



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POST GRADO



TESIS

**VIVENCIAS DE PACIENTES ADULTAS JÓVENES ANTE LA
PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD REPRODUCTIVA POR
HISTERECTOMÍA - HOSPITAL NACIONAL “ALMANZOR
AGUINAGA ASENJO” CHICLAYO. 2016**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ENFERMERA
ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRURGICO**

AUTORAS:

**LIC. CARLA LISSETH DEL SOCORRO MUÑOZ SECLÉN
LIC. MARIA VICTORIA UGAZ TANTALEAN**

ASESORA:

DRA. ROSALÍA SANTA CRUZ REVILLA

**LAMBAYEQUE –PERÚ
2017**

PRESENTADO POR:

LIC. CARLA LISSETH DEL SOCORRO MUÑOZ SECLÉN
Autora

LIC. MARIA VICTORIA UGAZ TANTALEAN
Autora

DRA. ROSALÍA SANTA CRUZ REVILLA
ASESORA

Vivencias de Pacientes Adultas Jóvenes ante la Pérdida de la Capacidad
Reproductiva por Histerectomía - Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga
Asenjo”. Chiclayo. 2016

APROBADA POR

MsC. NORA ELSA SANCHEZ DE GARCÍA
PRESIDENTE

MsC. GRICELDA UCEDA SENMACHE
SECRETARIA

MsC. ROSARIO CASTRO AQUINO
VOCAL

DRA .ROSALÍA SANTA CRUZ REVILLA
ASESORA

DEDICATORIA

*A Dios, quien está a mi lado dándome
las fuerzas necesarias para continuar
luchando día tras día y seguir adelante
venciendo todas las dificultades que se
me presentan.*

*A mis padres Gloria y Carlo... por ser
mi motivación para seguir adelante, mi
ejemplo y por brindarme su apoyo
incondicional en todo momento,
gracias...*

Carla Muñoz Seclén

*A ti, por ser mi guía, mi soporte, mi
compañera y amiga, por ser lo mejor
que ha podido enviarme Dios para que
me cuide y comprenda... a ti mamá
gracias por todo y por estar siempre a
mi lado.*

Victoria Ugaz Tantaleán

AGRADECIMIENTO

A todas (os) nuestras (os) docentes, quienes nos brindaron sus conocimientos en nuestra formación durante todos el transcurso de la segunda especialidad.

A nuestra asesora Rosalía, por brindarnos su apoyo y ayuda incondicional en la elaboración del presente trabajo de investigación.

A todas las personas que formaron parte de nuestra investigación, por brindarnos su tiempo, por compartir sus vivencias y que gracias a ellas no hubiera sido posible esta investigación.

Carla Muñoz Seclén
Victoria Ugaz Jantaleán

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT.....	viii
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	8
2.2 Bases Teóricas - Conceptuales.....	10
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	23
3.1 Tipo de investigación.....	23
3.2 Abordaje metodológico.....	24
3.3 Población y muestra.....	30
3.4 Escenario.....	31
3.5 Procedimiento de recolección de los datos	33
3.6 Análisis de los datos.....	36
3.7 Rigor científico y principios éticos.	37
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	41
CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES	81
CONSIDERACIONES FINALES	82
RECOMENDACIONES.....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
APÉNDICE.....	102

RESUMEN

La histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes dentro de la Ginecología; sin embargo existen investigaciones que han mostrado que para algunas mujeres, la pérdida del útero conlleva a sentimientos negativos hacia su persona, éstas afectan incluso el desarrollo de la vida en pareja, lo que motivó a investigar las “Vivencias de pacientes adultas jóvenes ante la pérdida de la capacidad reproductiva por histerectomía - Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo” Chiclayo 2016, la cual tuvo como objetivo, comprender las vivencias de pacientes histerectomizadas. La investigación es cualitativa con enfoque estudio de caso, la población estuvo conformada por las mujeres post histerectomizadas y la muestra se obtuvo por saturación con 7 pacientes; para la recolección de datos se utilizó la entrevista abierta a profundidad. Los datos fueron analizados temáticamente; en todo momento se tuvo en cuenta el rigor científico y principios éticos. El estudio de caso develó 4 categorías: Evidenciando sentimientos negativos por la pérdida de la capacidad reproductiva, evidenciando emociones después de la histerectomía, ¡ahora!... dedicada al autocuidado familiar y evidenciando la necesidad de apoyo. Llegando a la siguiente consideración final: las pacientes ante la pérdida de la capacidad reproductiva, evidencian diversos sentimientos: hostilidad, angustia e impotencia por considerar al útero parte determinante de su identidad femenina.

Palabras claves: vivencias, histerectomía y adulta joven.

ABSTRACT

Hysterectomy is one of the most frequent surgical interventions in Gynecology; However, there is research that has shown that for some women, the loss of the uterus leads to negative feelings towards their person, these affect even the development of life as a couple, which motivated them to investigate the "Experiences of young adult patients before the loss of the reproductive capacity by hysterectomy - Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo "Chiclayo 2016, which had as objective, to understand the experiences of hysterectomized patients. The research is qualitative with a case study approach, the population was conformed by post-hysterectomized women and the sample was obtained by saturation with 7 patients; For the data collection, the in-depth open interview was used. The data was analyzed thematically; Scientific rigor and ethical principles were taken into account at all times. The case study revealed four categories: Evidence negative feelings for the loss of reproductive capacity, evidencing emotions after hysterectomy, now! ... dedicated to family self-care and evidencing the need for support. Arriving at the following final consideration: the patients before the loss of the reproductive capacity, show diverse feelings: hostility, anguish and impotence to consider to the uterus determining part of their feminine identity.

Key words: Experiences, hysterectomy and young adult.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuente dentro de la Ginecología es la histerectomía ¹ y se realiza en un amplio y variado universo de mujeres, en términos de edad, paridad, condición social y educacional, sintomatología previa y causa operatoria ². Después de la intervención quirúrgica, la mujer no tendrá más periodos menstruales, será imposible que se embarace; puesto que el útero es un órgano que social y culturalmente está vinculado a la identidad de la mujer, ligado a su ciclo menstrual y a la maternidad; en este contexto el procedimiento, implica un gran impacto en ella ^{3,4}.

Las investigaciones han mostrado que para algunas mujeres, la pérdida del útero conlleva a sentimientos negativos hacia su persona, sienten que su condición ha sido menoscabada, existiendo ahí una perturbación en su imagen corporal. Situaciones como éstas afectan incluso el desarrollo de la vida en pareja; si bien, físicamente una mujer sometida a histerectomía puede sostener relaciones sexuales normales y satisfactorias, este miedo será compartido por la pareja que, en muchas ocasiones, vivirá de forma angustiante el reinicio de las mismas ⁴.

Para muchas mujeres en etapa reproductiva, la histerectomía puede afectar de forma negativa su identidad femenina, llegan a marcar el fin de su potencial reproductor, llevándolas hacia una tensión psicológica y a una sensación de mutilación, aunque la respuesta sexual no siempre dependa del útero. Ante esta situación, es necesario el acercamiento a las mujeres histerectomizadas para que

expresen y demuestren sus experiencias en el amplio mundo de su sexualidad y de vinculación afectiva interpersonal ^{4,5}.

La histerectomía ocupa el segundo lugar entre los procedimientos quirúrgicos mayores después de la cesárea en Estados Unidos, ya que se realizan aproximadamente 600,000 histerectomías anualmente ⁶. Por otro lado en Chile, la histerectomía es considerada como la cirugía mayor, más prevalente en ginecología; afectando a más del 20% de las mujeres. De la misma forma, en el Perú por cada 5 mujeres, una en algún momento de su vida será sometida a esta cirugía ^{7,8}.

En el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo se reporta un promedio de 15 cirugías mensuales de histerectomía, ocupando el segundo lugar dentro de las cirugías ginecológicas, éstas son indicadas por presencia de miomas, hemorragias uterinas anormales y quistes de ovarios, etc. Durante las prácticas de la especialidad, pudimos observar las dificultades que atraviesan las mujeres sometidas a esta cirugía, quienes luego manifestaban sentir un “vacío” y preocupación por su futura vida conyugal porque su cuerpo cambio.

Las mujeres histerectomizadas refieren: “... Señorita, ¿podré tener hijos...?”, “... ¿Podré tener relaciones con mi esposo?... Mi esposo me aceptará, porque me han sacado una parte de mi cuerpo y ya no le podré dar hijos..., Señorita, gracias a Dios tengo un hijo...”.

Es por esto que es de gran interés conocer el afrontamiento de éstas mujeres en su vida diaria con su pareja y familia; y de ésta forma llegar a cumplir su rol como mujer, madre, esposa y amiga, frente a ésta problemática nos planteamos: ¿qué sentimientos se generan después que la mujer ha sido operada de histerectomía? ¿Cómo será su vida afectiva de ahora en adelante? ¿Continuarán con su vida en pareja normalmente?

Frente a ésta situación, surgió el problema de investigación: ¿Cómo son las vivencias de las pacientes adultas jóvenes ante la pérdida de la capacidad reproductiva por histerectomía en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo -EsSalud Chiclayo 2016; con la finalidad de comprender y analizar las vivencias de las pacientes adultas jóvenes ante la pérdida de la capacidad reproductiva por histerectomía, para llegar a un mayor entendimiento de la situación, puesto que, enfermería se enfoca en el cuidado integral y holístico identificando respuestas humanas, las mismas que contribuirán con el bienestar de las mujeres en estudio.

Los cuidados de enfermería hoy en día se enfocan bajo el paradigma de la transformación, viendo a la persona como un ser holístico e involucrando a la familia en su cuidado, quienes aprenden de sus propias experiencias de salud. Por tal motivo, nosotras como enfermeras debemos enfocar nuestros cuidados al ser humano teniendo en cuenta sus dimensiones psicológicas, familiares, socioeconómicas y culturales, que se verán alterados cuando la persona sufre una

experiencia negativa, como se evidencia en nuestro problema de estudio en el cual nos permitió conocer las vivencias frente a la pérdida de la capacidad reproductiva de una mujer adulta joven post histerectomizada; porque siempre tras una vivencia, queda registrada una información que en el futuro, de repetirse, permitirá no solamente saber cómo actuar ante tal o cual situación similar a la de la vivencia pasada.

La edad es un factor importante en la forma en que la mujer reacciona emocionalmente a la histerectomía, esto ocurre especialmente en las adultas jóvenes que no han comenzado a tener hijos, o que no han tenido el número de hijos que desean; para ellas podría ser una pena doble porque no solamente se pierde un órgano, sino también la posibilidad de ser madre, lo que la lleva a sentirse incompleta, fracasada, y es más complejo si se tiene pareja y hay que asumir expectativas de tener familia de otra manera.

Los resultados nos mostraron un basal de la realidad, permitiendo a los profesionales de la salud principalmente al personal de enfermería que laboran en el servicio de ginecología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, establecer estrategias para brindar adecuado apoyo emocional, hacer efectiva la relación de ayuda y así reflexionar sobre su actuar, cuidando al ser humano de forma pandimensional.

También sirve como material de consulta para otras investigaciones y como material bibliográfico en la formación de profesionales de enfermería.

El presente informe se estructuró en 5 capítulos: El capítulo I: Introducción, en el que se detalla la problemática, el problema, objetivo y la justificación. Capítulo II: contiene el marco teórico conceptual el cual incluye antecedentes, bases teórico – conceptuales. Capítulo III: consta del marco metodológico, donde se hace referencia al tipo de investigación, diseño y abordaje, así como también las técnicas de recolección de datos, análisis de la información, rigor científico y los principios éticos aplicados. Capítulo IV: muestra los resultados y la discusión, en él se encuentran inmersas las categorías y sub categorías, producto del análisis temático de las vivencias de las mujeres que fueron sujetos de estudio; finalmente el capítulo V: consideraciones finales y recomendaciones, que son propuestas que emergen de los resultados de la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Al efectuar la búsqueda bibliográfica acerca del objeto de estudio, se encontraron investigaciones relacionadas a la temática, las cuáles se describe a continuación:

Núñez T. y Vera H. ⁹, en su tesis “Experiencias psicosexuales de pacientes histerectomizadas del servicio de ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo 2013”, tuvo como objetivo describir las experiencias psicosexuales de pacientes histerectomizadas, con diseño estudio de caso. Se concluyó que en las mujeres post histerectomizadas aún prevalecen miedo y temor al reinicio de la vida sexual, a la infidelidad de la pareja, impidiendo una sexualidad plena. En las mujeres que no tuvieron hijos, generó tristeza, depresión, frustración e impotencia, ante la imposibilidad de auto realizarse como madres; en quienes ya lo tienen generó en menor impacto, pues rescatan la mejoría de la enfermedad, menor riesgo a desarrollar cáncer uterino, generando tranquilidad, el apoyo, trato y comprensión de su pareja, es determinante para adaptarse a su nueva etapa de vida.

Bonilla L., Ramírez D. y Torres A.⁵, en su tesis “Vivencias de las mujeres histerectomizadas frente a su sexualidad atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, 2011”, tuvo como objetivo analizar y comprender las vivencias de las mujeres frente a su

sexualidad. Concluyeron que prevalecen mitos y creencias que generan miedo y temor al reinicio de la vida sexual, infidelidad y abandono de la pareja. En las que no tuvieron hijos generó dolor, tristeza, frustración e impotencia, por no autorrealizarse como madres; en las que lo tienen, no hubo mayor impacto pues rescatan la mejoría y menor riesgo a desarrollar cáncer uterino.

