



**UNIVERSIDAD DE ALMERÍA**

**Doctorado en Filosofía (PhD)**

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

**Tesis doctoral**

**Ana Virginia Simó Velázquez**

**Directores:**

**Dr. Cayetano Aranda Torres  
Dra. Carmen María Bretones Callejas  
Dr. Cayetano Fernández-Sola**

**Almería, 2020**

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar dirijo mi agradecimiento a Dios, por permitirme tener la salud necesaria para andar este camino.

Agradezco a mi maravillosa familia; a mi esposo, a mis hijos, a mis padres, por ser pilares fundamentales de mi vida, por la alegría y la fuerza que me dan a diario para seguir viviendo y formándome como profesional.

Doy gracias al Hospital Marcelino Vélez por darme la oportunidad de utilizar sus instalaciones para cumplir con los objetivos de esta investigación; y también doy gracias a todas las mujeres que decidieron formar parte de la muestra de este trabajo.

Igualmente agradezco a Raquel Alarcón y Cayetano Aranda Torres, por haberme prestado su valiosa colaboración en el proceso de investigación.

A Ramón Emilio Almánzar, mi colega, mi amigo, mi hermano, gracias por siempre estar, por tu apoyo y eterna disposición de ayuda y motivación.

Quiero extender las gracias a todas las personas que de alguna u otra forma se hicieron parte del proceso, a todos los que me estimularon a seguir, a todos los que me brindaron su apoyo intelectual.

Y para finalizar, el más especial agradecimiento quiero dirigirlo al Instituto de Sexualidad Humana y a su director, el Dr. Rafael García Álvarez, por ser referente de la psicología en República Dominicana, por ser una inspiración como profesional para mí y sobre todo por acceder a guiarme en esta parte del camino. Su ayuda ha sido invaluable para el desarrollo de este trabajo y sus consejos los más preciados.



## INDICE

Agradecimientos.....	2
RESUMEN.....	6
ABSTRACT .....	7
<b>INTRODUCCION. CONSIDERACIONES GENERALES.....</b>	<b>8</b>
Aspectos académicos de la investigadora.....	8
Interés asociado a la histerectomía .....	9
Resumen de los principales aspectos de la investigación.....	10
<b>CAPITULO I. MARCO TEORICO.....</b>	<b>13</b>
INTRODUCCIÓN.....	13
LA HISTERECTOMÍA .....	18
Por qué se realiza la Histerectomía .....	19
Signos y síntomas .....	28
Trastornos ginecológicos .....	34
Cómo se realiza la histerectomía .....	37
Consecuencias y cambios ocasionados por la Histerectomía .....	42
Manifestaciones emocionales .....	44
Duelo .....	44
Depresión .....	55
Calidad de vida .....	57
JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.....	6
Objetivos .....	69
<b>CAPITULO II. METODOLOGIA .....</b>	<b>70</b>
Tipo de estudio .....	70
Población y muestra .....	70
Instrumento de medida .....	70
Análisis de los datos .....	71
Aspectos éticos .....	71
<b>CAPITULO III. RESULTADOS .....</b>	<b>73</b>
<b>CAPITULO IV. DISCUSION Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>98</b>
Bibliografía .....	109

ANEXOS .....	117
Consentimiento informado .....	118
Herramienta de recolección de datos .....	119
Certificación de producción científica .....	122

## RESUMEN

Con el objetivo de conocer las reacciones sexuales, físicas y emocionales de mujeres que pasaron por un proceso de histerectomía se realizó una investigación cualitativa, de corte narrativo, fenomenológico, y teoría emergente. De 62 mujeres sometidas a histerectomía en un hospital de la ciudad de Santo Domingo, se escogieron 10 mujeres de manera intencionada para realizar las entrevistas. **Resultados:** las molestias post-quirúrgicas duraron de 2 a 36 meses, en un caso 17 años; tenían entre 5 a 36 meses de la cirugía. Nueve operadas por vía abdominal y una vaginal. El dolor abdominal, sangrado, miomas y dispareunia fueron las razones principales de la histerectomía. Casi todas se sienten satisfechas con las relaciones sexuales post operatorias, excepto dos. Ocho reportaron tener deseo y disfrutar el coito. Dos reportaron bajo deseo, pero casi todas refirieron tener una lubricación adecuada. Todas reportaron tener orgasmos en la mayoría de sus relaciones sexuales. Solo una refirió dolor al coito. Las molestias postquirúrgicas desaparecieron en un periodo de un año, algunas reiniciaron su vida sexual a las seis semanas. Cuatro reportaron irritabilidad post quirúrgica y 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. Dos reportaron desconcentración en el trabajo, dos pérdida del interés en las familias y siete dijeron que tuvieron dificultades para relacionarse con las amistades. **Conclusiones:** La histerectomía es una cirugía ampliamente practicada en el país, por vía abdominal ya que solo un tercio se practica por vía vaginal. El procedimiento produce cambios físicos y emocionales, tales como dolores en el área pélvica, depresión, irritabilidad y duelo. Se puede decir que la sexualidad post quirúrgica fue satisfactoria para la mayoría de estas mujeres.

**Palabras Claves:** Histerectomía, cirugía abdominal, laparoscopia, sexualidad, dolor, orgasmos

## Abstract

In order to know the sexual, physical and emotional reactions of women who went through a hysterectomy process, a qualitative investigation, of narrative, phenomenological, and emerging theory, was conducted. **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 sequel of the surgery such as: pelvic pain, dyspareunia, grieving depression, and changes in sexual response. Post-surgical discomfort lasted from 2 to 36 months, one case lasted 17 years. The interviewees had between 5 and 36 months of surgery. Nine had abdominal surgery and one vaginally. Abdominal pain, bleeding, fibroids and dyspareunia were the main reasons for hysterectomy. Except for two, almost all were satisfied with their sexual life. Eight had desire and enjoyed sex. Two wit low sexual desire, almost all reported having adequate lubrication. All reported having orgasms in most of their sexual encounters. Only one referred dyspareunia. Post-surgical discomfort disappeared within a period of one year, some restarted their sex life at six weeks. Four reported post-surgical irritability and 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. Two reported poor concentration at work, two lost interest in families and seven said they had difficulty relating to their friends. **Conclusions:** Hysterectomy is a surgery widely performed in the country, by abdominal route since only one third is performed vaginally. The procedure produces physical and emotional changes, such as pain in the pelvic area, depression, irritability and grief. Post-surgical sexuality was satisfactory for most of these women.

## **INTRODUCCION.**

### **CONSIDERACIONES GENERALES**

*“Usted me dice que yo voy a quedar igual después del vaciado, pero donde me lo va a entrar mi marido”.*

Palabras de una mujer antes de la histerectomía.

*“No le diré a mi marido lo que me hicieron, se lo diré cuando el vea que estoy igual”*

Palabras de una mujer histerectomizada.

*“Esa mujer ya no sirve, es como un salón sin muebles, como una televisión sin pantalla, o un anafe de carbón sin parrilla”*

Expresiones de un hombre dominicano sobre la mujer histerectomizada.

### **Aspectos Académicos de la investigadora**

Me inicié en la Carrera de psicología clínica inspirada por mi inquietud de comprender la mente humana y los distintos problemas que abruman no solo a los seres cercanos a nosotros, y a aquella mayoría de la población que hoy día enfrenta múltiples situaciones que no solo aumentan el estrés sino también las depresiones, el duelo, la violencia y los estilos de vida. Ante las necesidades humanas que veía y comprendiendo que necesitaba mejorar mi formación como terapeuta, decidí ingresar al Instituto de Sexualidad Humana, de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) para formarme en Terapia Sexual, más adelante en Terapia Familiar y



culminar mi formación con el ingreso al Doctorado que ofrece la Universidad de Almería bajo acuerdo con la UASD. La gran demanda de servicios que requiere la población en el área de salud mental me llevo a fundar el "Centro Vida y Familia" una Institución de docencia, investigación y servicios que hoy día cuenta con más de 30 terapeutas que laboran en pro de una salud mental más satisfactoria para todos los dominicanos. Como psicóloga con más de 25 años trabajando como especialista en terapia de familia, pareja y sexualidad, mi trabajo me ha llevado a conocer mi género más allá del estándar general, tanto así que me ha dado la oportunidad de convertirme en una figura que representa al género y trabaja en pro de su bienestar, la familia y muy particularmente de las mujeres que son el propósito principal de esta investigación.

### **Interés asociado a la histerectomía**

Por muchos años he estado trabajando el duelo, y debo decir que se sabe muy poco sobre el duelo por pérdida de órganos, lo que en República Dominicana se conoce de manera despectiva como "vaciado". Una mujer a la que se le había intervenido de esta forma se entendía que perdería su erotismo y deseo sexual, y asumiría que ya se había apagado su vida sexual y reproductiva.

Las vivencias de múltiples mujeres que he visto en terapia, muchas de las cuales en sus historias refieren haber vivido intervenciones quirúrgicas por diferentes dolencias, he podido notar que la de mayor impacto sobre su calidad de vidas, sus emociones, su salud mental y su sexualidad ha sido la histerectomía. Estas mujeres de la cirugía solo conocían los mitos y tabúes populares comunes en la población general, por lo cual no se atrevían a cuestionar al médico o al personal de salud sobre sus preocupaciones y el procedimiento.

Admitían no haber preguntado pero que tampoco el médico les dijo nada. Ninguno de los miembros del personal de salud se tomaba el tiempo para conversar y desmitificar las falsas creencias de estas mujeres y cuando el médico informaba de la cirugía su breve intervención se limitaba a decir algo como: "vamos a hacerle un "vaciado", sacar todo eso".

En este sentido desarrolle un especial interés en el tema, pues viendo que el rol de la mujer en la sociedad, aún en el presente año, sigue siendo limitado a su poder de concebir una vida. Hay episodios de salud que réquiem ciertas intervenciones quirúrgicas que truncan ese poder y que dejan huellas en la salud física y mental de la mujer, pero entiendo que la educación puede cambiar todo el panorama de terror que viven estas mujeres.

### **Resumen de los principales aspectos de la investigación**

En la presente investigación se propuso conocer las múltiples situaciones que enfrentan las mujeres sometidas a una histerectomía por medio de una metodología cualitativa, la cual nos permitía explorar específicamente las actitudes, fantasías, temores, preocupaciones y los conocimientos relacionados con esta cirugía. Se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Bireme, Medline, Medscape, Google Académico, NIH, OMS, entre otras para ver los diferentes aspectos teóricos que abordan el tema de la histerectomía, así como una búsqueda de las investigaciones que se han realizado respecto al tema de la histerectomía, lo cual queda explícitamente expuesto en el acápite del marco teórico.

Las participantes del estudio fueron contactadas por la investigadora luego de que se consiguiera un listado reciente de Histerectomizada en un hospital local de Santo Domingo. Se contactaron 62 mujeres que aceptaron ser entrevistadas pero solo se escogieron 10 que llenaban los siguientes criterios de inclusión: Tener pareja, vida sexual activa, y edades entre 36 y 49 años de edad. Las entrevistas fueron realizadas de manera individual en el hospital donde fueron intervenidas quirúrgicamente.

Las entrevistas se realizaron con una guía de preguntas abiertas, las cuales fueron audio grabadas y luego transcritas para su posterior análisis de contenido. Para tales fines se elaboró una ficha con información demográfica, síntomas por los cuales consulto al ginecólogo, tiempo de duración de dichos síntomas, temores y preocupaciones por la cirugía, vida sexual y problemas para realizar la misma, orgasmos, y la situación post-

operatoria incluyendo re-inicio de la vida sexual y grado de satisfacción, relaciones familiares y sociales, reinicio de sus actividades laborales si trabajaban antes de la cirugía.

A cada participante se le suministró un consentimiento informado donde se explicaba el motivo de la investigación, que para participar en la misma se les iba a realizar una entrevista abierta sobre su historial médico, razones por las cuales se les iba a hacer la histerectomía, relación de pareja, sobre su vida sexual y nivel de satisfacción. 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.

Para el análisis de los resultados se utilizó principalmente los datos de las transcripciones de las entrevistas realizadas y las informaciones complementarias aportadas en las entrevistas. Después de clasificar los datos por categorías de acuerdo al guion de la entrevista se clasificaron los aspectos de generalidad y especificidad entre las participantes, tomando en cuenta los objetivos de la investigación, y posteriormente se realizó un *análisis de contenido*.

Todo el análisis del material mencionado, derivó en un conglomerado de información que se expone en el acápite de los *Resultados*. En este espacio se fue desarrollando una descripción minuciosa de los aspectos que fueron emergiendo producto del análisis de contenido, enfocado en los objetivos que se plantearon en la investigación. A esta descripción se le fue dando soporte sistemático con recortes de “*comentarios literales*” de la transcripción realizada a los audios de las entrevistas.

En el último acápite se desarrolla una discusión de los datos resultantes, elaborando interpretaciones y contrastando el contenido de los resultados con datos asociados a autores que plantean aspectos semejantes en el marco teórico.



## CAPITULO I

### MARCO TEORICO

#### INTRODUCCION

*Génesis 1.28 “Y los bendijo Dios, y les dijo: Fructificad y multiplicaos; llenad la tierra, y sojuzgadla, y señoread en los peces del mar, en las aves de los cielos, y en todas las bestias que se mueven sobre la tierra”.*

#### La reproducción

Unas de las grandes preocupaciones del hombre es el mantener la descendencia y aunque en nuestra cultura no existen los ritos de fecundación, cuando a la mujer no le es posible fecundar, esto causa enorme impacto sobre todo su ser y sobretodo sobre la condición de ser mujer; el impacto de la situación también arrastra al hombre, quien también se cuestiona su masculinidad por no poder cumplir con ese compromiso social y familiar. En esta etapa se buscan los cuidados médicos para tratar de determinar las causas de la incapacidad para el embarazo, la cual puede ser física, hormonal, emocional o por problemas físicos que requieren de una intervención quirúrgica.

La Histerectomía es el procedimiento quirúrgico que pone fin a la fecundidad de la mujer, un aspecto que ha sido de gran impacto en todas las culturas debido a que es un concepto extendido que solo se es mujer después de haber parido. Blázquez-Rodríguez y Montés-Muñoz (2013) en su artículo sobre la reproducción en la vida de la mujer hacen un análisis socio-antropológico en el cual consideran que la fecundación es un tema que desafía hoy la vida de todas las mujeres, y está, tomada en consideración desde la perspectiva iniciada y desarrollada por la antropología.

Blázquez-Rodríguez y Montés-Muñoz (2013), aclaran que están hablando de la reproducción humana o biológica, también llamadas “procreación”, la cual se refiere al hecho de aumentar el número de individuos de un grupo social. No hay dudas de que la fecundación tiene grandes implicaciones en la vida de la mujer ya que hasta está contemplada en Génesis, 1.28. Unas de las grandes preocupaciones del hombre es el mantener la descendencia y aunque en nuestra cultura no existen los ritos de fecundación, cuando a la mujer no le es posible fecundar, esto causa enorme impacto sobre su autoestima y la condición de ser mujer, la mujer que no puede parir no se considera mujer, cree que está incompleta, que le falta algo y que no podrá llenar las expectativas familiares las cuales esperan que ella tenga descendencia y enriquezca la familia, también siente que ha fallado social y culturalmente y que además le ha fallado a su hombre el cual también sufre por no haber llenado las expectativas de ser padre. La fecundación es una etapa crucial en la vida de los individuos y en el ordenamiento social, pues, como planteó Arnold van Gennep (2013), el nacimiento de un hijo debe entenderse como un «rito de paso» que da lugar al cambio de estatus de los progenitores (de mujer a madre y de hombre a padre), al mismo tiempo que se reconstituyen los vínculos de parentesco.

El ciclo de vida es activo, con altas y bajas, las mujeres lo viven en mayor contacto de sus emociones que los hombres. Desde el nacimiento las mujeres son educadas para cuidar y formar familia, las niñas a medida que van creciendo experimenta los cambios en su cuerpo. La menstruación hace su llegada y es señal de que ya es hábil para concebir.

Simultáneamente las mujeres tienen que estudiar y trabajar. En su juventud, viven la presión social de la imagen de perfección. En países como República Dominicana, el reloj social, muchas veces más que el biológico, acelera el proceso de establecer un compromiso como el matrimonio o la unión libre, con la finalidad de concebir los hijos los cuales llegan a través de otro proceso de transformación de su cuerpo.

Luego del parto, el amamantar a los hijos, recuperarse, volver a trabajar, ser ama de casa, madre, esposa y administradora del hogar y repetir el ciclo. Durante todo esto, las mujeres dominicanas viven las mismas pérdidas que pueden vivir los hombres: desempleo, pérdida de un hijo, accidentes, separación, divorcio, enfermedad, violencia,

etc. Sobrepasa y llega la adultez madura para comenzar a enfrentar la pérdida de los padres. Llega la menopausia, que es otra transformación de su cuerpo. La vejez y finalmente su propia muerte.

Pero el proceso antes mencionado en ocasiones se ve alterado por temas de salud. Muchas mujeres, y por distintos diagnósticos, deben ser sometidas a una intervención quirúrgica conocida como histerectomía (extirpación del útero) para preservar su vida. Esta es la operación ginecológica que con más frecuencia se realiza a nivel mundial ocupando el segundo lugar después de la cesárea, y como procedimiento quirúrgico más común en edad fértil, Chou, et al. (2011). Al igual que en otros países el procedimiento es ampliamente practicado en la Republica Dominicana donde también ocupa el segundo lugar después de las cesáreas.

La histerectomía termina afectando lo que a nivel social se reconoce como el rol de la mujer: el concebir. Así pues, al poner fin a su vida reproductiva, esto amenaza fuertemente su sentido de feminidad, puede provocar una alteración de su equilibrio emocional, y hasta un posible proceso de duelo y depresión por la pérdida de tan importante órgano (Askew & Zam, 2013).

En este sentido, se puede decir que la mujer sabe de pérdidas y en el ámbito de la salud, la histerectomía supone una más de ellas, ya que el proceso es parecido a la amputación de un miembro del cuerpo que trae consigo un conjunto de pérdidas secundarias asociadas. Por estos motivos es de esperarse las vivencias de un cambio en su estado emocional que muchas veces no es reconocido por la persona o sus seres queridos, (Askew & Zam, 2013).

La histerectomía es una intervención quirúrgica de muy alta prevalencia ya que la misma ocupa el segundo lugar después de las cesáreas en los hospitales y clínicas privadas de la Republica Dominicana. A pesar de la alta prevalencia no hay programas dirigidos a trabajar con estas mujeres los múltiples prejuicios que existen contra la misma, los temores de las mujeres, las reacciones de los hombres y el hecho de que las mujeres previo

a las cirujías no reciben las orientaciones necesarias sobre el procedimiento, el pronóstico y la falta de información sobre el re-inicio de la vida sexual.

