

# **VIVENCIAS DE MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA. ANÁLISIS DE LA REPERCUSIÓN PERCIBIDA**

**CLAUDIA VIERA ÁLVAREZ**

Tutora: ELISA DÍAZ NAVARRO

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SECCIÓN DE ENFERMERÍA  
SEDE LA PALMA**

**UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA**

Junio 2022

## RESUMEN

La histerectomía es una de las intervenciones ginecológicas más usual en nuestro país, produciendo una serie de consecuencias en las mujeres a niveles físicos y emocionales. Con un enfoque cualitativo y diseño fenomenológico hermenéutico, se diseñó un estudio que indagara sobre el posible impacto emocional, físico y social de las mujeres que han sido sometidas a este tipo de intervención. Participaron un total de 8 mujeres, a quienes se les realizó una entrevista individual abierta donde se trataron temas como la depresión, la ansiedad, las relaciones sexuales, las relaciones sociales o la información recibida. Estas mujeres refieren que aceptaron la intervención como una solución para su problema ginecológico de salud. Expresaron que, aunque la recuperación fue dolorosa, tuvieron el apoyo de familiares y parejas. En el ámbito sexual, se encontraban satisfechas y sin alteraciones de la lubricación o el deseo. Respecto a la maternidad, como ya habían ejercido o tenían un deseo previo de no tener hijos, no sintieron la pérdida de la función reproductiva, ni cambios a nivel hormonal por no haber sido sometidas a extirpación ovárica. Refieren en conjunto que es necesario dar más información a la paciente no sólo a nivel de la intervención, si no también para prevenir y paliar problemas como la debilidad del suelo pélvico.

**Palabras clave MeSH:** Histerectomía, adaptación psicológica, Calidad de vida, depresión, ansiedad.

## **ABSTRAC**

Hysterectomy is one of the most common gynecological interventions in our country, producing a series of consequences in women at physical and emotional levels. With a qualitative approach and hermeneutical phenomenological design, a study was designed to investigate the possible emotional, physical and social impact of women who have undergone this type of intervention. A total of 8 women participated, who underwent an open individual interview where topics such as depression, anxiety, sexual relations, social relations or the information received were discussed. These women report that they accepted the intervention as a solution for their gynecological health problem. They expressed that, although the recovery was painful, they had the support of family and partners. In the sexual sphere, they were satisfied and without alterations in lubrication or desire. Regarding motherhood, as they had already exercised or had a previous desire not to have children, they did not feel the loss of reproductive function, nor changes at the hormonal level due to not having undergone ovarian removal. They refer together that it is necessary to give more information to the patient not only at the level of the intervention, but also to prevent and alleviate problems such as pelvic floor weakness.

**Keywords MeSH:** Hysterectomy, psychological adaptation, Quality of life, depression, anxiety.

## ÍNDICE

### 1. INTRODUCCIÓN

---

#### 1.1 Marco teórico

1.1.1	<i>Procedimiento de histerectomía</i>	6
1.1.2	<i>Indicaciones para la realización de la histerectomía</i>	7
1.1.3	<i>Complicaciones de la histerectomía</i>	7
1.1.4	<i>Efectos inmediatos y tardíos de la histerectomía</i>	8
1.1.5	<i>Impacto de la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes</i>	8
1.1.6	<i>Recursos de apoyo</i>	10

#### 1.2 Antecedentes

1.2.1.	<i>Afectación sobre la calidad de vida percibida</i>	11
1.2.2.	<i>Afectación sobre la autoestima y la imagen corporal</i>	12
1.2.3.	<i>Trastornos depresivos y ansiosos en mujeres histerectomizadas</i>	12
1.2.4.	<i>Apoyo y formación a la mujer histerectomizada</i>	13
1.2.5.	<i>Afectación sobre la sexualidad</i>	14

#### 1.3 Justificación 16

#### 1.4 Objetivos 17

### 2. METODOLOGÍA

---

#### 2.1 Diseño de investigación 18

#### 2.2 Búsqueda bibliográfica 18

#### 2.3 Participantes 19

#### 2.4 Recogida datos 20

#### 2.5 Análisis de los datos 21

#### 2.8 Consideraciones éticas 23

### 3. RESULTADOS

---

#### 3.1 Resultados de las diferentes categorías 23

---

## ÍNDICE

### RESULTADOS

3.1.1	<i>Categoría. Situación individual de como sobrellevar el proceso</i>	
3.1.1.1	Subcategoría. Afrontamiento de la intervención	24
3.1.1.2	Subcategoría. Impacto percibido	24
3.1.1.3	Subcategoría. Recuperación	26
3.1.2	<i>Categoría. Consecuencias de la intervención</i>	
3.1.2.1	Subcategoría. Consecuencias inmediatas	26
3.1.2.2	Subcategoría. Consecuencias sexuales	27
3.1.2.3	Subcategoría. Consecuencias hormonales	29
3.1.3	<i>Categoría. Sistema de soporte o ayuda</i>	
3.1.3.1	Subcategoría. Recursos demandados	29
3.1.4	<i>Categoría. Percepción recibida de los profesionales sanitarios</i>	31
<b>4.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>32</b>
<b>5.</b>	<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>35</b>
<b>6.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>36</b>
<b>7.</b>	<b>ANEXOS</b>	
7.1	Consentimiento informado	45
7.2	Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica	46

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Marco teórico

#### 1.1.1. Procedimiento de histerectomía

El término histerectomía se define como una intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer de forma parcial o total el útero, acompañándose o no de la extirpación de los ovarios. En función de la zona que se extraiga, se diferencian varios tipos de histerectomía y dependiendo del tipo, influirá de manera diversa en la mujer <sup>1</sup>.

- La histerectomía parcial o subtotal consiste en la extirpación de solo la parte superior del útero. El cuello uterino, los ovarios y las trompas permanecen en su lugar.
- La histerectomía total radica en la extracción total del útero y del cuello uterino, pero los ovarios y las trompas de Falopio se mantienen intactos.
- La histerectomía radical se basa en la extirpación del útero, cuello uterino, ovarios y trompas de Falopio<sup>2,3</sup>.

Hay múltiples maneras de abordar la histerectomía, de manera abdominal, mediante laparoscopia o por la vagina, cada una con sus diferentes ventajas e inconvenientes. La elección de cada una de ellas dependerá de los antecedentes personales de la paciente, cirugías previas, las características de la mujer, el tamaño y movimiento del útero y enfermedades concomitantes. Se considera la técnica más apropiada será aquella que mantenga el suelo pélvico lo más íntegro posible, favoreciendo de esta manera la pronta recuperación.

Tanto la histerectomía laparoscópica como la vaginal, se han desarrollado para reemplazar el método abdominal, permitiendo una recuperación más rápida, una reducción de la estancia hospitalaria, del trauma quirúrgico, del dolor postoperatorio y de las tasas de infección<sup>4</sup>.

La histerectomía puede generar temores no solo relacionados con la propia intervención, sino con la imagen personal y la autoestima de la mujer. El útero es un órgano relacionado culturalmente con la identidad femenina, y con conceptos tan potentes como pueden ser la sexualidad o la maternidad, y su ausencia podría provocar una serie de consecuencias a nivel afectivo y psicológico<sup>5,6,7</sup>.

### *1.1.2 Indicaciones para la realización de la histerectomía*

La implantación de esta cirugía mayor está indicada para el tratamiento de múltiples patologías uterinas y trastornos ginecológicos, tanto por presentar afecciones benignas como malignas. Las causas más frecuentes que provocan la realización de esta intervención son<sup>4,8,9,10</sup>:

- Rotura uterina de difícil reparación.
- Hemorragia vaginal que persiste a pesar del tratamiento.
- Inercia uterina, se debe a una complicación postparto debido a la ausencia de contracciones uterinas que en consecuencia desemboca en una hemorragia.
- Prolapso uterino.
- Dolor pélvico crónico.
- Sepsis pélvica.
- Fibromas.
- Endometriosis, crecimiento y presencia de tejido endometrial fuera del útero, si la hiperplasia endometrial es atípica, la histerectomía es una indicación absoluta.
- Miomas uterinos.
- Cáncer de cérvix, dependiendo del estadio en el que se encuentre, se plantea la posibilidad de realizar la histerectomía.

### *1.1.3 Complicaciones de la histerectomía*

Las complicaciones de la histerectomía varían de acuerdo con la ruta y técnica quirúrgica elegida. Entre el 9 - 41% de las complicaciones son producidas por la histerectomía abdominal, mientras que las de laparoscopia presenta un porcentaje de complicaciones de un 10% y las vaginales de un 7-8%.

Entre las complicaciones de esta cirugía, las más usuales son las infecciones, con mayor probabilidad cuando se accede por vía vaginal. Las infecciones más frecuentes son sobre la herida quirúrgica, del tracto urinario, las respiratorias, la morbilidad febril, y la formación de abscesos y celulitis del manguito vaginal. Otra complicación menos frecuente es la hemorragia, que puede ser más importante en el caso de histerectomía abdominal. Por otra parte, también se pueden dar lesiones en el tracto genitourinario (presentes en el 75% de las histerectomías)<sup>3</sup>, siendo menos comunes en el tracto gastrointestinal y las lesiones neurológicas por compromiso del nervio femoral. La

trombosis venosa profunda también es una complicación bastante común, pero fácil de prevenir con tratamiento y hábitos saludables.

Para evitar la aparición de estas complicaciones, la paciente debe conocer todos los riesgos a los que se somete en esta cirugía, así como recibir una correcta educación sanitaria para saber identificar de forma rápida cualquier tipo de problema<sup>4,11,12</sup>.

#### *1.1.4 Efectos inmediatos y tardíos de la histerectomía*

La histerectomía es un procedimiento que no afecta de la misma manera a todas las mujeres que se someten a la intervención, depende no solo del problema que resuelva el procedimiento, sino de la seguridad y autoestima de la paciente.

Tanto el cese de la menstruación como la incapacidad para quedar embarazada son las consecuencias inmediatas de la cirugía. Además, si se extirpan los ovarios y las trompas, se podrán manifestar signos de menopausia, ya que provocarían una menopausia artificial o quirúrgica. No obstante, a largo plazo, puede generar otras consecuencias relacionadas con el deterioro de la sexualidad, como son el descenso en la lubricación vaginal, menor eficiencia del suelo pélvico o cambios en la configuración corporal, así como aumento de peso después de la intervención, pérdidas miccionales, incapacidad para defecar de manera completa o cambios a nivel psicológico, pudiendo provocar trastornos depresivos relacionados con la baja autoestima y la autopercepción de la mujer<sup>10,13,14</sup>.

#### *1.1.5 Impacto de la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes*

La calidad de vida se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: *“percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes”*<sup>2,15</sup>.

La adaptación a la histerectomía depende de numerosas causas, como pueden ser, los tratamientos, la enfermedad de base, como se desarrolle la intervención quirúrgica, las complicaciones posteriores que pueda presentar la cirugía, las condiciones psicológicas y sociales en su entorno, el dolor, la actitud que presente ante la enfermedad, los valores y sus creencias, entre otras causas relevantes<sup>16</sup>.

En general, dentro de la intervención, pese a ser un tratamiento eficaz, los profesionales se centran en la prevención de las complicaciones postquirúrgicas, el cuidado de la herida y en el manejo del dolor, invisibilizando las consecuencias psicológicas que puede tener sobre las pacientes y el impacto que puede provocar en su calidad de vida. La ausencia del útero puede desarrollar un gran cambio en la percepción de imagen de la paciente, afectando también a sus relaciones sociales y familiares<sup>1,17</sup>.

