

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-León

Facultad de Ciencias Médicas



Tesis de investigación para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

Tema: Prevalencia y factores asociados a los efectos psicológicos que se manifiestan en la mujer post-histerectomía en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León en el período de Enero a Julio del 2017.

Autores:

- ✚ Br. Flavio César Morales Castellón
- ✚ Br. Ethel Marianne Morales Duarte

Tutor:

- ✚ Dr. Alberto Berrios Ballesteros
Médico especialista en psicología clínica
UNAN-León

León, 2017

“A la Libertad por la Universidad”

Índice

Agradecimientos.....	1
Resumen.....	2
Introducción.....	3
Antecedentes	5
Planteamiento del problema.....	7
Justificación.....	8
Objetivos	9
Marco teórico.....	10
Diseño metodológico.....	27
Resultados	37
Discusión.....	46
Conclusión.....	48
Recomendaciones.....	49
Referencias bibliográficas	50
Anexos	57

Agradecimientos

- ❖ Agradecemos primeramente a Dios, por habernos dado la sabiduría durante todo este tiempo para poder llevar a cabo nuestro proceso investigativo, la serenidad y fuerza necesaria para perseverar en el camino de nuestra carrera.
- ❖ Agradecemos enormemente al doctor Alberto Berrios, nuestro tutor investigativo, por toda su ayuda, por el tiempo dedicado a nosotros y nuestro trabajo, por sus consejos, por adentrarnos más en el ámbito investigativo y su manera de guiarnos hasta el final.
- ❖ Agradecemos a nuestros padres por su amor y apoyo incondicional, por sus palabras de aliento en cada momento que los necesitábamos, los cuales nos ayudan a seguir adelante y ser mejor cada día.

Resumen

La presente tesis determina la prevalencia y factores asociados a efectos psicológicos que se manifiestan en la mujer post-histerectomía, en particular, sobre baja autoestima, ansiedad, presencia de síntomas depresivos y alteraciones de la función sexual que afecta a la mujer histerectomizada. Siendo esto un problema de salud pública, en el que no son frecuentes los estudios que abordan los aspectos biopsicosociales y la calidad de vida de estas pacientes.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el que participaron 60 mujeres histerectomizadas entre 30 y 45 años, de la sala de ginecología y obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León; la información fue recolectada a través de un cuestionario previamente elaborado que permite evaluar la autoestima mediante la escala de autoestima de Rosenberg, ansiedad mediante el inventario de Beck, depresión mediante la escala abreviada del centro de estudios epidemiológicos de México, y función sexual mediante el índice de función sexual femenina abreviado-6 de Rosen y cols.

El análisis de datos se hizo con la distribución de frecuencias, Chi cuadrado (significativo $p < 0.05$) y para la determinación de las asociaciones se utilizó razón de ventajas de prevalencia (ORP) con IC 95%. Resultando la relación sentimental inestable y el bajo nivel económico como factores asociados a presentar baja autoestima; el desempleo, la relación sentimental inestable y el poco deseo sexual como los factores asociados a ansiedad y síntomas depresivos. Al final del estudio se enuncian las recomendaciones para mejorar la calidad de vida de las histerectomizadas.

Palabras claves: Efectos psicológicos, histerectomía, estudio descriptivo, características sociodemográficas, autoestima, ansiedad, depresión, disfunción sexual, atención psicológica.

Introducción

La histerectomía es una intervención quirúrgica frecuente en la mujer adulta, es una operación para extraer el útero que se realiza comúnmente por razones patológicas como fibromas uterinos, que son tumores comunes benignos, la endometriosis que puede causar períodos menstruales dolorosos, sangrado vaginal anormal y algunas veces pérdida de la fertilidad; así como el cáncer que es una de las principales causas por las que este procedimiento se hace necesario.¹

La extirpación del útero también supone un fuerte golpe a la autoimagen y autoestima de la mujer como tal, que aunque no es una condición notoria externamente, ella siente, vive una carencia, un vacío que la hace crearse fantasmas que la llevan a formularse preguntas poco productivas para su salud emocional como: “¿Sigo siendo igual de mujer?” “¿Seguiré siendo deseable para mi pareja?” “¿Y mi vida sexual?”, son interrogantes que frecuentemente se formulan y preocupan a la mujer histerectomizada.²

El Informe Salud y Género 2006 hacen énfasis en cómo actos quirúrgicos como la histerectomía o la mastectomía exigen una redefinición de la feminidad cuando ésta ha estado apoyada y simbolizada sólo en las posibilidades reproductivas, proceso que aparece como fuente de vulnerabilidad.²

Los efectos psicológicos y físicos postoperatorios más frecuentes de una histerectomía suelen ser: dolor local en el sitio quirúrgico, ansiedad, disfunción sexual presentando disminución del libido e incomodidad durante el acto sexual, cambios en el autoestima o la percepción femenina y hasta depresión. Muchas de estas mujeres tras ser operadas, si no cuentan con el apoyo emocional suficiente, no podrán lograr adaptar la conducta a la situación y verán afectada negativamente su vida.³

Considerando todos estos factores, es fácil aceptar que la histerectomía que sin obviar los beneficios sobre una patología base que llevo a la realización de este procedimiento, es una situación altamente estresante, que genera fuertes reacciones emocionales con un reconocido efecto negativo sobre la recuperación posquirúrgica de la paciente.⁴

Nuestra investigación es un estudio descriptivo de corte transversal en el que se estudiaron pacientes sometidas a histerectomía en el servicio de ginecología del HEODRA, estas fueron evaluadas mediante encuestas y escalas de medida para efectos psicológicos como: presencia de síntomas depresivos, ansiedad, autoestima y función sexual, con el objetivo de identificarlos y medir el grado de afectación que pueda causar dichos efectos en el desempeño de la vida diaria y desenvolvimiento social que presentan las mujeres posterior a la intervención, de esta manera mejorar la atención brindada a las pacientes, promoviendo un seguimiento psicológico y garantizando su calidad de vida.

Antecedentes

La histerectomía es un proceso quirúrgico bastante frecuente en nuestro medio, y son múltiples las patologías útero-ováricas, que contribuyen a la tasa de realización de este procedimiento, sin embargo; no son frecuentes los estudios que abordan los aspectos biopsicosociales de las pacientes que son sometidas a este tipo de cirugías.

Michelle, Ricbourg, y colaboradores, realizaron un análisis retrospectivo de histerectomía posparto en todas las pacientes con hemorragia posparto del 2004 al 2011 en el hospital Lariboisiere, con un total de 44 histerectomías que se realizaron de los 869 casos de hemorragia postparto, demostrando en este contexto que tuvo importantes repercusiones psicológicas, donde el 64% de las pacientes histerectomizadas sufrieron de un trastorno de estrés post-traumático.⁵

Otro estudio prospectivo realizado por Gueye, Diouf, Cisse y colaboradores en 70 pacientes que se sometieron a histerectomía de enero 2009 a junio del 2011 en el Hospital Nacional de Pikine, con el propósito de evaluar las consecuencias de las histerectomía, una proporción de 45.6% reanudaron la actividad sexual después de los 90 días, sin embargo, el 55.7% presentó un miedo al dolor en el momento de la relación sexual, y una disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales en un 54.3% de los casos. También hubo efectos psicológicos tales como una disminución de confianza (31.4%), la sensación de ser rechazada por su marido (5.7%) y la sensación de mutilación en el 24.3% de los casos.⁶

Cárdenas A, Quiroga C y colaboradores realizaron un estudio sobre histerectomía y ansiedad, comparando entre dos tipos de preparación prequirúrgico, en 60 pacientes de la clínica Carlos Lleras de Bogotá Colombia, en 2005, la mitad de la población recibió una preparación basada en estrategias de afrontamiento, el restante recibió preparación mediante información escrita. Los resultados revelaron que las participantes del grupo que recibió el primer tipo de programa presentaron mayor disminución en la ansiedad, menor nivel de dolor percibido y una baja frecuencia de complicaciones, que aquellas que recibieron la preparación a través de información escrita.⁷

En nuestro medio actual, no se han encontrado antecedentes similares a este tipo de estudio, demostrando bien la bibliografía y estudios previos encontrados, es un tema en el que no es común el abordaje desde el punto de vista psicológico en pacientes sometidas a histerectomía.

Planteamiento del problema

La histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuente realizada en cirugía ginecológica, esta posee un efecto positivo en el bienestar físico de la paciente debido a la desaparición de los síntomas por los cuales fue llevada dicha cirugía. Aparentemente no presenta riesgos despreciables, pero hay que tener en cuenta los efectos psicológicos que pueden presentarse, he aquí el tema central de la investigación.⁵

Existe controversia con respecto a los cambios en cuanto a la sexualidad, depresión y calidad de vida después del procedimiento, la diferencia puede deberse a factores culturales, psicológicos y los diferentes instrumentos utilizados para evaluar la calidad de vida de la mujer histerectomizada.

Todos estos factores si no son sobrellevados de manera adecuada podrían generar en las mujeres histerectomizadas sentimientos desagradables que afectaran en su conducta de manera negativa, alterando su estilo y calidad de vida.¹

Tomando en cuenta que el papel de la mujer es sumamente importante en los distintos roles que desempeña en la familia y la sociedad, si la conducta se ve afectada negativamente esto repercutirá en su estilo de vida y de quienes la rodean.

Por lo tanto se pretende como objetivo principal dar a conocer las consecuencias que se producen a nivel psicológico en las pacientes posterior a la pérdida del útero y como afecta en el equilibrio emocional de la misma, con su pareja y sus actividades cotidianas. Siendo este un problema de gran importancia para lograr el desarrollo, la adaptación y sobre todo la aceptación de la paciente, por tanto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a los efectos psicológicos que se manifiestan en la mujer post-histerectomía en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA) de la ciudad de León en el periodo de enero a julio del 2017?

Justificación

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico que evidentemente causa un efecto positivo en el aspecto de la salud física, según sea la causa por la que se realiza, sin embargo, se ha dejado de lado los efectos que esta puede causar en el equilibrio emocional de la paciente, donde el apoyo psicológico juega un papel fundamental para lograr una mejor integración y aceptación propia de la mujer para evitar complicaciones mayores posteriormente.⁸

Con la investigación pretendemos determinar cómo la histerectomía puede causar algún grado de afectación psicológica en las pacientes que han sido sometidas a este procedimiento, independientemente de su causa, y los distintos factores que puedan estar asociados a la aparición de estos efectos. Así contribuir a identificar las principales manifestaciones emocionales y brindar un tratamiento oportuno que permita obtener una aceptación propia y una mejor reintegración a las actividades cotidianas y mejorar su calidad de vida.

La repercusión psicológica es un aspecto poco estudiado en nuestro medio y no hay un protocolo de acompañamiento terapéutico que vaya de la mano pre y pos procedimiento quirúrgico, he aquí donde radica la importancia de nuestro estudio, donde se pretende generar información que sirva de base para educar a médicos, pacientes y familiares permitiendo de esta manera un nivel de conocimiento adecuado que no distorsione la expectativa de vida de las mujeres que son sometidas a cirugía, brindando una atención integral, un seguimiento terapéutico luego de la intervención que permita afianzar lazos de cariño y apoyo en el entorno familiar y profesional, que ayude a una correcta recuperación e integración más rápida en el entorno social.