Esta y otras inquietudes sobre el procedimiento nos han motivado a tratar de entender todas las implicaciones físicas y emocionales que vive la mujer que es sometida a una histerectomía. La literatura sobre histerectomía en la Republica Dominicana es escasa por lo cual esperamos que esta investigación pionera pueda generar las inquietudes requeridas en el personal de salud de manera que tanto las pacientes como sus parejas se puedan beneficiar de la educación necesaria para poder desmitificar la cirugía que tantos cambios negativos produce en las mujeres a pesar que muchas veces se realiza para salvar la vida de la mujer.

Otro aspecto que nos ha movido a realizar esta investigación, pionera en el país es el impacto que produce en la vida de las mujeres la extirpación de los ovarios, situación que muchas veces la mujer no sabe que ha ocurrido. Un estudio realizado en Brasil por Urrutia, Araya y Padilla (2011), refieren que entre el 40-55% de las histerectomizada también son ooforectomizadas, por razones profiláctica, pero que esta práctica convierte al ovario en el órgano sano más frecuentemente extirpado.

Esta investigación espera aportar elementos que contribuyan al cambio de actitud en la pareja y muy especialmente en el personal de salud. Otros aspectos a considerar dentro de las motivaciones para la realización de este estudio es que el mismo nos permitirá conocer las reacciones emocionales, temores, estado de ánimo pre y post quirúrgico de estas mujeres que han sido sometidas a una histerectomía.

Las reacciones de las mujeres 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), realizaron un estudio cualitativo para tratar de



identificar los mitos de mujeres que serían sometidas a una histerectomía y el significado de la pérdida de su útero. En estas mujeres el mito más recurrente relacionado con el útero fue la pérdida 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 que le va a realizar la cirugía, el cual muchas veces no conoce a la paciente, tampoco es orientada por otros miembros del equipo de salud. No hay precedentes de que se incluya a la pareja la cual, de acuerdo a Chou, et al, (2011) es el soporte más importante para estas mujeres. Entienden los autores que hay una falta de investigaciones sobre la experiencia de los hombres que enfrentan la histerectomía de su pareja. Tradicionalmente en este país los médicos no dan muchas explicaciones al paciente sobre el problema y todavía se usa esconder el diagnóstico "porque es mejor que el paciente no sepa para que no sufra", el personal de salud no entiende que esta actitud no permite al paciente luchar contra la enfermedad que padece.

Estos conceptos han sido reforzados por los trabajos de Askew & Zam, (2013) quienes refieren que la histerectomía es un evento significativo en la vida de las mujeres quienes tienen que lidiar con los cambios y los temores antes y después de la cirugía los cuales van a impactar su vida y la de sus seres queridos. Las autoras llaman la atención al hecho de que los compañeros pueden ayudar en la recuperación física y emocional de la pareja, pero estos generalmente no cuentan con las informaciones generales, principalmente aquellas relacionadas con la sexualidad.

La situación planteada por estos autores es muy común en muchos países latinoamericanos incluyendo República Dominicana donde no se tiene tradición de que el hombre se envuelva en el proceso de la cirugía de la mujer, a lo mejor no por temores, sino porque el médico no los invita a participar en un proceso que de diferentes maneras lo va a afectar. Además el hombre también responde a los prejuicios que tradicionalmente

están ligados a esta cirugía incluyendo temores a la penetración porque van a entrar su pene en un sitio vacío y que tenía un cáncer que no sabe si es contagioso. Las diferentes razones expuestas han sido la principal motivación para esta investigación y esperamos que la misma sienta las bases para un cambio en las actitudes de los médicos de manera que las pacientes tengan una mejor comprensión del problema y una recuperación más saludable y por ende menos traumática.

## **LA HISTERECTOMIA**

La histerectomía no es una cirugía de la actualidad, se ha mencionado desde tiempos muy antiguos como refiere Balaguero-Lladó (1973) y que hoy día es de muy bajo riesgo como dicen Sparić, 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, 2006). Sólo 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), concluyen en su investigación que las mujeres, excepto en los casos de cánceres, 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), quienes estudiaron el problema en Chile, donde la histerectomía afecta a un 20% de la población femenina las cuales están en edad (35-49 años). Dicen los autores que la cirugía pone fin a la vida reproductiva de la mujer y amenaza su sentido de feminidad, altera la autoestima y la relación de pareja.

Temkin, Minasian, & Noone, (2016), se refieren al impacto que conlleva la eliminación del útero por medio de la histerectomía lo cual está causando preocupación debido a la

alta incidencia de dicha intervención que se está practicando en mujeres que pueden beneficiarse de otros procedimientos que no comprometan su capacidad de fecundar. Actualmente en los Estados Unidos hay unos 20 millones de mujeres que han perdido su útero. Indican estos autores que desde 1980 se están buscando alternativas para el manejo de la menorragia, fibromas y la endometriosis, estas alternativas están dando resultados y han contribuido a disminuir la cantidad de mujeres que han perdido su capacidad de volver a ser madre. Este cambio positivo también ha movido a preocupación ya que dicha acción puede aumentar la incidencia del cáncer de endometrio o cervical.

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, Adenomiosis (engrosamiento de las paredes del útero que causan sangrado), Cáncer (o pre-cáncer) de útero, ovarios, cuello uterino o endometrio.

En el boletín de agosto del 2019 de Clínica Mayo, se mencionan otras razones dentro de las cuales se destacan:

**Cáncer ginecológico.** Si tienes cáncer ginecológico (como cáncer de útero o de cuello uterino), una histerectomía podrá ser la mejor opción de tratamiento. Según el

cáncer específico que padezca la paciente y cuán avanzado esté, otras opciones terapéuticas podrían incluir radiación o quimioterapia.

En general, el cáncer de cuello uterino es un carcinoma epidermoide (de células) causado por la infección con el papilomavirus humano; menos frecuente es el adenocarcinoma. La neoplasia cervical es asintomática; La neoplasia cervical es asintomática; con frecuencia, el primer síntoma de un cáncer cervical temprano es un sangrado vaginal poscoital irregular. El diagnóstico se realiza mediante un examen de Papanicolaou y biopsia. La estadificación es clínica (procedimiento para determinar el estadio del tumor o del cáncer). En general, el tratamiento implica la resección quirúrgica para la enfermedad en estadios iniciales o radioterapia más quimioterapia para la enfermedad localmente avanzada. Si el cáncer ha sembrado metástasis, a menudo se usa quimioterapia sola. El cáncer de cuello es el tercer cáncer ginecológico más frecuente y el octavo cáncer más común en las mujeres en los Estados Unidos. La media de la edad en el momento del diagnóstico es de 50 años, pero el cáncer puede aparecer en una edad tan temprana como los 20 años. En los EE. UU., se estima que fue causa de unos 12.990 nuevos casos y 4.120 muertes en 2016, (Clínica Mayo, 2019).

Considerar la posibilidad de cáncer de cuello uterino si las mujeres tienen resultados anormales en la prueba de Papanicolaou, lesiones cervicales visibles, o hemorragia vaginal anormal, especialmente después del coito. Hacer una biopsia para confirmar el diagnóstico. Estadificar el cáncer cervical clínicamente, usando la biopsia, el examen pélvico y una radiografía de tórax, para identificar metástasis, (Clínica Mayo, 2019).

El tratamiento es la resección quirúrgica para el cáncer en estadio temprano (generalmente etapas IA a IB1), radioterapia y quimioterapia para el cáncer localmente avanzado (generalmente etapas IB2 al IVA), y la quimioterapia para el cáncer metastásico. Realizar tamizaje a todas las mujeres haciendo las pruebas de Papanicolaou

y de VPH a intervalos regulares. Recomendar la vacunación contra el VPH para niñas y niños.

Los cánceres ginecológicos a menudo comprometen el útero, los ovarios, el cuello uterino, la vulva, la vagina, las trompas uterinas o de Falopio, o el peritoneo. El cáncer ginecológico más común en los Estados Unidos es el de endometrio, seguido por el de ovario. El cáncer de cuello no es muy común en los países desarrollados porque las pruebas de Papanicolaou (Pap) de cribado están ampliamente disponibles y son efectivas. Además la introducción de las vacunas para el VPH hará cambios significativos en la presencia de cánceres causados por el virus del papiloma humano, (Clínica Mayo, 2019).

Muchos cánceres ginecológicos se manifiestan como masas pelvianas. En general, el cáncer de endometrio es un adenocarcinoma endometriode. Típicamente, hay un sangrado vaginal posmenopáusico. El diagnóstico se realiza por biopsia. La estadificación es quirúrgica. El tratamiento requiere histerectomía, salpingo-ooforectomía bilateral y, en pacientes de alto riesgo, en general vaciamiento ganglionar pelviano y paraaórtico, (Clínica Mayo, 2019).

El cáncer de endometrio es más común en los países desarrollados, donde la dieta es alta en grasas. En los Estados Unidos, este cáncer es el cuarto más común entre las mujeres, ya que afecta a 1 de cada 50 pacientes. La American Cancer Society (2018) estima que en 2017 se diagnosticarán alrededor de 61.380 nuevos casos de cáncer de endometrio y que aproximadamente 10.920 mujeres morirán debido a este tipo de cáncer.

El cáncer de endometrio afecta principalmente a mujeres posmenopáusicas. La edad media de la paciente en el momento del diagnóstico es de 61 años. La mayoría de

los casos se diagnostican en mujeres de 50 a 60 años; el 92% de los casos se presentan en mujeres mayores 50 años, American Cancer Society (2018).

La mayoría de las mujeres (> 90%) con cáncer de endometrio presentan sangrado uterino anormal (p. ej., sangrado posmenopáusico, metrorragia recurrente premenopáusica); un tercio de las mujeres con sangrado posmenopáusico tienen un cáncer de endometrio. Semanas o meses antes de que aparezca el sangrado uterino, puede haber una secreción vaginal, American Cancer Society (2018).

Fibromas. Una histerectomía es la única solución definitiva y permanente para los fibromas (tumores uterinos benignos que suelen provocar sangrado continuo, anemia, dolor pélvico o presión en la vejiga). Los tratamientos no quirúrgicos de los fibromas son una posibilidad según el nivel de molestia y el tamaño del tumor que presente la persona. Muchas mujeres con fibromas tienen síntomas mínimos y no necesitan tratamiento.

En adición, el Manual Merck (2019) refiere que el mioma es un tumor no canceroso compuesto por tejido muscular y fibroso. Se encuentra ubicado en el útero. Los miomas uterinos son los tumores pelvianos más comunes y aparecen en el 70% de las mujeres de 45 años. Sin embargo, muchos miomas son pequeños y asintomáticos. Alrededor del 25% de las mujeres blancas y el 50% de las negras desarrollarán miomas sintomáticos. Los miomas son más comunes entre las mujeres que tienen un índice de masa corporal alto. Factores potencialmente protectores son los embarazos y el tabaquismo. A veces, los miomas aparecen en el ligamento ancho (intraligamentarios), en las trompas uterinas o en el cuello. Algunos son pediculados. La mayoría de los fibromas son múltiples y cada uno se desarrolla a partir de una única célula de músculo liso, lo que les da un origen monoclonal. Como responden a los estrógenos, tienden a agrandarse durante los años reproductivos y a disminuir de tamaño después de la menopausia. Los miomas pueden estar subirrigados y degenerar. La degeneración se describe como hialina, mixomatosa, calcificada, quística, grasa, roja (en general sólo durante el embarazo) o

necrótica. Aunque a menudo las pacientes están preocupadas por el cáncer, el cambio sarcomatoso ocurre en < 1% de las pacientes.

**Donde crecen los miomas,** Los miomas pueden ser

- Intramural (en la pared del útero)
- Submucosa (debajo el endometrio)
- Subserosos (debajo de la superficie exterior del útero)
- Pedunculado (conectado por un tallo)

Los miomas asintomáticos no requieren tratamiento. Las pacientes deben ser reevaluadas periódicamente (p. ej., cada 6 a 12 meses). Para los miomas sintomáticos existen opciones médicas, como la supresión de las hormonas ováricas para detener el sangrado, pero son subóptimas y limitadas. Sin embargo, los médicos deben considerar primero intentar el tratamiento médico antes de hacer la cirugía. En general, se pueden administrar tratamientos farmacológicos antes de la cirugía para achicar el tejido de los miomas; estos fármacos a menudo detienen la menstruación y permiten que los parámetros sanguíneos mejoren. En las mujeres perimenopáusicas, habitualmente se puede intentar un tratamiento expectante porque los síntomas pueden resolverse cuando los miomas disminuyen su tamaño después de la menopausia (El Manual Merck (2019)).

### **Cirugía para los miomas**

En general, la cirugía se reserva para las mujeres con cualquiera de las siguientes características:

- Una tumoración pelviana que se agranda rápidamente
- Sangrado uterino recurrente refractario a los medicamentos

- Dolor severo o presión persistente (p. ej., que requiere de opioides para el control o que es intolerable para la paciente)
- Un útero grande que tiene efecto de masa en el abdomen, causando síntomas urinarios o intestinales o comprimiendo otros órganos y causando alteraciones funcionales (p. ej., hidronefrosis, polaquiuria, disparéunia)
- Infertilidad (si se desea el embarazo)
- Abortos espontáneos recurrentes (si se desea el embarazo)

Otros factores que favorecen la cirugía son haber completado la maternidad y el deseo de la paciente de un tratamiento definitivo.

La miomectomía se hace habitualmente por vía laparoscópica o histeroscópica (usando un instrumento con un endoscopio de ángulo ancho y un ansa eléctrica para la extirpación), con técnicas de cirugía robótica o sin ellas, (Manual Merck (2019).

La histerectomía también puede realizarse por laparoscopia, por vía vaginal o por laparotomía. La mayoría de las indicaciones para la miomectomía y la histerectomía son similares. La elección de las pacientes es importante, pero deben estar completamente informadas acerca de las posibles dificultades y las secuelas de la miomectomía y la histerectomía, (Manual Merck (2019).

La morcelación (destrucción del mioma) a menudo se realiza durante la miomectomía o la histerectomía. La morcelación consiste en cortar los fibromas o el tejido endometrial en trozos pequeños para que las piezas se puedan extraer a través de una incisión más pequeña (p. ej., laparoscópicamente). En muy raras ocasiones, las mujeres que se someten a una cirugía de fibromas uterinos tienen un sarcoma no diagnosticado u otro tipo de cáncer uterino no sospechado. Si se realiza la morcelación,



las células malignas se pueden diseminar al peritoneo. Se debe informar a los pacientes que si se utiliza la morcelación, existe un riesgo muy pequeño de diseminación de células cancerosas, (Manual Merck, 2019).

Si la mujer desea embarazarse o quiere conservar su útero, se usa la miomectomía. En alrededor del 55% de las mujeres con infertilidad por miomas solamente, la miomectomía restablece la fertilidad y se alcanza el embarazo en unos 15 meses. Sin embargo, a menudo la histerectomía es necesaria o preferida por la paciente.

Los factores que favorecen la histerectomía incluyen el tratamiento más definitivo. Después de la miomectomía, pueden comenzar a crecer nuevos fibromas, y alrededor del 25% de las mujeres que se sometieron a una miomectomía deben realizarse una histerectomía entre 4 y 8 años después (Manual Merck, 2019).

Rakotomahenina, Rajaonarison, Wong, Brun (2017) refieren que los fibromas uterinos son las formas más comunes de patologías benignas del tracto genital. Afectan a una gran proporción de mujeres en edad reproductiva y producen sangrado menstrual excesivo, presión en el área pélvica y afectan la reproducción, aunque muchas mujeres permanecen asintomáticas esta es la causa más frecuente de histerectomía. Los autores defienden la miomectomía como un procedimiento seguro que preserva la capacidad de fecundar.

**Endometriosis.** De acuerdo con el Manual Merck (2019), en el caso de la endometriosis, el tejido que reviste el interior del útero (endometrio) crece fuera del útero en los ovarios, las trompas de Falopio, u otros órganos pélvicos o abdominales. Cuando los medicamentos o la cirugía de conservación no mejoran la endometriosis, podrías necesitar una histerectomía junto con la extirpación de los ovarios y las trompas de Falopio (salpingooforectomía bilateral).

En la endometriosis, el tejido endometrial funcionante es implantado en la pelvis fuera de la cavidad uterina. El trastorno afecta del 6 al 10 por ciento de todas las mujeres, al 25 al 50% de las infértiles y de y 75 a 80% de las mujeres con dolor pélvico crónico. Los síntomas dependen de la localización de los implantes y pueden incluir dismenorrea, dispareunia, infertilidad, disuria y dolor durante la defecación. La gravedad de los síntomas no se relaciona con la etapa de la enfermedad. El diagnóstico se basa en la visualización directa y a veces en biopsia, en general por vía laparoscópica. Los tratamientos incluyen agentes antiinflamatorios, agentes que suprimen la función ovárica y el crecimiento tisular endometrial, cirugía de ablación y extirpación de los implantes endometriósicos, y, si la enfermedad es grave y no se planea tener niños, histerectomía aislada o histerectomía más salpingo-ooforectomía bilateral (Manual Merck, 2019).

En general, la endometriosis se confina a las superficies peritoneal o serosa de los órganos pélvicos, comúnmente los ovarios, los ligamentos anchos, el fondo de saco posterior y los ligamentos uterosacros. Las localizaciones menos comunes incluyen las trompas uterinas, las superficies serosas de los intestinos delgado y grueso, los uréteres, la vejiga, la vagina, el cuello uterino, las cicatrices quirúrgicas y, con menor frecuencia, el pulmón, la pleura y el pericardio. Se cree que el sangrado de los implantes peritoneales inicia un proceso de inflamación estéril seguido de depósito de fibrina, formación de adherencias y, finalmente, cicatrices que distorsionan las superficies peritoneales de los órganos, lo que produce dolor y distorsiona la anatomía pelviana, (Manual Merck, 2019).

Dolor pelviano cíclico en la línea media, dolor que precede específicamente a la menstruación (dismenorrea) o durante la misma y durante la relación sexual (dispareunia), es típico y puede ser progresivo y crónico (dura > 6 meses). También son típicas las masas anexiales y la infertilidad. La cistitis intersticial<sup>1</sup> con dolor suprapúbico

o pélvico, la polaquiuria y la incontinencia de urgencia son comunes. Es posible el sangrado intermenstrual, (El Manual Merck (2019)). Generalmente la dispareunia es un síntoma que las mujeres sufren sin hacer referencia a su ginecólogo porque muchas consideran que el dolor al coito es algo normal. Fadul (2018) en su tesis doctoral de la Universidad de Almería sobre Vaginismo encontró que el 56.3% de los controles refirió dolor en las relaciones sexuales y aunque visitaban al ginecólogo para control de sus anticonceptivos, no mencionaban dicho dolor el cual solo aparece cuando el medico lo pregunta.

Algunas mujeres con endometriosis extendida son asintomáticas; algunas con enfermedad mínima tienen dolor incapacitante. La dismenorrea es una importante pista diagnóstica, especialmente si comienza después de varios años de menstruaciones relativamente libres de dolor. Los síntomas a menudo disminuyen o se resuelven durante el embarazo.

