

Reacciones sexuales, físicas y emocionales de mujeres histerectomizadas: Un estudio cualitativo de testimonios

Sexual, physical and emotional reactions of hysterectomized women: A qualitative testimony study

Simó Velázquez AV¹, Aranda Torres C², García Álvarez R¹, Almánzar-Montás RE¹, Aznar Díaz M¹, Alarcón Rodríguez R²

1- Instituto de Sexualidad Humana. Universidad Autónoma de Santo Domingo. República Dominicana.

2- Universidad de Almería. España.

Correspondencia

Ana Virginia Simó Velázquez

Dirección electrónica: Anasimo@hotmail.com, anasimo@centrovidayfamilia.com

Fecha de recepción: 13 de agosto de 2019. **Fecha de aceptación:** 16 de noviembre de 2019

“Lo que le vamos a hacerle es un “vaciado”, lo vamos a sacar todo”. Palabras de un médico a la paciente”.

“Esa mujer ya no sirve, es como un salón sin muebles, como una televisión sin pantalla, o un anafe de carbón sin parrilla”. (Expresiones del hombre dominicano sobre la mujer histerectomizada).

Resumen

Introducción: La histerectomía ocupa el segundo lugar después de las cesáreas en nuestro país. Esta situación motivó la presente investigación cualitativa, de corte narrativo, fenomenológico, y teoría emergente, para conocer el impacto y los cambios tanto físicos como emocionales y sexuales de dicha intervención. **Resultados:** De una muestra de 62 mujeres sometidas a histerectomía en un hospital de la ciudad de Santo Domingo, se escogieron 10 para entrevistas, sobre razones de la cirugía y secuelas tales como: dolor pélvico o al coito, depresión duelo, y cambios en la respuesta sexual. Las entrevistadas tenían entre 5 a 36 meses de la cirugía. Nueve operadas por vía abdominal y una vaginal. Las razones: Dolor, sangrado, miomas y dispareunia fueron las razones principales. Todas se sentían satisfechas con las relaciones sexuales post cirugía, excepto dos. Ocho tenían deseo, casi todas lubricaban. Todas tenían orgasmos. Una refirió dispareunia. Algunas reiniciaron su vida sexual a las seis semanas. Cuatro reportaron irritabilidad, 5 dijeron sentirse bien, dos mostraron enojo y dos lloraron la pérdida de su útero. Todas aceptaron la pérdida del útero aunque 4 dijeron que fue una pérdida dolorosa. Dos entraron en la menopausia. **Conclusiones:** Nueve mujeres operadas por vía abdominal, una vaginal. El procedimiento produce cambios físicos y emocionales, tales como dolores en el área pélvica, depresión, irritabilidad y duelo. Podemos decir que la sexualidad post quirúrgica fue satisfactoria para la mayoría de estas mujeres.

Palabras clave: Histerectomía. Cirugía abdominal. Laparoscopia. Sexualidad. Dolor. Orgasmos.

Abstract

Introduction: Hysterectomy ranks second after caesarean sections in our country. This situation motivated the present qualitative research, narrative, phenomenological, and emerging theory, to know the impact and the physical, emotional and sexual changes of this intervention. **Results:** From a sample of 62 women undergoing hysterectomy in a hospital in the city of Santo Domingo, 10 women were chosen for an interview to know the reasons for the surgery and the possible sequelae such as: pelvic pain, dyspareunia, grieving depression, and changes in sexual response. Nine had abdominal surgery and one vaginally. Reasons: Abdominal pain, bleeding, fibroids and dyspareunia were the main complain. Almost all were satisfied with their sexual life. Eight had desire and enjoyed sex. Almost all reported having adequate lubrication. All reported having orgasms. One referred dyspareunia. Some restarted their sex life at six weeks. Four reported post-surgical irritability, 5 said they felt good, two showed anger and two mourned the loss of their uterus. All accepted the loss of their uterus although 4 said it was a painful loss. Two entered menopause. **Conclusions:** Nine had abdominal surgery, one abdominal. Physical and emotional changes reported were pain in the pelvic area, depression, irritability and grief. Post-surgical sexuality was satisfactory for most of these women.

Keywords: Hysterectomy. Abdominal surgery. Laparoscopy. Sexuality. Pain. Orgasms.

El estudio no ha recibido financiación. No existen conflictos de intereses.

INTRODUCCIÓN

La motivación principal de este estudio es conocer las reacciones físicas, emocionales, estado de ánimo pre y post quirúrgico y temores, de un grupo de mujeres sometidas a histerectomía; procedimiento ampliamente practicado en la Republica Dominicana donde ocupa al igual que en otros países el segundo lugar después de las cesáreas (Chou, et al. 2011). La mujer que va a ser histerectomizada va al médico y al quirófano llena de miedos, mitos y falsas concepciones de lo que pasará. Sbroggio, Osis y Bedone, (2005), investigaron en mujeres que serían histerectomizada mitos y el significado de la pérdida del útero. El mito más recurrente fue la perdida de la feminidad, frigidez, no volver a ser la misma, posibilidad de un cambio en la imagen corporal (estar vacía, tener un hoyo, hueca), interferencia con la vida sexual y afectiva, y la percepción del compañero de estas situaciones.

Casi la totalidad de las mujeres que van a ser operadas no son adecuadamente orientadas por el médico u otros miembros del equipo de salud. No se incluye a la pareja la cual es el soporte más importante para estas mujeres Chou, et al, (2011), criterios similares fueron expuestos por Askew & Zam, (2013) y

tampoco se habla de los problemas post quirúrgico como el manejo del dolor donde la enfermera debe jugar un rol importante.

LA HISTERECTOMÍA

La histerectomía no es una cirugía de la actualidad, se ha mencionado desde tiempos muy antiguos como refiere Lorenzo Balaguero Lladó (1973) y que hoy día es de muy bajo riesgo como dicen (Spariá, Hudelist, Berisavac, et al., 2011). Después de la cesárea, la histerectomía es el procedimiento quirúrgico más realizado en las mujeres (Chou, Lee, Sun, Lin, Chen, 2011), solo en los Estados Unidos se realizan más 500,000 histerectomías cada año, (Departamento de Salud y Servicios Humanos, de los Estados Unidos, 2014). Poetgen (1993) considera que la explosión de las histerectomías en las últimas décadas no se corresponde con aumento de patologías y agrega que aunque la mujer haya terminado su fase reproductiva, la pérdida producirá alteraciones de la regulación del yo que pueden ser irreparables en los casos agravados. Vomvolaki, Kalmantis, Kioses, & Antsaklis (2006), consideran que las mujeres, excepto en los casos de canceres deben valorar someterse a

esta cirugía debido a las consecuencias emocionales de la misma. Preocupaciones similares ha sido manifestada por Askew (2009). *Cerda, Pino y Urrutia (2006)*, reportan que en Chile, la histerectomía afecta a un 20% de la población femenina las cuales están en edad (35-49 años). Dicen que la cirugía poner fin a la vida reproductiva de la mujer y amenaza su sentido de feminidad, altera la autoestima y la relación de pareja.

Mwaba y Letloenyane, (1994), estudiaron conocimientos y actitudes sobre la histerectomía en 30 mujeres entre 18-50 años y encontraron que cerca de un 60% no tenía conocimiento del procedimiento y que muchas manifestaron temores acerca de la cirugía. El estudio de 146 histerectomizada realizado por Neefus y Taylor (1982), encontraron que El 92% quería saber sobre los efectos físicos de la cirugía, pero en mujeres entre 31 y 40 años, el interés del 94% era la sexualidad, y el 20% dijo que no recibió información previa a la cirugía.

Por qué se realiza la Histerectomía

Existen muchas razones para someterse a este procedimiento el Departamento de Salud y Servicios Humanos, de los Estados Unidos, (Medline Plus, 2019), menciona como las principales razones las siguientes: Fibromas uterinos, Sangrado vaginal profuso o inusual, Prolapso uterino, Endometriosis, Adeniosis (engrosamiento de las paredes del útero que causan sangrado), Cáncer (o pre-cáncer) de útero, ovarios, cuello uterino o endometrio.

Como se realiza la Histerectomía

La histerectomía es la cirugía para extirpar el útero (matriz), puede incluir las trompas y los ovarios de una mujer. El procedimiento se hace Abdominal, por laparoscopia o por vía vaginal, (Medlineplus, enciclopedia médica, actualizada en julio, 2019).