Los resultados de la investigación además pueden servir como referencia bibliográfica para otros estudios y como guía en el sector salud sobre cómo proceder, qué explicar y como llegar a establecer más que una relación médico-paciente, creando un nexo y relación continua e integral, para mejorar la atención a las pacientes, acompañada de una consejería psicológica obteniendo así un manejo óptimo y una recuperación adecuada de las mismas.

Objetivos

Objetivo General:

- Determinar la prevalencia y factores asociados a efectos psicológicos que se manifiestan en la mujer post-histerectomía en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Oscar Danilo Rosales de la ciudad de León en el periodo comprendido entre enero-julio del 2017.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características socio-demográficas de las pacientes histerectomizadas a estudio.
2. Cuantificar la prevalencia de baja autoestima en las pacientes histerectomizadas.
3. Cuantificar la prevalencia de ansiedad en las pacientes histerectomizadas.
4. Cuantificar la prevalencia de depresión en las pacientes histerectomizadas.
5. Cuantificar la prevalencia de alteración en la función sexual en las pacientes histerectomizadas.
6. Determinar los factores asociados a los efectos psicológicos que presentan dichas pacientes posterior a la intervención quirúrgica.

Marco Teórico

La histerectomía sigue siendo el símbolo de la operación ginecológica, a pesar del desarrollo de medicamentos y técnicas quirúrgicas conservadoras que se han desarrollado en la actualidad, es la operación llevada a cabo con mayor frecuencia en las mujeres no embarazadas.⁸

Se denomina histerectomía obstétrica a la resección parcial o total del útero, realizada generalmente de emergencia por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, o por complicaciones de una enfermedad preexistente.⁹

Técnicas de realizar una histerectomía

- Histerectomía vaginal: el útero se extrae a través de la vagina, este procedimiento por lo general conlleva menos complicaciones que la cirugía abdominal o laparoscópica. La recuperación puede ser más corta que la cirugía abdominal y permite reanudar más pronto las actividades habituales. Se recomienda como la primera opción de histerectomía cuando sea posible. No todas las mujeres pueden tener una histerectomía vaginal, en las mujeres con adherencias de cirugías previas o úteros muy grandes es posible que no se pueda realizar este tipo de cirugía.
- Histerectomía abdominal: el útero se extrae a través de una incisión en la parte inferior del abdomen, permitiendo ver claramente al cirujano los órganos pélvicos, sin embargo está asociada con un mayor riesgo de complicaciones, como infección en la herida, sangrado, coágulos de sangre y daño a los nervios. El período de hospitalización y recuperación generalmente son mayores que la histerectomía vaginal o laparoscópica.
- Histerectomía laparoscópica: la cirugía laparoscópica requiere solo unas pequeñas incisiones (de aproximadamente media pulgada de largo) en el abdomen, se introduce un laparoscópico por una de esas incisiones para que el cirujano pueda ver los órganos pélvicos. El útero se puede extraer en pequeños

pedazos por las incisiones, a través de una incisión mayor que se hace en el abdomen o por la vagina.¹⁰

En comparación con la histerectomía abdominal la cirugía laparoscópica es menos dolorosa, conlleva menos riesgo de infección y el periodo de hospitalización es corta, sin embargo conlleva también a un mayor riesgo de lesión a las vías urinarias y otros órganos.¹⁰

Tipos de histerectomía

- La histerectomía puede incluir la extirpación del cuerpo del útero y el cuello uterino, llamada histerectomía total, o puede incluir sólo el cuerpo uterino, llamada histerectomía supracervical.
- El término de histerectomía subtotal se refiere al tipo supracervical pero no es la terminología preferida, ha habido recientemente un aumento en la popularidad de la histerectomía supracervical a pesar de múltiples ensayos aleatorios que indican ningún beneficio sobre la histerectomía total en la función sexual, la función de la vejiga o el soporte del piso pélvico.
- También dentro de la histerectomía total se realiza la histerectomía radical, siendo la extracción de las estructuras alrededor del útero, incluido el tercio superior de la vagina, junto con la extirpación de los ganglios linfáticos, este procedimiento se practica para el tratamiento del cáncer cervical en un estadio incipiente.⁸

En ausencia de patología anexial, la decisión de realizar la extirpación profiláctica de los ovarios y las trompas de Falopio deberán dirigirse individualmente y dependerán de las preferencias del paciente, estado de la menopausia, y el riesgo de cáncer de ovarios posterior u otra patología anexial que podría requerir de una intervención quirúrgica.⁸

Indicaciones para la histerectomía

Enfermedades benignas

- **Leiomiomas:** para los fibroides sintomáticos, la histerectomía ofrece una solución permanente para la menorragia y los síntomas de la presión relacionados con la ampliación del útero.
- **Sangrado uterino anormal:** cualquier sangrado que no esté relacionado con la menstruación, diferente del sangrado abundante por más de 7 días llamado menorragia. las lesiones endometriales deben ser excluidos y alternativas médicas se deben considerar como un tratamiento de primera línea.
- **Endometriosis:** La endometriosis es una enfermedad benigna que afecta al 5 al 10% de la población en edad reproductiva de entre los 15 a 45 años produciendo dolor (pelviano crónico, dismenorrea, dispareunia), subfertilidad, o la combinación de ambos síntomas, lo que altera la calidad de vida de las pacientes. La histerectomía se indica a menudo en presencia de síntomas graves con el fracaso de otros tratamientos y cuando ya no se desea la fertilidad.
- **Relajación pélvica:** una solución quirúrgica por lo general incluye la histerectomía vaginal, pero debe incluir procedimientos de apoyo de la pelvis.
- **Dolor pélvico:** se recomienda un enfoque multidisciplinario, ya que hay poca evidencia de que la histerectomía cure el dolor pélvico crónico. Cuando el dolor se limita a dismenorrea o asociada con enfermedad pélvica significativa, la histerectomía puede ofrecer alivio.¹¹

Establecida la indicación para la extirpación del útero por un proceso benigno es importante saber elegir la vía de abordaje más adecuada, abdominal, vaginal o vaginal laparoscópicamente asistida, considerando prioritariamente el interés de las pacientes.¹¹

Enfermedades preinvasoras

- La histerectomía esta generalmente indicada para la hiperplasia endometrial con atipia.
- La neoplasia intraepitelial cervical en sí mismo no es una indicación para histerectomía.
- La histerectomía simple es una opción para el tratamiento del adenocarcinoma in situ del cuello uterino cuando la enfermedad invasiva se ha excluido.¹²

Enfermedades invasivas

- La histerectomía es un tratamiento aceptado o procedimiento de andamiaje para el carcinoma endometrial. Se puede jugar un papel en el montaje o el tratamiento del cuello uterino, de ovario epitelial y el carcinoma de las trompas de Falopio.¹²

Condiciones agudas

- La histerectomía está indicada para la hemorragia postparto intratable cuando la terapia conservadora ha fracasado para controlar la hemorragia.
- Abscesos tubo-ováricos que se rompen o que no responden a los antibióticos pueden ser tratados con histerectomía y salpingo-ooforectomía bilateral en casos seleccionados.
- La histerectomía puede ser necesaria para los casos de menorragia aguda refractaria en tratamiento médico o el tratamiento quirúrgico conservador.¹²

Riesgos de la histerectomía

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más seguros. Sin embargo, al igual que como cualquier otra cirugía, pueden ocurrir problemas:

- Daños a la vejiga o a los uréteres – 1 en 150 mujeres.
- Raramente, daño al intestino – 1 en 2500 mujeres.
- Sangrado excesivo, esto ocurre durante la operación – 1 en 50 mujeres-, o después de la operación – 1 en 75 mujeres-, requiriendo transfusión sanguínea o regresándola al quirófano.
- Trombosis venosa profunda – ocurre en 1 en 250 mujeres.
- Raramente, se presenta una infección dentro del abdomen o la pelvis – 1 en 500 mujeres.
- Problemas respiratorios o del corazón relacionados con la anestesia.¹⁰

El riesgo de daño a órganos circundantes es elevado en mujeres que han tenido previas operaciones como cesáreas, o mujeres con endometriosis. Si este tipo de daño ocurre, probablemente se necesitará de una operación adicional la cual no estaba planeada. Esto ocurre cerca de 1 en 500 mujeres.¹⁰

Efectos psicológicos

La salud mental, como parte indivisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena convivencia social. Los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen.¹³

Muchas mujeres experimentan una reacción emocional breve ante la pérdida del útero. Tal reacción depende de varios factores:

- El grado de preparación que tengan antes de la cirugía.
- El momento de sus vidas en el que se les practique la cirugía.
- Motivo por el cual se le realiza la cirugía.
- Si el problema médico ha sido curado.
- Si cuenta con el apoyo de familiares y amigos.¹⁴

Según Bellak la respuesta de una mujer ante una enfermedad orgánica y sus efectos van a depender de la personalidad de la paciente y el grado de respuesta emocional,

patológica o no patológica, que surge ante la enfermedad, por lo tanto se podrían prever diferentes tipos de respuesta ante una histerectomía:

- Una reacción normal que se caracteriza por fases de angustia o depresión. Esta reacción tendrá un límite de tiempo.
- Podría presentarse una reacción de evaluación a la enfermedad que tendría su manifestación en la negación de la misma, dicha negación se podría convertir en una depresión acompañada por estados de angustia.
- Puede presentarse una depresión reactiva que puede prolongarse y/o manifestarse en rasgos hipocondriacos.
- Otras personas podrían centrar en la enfermedad todos los conflictos psicológicos existentes con anterioridad.
- En sus extremos se puede llegar a presentar una invalidez psicológica de sus seres más allegados, limitando su vida, dejando de realizar sus actividades cotidianas, asumiendo una actitud de víctima.^{15,16}

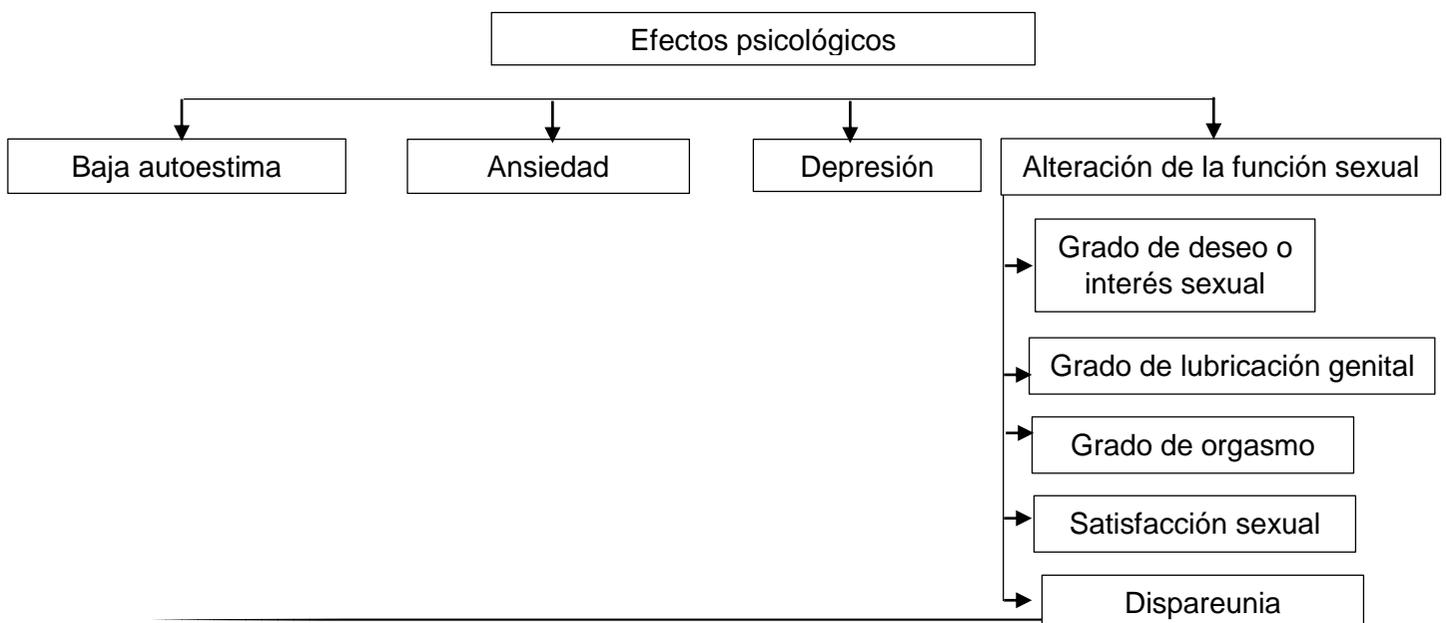
Por lo general, estos cambios remiten a la pérdida de una parte sustantiva de la anatomía femenina, ligada a eventos importantes en la vida de toda mujer tales como menstruación, embarazo, sexualidad y maternidad.¹⁷