Desde que la mujer nace, se relaciona el útero con un símbolo de feminidad, y este se basa en la sexualidad y la maternidad, abarcando a su vez todas las etapas que esto conlleva, pubertad, embarazo y climaterio. Por lo que la extirpación del útero podría repercutir en una sensación de tristeza dada la importancia que supone para ellas el significado<sup>18</sup>.

Incluso cuando la histerectomía alivia el malestar, la pérdida del útero a menudo desencadena sentimientos relacionados con su valor simbólico, como sentimientos de culpa, tristeza, miedo y alguna vez, sentimientos de rechazo hacia su pareja o hacia ellas mismas<sup>19</sup>.

Enfrentar el dolor físico y emocional de una histerectomía puede provocar una crisis de identidad de la mujer y su estabilidad emocional se podría ver distorsionada, con todas las consecuencias de esta condición. Los cambios físicos, psicológicos y sociales que podría sufrir la paciente, no solo afectarían a sí misma, sino a todo el entorno familiar y a su vida en general.<sup>1</sup> Así mismo, supone una sensación de pérdida, y toda pérdida conlleva un duelo. Freud expone las consecuencias del duelo como dolor emocional extremo, falta de interés por el mundo exterior e inhibición de cualquier productividad que no esté relacionada con el recuerdo de la pérdida o que gire en torno a ella. Además, estos resultados se relacionan con sentimientos que cursan en una depresión, junto con tristeza y pérdida de energía. Dichas sensaciones pueden aparecer incluso antes de la cirugía, y alargarse varias semanas tras la intervención<sup>20</sup>.

El malestar físico después de una histerectomía suele durar alrededor de un año. Estas quejas se relacionan con dificultad para dormir, dolor de espalda, sangrado, sofocos o dolor abdominal. Evidentemente, son molestias normales tras la cirugía, al cabo de unos meses o al cabo de un año, todas las dolencias deberían desaparecer<sup>13, 21,22</sup>.

Las pacientes histerectomizadas tienen que ir adaptándose a los cambios que sufre su cuerpo y a las sensaciones que les provoca. Aunque la respuesta sexual no dependa del útero, podrían sentirse poco atractivas, lo que provocaría una disminución

de la libido, reducción de la respuesta sexual, del placer o disfrute de las relaciones sexuales<sup>12,23</sup>.

#### *1.1.6 Recursos de apoyo*

Es fundamental señalar la carencia de formación que reciben las mujeres que se someten a la histerectomía. Si la información que se les aporta a las pacientes está incompleta o es escasa, las mujeres podrían llegar a crear sus propias conclusiones. Además, esto le podría provocar ansiedad y agonía a la paciente, así como confusión y desconfianza hacia el profesional<sup>6</sup>. Estas circunstancias empeorarían doblemente la situación, provocando un rechazo de ellas mismas y de su pareja, cambiando negativamente su estado emocional y dificultando la evolución postoperatoria, convirtiéndolo en un proceso más pausado y complicado<sup>12,24</sup>.

Las dudas no resueltas de manera satisfactoria difícilmente podrán ser resueltas por sí solas. Si a esto le añadimos la transmisión cultural de mitos y creencias que se han generado en torno a la histerectomía, se produce un círculo vicioso que conduce a la aparición de sentimientos negativos. Por lo que existe la necesidad de apoyo a este grupo de mujeres<sup>12</sup>.

En ciertos estudios, las mujeres refieren que los sanitarios están desinformados y que no tienen la capacidad de ayudarlas a regular sus pensamientos y sentimientos, y que establecer una relación cercana con el profesional ayudaría a la hora de enfrentarse al estrés de la intervención<sup>24,25</sup>.

Los profesionales de la salud deben emplear técnicas de comunicación adecuadas o disponer de herramientas que permitan satisfacer las demandas de las mujeres que se someten a la histerectomía<sup>18,26</sup>.

La información proporcionada a las mujeres facilitaría a que participen en la toma de decisiones de una manera más tranquila, reduciendo los niveles de estrés y ansiedad. Además, les ayudaría a afrontar la adherencia terapéutica, aprendiendo a manejar el entorno y a desarrollar estrategias para enfrentar la nueva situación. Las pacientes que reciben ayuda y consejos en su abordaje experimentan menos fatiga y dolor, consumen menos analgésicos, y pasan períodos más cortos en el hospital debido al buen progreso que logran<sup>1</sup>.

## 1.2 Antecedentes

Son múltiples los estudios que corroboran la histerectomía como una cirugía que puede crear miedos y ansiedad, puesto que es una respuesta común que las mujeres presenten tristeza, depresión o llanto tras afrontar la extracción del útero. Estos sentimientos se deben a la carga simbólica que tiene este órgano para ellas, además, está vinculado estrechamente con ideas socialmente preconcebidas sobre la identidad femenina, la sexualidad o la maternidad<sup>27</sup>.

El impacto que genere la intervención en la mujer dependerá de factores como la gravedad de la enfermedad por lo que está indicada la realización de la cirugía, la etapa de la vida en la que se encuentre la mujer, así como el tiempo que haya transcurrido después de la histerectomía o la presencia de un trastorno depresivo previo<sup>28</sup>.

Así mismo, cada mujer puede afrontar de manera diferente la intervención, si conciben la histerectomía como la causante del alivio y desaparición de los síntomas, en general, las vivencias tras la histerectomía serán positivas, pues se conseguirá que su calidad de vida sea mejor. Si, por el contrario, las mujeres no han tenido hijos y desean progresar en su etapa reproductiva o lo afrontan como una pérdida, la histerectomía podría afectar de manera negativa a su identidad femenina<sup>16</sup>.

### *1.2.1. Afectación sobre la calidad de vida percibida*

Es, precisamente por el perfil tan dispar, que los resultados encontrados en los estudios varían dependiendo de la población entrevistada. La mayoría de ellos demuestran que la calidad de vida de las pacientes que han participado es buena, encontrándose satisfechas con su salud. No obstante, varía si se compara con la que percibían antes de la intervención<sup>22</sup>.

Un estudio realizado en 2018 para conocer el impacto de la histerectomía obstétrica en la calidad de vida, relacionada con la salud de mujeres intervenidas, encontró que el 11,3% de las mujeres de la muestra tenían mala calidad de vida, el 35,2% reportó una calidad de vida buena, el 21,5% afirmó ser muy buena, mientras que para el 5,6% de las pacientes su calidad de vida era excelente<sup>15</sup>. Para obtener estos resultados se les realizó un cuestionario de 42 ítems, el cual contenía preguntas sobre varios aspectos, incluida la salud física, emocional, sexual y social. Mientras que otro estudio, en mujeres histerectomizadas entre 25 a 55 años, no obtuvo resultados

similares, ya que el 42% del grupo refirió una calidad de vida regular mientras que el 30% declaró una mala calidad de vida<sup>29</sup>.

### *1.2.2. Afectación sobre la autoestima y la imagen corporal*

La autoestima es un concepto que expresa el grado en el que una persona es amada, aceptada y respetada por sí misma. Esta imagen está influenciada por el entorno social, especialmente la familia. La baja autoestima se puede derivar de una imagen corporal negativa en algunas mujeres, o viceversa<sup>30</sup>.

Si los estudios trabajan con mujeres que interpretan esta intervención como un alivio de su sintomatología física o como una forma de cuidar de sí mismas, suelen mencionar mejorar significativas, determinando un aumento de su autoestima<sup>5,16,31</sup>. En cambio, si los niveles de autoestima y autoconfianza son bajos, se interpreta que las mujeres presentan un sentimiento de pérdida<sup>17,7</sup>.

Un estudio realizado en 2020, sobre la imagen corporal y autoestima entre las mujeres después de la histerectomía, reveló que el 72,9% de las mujeres se preocupaban demasiado por su imagen corporal, mientras que el 19,7% se preocupan de manera moderada y, únicamente, el 6,4% mostró un bajo nivel de interés por su imagen corporal. Sin embargo, se constató que el 70,2% de las mujeres presentaban un nivel alto de autoestima, mientras que el 29,3% referían un nivel moderado<sup>24</sup>. La muestra del estudio fue de 30 pacientes, valoradas a través de escala Lickert modificada y entrevista personal. Concluyeron que la mayoría de las mujeres poseían percepciones más bien positivas con actitudes favorables en todas las dimensiones, al igual que en la autopercepción<sup>29</sup>.

### *1.2.3. Trastornos depresivos y ansiosos en mujeres histerectomizadas*

Los estudios no solo han determinado que la histerectomía influye en la autoestima de las mujeres, si no que puede desencadenar numerosos problemas psicológicos tales como: baja satisfacción sexual, baja satisfacción conyugal, ansiedad o depresión<sup>32,33</sup>.

En cuanto a estos dos últimos eventos, existen diferentes estudios que recogieron en sus resultados una alta prevalencia en las mujeres histerectomizadas de episodios

depresivos, ansiosos y de trastornos generales en la memoria o la autoestima. Algunos de estos estudios, pueden consultarse en la **tabla 1**.

**Tabla 1.** Estudios sobre la afectación psicológica de la histerectomía en las mujeres

Autor	n	Variable	Resultados
<b>Sheehan Rassi et al.<sup>17</sup></b>	100	Ansiedad	40% Moderado
			36% Severo
		Depresión	38% Moderado-severo
		Memoria y concentración	70% Afectadas
		Autoestima	60% Afectadas
<b>Elweley y Sabra<sup>34</sup></b>	50	Ansiedad	58%
<b>Patilet<sup>32</sup></b>	60	Depresión	56%
<b>Ajú Coy<sup>14</sup></b>	30	Depresión	20% Ligera
			8% Moderada
<b>Sarmiento y González<sup>31</sup></b>	50	Depresión	80% Afectadas
<b>Puetate<sup>35</sup></b>	80	Depresión	56% Afectadas

Elaboración propia. Fuentes citadas.

#### 1.2.4. Apoyo y formación a la mujer histerectomizada

Numerosos estudios han revelado que el nivel de autoestima o depresión que pueden llegar a presentar las pacientes se encuentra estrechamente ligado a la información que estas reciben antes de la intervención, que precisen de una adecuada educación sobre el tema que les acontece y que se solventen todas las dudas que necesiten, puede ser de gran importancia para afrontar la situación desde otra perspectiva. Si el profesional dota de la información necesaria, la paciente no tendría que buscar información en familiares, amigos o internet, muchas veces creando dudas y falsas creencias, que a lo único que conlleva es a aumentar los niveles de ansiedad <sup>29,30,35</sup>.

Los sanitarios necesitan desempeñar un papel activo en sus intervenciones con las mujeres, clarificando creencias y brindándoles educación para que puedan enfrentar estas dificultades. Por lo tanto, recomiendan que las enfermeras mejoren el apoyo social que se les brinda a las mujeres y sus familias durante la recuperación, para evitar el estrés de la enfermedad y mejorar así la calidad de vida <sup>5,16,18,24,26</sup>.

Varias investigaciones han realizado la comparación entre grupos de mujeres sin una previa educación sobre el tema y grupos con una intervención educativa, demostrando que aquellas mujeres que habían formado parte del programa habían presentado menos problemas psicológicos después de la intervención <sup>9,16,28,36,37,38</sup>.

