

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

Trabajo monográfico para optar al título de Especialista en  
Ginecología y Obstetricia

**Impacto de la histerectomía abdominal sobre la calidad de vida en base a su función sexual  
y psicosocial en mujeres intervenidas en edades entre 18 y 45 años en el Hospital Alemán  
Nicaragüense, enero 2017 a diciembre 2022**

**Autora:** Dra. Karen Massiel Rodríguez Manzanares

**Tutora:** Dra. Katherine Zamora  
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Hospital Alemán Nicaragüense

## **Agradecimiento**

Quiero agradecer esta monografía símbolo de una meta alcanzada a Dios, a mis padres (Luis y Ana) quienes han sabido encaminarme y orientarme por este largo camino con su apoyo incondicional, por enseñarme que cada esfuerzo tiene su mérito.

Mis suegros Lesbia (QDEP) y José por creer siempre en mí, darme su apoyo incondicional y motivarme a alcanzar cada una de mis metas, a mi bebe Junior por estar siempre a mi lado y ser mi mayor motor y refugio en este camino, a mi hermano Luis por siempre alentarme a seguir adelante, a mis maestros por los invaluable conocimientos y valores inculcados a lo largo de mi formación.

A las pacientes que amablemente me facilitaron información para este estudio.

## **Opinión del Tutor**

La histerectomía constituye una de las cirugías más frecuentes realizadas en el mundo, afectando a un importante porcentaje de mujeres, la mayoría de las veces es de carácter electivo y con un impacto emocional de variada magnitud.

El presente trabajo estuvo dirigido a evaluar el impacto de la histerectomía abdominal sobre la calidad de vida en base a su función sexual y psico social en mujeres intervenidas en edades entre 18 y 45 años en el hospital alemán nicaragüense.

La importancia del estudio es que los trastornos depresivos o de disfunción sexual en mujeres con histerectomía abdominal se siguen presentando en nuestras pacientes y se debe hacer una intervención oportuna y de esta manera influir en el no desarrollo o agravamiento de la enfermedad de forma temprana.

Se insta a continuar con la labor investigativa, para fortalecer las bases del sistema de salud y darles seguimiento a estas pacientes previo y postquirúrgico de una manera integral.

## Resumen

Durante el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2022 se realizó un estudio comparativo, retrospectivo, analítico, correlacional, con el objetivo de evaluar el impacto de la histerectomía abdominal sobre la calidad de vida en base a su función sexual y psico social en mujeres intervenidas en edades entre 18 y 45 años en el hospital alemán nicaragüense. La edad promedio de las mujeres fue 35 años, con un rango de edad de 20 a 39 años, la mayoría con nivel de primaria y con uno o ningún hijo al momento de la HTA, La relación de la HTA de causa ginecológica y obstétrica fue de 3:1, siendo la miomatosis uterina y las neoplasias premalignas de cérvix las causas ginecológicas más frecuentes y la hemorragia portparto, seguida por la sepsis puerperal, las de causa obstétrica. El 35% de las mujeres presentaron signos de disfunción sexual y solo 11% presentaron función sexual adecuada cuando se les aplicó el test de IFSF, EL 31.5% presentaron síntomas de ansiedad y 27.5% signos de depresión. El test de función sexual, mostró puntajes entre 11 y 22.6 en mujeres con disfunción sexual con una media de 17.5 y un punto corte de <23. Además, mostró que las seis dimensiones de la función sexual se encontraban afectadas. Las mujeres con signos de ansiedad y depresión se asociaron a puntajes bajos de función sexual. Los factores que se relacionaron con síntomas de ansiedad fueron la edad menor de 35 años, uno o ningún hijo, la falta de apoyo de la familia y el bajo nivel de satisfacción. La extirpación de uno o ambos ovarios se relacionó de forma moderadamente significativa a síntomas de ansiedad y depresión. Los factores que se relacionaron con signos de disfunción sexual fueron: mujeres <35 años, la HTA de causa obstétrica y de emergencia, además, del poco apoyo familiar y el bajo nivel de satisfacción durante el periodo de la cirugía.

## Índice

<b>Generalidades</b> .....	3
<b>Introducción</b> .....	3
<b>Antecedentes</b> .....	5
<i>A Nivel Internacional</i> .....	5
<i>A Nivel Nacional</i> .....	8
<b>Justificación</b> .....	9
<b>Planteamiento del Problema</b> .....	10
<b>Objetivos</b> .....	11
<i>Objetivo General</i> .....	11
<i>Objetivos Específicos</i> .....	11
<b>Marco Teórico</b> .....	12
<b>Histerectomía</b> .....	12
<b>Ansiedad y Depresión</b> .....	13
<b>Depresión y Disfunción Sexual</b> .....	14
<b>Depresión en Mujeres Post Histerectomía</b> .....	14
<b>Disfunción Sexual Post Histerectomía</b> .....	16
<b>Calidad de Vida</b> .....	17
<b>Técnica Quirúrgica de la Histerectomía</b> .....	18
<b>Hipótesis</b> .....	20
<b>Diseño Metodológico</b> .....	21
<b>Tipo de Estudio</b> .....	21
<b>Lugar y Fecha</b> .....	21
<b>Universo</b> .....	21
<b>Muestra</b> .....	21
<b>Unidad de Observación</b> .....	21
<b>Criterios de Inclusión</b> .....	22
<b>Criterios de Exclusión</b> .....	22
<b>Técnica de Recolección de la Información</b> .....	22
<b>Validación del Índice de Función Sexual y Escala de Goldberg</b> .....	24
<b>Plan de Análisis</b> .....	24

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

<b>Enunciado de Variables</b> .....	25
<b>Sesgo y Control</b> .....	26
<b>Consideraciones Éticas</b> .....	27
<b>Desarrollo</b> .....	37
<b>Resultados</b> .....	37
<b>Análisis</b> .....	47
<b>Conclusiones</b> .....	57
<b>Recomendaciones</b> .....	58
<b>Bibliografía</b> .....	59
<b>Anexos</b> .....	62

## Generalidades

### Introducción

La histerectomía constituye una de las cirugías más frecuentes realizadas en el mundo, afectando a un importante porcentaje de mujeres, la mayoría de las veces es de carácter electivo y con un impacto emocional de variada magnitud. Posterior al proceso quirúrgico, la mujer puede presentar consecuencias afectivas y psiquiátricas relacionadas a la extirpación del útero, órgano considerado por muchas mujeres como un signo importante de feminidad y su ausencia puede generar sentimientos negativos en relación a su imagen corporal, con la percepción de quedar vacía. (Cuevas, 2019), Parra, 2017)

En este estudio se pretende evaluar el impacto de la histerectomía sobre la salud mental y sexual, cuando se realiza a mujeres en edad reproductiva y que factores pueden influir de forma negativa. Tomando como base los últimos estudios en los que han revelado que la histerectomía, aunque no incluya los ovarios, se asocia en un mayor riesgo de desarrollar trastornos de depresión y ansiedad especialmente en mujeres que se someten a este procedimiento antes de los 35 años.

Dado que en el hospital Alemán Nicaragüense, la histerectomía abdominal es el principal procedimiento quirúrgico realizado en mujeres con enfermedades ginecológicas benignas y en algunas que sufren complicaciones obstétricas, resulta de gran importancia investigar sobre el tema de una forma más directa tomando en cuenta que muchas de ellas se encontraban en edad fértil al momento del evento quirúrgico y que no todas reaccionarán de la misma forma, ya que para unas la pérdida de su útero puede significar un alto valor simbólico de sexualidad y fertilidad mientras que para otras la histerectomía será un alivio a sus problemas de salud; lo que a su vez está en dependencia de diferentes factores siendo los más importantes el motivo por el que se indicó la histerectomía, el momento evolutivo en el que se encuentra, el apoyo familiar y de su pareja, la paridad o el número de hijos, la preparación previa al evento, el modo que recibe el anuncio de la necesidad de la cirugía y el hecho que la mujer tenga la posibilidad o no de decidir y por último, si tiene historia de trastornos psiquiátricos.

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

Dado que los resultados de algunos estudios son ambiguos la forma directa de obtener la información servirá para evaluar el grado de precepción y aceptación por parte de la paciente. (Cuevas, Díaz, Espinoza, & Garrido, 2019), (Parra, González, González, & Soler, 2017), (Urrutia & Riquelme, 2009).



## **Antecedentes**

### ***A Nivel Internacional***

Pathiraja and Jayawardane (2021), condujeron en el Hospital para la mujer De Soyza, Colombo, Sri Lanka un estudio descriptivo utilizando la encuesta Item Short Form Health Survey (SF-36) para valorar la salud física, mental y calidad de vida de las mujeres, la que se aplicó durante el periodo de recuperación y a los 6 meses después de la cirugía. En el periodo de estudio (2014 a 2015), se realizaron 11 histerectomías, nueve durante el parto y dos en el postparto, de ellas nueve eran primigestas, siendo el rango de edad de 31 a 36 años con un promedio de 36, y una edad gestacional de 37 semanas, nueve pacientes finalizaron por vía cesárea y siete tenían cesárea previa. La indicación para la histerectomía fue acretismo placentario, atonía uterina y rotura uterina. Los síntomas que en mayor frecuencia refirieron las pacientes a los seis meses postquirúrgico fue fatiga, dolor, además problemas emocionales y sociales. El 36% sufrían de dispareunia severa que afectó su relación de pareja. (Pathiraja, 2021)

Khairiyatul et al. (2020), condujeron un estudio observacional, analítico con 103 mujeres sometidas a histerectomía en los Centros de Wonokromo, Jagir y Kebonsari, Indonesia. A las participantes se les aplicó el cuestionario World Health Organization Quality of life para medir la calidad de vida y el periodo de recuperación. Las dimensiones para valorar la calidad de vida fueron la función sexual, relación interpersonal y el apoyo social. Entre los resultados se observó una relación directa entre el periodo de recuperación y la función sexual, siendo este aspecto el más afectado en las mujeres, no se observó lo mismo con el aspecto interpersonal y social.

Vergara e Hirakata (2018), en Chiclayo, Perú realizaron un trabajo de investigación con el objetivo de describir la calidad de vida de mujeres entre 20 y 40 años sometidas a histerectomía abdominal o vaginal en el hospital Regional Lambayeque durante los años 2015 y 2016. El estudio fue de carácter descriptivo, transversal y enfoque cuantitativo, con un total de 107 mujeres a las que se les aplicó el cuestionario en salud SF 36 con las ocho dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, salud emocional y mental). Entre los resultados más relevantes de la encuesta, solo el

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

14% presentaron limitación física, la mayoría presentaron muy buena a excelente percepción en salud (64% y 20% respectivamente), así mismo muy buena a excelente situación laboral (74% y 14% respectivamente). (García, 2018)

Figueiras (2018) realizó un estudio con el objetivo de determinar cuál de los tipos de histerectomías tiene mayor impacto en la calidad de vida a los 6 meses, 2, 3 y 4 años posterior al evento quirúrgico. El estudio se realizó en el hospital Juárez de México en el periodo entre el 2014 al 2017, con un total 100 pacientes. El estudio fue retrospectivo, analítico, observacional, longitudinal, se realizaron encuestas por vía telefónica según la escala EQ 5D. Entre los resultados, al analizar la dimensión de movilidad, se observó que solo el 10%, presentaron algún problema para caminar, siendo menor el porcentaje de mujeres que refirieron problemas para realizar sus actividades cotidianas, con respecto al cuidado personal, ninguna paciente presentó problemas con estas actividades. El problema referido en la tercera parte de mujeres con histerectomía abdominal y 20% por vía vaginal, fue dolor o malestar moderado. Cuando se analizó la salud mental, 20% de mujeres con histerectomía abdominal y 10% con cirugía vaginal refirieron sentirse moderadamente ansiosas o deprimidas. (Figueiras, 2018)

Silva et al, realizaron un estudio cualitativo con el objetivo de identificar y analizar la repercusión de la histerectomía en la vida de la mujer en edad reproductiva. La muestra fue conformada por 12 mujeres brasileñas entre 32 y 49 años, intervenidas por alguna causa benigna. Los autores concluyeron que la sexualidad, la extirpación del útero y otros factores causaron en estas mujeres angustia e incertidumbre. (Sobral & Soto, 2015)

Correa, Parrales, Román, Palacio y Zuleta (2017), realizaron un estudio prospectivo en Medellín, Colombia con el objetivo de identificar diferencias en calidad de vida y sexualidad en mujeres con histerectomía abdominal y vaginal sin prolapso. Se aplicó la escala SF-12 para evaluar la calidad de vida y la escala Índice de Función Sexual Femenina para evaluar la sexualidad de 46 mujeres, antes, a los 2 y 4 meses postquirúrgico. La edad promedio de las mujeres fue 43 años, las principales causas de la histerectomía fueron sangrado uterino anormal, miomatosis uterina. Tanto las mujeres con histerectomía abdominal como con histerectomía vaginal presentaron el mismo puntaje en el deseo sexual, excitación, lubricación y satisfacción sexual, el orgasmo y el dolor tuvo mayor puntaje en

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

mujeres con cirugía abdominal. No se observó diferencia estadísticamente significativa en la calidad de vida física y mental entre ambos grupos. (Correa, 2017)

Parra et al (2017) realizaron un estudio observacional, longitudinal, prospectivo, en la consulta externa del Hospital Universitario de Albacete durante los años 2012 y 2014. Se les aplicó una encuesta a 166 mujeres con una edad media de 50 años y una desviación típica de 9 años, el 57% tenían antecedentes de uno a dos partos vaginales y 14.5% no tenían hijos, el 63% se encontraban en edad fértil al momento de la cirugía, 25% no usaban método anticonceptivo y solo 14% estaban esterilizadas. El 80% se sintieron apoyadas por su pareja y familiares. El 25% no se sentían satisfechas con su imagen corporal. Entre los factores que influyeron en la calidad de vida la edad, los síntomas previos a la cirugía como sangrado y dolor, las enfermedades asociadas y la ooforectomía bilateral, fueron los más relevantes. A los tres meses posterior a la histerectomía 20% de mujeres refirieron síntomas urinarios, dolor abdominal, síntomas climatéricos y al preguntarles si estaban satisfechas con los resultados de la histerectomía el 11% no estaban satisfechas. La puntuación media en el componente MCS del test de calidad de vida SF12 es de 51 con mediana de 52 con rangos de 22 y 68. (Parra, González, González, & Soler, 2017)

Miranda (2013), realizó un estudio para determinar el impacto de la histerectomía sobre la calidad de vida de 50 mujeres sometidas a la misma, en el hospital Alfredo Noboa entre febrero y agosto del 2012. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, transversal. La edad media de las mujeres fue 44 años con un rango entre 35 y 55 años. Para el análisis de la calidad de vida se utilizó en cuestionario de salud SF 36, concluyendo que 42% de mujeres presentaron una calidad de vida considerada como regular, 30% como mala y 18% buena o muy buena.

Urrutia y Riquelme (2009), realizaron un estudio descriptivo, transversal, cualitativo con la participación de 120 mujeres intervenidas de histerectomía durante los años 2003 y 2004 en el hospital Dr. Sótero del Río en Santiago, Chile. Se realizaron entrevistas al tercer día postquirúrgico con el objetivo de evaluar el significado que tiene la histerectomía para ellas considerando las variables de pérdida, tristeza, dolor y mejoría de una enfermedad. El promedio de edad de las mujeres fue 56 años +- 12 años. El significado que argumentaron algunas mujeres fue de pérdida de su feminidad, como quedar vacía, imposibilidad de ser

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

madre, pérdida de su menstruación y hasta su pareja. tristeza, dolor y mejoría de una enfermedad. Otro grupo refirió tristeza, dolor en el alma, sensación de pena o soledad. Otro grupo refirió alivio de su enfermedad o de su dolor, tranquilidad. (Urrutia & Riquelme, 2009)

### *A Nivel Nacional*

Mendoza (2019), realizó un estudio descriptivo, observacional, con el objetivo de conocer el impacto de la histerectomía obstétrica en la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres intervenidas quirúrgicamente en el hospital alemán nicaragüense durante los años 2014 al 2018. Se utilizó el cuestionario SF36 en sus ocho dimensiones como son: dolor corporal, funcionamiento y desempeño físico, salud mental, desempeño emocional, vitalidad, salud general y funcionamiento social. Además, el índice de función sexual (IFS). Se encuestaron 75 mujeres, entre los resultados se encontró que la mayoría de mujeres eran menores de 30 años al momento del evento, con escolaridad secundaria, la mitad provenían del casco urbano, la tercera parte obesas y la mayoría con más de un hijo. Entre las causas de la histerectomía fue la hemorragia secundaria a atonía uterina, placenta previa, acretismo placentario, desprendimiento de placenta normoinsera y desgarros del canal del parto. Otra de las causas fue la endometriosis en el puerperio o postaborto. La calidad de vida se vio afectada por problemas en la función sexual y emocional, además de síntomas relacionados con la menopausia principalmente las que experimentaron ooforectomía como parte del procedimiento quirúrgico. (Mendoza, 2019).

**Justificación**

La salud de las mujeres durante sus años reproductivos puede verse influenciada de manera definitiva por algunos factores que llegan a afectar su calidad de vida. Así mismo, en su sexualidad y reproducción, aspectos que siguen siendo importantes para la salud física y mental de la mujer. Los últimos estudios han revelado el mayor riesgo que tienen las mujeres que experimentan histerectomía antes de los 35 años de desarrollar ansiedad y depresión aún sin haber extraído los ovarios.

Cabe mencionar que el problema de depresión ya había sido investigado en las dos últimas décadas encontrando su asociación en mujeres intervenidas por histerectomía. Sin embargo, en las dos últimas décadas el interés para demostrar esa asociación no ha sido relevante a pesar que en algunas investigaciones se ha señalado el gran valor que la dan muchas mujeres a la pérdida del útero para su femeneidad e imagen corporal. Así mismo, a nivel nacional no se han realizado suficientes estudios que tengan como tema central la salud sexual y psicosocial en mujeres jóvenes que experimentaron este evento quirúrgico.

Desde esta investigación se plantea el reto de observar y evaluar que elementos en la salud mental y sexual de la mujer posterior a la histerectomía se encuentran afectados y cuales son los factores que se asociaron a problemas de depresión, ansiedad y disfunción sexual. Tomando en cuenta la importancia de estos aspectos en la calidad de vida de la mujer y su relación con la sociedad. Los resultados del estudio será de mucha ayuda para crear mayor conciencia en el personal médico responsable de tomar la decisión quirúrgica logrando un mejor asesoramiento y un abordaje más acorde a las necesidades clínicas de la mujer. Acciones que contribuirán para prevenir estos problemas de salud y en los casos en que la histerectomía sea la indicación más adecuada, brindarle a la mujer el apoyo de una forma integral en pro de mejorar salud mental, física y sexual lo que a su vez, le permitirá enfrentar situaciones relacionados con su ámbito social, personal, familiar, interrelacional y laboral.

### **Planteamiento del Problema**

A nivel mundial, una de cada cinco mujeres en edad reproductiva experimentarán histerectomía, la mayoría de las veces de forma electiva, a excepción de las que se realizan por alguna causa obstétrica. Existen estudios recientes en los que demuestran la asociación de la histerectomía acompañada o no de ooforectomía con enfermedades depresivas y ansiedad principalmente cuando es realizada a mujeres antes de los 35 años. A pesar de estos hallazgos, muchas mujeres jóvenes con enfermedades ginecológicas benignas son intervenidas para darle solución a su problema de una forma radical, desconociendo las consecuencias que pueden tener en su salud y por tanto en su calidad de vida. Por otro lado, existen situaciones en las que el rol del gineco obstetra tiene como prioridad salvar la vida de la mujer, dejando en un plano menor la repercusión que puede tener esta decisión quirúrgica. Sin embargo, en cualquiera de los casos el interés por reducir o prevenir las consecuencias en la salud de la mujer al igual que su abordaje clínico e integral no ha sido adecuado.

Para algunas mujeres tomar la decisión de la cirugía o asimilarlo posteriormente cuando la histerectomía es indicada de forma repentina puede ser emocionalmente difícil lo que puede llegar a afectar su salud física, mental, sexual y psicosocial. La percepción de sentirse vacía, el hecho de no poder tener hijos, la pérdida de su feminidad o sentirse menos mujer han sido referidas por mujeres; posterior a la histerectomía a lo que se le suma los problemas de ámbito sexual y de pareja. La disfunción sexual es un problema detectado en la mitad de estas mujeres y en el 20% se ha asociado a ansiedad. Sentimientos prolongados de tristeza y desesperación, falta de interés para realizar las actividades diarias, pérdida o ganancia de peso, insomnio y fatiga son signos de depresión que se han relacionado con la histerectomía.

En base a lo anterior y en vista que es un problema que necesita ser investigado con más profundidad mi planteamiento es el siguiente:

¿Cuál ha sido el impacto de la histerectomía sobre la función sexual y psicosocial en mujeres intervenidas en edades entre 18 a 45 años en el Hospital Alemán Nicaragüense durante el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2022?

## **Objetivos**

### ***Objetivo General***

Evaluar el impacto de la histerectomía sobre la calidad de vida en base a su función sexual y psicosocial en mujeres intervenidas en edades entre 18 a 45 años en el Hospital Alemán Nicaragüense durante el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2022.

### ***Objetivos Específicos***

1. Conocer los aspectos más relevantes relacionadas con la vida reproductiva y la indicación de la histerectomía.
2. Examinar la función sexual y psicosocial en las mujeres intervenidas y cuáles de sus dimensiones se encuentran más afectadas.
3. Analizar los factores relacionados con la disfunción sexual, ansiedad y depresión en las mujeres afectadas.

### **Preguntas de sistematización**

1. ¿Cuáles fueron los aspectos más relevantes relacionados con la vida reproductiva y la indicación de la histerectomía?
2. ¿Cómo es la función sexual y psicosocial en las mujeres intervenidas y cuáles de sus dimensiones se encuentran más afectadas?
3. ¿Cuáles fueron los factores asociados a la disfunción sexual, ansiedad y depresión en mujeres afectadas?

## Marco Teórico

### Histerectomía

La histerectomía como menciona Sobral y Soto (2015) fue puesta en práctica por primera vez en 1853, siendo considerada en esa época como una cirugía de último recurso. Hasta la fecha, todavía se considera como una cirugía mayor y constituye la segunda en frecuencia realizada a mujeres en edad reproductiva con un rango de edad entre 45 y 64 años. Existe una variedad de enfermedades como causa de histerectomía como son miomas uterinos, pólipos o hiperplasia endometrial, adenomiosis, infecciones, complicaciones obstétricas y condiciones premalignas.

La histerectomía se clasifica en total, subtotal y radical. La histerectomía total consiste en la extracción del útero y cuello uterino, la que puede acompañarse de la extracción de uno o ambos ovarios y trompas de Falopio. En la subtotal el cuello uterino no es extraído y en la radical se extirpan útero y tejidos circundantes incluyendo tercio superior de vagina junto con los ganglios linfáticos pélvicos. El abordaje como mencionan Sobral y Soto (2015), puede ser abdominal, vaginal y laparoscópica. La vaginal con respecto a la abdominal presenta menos complicaciones y con una morbilidad menor. (Sobral & Soto, 2015)

La histerectomía obstétrica es un procedimiento de emergencia que se realiza para salvar la vida a la mujer y se asocia a alta morbimortalidad materna. En un estudio realizado por Cuamatzi y Villela (2009), la mitad las mujeres a las que se les realizó histerectomía en el postparto eran menores de 20 años, y la otra mitad entre 20 y 30 años, siendo las causas de la intervención atonía uterina, rotura uterina, sepsis puerperal y preeclampsia. En un estudio cualitativo realizado por las autoras, relataron la experiencia de las mujeres ante la histerectomía, la que fue interpretada como un sufrimiento por la falta de una parte importante de su cuerpo; “me siento vacía por dentro, me siento hueca, me siento fea por el hecho que ya no podré tener hijos”! fueron algunos de los relatos de estas mujeres, señalando además lo doloroso que ha sido ajustarse a la nueva condición de su cuerpo. Ante los cambios ocurridos en su vida, algunas mujeres señalaron que “después de la cirugía se sentían inferior y como si el mundo se les venía encima”. “Me separé de las personas, porque no me gusta



## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

hablar sobre lo que me pasó, siento que se burlan o sienten pena por mí”. (M. Cuatzami, 2009)

Pathiraja (2021), señaló en su estudio “La decisión de realizar histerectomía en mujeres jóvenes con baja o nula paridad resulta un gran reto para el obstetra, sin embargo, el retraso en esta decisión puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte en mujer. Para la mujer que sobrevive, a pesar de que logró salvar su vida, este evento obstétrico puede repercutir en su calidad de vida y morbilidad ya sea a corto o a largo plazo. Muchas de ellas aquejan síntomas como dolor pélvico, dispareunia, síntomas urinarios, debilidad general. Así mismo pueden sufrir secuelas como stress postraumático, depresión, insomnio o problemas sociales y económicos”.

### **Ansiedad y Depresión**

La ansiedad es definida por Rodríguez-Correa (2008), como una “emoción normal y adaptativa, que surge en cualquier situación que la persona evalúe como amenazante, generando incertidumbre, o piense que puede sobrepasar los recursos de que dispone para resolverla eficazmente; sin embargo, si dicha emoción se manifiesta en momentos inadecuados, con frecuencia e intensidad a tal grado que interfiera con las actividades cotidianas, se le considera un trastorno.” Según menciona la OMS (2017), los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres que en varones.

La Organización Mundial de la salud (OMS, 2017) la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo y afecta al 5% en adultos con una mayor frecuencia en mujeres que en varones. Según señalan muchos autores y mencionado por Blanco en su revisión, hay mayor prevalencia de depresión en la mujer que en el varón, debido a la acción de los estrógenos que potencian la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal al estrés, además de la mayor vulnerabilidad que tiene la mujer a factores socioculturales. Se ha planteado una relación bidireccional entre el estado depresivo y disfunción sexual.

Puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares y en el peor de los casos puede llevar al suicidio. La persona experimenta episodios de tristeza, irritabilidad, sensación de vacío, pérdida de interés de las actividades que antes disfrutaba (incluyendo la actividad sexual), la mayor parte del día, casi

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

todos los días, durante al menos dos semanas. Entre otros síntomas mencionan dificultad de concentración, sentimiento de culpa excesiva, autoestima baja, falta de esperanza en el futuro, pensamientos de muerte o de suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso y sensación de cansancio o falta de energía. En ocasiones las personas con depresión pueden presentar síntomas somáticos como dolor, cansancio, astenia. Además, dificultades en su función personal, familiar, social, educativo, ocupacional y otros ámbitos importantes. (Evans, Aguilar, & Al, 2018)

### **Depresión y Disfunción Sexual**

Blanco menciona que desde 1960 se ha observado que la mayoría de las mujeres con estado de ánimo deprimido presentan inhibición del deseo sexual y la mitad de las mujeres con depresión mayor sufren de inhibición del deseo, excitación, bajo interés sexual, falta de energía y baja autoestima. En el modelo de la respuesta sexual femenina de Basson (2005), la depresión es uno de los factores biológicos que afectan la acción de los estímulos para alcanzar el deseo, excitación y por tanto la satisfacción sexual.

Yang et al (2008) u mencionado por Blanco (2022) reportaron una baja actividad a nivel de hipotálamo y otras áreas del cerebro en mujeres deprimidas, mostrando una coincidencia en las zonas afectadas por la depresión y las correspondientes al deseo sexual femenino. Los estudios de Yang et al, (2008) y Arnow et al (2009), también mostraron que el desequilibrio de los neurotransmisores ocurrido en la depresión afecta la función sexual, concluyendo en su estudio “que el aumento de la serotonina y el descenso de la dopamina observado en la depresión, inhiben la función sexual”. (Blanco, 2022)

### **Depresión en Mujeres Post Histerectomía**

El estudio publicado en The Journal of the North American Menopause Society y conducido por The Rochester Epidemiology Project en agosto del 2019, mostró un incremento absoluto del 6.6% en el riesgo para depresión y de 4.7% para ansiedad en el grupo de estudio en el transcurso de 30 años y de 12% en mujeres que fueron sometidas a histerectomías en edades entre 18 y 35 años. En el estudio se incluyeron historias clínicas de 2100 mujeres sometidas a histerectomía, pero sin extirpación de ovarios. Tampoco se incluyeron mujeres con diagnóstico previo de depresión o ansiedad. Laughlin, lo relacionó a

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

la disminución de la función ovárica que ocurre después de la extirpación del útero, así mismo mencionó la teoría que “la histerectomía puede directamente afectar el estado cognitivo y el envejecimiento del cerebro”

Recientes investigaciones han revelado como causas importantes de depresión posterior a la histerectomía: el descenso repentino de los niveles de estrógeno, lo que produce un efecto sobre la serotonina, el neurotransmisor cerebral responsable del estado de ánimo lo que produce cambios en el humor al igual que pueden experimentar tristeza, irritabilidad, ansiedad, y depresión. Así mismo se ha señalado que si una mujer ha sufrido previamente de estados de depresión u otros trastornos neuropsicológicos, es más probable que sea susceptible a la depresión posterior a la histerectomía. Entre otros factores que se mencionan están la pérdida de la fertilidad, siendo para algunas mujeres la pérdida de su feminidad lo que las lleva a un estado de profunda tristeza que podría transformarse en depresión. La falta de información es otra causa importante de depresión o ansiedad debido a que algunas mujeres fueron mal informadas o no participaron en la decisión dado la condición de gravedad o emergencia.

En la revisión narrativa realizada por Cuevas et al. (2019) con la finalidad de detectar los trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad en base a la medición utilizando herramientas las que fueron aplicadas en el postoperatorio inmediato de la histerectomía observando rangos de prevalencia de trastornos depresivos entre 4.8% y 84% y ansiedad de 1.9 a 92%. Los autores mencionan que durante el seguimiento a partir del primer mes posterior a la cirugía y un máximo de 5 años después del procedimiento observaron una mejoría a partir de los tres meses en el 45% a 90% de las mujeres. Así mismo, en los estudios cualitativos, las mujeres interpretaron la histerectomía como una forma de autocuidado de su salud.

Cuevas et al. (2019), en su revisión analizaron los factores predisponentes de la depresión y/o ansiedad posterior a la histerectomía observando que aquellas mujeres que deseaban tener hijos previos a la cirugía interpretaron la histerectomía como la pérdida de su fertilidad presentando en mayor frecuencia estos trastornos en relación a las mujeres que negaron este deseo. Los autores demostraron en su estudio que el 10.5% de mujeres que ya eran madres, deseaban tener otro hijo, con una relación directamente proporcional entre las

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

mujeres nulíparas y la edad menor de 35 años siendo este grupo las más propensas a presentar cuadros ansiosos y depresivos. Otro factor importante, fue la falta de información y educación que reciben las mujeres por parte del médico sobre la cirugía, además de comentarios confusos recibidos de otras mujeres sobre sus experiencias luego de la cirugía. La soledad, la falta de apoyo familiar, especialmente de la pareja, los mitos sociales y temores también fueron factores asociados. (Alcántara & Sánchez, 2016)

### **Disfunción Sexual Post Histerectomía**

La disfunción sexual es definida como una compleja interacción de factores biológicos, hormonales y psicológicos que pueden tener un efecto negativo significativo sobre la salud sexual femenina y la calidad de vida. Además, influyen varios componentes como la edad avanzada, factores sociales, estrés psicosocial y traumáticos. Los autores también mencionan algunas condiciones médicas como hipertensión, diabetes mellitus, afecciones psiquiátricas como la ansiedad y depresión. Entre otros factores que afectan la función sexual en mujeres se mencionan las creencias religiosas, cultura, historia de abuso sexual. (Alcántara & Sánchez, 2016)

Iglesias y Soto (2018), en su revisión sistemática realizada observaron efectos variados sobre la sexualidad en mujeres con histerectomía, aunque en la mayoría de los estudios se concluyó que se produce una mejora de la función sexual, la que a su vez se incrementaba con el paso del tiempo. Los autores observaron que la histerectomía abdominal (HTA) presentó mayores problemas sexuales frente a la de tipo vaginal y la laparoscópica y esta última con mejores resultados. Entre uno de los problemas que presentaron las mujeres según redactan las autoras, fue la longitud vaginal ya que a menor longitud, más baja fue la puntuación en la función sexual. En cuanto al deseo, la mayoría de mujeres presentaron resultados significativamente negativos. (Iglesias & Soto, 2020)

Una revisión sistemática mencionada por Khairiyatul et al (2020), en la que se incluyeron 4057 mujeres intervenidas por histerectomía en edades entre 18 y 59 años reveló que más del 50% de las participantes experimentaron reducción del interés sexual posterior a la cirugía. Similares resultados se mostraron en un estudio realizado por la Universidad de Hong Kong (2002) con 1656 mujeres en China.