Los síntomas pueden variar, dependiendo de la localización de los implantes.

- Intestino grueso: dolor durante la defecación, meteorismo, diarrea o estreñimiento, o sangrado rectal durante las menstruaciones
- Vejiga: disuria, hematuria, dolor suprapúbico o pélvico (particularmente durante la micción), tenesmo vesical, incontinencia de urgencia o una combinación
- Ovarios: formación de un endometrioma (una masa quística de 2 a 10 cm en un ovario) que ocasionalmente se rompe o filtra líquido y provoca dolor abdominal agudo y signos peritoneales
- Estructuras anexiales: formación de adherencias anexiales que producen una masa o dolor pelviano.
- Estructuras extrapelvianas: dolor abdominal vago (a veces)

El examen pelviano puede ser normal, o los hallazgos pueden incluir un útero fijo y en retroversión, ovarios agrandados o hipersensibles a la palpación, masas ováricas fijas, engrosamiento del tabique rectovaginal, induración del fondo de saco, nódulos en el ligamento uterosacro y/o masas anexiales. Rara vez, las lesiones pueden verse en la vulva, el cuello o la vagina, el ombligo o en cicatrices quirúrgicas, (El Manual Merck (2019)).

Prolapso uterino. Puede producirse el descenso del útero a la vagina cuando los ligamentos y los tejidos de apoyo se debilitan. El prolapso del útero puede provocar incontinencia urinaria, presión pélvica o dificultad con los movimientos intestinales. Podría ser necesaria una histerectomía para tratar estos trastornos (El Manual Merck (2019)).

El prolapso uterino es el descenso del útero hasta o más allá del introito. Prolapso vaginal es el descenso de la vagina o del manguito vaginal después de la histerectomía. Los síntomas incluyen presión y plenitud vaginal. El diagnóstico es clínico. El tratamiento incluye la reducción, los pesarios y la cirugía.

El prolapso uterino se gradúa según el nivel de descenso:

- Primer grado: hasta el tercio superior de la vagina
- Segundo grado: hasta el introito
- Tercer grado: el cuello uterino llega más allá del introito
- Cuarto grado (a veces conocido como procidencia): el útero y el cuello salen completamente por el introito

## **SIGNOS Y SÍNTOMAS**

Los síntomas tienden a ser mínimos en el prolapso uterino de primer grado. en el prolapso uterino de segundo y tercer grado, son comunes la sensación de masa ocupante, de peso, la presión, la dispareunia y la sensación de un órgano cayéndose. Puede haber dolor en la región baja de la espalda y es posibles el vaciado incompleto de la vejiga y el estreñimiento, (el manual merck (2019)).

El prolapso uterino de tercer grado puede manifestarse como una tumoración o la protrusión del cérvix o el manguito vaginal, aunque la reducción espontánea es posible. La mucosa vaginal puede secarse, engrosarse, inflamarse crónicamente, infectarse y ulcerarse. Las úlceras pueden ser dolorosas y parecer un cáncer de vagina. Si protruye, el cuello uterino también puede ulcerarse (Manual Merck, 2019).

### **Prolapso uterino**

El Manual Merck (2019), consigna que los síntomas de prolapso vaginal son similares. En general, hay un cistocele o un rectocele.

### **Prolapso vaginal**

La incontinencia urinaria es común. Los órganos pelvianos descendidos pueden obstruir intermitentemente el flujo urinario, provocando una retención urinaria y una incontinencia por rebosamiento, que enmascara una incontinencia de esfuerzo. La polaquiuria y la necesidad imperiosa de orinar pueden acompañar el prolapso uterino o vaginal, (El Manual Merck (2019).

## **PROLAPSO UTERINO**

Los prolapsos uterinos de segundo y tercer grado asintomáticos pueden no requerir tratamiento, (El Manual Merck, 2019).

Los prolapsos de primero o segundo grado sintomáticos pueden tratarse con un pesario si el periné puede soportarlo estructuralmente. Los síntomas graves o persistentes y los prolapsos de tercer y cuarto grados requieren cirugía, en general una histerectomía con reparación quirúrgica de las estructuras pelvianas de sostén (colporrafia) y suspensión de la porción superior de la vagina (sutura de la cúpula vaginal a una estructura cercana estable). Las opciones quirúrgicas incluyen un abordaje vaginal (para la suspensión al ligamento sacroespinoso o colpopexia sacroespínosa) y

un abordaje abdominal (sacrocolpopexia). La laparoscopia bajo asistencia robótica se aplica con mayor frecuencia con un abordaje abdominal, (El Manual Merck, 2019).

Para el prolapso de tercer y cuarto grado, un abordaje abdominal (mediante laparotomía o laparoscopia) se traduce en un mayor apoyo estructural que una reparación vaginal y un menor riesgo de complicaciones que cuando la malla se coloca por vía vaginal. La reparación laparoscópica del prolapso plantea menos riesgo de morbilidad perioperatoria que la laparotomía. El uso de una malla puede disminuir el riesgo de recurrencia del prolapso vaginal después de una reparación, pero las complicaciones pueden ocurrir con mayor frecuencia. Las pacientes deben ser advertidas de que puede no ser posible la remoción de toda la malla para que puedan tomar una decisión informada, (El Manual Merck, 2019).

### **PROLAPSO VAGINAL**

El prolapso vaginal se trata de manera similar al uterino.

La vagina puede ser obliterada si las mujeres no son buenas candidatas para una cirugía prolongada (p. ej., si tienen comorbilidades graves). Las ventajas de la obliteración vaginal incluyen la corta duración de la cirugía, el bajo riesgo de morbilidad perioperatoria, y muy bajo riesgo de recurrencia del prolapso. Sin embargo, después de la obliteración vaginal, las mujeres ya no pueden tener relaciones sexuales. La incontinencia urinaria también requiere tratamiento, (El Manual Merck, 2019).

### **CONCEPTOS CLAVE**

- Los órganos pelvianos descendidos pueden obstruir intermitentemente el flujo urinario, provocando una retención urinaria y una incontinencia por rebosamiento, que enmascara una incontinencia de esfuerzo.
- El prolapso uterino de tercer grado (el cuello sobrepasa el introito) puede reducirse espontáneamente antes de que la paciente se presente.
- Confirmar el diagnóstico mediante un examen, pero biopsiar las úlceras vaginales o cervicales para descartar cáncer.

- Tratar con un pesario si el prolapso es de primero o segundo grado y el periné puede soportar u pesario, o tratar con cirugía si la mujer la prefiere al pesario.

Tratar quirúrgicamente si el prolapso es de tercer o cuarto grado, o si los síntomas son graves o persistentes, (El Manual Merck (2019)).

- Sangrado vaginal anormal. Si las menstruaciones son intensas, irregulares o prolongadas, una histerectomía podrá dar alivio cuando el sangrado no se pueda controlar con otros métodos.

El sangrado vaginal anormal incluye

- Menstruaciones que son excesivas (hipermenorrea) o muy frecuentes (polimenorrea)
- El sangrado no se relaciona con las menstruaciones y aparece entre dos ciclos (metrorragia)
- Sangrado excesivo durante las menstruaciones y que aparece en forma irregular entre dos ciclos (menometrorragia)
- Hay sangrado después de la menopausia (o sea, > 6 después del último ciclo menstrual normal)

El sangrado vaginal también puede aparecer durante la primera parte del embarazo. El sangrado vaginal puede proceder de cualquier sitio del tracto genital, incluyendo la vulva, la vagina, el cuello uterino y el útero. Cuando el sangrado vaginal se origina en el útero, se denomina sangrado uterino anormal (SUA), (El Manual Merck, 2019).

## **FISIOPATOLOGÍA**

La mayoría de los sangrados vaginales anormales involucran

- Anomalías hormonales en el eje hipotálamo-hipofisario-ovárico (causa más común)

- Trastornos estructurales, inflamatorios u otros problemas ginecológicos (p. ej., tumores)
- Trastornos hemorrágicos (menos comunes)

Cuando las causas son hormonales, no se produce la ovulación o puede ser poco frecuente. Durante un ciclo anovulatorio, el cuerpo lúteo no se forma, y así la secreción cíclica normal de progesterona no se produce. Sin progesterona, los estrógenos hacen que el endometrio siga en su fase proliferativa y que finalmente sobrepase la capacidad de los vasos sanguíneos para irrigarlo correctamente. Así, el endometrio se esfacela y sangra de manera incompleta, irregular y, a veces, profusamente o durante mucho tiempo, (El Manual Merck (2019)).



## ETIOLOGÍA

Las causas en las mujeres adultas y en las niñas. Durante los años reproductivos, las causas comunes de sangrado vaginal en las mujeres que se sabe que no están embarazadas incluyen en particular sangrado anovulatorio, complicaciones de un embarazo temprano no diagnosticado, mioma subcutáneo, sangrado intermenstrual asociado con la ovulación, sangrado mientras la mujer está tomando anticonceptivos.

El sangrado uterino anovulatorio es la causa más común de sangrado vaginal anormal durante los años reproductivos, (El Manual Merck (2019)).

Las causas de SUA en mujeres no embarazadas en edad reproductiva pueden clasificarse como estructurales o no estructurales como en el sistema de clasificación PALM- PALM-COEIN es una regla mnemotécnica para las causas estructurales (PALM) y las causas no estructurales (COEIN).

La vaginitis, los cuerpos extraños, los traumatismos y el abuso sexual son causas comunes de sangrado vaginal antes de la menarca.

Conceptos claves son presentados de acuerdo con el Manual Merck, 2019.

- El embarazo debe excluirse en mujeres en edad reproductiva aunque los antecedentes no lo sugieran.
- El sangrado uterino anovulatorio es la causa más común de sangrado vaginal anormal durante los años reproductivos.
- La vaginitis, los cuerpos extraños, los traumatismos y el abuso sexual son causas comunes de sangrado vaginal antes de la menarca.
- El sangrado vaginal posmenopáusico requiere más evaluaciones para descartar la presencia de un cáncer.
- Dolor pélvico crónico. Ocasionalmente, la cirugía es un último recurso necesario para las mujeres que experimentan un dolor pélvico crónico que claramente se origina en el útero. Sin embargo, la histerectomía no brinda alivio a muchas formas de dolor pélvico, y una histerectomía innecesaria puede crear nuevos problemas. Es

necesario que la paciente sea sometida a una evaluación cuidadosa antes de proceder con esta cirugía mayor.

Un dolor pelviano es una molestia en la parte baja del tórax; es un motivo de consulta común en las mujeres. Se considera por separado del dolor perineal, que aparece en los genitales externos y cerca de la piel perineal.

El dolor pelviano puede originarse en los órganos reproductivos (cuello uterino, útero, anexos) o en otros órganos. A veces, la causa es desconocida.

## **TRASTORNOS GINECOLÓGICOS**

Algunos trastornos ginecológicos pueden causar un dolor cíclico (o sea, dolor recurrente durante la misma fase del ciclo menstrual). En otros, el dolor es un episodio moderado no relacionado con el ciclo menstrual. Si el inicio del dolor es repentino o gradual, ayuda a discriminar entre los dos tipos. Globalmente, las causas más comunes de dolor pelviano incluyen dismenorrea, ovulación, endometriosis, (Manual Merck, 2019).

Los fibromas uterinos pueden causar dolor pélvico si se están degenerando o si su ubicación en el útero resulta en un sangrado o cólicos excesivos. La mayoría de los miomas uterinos no producen dolor.

Los trastornos no ginecológicos que pueden causar dolor pélvico pueden ser gastro intestinal (p. ej., tumores, estreñimiento, absceso perirectal alto)

- Urinarios (p. ej., cistitis, cistitis intersticial, cálculos)
- Musculoesquelético (p. ej., diastasis de la sínfisis pubiana debida a partos vaginales previos, esfuerzos musculares abdominales)

- Psicógeno (p. ej., somatización; efectos de abusos físicos, psicológicos o sexuales previos)
- Es difícil establecer cuál es el más común.

## **EVALUACIÓN**

La evaluación del dolor pélvico debe ser expedita porque algunas causas de dolor pélvico (p. ej., embarazo ectópico, torsión anexial) requieren tratamiento inmediato, (El Manual Merck, 2019).

El embarazo debe excluirse en mujeres en edad fértil más allá de los antecedentes establecidos.

Antecedentes de la enfermedad actual: debe incluir los ginecológicos (embarazos, paridad, antecedentes menstruales y de enfermedades de transmisión sexual) e inicio, duración, localización y características del dolor. Deben registrarse las características, la agudez, la gravedad y la localización del dolor y sus relaciones con el ciclo menstrual y se pueden sugerir las causas más probables. Síntomas asociados importantes incluyen sangrado o secreciones vaginales y síntomas de inestabilidad hemodinámica (p. ej., mareos, síncope).

La revisión por aparatos y sistemas debe buscar síntomas que sugieran posibles causas, que incluyen las siguientes:

- Náuseas, edema o hipersensibilidad en las mamas o amenorrea: embarazo
- Fiebre y escalofríos: infección
- Dolor abdominal, náuseas, vómitos o cambios en los hábitos de las heces: trastornos gastrointestinales
- Polaquiuria, tenesmo vesical o disuria: trastornos urinarios

Antecedentes médicos: deben registrarse antecedentes de infertilidad, embarazos ectópicos, enfermedad pelviana inflamatoria, urolitiasis, diverticulitis y cánceres de los

aparatos digestivo o urogenital. Debe registrarse cualquier cirugía abdominal o pelviana.

El examen físico comienza con una revisión de los signos vitales en busca de inestabilidad (p. ej., fiebre, hipotensión) y se centra en los exámenes abdominales y pelvianos.

El abdomen se palpa en busca de dolores, masas y signos peritoneales. Se realiza un examen rectal en busca de dolor, masas o sangre oculta. La localización del dolor y cualquier hallazgo asociado puede proporcionar pistas sobre la causa

El examen pelviano incluye inspección de los genitales externos, examen con espéculo y palpación bimanual. El cuello uterino se inspecciona en busca de secreciones, prolapso uterino y estenosis cervical o lesiones. El examen bimanual debe evaluar si existe dolor al movimiento cervical, masas anexiales o dolor y agrandamiento uterino, (El Manual Merck, 2019).

## **SIGNOS DE ALARMA**

Los siguientes hallazgos son de particular importancia:

- Síncope o shock hemorrágico (p. ej., taquicardia, hipotensión)
- Signos peritoneales (rebote, rigidez, defensa)
- Sangrado vaginal posmenopáusico
- Fiebres o escalofríos
- Dolor intenso repentino con náuseas, vómitos, diaforesis o agitación

## INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS

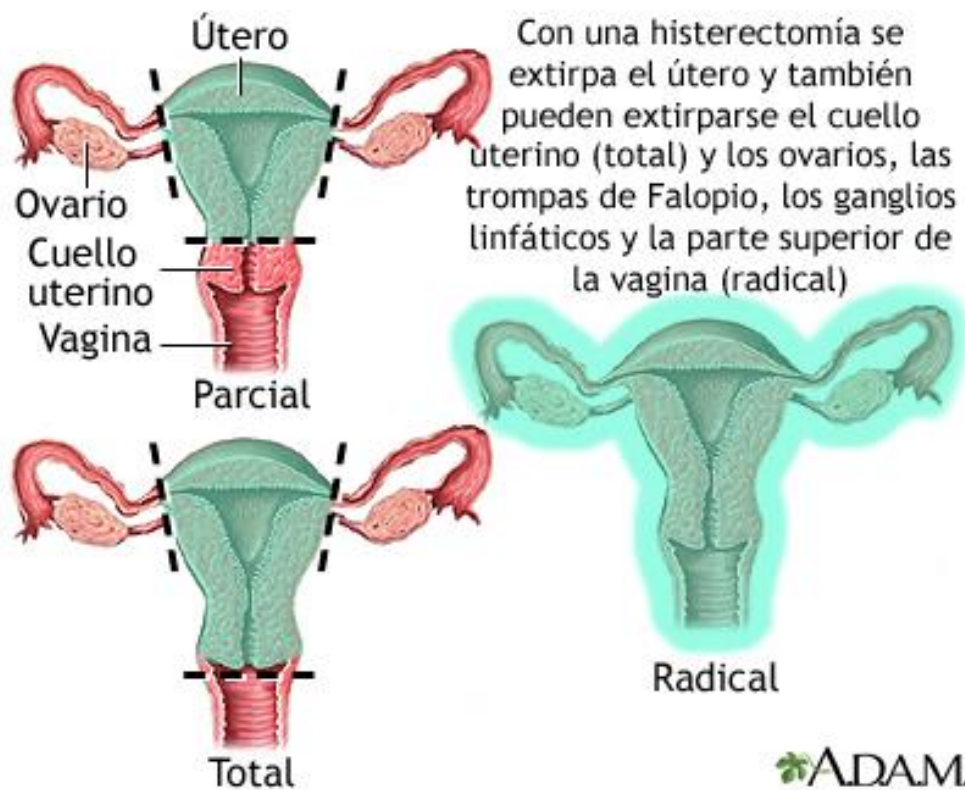
La intensidad y la agudeza del dolor pélvico y la relación con los ciclos menstruales pueden sugerir las causas más probables. La calidad y la localización del dolor y los hallazgos asociados también pueden proporcionar pistas: Sin embargo, los hallazgos pueden ser inespecíficos. Por ejemplo, la endometriosis puede resultar en una amplia variedad de hallazgos.

### Como se realiza la Histerectomía

La histerectomía es una cirugía mayor, cuando se practica implica la extirpación del útero (matriz), puede incluir las trompas y los ovarios de la mujer.

El procedimiento se hace Abdominal, por laparoscopia o por vía vaginal, (Medlineplus, enciclopedia médica, actualizada en julio, 2019). Ver esquema.

### Representación gráfica tipos de histerectomía



Fuente: Medline Plus.

## **ABORDAJE QUIRURGICO EN LA HISTERECTOMIA** según American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2018):

La histerectomía es una cirugía mayor, y aconseja que si la situación lo permite, puede ser buena idea probar primero otras opciones que no conlleven una cirugía u “observar y esperar” para ver si su problema médico se mejora por su cuenta. Extraer el útero quiere decir que ya no podrá quedar embarazada. Algunas mujeres esperan a hacerse una histerectomía hasta después de haber terminado de tener hijos.

### **CÓMO SE HACE UNA HISTERECTOMÍA**

La histerectomía se puede hacer de distintas formas: por la vagina, por el abdomen o por laparoscopia. La decisión depende del motivo por el cual se hace esta cirugía y por otros factores. A veces, la decisión se toma después de que comienza la cirugía cuando el cirujano puede ver si hay otros problemas presentes, (ACOG, 2018).

### **HISTERECTOMÍA VAGINAL**

En la histerectomía vaginal, el útero se extrae a través de la vagina. Por lo tanto, no se hace una incisión abdominal. Por lo general conlleva menos complicaciones que la cirugía abdominal o laparoscópica. La recuperación puede ser más corta que con 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. Por ejemplo, en las mujeres con adherencias de cirugías previas o úteros muy grandes es posible que no se pueda hacer este tipo de cirugía, Medline Plus, 2019.