#### *1.2.5. Afectación sobre la sexualidad*

Así mismo, autores como Albuja y Celleri, en su investigación sobre la calidad de vida sexual en mujeres histerectomizadas, demostraron que el 40,9% de las mujeres de su estudio consideraban la información recibida como insuficiente. Otros autores respaldan este estudio, constatando que el 60% de las pacientes entrevistadas referían un nivel de información regular, siendo bajo para el 16, 67% <sup>12,39,40</sup>.

Otras investigaciones como la de Skea y Cols constatan que en numerosas ocasiones la falta de información recibida está relacionada con la falta de decisión de las pacientes. Muchas veces no se involucran por timidez o vergüenza. Tratar las cuestiones en las consultas también es un factor decisivo para que los profesionales conozcan la percepción de las pacientes y les aporten la información deseada. El 88,3% del total de la muestra no mencionó este tema durante la consulta por vergüenza y temor a la respuesta del experto<sup>42</sup>. No obstante, muchos estudios concluyen en la falta de preparación sobre este asunto por parte del enfermero, y la repercusión que juega este en el proceso de la paciente<sup>6,42,43</sup>. La comprensión de la información proporcionada y la capacidad de una mujer para cuidar de sí misma, debe considerarse un derecho que todos los profesionales de la salud deben proteger<sup>44</sup>.

Este tipo de intervención no solo afecta a la seguridad y confianza de la mujer, sino que indirectamente se puede ver reflejado en actos cotidianos como el sexo. Si una mujer tiene expectativas negativas, enfrentará su vida sexual con conductas ansiosas y evitativas, retrasando la reanudación de la actividad sexual. Todo esto puede acarrear un cambio en la comunicación entre los cónyuges, lo que dificultará su relación y podría desencadenar desavenencias dentro del matrimonio<sup>45</sup>.

Aunque una mujer histerectomizada pueda tener relaciones sexuales normales y satisfactorias, puede sentirse inferior en comparación con otras mujeres, lo que puede hacerla infeliz en su relación.<sup>13,46</sup> A pesar de que diversas investigaciones indican que ningún caso de histerectomía marca el final de la vida sexual de una mujer, y mucho menos su declive, la mayoría de las mujeres relataron estar insatisfechas debido a que

experimentaron efectos sexuales negativos después de la cirugía, como malestar y dolor durante el coito, lo que llevó a un sentimiento de insatisfacción con su pareja<sup>19,28</sup>.

Las mujeres que se han sometido a esta intervención pueden mostrar una reducción significativa de la sensibilidad a los estímulos fríos, calientes y vibratorios de las paredes vaginales anterior y posterior, sin cambios en el clítoris, en respuesta a la insatisfacción sexual que podrían sufrir las pacientes. Mientras que para algunas féminas esta función se mantuvo sin cambios, independientemente del tipo de intervención<sup>42,47</sup>.

Los motivos por los que la paciente no retoma la actividad sexual después de este tipo de intervención están relacionados con sus expectativas sexuales. Si una mujer tiene expectativas negativas, retrasará la reanudación de las relaciones sexuales. Además, la mayoría de las pacientes refiere miedo de iniciar la actividad sexual después de la cirugía, debido a la falta de conocimiento sobre este tema y la falta de información que recibieron en el momento de la intervención y durante las consultas de seguimiento. Investigaciones señalan que la continuación del sexo por parte de las mujeres es una prueba de si son realmente compatibles al coito y si sus parejas notan la diferencia. Este miedo explicaría el retraso en la reanudación de la actividad sexual<sup>32,48</sup>.

El sexo se conoce como un predictor eficaz de la calidad de vida, pero en la situación de histerectomía las mujeres deberían estar mejor informadas de los posibles cambios en su vida sexual, tal como concluye un estudio que demostró que esta cirugía por causas benignas mejoró en el 75% su función sexual, aunque el 11,3% tuvo un peor desenlace. No hay que olvidar, como recuerda este estudio, que cada mujer pasa por su propio proceso de manera individual. En el caso de supervivientes de cáncer de cuello uterino, con un rango de edad de 29 a 69 años, y un seguimiento de 6 a 29 años, se destaca que el 81,1% dijo ser sexualmente activa, el 81,4% mantuvo el deseo y el 90,9% disfrutaba de la actividad sexual.<sup>13,49</sup>

Una investigación estudió la función sexual de 100 mujeres que se sometieron a histerectomía utilizando el Índice de Funcionamiento Sexual, antes de la cirugía y de 3 a 6 meses después. Estas informaron una mejoría en el dolor y una función sexual no afectada. Mientras, que un estudio realizado a 60 mujeres con histerectomía reportó que casi la mitad de las participantes experimentó sequedad vaginal, y problemas sexuales, especialmente la pérdida de la libido<sup>32,50</sup>. Tras estos hallazgos, los autores concluyeron que después de la histerectomía se produce una disminución del deseo sexual<sup>28</sup>.

El 55,1% de las mujeres presentaban un deseo sexual bajo o ninguno, el 29,3% moderado y el 15,5% alto/muy alto. El 74,7% de las mujeres reportaron ser sexualmente

activas, el resto, refirió que nunca o solo ocasionalmente. Menos del 12% siempre reportaron orgasmo. El 21,2% dijo estar satisfecho con su vida sexual, mientras que 3 de cada 10 se sintieron insatisfechos. El 23,3% experimentó la presencia de dolor coital ocasionalmente, el 14,8% en la mayoría de las ocasiones, mientras que el 4,8% siempre<sup>21,51</sup>.

Estos datos también fueron destacados en una revisión de la literatura, que mostró que cerca del 10-20% de las mujeres que se realizaron la histerectomía sufrieron ciertos cambios en la función sexual, como dispareunia o diferencias en el orgasmo. Las mujeres que se sometieron a la intervención por una afección ginecológica maligna demostraron una función sexual alterada, asociada con una disminución de la libido y una lubricación inadecuada<sup>24</sup>. Las entrevistadas a menudo consultaban a un médico sobre la actividad sexual y algunas incluso recibían terapia hormonal para la excitación sexual<sup>22,28</sup>.

### **1.3 Justificación**

Los profesionales sanitarios aseguran que se llevan a cabo aproximadamente 50.000 extirpaciones de útero, convirtiéndose esta en la intervención ginecológica más usual en España. Dado el número de casos, se debe tener precaución con esta población que debe ser tratada no sólo enfocándose en el aspecto anatómico, sino también teniendo en cuenta el lado emocional, ahondando en los sentimientos de cada mujer y en las vivencias que acompañan a su experiencia individual.

Numerosos estudios relacionados con el grado de depresión presente en mujeres sometidas a la histerectomía han demostrado que el 80% de las mujeres acusaron padecer depresión. Así mismo, concluyen que después de la intervención, la mayoría de las mujeres poseen efectos psicológicos y sexuales negativos, los cuales suelen desencadenar en depresión<sup>12,52</sup>. En el análisis de factores emocionales en este tipo de pacientes, el 40 % de ellas mostraron una franca reacción depresiva, la mayoría tuvieron una reacción de ansiedad, aunque solo el 10% fue determinado como un nivel moderado<sup>33</sup>.

El objetivo de este estudio es comprobar las sensaciones que experimentan a diario las mujeres que se han sometido a la histerectomía y así orientar a los profesionales de la salud sobre la importancia de cuidar las áreas emocionales y cognitivas de la enfermedad, así como a ubicar la situación y aportar la información necesaria para aclarar conceptos erróneos y resolver dudas<sup>9,29</sup>.

Esta investigación será beneficiosa tanto para la paciente y su entorno, como para los profesionales sanitarios, puesto que comprender cuál es el miedo o barrera permite actuar específicamente sobre el problema, aliviando el temor y la ansiedad que la mujer pueda presentar.

En conjunto, desarrollar este trabajo permite dar a conocer la realidad cotidiana de las pacientes histerectomizadas y ayudarnos a comprender a qué se enfrentan cada día y si necesitan algún recurso de apoyo o formación para que su proceso sea lo más estable posible<sup>53,54,55,56</sup>.

## **1.4 Objetivos**

### *1.4.1. Objetivo general*

- Indagar sobre el posible impacto emocional, físico y social de las mujeres que han sido sometidas a una intervención de histerectomía.

### *1.4.2. Objetivos específicos*

- Descubrir si las mujeres histerectomizadas consideran que la información previa y posterior para someterse a la intervención ha sido la adecuada.
- Determinar la necesidad referida de un recurso psicológico o de asesoramiento tras la intervención para mujeres histerectomizadas.
- Conocer si la intervención de histerectomía ha generado dificultades en la vida personal y sexual de las mujeres.
- Identificar si consideran haber tenido una adaptación satisfactoria a su nueva situación de salud.

## **2. METODOLOGÍA**

### **2.1 Diseño de investigación**

Debido a la naturaleza del tema a tratar, la investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo, con un diseño fenomenológico hermenéutico ya que se orientó hacia la descripción e interpretación de las experiencias vividas en mujeres que han sido sometidas a una intervención de histerectomía. Este diseño permite un acercamiento coherente y un análisis sistemático de las diferentes dimensiones que conforman la vivencia individual.

Esta investigación fue precedida de una evaluación y análisis bibliográfico para entender el contexto y el estado actual del tema de investigación. Se desarrolla un proceso holístico, comenzando con un análisis y una comprensión de los temas más complejos, para posteriormente afrontar y abarcar las realidades que narren las mujeres estudiadas. El hecho de que este estudio se guíe por un modelo cualitativo fenomenológico ayudará a identificar y comprender los cambios que la histerectomía provoca en la calidad de vida de cada una de las pacientes, dificultosamente accesible, a través de otros enfoques de investigación.

Para aportar consistencia metodológica a esta investigación, se siguieron las recomendaciones de las normas COREQ.

### **2.2 Búsqueda bibliográfica**

Para implementar este proyecto se realizó una búsqueda bibliográfica completa a través de diversas bases de datos, para obtener así, la máxima información que sustente el estudio.

Inicialmente, la investigación se limitó en artículos publicados en los últimos 10 años, en idioma español, inglés y portugués. Los descriptores MeSH que se han utilizado para realizar la búsqueda de los documentos necesarios han sido: “hysterectomy”, “Adaptation, psychological”, “Quality of life”, “self-help groups”, “Social support”, “Depression”, “Anxiety”. Las bases de datos consultadas han sido Medline (Pubmed), Cochrane, Dialnet, Elsevier, Scielo y el punto Q de la Biblioteca de la Universidad de La Laguna. Además, se hizo uso de la plataforma “Google académico” para explorar otros aspectos de la información.

## 2.3 Participantes

Para la captación de las participantes, se utilizó un muestreo no probabilístico en bola de nieve, a través de las matronas, así como con las profesionales de la planta de maternidad para lograr una mayor difusión del estudio. El perfil de las mujeres que se buscaba respondía a los siguientes criterios establecidos:

- Mujeres que hubieran sido sometidas a intervención de histerectomía residentes en la isla de La Palma en el momento del estudio, por tratarse del ámbito de estudio geográfico de esta investigación.
- Mujeres cuya fecha de intervención hubiera sido anterior a septiembre de 2021, para poder establecer un tiempo mínimo en que hubieran podido analizar las consecuencias debido a este proceso.

Por otra parte, se descartó a aquellas mujeres que se encontraban en el momento de la entrevista en tratamiento psiquiátrico o padecían enfermedades mentales diagnosticadas, ya que podrían presentar una percepción alterada sobre la experiencia vivida.