Consecuencias y cambios ocasionados por la Histerectomía

Las enfermedades ginecológicas en general no son una amenaza a la vida, pero pueden alterar la calidad de la misma, sin embargo, la histerectomía aporta beneficios a la paciente y a su relación de pareja (Rannestad, 2005). La histerectomía puede producir cambios físicos y emocionales Chou, Lee, Sun, Lin y Chen

(2011), sin embargo, Carlson, (1997), refiere que la histerectomía ha sido reconocida como un procedimiento que puede afectar varios aspectos de la salud de la mujer y que el pronóstico depende mucho de las motivaciones de las mujeres y de los problemas que resuelva la cirugía.

La histerectomía no es un procedimiento libre de efectos secundarios o iatrogénicos pero después de la misma se pueden presentar dificultades como las descritas a continuación:

Menopausia. Ya no tendrás períodos menstruales. Si se extirpan los ovarios. Cabness (2008), llama la atención a los aspectos psicosociales de la menopausia quirúrgica debido a la cual pueden aparecer cambios físicos, afectivos, sociales, espirituales, sexuales y los efectos a largo plazo sobre la calidad de vida. De acuerdo con Carlson, (1997), se estima que el 90% de las histerectomías son por problemas no malignos y que los mismos podrían ser abordadas por otros métodos.

Cambio en la sensibilidad sexual. Estos incluyen sequedad vaginal, menos interés en el sexo, especialmente, si se extirpan los ovarios. Faria, et al. (2015) en un hospital en Venezuela estudiaron la función sexual de 100 mujeres histerectomizada aplicando el Índice de funcionamiento sexual, antes de la cirugía y 3 y 6 meses después. Reportan mejoría en el dolor y la función sexual no se vio afectada. Maas, ter Kuile, Laan, et al. (2004), estudiaron la excitación sexual en 3 grupos de histerectomizadas, doce con histerectomía radical, 12 con abdominal simple y 17 controles. La radical parece producir mayores daños que las otras intervenciones.

Sensación de pérdida. La angustia, depresión y duelo por la pérdida de la fertilidad o los cambios en su cuerpo, está presente en estas mujeres. Además, puede haber desesperanza, pérdida de energía, tristeza, insomnio, llanto, pérdida del interés por la vida, ideas suicidas o de muerte. Long (1998), investigo “sobre el proceso de sanación, y el camino a la recuperación y salud mental positiva”. El autor habla de que enfrentar el dolor físico y emocional de una histerectomía, produce en la mujer una crisis

de identidad con todas las consecuencias de esta situación.

El duelo. En *Duelo y Melancolía* Freud (1917) refiere que el duelo es una reacción frente a la pérdida de un ser querido, la patria, la libertad, los ideales o una relación, o una parte del cuerpo. El duelo tiene consecuencias como dolor psíquico intenso, pérdida de interés por el mundo exterior, una inhibición de toda productividad que no tenga que ver o que gire alrededor de la memoria de la pérdida.

La depresión. De acuerdo al DSM 5 (2014), la depresión cursa con sentimientos de tristeza, pérdida del interés en las comidas o las cosas que se solían disfrutar o pérdida de energía, ideas suicidas, insomnio, falta de concentración, llanto fácil entre otros. Puede durar pocas semanas después de la cirugía, pero pueden aparecer antes de la misma. Cabness (2010), refiere que las mujeres más jóvenes sufren mayor riesgo de depresión después de la histerectomía. Hartmann, Katherine, Ma, Lamvu, (2004) en su estudio de 1,249 histerectomizada que padecían dolor pre-quirúrgico y depresión, fueron entrevistadas a los 6 y 24 meses post cirugía, que dividió en tres grupos: Mujeres con dolor pélvico, solo con depresión y con ambas condiciones, dolor y depresión o ninguno de los dos. A los 24 meses, las que padecían dolor y depresión representaban el 96.7% y se redujo a 19.4%. Resultados: Cambios positivos se presentaron en alteraciones mentales, dolor pélvico y la dispareunia que mejoro en todos los grupos. Se encontró peor funcionamiento en las que padecían dolor y depresión.

Calidad de Vida. Los avances recientes sobre alternativas terapéuticas para las mujeres que debido a sangrado son histerectomizada, ha llevado a estudiar el impacto que sobre la calidad de vida produce esta cirugía. La calidad de vida, es uno de los aspectos menos estudiado a pesar del impacto sobre la vida de la histerectomizada, la familia y la pareja. Esta se define como "percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones",

(OMS, 1994). Concepto esencial para entender, asesorar y apoyar a las pacientes. Rannestad, Eikeland, Helland, & Qvarnström, (2001), refieren que existen diferencias significativas en cuanto a la calidad de vida de las mujeres evaluadas pre y post histerectomía las cuales mejoraron después de la cirugía. Concluyen que la histerectomía mejora la calidad de vida de estas mujeres. Yeoum y Park, (2005), estudiaron en un hospital de Seúl, la adaptación post quirúrgica de 89 histerectomizada menores de 50 años. Concluyen que el 60.7% reinicio su vida sexual entre 6 semanas y tres meses después de la cirugía. El 68% refirió baja lubricación, el 59.8% dolor abdominal y pélvico, pero dos terceras partes no cambio su frecuencia de coitos y orgasmos.

En la mayoría de los estudios revisados por Farrell y Kieser, (2000), muestran que la calidad de vida mejoro pero no hubo cambios o mejoría en la sexualidad. Garry, Fountain, et al. (2004), en un estudio metacéntrico con 43 cirujanos de 28 centros del Reino Unido y África del Sur, reclutaron 1,380 pacientes de las cuales 876 recibieron histerectomía abdominal, 504 histerectomía vaginal. En el grupo Vaginal 584 fueron intervenidas por laparoscopia y 292 por procedimiento estándar. En el grupo de histerectomía vaginal, 336 fue por laparoscopia y 168 procedimiento estándar. Todas fueron seguidas un año después. Reportan los autores que la laparoscopia abdominal presento más complicaciones, menos dolor postoperatorio, menor estadía hospitalaria, pero el procedimiento tomó más tiempo, aunque es menos costosa. La laparoscópica abdominal resulto en mejor imagen corporal, y aumento de la frecuencia de coitos que la abdominal. No hubo diferencias significativas entre la laparoscopia abdominal y la vaginal. Con relación a la calidad de vida, diferentes autores han valorado la incidencia de la histerectomía sobre el contexto general de la vida de la paciente, en tal sentido Thakar, Ayers, Georgakapolou, et al. (2004), refieren que dicha cirugía mejora la calidad de vida de las pacientes. Estudiaron 279 histerectomizada por patologías benignas, 146 histerectomía total y 133 histerectomía subtotal. Al ingreso,

la calidad de vida y síntomas psicológicos fueron muy similares. Después de la cirugía, la calidad de vida mejoró y no hubo diferencia significativa entre ambos grupos en presencia de ansiedad, depresión, síntomas somáticos, o disfunción social al inicio y al seguimiento.

Warren, Ladapo, Borah, et al., (2009), reportan un estudio retrospectivo con resultados similares en cuanto al procedimiento mínimamente invasivo evaluando logros, complicaciones, duración y costos. Reportan mayores tasas de infección, en histerectomías abiertas en comparación con las laparoscópicas las cuales tienen menores costos. Estudios similares fueron reportados por Nieboer, Hendriks, Bongers, Vierhout, et al. (2012), quienes compararon 59 mujeres en seguimiento por más de cuatro años de las cuales veintisiete sometidas a histerectomía laparoscópica y 32 histerectomía abdominal. El grupo de laparoscopia reportó mejor calidad de vida que las sometidas a cirugía abdominal. Kluivers, Hendriks, Mol, Bongers, et al. (2007), en su estudio con 59 mujeres concluyen que la mujer histerectomizada por laparoscópica (27) reportaron mayor vitalidad que las sometidas a histerectomía abdominal (32). Las intervenidas por laparoscopia reportaron mayor vitalidad post cirugía en comparación con las intervenidas abdominalmente.