### **HISTERECTOMÍA ABDOMINAL**

En la histerectomía abdominal, el útero se extrae a través de una incisión en la parte inferior del abdomen. La entrada por el abdomen le permite al cirujano ver claramente los órganos pélvicos. La histerectomía abdominal está asociada con un

mayor riesgo de complicaciones, como infección en la herida, sangrado, coágulos de sangre y daño a los nervios y a tejidos, que con la histerectomía vaginal o laparoscópica. El período de hospitalización y recuperación generalmente son mayores que con la histerectomía vaginal o laparoscópica, (Medline Plus, 2019).

## **HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA**

La cirugía laparoscópica requiere solo unas pequeñas incisiones (de aproximadamente media pulgada de largo) en el abdomen. Se introduce un laparoscopio por una de esas incisiones para que el cirujano pueda ver los órganos pélvicos. Se usan otros instrumentos quirúrgicos para hacer la cirugía que se introducen a través de pequeñas incisiones separadas. 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. Hay varios tipos diferentes de histerectomías laparoscópicas. En la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, el útero se extrae a través de la vagina. La histerectomía laparoscópica asistida por robot se realiza con la ayuda de una máquina robótica que controla el cirujano. En general, no se ha demostrado que los desenlaces clínicos de la laparoscopia asistida por robot sean mejores que la laparoscopia que se realiza sin la ayuda de un robot, (Medline Plus, 2019).

En comparación con la histerectomía abdominal, la cirugía laparoscópica es menos dolorosa, conlleva un menor riesgo de infección y el período de hospitalización es más corto. Podría reanudar más pronto sus actividades habituales. También hay desventajas asociadas con la cirugía laparoscópica. A menudo, esta cirugía dura más tiempo en comparación con la cirugía abdominal o vaginal, especialmente si se hace con un robot. Además, conlleva un mayor riesgo de lesión a las vías urinarias y otros órganos, (Medline Plus, 2019).

## **TIPOS DE HISTERECTOMÍA**

De acuerdo al Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (2018), hay distintos tipos de histerectomía:

Histerectomía total—Se extrae completamente el útero además del cuello uterino.

Histerectomía supracervical (denominada también subtotal o parcial), en este procedimiento se extrae la parte superior del útero, pero se deja en su sitio el cuello uterino. Este tipo de histerectomía solo se puede realizar por laparoscopia o abdominalmente. Algunas mujeres creen que con la histerectomía Supracervical, la reacción sexual se afectará menos que con la histerectomía total, sin embargo, en las mujeres que han tenido los dos tipos de cirugía no se ha determinado que existe una diferencia en la reacción sexual y en los orgasmos.

**Histerectomía radical:** Esta es una histerectomía total en la que también se extraen las estructuras alrededor del útero. Se podría recomendar si se diagnostica cáncer o se sospecha la presencia de esta enfermedad.

### **Extracción de los ovarios y las trompas de Falopio**

Muchas veces las mujeres no conocen la extensión de la cirugía que le han practicado. El Colegio Americano de obstetricia y ginecología da gran importancia a este tema por las repercusiones que puede tener en la vida de la mujer. Cabe destacar que autores como Urrutia, Araya y Padilla (2011) refieren que la extirpación de ovarios alcanza entre un 45-55% de la histerectomizada.

El ACOG (2018) señala que si fuera necesario, los ovarios y las trompas de Falopio se pueden extraer en el momento que se hace la histerectomía. Este procedimiento se llama ovariosalpingectomía si se extraen ambas trompas y los dos ovarios, salpingectomía si solo se extraen las trompas de Falopio y ovariectomía si solo se extraen los ovarios.



Los ovarios y las trompas de Falopio se pueden extraer si son anormales (por ejemplo, si se han visto afectados por endometriosis). Es posible que el cirujano no sepa si se extraerán los ovarios y las trompas de Falopio hasta el momento de la cirugía. Las mujeres que corren el riesgo de presentar cáncer ovárico o cáncer del seno pueden optar por que se extraigan los dos ovarios aun si estos no están afectados para reducir este riesgo de cáncer. Esto se conoce como ovariopalingectomía destinada a reducir el riesgo. Si los ovarios se extraen antes de que llegue a la menopausia, presentará de inmediato las señales y los síntomas de este período. También puede correr un mayor riesgo de desarrollar osteoporosis, ACOG (2018).

La terapia hormonal se podría usar para aliviar las señales y los síntomas de la menopausia y ayudar a reducir el riesgo de osteoporosis. Esta terapia puede comenzar elevado. Hable con su profesional de atención médica antes de la cirugía para saber si estas terapias son adecuadas para usted. En esta etapa la paciente puede orientarse con el medico sobre la menopausia y las posibilidades de reemplazo hormonal con fines de reducir los malestares de la menopausia y reducir el riesgo de osteoporosis, ACOG (2018).

## **HISTERECTOMIA DE EMERGENCIA**

Generalmente la histerectomía es una intervención quirúrgica programada para la cual se prepara a la paciente de manera que conozca las diferentes opciones y sus consecuencias. Sin embargo hay un número de histerectomías que no se pueden programar debido a que requieren intervención quirúrgica inmediata si se quiere salvar la vida de la paciente. De acuerdo con Lefebvre, Allaire, Jeffrey & Vilos. (2018) las causas principales de esta emergencia son las siguientes:

Está indicada en casos de hemorragias ocasionadas en el postparto cuando las terapias conservadoras han fallado en controlar el sangrado.

En casos de absceso tubo ováricos que se han roto, y que no han respondido a las terapias por antibióticos. Estos casos se pueden tratar con histerectomía y salpingooforectomía en casos selectivos.

Se puede requerir una histerectomía en casos de hemorragias agudas refractarias al tratamiento médico, o conservador o quirúrgico.

En los casos de mujeres con historia de cáncer de ovario familiar, es importante la consulta con oncólogos, genetistas, cuando se considere la histerectomía por razones profilácticas.

Por otro lado, Ripley (1999), considera que la hemorragia postparto es la causa más común de morbi-mortalidad en el embarazo y que la atonía uterina, la ruptura y la inversión son tres causas potencialmente fatales de hemorragias que pueden ocurrir antes, durante o después del parto. Y agrega, que estas emergencias obstétricas requieren atención inmediata debido a que la dilación en actuar lleva a una alta mortalidad de la madre y el feto.

Otra modalidad de histerectomía es la discutida por Fawcus & Moodley. (2013), sobre la hemorragia postparto asociada con la cesárea. La pérdida de 1000 mililitros de sangre ocurre en un 5-10% de las cesáreas, siendo una causa común de mortalidad en los países subdesarrollados. Agregan que las causas más comunes de estas hemorragias son atonía uterina, presentación anormal de la placenta traumas uterinos y sepsis.

### **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 (2006), 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, refiere además que aunque las cifras han estado disminuyendo, para la edad de 60 años más de un tercio de las mujeres ha sido histerectomizada.

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. Máster, Kuile, Laan, et al. (2004), estudiaron la excitación sexual en 3 grupos de histerectomizada, doce con histerectomía radical, 12 con abdominal simple y 17 controles. La radical parece producir mayores daños que las otras intervenciones.

## MANIFESTACIONES EMOCIONALES

De las manifestaciones emocionales que resultan como consecuencia de una pérdida, podemos mencionar las tres principales, como son: el duelo, la depresión y el estrés postraumático. En esta investigación nos referiremos a las dos primeras llamando la atención que en ambas condiciones los síntomas se solapan por lo cual el diagnóstico diferencial hay que hacerlo con los antecedentes psicopatológicos de la persona.

*“Si la emoción no se libera en una actividad física o mental adecuada, esta actúa sobre los órganos y altera su funcionamiento. La aflicción que puede expresarse mediante lágrimas, se olvida rápidamente, en tanto que la pena muda que muerde incesantemente el corazón, termina por romperlo”. Henry Maudsley, (1835 –1918).*

*El duelo es un proceso por el que una persona que ha perdido algo importante para ella (una persona que ha muerto o de la que se ha separado, pero también otro tipo de objetos de vinculación como la casa, un animal de compañía, un trabajo, la salud, pérdida de un órgano, o el empleo, la pareja, entre otras pérdidas) se adapta y se dispone a vivir sin ello, Liria & Rodríguez-Vega, (2002).*

### **Duelo**

El duelo de acuerdo al DSM-V (2014) es una condición que suele conllevar un gran sufrimiento, pero no induce normalmente a un episodio depresivo mayor. Cuando ocurren a la vez síntomas depresivos y el deterioro funcional, tienden a ser más graves y el pronóstico suele ser peor que el del duelo que no se acompaña de trastorno depresivo mayor. La depresión relacionada con el duelo tiende a ocurrir en las personas vulnerables

a los trastornos depresivos y en esos casos se puede facilitar la recuperación con el tratamiento farmacológico adecuado. Esta condición requiere de intervención terapéutica ya que el duelo se puede convertir en una entidad crónica como en los casos del duelo complejo (DSM-V, 2014).

El duelo es una reacción de los humanos y se estima que también de otras especies que responden con expresiones físicas, psicológicas y emocionales ante las situaciones de pérdidas. En la biblia hay 67 referencias que hacen alusiones al duelo (se destacan: Génesis, 37:35; cuando Jacobo llora la pérdida de José, creyendo que estaba muerto, "se rasga las vestiduras" sus hijos e hijas trataron de consolarlo pero el no quiso, en Mateo 5:4 con el famoso versículo "Bienaventurados los que lloran porque ellos serán consolados". Shakespeare (1615), lo describe en *Macbeth*, en Henry VI, Parte III, acto II, escena I: diciendo: "llorar es hacer menor la profundidad del duelo". Freud escribió (1917), quien enfoca en Duelo y Melancolía. Aunque el énfasis de ese documento es el estudio de la Melancolía, arroja luz sobre el duelo al exponer que es un afecto normal y lo define como "la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, 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. Guerrero (2009) en su ensayo sobre el duelo refiere que todo esto parece obvio cuando hablamos del duelo por el fallecimiento o alejamiento de un ser querido, mayor cuanto más apego existiera. Pero, la pérdida de una parte del cuerpo también desencadena un duelo, un dolor tanto mayor cuanto más relevante sea la zona que ha desaparecido. La persona gradualmente, poco a poco, tiene que ir comprobando que esa parte ya no existe, que la pérdida es una realidad y que la tiene que ir aceptando lentamente, a costa del dolor emocional que produce el reconocimiento de que una parte de sí mismo ya no existe.

En 1628, Robert Burton, escribe la Anatomía de la Melancolía, un clásico de la psiquiatría donde se analiza la aflicción mental y se considera un tratado de lo que hoy llamamos depresión.

El trabajo emocional con las personas que han sufrido pérdidas ha sido magistralmente estudiado por Elizabeth Kübler-Ross (2014). *On death & dying (Sobre la muerte y el morir)*, quien sin lugar a dudas ha trazado las pautas para el manejo de la muerte en el moribundo y posteriormente duelo de los sobrevivientes.

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.

En 1628, Robert Burton, escribe la Anatomía de la Melancolía, un clásico de la psiquiatría donde se analiza la aflicción mental y se considera un tratado de lo que hoy llamamos depresión.

El duelo implica pesar, pérdida de interés, pérdida de capacidad de elección, es desencadenado por una pérdida real o muerte del objeto y resulta ser un proceso lento. Sin embargo, Freud (1917) indica que a pesar de los cambios en la conducta normal del individuo el duelo no es un estado patológico por lo que recomendar tratamiento médico no es necesario. Freud agrega que el paso del tiempo permite superarlo y perturbar este afecto normal resulta dañino para el individuo.

Cuando el individuo se percató que su amado o aquello que ama ya no se encuentra en su realidad se enfrenta a la “exhortación” de redirigir su energía, que antes invertía en el objeto perdido a otra cosa, pero al resistirse comienza a operar el duelo. Para el autor (Freud, 1917), la renuencia a liberar lo amado que se perdió puede llegar a unos niveles de intensidad que produzcan un destierro de la realidad y una retención del objeto amado por vía de una psicosis. Aunque lo normal es que se acepte la realidad, esta aceptación no se cumple inmediatamente. Para lograrla, explica que con un gran gasto de energía se trabajan cada uno de los recuerdos y de las expectativas que se tenían con el objeto perdido, destacándose lo doloroso del proceso, pero una vez cumplido el mismo el individuo vuelve a ser libre y desinhibido. Aquí emana la importancia de vivir el duelo. Finalmente, y aunque reconoce no poder explicar los medios a través de los cuales el duelo se completa, distingue el duelo normal del duelo patológico.

Para una comprensión del duelo es necesario revisar a los clásicos en la investigación de este fenómeno que se presenta a nivel universal en los humanos y en muchas especies. Cabe destacar los trabajos de Erich Lindemann (1944), desarrollados durante la segunda guerra mundial y cuyos resultados están contenidos en su artículo, “La Sintomatología y el Manejo del Duelo Agudo”, hoy considerado como un clásico de la literatura psiquiátrica, expresa el autor que el gran número de vidas humanas perdidas en la guerra ha aumentado la importancia del estudio del fenómeno conocido como duelo.

Lindemann introduce el cese repentino de la interacción social como una de las causas del duelo - en adición al duelo por muerte de un familiar o conocido - y reconoce la somatización como un síntoma adicional, a los síntomas psicológicos antes reconocidos del duelo. Coincide con Freud (1917) al considerar el duelo como una reacción normal ante una situación de angustia y dolor. Lindemann (1944), para su investigación aplicó entrevistas directas y consecutivas a 101 pacientes psiquiátricos que aceptaron trabajar el proceso además de la realización de estudios médicos para la medición de los síntomas somáticos. Los participantes habían experimentado pérdidas de origen distinto: pacientes con pérdidas durante su propio tratamiento, personas que perdieron familiares en el hospital, personas que perdieron familiares en una tragedia y personas con familiares en las fuerzas armadas.

En la población de estudio, los síntomas caracterizados como angustia somática son tirantez en la garganta, dificultad para respirar, pérdida de la fuerza, agotamiento físico, molestias del aparato digestivo y alteraciones sensoriales. La sintomatología psicológica incluye fuertes sentimientos de culpa, autorreproches por aparente negligencia, exageración de omisiones menores, dificultad para relacionarse con otras personas, irritabilidad, enojo, necesidad de hablar sobre el o lo relacionado al fallecido, inquietud, la búsqueda continua de labores para mantenerse ocupados y la necesidad de realizar un esfuerzo significativo para poder cumplir con su rutina normal antes de experimentar la pérdida en estudio.

Lindemann (1944), agrega un síntoma adicional que es la aparición en el doliente de comportamientos y características del fallecido, aclarando la presencia de este síntoma en pacientes que se encuentran en el borde de ser considerados patológicos. El autor define el trabajo de duelo como el proceso a través del cual el paciente logra liberarse de las ataduras al fallecido, se reajusta al ambiente donde el fallecido ya no está y puede establecer nuevas relaciones. La duración de este trabajo es estimada entre 6 y 8 semanas para un duelo normal. El gran obstáculo que puede enfrentar el trabajo de duelo es la renuencia de los pacientes a experimentar la angustia de vivir el duelo y la expresión real de sus emociones. Finalmente, Lindemann (1944) introduce el concepto de duelo anticipatorio al reportar reacciones genuinas de duelo en pacientes que han experimentado separación de un ser querido que no ha muerto pero que se encuentra bajo amenaza real de muerte.

Otro de los pioneros en el manejo del duelo fue el psiquiatra Harry Stack Sullivan (1956), cuyo trabajo se desarrolló en el campo de las relaciones interpersonales, refiere el autor que el duelo es una parte importante del equipamiento que dispone un ser humano. El duelo resulta ser un proceso extremadamente valioso como arma de protección que “nos salva de ser víctimas de haber sido felices una vez en esta cultura”. Sullivan (1956) asume una posición teórica desde la cual explica que los humanos son un producto de la aculturización pues la seguridad que ostentan depende de otras personas que comunican los valores por los cuales se rigen y participan en la satisfacción de sus



necesidades. Por esto, él explica que los seres humanos son más susceptibles a las consecuencias negativas de “accidentes naturales” que destruyen a las personas que son valiosas para ellos.

En este contexto, Sullivan describe el proceso de duelo normal como aquel donde desde el primer día - después de la pérdida - es casi imposible no recordar la persona ausente, ya sea hasta por el más mínimo detalle. Sin embargo, cada vez que el ser humano se enfrenta a un nuevo detalle, el poder de esa asociación particular que despierta la ilusión que teníamos con el fallecido, disminuye su poder. A medida que se toma consciencia y se van borrando los lazos con la persona perdida, se libera la personalidad del doliente para seguir adelante con su vida y buscar satisfacción a través de la cooperación o colaboración con otras personas. Destaca lo positivo del duelo al evitar que las personas se retiren de sus propias vidas y aunque reconoce lo doloroso que resulta este proceso reparte esperanza al aclarar que dicho dolor disminuye a medida que van pasando los días. Finalmente expone su teoría sobre lo que hoy conocemos como duelo complicado. De éste indica que el apego a la imagen fantástica que se tiene del fallecido llega a constituirse en una barrera para alcanzar cualquier cambio o progreso y mantiene a la persona aislada de los demás. El aislamiento es desastroso para la personalidad del individuo pues puede desencadenar en una peligrosa depresión o en la infelicidad de experimentar el deterioro lento del proceso de la vida fantástica con el objeto amado que se ha perdido.

Las investigaciones del psicoanalista John Bowlby (1961) están contenidas en su artículo “El proceso del duelo” (The Processes of Mourning), donde explora los procesos psicológicos básicos que se dan a lugar durante el duelo basando su análisis en la similitud encontrada entre infantes, adultos y animales en su respuesta a la pérdida de un objeto amado con la finalidad de identificar un proceso común. Para (Bowlby, 1961) el duelo “es una amalgama peculiar de ansiedad, enojo y desesperación después de la experiencia de lo que se teme como pérdida irre recuperable”.

Hay características del duelo en los humanos que parecieran a primera vista ser exclusivas de la especie humana, tales como el mantener conductas orientadas al objeto

perdido por meses y hasta años, y la presencia de hostilidad hacia sí mismo resultan haber sido reportadas para aves y perros, y primates jóvenes, respectivamente, en estudios anteriores citados por el autor. La única particularidad que parece experimentar los humanos es la identificación con el objeto perdido (Bowlby, 1961).

La fase inicial del duelo es la necesidad de recuperar el objeto perdido, generalmente de manera involuntaria e inconsciente. En el momento de separación o muerte de uno de los compañeros, el otro queda en desequilibrio. El arduo esfuerzo por recuperar al objeto perdido, la ira, el llanto, la agresión hacia el objeto perdido, ausencia de gratitud hacia aquellos que le ofrecen consuelo, son todas características de esta primera etapa.

