



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

HISTERECTOMÍA Y AUTOCONCEPTO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ADRIANA DEALMONTE TOVAR

DIRECTOR DE TESIS

MTRO: SOTERO MORENO CAMACHO

REVISOR

MTRA: BLANCA ROSA GIRÓN HIDALGO

SINODALES

DR.SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MTRA. MA. ISABEL MARTÍNEZ TORRES

MTRA. ENA ERÉNDIRA NIÑO CALIXTO



MÉXICO, CIUDAD UNIVERSITARIA, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

***“Nadie nunca logró nada espléndido fuera de quienes se
atreveron a creer que algo dentro de ellos era superior a las
circunstancias.”***

Bruce Barton

***“Dice hecatón: te descubriré un modo de provocar el
amor sin filtro mágico, sin hierbas, sin ensalmos de
hechicera: si quieres ser amado, amate”.***

Seneca

***“La vida es como una obra de teatro: no es la
duración sino la excelencia de los actores lo que
importa”***

Seneca

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

Gracias por todos y cada uno de los días que a mi lado lucharon para este y todos los logros que en mi vida he tenido, por ese esfuerzo constante de enseñarme y educar mis valores y principios; por creer en mí, en mi inteligencia, en mis habilidades y en mi fortaleza, como persona y como hija. Porque sencillamente este proyecto no estaría culminando si ustedes no hubieran sido parte de él.

A ti Virgilia Gracias por siempre apoyar mis ideales y por empujarme cada que así lo necesitaba; por esas desveladas constantes que a mi honor viviste, por ese lunch que calmaba mi hambre día a día, por estos años de dedicación, por ser simplemente mi apoyo, mi sostén y mi inspiración para este proyecto, muchas gracias, los quiero mucho.

A ti Prisciliano Gracias por hacer de mí una mujer proactiva, por esa autoridad con la que me educaste ya que hoy sé me dio las herramientas para culminar este proceso, al igual gracias por todo el tiempo, trabajo y energía de tu vida que invertiste en mi apoyo y bienestar. Por esas exigencias que me han hecho aprender, cambiar y hasta hoy, crecer. Porque me enseñaste a respetar el trabajo, el horario, la puntualidad y por ende a mí misma.

A MIS MAESTROS Y SIDONALES

Por su apoyo incondicional y enseñanza a lo largo de toda la carrera, por su dedicación y amor hacia su profesión, por compartir tantas enseñanzas, y más aún gracias por creer en mí y en este proyecto y dirigirme hacía este triunfo, por ser mis guías y mi ejemplo. Gracias Mtra. Blanca Rosa Girón Hidalgo, Mtra. María Isabel Martínez Torres, Mtra. Ena Eréndira Niño Calixto y Dr. Samuel Jurado Cárdenas

A usted Maestro Sotero Moreno Camacho le agradezco su empeño en ayudarme, aconsejarme y ser mi sostén a lo largo de esta investigación, por haber creído y confiado en mí desde el inicio y ver hoy su esfuerzo también reflejado en el término de este proyecto.

A MIS HERMANOS/ AS

Gracias a todos y cada uno de ustedes por su apoyo a lo largo de todo mi proyecto de vida, por las mañanas, tardes y noches de ayuda, por fortalecer mis sueños y mis deseos, así como reforzar mis habilidades y ser parte de mis aprendizajes, por ser parte importante de este trabajo y de mi vida, por tan sólo confiar en mí; Es por ello y por más que este logro también es para ustedes y por ustedes y ya que hacerles mención especial a cada uno me llevaría muchas páginas. A todos; “Muchas Gracias Hermanos, los quiero mucho”: Guillermo, Patricia, Erika, Laura, Briselda, María Inés, Ubaldo, Aquileo y José Antonio.

A MIS AMIGOS/ AS

A ustedes les agradezco el ser parte de mi vida, el hecho de colaborar con su apoyo, con mi diversión, con mis tristezas, mis triunfos, fracasos, por siempre estar ahí en el momento y lugar indicado, por lo mucho que he aprendido de ustedes y por esas muchas aventuras a su lado, porque esta meta cumplida hoy no hubiera sido tan satisfactoria sin ustedes. Gracias. Rebeca, Janet, Yanet, Karina, Diana Laura, Nayeli, Karla Marina, Adriana, Andrea, Sofía, Valeria, Jaqueline, Roberto Adrián, César Adrián, Iván, Mary, Nely, a ti Giovany gracias por tu apoyo incondicional, por ser un enorme soporte en momentos importantes y por tu cariño sincero. A todo el enorme equipo de Fútbol Femenil de la Facultad de Psicología por cada extraordinario momento vivido siendo parte del equipo.

Especialmente a ti Susana Hernández Oviedo te agradezco esta gran amistad que has compartido conmigo, esos días de risa imparable, de tristezas, de angustias, de enojos, de trabajos, de exposiciones, etc. Pero sobre todo gracias por enseñarme que la vida sólo nos da ciertas oportunidades y que debemos de aprovecharlas a lo máximo; así como por enseñarme el valor de ser lo que quiero ser y no lo que los demás quieren de mí. Gracias por ser como una hermana en este tiempo de conocernos y por ayudarme a tanto para culminar este proyecto. “Gracias”

Y a ti Lalito por años de vida compartidos en los que me has brindado lo mejor de ti y tu apoyo, por siempre estar a mi lado superando todo, aún en la adversidad. Gracias por ser ese amigo incondicional desde la infancia hasta hoy.

A MIS CUÑADOS/ AS

Porque también ustedes son parte fundamental de este gran logro, me han apoyado, motivado, y sobre todo han confiado en mí y en lo que soy como persona, cuñada y mujer. Gracias. Sofía, Marbella, Rafael, Salvador y Ángel.

A MIS SOBRINOS/ AS

Porque también han formado parte importante de este proyecto, en mi motivación, en alegrías y buenos momentos, por de igual forma apoyarme en lo que su edad y sus circunstancias les han permitido. Gracias: Ana, Erick, Lizbeth, Víctor, Amairani, Lorena, Estefanía, Brenda, Lalito, Damaris, Maritza, Itzel, Mónica, Alejandro y Monserrat.

A LAS MUJERES

Agradezco a cada una de las mujeres que hizo posible este proyecto por su disposición y plena confianza hacia mí. Así mismo agradezco a las mujeres en general por ser la inspiración de este proyecto que me llena de mucha satisfacción y orgullo, además de poder explorar un poco más de lo grandioso que es ser “mujer”. Con ello poder contribuir en la estabilidad necesaria para toda mujer que así lo merece y requiera.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Por ser mi segunda casa y darme cobijo a lo largo de tantos años, por brindarme las herramientas necesarias para mi presente y mi futuro, por forjar mi educación y mi espíritu universitario, por ser simplemente la máxima casa de estudios que orgullosamente ha sido parte de mí, de mi vida y de mi corazón.

INDICE

Páginas

• RESUMEN.....	8
• INTRODUCCIÓN.....	9
1. CAPÍTULO I HISTERECTOMÍA	
1.1Antecedentes.....	11
1.2Definición de Histerectomía.....	11
1.3Tipos de Histerectomía.....	13
1.4Problemáticas comunes que causan Histerectomía.....	15
1.5Riesgos.....	18
1.6Implicaciones Psicológicas.....	19
2. CAPÍTULO II “AUTOCONCEPTO”	
2.1 Antecedentes Históricos.....	25
2.2Definición de autoconcepto.....	28
2.3Autoestima y Autoconcepto en mujeres.....	42
2.4Marcas de la Autoestima y del Autoconcepto de la mujer.....	45
2.5Desarrollo de la identidad de las mujeres.....	49
2.6Desarrollo del Autoconcepto en el ciclo de vida.....	51
2.7División del autoconcepto.....	55
2.7.1 Autoconcepto Académico.....	56
2.7.2Autoconcepto Físico.....	59
2.7.2.1Físico y Belleza en Mujeres.....	64
2.7.3Autoconcepto Social.....	69
2.7.3.1 Papel de la maternidad en las mujeres.....	70

2.7.3.2 Edadismo en las mujeres como factor de autoconcepto social.....	70
2.7.4Autoncepto emocional.....	71
2.8 Investigaciones Histerectomía y autoconcepto.....	72
2.8.1. Dimensión sexual.....	78
2.8.1.1 Sexualidad Femenina Escindida.....	80
2.8.2 Dimensión social.....	84
2.8.3 Dimensión física.....	85
3.- METODOLOGÍA	
3.1 Planteamiento del problema.....	86
3.2 Objetivo.....	86
3.3 Hipótesis.....	86
3.4 Muestra.....	86
3.5 Materiales e Instrumentos.....	87
3.6 Procedimiento.....	87
4.- RESULTADOS	
4.1 Análisis de Resultados.....	89
4.2 Discusión.....	101
4.2 Conclusiones.....	107
4.3 Limitaciones y sugerencias.....	109
4.4 Referencias Biblio hemerográficas.....	111
4.5 Anexos.....	116

Resumen

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico por el cual se extrae el útero de una mujer. Existiendo generalmente tres tipos de histerectomía la subtotal, la total y la radical, a su vez, existen dos formas de realizar este procedimiento quirúrgico, ya sea de forma vaginal o abdominal (Ahumada A. Aliaga P, 2005), afectando de forma directa el autoconcepto que se define como “La percepción que una mujer tiene de sí misma, que se forma a partir de las experiencias y relaciones con el medio, en donde juegan un importante papel tanto los refuerzos ambientales como los otros significativos” (Shavelson et al., 1976) en sus diferentes dimensiones, (físico, emocional e intelectual), influyendo la edad en la que se atraviesa por la histerectomía, resultando una correlación negativa no perfecta en donde a mayor edad en la mujer, presentan un autoconcepto más pobre.

Palabras clave.*Histerectomía, radical, subtotal, parcial, electiva, autoconcepto, pobre, medio, alto, mujer, cultura, dimensiones, física, emocional, intelectual, sexual, pérdida, edad, listado, adjetivos, información, intervención, proceso.*

Introducción

El estar inmersa en una institución de Salud pública, específicamente dentro de una especialidad exclusiva para el sexo femenino, “Ginecología y obstetricia” me permitió entrar en contacto directo con mujeres que presentan ciertas complicaciones con su salud y/o embarazo; sin embargo de forma predominante la “Histerectomía” es la intervención quirúrgica que más casos presenta en el área de hospitalización, por lo que me pareció interesante abarcar un aspecto más profundo que los que se brinda de rigor en lo establecido en cuanto a la atención psicológica, ya que por escasas de tiempo y espacio, ésta solo proporciona orientación tanatológica para el manejo de duelo ante la pérdida de la matriz.

Sin embargo para algunas mujeres este duelo va más allá de la pérdida del órgano e implica un proceso de reajuste emocional. Debido a que factores como la cultura, la crianza, las creencias, la sociedad, la red de apoyo familiar, así como, la comunicación médico- paciente juegan un papel muy importante en la estabilidad de la paciente. Tal es el caso que posterior a la intervención médica/ quirúrgica por la que atraviesan en algunas mujeres se ve perturbada su auto imagen y autopercepción en cuanto a características propias tanto a nivel físico, intelectual, emocional como social, que son con las que se desenvuelve día a día, que afectando directamente su autoconcepto (pensamientos, sentimientos y comportamientos). Aspecto poco considerado y al que en muchas ocasiones se le resta importancia.

La contribución que la siguiente investigación pretende, es explorar e identificar las áreas más vulnerables de la paciente en cuanto a su autoconcepto, encontrando la existencia de una relación entre la edad en la que se atraviesa una histerectomía con el autoconcepto, así como las dimensiones son más vulnerables que manifiestan las mujeres post histerectomizadas; por medio de la aplicación de un instrumento válido y confiable que mida el autoconcepto. Por lo que a continuación se amplía el concepto de Histerectomía, como de Autoconcepto para después analizar en base a los resultados obtenidos, como es que se encuentran

las mujeres histerectomizadas en cuanto a su autopercepción, autoaceptación, a nivel personal y social.

Para posteriormente lograr intervenciones psicológicas más completas, donde se trabaje para una mayor estabilidad emocional de las mujeres que atraviesan por una histerectomía, cómo también crear grupos de apoyo en los que colectivamente se trabaje en talleres y cursos, además de psicoeducar al área médica y de enfermería creando un equipo multidisciplinario al servicio y atención de la paciente adecuadamente, que le sirva de ayuda en el desempeño habitual de su vida

1.- HISTERECTOMÍA

1.1. Antecedentes

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico por el cual se extrae el útero de una mujer. Sus inicios se dieron en el siglo V antes de cristo a la época de Hipócrates. Los primeros intentos se realizaron por vía vaginal. Hacia el siglo XVI D.C ya se habían realizado varias histerectomías en Europa. En 1600 Schenck de Grabenberg presentó 26 casos de histerectomía vaginales. La Histerctomía vaginal se realizó de forma esporádica entre siglos XVII y XVIII, en 1810 Wrisberg presentó un artículo a la Academia Real de Medicina de Viena. Tres años después Langenberck realizó una histerectomía vaginal por cáncer de útero. En 1829 se practicó en los Estados Unidos la primera histerectomía vaginal, sin embargo la mujer murió. Tres años después Herman y Werneberg realizaron con éxito una histerectomía por cáncer de útero hacia el siglo XIX Czerny ,Billroth, Mikulicz, Schroeder, Krocher, Teuffel y Spencer Wells evaluaron y desarrollaron técnicas para realizar la histerectomía vaginal en forma sistemática. (Jhon Rock, 2000)

Los primeros intentos para realizar la histerectomía por vía abdominal se efectuaron debido a hallazgos de leiomiomas que habían sido confundidos con quistes de ovario. A comienzo del siglo XIX, aún se considera que la laparatomía era peligrosa. (Middleton LJ Champaneria, 2010)

Whashington L. Atlee de Lancaster realizó la primera miomectomía Abdominal exitosa en 1844. Langenbeck intentó la primera Histerectomía por vía abdominal en 1825 la operación realizada debido a un cáncer cervical duró 7 minutos y provocó la muerte de la paciente horas después. A mediados del siglo XIX un cirujano inglés A.M. Heath fue el primero en ligar arterias uterinas pero debieron pasar más de 50 años hasta que su práctica fuese común. (Dulseman, 2002)

W. S. Freund refinó la técnica de histerectomía en 1878 al usar anestesia, una técnica antiséptica, la posición de Trendelenburg y una ligadura alrededor de los

ligamentos y los grandes vasos. Se disociaba la vejiga del útero y se desinsertaban los ligamentos cardinales y uterosacrosos, luego se cerraba el peritoneo pelviano. A fines del siglo XIX se realizaron más refinamientos en la histerectomía en el Johns Hopkins Hospital. (Jhon Rock, 2000)

Durante la primera década del siglo XX, la histerectomía se convirtió en el tratamiento empleado con frecuencia para tratar enfermedades y síntomas ginecológicos. La Ginecología estaba en vías de desarrollo como especialidad y los ginecólogos contaban con poco más que la cirugía para ayudar a sus pacientes.

(Bernhard L, 2001) Cuando la ginecología maduró como especialidad médica, el conocimiento sobre la función de los órganos reproductivos y la enfermedad fueron más completos: se desarrollaron técnicas de diagnóstico especiales y más precisas. En la práctica moderna el uso apropiado de este conocimiento y de las tecnologías modernas y avanzadas de diagnóstico permite elegir opciones terapéuticas más correctas para enfermedades médicas más complejas. (Gynecologists, 2009)

En la mayoría de los centros, la tasa de mortalidad de la histerectomía es de 1 a 2 por 1,000. Pueden ocurrir complicaciones de hasta el 25% de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal y en el 50% de las que enfrentan una histerectomía abdominal. El cirujano debe comprender muy bien la fisiología y los trastornos de los órganos reproductivos femeninos, las manifestaciones clínicas de la enfermedad pelviana, y el desarrollo psicosexual normal y anormal. (Giudice, 2010)

Una revisión de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Lenners, 1995) calculó que, entre 1988 y 1990 1.7 millones de mujeres norteamericanas se sometieron a histerectomía. La tasa estuvo muy relacionada con la edad y alcanzó un máximo de 100.5 histerectomías cada 10,000 mujeres de entre 30 y 54 años. En el intervalo entre los 30 y los 54 años se realizó el 74% de todas las histerectomías realizadas en los Estados Unidos. Aproximadamente el 20% de las

mujeres de 40 años había sido sometida a histerectomía y esto había ocurrido en el 37% de las mujeres de 65 años. Estas cifras han disminuido desde la década de 1970. Los autores del informe de los CDC, Wilcox y col. Fueron los responsables de este cambio de las estadísticas que se produjo gracias a la búsqueda de segundas opiniones para la cirugía, programas que aseguran la calidad, niveles más elevados de educación, campañas mediáticas y alternativas a la histerectomía así como de tratamientos médicos y de procedimientos quirúrgicos más conservadores. (Bernhard L, 2001)

1.2 Definición

Los órganos femeninos son el útero, la vagina, las trompas de Falopio y los ovarios. El útero en condiciones normales mide 7.5 cm de largo y 5 cm de ancho. Este órgano periforme, hueco y musculoso se encuentra ubicado en la cavidad abdominal por arriba de la vejiga en forma horizontal (Curtis et al, 2000), que se conforma por dos partes: el cuello o cérvix y el cuerpo o fondo. El cérvix es el fragmento interior del útero que une el cuerpo uterino con la vagina; Por otra parte la pared del cuerpo uterino se encuentra tapizada por recubrimiento peritoneal externo o serosa, miometrio o pared muscular o endometrio (Scott et al., 1994). Entonces el procedimiento que extrae el útero es lo que se denomina histerectomía (John Rock, 2000). Una vez realizada la mujer dejará de menstruar y no podrá quedar embarazada.

También se puede extirpar los anexos (trompas de Falopio y ovarios) mediante una operación llamada salpingoovariectomía unilateral o bilateral (Magowan, 2010), lo cual causaría la menopausia debido a la falta de estrógenos producidos por los ovarios.

1.3 Tipos de histerectomía

Existen tres tipos de histerectomía la subtotal, la total y la radical, a su vez, existen dos formas de realizar este procedimiento quirúrgico, ya sea de forma vaginal o abdominal (Ahumada A. Aliaga P, 2005)

En la histerectomía subtotal se remueve el útero dejando el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio, mientras que en la histerectomía total se extrae el útero y el cuello uterino pero no los ovarios ni las trompas de Falopio. Sin embargo en la histerectomía radical se quita tanto el útero como el cuello uterino, los ovarios, las trompas de Falopio y los nodos linfáticos de la pelvis (MDConsul, 2005)

La histerectomía abdominal se caracteriza por extraer el útero de una mujer a través de un corte abdominal. El especialista hace una incisión en la pared abdominal que exhibe los ligamentos y vasos sanguíneos que rodean el útero estos últimos deben ser ligados para que cicatricen y no sangren. Posteriormente extrae el útero efectuando un corte en la parte que se conecta con la vagina para evitar orificios (MDConsul, 2005)

En la histerectomía de tipo vaginal se realiza una incisión por donde se extrae el útero. El especialista debe hacer un corte a través de la pared vaginal alcanzando así los ligamentos y los vasos sanguíneos que rodean al útero y lo remueve por ésta. Una vez terminada la extracción, se fijan los ligamentos uterinos a la vagina y se cose la parte superior (Dulseman, 2002)

Histerectomía Obstétrica

La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico que se realiza en el momento del parto o después de él. Se indica para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de la paciente al aumentar el riesgo de hemorragia, como atonía o laceración uterina. En ocasiones no es posible controlar estas complicaciones, pese a que se dispone de procedimientos o medicamentos uterotónicos, por lo que se prefiere terminar con la fertilidad de la paciente antes que arriesgar su vida. (Nava A. J, 2002)

La intervención puede justificarse después de una cesárea, parto vaginal, legrado o durante el puerperio mediato o tardío. La primera cesárea-histerectomía exitosa en la que sobrevivieron la madre y su hijo la reportó Eduardo Porro, de Pavia, Italia, en 1876;5 posteriormente, algunos gineco-obstetras comenzaron a utilizarla

con fines de esterilización o para tratar otras enfermedades que se manifestaban al momento del parto, pese a que elevaba las cifras de morbilidad y mortalidad.^{1,6} La incidencia reportada por diferentes autores es muy baja, oscila entre 0.1 y 0.9%.^{1,2,4-8} En la actualidad, (Bernhard L, 2001) cada vez menos médicos indican la histerectomía obstétrica debido diversas razones, entre ellas: disponibilidad de antibióticos de amplio espectro, de hemoderivados, agentes uterotónicos, y al refinamiento y estandarización de la cirugía.^{2,5} La incidencia real en México se desconoce, aunque algunos autores indican que es del 0.5 al 0.9%.^{9,10} (Quesnel GBC, 1997) El procedimiento puede realizarse de manera electiva o de urgencia, que es la más frecuente.^{3,8} Los factores de riesgo más identificados son: antecedentes de cesárea previa, ser mayor de 35 años de edad, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y embarazos múltiples, por mencionar algunos.

Histerectomía Electiva

Es la histerectomía efectuada por condiciones o síntomas que no representan un riesgo para la vida de la paciente ni indican una patología y que podrían ser tratados con otras modalidades terapéuticas. Se realizan para el alivio de los síntomas más que para el tratamiento de una enfermedad orgánica. Esta corriente fue expresada en la literatura ginecológica en 1969 por Wright que afirmaba que el útero posee una sola función: La reproducción. Después del último embarazo electivo el útero se vuelve inútil, causa de hemorragias y síntomas y potencialmente capaz de albergar un cáncer; por tanto debería ser extirpado". Sin embargo fue criticado ya que la contraparte afirmaba que "en muchas mujeres el útero es importante porque está relacionado con la identidad, la sexualidad, y la autoestima y representa mucho más que un cuerpo extraño generador de problemas una vez cumplida su función reproductora. (Thompson, 1993).

1.4 Problemáticas comunes que requieren Histerectomía

Cuando una mujer requiere una histerectomía puede ser por varias causas. J.M.T. Finney (Thompson, 1993), consideró que las indicaciones para los procedimientos

quirúrgicos entran dentro de tres categorías: Salvar la vida, aliviar el sufrimiento y corregir deformaciones, por lo tanto se consideran que para algunas causas existen alternativas de tratamiento médico y no siempre se requiere una histerectomía.

Algunos de los problemas que hacen necesaria una histerectomía son los siguientes:

Miomas Uterinos

Los miomas uterinos son tumores pélvicos que cuando generan signos y síntomas como hemorragia uterina anormal, dolor o presión pélvica aumento rápido del tamaño uterino pues “es posible que un útero leiomiomatoso adquiera un tamaño equivalente al de un embarazo de 12 a 14 semanas” (Thompson, 1993: 256), sin embargo la histerectomía por miomas sólo debe considerarse en mujeres que no tiene hijos.

Hemorragia Uterina Disfuncional

Incluye hemorragia menstrual anormal, la ocasionada por otras causas, como enfermedades generales, cáncer y embarazo. El diagnóstico y tratamiento presenta algunos de los problemas más difíciles en ginecología. Es frecuente que las pacientes no puedan diferenciar entre las hemorragias causadas por trastornos reproductivos, urológicos o gastrointestinales. Un embarazo no diagnosticado puede ser la causa de la hemorragia. La hemorragia uterina disfuncional se puede llegar a controlar mediante tratamiento médico, por tanto sólo se efectuará en pacientes que no reaccionen o toleren dicho tratamiento. “La hemorragia uterina disfuncional es la indicación para efectuar cerca de 20% de las histerectomías” (Jhon Rock, 2000)

Dismenorrea

La dismenorrea es el dolor asociado a la menstruación, localizado preferentemente en la región suprapúbica. Pueden ser:

- Dismenorrea primaria: Dolor asociado a la menstruación, en ausencia de patología orgánica demostrable.
- Dismenorrea secundaria: Dolor coincidente con la menstruación pero asociado a procesos patológicos como endometriosis, adenomiosis, enfermedad pélvica inflamatoria, tumoraciones, estenosis cervical, malformaciones uterinas, congestión pélvica y DIU. (MDConsul, 2005)

La dismenorrea primaria no debe ser tratada mediante una histerectomía (Thompson, 1993), no obstante la de tipo secundario si puede llegar a requerir una histerectomía siempre y cuando se trate primero el trastorno adyacente y no responda al tratamiento.

Neoplasia Intraepitelial cervical

Es una lesión precursora del cáncer del cuello uterino que ha sido ampliamente estudiada y discutida desde la década del treinta y hasta la actualidad. Se caracteriza por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares y se han subdividido en tres grados según su extensión y gravedad: I, II y III La neoplasia intraepitelial cervical es un crecimiento de células anormales en el cérvix (MDConsult, 2005). La histerectomía se puede utilizar cuando la paciente no puede concebir y la displasia cervical es severa. (Thompson, 1993).

Prolapso Genital

El Prolapso de órganos pélvicos se encuentra agrupado dentro de las disfunciones del piso pélvico junto a la incontinencia urinaria y fecal Podemos hablar del prolapso en forma anatómica como el descenso de alguno de los órganos pélvicos (vejiga, útero, cúpula vaginal, recto) dentro o más allá de la vagina, periné o canal anal). Estas son patologías comunes en la población general femenina. Un prolapso genital es cuando el útero se mueve de su posición normal hacia la vagina. Existe la posibilidad que el útero se encuentre un poco fuera de posición o que descienda tanto que pueda ser visto por fuera de la vagina. (MD Consult, 2005). “la histerectomía por prolapso genital sintomático constituye cerca del 15% de las efectuadas en los Estados Unidos” (Wheeless, 2001)

Endometriosis

La endometriosis se define como la presencia de glándulas y estroma endometrial funcionantes fuera de la cavidad uterina, con ciertas características que lo hacen funcionalmente similar al tejido endometrial presente dentro del útero. Estimaciones generales indican que la endometriosis es la entidad mas frecuentemente diagnosticada en ginecología y una de las condiciones quirúrgicas más comunes en mujeres jóvenes. Otros estudios revelan que es la tercera causa ginecológica de hospitalización en los Estados Unidos. (Ahumada A. Aliaga P, 2005)

Se clasifican como problemas obstétricos la hemorragia posparto incontrolable, la ruptura uterina la inversión uterina y los embarazos intersticiales, abdominales o cervicales. Estos problemas obstétricos requieren de una histerectomía debido a la hemorragia (Thompson, 1993).

Stovall (Giudice, 2010) con respecto al cáncer comenta que las metástasis a sitios no ginecológicos pueden producir síntomas que requieren histerectomía, así como los tumores ováricos benignos que son persistentes o sintomáticos requieren tratamiento quirúrgico.

1.5 Riesgos

Como en toda intervención quirúrgica en una histerectomía pueden existir riesgos. Existen complicaciones menores comunes, complicaciones serias poco comunes y complicaciones a largo término. Entre las complicaciones menores comunes se encuentran: infecciones menores del tracto urinario, dolor mínimo y sangrado vaginal ligero. Dentro de las serias poco comunes pueden ser: embolia pulmonar, lesión quirúrgica del tracto urinario o intestinal, abscesos, perforación del intestino, fístulas y apertura de la incisión. Y por último las complicaciones a largo plazo se encuentran: debilidad muscular en el área pélvica, prolapso de la vejiga, vagina y recto, problemas intestinales si se han formado adhesiones y han obstruido los intestinos, reducción de la vagina lo cual puede causar dolor durante las relaciones sexuales (Helstrom L. Sorborm D, 2009)

Otra complicación transoperatoria, es la hemorragia, ésta es causada por no ligar con firmeza un vaso sanguíneo, una ligadura mal hecha a nivel del manguito vaginal, deslizamiento de una ligadura colocada previamente o desprendiendo del tejido. (Dulseman, 2002)

1.6 Implicaciones Psicológicas.

Otro ámbito de la calidad de vida que es necesario evaluar es la dimensión psicológica, especialmente la sexual. Las complicaciones psicológicas han evolucionado en las pasadas cuatro décadas. Estudios avalan que si la salud mental se altera puede influir en forma negativa en el afrontamiento de la usuaria con respecto a su propia situación de salud (scriven A, 1997).