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

En la revisión sistemática realizada por Sobral y González (2014), concluyeron que en la mayoría de las mujeres que experimentaron histerectomía presentaron importantes problemas en la función sexual, mencionando como los principales factores negativos: la gravedad de la enfermedad por la que fue indicada la histerectomía, la etapa en la que encuentra la mujer, el tiempo de evolución al momento del estudio y la existencia de un trastorno depresivo.

La histerectomía acompañada de ooforectomía electiva se realiza en cerca de la mitad de las mujeres con enfermedades benignas, lo que conlleva a una mayor afeción en la calidad de vida y función sexual en mujeres cuyo procedimiento se realizó durante la etapa reproductiva. Lonée y Pinas (2014), hacen mención que “la remoción de ovarios antes de la menopausia tuvo un gran impacto negativo en la salud cardiovascular, mental, cognitiva y sexual. La deficiencia de estrógeno y andrógeno según describen los autores, conlleva a síntomas de climaterio y disfunción sexual más severos como disminución del placer sexual y en la frecuencia de las relaciones sexuales. (Lonée, 2014) Así mismo, Urrutia en su estudio (2003), concluyó que la presencia de ooforectomía representa un factor negativo en la calidad de la vida sexual. Yen et al (2004) y Onat et al (2005) llegaron a la conclusión de que el funcionamiento sexual se vio afectada por diferentes causas como la edad, el tipo de cirugía, la actitud de la mujer ante la sexualidad y se agravó en aquellas pacientes con algún trastorno depresivo. Marino et al (2007) evaluaron el impacto de la histerectomía en la sexualidad en 33 mujeres con leiomioma uterino y en edades entre 33 a 50 años. Los resultados mostraron un empeoramiento significativo en la satisfacción sexual, expresión de la sensualidad femenina, vaginismo, dispareunia y anosgarmia.

En un reciente revisión se mencionó las posibles vías para el deterioro de la sexualidad de mujeres posterior a la histerectomía. Entre las más importantes el tejido cicatrizal a nivel vaginal lo que afecta la capacidad de vasocongestión, daño a nervios, pérdida de la sensación vaginal y elasticidad.

### **Calidad de Vida**

La calidad de vida es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la “percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, normas, expectativas e inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo para la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel e independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”. A su vez señalan que la calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores. (OMS, 1998, p. 1)

En la actualidad, el concepto de calidad de vida abarca múltiples dimensiones las que pueden estar afectadas ante una enfermedad. Por esta razón surge el término “calidad de vida relacionada con la salud la que ha sido definida en base a las necesidades del paciente como “el nivel del bienestar y satisfacción del individuo, tanto físico como mental y social en relación con los problemas de salud”

Los instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud se pueden clasificar en instrumentos genéricos que son aquellos que dominan múltiples áreas o dominios, tales como funcionamiento físico, social y mental y son aplicables a todas las personas independiente de la enfermedad que padecen. El otro grupo son los instrumentos específicos que son los que miden el funcionamiento de una o varias áreas del paciente y se caracterizan por prestar especial atención a los síntomas o problemas propios de alguna enfermedad o aquellas áreas que se consideran más afectadas siendo solo aplicables a un grupo de pacientes. (Ayala, et al., 2018)

### **Técnica Quirúrgica de la Histerectomía**

Posterior a la incisión de pared abdominal y separación de asas intestinales del campo quirúrgico, se pinza y tracciona fondo uterino hacia el lado del cirujano para exponer y tensionar el ligamento redondo contralateral, el cual se pinza, corta y liga en su extremo distal con crómico 00. En este momento se procede a disecar y abrir hoja anterior del ligamento ancho en sentido al pliegue vesico uterino, realizando el mismo procedimiento en el lado opuesto. Se rechaza vejiga y la aponeurosis pubovesicocervical en sentido caudal hasta medio centímetro por debajo del cérvix uterino con torunda montada y siempre en sentido medial y

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

nunca lateral. En casos que se preserva los ovarios, el útero se desplaza hacia la sínfisis y se lateraliza para exponer y tensionar el ligamento infundibulopélvico, la trompa y el ovario. Se realiza un ojal en una zona avascular del ligamiento ancho debajo de la trompa y ligamento suspensorio del ovario, se realiza doble pinzamiento de la trompa y ligamento útero ovárico el cual se corta y se liga su extremo distal con crómico 1. En los casos en que se extirpan los ovarios el pinzamiento se realiza a nivel del ligamento infundíbulo pélvico, tomando la precaución de no incluir el uréter. Posteriormente se continúa con la tracción del útero en dirección cefálica y lateral para tensionar la porción inferior del ligamento ancho y ligamentos cardinales. Se identifica el istmo uterino para ligar las arterias uterinas de cada lado incluyendo un poquito de estroma cervical, se cortan y ligan con crómico 1. Se tracciona firmemente el cuerpo uterino en sentido cefálico exponiendo la fascia púbicovesico cervical, se rechaza totalmente hasta comprobar y separación completa de la vejiga sobre el cuello, Se pinza el ligamento cardinal y útero sacro de cada lado y son incididos bajo visión directa. También cada ligamento se puede pinzar, cortar, ligar y reparar de forma individual. Se continúa traccionando el útero de forma cefálica verificando su porción inferior al igual que la porción superior de vagina que están libres para cortar y extraer útero. Se pinzan los ángulos y bordes de vagina con allis y se procede a cerrar estos para formar una cúpula la que se hace de la siguiente manera: Con crómico 1 se realiza una puntada detrás de la Allis que repara el ángulo vaginal que repara el ángulo de la vagina del lado contrario al cirujano, se anuda y se repara, realizando un surget para cerrar los bordes hasta el ángulo opuesto para anudarse con el extremo reparado de la sutura de los ángulos. Con la sutura que cerró y formó la cúpula se realiza una sutura de tipo helicoidal que abarque la totalidad del pedículo inferior. Con movimiento rápido se retira la pinza al tiempo que se tracciona la sutura sobre el pedículo para anudarla luego con el extremo de la ligadura que se reparó. Igual procedimiento se realiza en el lado opuesto. Se verifica la hemostasia de toda el área disecada para después retirar compresas y separadores para continuar con el cierre de la pared abdominal. (Edgard, 2013, págs. 220-237)

### **Hipótesis**

La tercera parte de mujeres que experimentan histerectomía durante su etapa reproductiva presentan síntomas de ansiedad, depresión y disfunción sexual, las que pueden estar relacionadas entre sí y asociadas a factores como la edad al momento de la cirugía, la causa de la histerectomía y si se acompañó de ooforectomía, la evolución postquirúrgica, la paridad, información brindada, el apoyo de su pareja y familiares, enfermedades asociadas, entre otros.



## **Diseño Metodológico**

### **Tipo de Estudio**

Según la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista es descriptivo, observacional, con un alcance correlacional y explicativo según su orientación es retrospectivo. Su enfoque es cuantitativo ya que se pretende medir variables cualitativas con la escala de Likert por medio de una encuesta.

### **Lugar y Fecha**

Consulta externa del Hospital Alemán Nicaragüense durante el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2022.

### **Universo**

Mujeres que se les realizó histerectomía durante el periodo de estudio.

### **Muestra**

La recolección de la muestra fue por conveniencia, conformada por mujeres en edades entre 18 y 45 años, intervenidas de histerectomía en el periodo de estudio.

### **Unidad de Observación**

Los expedientes y encuestas realizadas a mujeres que cumplan con los criterios de inclusión.

**Criterios de Inclusión**

- Mujeres intervenidas por histerectomía acompañada o no de ooforectomía uni o bilateral durante el periodo de estudio
- Mujeres que fueron intervenidas en edades entre 18 y 45 años
- Mujeres intervenidas por enfermedades ginecológicas benignas o por complicaciones obstétricas
- Mujeres que aceptaron participar en la encuesta

**Criterios de Exclusión**

- Mujeres intervenidas por histerectomía en edades mayores de 45 años
- Mujeres cuya indicación fue prolapso urogenital o enfermedad maligna
- Mujeres con enfermedad psiquiátrica diagnosticada previo a la cirugía
- Mujeres que no completaron la encuesta

**Técnica de Recolección de la Información**

Se diseñó un instrumento tipo encuesta que contará de diferentes acápite en base a los aspectos a investigar. En el primer acápite se incluyeron variables generales como: edad, nivel de escolaridad, estado civil, ocupación, religión, procedencia, índice de masa corporal, historia de fumado o ingesta de licor, antecedentes de enfermedades crónicas y variables relacionadas con la histerectomía como: indicación y tipo de histerectomía en base a si fue de causa obstétrica o ginecológica, si presentó alguna complicación durante o después de la cirugía, la presencia de síntomas secundarios, además preguntas sobre el apoyo de su pareja o familiares y el grado de satisfacción personal. Estas variables servirán para determinar factores de riesgo que la literatura ha señalado como factores de riesgo asociados a depresión, ansiedad o disfunción sexual. En el segundo acápite se incluyó el cuestionario para medir el índice de función sexual femenina (IFSF) y el tercer acápite fueron preguntas basadas en el test de Golberg para evaluar signos de ansiedad y depresión en las mujeres participantes. Se realizo una prueba piloto con 20 mujeres y de esta forma valoramos la facilidad de respuestas y el tiempo promedio para completar la encuesta.

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

Para la realización de la investigación se solicitó permiso a la dirección y de esta manera obtener los expedientes de las mujeres que se les realizó histerectomía en el periodo del 2017 al 2022 las que serán contactadas vía telefónica. A cada una se les invitará a llenar la encuesta de forma voluntaria. La fuente de información será primaria ya que será a través de una pequeña entrevista para llenar el cuestionario. Una parte de la información se obtendrá de los expedientes clínicos.

### **Validación del Índice de Función Sexual y Escala de Goldberg**

El IFSF, es considerado la mejor herramienta para evaluar la función sexual en la mujer partiendo de las dos últimas semanas y fue diseñado por Rosen et al. en el año 2000. Consiste en un cuestionario que consta de 19 preguntas que abarca 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Ha sido validado en numerosos estudios y su traducción al español fue validada en diferentes países como Chile, Colombia, España a partir del 2004, siendo la última en el 2015. Cada pregunta consta de 5 o 6 opciones basadas en la escala de Likert con un puntaje entre 0 a 5, indicando el mayor puntaje, mayor sexualidad. (Blumel, et al., 2004)

El test de Golberg es una escala para evaluar signos de ansiedad y depresión y fue diseñada en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como un instrumento de cribado. La versión en español fue validada por Montón, Pérez Echeverría, Campos, Campayo y Lobo. El cuestionario tiene valores de sensibilidad y especificidad muy altos y consta de dos sub escalas ambas independientes: una de ansiedad y otra de depresión con nueve ítems cada una, todos con puntaje de un punto para cada respuesta afirmativa. La duración de los síntomas no debe de ser leves y con más de dos semanas de duración al momento del estudio. Cada sub escala está estructurada con 4 ítems iniciales para determinar si es o no probable un trastorno mental y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan solo si se obtienen al menos dos respuestas afirmativas en los primeros 4 ítems de la escala de ansiedad y al menos una positiva en los primeros 4 ítems de la sub escala de depresión. El punto de corte para la sub escala de ansiedad es de 4 o más puntos y en la escala de depresión es de 2 o más puntos.

### **Plan de Análisis**

Posterior a llenar las encuestas, se introdujo la información en el programa estadístico SPSS versión 22 para su respectivo análisis el cual se realizó en base a las características de las variables. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se hizo uso del cálculo de media, mediana, valor mínimo y máximo y para las variables cualitativas su frecuencia y porcentaje. Para evaluar el impacto de la histerectomía en la función sexual se aplicó a cada mujer contactada el IFSF quien escogió una opción de cada pregunta que se asemeje a su

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

cuadro o sintomatología hasta completar los seis dominios a evaluar (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor). Cada pregunta tenía 5 a 6 alternativas de respuesta basada en la escala de Likert con un puntaje de 0 a 5, el puntaje de cada dominio se multiplicó por un factor y el resultado final fue la suma aritmética de los seis dominios. Para evaluar síntomas de ansiedad y depresión se aplicó a cada mujer la escala de Golberg basada en la adaptación psicométrica elaborada por Lobos y Gutiérrez (2020) con la finalidad de mejorar los coeficientes de confiabilidad y validez dado la conversión del formato de respuestas a una escala de Likert tales como nunca, a veces, a menudo y siempre. De esta manera los dos primeros ítems se consideraron como una respuesta negativa y los dos últimos ítems como respuesta afirmativa. La validación de esta adaptación realizada en una población salvadoreña mostró una sensibilidad y especificidad de 83% y 82% respectivamente, resultados que se asemejaron estudios realizados en Cuba y España. (Lobos & Gutiérrez, 2020)

Para comparación de medias de grupos independientes se utilizó el test t Student y para determinar la asociación de las variables categóricas se hizo uso de la prueba Chi cuadrado complementada con la V de Cramer y de esta manera valorar la fuerza de asociación. Para valorar la relación entre dos variables paramétricas se utilizó el coeficiente de Pearson y para las no paramétricas el Rho de Spearman. En todos los casos se utilizó un nivel de significancia de 0.05. Para el análisis comparativo entre las variables la muestra se dividió en dos grupos siendo la variable dependiente el puntaje total de los test utilizados y como variables independientes, la edad, nivel de estudio, apoyo de la pareja y/o familia, tipo de histerectomía, conductas no saludables. Todos los resultados se representarán en gráficos y tablas.

### **Enunciado de Variables**

#### *Objetivo 1*

- Características generales: edad, estado civil, nivel de escolaridad, religión, ocupación, procedencia, índice de masa corporal, fumado, ingesta de licor.

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

- Edad al momento de la histerectomía, causas de la histerectomía: causa ginecológica (miomatosis uterina, hiperplasia endometrial, absceso pélvico, sangrado uterino anormal), causa obstétrica (atonía uterina, acretismo placentario, endomiometritis).
- Características reproductivas: número de gestas, paras, abortos, hijos vivos, edad del primer parto.

### *Objetivo 2*

- Función sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, dolor y satisfacción durante la relación sexual.
- Función psicosocial: Ansiedad (nerviosismo, preocupación, irritabilidad, dificultad para relajarse, problemas del sueño, síntomas como dolor de cabeza, cuello, mareos, hormigueo, sudoración, diarrea); depresión (falta de energía, falta de interés, falta de confianza, pérdida de esperanzas, pérdida de peso o de apetito, falta de concentración, dificultad para conciliar el sueño, lentitud para realizar sus actividades, sensación de sentirse mal o peor).

### *Objetivo 3*

- Factores que se relacionaron con la disfunción sexual, ansiedad y depresión: edad al momento de la cirugía, causa de la histerectomía, paridad, ooforectomía, número de hijos vivos, nivel escolar, apoyo de la pareja y familia, información sobre la cirugía, complicaciones a causa de la cirugía, nivel profesional, conductas no saludables.

### **Sesgo y Control**

Para reducir el sesgo de selección solo se incluyó en el estudio mujeres en los rangos de edad reproductiva al momento de realizarle la histerectomía. Para reducir el sesgo de memoria las respuestas se basaron en los síntomas que se presentaron en las últimas cuatro semanas como señalan los dos cuestionarios a aplicar. Para reducir el sesgo del observador el llenado de la encuesta se realizó por personal entrenado posterior a realizar la prueba piloto.

**Consideraciones Éticas**

A cada entrevistada se les explicará el motivo de la investigación y el carácter confidencial y anónimo de la encuesta. En todo momento de la investigación se tuvo presente los cuatro principios éticos básicos como son: el respeto por la persona en este caso la integridad física, psicológica y social de la mujer; el principio de la justicia ya que todas las mujeres tienen derecho a conocer sus derechos sexuales y reproductivos y los principios de beneficencia y no maleficencia pretendiendo con el estudio lograr el máximo beneficio en la mujer. Así mismo se les leyó el consentimiento informado, las que aceptaron participar en el estudio.

**Operacionalización de Variables***Aspectos Reproductivos y Relacionados con la Histerectomía*

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Valor/escala</b>	<b>Técnica de recolección</b>
<b>Edad</b>	Años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa continua	<20 años 20 a 29 años 30 a 39 años 40 a más años	Encuesta y expediente clínico
<b>Escolaridad</b>	Años de estudios aprobados	Cualitativa ordinal	Ninguno Primaria Secundaria Bachiller o universitaria	Encuesta y expediente clínico
<b>Estado civil</b>	Condición de convivencia con una pareja	Cualitativa nominal	Soltera Casada Unión libre	Encuesta y expediente clínico
<b>Procedencia</b>	Zona geográfica que pertenece	Cualitativa dicotómica	Rural Urbana	Encuesta y expediente
<b>Peso al momento de la cirugía y la encuesta</b>	Medida en Kg antes de la HTA y al momento del estudio	Cuantitativa continua	<50 Kg 50 a 69 Kg 70 a más g	Encuesta y expediente clínico
<b>Ocupación</b>	Tipo de trabajo y si es remunerado o no	Cualitativa nominal	Ninguna	Encuesta y expediente



## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

<b>Número de hijos</b>	Total de nacimientos vivos	Cuantitativa discreta	Cualquier tipo de trabajo referido por la paciente Ninguno Uno Dos
<b>Convive con su misma pareja</b>	Relación con la pareja que tenía al momento de la HT	Cualitativa dicotómica	Tres o más  Si No
<b>Edad al momento de la HT</b>	Años cumplidos al momento de su intervención	Cuantitativa continua	25 años o menos 26 a 35 años
<b>Indicación de la HT</b>	Razón clínica por la que se realizó la cirugía	Cualitativa nominal	36 a 45  HPP o acretismo Sepsis materna Miomatosis
<b>Tipo de complicación</b>	Morbilidades que se presentaron durante o posterior al procedimiento	Cualitativa dicotómica	Sangrado uterino  Ninguna Anemia Transfusión Infección de herida Infección pélvica Fístulas Otras

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

*Función Sexual y Psicosocial*

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala/Valor</b>	<b>Recolección de información</b>
<b>Función sexual</b>	Conducta fisiológica que aparece como respuesta a un estímulo sexual y se describen como: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción sexual	Cualitativa ordinal	<p>Deseo de una relación sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre o casi siempre</li> <li>• Mayoría de veces</li> <li>• La mitad de las veces</li> <li>• Pocas veces</li> <li>• Nunca o casi nunca</li> <li>• No tengo relación</li> </ul> <p>Nivel de deseo sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy alto</li> <li>• Alto</li> <li>• Moderado</li> <li>• Bajo</li> <li>• Muy bajo o nada</li> </ul> <p>Excitación durante la relación sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre o casi siempre</li> <li>• La mayoría de veces</li> <li>• La mitad de las veces</li> <li>• Pocas veces</li> <li>• Nunca o casi nunca</li> <li>• No tengo relación</li> </ul> <p>Nivel de excitación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy alto</li> <li>• Alto</li> <li>• Moderado</li> <li>• Bajo</li> </ul>	Cuestionario del índice de la función sexual (IFS)

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy bajo o nada</li> </ul> <p>Lubricación vaginal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• La mitad de las veces</li> <li>• Pocas veces</li> <li>• Nunca o casi nunca</li> <li>• No tengo relación</li> </ul> <p>Nivel de lubricación vaginal durante toda la relación sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy alto</li> <li>• Alto</li> <li>• Moderado</li> <li>• Bajo</li> <li>• Muy bajo o nada</li> </ul> <p>Frecuencia para alcanzar el orgasmo</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siempre</li> <li>2. Casi siempre</li> <li>3. La mitad de las veces</li> <li>4. Pocas veces</li> <li>5. Nunca o casi nunca</li> <li>6. No tengo relación</li> </ol> <p>Dificultad para el orgasmo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No me resulta difícil</li> <li>2. Casi nunca es difícil</li> <li>3. La mitad de las veces</li> <li>4. Es difícil</li> <li>5. Es imposible o nunca</li> </ol>	
--	--	--	--

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

			<p>Satisfacción de la relación sexual:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Muy satisfecha</li> <li>2. Satisfecha</li> <li>3. Moderadamente</li> <li>4. Un poco insatisfecha</li> <li>5. Insatisfecha</li> </ol> <p>Satisfacción con su vida sexual en general:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Muy satisfecha</li> <li>2. Satisfecha</li> <li>3. Moderadamente</li> <li>4. Un poco insatisfecha</li> <li>5. Insatisfecha</li> </ol> <p>Dolor o incomodidad durante o después de la penetración vaginal:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Casi nunca</li> <li>3. La mitad de las veces</li> <li>4. La mayoría de veces</li> <li>5. Siempre</li> <li>6. No tengo relaciones</li> </ol> <p>Intensidad del dolor</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Muy alto</li> <li>2. Alto</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Bajo</li> <li>5. Muy bajo o nada</li> </ol>	
--	--	--	--	--

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

*Salud Psicosocial (Escala de Ansiedad y Depresión)*

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala/Valor</b>	<b>Recolección</b>
<b>Ansiedad</b>	Reacción emocional que permite ponerse alerta, la que puede presentarse de forma exagerada o en ausencia de cualquier peligro	Cualitativa ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sentimientos de excitación, nerviosismo o tensión <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o raras veces</li> <li>• Muchas veces o siempre</li> </ul> </li> <li>2. Sentimiento de preocupación <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o raras veces</li> <li>• Muchas veces o siempre</li> </ul> </li> <li>3. Irritabilidad <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o raras veces</li> <li>• Muchas veces o siempre</li> </ul> </li> <li>4. Dificultad para relajarse <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o raras veces</li> <li>• Muchas veces o siempre</li> </ul> </li> <li>5. Dificultad para dormir <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o raras veces</li> <li>• Muchas veces o siempre</li> </ul> </li> <li>6. Dolores de cabeza o nuca <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o raras veces</li> <li>• Muchas veces o siempre</li> </ul> </li> <li>7. Síntomas como hormigueo, mareos, temblores, sudores. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o raras veces</li> <li>• Muchas veces</li> </ul> </li> <li>8. Preocupación por su salud <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o raras veces</li> <li>• Muchas veces o siempre</li> </ul> </li> </ol>	Cuestionario con la escala de Goldberg

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

<p><b>Depresión</b></p>	<p>Enfermedad que puede causar gran sufrimiento a la persona y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares y en el peor de los casos puede llevar al suicidio (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío, pérdida de interés de las actividades la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos 2 semanas.</p>		<p>9. Dificultad para conciliar el sueño o quedarse dormido</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o raras veces</li> <li>• Muchas veces o siempre</li> </ul> <p>1. Sensación de poca energía</p> <p>Nunca o raras veces</p> <p>Muchas veces o siempre</p> <p>2. Pérdida de interés por las cosas que hacía antes</p> <p>Nunca o raras veces</p> <p>Muchas veces o siempre</p> <p>3. Pérdida de confianza en si misma</p> <p>Nunca o raras veces</p> <p>Muchas veces o siempre</p> <p>4. Sentimiento de desesperanza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o raras veces</li> <li>• Muchas veces o siempre</li> </ul> <p>5. Dificultad para concentrarse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o raras veces</li> <li>• Muchas veces o siempre</li> </ul> <p>6. Falta de apetito o pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o raras veces</li> <li>• Muchas veces o siempre</li> </ul> <p>7. Duerme poco o se levanta muy temprano</p>	
-------------------------	--	--	--	--

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o raras veces</li> <li>• Muchas veces o siempre</li> </ul>	
			8. Sensación de lentitud <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o raras veces</li> <li>• Muchas veces o siempre</li> </ul>	
			9. Encontrarse peor por la mañana <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca o raras veces</li> <li>• Muchas veces o siempre</li> </ul>	

*Factores Relacionados con Síntomas de Disfunción Sexual, Ansiedad y Depresión*

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Valor/escala</b>	<b>Técnica de recolección</b>
<b>Edad al momento de la HT</b>	Años cumplidos al momento de la cirugía	Cualitativa dicotómica	18 a 35 años 36 a 45 años	Encuesta y expediente
<b>Número de hijos vivos</b>	Si tiene historia de partos con hijos vivos	Cualitativa dicotómica	Si No	Encuesta y expediente clínico
<b>Tipo de HT</b>		Cualitativa dicotómica	Ginecológica Obstétrica	Encuesta y expediente
<b>Ooforectomía</b>	Causa por la que se indicó la histerectomía	Cualitativa dicotómica	No Unilateral Bilateral	Encuesta y expediente clínico
<b>Evolución postquirúrgica</b>	Extirpación de uno o ambos ovarios al momento de la cirugía	Cualitativa dicotómica	Favorable: Ausencia de eventos adversos	Encuesta Expediente clínico

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

<b>Apoyo de la pareja</b>	Condición seguida después de la cirugía y está en dependencia de presencia o no de eventos adversos	Cualitativa dicotómica	Desfavorable: Eventos adversos  Si No	
<b>Apoyo de la familia</b>	Percepción referida por la paciente de haber recibido apoyo de su conyugue	Cualitativa dicotómica	Si No	
<b>Conductas no saludables</b>	Acompañamiento y ayuda de uno o más miembros de la familia	Cualitativa dicotómica	Si No	
<b>Enfermedades asociadas</b>	Condiciones que afectan la salud como: fumar, ingerir licor, sedentarismo,	Cualitativa dicotómica	Si No	
<b>Satisfacción de histerectomía</b>	aumento de peso  Historia de otras morbilidades  Grado de aceptación y de tranquilidad post histerectomía	Cualitativa dicotómica	Buena Regular Mala	



## Desarrollo

### Resultados

Se analizaron un total de 73 expedientes de mujeres con histerectomía abdominal en su etapa reproductiva, el promedio de edad al momento de la cirugía fue 35 años, con una mediana de 37 años y una moda de 39 años, la edad mínima fue 18 años y la máxima edad de 45 años. El percentil 25 estuvo ocupado por mujeres en edades de 30 años, el percentil 50 por edades de 37 años y el percentil 75 fue 39 años. La edad promedio al momento de la entrevista, fue 37.5, la mediana 39 años y la moda de 32 años, la edad mínima 18 y la edad máxima 45 años. Los percentiles 25, 50 y 75 fue 32, 39 y 43 respectivamente.

El nivel de escolaridad fue primaria en 27 mujeres (37%), secundaria en 23 (31.5%) y bachiller o universitaria en las otras 23 (31.5%). El 25% (27 mujeres) eran solteras, 15% eran casadas y 60% (44 mujeres), vivían en unión libre. El 52% (71%), no trabajaban y el 48% restante refirieron ser estilistas, comerciantes, cocineras, entre otros. La religión que refirieron las pacientes fue católica en 18% (13 mujeres), evangélica en 44% (32), Testigo de Jehová en 2% y 35.5% no tenían religión. El IMC de las pacientes al momento de la HTA tuvo una media de 69 Kg/m<sup>2</sup>, una mediana y moda de 70 Kg y al momento de la entrevista la media, mediana y moda fue 69.5 Kg/m<sup>2</sup>, 70 y 60 Kg/m<sup>2</sup> respectivamente.

El IMC mínimo al momento de la HTA fue 20 y el máximo fue 122 Kg/m<sup>2</sup>. El IMC mínimo al momento de la entrevista fue 21 y el máximo 130 Kg/m<sup>2</sup>. El percentil 25, 50 y 75 en la etapa de la histerectomía fue 59, 70 y 78 Kg/m<sup>2</sup> y al momento de la entrevista fue 60, 70 y 78 Kg/m<sup>2</sup> respectivamente. Dos de las pacientes refirieron fumar y seis de ellas ingerir licor al momento de la entrevista y como conducta saludable 12 mujeres (20%), realizan alguna actividad física. sin embargo, 53 pacientes (71%),

La histerectomía de causa ginecológica se realizó en 55 mujeres (75%) y en 25% restantes la causa fue obstétrica. Las principales indicaciones de causa ginecológica fueron miomatosis uterina de grandes elementos en 33 pacientes (45%), sangrado uterino anormal en 3 pacientes (4%), hiperplasia endometrial en 3 pacientes (4%), NIC persistente o cáncer in situ en 8 pacientes (11%), absceso pélvico en 4 (6%) y quiste de ovario bilateral en una

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

paciente (1,5%). La hemorragia postparto (16.5%) sepsis puerperal (4%) y aborto séptico (4%) fueron las indicaciones de histerectomía de causa obstétrica.

El 5.5% de histerectomías se realizaron en adolescentes que equivale al 22.5% del total de histerectomías de causa obstétrica, 12.5% se realizaron en edades entre 20 y 29 años (6% del total de histerectomías ginecológicas y 33 de obstétricas), 57.5% se realizaron en mujeres entre 30 y 39 años (62% de histerectomías ginecológicas y 44.5% obstétricas), 24.5% se realizaron en el rango de 40 y 45 años, que equivale a 33% de histerectomías de causa ginecológica. El 70% de HTA fueron programadas y 25% restantes de emergencia.

La media de embarazos e hijos vivos antes de la HTA fue 3 y 2 respectivamente, al igual que la mediana y la moda, 4% de mujeres no tenían hijos vivos al momento de la HT, siendo el máximo de embarazos e hijos vivos 9 y 6 respectivamente. El percentil 25 de los embarazos y número de hijos vivos fue 2, el percentil 50 fue 3 y el percentil 75 fue 3. El 6% de mujeres con HTA obstétrica y 2% con HTA ginecológica refirieron no tener hijos vivos, 72% de mujeres con HTA obstétrica y 47% con HTA de causa ginecológica tenían entre 1 a 2 hijos (52% del total de las mujeres), 22% con HTA de causa obstétrica y 51% de causa ginecológica tenían entre 3 a 6 hijos vivos (44% del total de las mujeres).

En 22% (16 mujeres) la HTA se acompañó de ooforectomía (7.5% bilateral y 14.5% unilateral). Así mismo, el 22% tuvieron complicaciones secundarias a la histerectomía, las que fueron absceso de cúpula (5.5%), absceso de pared (8%), seroma (5.5%), fístula vesico vaginal (1.5%) y lesión de intestino (1.5%).

El apoyo de la pareja durante el proceso de la HTA fue referido por el 30% (22 de las mujeres) como siempre en 34% (25 mujeres) como mayoría de veces, 14% mitad de las veces (10 mujeres) y casi nunca o nunca en 5% (16 mujeres). Con respecto al apoyo de la familia fue señalado como siempre en 42.5% (31 mujeres), mayoría de veces en 42.5% (31 mujeres), mitad de las veces en 11% (8 mujeres) y casi nunca o nunca en 4% (3 mujeres).

El 60.5% (17 mujeres) refirieron sentirse muy satisfechas o satisfechas posterior a la HTA (73% de causa ginecológica y 22% obstétrica), 23.5 (17 mujeres) ni satisfechas ni insatisfechas (22% de causa ginecológica y 28% obstétrica) y 16% (12 mujeres) refirieron estar insatisfechas (5% de causa ginecológica y 50% obstétrica). La relación entre ambas

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

variables fue positiva de forma significativa (Chi: 0.000 y V de Cramer: 0.60) Con respecto a su condición de pareja, la tercera parte de las mujeres (24/73) refirieron no tener pareja, 59% tenían la misma pareja al momento de la entrevista y 9% (7 mujeres) tenían otra pareja.