La sexualidad es vista como un indicador efectivo de la calidad de vida, Fram, Kamil Mosa, Saleh, Shawqi, Sumrein, Issa, (2013), estos autores estudiaron 124 histerectomizada por causas benignas, y reportan que 75% mejoró su funcionamiento sexual, pero el 11.3% sufrió un desenlace peor. Sugieren que las mujeres deben ser informadas sobre posibles cambios en su sexualidad. Por otro lado, Lee, Choi, Hong, et al. (2011), en su estudio sobre la incidencia de dos abordajes quirúrgicos sobre la función sexual. La laparoscopia, tradicional y otra por vía de un solo puerto. Reclutaron 95 mujeres, divididas en dos grupos. Los resultados indican que ambos procedimientos son seguros y no alteran la función sexual. Resultados similares han sido reportados por Ellström, Aström, Möller, Olsson y Hahlin, (2003), quienes entrevistaron 74 mujeres referidas

para histerectomía que no eran candidatas para cirugía vaginal. Dividieron la población en dos grupos: Intervención abdominal (n=38) y (n=36) a laparoscópica. Un año después fueron re-evaluadas y comparadas con relación a cambios psicológicos, bienestar general y sexualidad no encontrándose diferencias significativas entre los dos grupos. Los problemas de humor de acuerdo a, Khastgir, Studd & Catalan (2000), son peores antes de la histerectomía debido a condiciones psiquiátricas, de personalidad y problemas psicosociales como resultados de la respuesta a los síntomas ginecológicos. Las cifras de histerectomías siguen siendo una preocupación, Cabness (2010) reporta además que las mujeres histerectomizadas en los Estados Unidos son sometidas a una histerectomía y menopausia quirúrgica y que los trabajadores de la salud deben estar conscientes del efecto de la cirugía sobre la vida de estas mujeres.

La sexualidad es para toda la vida y mejora la calidad de vida razón por la cual la OMS dice que la **salud sexual** es definida como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la **sexualidad**; la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad, (portal de la Organización Mundial de la Salud (2019). Dada la importancia que tiene la sexualidad no solo para la mujer, sino también para su pareja y su bienestar general, es importante que los profesionales presten atención a este aspecto de vital importancia para la pareja. Sobre este aspecto, Nathorst-Böös y von Schoultz (1992) estudiaron 678 histerectomizada para determinar las reacciones psicológicas y su ajuste sexual después de la cirugía con o sin ooforectomía. Las no ooforectomizadas, mostraron una actitud más positiva hacia la cirugía, mientras que aquellas a las cuales se les extirparon los ovarios experimentaron un deterioro de su vida sexual por lo que este hallazgo debe ser discutido con las pacientes antes de la cirugía.

Otro estudio sobre el impacto de la ooforectomía es el de Urrutia, Araya y Padilla (2011), quienes compararon histerectomías con y sin ooforectomía. La ooforectomía bilateral, se ha convertido en la extirpación

más frecuente de un órgano sano, alcanzando el 40-55% de las histerectomías. En su estudio sobre 67 mujeres, 35 histerectomizada y 32 histerectomizada con ooforectomía estudiadas tres días después de la cirugía y a los seis meses. Hubo diferencias significativas entre ambos grupos indicando que las ooforectomizadas presentaban mayor prevalencia de dispareunia, dificultades de orgasmos y menor frecuencia de relaciones sexuales y menor grado de excitación sexual. Urrutia, Araya, Flores, et al. (2013), ratifican los hallazgos antes citado y refieren además que el 50% de las histerectomizada también son ooforectomizadas y que esta intervención contribuye a un deterioro de la salud y de la sexualidad. *Martínez, Bustos, Ayala, Leroy, Morales, Watty, Briones, (2010)*, evaluaron la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supra-cervical por laparoscopia. Concluyen los autores que la función sexual de estas mujeres no se vio afectada antes ni después del procedimiento por laparoscopia.

El diagnóstico de cáncer genera una gran preocupación en la mujer y su pareja Greenwald y McCorkle (2010), estudiaron la función sexual en un grupo de 179 mujeres entre 29-69 años, sobrevivientes de cáncer cervical con seguimiento entre 6-29 años después del diagnóstico. El 81.1% refirió ser sexualmente activa y el 81.4% mantenía deseo y el 90.9% disfrutaba la actividad sexual. Ni la edad ni el tiempo parecieron afectar la función sexual. Las que fueron sometidas a ooforectomía tenían mayor riesgo de no disfrutar el sexo. Farrel (2000), analizó 18 estudios prospectivos y retrospectivos acerca de la sexualidad de mujeres histerectomizada encontró que la mayoría de estos estudios no mostraron cambios o mejorías en la sexualidad de mujeres sometidas a una histerectomía. Pero, el autor pone dudas sobre estos trabajos al referir que la mayoría fueron pobremente diseñados.

METODOLOGIA

Tipo de estudio

Para esta investigación se escogió el abordaje cualitativo, debido al auge que ha tomado dicho método en el campo de la salud.

La investigación cualitativa permite conocer desde la perspectiva de los usuarios las creencias, valores, actitudes, percepciones, opiniones y modos de vivenciar y actuar respecto de la condición que presentan o de los servicios de salud que se les ofrecen. La investigación cualitativa en los servicios clínicos es cada vez más frecuente (Bedregal, Besoain, Reinoso, Zubarew, 2017). Los testimonios individuales tienen un valor sin precedente en lo que se refiere a la creación de políticas que tienden a mejorar la calidad de los servicios de salud, como evidencia para proveer una oportunidad de analizar situaciones complejas y aportar soluciones (Tolman, Hirschman, & Impett, 2005). Este tipo de herramienta combina el poder de la historias con el rigor metodológico de la investigación cualitativa, mostrando información importante sobre situaciones complejas, sugiriendo posibles soluciones.

Población y muestra

De una población de 62 mujeres que habían pasado por una histerectomía, se seleccionaron 10 que llenaban los siguientes criterios de inclusión: Aun menstruaban regularmente, tenían pareja, llevaban una vida sexual activa y cuyas edades oscilaban entre 39 y 49 años. Todas accedieron voluntariamente a participar en el estudio, previa lectura, aprobación y firma de un consentimiento informado.

Instrumento de medida

Para la recolección de los datos se utilizó una guía de preguntas abiertas y cerradas, la cual se utilizó para las entrevistas llevadas a cabo de manera individual con cada una de las participantes. El instrumento fue sometido a un juicio de expertos conocedores del tema en estudio, el cual estaba estructurado de la siguiente manera: 1) Información demográfica, 2) Antecedentes de la cirugía, razones, síntomas, ciclos menstruales, lubricación, dolor entre otros. 3) En la consulta pre quirúrgica: Información sobre el diagnóstico y la cirugía, consecuencias, entre otros. 4) Sobre la cirugía: Temores, Preocupaciones, Tristeza, Duelo, Depresión, miedos, entre otros. 5) Manifestaciones post-quirúrgicas: Síntomas físicos y estado

emocional, dificultades, dolor al coito, sexualidad, disfrute.

Análisis de los datos

Las entrevistas que se realizaron fueron audio-grabadas y transcritas. Con las transcripciones se procedió a realizar un análisis de contenido, etiquetando, codificando y categorizando los datos que fueron emergiendo de los testimonios.

Aspectos éticos

El estudio fue sometido para evaluación al Comité de Ética del Instituto de Sexualidad Humana de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, el cual aprobó el procedimiento descrito en el anteproyecto de investigación. A cada participante se le suministró un consentimiento informado donde se explicaba el motivo de la investigación, que para participar en la misma se le iba a realizar una entrevista abierta. De igual modo, se le planteó que la participación en el estudio era de manera voluntaria, y que aun accediendo al mismo, en cualquier momento podían declinar de seguir participando. Estos consentimientos fueron firmados y aprobados por cada participante

RESULTADOS

Datos descriptivos de las participantes del estudio

10 mujeres; edades entre 39 y 49 años. Cuatro tenían estudios primarios; cuatro estudios secundarios, dos estudios universitarios. En su historia de embarazos habían tenido entre 2 a 6 embarazos. De estos embarazos, al momento del estudio tenían entre uno y cuatro hijos.

El tiempo que tenían presentando molestias previas a la histerectomía era de 36 meses a 2 meses, y un caso que tenía 17 años. Con relación al tiempo que había transcurrido entre la histerectomía y el momento de la entrevista oscilaba entre los 36 meses a 5 meses. A nueve de los casos se le había practicado una histerectomía abdominal y a una de tipo vaginal.