La segunda fase es conocida como Desorganización. La esperanza de que un esfuerzo importante pueda recuperar el objeto perdido comienza a desvanecerse. A medida que se acumula decepción (por no poder recuperarlo) también lo hace la desesperación. Esto provoca que el individuo pierda el equilibrio y llegue a la desorganización. También mencionada como la etapa depresiva del duelo, es el resultado de la desorganización de los patrones de comportamiento como consecuencia de la pérdida de un objeto importante o de una meta. La desesperación, inquietud, apatía, ansiedad, depresión, son todas características de esta segunda etapa.

Ante un proceso sano de duelo se alcanza la tercera y última fase: Reorganización. Las acciones orientadas hacia el objeto amado que ya no se encuentra con el doliente van cambiando a medida que pasa el tiempo. Se llega a la desconexión respecto al objeto y a la adaptación de la nueva realidad.

Pollock (1961), refiere que cuando la relación con un objeto se ve interrumpida por la muerte de uno de los miembros se necesita un nuevo proceso de adaptación del ego para que el afectado pueda manejar esta situación, que le perturba tanto su medio interno como externo. Pollock agrega que según la facilidad de sustitución del objeto perdido el proceso de adaptación puede ser alcanzado más fácilmente. El autor afirma que el duelo

es un proceso no exclusivo del ser humano. Para Pollock (1961), el duelo está compuesto de una serie de reacciones con distintos niveles de agudeza y cronicidad que ocurren en una secuencia temporal, y se conocen como la fase aguda y la fase crónica.

Sin embargo, se puede decir que la figura más importante en el estudio y manejo del duelo es el de la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, quien plasma sus estudios en el libro "On Death & Dying", (Sobre la muerte y el morir), donde documenta la experiencia de pacientes terminales y su reacción ante la pérdida de su propia vida, el duelo es un proceso cargado de emociones que son parte del ser humano.

El experimento de trabajar con pacientes terminales por dos años y medio le otorgó a la autora la oportunidad de reenfocar los esfuerzos en el paciente, haciendo honor a su condición humana y desafiando las costumbres de su tiempo donde un paciente severamente enfermo era tratado como una persona sin derecho a su opinión.

Siendo la muerte un aspecto desagradable de la vida, la sociedad busca ignorar o evitarla. Los médicos jóvenes aprenden a prolongar la vida con poco entrenamiento sobre el significado de ésta, por lo que la meta que propone la autora es entrenar al personal médico a sentirse cómodos al enfrentar las dificultades de los pacientes terminales y buscar soluciones. De alguna manera "nosotros podemos ayudarlos a vivir, en vez de vegetar de manera inhumana" (Kübler-Ross, 1969).

Para los fines de su experimento, (Kübler-Ross, On death & dying, 1969) explicaba a los pacientes terminales que un grupo interdisciplinario compuesto por personal del hospital anhelaba aprender de ellos, específicamente llegar a conocer a los pacientes muy enfermos y/o terminales. El método empleado fueron entrevistas grabadas que podían ser detenidas cuando el paciente indicara y comenzaban con información general para luego continuar con asuntos muy personales. Al finalizar las entrevistas, el equipo realizaba una comprensión psicodinámica de lo que comunicaban los pacientes con la finalidad de recomendar un enfoque (al personal médico) que permitiera que los días o las semanas finales del paciente fueran lo más cómodas posible.

A partir de más de 200 pacientes entrevistados, Kübler-Ross y su equipo llegaron a identificar cinco etapas del duelo (Kübler-Ross, *On death & dying*, 1969). La primera etapa es **la negación** que funciona como un parachoques después de recibir una noticia consternante e inesperada, que permite al paciente recuperarse y movilizar otro tipo de defensa menos radical. La negación generalmente es temporal y aunque puede volver a ser utilizada por el paciente de vez en cuando, generalmente es prontamente reemplazada por la aceptación parcial.

Cuando la primera etapa de Negación no puede ser mantenida por más tiempo es reemplazada por ira, rabia, envidia y resentimiento. La pregunta “¿Por qué a mí?” es típica de la **segunda** etapa mejor conocida como Ira.

La ira es una etapa que se caracteriza por ser difícil para la familia y el personal médico ya que el enojo del paciente es esparcido “por todas las direcciones” y proyectado al ambiente casi de manera aleatoria. El paciente en estos momentos solo tiene quejas, alza la voz, llama la atención y protesta porque no quiere ser prontamente olvidado.

La tragedia de la segunda etapa es que la familia y el personal médico no se detiene a pensar en las razones que tiene el paciente para comportarse de tal manera y al tomar esta ira de manera personal (a pesar de no tener nada que ver con ellos) responden con más ira y aislamiento que alimenta la actitud hostil del paciente. Sin embargo, un paciente que se siente respetado y comprendido, que recibe atención y un poco de tiempo, pronto bajará el tono de su voz y en consecuencia su ira.

**La Negociación es la tercera etapa.** “Si Dios ha decidido sacarnos de esta tierra y él no respondió a mis súplicas enojadas, él puede ser más favorable si pido amablemente”, El doliente piensa que puede encontrar algún tipo de acuerdo que le permita posponer lo inevitable. La mayoría de estos acuerdos se realizan con Dios, se mantienen en secreto y si deciden conversarlo lo hacen de manera indirecta con el

sacerdote del hospital. El paciente terminal piensa que si “se porta bien” puede conseguir vivir por más tiempo o experimentar sus últimos días sin dolor. Para lograr esto realizan promesas que se asocian a la culpa y que deben ser tratadas a través del equipo interdisciplinario, primero por el sacerdote y luego por los psicólogos que le permitan al doliente liberarse de la culpa, del miedo o de la necesidad de castigo.

**La cuarta etapa es la Depresión.** La autora distingue entre dos tipos de depresión: la reactiva y la preparatoria. La depresión reactiva es la que experimenta el doliente a consecuencia de las pérdidas que va enfrentando en la vida y es el tipo de depresión mejor conocida por todos. Mientras que la depresión preparatoria es necesaria para que el doliente pueda morir en paz, aceptando su realidad (Kübler-Ross, 1969).

Este tipo de depresión ocurre como resultado de tomar en cuenta las pérdidas inminentes y sirve como preparación a modo de facilitar el estado de aceptación. La recomendación para esta etapa es demostrar el apoyo de manera silente con una caricia o con simplemente acompañar al doliente; el tratar de animarlo y sacarlo de este estado de ánimo está contraindicado (Kübler-Ross, 1969).

**La aceptación es la quinta etapa del duelo.** Se experimenta siempre y cuando el paciente haya tenido tiempo suficiente para trabajar las etapas anteriores. La aceptación no es una etapa “feliz”, es más bien una etapa donde se experimenta un vacío de sentimientos, el paciente está muy cansado y suele dormir en pequeños intervalos de tiempo, no lucha más, encuentra paz, prefiere pasar tiempo a solas, limita el entretenimiento (T.V.), prefiere visitas cortas sin malas noticias.

Kubler-Ross (1969) indica que durante esta etapa la comunicación entre su equipo y los pacientes terminales se volvía no verbal, los pacientes daban la autorización para entrar a su habitación con un gesto y pedían silencio. El simple hecho de estar ahí con ellos les aseguraba que no iban a ser abandonados. En estos momentos es la familia que necesita apoyo, ayuda y comprensión; muchas veces en mayor medida que el mismo paciente terminal.

Conocidas las etapas del duelo, vale la pena destacar una característica, la única cosa que ella y su equipo logró identificar durante todas las etapas: la esperanza, sin importar el tipo de paciente, el poder vislumbrar la posibilidad de una cura, de un nuevo medicamento, les mantiene a través del sufrimiento. Pero si un paciente deja de expresar esperanza, es signo de la muerte inminente, (Kübler-Ross, 1969).

Décadas más tarde, la Dra. Kübler-Ross (2005), analiza estas cinco etapas del duelo desde la perspectiva de los sobrevivientes. En una nota de autor, de su último libro, Elisabeth Kübler-Ross junto a David Kessler aclara que no existe el tiempo ni la manera correcta de vivir un duelo. (Kübler-Ross & Kessler, *On grief & grieving*, 2005).

Más recientemente algunos autores han manejado el duelo específicamente en poblaciones con pérdidas de órganos como ocurre en la histerectomía. La paciente presenta sensación de pérdida, la angustia, depresión y duelo por la pérdida de la fertilidad o los cambios en su cuerpo. Además puede haber desesperanza, pérdida de energía, tristeza, insomnio, llanto, pérdida del interés por la vida, ideas suicidas o de muerte. Long (1998), investigó “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 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. Guerrero (2009) en su ensayo sobre el duelo refiere que todo esto parece obvio cuando hablamos del duelo por el fallecimiento o alejamiento de un ser querido, mayor cuanto más apego existiera. Pero, la pérdida de una parte del cuerpo también desencadena un duelo, un dolor tanto mayor cuanto más relevante sea la zona que ha desaparecido. La persona gradualmente, poco a poco, tiene que ir comprobando que esa parte ya no existe, que la pérdida es una realidad y que la tiene que

ir aceptando lentamente, a costa del dolor emocional que produce el reconocimiento de que una parte de sí mismo ya no existe.

## **La depresión**

La prevalencia de depresión en la población general ha sido estimada en un 9.5% de la población mundial, este porcentaje se aumenta cuando coexisten otras patologías. La OMS estima que alrededor del 350 millones de personas en el mundo padecen de depresión, siendo esta la causa principal de discapacidad a nivel mundial, (OMS, 2019). La depresión es una entidad que afecta a una proporción del 15-25% de los pacientes con cáncer. A pesar de su elevada incidencia, es un trastorno habitualmente infradiagnosticado y que no recibe tratamiento adecuado. Este hecho conduce a una mala calidad de vida, una inadecuada adherencia al tratamiento y una menor tasa de supervivencia en esta población médica. Rodríguez, Amboage, Blázquez, Torres, & Gaviria, (2015). En su investigación sobre depresión y cáncer reportan que la depresión es una entidad que afecta a una proporción del 15-25% de los pacientes con cáncer.

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 suicida,
- 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 con 1,249 histerectomizada que padecían dolor pre-quirúrgico y depresión, las

mismas fueron entrevistadas a los 6 y 24 meses post cirugía. La población fue dividida 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%. Otros 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.

El hecho de que la depresión está presente en una proporción alarmante de 15-25% de los pacientes con cáncer, la misma habitualmente es infra diagnosticada, a pesar de su elevada incidencia, es un trastorno que no recibe el tratamiento adecuado. Este hecho conduce a una mala calidad de vida, una inadecuada adherencia al tratamiento y una menor tasa de supervivencia en esta población médica. Además del malestar que puede experimentar una persona con depresión, padecer un trastorno depresivo parece afectar la evolución de una enfermedad oncológica (Rodríguez, Amboage, Blazquez, et al. 2015).

En general, las depresiones conllevan alteraciones en los neurotransmisores encargados de mantener el humor, de ahí que el tratamiento tradicional es el uso de antidepresivos Inhibidores selectivos de la receptación de Serotonina. Sin embargo, Rodríguez et al. (2015) consideran que el modelo etiológico de la depresiones no necesariamente es válido en el paciente con cáncer debido a que en el paciente con cáncer existen además factores específicos de la enfermedad que influyen en la aparición de psicopatología. Se cree que en estos casos la depresión está mediada por citoquinas proinflamatorias y por un eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) hiperactivo.

Los mismos autores, Rodríguez et al. (2015) agregan que estas citoquinas proinflamatorias son liberadas por las células neoplásicas, por reacciones agresivas inflamatorias y por el extenso daño o destrucción tisular secundaria al tratamiento oncológico (cirugías, radioterapia, quimioterapia). Estos inducen una serie de signos y síntomas que comparten muchas características con la depresión mayor, como son:



anhedonia, disfunción cognitiva, ansiedad, irritabilidad, enlentecimiento psicomotor, anergia, fatiga, anorexia, alteraciones del sueño e incremento de la sensibilidad al dolor, además consideran que es causa importante en el suicidio.

## **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.

Mbongo, Mouanga, Miabaou, et al. (2016) evaluaron cualitativamente la calidad de vida y las experiencias subjetivas antes y después de la histerectomía de 40 mujeres en Brazzaville, África. Los autores refieren que las enfermedades son vistas como algo maligno que hay que erradicar debido a que afecta la calidad de vida y que la misma puede ser beneficiosa pero también afecta la calidad de vida. En este estudio, durante la enfermedad 26/40 (65%) reporto molestias durante las relaciones sexuales, 12/40 (30%), sangrado vaginal 13/40 (13.5) dolor pélvico, y en el post operatorio 38/40 (95%) reporto dispareunia transitoria. Con relación a la sexualidad pos operatoria, todas reportaron satisfacción después del tratamiento.

Otros autores que han estudiado el aspecto de la calidad de vida, han sido Xiao, Gao, Bai & Zhang, (2016), los autores estudiaron una población de 273 mujeres con cáncer cervical, confirmados histológicamente y que fueron sometidas a histerectomía

radicales y/o linfadenectomía (extirpación de los ganglios linfáticos) exclusivamente, laparotomía y laparoscopia. Sin importar el tipo de técnica quirúrgica empleada, todas mejoraron su calidad de vida y su sexualidad.

Otros investigadores como Selcuk, Cam, Asoglu, Kucukbas, et al. (2016), estudiaron 142 mujeres de las cuales 58 (40.8%) recibieron una histerectomía simple y 41 (28.8%) radical, 43 (30.2%) controles sin ningún tipo de cirugía. Concluyeron que la histerectomía tiene un efecto dañino sobre la calidad de vida relacionada con todos los aspectos de las funciones del piso pélvico, el impacto fue mayor en las que fueron sometidas a cirugía radical. Los síntomas más difíciles de eliminar fueron los problemas urinarios, particularmente la urgencia, obstrucción y los problemas sexuales.

Actualmente se debaten los beneficios y fracasos de las diferentes rutas mediante las cuales se realizan las histerectomías. Diferentes estudios han evaluado la calidad de vida, al igual que el funcionamiento físico y el funcionamiento sicosocial y el funcionamiento sexual post histerectomía. Los resultados son heterogéneos aunque las pacientes se sienten muy satisfechas con la histerectomía laparoscópica (Fortin, Hur, & Falcone, 2019).

Yeoum y Park (2005), estudiaron en un hospital de Seúl, la adaptación post quirúrgica de 89 histerectomizadas menores de 50 años. Concluyen que el 60.7% reinició 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 tercera 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 seguida 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 resultó 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 mejoro 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 laparoscopia (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% mejoro 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 grupos.

Los estudios sobre los efectos de la cirugía sobre la sexualidad son variados, encontrándose informaciones que difieren de un autor a otro. Vrzackova, Weiss, & Cibula (2010) estudiaron la histerectomía radical la cual ofrece resultados satisfactorios para la supervivencia de la mujer pero puede impactar negativamente la calidad de vida incluyendo disfunciones sexuales. Las disfunciones sexuales son una morbilidad frecuente pero generalmente son desconocidas y pobremente tratadas. Los autores hacen referencias de que los médicos generalmente no abordan este tema, pero la consejería sexual es un componente esencial del manejo de las pacientes con cáncer y su pareja.

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 histerotomías siguen siendo una preocupación, Cabness (2010) reporta además que las mujeres histerectomizada 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 histerectomía. 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 afectad antes ni después del procedimiento por laparoscopia.

Berlit, Tuschy, Wuhler, et al (2018), en un estudio de 120 mujeres sometidas a histerectomía por laparoscopia total versus parcial a las cuales se les evaluó la función sexual y sus expectativas previo a la cirugía y posteriormente a los 3, 6,12 meses después de la cirugía. Los autores solo encontraron diferencias significativas en el seguimiento a los tres meses posteriores a la cirugía en cuanto a la mejoría. Las sometidas al procedimiento parcial mostraron mejorías muy superiores a las sometidas a procedimiento total, sin embargo a los seis meses, ya no había cambios entre ambos grupos. Concluyen que la preservación del cérvix no es una ventaja en cuanto a la mejoría de la función sexual. Ambos métodos mejoraron la función sexual especialmente en aquellas mujeres con problemas sexuales previos a la cirugía.

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.

Martínez, Bustos, Ayala, et al. (2010) han analizado los efectos secundarios de la histerectomía sobre lo cual estos autores refieren que dichos efectos, aunque no pueden verse a simple vista, dejan a la paciente sin un órgano de su cuerpo que es semejante a vivir la pérdida de una de sus extremidades por amputación. Adicionalmente, la pérdida del útero por histerectomía acarrea pérdidas secundarias para la mujer tales como la imposibilidad de ser (o volver a ser madre), la ausencia de la menstruación y la pérdida del “estatus de mujer completa” ante la vista de sociedades machista llena de mitos como los que vive la mujer dominicana. El valor simbólico del útero y el papel fisiológico que

juega este órgano en la sexualidad femenina es de gran importancia; diversas estadísticas demuestran que la preocupación de los órganos reproductivos es mayor que la relacionada con la pérdida de otros órganos.

En lo que coinciden la mayoría de los estudios, es en que los síntomas psicológicos y el auto-concepto que presentan las mujeres después de ser sometidas a una histerectomía, dependerán directamente del estado emocional previo a la operación y de lo preparadas que estén las mujeres para la intervención. Los efectos emocionales que este tipo de cirugías genera en las mujeres, son múltiples y variados; esto va a depender de la persona.

Para algunas mujeres puede ser motivo de una depresión, mientras que para otras puede ser la liberación de un gran problema. Para otras esta intervención les puede resultar indiferente. Aunque ocasionalmente hay satisfacción por la terminación de dolores, sangrados y otras dificultades familiares y de pareja. La mujer siente que ha perdido su valor atractivo sexual asociado a su capacidad reproductiva, (Chou, Lee, Sun, Lin y Chen, 2011).

Uno de los aspectos más preocupante de las mujeres que padecen patologías del área pélvica, son los dolores antes y después de la cirugía. Según lo que indican Sng, Ching, Han, Ithnin, et al. (2018) el dolor crónico tiene un efecto adverso sobre la salud, la calidad de vida y contribuye a una sobrecarga económica significativa. La histerectomía es una intervención común que está asociada a un síndrome de dolor post quirúrgico. Una cohorte de 216 mujeres histerectomizada por condiciones benignas, fueron contactadas prospectivamente a los 4 y 6 meses post cirugía para evaluar la presencia de dolor y alteraciones funcionales. La incidencia de dolor a los 4 y 6 meses fue de 32% y 15.7% respectivamente. Aquellas que presentaron dolor a los 4 y 6 meses presentaron más dolor en la sala de recuperación y tenían mayor consumo de morfina. Aunque el dolor va cediendo con el tiempo, el mismo tiene un gran impacto sobre la vida cotidiana de estas mujeres.