Camacho S., Portilla R y Tepe A.¹⁰, en su investigación “Experiencias psicosexuales de mujeres que fueron sometidas a histerectomía en un hospital de Chiclayo 2010” tuvo como objetivo comprender las experiencias psicosexuales de las mujeres post histerectomizadas. Concluyeron que en las mujeres post histerectomizadas se generó una serie de sentimientos negativos expresados a través del llanto, cólera, tristeza, preocupación, pena, culpa e impotencia al no poder ser madres y darles hijos a su pareja .

Cerda P., Pino P., y Urrutia M. ⁷, realizaron la investigación “Calidad de vida en mujeres histerectomizadas” En Chile, 2009, tuvo como objetivo dar a conocer como la histerectomía afecta la calidad de vida y sus diferentes dimensiones en las usuarias, con el propósito de contribuir al conocimiento del tema y colaborar para un mejor enfrentamiento de las mismas. Concluyeron que la histerectomía por sí sola no afecta la calidad de vida de estas mujeres, sin embargo, surge la necesidad de nuevas investigaciones sobre el tema.

Morales A., Huerta M., Páramo D y Capacciones K. ¹¹, en su tesis “El auto concepto de mujeres sometidas a histerectomía” En México, 2008, tuvo como

objetivo comparar los puntajes del auto concepto obtenidos por un grupo de mujeres antes y un año después de la histerectomía. Concluyeron que el auto concepto y ocho sub-escalas como: yo-físico, yo-moral, yo-personal yo-familiar, yo-social, auto-identidad, autosatisfacción y auto-comportamiento, disminuye en este grupo de mujeres. Además la ansiedad producida por la cirugía y el duelo provocado por la esterilidad se evitó al evaluar a las mujeres un año después del procedimiento y el efecto psicosocial se considera en la preparación de las pacientes y de sus parejas.

2.2 Bases Teóricas - Conceptuales

La base teórica se fundamenta en Hurssel (1995) para vivencias, adulta joven del MINSA y Gómez (2007) para histerectomía.

La primera base conceptual son las vivencias, las cuales son hechos ocurridos en la vida de las personas que se incorporan de forma consciente o no a la personalidad de uno. Son fenómenos “interiores” de los seres vivientes; transcurren en la “esencia” de su propio ser y no más bien en el “exterior” de éste; por eso no son susceptibles de ser miradas en sí mismas desde un punto de observación externo. Las vivencias permiten a los seres vivientes experimentarse a sí mismos como “sujetos” de ellas y no más bien como objetos, como sucede, en cambio, con su propio cuerpo ⁷.

Así mismo, vivencias son experiencias vividas, es decir lo real y lo que verdaderamente estamos experimentando en un momento preciso dado como

una realidad absoluta, se trata de algo subjetivo, interior que cursa a nivel personal, cuyo protagonista es el propio individuo.

También se define, como el impacto de esa experiencia, incrustada en el desarrollo biográfico, según su intensidad o duración puede ser decisiva en el curso posterior de la historia vital interna ¹².

Las vivencias son inherentes a toda la experiencia real, viva y puede dirigirse en la forma más directa al ser consciente a través de una interrogante, al obtener una respuesta se evidencia en forma de reflexión ¹³.

Cuando el hombre como objeto real lleva a cabo "actos de conciencia", estos actos pertenecen al ser humano como sucesos de la misma realidad natural, percibidas como "vivencias", no hay un ser humano que no tenga un mundo vivido, abierto a un sin fin de posibilidades donde los conceptos, ideas y percepciones son singulares, cada uno tiene un mundo vivido y puede haber convergencias entre los mundos vividos, desde este punto de vista las vivencias se consideran como un proceso psicológico consciente inherente al ser humano; vinculado a las percepciones objetivas, personales, selectivas, ubicadas en determinado tiempo y espacio, sustentado en necesidades, valores, sentimientos y pensamientos, esta interacción indica que todos los individuos entran como participantes activos y que su existencia en dicha interacción afecta su identidad, reflejándose en sus experiencias ¹³.

Cada ser humano responde de manera diferente a un problema o situación de la vida, pudiendo afirmar entonces que hay una amplia gama de vivencias que se experimentan individualmente siendo la vivencia el hecho de la experiencia que con participación consciente de la persona se incorpora a su personalidad ¹⁴. Cabe anotar que es una realidad absoluta, lo que real y verdaderamente se está experimentando en un momento preciso.

Para las investigadoras, vivencias, son fenómenos de carácter subjetivo en el que el ser humano, afectado por sus necesidades las experimenta en cualquier circunstancia de la vida sean favorables o no para la satisfacción de aquellas.

Toda vivencia deja una huella y son el resultado de las reflexiones lógicas que se dan inmediatamente en el sujeto. Estas vivencias están integradas por sentimientos y emociones, las cuales están relacionadas con el medio externo y que al mismo tiempo, reúne nuestro presente con nuestro pasado, proyectándolo hacia el futuro.

Los sentimientos y las emociones son parte del afecto, los primeros son un fenómeno afectivo que se expresa a través de reacciones subjetivas moderadas de placer y displacer. Las segundas son fenómenos subjetivos, fisiológicos, motivacionales y comunicativos de corta duración; ambos ayudan a los individuos a adaptarse a las oportunidades y desafíos que enfrentan durante situaciones importantes de la vida ¹³.

Los sentimientos son estados afectivos que presentan un estado subjetivo difuso, cuya totalidad es siempre positiva o negativa, no podría ser nunca neutro, es decir grato o no grato, de aproximación o de rechazo; son formas más elaboradas y complejas que surgen de la vida de relación con los demás ¹⁴.

Los sentimientos representan estados anímicos más o menos duraderos y son formas de vínculos más estables entre los seres humanos. El sentimiento, es un proceso afectivo superior que expresa la relación entre nuestras necesidades superiores, adquiridos socialmente, y el entorno.

Son estados afectivos menos intensos que las pasiones y carente en general de manifestaciones, neurovegetativas, emocionales; se hallan relacionadas y responden a una actividad intelectual más elaborada, siendo estables, duraderas y trascendentes en nuestras vidas como una historia absolutamente personal ¹³.

Asimismo concibe carácter del individuo como un sistema organizado de sentimientos por lo que los sentimientos se sitúan, por así decirlo entre el límite marcado, entre la vivencia inconsciente, impulsiva, referida a tendencias y estado de ánimo, de allí que las vivencias básicas sólo son susceptibles de descripción general y preferentemente como sentimiento ¹⁵.

Las emociones son estados afectivos violentos y repentinos de agrado y desagrado que aparecen en forma breve e intensa en relación a estímulos

externos que se producen en un individuo como respuesta a un acontecimiento inesperado y que tiene una significación particular para él, están ligados a cambios fisiológicos como la aceleración del ritmo cardíaco, respiración agitada, temblores y explosión con llanto y risa ¹².

De acuerdo a Vidal ¹², existen 6 categorías básicas de emociones:

- **Miedo:** anticipación de una amenaza o peligro que produce ansiedad, incertidumbre e inseguridad.
- **Sorpresa:** sobresalto, asombro, desconcierto, es muy transitoria. Puede dar una aproximación cognitiva para saber qué pasa.
- **Aversión:** disgusto, asco, solemos alejarnos del objeto que nos produce aversión.
- **Ira:** rabia, enojo, resentimiento, furia e irritabilidad.
- **Alegría:** diversión, euforia, gratificación, da una sensación de bienestar y de seguridad.
- **Tristeza:** pena, soledad y pesimismo.

Refiere que las emociones son estados afectivos violentos repentinos que se reflejan tanto en la conducta psicofísica como en la experiencia subjetiva del organismo que conmueven y trastornan al ser humano sin prolongarse excesivamente. Las emociones están ligadas íntimamente a cambios corporales internos y externos determinados por el sistema nervioso autónomo, originado cambios que se producen con el propósito de prepararse para la acción ¹².

Las emociones fuertes tales como: temor y cólera nos ayudan a enfrentar situaciones emergentes, que permiten al organismo aumentar las fuerzas físicas facilitando una mayor actividad, reduciendo la sensibilidad al dolor y retardando la acción eficaz ¹³.

Psicológicamente, las emociones alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas guía de respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria; y fisiológicamente, las emociones organizan rápidamente las respuestas de distintos sistemas biológicos, incluidas las expresiones faciales, los músculos, la voz, la actividad del Sistema nervioso autónomo y la del sistema endocrino, a fin de establecer un medio interno óptimo para el comportamiento más efectivo ¹⁶.

Podemos afirmar que para muchas mujeres, especialmente cuando no han tenido hijos y avanzan por la etapa reproductiva, la histerectomía puede afectar negativamente su identidad femenina.

Como la histerectomía señala de hecho el fin de potencial reproductor de la mujer, puede causar tensión psicológica y una sensación de mutilación, aunque la respuesta sexual no depende del útero ¹⁷. A esta difícil situación se suma la recuperación, lo que aumenta la depresión en la que puede encontrarse la paciente. Es frecuente que dicha depresión se desencadene como resultado de vivencias sociales traumatizantes, es decir, las que percibe la paciente como rechazo ².

Las reacciones emocionales varían dependiendo de qué tan preparada estuvo la persona antes de la intervención quirúrgica, el motivo por el cual se le operó y si el problema persiste o no. Algunas de ellas podrían experimentar un sentido de pérdida y pueden deprimirse, pero estas reacciones emocionales son temporales. Otras mujeres pueden sentir que la operación incrementó su salud o bien esta fue una salvación de vida ¹⁸.

No todas las personas reaccionan de la misma forma ante una misma cirugía, ya que cada paciente tiene una vivencia distinta, dependiendo ésta de diversas variables: la edad, las características de personalidad, el significado que le confiera cada paciente al acontecimiento traumático, el momento evolutivo en el que se encuentre ¹⁹.

Las mujeres del presente estudio fueron adultas jóvenes, el Ministerio de Salud define al adulto como aquel individuo, hombre o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras.

La característica principal en ésta etapa de vida es que el individuo debe comenzar a asumir roles sociales y familiares, es decir, hacerse responsable de

su vida y de la de quienes le acompañan en la conformación de una familia, hay que tomar muchas responsabilidades. Las tareas propias de la edad tienen que ver con el mundo social (pareja, trabajo, hijos, etc.). Para algunas mujeres en esta etapa, la histerectomía podría afectar negativamente su identidad, marcando el fin de su potencial reproductor, ocasionándoles una tensión psicológica y también va a depender que tan urgente sea necesaria la intervención.

La predictibilidad, es un factor de suma importancia en una intervención quirúrgica. Si es predecible o programado con antelación se facilita un mayor control, una puesta en marcha de defensas psíquicas. Si es una intervención con carácter de urgencia, sin posibilidad de preparación, se produce lo que ya, en 1942, la “neurosis de susto” conllevando todas las secuelas propias de un trastorno por estrés postraumático que puede complicar el proceso de recuperación ¹⁴.

De hecho, según sus propias palabras “cuanto más repentina sea la intervención y menos preparado esté el paciente, mayor es la posibilidad de que estas reacciones surjan en el periodo postoperatorio” ¹⁴.

El modo cómo reciben, tanto el paciente como su familia, el anuncio de la necesidad de cirugía, casi siempre es una noticia violenta ya que toda cirugía (por muy “menor” que sea) representa una amenaza para la integridad de la imagen corporal, además de un riesgo para la vida misma.

Si bien, el paciente tiene la posibilidad o no de decidir acerca de la intervención, cuando se trata de una cirugía obligada y vital, éste se enfrenta a temores de invalidez y muerte si no se somete a ella, pero la decisión no depende de él.

La localización anatómica de la zona a operar. La cara, las manos, el abdomen inferior y los órganos genitales son zonas muy sensibles en relación con la identidad. No olvidemos que la pérdida de un órgano o función es algo que va más allá de la realidad objetiva ¹⁴.

Cabe mencionar que un 30% de las mujeres padecen de dolores de abdomen o pelvis originada por causas ginecológicas, estas molestias pueden ser leves, moderadas o intensas, relacionadas con infecciones, dolor pélvico, inflamación del útero, trompas de Falopio, vagina o vulva. Algunos de estos problemas se corrigen por sí solos pero otros pueden tener mayor gravedad y requerir de intervención quirúrgica como los miomas, quistes de ovarios o endometriosis ²⁰, ²¹.

La intervención quirúrgica más frecuente en el mundo con respecto a los problemas ginecológicos es la histerectomía, palabra compuesta por ectomía e histeros que significa extracción quirúrgica del útero. Los tipos de histerectomía son la total, que es la extracción completa del útero y del cuello uterino, la total radical donde se extrae el útero entero junto con las estructuras de apoyo alrededor del mismo, la supracervical o subtotal o parcial, en donde se extrae la parte superior del útero pero se deja en su sitio el cuello uterino ²².

La histerectomía puede ser realizada por vía vaginal, donde no hay incisión en el abdomen y la recuperación puede ser menos dolorosa, otra es mediante la incisión en la parte inferior del abdomen, necesitando un tiempo más largo de cicatrización y generalmente la hospitalización es más larga; finalmente está la laparoscópica, en la cual es utilizado un laparoscopio que es introducido en el útero a través de una pequeña incisión en el ombligo o alrededor de éste, desprendiendo el útero en pequeñas porciones por las incisiones o a través de la vagina, en esta la hospitalización suele ser más breve ²³.

Para las autoras, la histerectomía es la intervención quirúrgica que consiste en la extracción del útero o parte de él; puede ser necesario cuando una mujer sufre de trastornos ginecológicos como sangrados vaginales dolorosos o irregulares, fibrosis, cáncer de útero, endometriosis, prolapso y enfermedad pélvica inflamatoria.