Las entrevistas fueron desarrollándose de forma secuencial, ya que no se procedía a valorar a una nueva participante hasta analizar los datos de la anterior, intentando establecer si se llegaba a una saturación de datos. Finalmente, se consolidaron 8 participantes totales cuyos perfiles pueden ser consultados en la **tabla 2**.

**Tabla 2.** Perfiles de las participantes del estudio.

Participantes	Edad actual	Edad cirugía	Motivo de la intervención	Abordaje cirugía	Nivel de estudios	Pareja	Hijos (n)
1	59	57	Degeneración celular	Vía abdominal	Universitarios	Si	2
2	48	43	Quistes	Vía abdominal	Secundarios	No	1
3	49	38	Prolapso uterino	Vía vaginal	Universitarios	Si	2
4	66	55	Prolapso vejiga	Vía vaginal	Primarios	Si	2
5	66	32	Quistes	Vía abdominal	Universitarios	Si	2
6	48	40	Enfermedad Pélvica inflamatoria	Vía abdominal	Universitarios	Si	3
7	59	44	Miomas uterinos	Vía vaginal	Universitarios	Si	2
8	60	59	Degradación celular	Vía abdominal	Universitarios	Si	0

## 2.4 Recogida de datos

Para la recogida de datos se utilizó como técnica la entrevista semiestructurada individual, por ser una herramienta capaz de adaptarse a la personalidad de la persona, por promover sus sentimientos y permitir un entendimiento entre emisor y receptor<sup>57</sup>. El investigador principal mantuvo una actitud flexible y abierta, tal como se aconseja, para intentar extraer toda la información y emociones posibles<sup>58</sup>.

Inicialmente, a través del estudio y análisis del marco teórico, se delimitaron una serie de aspectos a tratar relacionados con el objetivo de la investigación, con el fin de conseguir respuestas profundas, pero de manera abierta, entre ellos hablar acerca de su autoestima y autopercepción, sexualidad e información obtenida acerca de la intervención.

Se tuvieron en cuenta cuestiones orientadas a conocer la percepción de la mujer sobre:

### **El impacto sobre la autoestima**

- ¿Cómo recuerda sentirse tras la intervención?
- ¿Esto ha afectado a su autoestima o a su manera de afrontar la vida?
- ¿Qué aspecto destacaría de su proceso?

### **La autopercepción y la relación con el entorno**

- ¿Considera que resaltaría algún cambio en su manera de ser después de haberse sometido a la intervención?
- ¿Diría que se sintió arropada por su entorno?
- ¿Como ha afectado en su relación con los que le rodean?

### **La afectación de la vida sexual**

- ¿Después de la intervención sintió miedo al volver a tener relaciones sexuales? ¿Se acuerda cuanto tardó en volver a tenerlas?
- ¿Considera si ha sufrido alguna modificación en su deseo sexual?
- ¿Notó algún cambio en las relaciones comparadas con antes de someterse a la cirugía?

### **Los recursos e información disponible**

- ¿Hasta qué punto considera que estaba bien informada a la hora de someterse a la cirugía?
- ¿Considera que le hubiera gustado recibir más información o simplemente haberla recibido de otra manera?

- ¿Necesitó algún tipo de recurso que no se le ofreció o que hasta el momento no se haya tenido en cuenta?

El tiempo medido de las entrevistas fue entre 30 y 45 minutos y el proceso de recogida de datos se realizó un tiempo de dos meses desde el inicio del estudio. El lugar de la entrevista varió a favor de la participante, buscando un entorno que fuera seguro y cómodo para la mujer y con un horario que se ajustara a sus necesidades.

Las entrevistas fueron grabadas en formato audio para su posterior transcripción y se registró en un cuaderno de campo toda la información que el investigador consideró de relevancia para la posterior transcripción respecto a las vivencias expresadas por las mujeres.

## 2.5 Análisis de los datos

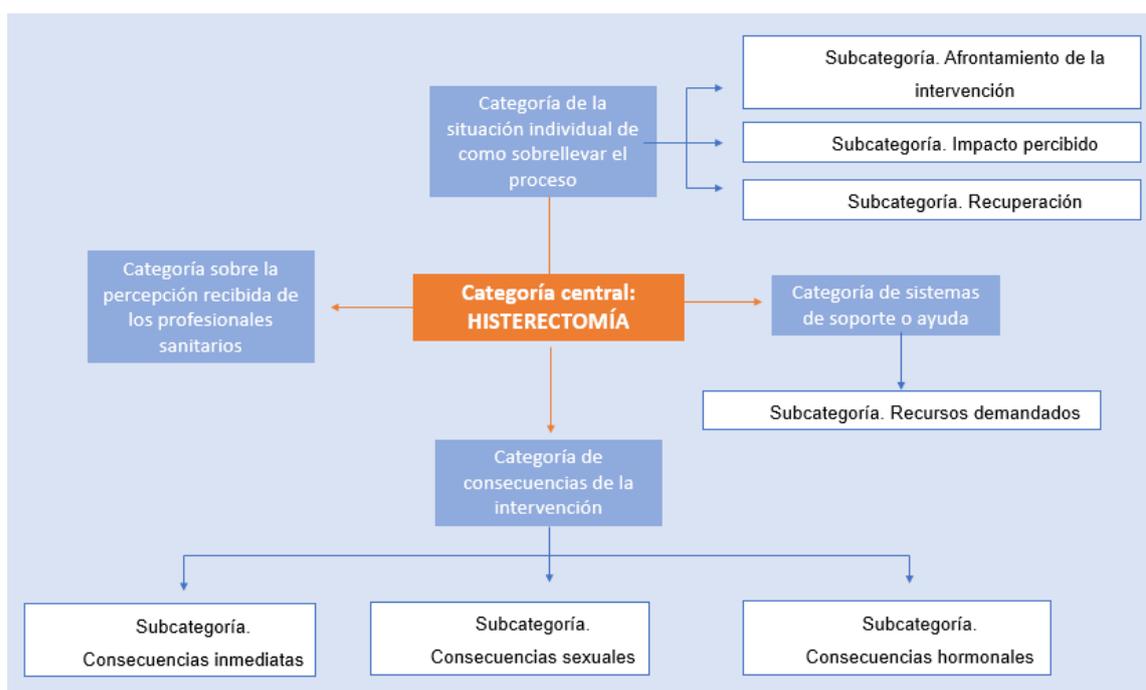
Una vez realizadas las entrevistas, se procedió a la transcripción de cada sesión, teniendo en cuenta los criterios de los autores Amezcua y Hueso<sup>59</sup>. A continuación, se hizo una selección de las diferentes citas que contenían los documentos transcritos, encontrándose un total de 108 citas. Se inició así un proceso manual de codificación de dichas citas, obteniendo un total de 32 códigos que se muestran en la **tabla 3**. Este proceso de análisis de datos fue secuencial a la par de cada entrevista para poder establecer el momento donde se producía una saturación teórica de las categorías, o donde una nueva entrevista dejaba de reportar datos nuevos de interés para la investigación.

**Tabla 3.** Codificación inicial de los datos.

Adaptación	Lubricación	Rehabilitación de suelo pélvico	Apoyo psicológico
Afrontamiento de la intervención	Menopausia	Resumen de la experiencia	Beneficio
Anemia	Menstruación	Resumen de la recuperación	Decisiones
Apoyo	Molestias	Sentimiento de miedo	Dolor
Incertidumbre	Postoperatorio	Sentimiento de tranquilidad	Entorno familiar
Información recibida	Prioridades	Sequedad Vaginal	Grupos de apoyo
Trato recibido	Incapacidad	Sexualidad	Hormonas
Trato esperado	Importancia buena recuperación	Solución al problema	Impacto físico

Finalizada la etapa de codificación, se inicio el proceso de elaboración de las diferentes categorías y subcategorías, como unidades que permiten agrupar y ordenar el discurso de las participantes. A través de las indagaciones del investigador, así como del marco teórico que se estableció al inicio, se crearon 4 categorías (**imagen 1**), que finalmente fueron modificadas en base a las aportaciones halladas en las entrevistas.

**Imagen 1.** Mapa conceptual de categorías y subcategorías de las vivencias de las mujeres hysterectomizadas.



Para dar consistencia a los resultados, se procedió a la triangulación de los datos a través de un proceso de retroalimentación con las participantes, haciéndoles llegar las anotaciones obtenidas de la entrevista para su verificación. En este proceso de comprobación, las participantes no hicieron cambios sobre el contenido de sus entrevistas, aunque sí denotaron sorpresa en que la información fuera tan fidedigna a sus propias expresiones y vivencias. Por otra parte, se verificaron los resultados obtenidos, así como su categorización por parte de otro investigador, haciendo una revisión entre pares.

## 2.6 Consideraciones éticas

Para la realización de este estudio, se obtuvo el consentimiento informado (modelo en **anexo 1**) por escrito de las participantes y también con el dictamen favorable del Comité Ético de investigación Clínica del Complejo Universitario de Canarias (**anexo 2**). En cumplimiento con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos que sean facilitados se utilizarán de manera confidencial cumpliendo con lo estipulado y siempre su explotación estará encaminada a los fines descritos.

Por lo que se refiere a los investigadores, declaran que no existe conflicto de intereses ni conflictos éticos en relación con este proyecto. No hubo relación previa con las participantes, siendo la investigadora principal estudiante de enfermería y su ayudante, profesora de la Universidad de La Laguna.

## 3. RESULTADOS

### 3.1 Resultados de las diferentes categorías

Todo lo citado a continuación va a referenciar lo narrado por la mujer, es decir todo lo aportado ha sido vivido por cada una de ellas desde su punto de vista, unas impresiones que obviamente son subjetivas y donde solo la mujer es capaz de transmitir como lo vivió.

Inicialmente, las mujeres comentaron el motivo por el que se determinó la realización de la histerectomía, siendo en todos los casos para paliar o controlar una sintomatología considerada incluso como incapacitante, por una patología diagnosticada como benigna o por un proceso infeccioso. Es importante conocer cómo se inicia la necesidad de someterse a la intervención, ya que puede condicionar notablemente la experiencia de la mujer en este proceso.

*“Tras el embarazo, empezaron las reglas más abundantes cada vez a más a más y llegó un momento en el que el primer día que me venía la regla no salía de casa por la cantidad y el flujo. Esto me condiciona la vida muchísimo, llegar incluso a cambiar los días en el trabajo para yo quedarme en casa.” (participante 2)*

*“Después del segundo parto aumentó el grado del prolapso, estaba desesperada, imagínate tener dos niños pequeños y no poder coger ningún peso, es que era una incomodidad constante.” (participante 3)*

*“Me quitaron el útero debido a la presencia de miomas benignos que me provocaban unos sangrados cada vez más abundantes.” (participante 7)*

*“Yo me realicé la histerectomía por una degeneración de las células debido al virus del papiloma humano.” (participante 8)*

### 3.1.1 Categoría. Situación individual de cómo sobrellevar el proceso

#### 3.1.1.1 Subcategoría. Afrontamiento de la intervención

En algunas ocasiones, varias entrevistadas resaltaron el tema del miedo a la hora de enfrentarse a la intervención, no por la extirpación del órgano sino más bien por miedo a lo desconocido e incertidumbre sobre cómo se iba a desencadenar la situación.