Síntomas previos a la histerectomía

Dentro de la historia clínica previa de las mujeres que fueron entrevistadas, se propuso

explorar los síntomas previos a la histerectomía. Aquí se pueden observar tres categorías relacionadas con esa antesala a la operación: **1) Signos vivenciales físicos; 2) Signos vivenciales emocionales; 3) Diagnóstico.**

La primera categoría hace referencia a la sintomatología subjetiva que la mujer estuvo vivenciando respecto a lo que implicaba el cuadro que conllevó a la cirugía; una vivencia que definitivamente es muy subjetiva, y sólo la paciente tiene capacidad de poder manifestar. En este mismo orden, se pudo apreciar una manifestación emocional también de tipo subjetivo en la segunda categoría, que sumado a las sensaciones físicas pueden dar al traste con el significado que para ellas tiene en su conjunto la vivencia de este dolor, que podría incluso estar anticipando la pérdida de su útero, potenciando aún más la sensación angustiada. Por otro lado, tener que vivir este tipo de sintomatología, y sentir esa incertidumbre por pensar que quizá podría morir, conlleva una serie de pensamientos que pueden desencadenar en un cuadro que compromete el estado del ánimo.

Signos vivenciales físicos

“Sentía, especialmente, mucho dolor abdominal” María

“Me creció el vientre, tenía mucho sangrado” Estrella

“Me molestaba cuando tenía relaciones sexuales y sentía mucho dolor” Estrella

“Tenía un sangrado abundante, el cual me produjo anemia y sentía mucho dolor” Tania

“Estaba sintiendo calambres en las piernas, mucho dolor abdominal y en las caderas. Sufrió un dolor que me dejó inconsciente por cuatro horas” Ana

“Estaba preñada de miomas” Isabel

“Me molestaba hasta para caminar” Petra

“Fui sometida a una histerectomía vaginal por inflamación del vientre y dolores de espalda” Margarita

Signos vivenciales emocionales

“Me sentía muy deprimida en esa época, ya que no comprendía lo que me pasaba, y sentía que me podía morir” Isabel

Diagnóstico

“Tenía miomas” María
“Tenía cáncer de primer grado, mioma de 3.5 cm, y dolor pélvico crónico” Estrella
“Se decidió hacerme la histerectomía debido a miomas benignos, sangrado y dolor pélvico” Tania
“Sangrado excesivo y miomas benignos” Beatriz
“Mioma de 10 libras, dolor pélvico crónico” Carmen
“Dolor crónico y miomas” Ana
“Sangrado abundante y miomas benignos” Laura
“Miomas, mucho sangrado y anemia” Isabel
“Miomas, dolor pélvico crónico, displasia severa” Petra
“Miomas benignos, sangrado y dolor pélvico crónico” Margarita

Sexualidad post histerectomía

Algo muy interesante con la relación a la sexualidad de estas mujeres histerectomizadas es la vida sexual luego de la cirugía. Contrario a lo que se podría especular, la **satisfacción sexual** es una categoría que en esta muestra marca una pauta muy importante, ya que casi todas se sienten satisfechas con las relaciones sexuales post operatorias, independientemente de la frecuencia con que tengan relaciones sexuales. Sólo dos casos plantearon una **insatisfacción sexual**, que aunque no salió a relucir de manera marcada, es una categoría importante a tomar en consideración.

“Tengo relaciones cuatro veces al mes y me siento satisfecha con mi vida sexual” Estrella
“Me siento satisfecha con mi vida sexual, tengo relaciones sexuales dos veces al mes” Tania
“Estoy satisfecha con las relaciones sexuales y las tengo tres veces al mes” Tania
“Estoy satisfecha con mi vida sexual” Carmen

“Me siento satisfecha con el sexo actualmente” Ana

“Me siento satisfecha con las relaciones sexuales que tengo, tengo ocho relaciones sexuales al mes.” Laura

“Estoy satisfecha con mi vida sexual” Isabel

“Puedo decir que estoy muy satisfecha con mis relaciones sexuales, a pesar de que son como cada dos semanas” Petra

“Estoy satisfecha con mis relaciones sexuales” Margarita

“No me siento satisfecha con mi vida sexual” María

“Tengo relaciones sexuales dos veces al mes y yo soy que las propongo” María

Con relación al **deseo sexual y la disposición para tener actividades sexuales**, se puede observar en estas dos categorías, es un elemento a tomar en cuenta y ser evaluado con mayor profundidad. El discurso de las participantes del estudio no necesariamente apunta ni a una mejoría del deseo, pero tampoco se evidencia un empeoramiento. La iniciativa para tener relaciones sexuales en algunos casos la toman ellas y en otros casos sus parejas. Lo que no sale a relucir es un signo puntual de aumento sustancial de deseo, pero tampoco una disminución preocupante. En otros casos la sensación es que el deseo se mantiene igual que antes de la operación.

“Mi deseo sexual sigue siendo el mismo de antes de ser operada” María

“Nunca soy yo que inicia las relaciones, sino mi pareja” Tania

“En ocasiones inicio yo las relaciones sexuales y en otras mi pareja” Estrella

“Mi deseo sexual sigue siendo el mismo que antes” Tania

“A veces comienzo yo y a veces mi pareja. No siento que mi deseo sexual sea el mismo que tenía antes de la histerectomía, ni tampoco es muy diferente” Beatriz

“Nunca tomo yo la iniciativa de tener relaciones sexuales. Mi deseo sexual”

no es el mismo que tenía antes de ser operada” Carmen

“Mantengo relaciones sexuales dos veces al mes, a veces las inicia mi pareja y a veces yo. Mi deseo sexual es incluso mejor ahora que antes, ya que antes me daba dolor y ahora puedo sentir el deseo en su plenitud” Ana

“Nunca soy la que inicia las relaciones sexuales. Mi deseo sexual no es el mismo que tenía antes de ser operada” Isabel

“Casi siempre tomo la iniciativa, pero mi pareja también las inicia” Petra

“Mi deseo sexual no ha cambiado después de la cirugía. Tengo relaciones sexuales dos veces a la semana, a veces inicio yo y a veces mi pareja” Margarita

La categoría relacionada con la **Excitación** muestra un dato satisfactorio. Casi todas las mujeres tiene una lubricación adecuada, independientemente de que esto puede ser algo muy subjetivo, y que varía de una mujer a otra, el hecho de que digan que sienten que su lubricación es suficiente, buena, que sienten más placer, es un signo de que la capacidad de excitación sigue vigente luego de la histerectomía. Unos cuantos casos plantean que su lubricación ha cambiado, y esto podría deberse a varios factores que se tendría que evaluar de manera interdisciplinaria.

“Durante el sexo mi lubricación es suficiente” María

“Lubrico bien durante mis relaciones íntimas” Estrella

“La lubricación es suficiente y buena durante mis relaciones”. Tania

“Mi lubricación ha cambiado desde la intervención y no es suficiente” Beatriz

“Mi lubricación en las relaciones sexuales es buena” Carmen

“Lubrico lo suficiente en el sexo” Ana

“Mi lubricación es buena, incluso ahora siento más placer” Laura

“Mi lubricación durante el sexo ya no es la misma que antes” Isabel

“No tengo problemas con la lubricación” Petra

“Lubrico bien” Margarita

En cuanto a la categoría relacionada con el **orgasmo** es muy interesante poder observar como todas las mujeres de este estudio pueden tener orgasmos en todas o en la mayoría de sus relaciones sexuales. Este aspecto, que incluso en la población general de las mujeres que asiste a terapia sexual, resulta a veces uno de los problemas más relevantes, en estas mujeres entrevistadas no resultó ser un tema que llamara la atención en términos negativos.

“Llego al orgasmo cada vez que tengo relaciones sexuales” María

“De las veces que tengo relaciones sexuales siempre tengo orgasmos” Estrella

“En todas las relaciones alcanzo el orgasmo”. Tania

“En las tres relaciones que tengo al mes logro el orgasmo” Beatriz

“Tengo relaciones sexuales una vez al mes y no alcanzo el orgasmo” Carmen

“Casi siempre logro tener un orgasmo” Ana

“En las ocho relaciones que tengo en un mes llego al orgasmo en todas” Laura

“Tardo más en llegar al orgasmo, y a veces no llego” Isabel

“Siempre logro llegar al orgasmo” Petra

Otra de las categorías que impresionantemente muestra un contenido gratificante es la del **dolor en el coito**. Casi todas las mujeres dicen que no sienten ningún tipo de dolos cuando están teniendo relaciones sexuales con penetración, y sólo pudo observarse un caso donde si ocurría.