En la mujer, el útero simboliza parte determinante de la identidad femenina debido al papel protagónico que desempeña en la procreación y la maternidad, funciones por las que históricamente la mujer ha sido definida y valorada en la sociedad. Es aquí en donde la extracción de este órgano significa en su mayoría de casos la pérdida parcial de la identificación como mujeres, lo cual provoca la iniciación de un proceso de duelo, modificaciones en la autoestima, en el estado de ánimo, en el deseo sexual y en las relaciones de pareja, siendo el afrontamiento en algunas personas de corta o larga duración ^{23, 24}.

El estudio de la presente investigación se basa en el modelo de adaptación de Callista Roy, ella afirma que la persona es un ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno, usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos ²⁵:

) ***Las necesidades fisiológicas básicas:*** Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.

) ***La autoimagen:*** El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.

) ***El dominio de un rol o papel:*** Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.

) ***Interdependencia:*** La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

El modelo de Callista Roy se centra en el modelo de adaptación de la persona, la misma que busca continuamente estímulos de su entorno, efectuando para ello la

reacción que contribuye a la adaptación, ésta puede ser eficaz o no, las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse a saber, la supervivencia, el crecimiento, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufren las personas y el entorno.

Este modelo contiene 5 elementos esenciales:

- 1) *Paciente*: la persona quien recibirá los cuidados.
- 2) *Meta*: que se adapte al cambio, que es lo que deseamos lograr.
- 3) *Salud*: proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total.
- 4) *Entorno*: condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas.
- 5) *Dirección de las actividades*: la facilitación a la adaptación.

Tal como manifiesta este modelo, la mujer histerectomizada, como ser biológico, psicológico y social es capaz de lograr su adaptación de forma periódica en compañía de su pareja, hijos y familia utilizando estrategias que ayuden a sobrellevar los cambios que afectan su sexualidad; es por eso que el equipo de salud en especial las enfermeras, deben entablar una relación terapéutica para ayudar a la mujer histerectomizada y esto solo es posible si adopta una actitud objetiva y empática; debe escuchar, aceptar los sentimientos y brindar apoyo a la familia, por tal motivo merece especial atención, destacar la acción / interacción que se da día a día.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

En la presente investigación se utilizó la metodología cualitativa, la cual tiende a ser holista, en un esfuerzo por comprender la totalidad de los fenómenos de interés, este diseño se concentra en la comprensión de un fenómeno o entorno social ²⁶. Tal es así que este estudio permitió producir datos descriptivos de las propias palabras de las personas entrevistadas, en este caso comprender las vivencias de pacientes adultas jóvenes hysterectomizadas.

El enfoque cualitativo es un estudio de manera intrínseca, no necesariamente se debe obtener muestras representativas (bajo la ley de probabilidad), no buscan que sus estudios lleguen a replicarse así mismo, se fundamentan más en un proceso inductivo (exploran, describen, y luego generan perspectivas teóricas). Van de lo particular a lo general ²⁷. A través del cual se pretendió profundizar el estudio sobre las vivencias de las adultas jóvenes hysterectomizadas.

Para la realización del presente estudio, las investigadoras consideraron las descripciones de las vivencias, sentimientos y emociones que fueron expresados por las adultas jóvenes hysterectomizadas. En este sentido lo que refirió la paciente, fue analizado a profundidad desde el inicio hasta el final de la entrevista realizada. Aquí el investigador no manipula a los individuos o grupo, la realidad viva es el enfoque del interrogatorio.²⁸

El tipo de investigación cualitativa ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y sienten. Este tipo de investigación es de índole interpretativo y se realiza con grupos pequeños de personas cuya participación es activa durante todo el proceso de investigación y tiene como meta la transformación de la realidad ²⁹.

3.2 Abordaje metodológico

Para la elaboración del presente estudio se utilizó como abordaje metodológico, el estudio de caso, siendo estas investigaciones a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades.

Normalmente la entidad es un individuo, pero también puede tratarse de familias, grupos, instituciones u otras unidades sociales. El investigador que realiza un estudio de caso intenta analizar y comprender los fenómenos más importantes para la historia, el desarrollo o la atención de un individuo o de sus problemas”¹⁷. Las investigadoras en este sentido, analizaron y comprendieron los fenómenos más importantes de las vivencias de las mujeres post-histerectomizadas.

En un estudio de caso, el caso mismo es fundamental para el investigador, como corresponde a un análisis intensivo, el objetivo de los estudios de caso suele consistir en determinar la dinámica de *porqué* el individuo piensa, se comporta o se desarrolla de una manera en particular y no *cuáles* son su

condición, avance, acciones o pensamientos. La principal ventaja de los estudios de caso es la profundidad con que se puede llegar cuando se investiga un número reducido de individuos. Además brindan al investigador la oportunidad de llegar a conocer íntimamente las condiciones, los pensamientos, los sentimientos, los actos pasados y presentes, las intenciones y el entorno de la persona.

También se describe al estudio de caso, como el estudio de un caso, el caso es siempre bien delimitado, debiendo tener sus contornos claramente definidos en el desarrollo del estudio. El caso puede ser similar a otros, pero es al mismo tiempo distinto, pues tiene un interés propio. El interés por lo tanto incide en aquello que él tiene de único, de particular, aunque posteriormente vengan a quedar evidentes ciertas semejanzas con otros casos o situaciones ²⁶.

Por lo tanto esta investigación se basó en el estudio minucioso de las vivencias de las mujeres post- histerectomizadas donde se consideró como un todo al cuidado a fin de entender las emociones y sentimientos de las mujeres adultas jóvenes post-histerectomía. Se delimitó dicha investigación teniendo en cuenta las adultas jóvenes post operadas de histerectomía, del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

A continuación se hace referencia de los principios que se tomaron en cuenta para el presente trabajo de investigación ²⁷.

Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento, aquí las investigadoras estuvieron atentas a nuevos elementos que surgieron y fueron relevantes durante el estudio; siendo el cuadro teórico inicial una base o estructura de la cual a partir de estos puedan ser descubiertos nuevos aspectos o dimensiones durante el trayecto del estudio ya que el conocimiento es una construcción que se hace y rehace constantemente. Durante la entrevista, las investigadoras captaran nuevos elementos resaltantes en relación a las vivencias de las personas que formaran parte del estudio.

Los estudios de caso enfatizan la interacción en el contexto: Es necesario tomar en cuenta el contexto en la que sitúa el objeto y así comprender mejor la manifestación general de un problema, comportamientos, reacciones de los involucrados en los cuales ocurre una problemática determinada.

Este principio permitió a las investigadoras a tener una comprensión más completa del objeto, para lo cual se tuvo en cuenta el contexto en la que se sitúa la mujer post-histerectomizada y así se pudo comprender mejor la manifestación general del problema, las acciones, las percepciones, los comportamientos y las interacciones que tienen, y cómo éstas se relacionan a la situación específica de la problemática o cómo la problemática está relacionada con ellas.

Usan una variedad de fuentes de información, en el desarrollo el estudio de caso recurrirá a una variedad de datos recolectados en diferentes momentos, en situaciones variadas y con distintos informantes.

En la presente investigación los informantes estuvieron constituidos por la paciente que ha sido operada, familiar directo o persona que conviva con ella.

Buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda, las investigadoras procuraron revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema enfocándolo como un todo. Este tipo de abordaje enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando las interrelaciones entre los sujetos de investigación y el objeto de estudio.

Revelan experiencias vicarias y permiten generalizaciones naturales: Es posible que se pueda percibir la semejanza de muchos aspectos del estudio con otros casos o situaciones vivenciados en forma similar, ocurriendo de ésta manera una generalización naturalística. La generalización natural ocurre en función del conocimiento experimentado del sujeto en el momento en que este intenta asociar datos encontrados en el estudio, con los datos que son fruto de sus experiencias personales. Para ello las investigadoras procuraron relatar sus experiencias con otras personas que han atravesado por la misma situación durante el estudio, así como también las experiencias manifestadas de las mujeres post-histerectomizadas, de modo que el lector o usuario pueda hacer sus generalizaciones naturales.

Procura representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social, cuando el objeto estudiado puede suscitar opiniones diferentes; las investigadoras procuraron traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación e intenta despojarse de sus propios prejuicios afín de aceptar y analizar las respuestas de cada uno de las entrevistadas, respetando sus opiniones, en análisis con la realidad y las referencias teóricas, y pone a disposición del lector los resultados para que formulen sus propias conclusiones. Frente a ello las investigadoras emitieron su punto de vista, además de las conclusiones del estudio realizado.

Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación, pueden estar presentados en una variedad de forma tales como dramatizaciones, diseños, fotografías, mesa redonda, etc. Los relatos escritos presentan generalmente estilo informal narrativo e ilustrado por figuras del lenguaje. Para esta investigación se utilizó un lenguaje claro, transparente, concreto, sencillo y completo.

El estudio de caso se desarrolla en tres fases según Nisbet ²⁷ éstas se tomaron en cuenta:

Fase abierta o exploratoria: Es la fase donde se especifican los puntos críticos, de establecer los contactos iniciales para entrar en el campo, localizar a los informantes y fuente de datos, y es fundamental para la definición más precisa del objeto de investigación. En el presente estudio se realizó como primer paso fundamental, las visitas al escenario. Luego una vez tenido el campo abierto se procedió a establecer el contacto con las mujeres adultas jóvenes post-histerectomizadas, explicándoles el motivo de la presencia de las investigadoras y los objetivos de la investigación, solicitando su colaboración a través de su información.

Fase delimitación del estudio: En ésta fase se recolectaron sistemáticamente las informaciones o datos mediante instrumentos más o menos estructurados, su elección es determinada por características propias del objeto de estudio. En esta fase se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista semi - estructurada, logrando establecer empatía y propiciando un ambiente de confianza con la entrevistada, el tiempo aproximado por cada entrevista fue de 15 a 20 minutos, logrando de esta manera recolectar la información necesaria.

Fase análisis del informe: En esta fase se procede a unir información, analizarla y tomarla disponible a los informantes para que manifieste sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se relata. Una vez recolectada la información, se procedió a la transcripción de las entrevistas y extracción de unidades de significado, siempre tomando en cuenta los objetivos

de la investigación para luego obtener categorías y subcategorías que contribuirán a la construcción del caso en estudio.

3.3 Población y muestra

La población estuvo conformada por las adultas jóvenes post operadas de histerectomía atendidas en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 25 a 39 años.
- Casadas o solteras.
- Con hijos o sin hijos.
- Sin distinción de la religión o profesión.
- Ser de la ciudad de Chiclayo.

Muestra:

La muestra fue determinada por la técnica de saturación, que se refiere a que la indagación ha culminado cuando los discursos se repitan en su contenido ²⁸.

Es imprescindible que el conjunto de las informaciones recogidas garanticen que el discurso queda cerrado. Las opiniones y puntos de vista expresables y mantenibles sobre un determinado tema, en un ambiente dado, son finitas, lo cual da lugar a redundancia y, por su defecto, provoca su saturación: el discurso queda cerrado sobre sí mismo, no queda más que decir. Cuando en el

seno de una investigación, el investigador encuentra que el discurso se hace redundante, puede considerar que ha aprehendido el discurso.

El principio de redundancia, se refiere cuando se llega a la repetición excesiva e inútil de ideas cuando no aparecen informaciones nuevas que abran nuevos campos de significado, sino que todas redundan en lo mismo.

Los seudónimos que se utilizaron en la presente investigación fueron nombres de flores, considerándose siete (07) nombres: Azucena, Jazmín, Margarita, Girasol, Geranio, Grosella y Maya cuya finalidad fue guardar el anonimato de los participantes.

3.4 Escenario

El lugar donde se captó a las mujeres en estudio fue en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, el mismo que está ubicada en la Plaza de la Seguridad Social, donde se brinda atención especializada a los asegurados de la Macro Región Norte del país: cuenta con múltiples servicios de especialidades, dentro de los cuales destaca el servicio de Ginecología, que apertura su atención con 20 camas el día 11 de Noviembre de 1978, ubicado en el 4to piso del lado derecho de la infraestructura nueva. Actualmente cuenta con un médico jefe por concurso y ocho médicos asistenciales, una enfermera jefa asistencial por concurso, cinco enfermeras asistenciales, cinco técnicas de enfermería y una secretaria, con una capacidad

de 12 camas brinda atención a mujeres con patología ginecológica: miomatosis uterina, quiste de ovario; patologías gineco – oncológicas: cáncer de ovario, cáncer de útero, cáncer de endometrio, cáncer de mama, cáncer de vulva y otras patologías: infertilidad, etc.

La mujer sometida a histerectomía realiza su ingreso por el Servicio de Emergencia y por consulta externa, de donde es derivada a hospitalización y luego al servicio de ginecología. La enfermera recepciona la historia clínica, la elabora, realiza control de peso y talla, después verifica que la paciente firme la autorización de operación y la autorización de posible transfusión de sangre, se le designa una cama, una vez instalada se hace entrega de un pase para el ingreso del familiar. En el turno de la noche el personal de enfermería realiza la preparación física y emocional de la persona que será histerectomizada (rasurado de pubis, administración de enema evacuante, revisión de uñas que deben estar despintadas, verificación de presencia de prótesis dentaria, la que debe ser retirada).

Al día siguiente de su hospitalización se realizó la cirugía de histerectomía, previa administración de pre medicación, vendaje de miembros inferiores y control de funciones vitales, lo que se registran en las anotaciones de enfermería. La persona sometida a esta cirugía permanece hospitalizada dos o tres días, al momento del alta, se le entregó los formatos donde se registra el

retiro de puntos a los siete días y control por consulta externa con el médico que la operó.

3.5 Procedimiento de recolección de los datos

Para la ejecución del presente trabajo se coordinó previamente con las pacientes adultas jóvenes a fin de obtener su autorización para la recolección de datos, esto sucedió al 2do día de la intervención quirúrgica, ahí mismo se coordinó la fecha para realizarles una visita domiciliaria.

