucásicas que habían sido sometidas a una histerectomía. Cuando se les preguntó qué es lo que habían escuchado sobre la histerectomía antes de su cirugía, hubo más mexicanas-americanas que habían oído decir que iban a tener problemas sexuales; es por ello que al menos una mujer pospuso su cirugía durante dos años diciendo que “tenía miedo de no ser capaz de satisfacer a mi marido” (Williams, 1981; pg. 321).

Otro de los resultados encontrados en la presente investigación fue que los hombres tuvieron puntajes más altos que las mujeres en la subescala “devaluación femenina”, pero solo en los residentes de áreas rurales y áreas urbanas de nivel socioeconómico bajo (esta diferencia no se observó en los participantes de nivel socioeconómico medio-alto). Es decir, en estos dos grupos los hombres tendieron más a pensar que una mujer con histerectomía estaría vacía, incompleta y que su femineidad se vería afectada. Más aún, en el grupo de participantes que habitaban en zonas urbanas de nivel socioeconómico bajo, los hombres tuvieron puntajes menores que las mujeres en la escala de “aspectos positivos”. Este último

resultado se puede deber a una falta de interés por parte de los hombres en saber acerca de un tema de salud de la mujer. De hecho, hubo aproximadamente cinco hombres de este nivel socioeconómico por cada hombre del nivel medio-alto que se negaron a participar en el estudio, argumentando que ellos no tenían por qué saber ni opinar nada acerca de “cosas de mujeres”. Si un hombre no reconoce los aspectos positivos de la histerectomía, y además sostiene la idea que el valor más importante que tiene una mujer es dar satisfacción sexual a su pareja, así como su habilidad para tener hijos, entonces es lógico que piense que una mujer sin útero estaría vacía y sería menos femenina, independientemente si ya tuvo hijos o no.

En las culturas machistas, los hombres son los jefes de familia y la figura autoritaria incuestionable. Muchos hombres incluso creen que un derecho que tienen los hombres dentro del matrimonio es el de decidir sobre los hijos que va a tener su esposa (Stenberg, 2000). Sin embargo, si la esposa se hace una histerectomía, el marido perdería el control de esta decisión, y el temor de perder este control puede conducir a actitudes negativas hacia la histerectomía. En este sentido, en una investigación reciente realizada en México, se encontró una estrecha relación entre las actitudes hacia la histerectomía y las ideas que tienen las personas sobre el rol que tienen tanto las mujeres como los hombres en el matrimonio. Se encontró que las personas con las ideas más “machistas” son las que tienen actitudes más negativas hacia la histerectomía (Marván et al., en preparación).

Finalmente, los resultados presentados están siendo útiles para diseñar un taller con la finalidad de disminuir las actitudes negativas hacia la histerectomía, tanto en mujeres a las que se les ha recomendado esta cirugía como a sus parejas. De manera más específica, se trata de eliminar miedos irracionales y hacer hincapié en que los atributos femeninos de una mujer pueden persistir a pesar de haber sido sometida a esta cirugía. Este taller no podría ser posible sin el conocimiento de la influencia de las variables sociodemográficas - estudiadas en esta investigación- en las actitudes hacia la histerectomía

TABLAS

Tabla 1. Medias (y Desviación Estándar) de las Subescalas del Cuestionario de Actitudes hacia la Histerectomía en Hombres y Mujeres de Zonas Urbanas de Nivel Socioeconómico Bajo.

Subescala	Hombre		Mujer		
	M	DE	M	DE	
Devaluación femenina	2.70	1.46	1.92	1.14	**
Rechazo de la pareja	1.84	0.94	1.72	1.01	

**MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION
PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

Aspectos positivos

*

2.75 0.88 3.11 0.89

* $p < .05$ ** $p < .01$

Tabla 2. Medias (y Desviación Estándar) de las Subescalas del Cuestionario de Actitudes hacia la Histerectomía en Hombres y Mujeres de Zonas Urbanas de Nivel Socioeconómico Medio-Alto.

Subescala	Género			
	Hombre		Mujer	
	M	DE	M	DE
Devaluación femenina	1.65	0.58	1.45	0.46
Rechazo de la pareja	1.26	0.47	1.25	0.48
Aspectos positivos	2.65	0.75	2.78	0.78

* $p < .05$ ** $p < .01$

Tabla 3. Medias (y Desviación Estándar) de las Subescalas del Cuestionario de Actitudes hacia la Histerectomía en Hombres y Mujeres de Zonas Rurales.

Subescala	Género				
	Hombre		Mujer		
	M	DE	M	DE	
Devaluación femenina	2.66	1.01	2.08	1.13	*
Rechazo de la pareja	1.78	0.90	1.87	1.05	
Aspectos positivos	2.80	0.89	3.00	0.91	

* $p < .05$ ** $p < .01$

Tabla 4. Medias (y Desviación Estándar) de las Subescalas del Cuestionario de Actitudes hacia la Histerectomía en los Hombres de los Tres Grupos Estudiados.

Subescala	Grupo						
	Zona urbana -		Zona urbana -		Zona rural		
	NSE medio-alto		NSE bajo				
	M	DE	M	DE	M	DE	
Devaluación femenina	1.65	0.58	2.70	1.05	2.67	1.01	**
Rechazo de la pareja	1.26	0.47	1.84	0.94	1.78	0.90	*
Aspectos positivos							
	2.65	0.75	2.75	0.88	2.80	0.88	

* $p < .05$ ** $p < .01$

Tabla 5. Medias (y Desviación Estándar) de las Subescalas del Cuestionario de Actitudes hacia la Histerectomía en las Mujeres de los Tres Grupos Estudiados.

Subescala	Grupo						
	Zona urbana -		Zona urbana -		Zona rural		
	NSE medio-ato		NSE bajo				
	M	DE	M	DE	M	DE	
Devaluación femenina	1.45	0.46	1.92	1.14	2.08	1.13	
Rechazo de la pareja	1.25	0.48	1.72	1.01	1.87	1.05	*
Aspectos positivos							
	2.78	0.78	3.11	0.89	2.98	0.91	

* $p < .05$ ** $p < .01$

RESUMEN

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico por medio del cual se extrae el útero, el cual tiene un significado especial ya que se ha asociado con la femineidad y con el funcionamiento sexual. Se ha demostrado que este significado está influenciado por diversos factores psicosociales. Las actitudes hacia la histerectomía han sido poco

MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

exploradas en Latinoamérica, por lo que los objetivos de la presente investigación fueron:

- Estudiar las actitudes hacia la histerectomía que tienen tanto mujeres como hombres mexicanos que habitan en zonas rurales y urbanas de diferentes niveles socioeconómicos.
- Utilizar los datos recabados para implementar talleres con el fin de fomentar actitudes más positivas y disipar el miedo que puede provocar la idea de vivir sin útero.

Se estudiaron 164 mujeres sin histerectomía y 166 hombres casados con mujeres que no tenían histerectomía. Todos ellos tenían más de 35 años y se dividieron en tres grupos: a) Habitantes de zonas rurales, b) habitantes de zonas urbanas de nivel socioeconómico bajo, y c) habitantes de zonas urbanas de nivel socioeconómico medio alto. Se les aplicó el Cuestionario de Actitudes hacia la Histerectomía (CAH) que fue elaborado en México y consta de tres factores: Devaluación femenina, Rechazo de la pareja y Aspectos positivos.

Los hombres de zonas rurales y de zonas urbanas de nivel socioeconómico bajo tuvieron puntajes significativamente mayores que las mujeres en la subescala “devaluación femenina”, es decir, piensan que una mujer con histerectomía estaría incompleta, vacía y su femineidad se vería severamente afectada. En contraste, no se observaron diferencias entre los hombres y mujeres de nivel socioeconómico medio-alto. Por otra parte, los hombres de zonas urbanas de nivel socioeconómico medio-alto tuvieron puntajes significativamente menores en las subescalas “devaluación femenina” y “rechazo de la pareja” que los participantes de nivel socioeconómico bajo y que los residentes de áreas rurales. Estas diferencias también se observaron en las mujeres, pero solo en la escala “devaluación femenina”.

Estos resultados están siendo utilizados para diseñar un taller con la finalidad de disminuir las actitudes negativas hacia la histerectomía. De manera más específica, se trata de eliminar miedos irracionales y hacer hincapié en que los atributos femeninos de una mujer pueden persistir a pesar de haber sido sometida a esta cirugía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Augustus, C. E. (2002). Beliefs and perceptions of African American women who have had a hysterectomy. *Journal of Transcultural Nursing*, 13, 296-302.

Casique, I. (2006). ¿Cuándo puedo decir no? Empoderamiento femenino y sexo no deseado en México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 21, 49-81.

De Keijzer, B. (2003). Los hombres ante la salud sexual reproductiva: Una relación contradictoria. En M. Bronfman & C. Denman (Eds.), *Salud reproductiva: Temas y debates* (pp. 59-82). México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Elson, J. (2004). *Am I still a woman? Hysterectomy and gender identity*. Philadelphia: Temple University.

Groff, J. Y., Mullen, P. D., Byrd, T., Shelton, A. J., Lees, E. & Goode, J. (2000). Decision making, beliefs, and attitudes toward hysterectomy: A focus group study with medically underserved women in Texas. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9 (suppl), 39-50.

Goetsch, M. (2005). The effect of total hysterectomy on specific sexual sensations. *American journal of obstetrics and gynecology*, 192, 1922-1927.

Ingoldsby, B.B. (1991). The Latin American family: Familism vs. machismo. *Journal of Comparative Family Studies*, 23, 57-62.

Lalinec-Michaud, M., & Engelsmann, F. (1989). Cultural factors and reaction to hysterectomy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24, 165-171.

Lalos, A. y Lalos, O. (1996). The partner's view about hysterectomy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 17, 119-124.

Marván, M.L., Islas, M., Vela, L., Chrisler J.C., & Warren E. (2008). Stereotypes of women in different stages of their reproductive life: Data from Mexico and the United States. *Health Care for Women International*, 29, 673-687.

Marván M.L., Trujillo P., & Karam M.A. (2009). Hysterectomy as viewed by Mexican women and men. *Sex Roles*, 61, 688-698.

Reis, N., Engin, R., Ingec, M., & Bag, B. (2008). A qualitative study: Beliefs and attitudes of women undergoing abdominal hysterectomy in Turkey. *International Journal of Gynecological Cancer*, 18, 921-928.

Richter, D. L., McKeown, R. E., Corwin, S. J., Rheaume, C., & Fraser, J. (2000). The role of male partners in women's decision making regarding hysterectomy. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9 (suppl), 51-61.

Sobralake, M. (2006). Machismo sustains health and illness beliefs of Mexican American men. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18: 348-350.

Sternberg, P. (2000). Challenging machismo: Promoting sexual and reproductive health with Nicaraguan men. *Gender and Development*. 8, 89-99

Szasz, I. (2003). Pensando en la salud reproductiva de hombres y mujeres. In M. Bronfman & C. Denman (Eds.), *Salud reproductiva: Temas y debates*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

**MEMORIAS I CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION
PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

RESEÑA AUTORA

MARÍA LUISA MARVÁN

Licenciada y Maestra en Psicología. Doctora en Ciencias Biomédicas por la Universidad Nacional Autónoma de México. Investigadora de tiempo completo en el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana y miembro del Cuerpo Académico Psicología, Salud y Sociedad. Docente de la Facultad de Psicología de la misma Universidad.

Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI - Nivel II). Miembro del Consejo Editorial de la revista “Sex Roles: A Journal of International Research”. Miembro de la mesa directiva de la “Society of Menstrual Cycle Research”.

Publicaciones: 46 artículos de investigación, 2 capítulos de libro, 10 artículos de divulgación y 1 libro. Más de 130 citas a estas publicaciones en China, Japón, Corea del Sur, Marruecos, Arabia Saudita, Yugoslavia, Turquía, Holanda, Suecia, España, Islandia, Canadá, Estados Unidos y Brasil.