Han, Ge, Jiang, Zhao, & Ma, (2017), han dado importancia al dolor crónico que sufren las mujeres sometidas a una histerotomía el cual ha sido reconocido como un gran problema clínico en el mundo occidental. En un estudio realizado por los autores en una región de la República Popular China, se reclutaron 870 mujeres a las cuales dieron seguimiento post operatorio; de estas, el 27.7% refirió a los tres meses dolor crónico post quirúrgico aunque el 92% reporto que el dolor era ligero y les permitía hacer sus actividades cotidianas. Los autores indican que aquellas mujeres que padecían ansiedad, depresión, una pobre vidas sexual y dolor pre y post quirúrgico tenían mayor riesgo de dolor crónico post quirúrgico.

Desde una visión general, se reconoce que cualquier intervención quirúrgica puede ser estresante para el paciente, y dicho estrés condicionar su recuperación postquirúrgica, según refieren Altman, Granath, Cnattingius, & Falconer (2007) quienes estudiaron una cohorte de 165,260 mujeres histerectomizada y un grupo control de 479,506 controles no histerectomizada. Los autores concluyen que no importa el tipo de técnica quirúrgica utilizado en la histerectomía, el riesgo de incontinencia urinaria y la necesidad de cirugía posterior para control de la incontinencia la cual es un riesgo que las pacientes deben contemplar. En vista de que existen diferentes motivos por los cuales una intervención es un acontecimiento estresante desde los síntomas de la enfermedad y la indicación de cirugía, hasta la angustia que genera la situación de ingreso hospitalario.

El estrés que experimenta cada persona es distinto, dependiendo del tipo de cirugía, las características de personalidad y la experiencia previa, Newman y Newman (2015), estudiaron a 12 mujeres que mentalmente estaban aparentemente sanas antes de la cirugía. De estas mujeres cuatro mostraron psicopatología que requirió tratamiento psiquiátrico posterior a la cirugía. Creen los autores que la incapacidad del paciente para prever problemas post quirúrgico es un indicador de problemas potenciales y agregan que la actitud y conducta de la pareja también condiciona el pronóstico psicológico de estas mujeres. Asumen que la histerectomía y la esterilización son eventos desencadenantes de enfermedades mentales, pero llaman la atención a que los ginecólogos deben familiarizarse con la historia psiquiátrica de sus pacientes. Consideran que si existe una historia de trastorno psiquiátrico el pronóstico emocional es adverso después de una cirugía ginecológica. Sugieren los autores, que el pronóstico es malo no solo en casos



psicóticos, sino también en las neurosis y que los pacientes deben ser seguidos, al menos por 18 meses después de la cirugía. Hay que tomar en cuenta que los trastornos psiquiátricos disminuyen la capacidad de las pacientes para bregar con síntomas que para personas sin el antecedente no tendrían ningún efecto, (Oates & Gath, (1989)

## **Justificación**

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación del útero. Esta es la operación ginecológica que con más frecuencia se realiza a nivel mundial ocupando el segundo lugar después de la cesárea, y también la más común en edad fértil, Chou, et al. (2011). Al igual que en otros países es ampliamente practicada en la República Dominicana donde también ocupa el segundo lugar después de las cesáreas.

A pesar de la alta prevalencia no hay programas dirigidos a trabajar con estas mujeres los múltiples prejuicios que existen contra la misma, los temores de las mujeres, las reacciones de los hombres y previo a las cirugías no reciben las orientaciones necesarias sobre el procedimiento, el pronóstico y sobre el re-inicio de la vida sexual.

La histerectomía termina afectando lo que a nivel social se reconoce como el rol de la mujer: el de la concepción. Así pues, al poner fin a su vida reproductiva, amenaza fuertemente su sentido de feminidad, puede provocar una alteración de su equilibrio emocional, y hasta un posible proceso de duelo y depresión por la pérdida de tan importante órgano (Askew & Zam, 2013).

Recientemente algunos autores han manejado el duelo específicamente en poblaciones con pérdidas de órganos como ocurre en la histerectomía. Las pacientes presentan sensación de pérdida, angustia, depresión y duelo por la pérdida de la fertilidad o los cambios en su cuerpo. Puede haber desesperanza, pérdida de energía, tristeza, insomnio, llanto, pérdida del interés por la vida, ideas suicidas o de muerte (Askew & Zam, 2013).

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. Los autores 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 mejoro y no hubo diferencias significativas entre ambos grupos en presencia de ansiedad, depresión, síntomas somáticos, o disfunción social al inicio y al seguimiento.

La sexualidad es vista como un indicador efectivo de la calidad de vida, (Fram, Kamil Mosa, Saleh, Shawqi, Sumrein, Issa, 2013), estudiaron 124 histerectomizada por causas benignas, y reportaron que el 75% mejoro 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.

Siguiendo estos lineamientos en el desarrollo de mi práctica clínica, por muchos años he estado trabajando el duelo, y debo decir que se sabe muy poco sobre el duelo por pérdida de órganos, lo que en República Dominicana se conoce de manera despectiva como "vaciado". Una mujer a la que se la había intervenido de esta forma se entendía que perdería su erotismo y deseo sexual, y asumiría que ya se había apagado su vida sexual y reproductiva.

Las vivencias de múltiples mujeres que he visto en terapia, muchas de las cuales en sus historias refieren haber vivido intervenciones quirúrgicas por diferentes dolencias, he podido notar que la de mayor impacto sobre su calidad de vidas, sus emociones, su

salud mental y su sexualidad ha sido la histerectomía. Estas mujeres de la cirugía solo conocían los mitos y tabúes populares comunes en la población general, por lo cual no se atrevían a cuestionar al médico o al personal de salud sobre sus preocupaciones y el procedimiento.

Admitían no haber preguntado pero que tampoco el médico les dijo nada. Ninguno de los miembros del personal de salud se tomaba el tiempo para conversar y desmitificar las falsas creencias de estas mujeres y cuando el médico informaba de la cirugía su breve intervención se limitaba a decir algo como: “vamos a hacerle un “vaciado”, sacar todo eso”.

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, (2006), criterios similares fueron expuestos por Askew & Zam, (2013). Es una práctica generalizada el no dar participación a la pareja y tampoco se habla de los problemas post quirúrgico como el manejo del dolor, la relación de pareja, el trabajo, las actividades del hogar, la menopausia si la mujer estaba en edad fértil y fue histerectomizada y la sexualidad. Todos estos aspectos pueden ser abordados por la enfermera la cual debe jugar un rol importante en todas las etapas del proceso que vive la mujer que pasa por el proceso de la histerectomía.

Por eso la motivación principal de este estudio fue conocer las reacciones sexuales, físicas, emocionales, estado de ánimo pre y post quirúrgico y temores, de un grupo de mujeres sometidas parcial o total.

## **OBJETIVOS**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Conocer las reacciones sexuales, físicas y emocionales de mujeres que pasaron por un proceso de histerectomía.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Explorar las características sociodemográficas de un grupo de pacientes histerectomizada en un hospital local de Santo Domingo.
- Describir los síntomas que motivaron la histerectomía
- Conocer aspectos de la vida sexual post histerectomía
- Explorar el impacto emocional de la pérdida del útero
- Explorar el impacto físico de la pérdida del útero

## **CAPITULO II**

### **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.



## CAPITULO III

### 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 angustiosa. 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. Sufrí 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 histerectomizada 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, lo que plantea una **evaluación más exhaustiva**. 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 vaginal 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 dolor 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*

*“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*

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

*“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*

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

*“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

*“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

*“Realizaba actividades fuera de la casa”* María

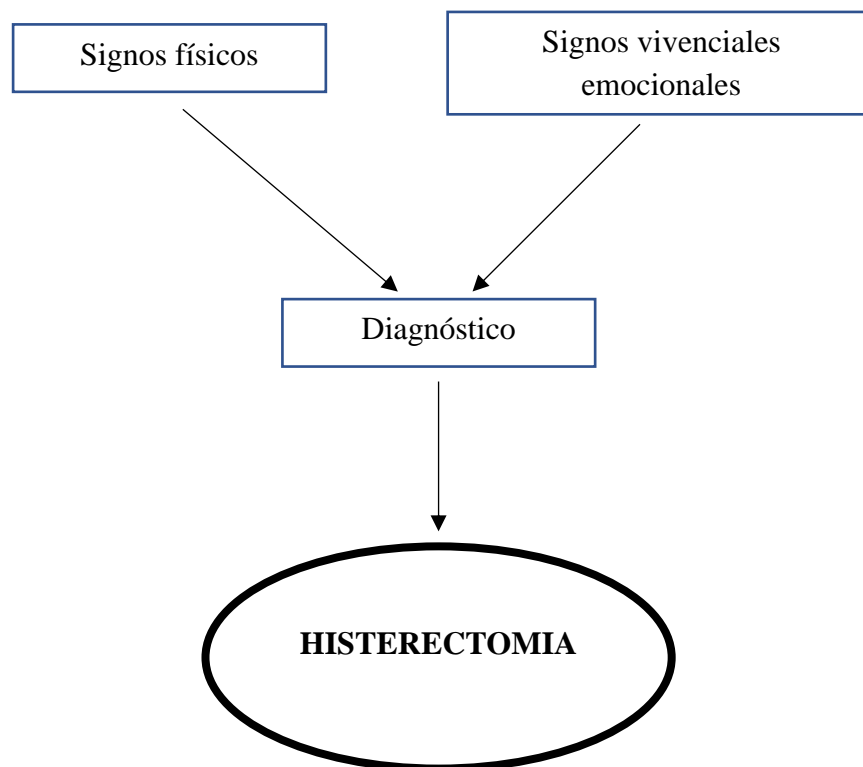
*“No he tenido problemas para relacionarme con las personas en general”* Isabel

*“Mis relaciones sociales luego de la cirugía han seguido normales”* Petra

*“Tuve algunas dificultades para relacionarme socialmente con las personas. Me aislaba mucho”* Margarita

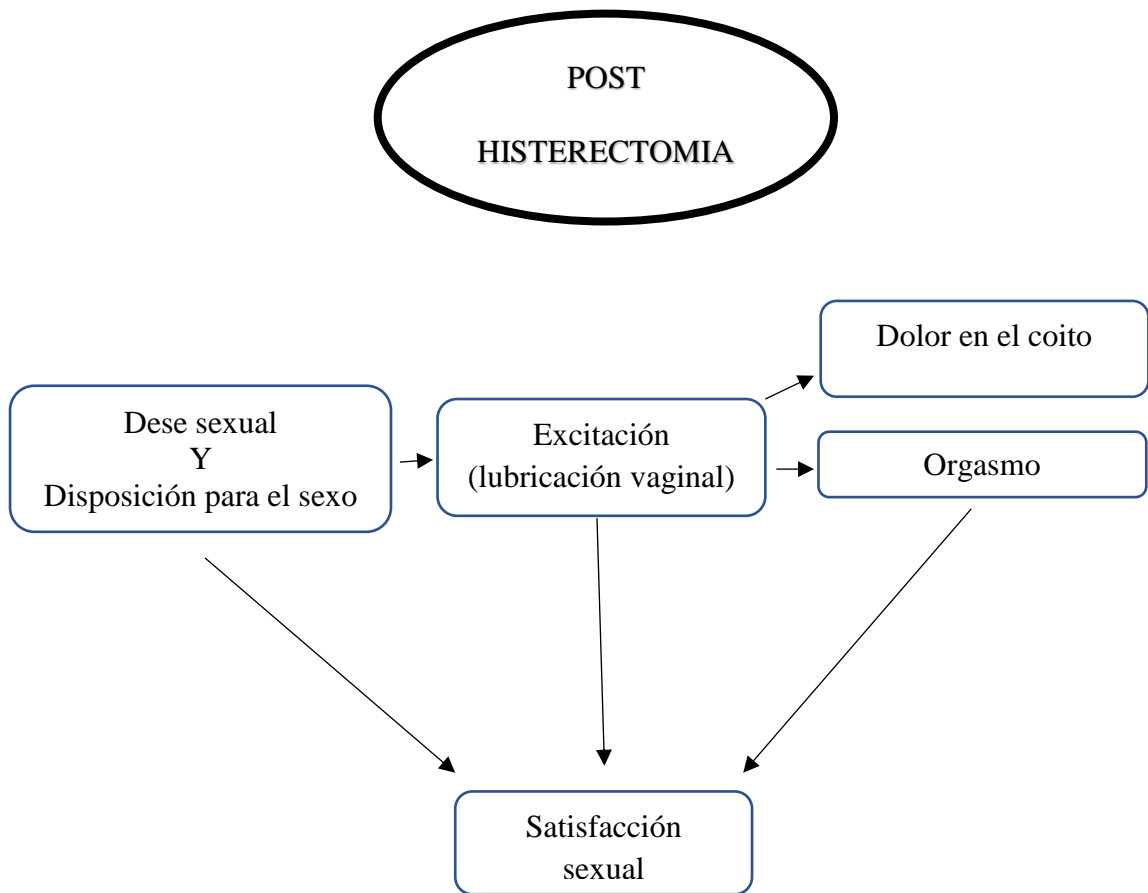
## Esquema 1

### Síntomas previos a la histerectomía



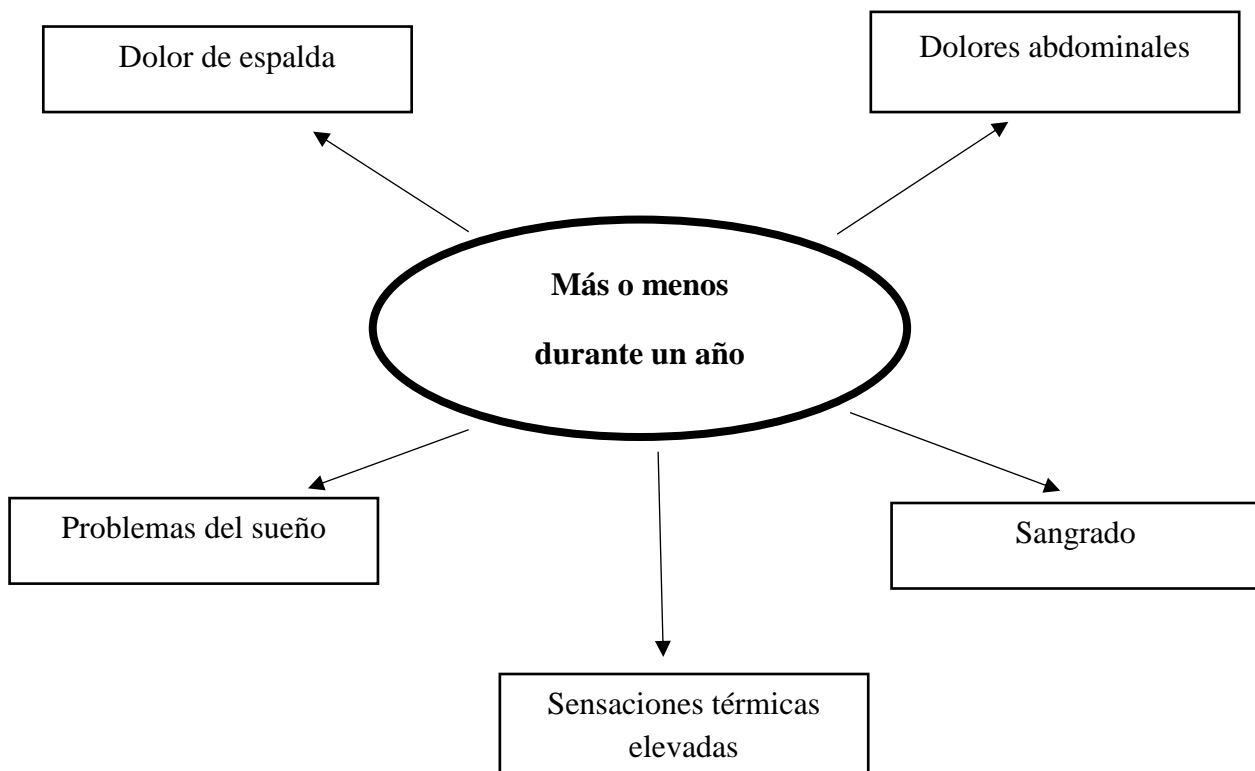
## Esquema 2

### Sexualidad Post Histerectomía



### Esquema 3

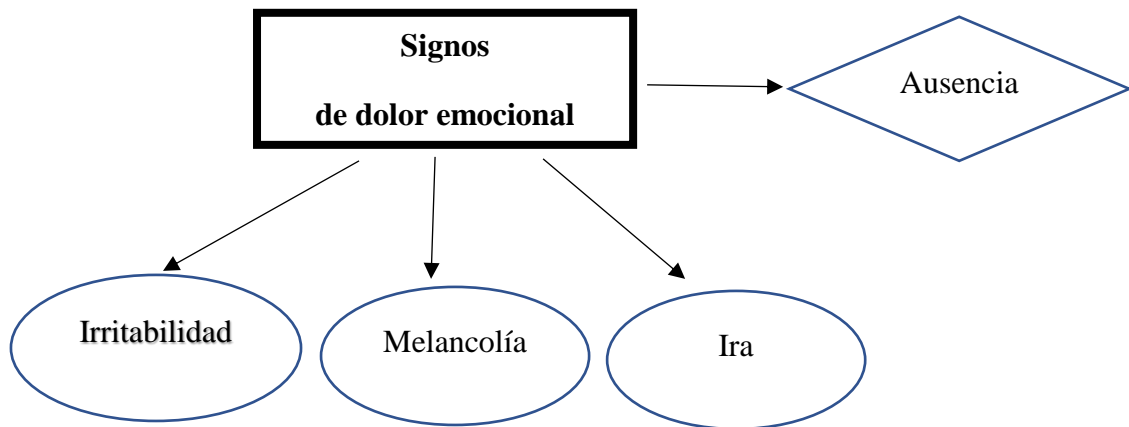
#### Impacto físico luego de la histerectomía