Los resultados del cuestionario realizada a las 73 mujeres sobre la función sexual en las últimas 4 semanas fueron: 35% (26 mujeres) con manifestaciones de disfunción sexual, 29% (21 mujeres) presentaron síntomas moderados, 11% (8 mujeres) sin disfunción sexual y el 25% (18 mujeres), respondieron no haber tenido relaciones sexuales. Los resultados del test de Golberg fueron: 22% (23 mujeres) con manifestaciones clínicas de ansiedad y 27.5% (20 mujeres), con manifestaciones clínicas de depresión, 3% con síntomas leves y 69.5% (51 mujeres) sin manifestaciones de depresión. El valor promedio del puntaje del test para la función sexual fue 23, la mediana 24 y la moda 28, el valor mínimo fue 11 y el máximo fue 34, en los percentiles 25, 50 y 75 se encontraron los puntajes 18, 24 y 28. Los puntajes en mujeres con diagnóstico de disfunción sexual obtuvo una media y mediana de 17.5, una moda de 16.5, el puntaje mínimo fue 11 y máximo 22.6. Los puntajes 15 o menos ocuparon en percentil 25, los puntajes entre 15 y 17.5 ocuparon el percentil 50 y valores mayores de 20.5 ocuparon el percentil 75%. Los puntajes en los test de ansiedad obtuvieron una media de 1.5, mediana y moda fueron puntajes de cero, el puntaje mínimo fue 0 y máximo de 9. Los percentiles 25, 50 y 75 fueron cero en los dos primeros y 2 en el percentil 75. La media en las preguntas para diagnóstico de depresión fue 1, la mediana y moda fue 0, el puntaje mínimo fue 0 y el máximo 7. Los puntajes cero ocuparon los percentiles 25 y 50 y 1,5 el percentil 75. El puntaje promedio de mujeres con diagnóstico de ansiedad fue 4, la mediana de 3 y moda de 2, el puntaje mínimo fue 2 y máximo 9, el percentil 25 estuvo ocupado por los puntajes de 2, el percentil 50 por puntajes 3 y el 75 por puntajes de 6. La media, moda y mediana fue 3, el valor mínimo fue 1 y el máximo 7, el percentil 25 fue 3 y los percentiles 50 y 75 tuvieron valores de 3. Las encuestadas con síntomas de depresión tuvieron puntajes promedio de 3, al igual que la mediana, un valor mínimo de 1 y máximo de 7. Las mujeres que refirieron actividad sexual en las últimas 4 semanas y presentaron síntomas de ansiedad y depresión tuvieron un puntaje promedio en el test de función sexual de 18.5, una mediana de 16 valor mínimo de 11, máximo, de 31 a diferencia de las que no presentaron síntomas de ansiedad y depresión ya que el puntaje promedio en este grupo fue 25, mediana 23.6, valor mínimo de 16 y máximo de 34.

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

Al contestar las preguntas sobre sentir deseo de tener relaciones sexuales en las últimas 4 semanas y en base a la escala de Likert, 8% (6/73) respondieron que siempre, 32% (23/73) la mayoría de veces, 18% (13/73) la mitad de las veces, 19% (14/73) pocas veces y 23% (17/73) casi nunca o nunca. Al preguntarles como clasifica o mediría su nivel de deseo, solo una mujer respondió alto, 44% (32/73), respondieron que medio (ni alto, ni bajo), el 31.5% (23/73) nivel bajo y 23% (17/73) muy bajo.

Al preguntarles cuando su pareja le acarició en las últimas cuatro semanas durante la relación sexual ¿Con que frecuencia sintió excitación? 18% (13 mujeres) respondieron siempre, 23% (17 mujeres) casi siempre, 12% (9 mujeres), la mitad de las veces, 18% (13 mujeres) señalaron menos de la mitad de veces, 4% (3 mujeres), casi nunca o nunca y 25% (18 mujeres) respondieron no haber tenido relaciones sexuales en las últimas 4 semanas. Al preguntarles ¿cómo clasifica su nivel de excitación? 3 mujeres (4.5%) respondieron que un nivel alto, 35% (26 mujeres) respondieron ni alto ni bajo (moderado), 31% (23 mujeres) lo clasificaron bajo, 4.5% (3 mujeres), muy bajo y 25% no habían tenido relaciones sexuales.

Al preguntarles ¿Con qué frecuencia sintió que lubricó su vagina durante su relación sexual en las últimas 4 semanas? 10.5% que equivale a 8 mujeres, respondieron que siempre, 17.5% o 13 mujeres respondieron la mayoría de veces, en 25% o 18 mujeres su respuesta fue la mitad de veces, en 17.5% o 13 mujeres pocas veces (menos de la mitad) y 3 de las mujeres (5.5%) respondieron casi nunca o nunca, 25% o 18 mujeres no tuvieron relaciones sexuales en las últimas 4 semanas. Si la sensación de lubricación fue durante toda la relación sexual. La pregunta ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación durante toda la relación sexual? El 10.5% de las mujeres encuestadas (8/73), respondieron siempre, 17.5% (13/73), la mayoría o más de la mitad de veces, 25% (18/73) la mitad de las veces, 16.5% (12/73) pocas o menos de la mitad de veces, 6.5% (4/73), respondieron casi nunca o nunca y 25% (18/73), respondieron no haber tenido relaciones sexuales.

Al preguntar en la encuesta ¿En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia alcanzó el orgasmo durante la relación sexual? El 9.5% (7 mujeres) respondió siempre, 22% (16 mujeres) respondieron que la mayoría o más de la mitad de las veces, 23% (17 mujeres), la mitad de veces, 11% (8 mujeres), pocas o menos la mitad de veces, 9.5% (7 mujeres), casi nunca o nunca y 25% no habían tenido relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas. En

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

cuanto a la dificultad o facilidad de alcanzar el orgasmo, 11% (8 mujeres) respondieron no tener problemas, 25% refirieron no haber tenido problemas la mayoría de veces, 18% (14 mujeres) respondieron la mitad de las veces, 16.5% señalaron que les es difícil alcanzar uno, 4.5% (3 mujeres), nunca han alcanzado un orgasmo y 25% refirieron no haber tenido relaciones sexuales.

Con respecto, si en las últimas 4 semanas había sentido dolor o incomodidad con la penetración vaginal, la tercera parte de las mujeres (24/73), contestaron que nunca, 16% (12 mujeres) refirieron que pocas veces, 14% (10 mujeres), la mitad de las veces, 12% (9/73) refirieron que muchas veces sintieron dolor y 25% no tuvieron relaciones sexuales. Cuando se les preguntó si habían sentido dolor después de la penetración vaginal, 30% (22 mujeres) respondieron nunca, 21% (15 mujeres), solo pocas veces; 12% (9 mujeres), la mitad de las veces, 12% (9 mujeres), muchas veces y 25% no habían tenido relaciones sexuales.

¿Al preguntarles a las mujeres si se sentían satisfechas con su relación sexual con su pareja en las últimas 4 semanas? La respuesta fue muy satisfecha en 12% (9/73), satisfecha en 29% (21/73), ni satisfecha ni insatisfecha o término medio en 16% (12 mujeres), poco o insatisfecha en 18% (13/73), 25% refirieron no haber tenido relaciones sexuales. ¿Cuán satisfechas se sentían con la cercanía y el apoyo emocional de su pareja en sus relaciones sexuales? La respuesta fue muy satisfecha en 11% (8/73), satisfecha en 34% (25 mujeres), ni satisfecha, ni insatisfecha en 15% (11 mujeres), poco insatisfecha en 11% (8 mujeres), insatisfecha en 4% (3 mujeres). ¿Al preguntarle cómo había sido su vida sexual en general? El 5.5% (4 mujeres), refirieron estar muy satisfechas, 27% (20 mujeres), satisfechas; 27% ni satisfechas, ni insatisfechas; 13.5% (10 mujeres), poco insatisfechas, 1.5% insatisfechas.

Al preguntarles sobre síntomas de ansiedad, en las últimas dos semanas 70% (51 mujeres) negaron tensión, nerviosismo, preocupación, 14% (10 mujeres) contestaron pocas veces y 16% (12 mujeres), la mitad o muchas veces. El 66% (48 mujeres), irritabilidad, 15% (11 mujeres), pocas veces y 19% (14 mujeres) muchas veces, 68% (50 mujeres) negaron dificultad para relajarse, 14% (10 mujeres) afirmaron pocas veces y 18% (13 mujeres), contestaron muchas veces. Cuando se les preguntó si duerme mal, el 70% (51 mujeres) lo negaron al igual que dificultad para conciliar el sueño el 71% (52 mujeres), 18% (13 mujeres) y 11% (8 mujeres) refirieron ambos síntomas en poca frecuencia, 12% (9 mujeres) y 18%

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

(13 mujeres), contestaron muchas veces. Síntomas como dolores de cabeza o nuca 75.5% (55 mujeres) respondieron nunca o pocas veces, 9.5% (7 mujeres) menos de la mitad de las veces y 15% (11 mujeres), muchas veces. Mareos, hormigueo, sudoración fue negada en 85% (62 mujeres), 7% (5 mujeres), pocas veces y 8% (6 mujeres), muchas veces. Cuando se les preguntó si se preocupa por su salud, 82% (60 mujeres) refirieron que nunca o casi nunca, 7% (5 mujeres) contestaron pocas veces y 11% (8 mujeres), muchas veces. Las nueve preguntas del test de Golberg sobre depresión, arrojaron los siguientes resultados: Poca energía, el 70% contestó que nunca o raras veces, 8% (6 mujeres), pocas veces y 22% (16%) muchas veces. Poco interés por las cosas, fue negada por 75% de las encuestadas, 14% (10 mujeres), señaló pocas veces y 11% (8 mujeres), muchas veces. Al preguntarles si siente que ha perdido la confianza, el 74% (54 mujeres), respondieron que no, 14%, respondieron pocas veces y 12% (9 mujeres), muchas veces; si han perdido las esperanzas, 77% (56 mujeres) lo negaron, 14% (10 mujeres) respondieron pocas veces y 9%, respondieron muchas veces. Dificultad de concentración el 79.5% (58 mujeres), negaron el síntoma, 20.5% (15 mujeres), señalaron que pocas veces y 8.5% (6 mujeres), respondieron que muchas veces. Pérdida de peso o poco apetito fue negada por 85% (58 mujeres), 14% refirieron el síntoma en pocas ocasiones y 5.5% (4 mujeres), la mayor parte del tiempo, Dificultad para conciliar el sueño, fue negada por 79.5% (58 mujeres), 14% lo refirieron leve y 6.5% (5 mujeres) lo confirmaron como frecuente. Lentitud para realizar las actividades fue negada por 79.5% de las mujeres, 17.5% refirieron que lo presenta pocas veces y dos mujeres lo refirieron como frecuente. Amanecer mal o peor fue negada por el 86.5% (63 mujeres), 12% (9 mujeres) lo refirieron como leve, 12% (9 mujeres) lo presentan con poca frecuencia y solo una paciente refirió que le ocurre muchas veces.

Al comparar la diferencia de la media del IMC al momento de la histerectomía y al momento de la realización del estudio, en mujeres con síntomas de ansiedad y depresión se observó una diferencia de 1.85 Kg/m<sup>2</sup>, con un rango inferior de -4.60, rango superior de 4.12 y una significancia de 0.14.

Al analizar los factores relacionados a síntomas de ansiedad y depresión se observó correlación negativa estadísticamente significativa entre mujeres con HTA antes de los 30 años y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión (Rho de Spearman: -0.30 y 0.45; V

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

de Cramer: -0.30, p: 0.01). El total de mujeres <20 años, presentaron síntomas de ansiedad y depresión fue 4 (15.5%), En el grupo de 20 a 29 años, 19% (5/26) presentaron síntomas y 8.5% (4/47) los negaron, en las mujeres >30 años, 65.5% (17/26) presentaron síntomas y 91.5% (43/47) no presentaron síntomas de ansiedad y depresión. La correlación entre el número de hijos vivos al momento de la HTA y la presencia de ansiedad y depresión fue negativa con una significancia moderadamente significativa (Rho Spearman: -0.20 y -0.25, p: V de Cramer: -0.30, p: 0.05). El total de mujeres que negaron tener hijos presentaron síntomas de ansiedad y depresión (11,5%). Las mujeres que refirieron tener solo un hijo vivo 15.5% (4/26) presentaron síntomas y 19% (9/47) los negaron en el test de Golberg, el grupo con 2 o más hijos vivos, la mayoría negaron síntomas de ansiedad y depresión (81% vs 73%).

Al analizar la relación entre la causa de la HTA y el abordaje con síntomas de ansiedad y depresión se observó que el 69% de mujeres con síntomas la HTA fue por causa ginecológica y 31% de causa obstétrica (18 y 26 mujeres respectivamente) y en el grupo de mujeres sin síntomas, 79% fue por causa ginecológica y 15 por causa obstétrica (Chi: 0.26 y V de Cramer 0.26). En el 65.5% de mujeres con síntomas de ansiedad y depresión (17/26) y 72% sin sintomatología, la HTA se realizó de forma programada. El 34.5% de mujeres con abordaje de emergencia refirieron síntomas en el cuestionario y el 28% los negaron. No se encontró asociación entre ambos tipos de abordajes y síntomas de ansiedad y depresión (chi: 0.50; V de Cramer: 0.07)

La HTA acompañada de ooforectomía uni o bilateral se realizó en 35% de mujeres con síntomas de ansiedad y depresión y en 15% de mujeres sin manifestaciones clínicas al momento de la aplicación del cuestionario a diferencia de las mujeres sin ooforectomía ya que el 85% negaron síntomas y 15% los afirmaron (p: 0.05; V de Cramer: 0.30)

El 27% de mujeres con síntomas de ansiedad y depresión negaron convivir con una pareja, en el grupo sin síntomas la frecuencia fue de 34% (7/26 y 16/47 respectivamente), el 69% del primer grupo (18/26) refirieron convivir con la misma pareja a diferencia de las que negaron sintomatología que fue 53% (25/47). La mayoría del grupo de mujeres que convivían con otra pareja se encontraban sin síntomas de ansiedad y depresión al momento del estudio a diferencia del grupo con síntomas positivos que solo una tenía otra pareja (13% vs 4%). La asociación no tuvo significancia estadística (Chi: 0.30; V de Cramer: 0.18).

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

El apoyo de la pareja al momento de la HTA no se relacionó a síntomas de ansiedad y depresión observando que el 61.5% de mujeres con síntomas (16/26) y el 66% (31/47) sin síntomas refirieron haber tenido apoyo de su pareja, 15.5% (4/26) de mujeres con síntomas y 13% (10/47) de mujeres sin síntomas no siempre tuvieron el apoyo deseado, el 11.5% de mujeres con síntomas de ansiedad y depresión y ninguna sin síntomas no tuvieron apoyo de su pareja ( $p$ : 0.30 y 0.78 respectivamente)

El apoyo de la familia al momento de la HTA fue de 73% (19/26) en mujeres con síntomas de ansiedad y depresión y 91.5% en mujeres sin síntomas (43/47), el 15.5% de mujeres con síntomas no siempre tuvieron apoyo familiar al igual que el 8.5% de mujeres sin síntomas. Así mismo, el 11.5% de mujeres con síntomas de ansiedad y depresión no tuvieron apoyo de la familia (Rho Spearman: 0.30 y 0.25;  $p$ : 0.02 y 0.03 respectivamente).

El nivel de satisfacción con respecto a la HTA se asoció a síntomas de ansiedad y depresión en las mujeres del estudio observando que las mujeres con síntomas, 42% (11/26) refirieron estar satisfechas, 23% (6/26) ni satisfechas, ni insatisfechas y 35% (9/26) estaban insatisfechas. A diferencia de las mujeres sin síntomas, 70% (33/47) estaban satisfechas, 23.5% (11/47) ni satisfechas, ni insatisfechas y 6.5% (3 mujeres), estaban insatisfechas ( $p$ : 0.005 y  $V$  de Cramer: 0.40) El coeficiente de Spearman para síntomas de ansiedad fue 0.35 y para depresión de 0.25 con una correlación significativa con una significancia de 0.05).

Al analizar la correlación entre los síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con síntomas de disfunción sexual y refirieron haber tenido relaciones sexuales en las últimas 4 semanas, se observó una correlación moderadamente negativa (Rho de Spearman: -0.50,  $p$ : <0.0001)

El 25% de las mujeres refirieron no haber tenido relaciones sexuales en las últimas 4 semanas, de las 55 mujeres que refirieron actividad sexual el 35% presentaron síntomas de disfunción sexual (26/55). La disfunción sexual en las mujeres con HTA en su etapa reproductiva se asoció de forma estadísticamente significativa de moderada intensidad ( $p$ : 0.02;  $V$  de Cramer: 0.30). En el estudio se observó que las mujeres con disfunción sexual (26/55) en 59% (15/26) la HTA fue de causa ginecológica y en 41% restante la causa fue obstétrica (11/26); en el grupo de mujeres sin disfunción sexual, el 86% de ellas (25/29)



## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

tuvieron histerectomía de causa ginecológica y el 14% restante la causa fue obstétrica (p: 0.02 y V de Cramer: 0.30). La HTA programada se realizó en 52% (13/26) de mujeres con disfunción sexual y 79% (23/29) de mujeres sin disfunción sexual. La HTA de emergencia se realizó en 48% (13/26) con disfunción sexual y 21% sin disfunción sexual (p: 0.03 y V de Cramer: 0.30). La ooforectomía se realizó en el 30% de mujeres con disfunción sexual (8/26) y 18% de mujeres sin disfunción sexual (5/29) a diferencia del grupo de mujeres sin ooforectomía, el 70% (18/26) presentaron disfunción sexual y 82% (24/29) no presentaron disfunción (p: 0.23 y V de Cramer: 0.14).

El rango de edad al momento de la HTA en mujeres con disfunción sexual osciló entre 18 y 35 años en el 30% (8/26) y >35 años en el 70% (19/26). En las mujeres sin disfunción sexual el 11% (3/29) estaban en el rango de 18 a 35 años al momento de la HTA y el 89% (26/29) tenían más de 35 años (p: 0.07 y V de Cramer: 0.25). Con respecto al número de hijos vivos el 30% (8/26) de las mujeres sin hijos o con un hijo vivo presentaron disfunción sexual y el 11% de mujeres sin disfunción sexual refirieron uno o ningún hijo vivo, a diferencia de las mujeres con 2 o más hijos vivos en las que el 70% (18/26) tenían disfunción sexual y 89% (26/29) no presentaron disfunción sexual (p: 0.07 y V de Cramer: 0.25).

El 26% (17/26) de mujeres con disfunción sexual refirieron no tener pareja, 67% (17/26) tenían la misma pareja y el 7% restante habían cambiado de pareja. Las mujeres sin disfunción sexual refirieron no tener pareja el 11% (3/29), la misma pareja el 71% (21/29) y otra pareja el 18% (p: 0.22). El apoyo de la pareja al momento de la HTA fue positiva en el 66.5% (17/26) de mujeres con disfunción sexual y el 75% de las mujeres sin disfunción sexual, en 18.5% (5/26) con disfunción sexual y el 14.5% (5/29) sin disfunción sexual el apoyo no fue constante. El 15% (4/26) de mujeres con disfunción y 10.5% (3/29) sin disfunción sexual refirieron no haber contado con el apoyo de su pareja en el periodo de la HTA (p: 0.01; V de Cramer: 0.42).

El 66.5% (18/26) de mujeres con disfunción sexual y el 96% (27/29) sin disfunción sexual, refirieron apoyo de su familia durante el proceso de la HTA, el 22.5% (6/26) con disfunción y 4% sin disfunción refirieron algún apoyo y el 11% de mujeres con disfunción, no tuvieron apoyo de la familia (p: 0.01, V de Cramer: -0.42), con una correlación negativa

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

(Rho de Spearman: 0.40). El 48% de mujeres con disfunción sexual (12/26) y el 78.5% sin disfunción (23/29) se sintieron satisfechas posterior a la realización de la histerectomía, el 22% con disfunción (6/26) y 18% sin disfunción sexual (5/29) se sintieron ni satisfechas, ni insatisfechas a diferencia del grupo que refirió haber quedado insatisfechas (9 mujeres), ya que la mayoría presentaron síntomas de disfunción sexual (30% vs 3.5%). La diferencia fue significativa entre ambos grupos ( $p$ : 0.002,  $V$  de Cramer 0.40) con una correlación negativa entre ambas variables (Rho de Spearman: 0.42).

El 48% de mujeres con disfunción sexual (13/26), presentaron síntomas de ansiedad y depresión a diferencia del grupo sin disfunción sexual en el que solo 3 mujeres refirieron síntomas. El 52% de mujeres con disfunción no presentaron manifestaciones clínicas de ansiedad y depresión a diferencia del grupo sin disfunción sexual en el que 89% (26/29) no presentaron síntomas psicosociales ( $p$ : 0.002;  $V$  de Cramer: 0.42)

### **Análisis**

Se analizaron un total de 73 expedientes y 73 cuestionarios basados en el test de función sexual y test de Golberg aplicados a mujeres que se les realizó histerectomía abdominal (HTA) en su etapa reproductiva para evaluar el nivel de función sexual y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. En el estudio se observó que la edad promedio de las mujeres al momento de la HTA fue 35 años, además, el percentil 25 se dispersó por mujeres entre 18 a 30 años, lo que demuestra que la cuarta parte de las mujeres al momento de la cirugía eran mujeres jóvenes y el 50% eran mujeres entre 30 y 37 años como lo muestra la mediana que fue de 37 años. Solo la cuarta parte de las mujeres se encontraron en el rango de 40 a 45 años.

Cerca de la tercera parte de las mujeres eran bachilleres o habían alcanzado algún nivel universitario, así mismo la otra tercera parte habían cursado algún nivel de secundaria observando que la otra tercera parte solo habían cursado la primaria. La mayoría refirieron convivir en unión libre y la cuarta de ellas eran solteras. Solo una pequeña parte de las mujeres refirieron conductas saludables (20%), sin embargo, solo el 10% refirieron fumar o ingerir licor. En algunos estudios, han relacionado las conductas de riesgo o saludables a la calidad de vida relacionada con la salud en las personas. Cabe agregar, que la mayoría de las mujeres cursaron con pesos mayores de 70 Kg y solo la cuarta parte de ellas, cursaron con pesos menores de 60 Kg manteniendo dicho peso al momento del estudio.

La histerectomía abdominal de causa ginecológica se realizó en el 75% de las mujeres, siendo la miomatosis uterina la principal indicación, tal como se ha mostrado en numerosos estudios como del de Correa et al (2017), la segunda indicación fueron las lesiones intraepiteliales de cérvix de alto grado, en menor frecuencia se realizó por absceso pélvico, sangrado uterino anormal, hiperplasia endometrial, adenomiosis o endometriosis. No se observó diferencia con las indicaciones reportadas en otros estudios como el de Parrales et al (2017), Sabral y Soto (2015). La cuarta parte de las mujeres con HTA tuvieron una HTA de causa obstétrica y como es de esperarse, este tipo de histerectomía se debió a complicaciones obstétricas principalmente hemorragia postparto (>50%), tanto el aborto séptico como la sepsis puerperal presentaron el mismo porcentaje (14.5% c/u). Es importante conocer la incidencia de HTA de causa obstétrica ya que de esta forma se puede evaluar el

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

comportamiento de las complicaciones obstétricas y sus intervenciones en los diferentes niveles de atención. Mendoza (2019), reportó la hemorragia postparto y la sepsis puerperal, como las principales causas de histerectomía obstétrica. Es interesante observar que cerca de la cuarta parte de este tipo de histerectomías, se realizó a mujeres adolescentes y la tercera parte a mujeres menores de 30 años, sin embargo, a pesar de esta incidencia, se ha observado una reducción en el número de histerectomías en mujeres jóvenes, debido a la innovación de procedimientos conservadores que permiten dejar el útero, principalmente cuando la mujer no ha completado su paridad. Cuamatzi y Villela (2009), reportaron que la mitad de las HTA se realizó a menores de 45 años y la otra mitad se realizó a menores de 30 años. Si bien es cierto que la mayoría de las mujeres <30 años experimentaron una histerectomía por alguna causa obstétrica, un pequeño número se realizó a mujeres por causa ginecológica. Tanto para las histerectomías de causa ginecológica como las de causa obstétrica, el rango de edad más frecuente fue entre 30 y 39 años abarcando casi el 60% de la población estudiada, hallazgo que concuerda con algunos estudios como el de Pathiraja and Jayawardane (2021). Cabe mencionar que el 30% de las histerectomías se realizaron de emergencia y la mayoría en las de tipo obstétricas lo que expresa la gravedad del evento. Las histerectomías de causa ginecológicas cuyo abordaje fue de emergencia fueron debido al diagnóstico de absceso pélvico en mujeres menores de 30 años.

Con respecto al número de embarazos y número de hijos vivos, solo un mínimo porcentaje no habían tenido hijos, la mayoría de ellas con HTA obstétrica observando diferencia estadísticamente significativa con el grupo con HTA de causa ginecológica (11% vs 2%) a diferencia de las mujeres con más de un hijo vivo ya que la mayoría tuvieron histerectomía de causa obstétrica ginecológica (89% vs 44.5%). Cabe señalar que las mujeres con solo un hijo vivo la mayoría de ellas tenían historia de HTA de causa obstétrica (44.5% vs 9%) (p: 0.0002; Phi: 0.47). Estos hallazgos guardan relación con la edad al momento de la cirugía ya que la mayoría de las mujeres con HTA de causa obstétrica eran mujeres menores de 30 años.

En un pequeño grupo de mujeres (16%) la HTA se acompañó de ooforectomía uni o bilateral, observando que el 25% eran mujeres jóvenes menores de 30 años. Sin embargo, más del 50% eran mujeres entre 30 y 39 años. A pesar que los síntomas de ansiedad y

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

depresión se han presentado en mujeres sin ooforectomía. El estudio publicado en *The Journal of the North American Menopause Society* (2019), mostró un aumento en el riesgo para depresión y ansiedad de 12% en mujeres que fueron sometidas a histerectomías en edades entre 18 y 35 años. Laughlin, lo relacionó a la disminución de la función ovárica que ocurre después de la extirpación del útero con descensos repentinos de los niveles de estrógeno y a la afectación del estado cognitivo a nivel del cerebro que ocurre después de la histerectomía.

Al analizar el apoyo de paciente por parte de su pareja y su familia se observó que la mayoría de las mujeres refirieron apoyo de su pareja durante el proceso de histerectomía (64%), sin embargo, solo menos de la tercera parte respondieron que ese apoyo fue siempre y cerca de la cuarta parte afirmaron que casi nunca o nunca se sintieron apoyadas. Fue interesante observar que el apoyo de la familia tuvo mayor frecuencia (85%) que el apoyo de la pareja. Cuevas et al. (2019), en su revisión observaron que el apoyo familiar y de su pareja fueron factores que se han relacionado de forma significativa al desarrollo de cuadros de ansiedad y depresión.

Uno de los aspectos más relevantes que puede influir en el grado de aceptación al proceso quirúrgico, es el nivel de satisfacción de la mujer a la histerectomía ya sea de causa ginecológica u obstétrica, logrando observar que la mayoría de las mujeres (73%) con HTA por enfermedades ginecológicas respondieron estar satisfechas a los resultados de la cirugía. A diferencia de las mujeres con HTA de causa obstétrica en la que el 50% de las mujeres se encontraban insatisfechas al momento de la entrevista. Solo tres mujeres con histerectomía de causa ginecológica están insatisfechas. La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ( $p: 0.001$ ,  $V$  de Cramer: 0.58). Esta diferencia se explica porque la mayoría de las mujeres con HTA obstétrica son intervenidas de emergencia ya sea por hemorragias debido a atonía uterina, acretismo o sepsis puerperal ya sea por endomiometritis o abscesos pélvicos, lo que conlleva al obstetra a tomar una conducta de forma rápida antes que sea demasiado tarde y la paciente termina dándose cuenta del procedimiento realizado hasta que se despierta en una unidad de cuidados intensivos. Estos aspectos de gran relevancia están relacionados con la falta de información. El bajo nivel de satisfacción o peor aún la insatisfacción que refirieron las mujeres posteriores a la HTA de

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

causa obstétrica, guarda relación con los resultados del estudio cualitativo realizado por Cuatzami (2009) en el que relatan la experiencia de las mujeres ante la histerectomía, la que fue interpretada como un sufrimiento por la falta de un órgano descrito por ellas como “importante para su cuerpo lo que hace sentirse vacías o inferiores. Lo inesperado de la conducta para la histerectomía algunas veces no permite brindar adecuada información a la paciente lo que influye de forma negativa y el grado de satisfacción

Al analizar los resultados del test de función sexual aplicado a las mujeres con HTA que refirieron haber tenido relaciones sexuales en las últimas 4 semanas, se observó que un poco más de la tercera parte (35%) presentaron síntomas de disfunción y un porcentaje casi similar presentaron síntomas moderados sin llegar a la disfunción sexual, pero con alto riesgo de llegar también a un cuadro de disfunción. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado en otros estudios como el de Pathiraja and Jayawardane (2021), Iglesias y Soto (2018), Correa et al (2017), los autores observaron alteración de la función sexual en las mujeres con HTA. Así mismo, los resultados del test de Golberg mostró que el 31.5 de las mujeres presentaron síntomas de ansiedad y el 21.5% síntomas de depresión. Si bien es cierto algunos estudios arrojan resultados ambiguos, los últimos resultados han mostrado la relación significativa entre la histerectomía cuando se realiza antes de los 35 años y cuadros de diferente magnitud de ansiedad y depresión.

El análisis de las dimensiones evaluadas en el test de función sexual mostró que la mayoría de las mujeres mostraron niveles moderados a bajos en su dimensión de deseo sexual, estando más afectada la intensidad de su deseo sexual ya que más de la mitad de las mujeres respondieron que era muy bajo. Con respecto a la capacidad e intensidad de su excitación durante su actividad sexual, la tercera parte de las mujeres tuvieron resultados negativos y otra tercera parte mantuvieron un término medio, lo que refleja que menos de la mitad de las mujeres tienen esta dimensión sexual con una función aceptable. Con respecto a su capacidad e intensidad de lubricación durante su relación sexual, solo la cuarta parte de mujeres respondieron de forma positiva y solo la tercera parte lograban un orgasmo sin dificultad, sin embargo, existe un grupo de mujeres que estas dos tienen afectadas ambas dimensiones. El dolor o molestas durante la relación sexual fue una de las dimensiones menos afectadas ya que cerca de la mitad de mujeres negaron esta manifestación. Uno de los

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

aspectos más relevantes con respecto a la función sexual, es el nivel de satisfacción que tienen las mujeres de su relación sexual ya que engloba las dimensiones anteriores. El test mostró que cerca de la tercera parte de las mujeres se encontraban satisfechas tanto con su pareja actual como con su vida sexual en general (37.5% y 32.5% respectivamente) y la otra tercera parte no han logrado sentirse satisfechas lo que expresa que la mayoría de las mujeres del estudio se encuentran con un cuadro clínico de disfunción sexual o se encuentra en riesgo.

Al calcular el puntaje de las seis dimensiones incluidas en el test de función sexual se obtuvo una media de 23, una mediana de 24 y considerando que el punto de corte para disfunción sexual fue 23, la mitad de las mujeres presentaron puntajes por debajo de esos valores, cabe señalar que solo la cuarta parte de las mujeres obtuvieron puntajes mayores de 28, siendo el punto de corte para clasificar a las mujeres con una adecuada función sexual el puntaje 30, lo que refleja que solo un pequeño número de mujeres presentaron función sexual adecuada. Sin embargo, resulta preocupante que hubo mujeres con puntajes muy bajos menores o iguales a 15. El puntaje obtenido de las mujeres con disfunción sexual, obtuvo una media y mediana de 17.5 lo que refleja los puntajes bajos alcanzados por estas mujeres debido a la afección de varias dimensiones a la vez, por tal razón, solo la cuarta parte alcanzaron puntajes mayores a 20.

El test de Golberg es una prueba psicológica de fácil uso destinada a determinar si existen o no síntomas de depresión y/o ansiedad mostró que cerca de la tercera parte de las mujeres presentaron síntomas severos o moderados de ansiedad como tensión, nerviosismo, preocupación, irritabilidad y dificultad para relajarse. problemas para dormir o conciliar el sueño. Un menor número de mujeres presentaron síntomas como dolor de cabeza o cuello, síntomas como mareos, hormigueo, temblores, además de preocupación por su salud. En el estudio se observó que algunas mujeres refirieron presentar todas estas manifestaciones lo que expresa un alto nivel de ansiedad. En la subescala para depresión, las manifestaciones como poca energía o pérdida de interés para realizar sus actividades diarias, pérdida de la confianza o las esperanzas, fueron referidas sea de forma moderada o severa en cerca de la cuarta parte de las mujeres. Así mismo, síntomas como dificultad para concentrarse, pérdida de peso o poco apetito, trastornos del sueño, lentitud para realizar sus actividades o amanecer mal o peor, siendo la poca energía y la dificultad de concentración los síntomas

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

más frecuentes. Cabe agregar, que se encontraron mujeres que no cumplían los criterios para clasificarlas como “depresión” pero si se encontraron en riesgo. Como una de las preguntas para clasificar este cuadro, es la pérdida de peso o apetito se observó diferencia, aunque esta no fue significativa entre las mujeres con síntomas de depresión y las que no tenían síntomas, esto se debió a que un grupo de ellas comían por ansiedad incrementando su peso.