Por otra parte, esta operación retiene una mala reputación entre los pacientes, así como entre los numerosos médicos. Ya que se lleva a cabo a veces con demasiada prisa, los pacientes pueden sentir que han sido “mutilados”. Sin embargo, la gran mayoría de estas intervenciones se llevan a cabo por razones de “comodidad” con el fin de aliviar funcionalmente, impidiendo trastornos, en tales casos, la histerectomía sigue siendo el último recurso donde los métodos más conservadores fracasan.¹⁷

En una mujer después de realizada la histerectomía cursa por tres fases diferentes sobre las reacciones psicológicas frente al problema:

- Primera fase (de conmoción, incredulidad o incluso negación): durante esta fase hay disminución de la confianza de sí misma, dudas sobre ella misma y sentimientos de culpa y miedo ante la intervención.
- Segunda fase (generalmente cuando el tratamiento quirúrgico se ha realizado): se produce una afectación con depresión, puesto que la posibilidad de concebir ya no es posible. Aparece irritación, furia, culpa, soledad, ansiedad y depresión, así como el duelo en solitario, generalmente sin apoyo. En otros casos, aparece la resolución y aceptación de la situación que se presenta.
- Tercera fase (de aceptación y conformidad): fase muy difícil, puesto que la mujer no ha resuelto su dolor (duelo con su cuerpo y con ella misma), y puede no ser capaz de tomar decisiones informadas y racionales sobre las posibles alternativas de su vida sexual y social.¹⁸

Algunos estudios hacen mención al estado psicológico que presenta la mujer ante la histerectomía, manifestado por la depresión, ansiedad, alteración en la función sexual y alteraciones en el autoconcepto, como la baja autoestima. La pérdida de la feminidad, o la pérdida de la capacidad para procrear, siendo la depresión la alteración emocional más frecuente que afecta a éstas pacientes.^{19,20}



Las mujeres se sienten afectadas en su calidad de vida cuando son sometidas a la histerectomía, por el cuadro clínico que les afectan, principalmente, cuando las pacientes se encuentran en la fase diagnóstica de la enfermedad. En este punto se recomienda a los profesionales en la salud proporcionar la debida atención a las mujeres durante la trayectoria de la enfermedad, desde su inicio hasta el seguimiento en el tratamiento.^{19,20}

- Autoestima:

Se refiere a una actitud o sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo.²¹

La histerectomía en una mujer, es una cirugía que pone fin a la vida reproductiva, siendo una amenaza a su sentido de identidad de género, donde una de las primeras manifestaciones post-quirúrgicas son los cuestionamientos acerca de su condición femenina, ya que toda intervención representa un “temor, asalto al cuerpo o ansiedad de castración”, particularmente en este caso la pérdida del órgano sexual posee una fuerte carga simbólica de gran relevancia para constituir el concepto de feminidad, el cual modifica en alguna medida la autoimagen y la autoestima de las mujeres. Asimismo, puede provocar un cambio en la relación de pareja o sexualidad.²²

Uno de los mitos femenino principales es el de mujer equivale a ser madre, lógicamente esta intervención contraponen a la mujer en tal papel. Siendo el MATERNAJE, como una larga cadena de sucesos que empiezan con la gestación y terminan cuando acaba la vida de la mujer, en esta ocasión se conceptualizo cada una de las letras que componen esta palabra cuando la mujer se enfrenta a una histerectomía.^{23,24}

MATERNAJE

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

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

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

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

R = Realidad evidente ("está vacía," "la vaciaron," le quitaron el útero).

N = Necesidades sexuales insatisfechas, por posible rechazo masculino.

A = Angustias por lo resultados futuros de la operación.

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

E = Erotismo en último lugar, pues ya ella no es la misma.^{23,24}

La reacción del compañero sexual de la mujer sometida a histerectomía es un factor determinante para la siguiente adecuación sexual de la pareja, pues los hombres que identifican la pérdida del útero con la pérdida de la feminidad o la disminución del libido, suelen evitar la interacción con su pareja, algunos no conocen la anatomía y fisiología femenina, y de los resultados funcionales de la operación, pueden mostrarse ansiosos o culpables respecto a la actividad sexual posterior al acto quirúrgico.¹³

La histerectomía puede provocar alteraciones en la comunicación entre la pareja, la relación entre ellos puede tornarse difícil después de la histerectomía y provocar discordancias en el matrimonio. En múltiples estudios se observó que la mujer presentó mejora en la función sexual en el período posterior a la histerectomía.²⁷ No obstante hay conocimientos relativos en el impacto de la histerectomía sobre la relación conyugal, lo que implica la necesidad de realizar estudios dirigidos a esta temática.²⁵

La mujer histerectomizada frente a la extirpación del útero evidencia situaciones emocionales, fisiológicas y cambio o dificultad para asumir sus roles, estos problemas pueden influenciar negativamente en su nivel de adaptación porque podría verse afectadas sus relaciones familiares, especialmente con su pareja al desempeñar sus actividades cotidianas, lo cual puede generar problemas o dificultades de adaptación en la mujer histerectomizada. Roy considera que las personas tienen métodos de adaptación: fisiológica, auto-concepto, desempeño de funciones y relaciones de interdependencia.²⁶

Por lo tanto, se debe de aplicar mecanismos de afrontamiento, los cuales se crean por medio de métodos, como el aprendizaje, emergido de las experiencias vividas a lo largo de la existencia, que contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares. Estímulos que en ocasiones las amistades y familiares persuaden con sus creencias y mitos de manera negativa, sin embargo el personal de salud debe mediante la educación impartida, lograr que la mujer deseche esas creencias erróneas

relacionadas con la extirpación del útero, en este sentido la familia es la principal fuente de apoyo emocional para un afrontamiento eficaz.²⁶

Las conductas asistenciales con el fin de disminuir la ansiedad que predominan en el proceso terapéutico, son medidas que promueven la condición emocional de las mujeres, esta asistencia debe estar dirigida a la indicación de posibilidades de adaptación a una nueva auto-imagen.²¹

- Ansiedad:

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psico-sociales.¹³

Entre los factores biológicos se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico una de las regiones más afectadas del cerebro. Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida. Como factores psicosociales se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos, las características de la personalidad.¹³

Según Luque 2010, es una reacción emocional necesaria para la supervivencia de los individuos. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente alto o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica.²⁷

Además, puede ocasionar los llamados trastornos psicofisiológicos:

- Trastornos cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria, arritmias).
- Trastornos digestivos (úlceras, síndrome de colon irritable).
- Trastornos respiratorios (asma).
- Trastornos dermatológicos (acné, eczema).
- Otros trastornos psicofisiológicos (dolor crónico, infertilidad, cefaleas tensionales, etc).²⁷

Por otra parte, la presencia de altos niveles de ansiedad en la fase post-quirúrgica concuerda con anteriores observaciones sobre las consecuencias de la histerectomía como estrés psíquico y de secuelas psiquiátricas, que llevaron a hablar de un “síndrome post-histerectomía”.²⁸

La cirugía constituye un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, de las elevaciones de la ansiedad; son bien conocidos los agentes estresantes a los que se ve sometido el paciente dentro del mundo hospitalario como desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, etc. Si a esto le añadimos las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores, nos encontramos inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente.²⁹

El hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado coste económico. Una mejor preparación psicológica del paciente consistente en facilitar la información y apoyo psicológico en todo el proceso quirúrgico y sobre sensaciones que va a experimentar, equilibra la característica estresante de la cirugía, disminuyendo así el nivel de ansiedad del individuo.²⁹

- Depresión:

Según las OMS 2010, “la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.³⁰

Un estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer son los síntomas clave de la depresión. Los pacientes pueden decir que se sienten tristes, sin esperanza, un desecho o alguien que no vale la pena. Para el paciente, el estado de ánimo deprimido es diferente a una emoción normal de tristeza o duelo. Los pacientes a menudo describen el síntoma de la depresión como un dolor emocional angustioso.³⁰

Tener problemas emocionales previos, una pobre imagen corporal, un funcionamiento sexual no satisfactorio y altos niveles de estrés, en los reportes, estos fueron considerados como factores de riesgo para observar un desorden depresivo mayor en la paciente histerectomizada.³¹

También está el hecho de que si una mujer no ha llegado a la menopausia y su histerectomía también involucra el retiro de ambos ovarios, experimentará la menopausia inmediatamente después de su cirugía, independientemente de su edad. Las pacientes cuya histerectomía deje uno o los dos ovarios intactos, tienen un 50% de oportunidad de experimentar la menopausia a los 5 años de su operación.³²

- Alteración de la función sexual:

La función sexual femenina es el resultado de la suma de varios factores interrelacionados. La histerectomía puede repercutir en las mujeres debido al estrés por la pérdida de la función reproductora, la pérdida de la función menstrual y de la sexualidad, así como de su valor sexual, habiendo mujeres que temen no solamente la disminución de su deseo sexual y de su capacidad de respuesta sexual, sino al descenso de su atractivo, muchas veces por desconocimiento acerca de este procedimiento a la que atribuyen un valor, tanto objetivo como simbólico mencionado anteriormente.³³

El ciclo de respuesta sexual en la mujer se caracteriza por cuatro fases secuenciales: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Con base a la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) clasificó a los trastornos de respuesta sexual normal en 4 tipos: trastorno del deseo, trastorno de la excitación, falla orgásmica y dolor sexual. Laumann y colaboradores encontraron que 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual, que comprometen fundamentalmente el deseo y la

excitación. Siendo la sexualidad un aspecto central en la vida de la mujer y es el reflejo de su bienestar físico, psicológico y social.^{33,34}

También se habla sobre Disfunción Sexual, la cual se define como alteraciones en el deseo sexual y cambios psico-fisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual que causan malestar emocional y psicológico relevante y la dificultad en la relaciones interpersonales, siendo así la disfunción sexual femenina un fenómeno multifactorial, así mismo si una mujer presenta las características que definen una disfunción sexual, a menos que le cause sufrimiento personal, no se considera que presenta una disfunción sexual.³⁵