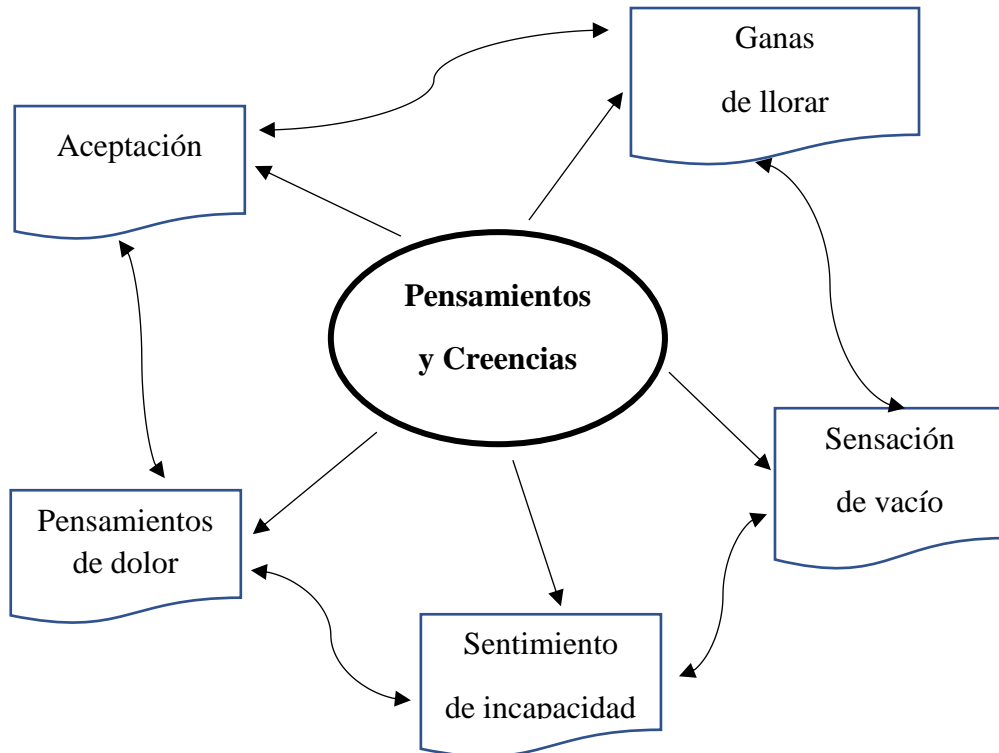
#### Esquema 4

#### Impacto emocional luego de la histerectomía: signos de dolor emocional



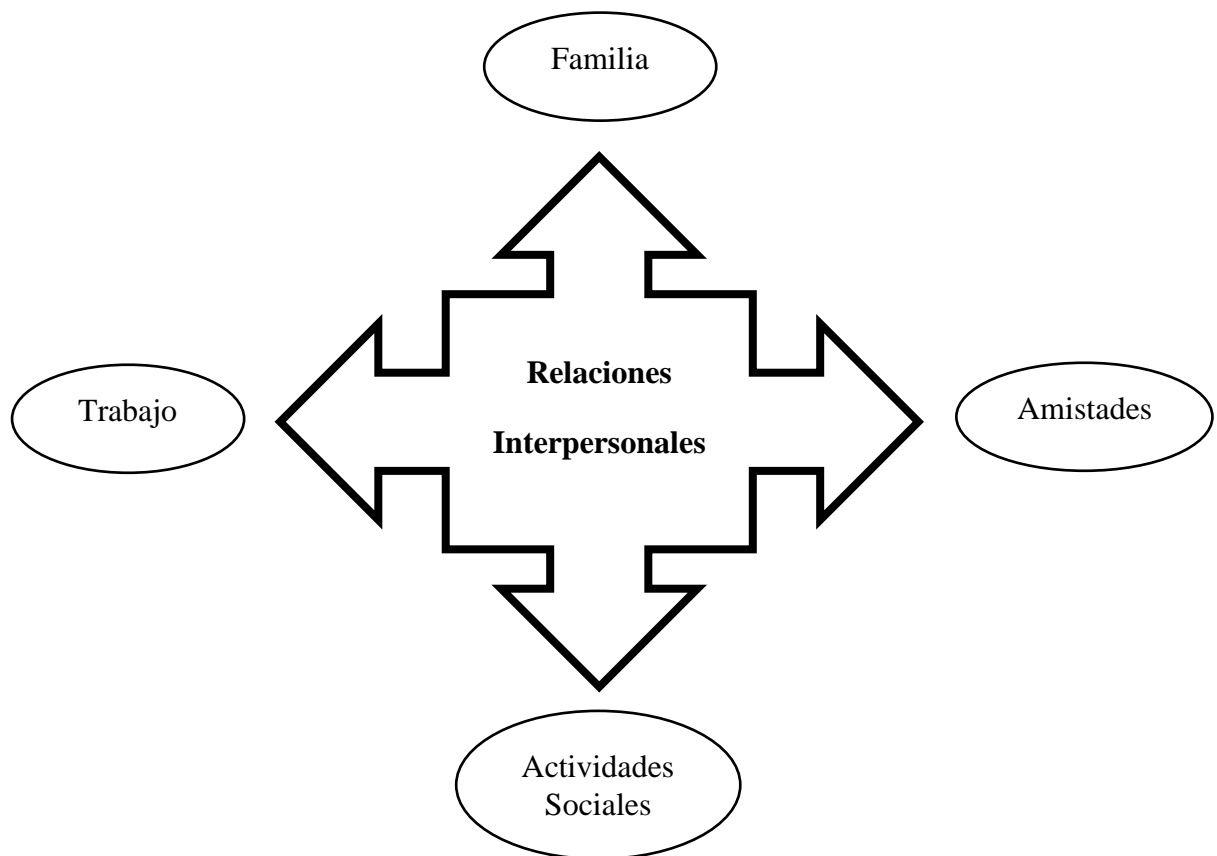
## Esquema 5

### Impacto emocional luego de la histerectomía: pensamientos y creencias



## Esquema 6

### Impacto emocional luego de la histerectomía: relaciones interpersonales



## Matriz de Datos Cualitativos

Categorías	Sub-categorías	Descripciones
Síntomas previos a la histerectomía	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Signos vivenciales físicos</li> <li>- Signos vivenciales emocionales</li> <li>- Diagnóstico</li> </ul>	<p>a) Todo el proceso comienza con síntomas físicos y derivados emocionales producto del malestar que generan las patologías que conllevan a la histerectomía.</p> <p>b) El diagnóstico se muestra como un tema puntual que marca el inicio de una segunda fase de este proceso. Suscita una serie de pensamientos, expectativas y emociones con relación a lo que va a suceder.</p>
Sexualidad post-histerectomía	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfacción sexual</li> <li>- Insatisfacción sexual</li> </ul>	<p>a) Luego de la cirugía la vida sexual de las mujeres es un elemento a tomar en cuenta. Se pudo observar que la vida sexual resulta satisfactoria en la muestra estudiada, ya que casi todos los casos muestran una actitud favorable con</p>

		<p>relación a sus actividades sexuales.</p> <p>b) Esto no quiere decir que no hay que tomar este aspecto en cuenta para intervenciones terapéuticas sexuales que se puedan hacer posteriormente.</p>
<p>Deseo sexual y disposición para tener actividades sexuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complejo</li> <li>- Evaluación exhaustiva</li> <li>- Iniciativa para tener relaciones sexuales</li> </ul>	<p>a) El deseo sexual resulta complejo de describir, ya que dentro de la narrativa de las participantes no queda claro si antes de la histerectomía era mejor o empeoró luego de.</p> <p>b) Independientemente de esta complejidad, se evidenció una buena disposición para tener relaciones sexuales, tomar iniciativas para la misma, y tomando en cuenta la evidencia de la satisfacción sexual, se podría valorar este aspecto en general como algo de mucho valor.</p>

<p>Excitación</p>	<p>- Lubricación vaginal adecuada</p>	<p>a) La lubricación vaginal es un signo casi inequívoco de buena respuesta sexual, ya que indica un nivel adecuado de excitación ante los estímulos sexuales.</p> <p>b) Se puede aseverar, tomando este resultado, que la histerectomía no fue una intervención que afectara la calidad de responder sexualmente.</p>
<p>Orgasmo</p>	<p>- En la mayoría de las relaciones sexuales</p>	<p>a) El elemento de llegar al orgasmo en casi todas las relaciones sexuales, es un dato que llama mucho la atención, ya que en las demandas de terapia sexual, es uno de los aspectos disfuncionales más observados.</p> <p>b) Poder encontrar este dato, suscita a exploraciones futuras para poder entender mejor problemas que presentan las mujeres con relación a esta fase de la respuesta sexual.</p>

<p>Dolor al coito</p>	<p>- En casi ninguna de las relaciones sexuales</p>	<p>a) Haciendo una relación teórica, se puede ver la coherencia que existe entre la buena lubricación vaginal del grupo de mujeres estudiadas, y lo que reportan con relación a que no hay dolor en el coito vaginal.</p>
<p>Impacto físico post-quirúrgico</p>	<p>- Dolores de espalda - Problemas del sueño - Sangrado - Sensaciones térmicas elevadas (calores) - Dolores abdominales</p>	<p>a) Los síntomas de reacciones físicas que se evidenciaron luego de la histerectomía no duraron más de un año.  b) Esto plantea un espectro de recuperación física interesante, que puede corroborar con lo naturalmente adecuado para este tipo de intervenciones.</p>
<p>Impacto emocional post-quirúrgico</p>	<p>- Signos de dolor emocional * Irritabilidad * Melancolía * Ira  - Esfera subjetiva * Aceptación * Pensamientos de dolor * Ganas de llorar</p>	<p>a) El significado que tiene el útero para la mujer podría estar ligado al nivel de reacciones emocionales por la pérdida de éste órgano vinculado directamente con el tema sexual femenino, y sus implicaciones con relación</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Sensaciones de vacío</li> <li>* Sentimientos de incapacidad</li> <li>* Evocaciones mentales causan dolor emocional</li> </ul> <p>- Relaciones interpersonales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Trabajo</li> <li>* Familia</li> <li>* Amistades</li> <li>* Actividades sociales</li> </ul>	<p>al intercambio sexual con la pareja.</p> <p>b) De igual modo, las creencias que tienen con relación a todo el proceso, tienen un efecto directo en la manera en que le dan significado a todo lo relacionado con la histerectomía y la manera en que viven el dolor emocional de la pérdida.</p> <p>c) Sin embargo, en general, el grupo no mostró una desvinculación interrelacional luego de la histerectomía, y en gran medida las vinculaciones interpersonales, en diferentes escenarios, se mantuvieron saludables.</p>
--	--	--



## **DISCUSSION**

## CAPITULO IV

### DISCUSION Y CONCLUSIONES

La presente investigación trata sobre las reacciones sexuales, físicas y emocionales de mujeres que pasaron por un proceso de histerectomía. La histerectomía es un procedimiento quirúrgico, considerado como una cirugía mayor que conlleva la extracción del útero, puede incluir las trompas y los ovarios de la mujer.

Lamentablemente la desinformación y la irrelevancia que se presenta con este tema a nivel cultural, en términos de conocimientos objetivos, es parte de la falta de conciencia que las mujeres tienen con relación al proceso. El Colegio Americano de obstetricia y ginecología da gran importancia a este tema por las repercusiones que puede tener en la vida de la mujer. Una situación de alcances importantes en términos de salud debe ser atendida también en la parte humana de las mujeres, ya que vemos cifras alarmantes como muestra Urrutia, Araya y Padilla (2011) donde la extirpación de ovarios alcanza entre un 45-55% de la histerectomizada. El ACOG (2018) señala que, si fuera necesario, los ovarios y las trompas de Falopio se pueden extraer en el momento que se hace la histerectomía. Este procedimiento se llama ovariopalingectomía si se extraen ambas trompas y los dos ovarios, salpingectomía si solo se extraen las trompas de Falopio y ovariectomía si solo se extraen los ovarios. Independientemente del procedimiento, hay que prestar especial atención a todo lo que esto implica ya que la extirpación de los ovarios tiene serias consecuencias sobre la salud y la sexualidad de las mujeres.

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) y 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 está íntimamente ligada a la sexualidad, refieren que esta cirugía atenta contra ambas cualidades de la calidad de vida. Temkin, Minasian, & Noone, (2016), refieren que muchas mujeres se podrían beneficiar de intervenciones menos dañinas para su vida futura y que a muchas se les extirpa el otero sin necesidad y sin que se contemplen otras opciones terapéuticas.

Unas de las grandes preocupaciones del hombre es el mantener la descendencia y aunque en nuestra cultura no existen los “ritos de paso” de fecundación, como han sido elaborados por Van Gennep, (2008), cuando a la mujer no le es posible fecundar, esto causa enorme impacto sobre su autoestima y la condición de ser mujer; por el otro lado, el hombre también se cuestiona su masculinidad por no poder cumplir con ese compromiso social y familiar. En esta etapa se buscan los cuidados médicos para tratar de determinar las causas de la incapacidad para el embarazo, la cual puede ser física, hormonal, emocional o por problemas físicos que requieren de una intervención quirúrgica.

Dentro del proceso previo a la toma decisión de realizar esta cirugía, las mujeres presentaron síntomas físicos tales como cáncer, dolor abdominal, sangrado, inflamación del vientre, miomas, anemia, dolor de espalda, sensaciones térmicas elevadas y molestias al caminar. Como consecuencia de toda esta sintomatología física el estado emocional de estas mujeres se afectó, las cuales manifestaron depresión, miedo a morir, incertidumbre, ansiedad, dificultad para dormir, entre otros.

Existen muchas razones para someterse a este procedimiento, tal como se puede evidenciar con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, de los Estados Unidos,

(Medline Plus, 2019), que plantea 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. Estas mismas razones se pudieron observar dentro de los motivos que llevaron a las personas estudiadas a realizarse la operación.

Cabe destacar que se pudo apreciar el significado que tiene el útero para las mujeres del estudio, y como este significado cobra importancia en las emociones, puesto que es lo que las identifica como seres que pueden dar vida a otra vida. La Histerectomía es el procedimiento quirúrgico que pone fin a la fecundidad de la mujer, un aspecto que ha sido de gran impacto en todas las culturas debido a que es un concepto extendido que solo se es mujer después de haber parido. Blázquez-Rodríguez y Montés-Muñoz (2013) en su artículo sobre la reproducción en la vida de la mujer hacen un análisis socio-antropológico en el cual consideran que la fecundación es un tema que desafía hoy la vida de todas las mujeres, y ésta, tomada en consideración desde la perspectiva iniciada y desarrollada por la antropología.

Blázquez-Rodríguez y Montés-Muñoz (2013), aclaran que están hablando de la reproducción humana o biológica, también llamadas “procreación”, la cual se refiere al hecho de aumentar el número de individuos de un grupo social. No hay dudas de que la fecundación tiene grandes implicaciones en la vida de la mujer ya que hasta está contemplada en Génesis, 1.28. Unas de las grandes preocupaciones del hombre es el mantener la descendencia y aunque en nuestra cultura no existen los ritos de fecundación, cuando a la mujer no le es posible fecundar, esto causa enorme impacto sobre su autoestima y la condición de ser mujer, la mujer que no puede parir no se considera mujer, cree que está incompleta, que le falta algo y que no podrá llenar las expectativas familiares las cuales esperan que ella tenga descendencia y enriquezca la familia, también siente que ha fallado social y culturalmente y que además le ha fallado a su hombre el cual también sufre por no haber llenado las expectativas de ser padre. La fecundación es una etapa crucial en la vida de los individuos y en el ordenamiento social, pues, como planteó Arnold van Gennep (2013), el nacimiento de un hijo debe entenderse como un «rito de

paso» que da lugar al cambio de estatus de los progenitores (de mujer a madre y de hombre a padre), al mismo tiempo que se reconstituyen los vínculos de parentesco.

Resalta el hecho de que independientemente de perder el útero, en este estudio se observa la integración saludable que hacen las mujeres en relación a entender que la intervención quirúrgica era necesaria para su salud, y como luego de la histerectomía la vida sexual ha sido satisfactoria. Como plantean Fram, Kamil Mosa, Saleh, Shawqi, Sumrein, Issa (2013), la sexualidad es vista como un indicador efectivo de la calidad de vida, , estos autores estudiaron 124 histerectomizada por causas benignas, y reportan que la gran mayoría mejoro su funcionamiento sexual, y solo una pequeña proporción 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. Berlitz, Tuschy, Wuhler, (2018), en su estudio con 120 mujeres sometidas a histerectomía por laparoscopia total versus parcial, los autores encontraron diferencias significativas a los tres meses pero no después de 6 meses.

Es importante resaltar, en 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 la gran mayoría mejoro su funcionamiento sexual,

y una minoría sufrió un desenlace peor. En el presente estudio la mayor parte refirió tener una sexualidad satisfactoria antes y después de la histerectomía. Los efectos de la cirugía fueron investigados por Neefus y Taylor (1982), reportan los autores que la mayoría 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.

Por su lado Lee, Choi, Hong, et al. (2011), realizaron un estudio sobre la incidencia de dos abordajes quirúrgicos en la función sexual. La laparoscopia tradicional y otra por vía de un solo puerto. 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. Todos estos resultados si alinean con lo que se pudo evidenciar en el presente estudio con relación al funcionamiento sexual luego de la operación.

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 pérdida del interés en la familia, el trabajo, las actividades sociales, entre otros.

Una parte importante del presente estudio es que se exploró la vivencia de la pérdida del útero, y se observaron indicadores que son coherentes con lo que plantea la teoría, que hay malestar por la pérdida, pero que no necesariamente se cursa con una depresión, aunque se presenten síntomas similares. El duelo de acuerdo al DSM-V (2014) es una condición que suele conllevar un gran sufrimiento, pero no induce normalmente a un episodio depresivo mayor. Cuando ocurren a la vez síntomas depresivos y el deterioro funcional, tienden a ser más graves y el pronóstico suele ser peor que el del duelo que no se acompaña de trastorno depresivo mayor. La depresión relacionada con el duelo tiende a ocurrir en las personas vulnerables a los trastornos depresivos y en esos casos se puede facilitar la recuperación con el tratamiento farmacológico adecuado. Esta condición requiere de intervención terapéutica ya que el duelo se puede convertir en una entidad crónica como en los casos del duelo complejo (DSM-V, 2014).

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.

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.

De las manifestaciones emocionales que resultan como consecuencia de una pérdida, podemos mencionar las tres principales, como son: el duelo, la depresión y el estrés postraumático. En esta investigación nos referiremos a las dos primeras llamando la atención que en ambas condiciones los síntomas se solapan por lo cual el diagnóstico diferencial hay que hacerlo con los antecedentes psicopatológicos de la persona.

El duelo es una reacción de los humanos y se estima que también de otras especies que responden con expresiones físicas, psicológicas y emocionales ante las situaciones de pérdidas.

La pérdida del útero definitivamente tiene un impacto sobre las mujeres del estudio, con la variante de que este duelo tiene una contrapartida y es el intercambio de esa pérdida por calidad de vida y salud física. Freud escribió (1917), quien enfoca EL Duelo y Melancolía. Aunque el énfasis de ese documento es el estudio de la Melancolía, arroja luz sobre el duelo al exponer que es un afecto normal y lo define como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, 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. Guerrero (2009) en su ensayo sobre el duelo refiere que todo esto parece obvio cuando hablamos del duelo por el fallecimiento o alejamiento de un ser querido, mayor cuanto más apego existiera. Pero, la pérdida de una parte del cuerpo también desencadena un duelo, un dolor tanto mayor cuanto más relevante sea la zona que ha desaparecido. La persona gradualmente, poco a poco, tiene que ir comprobando que esa parte ya no existe, que la pérdida es una realidad y que la tiene que ir aceptando lentamente, a costa del dolor emocional que produce el reconocimiento de que una parte de sí mismo ya no existe.

Se pudo constatar en el presente estudio cómo en la medida en que pasa el tiempo, las mujeres se van recuperando física y emocionalmente de una manera satisfactoria, lo que plantea el contrapeso de lo que la histerectomía trae consigo a la vida de estas mujeres. 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), refiere 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 implica pesar, pérdida de interés, pérdida de capacidad de elección, es desencadenado por una pérdida real o muerte del objeto y resulta ser un proceso lento. Sin embargo, indica que a pesar de los cambios en la conducta normal del individuo el duelo no es un estado patológico por lo que recomendar tratamiento médico no es necesario. Freud agrega que el paso del tiempo permite superarlo y perturbar este afecto normal resulta dañino para el individuo. Este aspecto es de suma importancia al trabajar estas pacientes ya que el proceso natural no se debe abortar, sino permitir que siga su curso.