Con el test de Golberg las pacientes con síntomas de ansiedad alcanzaron una media de 4 con una mediana de 4, la mitad de las mujeres con síntomas de depresión presentaron puntajes de 3 a 9. Con respecto al grupo de mujeres con síntomas de depresión, la media, mediana y moda fue de 3 puntos, la cuarta parte de las mujeres con síntomas de depresión obtuvieron puntajes mayores de 4 se encontraron dos mujeres con alto riesgo de depresión.

Al analizar los factores que se asociaron a síntomas de ansiedad y depresión, se observó que las mujeres más jóvenes al momento de la HTA (<30 años), fueron las que presentaron en mayor frecuencia estas alteraciones con una relación inversa de moderada intensidad, siendo aún mayor para síntomas de depresión (Rho Spearman: -0.30 a -0.45; p: 0.01). Estos hallazgos concuerdan con lo reportado en los últimos estudios como el conducido por The Rochester Epidemiology Project en agosto del 2019 en el que mostraron una asociación entre la HTA cuando se realiza en edades <35 años con o sin extirpación de ovarios, a signos de ansiedad y depresión.

Debido a que la mayoría de las mujeres del estudio, refirieron tener más de un hijo al momento de la histerectomía, su asociación con síntomas de depresión y ansiedad no fue estadísticamente significativa. Sin embargo, se logró observar que las tres mujeres sin hijos vivos se encontraron en el grupo con ansiedad y depresión, al igual que la mayoría de las que solo las que se quedaron con un hijo. Estos hallazgos concuerdan con el estudio de Cuevas et al (2019) en el que demostraron que el 10.5% de mujeres que ya eran madres, deseaban tener otro hijo, con una relación directamente proporcional entre las mujeres nulíparas y la edad menor de 35 años siendo este grupo las más propensas a presentar cuadros ansiosos y depresivos.



## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

Llama la atención que la mayoría de las mujeres con bajo nivel escolar refirieron síntomas de ansiedad y depresión (46% vs 32%) observando lo contrario en el grupo de mujeres con nivel bachiller o universitaria ya que la frecuencia de mujeres sin ansiedad y depresión fue mayor (36% vs 23%), sin embargo, esta diferencia no fue significativa. Estos hallazgos. Algunos autores han considerado el nivel educativo como un factor que influye en los resultados de las mujeres posterior a la histerectomía (Evans, Aguilar, & Al, 2018), (Correa, 2017)

Si bien es cierto, que la histerectomía de causa ginecológica fue tres veces más frecuente que la de causa obstétrica, su relación con síntomas de ansiedad y depresión no tuvo significancia estadística, sin embargo, se logró observar que las mujeres con HTA obstétrica, presentaron los puntajes más bajos en el test de Goldberg y en mayor frecuencia síntomas de variada intensidad (31% vs 21%). Estos hallazgos se pueden explicar por el hecho que en la mayoría de las mujeres con HTA de causa ginecológica, la cirugía es una forma de resolverles un problema de salud que llevan cargando desde muchos años atrás, sintiendo alivio cuando sus molestias como dolor, sangrado, síntomas urinarios u otros, finalizan y la HTA se realizó sin complicaciones. Similares resultados, se observaron en las mujeres que tuvieron un abordaje quirúrgico de emergencia cuando se comparó con las que tuvieron una cirugía programada ya que los síntomas de ansiedad y depresión fueron más frecuentes con el primer abordaje.

La ooforectomía ya sea uni o bilateral, se realizó en el 22% de las mujeres, siendo mayor su frecuencia en mujeres con depresión y ansiedad ( $p: 0.05$ ;  $V$  de Cramer: 0.30). Urrutia en su estudio (2003), mencionó el factor negativo de la ooforectomía en la calidad de vida de las mujeres. Así mismo, Lonée y Pinas (2014), en su estudio hacen mención que “la remoción de ovarios antes de la menopausia tuvo un gran impacto negativo en la salud cardiovascular, mental, cognitiva y sexual.

Desde 1960 se ha observado que la mayoría de las mujeres con estado de ánimo deprimido presentan inhibición del deseo sexual y la mitad de las mujeres con depresión mayor sufren de inhibición del deseo, excitación, bajo interés sexual, falta de energía y baja autoestima. En el estudio se observó, que la mitad de las mujeres con síntomas de ansiedad y depresión, también presentaron disfunción sexual, a diferencia de las que no presentaron

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

síntomas psicosociales, ya que la frecuencia de disfunción sexual fue menor (50% vs 13%), observando, además, que la mayoría de las mujeres sin signos de ansiedad y depresión tampoco tenían alteración en su función sexual y viceversa (53% vs 15.5%). La correlación entre ambas variables fue negativa y estadísticamente significativa  $R_{\text{Pearson}} = -0.50$ ,  $p < 0.001$ ). Estos hallazgos confirman lo reportado por Blanco (2022), Basson (2005), Yang y (Arnow (2009) quienes afirmaron que la depresión es uno de los factores biológicos que afectan la acción de los estímulos para alcanzar el deseo, excitación y la satisfacción sexual.

En el estudio se observó que las mujeres que refirieron estar con la misma pareja del momento de la HTA, también refirieron en mayor número síntomas depresivos, a diferencia de las mujeres que se encontraban con otra pareja, ya que el porcentaje de mujeres sin estos síntomas fue mayor (53% vs 4%), esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Sin embargo, estos hallazgos guardan relación con el apoyo de la pareja tanto en su vida sexual como durante el proceso de la histerectomía, observando que las 3 mujeres que no tuvieron apoyo y la mayoría de las que no siempre se sintieron apoyadas por su pareja, presentaron síntomas de ansiedad y depresión.

El apoyo familiar durante la etapa de la HTA, tuvo mayor impacto en la presencia de síntomas depresivos, que el apoyo familiar. En el estudio se observó que las mujeres con mayor apoyo de la familiar presentaron en menor número síntomas de ansiedad y depresión cuando se comparó con las mujeres que tuvieron poco o ningún apoyo de la familia ya que la mayoría de ellas presentaron síntomas depresivos (91.5% vs 27%). Esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $p = 0.03$  y  $V$  de Cramer 0.35), la correlación entre ambas variables fue negativa tanto para ansiedad como para depresión ( $R_{\text{ho}} = -0.30$  y  $-0.25$ ). Estos hallazgos concuerdan con los reportados por Cuevas et al (2019), Alcántara y Sánchez (2016), quienes mencionan el apoyo familiar como un factor relacionado con síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con HTA.

La satisfacción percibida por la mujer posterior a la cirugía, fue un factor que se relacionó de forma significativa con cuadros de ansiedad y depresión, observando que las mujeres que refirieron haber quedado satisfechas posterior a la HTA, también refirieron menos síntomas depresivos cuando se comparó con las mujeres que presentaron síntomas ya que la mayoría de ellas refirieron haber quedado insatisfechas (70% vs 35%). Se observó una

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

correlación negativa estadísticamente significativa tanto para ansiedad como para depresión (Rho de Pearson: 0.40 y -0.35 respectivamente;  $p < 0.004$ ).

Entre los factores que se asociaron a disfunción sexual en mujeres con HTA en su edad reproductiva, se observó que las mujeres menores de 35 años y con uno o ningún hijo, se asociaron con una significancia moderadamente significativa a problemas de disfunción sexual cuando se comparó con mujeres mayores de 35 años y con más de un hijo ( $p$ : 0.06 y 0.07 respectivamente y  $V$  de Cramer: 0.35 y 0.25 respectivamente). Hallazgos similares se ha reportado en otros estudios, relacionando estos factores a disfunción sexual en mujeres con HTA (Rho de Spearman: 0.25 y 0.20 respectivamente).

La causa de la HTA fue un factor asociado a la disfunción sexual observando que mujeres con HTA de causa obstétrica presentaron puntajes más bajos en el test de función sexual cuando se comparó con los puntajes obtenidos en mujeres con histerectomía de causa ginecológica ( $p$ : 0.02;  $V$  de Cramer: 0.35). Así mismo, las mujeres con histerectomía realizada de emergencia presentaron en mayor frecuencia síntomas de disfunción sexual que las mujeres con HTA programada, considerando que la mayoría de las histerectomías realizadas de emergencia son de causa obstétrica. ( $p$ : 0.03,  $V$  de Cramer: 0.30). Pathiraja and Jayawardane (2021), relacionaron la HTA obstétrica a problemas de disfunción sexual en el 36% de las mujeres afectando su relación de pareja. Hallazgos similares se observaron en el estudio de Mendoza, 2019).

Al analizar la ooforectomía realizada al 22% de mujeres con HTA y su asociación con la disfunción sexual, se observó que mujeres con ooforectomía presentaron problemas de disfunción sexual en mayor frecuencia que las mujeres sin este evento quirúrgico. Sin embargo, la diferencia estadística no fue significativa. Esto se explica por el hecho que en algunas de ellas la ooforectomía fue unilateral lo que permite la liberación de estrógeno para el funcionamiento sexual. Hay que tener claro que la histerectomía se ha asociado principalmente a síntomas de ansiedad y depresión cuando se realiza en mujeres <35 años independientemente de la extirpación de los ovarios, lo que a su vez se ha relacionado con síntomas de disfunción sexual. (Pathiraja, 2021)

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

El apoyo de la pareja al momento de la histerectomía no fue un factor que se asoció de forma significativa a la disfunción sexual, sin embargo, se pudo observar que la mayoría de las mujeres que negaron apoyo de su pareja y las que no siempre tuvieron el apoyo de la pareja, presentaron disfunción sexual. Al igual que las mujeres que refirieron poco apoyo de la familia, en su mayoría presentaron problemas de disfunción sexual con una diferencia estadísticamente significativa ( $p: 0.01$  y  $V$  de Cramer: .40) y una correlación entre ambas variables moderadamente positiva (Rho de Spearman: 0.52).

El grado de satisfacción al momento de la histerectomía, tuvo una relación positiva con los puntajes en el test de función sexual (Rho: 0.40;  $p: 0.004$ ), el estudio mostró que las mujeres que refirieron estar satisfecha posterior a la HTA, presentaron los puntajes más altos en el test de función sexual, lo que también guarda relación con su estado de salud y la ausencia de complicaciones posterior la cirugía. Algunos autores como Vergara e Hirakata (2018), asociaron la salud sexual con ocho dimensiones entre los que se incluyen la salud física, mental y emocional). Iglesias y Soto (2018) al igual que Khairiyatul et al (2020), observaron que la HTA se asoció a mayores problemas en la función sexual que la de tipo vaginal debido al acortamiento de la longitud vaginal y mayor dolor durante la relación sexual, lo que conlleva a menor interés sexual y menor grado de satisfacción posterior a la cirugía.

### Conclusiones

- 1) La mayoría de las mujeres fueron mujeres jóvenes en el rango entre 20 y 39 años, y una edad promedio de 35 años, con nivel primaria, e historia de más de un hijo al momento de la histerectomía abdominal, siendo la miomatosis uterina y las lesiones premalignas de cérvix las causas ginecológicas más frecuentes; la hemorragia postparto seguida por sepsis puerperal fueron las de causa obstétrica.
- 2) La tercera parte de las mujeres presentaron síntomas de disfunción sexual y solo una minoría alcanzaron puntajes favorables en el test SF. Así mismo, más de la cuarta parte de las mujeres presentaron síntomas de ansiedad y depresión, las que a su vez presentaron puntajes bajos de función sexual lo que confirma la hipótesis del estudio. Todas las dimensiones de la función sexual se encontraban afectadas siendo el deseo sexual, el orgasmo y la excitación las que presentaron puntajes más bajos. La irritabilidad, dificultad para relajarse y para conciliar el sueño fueron los signos de ansiedad más frecuentes. La falta de energía, de concentración y lentitud para realizar las actividades fueron las más afectadas en el test de depresión.
- 3) Los factores que se relacionaron de forma significativa con problemas de ansiedad y depresión fueron las mujeres <30 años, con uno o ningún hijo, la falta de apoyo familiar, la baja satisfacción posterior a la cirugía y la baja función sexual. Los que relacionaron con disfunción sexual fueron: la HTA de causa obstétrica, el poco apoyo de la familia, el bajo nivel de satisfacción posterior a la cirugía y las mujeres con síntomas de ansiedad y depresión.

**Recomendaciones**

- 1) Dado que la histerectomía de causa ginecológica es tres veces más frecuente que la obstétrica, se debe de considerar antes de indicar la cirugía, la edad de la mujer, paridad o deseo de tener más hijos, el diagnóstico, al igual que se deben de agotar las formas de manejo conservador. Además de brindar a la paciente la información necesaria sobre el procedimiento, así como sus ventajas y desventajas con la posibilidad de la paciente de decidir. Para la histerectomía de causa obstétrica y reducir su incidencia, en la medida de lo posible se deben considerar las cirugías conservadoras principalmente en jóvenes y sin hijos.
- 2) En los casos en que la HTA sea la conducta más adecuada, se debe de brindar el apoyo necesario a la mujer durante su etapa de recuperación y posterior a esta, el cual debe realizarse de forma integral con la participación del ginecólogo, psicología, medicina, nutrición y de esta manera reducir la incidencia de trastornos depresivos que también repercuten en su función sexual.
- 3) Considerar los factores que se han relacionado con trastornos depresivos o de disfunción sexual en mujeres con histerectomía abdominal y de esta manera influir en el desarrollo o agravamiento de la enfermedad de forma temprana. Así también, realizar test de función sexual y de Golberg a toda mujer antes y/o después de la cirugía para detectar mujeres con síntomas o con riesgo de desarrollar dichos trastornos y de esta manera brindarles el apoyo necesario.

**Bibliografía**

- Alcántara, A., & Sánchez, C. (2016). Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico. Grupo de trabajo de Nefrouología SEMERGEN. *Terapéutica en atención primaria*, Vol. 42 (5): 33-37.
- Ayala, F., Izaguirre, H., Ayala, R., Quiñones, A., Caffánzar, C., & Ochate, J. (2018). Instrumentos utilizados para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud durante el climaterio. *Rev. Peru. Investig. Matern. Perinaat.* , Vol. 5 (2): 55-65.
- Blanco, T. (2022). *Depresión y sexualidad femenina*. UNiversidad de la Rep´ública, Montevideo, Uruguay. Montevideo: Revista latinoamericana de medicina sexual.
- Blumel, J., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, A., Izaguirre, H., & Sarrá, S. (2004). Índice de función sexual femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol. Departamento de Medicina, Hospital Barros Luco-Trudeau, Universidad de Chile*, Vol: 69(2): 118-125.
- Correa, J. P. (2017). Impacto de la histerectomía abdfominal total y la histerectomía vaginal sin prolapso en la calidad de vida y satisfacción sexual. . *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 68; N°. 1; Pag: 12-24.
- Cuevas, V., Díaz, L., Espinoza, F., & Garrido, C. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres histerectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía. Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile. *Revista Chilena de Ginecología*, 84(3): 245-256.
- Edgard, B. (2013). Técnica de histerectomía abordaje abdominal. In G. d. IGSS, *Compendio de técnica quirúrgica gineco obstétrica. Guía práctica clínica basada en evidencia* (pp. 220-232). Guatemala: Departamento de Organización y Métodos del IGSS.
- Evans, L., Aguilar, G., & Al, H. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med*, 48(9): 1560-1571.
- Figueiras. (2018). Complicaciones y calidad de vida en pacientes postoperadas de histerectomía vaginal vs abdominal por patología benigna en el hospital Juárez de

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

México. *Trabajo de Investigación para obtener el Grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia*. México, México.

García. (2018). Calidad de vida de las mujeres jóvenes adultas de 20 a 40 años, sometidas a histerectomía abdominal o vaginal en el servicio de ginecología, en el Hospital Regional Lambayeque, 2015-2016. *Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano*. Chiclayo, Perú: Facultad de Medicina Humana.

Hong Lin, C. L. (2021). Surgical Trend and Volume Effect on the Choiced of Hysterctomy Benign Gynecogic Conditions. Medical Center Taiwan. *Gynecology and Minimally Invasive Therapy*, 10(1): 1-9.

Iglesias, L., & Soto, M. (2020). Vida sexual tras histerectom[ia por motivos benignos. Una revisi[on sistemática. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, Vol. 47; N°:2 (78-88).

Khairiyatul, R., Umbul, C., Prasetyo, B., & Dwi, D. (2020). Recovery time period and quality of life after hysterectomy. *Journal of Public Health Research*, Vol: 9; N°; 1837 (176-178).

Lobos, E., & Gutiérrez, J. (2020). adaptación psicométrica de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg en una muestra savadoreña. *Revista Entorno, Universidad Tecnológica de El Salvador*, N°: 70 (87-98).

Lonnée, R. P. (2014). Effects of hysterectomy on sexual function. *Current Sexual Health Reports*, 244-251. DOI: 10.1007/11930-014-0029-3.

M. Cuatzami, M. V. (2009). Significado de la histerectomía en mujeres en edad reproductiva, por complicaciones del parto: una visión sociocultural. UNAM, Zaragoza, México. *Revista CONAMED*, 11-14.

Mendoza, G. (n.d.). Impacto de la histerctomía en la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres intervenidas en el hospital alemán nicaraguense, durante enero 2014 a diciembre 2018. *Tesis monográfica para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, Nicaragua, 2019.



## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

- Miranda, C. (n.d.). Impacto de la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes entre 35 y 55 años de servicio de ginecología y obstetricia del hospital Alfredo Noboa, durante febrero-agosto, 2013. *Investigación para optar al título de médico*. Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud, Medicina., Ambato, Ecuador.
- OMS. (1998). *Calidad de vida*. Geneva, Suiza: División de Salud Mental.
- Parra, C., González, G., González, E., & Soler, R. (2017). *¿Cambia la calidad de vida de la mujer después de una histerectomía?*. Albacete: Editorial Area de Innovación y Desarrollo .
- Pathiraja, P. J. (2021, Feb 17). *Evaluation of Peripartum Hysterectomy in a Tertiary Care Unit and its effect on patients long-term physical and mental wellbeing: Quest is not over when you save the life*. Retrieved from National Library of Medicine: doi: 10.1155/2021/5720264
- Sobral, E., & Soto, M. (2015). Problemas sexuales derivados de la histerectomía. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 42(1): 25-32.
- Urrutia, M., & Riquelme, P. (2009). Significado de histerectomía para un grupo de mujeres Chilenas. *Rev Chilena Obst Gin*, 74(5): 276-280.

**Anexos**

## Cuestionario De Índice De Función Sexual Femenina

**Marque solo una alternativa por pregunta.**

1. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia sintió deseo o interés sexual?
  - a. Casi siempre o siempre
  - b. La mayoría de las veces (más que la mitad)
  - c. A veces (alrededor de la mitad)
  - d. Pocas veces (menos que la mitad)
  - e. Casi nunca o nunca
2. En las últimas cuatro semanas, ¿cómo calificaría su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?
  - a. Muy alto
  - b. Alto
  - c. Moderado
  - d. Bajo
  - e. Muy bajo o nada
3. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia usted sintió excitación durante la actividad sexual?
  - a. No tengo actividad sexual
  - b. Casi siempre o siempre
  - c. La mayoría de las veces (más que la mitad)
  - d. A veces (alrededor de la mitad)
  - e. Pocas veces (menos que la mitad)
  - f. Casi nunca o nunca
4. En las últimas cuatro semanas, ¿cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?
  - a. No tengo actividad sexual
  - b. Muy alto
  - c. Alto
  - d. Moderado
  - e. Bajo
  - f. Muy bajo o nada
5. En las últimas cuatro semanas, ¿cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?
  - a. No tengo actividad sexual
  - b. Muy alta confianza
  - c. Alta confianza
  - d. Moderada confianza
  - e. Baja confianza
  - f. Muy baja o nada de confianza
6. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se sintió satisfecha con su excitación sexual durante la actividad sexual?
  - a. No tengo actividad sexual
  - b. Casi siempre o siempre
  - c. La mayoría de las veces (más que la mitad)
  - d. A veces (alrededor de la mitad)
  - f. Pocas veces (menos que la mitad)
  - g. Casi nunca o nunca
7. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?
  - a. No tengo actividad sexual
  - b. Casi siempre o siempre
  - c. La mayoría de las veces (más que la mitad)
  - d. A veces (alrededor de la mitad)
  - e. Pocas veces (menos que la mitad)
  - f. Casi nunca o nunca
8. En las últimas cuatro semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?
  - a. No tengo actividad sexual
  - b. Extremadamente difícil o imposible
  - c. Muy difícil
  - d. Difícil
  - e. Poco difícil
  - f. No me es difícil
9. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?
  - a. No tengo actividad sexual
  - b. Casi siempre o siempre
  - c. La mayoría de las veces (más que la mitad)

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

- d. A veces (alrededor de la mitad)  
 e. Pocas veces (menos que la mitad)  
 f. Casi nunca o nunca
10. En las últimas cuatro semanas, ¿le es difícil mantener su lubricación hasta finalizar la actividad sexual?  
 a. No tengo actividad sexual  
 b. Extremadamente difícil o imposible  
 c. Muy difícil  
 d. Difícil  
 e. Poco difícil  
 f. No me es difícil
11. En las últimas cuatro semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿con qué frecuencia alcanzó el orgasmo o clímax?  
 a. No tengo actividad sexual  
 b. Casi siempre o siempre  
 c. La mayoría de las veces (más que la mitad)  
 d. A veces (alrededor de la mitad)  
 e. Pocas veces (menos que la mitad)  
 f. Casi nunca o nunca
12. En las últimas cuatro semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?  
 a. No tengo actividad sexual  
 b. Extremadamente difícil o imposible  
 c. Muy difícil  
 d. Difícil  
 e. Poco difícil  
 f. No me es difícil
13. En las últimas cuatro semanas, ¿cuán satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?  
 a. No tengo actividad sexual  
 b. Muy satisfecha  
 c. Moderadamente satisfecha  
 d. Ni satisfecha ni insatisfecha  
 e. Moderadamente insatisfecha  
 f. Muy insatisfecha
14. En las últimas cuatro semanas, ¿cuán satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la relación sexual?  
 a. No tengo actividad sexual  
 b. Muy satisfecha  
 c. Moderadamente satisfecha  
 d. Ni satisfecha ni insatisfecha  
 e. Moderadamente insatisfecha  
 f. Muy insatisfecha
- a. Muy satisfecha  
 b. Moderadamente satisfecha  
 c. Ni satisfecha ni insatisfecha  
 d. Moderadamente insatisfecha  
 e. Muy insatisfecha
16. En las últimas cuatro semanas, ¿cuán satisfecha está con su vida sexual en general?  
 a. Muy satisfecha  
 b. Moderadamente satisfecha  
 c. Ni satisfecha ni insatisfecha  
 d. Moderadamente insatisfecha  
 e. Muy insatisfecha
17. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia siente *discomfort* o dolor durante la penetración vaginal?  
 a. No tengo actividad sexual  
 b. Casi siempre o siempre  
 c. La mayoría de las veces (más que la mitad)  
 d. A veces (alrededor de la mitad)  
 e. Pocas veces (menos que la mitad)  
 f. Casi nunca o nunca
18. En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia siente *discomfort* o dolor después de la penetración vaginal?  
 a. No tengo actividad sexual  
 b. Casi siempre o siempre  
 c. La mayoría de las veces (más que la mitad)  
 d. A veces (alrededor de la mitad)  
 e. Pocas veces (menos que la mitad)  
 f. Casi nunca o nunca
19. En las últimas cuatro semanas, ¿cómo clasifica su nivel (intensidad) de *discomfort* o dolor durante o después de la penetración vaginal?  
 a. No tengo actividad sexual  
 b. Muy alto  
 c. Alto  
 d. Moderado  
 e. Bajo  
 f. Muy bajo o nada

Si quiere que nos pongamos en contacto con usted, en caso de diagnóstico, rellene los siguientes datos. Sus datos seguirán siendo información confidencial (voluntario):

- Nombre y Apellidos: .....
- Teléfono de contacto: .....
- Segundo teléfono de contacto: .....
- Dirección de correo electrónico: .....
- Firma: .....

## IMPACTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE FUNCIÓN SEXUAL Y PSICOSOCIAL

PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Domnio	Preguntas	Puntaje	Factor	Mínimo	Máximo
Deseo	1 - 2	1 - 5	0,6	1,2	6
Excitación	3 - 6	0 - 5	0,3	0	6
Lubricación	7 - 10	0 - 5	0,3	0	6
Orgasmo	11 - 13	0 - 5	0,4	0	6
Satisfacción	14 - 16	0 - 5	0,4	0,8	6
Dolor	17 - 19	0 - 5	0,4	0	6
Rango Total				2	36

**Escala de Goldberg****Sub escala de ansiedad****Si No**

1. ¿Se ha sentido muy nerviosa o tensa?
2. ¿Ha estado muy preocupada por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha sentido dificultad para relajarse?

Si hay más de dos respuestas afirmativas continuar

5. ¿Siente que duerme mal por las noches?
6. ¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño o amanece desvelada?
7. ¿Ha tenido mucho dolor de cabeza o nuca?
8. ¿Ha presentado temblores, hormigueo, mareos, sudores o diarrea?
9. ¿Ha estado preocupada por su salud?

**Subescala de depresión**

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Siente que ha perdido interés por las cosas?
3. ¿Siente que ha perdido la confianza en sí misma?
4. ¿Siente que ha perdido las esperanzas por algo?

Si hay al menos una respuesta afirmativa continuar el test

5. ¿Siente que le cuesta concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso o ha perdido el apetito?
7. ¿Se ha estado despertando más temprano o le cuesta conciliar el sueño?
8. ¿Siente que hace sus cosas demasiado lento?
9. ¿Cree usted que tendido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

**Tabla 1:** Edad y peso actual y al momento de la cirugía (Media, Mediana, Moda, Mínimo, Máximo y Percentiles) en mujeres con histerectomía abdominal en edad reproductiva.

Estadísticos		Edad actual	Edad cirugía	Peso actual	Peso cirugía
Total		73	73	69	69
Media		37.5	35	69.5	69
Mediana		39	37	70	70
Moda		32	39	60	70
Mínimo		18	15	21	20
Máximo		50	45	130	122
Percentiles	25	32	30	60	59
	50	39	37	70	70
	75	43	39	78	78

**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 2:** Nivel de escolaridad y estado civil en mujeres con histerectomía abdominal en edad reproductiva.

Nivel escolar		Frecuencia	Porcentaje	Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
	Primaria	27	37	Soltera	18	25
	Secundaria	23	31.5	Casada	11	15
	Bachiller o Universitaria	23	31.5	Unión libre	44	60
	Total	73	100		73	100

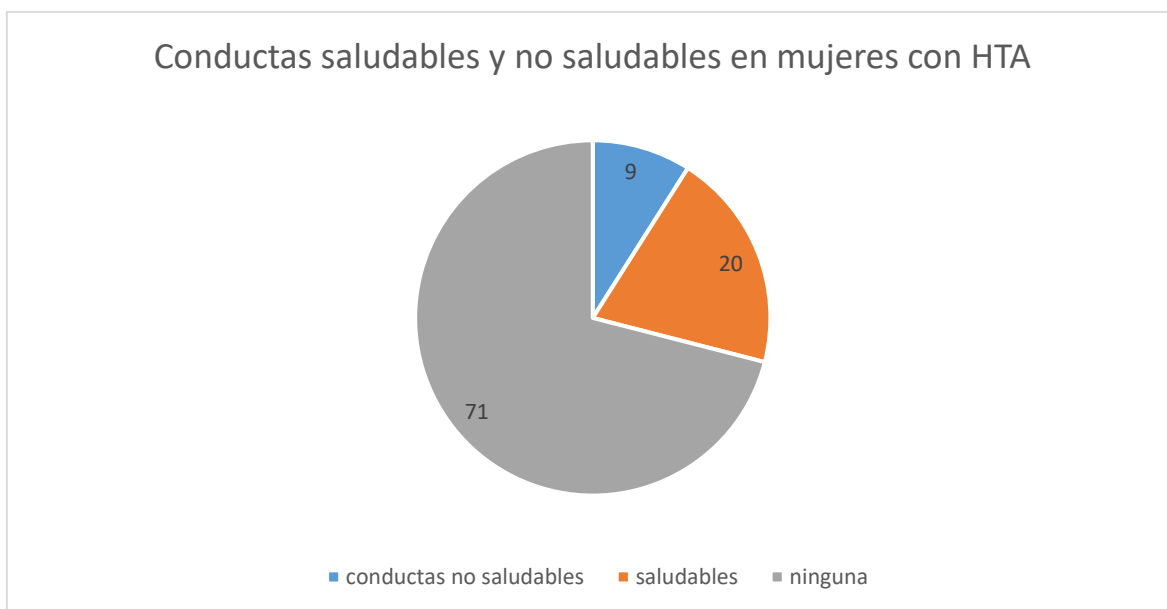
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 3:** Religión y ocupación en mujeres con histerectomía abdominal en edad reproductiva

	Frecuencia	Porcentaje	Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	26	35.5	Ninguna	52	71
Católica	13	18	Estilista	5	7
Evangélica	32	44	Comerciante	10	14
Testigo	2	2.5	Cocinera	4	5
			Oficina	2	3
	73	100	Total	73	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

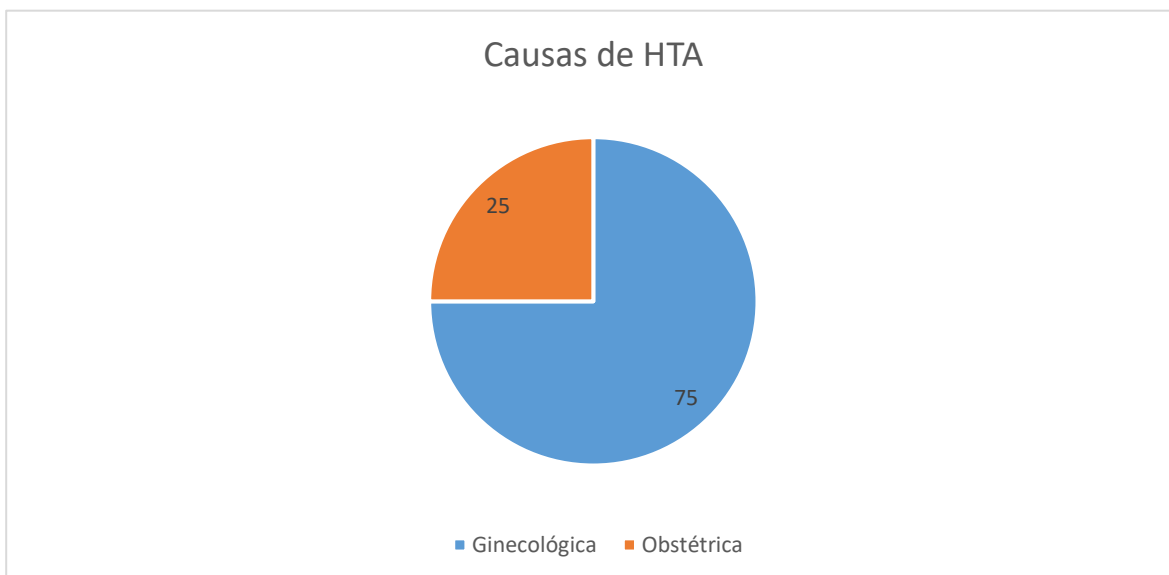
**Gráfico 1:** Conductas saludables y no saludables de mujeres con HTA en edad reproductiva



	Frecuencia	Porcentaje
Fuman	2	3
Consume licor	6	9
Actividad física	14	20
Sin conductas	53	71

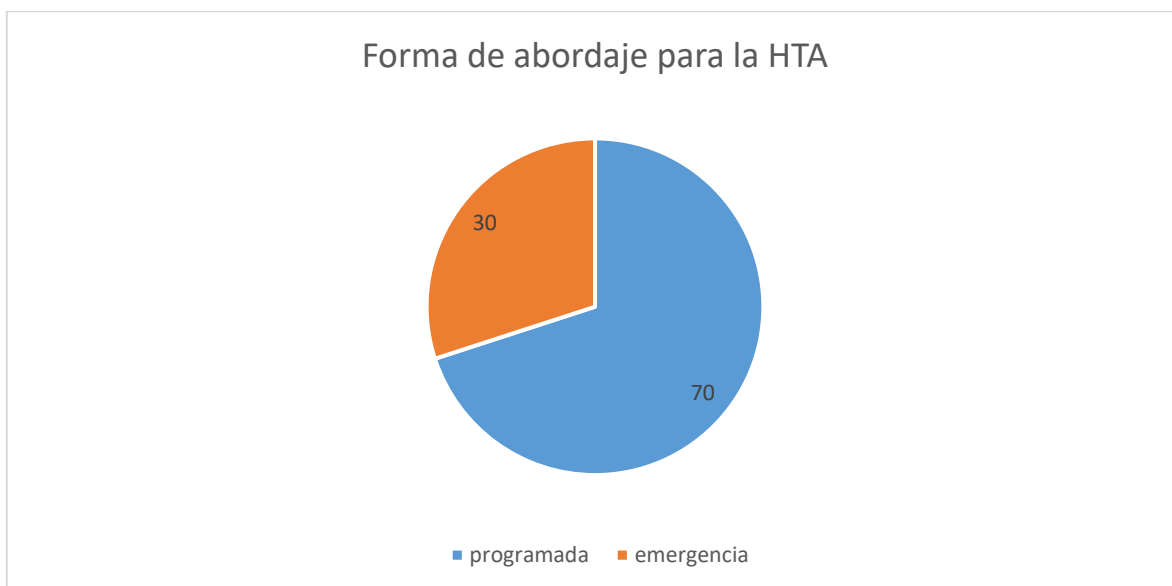
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