*“Los miedos que claro, el simple hecho de que era una operación otra vez, de entrar a quirófano, recuerdo que los 3 meses previos a la intervención si lo pasé mal, porque aparte a nadie le gusta estar en el hospital. La operación, la recuperación y todo lo que eso conllevaba, pero ya te digo, si lo llego a saber antes, antes me lo hubiera hecho.” (participante 2)*

*“Me lo tomé con la filosofía de pensar que esto a la larga me produciría más daño, así que no había otra salida, operarme ya y listo.” (participante 5)*

*“Emocionalmente lo peor para mí fue el día que me dijeron que me tenía que quitar el útero, pues no me lo esperaba, siempre lo había tenido como última opción hasta el día de la intervención, ni durante la intervención y después, porque pasaron 3 meses, sé que no era una preocupación de un cáncer, pero era la incertidumbre de cómo va a ser o si va a haber alguna complicación.” (participante 7)*

#### 3.1.1.2 Subcategoría. Impacto percibido

A través de las vivencias narradas se refirió que la mayoría de las mujeres no presentaron sintomatología relacionada con la pérdida del órgano, ni melancolía, ni depresión. Los signos pueden ser cambiantes, pero en estos casos se lo tomaron como la solución a sus problemas, por lo que la histerectomía produjo una mejoría.

*“Yo lo he intentado llevar lo más natural posible, y tampoco he sentido esos problemas grandes, yo me he tomado el tema este de la histerectomía como una etapa más.”*  
(participante 1)

*“El balance de la intervención no es positivo, es lo siguiente. No había ninguna necesidad de estar así pasándolo mal, la calidad de vida y la tranquilidad que yo he ganado después, no se puede comparar con nada (...) a el nivel que yo llegué, te resta muchísimo, te condiciona en todos los sentidos.”* (participante 2)

*“Para mí la histerectomía fue una solución a un problema, tú sabes que va a haber un beneficio, un regalo, una satisfacción.”* (participante 7)

Durante las entrevistas se ha determinado a la histerectomía como una solución contra la anemia, la mayoría de las afectadas tenían este aspecto en común debido a las menstruaciones tan abundantes. Tener estas menstruaciones no sólo les producía esta condición de anemia, sino que también les imposibilitaba en algunos casos el poder realizar sus actividades cotidianas por la cantidad de sangrado que generaban.

*“Me generaba una anemia tan grande que no era capaz de compaginar las cosas en mi casa, con atender a mis hijas, con el trabajo. Es que al final fue una solución, porque yo no sé qué me hubiera pasado si hubiera seguido con el tema de la anemia, me tenía que poner incluso pañales por la noche.”* (participante 5)

*“Antes de la intervención solía tener anemia por la pérdida de sangre en la menstruación, pero después se corrigió.”* (participante 7)

Salvo una entrevistada, todas ya eran madres, por lo que la ausencia de este órgano refería que no les repercutía con relación a la maternidad. Así mismo, la participante que no tenía hijos tampoco pretendía tenerlos, pues antes de la intervención ya presentaba la menopausia por lo que no le supuso ningún inconveniente.

*“El útero tiene su función y el mío ya la había cumplido.”* (participante 3)

*“Ya yo tenía mis dos hijas, 55 años y no me supuso nada realizarme la intervención.”*  
(participante 4)

*“Al final te quitan un órgano, es una pérdida física, aunque no se vea, es una parte de tu cuerpo que ya no está y que en su momento te sirvió para poder tener tus hijos, pero en ese momento sí es para resolver un problema”* (participante 7)

*“Con lo que respecta a haberme quitado el útero, no me género ningún tipo de trauma, de hecho, me dejaron los ovarios y no sé para qué, si yo tenía la menopausia.”* (participante 8)

No obstante, también eran conscientes de que su vivencia estaba ligada a su situación familiar, que podría haberlo vivido con sentimientos más negativos si no hubieran tenido ya su descendencia.

*“Si hubiera tenido que someterme a la histerectomía antes de tener a mis hijas hubiera sido otra cosa totalmente diferente, creo que en el fondo hubiera estado toda la vida pensando en lo que pudo y no fue.” (participante 5)*

### 3.1.1.3 Subcategoría. Recuperación

Todas coinciden en que el periodo de recuperación es vital para luego poderte incorporar de nuevo a tu vida normal sin ningún tipo de limitación. Eran conscientes de que el período de recuperación era largo y que debían cumplir el reposo para recuperarse, destacando que la principal fuente de apoyo fueron sus familias. Destaca también una participante que la mujer debe ser consciente de lo que supone este tipo de intervención, por lo que debe cuidarse en el postoperatorio por su propia salud.

*“Yo sigo levantando peso y sigo haciendo mi vida exactamente igual, creo que se debe a haber tenido una recuperación tan buena, y lo fortalecí todo muy bien.” (participante 5)*

*“La recuperación es dura, pero sabes lo que pasa que tengo mucha suerte, porque tengo una familia que no me la merezco, y sabes cómo me trataron, como una reina, estuve dos meses sin moverme, el trabajo quedó cubierto, y siempre tenía quien respondiera por mí y yo me recuperé súper bien.” [...] “El arropamiento familiar también es importante, pero más importante es entender que tienes que cuidarte tú la primera, tienes que estar tú bien para poder estar bien con los demás, si no te recuperas en condiciones, luego siempre vas a estar padeciendo. Hay que ser un poco egoísta y primar primero por ti.” (participante 2)*

## 3.1.2 Categoría. Consecuencias de la intervención

### 3.1.2.1 Subcategoría. Consecuencias inmediatas

Con lo que respecta al impacto físico sufrido después de la cirugía solo una remarca la presencia de la cicatriz, pero de resto solo destacan una alteración del estado físico durante el periodo de recuperación.

*“Cómo mi intervención fue vía abdominal no vía vaginal, me quedo una barriguita ahí que no me gusta nada, pero bueno, eso es un tema ya de estética, en general me siento bien.”* (participante 1)

Remarcan que se trata de un postoperatorio donde se experimenta mucho dolor, que las incapacita funcionalmente para moverse con libertad.

*“Yo solo te digo que la recuperación inmediata y el postoperatorio es muy duro, a nivel físico, no solo por el dolor, sino por la limitación de movimientos y para mí fue el tema del baño, que fue horrible.”* (participante 1)

*“La primera noche bien, pero la segunda noche sentí una molestia que parecían cuchillos”* (participante 5)

*“Los primeros 8 días en la recuperación fue bastante incómodo sobre todo el hecho de levantarme y volverme a acostar.”* (participante 8)

### 3.1.2.2 Subcategoría. Consecuencias sexuales

Algo a destacar sobre las relaciones sexuales post-histerectomía es que todas las entrevistadas han coincidido en ser activas sexualmente y seguir teniendo relaciones satisfactorias, así como no mostrar cambios en el deseo sexual, en la sequedad vaginal, ni ningún tipo de alteración anatómica. Solo una mujer refirió haber notado cambios en el olor vaginal.

*“Mi vida sexual siguió exactamente normal y no noté nada, prácticamente igual, lubricación, sequedad y el placer, el mismo.”* (participante 5)

*“Ni molestias, ni nada, ni disminución de la libido, ni sequedad vaginal, ni cambios en la lubricación (...) No notamos absolutamente nada, encima nosotros somos bastante activos sexualmente y no nos supuso ningún cambio.”* (participante 6)

*“La única diferencia que si es verdad que noto es que tu olor íntimo cambia, ya no tienes la lubricación de la regla y tú olor íntimo no es tan intenso como antes.”* (participante 7)

*“Ya había desarrollado sequedad vaginal y disminución de la libido debido a la menopausia, pero no he sentido ningún cambio con respecto a la histerectomía.”* (participante 8)

Algunas de las entrevistadas referían miedo al retomar las relaciones de nuevo, pero una vez comprobado que no sentían dolor, no tuvieron ningún tipo de problema ni sus relaciones sexuales se vieron afectadas por la cirugía. Inclusive, el miedo se transmitió también a algunas de las parejas, pero que también mejoraron una vez iniciaron la práctica sin problemas.

*“Yo no tenía miedo a las relaciones, él tenía más miedo que yo, te lo puedo asegurar. Tenía miedo, siempre había tenido miedo a hacerme daño, al fin y al cabo, tenía puntos ahí dentro, pero absolutamente nada.”* (participante 1)

*“Una vez que empiezas y ves que no supone nada, te relajas y te destensas y fluye todo sin problema, la verdad que bien, únicamente tuve precaución, pero en lo que respecta a alguna alteración en la forma de sentir o algo por el estilo, no.”* (participante 2)

*“No me daba miedo el volver a mantener relaciones sexuales, para nada. Daté cuenta de que yo abordé esta cirugía en un periodo fértil mío, entonces yo ahí tenía ya la tranquilidad de saber que no iba a volver a quedarme embarazada.”* (participante 3)

*“Al principio me dio respeto volver a mantener relaciones sexuales, más que nada porque tenía bastantes puntos.”* (participante 5)

Con lo que respecta al tiempo que tardaron en volver a reanudar las penetraciones, la mayoría coincidieron en el mismo dato, reanudándolas en un periodo de dos meses, una de ellas fue más prudente y refiere haber tardado un año. Algunas de ellas, tomaron la decisión por su cuenta de iniciar las relaciones mientras que otras esperaron una confirmación por parte del especialista.

*“No sufrí ningún cambio, antes ni después, nada, tarde un mes o 40 días y no sangré, nada nada”* (participante 1)

*“A nivel sexual no noté diferencia, he de decir que le cogí un poco de respeto y tardé bastante en volver a tener relaciones, más de un año, yo tampoco tenía pareja y no tenía necesidad de jugármela.”* (participante 2)

*“Yo hasta que no volví a la revisión y tuve el visto bueno del ginecólogo, no hice nada”* (participante 5)

*“Nosotros a nivel sexual en ese momento no notamos cambios ningunos, lo que sí pasaba es que tenía un estado bastante débil, entonces espere a que no estuviera tan cansada, como unos 2 meses.”* (participante 6)

### 3.1.2.3 Subcategoría. Consecuencias hormonales

Así mismo, todas coinciden en el beneficio de no haber extraído los ovarios, pues no sufrieron ninguna alteración hormonal. Igualmente, relatan ser conscientes de que, en este proceso, posiblemente también su percepción hubiera cambiado si hubieran precisado una cirugía completa.

*“Es que cuando te quitan los ovarios es diferente, porque vas a tener la menopausia de la noche a la mañana y el cuerpo se vuelve loco, pero yo esos grandes cambios hormonales no los sufrí para nada.”* (participante 2)

*“Yo la histerectomía es que la necesitaba, para mí fue una cirugía reparadora. A nivel hormonal mi cuerpo no ha dejado de funcionar porque tengo los ovarios, es más después de haberme realizado la histerectomía yo notaba cuando iba a ovular, yo no tenía una menopausia, yo lo que no tenía eran los periodos.”* (participante 3)

### 3.1.3 Categoría. Sistema de soporte o ayuda

Todas destacan la importancia del apoyo familiar y una relación con el entorno muy buena.

*“En mi casa yo tenía un apoyo brutal y encauzamos muy bien el tema, uno enferma o bien porque el problema te supera o porque no tienes ayuda, que te ayude a afrontar la situación. Mi marido se comportó como el hombre más maravilloso del mundo. No puedo decir que fuera una situación mía, él se volcó, fue una situación de los dos, lo decidimos todo juntos y siempre pensando en la pareja.”* (participante 3)

*“Tengo poca familia, pero tuve todo su apoyo y el de los amigos, no me faltó de nada.”* (participante 8)

### 3.1.3.1 Subcategoría. Recursos demandados

En cuanto a lo relacionado con los recursos que demandan después de la intervención, se puede observar como todas las mujeres de este estudio refieren la necesidad de recibir información sobre ejercicios de suelo pélvico o la posibilidad de que se les oferte rehabilitación de la zona. Hablan incluso de ofrecerlo a la población femenina en general, ya que a veces es un problema que afecta a gran parte de la población y es un tema para muchas aún desconocido.