Ya en la visita domiciliaria se utilizó la entrevista semi estructurada a profundidad con preguntas abiertas dirigidas a las pacientes adultas jóvenes, en donde se utilizó un cuestionario simple.

No todas tuvieron la misma cantidad de visitas domiciliarias: Azucena, se le realizó 3 visitas domiciliarias, hasta los 4 meses de operada; Jazmín, 2 visitas hasta el mes de operada, Margarita y Maya tuvieron 4 visitas domiciliarias hasta los 3 meses de ser intervenidas quirúrgicamente, Girasol se le visitó en 3 oportunidades hasta los 2 meses de post operada; tanto Geranio y Grosella se les hizo 5 visitas domiciliarias hasta el 5to mes de post operada.

La información se obtuvo mediante la entrevista a profundidad; según Polit ²⁹ se utiliza cuando se procede sin un concepto preconcebido del contenido o flujo de información que se desea recabar y se caracteriza por una indagación extensa y preguntas de tipo abierta que permitió a los entrevistados tener mayor

libertad de expresión y al mismo tiempo al investigador indagar sobre el objeto de estudio.

La entrevista se grabó, fue flexible y abierta, lo que permitió a la paciente adulta joven libertad para dar información respecto a su vivencia. El instrumento se aplicó a las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Inicialmente las entrevistas fueron validadas por una muestra piloto conformada por dos pacientes, lo que permitió reformular las preguntas de las entrevistas para su mejor entendimiento por parte del investigado; con el fin de asegurar el rigor científico.

Posteriormente se aplicó la entrevista a las pacientes (Anexo N° 2) para lo cual se coordinó con ellas la fecha y la hora; se realizó en un ambiente tranquilo, privado y libre de interrupciones, teniendo una duración entre veinte a treinta minutos. Para el registro se utilizó una grabadora de mano y una libreta de campo.

Se garantizó a las participantes la confidencialidad de la información y para mantener el anonimato de las participantes se utilizó pseudónimos.

La entrevista abierta semiestructurada ³⁰, es un diálogo que deja que fluya el punto de vista único y profundo del entrevistado. En las entrevistas se utilizó

diferentes herramientas para recoger la información, entre estas tenemos: grabación del audio o video, apuntes o notas en libretas; las cuales fueron utilizadas en este trabajo. En la entrevista semiestructurada el entrevistador utiliza una lista de materias o preguntas (guía temática) que deberá de abordar con cada uno de los sujetos. El cometido del entrevistador consiste en motivar a cada uno de los participantes a expresarse con libertad acerca de todos los temas de la lista y en registrar las respuestas, normalmente mediante una grabadora.

La entrevista semiestructurada nos da a conocer que la principal tarea del entrevistador consiste en procurar que los sujetos se sientan suficientemente cómodos como para expresar sus opiniones de manera franca, directa y sin reservas ³¹. La reacción del informante hacia la persona del entrevistador también puede afectar en gran medida su disposición a colaborar, por ello, debe ser siempre puntual, cortés, amistoso, e intentar en lo posible producir una imagen imparcial y crear un ambiente permisivo que estimule la espontaneidad de las respuestas.

Deben aceptarse todas las respuestas de los sujetos con naturalidad sin asombro, rechazo o aprobación. La entrevista se les efectuó adultas jóvenes post histerectomizadas se realizó en forma amable, cortés, amistosa con la familia; de manera que se produzca un ambiente de confianza, empatía y estimule así la naturalidad de las respuestas.

3.6 Análisis de los datos

En la presente investigación se utilizó el análisis temático. Este análisis es el más utilizado, parte de los datos textuales, se trata de descomponer el corpus en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías siguiendo el criterio de analogía. Es decir considerando las similitudes o semejanzas que existan entre éstas en función a los criterios establecidos ³².

El análisis temático comprende tres etapas:

El *pre análisis*, es la etapa de organización del material a analizar, en la que se diseñan y definen los ejes del plan que permitió examinar los datos y realizar efectivamente el análisis de contenido.

La *codificación*, consiste en realizar una transformación de los “datos brutos” (el material original) a los “datos útiles”. Las operaciones implicadas en esta etapa son la fragmentación del texto, es decir; el establecimiento en unidades de registro, y la catalogación de elementos.

La *categorización*: organización y clasificación de las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación. El criterio fundamental de categorización en un análisis de contenido temático es semántico, es decir, se agrupan las unidades por similitudes en cuanto a su significación.

3.7 Rigor científico y principios éticos.

En la investigación siguiente se utilizó los Criterios de Rigor Científico según Lincoln y Guba ³³, los cuales son utilizados en la investigación cualitativa y estos son:

Confidencialidad, donde los secretos expuestos por parte de las entrevistadas en la investigación no fueron públicos sin su consentimiento. Caso necesario y previa autorización éste podría ser publicado pero con el uso de un seudónimo.

Credibilidad, en donde la información obtenida se ajustó a la verdad lograda a través de las conversaciones y entrevistas con los sujetos de estudio. En este criterio los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. Es muy importante tener en mente que los informantes son los que conocen su mundo, el cual puede ser completamente diferente al mundo del investigador. Éste tiene la tarea de captar el mundo del informante de la mejor manera que él lo pueda conocer, creer o concebir.

Auditabilidad, llamada por otros autores confirmabilidad, que se refiere a la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho.

Transferibilidad o aplicabilidad, el cual es la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Este criterio indica, que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto.

La investigación en enfermería y en ciencias de la salud por lo general se acuden a las personas como sujetos de la investigación científica por lo tanto debe tenerse sumo cuidado para asegurar que sus derechos se encuentren protegidos.

Por lo que en la presente investigación se tuvo en cuenta los principios éticos:

Principio de autonomía, el cual se refiere a que la persona informante debe participar voluntariamente, sin coerción personal o institucional, dando su permiso para ser observado y entrevistado.

Principio de beneficencia, que consiste en la obligación moral de hacer en beneficio de los otros, promover el bien y evitar el mal; este principio es orientado a la acción, al cómo actúa la enfermera con la persona.

Principio de no maleficencia, este principio declara la obligación de no causar daños o perjuicios intencionalmente al entrevistado.

Principio de justicia, este principio es fundamental en la igualdad de todos los seres humanos. La justicia funciona como la medida de la distribución equitativa de derechos y deberes, ventajas y desventajas entre otros.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de la lectura minuciosa de cada uno de los discursos, se procedió a analizar, caracterizar y comprender los resultados de las entrevistas sobre las vivencias de las pacientes adultas jóvenes ante la pérdida de la capacidad reproductiva por histerectomía HNAAA – EsSalud 2016.

Se analizaron los discursos en búsqueda de las unidades de significados y explicaciones sobre las vivencias de las pacientes post histerectomizadas, a través del análisis temático, emergiendo cuatro grandes categorías de las cuales se obtuvieron diversas sub categorías, que a continuación se detalla:

I.- EVIDENCIANDO SENTIMIENTOS NEGATIVOS POR LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD REPRODUCTIVA

- 1.1.- Sienten impotencia... no pueden procrear
- 1.2.- Sienten angustia, se sienten vacías
- 1.4.- Sienten hostilidad por parte de la pareja

II.- EVIDENCIANDO EMOCIONES DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA

- 2.1.- Tristeza... manifiestan a través del llanto
- 2.2.- Sienten miedo al reinicio de las relaciones sexuales
- 2.3.- Ayer sentí temor... ¡Ahora me siento feliz!
- 2.4.- Siento tranquilidad... recibo apoyo de mi pareja

III.- ¡AHORA!... DEDICADA AL AUTOCUIDADO FAMILIAR

IV.- EVIDENCIANDO LA NECESIDAD DE APOYO EMOCIONAL

4.1.- Refugiándome en Dios

4.2.- Apoyándome en mi familia

4.3.- Buscando ayuda psicológica

I. EVIDENCIANDO SENTIMIENTOS POR LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD REPRODUCTIVA

Los sentimientos representan un estado subjetivo, difuso cuya finalidad es siempre positiva o negativa, no podría ser nunca neutro, es decir grato o no grato, de aproximación o rechazo, son formas más elaboradas y complejas que surgen en la vida en relación con los demás ³⁴.

En las mujeres que son sometidas a intervenciones quirúrgicas como la histerectomía, los sentimientos juegan un papel importante ya que la manera de afrontar esta situación va a depender de su aprendizaje y carácter, de su edad y de las experiencias anteriores como el hecho de ser madre y difiere de aquellas que no lo han sido y no lo podrán experimentar en el futuro.

1.1. Sienten impotencia... no pueden procrear

La impotencia en general se define como la falta de poder para hacer algo, sin embargo va más allá de comunicar una debilidad que sume la persona,

en la inacción. Quienes se sienten impotentes ante cierta circunstancia suelen sentir que nada podría librarlos de la dificultad.

Si la mujer histerectomizada se siente débil o carente de poder, podría optar por fortalecerse. Pero la impotencia tal como la usamos es el sentimiento de completa desolación que resulta no solo de la *improbabilidad* de conseguir un efecto deseado o de evitar cierta consecuencia de no poder procrear, sino de una verdadera *imposibilidad* de lograrlo o evitarlo por medios humanos.

La mujer histerectomizada que no tuvo la oportunidad de ser madres sufre de impotencia emocional como se evidencia en las siguientes unidades de significado:

“Ya no podré procrear, siento impotencia... he perdido algo grande, me siento vacía... ya nada tiene sentido en la vida...” (Margarita, 32 años)

“Ya no tengo útero, ya no podré ser madre, siento un gran vacío dentro de mí y una gran impotencia...” (Girasol, 25 años)

Las mujeres del presente estudio, manifestaron que en un inicio sintieron un gran impacto psicológico al recibir la noticia de su intervención así como diferentes reacciones. La respuesta común ante la extirpación del útero fue llanto, esto se debió al valor simbólico que representa este órgano.

Si bien es cierto para algunas mujeres, ésta parte del cuerpo tiene un gran valor en cuanto a su identidad femenina, lo cual permite la diferencia del sexo opuesto, evidenciándose en la maravilla de engendrar una nueva vida, por lo que el hecho de no poder ser madre o tener más hijos, representan una gran preocupación y disminución del auto concepto.

Según su cultura, la capacidad reproductora de la mujer, es considerada como su principal función y medio de autorrealización, por la creencia de que la mujer viene al mundo para ser madre, para procrear y concebir; pues así lo manifestaron las mujeres que participaron en nuestro estudio.

1.2. Sienten angustia... ¡se sienten vacías!

La angustia es el sentimiento que experimentan la mujer histerectomizada, se sienten vacías después de la histerectomía, son conscientes que no podrán tener hijos en el futuro. Lo consideran "terrible" se consideran personas totalmente inútiles por la pérdida de la capacidad reproductiva. Las creencias arraigadas en algunos contextos culturales llevan a las mujeres a asociar el útero a valores simbólicos importantes. Muchas mujeres creen que este órgano contribuye al placer sexual, tanto por los movimientos como por las contracciones que se originan de él. La existencia de esa creencia explica el hecho de que muchas mujeres se quejan de la disminución de la respuesta sexual después del retiro del útero.³ También se puede definir la angustia como un sentimiento de amenaza cuya causa es por el momento

desconocida pero que puede aparecer en el momento en que menos lo esperamos y revelar a todos sin excepción que son unos incompetentes o personas totalmente ridículas.

Cada mujer tiene una reacción psicológica diferente frente a la histerectomía. Si bien para algunas mujeres la extirpación de su útero no implica mayores consecuencias emocionales, es un hecho que para muchas de éstas, especialmente cuando no han tenido el número de hijos que desean y avanzan por la etapa reproductiva, la histerectomía puede afectar negativamente su identidad femenina.

Considerando que en las culturas, la maternidad constituye uno de los ejes de la identidad femenina, cualquier evento que afecte esta dimensión, que ha sido vulnerado, aspectos centrales que las mujeres hacen de sí mismas. Las consecuencias derivadas de éste paradigma han sido analizadas extensamente desde la perspectiva de los estudios de género, tanto en sus implicaciones psicológicas, como históricas, jurídicas y antropológicas, permitiendo comprender el impacto subjetivo que la remoción del útero puede tener para mujeres aun cuando hayan cumplido con su tarea reproductiva ³⁵.

La importancia subjetiva del útero no se agota en su función biológica; por tanto, aun cuando la mujer tenga paridad cumplida o el útero "ya no le

sirva", puede continuar deseando conservarlo, pues para ella ha estado asociado a eventos que marcan la constitución de su subjetividad: La menstruación (el paso de niña a ser mujer), el embarazo y el parto (el paso a ser madre) y a ser por tanto una mujer completa.

Existen bases culturales, familiares y sociales las cuales establecen una imagen femenina, marcada por la creencia de que la mujer vive en la sociedad igual que en el mundo para ser madre, para procrear y concebir. En nuestra cultura al igual que en muchas otras, la capacidad reproductora de la mujer es considerada como su principal función y medio de autorrealización.

En el presente estudio nos podemos dar cuenta que la función reproductiva es de constante interés femenino, así lo demuestran los discursos brindados por las mujeres histerectomizadas, quienes vieron vulnerada su capacidad reproductiva, pues se les arrebató la posibilidad de ser madres, llevándolas a atravesar un proceso de duelo manifestado en la tristeza, llanto y negación de su realidad. Esto se refleja en los siguientes discursos:

“...A veces sueño que estoy con niños y me despierto sudando, al ver que sólo era un sueño, me pongo a llorar...” (Azucena, 30 años)

La repercusión de la histerectomía en las mujeres puede ser variable, pues el útero está cargado de representaciones simbólicas: Como órgano que transmite vida, como órgano reproductor que proporciona a las mujeres la posibilidad de tener hijos, como elemento diferenciador del varón, como núcleo a su identidad como mujer, como centro de su placer sexual ³⁶.