Gráfico 2: Causa de la HTA en mujeres en edad reproductiva



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

Gráfico 3: Forma de abordaje para realizar la HTA en mujeres en edad reproductiva



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

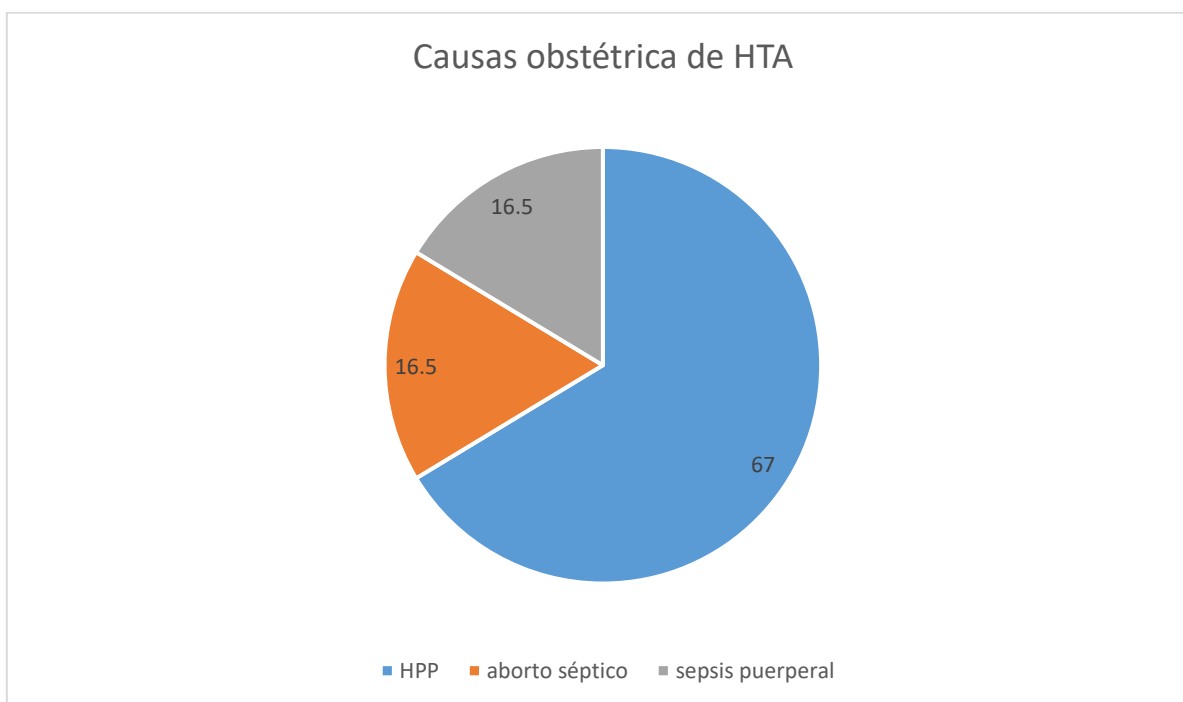


**Tabla 4:** Causa de la histerectomía abdominal y su abordaje en mujeres en edad reproductiva

Causas de HTA	Frecuencia	Porcentaje	Forma de abordaje	Frecuencia	Porcentaje
Ginecológica	55	75	Programada	51	70
Obstétrica	18	25	Emergencia	22	30
Total	73	100		73	100

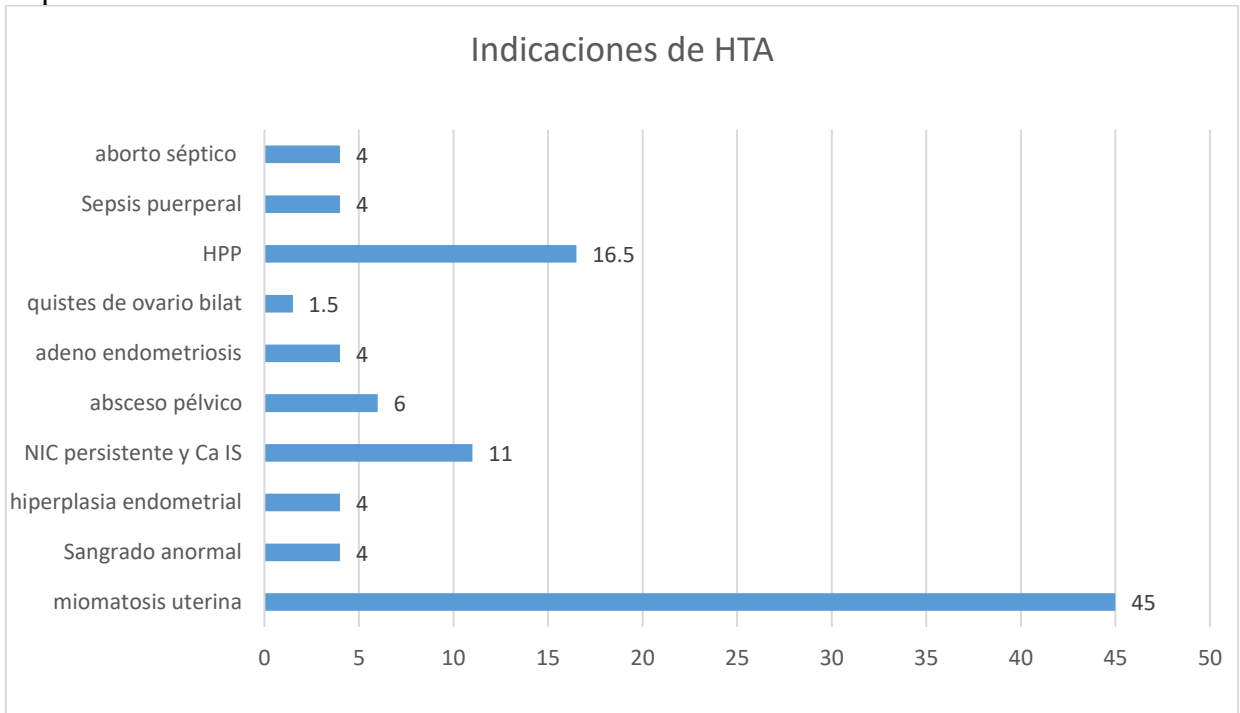
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 4:** Indicaciones de HTA de causa obstétrica en mujeres en edad reproductiva



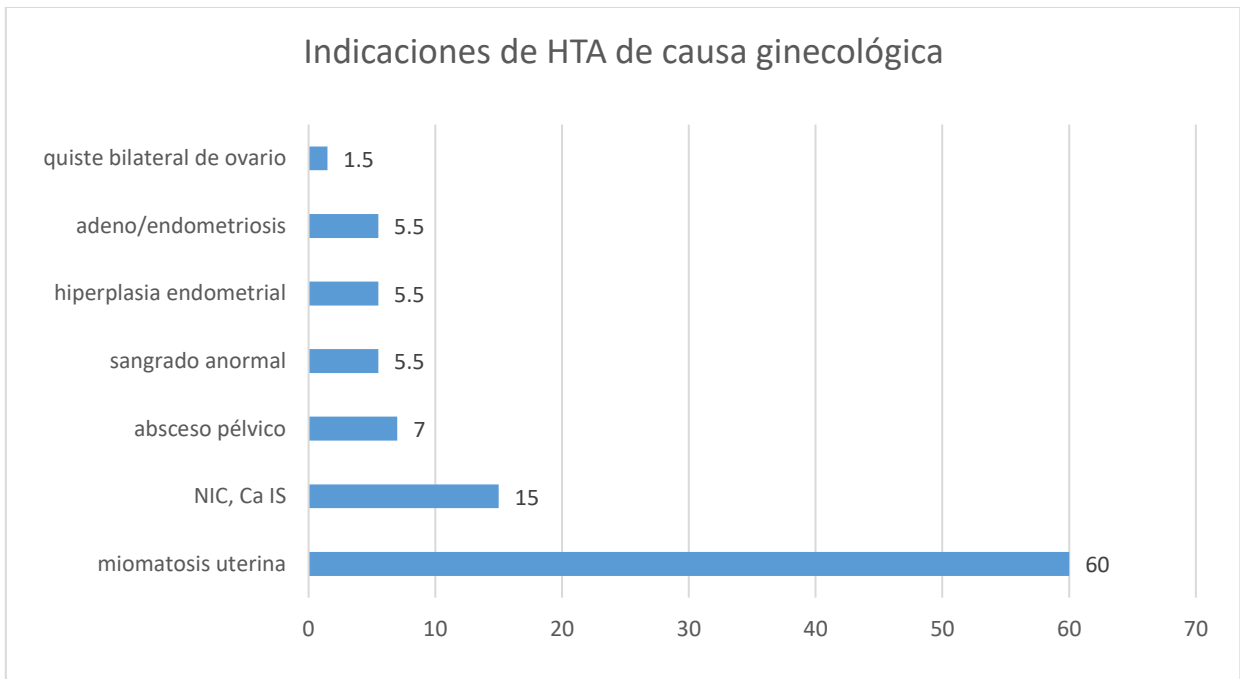
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 5:** Indicaciones de la HTA de causa ginecológica y obstétrica en mujeres en edad Reproductiva



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 6:** Indicaciones en HTA de causa ginecológica en mujeres en edad reproductiva



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 5:** Indicaciones de la HTA de causa ginecológica y obstétrica en mujeres en edad reproductiva

	Frecuencia	Porcentaje	Causa ginecológica		Causa obstétrica	
			frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
Miomatosis uterina	33	45	33	60		
Sangrado anormal	3	4	3	5.5		
Hiperplasia endometrial	3	4	3	5.5		
NIC persistente y CaIS	8	11	8	15		
Absceso pélvico	4	6	4	7		
Adeno o endometriosis	3	4	3	5.5		
Quiste bilateral ovarios	1	1.5	1	1.5		
Sepsis puerperal	3	4			3	16.5
Aborto séptico	3	4			3	16.5
HPP	12	16.5			12	67
Total	72	100	55	76	17	24

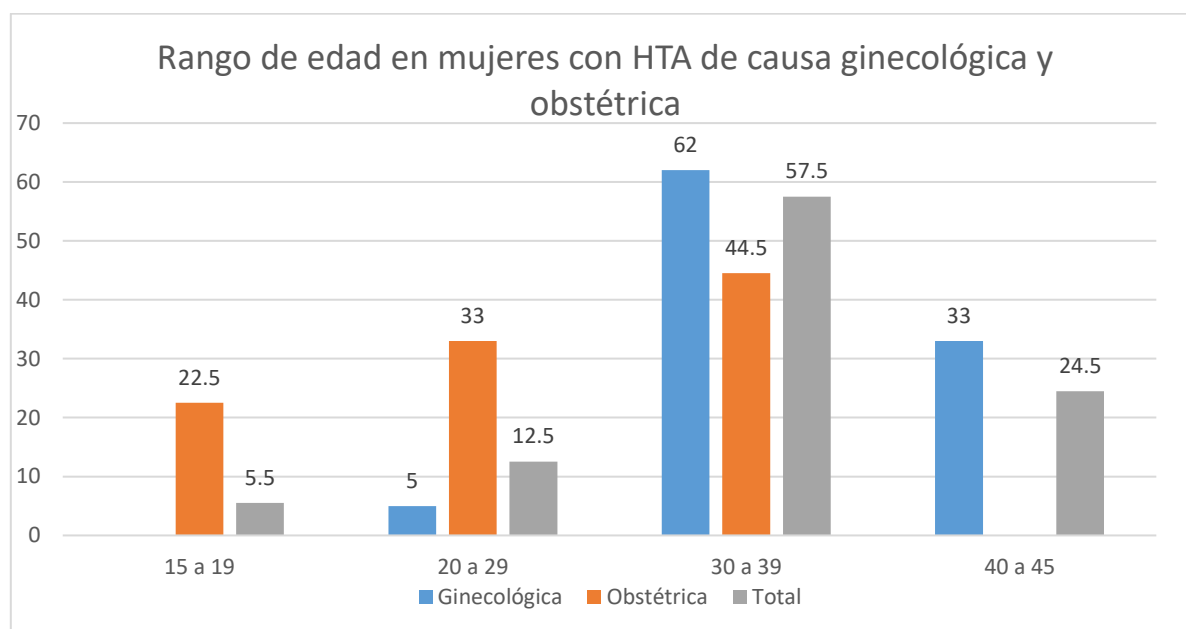
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 6:** Rango de edad en mujeres con HTA de causa ginecológica y obstétrica de mujeres en edad reproductiva

Rango de edad (años)	Causas de HTA						chi	V de Kramer
	Ginecológica		Obstétrica		Total			
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje		
15 a 19			4	22.5	4	5.5	0.00	0.58
20 a 29	3	5	6	33	9	12.5		
30 a 39	34	62	8	44.5	43	57.5		
40 a 45	18	33			18	24.5		
<b>Total</b>	55	75	18	25	73	100		

**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 7:** Rango de edad y causa de la HTA de mujeres en edad reproductiva



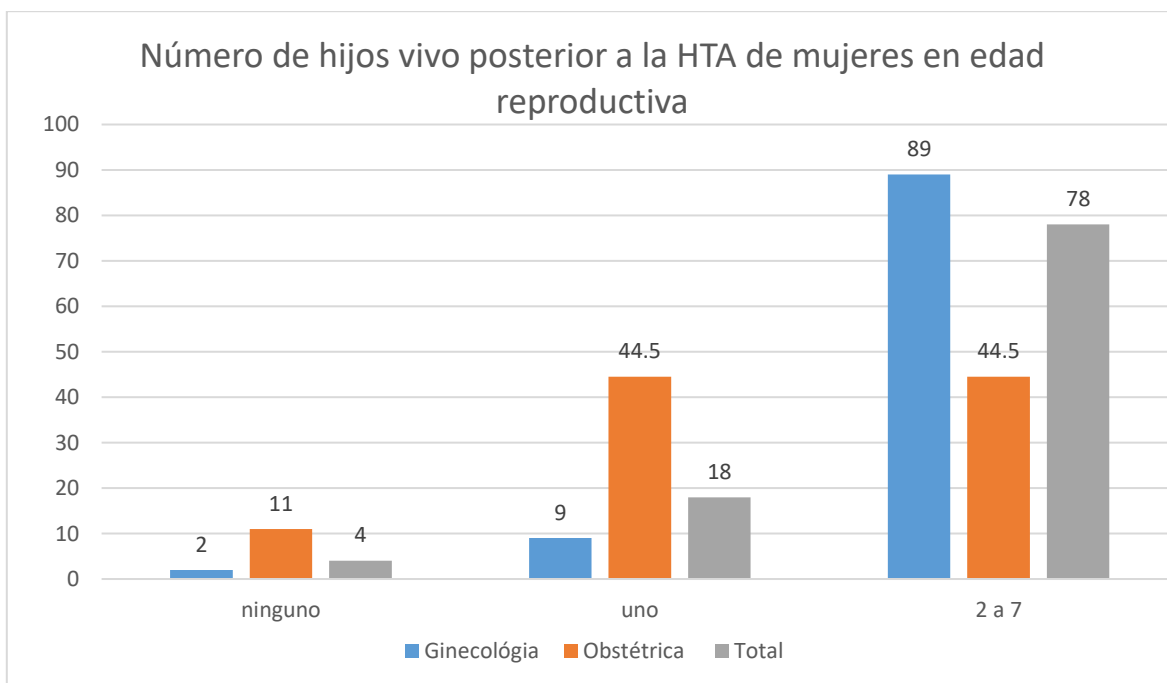
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 7:** Total de embarazos e hijos vivos (Promedio, Mediana, Moda, Mínimo, Máximo, Percentiles) en mujeres con HTA en edad reproductiva

Estadísticas		Embarazos	Hijos vivos
Total		73	73
Media		3	2
Mediana		3	2
Moda		3	2
Mínimo		0	0
Máximo		9	6
Percentiles	25	2	2
	50	3	3
	75	3	3

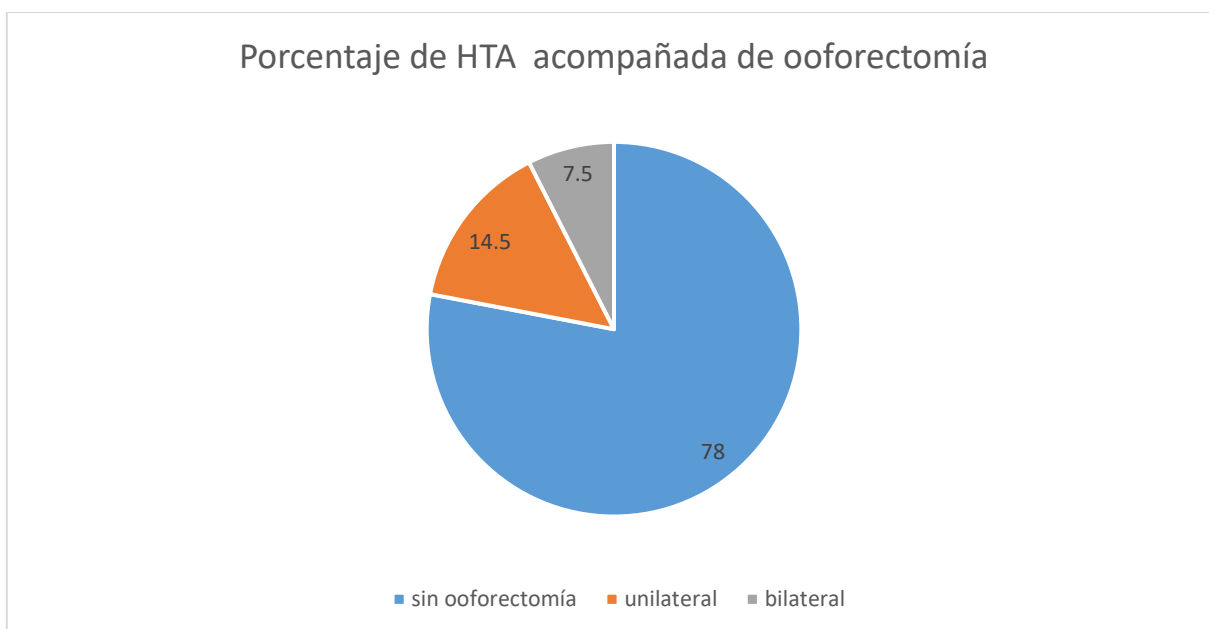
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 8:** Número de hijos vivos posterior a la HTA en edad reproductiva



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 9:** HTA de mujeres en edad reproductiva acompañada o no de ooforectomía



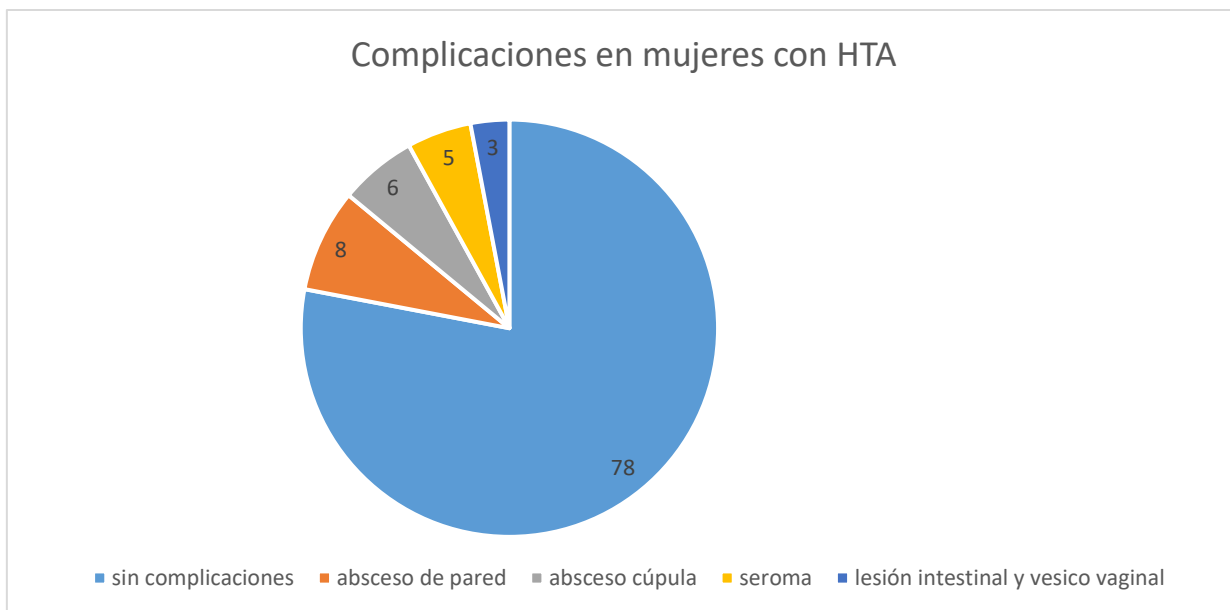
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla: 8:** Total de mujeres con HTA acompañada de ooforectomía uni o bilateral

HTA acompañada de Ooforectomía	Frecuencia	Porcentaje	HTA sin ooforectomía	Frecuencia	Porcentaje
Ginecológica	12	22	Ginecológicas	43	78
Obstétricas	4	22	Obstétricas	14	78
Total	16	22	Total	57	78

**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

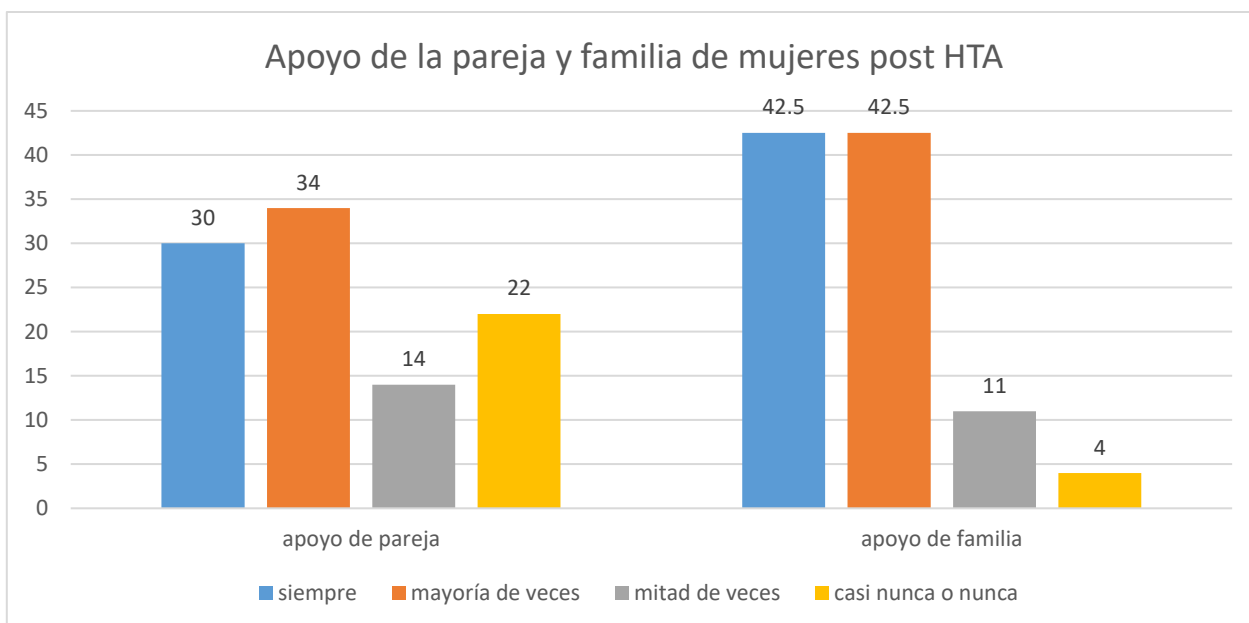
**Gráfico 10:** Complicaciones en mujeres con HTA en edad reproductiva



Total de mujeres con complicaciones postquirúrgicas		Total de mujeres sin complicaciones postquirúrgicas		Total de mujeres	
Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
16	22	57	78	73	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 11:** Apoyo de la pareja y familia de mujeres en edad reproductiva con HTA



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

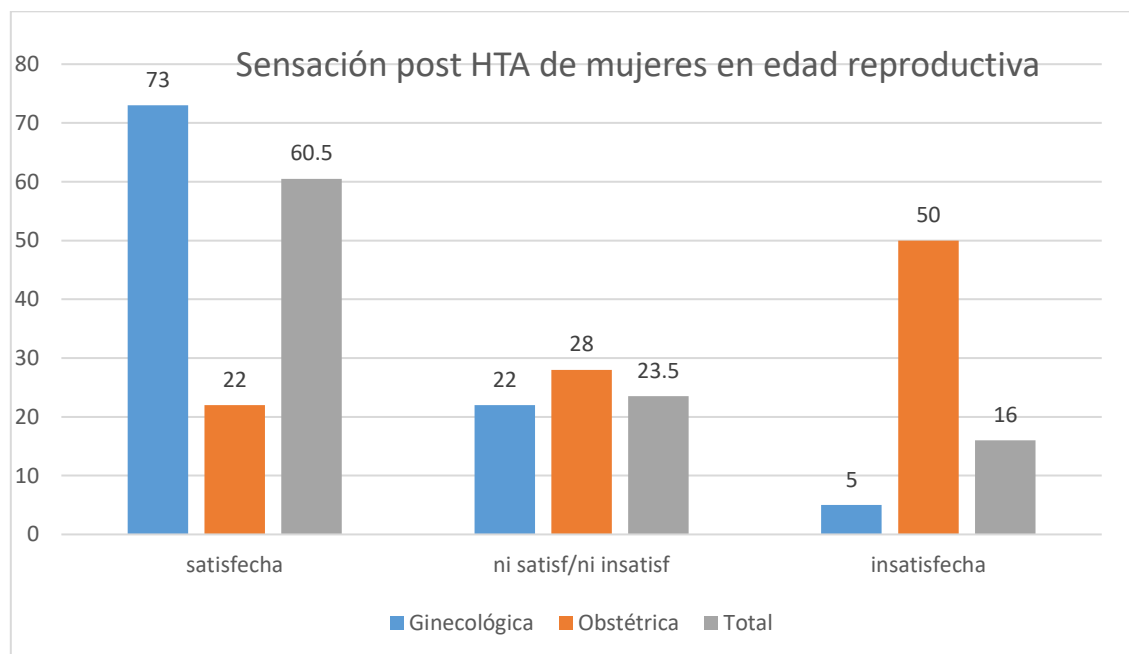
**Tabla 9:** Apoyo de la pareja y familia en mujeres con HTA en su etapa reproductiva

Frecuencia	Apoyo de la pareja		Apoyo de la familia	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
<b>Siempre</b>	22	30	31	42.5
<b>Mayoría de veces</b>	25	34	31	42.5
<b>La mitad de veces</b>	10	14	8	11
<b>Casi nunca o nunca</b>	16	22	3	4
<b>Total</b>	73	100	73	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos



**Gráfico 12:** Nivel de satisfacción post HTA de causa ginecológica y obstétrica de mujeres en edad reproductiva



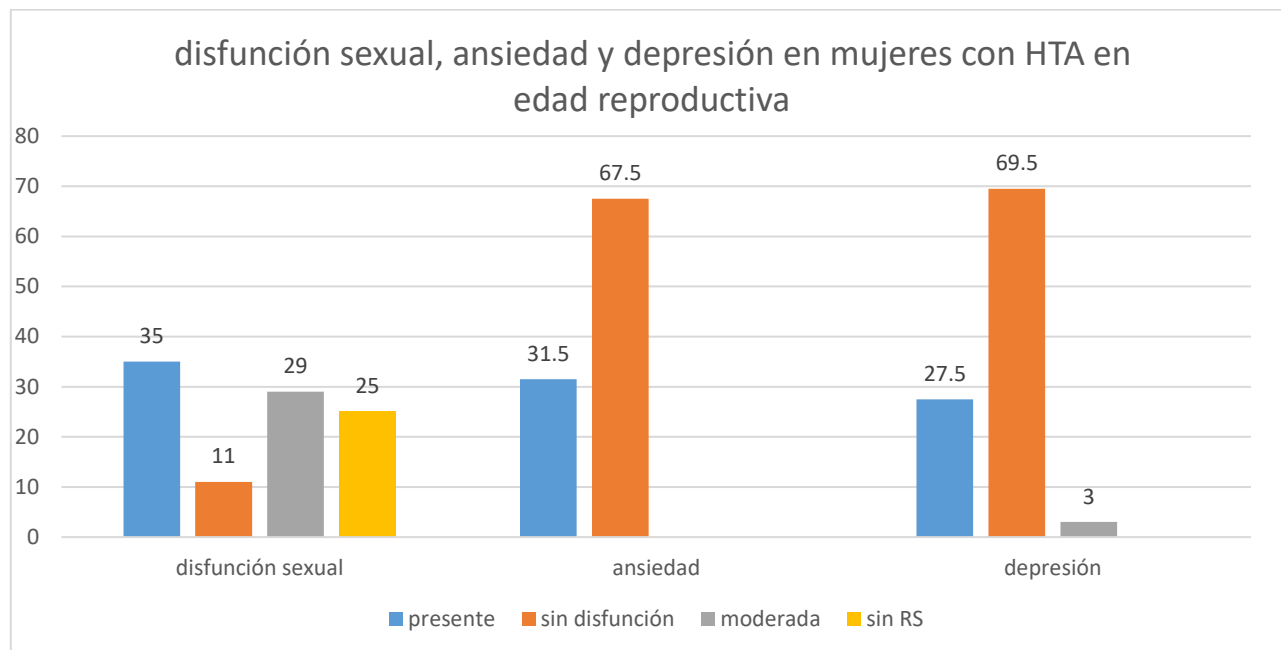
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 10:** Nivel de satisfacción post histerectomía de causa ginecológica y obstétrica realizada a mujeres durante su etapa reproductiva

Nivel de satisfacción	Causas de HTA						chi	V de Kramer
	Ginecológica		Obstétrica		Total			
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje		
<b>Satisfecha</b>	40	73	4	22	44	60.5	0.00	0.58
<b>Moderada</b>	12	22	5	28	17	23.5		
<b>satisfacción</b>			9	50	12	16		
<b>Insatisfecha</b>	3	5						
<b>Total</b>	55		18	25	73	100		

**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 13:** Disfunción sexual y síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con HTA en su edad reproductiva



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 11:** Síntomas de disfunción sexual, ansiedad y depresión en mujeres con HTA en su edad reproductiva

	Disfunción sexual		Ansiedad		Depresión	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
<b>Síntomas presentes</b>	26	35	23	31.5	20	27.5
<b>Síntomas ausentes</b>	8	11	50	67.5	51	69.5
<b>Síntomas moderados</b>	21	29			2	3
<b>Sin relaciones sexuales</b>	18	25				
<b>Total</b>			73	100	73	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