*“Siempre se recomienda que hagas ejercicios de suelo pélvico para fortalecer la zona, pero que te lo oferten lo veo necesario.” (participante 1)*

*“La rehabilitación del suelo pélvico es muy importante, bueno, yo me orino. Como tenga la vejiga llena y me ría o estornude, me orino directamente. Es una cosa que a mí no me ofertaron en su momento y que no hubiera estado de más, y eso que, si hay demanda, porque casi todas las mujeres que han parido se les queda el periné como queda.” (participante 6)*

*“Al igual que ofrecer el recurso de recuperación pélvica y no solo de derivar a especialistas, sino de la existencia de ejercicios y enseñar a que la mujer se conozca bien y qué sea capaz de fortalecer el suelo pélvico.” (participante 7)*

Todas reafirmaron la importancia de la existencia de un grupo de apoyo, sin embargo, lo relacionaron con aquellas mujeres que lo hayan pasado peor en el proceso, remarcaron que ellas no lo necesitaban pero que debería de existir para acudir en caso de demandarlo.

*“No se me brindo, tampoco lo necesité, pero de haberlo necesitado nadie me lo ofreció, nadie me dijo nada.” (participante 2)*

*“Un grupo de mujeres que han pasado por la misma situación que tú puede ser un gran apoyo, aunque esto dependa de la circunstancia de cada una, seguramente venga bastante bien, una sociedad o una organización no solo para tratar el diagnóstico precoz, la terapia y el tratamiento, sino después ver cómo se sienten.” (participante 7)*

Otro recurso que demandaron fue un seguimiento o algún tipo de apoyo psicológico, tanto antes como después de la intervención para responder las dudas. Solo a una mujer se le ofreció este recurso y se relaciona con que su intervención fue fuera de la isla. Además, también una remarca la necesidad de una estabilidad sanitaria, refiriendo que no tuvo un seguimiento *personalizado*.

*“Ya cuando fui a Madrid a realizarme la intervención, me atendieron muy bien, incluso me ofrecieron la ayuda de un psicólogo antes de la intervención y durante proceso de recuperación en el hospital” (participante 5)*

*“Creo que en otros sitios si se ofertan, pero aquí el hospital se nos queda corto.” (participante 6)*

*“Un tema que hizo que yo no estuviera del todo bien antes de la intervención fue la inestabilidad profesional, antes de la intervención me vieron 8 ginecólogos diferentes,*

*eché en falta tener un seguimiento y que el profesional ya conociera mi caso.*  
“(participante 8)

#### 3.1.4 Categoría. Percepción recibida de los profesionales sanitarios.

Refieren la necesidad de estar bien informadas antes de someterse a la histerectomía, que el profesional debe estar accesible y que debe poner su esfuerzo también en escuchar al paciente.

*“La formación es importante para todos los pacientes en cualquier ámbito sobre todo para que entiendan que las cosas que están pasando son normales, te va a pasar esto, esto y esto, para que la persona entienda que esto es normal y no se angustie porque entiende lo que es normal”* (participante 1)

*“Mas que informar, en muchas ocasiones lo que se necesita es escuchar al paciente, que este sienta que te tiene a ti como recurso si lo necesita, y sobre todo intentar resolver las dudas.”* (participante 7)

En su mayoría reportan una falta de conocimientos aportados por los profesionales y la necesidad de tener que buscar información o recurrir a ciertas figuras por su cuenta, tanto antes como después de la intervención.

*“Soy bastante curiosa y soy autodidacta, entonces me busco la vida, aparte de toda la información que puedes encontrar a partir de Internet que eso lo tenía todo el mundo hoy en día al alcance de cualquier mano.”* (participante 1)

*“Hablas con unas y con otras y te van diciendo, pero no es lo mismo, mi ginecóloga me explicó, pero aun así eché en falta un poco más.”* (participante 2)

*“A mí no me ha hecho falta información, toda la que he necesitado la he tenido, me muevo en un ambiente donde si no es uno, otro te solventa la duda.”* (participante 3)

Cabe destacar que una parte de las participantes son sanitarias, y en su mayoría opinan que se les informó en base a eso, generando un sesgo a la hora de transmitir la información requerida.

*“A la hora de ser sanitaria se omite mucha información, como me pasó a mí y sé lo que es, estás viviendo tu propia experiencia, te bloqueas porque la mente es muy prodigiosa y muchas veces cuando las cosas no salen como nosotros queremos hace que información que tenemos en ese momento no te acuerdas de todos los conocimientos.”* (participante 3)

*“También creo en el sesgo de ser sanitaria, pero ellos no pueden dar por supuesto cosas que yo no sé, me tienen que informar como a cualquier otra persona, al fin y al cabo, yo estoy en la rama de pediatría, no en ginecología.”* (participante 8)

Las que no pertenecen al mundo sanitario remarcaron comentarios negativos sobre el vocabulario empleado por parte del profesional.

*“La ginecóloga me informó, pero siempre echas en falta un médico que sea más cercano y te hable con palabras llanas, hay que tener en cuenta que era una gran operación.”* (participante 2)

Aun así, refieren que acudir tranquilas a la intervención se debía a la calma y confianza que les transmitía el equipo médico.

*“Yo estaba tranquila, la ginecóloga y el equipo que me operó me dan confianza y me explicaron todo, pero más que nada eran los nervios de enfrentarme a la situación.”* (participante 2)

*“Tenía una fe ciega en que todo va a salir bien, tenía una confianza plena en el equipo y no tenía miedo.”* (participante 5)

#### **4. DISCUSIÓN**

No se puede rebatir que la intervención desencadena aspectos negativos, pero también ha generado un impacto positivo tanto a nivel físico como emocional de las mujeres que se han sometido a este proceso.

Con lo que respecta a la depresión y ansiedad, algunos estudios han demostrado que las mujeres presentaban niveles medios tanto de ansiedad como de depresión, y que más de la mitad de la muestra presentaba una autoestima baja. Además, gran parte de ellas mostraron problemas de memoria y concentración después de su histerectomía<sup>17</sup>. Aquellos estudios que mencionan mejoras significativas o un aumento de su autoestima lo relacionaban con que esas mujeres interpretaban la intervención como un alivio de su sintomatología física o como una forma de cuidar de sí mismas.<sup>16,28</sup> Por consiguiente, hemos corroborado este último apunte, nuestras participantes se han tomado el hecho de haberse sometido a la intervención como solución a un problema, por lo tanto, para ellas esto ha sido un beneficio, mejorando así su calidad de vida. En cuanto a percepciones de baja autoestima y depresión que pudieran haber sufrido durante el proceso, no fue

referenciado por ninguna de ellas, aunque sí se contempla la ansiedad previa a la intervención y los conflictos emocionales que se generan de una recuperación lenta y dolorosa. En ningún momento se ha puesto en duda que el proceso de recuperación es un procedimiento desagradable, pero coinciden en que es crucial recuperarse de manera adecuada, donde muchas se sienten como si nunca se hubiesen realizado la intervención y reafirmando la poca fortaleza del suelo pélvico tras la cirugía.

Por otra parte, se ha confirmado lo que se evidencia en otros estudios<sup>5</sup>, que aceptar la idea de la cirugía les supuso temor, pero relacionado con miedo a lo desconocido y al riesgo que entrañaba someterse a cualquier intervención, no a lo que conllevaba la extirpación del útero.

Nos encontramos ante una cirugía que está estrechamente ligada con los órganos reproductores y sexuales. Por ello, se le otorgó peso inicialmente como categoría en sí misma a la sexualidad, pero las diferentes experiencias la han reorganizado como una subcategoría. La sexualidad fue considerablemente abordada, obteniendo resultados tanto positivos como negativos, pero dejando claro por parte de todas las mujeres participantes que no ha generado un gran impacto en su persona. Así mismo, en la mayoría de las investigaciones revisadas no consta que la histerectomía marque el final de la vida sexual de una mujer, y mucho menos su declive. Muchas indican que la calidad de vida mejoró, pero sin referir alteraciones en cuanto a la sexualidad<sup>19,28</sup>. En el presente estudio, la mayoría relató disfrutar de una sexualidad satisfactoria, sin presentar cambios después de la intervención. El hecho de que las mujeres gocen de una sexualidad plena o igual a antes de la cirugía remarca lo contrario a lo que se podía esperar, puesto que el haberse sometido a la histerectomía les ha resuelto un problema de salud, mejorando la calidad de vida. Este aspecto resulta relevante, pues esta satisfacción puede influir en lograr unas relaciones sexuales plenas.

Como narraban diversos estudios, se confirmó, que la mayoría de las pacientes referían miedo a la hora de iniciar la actividad sexual después de la cirugía, debido a la falta de conocimiento sobre este tema y la falta de información que recibieron en el momento de la intervención y durante las consultas de seguimiento<sup>32,48</sup>.

Se ha nombrado en esta investigación la posibilidad de que la intervención influyera en la seguridad y la confianza de la mujer, afectando indirectamente en sus actos cotidianos y que, si esta tenía unas expectativas negativas, enfrentaría su vida con conductas distintas, retrasando la normalidad de la situación, pudiendo provocar un

cambio en la comunicación entre los cónyuges, desencadenando dificultades en su relación. Sin embargo, se han obtenido resultados diferentes, no influyendo en la autoestima de la paciente y por consiguiente en sus relaciones afectivas, remarcándolas como un punto de apoyo muy importante, que no se vio afectado por la situación, al contrario, se fortaleció<sup>45</sup>.

En cuanto a lo resaltado sobre la información y los profesionales de la salud, solo hemos podido reafirmar lo que ya se creía, ratificando en que deben centrarse en crear técnicas que disminuyan las barreras de comunicación, proporcionando información de manera clara y sencilla, que ayude a la paciente a mejorar la comprensión de lo que se está explicando y sobre todo solventar todas las dudas y enseñar lo que es normal para únicamente crear situaciones favorables<sup>29</sup>.

Como limitaciones de este estudio, cabe citar las propias de las características del investigador principal al no poseer experiencia previa en la realización de estudios cualitativos y encontrarse en situación de estudiante. Por otra parte, el perfil de las mujeres entrevistadas fue muy similar en cuanto a diferentes aspectos como la maternidad, la preservación de los ovarios y la situación clínica previa, por lo que el análisis podría haberse visto influenciado por su homogeneidad.

Como nuevas líneas de investigación, debido a la alta demanda de información, podría ser positivo estudiar el efecto de los grupos de apoyo o de intervenciones específicas de formación en diferentes perfiles de mujeres que han sido sometidas a histerectomía, con el fin de implantarlas en los programas de salud de la mujer que ofrecen los servicios sanitarios.