Desde el momento en que no hay útero es imposible que el feto se pueda desarrollar en él. El hecho de no poder tener descendencia puede suponer una gran desgracia; en algunas mujeres, hipotéticamente, la capacidad para el embarazo, puede repercutir negativamente en su bienestar psíquico ³⁶. La ausencia de este órgano causa impacto sobre la vivencia de la sexualidad y, consecuentemente, causa interferencia en la personalidad del ser humano. La sexualidad humana influye no sólo en la relación hombre-mujer, abarca también las demás relaciones que involucran personas. En algunos escenarios culturales la mujer sin útero es rotulada como “mujer fría o vacía” y sufre las consecuencias de ese estigma.²

La ausencia de este órgano causa impacto sobre la vivencia de la sexualidad y, consecuentemente, causa interferencia en la personalidad del ser humano. La sexualidad humana influye no sólo en la relación hombre-mujer, abarca también las demás relaciones que involucran personas. En algunos escenarios culturales la mujer sin útero es rotulada como “mujer fría o vacía” y sufre las consecuencias de ese estigma.²

En las mujeres, la histerectomía puede producir 3 tipos de pérdidas, siendo una de ellas: el cese de la función reproductora, donde el estrés que se genera, es mayor en mujeres que no han tenido ningún hijo; ya que ellas asocian la matriz con su identidad femenina y la autorrealización como madres ³⁷.

Tal como se demuestra en los discursos brindados por las mujeres histerectomizadas quienes vieron vulnerada su capacidad reproductora pues se les arrebató la posibilidad de ser madres, llevándolas a través de un proceso de duelo manifestado en la tristeza llanto y frustración.

Las mujeres que han tenido el privilegio de ser madre, que dejan un legado familiar y por ende la continuidad de la vida, tienden a estar más tranquilas y su manera de afrontar las situaciones es adecuada logrando adaptarse al cambio.

Sin embargo, aquellas mujeres que ya tienen hijos también tienen la sensación de pérdida debido a que no cumplirán el número ideal de hijos planificados viéndose así frustradas como madres, esto se corrobora en el siguiente discurso:

“... Me pone muy pensativa, me da mucho sentimiento, pues mi meta era tener cuatro hijos y cuando me dijeron que no podía tenerlos, me puse triste...” (Maya, 39 años)

De acuerdo al discurso de las mujeres entrevistadas y los estudios realizados, se considera que para la mayoría de estas mujeres el hecho de no tener hijos, o no haber completado su meta en el número de hijos deseados; la histerectomía, genera sentimientos negativos como tristeza, llanto, frustración e impotencia, pues asociaron, la matriz con la autorrealización de ser madre llevando a cuestionarse el porqué de su situación; en cambio, para aquellas mujeres que han tenido hijos, la extirpación del útero, no les causó mayor impacto porque se sentían realizadas como madre.

La angustia es un círculo vicioso. Una vez que se ha experimentado la angustia "sin razón alguna", aparece una actitud angustiada ante la perspectiva de sentir angustia. Aparecen pensamientos del tipo de "sería horrible si empezara a sentirme angustiado". Pensar de ese modo nos provoca la angustia. Inmediatamente, notamos la angustia y pensamos algo así como "es terrible, me estoy angustiendo". Esto lleva a incrementar la angustia, que a su vez nos hace pensar cosas tales como "Estoy perdiendo el control. ¿Y si me desmayo (o me coge un ataque de pánico, o cometo una locura, o me da un ataque al corazón)? Sería terrible." La angustia crece por momentos y nos conduce a pensamientos cada vez más angustiantes. El proceso se desarrolla con gran rapidez y de lo único que somos conscientes es de un progresivo sentimiento de pánico.

Heidegger señala que la angustia, no es producida por una amenaza determinada o localizable, sino que la amenaza viene de todas partes, desde fuera y desde el propio interior del sujeto: «La angustia es el descubrimiento de la exterioridad en que he sido lanzado para cumplir mi carrera de existencia, sin que lo haya querido y sin que pueda detener su curso». ³⁸

1.3. Sienten hostilidad por parte de su pareja

La hostilidad es un sentimiento mantenido en el que se dan lugar el resentimiento, la indignación, la acritud y la animosidad. Hostil es una calificación que el esposo demuestra a la esposa histerectomizada, se refiere a la actitud social de provocación, burla o antipatía hacia otra persona. La persona hostil ostenta una emoción negativa de resentimiento, acritud y desprecio que suele ser expresada de manera sutil, sin violar las normas de buena conducta social. Hostil proviene del latín *hostiles* que significa enemigo, por lo que el significado se refiere al esposo de una persona que tiene la actitud de un enemigo hacia ella. ⁴¹

Las mujeres histerectomizadas, ante su cirugía esperan recibir un apoyo especial, principalmente por parte de su pareja, quien con demostraciones de cariño, paciencia, comprensión y dedicación se convierten en lo fundamental para su recuperación, pues al percibir estas expresiones de consideración, ellas expresan mejor sus preocupaciones ansiedad y dudas

que posteriormente las va disipando y reemplazando por sentimientos de seguridad y confianza al encontrar en la pareja respaldo y aceptación.

El esposo, considerado la persona más cercana a la mujer, es quien presta el mayor apoyo tanto físico como emocional, en comparación con el resto de los miembros de la familia, esto a causa del compromiso establecido con su pareja.

Esto se ve reflejado en los discursos que a continuación se detallan:

“...A raíz que me sacaron el útero, mi pareja cambió por completo, me engañó, empezaron los problemas y con las discusiones él me reclamaba el que no podré tener hijos, me hacía sentir mal...” (Azucena, 30 años)

Podemos comprobar que hubo cambios de actitudes por parte del esposo con respecto a la intervención quirúrgica, generando un alejamiento, falta de apoyo, llegando a la ruptura de la confianza, una falta de comprensión generándose una relación poco empática.

La infidelidad, fue otro de los problemas que enfrentaron las mujeres histerectomizadas, afectando sus sentimientos y pensamientos. Esto se genera por la ruptura de la relación que se debe a la incapacidad de la mujer por darle hijos, así como también por la insatisfacción en el aspecto sexual.

En el siguiente discurso, se describen algunas de estas reacciones:

“...Luego de la operación, la relación con mi esposo, se volvió, fría, ya no fue igual, discutíamos mucho, me reclamaba que ya no le podía dar un hijo y creo que me engaña con otra mujer...” (Girasol, 25 años)

La comunicación entre parejas es un aspecto importante que permite que la relación crezca. Une a las parejas al mismo tiempo que ofrece un estilo de vida saludable y feliz que cumple las necesidades de cada uno. Cuando se pierde la comunicación, puede afectar la felicidad de cada uno de la pareja y el futuro de la relación.

La histerectomía es una fuente de tensión para ambos miembros de la pareja y puede serlo para la relación, donde se debe tomar en cuenta al conyugue debido a que el desarrollo de su personalidad, su propia personalidad, proyección social y rol familiar, constituyen el otro extremo de la problemática de la pareja y no solo el de la mujer.

De lo antes mencionado podemos decir que la falta de comunicación es un factor que generó la ruptura de la relación de pareja. Tal como se evidencia en el siguiente discurso:

“...El comportamiento de mi esposo, después de la operación cambió por completo, él se volvió más frío, poco comunicativo, todo le molestaba, creo que ya no me ama...” (Margarita, 32 años)

Es importante que el cónyuge asuma al igual que su compañera la condición de histerectomizada y brinde apoyo a su pareja, puesto que la operación no solo involucra a la mujer sino que repercute en la vida conyugal. Si el hombre crea un concepto negativo de la operación, por ende el trato hacia la mujer se ve afectado.

II. EVIDENCIANDO EMOCIONES DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA

La emoción es un estado afectivo que experimentan las personas; es una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia.

Asimismo, las emociones del ser humano, pueden verse influidas por diversos factores a los cuáles puede la mujer aprender a sobreponerse cuando cuenta con las aptitudes psicológicas necesarias para adaptarse como es el caso de las mujeres histerectomizadas a una nueva situación sin que su vida se vea afectada de forma significativa. Desafortunadamente no en todos los casos las personas logran adaptarse satisfactoriamente lo que les genera problemas emocionales y conductuales.

La histerectomía parece influir de modo significativo en la capacidad de adaptación conyugal, por ello las mujeres en estudio, reconocieron la importancia de la pareja como fuente de apoyo durante la etapa de recuperación después de su intervención quirúrgica, y refieren que un factor

determinante para adaptarse a su nueva etapa de vida, es el apoyo, trato y comprensión por parte de su pareja.

2.1. Tristeza... manifiestan a través del llanto

La tristeza es un estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral. Es la expresión del dolor afectivo mediante el llanto, el rostro abatido, la falta de apetito, etc. El útero ha sido descrito como un símbolo de femineidad, sexualidad, reproducción y maternidad, por lo que la extirpación del útero conlleva una serie de significados para la mujer dada la importancia que tiene para ella ³⁹.

Las mujeres manifiestan tristeza siendo ésta una emoción manifestada por el dolor anímico producido por la histerectomía este procedimiento es un suceso desfavorable que suele manifestarse con un estado de ánimo pesimista, la insatisfacción y la tendencia al llanto. Es la expresión del dolor afectivo. A menudo las mujeres histerectomizadas se sienten tristes porque sus expectativas de ser madres no se a cumplir.

Esto se evidencia en los siguientes discursos:

“... Algo murió dentro de mí, me quedé vacía, me siento menos mujer, nada es igual...” (Azucena, 30 años)

“... Después de la operación, me sentía mal, lloraba, porque ya sabía que no podría tener más hijos, me quedé sin útero, la vida definitivamente no es igual, Dios lo quiso así, quizás como mujer ya no será lo mismo...”

(Jazmín, 29 años)

A la mujer se le ha atribuido, en muchas ocasiones, su femineidad a su función reproductiva, desde hace muchos años le correspondió el espacio de la casa por su capacidad para gestar y amamantar a los hijos, la que se puede ver alterada o afectada cuando es sometida a diversas intervenciones quirúrgicas, como la histerectomía que involucra el aspecto físico y psicológico de la mujer.³⁶

Aun cuando la histerectomía ofrece alivio al malestar, la pérdida del útero a menudo despierta sentimientos que emergen como fenómenos conscientes o inconscientes vinculados con su valor simbólico; generando tristeza, angustia y en ocasiones rechazo por su pareja o aferrarse a ellos.

Los mitos populares sobre los efectos de la histerectomía pueden resultar terribles; muchas mujeres pueden llegar a sentir que quedan vacías por dentro y que pierden su femineidad y deseabilidad, pueden creer incluso que pierden capacidad para satisfacer a su pareja.

En el presente estudio los mitos y creencias de las mujeres histerectomizadas, repercute en ellas al influir en su forma de sentir y actuar

así como en la manera de percibir su realidad, pues sienten que tras la histerectomía se pierde la esencia femenina lo que conlleva a una sensación de quedar vacía o que algo se muere, además se pierde la posibilidad de ser madre y en ocasiones a la pareja ⁴⁰. Tal y como lo demuestra el siguiente discurso:

“...Me sentí muy mal después que me operaron, lloraba mucho, me sentía triste, el sólo hecho que me saquen algo mío, a pesar que no lo sentía, con mi útero me sentía completa... una mujer completa, pero cuando lo sacaron, algo cambió, no me siento la mujer de antes... mi símbolo de mujer ya no está y ya no podré ser madre, ni realizarme como mujer...”

(Girasol, 25 años)

A partir de los discursos antes mencionados para la mayoría fue difícil aceptarlo, se sentían decaídas, angustiadas; ya que el estado de ánimo definitivamente va a influir en el pensamiento cuando se siente que se ha perdido algo que representa valor significativo para la persona, que no han completado sus familias o no tienen ningún hijo, esto puede manifestarse a través de respuestas externas como el llanto, malestar físico; sin embargo, nunca hay dos situaciones iguales, ni dos personas que manifiesten exactamente la misma intensidad del sentimiento desencadenado por un evento común a ellos; obedecen, entre otras razones, al hecho de que en nuestra cultura el útero ha sido simbolizado como parte determinante de la

identidad femenina debido al papel protagónico que desempeña en la procreación y la maternidad, funciones por las que históricamente la mujer ha sido definida y valorada en la sociedad.

2.2. Sienten miedo al reinicio de las relaciones sexuales

Teóricamente la histerectomía debería tener poco o ningún efecto en la vida sexual, pero infortunadamente para algunas mujeres es la causa de grandes problemas en su vida conyugal las mujeres del estudio presentaron efectos sexuales después de la intervención quirúrgica, tales como: miedo, temor y angustia a reiniciar el acto sexual con su pareja.

En el reinicio de una vida sexual aparecen dos elementos importantes, la evaluación médica que determina el alta y como es informada la paciente en este ámbito y otra el alta subjetiva, es decir el momento en que la mujer se siente capacitada para reiniciar su vida sexual, cobrando gran importancia las expectativas sexuales, el sentimiento de seguridad y confianza en sí misma y el estilo de su relación de pareja ³⁶.

Como nos dice Cerda y colaboradores, la pérdida del útero provoca impacto sobre varias dimensiones de la vida; las mujeres quedan más insatisfechas con la histerectomía sobre todo hay cuando insuficiencia o inadecuada información y apoyo relacionado con el procedimiento quirúrgico, cambio

en la respuesta al estímulo sexual, vivencia emocional difícil, secuela psicológica y sentimiento de pérdida ⁷.