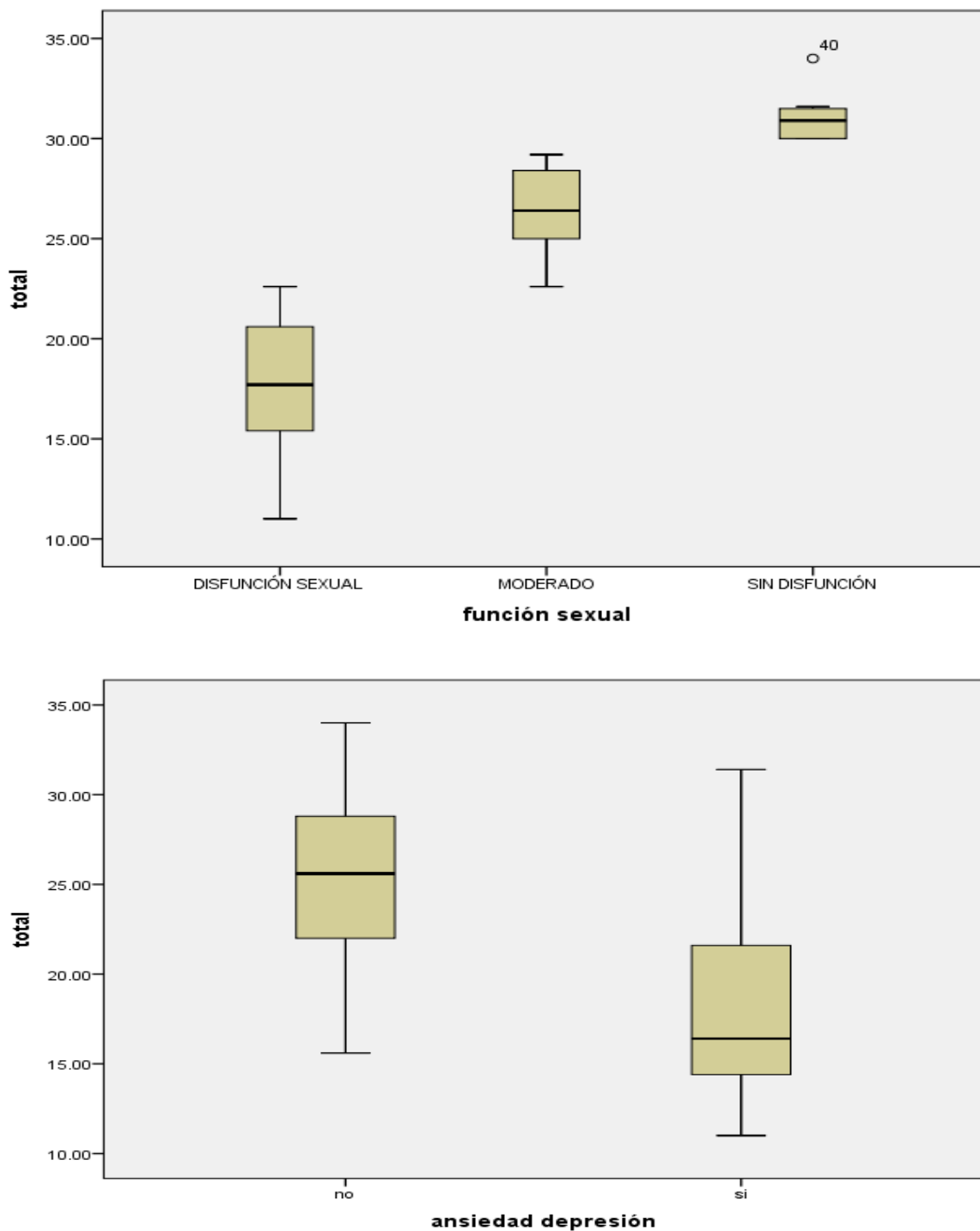
**Tabla 12:** Valores estadísticos de los puntajes del test de función sexual y test de Golberg sobre ansiedad y depresión

		<b>Test de función sexual</b>	<b>Test de ansiedad</b>	<b>Test para depresión</b>
		55	73	73
<b>Media</b>		23	1.5	1
<b>Mediana</b>		24	0	0
<b>Moda</b>		28	0	0
<b>Mínimo</b>		11	0	0
<b>Máximo</b>		34	9	7
<b>Percentiles</b>	25	18	0	0
	50	24	0	0
	75	28	2	1.5

		<b>Puntajes de mujeres con disfunción sexual</b>	<b>Test de ansiedad</b>	<b>Test para depresión</b>
		26	23	20
<b>Media</b>		17.5	4	3
<b>Mediana</b>		17.5	4	3
<b>Moda</b>		16.5	2	3
<b>Mínimo</b>		11	2	2
<b>Máximo</b>		22.6	9	7
<b>Percentiles</b>	25	15	2	2
	50	17.5	3	3
	75	20.5	6	4

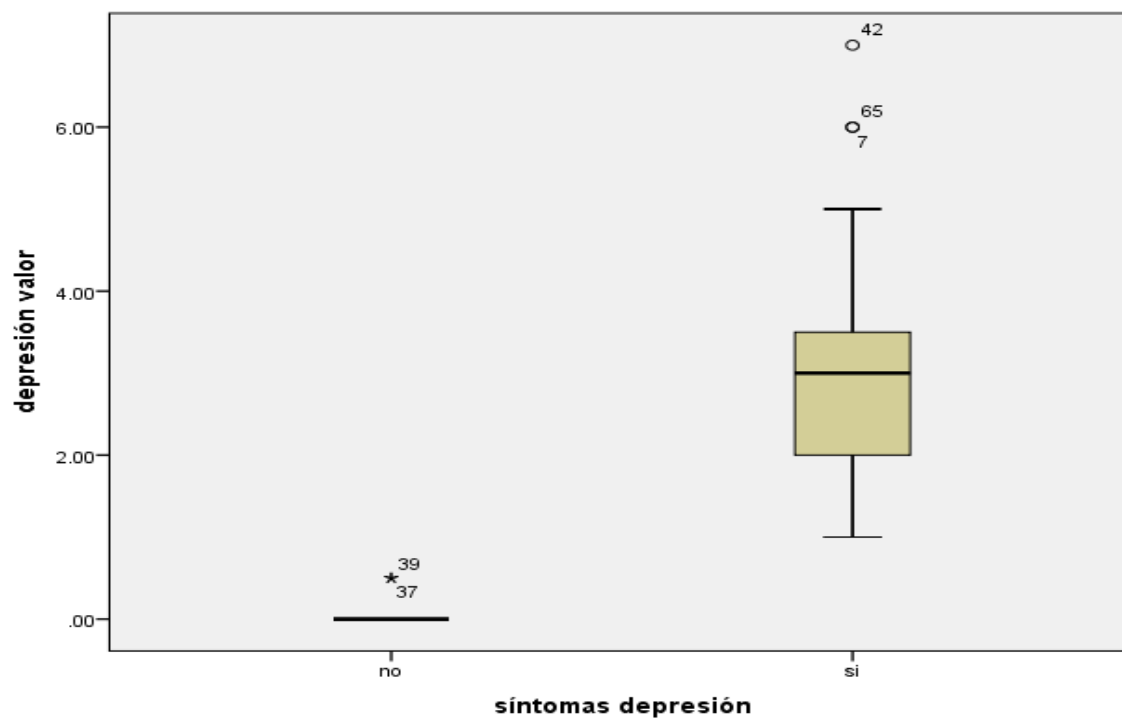
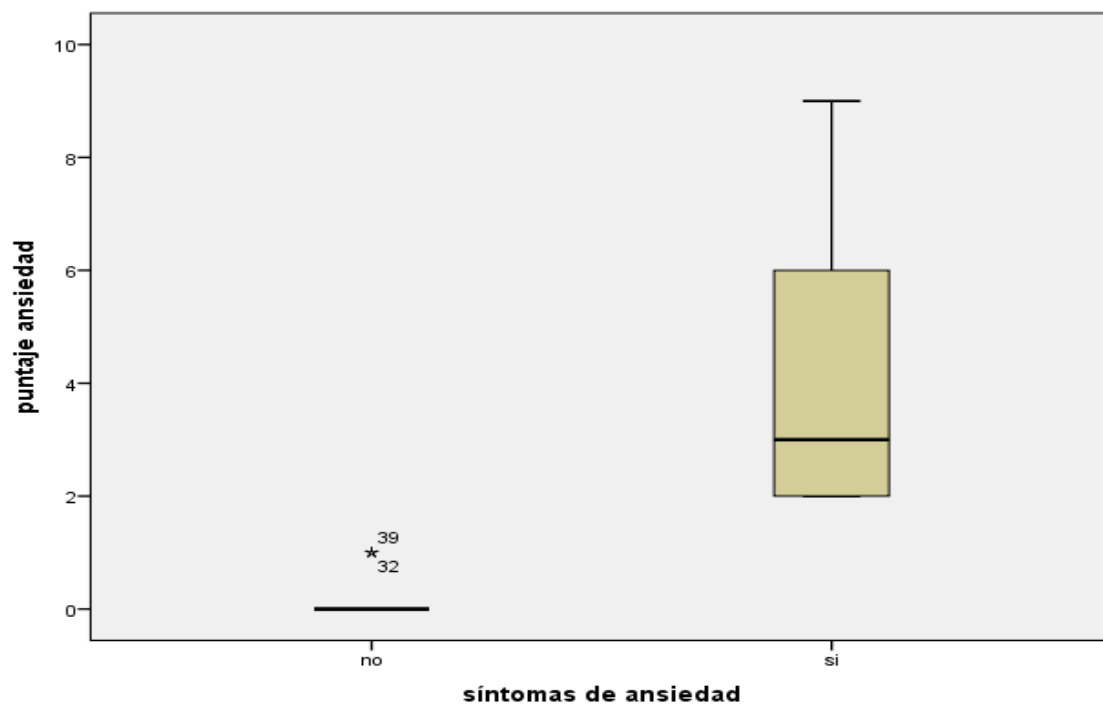
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 14:** Puntajes obtenidos en el test de función sexual en mujeres con y sin disfunción sexual y síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con HTA en edad reproductiva con vida sexual activa



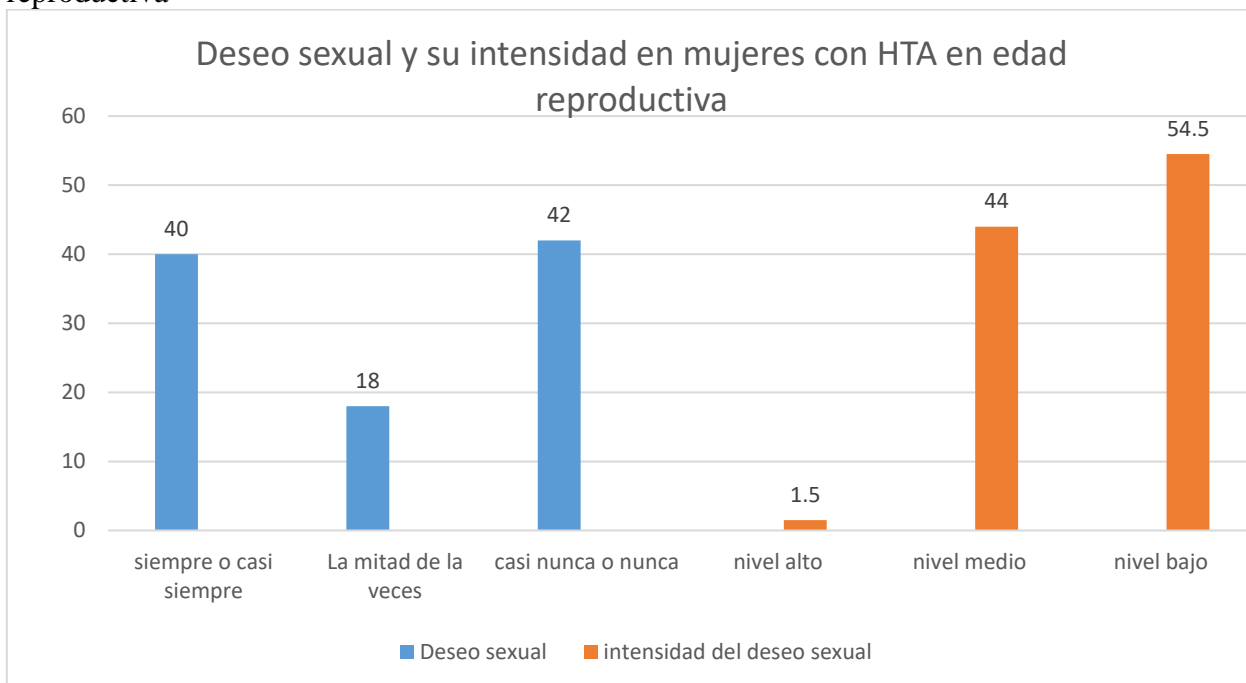
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 15:** Puntajes obtenidos con el test de Golberg para ansiedad y depresión en mujeres con HTA en su edad reproductiva



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 16:** Deseo sexual y su intensidad referida por mujeres con HTA en su etapa reproductiva



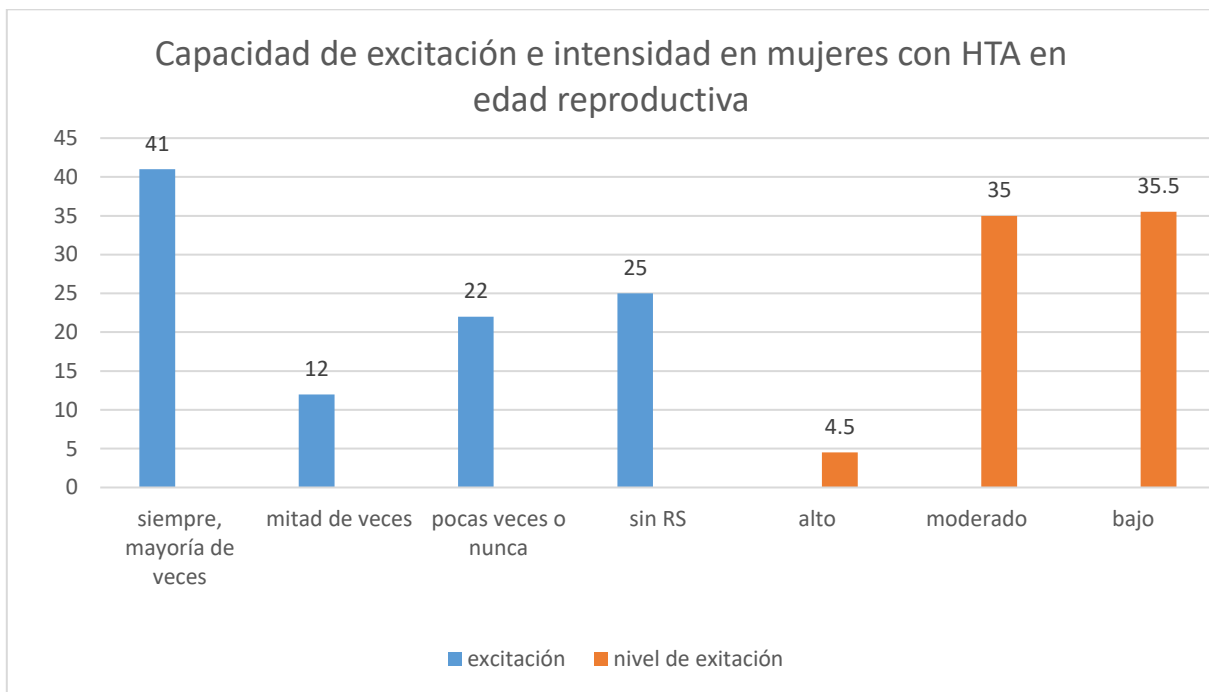
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 13:** Deseo sexual e intensidad referido por mujeres con HTA en su etapa reproductiva

Clasificación	Deseo sexual		Clasificación	Intensidad de deseo sexual	
	frecuencia	porcentaje		frecuencia	porcentaje
<b>Siempre</b>	6	8	Muy alto		
<b>Mayoría de las veces</b>	23	32	Alto	1	1.5
<b>La mitad de las veces</b>	13	18	Medio	32	44
<b>Menos de la mitad de veces</b>	14	19	Bajo	23	31.5
<b>Casi nunca o nunca</b>	17	23	Muy bajo	17	23
<b>Total</b>	73	100	Total	73	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 17:** Excitación durante las relaciones sexuales e intensidad en mujeres con HTA en edad reproductiva



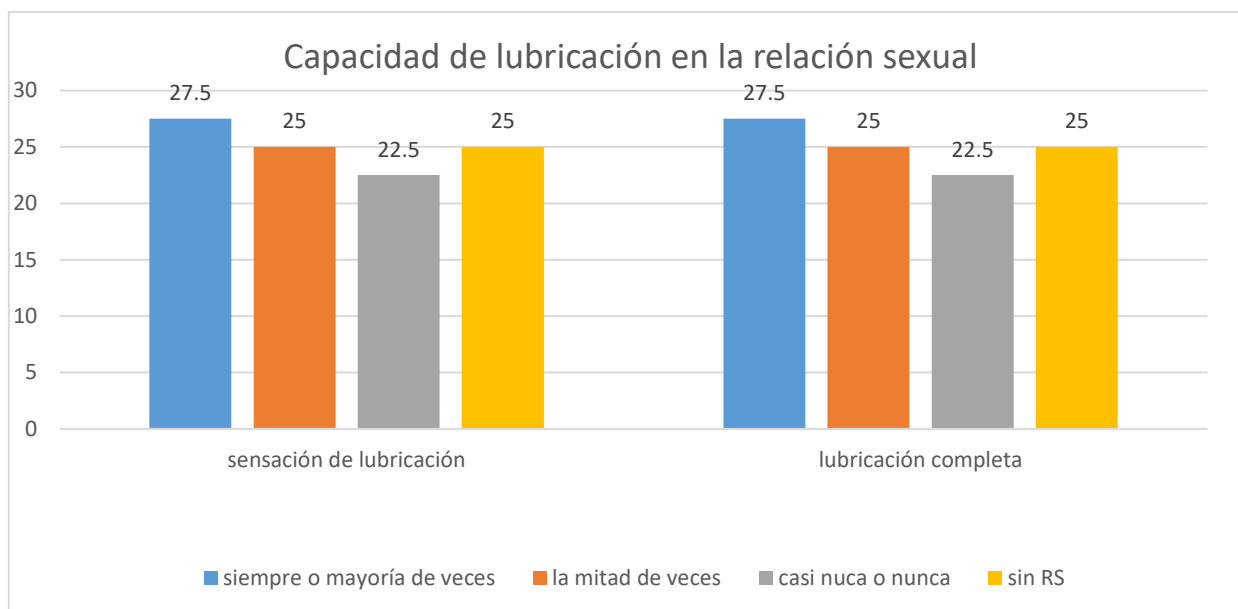
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 14:** Excitación y nivel de excitación durante las relaciones sexuales de mujeres con HTA en su etapa reproductiva

Clasificación	Frecuencia de excitación		Clasificación	Nivel de excitación	
	frecuencia	porcentaje		frecuencia	porcentaje
<b>Siempre</b>	13	18	Muy alto		
<b>Mayoría de veces</b>	17	23	Alto	3	4.5
<b>Mitad de veces</b>	9	12	Moderado	26	35
<b>Menos de la mitad de veces</b>	13	18	Bajo	23	31
<b>veces</b>	3	4	Muy bajo	3	4.5
<b>Casi nunca o nunca</b>	18	25		18	25
<b>Sin relaciones sexuales</b>					

**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 18:** Capacidad de lubricación y duración al momento de la relación sexual en mujeres con HTA en edad reproductiva



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

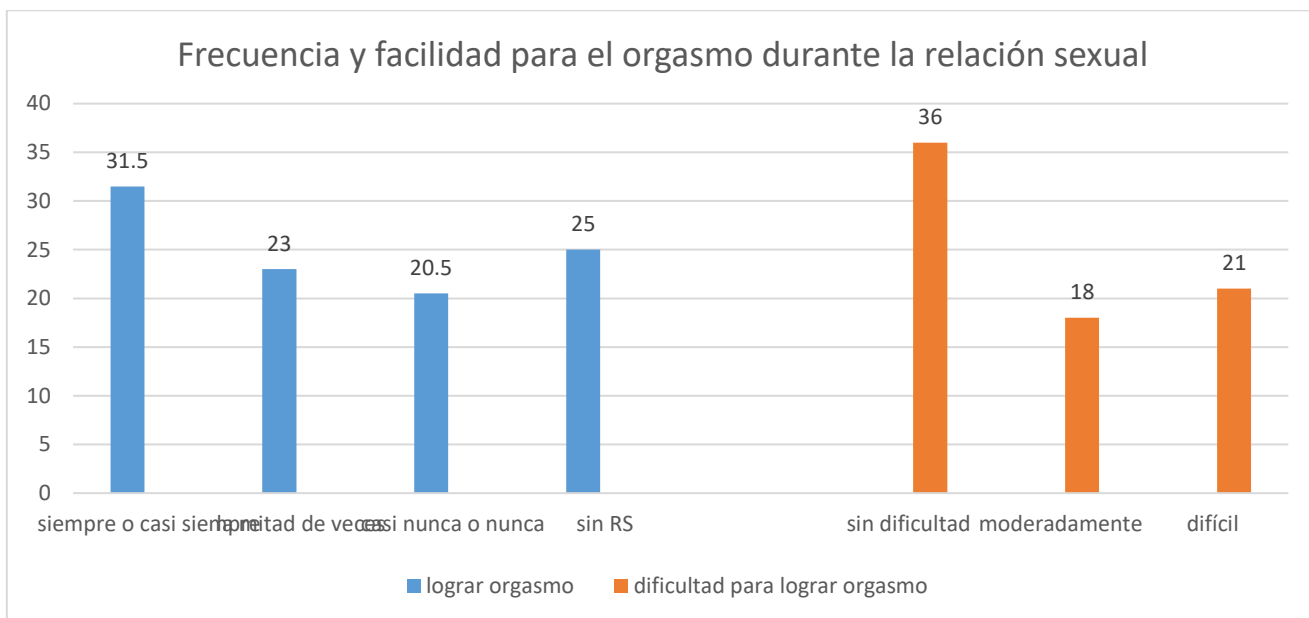
**Tabla 15:** Lubricación durante las relaciones sexuales de mujeres con HTA en su etapa reproductiva

Clasificación	Frecuencia de lubricación		Nivel de lubricación	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
<b>Siempre</b>	8	10	8	10
<b>Mayoría de veces</b>	13	17.5	13	17.5
<b>Mitad de veces</b>	18	25	18	25
<b>Menos de la mitad de veces</b>	13	17.5	12	16
<b>Casi nunca o nunca</b>	3	5	4	6.5
<b>Sin relaciones sexuales</b>	18	25	18	25
<b>Total</b>	73	100	73	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos



**Gráfico 19:** Frecuencia y facilidad para lograr el orgasmo durante la relación sexual en mujeres con HTA en su etapa reproductiva



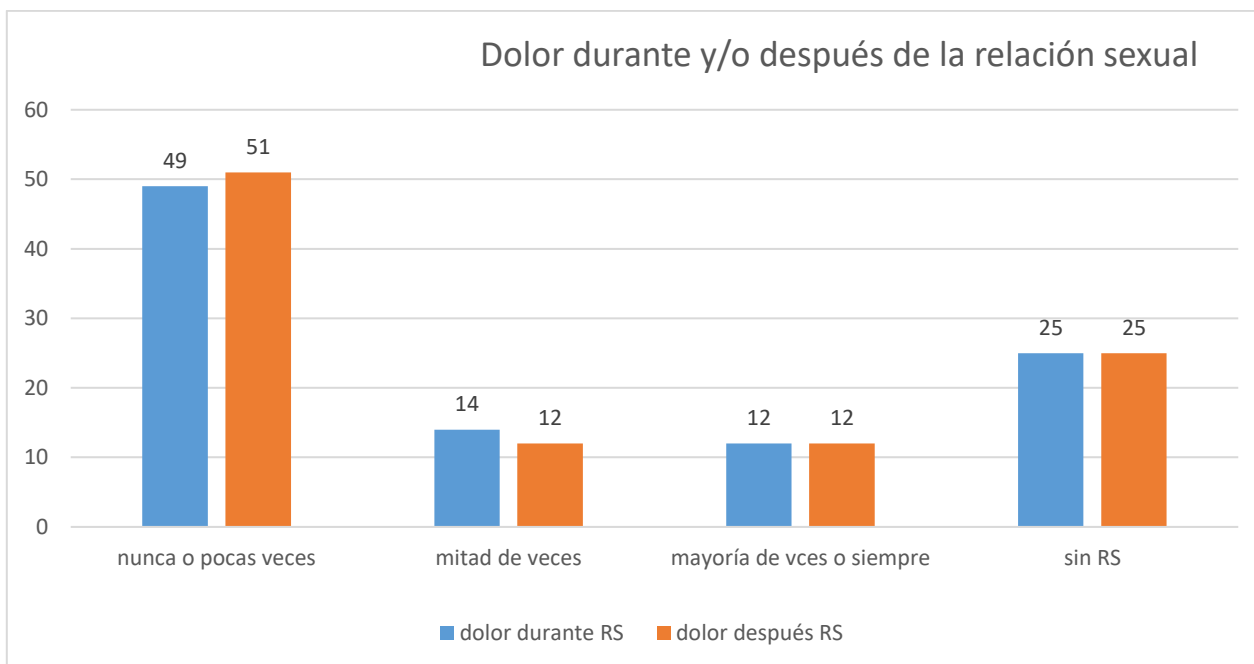
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 16:** Frecuencia y dificultad para alcanzar el orgasmo durante las relaciones sexuales de mujeres con HTA en su etapa reproductiva

Clasificación	Frecuencia para alcanzar el orgasmo		Clasificación	Dificultad para alcanzar el orgasmo	
	frecuencia	porcentaje		frecuencia	porcentaje
<b>Siempre</b>	7	9.5	Sin problemas	8	11
<b>Mayoría de veces</b>	16	22	Mayoría de veces sin problema	18	25
<b>Mitad de veces</b>	17	23	Mitad de veces sin problema	14	18
<b>Menos de la mitad de veces</b>	8	11	Difícil	12	16.5
<b>Casi nunca o nunca</b>	7	9.5	Muy difícil	3	4.5
<b>Sin relaciones sexuales</b>	18	25	Sin relaciones sexuales	18	25
<b>Total</b>	73	100		73	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 20:** Dolor durante o después de la relación sexual en mujeres con HTA en etapa reproductiva



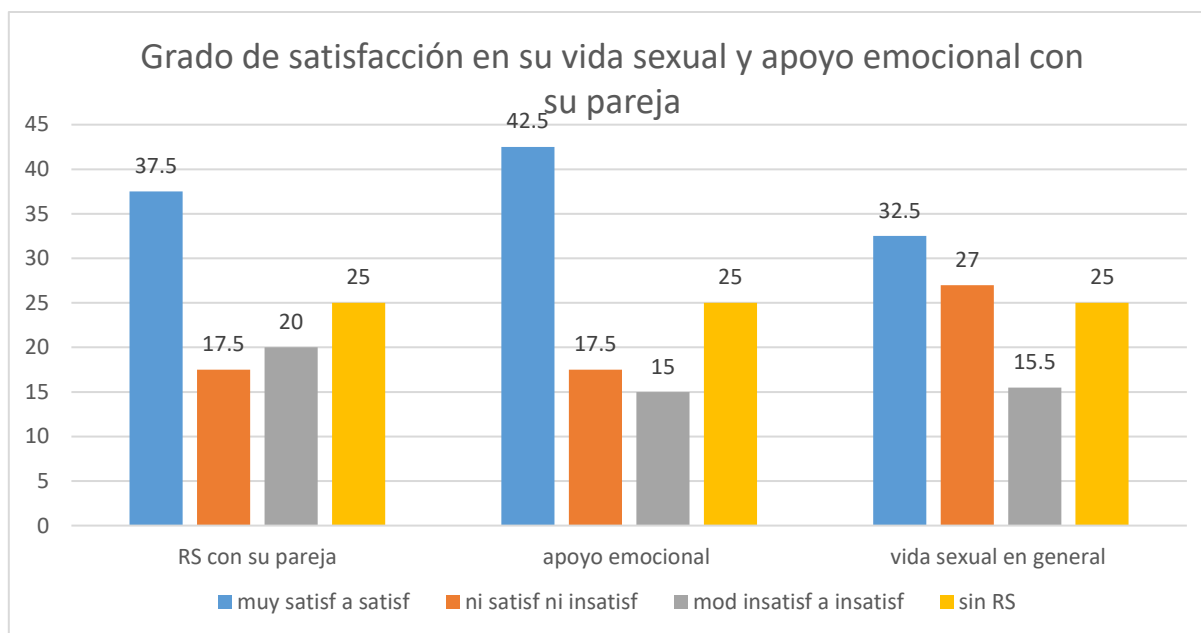
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 17:** Dolor durante las relaciones sexuales de mujeres con HTA en su etapa reproductiva

Clasificación	Dolor durante la penetración vaginal		Dolor después de la penetración vaginal	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
<b>Nunca</b>	24	33	22	30
<b>Pocas veces (menos de la mitad)</b>	12	16	15	21
<b>Mitad de veces</b>	10	14	9	12
<b>La mayoría de veces</b>	9	12	9	12
<b>Casi siempre o siempre</b>				
<b>Sin relaciones sexuales</b>	18	25	18	25
<b>Total</b>	73	100	73	100

**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 21:** Grado de satisfacción con respecto al apoyo emocional de su pareja durante la relación sexual y de su vida sexual en general de mujeres con HTA en edad reproductiva



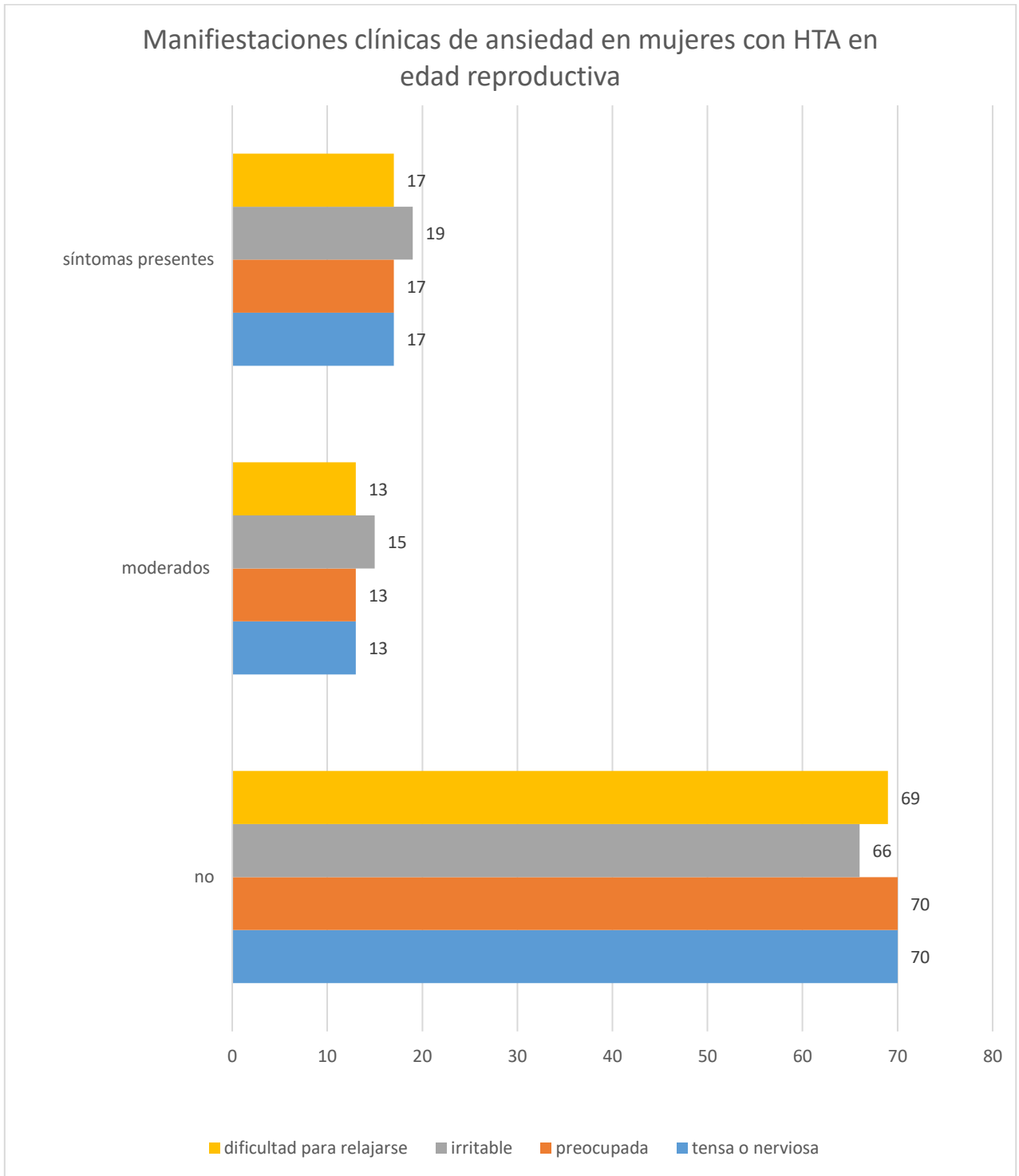
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 18:** Satisfacción sexual, emocional de la pareja y de su vida sexual en general durante las relaciones sexuales de mujeres con HTA en su etapa reproductiva