## 5. CONCLUSIONES

- Las mujeres consideraron necesaria en todos los casos la histerectomía para concluir con un problema de salud, por lo que la aceptaron como solución, consiguiendo una adaptación satisfactoria.
- Las molestias físicas a las que fueron sometidas, entre ellas destacan el dolor, desaparecieron después de la recuperación.
- También se ha demostrado la importancia de dejar los ovarios, no produciendo efectos hormonales en las entrevistadas, lo que ha hecho más llevadero el proceso además de no mostrar alteraciones a nivel sexual.
- Las mujeres entrevistadas refieren que el haber tenido hijos previamente a la intervención, condicionó a no sentir la sensación de pérdida de la capacidad reproductiva.
- Así mismo, se demuestra que el hecho de estar bien informado es crucial para afrontar la situación y que necesitan que se hable claro y se resuelvan todas las dudas, conociendo por parte de las mujeres como deberían sentirse y a todo lo que podrían enfrentarse.
- Con lo que respecta a precisar de ciertos recursos de soporte como podrían ser grupos de apoyo, rehabilitación del suelo pélvico o apoyo psicológico, las entrevistadas han demostrado no necesitarlos, no obstante, si les hubiera gustado que, aunque sea se les hubiera ofrecido la posibilidad de optar a ellos.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Maceira Rico C. Cuidados de enfermería en el afrontamiento de la histerectomía en mujeres en edad fértil: proyecto de investigación [Internet]. Repositorio Universidad de Coruña. 2019 [citado el 23 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/23430>
2. Aranda V, María C. Patrones socioculturales y su influencia en mujeres pre y post histerectomizadas, en el instituto nacional materno perinatal, cercado de lima – 2013 [Internet]. 2017 [citado el 29 de noviembre de 2021]. Disponible en: [https://repositorio.uap.edu.pe/jspui/bitstream/20.500.12990/639/1/Tesis\\_Mujeres\\_Histerectomizadas.pdf](https://repositorio.uap.edu.pe/jspui/bitstream/20.500.12990/639/1/Tesis_Mujeres_Histerectomizadas.pdf)
3. Carvalho da Costa J. Tipos e vias de abordagem cirúrgica da histerectomia e sua relação com lesão do sistema urinário [Internet]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. 2016 [citado el 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/83719>
4. Franco Carrero P. Histerectomía: tipos de abordaje y cuidados de enfermería [Internet]. Gestión del repositorio documental de la universidad de salamanca. 2017 [citado el 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://gredos.usal.es/handle/10366/133266>
5. Cuevas UV, Díaz AL, Espinoza MF, Garrido PC. Depresión y Ansiedad en mujeres histerectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía [Internet]. Scielo. 2019 [citado el 23 de noviembre de 2021]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262019000300245](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000300245)
6. Urrutia M, Beoriza P, Araya A. Barreras en la comunicación percibidas por un grupo de mujeres histerectomizadas: Un desafío para entregar una educación apropiada [Internet]. Scielo. 2016 [citado el 23 de noviembre de 2021]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262016000300008](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300008)
7. Tamil N. A Comparative study on the Disturbances in Body Image, Psychiatric Morbidity and their Effects on Quality of Life in Post-Mastectomy and Post-Hysterectomy Cancer patients [Internet]. 2013 [citado el 28 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://repository-tnmgrmu.ac.in/1961/>
8. Vega MG, Bautista GL, Rodríguez NL, Loredó AF, Vega MJ, Becerril S. A et al. Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México [Internet]. Scielo. 2017 [citado el 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262017000400408](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000400408)
9. Fernández Esteba L, Ventura Toribio G. Eficacia de la Intervención educativa de enfermería, en el nivel de conocimiento en pacientes pre operadas de histerectomía

- del servicio de ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2017 [Internet]. Repositorio institucional Digital UCSS. 2017 [citado el 29 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ucss.edu.pe/handle/UCSS/548>
10. Rico Zapata M. Proyecto de mejora de la calidad de vida de las mujeres histerectomizadas: Educación Enfermera. [Internet]. 2012 [citado el 19 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/7425/files/TAZ-TFG-2012-241.pdf>
11. Clarke-Pearson D, Geller E. Complicaciones de la histerectomía [Internet]. 2013 [citado el 230 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.greenjournal.org>
12. Torres Torres I. Nivel de información y depresión en mujeres histerectomizadas por cáncer de cervix en el Hospital Virgen de la Puerta, Trujillo [Internet]. 2019 [citado el 29 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/11675?show=full>
13. Simo Velazquez A. Reacciones sexuales, físicas y emocionales de mujeres histerectomizadas. Un estudio cualitativo de testimonios [Internet]. Dialnet. 2020 [citado el 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=288559>
14. Ajú Coy J. Estado depresivo en pacientes pre y posthisterectomizadas, vía abdominal y/o vaginal [Internet]. Repositorio.usac.edu.gt. 2015 [citado 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/2210/1/Jos%C3%A9%20Alejandro%20Aj%C3%BA%20Coy.pdf>
15. Mendoza Hernández G. Impacto De La Histerectomía Obstétrica En La Calidad De Vida Relacionada Con La Salud En Mujeres Intervenidas En El Hospital Alemán Nicaragüense. Enero 2014 A diciembre 2018 [Internet]. Repositorio Centroamericano SIIDCA-CSUCA. 2018 [citado el 24 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://repositoriosiidca.csuca.org/Record/RepoUNANM13617>
16. Aparecida Barbosa Merighi M, Moura de Olivera D, Pinto de Jesus M, Komura Hoga L, Garofalo de Oliveira Pedroso A. Experiences and expectations of women submitted to hysterectomy [Internet]. Scielo. 2012 [citado el 4 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/GwzgzYdtZpM5y6KTS5Q3w3f/?lang=en#:~:text=The%20world%20of%20common%20sense.that%20they%20will%20be%20hollow.>
17. Sheehan Rassi L, Mohmed Q, Hussein Ghafel H. Assessment of Women's Psychological Health with Hysterectomy at Maternity Hospitals in Baghdad City [Internet]. ResearchGate. 2019 [citado el 5 de diciembre de 2021]. Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/336720105\\_Assessment\\_of\\_Women%27s\\_Psychological\\_Health\\_with\\_Hysterectomy\\_at\\_Maternity\\_Hospitals\\_in\\_Baghdad\\_City](https://www.researchgate.net/publication/336720105_Assessment_of_Women%27s_Psychological_Health_with_Hysterectomy_at_Maternity_Hospitals_in_Baghdad_City)

18. Khairiyatul Afifah R, Umbul Wahyuni C, Prasetyo B, Dwi Winarno D. Recovery time period and quality of life after hysterectomy [Internet]. Pubmed. 2022 [citado el 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32728576/>

19. Núñez Manayay T, Vera Ñañez H. Experiencias psicosexuales de pacientes histerectomizadas del servicio de ginecología del hospital regional docente las mercedes – chichlayo 2013 [Internet]. Revista Científica salud y vida sipanense. 2014 [citado el 29 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/71>

20. Po-Han C, Ching-Heng L, Chin C, Chia-Li C, Chia-Jui T, Ching-Pei T et al. Risk of depressive disorders in women undergoing hysterectomy: A population-based follow-up study [Internet]. PubMed. 2015 [citado el 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26228418/>

21. Monterrosa-Castro A, Monterrosa-Blanco A, Beltrán-Barrios T. Insomnia and sexual dysfunction associated with severe worsening of the quality of life in sexually active hysterectomized women [Internet]. PubMed. 2018 [citado el 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30083297/>

22. Barros Tostes N, Celis de Cárdenas A, de Oliveira Menezes R, Carvalho de Miranda L, Carvalho da Rocha B, Pimentel Inajosa S. Quality of life and sexuality of hysterectomized women in a public maternity in the brazilian amazon [Internet]. 2020 [citado el 12 de diciembre de 2021]. Disponible en: [https://cdn.publisher.qn1.link/reme.org.br/pdf/en\\_e1292.pdf](https://cdn.publisher.qn1.link/reme.org.br/pdf/en_e1292.pdf)

23. Selcuk S, Can C, Resit Asoglu M, Kucukbas M, Arinkan A, Seyhan Cikman M et al. Effect of simple and radical hysterectomy on quality of life – analysis of all aspects of pelvic floor dysfunction [Internet]. PubMed. 2016 [citado el 10 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26802255/>

24. Schmidt A, Dutra Sehnem G, Silveira Cardoso L, Silveira de Quadros J, Cammarano Ribeiro A, Tatsch Neves E. Experiencias sexuales de mujeres histerectomizadas [Internet]. Scielo. 2019 [citado el 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/kpXjMnmvT7rCTCFpmKk7xwM/?lang=es>

25. Araya GA, Urrutia SM. El proceso de ser histerectomizada: aspectos educativos a considerar [Internet]. Scielo. 2008 [citado el 29 de noviembre de 2021]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262008000500012](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000500012)

26. Khairiyatul Afiyah R, Umbul Wahyuni C, Prasetyo B, Bagus Qomaruddin M, Yunita Sari R, Faizah I et al. Self-acceptance Affects Attitudes in Caring for Sexual Function

- after Hysterectomy [Internet]. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences. 2021 [citado el 17 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/7568#:~:text=RESULTS%3A%20This%20study%20found%20the,treat%20sexual%20function%20after%20hysterectomy>.
27. Gómez Urquiza J, Ruiz Olivares M, Álvarez Miró E, Avilés Guzmán A, Pérez Mármol J, Cañadas de la Fuente G. Vivencias y experiencias de mujeres a las que se les ha realizado una histerectomía [Internet]. PARANINFO DIGITAL. 2014 [citado el 13 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/238.php>
28. Sobral Portela E, Soto González M. Problemas sexuales derivados de la histerectomía [Internet]. ELSEVIER. 2014 [citado el 29 de noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210573X14000306?via%3Dihub>
29. Miranda Yanzapanta C. Impacto de la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes entre 35 a 55 años de edad del servicio de ginecología y obstetricia del hospital alfredo noboa montenegro durante el periodo febrero - agosto 2012 [Internet]. Universidad Técnica de Ambato. 2013 [citado el 20 de noviembre 2021]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/3690>
30. Şengül Yaman S. The effect of education given before surgery on self-esteem and body image in women undergoing hysterectomy [Internet]. ResearchGate. 2011 [citado el 13 de diciembre de 2021]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/292177410\\_The\\_effect\\_of\\_education\\_given\\_before\\_surgery\\_on\\_self-esteem\\_and\\_body\\_image\\_in\\_women\\_undergoing\\_hysterectomy](https://www.researchgate.net/publication/292177410_The_effect_of_education_given_before_surgery_on_self-esteem_and_body_image_in_women_undergoing_hysterectomy)
31. González Carrión P. Histerectomía y sus efectos psicosexuales en mujeres atendidas en ginecoobstetricia del hospital del iess de loja. [Internet]. Dspace.unl.edu.ec. 2015 [citado el 24 de noviembre de 2022]. Available from: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12527/1/HISTERECTOM%C3%8DA%20Y%20SUS%20EFECTOS%20PSICOSEXUALES%20EN%20MUJERES%20ATENDIDAS%20EN%20GINECOOBSTETRICIA%20DEL%20HOSPITAL%20DEL%20IESS%20DE%20LOJA.pdf>
32. EidFarrag R, Nabil Aboushady R, Shalabi Mohamed H. Effect of an educational supportive program on self-esteem and marital relation among women undergoing hysterectomy [internet]. the malaysian journal of nursing. 2018 [citado el 28 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.31674/mjn.2018.v10i02.002>
33. Carmona Recuenco V. Proceso de adaptación en las mujeres histerectomizadas según la teoría de Callista Roy, 2011 [Internet]. Repositorio de Tesis USAT.