El reinicio sexual es visto frecuentemente como una "prueba" para saber si realmente quedaron bien y si su pareja percibe o no alguna diferencia;, atravesando por sentimientos de temor al no saber si obtendrán o no placer sexual como cuando conservaban su útero; temen que su pareja note alguna diferencia en ellas, el miedo a como se encuentre la herida internamente y miedo al dolor y a la dehiscencia de la herida , conlleva a postergar el tiempo de reinicio sexual indicado por el profesional de salud. Refieren además que la información que recibieron fue insuficiente y solo les hablaron sobre el tiempo de espera para el reinicio de las relaciones sexuales más no de otro tipo de cambio que experimentarían ³⁶.

Así mismo, estudios afirman que la información influye en la visión de la cirugía y en la actitud de la paciente y entre más se conoce el proceso, participa más, disminuye la ansiedad y presenta mejoría⁷.

Corroborado en los siguientes discursos:

“... Me dijo mi médico que mi vida volvería a ser la misma después de un mes de operada, pero no me explicó que cambios pasarían en relación a mi vida sexual... tengo miedo de iniciar mi vida sexual...” (Azucena, 30 años)

“... Cuando inicié las relaciones sexuales con mi esposo, tenía miedo de no sentir nada al tener relaciones sexuales, aparte él era muy brusco y me trataba mal, hasta que decidimos terminar la relación...” (Maya, 39 años)

En otros casos no se evidencia dificultades en las relaciones conyugales, ambos comprendieron la importancia de los cuidados y la información que recibieron por parte del personal de salud; es decir que el acto sexual está unida con la comprensión, aprecio y comunicación; aspectos evidenciados en las mujeres en estudio que tuvieron comunicación continua con el esposo. Tal como se demuestra en el siguiente discurso:

“... Las relaciones sexuales con mi pareja se iniciaron tardíamente, yo tenía miedo, él me tiene mucha paciencia, íntimamente no cambió en nada nuestra relación...” (Geranio, 34 años)

Consideramos que la existencia de miedos y temores al reinicio de las relaciones sexuales depende de la información recibida en relación a esta cirugía, y la percepción que se tenga va a depender del grado de información médica, este desconocimiento hace que tenga una percepción más confusa y vaga de lo que experimentarán, así mismo, que según lo que referían el personal no les informaba o si lo hacían no siempre entendían lo dicho, ocasionando miedos, temores y limitando o postergando el tiempo de reinicio de las relaciones sexuales con la pareja.

De lo contrario cuando se brinda información adecuada y precisa permitirá un bienestar sexual ya que este es uno de los factores primordiales en la sensación de placer de la mujer, ya que logra unificar la satisfacción física-emocional, además de fortalecer su propia identidad y sentido de feminidad, elementos claves en la percepción de la calidad de vida.

2.3. Ayer sentí temor... ¡ahora me siento feliz!

El temor es una emoción caracterizada por una intensa sensación desagradable provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado. En este caso la histerectomía fue por temor al cáncer que podía padecer.

Es indudable que luego del diagnóstico, la noticia de una intervención quirúrgica radical, se sufra una crisis de temor, sin embargo, la respuesta de adaptación pueden ser iguales o no, en una u otras personas.

Para algunas de las mujeres histerectomizadas aun viviendo un doloroso proceso ante la nueva e inesperada situación de salud, aceptaron la intervención, siendo este un proceso difícil y lento, pero a medida que transcurrió el tiempo desde la toma de conocimiento del diagnóstico e intervención a la que fueron sometidas, al momento de la entrevista ellas ya lo han superado.

Así lo reflejan los siguientes discursos:

“...Los médicos me dijeron que no había opción, que tenían que operarme y sacarme el útero por el temor al cáncer, ahora me siento feliz, ya me sacaron el útero y lo que más anhelo es recuperarme, todo con mente positiva...” (Geranio, 34 años)

“...Yo decidí que me operaran lo antes posible, ahora me siento feliz porque tengo mi hijo, mi familia y todo lo dejo a Dios...” (Jazmín, 29 años)

De acuerdo a estos discursos y a la literatura encontrada, consideramos que la intervención terapéutica como la histerectomía es vivida y percibida de diferentes maneras por las mujeres en estudio, pues para algunas, la reacción fue la aceptación debido a que los beneficios fueron mayores ante la pérdida que sufrieron; con lo cual, acabaron sus molestias, aun cuando la extirpación de su útero, implicaba un momento doloroso y lleno de temores ³⁶.

Así mismo en los discursos la mujer histerectomizada refiere que ahora se siente feliz. La felicidad es una emoción que se produce en la persona cuando cree haber alcanzado una meta deseada en este caso asegurar su supervivencia.

La felicidad suele ir aparejada a una condición interna o subjetiva de satisfacción y alegría. Algunos psicólogos han tratado de caracterizar el grado de felicidad mediante diversos test, y han llegado a definir la felicidad como una medida de bienestar subjetivo (auto percibido) que influye en las actitudes y el comportamiento de los individuos. Las personas que tienen un alto grado de felicidad muestran generalmente un enfoque del medio positivo, al mismo tiempo que se sienten motivadas a conquistar nuevas metas.

2.4. Siento tranquilidad... recibo apoyo de mi pareja

La tranquilidad es el estado emocional que todos queremos alcanzar en el que, nos permite sentir todas aquellas emociones y sentimientos que nos vayan surgiendo cotidianamente, sin dejarnos dominar por ninguna de ellas. Cuando sepamos alcanzar la tranquilidad, podremos disfrutar de nuestras emociones con total libertad, ya que conoceremos que todas tienen su utilidad y que no son positivas o negativas, simplemente son. Las mujeres que son sometidas a histerectomía sienten la necesidad de un apoyo emocional por parte de su pareja, el apoyo proveniente de su pareja es más importante que el apoyo de familiares o amigos, además del soporte de la pareja contribuye a su recuperación post quirúrgica⁴².

De acuerdo a lo antes mencionado y a los estudios encontrados, consideramos que contar con apoyo en el transcurso de la vida para

cualquier persona es fundamental, pues contribuye a la satisfacción de las necesidades humanas en la esfera psicosexual. Este apoyo tiene mayor importancia aun, cuando no son satisfechas algunas necesidades en la esfera biológica ya que la enfermedad no llega solo a la persona como un ser biológico, si no que le afecta en su esfera psicosocial. Las mujeres en estudio, asignan gran valor al apoyo que reciben sobre todo de la pareja, pues consideran a esta como un elemento esencial en el proceso de su adaptación y afrontamiento, lo que les da tranquilidad.

El apoyo psicológico es fundamental ya que la histerectomía afecta mucho la vida de pareja, su comunicación debido a que el hombre y la mujer la viven de diferente manera y a veces se recriminan de no estar igualmente involucrados.

Consideramos que un estado de ánimo positivo por parte del esposo favorece un cambio optimista en ella, en los siguientes discursos se evidencia el apoyo de la pareja desde el principio del tratamiento, para poder enfrentar este proceso de la mejor manera posible.

Algunas de las mujeres en este estudio refieren mantener una buena relación con sus parejas, la cual la consideran estable y con apoyo constante; en el sentido afectivo manifiestan sentirse satisfechas, refieren que la relación con sus parejas antes y después de recibir la noticia de su operación, ha

cambiado para bien pues se sienten más queridas, manifiestan además que en cierto modo después de la operación han sentido el apoyo y comprensión por parte de sus parejas ⁴¹, tal como se evidencia en los siguientes discursos:

“... Ahora tranquila después que me operaron, mi esposo siempre continuó a mi lado, no me rechazó, no me reclamó que ya no pudiéramos tener más hijos. Él trata que no me sienta mal, quiere que me olvide de lo que ya pasó y que sigamos adelante juntos...” (Jazmín, 29 años)

“... He sentido un gran apoyo por parte de mi esposo, no me deja sola, está pendiente de mí me siento tranquila...” (Geranio, 34 años)

“... Mi esposo me apoya en todo, respeta mi situación, trata de entenderme, es muy comprensivo conmigo, sigue siendo el mismo de siempre...me siento tranquila” (Grosella, 28 años)

Para la mayoría de mujeres el apoyo recibido por parte de su esposo fue importante porque ayudó a que cada persona se fortalezca, generándole ánimo y perseverancia que las impulsó a seguir adelante, debido a que se generaron cambios psicológicos que repercutieron en la personalidad y en la vida familiar de ellas.

Así mismo, se demuestra que en dichas parejas existió una estabilidad, comprensión, complicidad, seguridad y se evidencia la comunicación, enfrentando positivamente las sensaciones propias de una histerectomía.

La pareja, como núcleo de convivencia, afectos e historia de vida, es la relación más importante que tiene la persona adulta, pues a partir de ella se estructura socialmente una parte importante del individuo y de la vida familiar. Ya que la relación entre dos personas que deciden unirse afectiva y sexualmente, origina el compartir un proyecto común, que se establece y desarrolla a lo largo del tiempo y que interactúa con el entorno familiar y social ⁴³.

Se considera a la pareja como parte fundamental del núcleo familiar, está presente sin esperar nada a cambio, ofrece momentos inolvidables e inigualables, gracias al amor que conlleva a la existencia de sentimientos propios desencadenados de su amor y que se forma en base con, comprensión apoyo y amor mutuo, fruto de la voluntad y dedicación de ambos miembros, ya que el amor es fuente de sentimientos agradables ⁴⁴.

Es entonces que la aparición de cualquier enfermedad en los miembros de una familia, y por tanto también de una pareja, provoca un impacto que desencadena una situación de crisis a la que hay que hacer frente. Es ahí donde la pareja cumple un papel protagónico, al ser de gran apoyo para

enfrentar las situaciones estresantes. La pareja ayuda a que después de la intervención quirúrgica las mujeres logren afrontar su situación y se identifique nuevamente con su sexualidad.

III. ¡AHORA!... DEDICADA AL AUTOCUIDADO FAMILIAR

El auto-cuidado es la práctica de actividades que las personas realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar. Es el poder de un individuo para dedicarse a actividades estimativas y de producción esenciales para el autocuidado. Las mujeres pos histerectomía reaccionan positivamente buscan la forma de auto cuidarse, por las consecuencias de la ausencia de la menstruación, en donde la mujer se enfrenta a la menopausia quirúrgica, la cual tiene sus repercusiones a nivel psicológico relacionándola involuntariamente a su sexualidad, por lo tanto deberá afrontar de manera equilibrada toda la fase del climaterio en un corto espacio de tiempo ^{53, 54}.

La mujer utiliza estrategias para poder afrontar la situación estresante respecto a su sexualidad, recomfortándose a sí misma, afrontando un episodio emocional negativo, siendo importante mantener la calma, no dejando que las cosas negativas impidan sobrellevar la situación. Por lo que, buscar recomfortarse en uno mismo implica reforzarse, realizando lo que se aprecia. Ya que esta forma de afrontamiento influye sobre la regulación emocional disminuyendo la afectividad negativa y prolongando la positiva ⁴⁵.

Se afirma que la reinterpretación positiva consiste en sacar lo mejor de la situación intentando ver los aspectos positivos de la misma e intentando saber lo que uno puede hacer para manejarlo.

La mejor estrategia para reducir la afectividad negativa es desarrollar actividades gratificantes, placenteras, permitirse auto-regalarse cosas; de manera que disminuyan los estados de ánimo depresivos, de tristeza aumentando el número y la práctica de actividades agradables, lo que permitirá que se sientan bien con el resultado de los actos realizados ^{45, 55}.

Las diversas estrategias hacen que en una persona pueda amortiguar los efectos de las cosas negativas que le suceden, ya que el miedo que experimentan las mujeres, desaparecerá con el tiempo después de la histerectomía. Se evidencia que existe una fuerza interior para la aceptación que las motiva a seguir adelante y a valorar lo que tienen a su alrededor, permitiendo romper la barrera que muchas veces se presenta por el miedo de verse diferente, menos mujer y que su sexualidad no sería la misma. Por lo que es importante identificar las fortalezas, luchar contra el miedo. Esto se evidencia en los discursos:

“...Dedico mi tiempo a cuidar más a mis hijos, a enseñarles a través de mis experiencias lo difícil y bonito de la vida... ahora me doy mis gustos y cuido a más a mis hijos...” (Maya, 39 años)

“...Ahora me dedico a mí, disfruto lo que antes no habría hecho, voy a reuniones, logro sentirme bien y motivada, siempre estoy pasándola bien...”

(Azucena, 30 años)

“... Aprendí a hacer manualidades en mi tiempo libre, me gustaría formar mi propio negocio, ese fue mi gran sueño siempre, veo televisión, me gustan los programas del medio día...” (Margarita, 32 años)

Estos discursos hacen mención que al centrar el pensamiento en los aspectos positivos de las experiencias, permiten adoptar estrategias positivas, centrarse en las fortalezas personales o en sucesos de la vida; nos ayuda a incrementar la afectividad positiva, junto con la obtención de beneficios para la salud personal y así mejorar las relaciones interpersonales ⁵⁷.

Se afirma que la estrategia de reevaluación positiva se manifiesta a través de la necesidad de pedir consejos y orientaciones para afrontar el problema, procurando establecer el diálogo que permita dar cuenta de los diversos puntos de vista. Lo importante de recibir apoyo y afecto por parte de los demás, se hace con el fin de poder enfrentar el contexto y sus adversidades, ya que cuando se tiene este tipo de apoyo la persona logra disminuir la situación estresante ⁵⁹.

Evidenciando que las mujeres poseen planes que motiven a enfrentar de manera positiva la histerectomía relacionada a su sexualidad, ellas han decidido buscar acciones que les den fuerzas para seguir adelante y enfrentar las dificultades que se les presenten.

IV. EVIDENCIANDO LA NECESIDAD DE APOYO EMOCIONAL

El apoyo emocional es uno de los estilos de afrontamiento que son dirigidos a lograr una respuesta adaptativa. Por lo que buscar apoyo constituye uno de los recursos de auto ayuda desarrollado para hacer frente a las secuelas psicológicas, sexuales o sociales derivadas del diagnóstico o tratamiento de una enfermedad. Algunas personas esconden sus sentimientos pues piensan que son malos, o vergonzosos pero tan sólo el poder hablar con otra persona sobre un problema puede ser útil para reconocer sus sentimientos y controlar reacciones; más aún si son familiares, amigos o personas de su entorno; puesto que las relaciones interpersonales respecto a una situación problemática ayuda a interpretar, valorar y adquirir los recursos para afrontar situaciones amenazantes ^{62, 63}.

Las situaciones amenazantes puede provocar la disminución de la sexualidad, por lo que la búsqueda de apoyo de diversas formas ya sea emocional, social y espiritual permite sobrellevar la situación y evitar otros trastornos o disfunciones sexuales mejorando así la relación con la pareja y la vida de la mujer ⁶⁵.

La presente categoría emerge de las siguientes subcategorías:

4.1 Refugiándome en Dios

Cuando una persona hace frente a la enfermedad o situaciones amenazantes descubre su fragilidad interior pues asume vulnerabilidad, dolor y sufrimiento interno sintiendo la necesidad de encontrar respuesta a preguntas que no tienen una solución clara a simple vista y por lo que trascienden del plano de la racionalidad y de la lógica para pasar al plano espiritual.

El pasar por una histerectomía hace que las mujeres adquieran un miedo por un futuro incierto ya que desconocen que pasará en su vida sexual, lo que ocasiona que se busque apoyo espiritual en los clérigos, entrenados en prácticas y habilidades específicas para ayudar a las personas que enfrentan alguna pérdida haciendo que superen el hecho negativo a través de la fe ⁶⁵.

Las mujeres histerectomizadas en estudio buscaron apoyo religioso, por lo que asistieron a reuniones, oraciones, meditaciones y lecturas bíblicas tratando así de disminuir la situación estresante. Esto se observa en los siguientes discursos:

“... Después que me operaron, asisto a reuniones parroquiales, me tranquiliza mucho...” (Jazmín, 29 años)

“... Decidí acercarme más a Dios y visitar seguido la iglesia...”

(Girasol, 25 años)

“... Leo mucho la biblia, eso me ayuda a seguir adelante...”

(Margarita, 32 años)

Para las mujeres en estudio, es importante el apoyo espiritual pues permite dar esperanzas y sobrellevar la situación estresante. Pargament y Koenig refieren que las personas utilizan creencias y comportamientos religiosos como la práctica de la plegaria o rezo para prevenir y aliviar las consecuencias de sucesos estresantes facilitando la resolución del problema. Además, éstas influyen en la salud mental, produciendo efectos positivos como emociones y estados afectivos, lo cual produce que se adopte actitudes de esperanza, perdón, aumento o afianzamiento de la autoestima, paz, bienestar, amor y compasión que son trasmitidos a los grupos de autoayuda como familiares, amigos y personas allegadas, facilitando el apoyo en su vida personal, sexual y social ⁶⁵.

Se afirma que la espiritualidad impacta de manera positiva en la salud, al emplear eficientemente estrategias contra el estrés que produce la enfermedad

⁶⁶.

Un efecto positivo que tiene la espiritualidad es dar soporte social religioso sobre la salud para fortalecer estrategias de afrontamiento y así poder sobrellevarlas ⁶⁷.

Se señala que el uso de prácticas como recitar plegarias y oraciones son recursos que promueven sentimientos y estados positivos de paz, seguridad, calma, compasión, paciencia y esperanza. Ellas entenderán que los sentimientos de religiosidad, fe y su propio credo le otorgan un sentido al sufrimiento, a la muerte o a la pérdida ⁶⁴.

También se afirma que la experiencia religiosa y existencial se hace más vivencial y cobra significado cuando se está en momentos de crisis y cuando se percibe que el control sobre la vida es incierto. Por lo que la religión y la espiritualidad, mediante prácticas de meditación posibilitan estados de tranquilidad que favorecen los procesos cognitivos, salud mental y física en las personas, relacionado en tres aspectos como consigo mismo, con los demás y con el futuro, lo que implica que puedan ser empleadas como estrategias terapéuticas ⁶⁶.

Por otro lado se señala que aporta que la religión y la salud establecen beneficios que determinan las creencias y prácticas religiosas en el proceso salud-enfermedad, destacándose caracteres extrínsecos que incluye intercambiar con co - religiosos en ceremonias o realizar misiones, en el

intrínsecos incluye la fe, oración, lectura personal de las escrituras y meditar; así como los factores psicológicos y sociales utilizado como factor protector para un bienestar biopsicosocial ⁶⁹.

En la mujer histerectomizada la fe, es un refugio siendo un compromiso religioso que juega un papel importante pues involucra sentimientos de esperanza, amor, conexión, paz interior, confort y apoyo; haciendo que la persona tenga la capacidad de dar y recibir amor espiritual ya sea con uno mismo, familia y su comunidad. Con lo que buscar refugio en la fe es una forma de afrontamiento que se tiene para poder enfrentarse y recuperarse ante la situación amenazante en la sexualidad.

4.2 Apoyándome en mi familia

El actual paradigma en enfermería tiene una concepción más humana y personalizada donde la familia ocupa un lugar en sector ayuda. La mujer que atraviesa una histerectomía requiere de su familia para obtener un cuidado holístico; pues la intervención quirúrgica se convierte en un riesgo para su desarrollo psicosocial-sexual. Por esto la familia se convierte en mediador no sólo de su recuperación física sino también a nivel psicológico, social y espiritual; siendo esencial para evitar un trastorno en su desarrollo y autoestima. Por lo que es necesario que se integren o sientan el apoyo de la familia para afrontar de una manera positiva su situación estresante ⁷⁰.

En esta investigación, las mujeres histerectomizadas buscaron ayuda en su familia como en la pareja e hijos dándoles afecto y comprensión disminuyendo así la situación estresante. Asimismo, se pudo evidenciar que el apoyo de la familia era mediante acciones como ayuda en quehaceres y expresiones de afecto. Como se puede evidenciar en los siguientes discursos:

“... Mi esposo y mis hijos, tratan de ser buenos, darme cariño, me apoyan mucho...” (Geranio, 34 años)

“... Mis hijos y mi esposo me apoyan y me tratan bien...” (Grosella, 28 años)

*“... Mi madre y hermanos están siempre conmigo, no me han dejado sola...”
(Azucena, 30 años)*

Estos discursos demuestran que las mujeres afrontan la situación con su familia, buscando y sintiendo apoyo en ellos ayudándoles a mejorar y superar la intervención realizada. Puesto que la familia, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el grupo primario de pertenencia y sexual de los individuos, según su concepción está constituida por la pareja y su descendencia, siendo el mejor lugar para que una mujer supere situaciones amenazantes ya que a través de la familia se sentirá apoyada, comprendida, amada y protegida ⁶⁸.

Además, la familia emplea una estrategia de afrontamiento interna o proceso intrafamiliar, la reestructuración es la habilidad de la familia para definir el suceso estresor como un desafío que puede ser superado, suponiendo una evaluación cognitiva o reevaluación de un suceso o tensión que puede ayudar a neutralizar el impacto al minimizar la amenaza, cambiando el significado de la situación y modificar la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente.

También se refiere esta estrategia, a la habilidad familiar para identificar selectivamente que sucesos pueden ser alterados con éxito y cuales están fuera de control ⁷¹.

En este caso, la familia de las mujeres histerectomizadas identifica este suceso y toman el desafío de superarlo mediante el apoyo.

En la familia, los hijos son la descendencia, quienes aprenden a tomar decisiones, a pertenecer en grupos, controlar su conducta, actitudes respecto a salud y habilidades para responder a un determinado estímulo con el sentimiento o afecto apropiado como ternura, apoyo, amor, consuelo, felicidad y dicha para provocar bienestar. Lo mencionado anteriormente es positivo para la familia, sobre todo en el caso de la mujer histerectomizada, quien atraviesa una situación estresante permitiendo a los hijos transmitir estos sentimientos lo que permite en ella un mejor afrontamiento ⁷².

El apoyo y preocupación familiar hace que en la mujer favorezca una mayor expresión y comunicación de sus problemas o dificultades, dándose afrontamientos o habilidades nuevas, haciendo uso de los recursos, logrando disminuir el sentimiento de incapacidad, rechazo a solicitar apoyo y por ende ayuda a reducirlas dificultades que se perciban y así permitan la adaptación frente al estrés ⁷³.

Cuando se atraviesa un evento estresante no solo se genera una respuesta en el paciente sino también en la familia. Esta respuesta depende de una estructura previa de funcionamiento, de las experiencias acumuladas, de afrontamientos a eventos importantes y una serie de mitos, creencias y tradiciones que se desarrollen en la familia; por lo que la cohesión, comunicación y afectividad constituyen recursos internos de la familia que, unidos a la ayuda material y humana percibida como recurso externo, permite afrontar el evento; y, así, ayudar a responder y superar la situación estresante ⁷⁴.

Se afirma que la persona es responsable de su salud y bienestar, donde la familia cumple un rol importante en el proceso de mantener, restablecer u optimizar la salud de cualquiera de sus miembros cuya atención y afrontamiento ayuda a mejorar la calidad de vida, presupone resiliencia y una perspectiva positiva en sobreponer a la adversidad del enfermo ⁷⁵.

Al respecto se afirma que la persona condiciona el estilo de afrontamiento según él mismo o del ambiente. En sus recursos ambientales incluyen el marco familiar, el cual tienen una importancia fundamental y van a condicionar de manera importante el tipo de respuesta del individuo, dada la interrelación de éste con el medio que le rodea. Cuanto más adversas o insuficientes sean las condiciones ambientales de una persona, más difícil le resultará el hacer frente a cualquier tipo de estrés, incluida la enfermedad, ya que sus recursos de afrontamiento serán más limitados ⁷⁶.

En las mujeres histerectomizadas, el pedir apoyo a su familia es una forma de afrontar su situación estresante en la sexualidad, ya que siente el afecto y comprensión de su entorno familiar.

4.3 Buscando ayuda psicológica

Para muchas mujeres en su etapa reproductiva, como parte de su sexualidad, someterse a una histerectomía es un hecho muy importante y delicado; ya que influye tanto física como psicológicamente en su identidad femenina, marca en ellas el fin de su potencial reproductor, llegando muchas veces a la depresión ^{4,77}.

La sexualidad es entendida como la posibilidad de que las mujeres puedan disfrutar de su cuerpo, tanto físico como emocional, en forma plena y satisfactoria, en el caso de mujeres que se encuentran entre 40 – 50 años, quienes se encuentran en una etapa de climaterio muchas veces influenciadas

por sus características biológicas y sociales, pero aun así, no dejando de lado el que tengan vida sexual activa, para ello necesitan la ayuda de un profesional para comprender su situación y se orienten en este ámbito ⁷⁸.

La mujer en compañía de alguien cercano, o por sí sola, pide ayuda de un profesional, no solo del médico y/o enfermera, sino también del psicólogo, quien apoya en esta pérdida, a reencontrarse con su identidad femenina y disfrutar de su vida. Esto se evidencia en los discursos:

“... Yo asisto a mis terapias con psicología, me está ayudando mucho a vencer mis miedos y expresar mis sentimientos...” (Margarita, 32 años)

“... Desde que me operaron, me ayudó un psicólogo, me hace sentir mejor, me escucha y me orienta...” (Azucena, 30 años)

Se afirma que las mujeres buscan en compañía de su pareja o familia la ayuda del psicólogo, quien es el que necesita, por su carácter profesional, conocer los modos de afrontamiento de una persona, ya que tal información es útil para poder interpretar sus sentimientos, ideas y conductas de la paciente. Esto debido a que su rol es tratar directamente a la persona, estudiando e investigando el comportamiento de la misma para así crear hipótesis que le ayuden a comprender mejor la conducta que adoptan en este tipo de situaciones ⁷⁹.

La labor del psicólogo no sólo consiste en solucionar los problemas; lo que se intenta es que la persona comprenda cuál es su problema y qué es lo que lo ha originado, ofreciéndole diversas estrategias que le ayuden a solucionarlo. El fin es favorecer las respuestas adaptativas ante cualquier situación problemática que se suscite; asesorando y tratando al cliente con la mayor eficacia posible para que éste mejore su calidad de vida ⁸⁰.

En la actualidad, se reconoce la efectividad de las técnicas que utiliza este profesional para facilitar y acortar la recuperación de sus pacientes. La utilización de técnicas de «counselling», así denominadas, se ponen en práctica con el objetivo de facilitar la expresión de emociones y dudas; favoreciendo el sentimiento de apoyo emocional hacia la persona que atraviesa situaciones de estrés y más aún con respecto a su sexualidad.

Estudios señalan que frente a la histerectomía, la mujer necesita la ayuda psicológica, en busca de técnicas que le ayuden a expresar emociones, dudas y temores acerca de su situación y, ponerlas en práctica consigo mismas, pareja o su familia ⁸¹.

Además se hace mención que el asesoramiento y atención psicológica ayuda a afrontar y manejar los problemas derivados de la enfermedad contribuyendo a facilitar la adherencia al tratamiento, a hacer más eficaz la comunicación entre profesional y la persona permitiendo mejorar los comportamientos respecto a la salud y acortar períodos de recuperación contribuyendo a hacer

sentir al enfermo atendido y respetado en su individualidad ya que generalmente las situaciones en relación con la salud enfermedad dejan secuelas a corto, medio y/o largo plazo⁸².