Clasificación	Satisfacción sexual con su pareja		Satisfacción del apoyo emocional de su pareja		Satisfacción de su vida sexual en general	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
<b>Muy satisfecha</b>	9	12.5	8	11	4	5.5
<b>Satisfecha</b>	18	25	23	31.5	20	27
<b>Ni satisfecha, ni insatisfecha</b>	13	17.5	13	17.5	20	27
<b>Poco insatisfecha</b>	12	15.5	8	10.5	10	14
<b>Insatisfecha</b>	3	4.5	3	4.5	1	1.5
<b>Sin relaciones sexuales</b>	18	25	18	25	18	25
<b>Total</b>	73	100	73	100	73	100

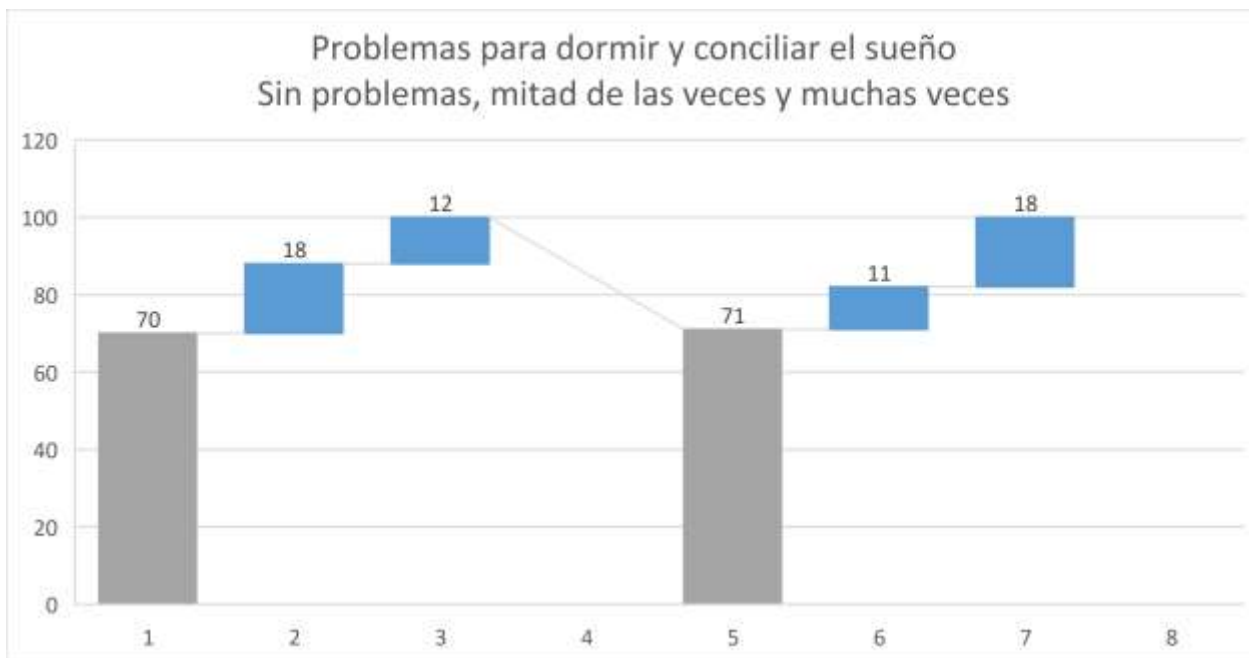
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 22:** Manifestaciones clínicas de ansiedad en mujeres con HTA en edad reproductiva



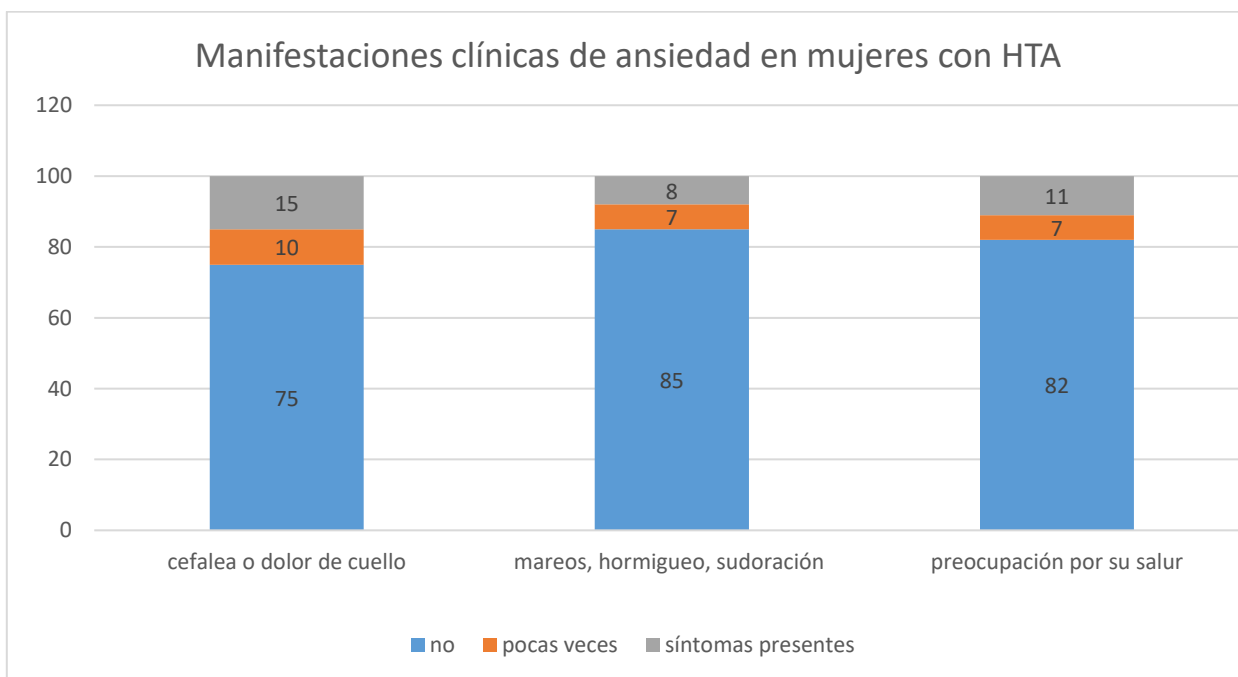
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 23:** Manifestaciones clínicas de ansiedad en mujeres con HTA en su etapa reproductiva



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 24:** Manifestaciones clínicas de ansiedad en mujeres con HTA en edad reproductiva



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 19:** Manifestaciones clínicas de ansiedad en mujeres con HTA en su etapa reproductiva

<b>VARIABLES</b>	<b>Ninguno</b>		<b>moderados</b>		<b>Presentes</b>	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
<b>Tensa, nerviosa</b>	51	70	10	13	12	17
<b>Preocupada</b>	51	70	10	13	12	17
<b>Irritable</b>	48	66	11	15	14	19
<b>Dificultad relajarse</b>	50	68	10	14	13	18
<b>Duerme mal</b>	51	70	13	18	9	12
<b>Dificultad para conciliar el sueño</b>	52	71	8	11	13	18
<b>Dolor en la cabeza y nuca</b>	55	75.5	7	9.5	11	15
<b>Mareos, hormigueo, otros síntomas</b>	62	85	5	7	6	8
<b>Preocupa su salud</b>	60	82	5	7	8	11

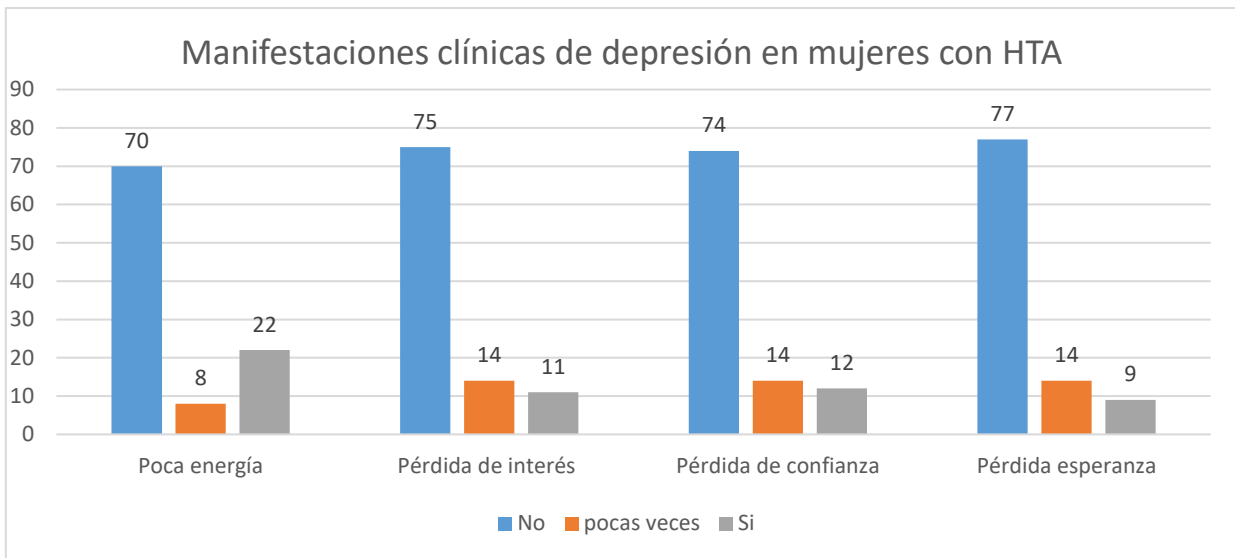
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 20:** Manifestaciones clínicas de depresión en mujeres con HTA en su etapa reproductiva

<b>Variables</b>	<b>Ninguno</b>		<b>Moderado</b>		<b>Presentes</b>	
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
<b>Poca energía</b>	51	70	6	8	16	22
<b>Poco interés</b>	55	75	10	14	8	11
<b>Pérdida de confianza</b>	54	74	10	14	9	12
<b>Pérdida de esperanzas</b>	56	77	10	14	7	9
<b>Dificultad de concentración</b>	52	71	15	20.5	6	8.5
<b>Pérdida de peso o poco apetito</b>	62	85	7	9.5	4	5.5
<b>Dificultad para conciliar sueño</b>	58	79.5	10	14	5	6.5
<b>Lentitud para realizar actividades</b>	58	79.5	13	17.5	2	3
<b>Amanecer mal o peor</b>	63	86.5	9	12	1	1.5

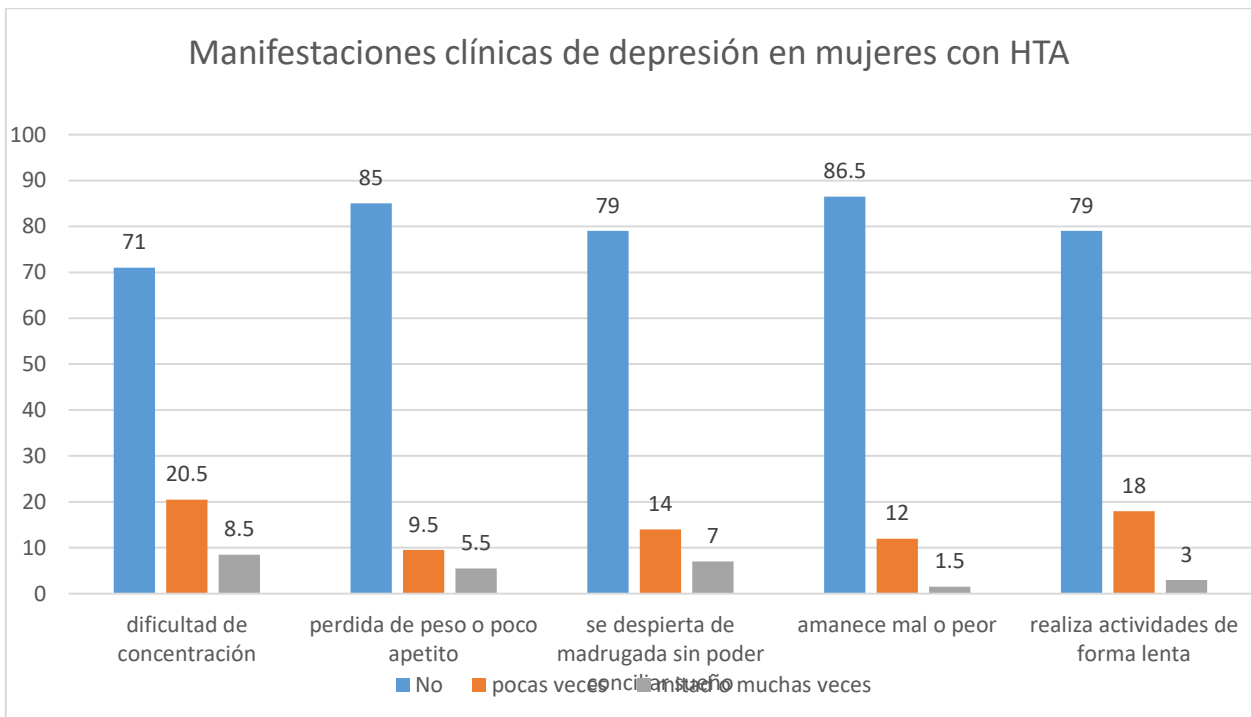
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 25:** Manifestaciones clínicas de depresión en mujeres con HTA en edad reproductiva



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

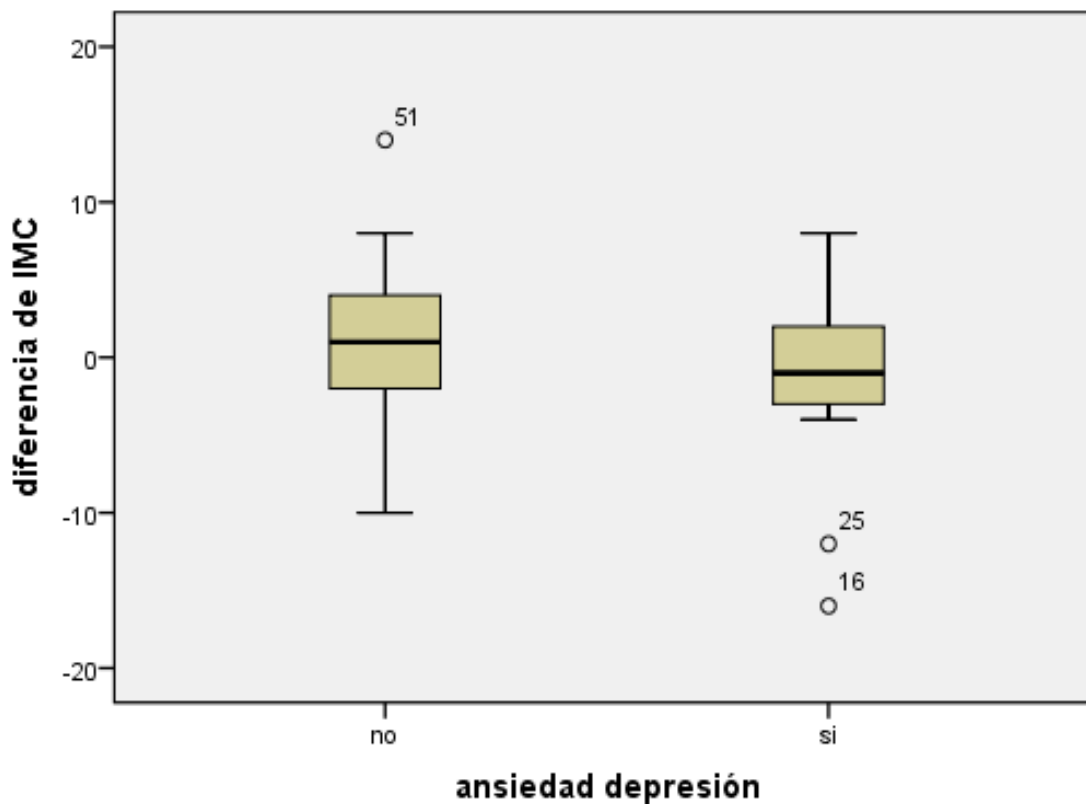
**Gráfico 26:** Manifestaciones clínicas de depresión referidas por mujeres con HTA en edad reproductiva.



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos



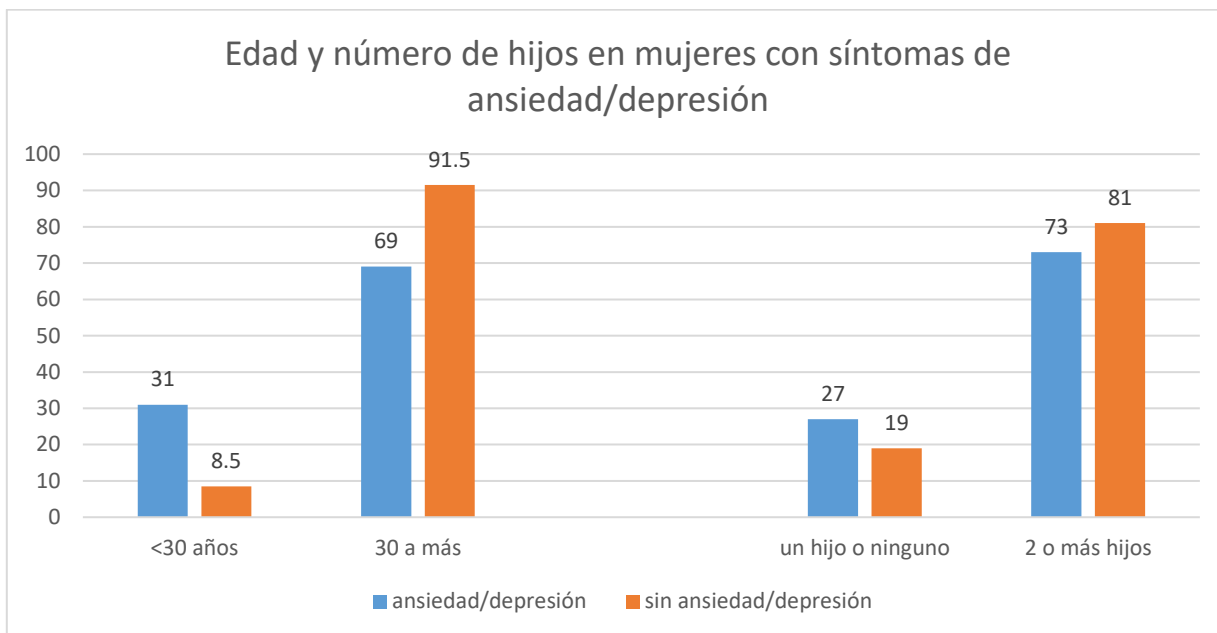
**Gráfico 27:** Diferencia de IMC al momento de la cirugía y al momento de la entrevista en mujeres con HTA en etapa reproductiva y síntomas de ansiedad y depresión



	ansiedad depresión	Num	Media	Desviación estándar	Diferencia de Medias	IC 95%		Significancia
						Inferior	Superior	
Diferencia de IMC	no	45	1.27	4.125	1.87	-4.60	4.12	0.14
	si	25	-.60	5.437				

**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 28:** Edad y número de hijos y su relación con síntomas de ansiedad/depresión en mujeres con HTA en su etapa reproductiva



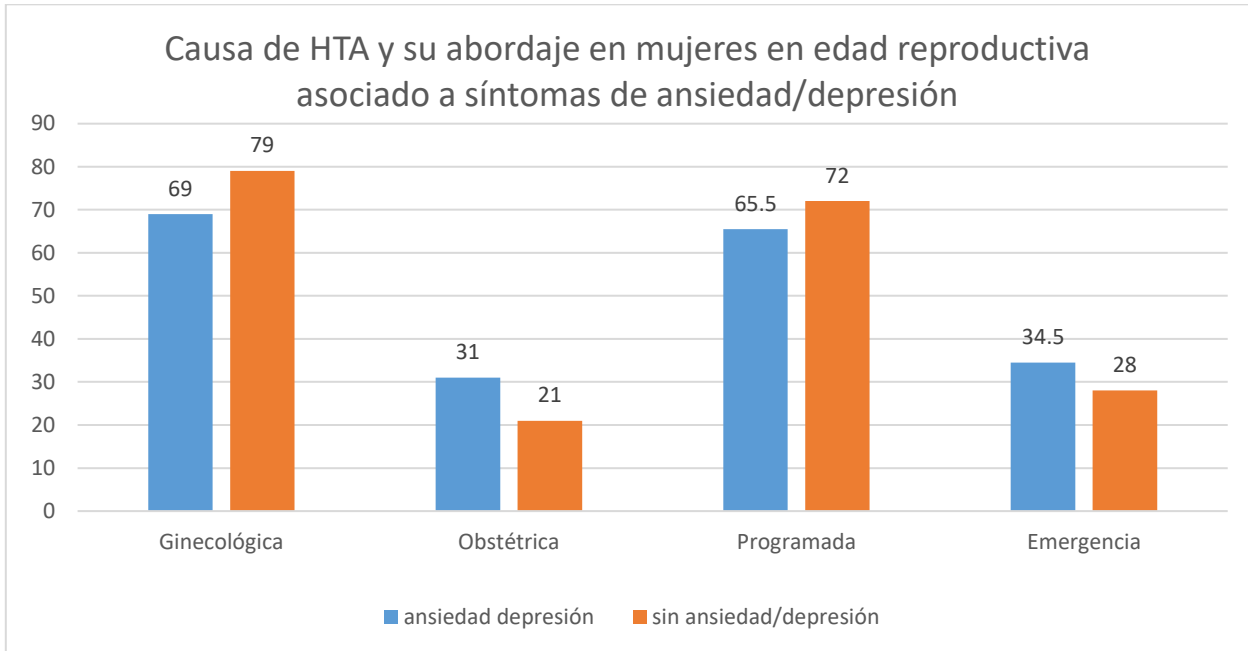
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 21:** Correlación entre rango de edad, número de hijos, nivel escolar y síntomas de ansiedad y depresión

			Puntaje ansiedad	Puntaje depresión	
Rho de Spearman	Rango edad	Coeficiente de correlación	-0.30	-0.45	
	15 a 19 años				
	20 a 29 años	Significancia (bilateral)	0.01	0.01	
	<30 años				
	Total de mujeres	73	73	73	
	Número de hijos	Coeficiente de correlación	-0.20	-0.25	
Ninguno					
Uno					
Dos o más	Significancia (bilateral)	0.11	0.09		
Nivel escolar	Primaria	Coeficiente de correlación	-0.20	-0.30	
					Secundaria
					Bachiller
		Significancia bilateral	0.88	0.88	

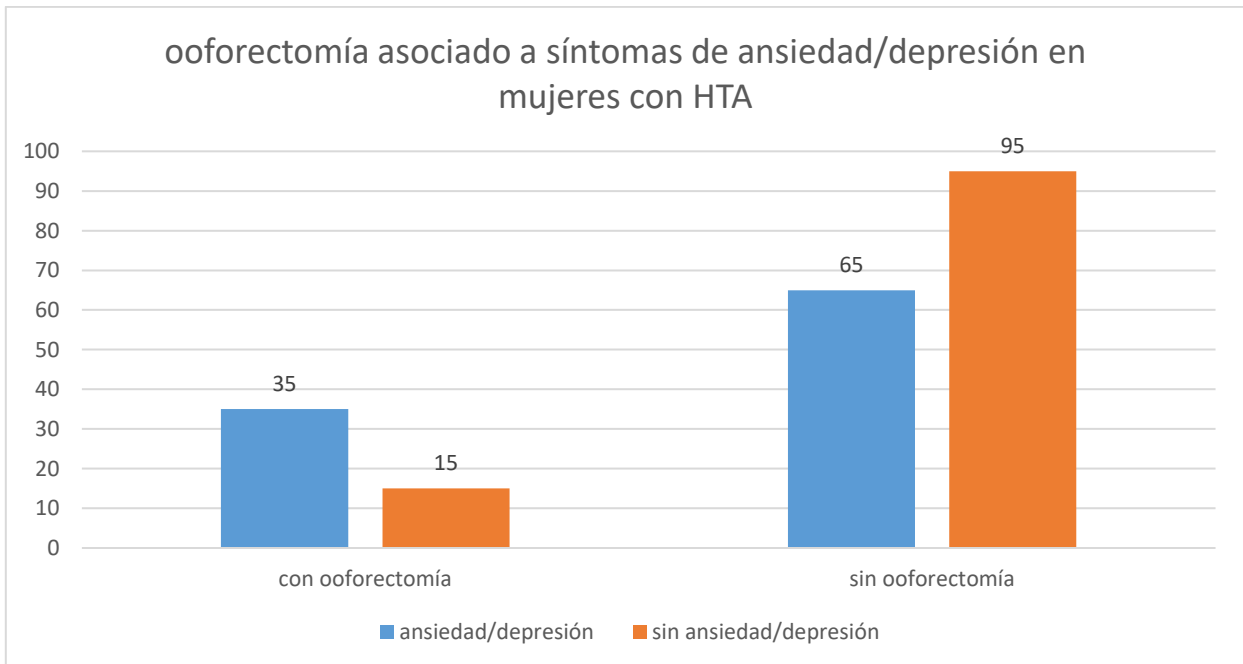
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 29:** Causa y forma de abordaje de la HTA y su relación con síntomas de ansiedad y depresión en mujeres en edad reproductiva



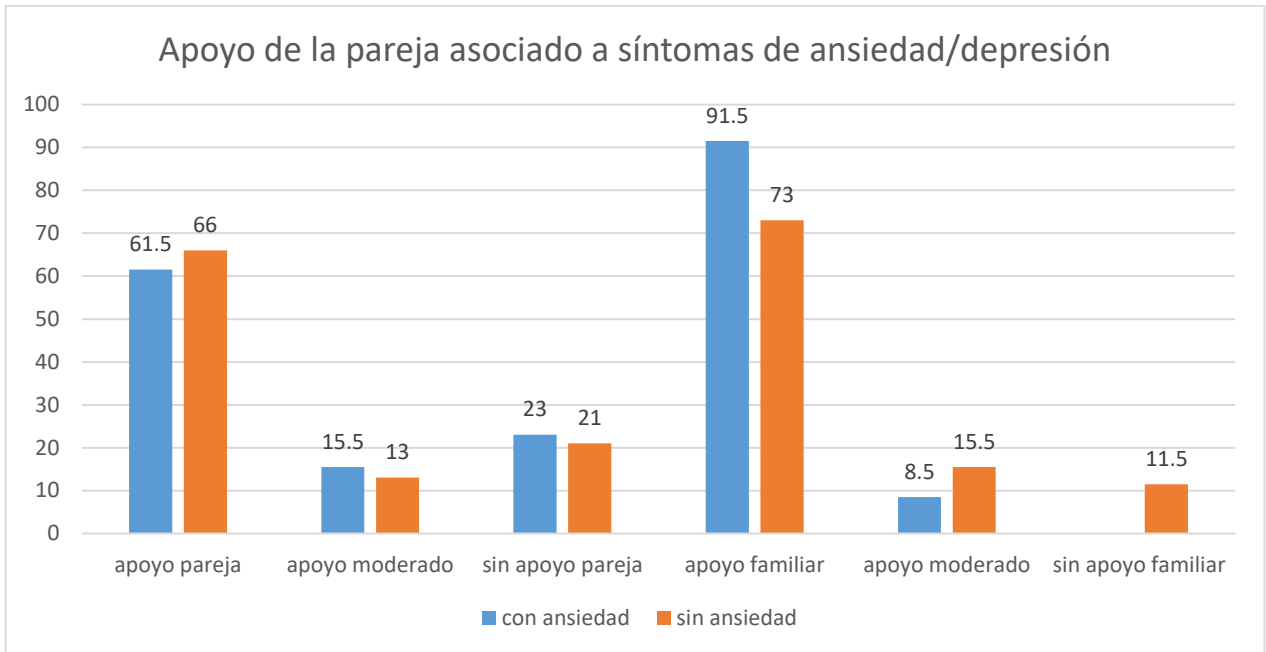
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 30:** Ooforectomía uno o bilateral y su relación con síntomas de ansiedad/depresión en mujeres con HTA en edad reproductiva



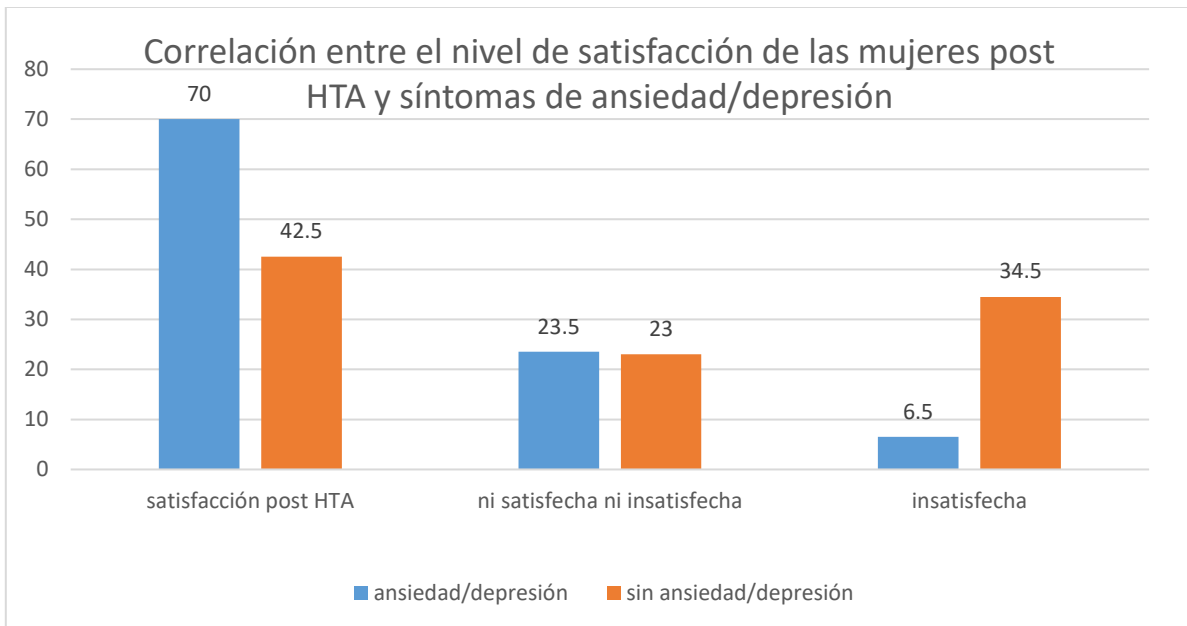
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 31:** Correlación entre el apoyo de la pareja y familiar durante el periodo de la HTA de mujeres en edad reproductiva y manifestaciones clínicas de ansiedad/depresión



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 32:** Correlación entre el nivel de satisfacción de las mujeres post HTA en su etapa reproductiva y síntomas de ansiedad y depresión



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 22:** Correlación entre manifestaciones clínicas de ansiedad y depresión con el apoyo de la pareja, familia, nivel de satisfacción posterior a la cirugía en mujeres con HTA en su etapa reproductiva

Variables			Puntaje ansiedad	Puntaje depresión
Rho de Spearman  Total de mujeres: 73	Apoyo de la pareja Con apoyo No siempre Sin apoyo	Coeficiente de correlación	0.12	0.10
		Significancia (bilateral)	0.30	0.78
	Apoyo de la familia Con apoyo No siempre Sin apoyo	Coeficiente de correlación	0.30	0.25
		Significancia (bilateral)	0.02	0.03
	Satisfacción post HTA Satisfecha Ni satisfecha ni insatisfecha Insatisfecha	Coeficiente de correlación	.040	-0.35
		Significancia (bilateral)	0.001	.0004