Naughton, en una revisión de 8 estudios, hace mención al estado psicológico que vive la mujer antes de verse enfrentada a esta cirugía: depresión, ansiedad, alteraciones de autoestima y autoconcepto, así como otros trastornos del ánimo pueden, afectar la percepción que la usuaria tenga con respecto a su condición de salud; este autor refiere que la depresión es la principal enfermedad psiquiátrica que afecta a éstas pacientes. Al estudiar mujeres con depresión pre-operatoria, evidenció un incremento de este trastorno post-quirúrgico, demostrando que la histerectomía en sí no es el factor causal del desarrollo del trastorno, sin embargo, la poca participación en la toma de decisión con respecto a someterse a la histerectomía o la cirugía de urgencia, son aspectos que influyen en la aparición de depresión u otros trastornos. Por lo tanto es relevante evaluar la condición en la que se encuentra la usuaria antes, durante y después de someterse a este procedimiento. (Naughton, 2004)

Jawor y cols. Señalan que la histerectomía desencadena conflictos de autoestima y que el profesional de salud debe lidiar con los temores, creencias y ansiedad de los usuarios para prevenir síntomas depresivos posteriores al alta.

En un estudio australiano prospectivo, se evidenció que la histerectomía no produce riesgos extrapsicológicos en comparación con otras cirugías; a los 12

meses de estudio, se reportó disminución en trastornos como depresión y ansiedad, no habiendo diferencias significativas entre los grupos. (Jawor M, 2009)

Con respecto a la histerectomía más ooforectomía, uni o bilateral, Khastgir y Studd , investigaron la asociación de éstos procesos quirúrgicos, relacionados a la aparición de trastornos psiquiátricos años después de la cirugía, evidenciando que la depresión aumentaba significativamente en la histerectomía con ooforectomía bilateral, en comparación con una histerectomía más ooforectomía unilateral; además la ooforectomía bilateral mantuvo aumento de depresión en las pacientes sometidas a ella en relación con la menopausia natural. Los autores, concluyeron que es la ooforectomía bilateral, y no la histerectomía es la que se asocia a aumento en las puntuaciones de depresión.

Pérdida del útero e implicaciones psicológicas.

El útero ha sido descrito como un símbolo de femineidad, sexualidad, reproducción y maternidad, por lo que la extracción del útero conlleva una serie de significados para la mujer, dada su particular importancia.

No existen estudios publicados que describan el significado que tiene para las mujeres la histerectomía, por lo que dada la prevalencia estimada de esta cirugía, se ha planteado conocer el significado que otorga a la resección de este órgano un grupo de mujeres histerectomizadas.

Pérdida: La pérdida es un concepto que involucra muchos aspectos en la temática descrita por este grupo de mujeres: se pierde la esencia femenina, lo que conlleva a una sensación de quedar vacía o que algo se muere, al perder la posibilidad de ser madre, de menstruar y en ocasiones la pareja. (Ahumada A. Aliaga P, 2005)

Algo que les permite distinguir a las mujeres su femineidad, está claramente asociado a la imagen del útero. Los testimonios señalan que la mujer ha perdido algo propio de su ser femenino. Algunas de ellas señalan: "Perdí lo más mío, lo más de mujer que tenía", "No seré más la misma mujer", "Es muy triste como mujer, se pierde la esencia". Dicha pérdida va a su vez asociada a la percepción

de quedar incompleta, con ausencia de algo especial, esencial, término que muchas de ellas utilizan como "quedar vacía" o "quedar hueca", en relación a esto algunos testimonios señalan "Quede vacía del interior", "... me falta algo, me siento vacía", "Me quedé así como vacía... como menos mujer". La pérdida percibida por las mujeres se asocia a la muerte de una parte de ellas: "Me mataron una parte de mí", "Como que algo murió dentro de mí, se siente peor que si le sacan una pierna", "Es como que muere alguien dentro de una". (Rivera A. Martins M, 2009)

La imposibilidad de ser madre es uno de los aspectos asociados a la extracción del útero: "Ya no seré madre nunca...", "Es no poder ser madre definitivamente", "Nunca tuve hijos,... igual hubiese querido, eso me da pena". A su vez, la extracción del útero conlleva el riesgo de perder a la pareja: "Me va a dejar... pero si era para mejorarme está bien...", "Mi marido ya no me va a querer.". La pérdida de las menstruaciones, a diferencia de las otras pérdidas descritas, es la única que puede tener una lectura tanto positiva como negativa; uno de los testimonios de las mujeres deja clara dicha dualidad: "Lo único bueno es no tener más reglas, pero no sé, igual da pena".

Tristeza-dolor. Los sentimientos asociados a la extracción del útero más bien apuntan a señalar que es una experiencia dolorosa y no exenta de pena. La tristeza y el dolor se ven reflejados en los testimonios de las mujeres: "Me duele como en el corazón, da pena", "No quiero pensar en eso, me da una tristeza enorme". Cabe señalar que la tristeza asociada a la extracción del útero se encuentra a su vez relacionada al sentimiento de pérdida que la mujer vive, y a la sensación de soledad que eso conlleva "Angustia, es una pena, como un duelo", "Da pena, sacan algo del cuerpo", "Pena... es que ahora ya no me veré igual", "Me duele en el alma, pero que se le va a hacer, es para mejorarme", "Es una sensación terrible de soledad", "Una sensación de soledad, de ser diferente a como era antes". (Ahumada A. Aliaga P, 2005)

Mejoría de la enfermedad. La extracción del útero es relacionada a la tranquilidad de tener un control de la enfermedad, de haber solucionado el problema de salud,

y de no sufrir la sintomatología asociada a la patología: 'Tranquilidad... me tenía muy preocupada, es un alivio más que nada', "Es bueno porque si no me moriría de alguna enfermedad", "Me relajó, porque tenía mucho dolor, fue buena la operación", 'Tranquila... dejare de tener dolores', "Esta perfecto, sino me podría venir un cáncer, no quiero morir".

Es interesante destacar que gran parte de los significados que las mujeres atribuyen a la extracción del útero, con excepción de la mejoría de síntomas, son de carácter negativo. Es probable que la percepción negativa de este grupo de mujeres, este influenciada por la cercanía al proceso operatorio. Sin embargo, en estudios previos con población latina, estas señalan mayor cantidad de efectos negativos a la cirugía que otros grupos raciales por lo que podría ser atribuido a una característica propia de la cultura hispana.

El significado que tiene el útero para la mujer, refleja la importancia de éste como símbolo y sinónimo de femineidad. Asociado a esto se encuentra la percepción de "quedar hueca", fenómeno que trasciende las diferentes culturas. En un estudio realizado en Turquía, el 25% de las mujeres señala que se siente como un saco vacío (Rivera A. Martins M, 2009). Las mujeres señalan preocupación por el espacio que les queda dado que el útero ya no está en sus cuerpos. Este es un importante punto que debe ser considerado por los profesionales de la salud, educarlas respecto de la anatomía y fisiología genital femenina, que son uno de los tópicos básicos a considerar. Se reportó previamente que este mismo grupo de estudio desea ser educada en estos temas. La pérdida que la mujer vive, y por lo tanto los sentimientos que ella refiere en relación a la extracción del útero, están asociados al rol que desarrolla en la sociedad, y por ende a las expectativas que se tienen de ellas en relación a tener hijos, ser madre y ser esposa. El rol que la mujer desempeña en la sociedad fue de alguna manera descrito al momento de hablar del temor a perder la pareja y de la posibilidad de ser madre. (Ahumada A. Aliaga P, 2005)

Respecto de la pérdida de la pareja, cabe señalar que las mujeres se sienten con temor de no ser admiradas sexualmente, lo que las lleva a pensar en el posible

abandono, o que las dejarán de querer. Las mujeres perciben que la HT puede afectar su vida sexual y por lo tanto su relación de pareja. La idea de que después de la HT se vuelven "inservibles" ha sido reportada previamente por otros estudios, y por lo tanto la ansiedad asociada a no satisfacer sexualmente a sus parejas es uno de los motivos de temor de las mujeres (Farell S, 2000). El machismo y la falta de educación en relación al cuerpo humano, han sido consideradas las causas por las cuales estas creencias se mantienen en las parejas. Investigaciones previas señalan que las mujeres desean que las parejas sean educadas en relación a la cirugía. Respecto del machismo, cabe señalar que es una de las características culturales descritas en poblaciones latinas. (HarlowB, 2003)

La pérdida de la posibilidad de ser madres, es un aspecto descrito por otros autores (Jawor M, 2009). Las mujeres señalan que la principal función del útero es la generación de hijos, por lo tanto la incapacidad de hacerlo podría ser un motivo de depresión pos operatoria. Al parecer, el dolor de perder el útero es aminorado cuando han tenido hijos, y por lo tanto la conformidad proviene del hecho de que ya son madres.

La pérdida de las menstruaciones ha sido vista en este grupo de estudio con una perspectiva dual, se considera bueno, sin embargo está también asociada a una pérdida que implica cierto dolor. (Lenners, 1995)Publicaciones previas han reportado este significado como positivo para las mujeres, señalando que es un alivio, junto con el hecho de no tener riesgo de embarazo, sin embargo, también ha sido reportado que es una necesidad educativa que las mujeres perciben, en este mismo grupo de estudio cerca del 50% desea ser educada en relación al cese de la capacidad fértil.

Los sentimientos de pena, dolor, soledad están claramente asociados a la pérdida que significa la extracción del útero, y por lo tanto acompañan los diferentes duelos a los cuales la mujer está sometida posterior a esta cirugía. Las mujeres temen perder a sus familiares y cercanos, además de sentir dolor y soledad por las pérdidas anteriormente descritas. (Groff JY, 2009)

La extracción del útero no es similar a extraerse otro órgano, y el término "interior" encierra un significado que merece ser analizado. Cuando una mujer es sometida a otra cirugía, como por ejemplo una colecistectomía, no dice que fue operada del "interior", por lo que fuera de todo comentario anecdótico atribuido a este término, debiera considerarse en su real significado. La mujer expone su "interior" al momento de someterse a la HT, y por lo tanto cuando es operada, parte de ese "interior" está siendo afectado. Cuando la mujer habla del "interior", nos está señalando precisamente aquella parte interna que no se ve, pero que se siente, la pérdida que la mujer vive con dicha cirugía, y los sentimientos de tristeza y soledad que acompañan la extracción del órgano. (Ahumadas, 1994)

Claramente la HT no es la extracción de cualquier órgano, es la extracción de un órgano que la mujer valora por el significado que "ella" le ha dado, y no por el significado que pueda tener para el profesional que la atiende. Respetar a la mujer, acoger el dolor y propiciar el ambiente adecuado para contenerla y educarla, es lo que todo profesional de la salud debiera estar preparado a enfrentar. Si no se está disponible para asumir esta tarea, debiera ser delegada en otro profesional que si lo pueda y quiera hacer. Negar el significado que la mujer le da a esta cirugía no sería justo, ni mucho menos una correcta elección. Toda mujer sometida a una histerectomía, debe ser acompañada en el "proceso de ser histerectomizada", y la calidad de dicho proceso, dependerá en gran medida de la intervención que haya realizado el profesional antes y después de la cirugía. (Rivera A. Martins M, 2009)

AUTOCONCEPTO

2.1 Antecedentes Históricos

A lo largo de la historia, antes del siglo XX la discusión acerca del self, se centraba en torno a conceptos metafísicos tales como: alma, espíritu, voluntad, situándose dentro de los ámbitos religiosos y filosóficos. Platón y Aristóteles y sus contemporáneos hicieron referencia a la dicotomía cuerpo y alma. Durante el siglo XVII, Descartes y su código ergo sum”, no enfatiza la centralidad del yo en la conciencia, Locke y Hume añadieron la importancia del empirismo, Kant, en su “crítica a la razón pura” especificó la distinción entre el yo como sujeto y el yo en cuanto a objeto, que después abordaría también. (Burns, 1990)

El autoconcepto ha tendido a ser concebido durante décadas como un constructo unitario como un auto percepción global, a pesar de que las ideas de James y del interaccionismo simbólico apuntan en otra dirección. William James, el primer psicólogo científico, hace distinción entre el ego que debe atender la filosofía y el self que corresponde a la psicología, dentro del cual se pueden diferenciar tres tipos de mí, organizados jerárquicamente: el self material, el self social y el self espiritual; con ello esboza lo que decenios más tarde se denominará concepción multidimensional del autoconcepto. (Mead, 1934), en sintonía con Cooley (1902), se apoya en la distinción realizada por James para diferenciar un yo (la persona que actúa) y un mí (las actitudes de los otros hacia uno mismo), incidiendo más en la vertiente social del self, diferenciando dentro del mismo diversas imágenes en función de los roles que la persona desempeña en los distintos ámbitos de su vida. (Rogers, 1994)

Estas propuestas iniciales influyen en los trabajos de autores posteriores como Brookover, Thomas, y Patterson (1964), Rosenberg (1965), Coopersmith (1967) o Marx y Winne (1978), sostienen que las dimensiones múltiples del autoconcepto se encuentran fuertemente dominadas por un factor general, de tal modo que no pueden diferenciarse adecuadamente como partes separadas del mismo. Conciben,

en consecuencia, el autoconcepto como un constructo global el cual se mide mediante cuestiones generales.

El autoconcepto ha sido estudiado a lo largo de la historia, otorgándole distintas interpretaciones, debido a la dificultad para delimitar con precisión y claridad los elementos que lo conforman, es así como es entendido como lo que los individuos creen y sienten de sí mismos a pesar de que esta concepción no fuese congruente con la realidad o con su propio comportamiento.

Bandura es uno de los teóricos más interesados por los sentimientos de auto eficacia y su influencia en la motivación y la conducta. Este autor postula que la tendencia de la personalidad está encaminada hacia la autorregulación, esto se hace posible gracias a la continua evaluación que la persona realiza de sus actos y capacidades. También considera, que una valoración de auto eficacia positiva se logra a través de alcanzar lo propuesto, lo cual produce una impresión de eficacia personal, de tener control sobre el medio. (Bandura, 1998) Por el contrario, el sentido de ineficacia se presenta al experimentar tres tipos de situaciones:

- a. Identificación con criterios de evaluación excesivamente superior.
- b. Comparación con modelos muy superiores.
- c. La pérdida de habilidades y logros previos que se poseían sin que se modifiquen los criterios de auto percepción.

Para Markus y Kunda (1986), el autoconcepto es un proceso que se construye en interacción recíproca del sujeto con el medio y que influye en la conducta, mediado por el afecto y la motivación. En tanto en sus constructos de autoconcepto operativo, señala que éste se hace accesible y se configura con base en el contexto.

Desarrollo de la capacidad de regulación del individuo que abarca todos los aspectos de la adaptación humana; es aprender a regular las reacciones ante los acontecimientos del medio.

El autoconcepto tiene un gran impacto en el comportamiento, el cuál es fundado a través de la experiencia diaria. De acuerdo a Wylie “autoconcepto incluye las cogniciones y evaluaciones respecto a aspectos específicos del sí mismo, la concepción de sí mismo ideal y un sentido de valoración global, auto aceptación y autoestima general (Ramírez, Herrera, 2010:118).

Para Harter (1998), el autoconcepto es tanto una construcción cognitiva como una construcción social, la considera como una dimensión o aspecto del autoconcepto, con un contenido valorativo emocional hacia sí mismo, y que actúa como mediadora del estado afectivo general de la persona y de su orientación motivacional; demuestra que la influencia del autoconcepto en el rendimiento académico no se da de manera directa, sino que se encuentra mediada por la afectividad y la motivación. (Spinger, 2005)

Por su parte, L'Ecuyer (1985) señala que el autoconcepto es una organización jerarquizada del conjunto de percepciones y valoraciones sobre diversos aspectos que se relacionan con la forma en la cual el individuo se percibe y valora las diferentes partes de su personalidad, al hacer un juicio de valor sobre cada uno de estos aspectos, subyace sobre éstos, una autoestima que puede manifestarse de manera explícita o no.

La investigación psicológica sobre el autoconcepto experimenta un punto de inflexión a partir de la década de los setenta, cuando se asume de modo generalizado una concepción multidimensional y jerárquica del mismo, según la cual el autoconcepto general vendría a ser el resultado de un conjunto de percepciones parciales del propio yo. Entre los numerosos modelos propuestos destaca el de Shavelson, Hubner y Stanton (1976). Dentro de este modelo, el autoconcepto general aparece en el ápice de la jerarquía dividiéndose en los dominios de autoconcepto académico y autoconcepto no académico, subdividiéndose estos a su vez en otras dimensiones más concretas y específicas.

2.2 Definición

De acuerdo a lo anteriormente investigado y a la evidencia empírica, se propone definir el auto concepto como:

“La percepción que una persona tiene de sí misma, que se forma a partir de las experiencias y relaciones con el medio, en donde juegan un importante papel tanto los refuerzos ambientales como los otros significativos” (Shavelson et al., 1976:98)

Este concepto o percepción de sí mismo lo vamos formando a lo largo de nuestra vida, por lo vamos interpretando de nuestras emociones y nuestra conducta y la comparamos con la del otro a diferentes dimensiones como son: La dimensión cognitiva, dimensión Afectiva y Dimensión conativa.

La dimensión cognitiva (González, 1994) hace referencia a las creencias sobre varios aspectos de sí mismo, tales como la imagen corporal, la identidad social, los valores, las habilidades o los rasgos que el individuo considera que posee. Los aspectos evaluativos del auto concepto, a lo que se suele denominar autoestima, están constituidos por el conjunto de sentimientos positivos y negativos que el individuo experimenta sobre sí mismo. En la determinación de la influencia de ambos componentes (cognitivos y evaluativos), va siempre a representar un papel importante en la imagen que el sujeto considera que los demás tiene de él: La dimensión social que él considera que merece. El auto concepto se refiere a la percepción que un individuo tiene de sí mismo, como miembro de un grupo social el cual incluye a la familia, amigos, vecinos, la comunidad en la que vive y la sociedad en general. Una dimensión evaluativa del auto concepto incluye las creencias y sentimientos acerca de los méritos o valores personales que se relacionan de manera directa con la autoestima (Bandura, 1998) .De acuerdo a Lassey en 2001 el autoconcepto incluye el conocimiento de la identidad, el auto respeto, y auto eficacia. (Confianza en las habilidades para enfrentar problemas personales).

La identidad, el Self ideal de las personas que se desea ser, refleja las aspiraciones y metas así como los conocimientos que tiene de sí mismo, que es influenciado por lo que los otros miran del individuo; así la imagen social puede ser diferente debido a la

retroalimentación que se obtienen de la sociedad, así la identidad y su conocimiento (auto concepto) está conformada por el self ideal, la imagen social del self, y el self verdadero; estos elementos conviven dinámicamente y generan cambios durante la vida como resultado de presiones intra-psíquicas y sociales.

El Autoconcepto se inserta dentro del concepto psicológico de la actitud, con las peculiaridades que la misma comporta. En este sentido entendemos al Autoconcepto como un compuesto psíquico unitario relativo a lo que el individuo piensa, siente y hace respecto a sí mismo, considerado este como objeto de actitud.

Burns (Burns, 1990) define el autoconcepto como una organización cognitivo-afectiva que influye en la conducta y estos son los aspectos que definen las actitudes. Estos tres componentes van íntimamente unidos, de modo que al modificar uno de ellos producimos alteración en los otros. Por ello es necesario tenernos en cuenta al planificar el desarrollo o la pedagogía del autoconcepto. (Bandura, 1998)

Entendemos que el concepto personal se debe enmarcar dentro de los coordenados espacio y tiempo, que son, a nuestro juicio las coordenadas que definen a la persona humana y cuya aceptación profunda, constituye un reto auténtico de madurez. En este sentido entendemos que cuando la persona humana se acepta dentro de estas coordenadas, con las limitaciones que las mismas le comporta, está haciendo un valioso ejercicio de conocimiento y aceptación. Coordenadas que no escatima, que no minusvalora, que siempre las tiene en cuenta, las asume y las acepta y las toma como orientación vital. (Arto, 1993)

Somos conscientes que esta interpretación tiene un matiz más allá de lo psicológico y es casi fronterizo con lo antropológico y filosófico. Es un brindis oculto a la necesidad de aunar psicología, antropología y filosofía. (Burns, 1990)

La aceptación del espacio supone aceptar mi realidad física, afectiva y cognitiva. Encuadramos estas realidades en la medida que pueden ser cuantificadas y cualificadas.

La aceptación del tiempo como devenir asumiendo el pasado, el presente y el futuro en una equilibrada armonía, sin excesos de pesimismo ni optimismo es otro reto importante a conseguir en el devenir de cada día, con sus momentos altos y bajos.

Y ambas coordenadas utilizadas en cada una de las distintas esferas en donde se desarrolla la persona humana. Desde las esferas más personales a las esferas más relacionales.

Hay un primer nivel que podemos enmarcar como la esfera más superficial de nuestro conocimiento pero que debemos ser conscientes de ella cual es la esfera de nuestros ritos, artefactos preferenciales y estándares que normalmente elegimos para mostrarnos a nosotros mismos y a los demás. Consideramos un segundo nivel cual es la esfera de nuestras actitudes, y valores que soportan la primera esfera. (H.Maslow, 1994)

El tercer nivel, más profundo, es el nivel de creencias. Todos estos niveles son imprescindibles de conocer. Y de manera peculiar conseguir una armoniosa congruencia entre ellos. Mis ritos deben ser acordes con el mundo de mis actitudes y valores, y de forma mucho más profunda con el mundo de mis creencias. La concordancia entre estas tres esferas es imprescindible para proceder a la autorrealización. (H.Maslow, 1994)

Dimensión cognitiva: Autoconocimiento

Como se desprende de este concepto, observamos una dimensión cognitiva establecida por la cantidad de información que el sujeto tiene de sí mismo. Representa, según Pilar Oñate (González, 1994) el contenido del Yo ilustrado por el propio pensamiento: yo soy.... Indica idea, opinión, creencias, percepción, procesamiento de la información. Esta opinión sobre sí mismo determina el modo en que se organiza, codifica y se usa la información que nos llega sobre nosotros. Rosenberg (González, 1994) junto con otros teóricos del autoconcepto, destaca tres grandes áreas:

1. Cómo el individuo se ve a sí mismo

2. Cómo le gustaría verse

3. Cómo se muestra a los otros.

P. Saura (Saura, 1996) ha descrito el autoconcepto como un conjunto de percepciones organizado jerárquicamente, coherente y estable, aunque también susceptibles de cambios, que se construye por interacción a partir de las relaciones interpersonales. Para P. Saura el constructo del autoconcepto incluye:

1. Ideas, imágenes y creencias que uno tiene de sí mismo

2. Imágenes que los demás tienen del individuo

3. Imágenes de cómo el sujeto cree que debería ser

4. Imágenes que al sujeto le gustaría tener de sí mismo.

Todos tenemos, al menos, cuatro tipos de conocimientos que giran en torno a nosotros mismos.

Por un lado está la percepción que tenemos de nosotros mismos, que evidentemente viene dada por muchos condicionantes y determinantes como posteriormente veremos.

En segundo lugar está el deseo que tenemos de llegar a ser, que puede estar poco o mucho alejado del yo percibido, y que tiene una relativa fuerza motivacional (Maslow, 1989)

En tercer lugar está el yo paradigma, que de alguna forma es el que la sociedad considera como el perfecto. La sociedad, y de forma más concreta, nuestro entorno más cercano, lo constituye en punto de referencia. La consonancia o disonancia con los otros dos puede ser objeto de interesante estudio, y sin duda alguna constituye una fuente importante motivacional y en su caso de angustia, desesperanza y posible vivencia frustrativa. (Bandura, 1998)

En cuarto se da el yo realizado que de alguna forma es el percibido en vías de mejora o de logros conseguidos a partir de unas posibles propuestas de cambio. (Arto, 1993)

Dimensión afectiva: autoestima

De alguna forma podemos decir que es la resonancia o la conmoción que la dimensión cognitiva suscita en el ego. Nosotros entendemos que esta dimensión afectiva la asimilamos con la autoestima o estima de sí mismo. Los entrenamientos en el Autoconcepto deben alcanzar la estima del mismo como tal. Si bien es cierto que la autoestima es más importante que el autoconcepto y que este debe llevar a aquella, el situarla como la dimensión afectiva de esta actitud no es rebajarla de categoría. Es una dimensión importante, acaso, muy condicionante del comportamiento.

Esta dimensión conlleva la valoración de lo que en nosotros hay de positivo y de negativo, produciendo un sentimiento favorable o desfavorable hacia uno mismo

Bonet (Musitu, 1991) resume los rasgos característicos de la persona que se estima y se acepta a si misma de la siguiente manera:

1. Cree firmemente en ciertos valores y principios y está dispuesta a defenderlos aún cuando encuentre fuerte oposición colectiva y se siente lo suficientemente segura como para modificar esos valores y principios si nuevas experiencias indican que estaba equivocada.
2. No emplea demasiado tiempo preocupándose por lo que haya ocurrido en el pasado, ni por lo que pueda ocurrir en el futuro.
3. Es capaz de obrar según ella crea más acertado, confiando en su propio juicio y sin sentirse culpable cuando a otros les parece mal lo que haya hecho.
4. Tiene confianza en su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos y dificultades que experimente.

5. Es sensible a las necesidades de los otros, respeta las normas de convivencia generalmente aceptadas, reconoce sinceramente que no tiene derecho a medrar o divertirse a costa de los demás.

6. Se considera y realmente se siente igual, como persona, a cualquier otra persona, ni inferior ni superior, sencillamente igual, aunque reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.

7. Da por supuesto que es una persona interesante y valiosa para otros, por lo menos para aquellos con quienes se asocia.

8. No se deja manipular por los demás, aunque está dispuesta a colaborar si le parece apropiado y conveniente.

9. Reconoce y acepta en sí misma una variedad de sentimientos e inclinaciones tanto positivas como negativas y está dispuesta a revelarlas a otra persona si le parece que vale la pena.

10. Es capaz de disfrutar diversas actividades como trabajar, jugar, holgazanear, caminar, estar con amigos.

Respecto a las posturas habituales que indican más bien un bajo nivel de autoestima, el autor señalado indica las siguientes: (Lázaro R, 1981)

1. Autocrítica rigorista

2. Hipersensibilidad a la crítica

3. Indecisión crónica

4. Deseo excesivo de complacer

5. Perfeccionismo

6. Culpabilidad neurótica

7. Hostilidad flotante

8. Tendencias depresivas

Ramón Gil Martínez 1997 (Bandura, 1998) define la autoestima como la suma de la confianza y el respeto que debemos sentir por nosotros mismos y refleja el juicio de valor que cada uno hace de su persona para enfrentarse a los desafíos que presenta nuestra existencia. Es la visión más profunda que cada cual tiene de sí mismo, es la aceptación positiva de la propia identidad y se sustenta en el concepto de nuestra valía personal y de nuestra capacidad. Es la suma de la autoconfianza, del sentimiento de la propia competencia y del respeto y consideración que nos tenemos a nosotros mismos.

Para C. Rogers (1994) la autoestima constituye el núcleo básico de la personalidad. Marckus y Funda (1986) consideran que la autoestima influye en la autorregulación de la conducta, mediando en la toma de decisiones, influyendo en la elección de objetivos y en el establecimiento de planes de actuación.

Alcantara (1993) (Arto, 1993) señala los siguientes efectos positivos que se derivan de un desarrollo adecuado de la autoestima:

1. Favorece el aprendizaje
2. Ayuda a superar las dificultades
3. Fundamenta la responsabilidad
4. Desarrolla la creatividad
5. Estimula la autonomía
6. Posibilita una relación social saludable
7. Garantiza la proyección futura de la persona.

Dimensión conativa: Autorrealización

Finalmente la dimensión conativa lleva a la autorrealización o a la ejecución de lo que se ve y estima de uno mismo. A la conformidad con el pensamiento y la

acción. Al ser uno mismo y encontrarse en sus actuaciones consecuente y coherente con su pensamiento y su sentimiento. Al encuentro en la acción con lo que se cree y se desea ser. Es el proceso final de toda dinámica interna. La autorrealización está íntimamente conectada a la autoaceptación. Aceptarse a uno a sí mismo es la condición fundamental de la autoestima y de la autorrealización. Esta aceptación hecha con, lucidez, sinceridad y valentía, constituye el fundamento de una vida sana. La autoaceptación implica el reconocimiento de las propias cualidades, la toma de consciencia del propio valor, la afirmación de la propia dignidad personal y el sentimiento de poseer un yo del que uno no tiene que avergonzarse ni ocultarse. (Maslow, 1989) Admitiré serenamente que no es perfecto, que la mayoría de sus sueños y fantasías nunca llegaran a ser totalmente realidad, pero no por eso nos debemos infravalorar, considerándonos menos personas y menos completos que si lo hiciéramos realidad.

La autoaceptación implica una disposición a rechazar la negación o desestimación sistemática de cualquier aspecto del sí-mismo: pensamientos, emociones, recuerdos, atributos físicos, rasgos de personalidad, actitudes y conductas. La autoaceptación exige la negativa de mantener una relación de rivalidad con nuestra propia experiencia. Es el resultado de una autoestima positiva (H.Maslow, 1994)

H. Maslow (1989) en su teoría sobre la autorrealización afirma que cada uno de nosotros posee una naturaleza interna buena o que por lo menos no parece ser, primordialmente o necesariamente, perversa. Para Maslow las necesidades humanas (vida, inmunidad y seguridad, pertenencia y afecto, respeto y autoestima, autorrealización), las emociones básicas y las potencialidades humanas básicas son positivamente buenas

"Cada uno de nosotros posee una naturaleza interna de base esencialmente biológica, que es hasta cierto punto natural, intrínseca, innata y, en cierto sentido, inmutable o, por lo menos, inmutante" (Maslow 1989:105)

"La naturaleza interna de cada persona es en parte privativa suya y en parte común a la especie"(Maslow 1989:105)

"Es posible estudiar científicamente esta naturaleza y descubrir cómo es (no inventar sino descubrir)" (Maslow 1989:105)

El Autoconcepto está particularmente relacionado con el ser del individuo y debe basarse fundamentalmente en esta búsqueda del ser. Un Autoconcepto basado en la búsqueda del tener o del hacer no es absolutamente negativo. Es siempre posterior al encuentro del ser. Posteriormente podré conocer lo que tengo o he conseguido con ello y lo que hago o puedo hacer con ello. Pero valorar mi yo en función de mis logros, de mis posesiones es establecer un alto grado de confusión que puede hacer que se construya el Autoconcepto en falso.

Ramón Gil Martínez (1997) asocia a nuestro parecer la dimensión conativa con la autenticidad. Ser auténtico implica "la voluntad de ser y expresar, a través de mis actitudes y mi conducta, los diversos sentimientos que existen en mí." (Rogers, 1994:203)

Gil Martínez (1997) describe a la persona auténtica con los siguientes términos:

1. Quiere relacionarse con profundidad con los otros pero sin someterse a ellos
2. Quiere establecer relaciones vitales y fecundas pero no quiere moldear a los demás
3. Quiere dialogar en profundidad pero no para repetir después las ideas ajenas
4. Manifiesta hasta el fondo de sus valores, pero para ser imitado
5. Está seguro de sí mismo, pero no se supervalora
6. Tiene una vida interior propia, pero lentamente elaborada a partir de lo que va percibiendo.

Descripciones de actitudes

En esta línea de descripciones a las que debe contribuir una actitud consistente del autoconocimiento, autoestima y autorrealización es interesante aportar otras descripciones que caracterizan el comportamiento de la persona con un alto nivel de autoconcepto

A este respecto señalamos las descripciones de Maslow (1989)

1. Se acepta a si mismo
2. Percepción más clara y eficiente de la realidad
3. Mayor apertura a la experiencia
4. Mayor integración, cohesión y unidad
5. Mayor espontaneidad, expresividad y vitalidad
6. Un yo real; una identidad firme; autonomía y unicidad
7. Objetividad, independencia y trascendencia del yo
8. Recuperación de la creatividad
9. Capacidad de fusión de lo concreto y abstracto
10. Estructura de carácter democrática
11. Gran capacidad amorosa
12. Posesión de un código moral propio
13. Búsqueda de soledad y de encuentro consigo mismo de vez en cuando
14. Tendencia a estar centrado en los problemas de los demás y no sólo en los propios. Sus relaciones interpersonales son profundas
15. Expresa sus sentimientos y opiniones sin rigidez
16. Tiene sentido del humor, sin ser agresivo ni hiriente

Carl Roger (1994) describe los rasgos de la persona que se valora y se acepta así misma en los siguientes términos:

1. La persona comienza a verse de otra manera
2. Se acepta a sí mismo y acepta sus sentimientos más plenamente
3. Siente mayor confianza en sí mismo y se impone sus propias orientaciones
4. Se vuelve más parecido a lo que quisiera ser
5. Sus percepciones se tornan más flexibles, menos rígidas
6. Adopta objetivos más realistas
7. Se comporta de manera más madura
8. Sus conductas inadaptadas cambian y se modifican en sentido constructivo
9. Deja de utilizar máscaras
10. Deja de sentir los "debería"
11. Deja satisfacer expectativas impuestas
12. Le importa ser sincero consigo mismo
13. Le atrae vivir la libertad de ser uno mismo, sin asustarse por la responsabilidad que implica
14. Asume la dirección de sí mismo de forma responsable, realiza libremente sus elecciones y luego aprende a partir de las consecuencias
15. Comienza a ser un proceso de evolución y cambio. No le perturba descubrir que cambia día a día. El esfuerzo por alcanzar conclusiones y estados definitivos disminuye
16. Comienza a ser toda la complejidad de su sí mismo
17. Comienza a abrirse a la experiencia

18. Comienza a aceptar a los demás.

Hay (1996) y Clemens (1991) (Bandura, 1998) describe, a la contra a las personas con actitudes negativas en referencia a lo tratamos

1. Sensación de ser inútil, innecesario, de no importar
2. Incapacidad de disfrutar, pérdida de entusiasmo por la vida
3. Se siente triste y desdichado frecuentemente
4. Siente que no tiene amigos
5. Se considera inferior a los demás
6. Hipercrítico consigo mismo y en estado frecuente de insatisfacción
7. Se reconoce poco inteligente
8. Miedo a desagradar y perder la estima y la buena opinión de los otros
9. Hipersensibilidad a la crítica, sintiéndose fácilmente atacado y herido.
10. Indecisión crónica por temor a equivocarse
11. Desesperanza, apatía, derrota, cesación de todo esfuerzo, rendición.
12. Se siente incapaz de hacer las cosas por sí mismo
13. Se considera mal estudiante
14. Culpabilidad neurótica por la que uno se acusa y condena magnificando los errores propios
15. Perfeccionismo esclavizado que conduce a un desmoronamiento anímico cuando las cosas no salen a la perfección exigida
16. Pesimismo, depresión, amargura y visión negativa global, que incluye, sobre todo, a uno mismo.

Connotaciones Culturales

Las referencias con las que se establece el Autoconcepto y la estima de sí mismo tienen una alta saturación de cultura. Pero por encima y a modo de superestructura del mismo todo Autoconcepto debe pasar por la aceptación de dos coordenadas vitales que conforman la existencia humana: la coordenada espacial y la coordenada temporal. El espacio y el tiempo configuran esta existencia.

El marco conceptual

En su primera aproximación conceptual al tema destacan las siguientes afirmaciones: (Arto, 1993)

1. El autoconcepto tienen un papel central en la integración de la personalidad, funcionando como un instrumento de unidad y guía de la conducta del individuo (Burns, 1990)
2. El autoconcepto es multidimensional. No todas las dimensiones tienen el mismo peso para el autoconcepto global. Unas tienen más importancia dependiendo, fundamentalmente, de la edad de la persona, de las experiencias vividas y del ambiente inmediato al sujeto. (Coopersmith, 1967)
3. Su organización es jerárquica. Generalmente suelen distinguirse tres niveles de la dimensión especificidad-globalidad: situación específica, categórica y general. Ejemplo de situación específica es: "toda la geografía es muy fácil para mí". Ejemplo de situación categorial: "soy un buen estudiante". Ejemplo de situación global: Soy una buena persona. (González, 1994)
4. En general, las autopercepciones suelen ser estables, consistentes y positivas dependiendo del nivel jerárquico. Las del nivel global son más estables que las del nivel específico. (H.Maslow, 1994)
5. A nivel general se puede pensar en el autoconcepto como una organización del conocimiento respecto de uno mismo, o autoconocimiento, que con el propósito de

mantener cierta coherencia utiliza sesgos cognitivos y que funciona siguiendo los principios de la asimilación y acomodación cognitivas.(Hopkins, 1987)

6. Las autopercepciones que forman el autoconcepto están basadas en la experiencia derivada de los roles que el individuo desempeñe a lo largo de su vida, de las características y atributos personales y de las creencias y valores que tenga. (Lázaro R, 1981)

7. Existe, finalmente una relación interactiva y recíproca entre autoconcepto actual, conducta y contexto inmediato del sujeto.(Musitu, 1991)

Funcionalidad

Para C. Nuñez y J. González García, la función primordial del autoconcepto es la de guiar la dirección de nuestra conducta y aportar un marco para la interpretación de la información autorreferente. A un nivel más concreto fijan las siguientes funciones:

1. Proveer al individuo de un sentido de continuidad en el tiempo y en el espacio
2. Aportar una función integrativa y organizativa de las experiencias relevantes del individuo
3. Regular el estado afectivo
4. Ofrecer una fuente de incentivos y motivación para la conducta de la persona

Burns (1990) interpreta el autoconcepto como conceptualización de la propia persona hecha por el individuo, siendo así considerado como adornado de connotaciones emocionales y evaluativas poderosas, puesto que las creencias subjetivas y el conocimiento fáctico que el individuo se atribuye son enormemente personales, intensos y centrales, en grados variables a su identidad única. Y, respecto a la autoestima o autoevaluación, piensa que es el proceso mediante el cual el individuo examina sus actos, sus capacidades y atributos en comparación a sus criterios y valores personales que ha interiorizado a partir de la sociedad y de los otros significativos, de manera que estas

evaluaciones dan una conducta coherente con el autoconocimiento, ubicando el autoconcepto en el ámbito de la actitud.

2.3 AUTOESTIMA y AUTOCONCEPTO EN MUJERES

Como ya se describió la autoestima es el conjunto de experiencias subjetivas y de prácticas de vida que cada persona experimenta y realiza sobre sí misma, que está conformada por los pensamientos, los conocimientos, las intuiciones, las dudas, las elucubraciones y las creencias acerca de una misma, pero también por las interpretaciones que elaboramos sobre lo que nos sucede, lo que nos pasa y lo que hacemos que suceda, es entonces una conciencia del Yo en el mundo y, por ende, es también una visión del mundo y de la vida. Que contiene además las emociones, los afectos y los deseos fundamentales sentidos sobre una misma, sobre la propia historia, los acontecimientos que nos marcan, las experiencias vividas y también las fantaseadas, imaginadas y soñadas. Lagarde (1990)

Lo que en realidad constituye la autoestima de la mujer son las percepciones, pensamientos y creencias ligados a deseos, emociones y afectos. En donde las preguntas sobre autoestima que Lagarde (1990) plantea como primordiales son: ¿Qué nos enoja o entristece de nosotras mismas? ¿Qué nos entenece y conmueve, y qué nos moviliza para damos apoyo? ¿Qué tanto conocemos nuestras necesidades más urgentes, y cómo reaccionamos ante ellas? ¿Por qué posponemos lo que más necesitamos o qué nos hace anticipar a la necesidad misma? ¿Dónde radica el goce de ser? ¿Qué nos hace sentir vulnerables? ¿En qué reducto anidan el desánimo, el abandono y el desaliento? ¿En qué signos depositamos nuestra confianza? ¿Qué valoramos de nuestra persona?

La autoestima puede ser consciente, pero es, sobre todo, inconsciente. El deseo está allí y empuja la experiencia como lo más entrañable e imprescindible, sin importar nuestras propias objeciones, o bien las objeciones triunfan y eluden el deseo. Es así como nuestra creatividad, lo que hacemos y creamos con nuestro cuerpo, con nuestras ideas y pasiones, y lo que inventamos al vivir, son autoestima en acto y de facto, convirtiéndose en memoria y olvido de lo que

hemos sido y de quién hemos sido; llegando a la identidad con una misma que es el hilo finísimo que le da sentido a nuestra vida como existencia continua en el tiempo, todo lo que hemos sido está en nuestro cuerpo, en nuestra subjetividad; algo de cada una está en el mundo y está en los otros, saber que provenimos de madre y padre, de qué madre y de qué padre, es un hecho de conciencia y de ubicación en la historia. Siendo síntesis del tiempo y conexión con otras y otros.

Como práctica de vida, la autoestima es la manera en que vivimos y convivimos, y también en la que experimentamos nuestra existencia, nuestra corporalidad, nuestras formas de reaccionar y de relacionamos; están ahí la conmoción de los otros en nuestra intimidad, nuestra proyección y la incidencia de nuestros haceres en el mundo. La autoestima es nuestro lenguaje inscrito en nuestro cuerpo y en los espacios que, amueblamos de recuerdos o de signos y enseres, de anhelos y deseos.

La autoestima es en concreto; nuestros modos de vida y nuestras maneras y estilos de vivir, aunque, sea significativamente elocuente en nuestra manera de ser., la autoestima significa la estima del Yo. Que se manifiesta dando respuesta a las siguientes preguntas que plantea Lagarde (1990). ¿En qué grado y de qué manera se experimenta esta estima? ¿Prevalcen en nosotras afanes de autocuidado, ganas de hacer cosas para nosotras mismas, pensamientos apegados a una visión profunda y concienzuda sobre nuestra vida, actitudes y comportamientos afines? ¿Son nuestras las explicaciones complejas y basadas en nuestro saber y en nuestra autoridad? ¿Qué entramado afectivo constituye o da una entre amores, odios, envidias y gratitudes hacia sí misma? ¿Qué esperamos cada una de sí misma y qué de las otras y los otros en cuanto a nuestra propia realización? ¿Del lado de quién estamos en las tensiones por la vida que nos incumben? ¿Somos justas con nosotras mismas?, de las respuestas dependerá que tanto tengo o no afectada mi autoestima, que se manifiesta como el amor a sí misma y como amor propio que involucra el respeto a una misma, la capacidad de recabar para sí misma todo lo bueno, y de cuidar vitalmente el propio Yo en su integralidad corpóreo subjetiva, como ser en el mundo, como mujer en el mundo

con su territorialidad, su incidencia y su horizonte; es decir, la autoestima tiene como definición una conciencia, una identidad de género y un sentido propio de la vida.

Que también está completamente definida por el entorno social en el que nos desenvolvamos, es decir que tanto nos hemos creado una propia identidad de acuerdo a lo establecido socialmente es de hecho, una experiencia subjetiva y práctica filosófica asentada en una ética de lo que soy y el deber ser, entonces al responder ¿Sentimos empatía hacia nosotras y somos capaces de valorarnos aunque no encajemos con el simbólico prevaleciente en el mundo? ¿Somos capaces de hurgar donde sea para encontrar con quienes sí encajamos y vinculamos para sentirlo? ¿Tenemos juicios propios y valores surgidos de nuestra experiencia o nos regimos por los valores vigentes y los juicios de las otras y los otros? ¿Decidimos los hitos sustantivos de nuestra vida cotidiana y de nuestra existencia? ¿Velamos por nuestras libertades y por nuestro bienestar?, nos podemos dar cuenta sí nos valoramos por lo que somos y quiénes somos, o somos lo que los otros quieren que seamos y eso nos hace sentir amadas a sí mismas o todo lo contrario.

Como no es posible responder siempre de manera afirmativa a la apuesta por el Yo implícita en la ética de la autoestima, y como lo que vivimos no impacta de manera homogénea la mentalidad y la experiencia vivida, la pregunta se refiere a las claves nodales de la autoestima y al estado de la autoestima. Asumimos que es contradictoria y diversa, cambiante y dinámica, y que en la vida hay peores momentos y épocas refulgentes. Pero decidimos que es posible para las mujeres lograr una cohesión importante y una correspondencia entre la filosofía del Yo y la práctica de vida. Esta concordancia se manifiesta como fortaleza, solidez y firmeza de la autoestima y se da cuando integramos la subjetividad y la corporalidad, la afectividad, el eros, la razón y el saber. Al hacerlo afirmamos nuestra existencia.

Por lo tanto la autoestima es, consecuentemente, una experiencia ética de fidelidad a una misma: una experiencia que fluye y se transforma en permanencia. Simboliza la máxima transgresión del orden hegemónico que prohíbe tal

autoestima a las mujeres en rango de tabú. Construir la autoestima es vivir, de hecho, bajo las pautas éticas del paradigma feminista, es ser libre. La política feminista plantea como aspiración a que, además de ser libres, las mujeres vivamos en libertad.

2.4 Marcas de autoestima y autoconcepto de la mujer.

Lagarde (1990) plantea que la autoestima es una dimensión de la auto identidad y autoconcepto marcada por todas las condiciones sociales que configuran a cada mujer y, de manera fundamental, por la condición de género en donde vivir en un mundo androcéntrico y patriarcal daña la autoestima de las mujeres y produce, en muchas mujeres que están en desacuerdo con esas condiciones, una profunda experiencia identitaria: Conformadas como seres para otros, las mujeres depositamos la autoestima en los otros y, en menor medida, en nuestras capacidades. La cultura y las cotas sociales del mundo patriarcal hacen mella en nosotras al colocamos en posición de seres inferiorizadas y secundarias, bajo el dominio de hombres e instituciones, y al definimos como incompletas.

Así pues, nuestra autoestima se ve afectada por la opresión de género y es experimentada en la cotidianidad como la discriminación, la subordinación, la descalificación, el rechazo, la violencia y el daño, que cada mujer experimenta en grados diversos durante su vida. Es evidente el cúmulo de desventajas que derivan de la real supremacía de los hombres y de la posición subordinada de las mujeres en la sociedad. El enorme poder de los hombres y de las instituciones sobre todas las mujeres poderosas o pobres, educadas o analfabetas, daña la autoestima de las mujeres este daño se convierte en marca de identidad femenina sobre todo cuando se cree en la natural precariedad de género o, por el contrario, cuando se cree que la igualdad entre mujeres y hombres es real.

Por caminos diferentes, las dos creencias conducen a las mujeres a su propia desvalorización y a la experiencia constante de estar expuestas a la injusticia sólo por ser mujeres.

La autoestima se integra también con la valoración, la exaltación y la aprobación adjudicadas a las mujeres cuando cumplimos con los estereotipos patriarcales de ser mujer vigentes en nuestro entorno y además aceptamos el segundo plano, la subordinación y el control de nuestras vidas ejercido por los otros. Corresponder con los estereotipos y ser valoradas como bien portadas, muy trabajadoras, jóvenes eternas, bellas escultóricas, silenciosas admiradoras de los hombres, obedientes e inocentes criaturas en las parejas, las familias, las comunidades y el estado, produce en la mayoría de las mujeres estados subjetivos de goce y autovaloración por el cumplimiento del deber y por la aceptación personal y social. Es así como el prestigio de género, sintetizado como ser una buena mujer o estar muy buena, es una fuente muy importante de la autoestima femenina

Sin embargo, como seres sincréticas, todas las contemporáneas somos definidas, además, por la modernidad de género. El estereotipo social y los modos de vida sociales construidos a lo largo del siglo XX nos asignan un conjunto de valores identitarios que definen en el deber ser simultáneo al enunciado más arriba: el de ser afirmadas e independientes, educadas, trabajadoras, económicamente independientes y comprometidas en la participación social. Nuestro deber es hoy desarrollamos y avanzar en nuestras vidas a estadios económicos, sociales, culturales y políticos superiores y ascendentes.

Las mujeres modernas son convocadas a ser ciudadanas con derechos (limitados), y con altas responsabilidades personales sociales y políticas, así como a contentarse con pocos y menores poderes en las relaciones personales, en desempeño y en las instancias políticas de la sociedad. Más aún: a las contemporáneas progresistas las constituye la relación entre una ética del bien y una política de libertades acotadas. Y esta doble configuración impacta la autoestima como experiencia constante de discernimiento en la toma de decisiones y la experiencia de falta de libertades.

El bienestar es imaginado por las mujeres como la superación de los obstáculos vitales y el logro de metas personales concordantes con la época en que vivimos. Eliminar la injusticia y los conflictos desgastantes, gozar y disfrutar de la vida, vivir

en libertad, son los más caros anhelos de autoestima de más y más mujeres cada día.

Por ello, las marcas de la desigualdad, la inequidad y la falta de libertades impactan profundamente el desempeño de mujeres que en su modernidad aspiran a la realización personal ubicadas en un conjunto de experiencias, prácticas y relaciones ambivalentes, que en parte siguen siendo conservadoras y opresivas.

El sincretismo de género las obliga a moverse entre lo público y lo privado, entre la tradición y la modernidad, con algunos poderes y derechos limitados y, al mismo tiempo, con déficit y brechas sociales.

De acuerdo con la moral tradicional actualizada, todo esto debe ser vivido por las contemporáneas de manera simultánea y sin inmutamos. Las ideologías del siglo XX convierten en un valor y un deber ser la capacidad de las mujeres de compatibilizar estos antagonismos en nuestras vidas, y así ser felices y exitosas.

Sincretismo y escisión

Las mujeres nos movemos entre exigencias, alabanzas y reprobaciones que son función de contenidos existenciales modernos y tradicionales. La autoestima femenina derivada de este sincretismo genérico es muy compleja. Se caracteriza en parte por la desvalorización, la inseguridad y el temor, la desconfianza en una misma, la timidez, el autoboicot y la dependencia vital respecto de los otros. Y también por la sobreexaltación y la sobrevaloración en el cumplimiento de la cosificación enajenante, de la competencia rival o de la adaptación maleable.

Paradójicamente, al mismo tiempo, la autoestima de las contemporáneas se caracteriza también por la seguridad, la autovaloración, la confianza en las capacidades y habilidades propias, en los saberes y en las cualidades. Destacan en esta vertiente la independencia y la autonomía en varios planos.

No obstante, vivir así conduce a las mujeres a experimentar sensaciones, afectos y pensamientos de escisión, al menos en hitos claves de la vida. La composición contradictoria de la identidad de las contemporáneas hace de la autoestima un

conjunto de experiencias antagónicas que producen inestabilidad emocional y valorativa, y refuerza formas de dependencia vital aun cuando los afanes personales sean por la autoafirmación. Mientras más binarias sean la composición de género y la vida cotidiana, las mujeres experimentan más la sensación de estar partidas y contrariadas por necesidades e intereses opuestos pero imprescindibles. La disyuntiva es entre Yo y los otros, o entre unas necesidades y otras, unas actividades, unos espacios, un uso del tiempo y de los recursos, y otras actividades, otros espacios y otro uso del tiempo y de los recursos.

La experiencia de escisión vital integra el núcleo del conflicto interior que sintetiza las contradicciones externas producidas en las relaciones, en los ámbitos y las esferas de vida, en las ideologías y en la política, es decir en todo lo que implica el ámbito social. Cada mujer debe enfrentar en el mundo las contradicciones entre modernidad y tradición y, al mismo tiempo, sus propias contradicciones internas producto de esta escisión entre valores, estilos y decisiones personales basadas en la dimensión subjetiva, tradicional o moderna, y en el modo de vivir, que reproducen o replican las contradicciones externas. No es extraño, pues, que la mayoría de las mujeres afirme tener la sensación de inestabilidad y experimente a menudo cambios notables de estado de ánimo y de autopercepción.

El sincretismo y la escisión de género en los procesos de vida hacen que el estado y la calidad de la autoestima sean relativos a períodos, etapas de la vida y situaciones que a cada paso redefinen el estado vital de cada mujer, según las condiciones predominantes en su experiencia.

Es evidente que las crisis y los conflictos derivados del sincretismo en la autoestima implican un doble esfuerzo vital. Muchas mujeres no logran salir de esta problemática a lo largo de su vida Porque no tienen recursos para hacerlo., lo que las mantiene en condiciones graves de sujeción, mala vida y daño. Muchas sucumben. Otras logran destrabar este conflicto por breve tiempo, pero el conflicto reaparece y se actualiza en cada crisis vital. La pérdida constante de energías vitales hace que no fluya la experiencia, y que los avances no fortalezcan de manera permanente la autoestima femenina.

Esta manera de vivir no es adecuada para las necesidades de las mujeres que se esfuerzan en preservar su integridad, en estimular el amor a sí mismas y la seguridad personal; por más, esfuerzos que hagan, no obtienen las respuestas anheladas. Por el contrario, sus condiciones de vida o sus relaciones no mejoran, se dificulta el desarrollo de su asertividad y se lesiona la conformación de una autoidentidad positiva y de una autoestima sólida.

2.5 Desarrollo de la identidad de las mujeres

Sanz (1998- citada en Martínez, 2011-) plantea que el sentido de la identidad de género comprende la imagen que la persona tiene de sí misma, la cual se genera mediante un proceso que se desarrolla a lo largo de la vida, generalmente es inconsciente a través de identificaciones y desidentificaciones de modelos socio-culturales, familiares, en interacción con las vivencias de la persona.

La identidad se construye y cambia tanto en períodos como en determinados momentos de la vida, por ejemplo, crisis de identidad sexual en la adolescencia, en la segunda mitad de la vida. Junto a esto también cualquier persona puede replantearse su identidad en cualquier momento de su vida, a veces en soledad y otra existe un apoyo grupal.

Por su parte Lagarde (1990) señala que la identidad de las mujeres es el conjunto de características sociales, corporales y subjetivas que las caracterizan de manera real y simbólica de acuerdo con la vida vivida, en donde la experiencia particular está determinada por las condiciones de vida que incluyen, además, la perspectiva ideológica a partir de la cual cada mujer tiene conciencia de sí y del mundo, de los límites de su persona y de los límites de su conocimiento, así como de su sabiduría que se traduce en las condiciones de vida de las mujeres, constituida por las características genéricas que comparten, teóricamente, todas las mujeres, de las circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural genérico, como ser para y de los otros (Basaglia, 1983- citada en Lagarde 1990), dentro de esta dimensión encontramos un concepto muy importante para la mujer “la feminidad”, la cual corresponde al ideal

de mujer que crea la sociedad patriarcal en la que estamos inmersas, pudiéndose presentar con la identidad de cada mujer un cambio en la feminidad, y estos dependerán de un contexto global de espacio y tiempo del medio en el que se desenvuelva y sus condiciones con las que se hayan creado sus creencias y tradiciones. Así pues feminidad e identidad, son dos conceptos y a la vez factores de vasta importancia para resignificar el concepto de ser “mujer” haciendo necesario que las mujeres vuelvan la mirada hacia ellas mismas, y desde allí transformar su realidad, encontrando la revalorización de lo femenino y de lo subjetivo que para cada mujer resulta su vida y por lo tanto lograr empoderarlas de sí mismas, posteriormente de lo que es vital para sus vidas.

Así pues dentro de la cultura y sociedad la identidad de la mujer depende de la construcción que como sujeto se le haya otorgado, así como de las creencias en sus roles de género introyectados, pese a los cambios e integraciones en el mundo público, sabemos que la lógica patriarcal se mantiene para permitir la inequidad y exclusión femenina. Por lo que la construcción de la identidad de género femenina se moldea, entre otros aspectos, por interiorizar que el sentido de la vida de una mujer es “el ser para los otros”; es decir, una mujer construye su ser a través de completarse con los otros, lo que implica la necesidad vital de los demás, y lo que es más importante, impide la construcción de la autonomía personal (la construcción del “Yo” individual, el sentido propio de la vida), que es esencial para la salud integral y para el bienestar de un cualquier ser humano. (Sanz 1998-citada en Martínez, 2011-).

Consecuentemente, al creer que se necesita vitalmente a los otros, no hay espacio para la individualidad y hay una insatisfacción general en el área de las relaciones (el bienestar de una mujer siempre pasa por el bienestar afectivo, es la vara de medir). Para conseguir este objetivo las mujeres asumen como un hecho positivo estar en un segundo plano, los otros, a los que cuidamos “siempre” son más importantes. Los otros ocupan el centro y además, en una posición de superioridad, por eso entendemos de forma legítima formas de dominio y control sobre nosotras.

Por lo anterior es importante que existan cambios en la identidad genérica de las mujeres donde se manifiesten con deseos propios de existencia, de hacer, de poseer, de reconocimiento, de saber de creación y de fundación, también con los deseos de bienestar y trascendencia pero siempre desde ellas mismas. (Burin, 1989- citado en Bustos).

Es entonces que mientras más se gana en experiencia vivida en el protagonismo, en la autonomía, en el poder como afirmación, mientras más se toma la vida en las manos, más se define cada mujer como sujeto de su propia vida. YO es el sujeto de su propia vida. Para las mujeres realmente existentes, eso significa vivir a tensión entre ser objeto y ser para sí misma para vivir con los otros (Beauvoir, 1948-).