2011[citado el 29 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/594>

34. Zaky Elweley M, Ibrahim Sabra A. Psychological problems, Concerns and Beliefs in Women Undergoing Hysterectomy [Internet]. Iosrjournals.org. 2015 [citado el 29 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol4-issue6/Version-6/G04664857.pdf>

35. Puetate Paucar D. Complicaciones orgánicas y psicológicas en pacientes sometidos a histerectomía intervenidas en el Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora en el servicio de ginecología del mes de junio a diciembre del año 2016 [Internet]. Dspace.uce.edu.ec. 2016 [citado el 24 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11283/1/T-UCE-0006-008.pdf>

36. Nasr Mahmoud A, Fouad El-Adham A, Mohamed Hashem S. Effect of an Educational Program on Gynecological Nurses' Performance Pre and Post Hysterectomy Surgery [Internet]. Tanta Scientific Nursing Journal. 2021 [citado el 11 de diciembre de 2021]. Disponible en: [https://tsnj.journals.ekb.eg/article\\_168859.html](https://tsnj.journals.ekb.eg/article_168859.html)

37. Mohamadnezhad G, Najafabadi M, Komeilisani H, Haghighizadeh M. Effect of Counseling based on Cognitive Behavioral Approach on Self-esteem of Hysterectomized Women of Reproductive Ages [Internet]. 2019 [citado el 11 Dde diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Effect-of-Counseling-based-on-Cognitive-Behavioral-Mohamadnezhad-Najafabadi/52736398358dbc2cfc70e25735f4f2c3c0d6ea26>

38. Lisalde Escobar M. Manejo, evaluación y tratamiento tras una histerectomía [Internet]. Repositorio Institucional UIB. 2022 [citado el 11 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/150311>

39. Aquino Bustos FJ, Correa Gutiérrez S, Reyes Anaya C, González Rodríguez BG. Imagen corporal y aspectos psicosociales en mujeres histerectomizadas. Salud Publica Mex [Internet]. 2014 [citado el 19 de noviembre de 2021] Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342014000300005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000300005)

40. Essa RM, Ismail NIAA, Hassan NI. Effect of progressive muscle relaxation technique on stress, anxiety, and depression after hysterectomy. J Nurs Educ Pract [Internet]. 2017 [citado el 30 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://www.sciedupress.com/journal/index.php/jnep/article/view/9987>

41 Lunelli BP, De Figueiredo Locks G, Bonfante TM, Giacomini DA, Fernandes CB. O impacto da histerectomia abdominal no desempenho/ satisfação sexual [Internet]. Org.br. [citado el 29 de noviembre de 2021] Disponible en: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1272.pdf>

42. Silva M. MA. Importancia de una intervención psicoeducativa sobre sexualidad en mujeres sometidas a una histerectomía. Una revisión de la literature. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. [citado el 1 de diciembre de 2021] Disponible en 2017: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-75262017000600666&lng=en&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262017000600666&lng=en&nrm=iso)
43. Priya P, Roach EJ. Effect of pre-operative instruction on anxiety among women undergoing abdominal hysterectomy. Nurs J India. [Internet]. [citado el 1 de diciembre de 2021] Disponible en 2017: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24974525/#:~:text=Abdominal%20hysterectomy%20is%20said%20to,for%20positive%20post%2Doperative%20outcomes>.
44. Berges Mata P. Programa de educación para el autocuidado en pacientes histerectomizadas para el desarrollo de una sexualidad integral. [Internet]. Repositorio Institucional de Documentos. 2017 [citado el 29 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/90416?ln=es>
45. Correa-Ochoa J, Pandales-Pérez H, Román-Vásquez V, Palacio-Arango B, Zuleta-Tobón J. Impact on quality of life and sexual satisfaction of total abdominal hysterectomy and vaginal hysterectomy in the absence of prolapse. cohort study, medellín, 2015 [Internet]. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2017 [citado el 17 de noviembre de 2021]. <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.2977>
46. Sousa LP, Gonçalves MJ, Valle F, Geber S. Histerectomía total e subtotal: há diferença quanto ao impacto na sexualidade? Reprod Clim [Internet]. [citado el 15 de diciembre de 2021] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-reproducao-amp-climaterio-385-articulo-histerectomia-total-e-subtotal-ha-S1413208714000028>
47. Lonnee-Hoffmann R, Pinas I. Effects of hysterectomy on sexual function. Curr Sex Health Rep [Internet]. PubMed 2014. [citado el 25 de noviembre de 2021] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11930-014-0029-3>
48. Faría F, Ferrarotto M, González Blanco M. Función sexual en pacientes histerectomizadas. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. Scielo 2015 [citado el 29 de noviembre de 2021] Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322015000100005](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000100005)
49. Nunes Muniz J. Histerectomía e Sexualidade [Internet]. Repositorio ufba. 2012 [citado el 1 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/8035>
50. Monterrosa-Castro Á, Monterrosa-Blanco A. Sexual Dysfunction and Quality of Life in Colombian Histerectomized Women [Internet]. 2017 [citado el 11 de noviembre de 2021]. Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/322256641\\_Sexual\\_Dysfunction\\_and\\_Quality\\_of\\_Life\\_in\\_Colombian\\_Hysterectomized\\_Women](https://www.researchgate.net/publication/322256641_Sexual_Dysfunction_and_Quality_of_Life_in_Colombian_Hysterectomized_Women)

51. Sobhy Abd el Gwad N, Sobhy Mahmoud A, Mohamed El-Sayad S, Abd El Fatah B. Body image, self-esteem and quality of sexual life among women after hysterectomy [Internet]. Port said Scientific Journal Of Nursing. 2020 [citado el 11 de diciembre de 2021]. Disponible en: [https://pssjn.journals.ekb.eg/article\\_132005.html](https://pssjn.journals.ekb.eg/article_132005.html)
52. Theunissen M, Peters M, Scheoers J, Schoot D, Gramke H, Marcus M. Prevalence and predictors of depression and well-being after hysterectomy: An observational study [Internet]. PubMed. 2017 [citado el 13 de diciembre de 2021]. Disponible
53. Camero Solorzano Y, Meléndez Mogollón I, Álvarez González A, Apuntes Guerrero J. Cuidado Humanizado en el Postoperatorio Inmediato de Pacientes Histerectomizadas [Internet]. Dialnet. 2019 [citado el 29 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7058092>
54. Urrutia M, Araya A, Flores C, Jara D, Silva S, Lira M. Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas [Internet]. Scielo. 2013 [citado el 23 de noviembre de 2021]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262013000400004](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400004)
55. OECD. Health Statistics - Health Care Utilisation: Surgical procedures. Publicado por OECD. Enlace a la fuente stats.oecd.org. Fecha de publicación: Noviembre de 2020.
56. Saffarieh E, Ahmadi R, Pazoki R, Yousefnezhd A, Yousefi-Sharami R. The study of life expectancy in hysterectomized women in Semnan Amir Al Momenin Hospital in 2017. J Family Med Prim Care [Internet] Scielo 2020 [citado el 29 de noviembre de 2021] Disponible en: [http://dx.doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc\\_783\\_19](http://dx.doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_783_19)
57. Tonon G. Reflexiones latinoamericanas sobre investigación cualitativa [Internet]. 2011 [citado el 2 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://redib.org/Record/oai\\_articulo544154-reflexiones-latinoamericanas-sobre-investigaci%C3%B3n-cualitativa](https://redib.org/Record/oai_articulo544154-reflexiones-latinoamericanas-sobre-investigaci%C3%B3n-cualitativa)
58. Folgueiras Bertomeu P. La entrevista [Internet]. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. 2016 [citado el 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/99003>
59. Amezcua M, Hueso Montoro C. Ciberindex – Web de la Fundación Index [Internet]. Index-f.com. 2022 [citado el 19 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php>.

## 7. ANEXOS

### 7.1 Anexo 1. Consentimiento informado

**Título:** VIVENCIA DE MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA. ANÁLISIS DE LA REPERCUSIÓN PERCIBIDA

**Investigador principal:** Claudia Viera Álvarez **Contacto:** +34 000000000

#### 1- INTRODUCCIÓN Y PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio, por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio.

El objetivo del estudio es indagar sobre el posible impacto emocional, físico y social de las mujeres que han sido sometidas a una intervención de histerectomía. De esta manera se comprobará cómo ha influido en su calidad de vida, ayudando a orientar nuevas medidas o intervenciones en base a las respuestas que expongan las entrevistadas.

#### 2- PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

En este estudio participarán mujeres que hayan sido sometidas a intervención de histerectomía que residan en la isla de La Palma en el momento del estudio, y cuya fecha de intervención sea anterior a septiembre de 2021. Será totalmente necesario que usted firme este consentimiento para formar parte del estudio, el cual es completamente voluntario. Usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.

#### 3- PROCEDIMIENTOS

Su participación consistirá, una vez firmado este consentimiento, en responder a una serie de preguntas efectuadas por la investigadora principal del estudio. Se procederá a la grabación de audio e imagen, para tener recogido textualmente la entrevista al completo, para su posterior análisis. El tiempo necesario para completar esta entrevista se establece en 30-45 minutos.

En cualquier momento, puede pedir información sobre el estado en el que se encuentra la investigación.

#### **4- INCOMODIDADES Y BENEFICIOS**

Este estudio no prevé ningún riesgo o molestia, más que el tiempo de participación.

Es probable que usted no reciba ningún beneficio personal por participar en este estudio en el momento actual, no obstante, la información de esta investigación podría conducir a una mejora de las medidas que se lleven a cabo para el resto de las mujeres que se sometan a dicha intervención.

#### **5- PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD**

Todos los datos aportados son totalmente confidenciales y su nombre nunca podrá aparecer asociado en los resultados que muestre el estudio. Con la firma de este consentimiento, nos da la aprobación también a la grabación de la entrevista de acuerdo con respetar su confidencialidad.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en reuniones médicas, pero su identidad nunca será divulgada.

Esta autorización servirá hasta el final del estudio, a menos que usted la cancele antes. Para cancelar esta autorización, en cualquier momento, deberá ponerse en contacto con el investigador principal en la dirección de email: [0000000000@ull.edu.es](mailto:0000000000@ull.edu.es) o a través del teléfono +34000000000.

#### **6- PARTICIPACIÓN Y BAJA VOLUNTARIA**

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que su decisión resulte en ningún momento penalizada. De igual manera, el investigador principal puede detener su participación si no cumpliera los requisitos necesarios.

**7- CONSENTIMIENTO:**

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o se me ha leído de manera adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas.

Yo autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud al equipo investigador de este estudio para los propósitos descritos anteriormente y la cesión de mi imagen en formato audiovisual.

Al firmar esta hoja de consentimiento, no se ha renunciado a ninguno de los derechos legales.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador Principal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal autorizado (si procede)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## 7.2 Anexo 2. Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica

El estudio de investigación titulado: “**Vivencias de mujeres sometidas a histerectomía. Análisis de la repercusión percibida**”, versión **2**, del **28 de marzo de 2022**, con código **CHUC\_2022\_19**, del que es Investigador Principal la Dra. CLAUDIA VIERA ALVAREZ, ha sido evaluado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Provincia de Santa Cruz de Tenerife) en su sesión del **28/04/2022**, y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Protocolo con los objetivos del estudio.

El procedimiento para obtener el consentimiento informado, incluyendo la hoja de información para los sujetos y el consentimiento informado, **versión 1, del 28 de febrero de 2022**, es adecuado.

La capacidad del Investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio y no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Por todo ello, el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (Provincia de Santa Cruz de Tenerife) emite dictamen **FAVORABLE** para la realización de este estudio en el Hospital General de La Palma.

Presidente del CEIm

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias