

EUNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



"AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS EN CONSULTORIO EXTERNO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012"

Tesis presentada por las Bachilleres en
Enfermería:

GALLEGOS GONZALES, Noelia
Verónica.

QUISPE MEDINA, Katherine Milagros

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

AREQUIPA - PERÚ
2012

PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

S.D.

De conformidad con lo establecido por la Facultad de Enfermería que usted tan acertadamente dirige presentamos a su consideración y a la de los señores Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado: **“AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS EN CONSULTORIO EXTERNO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012”**, requisito necesario para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería

Esperamos que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes

Arequipa, Marzo del 2013

Noelia Verónica Gallegos Gonzales

Katherine Milagros Quispe Medina

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

DE : Jurado Dictaminador
Dra. Gloria Núñez de Pinto
Mgter. Mirta Cardeña Valverde

ASUNTO : Dictamen de Proyecto de Tesis
"AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS DEL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA DE ESSALUD,
AREQUIPA 2012"

AUTORA : NOELIA VERONICA GALLEGOS GONZALES
KATHERINE MILAGROS QUISPE MEDINA

FECHA : Arequipa, 13 de agosto del 2012

Reunido el Jurado Dictaminador y revisado el Proyecto de Tesis, se realiza los siguientes alcances:

Planteamiento teórico

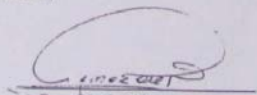
1. Variables: Eliminar la variable descriptiva.
2. Indicadores y subindicadores: Incluir el aspecto sexual.
Subindicadores: Incluir los subindicadores que corresponden al instrumento presentado en forma sintética.
3. Interrogantes básicos y objetivos: Reformular las interrogantes y los objetivos de acuerdo al enunciado variables e indicadores del trabajo (máximo 3)
4. Nivel del problema: Especificar el nivel de investigación, teniendo en cuenta el enunciado y variables presentados.
5. Justificación: Mencionar la relevancia científica y el aporte hacia la profesión (ser más puntual, teniendo en cuenta el tema del trabajo).
6. Hipótesis: Reformular de acuerdo al enunciado, variables y objetivos del trabajo.

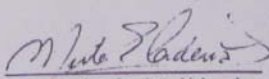
Planteamiento operacional

7. Unidades de estudio: Precisar si es muestra o universo.
8. Criterios de exclusión: Fundamentar el por qué no se incluye a las mujeres intervenidas de urgencia.
9. Recolección de datos: Aclarar el último ítems sobre intervención de enfermería, teniendo en cuenta que el enunciado es descriptivo
10. Completar con la bibliografía de acuerdo a las normas establecidas por la Facultad.

Una vez subsanadas las observaciones, volver a presentar el presente proyecto para su respectiva revisión.

Atentamente,


Dra. Gloria Núñez de Pinto


Mgter. Mirta Cardeña Valverde

* Entregado
13.08.12

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería

De : Jurado dictaminador
Dra. Gloria Nuñez de Pinto Mgter. Mirta Cardeña Valverde

Asunto : Dictamen proyecto de Tesis: **"AUTOPERCEPCION CORPORAL EN MUJERES
HISTERECTOMIZADAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III
YANAHUARA – ESSALUD AREQUIPA 2012"**

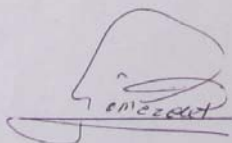
Autoras : NOELIA VERÓNICA GALLEGOS GONZALES
KATHERINE MILAGROS QUISPE MEDINA

Fecha : Arequipa 18 de setiembre

Reunido el jurado dictaminador y revisado el proyecto de se realiza los alcances siguientes:

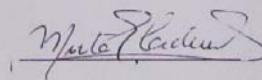
1. Antecedentes Investigativos: Precisar las conclusiones de los trabajos y su relación con la investigación que están realizando.
2. Unidades de estudio: Especificar si se va a trabajar con muestra o con el universo.
3. Criterios de inclusión: Aclarar el porqué se considera mujeres a partir de los 35 años.
4. Recolección de datos: Presentar la escala de calificación, su interpretación y validación.
5. Instrumento: Aumentar en la Filiación Causa de la Histerectomía (va en relación a la investigación) Se sugiere aplicar el instrumento, en el control postoperatorio en consulta externa, a los 20 o 30 días de la intervención, para obtener mejores resultados.

Presentar nuevamente el proyecto.



Dra. Gloria Nuñez Lovón

Atentamente.



Mgter. Mirta Cardeña Valverde

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

DE : Jurado Dictaminador
Dra. Gloria Núñez de Pinto
Mgter. Mirta Cardeña Valverde

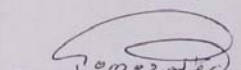
ASUNTO : Dictamen de Proyecto de Tesis
"AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS DEL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA DE ESSALUD,
AREQUIPA 2012"

AUTORA : NOELIA VERONICA GALLEGOS GONZALES
KATHERINE MILAGROS QUISPE MEDINA

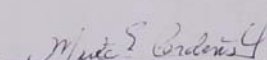
FECHA : Arequipa, 05 de Octubre del 2012

Reunido el Jurado Dictaminador y revisadas las observaciones, cambiar en el enunciado Servicio de Ginecología por "Consultorio Externo de Ginecología", subsanada esta observación, pasar a la fase de EJECUCIÓN del Proyecto de Tesis

Atentamente,



Dra. Gloria Núñez de Pinto



Mgter. Mirta Cardeña Valverde

RECEPCION
Facultad de Enfermería
FECHA 05 OCT 2012 2:10
Firma 

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : **Mgter. Ruth Romero de Rodríguez**
Decana de la Facultad de Enfermería

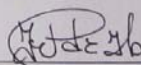
DE : **Lic. Yeny Valdivia de Ibarra**
Asesora de la Tesis Titulada:
AUTOPERCEPCION CORPORAL EN MUJERES
HISTERECTOMIZADAS EN CONSULTORIO
EXTERNO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL III
YANAHUARA ESSALUD. AREQUIPA, 2012.

INVESTIGADORAS : GALLEGOS GONZALES, NOELIA VERONICA
QUISPE MEDINA, KATHERINE MILAGROS

ANTECEDENTES: Aprobado el Proyecto de Tesis se inicia la asesoría del mismo para la ejecución entre los meses de octubre a diciembre, se va asesorando el avance del trabajo con la finalidad de hacer los reajustes necesarios.
En el mes de diciembre se revisa el vaciamiento de datos, análisis e interpretación de resultados, para llegar a conclusiones y recomendaciones del mismo.

APRECIACIÓN PERSONAL: La investigación cumple con los requisitos del método científico.
Las autoras demostraron dedicación, esfuerzo y responsabilidad durante la ejecución del trabajo.

Arequipa, 07 de Enero del 2013



Lic. Yeny Valdivia de Ibarra

DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

DE : Jurado Dictaminador:
Dra. Catalina Ballón de Noriega
Dra. Gloria Núñez de Pinto
Mgter. Mirta Cardeña Valverde

ASUNTO : Dictamen de Borrador de Tesis
"AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS DEL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA DE ESSALUD,
AREQUIPA 2012"

AUTORAS : NOELIA VERÓNICA GALLEGOS GONZALES
KATHERINE MILAGROS QUISPE MEDINA

FECHA : Arequipa, 25 de febrero del 2013

Reunidos los Jurados Dictaminadores se alcanza las siguientes observaciones:

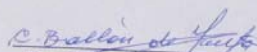
Planteamiento Teórico

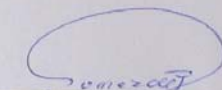
1. Eliminar cronograma.
2. Retirar hojas de separadores de capítulo a capítulos.
3. Revisar, mejorar ortografía y redacción.

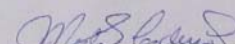
Planteamiento Operacional

4. Estrategia de recolección de datos: Detallar la realización de la Coordinación y recolección de datos.
5. Resultados: Revisar tablas y totales teniendo en cuenta los resultados con la conclusión presentada. Se sugiere presentar tabla resumen.
6. Presentar Constancia de realización de trabajo en original o copia con letra legible.
7. Conclusiones en singular, mejorar la redacción.
8. Recomendaciones: en singular (1) especificando a quien va dirigido.

Subsanadas las observaciones presentar nuevamente el Borrador de Tesis.


Dra. Catalina Ballón de Noriega


Dra. Gloria Núñez de Pinto


Mgter. Mirta Cardeña Valverde

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

DE : Jurado Dictaminador:
Dra. Catalina Ballón de Noriega
Dra. Gloria Núñez de Pinto
Mgter. Mirta Cardeña Valverde

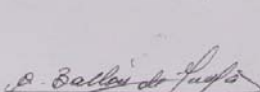
ASUNTO : Dictamen de Borrador de Tesis
"AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA DE
ESSALUD, AREQUIPA 2012"

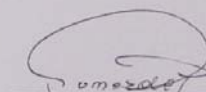
AUTORAS : NOELIA VERÓNICA GALLEGOS GONZALES
KATHERINE MILAGROS QUISPE MEDINA

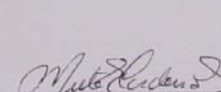
FECHA : Arequipa, 27 de febrero del 2013

Reunido el Jurado Dictaminador y subsanadas las observaciones realizadas pasan a la fase de SUSTENTACIÓN según el reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería.

Atentamente,


Dra. Catalina Ballón de Noriega


Dra. Gloria Núñez de Pinto


Mgter. Mirta Cardeña Valverde

Nuestro agradecimiento:

A Dios por guiar cada paso de nuestras vidas, por brindarnos fortaleza y amor cada día, así como la claridad para seguir mejorando en esta sociedad de exigencias y retos.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, por la formación académica brindada y con ella a los docentes quienes con su profesionalismo y ética puesto de manifiesto en las aulas enrumban a cada uno de los que acudimos a ellas.

Al personal del Servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara EsSalud, por el apoyo y la orientación tanto durante nuestra formación profesional como durante la realización de esta tesis.



A mis padres Alberto y Jeny por fortalecer mi futuro, entregarme los valores que han sido mi base para afrontar la vida con dignidad, porque son mi fuerza, por acompañarme en cada momento de mi vida, por perdonar mis errores y darme su mano con calor y amor. No puedo dejar pasar esta oportunidad sin decirles que les amo y que gracias a ustedes estoy donde estoy. Gracias a las personas que pasaron por mi vida y me dieron su apoyo y palabra de aliento, su abrazo, cariño y fuerza para que se lograra el objetivo de ser una gran profesional y una mejor persona. Gracias a todos los que creyeron en mí, puesto que aquí se tiene el fruto de todas sus energías.

Noelia Verónica

A mis padres: Hermógenes y Silvia, con mucho amor y gratitud, por siempre haberme dado su apoyo, sincero e incondicional que me ha ayudado y llevado a cumplir cada una de mis metas, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida; les dedico mi esfuerzo y trabajo puesto para la realización de esta tesis.

Katherine Milagros

ÍNDICE

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	19
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	19
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	19
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	20
2. OBJETIVO.....	22
3. MARCO TEÓRICO.....	22
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	60
5. HIPÓTESIS.....	63

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO.....	64
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	64
2.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA.....	64
2.2. UBICACIÓN TEMPORAL	65
2.3. UNIDADES DE ESTUDIO	65
3. ESTRATEGIAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	66

CAPÍTULO III

RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

RESULTADOS.....	60
CONCLUSIÓN	80
RECOMENDACIÓN	81
BIBLIOGRAFÍA.....	82
ANEXOS	85



ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

TABLA N°

1. MUJERES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN EDAD. HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA, 2012.....	68
2. MUJERES HISTERECTOMIZADAS, SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012.....	69
3. MUJERES HISTERECTOMIZADAS, SEGÚN EL ESTADO CIVIL, HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012.....	70
4. MUJERES HISTERECTOMIZADAS, SEGÚN LA PARIDAD, HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012.....	71
5. MUJERES HISTERECTOMIZADAS, SEGÚN DIAS DE HOSPITALIZACIÓN, HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012.....	72
6. MUJERES HISTERECTOMIZADAS, SEGÚN CAUSA DE HISTERECTOMÍA, HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012.....	73
7. MUJERES HISTERECTOMIZADAS, SEGÚN TIPO DE HISTERECTOMÍA, HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012.....	74
8. AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN LA DIMENSIÓN FÍSICA Y SEXUAL. HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012.....	75
9. AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN LA DIMENSIÓN EMOCIONAL. HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012.....	76

10. AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN LA DIMENSIÓN SOCIAL. HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012.....	77
11. AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012.....	78
12. TABLA RESUMEN	78
13. AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012.....	79



RESUMEN

AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS EN CONSULTORIO EXTERNO DE GINECOLOGÍA HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA 2012.

PRESENTACIÓN:

Presentado por las Bachilleres de Enfermería Srtas. NOELIA VERÓNICA GALLEGOS GONZALES y KATHERINE MILAGROS QUISPE MEDINA para la obtención del Título Profesional de Licenciadas en Enfermería en la Universidad Católica de Santa María situada en la Urb. San José s/n Umacollo – Yanahuara, teléfono 251210, Arequipa-Perú.

OBJETIVO:

Describir la autopercepción corporal de las mujeres sometidas a histerectomía según la dimensión física y sexual, emocional y social en Consultorio externo de Ginecología del Hospital III Yanahuara EsSALUD Arequipa. 2012.

HIPÓTESIS:

Por tratarse de una investigación de tipo descriptivo, se vio por conveniente la no formulación de hipótesis.

METODOLOGÍA:

- **TÉCNICA:** La técnica usada en la presente investigación es la encuesta.
- **INSTRUMENTO:** Cuestionario de Evaluación de la Autopercepción de la Imagen Corporal de Castro Junchaya, C. J. (2010).

CONCLUSIÓN:

La autopercepción corporal, en mujeres histerectomizadas del Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, durante el período de estudio mostró ser en su mayoría desfavorable, sin embargo un porcentaje significativo evidencia tener una autopercepción medianamente favorable. De los factores socio - demográficos considerados, la paridad se asocio con los resultados finales de la investigación. De acuerdo a la valoración de las dimensiones de la autopercepción corporal; las dimensiones física – sexual y emocional fueron desfavorables siendo ésta última la que muestra mayor influencia sobre el resultado final. En cuanto a la dimensión social su valoración final fue de medianamente desfavorable.

RECOMENDACIÓN:

Que, la Decana de Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, incentive a sus estudiantes a realizar estudios similares, teniendo en cuenta la eficacia y los cambios que producen la aplicación de un programa para mejorar la Autopercepción de la Imagen Corporal, en mujeres que han sido histerectomizadas, cuando es aplicado un tiempo anterior a la intervención quirúrgica; por otro lado que se tome en cuenta cuál de las dimensiones del cuestionario de Autopercepción de la Imagen Corporal, se modifica en grupos de mujeres con diferente condición socio económica; luego explicar las causas de la modificación.

GALLEGOS GONZALES, Noelia Verónica. Av. Ramón Castilla 110 Acequia Alta Cayma. Telf. 958652556

QUISPE MEDINA, Katherine Milagros. Av. San Miguel de Piura C – 12 J. Hunter. Telf. 959235492

**AREQUIPA - PERÚ
2012**

ABSTRACT

SELF-PERCEPTION IN HYSTERECTOMIZED WOMEN BODY IN OFFICE GYNECOLOGY HOSPITAL ER III YANAHUARA ESSALUD AREQUIPA 2012.

PRESENTATION:

Presented by the Misses Nursing graduates. NOELIA VERONICA GALLEGOS GONZALES and KATHERINE MILAGROS QUISPE MEDINA to obtain Licensed Professional Degree in Nursing at the Catholic University of Santa Maria located in Urb. San Jose s/n Umacollo - Yanahuara, telephone 251 210, Arequipa, Peru.

OBJECTIVE:

Describe the body self-perception of women undergoing hysterectomy as the physical dimension - sexual, emotional and social outpatient Hospital of Gynecology EsSALUD III Yanahuara Arequipa. 2012.

HYPOTHESIS:

Being a descriptive investigation, was not by convenient assumptions.

METHODOLOGY:

- **TECHNIQUE:** The technique used in this research is the survey.
- **INSTRUMENT:** Assessment Questionnaire Self-perception of body image Junchaya Castro, C. J. (2010).

CONCLUSION:

The body self-perception in hysterectomized women Yanahuara EsSalud III Hospital, Birmingham, during the study period was shown to be mostly unfavorable, however evidence for a significant percentage have a fairly favorable self-perception. From the socio - demographic considered, parity was associated with the final results of the investigation. According to the assessment of the dimensions of the body self-perception, the physical - sexual and emotional were unfavorable latter being showing greater influence on the final result. Regarding the social dimension of their final assessment was moderately unfavorable.

RECOMMENDATIONS:

That, the Dean of Faculty of Nursing at the Catholic University of Santa Maria, encourage your students to do similar studies, taking into account the efficiency and changes that produce the implementation of a program to improve the self-perception of body image in women who have undergone hysterectomy, when applied to a time prior to surgery, on the other hand is taken into account which of the dimensions of the Self-Perception questionnaire Body Image is amended in groups of women with different socioeconomic status; then explain the causes of the change.

GALLEGOS GONZALES, Noelia Verónica. Av. Ramón Castilla 110 Acequia alta Cayma. Telf. 958652556

QUISPE MEDINA, Katherine Milagros. Av. San Miguel de Piura C- 12 J. Hunter. Telf. 959235491

AREQUIPA - PERÚ
2012

INTRODUCCIÓN

Durante la vida femenina pueden acontecer determinadas enfermedades que conlleven, como parte de su tratamiento, diversas intervenciones quirúrgicas, como la histerectomía, motivada por diferentes causas (miomas uterinos, cáncer de cuello uterino, hemorragias disfuncionales rebeldes a tratamiento, etc.). En donde el diagnóstico certero, preciso y oportuno es de vital importancia, así como la adecuada preparación preoperatoria, la adecuada ejecución operatoria y su rehabilitación posoperatoria.

La histerectomía es una de las cirugías más comunes en los países en desarrollo y evoluciona a lo largo del tiempo, en Estados Unidos es la segunda intervención quirúrgica mayor más realizada, en el Perú estudios demuestran que entre el 2002 y el 2003 se realizaron un total de 106 histerectomías en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (Lima) , mientras que en el Servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara EsSalud representan el 8.20%¹ del total de pacientes hospitalizadas; si bien dicha intervención proporciona un importante beneficio para las mujeres que lo necesitan, también es cierto que para muchas otras la pérdida del útero conlleva a efectos profundos en su vida futura; por lo tanto se convierte en una exigencia, en la histerectomía, considerar a la paciente como una unidad bio-psicosocial y sujeta de una atención integral, en donde cada una de ellas debe ser comprendida, tratada y evaluada, esta comprensión debe ser compartida por los profesionales de la salud multidisciplinariamente, valorando el estado y condición pre-operatoria de la paciente candidata a cirugía.

¹ Oficina de Estadística. Hospital III Yanahuara EsSalud 2012.

El papel de la Enfermera, es importante en la medida que contribuye a aliviar el dolor, temor, ansiedad, sobre todo escuchando atentamente los temores y dudas de su paciente para que tenga una percepción positiva sobre su salud, superando la angustia y el impacto de la cirugía, en cuanto a la imagen que tiene de su cuerpo, reduciendo así los efectos emocionales indeseables y propiciando, una adecuada recuperación posquirúrgica

Considerando el enfoque antes señalado es que se realiza una investigación descriptiva para establecer cómo es la autopercepción corporal en mujeres histerectomizadas, ello nos permitirá conocer y comprender la autopercepción de dichas pacientes, para replantearnos el hecho de cómo preparamos a las pacientes y a nosotros como profesionales para las implicancias que esta operación tiene en la calidad de vida de la mujer, mejorando así la calidad de la atención en la salud.

El contenido del informe del presente estudio se ha organizado en capítulos, siguiendo el método científico. El primer capítulo consta del planteamiento teórico, en el segundo se detalla el planteamiento operacional y en el tercero los resultados, conclusiones y recomendaciones, para finalizar con la bibliografía y anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS EN CONSULTORIO EXTERNO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

a. Campo, Área y Línea

Campo : Ciencias de la Salud

Área : Enfermería

Línea : Salud de la Mujer

b. Análisis de Variables

La investigación tiene una variable:

La Autopercepción Corporal

Variables	Indicadores	Sub indicadores
AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL	Dimensiones física y sexual.	• Pérdida del útero • Pérdida de la capacidad reproductiva • Alteración de los patrones sexuales • Factor hormonal
	Dimensión emocional.	• Pérdida de su feminidad • Miedo • Temor • Tristeza • Preocupación • Autoestima
	Dimensión social.	• Aceptación • Apoyo de la familia

c. Interrogante Básica:

¿Cómo es la autopercepción corporal de las mujeres sometidas a histerectomía según la dimensión física y sexual, emocional y social, en Consultorio externo de Ginecología del Hospital III Yanahuara EsSALUD Arequipa. 2012?

d. Tipo y Nivel del Problema

Tipo: De campo.

Nivel: Descriptivo, de corte transversal.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La investigación toma un carácter original ya que en nuestro medio no han sido lo suficientemente investigadas las alteraciones y cambios en la autopercepción corporal provocados por la histerectomía siendo pertinente conocer cómo se modifica ésta después del procedimiento, para comprender y respetar el significado que para ellas tiene la intervención y propiciar el ambiente adecuado y así brindar una atención integral y de calidad a la paciente histerectomizada.

Es importante poder explicar las alteraciones y cambios en la autopercepción corporal provocadas por la histerectomía, ya que esta representa la extracción de un órgano que la mujer valora por el significado que "ella" le ha dado pues el útero es compartido por la maternidad como en la sexualidad lo que podría originar cambios en su vida afectiva, emocional, y familiar. Por esta razón la enfermera que labora en el Servicio de Ginecología debe estar preparada, para que a través de las actividades que desarrolla constantemente le permita identificar precozmente los efectos físicos, psicoemocionales y afectivos, contribuyendo mediante sus acciones terapéuticas y apoyo emocional a una mejor afrontación de la cirugía.

Los resultados del estudio permitirá proporcionar una información válida a fin de que el personal de Enfermería y el Servicio de Ginecología formulen y/o diseñen estrategias orientadas a mejorar los procesos de atención que se brinda a las pacientes histerectomizadas, favoreciendo su adaptación a los resultados de la intervención quirúrgica y disminuyendo el riesgo a complicaciones, fomentando la adopción de conductas saludables, mejorando su calidad de vida; e incentivar al personal de enfermería para la elaboración e implementación de protocolos de atención en las pacientes post histerectomizadas.

Por otra parte la histerectomía siendo una situación altamente estresante, es que puede afectar el desenvolvimiento de la mujer, en su familia y en la sociedad; esta situación hace que se le considere al estudio de corte humano y social; además de tener en cuenta que del total de pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara en el año 2012 el 8.20% se hospitalizan para ser intervenidas por los diferentes tipos de histerectomía; por tal razón es que la paciente post histerectomizada es susceptible de ser investigada.

El estudio es viable y factible ya que se dispone una población accesible de estudio, la infraestructura adecuada y los costos están dentro de las posibilidades de las investigadoras.

La principal motivación que impulsa a las autoras a realizar esta investigación es la de obtener el título profesional de Licenciadas en Enfermería.

2. OBJETIVO

Describir la autopercepción corporal de las mujeres sometidas a histerectomía según la dimensión física y sexual, emocional y social que acuden a Consultorio externo de Ginecología del Hospital III Yanahuara EsSALUD Arequipa. 2012

3. MARCO TEÓRICO

3.1. HISTERECTOMÍA

3.1.1. GENERALIDADES

Algunas referencias a la histerectomía se remontan al siglo V a. C., en la época de Hipócrates. Los primeros intentos de extirpar el útero fueron por vía vaginal por prolapso uterino o inversión uterina. Hacia el siglo XVI d. C, ya se habían realizado varias histerectomías en países europeos tales como Italia, Alemania y España. La histerectomía vaginal se realizó esporádicamente entre los siglos XVII y XVIII.

Los primeros intentos de histerectomía abdominal se efectuaron por leiomiomas confundidos con quistes de ovario. A comienzos del siglo XIX la laparotomía por quistes de ovario seguía siendo considerada peligrosa a pesar de los intentos iniciales exitosos de Mc Dowell en los Estados Unidos y de Emiliami en Europa durante 1815. Washington L. Atlee, de

Lancaster, Pennsylvania, realizó la primera miomectomía abdominal exitosa en 1844.

La apertura del abdomen solía complicarse con una hemorragia post operatoria, la que con frecuencia era fatal. El cirujano inglés A.M Heath, de Manchester, ligó por primera vez las arterias uterinas a mediados del siglo XIX pero pasarían casi 50 años hasta que su técnica se convirtiera en una práctica común.

El éxito de la cirugía dependía del control de la hemorragia, la infección y el dolor. Así las ligaduras se usaban para ocluir vasos sangrantes, ya en el año 1090 Ambroise Pare inventó las pinzas arteriales a mediados del siglo XVI. El austriaco Ignaz Semmelweiss reconoció la importancia del control de la infección en su trabajo sobre la fiebre puerperal, trabajo continuado por Joseph Lister (1860) y Luis Pasteur; también Robert Koch colaboró con sus notables descubrimientos. El norteamericano Crawford W. Long usó por primera vez éter como analgésico en 1842 y el escocés Sir James Y. Simpson inició el uso del cloroformo en la práctica obstétrica.

En 1864 el francés Koeberle introdujo su método la ligar el gran pedículo vascular de la parte inferior del útero con un instrumento inventado por él llamado “serrenoud” (cierranudos). Fue la técnica habitual para controlar el sangrado asociado a la histerectomía durante los primeros años.

En 1878 W.A. Freud, de Alemania refinó la técnica de histerectomía usando anestesia, una técnica antiséptica, la posición de Trendelenburg y una ligadura alrededor de los ligamentos y los grandes vasos. En las primeras décadas del siglo XX la histerectomía se convirtió en el tratamiento empleado con mayor frecuencia para tratar enfermedades y síntomas ginecológicos.

En la Actualidad la histerectomía se ha desarrollado y ha evolucionado en los últimos años de una operación extremadamente peligrosa y poco frecuente a una modalidad terapéutica importante que puede salvar la vida y mejorar el estado de salud siempre que la preparación y selección sean apropiadas, sin embargo debido a las tasas significativas de mortalidad y morbilidad en todos los grupos etáreos la histerectomía no puede considerarse una operación de bajo riesgo que se puede emplear para tratar síntomas o patologías ginecológicas menores.

Gracias al uso apropiado de las transfusiones de sangre, los antibióticos, y los avances en las técnicas de anestesia, un cirujano ginecólogo capaz puede realizar una histerectomía con bastante facilidad con una tasa de mortalidad que fluctúa desde 1-2/1000 a 0%.

3.1.2. DEFINICIÓN

La histerectomía, es un procedimiento quirúrgico frecuente en la cirugía ginecológica que consiste en la extracción completa del útero y marca el fin de la capacidad reproductiva y el cese de la menstruación, puede ir acompañado por la extirpación de los anexos, o darse un recortamiento de la vagina lo que repercutirá en la actividad sexual de la mujer, si además se extrae ambos ovarios se interrumpe la producción de estrógenos posibilitando la aparición de sintomatología menopáusica.

3.1.3. TIPOS DE HISTERECTOMÍA

Por otra parte es importante mencionar que existen diversos tipos de histerectomía. Primero por las partes que se extraen, ya sea una histerectomía subtotal, total y radical, y por la vía de abordaje quirúrgico puede ser abdominal y vaginal, teniendo cada una de ellas sus indicaciones específicas.

En la histerectomía subtotal se remueve el útero dejando el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio, mientras que en la histerectomía total, se extrae el útero y el cuello uterino, pero se conservan las trompas y el ovario o también con salpingooforectomía bilateral: si se extirpan el útero, las trompas y los ovarios. Sin embargo, en la histerectomía radical se quita tanto el útero como el cuello uterino, los ovarios, las trompas de Falopio y los nodos linfáticos de la pelvis (MDConsult Core Service, 2005a).

Por la vía de abordaje quirúrgico tenemos la histerectomía abdominal, es la extirpación del útero a través de una incisión abdominal con abertura de la cavidad peritoneal:

- Permite una exploración detallada de los órganos abdominales.
- Mejoran la suspensión de la cúpula vaginal.
- Permite erradicar en el mismo acto operatorio neoplasias malignas del árbol urinario.

Indicaciones:

- Miomas uterinos
- Enfermedad inflamatoria pélvica crónica
- Endometriosis
- Adherencias
- Exéresis de grandes tumoraciones de las trompas de Falopio y ovario.

Histerectomía vaginal; se realiza mediante el abordaje vaginal se practica una incisión por encima y alrededor del cérvix puede extraerse los ovarios y la trompas de Falopio.

Indicaciones:

- Prolapso uterino grave.
- Prolapso acompañado de incontinencia por esfuerzo.
- Relajación pélvica o antecedentes de fibroma.
- Sangrado uterino irregular.

Ventajas:

- Pueden deambular más temprano y cuidar de si mismo.
- La función intestinal retorna más rápido.
- Se desarrollan menos adherencias post operatorias.
- Es mejor tolerado por las pacientes de edad avanzada.
- Es una intervención quirúrgica casi totalmente extraperitoneal.
- Se evita la morbilidad asociada a la incisión abdominal (infección, dehiscencia, malestar, las pacientes se sienten complacidas de no tener cicatrices en el abdomen).
- Indicada para pacientes de alto riesgo quirúrgico.

Contraindicación:

- Paciente nulípara
- Paciente sometida a cirugía pélvica

3.1.4. INDICACIONES

Es indudable que una histerectomía apropiadamente indicada y realizada de forma idónea puede ser de enorme beneficio para pacientes adecuadamente informadas con enfermedades o síntomas ginecológicos significativos. Sin embargo, la histerectomía en ningún caso debe ser llevada a cabo sin indicaciones apropiadas.² En última instancia,

² **THOMPSON** Jhon D., **ROCK** Jhon A. *Ginecología Quirúrgica*, Editorial Panamericana, 7ma. Ed. Buenos Aires 1993, pág.615.

Thomrson cita a J.M.T Finney, de la universidad de Jhons Hopkins, quien afirma que las indicaciones para los procedimientos quirúrgicos entran dentro de una de tres amplias categorías.

- Salvar la vida
- Aliviar el sufrimiento
- Corregir deformaciones

A. ENFERMEDADES O SÍNTOMAS BENIGNOS DE ORIGEN UTERINO

a) Hemorragia uterina disfuncional

La hemorragia uterina disfuncional se define como una hemorragia abundante, prolongada o frecuente (es decir menorragia, metrorragia, polimenorrea) de origen uterino en ausencia de infección, tumores o embarazo o condiciones médicas asociadas. Por lo general coexisten con anovulación y desprendimiento o maduración irregulares del endometrio. Puesto que el sangrado uterino disfuncional suele ser el resultado de la anovulación y el sangrado puede controlarse con tratamiento médico con gestágenos, estrógenos, una combinación de ambos, anticonceptivos orales no esteroideos. En la mayoría de pacientes, el sangrado no requiere tratamiento, a no ser que haya anemia o que el sangrado sea abundante e interfiera con la calidad de vida de la paciente. En pacientes mayores de 35 años, se debe realizar una biopsia endometrial antes de la histerectomía. Por lo tanto, la histerectomía debe reservarse para pacientes que no responden o que no toleran el tratamiento médico. En determinadas pacientes deben considerarse alternativas a la histerectomía.

b) Adenomiosis

Un cuadro de dismenorrea, dolor uterino a la palpación, menorragia y aumento de tamaño de útero, por lo general simétrico y predominante en

la dimensión anteroposterior, puede indicar adenomiosis. Según la severidad de los síntomas la histerectomía puede estar indicada después del fracaso de modalidades terapéuticas más conservadoras, como la hormonoterapia o el legrado uterino. En caso necesario puede efectuarse una histerectomía vaginal o abdominal. Debe recalcarse que la adenomiosis no es una indicación habitual de histerectomía.

c) Prolapso vaginal, descenso uterino y prolapso del útero sintomáticos

El descenso o prolapso de útero sintomático, por lo general asociado con un descenso sintomático de la pared vaginal (p. ej., cistourethrocele, enterocele, y rectocele), con incontinencia urinaria de esfuerzo o sin ella, representa una indicación común para histerectomía vaginal con restauración de la anatomía normal y soporte adecuado del tracto vaginal de salida, las paredes vaginales y la cúpula vaginal. Es importante destacar que esta operación sólo se encuentra indicada cuando los síntomas son lo bastante severos como para justificar el riesgo, si las medidas conservadoras, como por ejemplo los ejercicios de Kegel o la administración de estrógenos vaginales, no logran mejorar el cuadro, y sobre todo, si la paciente solicita al médico que alivie sus síntomas. Raras veces se encuentra indicada una operación para corregir la relajación de las paredes vaginales y el descenso uterino asintomáticos y de severidad leve a moderada.

d) Leiomiomas uterinos

Los miomas uterinos son los tumores pélvicos más frecuentes en mujeres. Por lo tanto esta patología es la responsable de un gran número de histerectomías. La histerectomía por miomas uterinos debe considerarse solo en pacientes que no desean preservar la fertilidad (miomectomía). La decisión de realizar una histerectomía por miomas normalmente se basa

en la necesidad de tratar los síntomas: sangrado uterino anormal, dolor pélvico, o síntomas de compresión. Otras indicaciones para la intervención han sido el aumento “rápido” del tamaño uterino (aunque este hallazgo está poco definido), la compresión uretral o el crecimiento uterino después de la menopausia.

La paciente con leiomiomas uterinos pequeños y asintomáticos puede ser seguida con exámenes ginecológicos periódicos. Si los síntomas no aparecen antes de la menopausia es improbable que se requiera una histerectomía posmenopáusica.

Es posible que un útero leiomiomatoso adquiera un tamaño considerable sin provocar síntomas. Cuando el útero alcanza un tamaño equivalente al de un embarazo de 12 a 14 semanas es adecuado recomendar una histerectomía solo sobre la base del tamaño uterino. Siempre existe la posibilidad de que uno de los componentes de la masa sea un tumor ovárico, y en este caso se encuentra indicada su extirpación inmediata. Si bien cuando la histerectomía se encuentra indicada para la extirpación de leiomiomas grandes es preferible el abordaje abdominal, la histerectomía vaginal puede ser el procedimiento de elección en presencia de leiomiomas sintomáticos pequeños. La extirpación de un leiomioma uterino por vía vaginal puede requerir la fragmentación extensa de la lesión.

Un leiomioma submucoso pediculado que protruye a través del orificio cervical invariablemente se encuentra infectado y debe ser extirpado mediante una miomectomía vaginal para evitar la contaminación bacteriana inevitable de la cavidad peritoneal asociada con el abordaje abdominal. Después de transcurridas varias semanas, si aún observa aumento de tamaño significativo del útero o si persisten los síntomas, puede recomendarse una histerectomía abdominal o vaginal tardía una vez que haya desaparecido el riesgo de peritonitis.

Para reducir el tamaño uterino antes de la cirugía, las pacientes con grandes miomas pueden tratarse previamente con agonistas de la hormona liberadora de gonadotrofina (GnRH). En muchos casos, la reducción del tamaño del útero es suficiente para permitir la histerectomía vaginal cuando de otra forma hubiera sido necesaria una histerectomía abdominal.

B. PROBLEMAS OBSTÉTRICOS

La hemorragia posparto incontrolable, la ruptura uterina, la inversión uterina y los embarazos intersticiales, abdominales o cervicales representan catástrofes obstétricas que puedan requerir una histerectomía abdominal a fin de controlar una hemorragia potencialmente fatal.

El aborto séptico por lo general puede ser tratado exitosamente con antibióticos y la evacuación de los productos de la concepción retenidos e infectados. Son pocas las pacientes que no responden al tratamiento médico y al legrado. Sin embargo, en ocasiones puede ser necesario efectuar una histerectomía abdominal en presencia de shock séptico, peritonitis y disfunción renal probablemente asociados con infección por clostridios.

C. ENFERMEDADES NO NEOPLÁSICAS DE LAS TROMPAS DE FALOPIO Y LOS OVARIOS SIN UN COMPROMISO PRIMARIO DEL ÚTERO

El útero puede ser extirpado como parte de una operación destinada a extirpar los anexos comprometidos aun cuando no exista un proceso patológico en el útero propiamente dicho. Si durante una operación por una patología primaria de las trompas de Falopio y/o los ovarios es evidente que la paciente tendrá una infertilidad irreversible es apropiado

extirpar también el útero. La excepción a esta regla está dada por las mujeres jóvenes que podrían desear intentar un embarazo mediante las nuevas técnicas de reproducción. Las pacientes jóvenes deben ser informadas sobre la posibilidad de conservar su útero antes de la operación. En estos casos es importante obtener una autorización firmada para extirpar el útero en caso de que sea absolutamente necesario efectuar una histerectomía.

a) Enfermedad inflamatoria pélvica

La exacerbación aguda de una enfermedad inflamatoria pélvica crónica con abscesos tuboováricos bilaterales por lo general puede ser tratada de manera satisfactoria con medidas conservadoras, que incluyen el uso de antibióticos para el tratamiento de una infección polimicrobiana y el drenaje del pus, en la medida de lo posible, mediante una colpotomía posterior o la aspiración con aguja guiada por TC. Aproximadamente el 80 % de los pacientes responden a este tratamiento. En el 20% restante, en pacientes con ruptura de un absceso tuboovárico o en pacientes con síntomas significativos de enfermedad pélvica inflamatoria crónica puede estar indicada la operación. Por lo común es necesario llevar a cabo una salpingooforectomía bilateral debido a la presencia de un proceso patológico extenso y bilateral. En ocasiones es posible preservar la función de un ovario.

b) Endometriosis pélvica

La endometriosis pélvica extensa refractaria a la hormonoterapia puede requerir una intervención quirúrgica. Las mujeres jóvenes con intenciones de concebir deben ser tratadas con cirugía conservadora, incluida la extirpación de todos los focos visibles y palpables de endometriosis, posible neurectomía presacra y posible suspensión uterina y dilatación cervical. En el caso de mujeres de mayor edad que no deseen embarazos

futuros o en pacientes cuyos síntomas y manifestaciones pélvicas de endometriosis hayan recurrido después de una intervención puede estar indicada una operación más definitiva. El procedimiento de elección es una histerectomía abdominal con salpingooforectomía bilateral a menos que la paciente desee preservar el útero a fin de lograr un embarazo ulterior con las técnicas modernas de reproducción.

c) Embarazo ectópico

Ciertos casos de embarazo ectópico pueden requerir una histerectomía. Es posible que esta intervención sea necesaria en embarazos cervicales, embarazos abdominales en los cuales la placenta no puede ser extraída sin extirpar el útero. La histerectomía también puede ser aceptable en embarazos tubarios repetidos con destrucción completa e irreversible de ambas trompas de Falopio y cuya condición durante la operación sea completamente estable.

D. ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

En circunstancias bien controladas la neoplasia intraepitelial cervical por lo común puede ser tratada de manera apropiada mediante cauterización cervical, criocirugía, cirugía con laser o conización cervical. La histerectomía se recomienda algunas veces para pacientes que no desean o no pueden concebir y en pacientes en quienes la displasia cervical severa o el carcinoma in situ son demasiado extensos para ser extirpado con conización cervical u otras modalidades terapéuticas locales. En estas pacientes es preferible una histerectomía vaginal a menos que se encuentre contraindicada por enfermedad de los anexos, aumento del tamaño del útero u otros trastornos.

a) Cáncer cervical invasor en fase temprana

En situaciones especiales la histerectomía total simple con vaginectomía parcial puede ser la operación indicada para un cáncer cervical invasor en una fase muy temprana si un espécimen de conización cervical ha sido cuidadosamente examinado y revela una invasión estromática mínima, superficial y microscópica limitada a una profundidad no mayor de 3mm. desde la superficie. No debe existir confluencia de áreas tumorales en el estroma ni evidencia de vasos sanguíneos. En estos casos por lo general se efectúa una histerectomía abdominal.

La mayoría de los pacientes con carcinoma cervical en los estadios IB y IIA deben ser tratados con histerectomía abdominal extensa, linfadenectomía pélvica bilateral y colpectomía parcial.

b) Hiperplasia adenomatosa endometrial, adenocarcinoma endometrial y sarcoma del útero

La hiperplasia adenomatosa del endometrio con cambios atípicos es considerada por la mayoría de expertos como una lesión precursora del adenocarcinoma endometrial y, en consecuencia, una indicación apropiada para la histerectomía.

Los adenocarcinomas endometriales y los sarcomas del endometrio y el miometrio deben ser tratados con histerectomía abdominal total y salpingooforectomía bilateral. Aunque también es posible administrar diversas combinaciones de radioterapia y quimioterapia coadyuvantes, el componente más importante del tratamiento es la histerectomía. En casos seleccionados pueden obtenerse muestras de ganglios linfáticos paraaórticos y pélvicos y los ganglios linfáticos aumentados de tamaño deben ser evaluados, pero no es necesaria la linfadenectomía pélvica completa.

c) Tumores malignos del ovario y la trompa de Falopio

Los tumores malignos de los ovarios y las trompas de Falopio requieren tratamiento quirúrgico, con quimioterapia coadyuvante o sin ella, y en ocasiones con radioterapia. Además de una salpingooforectomía bilateral casi siempre se encuentra indicada una histerectomía abdominal total.

Puede llevarse a cabo una histerectomía subtotal en lugar de total en presencia de la enfermedad neoplásica diseminada en el abdomen, de un cuello uterino encastrado en tejido tumoral y cuando la extirpación del cuello uterino no contribuya a disminuir el tamaño total del tumor. En situaciones especiales de enfermedad limitada puede estar indicada la conservación de la función del útero y el ovario contralateral en una paciente joven nulípara.

d) Enfermedad trofoblástica

La enfermedad trofoblástica del útero por lo general se trata de manera satisfactoria con agentes quimioterapéuticos. La histerectomía rara vez es necesaria en estos casos. Puede estar indicada en pacientes con una elevación persistente de la gonadotropina coriónica humana después del uso de la quimioterapia si se sospecha que el único foco de la enfermedad residual se encuentra en el útero, tal vez en la profundidad del miometrio. Además, una histerectomía abdominal total puede representar el tratamiento más rápido y más seguro en una paciente múltipara con una mola hidatiforme que distiende el útero, sobre todo si la hemorragia uterina se torna incontrolable.

e) Enfermedad maligna de otros órganos pélvicos vecinos

Cuando se decide operar un cáncer de algún órgano vecino puede realizarse una histerectomía para la operación sea técnicamente correcta. Esto a menudo es válido en caso de carcinoma de recto, pero también

puede serlo para carcinoma de ciego, el sigmoide o la vejiga cuando estos órganos se adhieren al útero. La histerectomía puede ser necesaria en ciertas operaciones por tumores retroperitoneales.

3.1.5. OBJETIVOS QUE DEBEN LOGRARSE CON LA HISTERECTOMÍA

- Remover el útero, en caso de presencia de tumores benignos ó malignos.
- Evitar el sangrado excesivo innecesario porque el elevado aporte vascular de los órganos pélvicos aumenta el riesgo en especial en las 24 horas post operatorias.
- Evitar la contaminación bacteriana del sitio quirúrgico empleando técnicas asépticas estrictas para evitar infecciones pélvicas graves que pone en peligro la vida de las pacientes.
- Evitar lesiones innecesarias para prevenir fístulas de los tejidos y las estructuras adyacentes.
- Detectar y corregir enfermedades y anomalías para restablecer la anatomía normal cuando sea posible.
- Evitar la disfunción post operatoria.

3.1.6. COMPLICACIONES

A. INTRAOPERATORIAS

a) Lesión vesical

La lesión de la vejiga es una de las lesiones intraoperatorias más comunes que se asocian con la histerectomía. Si se entra en la vejiga de forma no intencionada, debe repararse en cuanto se descubra y no dejarla hasta el final de la cirugía. Cuando se descubre la lesión de la vejiga, los bordes de la herida deben movilizarse para ver la extensión entera de la lesión y permitir la reparación sin tensión. Después debe repararse la vejiga con una sutura reabsorbible de pequeño calibre, es

una o dos capas. Se inyectara azul de metileno, o un colorante con leche artificial estéril, dentro de la vejiga para asegurarse de que el cierre es correcto.

b) Lesión intestinal

Aparecen con poca frecuencia puesto que las pacientes con adherencias pélvicas o patología pélvica obvia no son candidatas a histerectomía vaginal. Las lesiones intestinales se asocian más frecuentemente con la realización de una colporrafia posterior y, normalmente, se limitan el recto.

c) Hemorragia

La hemorragia intraquirúrgica invariablemente es consecuencia del fracaso de una ligadura de un vaso importante, del sangrado de la colpotomía, del aflojamiento de una ligadura colocada previamente o del escape de tejido después de pinzarlo. La mayoría de los sangrados intraquirúrgicos pueden evitarse con un buen campo y una buena técnica quirúrgica. Cuando aparece un sangrado, se debe evitar el pinchazo a ciegas puesto que puede poner en peligro el uréter. Se debe identificar el vaso sangrante y ligarlo con precisión, viendo el uréter si fuera necesario. Aunque, a pesar de estas precauciones, el sangrado abundante aparece ocasionalmente, este será poco frecuente.

B. COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

a) Infecciones de la herida

Aparecen en el 4 a 6 % de las histerectomías abdominales. Las medidas que se cree que reduce la incidencia de infecciones de la herida quirúrgica son la ducha antes de la cirugía; la no rasuración o, si ésta es necesaria, la depilación con pinzas en el quirófano; el uso de paños

quirúrgicos adhesivos; la profilaxis antibiótica y retrasar el cierre primario de la incisión.

b) Hemorragia

Después de cualquier histerectomía vaginal se espera un pequeño sangrado, la permanencia del sangrado durante 2 a 3 horas sugiere una hemostasia incorrecta. La paciente debe llevarse rápidamente a la sala de exploración donde se revisara la zona quirúrgica. La hemostasia de conseguirá colocando uno o dos puntos a través de la mucosa. En la paciente con poco sangrado vaginal pero con constantes vitales deterioradas se sospecha de una hemorragia retroperitoneal. Se deben controlar aporte y pérdida de líquidos. La ecografía es una opción para ver hematomas pélvicos bajos.

c) Complicaciones de las vías urinarias

- **Retención de orina:** La retención de orina es poco frecuente. Si la uretra no está obstruida y hay retención, será a causa de dolor o atonía vesical por la anestesia (efectos temporales).
Si no se colocó una sonda tras la cirugía, la retención puede aliviarse inicialmente colocando una sonda Foley durante 12 a 24 horas. La mayoría de las pacientes son capaces de orinar después de retirar la sonda, un día después. En la mayoría de ocasiones, lo mejor es esperar la micción, normalmente, de forma espontánea.
- **Lesiones uretrales:** En pacientes con dolor en el flanco después de una histerectomía vaginal se sospecha una obstrucción uretral. Un factor de riesgo para su aparición es el prolapso uterino total, en el que los uréteres estarán desplazados fuera de la pelvis ósea. Se debe realizar una urografía – TC y un análisis de orina

- **Fistula vesicovaginal:** Aparecen después de una histerectomía abdominal por patología ginecológica benigna. Las medidas intraquirúrgicas para evitar esta formación son identificar el plano adecuado entre la vejiga y el cuello del útero.

Las pacientes que tienen una fístula vesicovaginal postquirúrgica desarrollan un flujo vaginal acuoso de 10 a 14 días después de la cirugía. Si se diagnostica una fístula vesicovaginal de debe colocar una sonda Foley para un vaciamiento duradero puesto que hasta el 15% de las fístulas se cierran espontáneamente en las 4 a 6 semanas de sondaje vesical, si no se ha cerrado a las 6 semanas será necesaria la corrección quirúrgica.

3.1.7. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA HISTERECTOMÍA

A. CUIDADOS PRE-OPERATORIOS

El preoperatorio es un tiempo fundamental en la histerectomía que se extiende desde el momento en que se plantea el tratamiento quirúrgico, realizando la valoración general de la paciente hasta el momento de la cirugía. El objetivo del mismo es llevar la paciente en las mejores condiciones al acto quirúrgico y así reducir al mínimo las complicaciones durante la histerectomía y la convalecencia.

En este momento se informará a la paciente y de ser posible a su pareja de las características de la histerectomía, ventajas, desventajas, posibles complicaciones anestésico-quirúrgicas, y de la evolución normal durante la convalecencia

a) Preparación Física

La preparación física de la paciente que será sometida a histerectomía difiere muy poco de la que se necesita para una laparotomía. Se recomienda un examen físico completo para estar seguros que la paciente tolerará la anestesia y la cirugía mayor sin complicaciones.

Se solicita a las pacientes que eviten ingerir alimentos sólidos y que comiencen una dieta líquida de 24 horas antes de la operación. Después de la medianoche que antecede a la cirugía la paciente no debe ingerir nada por la boca.

Por lo general se afeita la parte inferior del abdomen, el pubis y el área perineal, y se asean meticulosamente con agua y jabón. Es necesario vaciar los intestinos y la vejiga antes del traslado de la paciente a la sala de operaciones para evitar contaminar accidentalmente dichos órganos; lo común es administrar un enema la noche previa a la cirugía.

b) Preparación Psicológica

Las indicaciones quirúrgicas deben ser explicadas claramente y en un lenguaje comprensible. Es necesario detallar riesgos, beneficios y efectos colaterales sin alarmar indebidamente a la paciente.

Otro aspecto importante es reducir la ansiedad. El estrés emocional puede depender de la percepción de la pérdida de la fertilidad, del temor por el dolor, o de sensaciones de incomodidad debida a la exposición de genitales durante la fase preoperatoria. La enfermera debe de confortar y tranquilizar a la mujer, ayudándole a expresar sus inquietudes e informándole sobre los diversos procedimientos previstos en el plan asistencial.

B. CUIDADOS POS-OPERATORIOS

El objetivo de los cuidados posoperatorios, es ayudar a la paciente a recuperar el máximo estado funcional, aumentando su calidad de vida a la vez que se promueve la independencia y el autocuidado.

a) Vigilar los parámetros vitales y de la recuperación de las funciones

En el periodo posoperatorio se suministran líquidos por vía endovenosa en las primeras 48 horas y, en caso de distensión abdominal o flatulencia, se puede prescribir la introducción de una sonda rectal.

b) Alivio del dolor

En general, la histerectomía vaginal permite una recuperación más temprana. El dolor y el malestar están relacionados con la histerectomía abdominal por la incisión laparoscópica, a veces amplia, como es el caso de las neoplasias malignas; bajo prescripción médica se administran analgésicos para brindar alivio y permitir el reposo, el movimiento y la deambulación temprana.

Finalmente, el dolor puede confrontarse de mejor manera, si además de la medicación se le enseñan a la paciente estrategias de distracción aunadas como la respiración, la relajación y las visualizaciones.

c) Vigilancia y tratamiento de complicaciones potenciales

- **Hemorragias:** La histerectomía puede complicarse con la hemorragia; por lo tanto es deber de la enfermera identificar tempranamente esta complicación a través del monitoreo de la magnitud del sangrado, evaluando el grado de absorción de los

paños cada 2 a 4 horas y de los parámetros vitales, como la PA, la FC y la diuresis de 24 horas.

- **Trombosis venosa profunda:** La prolongada inmovilidad representa un factor de riesgo para la trombosis venosa profunda. Como profilaxis, se instruye a la mujer a cambiar frecuentemente de posición, movilizar las piernas, evitar presiones detrás de las rodillas para favorecer el estancamiento venoso y usar medias elásticas. La enfermera debe ayudar a la mujer a deambular apenas sea posible, alentándola a realizar ejercicios con las piernas y con los pies cuando esta acostada. Se deben identificar también los signos y síntomas de la flebitis o de la trombosis venosa profunda, enrojecimiento y calor de la piel, y signo de Homans positivo; o de la embolia pulmonar: dolor torácico, taquicardia y disnea.
- **Disfunción vesical:** Debido a la posible dificultad para orinar después de la intervención, es posible que se inserte un catéter a permanencia antes o durante la cirugía y se deje colocado durante el posoperatorio inmediato. Si hay un catéter colocado, suele retirarse al poco tiempo que la paciente comienza a deambular. Después que se retira el catéter es necesario vigilar el gasto urinario; además se valora el abdomen para detectar distensión. Si la paciente no orina en el lapso prescrito, se inician medidas para promover la micción; si después de lo anterior continua sin orinar, es posible que se requiera cateterización.
- **Infecciones postoperatorias:** Evaluar probables signos y síntomas de peritonitis, como aumento significativo del dolor o cambio en sus características, rigidez o reblandecimiento intestinal, náuseas y vómitos, ausencia de borborigmos y taquicardia. La infección de la herida puede ser una complicación de cualquier

intervención quirúrgica, pero si la histerectomía se practica por la presencia de una forma tumoral la respuesta inmunitaria de la mujer podría estar alterada, aumentando consecuentemente el riesgo. La depresión ciliar debida a la anestesia, la reducción de la movilidad y la hipo ventilación provocada por el dolor de la herida quirúrgica son factores que favorecen la estasis de las secreciones pulmonares y, por lo tanto, aumentan el riesgo de infección.

d) Alimentación

En la etapa posoperatoria se llega a restringir el consumo de líquidos y alimentos durante uno o dos días. Si la afectada presenta distensión abdominal o flatos, suele prescribirse una sonda rectal. Cuando la auscultación abdominal revela que se han restablecido los ruidos intestinales y la peristalsis se puede comenzar con una dieta líquida y, si es bien tolerada, se continúa con dieta blanda pasadas las 24 horas. La ambulación facilita la peristalsis normal.

e) Cuidado emocional

Constituye parte del tratamiento integral de las mujeres histerectomizadas. Este cuidado emocional tiene por objetivo reducir signos de ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales negativas, facilitar control de sus vidas y participar activamente en su recuperación, facilitar la expresión de sus sentimientos, en especial los negativos. En poco tiempo se ha convertido en una exigencia atender las necesidades emocionales y ahora se valora la eficacia del cuidado emocional para aumentar la efectividad de los tratamientos médicos y quirúrgicos.

f) Aliviar ansiedad

La ansiedad es producto de varios factores, entorno desconocido, efectos de la cirugía sobre imagen corporal, y la capacidad de engendrar, temor al

dolor y otras molestias y posiblemente vergüenza por tener que exponer el área genital en el periodo perioperatorio. También pueden surgir conflictos entre el tratamiento médico y las creencias religiosas. En estos casos la enfermera tiene que determinar el significado de la experiencia quirúrgica para la paciente y la forma de ayudarla a expresar sus sentimientos. La instrucción de la paciente se dirige a los resultados de la cirugía, a los posibles sentimientos de pérdida y las opciones para el manejo de los síntomas menopáusicos.

g) Mejorar la propia imagen corporal

La remoción del útero puede determinar en la mujer una fuerte reacción emocional a causa del diagnóstico, del pronóstico y de la relación con la pareja y los familiares. La extirpación del útero determina en las jóvenes un estado de luto por la pérdida de la fertilidad. Una adecuada relación de ayuda podrá hacer que la mujer exteriorice sus miedos, como la imposibilidad de tener hijos y la pérdida de su feminidad.³ Por lo tanto, se deberá tranquilizar a la mujer sobre los siguientes aspectos: la vagina quedará intacta y el reinicio de la actividad sexual podrá producirse luego del período necesario para la cicatrización de los tejidos, el orgasmo femenino no depende de la remoción del útero sino de la estimulación de clítoris; las sensaciones sexuales luego de la intervención son subjetivas y pueden alterarse, por ejemplo, si la vagina se acorta. Por otra parte, cuando se altera el equilibrio hormonal, como suele suceder con los trastornos del sistema reproductivo, la paciente experimenta depresión y mayor sensibilidad emocional ante personas y acontecimientos. A la luz de estos factores la enfermera debe enfocar y valorar cada caso de manera individual. Demostrar interés, preocupación y disposición para escuchar sus temores, ayuda a la paciente a superar la experiencia quirúrgica.⁴

³ **GUANA** Miriam, **CAPPADONA** Rosaria, **DI PAOLO** Anna María, *Enfermería Ginecoobstétrica*, Editorial Mc Graw Hill, México 2009, pág. 637.

⁴ **BRUNNER Y SUDDARTH**. *Enfermería Médico Quirúrgica*, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 9na Ed. México 2001, pág. 1584

h) Facilitar la adaptación a las modificaciones sexuales

La libido y la dispareunia pueden relacionarse con la fatiga, el dolor, el luto, la alteración de la imagen corporal, la disminución de los estrógenos, la pérdida de la sensibilidad vaginal, la limitación de la actividad sexual y el temor acerca del grado de aceptación por parte de la pareja. La enfermera debe sobre todo adoptar una actitud de escucha comprensiva con el fin de identificar las percepciones correctas e incorrectas de la mujer con respecto a la intervención sobre la función sexual. Explicar que la disminución de las hormonas puede provocar la disminución de la libido y de la lubricación vaginal. Proveer explicaciones concretas y precisas sobre el reinicio de la actividad sexual, aconsejando evitar durante 4 a 6 semanas y comenzando gradualmente; explicar que, por lo general, la función suele reiniciarse alrededor de los cuatro meses y que la pérdida de la sensibilidad vaginal debida al trauma quirúrgico se resuelve en el lapso de algunas semanas o meses; evitar irrigaciones vaginales dado que podrían aumentar el riesgo de infección y de hemorragia. Sugerir a la pareja, cuando sea el caso y con la máxima delicadeza, modalidades alternativas de intimidad o de relación en el período posoperatorio inmediato: tomarse de las manos, besarse, masajearse y utilizar otros medios para expresar ternura y sensualidad. Hay que sugerir opciones que permitan evitar incomodidades al momento del reinicio de la actividad sexual: utilizar lubricantes vaginales, tener relaciones en el momento en el que se tiene más energía y vigor, evitar posiciones que compriman la herida.

- **Rehabilitación Psicosexual:** La rehabilitación sexual luego de la cirugía ginecológica tiene como objetivo el restablecimiento de la función e identidad sexual, la imagen corporal y la autoestima. Esto la paciente lo hace por si sola pero el equipo de salud puede facilitar.

A medida que se produce la cicatrización tiene una pérdida gradual de la dependencia. La fuerza de la paciente aumenta y esta comienza a reasumir sus roles habituales, lo que le ayuda a sentirse más parecido a como era antes. Poco a poco empieza a perder su rol de enferma y vuelve a verse como una persona sana.

Todos necesitan sistemas de apoyo sobre todo si esta bajo una tensión. Los sistemas de apoyo están constituidos por personas que pueden brindar sostén emocional como esposo, familia, amigos. Una buena amistad ofrece un apoyo mutuo pero a menudo no simultáneo. Rara vez el esposo es un apoyo suficiente; por lo general se necesitan otras personas para compartir la carga. A veces la paciente siente que su esposo es parte del problema en lugar de la solución.

Un aspecto de la rehabilitación proviene de la convalidación de la identidad sexual de la paciente por parte de sí misma, de otros y de sus roles.

Los cosméticos, la vestimenta, los cuidados constituyen una parte importante de la rehabilitación, actualmente la sociedad hace mucho hincapié al aspecto físico de la mujer. Cuando la paciente siente que la cirugía ha sido desfigurante en algún sentido, necesita hallar una manera de compensar esto con las vestimentas o los cuidados para sentirse íntegra y completa otra vez. No se puede descuidar esta necesidad.

i) Cuidados al alta hospitalaria

Al momento de alta hospitalaria la mujer debe presentar: signos vitales estables, hemograma dentro de parámetros normales, función intestinal y

urinaria normal, ausencia de fiebre, ausencia de signos y síntomas de infección en curso, buena deambulación, capacidad de proveer personalmente los cuidados de la herida o con una mínima ayuda, capacidad de alimentarse regularmente y adecuado sostén domiciliario.

Se sabe que habrá limitaciones que irán retomándose en forma gradual.

- Evitar la actividad extenuante durante las primeras 2 semanas y aumentar gradualmente el nivel de actividad, ya que si permanece sentada por mucho tiempo podría acumularse sangre en la pelvis y esto incrementa riesgo de tromboembolia.
- Se le informa que no volverá a menstruar, pero que puede tener una ligera descarga sanguinolenta durante unos cuantos días, si la hemorragia continúa por mucho más tiempo debe informarse
- Se informa que puede sentir fatiga, pero que disminuirá poco a poco.
- Evitar pesos, para facilitar la cicatrización y evitar hemorragias posteriores a la operación.
- Evitar lavados vaginales por las posibles infecciones y evitar el coito, según indicación médica
- Seguir una alimentación normal.
- No contener las ganas de miccionar o defecar.
- Ir al médico si hay sangrado vaginal excesivo o fiebre.
- Solicitar consulta de revisión.

En esta visita la paciente debe deambular normalmente y el flujo o sangrado vaginal deben ser mínimos, la evaluación debe ser cuidadosa y breve, pero la paciente debe estar informada de que el proceso de cicatrización sigue su curso normal. Por último deben aclararse las dudas de la paciente y se debe animar a que aumente su nivel de actividad.

3.2. PERCEPCIÓN CORPORAL

3.2.1. PERCEPCIÓN

Proceso cognoscitivo que permite interpretar y comprender el entorno. Es la selección y organización de estímulos del ambiente para proporcionar experiencias significativas a quien los experimenta, en la que interviene toda la personalidad del individuo.

3.2.2. AUTOPERCEPCIÓN

Es el conjunto de conceptos y actitudes es decir de elementos descriptivos y valorativos, que uno ha construido sobre sí mismo para lograr un autoconocimiento y una autovaloración de un modo amplio y ajustado a la realidad, la autopercepción posee dos aspectos, uno es de carácter cognitivo y corresponde a la autoimagen y el otro es de carácter afectivo y corresponde a la autoestima.

3.2.3. AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL

Es la respuesta expresada de la paciente histerectomizada, sobre la impresión que tiene de sí misma luego de la intervención quirúrgica en el aspecto físico y sexual, emocional y social.

3.3. IMPLICANCIAS DE LA HISTERECTOMÍA EN LA AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL

La paciente que experimenta cirugía genital (o mamaria) ablativa se encuentra bajo la influencia de muchos factores. Estos varían en grado de una mujer a otra pero suelen ser de naturaleza aditiva. A medida que la paciente atraviesa la experiencia prequirúrgica, quirúrgica y posquirúrgica, está tensionada; a menudo se siente acosada por todas las manos que la

manipulan, de hecho, puede verse inundada más allá de su capacidad de compensación. Si no cuenta con ayuda para facilitar la cicatrización y la rehabilitación emocional además de física, puede experimentar un daño emocional permanente.

La decisión de realizar una histerectomía debe tomarse conjuntamente entre la paciente y su médico. No están claras las razones que hacen que la paciente o su médico decidan elegir la histerectomía, y por qué otras pacientes con patología similar eligen otros tratamientos. Muchos pacientes eligen rápidamente la histerectomía, se exponen a los riesgos de la anestesia y de la cirugía y, si son premenopáusicas, también deben sobrellevar la pérdida de la menstruación y de la capacidad de procrear. Muchas otras se preocupan porque el procedimiento pueda resultar en la pérdida de la feminidad, en la disminución del placer sexual y en el incremento de los problemas de relación con su pareja. La preocupación sobre la pérdida de su tracto reproductivo es mayor que la relacionada con la de otros órganos intraabdominales. Para minimizar la posibilidad de que la paciente tenga un mal resultado, son esenciales la preparación y la información preoperatorias.⁴

Para la paciente cada procedimiento es una experiencia única que puede amenazar en un instante su sentido de salud y bienestar, el control sobre su propio cuerpo y su seguridad; a veces puede incluso amenazar o destruir el centro de su identidad sexual. Aun cuando el propósito último del tratamiento quirúrgico consiste en aumentar la salud de la paciente, el proceso para lograr ese objetivo puede representar una amenaza asegurada⁵.

La mayoría de las mujeres, por supuesto, se curan y reanudan sus vidas, crían a sus hijos, trabajan y se relacionan con sus parejas. Para algunas la curación y el estrés es leve. Para otras, en cambio, la curación es más

⁴ **BEREK**, Jonathan. *Ginecología de Novak*, Editorial Wolters Kluwer Health, 14va Ed., Barcelona 2008, pág. 61.

⁵ **THOMPSON**, Jhon D., **ROCK**, Jhon A. Ob. Cit. pág. 28.

dura y la lucha por estar bien y enteras deja cicatrices dolorosas que se borran lentamente con el transcurso del tiempo. Ya sea que el proceso de curación sea lento o rápido se producen los mismos problemas y procesos, que es necesario conocer para facilitar la recuperación.

3.3.1. DIMENSIÓN FÍSICA Y SEXUAL

Con respecto a la dimensión física, se evidencia que los desórdenes ginecológicos tienen un impacto negativo en los aspectos de salud, ya que el exceso de sangrado, dolor pélvico y malestar producido por estas condiciones interviene con la salud y el diario vivir en las mujeres.

Para la paciente el valor simbólico del útero es de gran importancia y debe ser manejado de cierta forma por ella antes de considerar la histerectomía. Roeske señala que la mayoría de mujeres premenopáusicas expresan cierta forma de ambivalencia ante la pérdida de esta valiosa parte de sus cuerpos. Cuando la histerectomía ofrece alivio al temor, al dolor, a la hemorragia continua o excesiva, a la discapacidad o a la incontinencia o al cáncer, es probable que se le considere un procedimiento positivo y apropiado. Esto es particularmente cierto en las mujeres mayores de 35 años que han tenido hijos.

Sin embargo, aún cuando la histerectomía ofrezca alivio al malestar, la pérdida del útero a menudo despierta sentimientos ambivalentes conscientes o inconscientes vinculados con su valor simbólico. Un significado simbólico del útero está relacionado con la menstruación. El inicio de la menstruación es un rito al pasaje de la feminidad. Muchas mujeres no consideran a la menstruación como una simple molestia; la consideran un signo de feminidad y su presencia la confirma. Algunas mujeres utilizan el ritmo del ciclo menstrual como un medio de cronometrar y ordenar sus vidas. Al igual que las fases de la luna el ciclo menstrual les proporciona una sensación de rutina, de regularidad, de

predictibilidad que posee significación emocional. La pérdida de ese ritmo deja en ellas un sentimiento de vacío.

Para muchas mujeres el útero tiene importancia simbólica como órgano sexual. Si la paciente cree que el útero es esencial para la respuesta sexual, entonces de hecho, el útero adquiere esa significación. Estas mujeres pueden adquirir una disfunción sexual cuando son sometidas a una histerectomía. Las mujeres también pueden creer que el útero está estrechamente ligado a sentimientos de atractivo y deseabilidad sexual. Su extirpación constituye una pérdida del sexo, una destrucción de su identidad y de su función como mujeres. A muchas que tienen todos los hijos que desean y que no quieren quedar embarazadas nuevamente las sigue perturbando la idea de que la histerectomía elimine la posibilidad de gestación. Esta posibilidad en sus vidas posee un significado femenino simbólico que lamentan perder. La presencia del útero significa integridad y plenitud, y su exéresis les deja un vacío.

Muchas mujeres piensan que su pareja les puede decir que ya no tienen útero y que, debido a su ausencia, esa pareja experimentará el sexo de forma diferente y las considerará menos mujeres. Estas mujeres temen que su pareja las desprecie o abandone por otra mujer completa - ya sea completa en el sentido de poder ofrecerle un hijo o completa en el sentido de no estar asexuada, dañada o inútil. Las mujeres utilizan con frecuencia todos estos términos al describir su reacción ante la pérdida de su útero.

En relación al funcionamiento sexual, estudios recientes la analizan como una dimensión en sí misma, debido a la importancia que revela en la calidad de vida de las mujeres. El bienestar sexual es uno de los factores primordiales en la sensación de placer de la mujer, ya que logra unificar la satisfacción física-emocional, además de fortalecer su propia identidad y sentido de feminidad, elementos claves en la percepción corporal.

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

Las enfermedades mamarias y ginecológicas son únicas en el sentido que atacan directamente la identidad sexual, así como la imagen corporal y la autoestima. Los órganos genitales constituyen una de las formas más importantes a través de las cuales definimos nuestra identidad sexual.

Helström y cols⁶ avalan el rol primordial que juega la pareja sexual de las mujeres histerectomizadas, ya que esta influiría en el afrontamiento que ella tenga. Dicho estudio demostró que las mujeres que tenían una buena relación de pareja pre-operatoriamente, no presentan cambios críticos en su sexualidad, sino que por el contrario demuestran mejoría en varios ámbitos de su funcionamiento sexual; sin embargo, aquellas que catalogan su relación de pareja como mala o ambivalente, muestran un deterioro de su funcionamiento sexual antes y después de la cirugía.

Otro aspecto importante a considerar son las expectativas que tengan las usuarias con respecto a la cirugía. En Chile, el único estudio publicado que evalúa la sexualidad en mujeres histerectomizadas⁷ hace mención al inicio de la sexualidad post-histerectomía. Los autores señalan que las expectativas sexuales, la seguridad y confianza en sí misma son factores que influyen al momento de reiniciar la vida sexual, por lo que si éstas son negativas, la sexualidad será enfrentada con ansiedad y conductas

⁶ **HELSTRÖM L, SORBORM D, BACHSTROM T.** *Influence of partner relationship on sexuality after subtotal hysterectomy.* *Obstet Gynecol* 2001;74:142-6.

⁷ **URRUTIA MT, ARAYA, A, VILLARROEL L,** Viñales D. "Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas". *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(4):301-6.

evasivas, postergando por tanto el reinicio de la actividad sexual. Este es un aspecto importante de ser evaluado por los profesionales de la salud, ya que los mitos y temores pueden obstaculizar el normal funcionamiento de la actividad sexual y deteriorar así la calidad de vida de estas mujeres. Al respecto es importante señalar que a mayor educación preoperatoria mejor enfrentamiento tendrán las usuarias al momento de reiniciar su vida sexual.

Halttunen⁸ al comparar la histerectomía total con respecto a la cirugía subtotal, específicamente en la conservación del cérvix, concluyó que ambas formas de histerectomía no afectan el orgasmo femenino, y el tipo de cirugía no determina la frecuencia sexual o la satisfacción sexual percibida por la mujer.

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

El mejor predictor de satisfacción después de la histerectomía es la comprensión quirúrgica, por parte de la paciente, de la intervención, al igual que la función sexual posquirúrgica lo es la satisfacción sexual prequirúrgica de la paciente. Preoperatoriamente, estas cuestiones deben tratarse con la paciente, y sus preguntas y preocupaciones deben abordarse para disminuir el temor y la ansiedad asociados con la cirugía.⁹

⁸ **BERNHARD L, HARRIS C**, Caroline H. "About hysterectomy". *Health Care Women International* 2000;18:73-83.

⁹ **BEREK**, Jonathan. Ob. Cit. pág. 867.

Hay que destacar que la sexualidad se deteriora significativamente en la mujer que sufre menopausia quirúrgica, aumentando incluso al triple las disfunciones sexuales en este período.¹⁰ Cabe señalar que en una revisión de dieciocho estudios, los autores concluyeron que la histerectomía por sí sola no afecta la sexualidad. Al analizar la dimensión sexual en la mujer histerectomizada los autores evidenciaron que psicológicamente la remoción del útero hace que las mujeres piensen que los cambios resultantes de ésta cirugía pueden contribuir al distrés vaginal y a una disminución de la sensación genital, la cual disminuiría la vasocongestión, reduciendo así la multiplicidad de orgasmos.

Con respecto a la histerectomía más ooforectomía, uni o bilateral, Khastgir y Studd,¹¹ investigaron la asociación de éstos procesos quirúrgicos, relacionados a la aparición de trastornos psiquiátricos años después de la cirugía, evidenciando que la depresión aumentaba significativamente en la histerectomía con ooforectomía bilateral, en comparación con una histerectomía más ooforectomía unilateral; además la ooforectomía bilateral mantuvo aumento de depresión en las pacientes sometidas a ella en relación con la menopausia natural. Los autores, concluyeron que es la ooforectomía bilateral, y no la histerectomía la que se asocia a aumento en las puntuaciones de depresión.

3.3.2. DIMENSIÓN EMOCIONAL

Massler y Devansan han afirmado que existe una respuesta emocional para cada agresión física al cuerpo. Se espera que la magnitud de la respuesta sea proporcional al grado de inversión emocional que la persona deposita en la parte del cuerpo agredida. Entre las mujeres, las partes del cuerpo más vulnerables a esta reacción emocional ante la

¹⁰BLUMEL J, ARAYA H, SÁNCHEZ F. "Prevalencia de trastornos de la sexualidad en mujeres climáticas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal ". *Rev Med Chile* 2000; 130(10):113-38.

¹¹ KHASTGIR G, STUDD J. "Patients' outlook, experience and satisfaction with hysterectomy, bilateral oophorectomy, and subsequent continuation of hormone replacement therapy. ". *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183(6):1427-33.

agresión son el rostro, el cabello, las mamas, los genitales y la pared abdominal. Barnes y Tinkham han declarado que en general las pacientes tienden a reaccionar al estrés actual de forma muy similar a como han reaccionado antes ante las crisis y las pérdidas personales pasadas. En tales momentos críticos se repite patrones bien establecidos de conducta.

La lista que sigue brinda 13 factores de Roeske relacionados con un mal pronóstico para la salud mental después de una histerectomía. Estos factores comienzan a definir a la paciente cuya estabilidad emocional en respuesta al estrés quirúrgico genital tiene probabilidades de ser menos segura.

Factores relacionados con un mal pronóstico para la salud mental después de una histerectomía.

- Identidad de sexo (la sensación íntima de ser una mujer): las hiperfemeninas tienen un peor manejo
- Reacciones adversas previas al estrés
- Episodios depresivos previos
- Depresión u otra enfermedad mental en la familia de origen
- Antecedente de síntomas físicos múltiples (sobre todo lumbar)
- Muchas hospitalizaciones y cirugías
- Edad inferior a los 35 años en el momento de la histerectomía
- Deseo de un hijo o más
- Anticipación de que la cirugía producirá una pérdida de interés y satisfacción en el coito
- Actitud negativa del esposo y/u otra persona importante hacia la histerectomía
- Insatisfacción e inestabilidad maritales
- Actitudes culturales y religiosas desaprobatorias
- Falta de compromiso vocacional o recreativo

A. INSEGURIDAD

Los sentimientos de inseguridad y vulnerabilidad a menudo son una apreciación realista de la propia situación de la paciente. Transferir el control del propio cuerpo (y de la vida) a otros constituye algo terrible para muchas personas y es más probable que lo sea para aquellas pacientes que son más inseguras. Las pacientes se sienten manipuladas en un ambiente hospitalario porque, de hecho son manipuladas desvergonzadamente por el personal, que les dice cuando despertarse, cuando tomar la medicina, cuando comer, bañarse caminar, tener visitas, extraer su sangre. Cuando esta manipulación es acompañada por una actitud que despersonaliza a la paciente, esto se agrega a los sentimientos de desamparo.

B. ANSIEDAD

Gran parte de este temor comprende el miedo a lo desconocido o a lo que la paciente imagina que se verá forzada a soportar durante la hospitalización. El temor disminuye con la confianza, con el apoyo emocional del personal del hospital y con la información objetiva sobre el proceso quirúrgico y la recuperación.

Los pacientes que tienen una ansiedad moderada preoperatoria se comportan mucho mejor posquirúrgicamente, comparadas con las pacientes con poca, o ninguna, ansiedad o con las que tuvieron respuestas exageradas. Tanto los tiempos de espera largos, como los muy cortos, antes de la cirugía aumentan la ansiedad de la paciente. Por lo tanto, se debe programar la cirugía con varias semanas de antelación para evitar este problema. Las mujeres que tenían planeado tener hijos en el futuro tendrán más problemas en el postoperatorio inmediato.

Todos estos factores, junto con la sensación de falta de salud, contribuyen a una fragilidad emocional que se evidencia como emociones

sumamente lábiles, que incluyen sentimientos de tristeza, depresión, llanto e irritabilidad. Con frecuencia los mecanismos de defensa emocionales habituales se debilitan o destruyen temporariamente.

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

Jawor y cols¹² señalan que la histerectomía desencadena conflictos de autoestima y que el profesional de salud debe lidiar con los temores, creencias y ansiedad de los usuarios para prevenir síntomas depresivos

3.3.3. DIMENSIÓN SOCIAL

Las pacientes ginecológicas (y a veces sus parejas) experimentan trastornos sexuales directos como consecuencia de la cirugía o la enfermedad. Los efectos fisiológicos directos producen dispareunia y se relacionan con la pérdida de estrógenos (con la consiguiente atrofia vaginal, dolor y formación de cicatrices), con la pérdida de lubricación secundaria a la atrofia o interrupción de las fibras nerviosas autónomas y

¹² **JAWOR M, DINTER A, MAREK K, Dudek D, Wojtys A** “Anxiety-depressive disorder in woman after hysterectomy”. *Psychiatr Pol* 2001;35(5):771-8.

con acortamiento vaginal (cuando es extremo). Se puede presentar pérdida de la vulva, el clítoris o la vagina, según el tipo de cirugía y puede haber pérdida de fuerza y de la salud. Los efectos indirectos son consecuencia de la pérdida de la autoestima, del cambio de la imagen corporal y de la pérdida o el cambio en la sensación de identidad sexual de la paciente. Estas modificaciones pueden producir pérdida del deseo, pérdida de la excitación (que incluye pérdida de lubricación y diasporeunia) y pérdida del orgasmo (anorgasmia). Las disfunciones sexuales pueden conducir al deterioro de una relación o a la pérdida de una pareja como efecto indirecto.

Los efectos directos sobre el compañero a veces se relacionan con la pérdida de atractivo físico de su pareja. Una respuesta de este tipo parece ser mucho menos frecuente que lo que supone la mayoría de mujeres. El atractivo físico de una mujer con respecto a su pareja suele ser menos importante que lo que ella teme. En casi todos los casos en que una pareja se queja del aspecto físico la queja constituye una máscara de problemas interpersonales más profundos. Entre la mayoría de los hombres la importancia de la “belleza” en su pareja disminuye con rapidez cuando alcanzan los 35 años y otros factores, como la compatibilidad y el afecto mutuo, se vuelven más importantes. Aun cuando los hombres continúan apreciando el atractivo físico de las mujeres rara vez éste es un factor crucial en una relación valorada. Las mujeres suelen ser muy críticas con respecto a su propia apariencia y bastante realistas sobre sus defectos físicos, como lo son con los de sus esposos. Los hombres a menudo tienen una fantasía romántica acerca del aspecto de sus esposas, fantasía que cambia relativamente poco a medida que pasan los años siempre que la relación siga siendo gratificante en otros sentidos.

También existe identidad de “fantasía”. Las personas se relacionan con su propia percepción de la identidad de su pareja más que con la persona

propiamente dicha. Esta percepción puede ser bastante diferente de la autopercepción de su pareja. Cuando una mujer ha sufrido un procedimiento quirúrgico y la extirpación de los órganos reproductivos, es raro, pero posible que su pareja comience a percibirla de formas diferente y este cambio puede alterar la relación para mejor o para peor.

En ocasiones existe temor al contagio. Una de la razones para que los varones abandonen a veces a las mujeres que han tenido cáncer ginecológico es una idea sutil e inconsciente, aun cuando parezca poco realista, de que el cáncer pueda ser contagioso.

Una pérdida o cambio en la feminidad en la disponibilidad sexual de la mujer puede ejercer impacto sobre el hombre. El temor de producir dolor o lesión en la mujer puede tener un efecto inhibitorio importante en muchos varones. Como resultado de la discapacidad física de la esposa, en algunos hombres se produce aislamiento emocional y la pérdida de la excitación. El hombre también puede experimentar efectos indirectos, como un cambio en el rol asertivo de la paciente. El rol sexual asertivo habitual de la mujer puede perderse de forma temporaria o permanente como resultado de la experiencia quirúrgica. Su respuesta sexual puede cambiar. Su dependencia y su inseguridad, sobre todo durante las fases de cicatrización, pueden conducir a un cambio importante en la respuesta del hombre.¹³ Todas estas modificaciones pueden provocar la pérdida temporaria del deseo, la excitación o el orgasmo en el varón.

La pérdida del rol en la familia también es importante. Todos nosotros definimos parte de nuestras identidades por la forma en que llevamos a cabo nuestras tareas o responsabilidades.

Otro aspecto es aquel en el que se evidencia de los conocimientos errados que hay acerca de la histerectomía. Cabe destacar que los

¹³ Ibidem, pág. 32.

hombres son los más escépticos con respecto a los resultados de esta cirugía. Hakim y cols,¹⁴ hacen referencia a la importancia de la educación y creencias culturales como herramientas fundamentales en la ayuda de los profesionales en el cuidado en salud. Se debe considerar que las distintas creencias proveen de sensibilidad cultural y comprensión al momento de cuidar a estas mujeres.

Scriven y Tucker evaluaron el conocimiento que tenían las pacientes antes y después de someterse a esta cirugía y una de las áreas que demostró tener mayor déficit fue el área sexual, ya que las mujeres refieren querer conocer aspectos de su sexualidad como la anatomía, fisiología de los órganos genitales y cambios en el funcionamiento sexual, aspectos que los profesionales no abordaban o si lo hacían era de manera muy técnica. Esta situación es una problemática que se vive en la actualidad y es de gran relevancia, ya que por un lado nos señala que la educación entregada no esta enfocada a las necesidades de las usuarias y por otro lado nos advierte la falta de capacitación por parte de los profesionales de la salud para ahondar en este ámbito.¹⁵

Las mujeres perciben no tener el control en la toma de decisiones con respecto a la cirugía. Se hace mención a la información de tipo paternalista entregada por médicos, evidenciando que la mujer menos informada tiene mayor predisposición a sentir las repercusiones post histerectomía. Por ello concluyen que la decisión de realizar la histerectomía debe ser tomada en conjunto (profesional de la salud - mujer), haciendo partícipe de esto a la pareja o familiares.

¹⁴ **HAKIM R, BENEDICT B, MERRICK N.** "Quality of care for women undergoing a hysterectomy: effects of insurance and race/ethnicity". *J Womens Health* 2004; 94:1399-407.

¹⁵ **NAUGHTON M.** "Health-Related quality of life alter hysterectomy". *Clin Obstet Gynecol* 2002;40:947-57.

3.4. CUESTIONARIO DE AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL CASTRO JUNCHAYA, C. J. (2006).

El cuestionario de Autopercepción de la Imagen Corporal fue elaborado por la Lic. Castro Junchaya Carmen Juana, consiste en una escala de Lickert modificada, la misma que fue sometida a juicio de expertos y validada en su trabajo. El cuestionario consta de 24 ítems (válidos) que corresponden a la dimensión física- sexual, emocional y social, los que a través de una valoración, brinda un resultado de la Autopercepción total, pudiendo ser esta favorable, medianamente favorable y desfavorable. El tiempo aproximado para la aplicación del instrumento es de 30 – 40 minutos.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. EN EL ÁMBITO LOCAL

CHAVEZ URQUIZO, Mario Omar; LAZO RODRIGUEZ, Karen Lizbeth. Arequipa (2008)

CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN EL MODELO DE HILDEGARDE PEPLAU EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA - 2008. Llegó a las siguientes conclusiones: Que los cuidados de Enfermería brindados a las pacientes histerectomizadas en la Fase de orientación tiene como principal característica el ser integral, y en menos proporción el ser oportuno, seguro y de brindar buen trato originando en las pacientes acciones y reacciones favorables a su tratamiento quirúrgico y condición posterior a él.

Que los cuidados de Enfermería brindados a las pacientes histerectomizadas en la Fase de Identificación tienen como principales características brindar un trato humano, seguro y oportuno y el ser integral con una tendencia positiva, ya que los porcentajes obtenidos sobrepasan la mitad de dichas pacientes.

Que, los cuidados de Enfermería brindados a las pacientes histerectomizadas en la Fase de Aprovechamiento tiene como principales características brindar un trato humano seguro y oportuno y el ser integral con una marcada tendencia a ser positivas, ya que producen en dichas pacientes bienestar, comodidad y confort, estabilidad hemodinámica y nutricional, etc.

Que, los cuidados de Enfermería brindados a los pacientes histerectomizadas en la Fase de Resolución se caracterizan por ser integral según los porcentajes obtenidos seguido de ser seguro y con buen trato respectivamente.

4.2. EN EL ÁMBITO NACIONAL

CASTRO JUNCHAYA, Carmen Juana. Lima (2006).

AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMIA RADICAL EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL 5to. PISO “E” DEL INEN NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2006. Llegó a las siguientes conclusiones: Respecto a la Autopercepción de la imagen corporal de las pacientes sometidas a histerectomía radical del Servicio de Cirugía del 5to piso del “INEN”, la mayoría tienen una autopercepción medianamente desfavorable y favorable.

En cuanto a la Dimensión Física tenemos que la mayoría tienen una autopercepción medianamente favorable y desfavorable referido a que su

vida reproductiva ha sufrido cambios, desean tener hijos, les preocupa envejecer y tienen temor en la ruptura de su matrimonio por la poca respuesta sexual de su pareja.

Acerca de la Dimensión Emocional, la mayoría presenta una autopercepción medianamente favorable y desfavorable, dado porque les agrada pensar que sigue siendo atractiva para su pareja, siente temor de perder encantos femeninos, piensan que su feminidad ha cambiado, creen que la pérdida de su útero ha disminuido el deseo sexual, no aceptan el acercamiento de su pareja, ni les agrada conversar con su pareja sobre su salud, experimentando sentimientos de culpa.

Sobre la Dimensión Social se tiene que la mayoría de las pacientes tienen una autopercepción medianamente favorable y desfavorable expresado a que les produce temor que su esposo se interese en otra persona, tienen temor que su vida sexual sufra cambios que altere la relación con su pareja, no se siente optimista luego de la intervención quirúrgica, ni le agrada participar en actividades sociales y familiares.

4.3. EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

MORALES ESTRADA, Arnulfo; HUERTA-FRANCO, María Raquel; PÁRAMO CASTILLO, Daniel; CAPACCIONE, Kathleen. México (2008 - 2009).

EL AUTOCONCEPTO DE MUJERES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA EN EL HOSPITAL DE GINECO - PEDIATRÍA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DE LA CIUDAD DE LEÓN, GUANAJUATO Llegó a las siguientes conclusiones: autoconcepto y ocho sub-escalas de éste disminuyeron significativamente en este grupo de mujeres sometidas a histerectomía.

El efecto que pudieran tener la ansiedad que produce la cirugía y el duelo provocado por la esterilidad se evitaron en este estudio al evaluar a las mujeres un año después del procedimiento. El efecto psicosocial de este tipo de cirugías debe considerarse en la preparación de las pacientes y de sus parejas.

5. HIPÓTESIS

Por tratarse de una investigación de tipo descriptivo, se vio por conveniente la no formulación de hipótesis.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1. TÉCNICA

La técnica usada en la presente investigación es la encuesta.

1.2. INSTRUMENTO

Cuestionario de Evaluación de la Autopercepción de la Imagen Corporal de Castro Junchaya, C. J. (2010). (Anexo 2).

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

La investigación se desarrolló en el Hospital III Yanahuara EsSALUD de Arequipa en los ambientes de Consulta externa de Ginecología.

El Hospital se encuentra ubicado entre las Avenidas Enmel s/n y Zamácola s/n, del distrito de Yanahuara de la provincia de Arequipa - Perú. Geográficamente se encuentra a la margen derecha del río Chili, ubicada en la región Quechua, a una altura 2,335 m.s.n.m.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio se realizó entre los meses de octubre a diciembre del año 2012.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de estudio estuvieron constituidas por cuarenta pacientes.

2.3.1. UNIVERSO

El universo está constituido por todas las usuarias poshisterectomizadas, que son atendidas en Consultorio externo de Ginecología del Hospital III Yanahuara EsSALUD, durante el período de estudio, y las que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

a) Inclusión

- ✓ Mujeres histerectomizadas, en el post operatorio tardío.
- ✓ Mujeres histerectomizadas que acepten participar en el estudio.

b) Exclusión

- ✓ Mujeres con antecedentes psiquiátricos.
- ✓ Mujeres que usan fármacos antidepresivos y antipsicóticos.
- ✓ Mujeres con dificultad para comunicarse.

3. ESTRATEGIAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Solicitud dirigida a la Decana de la Facultad de Enfermería, para solicitar carta de presentación, para obtener el permiso correspondiente.

Luego de aceptado y concedido el permiso el Jefe del Servicio de Ginecología, para la ejecución de la investigación, posteriormente se explica al médico o/y personal técnico de turno en consultorios externos el motivo de la encuesta, con su permiso se procede a revisar las historias clínicas y corroborar que pacientes podrían ser participes del estudio, para después explicar los alcances y objetivos de la investigación y la absolución de las inquietudes de la usuaria, se procede aplicar el instrumento previa aceptación a participar en la investigación y previa firma del consentimiento informado (derecho al anonimato, libre participación y confidencialidad).

La aplicación del instrumento se realizó en las siguientes fechas: 11, 13, 15, 17, 19, 22, 24, 25, 29 y 30 de octubre, 3, 13, 16, 20, 23 y 27 de noviembre y los días 3 y 4 de diciembre.



CAPITULO III

RESULTADOS

TABLA N° 01
**MUJERES HISTERECTOMIZADAS SEGÚN EDAD. HOSPITAL III
YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA, 2012**

E.A.C. Edad	Desfavorable		Medianamente Favorable		Favorable		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
30 – 39 años	4	10	2	5	1	2.5	7	17.5
40 – 49 años	11	27.5	7	17.5	4	10	22	55
50 – 59 años	2	5	5	12.5	0	0	7	17.5
60 – 69 años	2	5	1	2.5	1	2.5	4	10
TOTAL	19	47.50	15	37.50	6	15.00	40	100.00

Fuente: Datos obtenidos por las autoras. Arequipa 2012.

$$X^2 = 4.821$$

$$g L = 6$$

$$p = 0.567 \quad (p > 0.05)$$

La edad de las mujeres histerectomizadas, no mostró asociación con los resultados de la evaluación de la autopercepción corporal ($p > 0.05$). El grupo etario que manifestó mayor frecuencia fue de 40 a 49 años 55%, donde predominó la respuesta desfavorable con 27.5%, seguida de la medianamente favorable con 17.5%. La menor frecuencia se observó entre los 60 a 69 años 10.00%.

De lo que se deduce que, al encontrarse la mayoría de mujeres 55.0% en el rango de 40 - 49 años, y ser las respuestas desfavorable y medianamente favorable, su autopercepción se podría ver afectada no solo por el hecho de tener familia o estar casadas, si no que podrían influir otros factores tales como el temor, angustia o miedo a la cirugía y el desconocimiento de sus efectos a futuro.

TABLA N° 02
MUJERES HISTERECTOMIZADAS, SEGÚN EL GRADO DE
INSTRUCCIÓN. HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA.
2012

E.A.C. Grado Instrucción	Desfavorable		Medianamente Favorable		Favorable		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Secundaria	3	7.50	2	5.00	2	5.00	7	17.50
Superior	11	27.50	12	30.00	3	7.50	26	65.00
Otros	5	12.50	1	2.50	1	2.50	7	17.50
TOTAL	19	47.50	15	37.50	6	15.00	40	100.00

Fuente: Datos obtenidos por las autoras. Arequipa 2012.

$$\chi^2 = 3.767$$

$$g L = 4$$

$$p = 0.438 \quad (p > 0.05)$$

El grado de instrucción no influyó en la autopercepción corporal de mujeres histerectomizadas ($p > 0.05$). En la tabla se observa que el grupo más representativo es el de grado de instrucción superior con un 65%, donde predominó la respuesta medianamente favorable 30%, seguida por la desfavorable con un 27.50%. No hubo mujeres con grado de instrucción primaria.

De lo que se deduce que, al ser la mayoría de mujeres de grado de instrucción superior (65%), y de brindarse una educación durante su estadía hospitalaria, estarían en la capacidad de asimilar de manera óptima conocimientos preoperatorios respecto a la cirugía que disipen dudas y/o temores, lo que podría conllevar a convertir esta percepción de medianamente favorable a favorable.

TABLA N° 03
MUJERES HISTERECTOMIZADAS, SEGÚN EL ESTADO CIVIL,
HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012

E.A.C. Estado Civil	Desfavorable		Medianamente favorable		Favorable		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	1	2.50	0	0.00	0	0.00	1	2.50
Casada	11	27.50	12	30.00	6	15.00	29	72.50
Conviviente	5	12.50	1	2.50	0	0.00	6	15.00
Otro	2	5.00	2	5.00	0	0.00	4	10.00
TOTAL	19	47.50	15	37.50	6	15.00	40	100.00

Fuente: Datos obtenidos por las autoras. Arequipa 2012.

$$\chi^2 = 6.395$$

$$g L = 6$$

$$p = 0.380 \quad (p > 0.05)$$

El estado civil de las mujeres histerectomizadas no se asoció al porcentaje de respuestas sobre la autopercepción corporal ($p > 0.05$). En la tabla 03 se observa que la condición de casada 72.5 % tuvo mayor frecuencia de respuestas medianamente favorable 30%, de la misma forma las respuestas desfavorable 27.5% y favorable 15% fue mayor en este grupo de estudio. Las mujeres solteras fueron las menos frecuentes; sólo hubo un caso y su autopercepción fue desfavorable.

De lo que se deduce, que si bien es cierto, de acuerdo con Lalinec – Michaud y Engelsmann el esposo, hermanos, amigos, se encuentran entre las personas más importantes (en ese orden) entre las fuentes no médicas de apoyo y representan una red de sostén que influye en la reacción ante la cirugía, probablemente esta no sea una condición aislada, sino que se relacione con el grado de satisfacción y estabilidad marital, entre otros factores.

TABLA N° 04
**MUJERES HISTERECTOMIZADAS, SEGÚN LA PARIDAD, HOSPITAL
III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012**

E.A.C. Paridad	Desfavorable		Medianamente favorable		Favorable		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nulípara	3	7.50	0	0.00	0	0.00	3	7.50
Primípara	9	22.50	2	5.00	1	2.50	12	30.00
Múltipara	7	17.50	9	22.50	3	7.50	19	47.50
Gran múltipara	0	0.00	4	10.00	2	5.00	6	15.00
TOTAL	19	47.50	15	37.50	6	15.00	40	100.00

Fuente: Datos obtenidos por las autoras. Arequipa 2012.

$$\chi^2 = 13.482$$

$$g L = 6$$

$$p = 0.036 \quad (p \leq 0.05)$$

La paridad de las mujeres histerectomizadas se asoció al porcentaje de respuestas sobre la autopercepción corporal ($p < 0.05$). Las mujeres histerectomizadas que fueron múltiparas tuvieron una valoración medianamente favorable 22.50%, a la vez que las mujeres primíparas tuvieron una valoración desfavorable siendo la proporción del 22.5%. Las mujeres histerectomizadas nulíparas que representaron el 7.50 % de la población de estudio tuvieron en su totalidad la valoración desfavorable.

De lo que se deduce que, la paridad repercute en la autopercepción corporal. Si ha sido una mujer múltipara el impacto es menor ya que su función materna de procrear ha sido cumplida. En el caso de ser primípara, y haber tenido el deseo de procrear más hijos, afloran los sentimientos de minusvalía ya que ha perdido su capacidad reproductiva. Si es nulípara, tenga o no pareja, el duelo por lo no realizado siempre estará presente.

TABLA N° 05

**MUJERES HISTERECTOMIZADAS, SEGÚN DIAS DE
HOSPITALIZACIÓN, HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD
AREQUIPA. 2012**

E.A.C. Días de Hospitalización	Desfavorable		Medianamente favorable		Favorable		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
4 DÍAS	9	22.50	3	7.50	4	10.00	16	40.00
> 4 DIAS	10	25.00	12	30.00	2	5.00	24	60.00
TOTAL	19	47.50	15	37.50	6	15.00	40	100.00

Fuente: Datos obtenidos por las autoras. Arequipa 2012.

$$\chi^2 = 4.708$$

$$g.L = 2$$

$$p = 0.095 \quad (p > 0.05)$$

El tiempo de hospitalización de las mujeres histerectomizadas no se asoció al porcentaje de respuestas sobre la autopercepción corporal. ($p > 0.05$). Las mujeres histerectomizadas que estuvieron hospitalizadas más de cuatro días fueron el 60.00%; del cual la mayor proporción fue la valoración medianamente favorable fue 30%. La proporción de mujeres hospitalizadas 4 días es de 40% del cual en mayor proporción predomina la valoración desfavorable con 22.5%.

De lo que se deduce que, el tiempo de estancia hospitalaria podría aumentar la ansiedad, gran parte de este temor comprende el miedo a lo desconocido a lo que el paciente imagina que deberá soportar durante la hospitalización, dicho temor disminuye con la confianza, con el apoyo emocional del personal del hospital y con información objetiva de proceso quirúrgico y la recuperación.

TABLA N° 06

**MUJERES HISTERECTOMIZADAS, SEGÚN CAUSA DE
HISTERECTOMÍA, HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA.
2012**

E.A.C. Causa de Histerectomía	Desfavorable		Medianamente favorable		Favorable		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Miomatosis Uterina	16	40.00	12	30.00	6	15.00	34	85.00
NIC persistente	2	5.00	0	0.00	0	0.00	2	5.00
Prolapso Uterino	1	2.50	1	2.50	0	0.00	2	5.00
Rotura Uterina	0	0.00	1	2.50	0	0.00	1	2.50
Hiperplasia Endometrial	0	0.00	1	2.50	0	0.00	1	2.50
TOTAL	19	47.50	15	37.50	6	15.00	40	100.00

Fuente: Datos obtenidos por las autoras. Arequipa 2012.

$$X^2= 6.134$$

$$gL = 8$$

$$p = 0.632 \quad (p > 0.05)$$

La variable causa de la histerectomía no se asoció con la autopercepción corporal ($p > 0.05$). En la tabla se muestra que la mayor frecuencia de causa de la histerectomía fue la miomatosis uterina 85 %, luego el NIC persistente 5% y prolapso uterino 5%. La menor frecuencia fue la rotura uterina y la hiperplasia endometrial 2.5% en ambos. La Leiomiomatosis uterina tuvo la mayor frecuencia de respuestas desfavorables 40%; medianamente favorable y favorable 30% y 15% respectivamente, mientras que el NIC persistente 5 % en su totalidad la respuesta fue desfavorable

De lo que se deduce que, dependiendo de la patología y de la comprensión del diagnóstico que se asuma, las ansiedades movilizadas son diferentes, más intensas y con otras connotaciones, que convierten en algunos casos el hecho de perder el útero en un acontecimiento de índole más secundaria, y en otros mas significativa.

TABLA N° 07
MUJERES HISTERECTOMIZADAS, SEGÚN TIPO DE
HISTERECTOMÍA, HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA.
2012

E.A.C. Tipo de Histerectomía	Desfavorable		Medianamente favorable		Favorable		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
HTA + SOB	18	45.00	13	32.50	6	15.00	37	92.50
HTV + COLPO ANT.	1	2.50	1	2.50	0	0.00	2	5.00
HT SUBTOTAL	0	0.00	1	2.50	0	0.00	1	2.50
TOTAL	19	47.50	15	37.50	6	15.00	40	100.00

Fuente: Datos obtenidos por las autoras. Arequipa 2012.

$$\chi^2 = 2.155$$

$$g L = 4$$

$$p = 0.707 \quad (p > 0.05)$$

La variable tipo de histerectomía no se asoció con la autopercepción corporal ($p > 0.05$). Se observa que el tipo de histerectomía más frecuente fue la histerectomía total con salpingooferectomía bilateral 92.5%, predominando la respuesta desfavorable 45.0%; medianamente favorable y favorable, 32.5% y 15% respectivamente, la menos frecuente fue la histerectomía vaginal con colpoplastia anterior 5%.

Por lo que se deduce que, para la gran parte de la población en estudio la operación supone el paso a una menopausia quirúrgica, y aunque este hecho sea inevitable y parte de la vida de la mujer, ella no siempre está lo suficientemente preparada para asumir este proceso, más aun cuando no se ha producido en el momento normal de su devenir vital sino de una forma tajante y radical.

TABLA N° 08

**AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES
HISTERECTOMIZADAS SEGÚN LA DIMENSIÓN FÍSICA Y SEXUAL.
HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012.**

V.A.C. Dimensión	Desfavorable		Medianamente favorable		Favorable		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Física Sexual	21	52.50	17	42.50	2	5.00	40	100.00

Fuente: Datos obtenidos por las autoras. Arequipa 2012.

Test Shapiro Wilks: W: 0.9478 p= 0.0638

	Media	D.S.	r(X,Y)	r ²	t	p
DIMENSIÓN FÍSICA SEXUAL	22.45	6.65				
PUNTUACIÓN	68.05	17.80	0.8453	0.7145	9.7518	0.0000

En la Tabla 08 se observa la valoración de la dimensión física y sexual; siendo la valoración predominante la desfavorable 52.5% seguido de la medianamente favorable con 42.5%. Se analiza la intensidad de la influencia de la dimensión física y sexual sobre los resultados de la Autopercepción Corporal, siendo esta directa y de intensidad fuerte ($r=0.8453$)¹⁶; contribuyendo al resultado final en el 71.45% del total de las respuestas.

La Autopercepción Corporal desfavorable está dada principalmente porque la paciente considera que la menstruación es útil y necesaria para la mujer, que la vida sexual es importante en la vida de la mujer, le preocupa mucho los cambios producidos en su cuerpo y teme reiniciar una vida sexual activa con su pareja.

De lo que se deduce que la mayoría de las pacientes se preocupa por los efectos de la histerectomía en su imagen corporal y experimenta reacciones de temor, para aceptar los efectos de la cirugía y los cambios que se van a producir en su estilo y calidad de vida.

¹⁶ COLTON (1974). Bioestadística Médica. Ed. Manual Moderno. 4ta Edición. pág.: 46.

Dice: Correlaciones de 0 a 0.25 indican muy poca o ninguna relación; las que van de 0.25 a 0.50 señalan un grado mínimo de relación; las que son de 0.50 a 0.75 implican una correlación moderada a buena; y las mayores de 0.75 señalan una relación de buena a excelente.

TABLA N° 09

**AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES
HISTERECTOMIZADAS SEGÚN LA DIMENSIÓN EMOCIONAL.
HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012.**

V.A.C. Dimensión	Desfavorable		Medianamente favorable		Favorable		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Emocional	17	42.50	14	35.00	9	22.50	40	100.00

Fuente: Datos obtenidos por las autoras. Arequipa 2012.

Test Shapiro Wilks: W: 0.9753 p= 0.5199

	Media	D.S	r(X,Y)	r ²	t	p
DIMENSIÓN EMOCIONAL	28.53	7.6894				
PUNTUACIÓN	68.05	17.7979	0.8787	0.7721	11.3466	0.0000

En la tabla 09 se observa la valoración de la dimensión emocional; siendo predominante la desfavorable 42.5%, seguida de la medianamente favorable con 35%. La dimensión emocional contribuyó al resultado final con el 77.21% del total de respuestas. Se analiza la intensidad de la influencia de la dimensión emocional siendo esta directa y de intensidad fuerte ($r = 0.8787$).

La Autopercepción Corporal desfavorable está dada principalmente porque las pacientes expresan que hubo momentos que se hicieron reproches y tuvieron sentimientos de culpa por haber enfermado, la pérdida de su útero les causa sentimientos de tristeza, creen que la pérdida de su útero ha disminuido su deseo sexual y se siente mutilada o vacía por la pérdida de su útero.

De lo que se deduce que, las repercusiones psicológicas de la histerectomía giran en torno a la tristeza por la pérdida del útero, dependiendo del valor simbólico que cada mujer le asigne, lo que conllevaría probablemente a la preocupación por su vida sexual futura; pudiendo producir una alteración en la percepción de la imagen corporal en cuanto a su condición femenina.

TABLA N° 10
AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES
HISTERECTOMIZADAS SEGÚN LA DIMENSIÓN SOCIAL. HOSPITAL
III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012.

V.A.C. Dimensión	Desfavorable		Medianamente favorable		Favorable		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Social	16	40.00	20	50.00	4	10.00	40	100.00

Fuente: Datos obtenidos por las autoras. Arequipa 2012.

Test Shapiro Wilks: W: 0.9706 p= 0.3766

	Media	D.S	r(X,Y)	r ²	t	p
DIMENSIÓN SOCIAL	17.43	5.51				
PUNTUACIÓN	68.05	17.80	0.8069	0.6510	8.4194	0.0000

En la tabla 10 se observa la valoración de la dimensión social; siendo la valoración predominante la medianamente desfavorable 50%, seguido de la desfavorable con 40%.

La dimensión social contribuyó con los resultados de la evaluación de la Autopercepción Corporal en mujeres histerectomizadas, con el 65.10% de los valores. Se analiza la intensidad de la influencia de la dimensión social siendo esta directa y de intensidad fuerte ($r = 0.8069$).

La Autopercepción Corporal medianamente favorable está dada principalmente porque las pacientes expresan que durante su enfermedad no recibieron información suficiente sobre sexualidad y efectos de la histerectomía, temen que su vida sexual sufra cambios que alteren la relación con su pareja y sienten miedo de enfrentar su futura situación. De lo que se deduce que la autopercepción en su dimensión social se vería influenciada por la falta de preparación e información preoperatoria, siendo esta importante ya que podría minimizar la posibilidad de que la paciente tenga un mal resultado, ya que las pacientes que tienen una ansiedad moderada preoperatoria se comportan mucho mejor posquirúrgicamente.

TABLA N° 11
AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES
HISTERECTOMIZADAS HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD
AREQUIPA. 2012.
TABLA RESUMEN

V.A.C. Factores		Desfavorable		Medianamente favorable		Favorable	
		N°	%	N°	%	N°	%
Edad	40 - 49 años	10	25	7	17.5	4	10
Grado Instrucción	Superior	11	27.5	12	30	3	7.50
Estado Civil	Casada	11	27.5	12	30	6	15
Paridad	Múltipara	7	17.5	9	22.5	3	7.5
	Primípara	9	22.5	2	5	1	2.5
Tiempo hospit.	> 4d.	10	25	12	30	2	5
Causa	Miomatosis uterina	16	40	12	30	6	15
Tipo	Histerectomía total abdominal + SOB	18	45	13	32.5	6	15
D. Física y sexual		21	52.5	17	42.5	2	5
D. Emocional		17	42.5	14	35	9	22.5
D. Social		16	40	20	50	4	10

Fuente: Datos obtenidos por las autoras. Arequipa 2012.

TABLA N° 12
AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES
HISTERECTOMIZADAS HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD
AREQUIPA. 2012.

C. Autopercepción Corporal	N°	%
Valoración		
Desfavorable	19	47.50
Medianamente favorable	15	37.50
Favorable	6	15.00
TOTAL	40	100.00

Fuente: Datos obtenidos por las autoras. Arequipa 2012.

PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL

Promedio: 68.05±17.80

Min: 20 Max: 104

En la tabla 12; se muestra la valoración total, de la Autopercepción Corporal, en mujeres histerectomizadas. La mayor proporción fue la valoración de la autopercepción corporal desfavorable 47.50%, seguida de la medianamente favorable 37.5% y finalmente en su minoría fue favorable 15%.

Por lo que se deduce que, la Autopercepción Corporal en la población de estudio, después de este tipo de intervención quirúrgica se ve afectada, en cierta medida.

CONCLUSIÓN

La autopercepción corporal, en mujeres histerectomizadas del Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa, durante el período de estudio mostró ser en su mayoría desfavorable, sin embargo un porcentaje significativo evidencia tener una autopercepción medianamente favorable. De los factores socio - demográficos considerados, la paridad se asocio con los resultados finales de la investigación. De acuerdo a la valoración de las dimensiones de la autopercepción corporal; las dimensiones física – sexual y emocional fueron desfavorables siendo ésta última la que muestra mayor influencia sobre el resultado final. En cuanto a la dimensión social su valoración final fue de medianamente desfavorable.



RECOMENDACIÓN

Que, la Decana de Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, incentive a sus estudiantes a realizar estudios similares, teniendo en cuenta la eficacia y los cambios que producen la aplicación de un programa para mejorar la Autopercepción de la Imagen Corporal, en mujeres que han sido histerectomizadas, cuando es aplicado un tiempo anterior a la intervención quirúrgica; por otro lado que se tome en cuenta cuál de las dimensiones del cuestionario de Autopercepción de la Imagen Corporal, se modifica en grupos de mujeres con diferente condición socio económica; luego explicar las causas de la modificación.



BIBLIOGRAFÍA

1. BALAGUERO LORENZO, Cirugía Ginecológica Transvaginal y Laparoscópica Técnicas Integradas, Ed. Mosby – Doyma Libros, Madrid, 1996.
2. BEREK JONATHAN S., Ginecología de Novak, 14va Ed. Wolters Kluwer Health. Barcelona, 2008.
3. BERNHARD L, HARRIS C, Caroline H. “About histerectomy”. Health Care Women International 2000.
4. BRUNNER Y SUDDARTH. Enfermería Médico Quirúrgica, 9na., Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México, 2001.
5. BLUMEL J, ARAYA H, SÁNCHEZ F.”Prevalencia de trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal”. Rev Med Chile 2000.
6. CASTELO BRANCO C., Sexualidad Humana una aproximación Integral, Ed. Médica Panamericana. Madrid, 2005.
7. COLTON. Bioestadística Médica. 4ta Edición. Ed. Manual Moderno. 1974
8. GUANA MIRIAM, CAPPADONA ROSARIA, DI PAOLO ANNA MARIA. Enfermería Ginecoobstétrica, Ed. Mc Graw – Hill, México, 2009.
9. HAKIM R, BENEDICT B, MERRICK N. “Quality of care for women undergoing a hysterectomy: effects of insurance and race/ethnicity”. J Womens Health 2004

10. HELSTRÖM L, SORBORM D, BACHSTROM T. Influence of partner relationship on sexuality after subtotal hysterectomy. Obstet Gynecol 2001.
11. JAWOR M, DINTER A, MAREK K, Dudek D, Wojtys A "Anxiety-depressive disorder in woman after hysterectomy". Psychiatr Pol 2001.
12. KHAHGIR G, STUDD J."Patients' outlook, experience and satisfaction with hysterectomy, bilateral oophorectomy, and subsequent continuation of hormone replacement therapy. ". Am J Obstet Gynecol 2000.
13. NAUGHTON M. "Health-Related quality of life alter hysterectomy". Clin Obstet Gynecol 2002.
14. RAFFEENSPERGER ELLEN BAILY, ZUSY MARY LLOYD, MARCHE SSEAULT LYNN CLAIRE. Consultor Enfermería Clínica, Tomo II Ed., Océano. Colombia 1993.
15. SCOTT JAMES R., DI SAIA PHILIP J., HAMMOND CHARLES B., SPELLACY, WILLIAN N. Tratado de Obstetricia y Ginecología, 8va Ed., Mc Graw Hill Interamericana. México, 2000.
16. THOMPSON JHON D., ROCK JHON A. Ginecología Quirúrgica, 7ma. Ed., Panamericana. Buenos Aires, 1993.
17. URRUTIA MT, ARAYA, A, VILLARROEL L, Viñales D. "Características y evolución de la sexualidad en mujeres hysterectomizadas". Rev Chil Obstet Gynecol 2004.
18. USANDIZAGA BEGUIRISTAIN JOSE ANTONIO, FUENTE PEREZ PEDRO. Tratado de Obstetricia y Ginecología, IIVol., Ed. Mc Graw Hill Interamericana. Madrid, 1998.

BIBLIOGRAFÍA ELECTRÓNICA

1. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000500002.
2. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/912/91213729005.pdf>
3. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000500012.
4. http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/47_actores_emocionales_histerectomia.pdf.
5. <http://www.portalpsicologico.org/articulos-psicologia-psicologia-general/la-autopercepcion-por-christian-chaler.html>
6. <http://psicologia.costasur.com/es/autopercepcion.html>
7. <http://www.plannedparenthood.org/esp/temas-de-salud/imagen-corporal-24043.htm>
8. <http://www.tubreveespacio.com/pensamientos-01sep04/autoimagen.htm>
9. <http://www.xtec.cat/~cciscart/annexos/queesautoestima.htm>

ANEXOS



ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE "AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS EN CONSULTORIO EXTERNO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA ESSALUD AREQUIPA. 2012"

DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR:

La HISTERECTOMÍA es una operación ginecológica frecuente; esta produce modificaciones sociales, emocionales, en la sexualidad, en el aspecto físico y otros trastornos; que podría alterar la calidad de vida de la paciente y afectar la autoestima, llevando posteriormente a un proceso de ansiedad.

El propósito de nuestra investigación, es diagnosticar tempranamente los trastornos de la autopercepción corporal, para mejorar su autoestima y temores que producen ansiedad; mejorando su interrelación con el mundo exterior.