Este es un tema que no se aborda muchas veces por falta de tiempo, porque puede resultar embarazoso, porque en las mujeres mayores no lo toman en cuenta, por la incertidumbre acerca de los tratamientos, y por la falta de información en estos campos.³⁶

La mayor parte de las veces, la incapacidad de tener una respuesta sexual normal se debe a factores psicológicos que alteran el despertar sexual. Tales problemas comprenden como la información errónea, por ejemplo, las mujeres que han sido sometidas a la histerectomía pueden sentirse “incompletas”, de igual manera, algunas perciben la satisfacción sexual como mala o tienen sentimientos de culpa.³⁷

- Deseo o interés sexual:

El deseo sexual es una emoción, un impulso, una fuerza que nos mueve al encuentro íntimo con otras personas. Nos motiva a relacionarnos, a compartir intimidad, a mantener relaciones afectivas y sexuales, a disfrutar y pasarla bien, a sentir placer, etc. Junto con la atracción y el enamoramiento, forman lo que se conoce como sentimientos sexuales; sentimientos que constituyen un magnífico patrimonio de la sexualidad humana y que regularán ésta durante toda nuestra vida.³⁸

- Excitación sexual:

Excitación es un estado de sentimientos específicos y alteraciones fisiológicas que habitualmente se asocia a una actividad sexual en la que intervienen los genitales. Consta de mecanismos centrales, como son la activación de

pensamientos, sueños y fantasías; mecanismos periféricos no genitales, como la salivación, el sudor, la vasodilatación cutánea y la erección de los pezones; y mecanismos genitales, como son la intumescencia del clítoris, los labios y la vagina.³⁸

- Lubricación genital y orgasmo:

El orgasmo es el estado de alteración de la conciencia asociado a una estimulación sensitiva fundamentalmente genital. Consiste en información aferente sensitiva múltiple procedente de los 'puntos gatillo', como el clítoris, los labios mayores y menores, la vagina, las glándulas periuretrales, que transmiten en dirección central a estructuras supramedulares en las que interviene el septum talámico, a causa de esto se producen descargas centrales de neurotransmisores durante el orgasmo como consecuencia de contracciones motoras repetidas de un segundo del suelo de la pelvis, seguidas de dos a cuatro segundos de contracción repetida del musculo liso uterino y vaginal. También se transmite información sensitiva placentera a las áreas del placer corticales. Los cambios más importantes en la mujer son la vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina y la tumefacción de los genitales externos.³⁸

- Satisfacción sexual:

El ser humano está dotado con una pulsión sexual que implica la necesidad de satisfacción. Como ya lamentaba Freud, la palabra "placer", en alemán Lust, designa tanto la sensación de la necesidad o deseo, como la de la satisfacción. Por lo tanto, la apetencia sexual reacciona de modo distinto, es esencialmente más estimulada por excitaciones exteriores.³⁹

- Dispareunia:

Se postuló que la histerectomía podría causar dispareunia por acortamiento de la cúpula vaginal. Jewett en 1952 ya habló sobre el empeoramiento en la lubricación, el orgasmo y el placer sexual tras la histerectomía debido al daño a las

terminaciones nerviosas de los nervios autonómicos del área cervicovaginal y al acortamiento vaginal.³⁹

Sensación fantasma:

Actualmente se conocen distintos fenómenos relacionados con la persistencia de la percepción sensorial tras la amputación de una extremidad u órgano, denominándose sensaciones fantasmas y dolores fantasmas que se han presentado en lugares únicos como el de mama, sensación de micción o erección después de amputado el pene. Por lo tanto, también tras la histerectomía se conoce que la mujer presenta una percepción sensorial del órgano amputado, así como dolor menstrual.⁴⁰

- La sensación de miembro fantasma es la percepción no dolorosa de la presencia del miembro amputado. Su aparición se aproxima al 100% durante el primer mes post-amputación, distinguiéndose tres tipos: las cinéticas, relacionadas con la percepción del movimiento; cinéticas, relacionadas con el tamaño, forma y posición del miembro amputado y exteroceptivas que incluyen sensaciones como tacto, presión, temperatura y vibración.
- El dolor de miembro fantasma, es la sensación dolorosa originada en la porción amputada de la extremidad. La incidencia no está muy clara y es muy variable aumentado en diferentes situaciones, las características del dolor fantasma se pueden dividir en 4 áreas: la intensidad del dolor, la frecuencia de los episodios, la duración de cada episodio y la descripción del dolor. Se ha descrito en 1871 el dolor de miembro fantasma a causa de los síntomas que presentaba los soldados de la guerra civil americana tras la amputación de una extremidad.^{41,42}

El tratamiento de estos cuadros supone un auténtico reto para los médicos, ya que a pesar de los múltiples estudios realizados, siguen siendo patologías difíciles de controlar. Los factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de una memoria somato-sensorial son: mal control del dolor pre-amputación, intensidad y tiempo del dolor y el estrés provocado junto con la ansiedad desencadenada. Por esto es importante la prevención, que podría evitar la creación de esta memoria somato-sensorial.⁴³

Las estrategias psicológicas, son de igual forma, un punto de gran importancia en el manejo de estas sensaciones y dolores fantasmas, la depresión y la ansiedad son entidades que comúnmente presentan los pacientes y exacerban la percepción del dolor, usando psicoterapia, hipnosis, terapia cognitivo conductual o técnicas de relajación.⁴⁴

Algunos factores influyentes en las mujeres histerectomizadas:

- Escolaridad: grado de educación, que dependiendo de este resulta muchas veces en falta de información o guía en el afrontamiento del procedimiento efectuado.
- Ocupación: si tiene trabajo o no, es independiente
- Apoyo de pareja, familia y amigos: conflictos en estas relaciones conlleva a una vulnerabilidad de la mujer, donde los efectos pueden ser mayores. Suelen ser acontecimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad.
- Pobreza: condición de vida que predispone a la mujer a trastornos emocionales.
- Edad al momento de la histerectomía: momento de la vida en que se efectúa el procedimiento.
- Ambiente social: ante la ocurrencia de eventos estresante, características cognitivas asociadas a la afectividad negativa, como sentimiento de abandono y/o pérdida y/o de baja autoestima, pueden dificultar el afrontamiento y aumentar la probabilidad de trastornos emocionales.^{45,46}

Psicoterapia en la histerectomía

La psicoterapia en estas pacientes histerectomizadas implica el tratamiento directo sobre la mujer o su tratamiento indirecto por medio de otras personas o situaciones que tienen por objeto proporcionar a la paciente nuevas experiencias en la vida que tenga sobre ella

y ejercer influencia saludable cuya finalidad es el crecimiento de la personalidad del individuo que está siendo tratado. Esta designada con el fin de:

- Desarrollo de métodos más eficaces para tratar los problemas personales.
- Ayudar al paciente a mejorar su manera de reaccionar entre la vida diaria.
- Mejorar el modo de vida de una persona, requiere un aumento de comprensión de sus propios sentimientos y motivos.
- Aumento de la autoestima y la autopercepción.
- Mayores sentimientos de seguridad y adecuación.⁴⁷

Las pacientes responderán de una manera positiva a aquellas personas que se les acerquen con estima, quienes son capaces de responder sus necesidades afectivas, necesitando de confianza y cuidado entre dos personas para vivenciar juntos tales experiencias. La explicación clara tanto de la enfermedad como la psicoterapia de apoyo es esencial para la paciente y su familia, es una base en el tratamiento y durante la convalecencia, la paciente fundamentalmente necesitara apoyo moral para vencer la depresión que sigue a cualquier operación, así como los temores acerca del futuro.⁴⁷

Diseño metodológico

a) Tipo de estudio:

Estudio descriptivo de corte transversal.

b) Área de estudio: El estudio se realizó en la sala del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), ubicado en el casco urbano de la ciudad de León.

c) Población de estudio: Todas las pacientes femeninas que estuvieron hospitalizadas en el servicio de ginecología del HEODRA, sometidas al procedimiento de histerectomía en el período enero a julio del 2017.

d) Muestra: No se determinó tamaño muestral, debido a que se incluyó el total de la población en estudio.

e) Tiempo de estudio: El periodo de estudio en el que se llevó a cabo la investigación fue de enero a julio del 2017.

f) Criterios de inclusión:

- Mujeres entre 30 a 45 años de edad.
- Mujeres a las que se le realizó histerectomía en el HEODRA en el periodo de estudio.
- Mujeres que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado en el periodo de estudio.
- Pacientes que cumplieron cuatro semanas posquirúrgica para la aplicación de los instrumentos.

g) Criterios de exclusión:

- Mujeres menopaúsicas
- Mujeres con antecedentes pre-operatorios de trastorno mental.

- Mujeres que consumen antipsicóticos y antidepresivos.

h) Fuentes de información:

- Primaria: Entrevista a pacientes a través de un cuestionario.
- Secundaria: Revisión de expediente clínico.

i) Instrumentos de recolección de información:

Se aplicó un instrumento de recolección de información, basado en cuestionarios previamente elaborados, que permitió evaluar la autoestima, ansiedad, depresión y la función sexual como los efectos psicológicos presentados por las pacientes a estudio en la visita en su casa tras ser egresadas del HEODRA-León. Estos se midieron mediante:

- Escala de autoestima de Rosenberg, se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Desarrollada originalmente por Rosenberg en 1965, que consta de 10 ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente.

Siendo la puntuación como escala de Likert, donde los ítems se responden en una escala de 4 puntos (1=muy de acuerdo, 2=de acuerdo, 3=en desacuerdo, 4=totalmente en desacuerdo). De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan 1 a 4, y posteriormente sumarse todos los ítems. La puntuación total de 30 a 40 puntos: autoestima elevada/normal, de 26 a 29 puntos: autoestima media/es conveniente mejorarla, menos de 25 puntos: autoestima baja/ existen problemas significativos de autoestima.

De fácil aplicación, con duración de aplicación de 5 minutos, posee una satisfactoria fiabilidad temporal tanto para dos meses como para un año y validez para la evaluación global de la autoestima en población clínica adulta.

- Inventario de ansiedad de Beck, publicado en 1988, es una escala que mide de manera informada el grado de sintomatología ansiosa, que consta de 21 ítems, la puntuación es la suma de las respuestas de la persona evaluada a cada uno de los 21 enunciados. Cada uno de ellos se puntúa en una escala tipo Likert de 0 a 3 (0=en absoluto, 1=levemente, no me molesta mucho, 2=moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo, 3=severamente, casi no podía soportarlo). Siendo los puntos de cortes sugeridos para interpretar el resultado obtenido: 0-21 puntos como ansiedad muy baja, 22-35 puntos como ansiedad moderada y más de 36 puntos como ansiedad severa.

De fácil aplicación, con duración de aplicación individual de 5-10 minutos, en fiabilidad posee una elevada consistencia interna y tiene una buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, población general).

- Escala abreviada de depresión del centro de estudios epidemiológicos de México (CESD-7) por sus siglas en inglés (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) fue desarrollada por Radloff en 1977, se diseñó en formato autoaplicable para registrar los síntomas depresivos, demostrando ser válida y confiable en diferentes poblaciones.