“No tengo ningún dolor vaginal mientras tengo relaciones sexuales” María

“No tengo dolor durante la penetración” Estrella

“No tengo dolor vaginal en la penetración”. Tania

“Mis relaciones sexuales son dolorosas ya que me duele la vagina cuando me penetran” Beatriz

“No tengo dolor vaginal cuando tengo sexo” Carmen

“No tengo dolor cuando tengo relaciones” Ana

“No siento dolor vaginal en la penetración” Laura

“No presento dolor vaginal cuando tengo sexo” Isabel

“No me da dolor la penetración” Petra

“No tengo dolor en la penetración” Margarita

Impacto físico luego de la histerectomía

Las molestias físicas luego de la histerectomía generalmente han durado alrededor de un año. Estas molestias están relacionadas con categorías como *dolores de espalda, problemas del sueño, sangrados, sensaciones térmicas elevadas en el cuerpo (calores), dolores abdominales*. Al parecer son molestias postquirúrgicas naturales al mismo proceso, ya que luego de varios meses o al cabo de un año pues todas las molestias desaparecían.

“Después de ser operada, me dolía mucho la espalda y dure un año con ese malestar” María

“Dormía bien luego de la operación” María

“A veces me costaba trabajo dormir” Estrella

“Tuve durante nueve meses sangrado en dos o tres ocasiones luego de tener relaciones sexuales y sentía calores” Estrella

“Tras la intervención quirúrgica sentí calores durante dos meses” Tania

“No podía dormir bien” Tania

“Siento calores excesivos y dolores abdominales” Beatriz

“La mayoría de las noches me costaba trabajo dormir” Beatriz

“Por diez meses sentía mucho dolor en la espalda y cuello. Líquido en los pulmones, calores, gases estomacales, dolor en las piernas y presión arterial alta” Carmen

“Tenía problemas para dormir la mayor parte del tiempo” Carmen

“Tuve pérdida del olfato y calores que me duraron diez meses” Ana

“Dolor de espalda o columna que me duraron cuatro meses” Laura

“Después de la cirugía tuve dolor de espalda y calores por casi dos años” Isabel

“Aunque la operación fue bien, seguía teniendo molestias y dolores hasta dos meses después” Petra

“Tenía dificultades para dormir” Margarita

Impacto emocional postquirúrgico

Respecto a este acápite surge una categoría muy importante que son los ***signos de dolor emocional***. A través de las narraciones de las entrevistadas se pudo evidenciar que presentaban signos relacionados con *irritabilidad, melancolía, ira*. Aunque de igual modo, en otros de los casos se puede observar todo lo contrario. En este sentido, podría decirse que los signos de dolor emocional pueden ser cambiantes y que no hay un elemento que defina de forma específica la manera en que reaccionan emocionalmente ante la pérdida del útero.

“Después de la cirugía estaba más irritable de lo normal” María

“Me sentía más irritable de lo normal en muchas ocasiones” Estrella

“No me sentía melancólica a causa de no tener ya mi útero” María

“No me sentía furiosa por no tener mi útero” Tania

“En general me siento feliz sin el útero y no me hace falta en lo absoluto” Tania

“Estaba más irritable de lo normal. Sentía algo de enojo porque me había quedado sin útero” Beatriz

“Ya no tengo ganas de llorar cuando pienso en mi útero, no me pongo triste” Beatriz

“Estaba más irritable de lo normal” Carmen

“No sentía incomodidad por haberme quedado con mi útero” Carmen

“Es raro cuando me pongo triste cuando pienso en mi útero, apenas me resulta doloroso pensar en la cirugía” Carmen

“Me sentía tranquila luego de la operación y dormía adecuadamente” Ana

“No estaba enojada por haberme quedado sin mi útero, especialmente porque estaba tranquila de que ya tenía mis dos hijos” Laura

“No estaba irritable luego de la operación y podía concentrarme en mis actividades habituales. Mi sueño no se alteró. No tuve ganas de llorar, no me puse triste.” Petra

Dentro del impacto emocional hay una categoría que hace referencia a una **esfera subjetiva**, que muestra los *pensamientos y creencias* relacionados con el proceso que tuvieron que vivir las mujeres en esta investigación. En este apartado emergen subcategorías como la *aceptación, pensamientos de dolor, ganas de llorar, sensaciones de vacío, sentimientos de incapacidad, evocaciones mentales que causan dolor emocional*. Al parecer esto juega un papel muy importante en la manera en que las mujeres se recuperan luego de la histerectomía.

“No tuve problemas en aceptarlo todo tal cual sucedió” María

“Después de la operación me resultaba doloroso pensar en la cirugía. A veces lloraba a escondidas cuando pensaba en mi útero” Estrella

“No sentía ganas de llorar cuando pensaba en mi útero”. María

“Siento que nada podrá ocupara jamás el lugar que ha dejado en mi vida la pérdida de mi útero. Me invade la necesidad de tenerlo otra vez” Estrella

“En los primeros tres meses luego de la cirugía me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales” Estrella

“A veces me resulta doloroso recordar la cirugía” Tania

“Me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales” Beatriz

“Todavía me resulta doloroso traer a la memoria la cirugía” Beatriz

“Puedo aceptar que ya no tengo el útero y no lo extraño” Beatriz

“Me sentía limitada en los tres primeros meses” Carmen

“He pensado constantemente en mi útero. Hay personas de mi entorno que todavía me hacen recordarlo” Carmen

“No me invade la necesidad de tener mi útero otra vez” Carmen

“A veces pienso que nada podrá ocupar el lugar que ha dejado en mi vida mi útero. Acepto que ya no lo tengo, y no me resulta doloroso traer a la memoria la cirugía, porque comprendo que ha sido necesario que me lo extraigan” Ana

“Creo que era necesario sacármelo para poder salir de todos los esos problemas, y la posibilidad de desarrollar un cáncer en la matriz” Petra

“En los primeros tres meses de la cirugía me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales” Laura

“Me siento aliviada porque ya todo está bien y no tengo esos sangrados abundantes que limitaban mi vida” Laura

“Sentí como que me llegó la menopausia luego de la operación, porque tenía calores e irritación, y que quitarme el útero había dejado una especie de vacío en mí, pero acepté que ya no lo tenía” Petra

“Sentía la necesidad de tener mi útero otra vez. Siento un vacío e intensas ganas de llorar cuando pienso en mi útero. Creo que nada podrá sustituirlo, siento la necesidad de tenerlo otra vez, pero es un deseo y nada más.” Margarita

“Después de la cirugía pensaba en las sensaciones que tenía cuando mi útero estaba ahí, y a veces me sentía más irritable después de la cirugía” Petra

Dentro del impacto emocional hay una categoría que tiene que ver con las **relaciones interpersonales**. Esto denota como el proceso postquirúrgico de la histerectomía, con todo lo que implica en términos emocionales y esfera cognitiva a través de los pensamientos y creencias, afectan el ánimo de las entrevistadas y por consiguiente, de algún modo, sus diferentes relaciones

interpersonales: *Trabajo, familia, amistades, y actividades sociales.*

Trabajo

"No me desconcentraba en el trabajo"

María

"Me constaba enfocarme en las cosas de mi trabajo"

Estrella

"Me concentraba bien en el trabajo"

Tania

"Tenía problemas para concentrarme en las actividades de mi trabajo"

Beatriz

"No me podía enfocar en el trabajo"

Carmen

"En el trabajo todo fluyó de manera adecuada"

Ana

"Me costaba concentrarme en el trabajo tras la operación"

Isabel

Familia

"No perdí el interés en mis familiares y amigos"

María

"Seguía socializando con mi familia"

Tania

"Perdía bastante el interés en socializar con mi familia"

Beatriz

"No sentía deseos de estar con mi familia"

Carmen

"Tras la cirugía no perdí el interés de relacionarme con mis familiares"

Ana

"Mi compañero siempre me ha brindado apoyo en todo este proceso y tenemos buena relación"

Laura

"He seguido relacionándome con mi familia igual que antes"

Petra

Amistades

"Sentí que tras la cirugía me costaba relacionarme con algunas personas"

Estrella

"Compartía con mis amigos fuera de casa"

Tania

"Tenía problemas para relacionarme con amistades"

Beatriz

"No quería compartir con amigos"

Carmen

Actividades sociales

"No me costaba relacionarme socialmente"

María

"Realizaba actividades fuera de la casa"

María

"Después de la cirugía tenía algunas dificultades para relacionarme socialmente con las personas"

Tania

"Tenía problemas para relacionarme socialmente"

Beatriz

"Me costaba relacionarme y socializar con algunas personas"

Ana

"No me ha costado relacionarme con personas luego de la operación"

Laura

"No he tenido problemas para relacionarme con las personas en general"

Isabel

"Mis relaciones sociales luego de la cirugía han seguido normales"

Petra

"Tuve algunas dificultades para relacionarme socialmente con las personas. Me aislaba mucho"

Margarita

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La histerectomía es una intervención que no solo va en aumento en nuestro país, sino también a nivel mundial, aunque de acuerdo a (Poetgen, 1993), esta cirugía termina con la fase reproductiva y altera la regulación del yo y que el aumento del procedimiento no se corresponde con un aumento de patologías. Similares resultados fueron reportados por Vomvolaki, Kalmantis, Kioses, & Antsaklis (2006), Askew (2009).

No hay dudas de que la cirugía tiene aportes positivos pero también tiene un impacto en la vida física y emocional de las que pasan por ese proceso, Chou, Lee, Sun, Lin y Chen, (2011) analizaron las repercusiones físicas y emocionales de la cirugía. En este estudio las reacciones post cirugía quedan muy evidenciado en las palabras de las participantes, donde se pudo observar en una línea histórica todo el proceso pre y postquirúrgico en términos de sintomatología que llevan a la decisión de practicar la histerectomía, como la vivencia de las mujeres desde la valoración de su propia situación antes y después de la operación. Cerda, Pino y Urrutia (2006) estudiaron el impacto sobre la feminidad la cual esta íntimamente ligada a la sexualidad, refieren que esta cirugía atenta contra ambas cualidades de la calidad de vida.

Es importante resaltar, por ejemplo, el aspecto de la sexualidad, por ser una intervención quirúrgica directamente relacionada con órganos que tienen funciones sexuales y reproductivas. La sexualidad ha sido ampliamente estudiada con resultados positivos y en algunos casos negativos, Farrell y Kieser, (2000), en la mayoría de estudios revisados indican que la calidad de vida mejoro pero no hubo cambios o mejoría en la sexualidad. Sin embargo, Fram, Kamil Mosa, Saleh, Shawqi, Sumrein, Issa, (2013), en su estudio de 124 histerectomizada, encontraron que el 75% mejoro su funcionamiento sexual, pero el 11.3% sufrió un desenlace peor. En presente estudio la mayoría refirió tener una sexualidad satisfactoria antes y después de la histerectomía. Los efectos de las cirugía fueron investigados por Neefus y Taylor (1982), reportan los autores que el 92% de las pacientes mostraron interés en conocer el impacto de la histerectomía sobre la sexualidad. Como resultado de esta investigación se puede decir que cada mujer vive de manera muy personal su proceso, sin embargo, se observaron elementos característicos del grupo estudiado. Todas las mujeres dijeron que había re-iniciado su vida sexual y que su deseo, lubricación y orgasmos se habían recuperado. Solo dos se quejaron de dificultades sin embargo todas reportaron ser orgásmicas en casi todas las oportunidades.

Todas las creencias relacionadas con lo que se ha aprendido a nivel social, tienen un papel fundamental en cómo estas mujeres asumen el proceso, y la manera en como lo integran. Independientemente de que sea algo muy desagradable, se puede ver la aceptación de que era necesaria la operación, y esto al parecer sirve como contrapeso al dolor de la pérdida, ya que ayuda a darle una connotación positiva de supervivencia y necesidad a la intervención. La resignación de estas mujeres, no necesariamente significaba una aceptación emocional ya que muchas presentaban signos y síntomas inequívocos de duelo expresado en malestar por la pérdida del órgano, por la ausencia de su útero, por la sensación de estar vacía y de depresión expresadas por sentimientos de tristeza, ira, melancolía, insomnio, llanto, deseos de no hacer nada y

perdida del interés en la familia, el trabajo, las actividades sociales, entre otros. La depresión no es una variable que las pacientes mencionaban espontáneamente, sino que se obtuvieron por medio de las entrevistas. Hartmann, Katherine, Ma, Lamvu, (2004) y Long, (1998) hacen referencia a la situación de la depresión en las histerectomizadas.

En el DSM-V los síntomas se describen en el DSM-V, (1994) para clasificar los estados depresivos. Estas manifestaciones no son ajenas a la histerectomía como lo menciona Long (1998) en su investigación “sobre el proceso de sanación, y el camino a la recuperación y salud mental positiva.

La OMS (2019) ha dado gran importancia a la calidad de vida de todos los individuos y especialmente a las mujeres por los múltiples roles que juegan en la sociedad. Farrell y Kieser, (2000), hacen referencia a este aspecto que había sido muy descuidado y que recién ahora se retoma y se ha encontrado que después de la histerectomía hay mejoría en la calidad de vida de las mujeres.

El dato de que las mujeres se sientan satisfechas sexualmente posterior a la cirugía, apunta a que contrario a lo que se podría pensar, al parecer, el hecho de que se le practique la histerectomía le quita un problema de salud, aumentando los niveles de calidad de vida. Este aspecto resulta de mucho valor, ya que esta satisfacción se puede ver reflejada en el deseo sexual, la iniciativa y disposición que tienen para tener relaciones sexuales, en las cuales logran el orgasmo y el nivel de lubricación adecuado en la mayoría de las veces

Algo que contrasta es que, aunque no tienen relaciones sexuales con mucha frecuencia, esto no plantea un problema de insatisfacción sexual, lo que suscita interrogantes relacionadas con el hecho de que probablemente en esta etapa de la vida, y luego de la pérdida del útero, valorar cualquier momento de disfrute sexual es muy importante y de gran relevancia. Ya no es la cantidad, sino poder vivir la experiencia sexual en el momento en que se vive.

En cuanto a las secuelas físicas, se podría decir que es gratificante poder observar que no duran más de un año las molestias

postquirúrgicas, y es lo que dentro del cuadro se esperaría. De igual modo, la manera en que las mujeres del estudio lo han asumido como algo completamente aceptable y no de manera trágica.

El impacto emocional luego de la intervención se ve caracterizado, principalmente, por irritabilidad, melancolía, e ira. En este apartado, sin embargo, se puede ver el contraste de que en algunos casos estos signos no están presentes, lo que se podría interpretar como un tema muy subjetivo de cada mujer. Aquí entra la parte de la subjetividad vinculada a las creencias, pensamientos automáticos, y la manera en que cada una afronta cognitivamente toda esta información, que como producto se ven encausadas hacia la aceptación que permite seguir viviendo una vida de manera satisfactoria en todos los sentidos.

Un aspecto estudiado, pero sobre el cual no hubo respuesta fue el tipo de cirugía practicado y la extensión de la misma. Ninguna de las mujeres fue informada por su médico o personal de salud sobre el tipo de cirugía que se realizó, no sabían si se extirparon, los ovarios, las trompas y el cuello, si la histerectomía fue total o parcial. De las 10 pacientes entrevistadas solo una fue intervenida vaginalmente, las otras por el abdomen. Sobre esta desinformación se ha escrito mucho por la falta de educación. Cuando se pregunta a las mujeres si quieren información sobre los efectos de la cirugía. Neefus y Taylor (1982), en su investigación encontraron que el 92% quería saber sobre los problemas físicos y el 94% sobre la sexualidad.

Se podría concluir, tomando en cuenta todas las características que surgieron del estudio, que la histerectomía, aparte de ser un proceso doloroso, también es vivido como una necesidad de supervivencia y perpetuación de la salud de la mujer. Al parecer, el hecho de que ellas puedan integrar este aspecto, las ayuda a sobrepasar el dolor de la pérdida, y cualquier creencia negativa que tengan con relación a la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