El beneficio que obtendrá es de conocer científicamente si Ud. Tiene alteraciones en la autopercepción corporal. Esta alteración modifica sus relaciones sociales, emociones y su mundo interior basado en el autoconcepto de su persona. Con el conocimiento adquirido por el estudio, Ud. Puede tomar medidas de prevención y tratamiento, evitando los trastornos de su autoestima.

PROCEDIMIENTO:

Después que Ud. libremente dé el consentimiento para someterse a la investigación; debe responder a un cuestionario de preguntas, las que sólo son de interés para la investigación.

RIESGOS Y MOLESTIAS:

La aplicación de la encuesta y el cuestionario, no le producirá ningún riesgo ni molestias, las que podrían provocar alteraciones en su persona.

Este estudio es voluntario y puede elegir la suspensión cualquier momento.

La FIRMA DEL INVESTIGADOR: _____

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Acepto participar de manera voluntaria en el estudio. He recibido una adecuada explicación acerca de la investigación y dejo constancia que he tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes, y que me explicaron, que si en el futuro tengo nuevas preguntas acerca del estudio, podré hacerlas a los responsables del estudio.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

DNI: Fecha:

ANEXO N°2

Autopercepción corporal en mujeres histerectomizadas en Consultorio externo de Ginecología del Hospital III Yanahuara EsSALUD Arequipa. 2012

Cuestionario de Evaluación de la Autopercepción de la Imagen Corporal de Castro Junchaya, C. J. (2006)

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°. de Ficha:

I. PRIMERA PARTE: *Datos Generales*

1. Edad:
2. Grado de instrucción:
 - a) Primaria ()
 - b) Secundaria ()
 - c) Superior ()
 - d) Otros.....
3. Estado civil:
 - a) Soltera ()
 - b) Casada ()
 - c) Conviviente ()
 - d) Otro.....
4. Paridad:
 - a) Nulípara ()
 - b) Primípara ()
 - c) Multípara ()
 - d) Gran multípara ()
5. Tiempo de hospitalización:.....
6. Causa de la Histerectomía:.....
7. Tipo de Histerectomía:

II. SEGUNDA PARTE: Cuestionario de Evaluación de la Autopercepción de la Imagen Corporal.

Enunciados	TA	A	I	D	TD
1. Se siente mutilada o vacía por la pérdida de su útero.	1	2	3	4	5
2. La pérdida de su útero le causa sentimientos de tristeza.	1	2	3	4	5
3. Me siento menos mujer por haber perdido mi capacidad reproductiva.	1	2	3	4	5
4. Ahora que mi vida reproductiva a sufrido cambios desea tener hijos más que antes.	1	2	3	4	5
5. Me agrada pensar que sigo siendo atractiva para mi pareja.	5	4	3	2	1
6. Siento temor de perder mis encantos femeninos.	1	2	3	4	5
7. Me preocupa mi apariencia personal.	1	2	3	4	5
8. Pienso que mi feminidad ha cambiado.	1	2	3	4	5
9. Me preocupan mucho los cambios producidos en mi cuerpo.	1	2	3	4	5
10. Me produce temor que mi esposo se interese en otra persona	1	2	3	4	5
11. Teme reiniciar una vida sexual activa con su pareja	1	2	3	4	5
12. Cree que la pérdida de su útero ha disminuido el deseo sexual.	1	2	3	4	5
13. Tengo temor que mi vida sexual sufra cambios que altere la relación con mi pareja.	1	2	3	4	5
14. Considera que la vida sexual es importante en la vida de la mujer.	1	2	3	4	5
15. Tengo temor en la ruptura de mi matrimonio por la poca respuesta sexual de mi pareja.	1	2	3	4	5
16. Considera que la menstruación es útil y necesaria en la mujer.	1	2	3	4	5
17. Me incomoda la ausencia de secreción vaginal.	1	2	3	4	5
18. Me preocupa envejecerme prematuramente a causa de mi operación.	1	2	3	4	5
19. Me siento bien sintiendo el apoyo de mi pareja.	5	4	3	2	1
20. Acepto el acercamiento de mi pareja.	5	4	3	2	1
21. Siento miedo de enfrentar mi futura situación.	1	2	3	4	5
22. Me siento optimista luego de la intervención quirúrgica.	5	4	3	2	1
23. Me agrada participar en actividades sociales y familiares.	5	4	3	2	1
24. Me agrada conversar con mi pareja sobre mi salud.	5	4	3	2	1
25. No siento angustia cuando observo mi herida mucho menos cuando la ve mi pareja.	5	4	3	2	1
26. Hubo momentos que se hizo reproches y tuvo sentimientos de culpa por haber enfermado.	1	2	3	4	5
27. Después de la operación quería que todos estuvieran a su lado.	5	4	3	2	1
28. Durante su enfermedad no recibió información suficiente sobre sexualidad y efectos de la histerectomía.	1	2	3	4	5
29. Antes y después de la operación sintió el apoyo y la confianza del personal que le atendió	5	4	3	2	1
30. Considera que su vida social y familiar no sufrirá cambios importantes luego e su operación.	5	4	3	2	1

LEYENDA:

- o **TA:** Totalmente de acuerdo.
- o **A:** De acuerdo.
- o **I:** Indiferente.
- o **D:** En desacuerdo.
- o **TD:** Totalmente en desacuerdo.

ANEXO N°3

INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO

TABLA DE CÓDIGOS

Dimensión física sexual	Dimensión emocional	Dimensión social
3 = 5 = TD	1 = 5 = TD	
4 = 5 = TD	2 = 5 = TD	10 = 5 = TD
9 = 5 = TD	5 = 5 = TA	13 = 5 = TD
11 = 5 = TD	6 = 5 = TD	21 = 5 = TD
14 = 5 = TD	8 = 5 = TD	22 = 5 = TA
15 = 5 = TD	12 = 5 = TD	23 = 5 = TA
16 = 5 = TD	20 = 5 = TA	28 = 5 = TD
17 = 5 = TD	24 = 5 = TA	
18 = 5 = TD	26 = 5 = TD	

1. **Dimensión física:** (Ítems: 3, 4, 9, 11, 14, 15, 16, 17, 18)
 - ✓ **Favorable:** Más de 33 puntos
 - ✓ **Medianamente favorable:** De 23 a 33 puntos.
 - ✓ **Desfavorable:** Menos de 23 puntos
2. **Dimensión emocional:** (Ítems: 1, 2, 5, 6, 8, 12, 20, 24, 26)
 - ✓ **Favorable:** Más de 36 puntos.
 - ✓ **Medianamente favorable:** De 27 a 36 puntos.
 - ✓ **Desfavorable:** Menos de 27 puntos.
3. **Dimensión social:** (Ítems: 10, 13, 21, 22, 23, 28)
 - ✓ **Favorable:** Más de 23 puntos
 - ✓ **Medianamente favorable:** De 17 a 23 puntos.
 - ✓ **Desfavorable:** Menos de 17 puntos.
4. **Autopercepción de la Imagen Corporal**
Total
 - ✓ **Auto percepción favorable:** Más de 91 puntos.
 - ✓ **Autopercepción medianamente favorable:** De 69 a 91 puntos.
 - ✓ **Auto percepción desfavorable:** Menos de 69 puntos.

VALIDEZ ESTADÍSTICA DEL INSTRUMENTO

Para la validez estadística, se aplicó la fórmula de ítem test coeficiente de correlación de R de Pearson, obteniéndose:

$$r = \frac{N \sum xy - \sum x \bullet \sum y}{\sqrt{N \sum x^2 - (\sum x)^2 \bullet N \sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

Item 1= 0.80	Item 16= 0.47
Item 2= 0.29	Item 17= 0.63
Item 3= 0.68	Item 18= 0.61
Item 4= 0.42	Item 19= 0.11
Item 5= 0.49	Item 20= 0.65
Item 6= 0.80	Item 21= 0.72
Item 7= 0.01	Item 22= 0.53
Item 8= 0.52	Item 23= 0.54
Item 9= 0.81	Item 24= 0.59
Item 10= 0.79	Item 25= -0.20
Item 11= 0.71	Item 26= 0.58
Item 12= 0.63	Item 27= -0.54
Item 13= 0.78	Item 28= 0.35
Item 14= 0.52	Item 29= 0.17
Item 15= 0.83	Item 30= 0.11

Si $r > 0.20$, el ítem es válido.

CONFIABILIDAD ESTADÍSTICA DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar el instrumento a 30 pacientes, a los resultados se aplicó la fórmula de α Crombach:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

$$\alpha = \frac{24}{23} \left[1 - \frac{25.32}{229.23} \right]$$

Para que exista confiabilidad $\alpha > 0.6$, por lo tanto este instrumento es confiable.

MEDICIÓN DE LA VARIABLE AUTOPERCEPCIÓN

Para clasificar la autopercepción de las pacientes en 3 categorías: favorable, medianamente favorable, desfavorable se utilizó la comparación cualitativa a través de la Campana de Gauss, usándose una constante de 0.75.

1. Se determinó el promedio (X)

$$X = 80$$

2. Se calculó la desviación estándar DS

$$DS = 15.16$$

3. Se estableció los valores de a y b respectivamente:

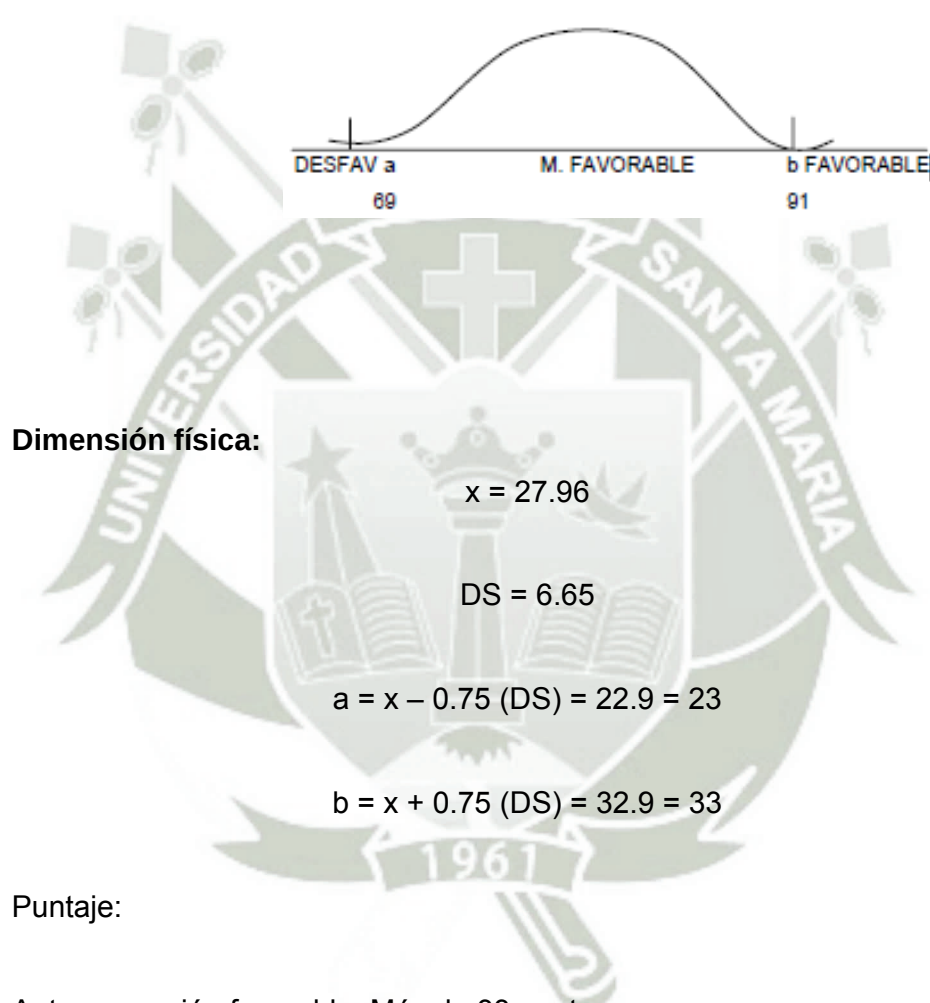
$$a = x - 0.75 (DS) = 68.6 = 69$$

$$b = x + 0.75 (DS) = 91.3 = 91$$

Autopercepción favorable: Más de 91 puntos

Autopercepción medianamente favorable: De 69 a 91 puntos

Autopercepción desfavorable: Menos de 69 puntos



Autopercepción favorable: Más de 33 puntos.

Autopercepción medianamente favorable: De 23 a 33 puntos.

Autopercepción desfavorable: Menos de 23 puntos.

Dimensión emocional

$$x = 31.63$$

$$DS = 5.77$$

$$a = x - 0.75 (DS) = 27.3 = 27$$

$$b = x + 0.75 (DS) = 35.9 = 36$$

Puntaje:

Autopercepción favorable: Más de 36 puntos.

Autopercepción medianamente favorable: De 27 a 36 puntos.

Autopercepción desfavorable: Menos de 27 puntos.

Dimensión social:

$$x = 20.4$$

$$DS = 3.91$$

$$a = x - 0.75 (DS) = 17.4 = 17$$

$$b = x + 0.75 (DS) = 23.3 = 23$$

Puntaje:

Autopercepción favorable: Más de 23 puntos

Autopercepción medianamente favorable: De 17 a 23 puntos

Autopercepción desfavorable: Menos de 17 puntos.



Universidad Católica de Santa María

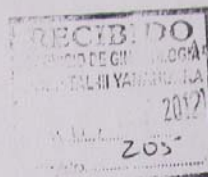
☎ (51 54) 251210 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1356
AREQUIPA - PERU

"IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA"
(En la Ciencia y en la Fe esta nuestra Fuerza)

FACULTAD DE ENFERMERIA

Oficio N° 388 -FENF-2012

Señor Dr.
HUMBERTO SALAS MANRIQUE
Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital III Yanahuara ESSalud
Presente.-



De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez presento a usted a las Señoritas:

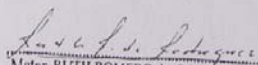
**KATHERINE MILAGROS QUISPE MEDINA, y,
NOELIA VERÓNICA GALLEGOS GONZALES**

Quienes están elaborando el Proyecto de Investigación titulado: "AUTOPERCEPCION CORPORAL EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS EN CONSULTORIO EXTERNO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL III YANAHUARA EsSALUD AREQUIPA. 2012".

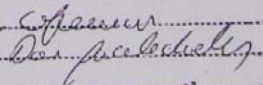
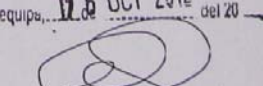
En tal sentido, solicito a usted se sirva autorizar a las señoritas estudiantes para que puedan realizar su investigación, aplicar el instrumento de estudio y elaborar la tesis con la que optaran al Título Profesional de **LICENCIADA EN ENFERMERIA**, cumpliendo con la función de Investigación Universitaria que demanda la Ley N° 23733 y el propio Estatuto de nuestra Universidad.

Agradeciéndole anticipadamente su valiosa colaboración, aprovecho la oportunidad para testimoniarle los sentimientos de mi estima personal.

Atentamente,


Mgter. RUTH ROMERO de RODRIGUEZ
Decana de la Facultad de Enfermería
Universidad Católica de Santa María

RRdeR/DFENF
jqm.

DMC
RECIBIDO 274 DHY-RAAR-ESSALUD 2012
A. J. S. S. S. S.
Para: 
Arequipa, 12.5 OCT 2012 del 20

Dr. Angel del Corral
Jefe del Servicio de Ginecología
Hospital III Yanahuara
ESSALUD



"Año de la Integración Nacional y el Reconocimiento de
Nuestra Diversidad"
"Año del Centenario de Machu Picchu Para el Mundo"

CONSTANCIA

El médico Jefe del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital III de Yanahuara de ESSALUD, hace constar que las señoritas:

NOELIA VERÓNICA GALLEGOS GONZÁLES
KATHERINE MILAGROS QUISPE MEDINA

Bachilleres de la Facultad de Enfermería de Universidad Católica de Santa María, han desarrollado la investigación del Proyecto de Tesis titulada "AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS EN CONSULTORIO EXTERNO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA DE ESSALUD AREQUIPA 2012".

Se expide el presente a solicitud de los interesados para los fines que crea por conveniente.

Arequipa, 13 de diciembre del 2012.


Dr. Humberto Salas Manrique
Jefe Servicio de Ginecología y Obstetricia
Hospital III Yanahuara
Arequipa, 13 de diciembre del 2012