Esta escala tipo Likert es práctica dada su brevedad, con duración de 5 minutos y permite clasificar a los sujetos según la presencia/ausencia de síntomas depresivos clínicamente significativos en presencia de limitaciones en las actividades de la vida diaria, que consta de 7 ítems con valores de 0 a 3 puntos (0=Rara vez o nunca o menos de un día, 1=pocas veces o alguna vez 1-2 días, 2= un número de veces considerable 3-4 días, 3=todo el tiempo o la mayoría de tiempo 5-7 días), sólo en el 6to ítem la puntuación es al inverso, siendo el puntaje total la sumatorio de los 7 ítems cuyo rango de evaluación es

de 0 a 35 puntos. Para esta versión reducida se estableció la presencia de síntomas depresivos en mayor o igual a 9 puntos.

- Índice de función sexual femenina abreviado-6 (FSFI-6) de Rosen y col. en 2000, basada en la versión original de 19 preguntas y validado en castellano por P. Chedraui y F.R Pérez López que permite el análisis factorial de la función sexual en sus 6 dominios que corresponden al deseo o interés sexual, excitación sexual, lubricación genital, orgasmo, satisfacción sexual y dispareunia. Cada pregunta tiene un puntaje de 0 a 5, con tiempo de aplicación de 5-10 minutos. Posee satisfactoria fiabilidad y validez.

Para baremarlo se suma los puntos de cada respuesta del correspondiente ítem, siendo en total el mínimo 2 puntos y máximo 36 puntos. Una puntuación de 0 indica no actividad sexual. La puntuación igual o inferior a 19 se considera como disfunción sexual femenina, y un valor superior a 19 se relaciona con función sexual femenina normal.

Dominio	Preguntas	Puntaje	Mínimo	Máximo
Deseo	1	1-5	1.2	6
Excitación	2	0-5	0	6
Lubricación	3	0-5	0	6
Orgasmo	4	0-5	0	6
Satisfacción	5	0-5	0.8	6
Dolor	6	0-5	0	6
Total			2	36

j) Procedimiento de recolección de información:

La información se recolecto por el mismo equipo de trabajo que llevo a cabo la investigación, conformado por 2 investigadores.

Se solicitó autorización al director del HEODRA-León con el fin de poder acceder a la información de los expedientes clínicos de las pacientes a estudio.

Se revisó el cuaderno de registros de ingresos de la sala de ginecología, ubicando los expedientes de las pacientes ingresadas durante el período de enero a julio del 2017, a las cuales se les realizó histerectomía, posterior se realizó visita domiciliar a los pacientes donde se les aplicó la entrevista (Telica, La Paz Centro, León, etc).

k) Procesamiento y análisis de información:

Para determinar la prevalencia y factores asociados a los efectos psicológicos en las pacientes histerectomizadas, se realizó un análisis a través de los hallazgos de los instrumentos de recolección de datos con las variables pertinentes a cada objetivo, complementando con los expedientes clínicos.

Los datos recopilados se almacenaron, organizaron y analizaron en una base de datos creada con las variables necesarias para el estudio según objetivos, con el paquete estadístico SPSS 23, se utilizó la estadística descriptiva, útil para la información de las variables cualitativas y cuantitativas, con escalas de mediciones nominales y ordinales. Para todas las variables se realizó distribución de frecuencias y porcentajes.

En el análisis bivariado, para variables cualitativas se aplicaron tablas de contingencia y la prueba de Chi cuadrado y exacta de Fisher, según fuera necesario, calculándose razón de ventaja de prevalencia e intervalos de confianza del 95% para medir la fuerza de asociación, tomando en cuenta el total de la población de estudio y la frecuencia por casillas menor de 5, con un nivel de significación de $p < 0.05$, agrupando las variables en tablas tetracóricas para la medición de asociación.

Para los efectos psicológicos en las tablas de contingencia se agruparon las siguientes variables en 2 categorías: baja autoestima siendo “sí” con “autoestima media y autoestima baja”, y para “no” con “autoestima normal/elevada”; ansiedad siendo “sí” para el punto de corte mayor o igual a 22 puntos, y “no” menor 22 puntos; para los síntomas depresivos se ocupó la misma clasificación siendo “sí” según “presencia de síntomas depresivos” y “no” según “ausencia de síntomas depresivos” de acuerdo al CESD-7, y por último para disfunción sexual femenina siendo “sí” para el punto de corte menor o igual a 19 puntos y “no” para el punto de corte superior a 19 puntos.

Se realizaron 2 agrupaciones de las variables en las que se realizó asociaciones, las cuales son: escolaridad como analfabeta en “sí” y “no”, siendo este último para las pacientes que recibieron educación ya sea completa o incompleta; situación laboral como desempleada en “sí” y “no”, siendo este último para las pacientes que trabajan; nivel económico como nivel económico bajo en “sí” y “no”, siendo este último para las pacientes con nivel económico medio y alto.

Se consideró asociación positiva entre el factor determinante y el efecto psicológico, con valores de razón de ventajas de prevalencia mayores de la unidad ($ORP > 1$), existiendo asociación negativa (factor protector) con valores menores a la unidad ($ORP < 1$), y se consideró valor nulo (no asociación) con valores iguales a cero ($ORP = 0$). Es de importancia recalcar que el cálculo de la ORP no implica causa/efecto, sólo sugiere que hay una asociación.

I) Control de sesgos:

El control de sesgo de selección se realizó al incluir la totalidad de pacientes histerectomizadas, de modo que todos los casos tuvieron la misma probabilidad de estar expuestos, de igual manera se controló el sesgo de confusión al realizar un análisis estratificado mediante el cálculo de la razón de ventajas de la prevalencia.

En la dificultad de comprensión de algunas preguntas esta fue explicada con un lenguaje más común para entendimiento del instrumento a las paciente en su aplicación domiciliar.

m) Consideraciones éticas:

Con la información obtenida del presente estudio no se reveló identificaciones de las pacientes ni parientes, ni se difundió la información por medios masivos, se aplicó sólo para cumplir con los objetivos propuestos para la investigación. Además, se solicitó la participación voluntaria de las pacientes con su previo consentimiento informado. Los investigadores realizaron y aprobaron curso de ética.

n) Operacionalización de variables:

Variable	Definición operacional	Valor o Escala	Escala de medición
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Mujer joven: 30-35 Mujer madura: 36-45	Ordinal
Procedencia	Lugar de origen del paciente en el momento de estudio.	Urbano Rural	Nominal
Lugar de residencia habitual	Localidad donde vive la paciente.	León Malpasillo El Sauce Achuapa Santa Rosa del Peñón El Jicaral Quezalguaque Telica Larreynaga La Paz Centro Nagarote	Nominal

Religión	Conjunto de creencias religiosas, con que la paciente reconoce una relación con la divinidad.	Católica Evangélica Atea Otros	Nominal
Escolaridad	Grado de enseñanza obligatoria que llevo la paciente.	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Estudios técnicos/Universidad	Ordinal
Situación laboral	Conjunto de actividades laborales que se realiza a cambio de una compensación económica	Trabajando Desempleada	Nominal
Estado civil	Condición de la paciente según el registro civil.	Soltera Acompañada Casada	Nominal
Relación sentimental	Vinculo sentimental que une a dos personas.	Estable Inestable	Nominal
Nivel económico	Medita total económica basada en sus ingresos.	Clase alta Clase media Clase baja Pobreza extrema	Nominal
Autoestima	Percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser, los rasgos de nuestro cuerpo y carácter.	Elevada/Normal Media Baja	Ordinal
Ansiedad	Estado mental en que se caracteriza por una gran inquietud, nerviosismo e inseguridad.	Mínima Leve Moderada Grave	Ordinal

Síntomas depresivos	Condición que se caracterizado por profunda tristeza y decaimiento anímico.	Presencia Ausencia	Ordinal
Función sexual femenina	Dimensión fundamental del ser humano, basado en sexo, género, identidades de sexo y género y la vinculación afectiva.	Disfunción sexual Función sexual normal	Ordinal
Deseo o interés sexual	Ansiedad de carácter erótico, es el deseo de tener sexo con alguien.	Muy alto Alto Moderado Bajo Muy bajo o ninguno	Ordinal
Excitación sexual	Primera fase de la respuesta sexual, estimulación o activación de algún sentimiento, pasión o movimiento	No ha tenido relaciones Muy alto Alto Moderado Bajo Muy bajo	Ordinal
Lubricación genital	El flujo vaginal es una secreción, más o menos viscosa, transparente o blanquecina, segregada por el cuello de la matriz y las paredes de la vagina cuando hay estimulación sexual.	No ha tenido actividad sexual Siempre La mayoría de las veces A veces Pocas veces Nunca	Ordinal
Orgasmo	Clímax de la respuesta sexual. Punto culminante o de mayor satisfacción de la excitación sexual en las zonas erógenas o sexuales.	No ha tenido actividad sexual en el último mes Siempre La mayoría de las veces A veces Pocas veces Nunca	Ordinal

Satisfacción sexual	Valoración subjetiva que la mujer hace respecto a su vida sexual	Muy satisfecha Moderadamente satisfecha Ni satisfecha ni insatisfecha Moderadamente insatisfecha Muy insatisfecha	Nominal
Dispareunia	Dolor genital persistente o recurrente que se produce justo antes, durante o después del coito.	No ha tenido actividad sexual en el último mes. Nunca Pocas veces A veces La mayoría de las veces Siempre	Ordinal

Análisis e interpretación de resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas de 60 mujeres hysterectomizadas del HEODRA en el departamento de León - Nicaragua, de enero a julio del 2017.

Variable	Frecuencia (n=60)	%
Edad		
30-35 años	6	10
36-45 años	54	90
Total	60	100
Escolaridad		
Analfabeta	5	8.3
Primaria incompleta	9	15
Primaria completa	6	10
Secundaria incompleta	20	33.3
Secundaria completa	7	11.7
Universitario	13	21.7
Total	60	100
Estado Civil		
Soltera	7	11.7
Acompañada	30	50
Casada	23	38.3
Total	60	100
Nivel Socioeconómico		
Clase media	30	50
Clase baja	30	50
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se muestran las diferentes características sociodemográficas de las pacientes en estudio.

- La edad de las pacientes estudiadas estuvo comprendida entre los 30 a 45 años, al distribuir las pacientes en dos grandes grupos de edad se encontró que 6 pacientes estaban entre los 30-35 años con un 10%, y 54 pacientes entre los 36-45 años con un 90% de los casos, siendo más frecuente la hysterectomía en este último grupo de edad.
- Según nivel de escolaridad, se encontró que la mayoría de la población presentaba un nivel de educación incompleto, predominando la secundaria incompleta con 20 pacientes (33.3%), aunque 13 de las pacientes eran universitarias (21.7%)

- Con respecto al estado civil se encontró que la mayoría de las mujeres a estudio se encontraban en una relación 30 pacientes estaba acompañadas (50%), 23 pacientes están casadas (38.3%).

- Con respecto al nivel socioeconómico se encontró que 30 pacientes se consideraban de clase media (50%) y 30 pacientes de clase baja (30%).

Tabla 2. Prevalencia de autoestima, ansiedad, síntomas depresivos y función sexual femenina en 60 pacientes histerectomizadas del HEODRA en el departamento de León - Nicaragua, de enero a julio del 2017.