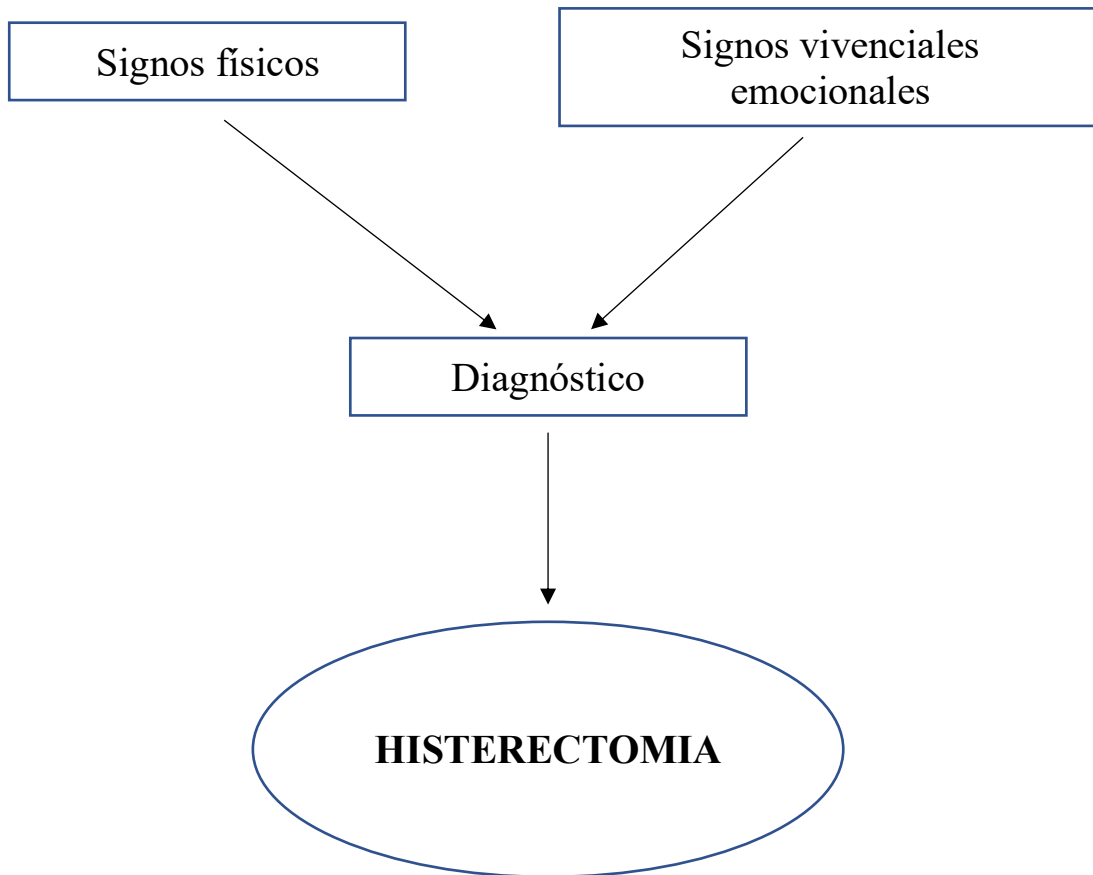
1. Agu, B. (2017). Patients and Nurses Attitudes to Hysterectomy and Postoperative Pain Management. Doctoral Dissertation, Walden University, 2012 BSN, Brenau University, 2000
2. Askew, J. C., & Zam, M. (2013). In sickness and in health: The effects of hysterectomy on women's partners and intimate relationships. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 12(1), 58-72.
3. Balaguero Lladó, Lorenzo, (1973), Medicina & Historia Revista de Estudios Históricos informativos de la Medicina. Secretaría de Redacción Centro de Documentación de Historia de la Medicina de J. URIACH & Cía. S. A. Barcelona.
4. Bedregal, P., Besoain, C., Reinoso, A., & Zubarew, T. (2017). La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. *Revista médica de Chile*, 145(3), 373-379.
5. Cabness, J. (2010). The psychosocial dimensions of hysterectomy: private places and the inner spaces of women at midlife. *Social work in health care*, 49(3), 211-226.
6. Carlson, K. J. (1997). Outcomes of hysterectomy. *Clinical obstetrics and gynecology*, 40(4), 939-946.
7. Cerda, P., Pino Ch, P., & Urrutia, M. T. (2006). Calidad de vida en mujeres histerectomizadas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(3), 216-221.
8. Chou, C. C., Lee, T. Y., Sun, C. C., Lin, S. S., & Chen, L. F. (2006). Husbands' experiences before wives' hysterectomy. *The journal of nursing research: JNR*, 14(2), 113-122.
9. DSM-V, (2014), Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, American Psychiatric Association, Panamericana.
10. Ellström, M. A., Åström, M., Möller, A. N. D. E. R. S., Olsson, J. H., & Hahlin, M. (2003). A randomized trial

- comparing changes in psychological well-being and sexuality after laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 82(9), 871-875.
11. Faría, F., Ferrarotto, M., & González Blanco, M. (2015). Función sexual en pacientes histerectomizada. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(1), 030-040.
 12. Farrell, S. A., & Kieser, K. (2000). Sexuality after hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 95(6), 1045-1051.
 13. Fram, K. M., Saleh, S. S., & Sumrein, I. A. (2013). Sexuality after hysterectomy at University of Jordan Hospital: a teaching hospital experience. *Archives of gynecology and obstetrics*, 287(4), 703-708.
 14. Freud, S. (1917). Mourning and melancholia SE 14 [→].
 15. Garry, R., Fountain, J., Brown, J., Manca, A., Mason, S., Sculpher, M., ... & Lilford, R. (2004). EVALUATE hysterectomy trial: a multicentre randomised trial comparing abdominal, vaginal and laparoscopic methods of hysterectomy. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 8(26), 1-154.
 16. Greenwald, H. P., & McCorkle, R. (2008). Sexuality and sexual function in long-term survivors of cervical cancer. *Journal of women's health*, 17(6), 955-963.
 17. Hartmann, K. E., Ma, C., Lamvu, G. M., Langenberg, P. W., Steege, J. F., & Kjerulff, K. H. (2004). Quality of life and sexual function after hysterectomy in women with preoperative pain and depression. *Obstetrics & Gynecology*, 104(4), 701-709.
 18. Khastgir, G., Studd, J. W. W., & Catalan, J. (2000). The psychological outcome of hysterectomy. *Gynecological endocrinology*, 14(2), 132-141.
 19. Kluivers, K. B., Hendriks, J. C., Mol, B. W., Bongers, M. Y., Bremer, G. L., de Vet, H. C., ... & Brolmann, H. A. (2007). Quality of life and surgical outcome after total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy for benign disease: a randomized, controlled trial. *Journal of minimally invasive gynecology*, 14(2), 145-152.
 20. Lee, J. H., Choi, J. S., Hong, J. H., Joo, K. J., & Kim, B. Y. (2011). Does conventional or single port laparoscopically assisted vaginal hysterectomy affect female sexual function?. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 90(12), 1410-1415.
 21. Long, A. (1998). The healing process, the road to recovery and positive mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(6), 535-543.
 22. Maas, C. P., Ter Kuile, M. M., Laan, E., Tuijnman, C. C., Weijnen, P. T. M., Trimbos, J. B., & Kenter, G. G. (2004). Objective assessment of sexual arousal in women with a history of hysterectomy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(5), 456-462.
 23. Martínez, M., Bustos, H., Ayala, R., Leroy, L., Morales, F., Watty, A., & Briones, C. (2010). Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(4), 247-252.
 24. Medlineplus, Histerectomía, (2019). Enciclopedia médica, actualizada junio
 25. Mwaba, K., & Letloenyane, E. B. (1994). Attitudes and knowledge about hysterectomy: a study of women in Mmabtho. *Curationis*, 17(3), 2-3.
 26. Nathorst-Böös, J., & von Schoultz, B. (1992). Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with and without oophorectomy. *Gynecologic*