2.6. Desarrollo del Autoconcepto en el ciclo de vida

Respecto al desarrollo del autoconcepto, Carlos Nuñez y Julio Antonio González, nos indican que no es heredado, sino que es el resultado de la acumulación de autopercepciones obtenidas a partir de las experiencias vividas por el individuo en su interacción con el medio ambiente. A modo de síntesis hacen alusión a un modelo de etapas de desarrollo elaborado por L'Ecuyer que consta de las siguientes etapas:(Spinger, 2005)

1. La primera fase, entre 0 y 2 años, es la emergencia del yo, comprendiendo la formación de una imagen corporal, entendiendo que la percepción del yo deriva de la percepción del propio cuerpo. Desde los primeros años la adquisición del pensamiento simbólico y del lenguaje juega un papel muy importante en el asentamiento y desarrollo del Self. El lenguaje permite que el niño pueda pensar y expresar su especificidad como ser de un modo que nunca antes lo había hecho, por ejemplo, mediante el uso de nombres, pronombres o la expresión de deseos o sentimientos.

2. La segunda fase, de 2 a 5 años, es la afirmación del yo, en las que se construye las bases reales del autoconcepto, proceso seguido a través del desarrollo del lenguaje y del uso del yo y del mí, en base a los efectos de la interacción social

Desde los dos años, los niños aportan mucha información acerca de su visión de sí mismos, ya que utilizan de forma habitual expresiones referidas a ellos como "yo no lloro cuando me pinchan" o "yo ya soy mayor". Estas expresiones, junto con el uso masivo de pronombres posesivos, indican claramente una conciencia por parte del niño de su especificidad frente a los otros.

Si hacia los dos o tres años se pregunta a un niño cómo es, sus respuestas suelen ser del tipo "soy un niño" o "tengo unos pantalones verdes", es decir, en torno a características físicas, posesiones o preferencias. Estas respuestas muestran que el niño pequeño basa su conocimiento de sí mismo en categorías, en aspectos muy concretos y en rasgos observables y singulares (Fisher) propias de un pensamiento preoperatorio. Hay que señalar que las autodescripciones de los niños se conforman siempre en torno a características y aspectos positivos.

3. Entre los 5 y los 12 años se produce la expansión del yo, coincidiendo generalmente con el contacto de las experiencias escolares y la percepción y adaptaciones de nuevas formas de evaluar las competencias y aptitudes, así como de los nuevos intereses. A lo largo de los años preescolares, los niños muestran un considerable avance utilizando cada vez un mayor número y rango de categorías a la hora de describirse. Estas nuevas características incluyen las psicológicas, las emocionales y las conductuales.

Asimismo, va siendo capaz de coordinar categorías que antes aparecían dispersas, por ejemplo, pueden describirse como buenos jugando a las cartas, con el ordenador, etc.

Otra de las características del autoconocimiento a lo largo de esta etapa es que los niños comienzan a utilizar opuestos, como alegre o triste, para identificarse o identificar a otros. Estas categorías, sin embargo, son entendidas por los niños de estas edades como exhaustivas, en el sentido de que o se es bueno o se es malo, es decir, los sujetos se representan a sí mismos y a los otros como poseedores de una única cualidad, y no pueden entender, por ejemplo, que alguien pueda ser

amable con determinadas personas y utilice un patrón de comportamiento distinto con otras.

El pensamiento del niño al inicio de la edad preescolar le impide establecer distinciones y relaciones entre los rasgos psicológicos o aptitudinales y los resultados de sus acciones, así, creen que todo se puede alcanzar mediante la voluntad o el deseo. Este rasgo infantil y su progresiva modificación, tiene una de sus vertientes interesantes en la cualidad de las relaciones que establecen los niños con los otros, por ejemplo, los adultos. Así, mientras que hacia los dos o tres años exhiben rabietas permanentes ante la frustración, progresivamente muestran mayor habilidad de autocontrol, negociación y capacidad de concesión frente a los otros. Este avance está claramente relacionado con el desarrollo de la competencia para comprender sus motivos, deseos, emociones, pensamientos, etc. y las de los demás, es decir, de nuevo con el desarrollo de una teoría de la mente.

El autoconocimiento a través de los años escolares

Al final del periodo preescolar, los niños ya han desarrollado un concepto de sí mismos, sin embargo podríamos decir que dicho concepto es bastante superficial y estático. Su avance en la experiencia social, en el conocimiento de los otros y sus herramientas intelectuales serán el fundamento del progreso a lo largo de los años escolares.

Desde los seis años el autoconocimiento de los niños comienza a ser más complejo e integrado. Se enriquece, por ejemplo, con la posibilidad de coordinar categorías de sí mismo que antes estaban separadas o que eran opuestas. Este mismo progreso se observa cuando describen o intercalan con otras personas.

Es a lo largo de los años escolares cuando el niño será capaz de reconocerse plenamente, de conocer y tomar conciencia de sus estados internos así como de reconocerlos en los otros. Esto posibilita que el niño se describa a sí mismo y a los otros a través de rasgos de personalidad.

Durante estos años, además, los niños comienzan a utilizar otro tipo de categorías que resultan muy interesantes y que tienen que ver con una toma de conciencia de pertenencia a grupos. Así incluyen en sus descripciones, por ejemplo, el que son "hinchas de un equipo de fútbol" o "fans de un cantante".

Ello les permite el acceso a una dimensión de autoconocimiento muy útil: la toma de conciencia de características compartidas con otros, que le identifican con los miembros de un grupo pero que a su vez, no le impiden seguir siendo ellos mismos.

Los niños de estas edades tienden a compararse en rasgos y habilidades con los otros o con sus grupos (Ruble y Frey). Esto supone un avance personal y social muy importante ya que el niño comienza a percibirse también como un individuo que desempeña roles distintos dependiendo del grupo al que se esté refiriendo (en el equipo de fútbol es delantero, en su casa es el pequeño, en el colegio es el que sabe hacer mejor las cuentas, etc.). Precisamente, la toma de conciencia de estos distintos roles es una de las bases sobre las que construye su percepción de sí mismo como alguien único frente a los otros.

Estos aspectos suponen un progresivo aumento de la capacidad de autorregulación, es decir, de ajustar el comportamiento dependiendo de las situaciones y personas con las que se esté interactuando.

Las descripciones, la toma de conciencia y el autoconcepto construido en torno a todos estos rasgos, a las competencias intelectuales y físicas irá matizándose, coordinándose y haciéndose más complejo y completo a lo largo de toda la adolescencia.

4. La cuarta fase de 12 a 18 años supone la diferenciación del yo, en la que prepondera la imagen corporal y la precisión en las diferenciaciones aparecidas durante la adolescencia. Se producen modificaciones en la autoestima, revisándose la propia identidad, aumentando la autonomía personal y dando lugar a nuevas percepciones del yo, así como a nuevas ideologías.

5. Entre 20 y 60 años se desarrolla la madurez del yo, siendo interpretada esta fase por algunos psicólogos como una meseta en la evolución de la persona, para otros es una etapa muy propicia a abundantes cambios. Más adelante nos centraremos más en esta etapa siguiendo las claras orientaciones de la profesora Emilia Serra de la Universidad de Valencia.

6. La última fase sería la comprendida entre los 60 y los 100 años, en la que el yo longevo, intensifica el declive general, derivando en un autoconcepto negativo, siendo también la imagen corporal debida a la disminución de las capacidades físicas. Puede producirse una pérdida de identidad, acompañada de baja autoestima y descenso de las conductas sociales.

2.7 División del Autoconcepto

2.4.1. *Autoconcepto Académico*

Puede entenderse por autoconcepto académico la “representación que el alumno tiene de sí mismo como aprendiz, es decir, como persona dotada de determinadas características o habilidades para afrontar el aprendizaje en un contexto instruccional” (Miras, 2004:57). Pero se han ofrecido definiciones muy variadas que inciden en la concepción que el alumno tiene de su capacidad para aprender o en cómo se percibe en cuanto a su capacidad para rendir en una tarea académica determinada (Brookover et al., 1964). En otras muchas definiciones están presentes dos aspectos centrales del autoconcepto académico (Strein, 1993): lo descriptivo (“me gustan las matemáticas”) y lo evaluativo (“soy bueno en las matemáticas”). El contexto escolar tiene una gran influencia por lo que tanto los profesores como los iguales representan una importante fuente de información para la construcción del autoconcepto académico (Scott, Murria, Mertens y Dustin, 1996). La estructura interna del autoconcepto académico

Siguiendo el modelo propuesto por Shavelson et al. (1976), el autoconcepto académico se subdivide en la percepción de la competencia que se tiene respecto a las diversas materias escolares tales como inglés, historia, matemáticas o ciencias. Por debajo de estos subdominios aparecen, a su vez, otros niveles que representan

percepciones mucho más específicas y dependientes de situaciones concretas; el autoconcepto académico, además, iría adquiriendo con la edad una mayor diferenciación interna y también una mayor distinción con respecto a otros constructos relacionados tales como el logro matemático.

Si bien en un primer momento no se dedica especial atención a este dominio del autoconcepto, la situación cambia en la década de los ochenta (Marsh y Shavelson, 1985) cuando se estudian la estructura jerárquica del mismo; entre sus estudios destaca el que se realiza con estudiantes preadolescentes comprobándose que el autoconcepto matemático y el lingüístico mantienen una fuerte relación con el autoconcepto académico general de orden superior pero que, sin embargo, no se relacionan sustancialmente entre sí. Esta clara separación induce a concluir que ambas facetas no conforman una misma y única dimensión del autoconcepto académico sino posiblemente dos autoconceptos académicos básicos vinculados respectivamente al ámbito de los contenidos matemáticos y al ámbito de los contenidos lingüísticos. Esto equivale a plantear un modelo alternativo al inicialmente propuesto por Shavelson et al.(1976) que únicamente postulaban dos factores de segundo orden (uno académico y otro no académico) ya que los datos del estudio se ajustan mejor a esta nueva propuesta de tres factores de segundo orden: académico verbal, académico matemáticas y no académico

2.7.2. Autoconcepto físico

El autoconcepto físico ha irrumpido con fuerza entre la temática de moda en los últimos años dándose la circunstancia de que se trata de un constructo que, en cierto modo, permite analizar una realidad psicológica ya abordada desde otro constructo, el de la imagen corporal (Rodríguez, 2008c). Por su parte, el modelo de Fox y Corbin (1989) concibe el autoconcepto físico (autovaloración física) dentro de la estructura jerárquica del autoconcepto en un plano inferior a la autoestima que figura en el nivel superior (ápice) de la estructura; en el nivel inferior (subdominios o dimensiones) aparecen la competencia en el deporte, el atractivo físico, la fuerza y la condición física. La autovaloración física ocupa por tanto un lugar intermedio en la estructura

actuando como un mediador de la relación entre cada uno de los subdominios y la autoestima global.

Las cuatro dimensiones específicas de este modelo se describen de la forma

Siguiente:

- Competencia atlética y deportiva: Auto percepción de la habilidad atlética y deportiva de la capacidad para aprender destrezas deportivas y de la seguridad para desenvolverse en contextos deportivos.
- Condición física: Condición y forma física, resistencia y fuerza, para persistir en el ejercicio, confianza en el estado físico.
- Atractivo físico: Percepción de la apariencia física propia y de la capacidad para mantener y tipo corporal delgado y atractivo.
- Fuerza: Confianza para afrontar situaciones que requieren fuerza y desarrollo muscular

Autoconcepto físico en mujeres

En lo referente al sexo los resultados son más consistentes entre los diferentes estudios: que el autoconcepto físico de las mujeres suele ser peor que el de los hombres es probablemente la afirmación más reiterada en los informes de investigación. Tanto en las investigaciones llevadas a cabo mediante cuestionarios que incluyen dos únicas escalas (habilidad y atractivo físico), como las llevadas a cabo utilizando cuestionarios que contemplan cuatro escalas (habilidad, condición, atractivo y fuerza) los resultados son favorables a los hombres (Marsh y Shavelson, 1985; Fox y Corbin, 1989; Sonstroem et al., 1992; Page, Ashford, Fox y Biddle, 1993; Hayes et al., 1995; Balaguer y Pastor, 2001; García y Musitu, 2001; Ruiz de Azúa, 2007). Se ha comprobado, por ejemplo, la existencia de relación entre el autoconcepto físico y los hábitos de vida saludables en general, la actividad física de manera específica, los trastornos de la conducta alimentaria, el bienestar psicológico

y el malestar psicológico (Rodríguez, 2008). La relación de unos determinados hábitos de vida saludable con el autoconcepto físico es inequívoca (Esnaola e Iturriaga, 2008).

Hábitos como la práctica físico-deportiva, la alimentación o el descanso, están estrechamente relacionadas con un autoconcepto físico alto; quienes mantienen una alimentación equilibrada, no consumen tabaco ni alcohol, no pasan muchas horas delante de la televisión, y descansan al menos nueve horas diarias (Pastor, Balaguer y García-Merita, 2001; Ruiz de Azúa, Rodríguez y Goñi, 2005; Esnaola, 2005a, 2006 y 2007; Rodríguez, Goñi y Ruiz de Azúa, 2006; Ruiz de Azúa, 2007) ofrecen puntuaciones en el autoconcepto físico superiores a quienes se comportan de manera antagónica.

En el caso de la actividad física, variable que ha interesado de manera muy especial, parece confirmarse una premisa general: a mayor cantidad de ejercicio físico realizado mejores son las autopercepciones físicas de los individuos. A esto se le puede añadir que la dimensión que menos afectada se ve en este caso es el atractivo físico y que la condición física mejora especialmente con actividades aeróbicas (Lox, Martin y Petruzzello, 2003; Infante y Zulaika, 2008). La alimentación, como se decía, muestra una vinculación clara con el autoconcepto físico, pero de manera particular ha interesado la relación patológica de algunas personas con la comida. Las investigaciones confirman que una pobre autopercepción de la habilidad física, de la condición física o del atractivo físico es indicativa de una mayor probabilidad de padecer trastornos de conducta alimentaria en tanto que un adecuado autoconcepto físico se asocia a menor probabilidad (Goñi y Rodríguez, 2004; Goñi y Rodríguez, 2007; Rodríguez y Esnaola, 2008). El autoconcepto físico, en todas sus dimensiones menos en fuerza, mantiene una clara asociación inversamente proporcional con el Índice de Masa Corporal, pero más que con el peso real la tiene con la percepción del mismo (Goñi y Rodríguez, 2004; Goñi et al., 2005; Rodríguez y Esnaola, 2008).

Y por último, el autoconcepto físico mantiene relación con variables psicológicas como el bienestar y el malestar psicológico. Estudios empíricos confirman que

quienes perciben todas las facetas de su yo físico más favorablemente experimentan una mayor cantidad de sentimientos agradables y menor de sentimientos desagradables, además de sentirse más satisfechos con la vida que tienen, lo que trae de la mano niveles más elevados de bienestar psicológico (Rodríguez, 2005; Rodríguez y Esnaola, 2008). Los datos no siempre son consistentes en cuanto a la fuerza de tal relación y varían en distintas dimensiones del autoconcepto físico: el atractivo físico es la que mayor relación guarda con afectividad, humor, satisfacción con la vida y felicidad subjetiva, indicadores del bienestar (Umberson y Hughes, 1987; Kirsh, 2006). Se defiende la idea de que tal relación es intensa sólo en el caso en que la persona considere el atractivo físico como algo fundamental para las metas en la vida (Diener, Wolsic y Fujita, 1995). Igualmente, de todas las dimensiones del autoconcepto físico es la Auto percepción del atractivo físico la que más se asocia tanto con la depresión como con la ansiedad en sus dos formas (rasgo y estado), mientras que el resto de dimensiones guardan una relación algo más moderada (Rodríguez y Esnaola, 2008). En cualquier caso todas las percepciones en las diversas facetas del yo-físico se asocian inversamente de forma significativa tanto con la ansiedad-estado como con la ansiedad-rasgo, así como con una mayor presencia de síntomas depresivos (Von Essen, Enskar, Kreuger, Larsson y Sjoden, 2000; Goñi, Ruiz de Azúa y Rodríguez, 2006). Por tanto, un bajo Auto concepto físico parece estar claramente vinculado al malestar psicológico, en sus Diferentes formas.

2.7.2.1 Físico y Belleza en mujeres.

La concepción de importancia que se le ha dado al cuerpo en las diferentes sociedades, así como su presencia en el imaginario, en la realidad, en la vida cotidiana y en momentos específicos, ha tenido cambios a lo largo de la historia. Resulta importante señalarlo, ya que por mucho tiempo imperó la idea de que el cuerpo pertenecía a la naturaleza y no a la cultura. Siempre se ha conservado una constante: la concepción del cuerpo y el atractivo físico en las mujeres cumple la función de ser para otros (ya sea para la procreación o como objeto de deseo de otras personas); en cambio, en los hombres, esta concepción del cuerpo y atractivo físico se vincula con poder y control (Urrutia, 2001)

En ese sentido, el énfasis y valor que se le ha dado al cuerpo de las mujeres en la gran mayoría de las culturas, es muy diferente al asignado al cuerpo de los hombres. La belleza física de la mujer recibe una consideración muy relevante en tanto elemento central de su identidad y objeto de deseo para otros. En cambio, en los hombres, el atractivo se asocia más con sus habilidades y poderes que con su complexión o aspecto físico. De este modo, la piedra angular de la relevancia que se asigna al cuerpo de las mujeres se encuentra estrechamente vinculada con sus funciones procreadoras y alimentadoras, así como las socio-sexuales. "Ese mismo cuerpo destinado a engendrar, parir y amamantar debe contar con suficiente atractivo sexual e interpersonal para conseguir su integración en el medio sociocultural en el que se desenvuelve su vida (Lagarde: 1990: 58)"

El cuerpo de las mujeres es un cuerpo sujeto y, ellas encuentran fundamento a su sometimiento en sus cuerpos, pero también su cuerpo y su sexualidad son el núcleo de sus poderes.

Así, considero con Foucault (1980:11-37) al cuerpo como un espacio político privilegiado. Más aún, las mujeres, a diferencia de los hombres, son su cuerpo. Para Franca Basaglia (1983:35), "el cuerpo femenino es la base para definir la condición de la mujer y la apreciación patriarcal dominante que la considera un don natural: "El ser considerada cuerpo-para-otros, para entregarse al hombre o procrear, ha impedido a la mujer ser considerada como sujeto histórico-social, ya que su subjetividad ha sido reducida y aprisionada dentro de una sexualidad esencialmente para otros, con la función específica de la: reproducción"

En la Edad Media, el cuerpo de las mujeres debía mostrar corpulencia; la mujer reproductora y su respectiva figura constituyeron el patrón dominante. El vientre de la mujer debía ser ostensiblemente redondeado como símbolo de fertilidad. Hay que recordar que las deidades femeninas, sobre todo las asociadas con la fertilidad, en la mayoría de las culturas están representadas como mujeres regordetas. Engordar no sólo era un signo de riqueza, sino también de salud. Al hablar de sexualidad en la Edad Media, se establece que la copulación sólo se permite dentro del matrimonio y debe darse con el único fin de procrear. Esta sexualidad reprimida llega a situaciones

de violencia contra las mujeres al considerarlas como objetos o propiedad: “El marido es dueño del cuerpo de su mujer, tiene su usufructo.” Todo intento contraceptivo es una falta mortal para los teólogos.

Específicamente, el cuerpo de las mujeres siempre ha sido objeto de mayor atención en términos de mandatos o imposiciones sociales. Esta belleza puede estar asociada con gordura o delgadez, pero siempre como un deber ser y para satisfacción de los otros (función biológica reproductiva, o bien como objeto de deseo para otros). Si bien actualmente existe un culto a la delgadez, hay que señalar que esta exigencia, aunque también se ha incorporado al proceso de globalización (porque representa ganancias millonarias para muchas empresas transnacionales dedicadas a la venta de infinidad de productos “milagrosos” para lograr la deseada delgadez), no ha permeado en la totalidad de las sociedades. Existe una pequeña minoría de pueblos en África que muestran preferencias por las mujeres delgadas, por ejemplo, las massais, dobuanas, tonganas y gurages. En general, consideran la corpulencia como algo repugnante; las mujeres tonganas guardan dieta para mantener una línea esbelta, ya que se cree que si tienen abdomen voluminoso pierden entonces gran parte de su atractivo.

Josep Toro (citado por Bustos, 2011) refiere que las mujeres, mucho más que la mayoría de los hombres, tienden a construir su autoestima en lo que ellas piensan de su propio cuerpo y en lo que creen que piensan las demás personas acerca del mismo. Por otra parte, el autoconcepto femenino suele fundarse significativamente en su atractivo corporal, es decir de este dependerá el cómo se ven y cómo se sienten.

A partir de la construcción subjetiva del cuerpo de las mujeres, en tanto sexuado, se establece una serie de imposiciones, restricciones y atributos que están sobre todo determinados por la cultura y el momento histórico por el que se atraviesa. Del prototipo de una Marilyn Monroe, con curvas, en la década de los años cincuenta, hubo un gran cambio en la década de los sesenta con la Twiggy (Lesley Lawson), portadora de un cuerpo delgado acercándose más a la anorexia, para instaurarse desde los años setenta la cultura de la delgadez, con exceso de ejercicio, adicción

por los gimnasios, fármacos, cirugías y productos “milagro”, a partir de estrategias de mercadotecnia que inducen al consumo excesivo como fórmula mágica para alcanzar el “ideal” de belleza, establecido culturalmente, y que es ampliamente promovido por los medios de comunicación.

Puede decirse que las mujeres están siendo sometidas a un permanente acoso publicitario a través de la televisión, las revistas femeninas y suplementos correspondientes de diarios que tienen como objetivo principal incitar al consumo masivo de productos y servicios relacionados con la belleza. El término acoso se ha utilizado con toda intención porque se trata de un abuso psicológico letal, sistemático y continuado, que no es tan diferente del acoso moral que propone Mary France Hirigoyen citada por (Bustos, 2011) quien sostiene que se trata de atropellos psicológicos que ocurren cada día, que no dejan heridas visibles ni cadáveres, pero que ejercen un profundo daño en quienes lo sufren, en otras palabras, las mujeres han logrado liberarse de ciertas prisiones, pero se han encerrado en la prisión estética que es lo que representa el aspecto físico para muchas mujeres.

Por lo que desde hace siglos ha existido una relación muy estrecha entre modas, belleza y cuerpo, con el autoconcepto; es decir, la interiorización de la preocupación por las formas de vestir, la silueta y el cuerpo son tan cercanos que frecuentemente se pierden los contornos que las separan; en donde esta percepción de la imagen del cuerpo que está dada por factores sociales y culturales, ejerce una fuerte presión sobre las personas, pero sobre todo hacia las mujeres; y es gracias a esto que el estereotipo de género femenino establece que las mujeres son valoradas por la apariencia física, la belleza, cierto tipo de cuerpo, marcándose ahora la extrema delgadez como el canon de “belleza” a partir de la cual se alcanzará de forma mágica el éxito profesional, personal y cualquier tipo de logro; sin embargo, el problema se presenta cuando la cultura impone ciertos valores y normas en relación con el cuerpo; quienes forman parte de esa cultura no se ajustan a ese modelo impuesto. Lo que sucede actualmente y en nuestro mundo occidental es lo siguiente: podemos ver que la cultura establece la norma (un cuerpo delgado); la biología individual suministra razones para la inadecuación a la limitación (por ejemplo, un cuerpo

grueso); la cultura proporciona el procedimiento aceptable para modificarla (comer menos), y el estatus como miembro del grupo cultural (esto es, ser mujer y poseer una autoestima dependiente de los atributos físicos) influye en el vigor con que el individuo persigue los procedimientos de modificación.

Es así pues que en el caso de las mujeres, “no ser bella”, se traduce en un estigma social, donde a través del reconocimiento y la palabra de otras personas es como se concibe el cuerpo de las mujeres. Lourdes Ventura, citada por (Bustos, 2011) recupera a John Berger, quien señala: “Los hombres miran a las mujeres. Las mujeres se contemplan a sí mismas siendo miradas por lo que este hecho determina no sólo la relación entre hombres y mujeres, sino también la relación de la mujer con ella misma.” En la cual se vive atrapada en su cuerpo, en su deseo de entregarse y en el temor del escrutinio ajeno.

En donde parte de sentirse atrapada en su cuerpo tiene que ver con la percepción que se tenga de su imagen corporal el cual de acuerdo a lo mencionado por Rosa María Raich citada por (Bustos, 2011) es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste. Asimismo actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y las formas como nos comportamos que derivan de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. Por otra parte, la autora señala que la imagen corporal no es fija e inamovible, sino que puede cambiar a lo largo de la vida de las personas.

Por ello es que al hablar de imagen corporal como la representación mental que tenemos del cuerpo, aquí se destacan varios componentes:

1. Nivel perceptivo. Aquí existen dos criterios de valoración: una percepción de las dimensiones corporales y una percepción del propio cuerpo en relación al de los demás.

2. Nivel cognitivo y afectivo. Una vez que la persona percibe su cuerpo, hace una interpretación (cognición) respecto a lo que percibe; con base en ella la persona experimenta emociones o afectos determinados que pueden variar en un continuo

que abarca desde una gran satisfacción por su imagen corporal hasta el otro extremo del continuo, que sería una gran ansiedad o miedo a tal valoración.

3. Nivel conductual. Como consecuencia de lo realizado en los niveles anteriores, la persona actúa o se comporta de muy diversas formas: puede desarrollar hábitos, conductas, etc.

2.7. 3. Autoconcepto social

Roles sociales femeninos

La construcción moderna de género da las bases para que cada mujer se individualice, pero no del todo; para que se afirme sin autonomía en una sociedad donde prevalecen la desigualdad y las inequidades de género articuladas con otras, surgidas de las condiciones nacional, de edad, de clase, de etnia, de salud, de casta y de raza. La articulación de estas condiciones históricas se conjuga en las mujeres particulares, con características simultáneas de avance pero también de inequidad derivadas de las condiciones lingüística, religiosa, ideológica o política. A ellas se suman las pautas que marcan los modos de vida definidos por la ruralidad, la vida urbana, la fronteriza, la capitalina, la provinciana, la pueblerina, la aldeana, la desértica o la selvática, la costera, la montañosa o la lacustre (Lagarde, 1990).

El inventario no se agota aquí: incluye, desde luego, las pautas derivadas del estado de salud, de la precariedad y las debidas a la enfermedad, en las variadas necesidades especiales, y a la posesión o la carencia de los recursos sociales y culturales de la modernidad. Las inequidades contenidas en la pobreza, la violencia cotidiana o la guerra, se funden con las implícitas en el estado de pertenencia y el tipo de vida cotidiana de las migrantes, las desplazadas, las vecindadas, las encarceladas, las hospitalizadas, las mujeres en servidumbre, las mujeres sin hogar, las mujeres en prostitución, las ilegales.

Como es evidente, todas las inequidades son de claro signo patriarcal. En cambio, los avances se desprenden de la eliminación de condiciones patriarcales de vida.

Ya que el mundo en el que vivimos es sincrético y complejo, y no ofrece a las mujeres suficientes oportunidades para el propio desarrollo. En comparación con los hombres, es evidente la profunda discriminación de las mujeres en cuanto al desarrollo personal. Más aún, es evidente en el tipo de relaciones con los hombres, los lugares y las funciones de las mujeres en las familias y en la sociedad que obstaculizan e impiden el pleno desarrollo de las mujeres.

Esta condición política de género de las mujeres incide radicalmente en la falta de libertad de las mujeres y en la definición identitaria de las mujeres como seres-no libres. Así, son las mujeres quienes cuidan vitalmente a los otros (hombres, familias, hijas e hijos, parientes, comunidades, escolares, pacientes, personas enfermas y con necesidades especiales, al electorado, al medio ambiente y a diversos sujetos políticos y sus causas). Cuidan su desarrollo, su progreso, su bienestar, su vida y su muerte.

La condición de cuidadoras gratifica a las mujeres afectivas y simbólicamente en un mundo gobernado por el dinero y la valoración económica del trabajo y por el poder político. Dinero, valor y poder son conculcados a las cuidadoras. Los poderes del cuidado, conceptualizados en conjunto como maternazgo, por estar asociados a la maternidad, no sirven a las mujeres para su desarrollo individual y moderno y tampoco pueden ser trasladados del ámbito familiar y doméstico al ámbito del poder político institucional.

Es así como existe una fórmula enajenante que asocia a las mujeres cuidadoras a otra clave política: el descuido para lograr el cuidado. Es decir, el uso del tiempo principal de las mujeres, de sus mejores energías vitales, sean afectivas, eróticas, intelectuales o espirituales, y la inversión de sus bienes y recursos, cuyos principales destinatarios son los otros. Por eso, las mujeres desarrollan una subjetividad alerta a las necesidades de los otros, de ahí la famosa solidaridad femenina y la abnegación relativa de las mujeres. Para completar el cuadro enajenante, la organización genérica hace que las mujeres estén políticamente subsumidas y subordinadas a los otros, y jerárquicamente en posición de inferioridad en relación a la supremacía de los otros sobre ellas.

En el cual se fomenta la invisibilización de las mujeres que es producto de un fenómeno cultural masivo: la negación y la anulación de aquello que la cultura patriarcal no incluye como atributo de las mujeres

Por eso, la otra dimensión que la alternativa feminista propone es el empoderamiento de las mujeres; el cual se define como el conjunto de cambios de las mujeres en pos de la eliminación de las causas de la opresión, tanto en la sociedad como, sobre todo, en sus propias vidas, así poder construir un nuevo paradigma histórico, que incluyan cambios que abarquen desde la subjetividad y la conciencia, hasta el ingreso y la salud, la ciudadanía y los derechos humanos, que generen poderes positivos, poderes personales y colectivos; se trata de poderes vitales que permiten a las mujeres hacer uso de los bienes y recursos de la modernidad indispensables para el desarrollo personal y colectivo de género en el siglo XXI.

Todos esos poderes se originan en el acceso a oportunidades, a recursos y bienes que mejoran la calidad de vida de las mujeres, conducen al despliegue de sus libertades y se acompañan de la solidaridad social con las mujeres. La participación directa de las mujeres en la transformación de su mundo y de sus vidas es fundamental y conduce también a la construcción de un mayor poder político y cultural de las mujeres que crean vías democratizadoras para la convivencia social.

La naturaleza social del autoconcepto quedó prontamente destacada en la obra de William James e interesó particularmente al interaccionismo simbólico, escuela para la que el autoconcepto es un producto social (Rosenberg y Kaplan, 1982; Webster y Sobieszet, 1974). De otro lado, la mayoría de los modelos multidimensionales y jerárquicos propuestos incluyen el autoconcepto social como un dominio diferenciado aun cuando son pocos los estudios encaminados a delimitar la dimensionalidad del mismo, sin que por el momento sean concluyentes los resultados obtenidos. Esto contrasta con los numerosos estudios llevados a cabo, por ejemplo, sobre las dimensiones del autoconcepto físico (Goñi et al., 2006)

En los trabajos que se han ido presentando se aprecia un predominio de la tendencia a diferenciar el autoconcepto social por contextos (Shavelson et al., 1976; Song y Hattie, 1984; Byrne y Shavelson, 1996) asumiéndose que la autopercepción como ser social varía en función de las interacciones en los distintos entornos en los que el ser humano actúa (por ejemplo, con los pares, con personas del mismo sexo, con personas de otro sexo, con los padres, los hermanos, la familia...). En este sentido, el autoconcepto representaría la percepción que cada cual tiene de sus habilidades sociales con respecto a las interacciones sociales con los otros y se calcula a partir de la autovaloración del comportamiento propio en unos u otros contextos sociales (Markusy Wurf, 1987).

Por contra, hay quienes consideran que el autoconcepto social se organiza, más bien, dependiendo de la evaluación de unas u otras de las competencias (las habilidades sociales, la prosocialidad, la agresividad, la asertividad...) que las personas activamos en la vida social sin hacer distinción entre los contextos (Zorich y Reynolds, 1988;

Dentro de esta segunda postura también existen divergencias de opiniones (Bracken, 1992): algunos denominan la agrupación de dichas habilidades competencia social (el autoconcepto social es la autopercepción de las habilidades o competencias sociales); otros defienden el término aceptación social en la línea de la concepción clásica de James (1890) y Cooley (1902) que definen el autoconcepto social como la autopercepción de hasta qué punto se cuenta con la admiración de otras personas (el autoconcepto social como la autopercepción de la aceptación social). Ahora bien, ambas categorías pueden estar aludiendo a una misma realidad puesto que las personas que se sienten aceptadas posiblemente se perciban también como socialmente hábiles (Goñi y Fernández, 2008). En todo caso, la diferencia entre ambas definiciones radica en el hecho de que la autoevaluación de las habilidades sociales no implica necesariamente la comparación con los otros mientras que la autopercepción de la aceptación social sí (Berndt y Burgy, 1996).

Cabe decir que los estudios que han tratado de delimitar las dimensiones del autoconcepto social responden a dos criterios (contextos y competencias)

El autoconcepto social se asocia de manera significativa con numerosos rasgos psicológicos tales como la estabilidad emocional, la sociabilidad y la responsabilidad. Las habilidades sociales, entendidas como repertorios de conductas y actuaciones que permiten interactuar satisfactoriamente en los contextos socioculturales y que generan consecuencias positivas para todos los implicados en la relación, guardan una estrecha relación con el autoconcepto. En estudios sobre la relación entre las habilidades sociales y el autoconcepto/autoestima (Alberti y Emmons, 1978; Riggio, Throckmorton y De Paola, 1990; Garaigordobil, Durá y Pérez, 2005) se ha comprobado que ambas están positivamente correlacionadas, de tal forma que las relaciones interpersonales de un individuo son más exitosas cuanto mayor destreza social posee y, como consecuencia, se siente mejor consigo mismo, lo que repercute en un aumento de su autoimagen social.

También se han hallado relaciones, en este caso inversas, entre este autoconcepto y diversos rasgos de estabilidad emocional tales como la ansiedad social, la soledad, la tendencia al aislamiento y la depresión (Goswick y Jones, 1981; Brennan, 1982; Woodward y Frank, 1988; Hymel et al., 1990; Riggio et al., 1990; Brage, Meredith y Woodward, 1993; Haines, Scalise y Ginter, 1993; Tapia, Fiorentino y Correché, 2003; Garaigordobil y Durá, 2006). Dado que el autoconcepto social mide, en parte, el grado de autopercepción de la aceptación social, no es de extrañar que las personas que se perciben a sí mismas como poco aceptadas expresen también una insatisfacción con sus relaciones sociales. Dicho de otra forma, las personas que poseen un pobre autoconcepto social evalúan negativamente su satisfacción con la situación social en la que viven.

Numerosas investigaciones avalan que el bajo autoconcepto y la falta de competencia social son factores de riesgo de la depresión en la infancia y en la adolescencia (Asher y Renshaw, 1981; Beck y Forehand, 1984; Caballo, 1993; Coll, 1984; Monjas, 2000; García y Musitu, 2001). Es más, la incompetencia social se relaciona con la baja aceptación, el rechazo, el aislamiento social, los problemas emocionales y escolares, los desajustes psicológicos y los trastornos depresivos. Por otro lado, se sabe que el autoconcepto, y más concretamente la dimensión social

del sí mismo, correlaciona fuertemente con el apoyo social. Esto concuerda con la idea de que recibir apoyo social proporciona información acerca de que somos queridos y cuidados por los otros (Ullman y Dubow, 1989). La dimensión social del autoconcepto, en un estudio (Garaigordobil et al., 2003) llevado a cabo con el AFA de Musitu et al. (1991) Mantiene correlaciones significativas positivas con conductas sociales de consideración hacia los demás, de liderazgo, y altruistas, y con la elección de los amigos, mientras que se hallan correlaciones significativas negativas con conductas de retraimiento social, de ansiedad-timidez, con problemas psicopatológicos, con creencias irracionales y con ansiedad, en donde los roles de género en la sociedad juegan un papel crucial en la mujer.

2.7.3.1 Papel de la maternidad en las mujeres

Sanz (1998) puntualiza que el cuerpo es un instrumento, un objeto para “hacer”, para realizar diversas funciones de carácter social, reproductivas y productivas. El carácter instrumental del cuerpo se presenta junto a otra circunstancia clave en la vida de la mujer: la maternidad. Donde Maternidad y cuerpo son los elementos constitutivos de una identidad disociada para la mujer, constituyendo el eje desde el cual ella construye su identidad. Ser madre es para la mujer más que un hecho biológico, es un valor, es reconocimiento social, es “ser mujer”. En esta construcción social, donde la maternidad tiene un lugar primordial, la mujer deja fuera su cuerpo. Éste forma parte de otro universo, de lo terrenal, cotidiano, etc. La disociación entre cuerpo y maternidad expresa claramente la identidad disociada, tensionada de la mujer. Por un lado, la maternidad constituida como un ideal y expresión máxima de amor y entrega. Por el otro lado, la realidad corporal, el cuerpo como una realidad externa, sometido a un uso cotidiano, con una sexualidad y sensualidad muchas veces contradictoria con el estereotipo de ser mujer-madre. La consideración de la maternidad como requisito para la construcción de la identidad femenina, deja al margen de la auténtica feminidad a quienes no han deseado o podido tener hijos e hijas. Fragmentación, idealización, rechazo, dan cuenta de la relación de la mujer con su cuerpo. La vivencia y percepción del cuerpo disociados, ser mujer-madre, tiene ciertamente efectos negativos para la salud física y emocional de las mujeres.

La mujer aliena y reprime las partes que considera o evalúa como negativas o desagradables. El cuerpo aparece como “ajeno” a ellas mismas, lo cual es fomentado por las concepciones de ideales de belleza imperantes en nuestra sociedad actual. Cuando una mujer aliena, dicotomiza su cuerpo y parte de sí misma, se coloca en una posición de constante conflicto y lucha interna.

2.7.3.2 Edadismo en las mujeres como factor de autoconcepto social.

La evidencia de que existe un prejuicio cultural hacia las personas que son mayores o que se consideran no jóvenes, por el sólo hecho de serlo, se denomina “edadismo” e incluye todas las conductas, sentimientos y actitudes de rechazo o desagrado que mostramos hacia las personas de cualquier sexo que no son jóvenes. Mientras los hombres maduran, las mujeres envejecen. Para las mujeres envejecer supone un estrechamiento en los límites de sus posibilidades de estar y situarse libremente en el mundo, de ser consideradas atractivas y sexualmente elegibles. Al hacerse mayor sea percibido por el colectivo femenino con diversos miedos que se concretan en números ámbitos de la existencia: el cuerpo, las relaciones, los vínculos, los afectos, la autoestima, el mundo laboral, la situación económica, la vida social, etcétera. Utilizando el físico como elemento clave de evaluación, reduciendo la autoestima, debilitan el yo y sitúan a las personas sobre las que se aplican en una posición de debilidad en las relaciones de poder. Nos divide en “viejas” y “jóvenes”, rompiendo el sentimiento de continuum de la edad. Este tipo de pensamiento mantiene los más profundos prejuicios acerca de envejecer, similares a los de algunas teorías que lo definen como proceso de pérdida, enfermedad y deterioro. En la medida en que no incluye una transformación del imaginario juvenilista, no hace espacio al cuerpo y la vida de las mujeres mayores que tienen que seguir enmascarándose y torturándose para poder ser admitidas en el único mundo posible: el de las personas jóvenes y delgadas.

El edadismo de nuestra sociedad que atribuye elementos peyorativos a la edad mayor, las personas que se ven a sí mismas como más jóvenes suelen tener una buena autoestima y este hecho contribuye también a sentir mayor satisfacción y bienestar psicológico. Una serie de factores, como la percepción del propio

envejecimiento, el edadismo social y los mensajes desvalorizadores de las personas mayores en los medios de comunicación se conjugan para hacer que muchas mujeres vivan el envejecimiento físico como un proceso duro de roer y éste suponga un argumento de gran calado en términos del deterioro de su autoimagen

2.7.4. Autoconcepto emocional

Las emociones han despertado el interés de la psicología prácticamente desde sus inicios, pero fundamentalmente han sido entendidas como una fuente de malestar con las que el sujeto tiene que lidiar. De hecho, el interés por su estudio científico como una fuente útil de información para la adaptación del individuo ha sido muy reciente (Mayer, 1986; Palfai y Salovey, 1993). En las últimas décadas la investigación de las emociones ha sufrido una rápida expansión, siendo una buena prueba de ello los diferentes manuales (Ekman y Capítulo 2. Identidad personal y desarrollo psicológico Davidson, 1994), libros de texto (Reeve, 1997) y revistas (Emotion, de la APA; Revista Electrónica de Motivación y Emoción). Todo ello ha permitido un mayor conocimiento de las emociones, a la vez que ha dificultado el poder acordar una definición, un modelo teórico explicativo, una distinción de las dimensiones que las componen y un método o técnica para el estudio de las mismas (Larsen, Diener y Lucas, 2002).

Actualmente, con este panorama, resulta difícil tener una adecuada perspectiva del tema (Palmero, Guerrero, Gómez, Carpi, 2006), habiéndose centrado las propuestas psicológicas en ámbitos concretos del amplio mundo de las emociones (Izard, 1991; Carlson y Hatfield, 1992; Scherer, 2000). En efecto, los psicólogos del desarrollo delimitan los cambios emocionales vitales; la psicología social subraya la importancia de la expresión emocional en la comunicación; los cognitivistas centran su estudio en la vinculación entre emoción y cognición; y los psicólogos clínicos entre emoción y desórdenes psicológicos, habiendo aportado también la neurociencia algunos conocimientos relevantes sobre los mecanismos cerebrales implicados en la emoción.

Las diferentes perspectivas psicológicas en el estudio de las emociones

a) La perspectiva evolutiva-cognitivista. La perspectiva evolucionista cognitivista y funcionalista entiende las emociones como indispensables y vitales para el organismo (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005b). En la comprensión del desarrollo y del funcionamiento de la persona es fundamental detectar y explicar los cambios evolutivos que se producen en la expresión emocional, en la conciencia sobre los estados afectivos, en la comprensión de las emociones, en la regulación emocional o en la empatía. Y es que las emociones no son sólo estados intrapsíquicos, sino patrones de reacción a los acontecimientos significativos y relevantes (Campos, Campos y Barret, 1989).

b) La teoría de sistemas. De las múltiples definiciones existentes, la más ampliamente aceptada proviene de la teoría de sistemas: “la emoción es un proceso en el que múltiples atributos se extienden a lo largo del tiempo, cada cual a su ritmo, pero de manera interdependiente” (Larsen, Diener y Lucas, 2002). Debe aclararse que la emoción es una forma específica englobada en el proceso afectivo, que es más general y primitivo y el cual se corresponde con una respuesta multidimensional adaptativa, breve, intensa y temporalmente asociada con un estímulo desencadenante (Palmero et al., 2006), presente en diversas especies (Plutchik, 1994; Damasio, 1999). La dimensión

2.7.5 Características

Epstein (Ramírez, h) destaca las principales características que pueden describir al auto concepto en la actualidad; es una realidad compleja, integrada por diversos auto conceptos más concretos como el físico, social, emocional y académico; es una realidad dinámica que se modifica con la experiencia y se desarrolla a partir de las experiencias sociales, especialmente con las personas significativas. Es decir que es la clave para la comprensión de los pensamientos, sentimientos y conductas o comportamientos de las personas.

Las diversas dimensiones del auto concepto lo definen de manera colectiva de acuerdo al nivel de confianza que un individuo tiene en sus habilidades personales, competencias y limitaciones. El auto concepto positivo contribuye a una autonomía

del individuo y un auto dirección que implica una integración de la personalidad acompañada por una confianza en las habilidades funcionales que le permitan su ingreso a la sociedad. (Lassey, 2001).

Fuentes de información

Las fuentes de información del autoconcepto, es a juicio de los autores anteriormente citados, básicamente autorreferente: el individuo es capaz de obtener esta información a partir de diversas fuentes. Las mismas se pueden englobar en estas cuatro categorías:

1. Información proveniente de otros significativos: las opiniones que los otros significativos realizan sobre algunos aspectos de uno mismo. A lo largo del desarrollo del niño los dos ámbitos más relevantes para éste son, fundamentalmente, la familia y la escuela. Teniendo en cuenta estas dos variables a su vez dependientes de la edad, sexo, status socioeconómico, clima escolar, etc... Se puede concluir que efectivamente el autoconcepto únicamente puede ser comprensivo si no se desvincula de su contexto sociocultural en el que se ha formado y desarrollado.
2. Información subjetiva procedente del proceso de comparación social. El proceso de comparación social puede tener una serie de consecuencias tanto para el individuo que realiza la comparación como para el que hace de criterio de comparación.
3. Características de la propia conducta
4. Información generada por los estados afectivos-emocionales propios.

Una de las funciones más importantes del autoconcepto es la de regular la conducta mediante un proceso de autoevaluación o autoconciencia, de modo que el comportamiento de una persona en un momento determinado está determinado en gran medida por el autoconcepto que posea en ese momento. Bandura (1977) señala que el sujeto anticipa el resultado de su conducta a partir de las creencias y

valoraciones que hace de sus capacidades; es decir, genera expectativas bien de éxito, bien de fracaso, que repercutirán sobre su motivación y rendimiento.

Por otra parte, teniendo en cuenta que numerosas investigaciones han demostrado la correlación significativa que existe entre el autoconcepto y el locus de control podemos deducir que en la medida en que desarrollemos el autoconcepto de las personas también mejoraremos su atribución causal. Así, tenemos que los sujetos con baja autoestima suelen atribuir sus éxitos a factores externos e incontrolables (el azar) y sus fracasos a factores internos estables e incontrolables (baja capacidad), mientras que los sujetos con alto autoconcepto suelen atribuir sus éxitos a factores internos y estables (capacidad) o a factores internos, inestables y controlable (esfuerzo) y sus fracasos a factores internos y controlables (falta de esfuerzo).

Es imprescindible, pues, tener en cuenta tanto las capacidades reales como las creencias personales sobre las propias capacidades para realizar actividades o toma de decisiones. El rendimiento del estudiante no depende tanto de la capacidad real como de la capacidad creída o percibida. Como señala Bandura (1987), existe una notable diferencia entre poseer una capacidad y saber utilizarla en situaciones diversas.

2.8. Investigaciones Y Estudios de Histerectomía y Autoconcepto.

Los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a cambiar la visión de los profesionales considerando ámbitos como el estado de ánimo, redes de apoyo y entorno social, en este contexto es donde surgen los estudios de calidad de vida, la histerectomía es la cirugía más prevalente en ginecología (Ahumadas, 1994). Afecta a más del 20% de las mujeres, es decir una de cada cinco mujeres en algún momento de sus vidas se verá sometida a esta cirugía su mayor incidencia es en mujeres fértiles entre los 35-49 años. Esta cirugía, al poner fin a la vida reproductiva de la mujer, amenaza fuertemente su sentido de feminidad, puede provocar una alteración de la

autoestima y autoconcepto, disfunción de la relación de pareja, conflicto con el medio social, entre otros. La radicalidad de esta cirugía, causa gran impacto en la calidad de vida de la mujer, alterando su feminidad, provocando alteraciones psicológicas, y aislándola del entorno social. Existe gran cantidad de estudios que abordan el ámbito de etiología y prevalencia en mujeres histerectomizadas, pero son escasos los que abordan la problemática de la calidad de vida en ellas (Rannestad T, 2006).

La calidad de vida relacionada a salud (CVRS), ha adquirido gran importancia, ya que permite evaluar el impacto de la enfermedad y/o tratamiento desde la perspectiva del usuario, por tanto es reconocida como una importante variable en el ámbito clínico. Se define calidad de vida según la situación de vida de la persona sana o enferma, en los aspectos físicos, emocionales y sociales, los que deben ser evaluados individualmente, puesto que la intervención terapéutica no es vivida ni percibida de igual manera (Bernhard L, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (Spinger, 2005), define calidad de vida como: "percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". La comprensión del concepto de calidad de vida es esencial, para entender, asesorar y apoyar a los usuarios, brindándoles información durante el proceso quirúrgico y un cuidado apropiado. (Rannestad T, 2006)

Dentro de las publicaciones referentes a calidad de vida, las patologías malignas son las más estudiadas, debido a su cronicidad, impacto social y los posibles efectos adversos de su tratamiento. En el ámbito de la ginecología se ha estudiado ampliamente la relación entre el cáncer y la calidad de vida, sin embargo la histerectomía no ha sido un tópico ampliamente estudiado. (Ahumadas, 1994)

En el área ginecológica, las condiciones benignas es la más estudiada. Existe pleno conocimiento acerca de las técnicas, vías de abordaje quirúrgico, tiempos

de recuperación y hospitalización. En relación a la histerectomía, no hay suficiente investigación en temas de igual o mayor importancia como la autoimagen, el sentido de feminidad, la sexualidad y creencias y temores de las pacientes en relación a la cirugía, todos ellos tópicos que interfieren directamente con la percepción subjetiva de calidad de vida.(Naughton, 2004)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la sexualidad como el “resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos y espirituales. Aunque puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen simultáneamente, pero tal diversidad de condicionantes confiere a la sexualidad de cada persona un marcado carácter personal y específico, que se manifiesta en lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos”. (Spinger, 2005:432)

En un estudio sobre los aspectos psicológicos en cirugía ginecológica realizado por Schwartz y Williams (2002) se expone que “la cirugía o resección del útero puede significar una pérdida parcial de aspectos significativos para la identificación como mujeres de las pacientes a quienes se les practica, pues aunque este órgano normalmente es invisible, se hace visible ante su ausencia, lo cual, como es de esperarse, tiene efectos emocionales que pueden incluir la vivencia como una pérdida afectiva, que provoca la iniciación de un proceso de duelo, modificaciones en la autoestima, en el estado de ánimo, en el deseo sexual y en las relaciones de pareja posteriores a la cirugía”. (Scriven A, 1997:214)

Dichas respuestas obedecen, entre otras razones, al hecho de que en nuestra cultura el útero ha sido simbolizado como parte determinante de la identidad femenina debido al papel protagónico que desempeña en la procreación y la maternidad, funciones por las que históricamente la mujer ha sido definida y valorada en la sociedad.(González M, 1999)

Se ha encontrado que entre la población femenina existe una serie de creencias y actitudes relacionadas con la histerectomía y sus consecuencias futuras. Entre los temores que se suelen mencionar frente a este procedimiento están la sensación

de “quedar huecas”, el aumento de peso, la pérdida del deseo sexual y las percepciones erróneas que sus compañeros puedan tener respecto a la histerectomía. El reconocimiento de las percepciones que tiene la mujer sobre esta intervención quirúrgica brinda una base rica para el desarrollo de intervenciones que mejoren el cuidado de su salud. (Ahumadas, 1994).

(Groff JY, 2009) La histerectomía puede ser valorada por las pacientes como un evento amenazante, lo cual puede generar altos niveles de ansiedad debidos a la ausencia de control por parte de la paciente y al carácter impredecible de la situación quirúrgica. Estas alteraciones en el estado de ánimo tienen efecto negativo sobre el proceso de recuperación postoperatoria, haciéndolo más lento y complicado. Siguiendo el modelo psiconeuroinmunológico, es posible afirmar que altos niveles de ansiedad pueden estar altamente correlacionados con alteraciones en el proceso de cicatrización, con una mayor percepción de dolor posquirúrgico, con baja adherencia a las recomendaciones terapéuticas, con la acción y los efectos secundarios de los medicamentos anestésicos y con presencia de complicaciones posquirúrgicas entre las que se incluyen infecciones, eméesis y cefalea.

Con la finalidad de facilitar la experiencia quirúrgica, reduciendo los efectos emocionales indeseables y propiciando, de manera indirecta, una más adecuada recuperación posquirúrgica, se han desarrollado una serie de programas de preparación psicológica prequirúrgica, que en un gran número han estado centrados en la provisión de información relacionada con la cirugía. Con mujeres programadas para histerectomía se ha implementado el uso de folletos informativos, cuyo efecto sobre los niveles de ansiedad ha variado en relación con el estilo de afrontamiento de cada mujer. Este último aspecto demuestra que los folletos informativos no son universalmente efectivos y que la decisión respecto a su uso debe ser tomada con base en la evaluación de las diferencias individuales respecto a los comportamientos y esfuerzos cognitivos utilizados para hacer frente a las situaciones estresantes. Lo conveniente es dar a cada paciente la cantidad de información que necesita. (Jawor M, 2009)

En diversos estudios, se documenta el desarrollo de protocolos de preparación para cirugía ginecológica en los cuales se combinan diferentes técnicas de intervención psicológica, encontrándose que las pacientes que se benefician de dichos programas han presentado una recuperación posoperatoria más rápida y adecuada que sus controles. (Farell S, 2000) Aunque estas intervenciones han demostrado su efectividad, han sido aplicadas, en su mayoría, de forma estandarizada, dejando de lado las diferencias individuales. Con el propósito de maximizar su efectividad los programas de preparación para cirugía deben ser cortos, inmediatamente efectivos y deben tener en consideración la variedad de esfuerzos de afrontamiento que el individuo emplea en esta situación. (Harlow B, 2003)

Se realizaron investigaciones en un estudio se buscó comparar dos tipos de preparación para cirugía en mujeres programadas para histerectomía abdominal en la Clínica Carlos Lleras Restrepo de Bogotá. El primer grupo de 30 mujeres, recibió una preparación basada en la consideración particular de las estrategias de afrontamiento. El segundo grupo, también de 30 mujeres, recibió preparación mediante información escrita. Como variables de resultado se estudiaron los niveles de ansiedad pre y posoperatoria, la magnitud del dolor postoperatorio percibido y la presencia de complicaciones posquirúrgicas inmediatas. Los resultados revelaron que las participantes del grupo que recibió el primer tipo de programa presentaron mayor disminución en la ansiedad ($p < 0,01$), menor nivel de dolor percibido ($p < 0,05$) y una baja frecuencia de complicaciones, que aquellas que recibieron la preparación a través de información escrita. Ahora se describirán diversas documentaciones clasificados de acuerdo a su dimensión.

2.8.1. Dimensión Sexual

En relación al funcionamiento sexual, estudios recientes la analizan como una dimensión en sí misma, debido a la importancia que revela en la calidad de vida de las mujeres. El bienestar sexual es uno de los factores primordiales en la sensación de placer de la mujer, ya que logra unificar la satisfacción física-

emocional, además de fortalecer su propia identidad y sentido de feminidad, elementos claves en la percepción de la calidad de vida (Naughton, 2004).

La sexualidad identifica como se define cada mujer a sí misma y en la sociedad, ayuda a que esta adquiera motivación en la realización de sus múltiples roles, por lo tanto al verse afectada podría alterar otras dimensiones en calidad de vida (Farell S, 2000). Muchas mujeres evitan responder preguntas acerca de su sexualidad, por ser este un tema percibido como íntimo, por ello los profesionales de la salud evitan también referirse al tema si sus pacientes no se lo manifiestan, asumiendo que ellas les dirán si hay algún problema en esta área.

Scriven y Tucker evaluaron el conocimiento que tenían las pacientes antes y después de someterse a esta cirugía y una de las áreas que demostró tener mayor déficit fue el área sexual, ya que las mujeres refieren querer conocer aspectos de su sexualidad como la anatomía, fisiología de los órganos genitales y cambios en el funcionamiento sexual, aspectos que los profesionales no abordaban o si lo hacían era de manera muy técnica. Esta situación es una problemática que se vive en la actualidad y es de gran relevancia, ya que por un lado nos señala que la educación entregada no está enfocada a las necesidades de las usuarias y por otro lado nos advierte la falta de capacitación por parte de los profesionales de la salud para ahondar en este ámbito (Naughton, 2004).

Hay que destacar que la sexualidad se deteriora significativamente en la mujer que sufre alguna enfermedad que causa una histerectomía, aumentando incluso al triple las disfunciones sexuales en este período (Blumel J, 2000). Cabe señalar que en una revisión de dieciocho estudios, los autores concluyeron que la histerectomía por sí sola no afecta la sexualidad. Al analizar la dimensión sexual en la mujer histerectomizada, los autores evidenciaron que psicológicamente la remoción del útero hace que las mujeres piensen que los cambios resultantes de ésta cirugía pueden contribuir al distrés vaginal y a una disminución de la sensación genital, la cual disminuiría la vasocongestión, reduciendo así la multiplicidad de orgasmos. (Farell S, 2000).

2.8.2 La sexualidad femenina escindida

Las mujeres constituyen su humanidad en primer término en torno a la sexualidad. A diferencia de los hombres que parten de ella y de su cuerpo para existir, la existencia de las mujeres está dominada por la sexualidad. Esto ocurre a tal punto que la historicidad de las mujeres radica en su sexualidad y, en ese sentido, en su cuerpo vivido.

El cuerpo y la sexualidad femeninos no son paradigma de la humanidad, son inferiorizados y su característica es además, ser para los otros.