Variable	Frecuencia (n=60)	%
Autoestima		
Normal/alta	8	13.3
Media	26	43.3
Baja	26	43.3
Total	60	100
Ansiedad		
Baja	10	16.7
Moderada	23	38.3
Severa	27	45.0
Total	60	100
Síntomas depresivos		
Presencia	43	71.7
Ausencia	17	28.3
Total	60	100
Función sexual femenina		
Disfunción sexual	52	86.7
Función sexual normal	8	13.3
Total	60	100

Fuente: Elaboración propia con base en instrumentos: escala de autoestima de Rosenberg (1965), inventario de ansiedad de Beck (1988), CESD-7 de Radloff (1977), FSFI-6 de Rosen y col. (2000).

Evaluándose a las pacientes según la encuesta con determinados Test para autoestima, depresión y ansiedad, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Según la escala de autoestima de Rosenberg encontramos que la mayoría de las encuestadas tienen afectación en su autoestima, predominando de una autoestima baja

a moderada, 26 pacientes tienen un autoestima media/moderada (43.3%),y que 26 pacientes presentaron un autoestima baja (43.3%).

- Según el test de ansiedad de Beck, se obtuvo que la mayor parte de la población a estudio presento algún grado de ansiedad, 23 pacientes presento un nivel de ansiedad moderado (38.3%) y 27 pacientes presento un nivel de ansiedad alto o severo (45%)

- Según la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos de México, se encontró que 43 pacientes estaban con síntomas de depresión (71.7%) siendo esta la mayor prevalencia y que 17 pacientes no tenían síntomas depresivos (28.3%).

- Según el índice de función sexual femenina, se encontró que 52 pacientes presentaban disfunción sexual (86.7%).

Tabla 3. Prevalencia de los principales efectos de la función sexual en 60 pacientes histerectomizadas del HEODRA en el departamento de León - Nicaragua, de enero a julio del 2017.

Variable	Frecuencia (n=60)	%
Deseo Sexual		
Muy bajo/ninguno	27	45
Bajo	14	23.3
Moderado	14	23.3
Alto	4	6.7
Muy alto	1	1.7
Total	60	100
Excitación durante la relación sexual		
No ha tenido actividad sexual	7	11.7
Muy bajo	19	31.7
Bajo	18	30
Moderado	11	18.3
Alto	4	6.7
Muy alto	1	1.7
Total	60	100
Lubricación durante la relación sexual		
No ha tenido relación sexual	7	11.7
Nunca	15	25
Pocas veces	26	43.3
A veces	6	10
Mayoría de veces	3	5
Siempre	3	5

	Total	60	100
Alcanzo el orgasmo durante la relación sexual			
No ha tenido relación sexual		7	11.7
Nunca		10	16.7
Pocas veces		29	48.3
A veces		8	13.3
La mayoría de veces		2	3.3
Siempre		4	6.7
Total		60	100
Satisfacción con la relación sexual			
No ha tenido actividad sexual		7	11.7
Muy insatisfecha		17	28.3
Algo insatisfecha		18	30
Igual de insatisfecha que satisfecha		11	18.3
Moderadamente satisfecha		3	5
Muy satisfecha		4	6.7
Total		60	100
Dispareunia			
No ha tenido relación sexual		7	11.7
Siempre		2	3.3
La mayoría de veces		14	23.3
A veces		17	28.3
Pocas veces		7	11.7
Nunca		13	21.7
Total		60	100

Fuente: Elaboración propia con base en instrumentos de FSFI-6 de Rosen y col. (2000).

Según el test del índice de función sexual femenina abreviado (FSFI-6) de Rosan y Col, se obtuvieron los siguientes resultados:

- Según el grado de interés sexual/deseo sexual, se encontró que la mayoría de la población tenía muy bajo/ningún deseo sexual posterior a la cirugía (45%). Asimismo se encontró en 2do lugar las pacientes histerectomizadas con un deseo sexual bajo y con un deseo sexual moderado (23.3%, 23.3%)
- Según el grado de excitación, se encontró que la mayoría de la población presentaron un grado de excitación entre muy bajo a moderado, 19 presentaron un grado muy bajo de excitación durante la relación sexual (31.7%), 18 presentaron un grado bajo de excitación (30%), 11 presentaron un grado moderado de excitación durante la relación sexual (18.3%).

- Lubricación durante la relación sexual, 15 pacientes refirieron que nunca lubricaron (25%), 26 pacientes refieren que pocas veces lubricaron durante la relación sexual (43.3%), 6 refieren que a veces lubricaban durante la relación sexual (10%).

- Si alcanzo o no el orgasmo durante la relación sexual, la mayoría de la población que se estudió refirió nunca o pocas veces alcanzaron el orgasmo durante la relación sexual posterior a la cirugía, 10 refirieron que nunca alcanzaron el orgasmo (16.7%), 29 refirieron que pocas veces alcanzaron el orgasmo durante la RS (48.3%), 8 refieren que a veces alcanzaron el orgasmo durante la RS (13.3%).

- Grado de satisfacción en la relación sexual, 17 refieren sentirse muy insatisfechas durante la relación sexual (28.3%), 18 refieren sentirse algo insatisfechas durante la relación sexual (30%), 11 refieren sentirse igual de satisfechas que insatisfechas (18.3%).

- Dolor durante la relación sexual, la mayoría de pacientes refirieron poco malestar al momento de la relación sexual, 14 refirieron que presentaban dolor la mayoría de veces durante la relación sexual (23.3), 17 pacientes a veces presentaban dolor durante la relación sexual (28.3), 7 refieren que pocas veces presentaron dolor durante la relación sexual (11.7%), y 13 refirieron que nunca presentaron dolor durante la relación sexual (21.7%).

Tabla 4. Factores asociados a la baja autoestima que presentan 60 mujeres histerectomizadas del HEODRA en el departamento de León - Nicaragua, de enero a julio del 2017.

		Autoestima baja		ORP	IC 95%	Valor de p
		Si	No			
Analfabeta	Si	4 80.0%	1 20.0%	0.58	0.057- 5.998	0.647
	No	48 87.3%	7 12.7%			
Desempleada	Si	33 80.5%	8 19.5%	-	-	0.039
	No	19 100.0%	0 0.0%			
Relación sentimental inestable	Si	30 96.8%	1 3.2%	9.54	1.094- 83.294	0.017
	No	22 75.9%	7 24.1%			
Nivel económico bajo	Si	29 96.7%	1 3.3%	8.82	1.012- 76.960	0.023
	No	23 76.7%	7 23.3%			

Fuente: Elaboración propia.

En esta tabla se obtuvo la posible asociación estadística entre la autoestima baja con analfabetismo, desempleo, relación sentimental inestable y el nivel económico bajo, en las pacientes histerectomizadas.

Se observó que las probabilidades de las pacientes histerectomizada en una relación sentimental inestable tienen 9.54 veces más de tener autoestima baja en comparación con las pacientes que no se encuentran en una relación sentimental inestable, siendo esta asociación estadísticamente significativa.

Así mismo se obtuvo una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la baja autoestima con el nivel económico bajo, siendo las probabilidades de las pacientes histerectomizadas con un nivel económico bajo 8.82 veces más de presentar baja autoestima en comparación con las pacientes que no tiene nivel económico bajo.

Tabla 5. Factores asociados a presentar ansiedad en 60 mujeres histerectomizadas del HEODRA en el departamento de León - Nicaragua, de enero a julio del 2017.

		Ansiedad		ORP	IC 95%	Valor de p
		Si	No			
Analfabeta	Si	5 100.0%	0 0.0%	-	-	0.268
	No	44 80.0%	11 20.0%			
Desempleada	Si	38 92.7%	3 7.3%	9.21	2.083- 40.750	0.001
	No	11 57.9%	8 42.1%			
Relación sentimental inestable	Si	30 96.8%	1 3.2%	15.78	1.868- 133.458	0.002
	No	19 65.5%	10 34.5%			
Nivel económico bajo	Si	21 70.0%	9 30.0%	0.16	0.033- 0.853	0.020
	No	28 93.3%	11 18.3%			

Fuente: Elaboración propia.

En esta tabla se obtuvo los diferentes factores asociados que fueron incluidos en nuestro estudio los cuales mostraron fuerte asociación a presentar algún grado de ansiedad en las mujeres posterior a la histerectomía.

De las variables incluidas en el análisis bivariado cuatro mostraron asociación, con relevancia clínica y estadísticamente significativa con algún grado de ansiedad, estas fueron desempleo y relación sentimental inestable.

Se obtuvo una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la ansiedad con desempleo, siendo las probabilidades de las pacientes histerectomizadas desempleadas 9.21 veces más de presentar ansiedad en comparación con las pacientes no desempleadas.

Se observó que las probabilidades de las pacientes histerectomizada en una relación sentimental inestable tienen 15.78 veces más de tener ansiedad en comparación con las

pacientes que no se encuentran en una relación sentimental inestable, siendo esta asociación estadísticamente significativa.

Tabla 6. Factores asociados a la presencia de síntomas depresivos en 60 mujeres histerectomizadas del HEODRA en el departamento de León - Nicaragua, de enero a julio del 2017.

		Síntomas depresivos		ORP	IC 95%	Valor de p
		Si	No			
Analfabeta	Si	3 60%	2 40%	0.56	0.85-3.70	0.545
	No	40 72.7%	15 27.3%			
Desempleada	Si	34 82.9%	7 17.1%	5.39	1.604- 18.163	0.004
	No	9 47.4%	10 52.6%			
Relación sentimental inestable	Si	28 90.3%	3 9.7%	8.71	2.157- 35.167	0.001
	No	15 51.7%	14 48.3%			
Nivel económico bajo	Si	20 66.7%	10 33.3%	0.69	0.195- 1.897	0.390
	No	23 76.7%	7 23.3%			

Fuente: Elaboración propia.

En esta tabla observamos los diferentes factores asociados que fueron incluidos en nuestro estudio con el fin de establecer cuáles son los que tienen relación con la presentación de síntomas depresivos, en las mujeres histerectomizadas.

Se obtuvo una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la presencia de síntomas depresivos con desempleo, siendo las probabilidades de las pacientes histerectomizadas desempleadas 5.39 veces más de presentar depresión en comparación con las pacientes no desempleadas.

Se observó que las probabilidades de las pacientes histerectomizadas en una relación sentimental inestable tienen 8.71 veces más de presentar depresión en comparación con las pacientes que no se encuentran en una relación sentimental inestable, siendo esta asociación estadísticamente significativa.

Tabla 7. Factores asociados a la presencia de disfunción sexual femenina en 60 mujeres histerectomizadas del HEODRA en el departamento de León - Nicaragua, de enero a julio del 2017.

		Disfunción sexual femenina		ORP	IC 95%	Valor de p
		Si	No			
Analfabeta	Si	5 100.0%	0 0.0%	-	-	0.360
	No	47 85.5%	8 14.5%			
Desempleada	Si	38 92.7%	3 7.3%	4.52	0.953- 21.464	0.044
	No	14 73.7%	5 26.3%			
Relación sentimental inestable	Si	29 93.5%	2 6.5%	3.78	0.697- 20.526	0.105
	No	23 79.3%	6 20.7%			
Nivel económico bajo	Si	26 86.7%	4 13.3%	1.00	0.226- 4.431	1.000
	No	26 86.7%	4 13.3%			

Fuente: Elaboración propia.

En esta tabla se obtuvo la posible asociación estadística entre la disfunción sexual femenina con analfabetismo, desempleo, relación sentimental inestable y el nivel económico bajo en las mujeres histerectomizadas. Sin embargo estas asociaciones no muestran ser significativas en nuestro estudio.

Discusión

Los efectos psicológicos en las pacientes histerectomizadas representan un problema de salud pública; que afecta tanto a la mujer, su familia y a la sociedad en general. Este tema ha sido estudiado a lo largo de los años, evidenciando las diferentes alteraciones que se pueden presentar en la paciente, pero no ha sido abordado de una forma integral afectando per se en sus aspectos biopsicosociales.

Un estudio en Chile por María Teresa Urrutia y cols. en 2013 muestra que la histerectomía es más común entre mujeres pre menopaúsicas, en especial por causas no oncológicas, coincidiendo con las edades de las pacientes en nuestro estudio y con la presencia de resultados negativos en cuanto al bienestar psicológico postoperatorio.⁴⁸

En nuestro estudio encontramos que los efectos psicológicos que afectan a la mujer histerectomizada son la presencia de baja autoestima y ansiedad en más de la mitad de la población; coincidiendo con el estudio realizado por Aquino, Correa, Reyes y Gonzáles en 2014 en 51 pacientes histerectomizadas, las cuales presentaron ansiedad y un bajo auto concepto emocional, agudizándose este último en las pacientes que tienen pareja, así mismo la aparición de estos efectos relacionados a un bajo nivel educativo.⁴⁹

Chou, Lin y cols en 2015 realizaron un estudio en Taiwán el cual reveló que las mujeres que se sometieron a histerectomía tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión, en nuestro estudio la mayor parte de las pacientes histerectomizadas presentaron síntomas depresivos.⁷

Entre los factores asociados, la presencia de ansiedad en las histerectomizadas se encontró el desempleo, relación sentimental inestable, nivel económico bajo y poco interés sexual; coincidiendo con el estudio de Raza, Wagas y Jamal del 2015 en Pakistán donde este procedimiento se asoció a alta incidencia de ansiedad y depresión. Relacionándolo como un país de bajo recurso económico, donde se asocia también con mitos, complicaciones y anomalías obstétricas.⁵⁰

Con respecto a los síntomas depresivos en histerectomizadas se encontraron el desempleo y relación sentimental inestable; coincidiendo con un estudio de Gómez, Bragado y Hernández en 2014 donde se encontró que el modelo de predicción para una

menor autoestima incluyó la insatisfacción con el apoyo, el aumento de la alteración de la imagen corporal y la depresión del estado ocupacional inactivo la variable incluida fue el estado ocupacional inactivo.⁵¹

La sexualidad es un área compleja, multidimensional y dinámica. Es uno de los aspectos más importante a evaluar en este tipo de procedimientos operatorios y uno de los más difíciles de monitorizar. Si bien la histerectomía mejora la sintomatología de la patología base de la paciente, también provoca un cuestionamiento en la mujer acerca de su sexualidad y condición femenina, ya que el útero es considerado como símbolo de la sexualidad.

Nuestros hallazgos señalan que la función sexual se ve afectada negativamente posterior a la histerectomía. También hubo factores que se presentaron al momento de la entrevista como disminución de la confianza y el miedo a tener una relación sexual; coincidiendo con el estudio prospectivo realizado por Gueye, Diouf, Cisse y col. en 2009 al 2011 con 70 paciente histerectomizadas de las cuales la mayoría disminuyeron la frecuencia de las relaciones sexuales, con solo un mínimo porcentaje de las pacientes con sensación de placer durante el acto sexual y más de la mitad presentó un miedo al dolor en el momento de la relación sexual.⁶

A diferencia con nuestro estudio, Roovers y cols en los Países Bajos en 2003 con 413 pacientes, demostraron una mejoría significativa en la satisfacción sexual posterior a la cirugía. También Eicher en 1994 en Alemania reportó que la incidencia de los trastornos psicósomáticos, que también influyen en el comportamiento sexual, se encuentra por debajo del 10% por lo tanto las relaciones sexuales, el deseo sexual y la capacidad orgásmica no se modifican negativamente y en gran parte incluso mejoran posterior a este tipo de cirugía, lo que muestran que en países desarrollados la afectación sobre la función sexual es casi nula, no así en países subdesarrollados.^{51,52}

Conclusión

1. Actualmente los factores asociados a los efectos psicológicos que presentan las mujeres post histerectomía son poco estudiados, dejando a un grupo considerable de personas expuestas a presentar complicaciones que podrían afectarle tanto física, emocional y psicológicamente.
2. Luego del análisis de la información al alcanzar el cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación se encontraron datos como una prevalencia de autoestima de media a baja de un 43%, datos de ansiedad severa de un 45%, y la presencia de síntomas depresivos en un 71.7% de las pacientes histerectomizadas.
3. Las alteraciones en la función sexual también mostraron datos importantes, como una falta de interés o deseo sexual, disminución de la excitación, alteración sobre si lubricaban durante la relación sexual, mujeres que nunca o pocas veces alcanzaron un orgasmo, mujeres que se sentían insatisfechas durante la relación sexual, y la presencia de dolor durante la relación sexual, todas prevaleciendo en la mayoría de la población estudiada en un 86.7%
4. Se demostró la asociación que existe entre las variables de desempleo, tener o no una relación estable con la pareja, nivel socioeconómico bajo con la presencia de síntomas depresivos, ansiedad y baja autoestima, o la relación que existe entre estos con aparición de disfunción sexual.

Recomendaciones

1. Promover estudios dirigidos a la valoración de la psicología humana posterior a una intervención quirúrgica, proporcionando de esta manera mayor información disponible sobre un tema no muy abordado en nuestro medio.
2. Crear un protocolo de atención y preparación psicológica pre y post quirúrgico a mujeres que vayan a ser sometidas a histerectomía, evitando así q tomen una actitud negativa ante la situación, y se reincorporen adecuadamente a sus actividades cotidianas.
3. Promover el acompañamiento del cónyuge de la paciente a las citas médicas psicológicas para tener un manejo dual y hacer responsables a ambos de la recuperación y mejor aceptación, mejorando la comunicación, apoyo hacia la paciente y refuerzo de los lazos entre la pareja.

Referencias Bibliográficas

1. Díaz Ruíz Isabel M. Adaptación de la conducta en mujeres sometidas a histerectomía. Hospital Nacional de Occidente San Juan de Dios de Quetzaltenango. 2013 julio [citado 2016 mayo 7]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt>
2. Fernández Guerrero María J. Consecuencias psíquicas de la histerectomía no oncológica. 2009 febrero 10 [citado 2016 mayo 7]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psicosomatica/consecuencias-psiquicas-de-la-histerectomia-no-oncologica1/#>
3. Martínez Catarina. Histerectomía. 2005 [citado 2016 mayo 8]. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_h_m/capitulo1.pdf
4. Vargas Mendoza, J.E y López Serrano. Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía. Centro Regional de Investigación en Psicología. 2010 [citado 2016 mayo 8]; 4 (1):5-10. Disponible en: http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/47_factores_emocionales_histerectomia.pdf
5. Michelet D, Ricbourg A, Gosme C, et al. Emergency hysterectomy for life-threatening postpartum haemorrhage: Risk factors and psychological impact. Gynecol Obstet Fertil. 2015 diciembre [citado 2016 mayo 15]; 43 (12): 773-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26597488>
6. Gueye M, Diouf AA, Cisse A, Coulbary AS, Moreau JC: Diouf A. Consequences of hysterectomy at the national hospital of Pikine in Dakar. Tunis Med. 2014 Octubre [citado 2016 mayo 15]; 92 (10): 635-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25860680>

7. Cárdenas Andrea, Quiroga Cynthia, Restrepo Martha. Cortés Daniel. Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2005 [citado 2017 octubre 15]; 56:3 (209-215).
8. Rock John A., Jones Howard. Te Linde. Operative Gynecology. 11va edición. Editorial Lippicontt Williams & Wilkins. ISBN: 9781451177367
9. Agüero O. Histerectomías Obstétricas en Hospital Privado. Rev Obstet Ginecol Venez. 2000; 60.
10. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Patient Education. [Citado 2016 junio 3]. Disponible en: <http://www.acog.org/~media/patient%20education%20pamphlets%20-%20spanish/sp008.pdf>
11. Maresh MJA, Metcalfe MA, McPherson K et al. The VALUE notional hysterectomy study: description of the patients and their surgery. Br J Obstet Gynecol. 2002 [Citado 2016 junio 3]; 109: 302-312.
12. Lefebvre G, Allaire C, Jeffrey J, Vilos G, Arneja J, Birch C, et al. SOGC clinical guidelines. Hysterectomy. Journal of Obstetrics & Gynecology Canada: JOGC. 2002 enero [Citado 2016 junio 3]; 24(1): 37-61. Disponible en: <http://www.gacguidelines.ca/>
13. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS No. 2006/10. [Citado 28 Diciembre 2016]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf

14. Wade J, Morgan SW, Menting SA. Hysterectomy. 2000 [Citado 2016 junio 5]; 29(1):33-42.
15. Velarde E, Ávila C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. México 2002 [Citado 2016 junio 5]; 44: 448-463. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.htm>
16. Cosson Michel, Querleu Denis, Dargent Daniel. Vaginal Surgery. 1edición. Editorial Informa Healthcare. 2006. ISBN-10: 1420084550
17. González L. Ignacio. Sexualidad femenina después de histerectomía. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008 diciembre [Citado 2016 junio 5]; 24(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n4/mgi11408.pdf>
18. TE LINDE. Ginecología quirúrgica. 10va edición. Editorial Médica Panamericana. España, Madrid. 2004. pág. 40
19. Fenton C. María, León R. Carlos. Temas de enfermería médico quirúrgica. 1era parte. Editorial Ciencias Médicas. Cuba, La Habana. 2005. ISBN:959-212-142-7
20. Rosenberg et al. Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. American Sociological Review. 1995 [Citado 2017 enero 16]; 60 (1): 141-156
21. Naughton M. Health-related quality of life after hysterectomy. Clin Obstet Gynecol. 2002 [Citado 2016 junio 6]; 40: 947-57.
22. González L. Ignacio. El proceso reproductivo. Algunas consideraciones sobre el maternaje. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001 [Citado 2016 junio 5]; 17 (5): 479-82.

23. González LI. La histerectomía, su repercusión en la sexualidad de la pareja humana. Revista Ciencias. 2007 marzo [Citado 2016 junio 5]. ISPN: EEZFZFYAFPnickFQWP. Disponible en: www.revistaciencias.com/publicaciones/EEZFZFYAFpnickFQWP.php
24. Robert C, Kolodny Williams, H Master, Virginia E Johnson. Tratado de medicina sexual. Cuba, La Habana. Ediciones Revolucionarias. 1985.
25. Helstrom L, Sorborm d, bachstrom t. influence of partner relationship on sexuality after subtotal hysterectomy, obstet gynecol. 2001 [Citado 2016 junio 6]; 74: 142-6
26. Gutiérrez M. Adaptación y cuidado en el ser humano, una visión de enfermería. Universidad de la Sabana. Editorial Manual Moderno. 2010.
27. Luque C. Valoración de los trastornos ansioso – depresivo en la mujer histerectomizada. Hospital ginecoobstetrico Enrique C. Sotomayor. 2010 [Citado 2017 enero 17].
28. Farooqi, Y. Depression and Anxiety in Patients Undergoing Hysterectomy. Journal of Pakistan Psychiatric Society. 2005 [Citado 2016 diciembre 11]; 2(1).
29. Barrilero José, Casero José, Cebrián Francisco, et al. Ansiedad y Cirugía: Repercusiones en el Paciente Sometido a Cirugía Programada. Revista de Enfermería. 1996 [Citado 28 de Diciembre 2016]; 20.
30. Ahumada A, Aliaga P. Bolívar N. Enfoque integral de la paciente histerectomizada. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. 2001 [Citado 2016 diciembre 12]; 12 (3).

31. Ju-Yu Y, Yung-Hung Ch, Cheng-Yu L, et al. Risk Factors for Major Depressive Disorder and the Psychological Impact of Hysterectomy: A Prospective Investigation. *Psychosomatics*. 2008 [Citado 2017 enero 17]; 49: 137-142.
32. Cánovas M, Moix, J, Cos R, Foradada, C. Apoyo psicológico en mujeres que se someten a histerectomía. *Clínica y Salud*. 2001 [Citado 2016 diciembre 12]; 12: 71-89.
33. Kaplan H. *Trastornos del deseo sexual*. Editorial Grijalbo. Barcelona, España. 1982.
34. Lauman E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA*. 1999 [Citado 2016 diciembre 12]; 281: 537-544.
35. Srivasta R, Thakar R, Sultan A. Female sexual dysfunction in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol Surv*. 2008 [Citado 2016 diciembre 27]; 63(8):527-37.
36. Wright JJ, O'Connor KM. Female sexual dysfunction. *Med Clin North Am*. 2015 Mayo [Citado 2016 diciembre 27]; 99 (3): 607-28.
37. Clsselbacher K, Braunwald E, Wilson J, Martin J, Fauci A, Kasper D. *Principios Básicos de Medicina Interna*. 3ª edición. Editorial McGraw-Hill. España. 1994. p.316-324.
38. Blümel J, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de la Función Sexual Femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004;69:118-25
39. Eicher. *Sexualidad normal y patológica en la mujer*. Ediciones Morata. Versión española. Madrid, España. 1978.

40. Olarra J, Longarela A. Sensación de miembro fantasma y dolor de miembro residual tras 50 años de amputación. *Rev Soc. Esp. Dolor*. 2007 [Citado 2016 junio 6]; 6: 428-431.
41. Mishra S, Bhatnagar S, Managing phantom limb pain. *Eusopean Journal of Palliative Care*.2001 [Citado 2016 junio 6]; 13(2).
42. Weeks S, Anderson Barnes V, Tsao J. Phantom limb pain. Theories and therapies. *The neurologist*. 2010 [Citado 2016 junio 6]; 16: 277-126.
43. Manchikanti L, Singh V, Managing phantom pain. *Pain Physician*. 2004 [Citado 2016 junio 7]; 7: 365-375.
44. Casale R, Alaa L, Mallick M, Ring H. Phantom limb related phenomena and their rehabilitation alter lower limb amputation. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2009 [Citado 2016 junio 7]; 45: 559-66
45. Ahumana S, Trujillo S. La histerectomía: Repercusiones Psicosociales. SERNAM. Chile. 1994.
46. Hernandez A, Reza G, Castillo E, Olivia C. Histerectomía abdominal: Vivencias de 20 mujeres. *Index Enferm*. 2006 Jun [Citado 2016 diciembre 15]; 15(52-53): 11-15. Disponible en:
47. Williams RD, Clark AJ. A qualitative study of women's hysterectomy experience. *Based Med* 2000 [Citado 2016 junio 7]; 9 Suppl 2:S15-25.
48. Urrutia María, Araya Alejandra, Flores Claudia y cols. Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2013 [Citado 2017 septiembre 20]; 78 (4):262-268. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400004

49. Aquieno Francisco, Correa Sergio, Reyes Celia, Gonzáles Brissa. Imagen corporal y aspectos psicosociales en mujeres hysterectomizadas. *Salud pública Méx* 2014 [Citado 2017 septiembre 21]; 56:3.
50. Raza N, Wagas A, Jamal M. post-operative anxiety, depression and psychiatric support in patients undergoing hysterectomy: A cross sectional survey. *J Park Med Assoc* 2015 [Citado 2017 septiembre 21]; 65 (4):443-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25976588>
51. Gómez P, Bragado C, Hernández MJ. Psychological distress in women with breast and gynecological cancer treated with radical surgery. *Psychooncology* 2014 [Citado 2017 septiembre 21]; 23(4):459-66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25485338>
52. Roovers JP, Van der Bom JG, Van der Vaart CH, Heintz AP. Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy. *BMJ* 2003 [Citado 2017 septiembre 21]; 327(7418):774-8. Disponible en:
53. Eicher W. Total and subtotal hysterectomy-psychosexual aspects, *Arch Gynecol Obstet* 1994 [Citado 2017 septiembre 21]; 255 (2):S359-66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7847929>

ANEXOS

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN-LEON**

Cuestionario para la evaluación de la prevalencia y factores asociados a efectos psicológicos que se manifiestan en la mujer post-histerectomía en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Oscar Danilo Rosales de la ciudad de León en el periodo comprendido entre Enero-Julio del 2017.

Cuestionario de recolección de datos dividido en cuatro dimensiones: autoestima, ansiedad, depresión y función sexual. Se le hará conocimiento a la paciente sobre el consentimiento informado. En la ficha se comienza por el perfil básico y siguiendo posterior con los cuatros otras escalas.

Ficha no.: _____

No. de expediente: _____

Fecha de egreso hospitalario: _____

Fecha visita: _____

PERFIL BASICO

1. Edad: _____

2. Procedencia: Rural Urbano

3. Lugar de residencia habitual:

4. Religión:

Católica

Evangélica

Atea

Otra: _____

5. Escolaridad:

Analfabeta

Primaria Incompleta

Primaria Completa

Secundaria Incompleta Secundaria Completa Estudios técnicos/ Universidad

6. Situación laboral:

Trabajando

Desempleada

7. Estado civil:

Soltera Acompañada Casada

8. Relación sentimental:

Estable Inestable

9. Nivel económico:

Clase alta Clase media Clase baja Pobreza extrema

EFECTOS PSICOLOGICOS

1. Autoestima: Escala de Autoestima de Rosenberg

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencida de que tengo buenas cualidades.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				
5. En general estoy satisfecha de mi misma.				
6. Siento que no tengo mucho de los que estar orgullosa.				
7. En general, me inclino a pensar que no soy una fracasada.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí misma.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy una inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

2. Ansiedad: Inventario de Ansiedad de Beck

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido.				
2. Acalorado.				
3. Con temblor en las piernas.				
4. Incapaz de relajarse.				
5. Con temor a que ocurra lo peor.				
6. Mareado, o que se le va la cabeza.				
7. Con latido del corazón fuertes y acelerados.				
8. Inestable.				
9. Atemorizado o asustado.				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo.				
12. Con temblores en las manos.				
13. Inquieto, inseguro.				
14. Con miedo a perder el control.				
15. Con sensación de ahogo.				
16. Con temor a morir.				
17. Con miedo.				
18. Con problemas digestivos.				
19. Con desvanecimientos.				
20. Con rubor facial.				
21. Con sudores, fríos o calientes.				

3. Depresión: Versión reducida de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en México (CES-D 7)

A continuación encontrará una lista indicando sentimientos o conductas que usted haya podido experimentar. Por favor, indique con qué frecuencia se ha sentido así durante la última semana, rodeando con un círculo la respuesta elegida.

Ítem	Respuestas y puntajes asignados			
	0 Rara vez o nunca (menos de 1 día)	1 Pocas veces o alguna vez (1-2 días)	2 Un número considerable de veces (3-4 días)	3 Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)
1. Sentía como si no pudiera quitarme de encima la tristeza.	0	1	2	3
2. Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
3. Me sentí deprimido(a).	0	1	2	3
4. Me parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo.	0	1	2	3
5. No dormí bien.	0	1	2	3
6. Disfruté la vida.	3	2	1	0
7. Me sentí triste.	0	1	2	3

4. Efectos en la Función Sexual Femenina: Índice de Función Sexual Femenina Abreviada-6 (IFSFA-6) de Rosen y col.

Las preguntas que se le realizaran se refieren a sus relaciones sexuales durante las últimas 4 semanas. Es un test para usted, por lo que responda de la forma más honesta y clara posible.

Algunas definiciones, aunque no son del todo adecuadas desde una perspectiva sexológica, pueden ayudarle a cumplimentar el test:

- Actividad sexual: Se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones con penetración.
- Relación sexual: En este test se define como penetración del pene en la vagina.
- Estimulación sexual: No es solo genitalidad, incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

- **Deseo o interés sexual:** Es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.
- **Excitación sexual:** Es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares.

Marque sólo una respuesta por pregunta:

Ítem	0 puntos	5 puntos	4 puntos	3 puntos	2 puntos	1 punto
1. ¿Cómo calificaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?		Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo o ninguno
2. ¿Cómo calificaría su nivel (grado) de excitación durante la relación sexual o coito?	No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas	Muy alto	Alto	Moderado	Bajo	Muy bajo o ninguno
3. ¿Con qué frecuencia se lubricó (notar más secreción genital) durante la actividad sexual o coito?	No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas	Siempre o casi siempre	La mayoría de las veces	A veces	Pocas veces	Casi nunca o nunca
4. ¿Con qué frecuencia alcanzó el orgasmo cuando tuvo estímulo sexual o coito?	No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas	Siempre o casi siempre	La mayoría de las veces	A veces	Pocas veces	Casi nunca o nunca
5. ¿Cómo de satisfecha se ha sentido con su actividad sexual?		Muy satisfecha	Moderadamente satisfecha	Igual de satisfecha que de insatisfecha	Algo insatisfecha	Muy insatisfecha
6. ¿Con qué frecuencia nota molestia o dolor vaginal con la penetración?	No he intentado tener coito en las últimas 4 semanas	Casi nunca o nunca	Pocas veces	A veces	La mayoría de las veces	Casi siempre o siempre

Consentimiento Informado.

Tema de Estudio: Prevalencia y factores asociados a los efectos psicológicos que se manifiestan en la mujer post-histerectomía en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León en el período de Marzo a Mayo del 2017.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveerle a usted como participante de esta investigación, una clara explicación del objetivo de la misma, así como de su rol en ella. La presente averiguación es realizada por estudiantes de VI año de Medicina, de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-León).

La **Finalidad** de la investigación es determinar cómo influye la histerectomía en la psicología de las pacientes que han sido sometidas a este procedimiento, así contribuir a identificar las principales manifestaciones emocionales y brindar consejería que permita obtener una aceptación propia y una mejor reintegración a las actividades cotidianas y su estilo de vida.

Con los resultados de la investigación se pretende que estos sean utilizados como guía en el sector salud para poder ofrecer un mejor servicio y una atención integral en este sector, mejorando la atención a las pacientes acompañada de una consejería psicológica obteniendo así un manejo óptimo y una recuperación adecuada de las pacientes.

La información que proporcione se completará un cuestionario confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, realizada por los estudiantes de VI año de Medicina. He sido informada del objetivo de este estudio, y me han indicado también que tendré que brindar información para el llenado de un cuestionario confidencial.

Firma o huella digital del Participante

Fotos en terreno