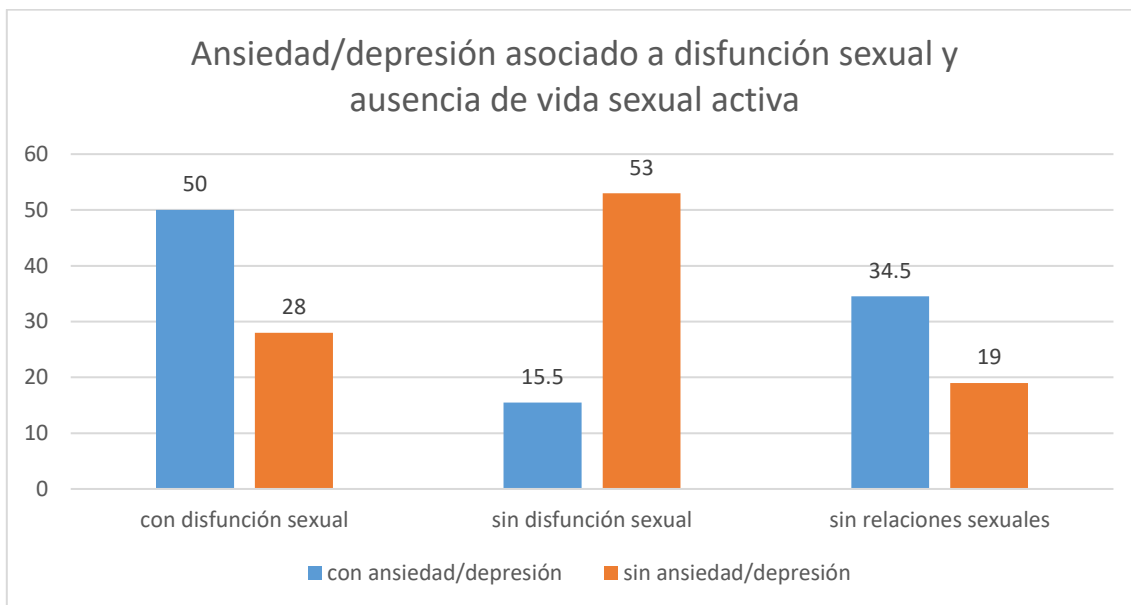
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 23:** Correlación entre disfunción sexual y manifestaciones clínicas de ansiedad y depresión en mujeres con HTA en edad reproductiva

Variables			Ansiedad/ depresión
Rho de Spearman	Puntaje de disfunción sexual	Coeficiente de correlación	-0.50
		Significancia (bilateral)	.000
	Total de mujeres	55	

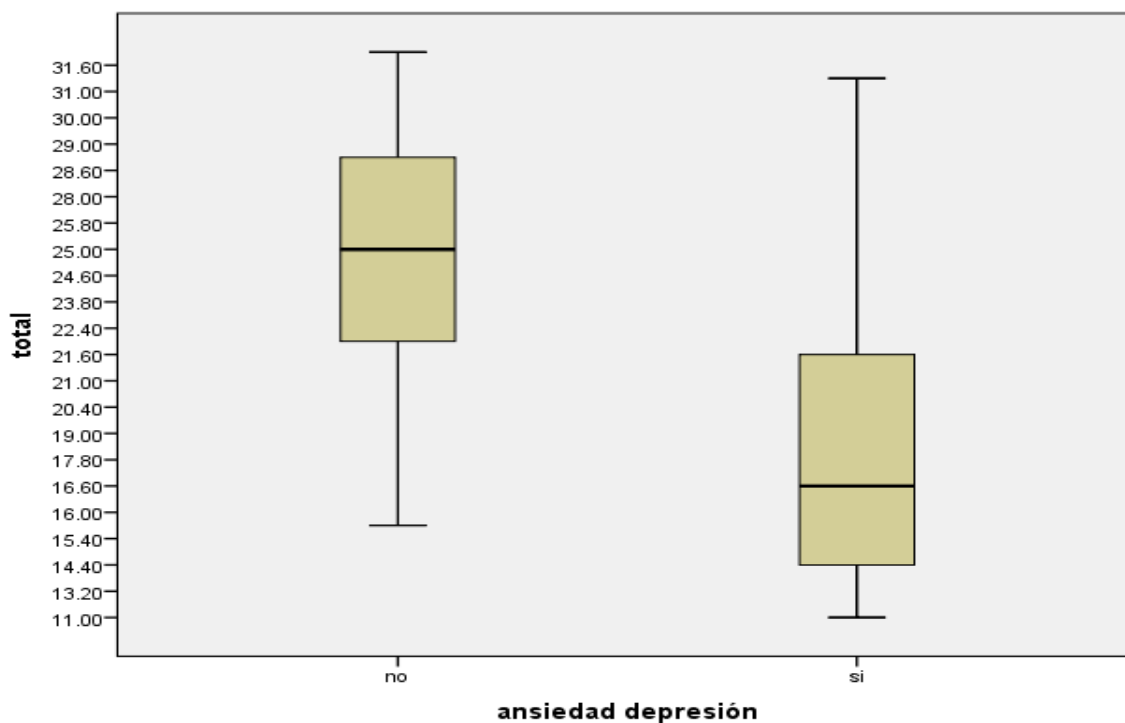
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 33:** Disfunción sexual y su relación con manifestaciones clínicas de ansiedad y depresión en mujeres con HTA en su etapa reproductiva



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 34:** Correlación entre síntomas de disfunción sexual y manifestaciones clínicas de ansiedad y depresión en mujeres con HTA en edad reproductiva



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 24:** Factores relacionados con síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con HTA en edad reproductiva

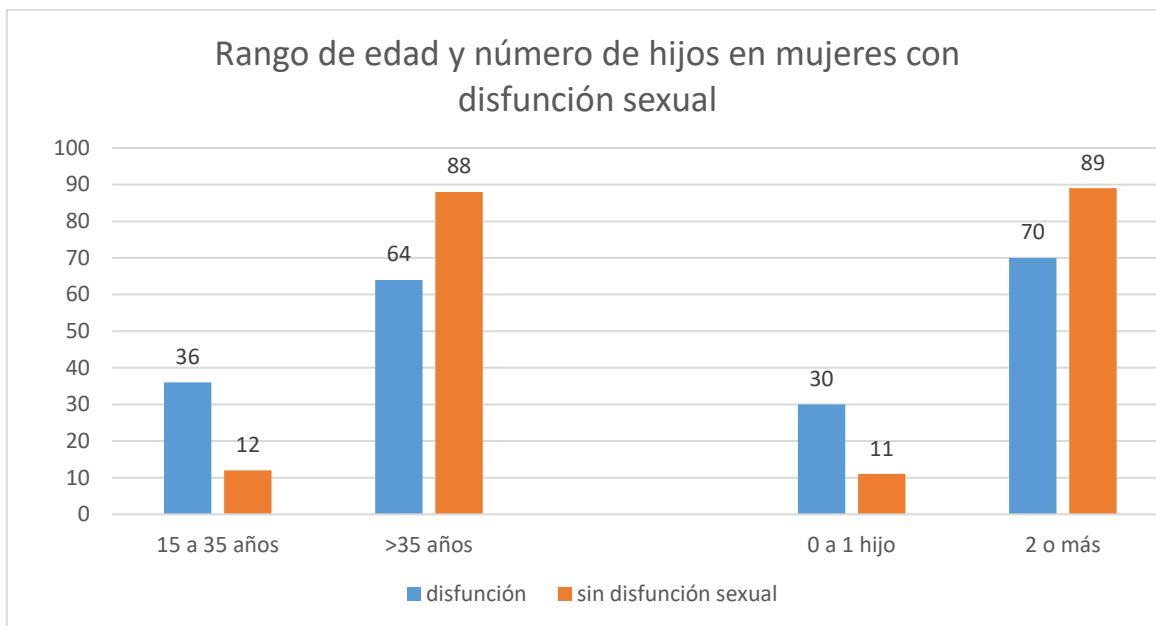
Mujeres con HTA	Con ansiedad/depresión		Sin ansiedad/depresión		Total de mujeres		Chi	V de Cramer
	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
<b>HTA</b>								
<b>Ginecológica</b>	18	69	37	79	55	75	0.26	0.10
<b>Obstétrica</b>	8	31	10	21	18	25		
<b>Programada</b>	17	65.5	34	72	51	70	0.5	0.07
<b>Emergencia</b>	9	34.5	13	28	22	30		
<b>Ooforectomía</b>	9	35	7	15	16	22	0.05	0.30
<b>Sin ooforectomía</b>	17	65	40	85	57	78		
<b>Edad</b>	4	15.5	0	0	4	5.5	0.02	0.40
<b>&lt;20 años</b>	5	19	4	8.5	9	12.5		
<b>20 a 29 años</b>	17	65.5	43	91.5	60	82		
<b>&gt;30 años</b>								
<b>Número hijos</b>	3	11.5			3	4	0.05	-0.30
<b>Ninguno</b>	4	15.5	9	19	13	18		
<b>uno</b>	19	73	38	81	57	78		
<b>2 o más</b>								
<b>Nivel escolar</b>	12	46	15	32	27	37	0.39	0.15
<b>Primaria</b>	8	31	15	32	23	31.5		
<b>Secundaria</b>	8	23	17	36	23	31.5		
<b>Bachiller</b>								
<b>Disfunción sexual</b>	13	50	13	28	26	35	0.30	0.18
<b>Si</b>	4	15.5	25	53	29	40		
<b>No</b>	9	34.5	9	19	18	25		
<b>Sin rel sexuales</b>								
<b>Condición de pareja</b>	7	27	16	34	23	31.5		

<b>Sin pareja</b>	18	69	25	53	43	59		
<b>La misma pareja</b>	1	4	6	13	7	9.5		
<b>Otra pareja</b>	16	61.5	31	66	47	64.5		
<b>Apoyo pareja</b>	4	15.5	6	13	10	13.5		
<b>Con apoyo</b>	6	23	10	21	16	22		
<b>No siempre</b>								
<b>Sin apoyo</b>	19	73	43	91.5	62	85	0.03	0.35
<b>Apoyo familiar</b>	4	15.5	4	8.5	8	11		
<b>Con apoyo</b>	3	11.5	0	0	3	4		
<b>No siempre</b>								
<b>Sin apoyo</b>								
<b>Satisfacción post HTA</b>	11	42	33	70	44	60.5	0.005	0.40
<b>Satisfecha</b>	6	23	11	23.5	17	23		
<b>Moderadamente</b>	9	35	3	6.5	12	16.5		
<b>insatisfecha</b>	26	35	47	65	73	100		
<b>Total</b>								

**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

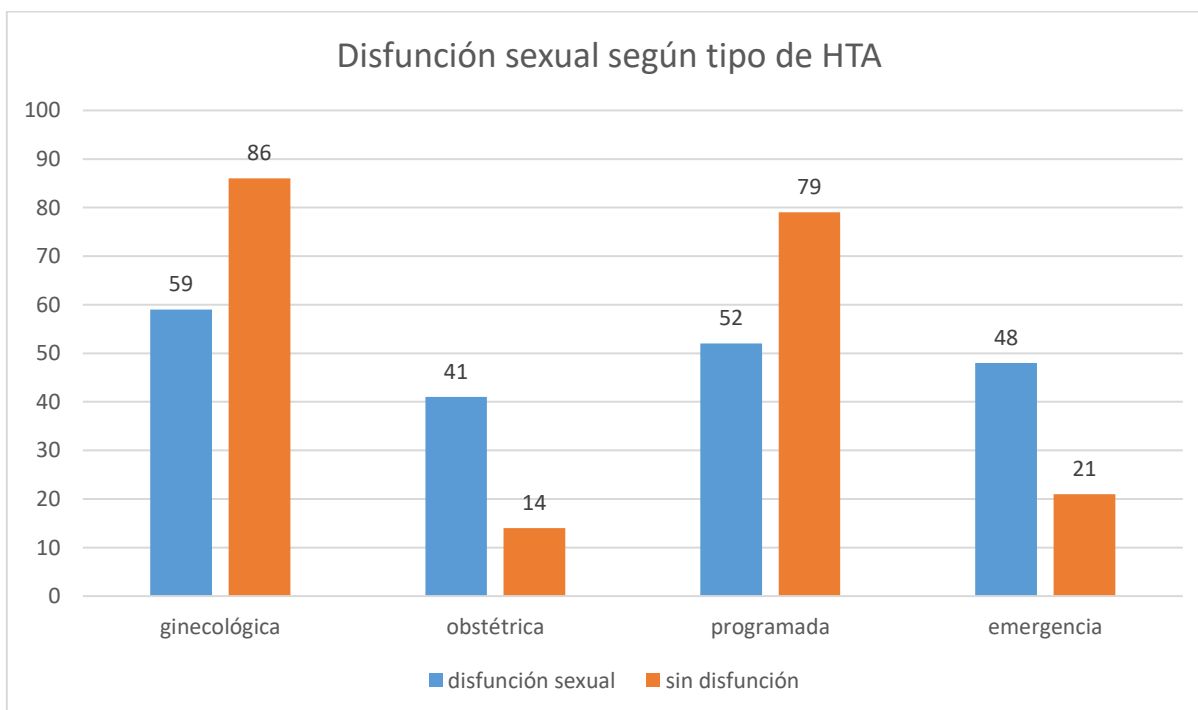


**Gráfico 35:** Rango de edad, número de hijos asociado a disfunción sexual en mujeres con HTA en su etapa reproductiva



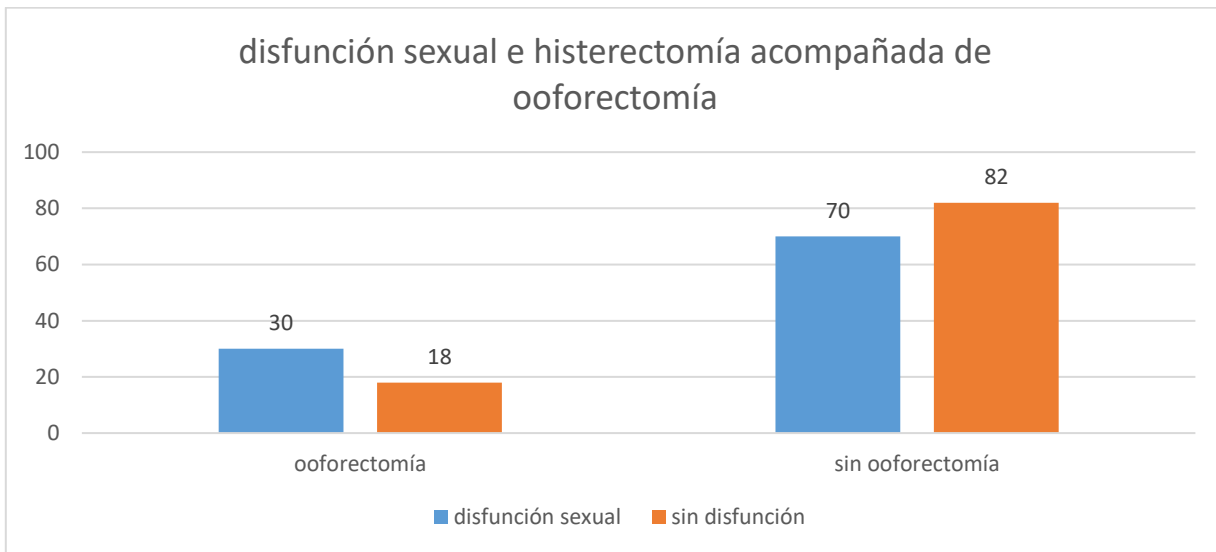
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 36:** Disfunción sexual y su relación con HTA según la causa y abordaje en mujeres en etapa reproductiva



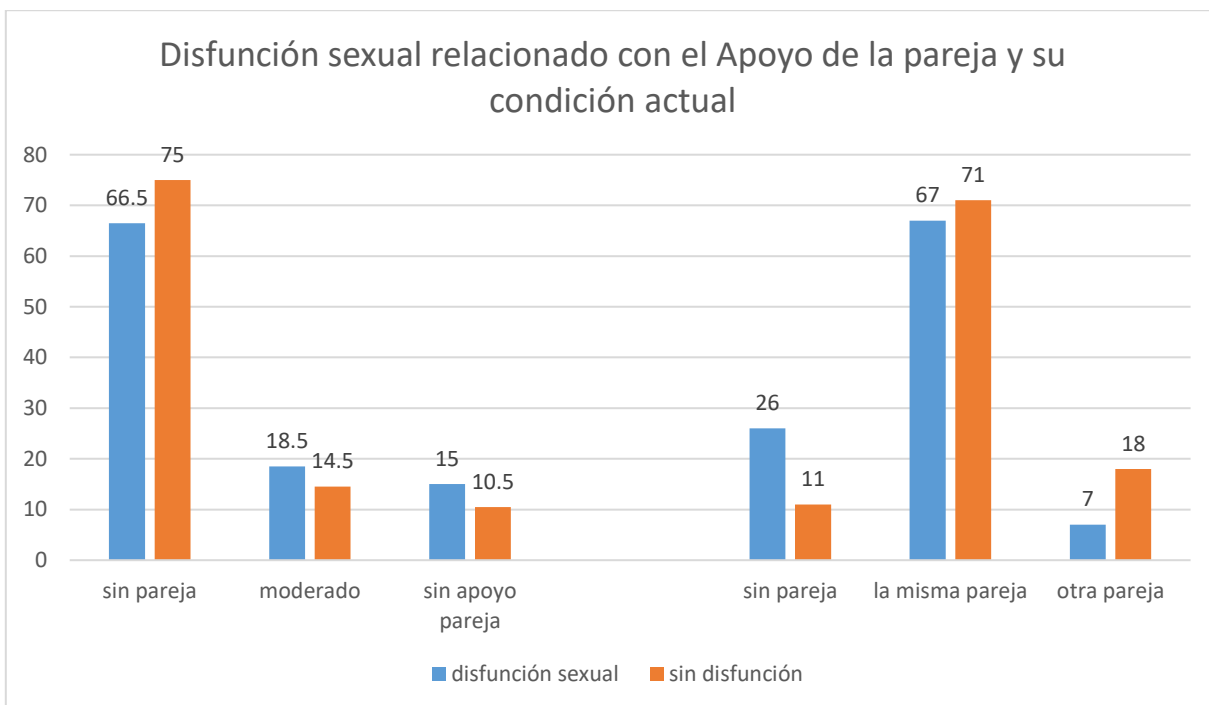
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 37:** Disfunción sexual y su relación con ooforectomía uni o bilateral en mujeres con HTA en su etapa reproductiva



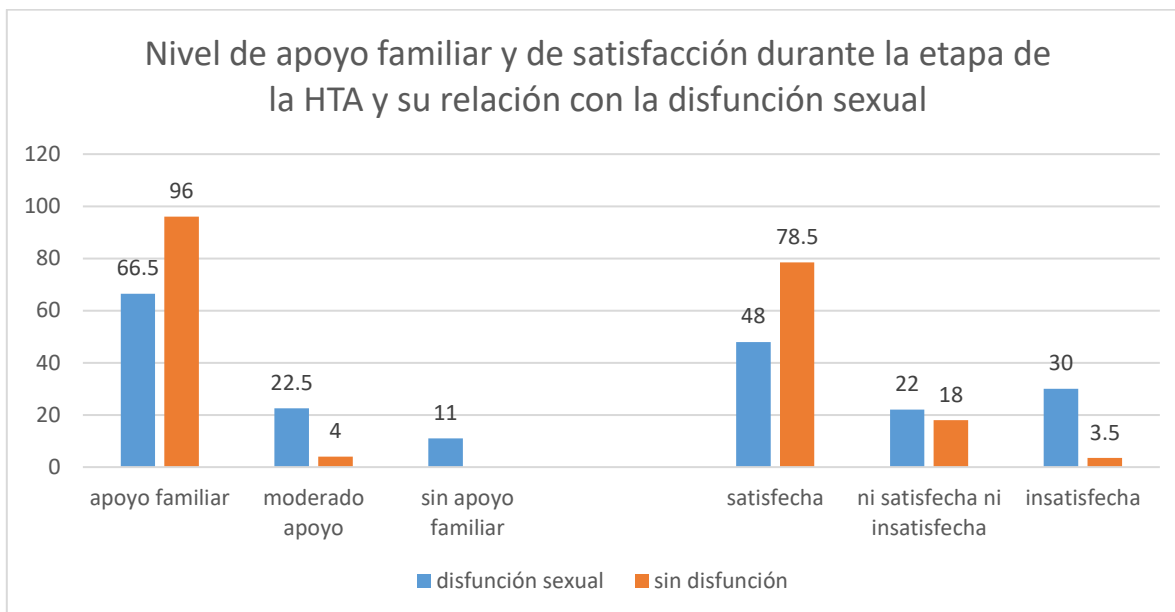
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 38:** Nivel de apoyo de la pareja al momento de la HTA en mujeres en edad reproductiva, su condición actual de pareja y su relación con disfunción sexual



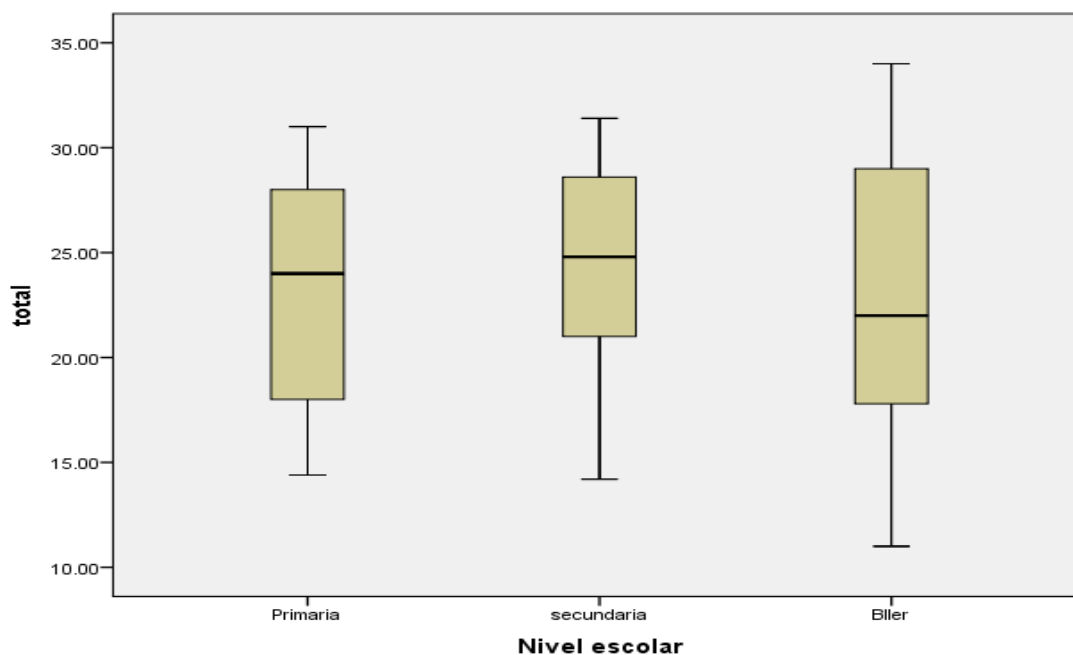
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 39:** Nivel de apoyo familiar y de satisfacción durante la etapa de HTA en mujeres en etapa reproductiva y su relación con la disfunción sexual.



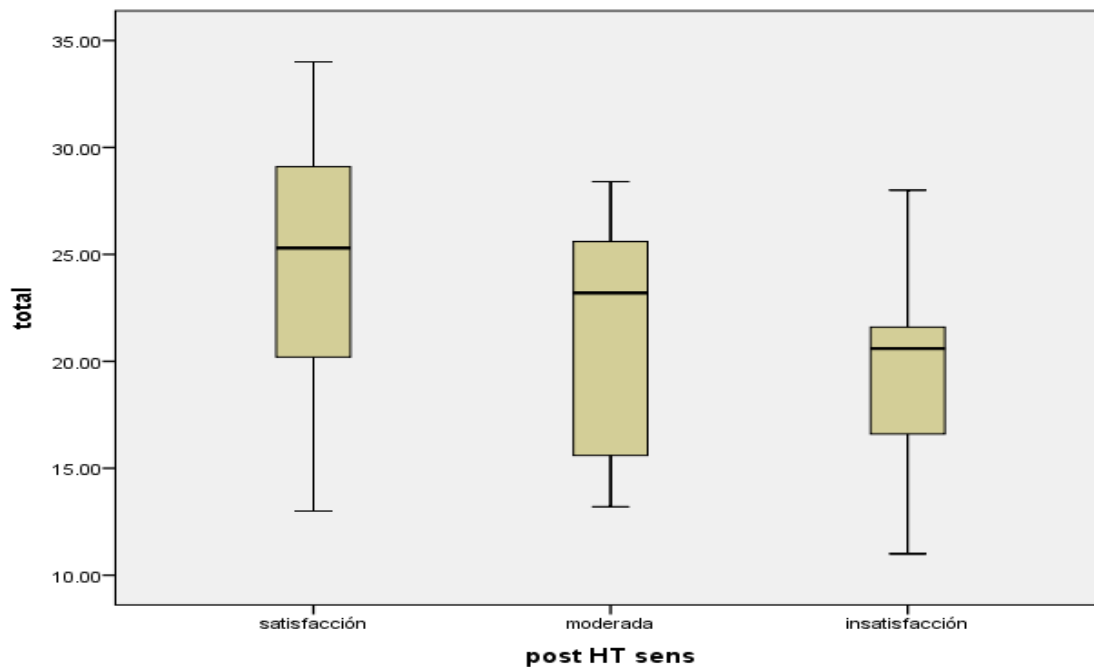
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 40:** Disfunción sexual y su relación con el nivel de escolaridad en mujeres con HTA en su etapa reproductiva



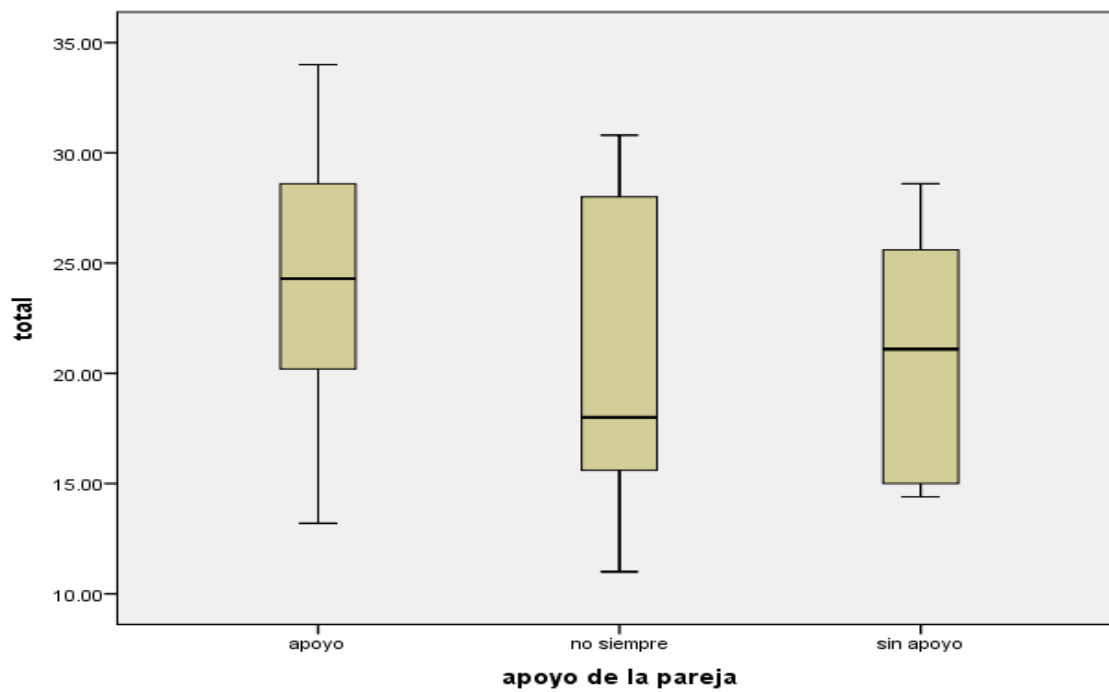
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 41:** Disfunción sexual y su relación con el nivel de satisfacción posterior a la HTA realizada a mujeres en su etapa reproductiva

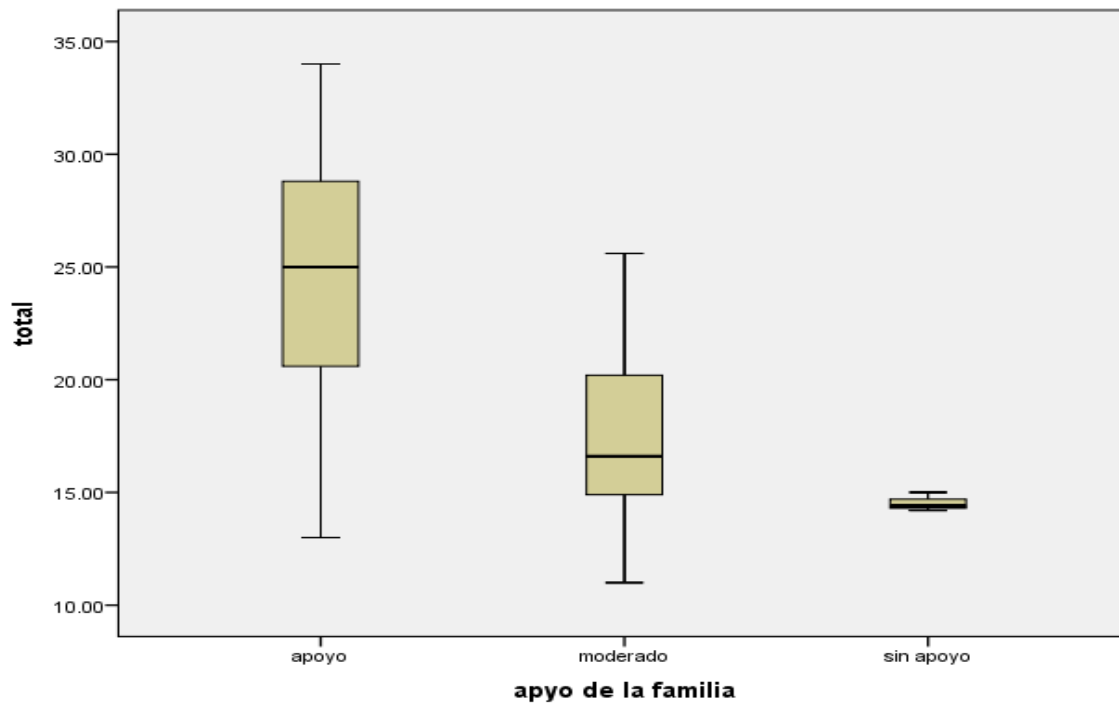


**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Gráfico 42:** Disfunción sexual y su relación con el apoyo de la pareja y la familia al momento de la HTA en su etapa reproductiva



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 25:** Correlación de la disfunción sexual con rango de edad, número de hijos, apoyo de la pareja, familia y satisfacción de las mujeres con HTA durante su etapa reproductiva

Variables			Rango edad	Núm. de hijos
Rho de Spearman	Puntaje de función sexual	Coeficiente de correlación	0.25	.0.20
	Total de mujeres	Significancia (bilateral)	0.06	0.20
		55		

Variables			Apoyo de la pareja	Apoyo de la familia
Rho de Spearman	Puntaje de función sexual	Coeficiente de correlación	2.10	0.52
		Significancia. (bilateral)	0.12.	0.00

Variables			Nivel escolar	Satisfacción post HTA
Rho de Spearman	Puntaje de función sexual	Coefficiente de correlación	-0.40	0.40
	Total de mujeres	Significancia. (bilateral)	0.74	0.004
		55		

**Fuente:** Ficha de recolección de datos, expedientes clínicos

**Tabla 26:** Factores que influyeron en la disfunción sexual en mujeres con HTA en su etapa reproductiva

Mujeres con HTA	Con disfunción sexual		Sin disfunción sexual		Total de mujeres		Chi	V de Cramer
	frec	porcent	frec	porcent	Frec	Porcent		
<b>HTA</b>								
<b>Ginecológica</b>	15	59	25	86	40	73	0.02	0.35
<b>Obstétrica</b>	11	41	4	14	15	27		
<b>HTA</b>								
<b>Programada</b>	13	52	23	79	36	65.5	0.03	0.30
<b>Emergencia</b>	13	48	6	21	19	34.5		
<b>Ooforectomía</b>	8	30	5	18	13	23.5	0.23	0.14
<b>Sin ooforectomía</b>	18	70	24	82	42	76.5		
<b>Edad</b>								
<b>&lt;35 años</b>	10	36	13	12	23	42	0.06	0.35
<b>35 a más años</b>	16	64	16	88	32	58		
<b>Número hijos</b>								
<b>Ninguno o uno</b>	8	30	3	11	11	20	0.07	0.25
<b>2 o más</b>	18	70	26	89	44	80		
<b>Nivel escolar</b>								
<b>Ninguna</b>							0.5	0.15
<b>Primaria</b>	9	34.5	12	41.5	21	38		
<b>Secundaria</b>	7	27	10	34.5	17	31		
<b>Bachiller</b>	10	38.5	7	24	17	31		