La sexualidad femenina tiene dos espacios vitales: uno es el de la procreación y otro es el erotismo. Estos ámbitos de la sexualidad son la base de la especialización sociocultural de las mujeres. En torno a la procreación se construye la maternidad como experiencia vital básica, "natural", como contenido de vida de todas las mujeres, como centro positivo de su feminidad, de su "naturaleza" (Lagarde; 1997:202)

Se reconoce la procreación femenina como un deber ser y por su carácter natural es irrenunciable, debe ser realizada: todas las mujeres son madres de manera independiente de la procreación y de la edad.

El erotismo es el espacio vital reservado a un grupo menor de mujeres ubicadas en el lado negativo del cosmos, en el mal, y son consideradas por su definición esencial erótica como malas mujeres, se trata de las putas. Sin embargo, el erotismo está presente en la vida de todas las mujeres pero salvo el caso de las putas, en el resto está asociado de manera subordinada y al servicio de la procreación.

Así, es característica básica de la sexualidad de las mujeres la relación entre erotismo y procreación, la cual a nivel de los sujetos aparece escindida. Socialmente y como parte de una cultura binaria, la sexualidad femenina escindida produce grupos de mujeres especializadas en aspectos de la sexualidad desintegrada: las madres y las putas.

El cuerpo de las mujeres procreadoras es entonces cuerpo procreador, cuerpo vital para los otros, cuerpo útero, claustro. Espacio para ser ocupado material y subjetivamente, para dar vida a los otros. El cuerpo de las mujeres eróticas es un cuerpo erótico para el placer de los otros, espacio y mecanismo para la obtención de placer por otro.

Helström y cols avalan el rol primordial que juega la pareja sexual de las mujeres hysterectomizadas, ya que esta influiría en el afrontamiento que ella tenga. Dicho estudio demostró que las mujeres que tenían una buena relación de pareja pre-operatoriamente, no presentan cambios críticos en su sexualidad, sino que por el contrario demuestran mejoría en varios ámbitos de su funcionamiento sexual; sin embargo, aquéllas que catalogan su relación de pareja como mala o ambivalente, muestran un deterioro de su funcionamiento sexual antes y después de la cirugía. (Helstrom L. Sorborm D, 2009)

Los primeros en estudiar la fisiología de la respuesta sexual fueron Master y Johnson en su modelo del ciclo de la respuesta sexual, definen que está compuesto por las fases de excitación, meseta, orgasmo y resolución. En 1974 Kaplan, elimina las fases de meseta y resolución, agregando la fase de deseo sexual. Estas aportaciones teóricas han sido fundamentales para la aplicación clínica, ya que de aquí parten los diagnósticos de disfunciones sexuales. (Johnson, 1995)

La determinación de los orígenes de los problemas sexuales resulta a menudo difícil y compleja. Hay varias razones para ello: en primer lugar, cuando se ha identificado con claridad una dificultad de este tipo, con frecuencia no es sencillo aislar las causas concretas, pues son muchas y variadas las influencias y experiencias que contribuyen a las sensaciones y conductas sexuales, en segundo lugar, por lo común es difícil identificar una relación causa y efecto clara y constante, porque las experiencias que contribuyen a una determinada dificultad sexual en una persona pueden no generar tales efectos en otra.

La disfunción sexual es un síndrome en el que los procesos eróticos de la respuesta sexual, resultan no deseables para el individuo, en forma recurrente o persistente y cuya causa no se asocia con alguna enfermedad; de lo contrario, deberá especificarse como trastorno sexual. El trastorno sexual se diagnostica cuando existe alguna alteración clínicamente significativa, provocada sólo por los efectos de alguna enfermedad, sus manifestaciones clínicas son del mismo tipo e intensidad que las clasificadas como disfunción sexual (Kaplan, 1974).

Por lo anterior es importante hacer un diagnóstico diferencial en relación con una serie de cuadros clínicos que abarcan a las disfunciones sexuales y que son divididas en cuatro grupos: alteración del deseo sexual, alteración de la excitación sexual, alteración del orgasmo y alteración que causa dolor sexual.

Autores previos argumentaban que la histerectomía alteraba la movilidad de los órganos pélvicos durante el coito, al igual que limitaba la habilidad de la vagina superior para expandirse durante la fase de excitación (4,8). (Rannestad T, 2006), realizaron un estudio en el que se evaluó la función sexual antes y después, en mujeres sometidas a histerectomía, y reportaron que el 70% de las pacientes sometidas a histerectomía presentaron cambios en la libido, frecuencia en orgasmo, o incremento en la intensidad de los orgasmos. Varios autores refieren mejoría en la sexualidad en las pacientes, independientemente del tipo de histerectomía. Otros que la histerectomía no afecta y mejora la calidad de vida de las pacientes. El estudio más reciente es de Thakar y cols. (Blumel J, 2000), en el cual no se encontraron diferencias significativas entre histerectomía abdominal total y subtotal con las medidas de la línea base en salud mental y calidad de vida.

Distintos estudios han demostrado que los hombres y las mujeres con problemas en su vida sexual, también tienen alteraciones psicológicas que requieren atención por su vulnerabilidad. Se han encontrado asociaciones con niveles altos de ansiedad, autoestima baja, comunicación marital deficiente, características predominantemente sumisas en función del género, nulas conductas asertivas, estilo de comunicación negativo, problemas conyugales, experiencias infantiles traumáticas y nula o deficiente información respecto de la sexualidad.

En cuanto a las disfunciones sexuales reportadas a nivel mundial, se ha encontrado una elevada prevalencia de 20 al 55% (15,16). En nuestra población se ha tratado de evaluar la prevalencia de disfunciones sexuales y ha resultado sorprendentemente elevada. La frecuencia promedio de disfunciones en el INPER (Instituto Nacional de Perinatología) es de 52%, con un promedio de 2,25 disfunciones por mujer (Jawor M, 2009).

Aunque la morbilidad de este procedimiento quirúrgico en la actualidad es baja, independientemente de la vía de abordaje (vaginal, abdominal y/o laparoscópico), conlleva riesgos y complicaciones relacionados con la anestesia, hemorragia y/o lesión a órganos vecinos, que pueden o no retardar el reinicio de la vida sexual de estas pacientes. Sin embargo, en términos de evolución, se desconocen si existen diferencias intragrupalas, acerca del estatus del funcionamiento sexual en mujeres con histerectomía por laparoscopia, con o sin conservación del cuello uterino, siendo este el objetivo de la investigación.

Otro aspecto importante a considerar son las expectativas que tengan las usuarias con respecto a la cirugía. El único estudio publicado que evalúa la sexualidad en mujeres histerectomizadas, hace mención al inicio de la sexualidad post-histerectomía. Los autores señalan que las expectativas sexuales, la seguridad y confianza en sí misma son factores que influyen al momento de reiniciar la vida sexual, por lo que si éstas son negativas, la sexualidad será enfrentada con ansiedad y conductas evasivas, postergando por tanto el reinicio de la actividad sexual. Este es un aspecto importante de ser evaluado por los profesionales de la salud, ya que los mitos y temores pueden obstaculizar el normal funcionamiento de la actividad sexual y deteriorar así la calidad de vida de estas mujeres. Al respecto es importante señalar que a mayor educación preoperatoria mejor enfrentamiento tendrán las usuarias al momento de reiniciar su vida sexual (Lindberg C, 2002).

Halttunen al comparar la histerectomía total con respecto a la cirugía subtotal, específicamente en la conservación del cérvix, concluyó que ambas formas de

histerectomía no afectan el orgasmo femenino, y el tipo de cirugía no determina la frecuencia sexual o la satisfacción sexual percibida por la mujer.

Urrutia y cols, señalan que las mujeres histerectomizadas no presentan diferencias significativas al sexto mes posterior a la cirugía con respecto a la vida sexual antes de la cirugía, en relación a la frecuencia de relaciones sexuales, presencia y frecuencia de orgasmo, percepción de deseo sexual y grado de satisfacción, sin embargo, la prevalencia de dispareunia e incontinencia disminuyó significativamente. En el estudio al tercer mes, las autoras lo plantean como un período de transición. (urrutia MT, 2001)

Bernhard y cols, avalan la importancia del componente psicológico sobre el funcionamiento sexual, ya que una patología psiquiátrica agregada influiría negativamente en la vida sexual de estas mujeres post-histerectomía; destacan que es imprescindible evaluar la calidad de la sexualidad antes y después de la histerectomía. Los mismos autores señalan que la sexualidad resulta más deteriorada en mujeres que son sometidas a cirugía por causa maligna que las que fueron operadas por causa benigna, a su vez, mujeres de menor edad resultan más afectadas por esta cirugía que aquéllas de mayor edad. (Bernhard L, 2001)

2.8.3 Dimensión Social

Respecto a la dimensión social, existe evidencia de los conocimientos errados que hay acerca de la histerectomía. Cabe destacar que los hombres son los más escépticos con respecto a los resultados de esta cirugía. Hakim y cols, hacen referencia a la importancia de la educación y creencias culturales como herramientas fundamentales en la ayuda de los profesionales en el cuidado en salud. Se debe considerar que las distintas creencias proveen de sensibilidad cultural y comprensión al momento de cuidar a estas mujeres. (HarlowB, 2003)

Las mujeres perciben no tener el control en la toma de decisiones con respecto a la cirugía. Se hace mención a la información de tipo paternalista entregada por médicos, evidenciando que la mujer menos informada tiene mayor predisposición

a sentir las repercusiones post histerectomía. Por ello concluyen que la decisión de realizar la histerectomía debe ser tomada en conjunto (profesional de la salud-mujer), haciendo participe de esto a la pareja o familiares.

Un estudio basado en actitudes y experiencias de mujeres de distintas culturas señala que a pesar de las diferencias socioculturales en la percepción acerca de la histerectomía, todas las mujeres refieren satisfacción después de la cirugía. (HarlowB, 2003)

2.8.4. Dimensión Física

Con respecto a la dimensión física, se evidencia que los desórdenes ginecológicos tienen un impacto negativo en los aspectos de salud en torno a su calidad de vida, ya que el exceso de sangrado, dolor pélvico y malestar producido por estas condiciones interviene con la salud y el diario vivir en estas mujeres. Sin embargo, a los 6 meses posteriores a la cirugía, muestran similares niveles en su salud y funcionamiento diario en comparación al grupo control de mujeres sanas. En esta revisión se concluye que el tiempo de rehabilitación no excede los 6 meses, y en éste mismo período las mujeres vuelven a su nivel normal, mejoran su salud y retoman el diario vivir en forma óptima. Al parecer las mujeres con incisiones de Pfannestiel tienen más aspectos positivos en la calidad de vida que las mujeres con incisiones medias, ya que al ser una incisión discreta, el costo en la apariencia física es menor. (Naughton, 2004)

METODOLOGÍA

3.1.- Planteamiento del Problema

Para las mujeres el útero o matriz tiene un significado muy importante en cuanto a su auto percepción, afectando la edad en la que se atraviese por una histerectomía. Por lo que ¿El autoconcepto de las mujeres que han presentado una histerectomía se verá mayormente afectado por la edad en la que la atraviesan?

3.2.-Objetivo

Explorar y comparar el autoconcepto que presentan las mujeres que han atravesado por una histerectomía, en un intervalo de 35 a 45 años, evidenciando la edad de mayor volubilidad por parte de las mujeres en su autoconcepto. Con la finalidad de realizar intervenciones psicológicas que permitan el trabajo con de cada una de ellas y así disminuir creencias erróneas acerca de la pérdida de útero que afecten directamente la autopercepción en cuánto a su persona, sus relaciones interpersonales y su familia, en sus diversas dimensiones. Física, emocional e intelectual.

3.3.- Hipótesis

Hi I: El autoconcepto de las mujeres se ve más afectado al atravesar por una Histerectomía a una edad mayor que las mujeres que han atravesado por una histerectomía a una menor edad.

Ho I:El autoconcepto de las mujeres no se ve más afectado al atravesar por una Histerectomía a una edad mayor que las mujeres que han atravesado por una histerectomía a una menor edad.

3.4.- Variable Independiente

Histerectomía y edad de 35 años a 45 años

3.5.- Variable Dependiente

Autoconcepto

Definición Conceptual: El autoconcepto es “La percepción que una persona tiene de sí misma, que se forma a partir de las experiencias y relaciones con el medio, en donde juegan un importante papel tanto los refuerzos ambientales como los otros significativos” (Shavelson et al., 1976)

Definición Operacional: Esta variable será medida a través del Listado de Adjetivos de Evaluación de Auto Concepto de Garaigordobil. (2008)

3.6.- Muestra

60 mujeres pacientes del Hospital General de México del área de hospitalización que recientemente atravesaron por una Histerectomía en sus cinco clasificaciones, sub-total, semi- parcial, obstétrica, electiva y vaginal.

Edad: 35 años a 45 años que es la edad de mayor prevalencia de la histerectomía.

-nivel socioeconómico de medio a bajo.

3.7.- Materiales o Instrumentos

“Listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto en adolescentes y adultos” (LAEA; Garaigordobil, 2008). El listado está compuesto por 57 adjetivos y se solicita al sujeto que valore en una escala de estimación de 0 a 4 (nada-mucho) en qué grado estos adjetivos le definen o describen su personalidad. Un estudio realizado con una muestra de 634 sujetos obtuvo un alfa de Cronbach de 0,92, y un coeficiente de Spearman-Brown de 0,83. La fiabilidad test-retest obtenida con una muestra de 142 estudiantes universitarios y un intervalo de 40 días fue alta ($r = 0,83$, $p < 0,001$), evidenciando la estabilidad temporal de la prueba. Para analizar la validez del LAEA, se realizaron correlaciones con otros instrumentos de autoconcepto (AF-5; García y Musitu, 1999) y autoestima (EA; Rosenberg, 1965), obteniéndose correlaciones significativas directas entre el LAEA y el AF-5 ($r = 0,71$, $p < 0,001$) y con la EA ($r = 0,63$, $p < 0,001$) que muestran una validez de constructo

o concurrente aceptable. Listado de Adjetivos de Evaluación de Auto concepto de Garaigordobil (2008) que consta de 57 reactivos reactivos elaborados en formato Likert con recorrido de 0 (nada) a 4 (mucho). La escala, se encuentra constituida por 4 dimensiones, las cuáles evalúan autoconcepto físico, autoconcepto emocional, autoconcepto intelectual y autoconcepto global

(Anexo 1), Cuestionario LAEA (2008), Así como el programa estadístico de SPSS versión 21

3.8.- Diseño de investigación

Diseño no experimental

Tipo de Estudio: El estudio llevado a cabo es de tipo exploratorio.

Tipo de Muestreo: El muestreo utilizado en este estudio es no probabilístico, empleando la modalidad por cuotas.

3.9.-Procedimiento

Se pidió autorización dentro del Hospital General de México, en la Unidad 112, “Ginecología y Obstetricia”, obtenido el permiso, Se recurría a pacientes de entre 35 a 45 años de edad, las cuáles en su carnet médico tuvieran la indicación de haber atravesado por una histerectomía en sus diferentes modalidades con las que se realizaba una entrevista generando inicialmente rapport el cuál se define cómo la técnica que tiene por objeto crear un ambiente de confianza y cooperación mutuo para entablar una comunicación donde no haya juicios, distorsiones o malos entendidos, sino una escucha sana. Posteriormente se procedía a la aplicación del Listado de Adjetivos para la Evaluación del Autoconcepto (LAEA), (Garaigordobil, 2008). Finalizando con aclaración de dudas en cuanto al cuestionario o aspectos personales de cada paciente, otorgándoles de cinco a diez minutos extra, de escucha activa y retroalimentación, agradeciendo su participación en la investigación.

RESULTADOS

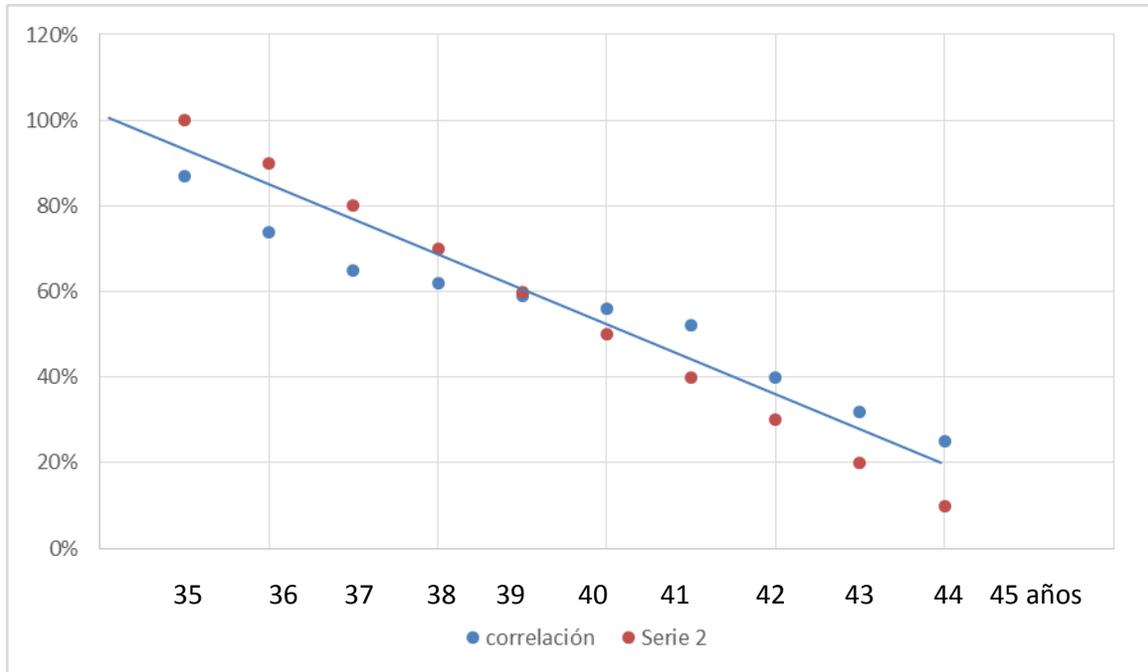
4.1- Análisis de resultados

Se utilizó la correlación de Pearson que es la correlación entre dos variables que refleja el grado en que las puntuaciones están asociadas; en este caso la edad de la histerectomía y la afectación en el autoconcepto.

De acuerdo a los datos arrojados se encontró una media de 40 en autoconcepto pobre, es decir que el número promedio de mujeres que presentan una afectación en su autoconcepto son 40, es decir que el 66% de las mujeres con histerectomía muestran un pobre autoconcepto. Mientras que una media de 16 en autoconcepto medio, lo que indica que el 27% de las mujeres histerectomizadas presentan un autoconcepto medio, y por último se obtuvo una media de 4 en autoconcepto alto, que nos muestra que sólo 7% de las mujeres que han atravesado por una histerectomía presentan un autoconcepto alto. Obteniendo además una correlación negativa no perfecta en la mayoría de los adjetivos de evaluación del autoconcepto. Observándose que a mayor edad, el autoconcepto de las mujeres es pobre, sin embargo es evidente el deterioro en el autoconcepto de las mujeres de todas las edades que han atravesado por una histerectomía en sus diferentes clasificaciones, predominando en las mujeres de mayor edad.

Los resultados confirman en la muestra (n= 60) correlaciones positivas ($p < .05$) con los siguientes adjetivos: con adjetivos como responsable ($r = .16$), tolerante ($r = .19$) y solidario ($r = .18$), limpia, cariñosa ($r = .19$), generosa ($r = .13$), sincera ($r = .11$), organizada ($r = .12$), así como correlaciones negativas en adjetivos como: guapa ($r = -.48$), fuerte físicamente ($r = -.17$), ágil ($r = -.15$), deportista ($r = -.13$), valiente ($r = -.14$), segura de sí misma ($r = .13$), activa ($r = -.11$), decidida ($r = -.12$), madura-fuerte emocionalmente ($r = -.15$), admirable ($r = -.11$), satisfecho consigo misma ($r = -.15$).

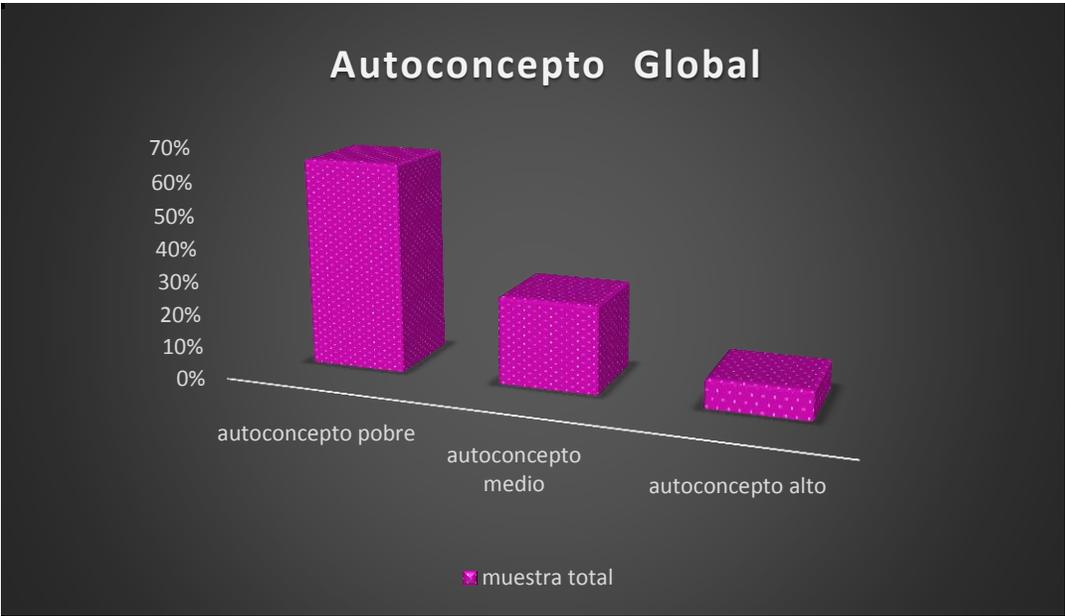
CORRELACIÓN AUTOCONCEPTO Y EDAD



0- 33%= Autoconcepto alto 33%-66%= Autoconcepto medio 66%-100%
Autoconcepto pobre.

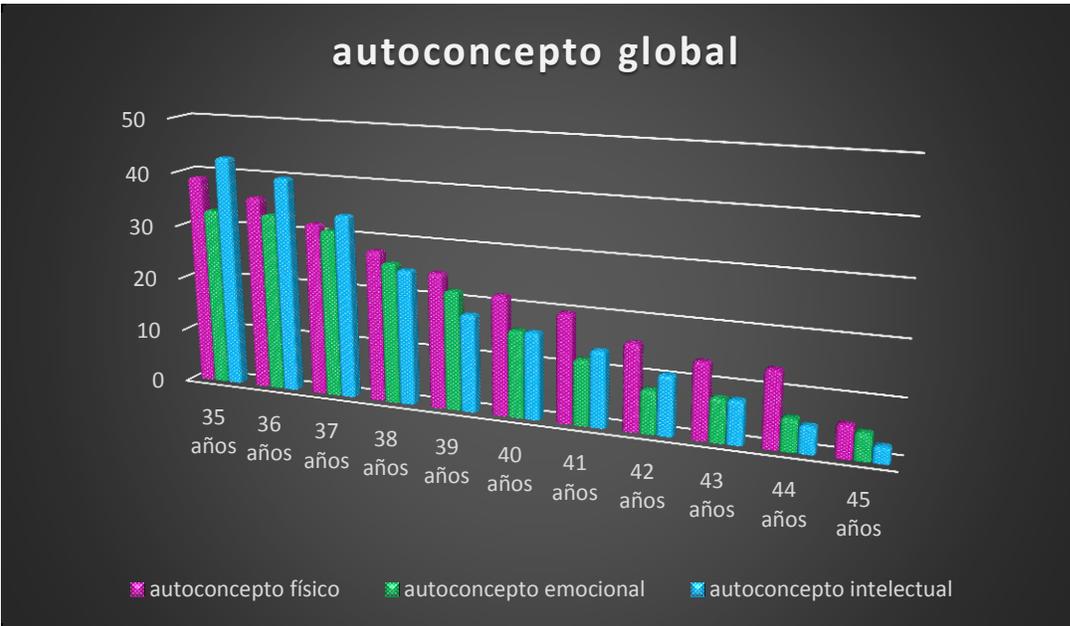
La correlación muestra la relación entre la edad y el autoconcepto, presentando la correlación negativa a mayor edad, menor autoconcepto.

A continuación se muestran los resultados en las gráficas por medio de porcentajes. Primero se presenta el autoconcepto dividido en pobre, medio y alto y posteriormente en físico, emocional e intelectual. Para después graficar los adjetivos más significativos de acuerdo a los resultados arrojados por el programa estadístico SPSS.



La gráfica muestra que de la población total de 66% de ella se encuentra con un autoconcepto pobre, mientras que las mujeres que presentan un autoconcepto medio son tan sólo el 27 % de la muestra total, y con escasos 7% de la muestra total presentan un autoconcepto alto.

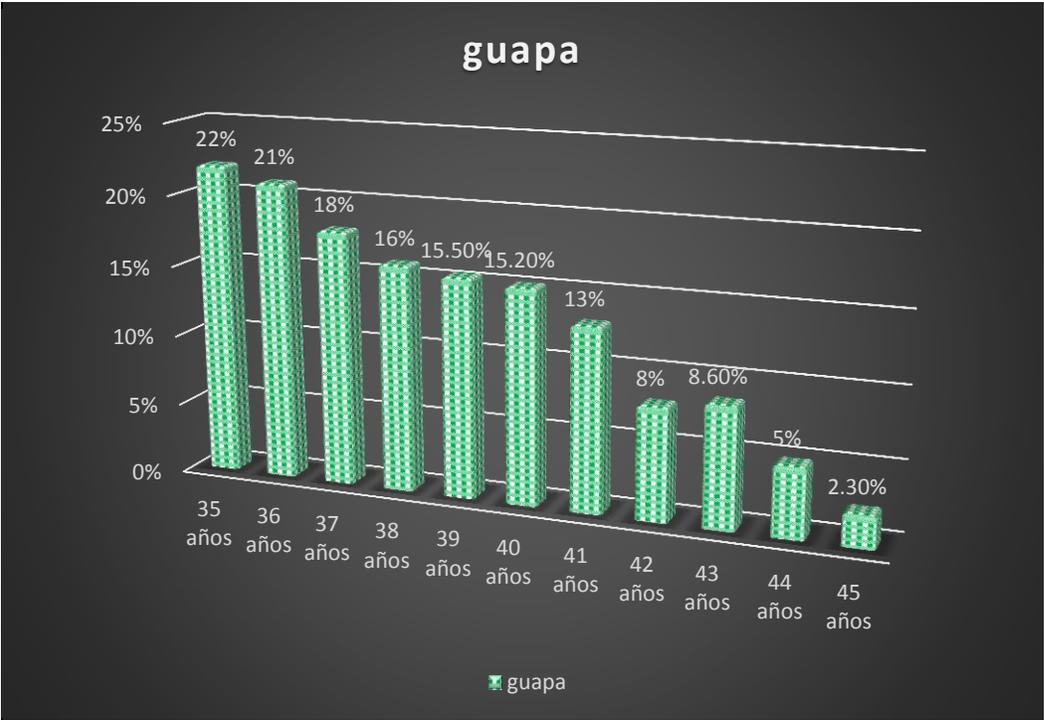
Autoconcepto global dividido en las tres dimensiones Físico, emocional e intelectual, medido por el instrumento del Listado de Adjetivos de la Evaluación del Autoconcepto. 2008.



Existe un porcentaje máximo de 39% en cuanto a un buen autoconcepto físico en mujeres de 35 años, sin embargo se muestra un declive entre los 40 años, terminando hasta los 45 con un porcentaje en autoconcepto físico de 6%.

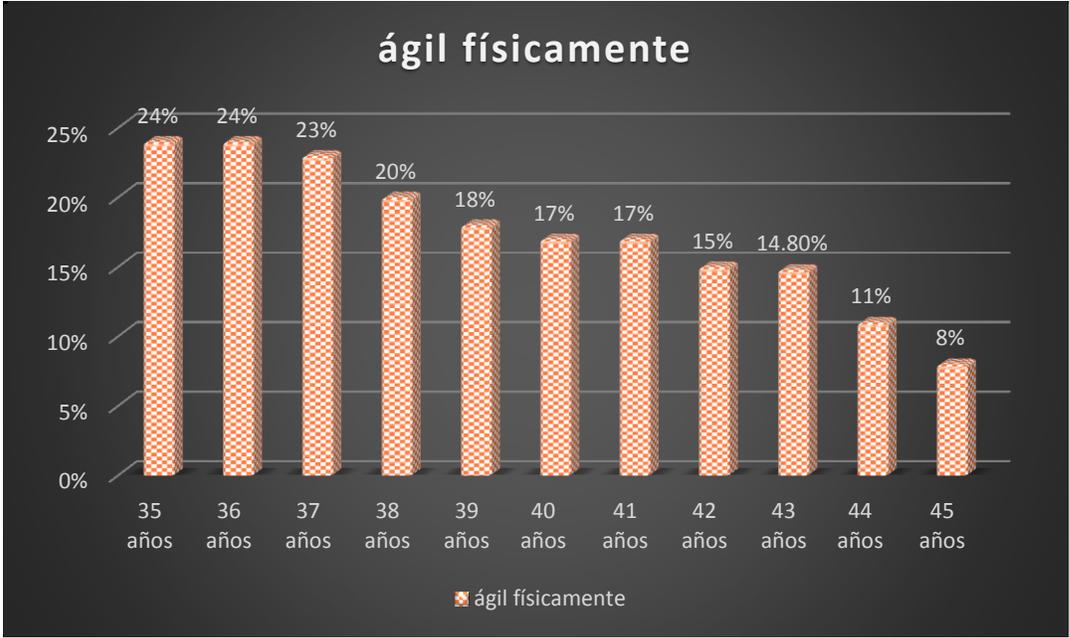
En cuanto al autoconcepto emocional se muestra que a los 35 años de edad el porcentaje máximo es de 33%, evidenciando un decremento significativo en cuanto va aumentando la edad, notándose mayormente la disminución de los 43 años, terminando con un 5% a los 45 años. En el autoconcepto intelectual a la edad de 35 años se muestra un porcentaje de 43%, que disminuye progresivamente hasta los 45 años concluyendo en un 3%.

A continuación se muestran los adjetivos de mayor significancia dentro de los resultados. Mostrados en porcentajes.

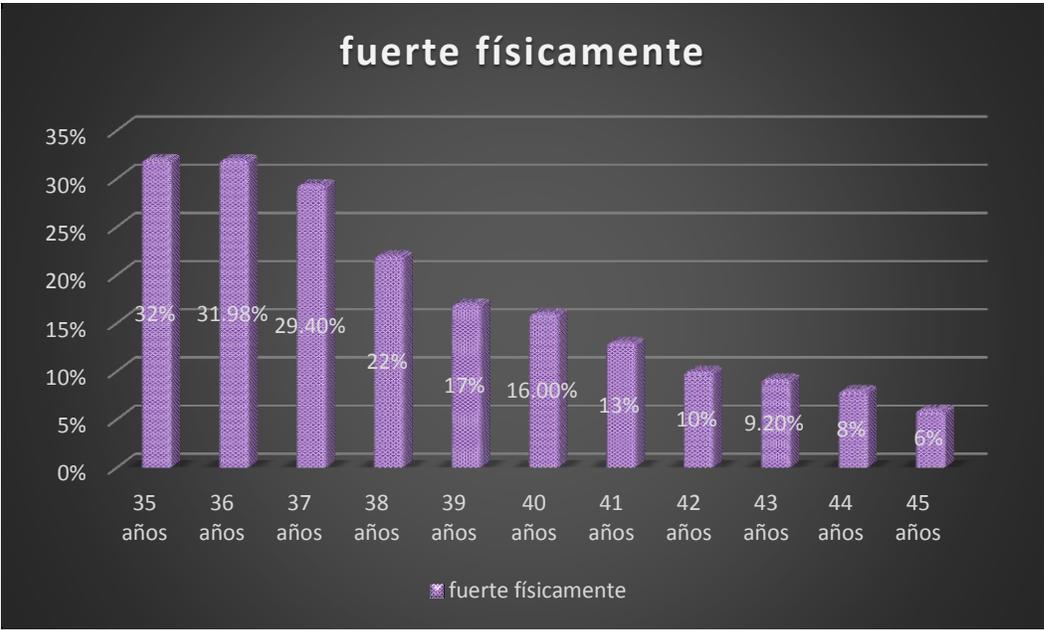


La gráfica muestra que a la edad de 45 años existe un gran deterioro en la percepción de la mujer que ha atravesado por una histerectomía en cuanto a su atractivo, mostrando un 2.3% de la población total. En contraste con las mujeres de 35 años que muestran un 22% de la población total. El porcentaje se ve alterado a partir de los 42 años cayendo un 5%, sin embargo a los 43 años de

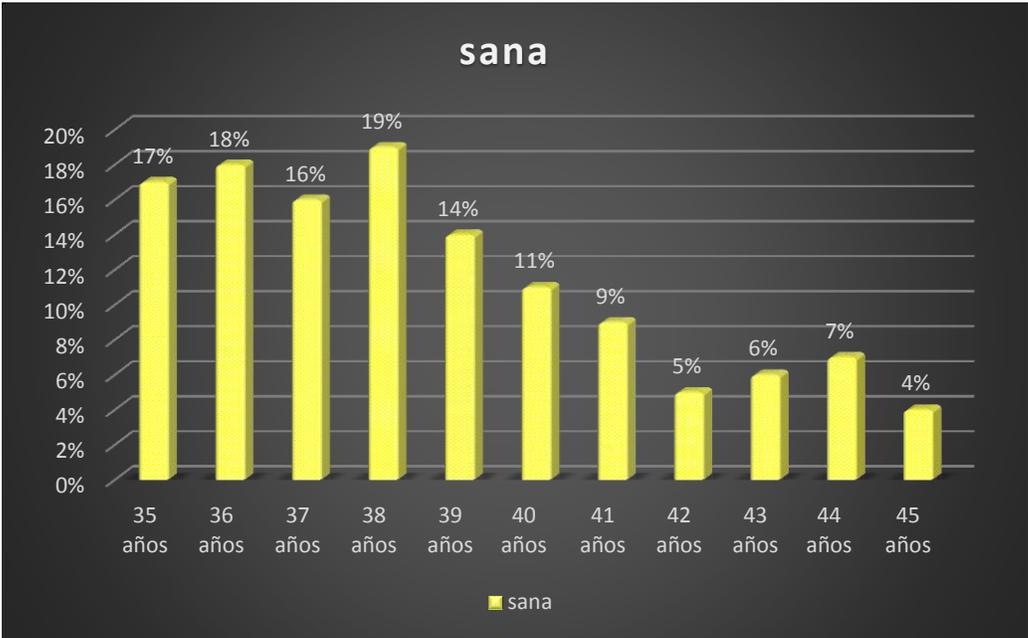
edad se observa que aumenta el porcentaje un .6%, no obstante a los 44 años nuevamente disminuye hasta un 5% de la población total.



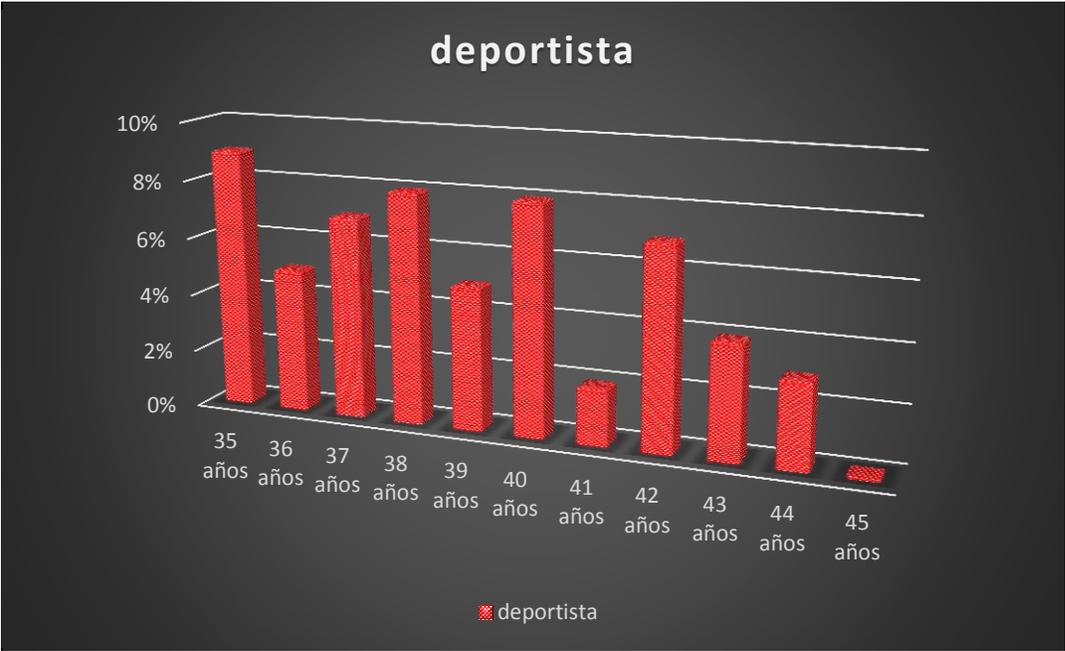
La gráfica muestra que entre los 35 y 36 años no hay una diferencia significativa en cuánto a la autopercepción de la fuerza física de las mujeres que han atravesado por una histerectomía, presentando un 32% a los 35 años y un 31.98% a los 36 años, disminuyendo abruptamente a los 38 años, con un porcentaje de 22%, a los 39, un 17%, finalizando con un 6% a los 45 años. Nuevamente confirmando la relación del autoconcepto global, a mayor edad menor percepción de la fuerza física.



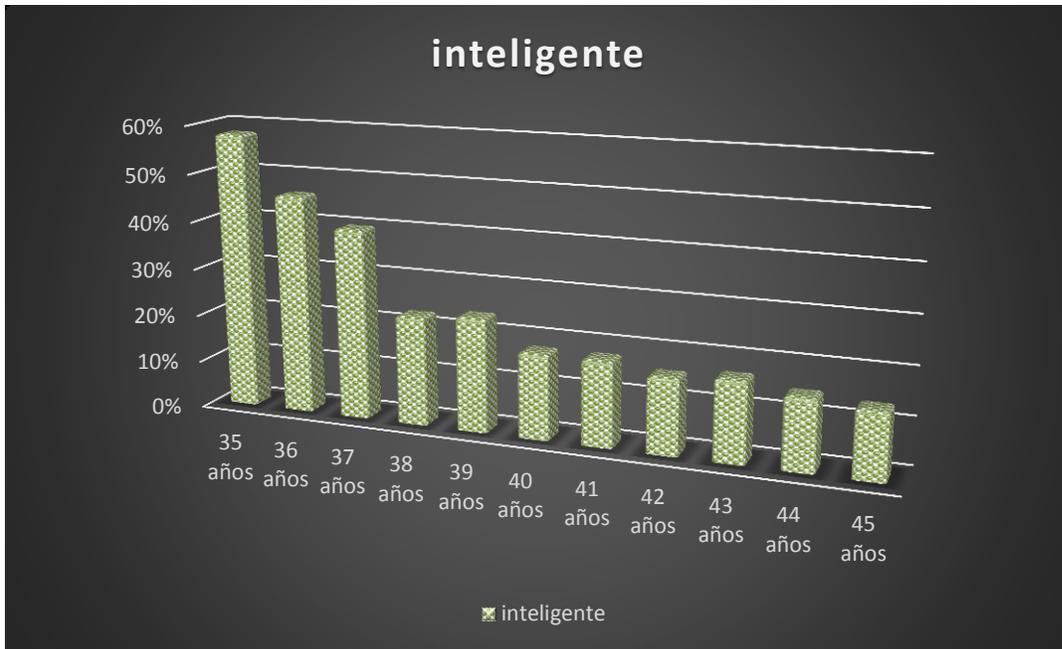
La gráfica muestra que entre los 35, 36 y 37 años la diferencia en cuanto a la percepción de la agilidad física de las mujeres es mínima, mostrando porcentajes de 24%, 24% y 23% respectivamente. La disminución clara se da a los 44 años cuándo decrece a un 11% concluyendo en 8% a la edad de 45 años.



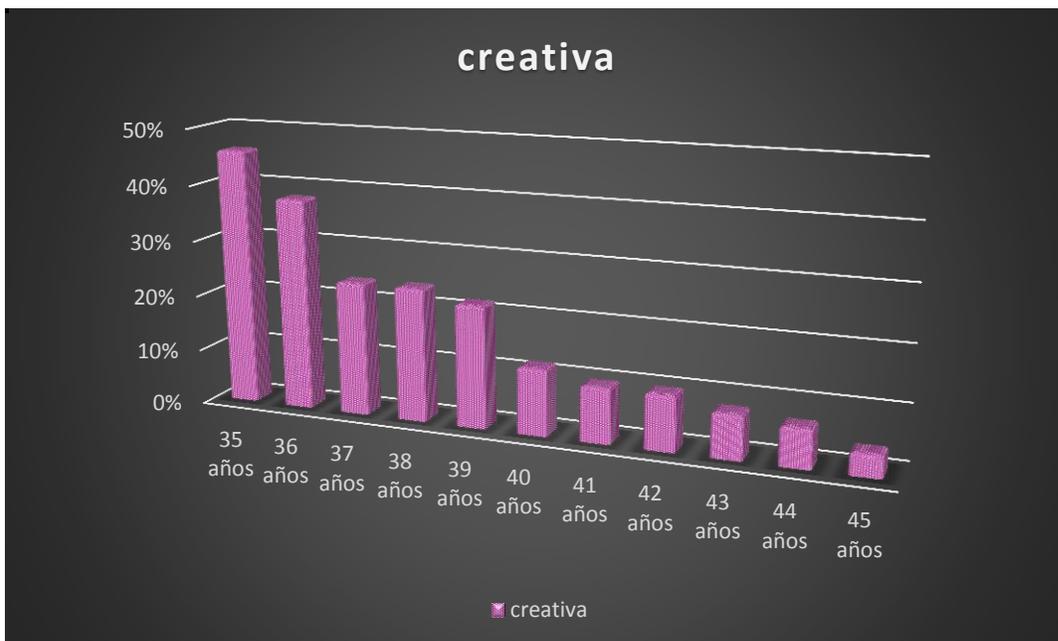
la gráfica muestra la existencia de una disminución con el aumento de la edad en cuanto a la autopercepción de las mujeres que han atravesado por una histerectomía en sentirse sanas, sin embargo se muestran picos de aumento en los porcentajes en la edad de 36 años (18%), 38 años (19%), disminuyendo nuevamente a los 39 años (14%) progresivamente hasta los 42 años (5%), sin embargo, a los 43 años existe otra elevación en 6%, y a los 44 años presentando un 7%, no obstante a los 45 años otra vez el porcentaje disminuye a tan sólo 4%.



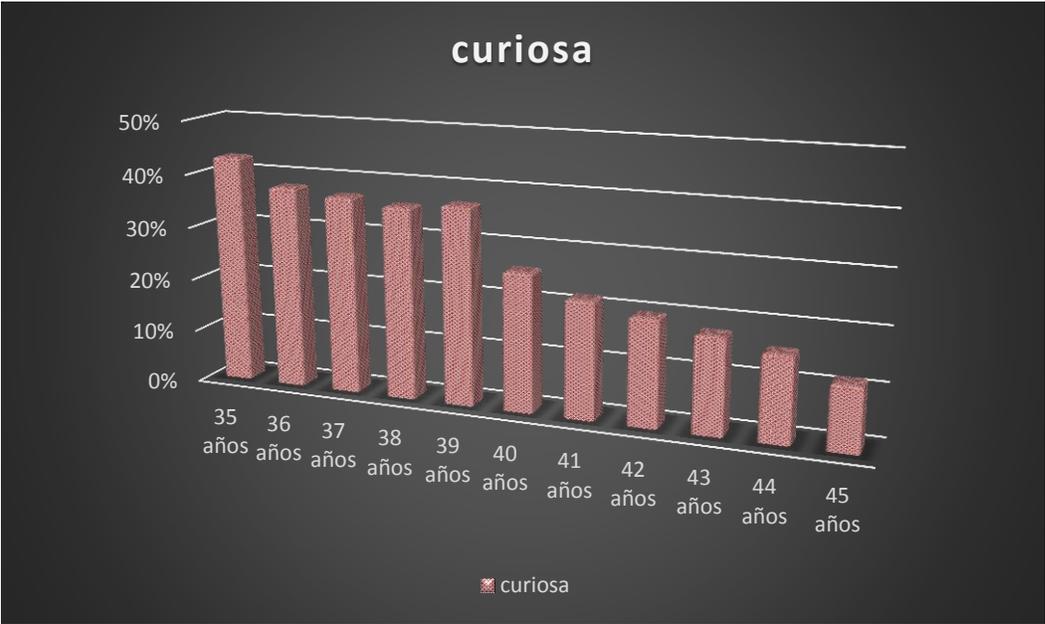
En este adjetivo en general todas las mujeres en las diferentes edades, no se consideran deportistas, el porcentaje máximo fue de 9% a los 35 años, y 8% a los 38 y 40 años. Confirmando nuevamente como en las mujeres de 45 años de edad, su porcentaje es casi nulo. Existiendo escasa relación entre el aumento o disminución de porcentajes.



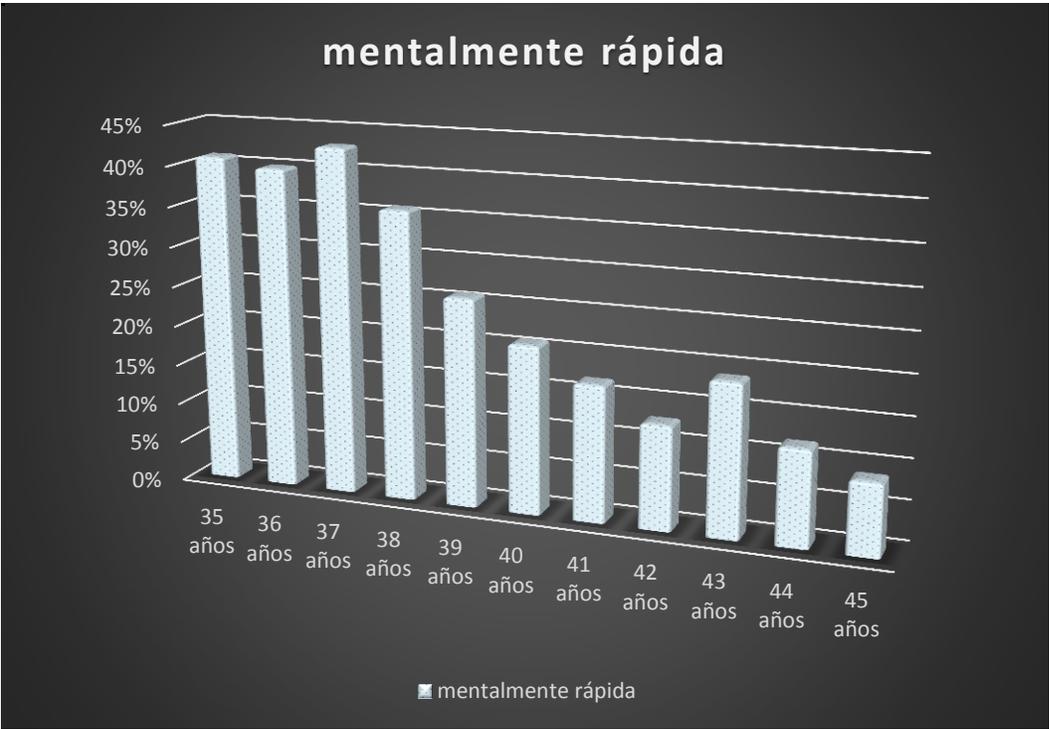
La gráfica muestra que a los 35 años el porcentaje es de 58% en cuanto a las mujeres que se perciben inteligentes, sin embargo a partir de los 36 años comienza en disminución con 46% a los 36 años, 40% a los 37 años, 23% a los 38 años, 24% a los 39 años, 18% a los 40 años, 18% a los 41 años, 16% a los 42 años, 17% a los 43 años, 15% a los 44 años y por último 14% a los 45 años.



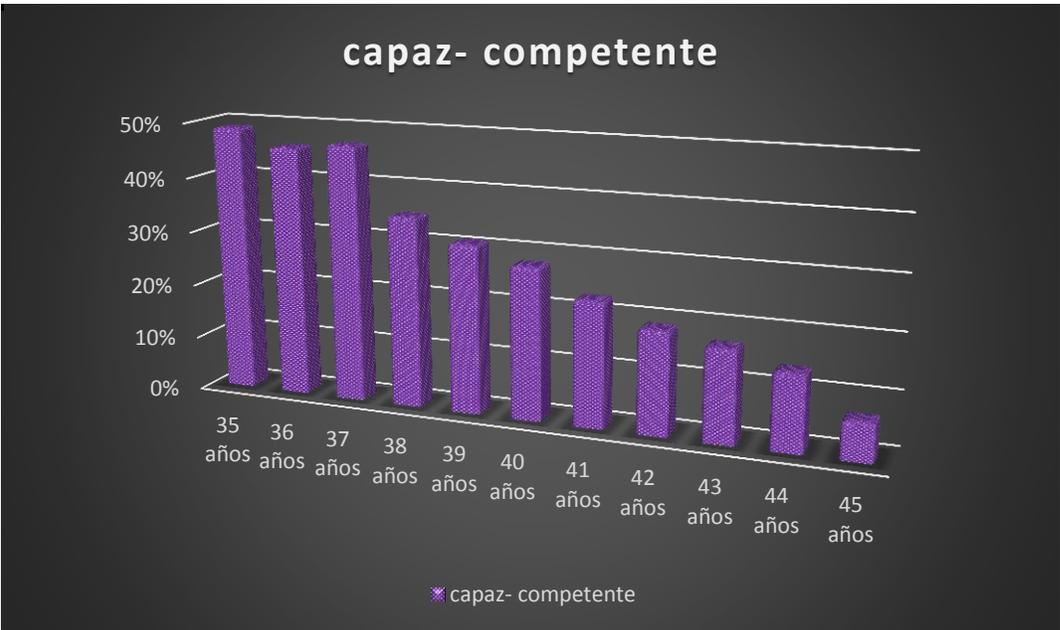
La gráfica muestra que las mujeres a los 35 años, 36 años se perciben más creativas con un porcentaje de 46% y 38% respectivamente, a comparación de las mujeres de 37 años, 38 años, 39 años, disminuyendo notoriamente a los 40 años hasta finalizar a los 45 años con un porcentaje de 4% total de su edad.



La gráfica muestra que desde los 35 años hasta los 39 años la percepción de las mujeres de saberse curiosas está equilibrado oscilando entre un 43% a 37%, disminuyendo significativamente a los 40 años con un 26%, hasta los 44 años con 16%, y por último a los 45 años con un porcentaje de 12%, confirmando que entre mayor edad, menor autopercepción positiva.



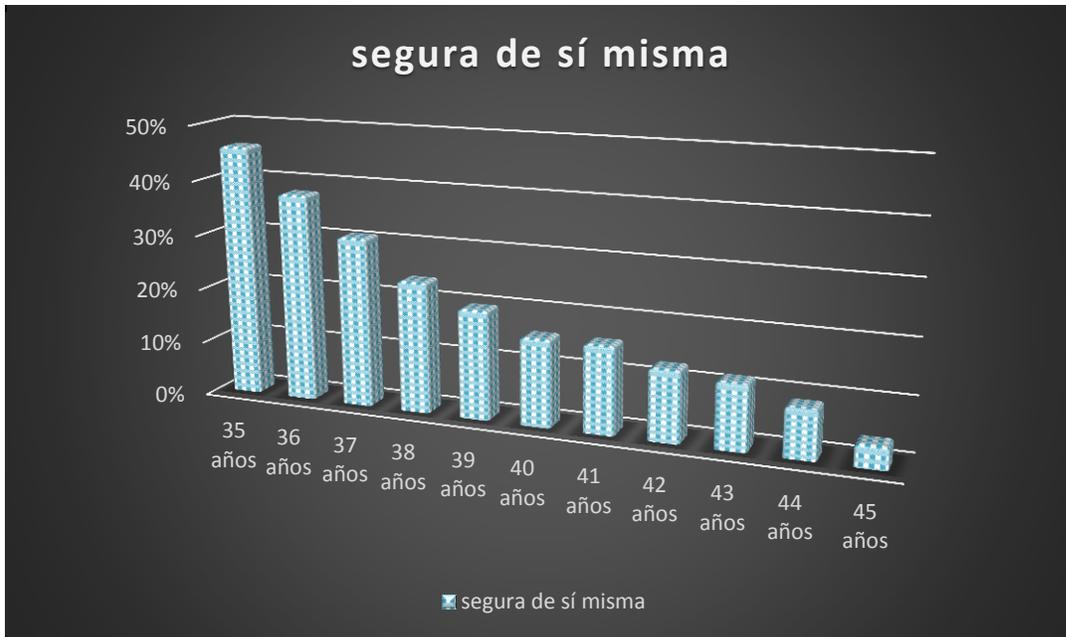
La gráfica muestra que a los 37 años las mujeres presentan la idea de que son mentalmente rápidas en un porcentaje de 43%, arriba de los 35 años y los 36 años, sin embargo a los 38 años disminuye a un 36%, a los 39 años con un 26%, 21% a los 40 años, 17%, a los 41 años, 13% a los 42 años, aumenta con un 19% a los 44 años, pero empobreciendo a un 9%, a los 45 años.



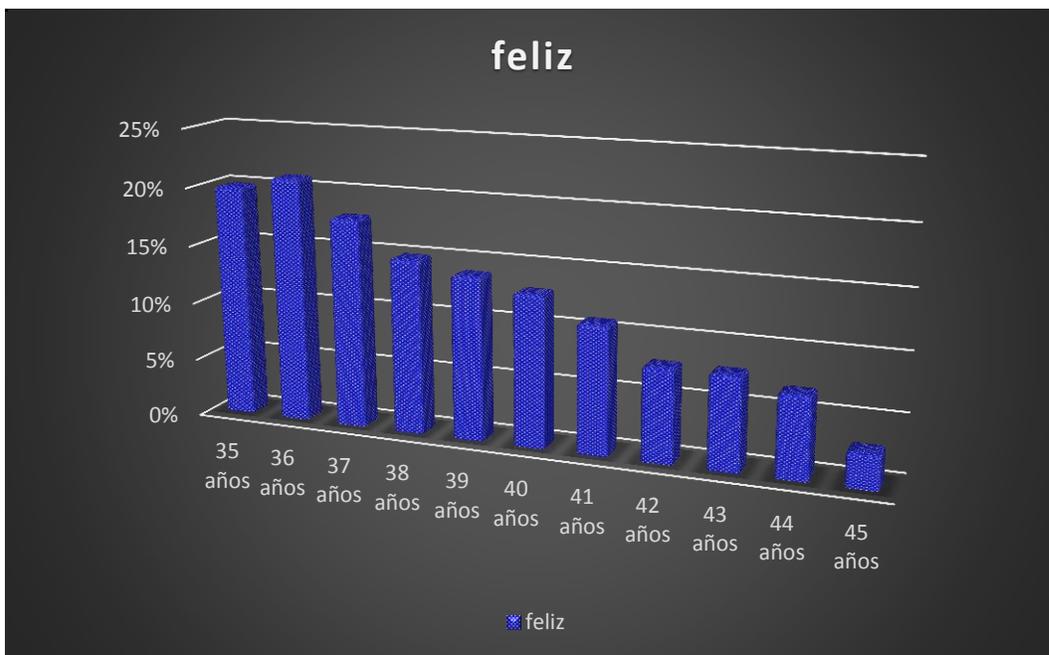
La gráfica muestra que las mujeres que más se sienten capaces y competentes son aquellas de la edad de 35 años y las de 37 años, sin embargo las de 42, 43, 44, y 45 años, son las que menos capaces y competentes se perciben mostrando un porcentaje de 7%.



La gráfica muestra que las mujeres que se perciben satisfechas consigo mismas son aquellas de las edades de 35, 36 y 38 años, oscilando en un porcentaje entre 43% y 39%, sin embargo a los 39 años y 41 años el porcentaje va de un 31% a 29%, disminuyendo a los 42 años con 24%, a los 43 con 22%, a los 44 con 19% y finalizando con 10% a los 45 años, que son aquellas que se perciben menos satisfechas consigo mismas.



La gráfica muestra una disminución progresiva de la percepción de las mujeres de sentirse seguras de sí mismas, siendo las más seguras las de 35 años y 36 años con un porcentaje superior a 40%, sin embargo las mujeres de los 39 años a los 45 años se perciben menos seguras de sí mismas.



La gráfica muestra que las mujeres que se perciben felices son aquellas que oscilan entre los 36, 35 y 37 años, con porcentajes de entre 20% a 18% y que las

que menos se perciben felices son aquellas mujeres entre los 42 años, 44 años y la edad más notoria es a los 45 años con un 3% en su porcentaje.

4.2- DISCUSIÓN

En primer lugar, los resultados sugieren que existe relación entre la edad de atravesar por una histerectomía y el autoconcepto y, que cuando se encuentra es más evidente el deterioro del autoconcepto en mujeres que han vivido una histerectomía a mayor edad. Por lo que se cumplió el objetivo de la investigación el cuál era explorar el autoconcepto de las mujeres que atraviesan por una intervención quirúrgica donde se les extrae el útero, aceptándose la Hipótesis I, que predecía que las mujeres que han atravesado por una histerectomía a mayor edad presentan un autoconcepto pobre en comparación de las que atraviesan por una histerectomía a una edad más joven. Demostrando que el autoconcepto sí, se ve afectada posterior a una histerectomía, tanto a nivel físico, emocional e intelectual, con lo arrojado en esta investigación la dimensión más pobre en todas las edades ha sido la física, en cuanto a imagen corporal, valores o habilidades, seguida por la intelectual y emocional. Encontrándose que la histerectomía es la cirugía que al poner fin a la vida reproductiva de la mujer, además de pasar por la pérdida del órgano como tal que lleva un gran dolor psicológico antes de la aceptación, amenaza fuertemente su sentido de feminidad, provocando una alteración en el autoconcepto, así como una disfunción de la relación de pareja, conflicto con el medio social, entre otros. Más que ser una intervención quirúrgica, quedándose puramente en el área médica, es pues una problemática con múltiples factores que afectan de manera global las emociones, sentimientos y percepciones que una mujer presenta de su cuerpo, de su vida. Al extraérsele el útero, el cual por cultura lleva consigo muchas connotaciones simbólicas de feminidad, ya que desde pequeña a la mujer se le cría con la idea de que el útero o matriz es el lugar de concepción de la vida de otro ser humano, por lo que se convierte en sagrado, además de que se le fomenta que si no se cumple con el rol de ser madre, no funciona como mujer y siendo la población de un nivel económico de medio a bajo, donde pocas veces presentan un nivel de estudios

más allá del nivel básico, muchas veces a causa de la poca oportunidad que se le otorgaba a la mujer de orientarse y de cultivarse. Por lo que el rol de maternidad en una histerectomía se ve truncado en muchas mujeres, y con ello su sentido de “ser” femenino, ya que de acuerdo a lo que señala Sanz (1998). La maternidad es para la mujer el eje desde el cual ella construye su identidad. Ser madre es más que un hecho biológico, es un valor, es reconocimiento social, es “ser mujer”. En esta construcción social, donde la maternidad tiene un lugar primordial, la mujer al vivir una histerectomía ve terminada esta posibilidad, así que al no cumplir con ese rol establecido, su autopercepción de femineidad con las valoraciones mencionadas, se deterioran significativamente encontrándose menospreciadas y devaluadas en el papel de mujer.

Así también ligado a la maternidad aparece otro factor con la histerectomía que devalúa fuertemente el autoconcepto de las mujeres es “el aspecto físico”, pues el sentirse vacías y poco atractivas para sus parejas y ante el espejo, provoca una distorsión en su imagen corporal, esto coincide con lo que señala Josep Toro (citado en Bustos, 2011) quién refiere que las mujeres, tienden a construir su autoestima y autoconcepto en lo que ellas piensan de su propio cuerpo y en lo que creen que piensan las demás personas acerca del mismo. Por lo que al atravesar por una cirugía la mujer ve trastocado todo su cuerpo que es lo que socialmente se considera importante en cuanto a su “belleza”, que por publicidad, televisión, sociedad, cultura, medios, etc. Se han creado estereotipos ya bien definidos en cuánto a como debe ser el cuerpo de una mujer en cuanto a forma, características, atributos, etc; por lo que al ser histerectomizadas muchas mujeres experimentan una pérdida de su belleza y de sus características y habilidades físicas, encontrando afinidad con la teoría que nos menciona que el autoconcepto femenino suele fundarse significativamente en su atractivo corporal y es normalizado todo aquello que se debe ser, entonces al percibirse post- cirugía en un cuarto de hospital, con bata, etc. rompe para ellas su belleza y las hace más vulnerables a un pobre autoconcepto, es con esto que se evidencia que los desórdenes ginecológicos en este caso la histerectomía, tienen un impacto negativo en los aspectos físico y belleza en torno a su calidad de vida, ya que el

exceso de sangrado, dolor pélvico y malestar producido por estas condiciones interviene con la salud y el diario vivir en estas mujeres. Aunado a ello encontré una posible causa más y ésta es la “edad”, ya que sí se analizan los datos a mayor edad es también mayor el deterioro en el autoconcepto de las mujeres, así como muy evidente la afectación en el aspecto físico.

Existiendo razones para que las mujeres de mayor edad presenten menor autoconcepto; y aquí me refiero a los prejuicios que se le han otorgado al dejar de ser considerada socialmente como “joven”, que se ve señalado en el “edadismo” en cuanto que a las mujeres el envejecer les supone un estrechamiento en los límites de sus posibilidades de estar y situarse libremente en el mundo, de ser consideradas atractivas y sexualmente elegibles. El hacerse mayor se ha percibido por las mujeres con diversos miedos que se concretan en numerosos ámbitos de la existencia: el cuerpo, las relaciones, los vínculos, los afectos, la autoestima, el autoconcepto, el mundo laboral, la situación económica, la vida social, etcétera. Utilizando el físico como elemento clave de evaluación, reduciendo la autoestima, debilitan el yo y sitúan a las mujeres sobre las que se aplican en una posición de debilidad en las relaciones de poder, aspecto que nos remonta nuevamente a las creencias culturales que se han introyectado desde hace siglos en cada una de ellas, es con ello como en los resultados se muestra la relación tan marcada entre la edad y el autoconcepto, debido a que el simple hecho de tener más edad causa miedo, angustia y ansiedad, ahora aunado a una histerectomía, lleva doble significación para ellas, por un lado es su imagen de mujer como mujer y por el otro, la edad y la creencia de que conforme más edad, menos bellas y atractivas y si no se es bella y atractiva como lo marca la sociedad, difícilmente habrá una inclusión con una pareja o con el mundo en general.

La mayoría de mujeres perciben no tener el control en la toma de decisiones con respecto a la cirugía. Se hace mención a la información de tipo paternalista entregada por médicos, evidenciando que la mujer menos informada tiene mayor predisposición a sentir las repercusiones post histerectomía. Por ello que la

decisión de realizar la histerectomía debe ser tomada en conjunto (profesional de la salud-mujer), haciendo participe de esto a la pareja o familiares.

La radicalidad de esta cirugía, causa gran impacto en la calidad de vida de la mujer, provocando alteraciones psicológicas, y aislándola del entorno social. (Rannestad T, 2006). Aspectos que en esta investigación claramente se ven relacionados con la correlación negativa en los adjetivos de guapa, fuerte, seductora, satisfecha consigo misma, mentalmente rápida, capaz, elegante, inteligente-lista. Viéndose afectada la dimensión física e intelectual. Con lo que de acuerdo a Ahumadas (1994) que nos dice que Se ha encontrado que entre la población femenina existe una serie de creencias y actitudes relacionadas con la histerectomía y sus consecuencias futuras. Entre los temores que se suelen mencionar frente a este procedimiento están la sensación de “quedar huecas”, el aumento de peso, la pérdida del deseo sexual y las percepciones erróneas que sus compañeros puedan tener respecto a la histerectomía. El reconocimiento de las percepciones que tiene la mujer sobre esta intervención quirúrgica brinda una base rica para el desarrollo de intervenciones que mejoren el cuidado de su salud. (Ahumadas, 1994).

A pesar de que no se ha indagado acerca de las repercusiones de la histerectomía en la dimensión social en esta investigación; es evidente que el hecho de que el autoconcepto se vea deteriorado a nivel personal en sus diferentes dimensiones se ve reflejado respecto a la dimensión social en la que se desarrolla una mujer que ha atravesado por una histerectomía, existiendo evidencia de los conocimientos errados que hay acerca de la histerectomía. Siendo un factor de alto impacto para la mujer en la relación de pareja, en la que la mayoría de las parejas de estas mujeres tienen creencias acerca de que el funcionamiento sexual y físico de la mujer posterior a una intervención quirúrgica con la extracción del útero, disminuirá. Lo que repercute de forma directa al autoconcepto. Se señala que los hombres son los más escépticos con respecto a los resultados de esta cirugía. Donde Hakim y cols, hacen referencia a la importancia de la educación y creencias culturales como herramientas fundamentales en la ayuda de los

profesionales en el cuidado en salud. Se debe considerar que las distintas creencias proveen de sensibilidad cultural y comprensión al momento de cuidar a estas mujeres. (HarlowB, 2003)

Lo mencionado anteriormente son tan sólo algunas de las causas de un pobre autoconcepto en las mujeres histerectomizadas, sin embargo aún siguen faltantes más de ellas.

Añadiendo a ello en el ámbito profesional de acuerdo a lo observado y vivenciado a lo largo de la investigación y de la aplicación del instrumento; es muy evidente la necesidad de escucha que manifiestan las pacientes al entrar en contacto con el psicólogo, al grado de sentirse especiales por ese instante y lo expresan, situación que muestra que parte de la afectación del autoconcepto viene ya desde su formación y desarrollo marcada por la cultura y sus estilos de crianza, que aunados a una histerectomía les resulta realmente catastrófico por la connotación simbólica que le otorgan al útero, devaluándose en primer instancia como mujer, en segundo, teniendo la creencia de que como pareja dejan de funcionar por lo que el marido puede o debe buscar alguien que sí lo satisfaga. A sí mismo las mujeres que no han cumplido el rol de madre y ya atravesaron por una histerectomía han creado la idea de que no se pueden considerar mujeres de verdad porque no se ha concluido con lo que por naturaleza como mujer se debía, aspecto que devalúa completamente el autoconcepto de la mujer.

Y al precisar porque razón no se atiende una problemática tan grave como lo es el autoconcepto en las mujeres histerectomizadas, la respuesta sencillamente es la falta de entendimiento por parte de los profesionales de la salud que no comprenden que va más allá de una cirugía, que conlleva romper creencias, ideas irracionales, re significar a la mujer y como tal a la feminidad, y no sólo dejarlo en la pérdida que bien sí es importante, pero sí no se atiende el sentirse a ellas mismas difícilmente podrán vivir un adecuado proceso de duelo.

Es así como a nivel profesional es crucial la labor de un psicólogo en cualquier institución de salud, ya que a pesar de que sí existe el área de psicología no se le

da a las pacientes la atención que en realidad requieren, entonces ¿Cómo lograr que los múltiples factores anteriormente mencionados que afectan las emociones y en este caso el autoconcepto se vayan erradicando? ¿Si no se hace nada para lograrlo? Por qué las necesidades ahí están y son en muchos casos muy evidentes. Por lo que en el ámbito de psicólogo es necesario salir un tanto del estándar al que se está acostumbrado para brindar una mejor atención a problemáticas que poco se consideran. Creando espacios y proyectos que nos permitan ampliar la perspectiva tanto de las instituciones como de los pacientes en general.

Finalmente en el ámbito personal la investigación me dejó el aprendizaje que como mujer y siendo empática me gustaría que no sólo se quedaran en investigaciones, sino que vaya un paso más allá, es crucial el trato y re significación en las mujeres y no sólo que han atravesado una histerectomía, sino de manera global.

4.3-CONCLUSIONES

En base a lo presentado en esta investigación la histerectomía concebida como un procedimiento médico en sus diferentes clasificaciones juega un papel importante en la percepción que tiene la mujer de sí misma, en cuanto a aspectos de la imagen corporal, la identidad social, los valores, las habilidades o los rasgos que se considera que poseen, constituidos por el conjunto de sentimientos positivos y negativos que experimentan sobre ellas mismas en el área personal, interpersonal y social, por lo que es necesario crear un método de intervención psicológica que permita el trabajo con las mujeres antes de atravesar por una histerectomía, así como posterior a ella, logrando así una estabilidad, permitiendo un equilibrio en las emociones, sentimientos, creencias, pensamientos y actitudes hacia la feminidad, otorgando herramientas y capacidades intelectuales que sirvan de apoyo para la auto re significación de la feminidad y del concepto de ser mujer, así como de salir del estándar del patriarcado puro e ir más allá de lo que tradicionalmente “debe ser femenino”, creando así en las mujeres habilidades de afrontamiento ante la pérdida del útero; trabajando beneficios directos a la salud y bienestar que conlleva la histerectomía , resultando de forma positiva una mejora en el autoconcepto.

Sin embargo pese a que los resultados marquen una mayor afectación en el autoconcepto en las mujeres de más de 40 años, no excluye a las más jóvenes, lo que esclarece que al atravesar por una intervención quirúrgica, se está viviendo una pérdida que significará mucho dolor tanto físico como psíquico, más aún en una operación como lo es la histerectomía en donde el útero lleva consigo significados simbólicos tan marcados a nivel social y personal. El dolor de la pérdida aunado a la existencia de prejuicios y falsas creencias aumenta el malestar psicológico de la mujer, que de una u otra forma se ve manifestado en sus actitudes y comportamientos. En esta investigación se ve expresado con el deterioro del autoconcepto, sin embargo existen muchas variables y fenómenos que siguen afectando a la mujer y al ser humano en general en diversos ámbitos, pero la literatura sigue siendo escasa.

Poco es lo que se ha estudiado en cuanto a las causas y consecuencias de una histerectomía que afectan al estado psicológico de una mujer, por lo que también es pobre la información que se le brinda a las mujeres con problemas ginecológicos, cómo a las parejas y a los familiares directos, trayendo por consiguiente que no se les prevenga acerca de las posibilidades que puedan padecer, así como de los beneficios que representa el anular malestares intensos como: hemorragias, dolores crónicos, cambios hormonales abruptos, dolor al momento de tener relaciones sexuales, entre otros. Lo que provoca que se siga reforzando hasta la actualidad el temor de las mujeres a esta operación y que su autoconcepto se vea deteriorado, pese a la apertura de nuevas fuentes de información.

Es indispensable fomentar la creación de proyectos que consideren las necesidades de las mujeres, logrando en mayor instancia la resignificación de la feminidad, esto por medio de terapias de grupo, conferencias informativas, talleres, dinámicas en donde las principales actrices sean ellas mismas. Fomentando una mejora en tanto en el autoconcepto, autoestima, satisfacción personal, proyectos de vida, a nivel personal, social y de pareja. Además de brindar capacitación al personal de salud para implementar el entendimiento de cada padecimiento médico en este caso la histerectomía.

Finalmente siendo una investigación específicamente de mujeres puedo concluir que las mujeres somos numerosas. No existe una sola forma de ser mujer. Si reconociéramos la diversidad de mujeres que hay en nosotras y entre nosotras, la diversidad y complejidad de emociones, intereses, sentimientos, apariencias físicas, gustos, estilos de vida, y medios de desarrollo, recuperaríamos una enorme potencia y energía, que podría convertirse en áreas de desarrollo y creación inicialmente para nosotras mismas y posteriormente para crear un cambio dentro de la sociedad.

4.4-LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

A lo largo de la realización de la presente investigación se pudieron observar algunas limitaciones. En primer instancia La histerectomía al ser una intervención quirúrgica de la que poco se conoce, también son pocas las mujeres que comentan haber atravesado por una, debido a ello el realizarla con la población del Hospital General de México me trajo la ventaja de no tener que estar en busca de la muestra, sin embargo me encontré con escaso tiempo para las aplicaciones del instrumento, a causa de que a pesar de que en el Hospital se implementa el área de la psicología, como servicio indispensable aún para la medicina y sus representantes sigue siendo un área de poca importancia, por lo que al realizar el contacto con las mujeres histerectomizadas, el tiempo otorgado disminuía cada que ellos así lo requerían o las interrupciones con las pacientes eran constantes, lo que provocaba que las mujeres en varias ocasiones se negaran a seguir respondiendo el instrumento.

Otra limitante importante la encontré al momento de la elección del instrumento, pues la mayoría de los consultados llevan más de 60 reactivos, y por el tiempo otorgado para la aplicación, así como por el nivel de estudio de las mujeres histerectomizadas, teniendo un instrumento extenso, sería poca la disposición de responderlo. Fue así que se optó por buscar un instrumento con pocos reactivos y de rápida aplicación, lo que impidió medir completamente las dimensiones del autoconcepto, limitándose a tan solo tres de ellas; en el plano físico, emocional e intelectual, dejando de lado la dimensión social, la dimensión familiar y la dimensión sexual, la cual se considera una de las más importantes por lo que a la mujer le representa posterior a una histerectomía las relaciones con la pareja en el ámbito sexual. Lo que no nos arroja un resultado universal del Autoconcepto, cómo la investigación lo pretendía.

Es así que a modo de sugerencia se podría emplear una sensibilización al área de medicina con el fin de informar la importancia del trabajo que se puede realizar en conjunto con la psicología y así darle un peso significativo a todo proceso que atraviesen las mujeres en el área de Ginecología y Obstetricia, buscando con esto

una ampliación de la labor del psicólogo que permita una estabilidad emocional de las pacientes.

Así como es crucial efectuar terapias de grupo implementando estrategias y técnicas que logren empoderar a la mujer, fortaleciendo el autoconcepto, la autoestima, fomentando la creación de proyectos de vida, además de lograr activar la productividad en la vida personal como en el ámbito laboral y buscando la resignificación de su feminidad.

Así como facilitar la escucha activa, que es una necesidad latente de las pacientes detectada en el transcurso de la investigación, con ello lograr generar grupos de autoayuda de mujeres solidarias que hayan atravesado por situaciones similares pero que ya hayan trabajado sobre sus emociones y sentimientos y que ahora se encuentren con una estabilidad y que puedan compartir ante las demás mujeres sus vivencias y experiencias; brindando un apoyo colectivo entre ellas mismas.

4.5- REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS

- Ahumada A. Aliaga P, B. (2005). Enfonque integral de la paciente Histerectomizada. *Hospital Clínico Uniersitario Chile* , 29-34.
- Ahumadas, S. T. (1994). *La histerectomía: repercusiones psicosociales*. chile: sernam.
- Wheelless, C. R. (2001). Atlas de Cirugía Pélvica. Barcelona: Panamericana.
- Amon, J. (1990). Estadística para psicólogos (1). Estadística Descriptiva. Madrid: Pirámide.
- Amon, J. (1990). Estadística para psicólogos (2). Probabilidad. Estadística Inferencial. Madrid: Pirámide
- Arto, A. (1993). *Psicología Evolutiva*. Madrid: C.C.S.
- Bandura, A. (1998). Self-efficacy Toward a unifying theory of behioral change. *Review Psychological* , 191-215.
- Bernhard L, H. C. (2001). About Histerectomy. *Health Care Women International* , 73-83.
- Blumel J, A. H. (2000). Prevalencia de trastornos de Sexualidad en mujeres climátericas. Influencia de la menopausia y de la terapia de remplazo hormonal. *Revista Médica* , 113-138.
- Burns, R. B. (1990). *El autoconcepto*. Bilbao: Ega.
- Bustos, Romero, O. (2003). “Imagen corporal, mujeres y medios de comunicación”, *Revista Equidad*, Instituto Colimense de las Mujeres.
- Bustos-Romero, O. (2004). “Políticas públicas, medios de comunicación y la formación de audiencias críticas con enfoque de género”. En M. A. Rebollo e I. Mercado (coords.), *Mujer y Desarrollo en el Siglo XXI: Voces para la Igualdad*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Coopersmith, .. (1967). *The adolescents of Self esteem*.San Francisco: Freeman.

- Dulseman, G. (2002). Endometriosis. En R. J. PellicerA., *Reproducción Humana* (págs. 191-197). España: Mc Graw Hill.
- Endometriosis, D. G.
- Farell S, K. K. (2000). Sexuality alter Histerectomy. . *Obstet Gynecol* , 145-151.
- Giudice, L. C. (2010). Clinical Practice,Endometriosis. *England Medic.* , 362-381.
- González M. (1999). *Subjetividad y Ciclos vitales de las mujeres*. Madrid: Siglo XX.
- González, J. C. (1994). *Autoconcepto y Rendimiento Escolar*. Pamplona: EUNSA.
- Groff JY, M. P. (2009). Desicion making, beliefs,and attitudes towar hysterectomy: . *Womens Health Gend Based Medic* , 39-50.
- Gynecologists, A. C. (2009). choosing theroute of hysterectomy for benign disease. *Gynecologist and obstetric* , 114-156.
- H.Maslow, A. (1994). *La personalidad Creadora* . Barcelona: Kairós.
- HarlowB, B. R. (2003). Influence of education on risk of hysterectomy before age 45 year . *Obstet Gynecol Medic, Plus.* , 150-168.
- Helstrom L. Sorborm D, B. (2009). Influence of partner relationshippo on sexuality after subtotal hysterectomy . *obstet Gynecol* , 74- 83.
- Hopkins, J. (1987). *Adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Jawor M, D. A. (2009). ansiedad-depresión desórden en las mujeres después de la hysterectomía. *Medicina: Psiquiatría* , 77-80.
- Jhon Rock, A. (2000). *Te Linde Ginecología Quirúrgica*. Buenos Aires: Panamericana.
- Johnson, M. W. (1995). *La sexualidad Humana*.Barcelona: Grijalbo.

- Kaplan, H. (1974). *The Classification on the female sexual dysfunctions*.
- Lagarde, Marcela, "La sexualidad", en *Los cautiverios de las mujeres: madre esposas, monjas, putas, presas y locas*, México, UNAM, 1997, PP. 177-211.
- Lázaro R, y. o. (1981). *Identidad Personal*. Madrid: CENIEC.
- Lenner, K. D. (1995). Impact of Hysterectomy on women's lives: a prospective study. *Women Aging* , 133-144.
- Lindberg C, N. (2002). Women's decision making regarding hysterectomy. *women's health* , 67-73.
- M.Fernández, O. B. (2002). La sexualidad en Pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico. *Hospital General San Vicente de Paúl* , 23-30.
- Magowan, J. D. (2010). *Ginecología y Obstetricia Clínica*. Madrid: Saunders.
- Martínez, R. G. (1997). *Autoconcepto y Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Maslow, A. (1989). *El Hombre Autorrealizado*. Barcelona: Káiros.
- MDConsult, C. (2005). *Gynecology and Obstetric basic*. USA: Service.
- Middleton LJ Champaneria, R. D. (2010). Hysterectomy, endometrial destruction, and levonorgestrel releasing intrauterine system for heavy menstrual bleeding . *systematic review and meta-analysis of data from individual patients*. , 341-392.
- Mingo, C. H. (2009). Ethnic variation in women's attitudes and experiences of menopause, Hysterectomy and Hormone replacement therapy. *Women's Health Medic* , 27-38.
- Monedero, C. (1986). *Psicología Evolutiva del ciclo vital*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Musitu G. Román J.M Martorell, M. (1883). *Autoconcepto e integración social en el aula*. Tarragona: Universitas Tarraconensis.

- Musitu, G. G. (1991). *Autoconcepto*. Madrid: TEA.
- N., B. (1991). *Como mejorar su autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Naughton, M. (2004). Health-Related quality of life after hysterectomy. *Obstet Gynecol* , 40-45.
- Nava A. J, P. F. (2002). Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica. *Ginecología y Obstetricia* , 289-294.
- Nava Fj, P. A. (2002). Indicaciones y Factores para histerectomía obstétrica de urgencia. *Ginecología Y Obstetricia, de México* , 289-294.
- Newyork, N. C. (22 de February de 2012). *Clinical Practice Guidelines in Oncology*. Obtenido de Clinical Practice Guidelines in Oncology: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/cervical.pdf.accessed
- P., L. E. (1993). *Teoría y realidad del otro*. Madrid: Alianza Universidad.
- Quesnel GBC, A. J. (1997). Obstetric Hysterectomy, A Review of 675 cases the Instituto Nacional de Perinatología . *Ginecol Obstet Mexico* , 119-124.
- Rannestad T, E. (2006). The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. *obstet Gynecol Scand* , 49-56.
- Rivera A. Martins M, B. (2009). significado de retirada do utero para as mukheres estudo qualitativo. *Assoc Med Bass* , 27-38.
- Rock, j. A. (1998). *Te Lind, Ginecología Quirúrgica*. . Madrid: Panamericana.
- Rogers. (1994). *El Proceso de Convertirse en Persona*. Barcelona: Paidós.
- Rogers, C. (1986). *El camino del ser* . Barcelona: Kairós.
- Rogers. C. (1971). *Psicoterapia y Relaciones Humanas* . Madrid: Alfaguara.
- Saura, P. (19996). *Como Educar el autoconcepto*. Madrid: Murcia.

- scriven A, T. C. (1997). The quality and management of written information presented to women undergoing hysterctomy. *Clin Nurs* , 107-113.
- Spinger, B. (2005). Quality of life assessment International Perspectives. *Organización Mundial de la Salud* , 3-6.
- Thompson. (1993). *Process Bassic Medic Gynecologic*. USA: Lange.
- urrutia MT, A. V. (2001). Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Obstetricia y ginecología* , 74-142.
- Wheeless, C. R. (2001). *Atlas de Cirugía Pélvica*. Barcelona: Panamericana.

4.6 ANEXOS



A continuación se le muestran una serie de adjetivos, que describen a su persona, por favor lea y responda lo más rápido y sincero posible dentro de la escala de 0 a 4, donde **0** sería –nada-y **4** sería -mucho-. Toda respuesta que proporcione es completamente confidencial.



Soy una persona...

adjetivo	Nada 0	Poco 1	Moderadamente 2	Bastante 3	Mucho 4
1. Guapa	0	1	2	3	4
2. Fuerte físicamente	0	1	2	3	4
3. Ágil físicamente	0	1	2	3	4
4. Sana	0	1	2	3	4
5. Deportista	0	1	2	3	4
6. Elegante	0	1	2	3	4
7. Seductora	0	1	2	3	4
8. Limpia	0	1	2	3	4
9. Confiada	0	1	2	3	4
10. Cooperativa	0	1	2	3	4
11. Cariñosa	0	1	2	3	4
12. Generosa	0	1	2	3	4
13. Sincera	0	1	2	3	4
14. tolerante	0	1	2	3	4

15. sociable	0	1	2	3	4
16. compasiva	0	1	2	3	4
17. solidaria	0	1	2	3	4
18. leal	0	1	2	3	4
19. Amistosa	0	1	2	3	4
20. Servicial	0	1	2	3	4
21. Educada	0	1	2	3	4
22. Apreciada por los demás	0	1	2	3	4
23. Confiable	0	1	2	3	4
24. Cordial	0	1	2	3	4
25. Optimista	0	1	2	3	4
26. Pacífica	0	1	2	3	4
27. Alegre	0	1	2	3	4
28. Tranquila	0	1	2	3	4
29. Valiente	0	1	2	3	4
30. Segura de sí misma	0	1	2	3	4
31. Buena	0	1	2	3	4
32. Feliz	0	1	2	3	4
33. Expresiva emocionalmente	0	1	2	3	4
34. Sensible	0	1	2	3	4
35. Activa	0	1	2	3	4
36. Responsable	0	1	2	3	4
37. Decidida	0	1	2	3	4

38. Reflexiva	0	1	2	3	4
39. Con sentido del humor	0	1	2	3	4
40. Constante	0	1	2	3	4
41. Independiente	0	1	2	3	4
42. Estable	0	1	2	3	4
43. Madura	0	1	2	3	4
44. Admirable	0	1	2	3	4
45. Satisfecha consigo misma	0	1	2	3	4
46. Flexible	0	1	2	3	4
47. Racional	0	1	2	3	4
48. Honrada	0	1	2	3	4
49. Inteligente	0	1	2	3	4
50. Creativa	0	1	2	3	4
51. Curiosa	0	1	2	3	4
52. Observadora	0	1	2	3	4
53. Organizada	0	1	2	3	4
54. Con buena memoria	0	1	2	3	4
55. Mentalmente rápida	0	1	2	3	4
56. Capaz	0	1	2	3	4
57. Trabajadora	0	1	2	3	4

Gracias por su colaboración 😊