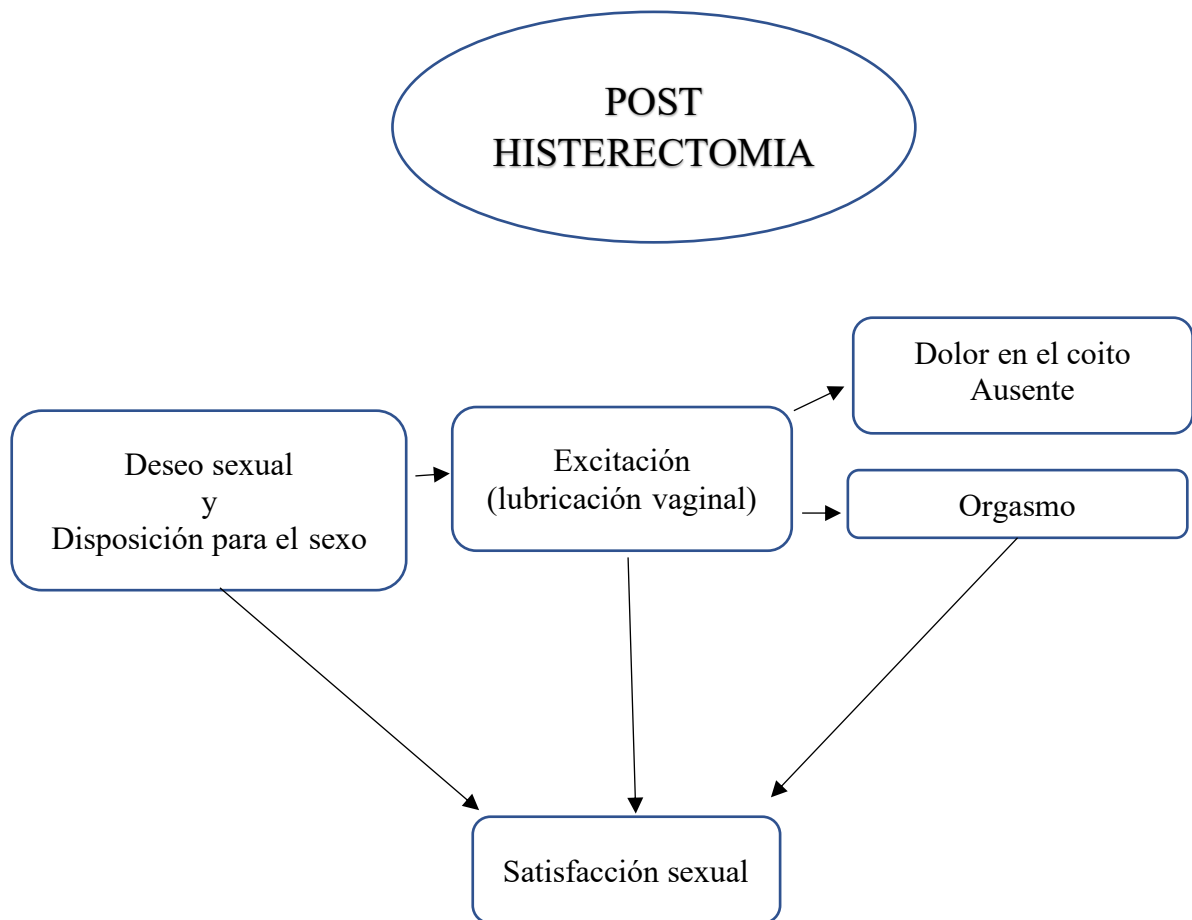
- and obstetric investigation, 34(2), 97-101.
27. Neefus, M. S., & Taylor, M. E. (1982). Educational needs of hysterectomy patients. *Patient counselling and health education*, 3(4), 150-155.
 28. Nieboer, T. E., Hendriks, J. C., Bongers, M. Y., Vierhout, M. E., & Kluivers, K. B. (2012). Quality of life after laparoscopic and abdominal hysterectomy: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 119(1), 85-91.
 29. Oficina para la Salud de la Mujer, Departamento de Salud y Servicios Humanos, de los Estados Unidos, 2014, <https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/hysterectomy>
 30. OMS (portal, 2019) Definición de Salud Sexual.
 31. Poettgen, H. (1993). Clinical contribution to female identity crisis after loss of the uterus. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 43(12), 428-431.
 32. Rannestad, T. (2005). Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 19(3), 419-430.
 33. Rannestad, T., Eikeland, O. J., Helland, H., & Qvarnström, U. (2001). The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy: absolute and relative differences between pre-and postoperative measures. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 80(1), 46-46.
 34. Sbroggio, A. M. R., Osis, M. J. M. D., & Bedone, A. J. (2005). O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. *Revista da Associação Médica Brasileira*
 35. Sparić, R., Hudelist, G., Berisavac, M., Gudović, A., & Buzadžić, S. (2011). Hysterectomy throughout history. *Acta chirurgica Iugoslavica*, 58(4).
 36. Temkin, Sarah, M., Kho, Kimberly, Oficina para la Salud de la Mujer en el Departamento de Salud y Servicios Humanos, de los Estados Unidos. 4 de diciembre de 2014.
 37. Thakar, R., Ayers, S., Georgakapolou, A., Clarkson, P., Stanton, S., & Manyonda, I. (2004). Hysterectomy improves quality of life and decreases psychiatric symptoms: a prospective and randomised comparison of total versus subtotal hysterectomy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(10), 1115-1120.
 38. Tolman, D. L., Hirschman, C., & Impett, E. A. (2005). There is more to the story: The place of qualitative research on female adolescent sexuality in policy making. *Sexuality Research & Social Policy*, 2(4), 4-17.
 39. Urrutia, M. T., Araya, A., & Padilla, O. (2011). Sexualidad e histerectomía: diferencias entre un grupo de mujeres con y sin ooforectomía. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 76(3), 138-146.
 40. Urrutia, M. T., Araya, A., Flores, C., Jara, D., Silva, S., & Lira, M. J. (2013). Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(4), 262-268.
 41. Urrutia, S., Teresa, M., Araya, G., & Viñales, A. (2004). Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 69(4), 301-306.
 42. Vomvolaki, E., Kalmantis, K., Kioses, E., & Antsaklis, A. (2006). The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. *The European Journal of contraception & Reproductive health care*. 11(1).23-27
 43. Warren, L., Ladapo, J. A., Borah, B. J., & Gunnarsson, C. L. (2009). Open abdominal versus laparoscopic and vaginal hysterectomy: analysis of a

- large United States payer measuring quality and cost of care. *Journal of minimally invasive gynecology*, 16(5), 581-588.
44. World Health Organization, (1994), *Quality of life assessment: International Perspectives*. Berlin Springer-Verlag.
45. Yeoum, S. G., & Park, C. S. (2005). Adjustment after a hysterectomy. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35(6), 1174-1182.

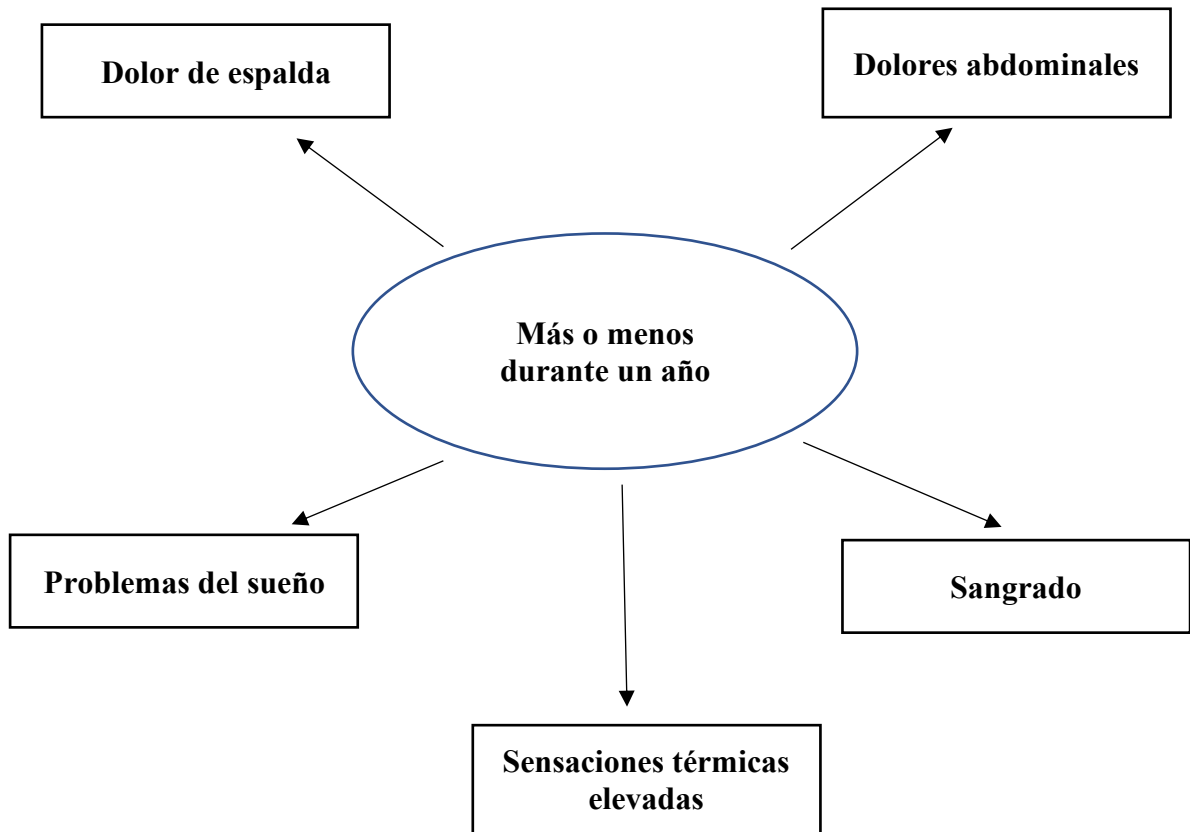
Esquema 1 Síntomas previos a la histerectomía



Esquema 2 Sexualidad Post Histerectomía



Esquema 3 Impacto físico luego de la histerectomía



Esquema 4 Impacto emocional luego de la histerectomía