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.

Todavía existe la mala práctica de prescribir una histerectomía y no dar el seguimiento educativo adecuado, para dar apoyo emocional a las mujeres durante todo el proceso. Simplemente se les da el diagnóstico que lleva a la operación. No se involucra a la pareja de estas mujeres en el proceso, y es una variable que debería estudiarse a fondo, para ver el impacto que tiene sobre la seguridad que sientan las mujeres de que todo va a seguir bien luego de la intervención. De acuerdo con Chou, et al, (2011) es el soporte más importante para estas mujeres. Entienden los autores que hay una falta de investigaciones sobre la experiencia de los hombres que enfrentan la histerectomía de su pareja.

Sobre este mismo aspecto, Askew & Zam, (2013) plantean que la histerectomía es un evento significativo en la vida de las mujeres, quienes tienen que lidiar con los cambios y los temores antes y después de la cirugía los cuales van a impactar su vida y la de sus seres queridos. De igual modo, los compañeros pueden ayudar en la recuperación física y emocional de la pareja, pero estos generalmente no cuentan con las informaciones generales, principalmente aquellas relacionadas con la sexualidad.

Al igual que en otros países, en República Dominicana no se incluye al hombre en las decisiones que se toman con relación a la histerectomía, no lo hacen parte del proceso, simplemente se convierte en un elemento al que hay que darle una información fría, y quien tiene que lidiar con eso de la mejor manera posible, que no necesariamente es la mayoría de los casos, ya que hay un bagaje cultural que tiene un significado negativo con relación a esta intervención quirúrgica. Es muy popular el término “vaciado” para denominar la extracción del útero, y todavía en el presente sigue siendo el término por excelencia para hablar de esa situación, con toda y la carga despectiva que conlleva, incluyendo las actitudes que puede generar en la vida saludable de la 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.

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.

En cuanto a las secuelas físicas, se podría decir que es gratificante poder observar que no duraron 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. Esto lo avala el hecho de que todas las mujeres dicen haber superado las consecuencias físicas de la histerectomía más o menos en un año.

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.

Por otro lado, entender que la histerectomía es asumida como un tema de salud por las mujeres, que paradójicamente existe un trueque por así decirlo, la pérdida del útero por calidad de vida. Este proceso lo pueden vivir ellas en la medida en que se van sobreponiendo de la cirugía y van constatando que los síntomas previos le restaban calidad a la forma en que vivían su vida, lo que es palpable básicamente por la ausencia de dolor luego de la operación, y de igual modo que pueden desmitificar todo lo que han aprendido con relación al famoso “vaciado”, ya que comienzan a tener una vida sexual satisfactoria en la mayoría de los casos.

Como se puede apreciar, muchas investigaciones apuntan a lo mismo que se ha podido observar en esta investigación, entender el tema de la histerectomía como un procedimiento que va más allá de la simple pérdida de una parte del cuerpo, que aunque es un tema real de salud física, también tiene unas implicaciones a nivel emocional y sexual. En términos emocionales porque está mediada por las creencias que se han transmitido de generación en generación, donde se cree que la mujer deja de ser mujer luego de la extracción del útero, y por la parte sexual porque estos órganos están directamente relacionados con la parte reproductiva de la naturaleza femenina, y de igual modo con la vida sexual del ser humano, que en términos evolutivos suscita una variable que va mucho más allá de la reproducción y plantea una vivencia cotidiana importante, tanto para la mujer como para su pareja.

## BIBLIOGRAFIA

1. American College of Obstetrician and Gynecologists (2018) procedimientos especiales, SP008. American College of Obstetricians and Gynecologists 409 12th Street SW, Washington, DC 20024-2188
2. Agu, B. (2017). Patients and Nurses Attitudes to Hysterectomy and Postoperative Pain Management. Doctoral Dissertation, Walden University, 2012 BSN, Brenau University, 2000
3. Altman, D., Granath, F., Cnattingius, S., & Falconer, C. (2007). Hysterectomy and risk of stress-urinary-incontinence surgery: nationwide cohort study. *The Lancet*, 370(9597), 1494-1499.
4. 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.
5. Balaguero-Lladó, L. (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.
6. 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.
7. Blázquez, M. (2005), Aproximación a la antropología de la reproducción Revista de Antropología Iberoamericana.
8. Burton, R. (1628) *The anatomy Of Melancholy*, Oxford, British Library
9. 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.

10. Carlson, K. J. (1997). Outcomes of hysterectomy. *Clinical obstetrics and gynecology*, 40(4), 939-946.
11. 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.
12. 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.
13. DSM-V, (2014), Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales, American Psychiatric Association, Panamericana.
14. Ellström, M. A., Åström, M., Möller, A., 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.
15. Fadul, ER. (2018), Factores de Riesgo psicosociales en el desarrollo del vaginismo: Un estudio de Casos y controles. Tesis Doctoral, Universidad de Almeria, Espana.
16. Faría, F., Ferrarotto, M., & González-Blanco, M. (2015). Función sexual en pacientes histerectomizada. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(1), 030-040.
17. Farrell, S. A., & Kieser, K. (2000). Sexuality after hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 95(6), 1045-1051.
18. Fawcus, S., & Moodley, J. (2013). Postpartum haemorrhage associated with caesarean section and caesarean hysterectomy. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 27(2), 233-249.

19. Fernández-Liria, A., & Rodríguez-Vega, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. *Medifam*, 12(3), 100-107.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. Guerrero, M. (2009). Consecuencias psíquicas de la histerectomía no oncológica, Psiquiatria.com [1].
24. Han, C., Ge, Z., Jiang, W., Zhao, H., & Ma, T. (2017). Incidence and risk factors of chronic pain following hysterectomy among Southern Jiangsu Chinese Women. *BMC anesthesiology*, 17(1), 103.
25. 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.
26. Khastgir, G., Studd, J. W. W., & Catalan, J. (2000). The psychological outcome of hysterectomy. *Gynecological endocrinology*, 14(2), 132-141.
27. 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.
28. Kübler-Ross, E. (1969). *On death & dying*. New York: Scribner 2014.
29. Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Simon and Schuster.
30. La Biblia, edición 1989, Editorial Verbo Divino, España.
31. 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.
32. Lefebvre, G., Allaire, C., Jeffrey, J., & Vilos, G. (2018). No. 109- Hysterectomy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(7), e567-e579.
33. Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American journal of psychiatry*, 101(2), 141-148.
34. 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.
35. Maas, C. P., Ter Kuile, M. M., Laan, E., Tuijnman, C. C., Weijnenborg, 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.
36. Manual Merck para profesionales. Ginecología y Obstetricia, (2017), Revisado por Ramírez, P.T., y Gershenson, D.M.,, <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/miomas-uterinos/miomas-uterinos>



37. 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.
38. Maudsley, Henry (1835–1918. Quotes.net,  
[https://www.quotes.net/authors/Henry+ Maudsley](https://www.quotes.net/authors/Henry+Maudsley)
39. Mbongo, J. A., Mouanga, A., Miabaou, D. M., Nzelié, A., & Iloki, L. H. (2016). Evaluation of quality of life and subjective experience of the disease before and after vaginal hysterectomy among women admitted to the University Hospital in Brazzaville. *The Pan African medical journal*, 25, 79-79.
40. Medlineplus, Histerectomía, (2019), Enciclopedia médica, actualizada junio
41. Mwaba, K., & Letloenyane, E. B. (1994). Attitudes and knowledge about hysterectomy: a study of women in Mmabtho. *Curationis*, 17(3), 2-3.
42. 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.
43. Neefus, M. S., & Taylor, M. E. (1982). Educational needs of hysterectomy patients. *Patient counselling and health education*, 3(4), 150-155.
44. Neimeyer, R. A., & Ramírez, Y. G. (2007). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Paidós.
45. Newman, G., & Newman, L. E. (1985). Coping with the stress of hysterectomy. *Journal of Sex Education and Therapy*, 11(2), 65-68.
46. 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.

47. Oates, M., & Gath, D. (1989). Psychological aspects of gynecological surgery. *Baillieres clinical obstetrics and gynecology*, 3(4), 729-49.
48. 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>
49. OMS (portal, 2019) Definición de Salud Sexual.  
[https://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](https://www.who.int/topics/sexual_health/es/)
50. Poettgen, H. (1993). Clinical contribution to female identity crisis after loss of the uterus. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 43(12), 428-431.
51. Pollock, G. H. (1961). Mourning and adaptation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 341-361.
52. Rakotomahenina, H, Rajaonarison, J, Wong, L Brun, JL, (2017), Myomectomy: Technique and current indication. *Minerva Ginecol.* 69(4) 357-369
53. Rannestad, T. (2005). Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 19(3), 419-430.
54. 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.
55. Ripley, D. L. (1999). Uterine emergencies: atony, inversion, and rupture. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 26(3), 419-434.
56. Rodríguez, V. P., Amboage, A. M., Blázquez, M. H., Torres, M. Á. G., & Gaviria, M. (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(3), 166-172.

57. Sbroggio, A., Osis, M., & Bedone, A. (2005). O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. *Revista da Associação Médica Brasileira*
58. Shakespeare, W., Complete Work, Edición 1969, Oxford University Press, London
59. Selcuk, S., Cam, C., Asoglu, M. R., Kucukbas, M., Arinkan, A., Cikman, M. S., & Karateke, A. (2016). Effect of simple and radical hysterectomy on quality of life—analysis of all aspects of pelvic floor dysfunction. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 198, 84-88.
60. Sng, B. L., Ching, Y. Y., Han, N. L. R., Ithnin, F. B., Sultana, R., Assam, P. N., & Sia, A. T. H. (2018). Incidence and association factors for the development of chronic post-hysterectomy pain at 4-and 6-month follow-up: a prospective cohort study. *Journal of pain research*, 11, 629.
61. Sparić, R., Hudelist, G., Berisavac, M., Gudović, A., & Buzadžić, S. (2011). Hysterectomy throughout history. *Acta chirurgica Iugoslavica*, 58(4).
62. Temkin, S. & Kho, K. (2014) Oficina para la Salud de la Mujer en el Departamento de Salud y Servicios Humanos, de los Estados Unidos.
63. 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.
64. 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.

65. Urrutia, M., 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.
66. 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.
67. Urrutia, S., Teresa, M., Araya, G., & Viñales, A. (2004). Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizada. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 69(4), 301-306.
68. Van Gennep, A. (2008). *Los ritos de paso*. Alianza.
69. 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
70. Vrzackova, P., Weiss, P., & Cibula, D. (2010). Sexual morbidity following radical hysterectomy for cervical cancer. *Expert review of anticancer therapy*, 10(7), 1037-1042.
71. 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.
72. World Health Organization, (1994), *Quality of life assessment: International Perspectives*. Berlin Springer-Verlag.
73. Xiao, M., Gao, H., Bai, H., & Zhang, Z. (2016). Quality of life and sexuality in disease-free survivors of cervical cancer after radical hysterectomy alone: a comparison between total laparoscopy and laparotomy. *Medicine*, 95(36).

74. Yeoum, S. G., & Park, C. S. (2005). Adjustment after a hysterectomy. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35(6), 1174-1182.

## **ANEXOS**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **PARTE I: INFORMACIÓN**

#### **Propósito:**

Esta es una investigación académica que realiza Ana Simó para poder optar por su título de Doctora de la Universidad de Almería en España, bajo el programa en conjunto con el Instituto de Sexualidad Humana de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). El propósito consiste en estudiar los efectos en la mujer cuando es intervenida quirúrgicamente para la realización de una histerectomía (o como se conoce en el lenguaje popular “un vaciado”) con relación a las reacciones sexuales, físicas y emocionales postquirúrgicas.

#### **Procedimiento:**

Se invita un grupo de mujeres entre 36 y 49 años a quienes se les haya practicado una histerectomía, hace mínimo 3 meses y máximo 3 años, a participar en una entrevista. Las participantes son pacientes de un hospital de la ciudad de Santo Domingo.

#### **Confidencialidad:**

Toda la información proporcionada por las participantes de esta investigación será utilizada sólo para fines académicos. Los nombres de las participantes permanecerán anónimos y toda la información recopilada tales como los síntomas, experiencias posteriores a la operación, etc. será analizada en conjunto.

#### **Aclaración de atención médica:**

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este hospital y nada cambiará. Recuerde que este es un estudio académico independiente cuya participación en el mismo es voluntaria y no conlleva pago por participar pero puede recibir atenciones gratuitas en el centro Vida y Familia Ana Simó.

## **PARTE II: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente cooperar en esta investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento y que eso no afecta mi cuidado médico.

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Firma de la Participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA ENTREVISTA DE LA PACIENTES**

### **CUESTIONARIO**

**Nombre** \_\_\_\_\_

**edad** \_\_\_\_\_

**Telef** \_\_\_\_\_

**Educación** \_\_\_\_\_

**Lugar de la intervención** \_\_\_\_\_

### **Datos demográficos**

#### **I Antecedentes:**

1. Problemas presentados por lo que se decidió operarla:
2. Tiempo de evolución de los síntomas,
3. Síntomas que le aquejaban,
4. Estado de ánimo en esa época,
5. Depresión o tristeza,
6. Miedos,
7. Cambios de humor, irritabilidad,
8. Relación de pareja,
9. Actitud de la pareja, quejas:

10. Ciclos menstruales,
11. Sexualidad, frecuencia, deseo, orgasmos,
12. frecuencia de las relaciones (semana o mes)
13. Lubricación.
14. Dolor al coito,
15. Satisfacción sexual y marital.
16. Toma medicamentos, indique cuales.

## **II En la Consulta:**

17. Como le informaron de la operación,
18. Que le dijeron que había que hacerle,
19. Como tomo la noticia,
20. Compartió el problema con la pareja,
21. Que significo para usted el que la iban a operar,
22. Como reacciono.
23. Le informaron lo que le eliminaron (útero, ovarios, trompas) y que pasaría después
24. Le dijeron como quedaría.

## **III Sobre la Cirugía:**

25. Temores,
26. Preocupaciones,
27. Tristeza,
28. Depresión,
29. Otros problemas que se presentaron.

## **IV. Manifestaciones post-quirúrgicas.**

30. Le hablaron de cómo y cuándo podía reanudar su vida íntima,
31. Que tiempo después la reinicio,
32. Que diferencias noto,
33. Era satisfactoria,
34. Había dolor,
35. Lubricaba,
36. Tenía orgasmos,



37. Con qué frecuencia tenía relaciones sexuales.
38. Noto algunos cambios en su sexualidad después de la cirugía.
39. Has recibido ayuda psicológica o terapia sexual (antes y después)  
Quieres agregar algo más.

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

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

Simó Velázquez, A.V<sup>1.</sup>, Aranda Torres, C<sup>2.</sup>, García Álvarez, R<sup>1.</sup>, Almánzar-Montás, R.E<sup>1.</sup>, Aznar Diaz, M<sup>1.</sup> y Alarcón Rodríguez, R<sup>2.</sup>

1- Instituto de Sexualidad Humana/Universidad Autónoma de Santo Domingo. República Dominicana 2- Universidad de Almería. España.

---

Correspondencia:  
Ana Virginia Simó,

Correspondencia [Anasimo@hotmail.com](mailto:Anasimo@hotmail.com), [anasimo@centrovidayfamilia.com](mailto:anasimo@centrovidayfamilia.com)

---

*“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.

## 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.

**Palabras Claves:** Histerectomía, cirugía abdominal, laparoscopia, sexualidad, dolor, orgasmos

## INTRODUCCION

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 HISTERECTOMIA

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 (Sparić, 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 cánceres 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, Adenomiosis (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, perdida de energía, tristeza, insomnio, llanto, perdida 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 suicida, 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 histerectomizadas menores de 50 años. Concluyen que el 60.7% reinició 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 seguida 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 mejoro 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 reporto 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% mejoro 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 grupo. 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 histerotomías siguen siendo una preocupación, Cabness (2010) reporta además que las mujeres histerectomizada 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 histerectomía. 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 hysterectomizada 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 hysterectomía 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 hysterectomizada encontró que la mayoría de estos estudios no mostraron cambios o mejorías en la sexualidad de mujeres sometidas a una hysterectomía. 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 vivir 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. Sufrí 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 histerectomizada 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 sin 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

## DISCUSION 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 pérdida 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 hysterectomizadas.

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 hysterectomía 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 hysterectomía 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 hysterectomía 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.

## **BIBLIOGRAFIA**

Agu, B. (2017). Patients and Nurses Attitudes to Hysterectomy and Postoperative Pain Management. Doctoral Dissertation, Walden University, 2012 BSN, Brenau University, 2000

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.

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.

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.

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.

Carlson, K. J. (1997). Outcomes of hysterectomy. *Clinical obstetrics and gynecology*, 40(4), 939-946.

Cerda, P., Pino Ch, P., & Urrutia, M. T. (2006). Calidad de vida en mujeres hysterectomizadas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 71(3), 216-221.

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.

DSM-V, (2014), *Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales*, American Psychiatric Association, Panamericana.

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.

Faría, F., Ferrarotto, M., & González Blanco, M. (2015). Función sexual en pacientes hysterectomizada. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(1), 030-040.

Farrell, S. A., & Kieser, K. (2000). Sexuality after hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 95(6), 1045-1051.

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.

Freud, S. (1917). Mourning and melancholia SE 14 [→].

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.

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.

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.

Khastgir, G., Studd, J. W. W., & Catalan, J. (2000). The psychological outcome of hysterectomy. *Gynecological endocrinology*, 14(2), 132-141.

Kluyvers, 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.

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.

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.

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.

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.

Medlineplus, Histerectomía, (2019), Enciclopedia médica, actualizada junio

Mwaba, K., & Letloenyane, E. B. (1994). Attitudes and knowledge about hysterectomy: a study of women in Mmabtho. *Curationis*, 17(3), 2-3.

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.

Neefus, M. S., & Taylor, M. E. (1982). Educational needs of hysterectomy patients. *Patient counselling and health education*, 3(4), 150-155.

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.

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>

OMS (portal, 2019) Definición de Salud Sexual.

Poettgen, H. (1993). Clinical contribution to female identity crisis after loss of the uterus. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 43(12), 428-431.

Rannestad, T. (2005). Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 19(3), 419-430.

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.

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*

Sparić, R., Hudelist, G., Berisavac, M., Gudović, A., & Buzadžić, S. (2011). Hysterectomy throughout history. *Acta chirurgica iugoslavica*, 58(4).

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

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.

World Health Organization, (1994), Quality of life assessment: International Perspectives. Berlin Springer-Verlag.

Yeoum, S. G., & Park, C. S. (2005). Adjustment after a hysterectomy. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35(6), 1174-1182.