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES FINALES

Y RECOMENDACIONES

CONSIDERACIONES FINALES

Después de analizar los resultados el estudio de caso develo:

- Las pacientes adultas jóvenes ante la pérdida de su capacidad reproductiva por histerectomía, evidencian diversos sentimientos negativos: hostilidad, angustia e impotencia, por considerar al útero, parte determinante de su identidad femenina y que juega un papel protagónico en el hecho de no tener hijos propios, o no haber completado su meta en el número de hijos deseados y hostilidad de la pareja, porque ya no podrá tener hijos. Y se dedicará a cuidar de su familia, hijos, esposo.
- Las pacientes adultas jóvenes ante la pérdida de su capacidad reproductiva, ahora se dedican a cuidar de sus familiares, el apoyo emocional constituye uno de los recursos de autoayuda más importantes para hacer frente a las secuelas psicológicas, sexuales o sociales, derivadas, en éste caso, a la histerectomía. Para las mujeres en estudio, fue importante el apoyo espiritual, pues permitió dar esperanza y ayudó a sobrellevar la situación estresante, el uso de prácticas como orar, promueven sentimientos y estados positivos de paz, seguridad, calma, compasión, paciencia y esperanza.
- Las pacientes adultas jóvenes ante la pérdida de su capacidad reproductiva por histerectomía, evidencian diversas emociones post histerectomía, refieren: “ayer

sentí temor... ¡Ahora me siento feliz! porque temía que iba a suceder algo, con el pasar de los días me siento más tranquila”, recibieron el apoyo de su pareja, sin embargo sienten miedo al reinicio de las relaciones sexuales.

- Las pacientes adultas jóvenes post histerectomizadas logran una respuesta adaptativa con la búsqueda de apoyo mediante el refugio en la fe, pidiendo ayuda a su familia y al psicólogo; influyendo en su salud mental y promoviendo acciones y actitudes de esperanza, afianzamiento de la autoestima y bienestar en su vida personal, sexual y social.

RECOMENDACIONES

- A la jefatura de Ginecología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, asumir estrategias de capacitación para las personas en espera de la histerectomía, organizar campañas de información dirigidas a la persona, familia y comunidad, en las cuales difundan respecto a la histerectomía, en los casos es requerida, beneficios y todo lo concerniente a la intervención, con el objetivo de mejorar los sistemas de apoyo, los cuales se enfocarán en la solución de problemas y mejoramiento del crecimiento personal frente a una situación estresante.
- A la jefatura de enfermería del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, crear un equipo multidisciplinario conformado por profesionales de la salud y si fuera necesario, el apoyo de un sacerdote, para brindar apoyo a la paciente histerectomizada, pareja y familia; y también la implementación de programas educativos con el fin de que logre adaptarse lo más antes posible y reiniciar su vida cotidiana.
- Las enfermeras del Servicio de Ginecología en coordinación con el servicio de psicología, favorecer el proceso adaptación de las mujeres que han sido histerectomizadas realizando actividades de integración entre parejas, el arreglo personal en el cual resalten los atributos propios de su femineidad a través de la implementación de programas educativos y el cuidado continuo post alta de la mujer post histerectomizada, incluso implementar un programa

de seguimiento en el hogar con mínimo de una visita cada 15 días por el periodo de tres meses.

- Asimismo, se recomienda la aplicación del modelo de Callista Roy a las pacientes post histerectomizadas para lograr su adaptación de manera periódica en compañía de su pareja y familia utilizando estrategias que ayuden a sobrellevar los cambios que se presenten.
- A la Facultad de Enfermería de la Universidad Pedro Ruiz Gallo, que continúen formando profesionales humanistas y éticos para que brinden un cuidado holístico y de calidad, facilitar las prácticas de pre grado en estos servicios, con el objetivo de lograr la sensibilización de los futuros profesionales de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coronado P., De la Puente M., Macedo J., Vidart J. Histerectomía Laparoscópica. 2008. [Revista virtual]. [Fecha de acceso 20 de octubre del 2016].
Disponible en:
<http://www.seclaendosurgery.com/seclan25/pasoapaso/pasoapaso.htm>
2. Ahumada A., Aliaga P., Bolívar N. Enfoque integral de la paciente histerectomizada. 2001. [Revista virtual]. Fecha de acceso 7 de setiembre del 2016.
Disponible en:
http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/CONTROLS/NEOCHANNELS/Neo_CH6258/Deploy/integral_histerectomizada.pdf
3. Baquerizo T. Aspectos emocionales en el paciente quirúrgico (en línea).Ecuador: Seclap; 2002. Fecha de acceso 14 de octubre del 2016.
Disponible en:
http://www.medicosecuador.com/librosecng/articulos/1/aspectos_psicologica.htm
4. Hernández A, Reza G, Castillo E, Olivia C. Histerectomía abdominal: Vivencias de 20 mujeres. Index Enferm (revista en línea).2006. Fecha de acceso 21 de setiembre del 2016; 15(52-53):11-15.
Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962006000100003&script=sci_arttext
5. Bonilla L, Ramírez D, Torres A. Vivencias de las mujeres histerectomizadas frente a su sexualidad atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital

Regional Docente Las Mercedes Chiclayo, 2010 (tesis). Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2011.

6. Martínez M. Creencias sobre una mujer con histerectomía (tesis licenciatura en línea). México: tesis digitales Udalp; 2007. Fecha de acceso 23 de noviembre del 2015.
Disponible en:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_h_m/portada.html
7. Cerda P, Pino P, Urrutia M. Calidad de vida en mujeres histerectomizadas. *Index Enferm* (revista en línea). 2006. Fecha de acceso 18 noviembre del 2015; 71(3): 216-221.
Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n3/art12.pdf>
8. Socola F, Saire M, Tone J, Escudero F. Efecto de la histerectomía con preservación de uno o dos ovarios sobre la concentración de estradiol en mujeres premenopáusicas. *Rev MedHered* (revista en línea). 2009. Fecha de acceso 25 de noviembre del 2012; 20(2): 185-190.
Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v20n2/v20n2ao6.pdf>
9. Nuñez T. y Vera H. Experiencias psicosexuales de pacientes histerectomizadas del servicio de ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo; 2013.
10. Camacho Y, Portilla R, Tepe A. Experiencias psicosexuales de mujeres que fueron sometidas a histerectomía en un hospital de Chiclayo (tesis). Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2010.

11. Morales A, Huerta M, Páramo D, Capacciones K. El autoconcepto de mujeres sometidas a histerectomía. Redalyc (revista en línea). 2010. Fecha de acceso 22 de noviembre del 2015; 29(1): 23-27.
Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/912/91213729005.pdf>
12. Vidal A. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Tomo I y II. Argentina: Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires; 1986.
13. Hurssel E. Ideas relativas a una Fenomenología Pura y una Filosofía Fenomenológica; 3^{ra} Edición. México.; 1995.
14. Chenevard, C., y Román P. Percepción, síntomas y sexualidad en mujeres histerectomizada, desarrollado en Chile. 2007.
15. Papalia E y otros. Desarrollo humano. 4^{ta} Edición. Colombia: Editorial Interamericana; 1994.
16. Levenson R. Human emotions: A functional view. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), The nature of emotion: Fundamental questions (pp. 123–126). New York: Oxford University Press.
17. Vallejo, J. Introducción a la Psicología y la Psiquiatría. 4^{ta} Edición. España. Editorial Masson .S.A; 1998
18. Morrison, M. Fundamentos de enfermería en Salud Mental. España. Editorial Harcourt Brace; 1998.
19. Du Gas, B. “Tratado de enfermería Práctica, 4^{ta} Edición. México. Editorial Interamericana; 2004.

20. Enfermedades ginecológicas de la mujer más comunes (en línea). 2010. Fecha de acceso 27 de mayo del 2013.
Disponibile en:
<http://www.cuidadodelasalud.com/salud/enfermedades-ginecologicas-de-la-mujer-mas-comunes/>
21. Merck. Problemas ginecológicos habituales (en línea). España: Merck Sharp &Dohme; 2005. Fecha de acceso 28 de mayo del 2016.
Disponibile en:
http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_22/seccion_22_234.html
22. Gómez R. Procedimientos: la histerectomía (en línea).2007. Fecha de acceso 28 de noviembre del 2015.
Disponibile en:
<http://www.ginecoweb.com/0histerectomia.html>
23. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Histerectomía (en línea). 2010. Fecha de acceso 28 de mayo del 2016.
Disponibile en:
http://www.acog.org/For_Patients/Search_Patient_Education_Pamphlets_-_Spanish/Files/Histerectomia
24. Bedriñana E. Eficacia de la educación personalizada de enfermería en relación con el nivel de ansiedad de las pacientes programadas para una histerectomía abdominal del Servicio de Ginecología del Instituto Nacional Materno Perinatal, noviembre 2008 (tesis segunda especialidad en línea). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009. Fecha de acceso 8 de febrero del 2016.

Disponible en:

http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2617/1/Bredi%C3%B1ana_Huayllacahua_Elina_Luderits_2009.pdf

25. Orta M, Vázquez G, et al. Proceso de atención de enfermería: modelo de Sor Callista Roy. Rev Cent Salud (revista en línea). 2001. Fecha de acceso 30 de diciembre del 2015; 9(8): 495-498.

Disponible en:

<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/centrosalud8/495-498.pdf>

26. Lewis, K. M. When leaders display emotion: how followers respond. 2000.
27. Nisbet J., Watt J. Case study. En J. BELL et al. Conducting Small-scale investigations in educational management. London. 1984.
28. Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de Investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. Quito. 1997.
29. Polit D. F, Hungler B. P. La Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México D. F. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana; 2000.
30. Martins, J, Bicudo, M. Pesquisa Cualitativa en Psicología: Fundamentos y Recursos Básicos. Sao Paulo. Editorial Monaes, 1999.
31. Hernández, R; Fernández, C & Baptista P. Metodología de la Investigación. México 6^{ta} Edición. Editorial Mc Graw Hill; 2006.

32. Iñiguez L., Vitores A. Curso de investigación cualitativa: Fundamentos, técnicas y métodos. 2004. [Libro virtual]. [Fecha de acceso 2 de noviembre del 2015].
Disponible en:
<http://es.scribd.com/doc/7061396/Iniguez-2004-El-Analisis-de-La-Informacion>
33. Lincoln Y., Guba E. Paradigmatic controversias, contradiction and emerging confluences. 2003.
34. Cano, V. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. México. 2011.
35. Vidal, A. Enciclopedia Latinoamericana de Psiquiatría (vol.2, pp.310-320). Buenos Aires. 2005
36. Arroyo, Y. Efectos psicosexuales de la histerectomía en la relación de pareja, según la opinión de las mujeres histerectomizadas del Barrio costa azul de la ciudad de Sincelejo. Unisucre. 2003.
37. Padilla, A. Histerectomía y sexualidad, centro de endoscopia avanzada y laser ginecológico. España. 2010.
38. Heidegger, M. (1991) El ser y el tiempo. Trad. J. Gaos. México: Fondo de Cultura Económica.
39. Urrutia, M.; Riquelme, P. Significado de la histerectomía para un grupo de mujeres chilenas. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2009; 74(5): 276 – 280.
40. Blake, I. Efectos emocionales de una histerectomía. México. 2010.

41. Pérez Porto J.; Gardey A. Definición de hostilidad (en línea) 2009. Fecha de acceso 16 de diciembre del 2016.
Disponible en:
<http://definicion.de/hostilidad/>
42. Montes, L.; Mullins, M., Urrutia, M. Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71(2): 129-134.
43. Islas M. Significado psicológico de los conceptos “menopausia” e “histerectomía” en mujeres y hombres universitarios. Tesis Licenciatura. Psicología. Departamento de Psicología, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de las Américas Puebla. 2005
44. Moratalla T. La relación de pareja en la fibromialgia y el síndrome de fatiga (en línea). 2009. Fecha de acceso 30 de diciembre del 201.
Disponible en:
http://www.parcdesalutmar.cat/mar/FB_SFC_pareja.pdf
45. Murcia C. Vivir en familia (en línea).2010. Fecha de acceso 15 de noviembre del 2015.
Disponible en:
<http://claudiamurcia.blogspot.es/>
46. Regulación y Afrontamiento Emocional afectividad negativa y positiva: Episodios de enojo, tristeza y alegría (en línea). 2010. Fecha de acceso 15 de noviembre del 2015.
Disponible en:
<http://www.ehu.eus/documents/1463215/1492921/Ficha+8+Regulaci%C3%B3n+y+Afrontamiento+Emocional+afectividad+negativa+y+positiva>

47. Bustamante S. Enfermería familiar: principios cuidados a partir del saber común de las familias. Universidad Nacional de Trujillo; Perú. 2004.
48. El concepto de salud (en línea). 2005. Fecha de acceso 15 de noviembre del 2015.
Disponible en:
<http://pochicasta.files.wordpress.com/2009/03/concepto-de-salud.pdf>
49. Alcántara G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación (en línea).2008 fecha de acceso 15 de noviembre del 2015; 9: 93-107.
Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/410/41011135004.pdf>
50. Cárdenas A, Quiroga C, Restrepo M, Cortés D. Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. Fecolsog (revista en línea).2005. Fecha de acceso 21 de noviembre del 2016
Disponible en:
www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista.../v56n3a03.PDF
51. Gómez B. Resiliencia individual y familiar (en línea). 2010. Fecha de acceso 26 de octubre de 2016.
Disponible en:
<http://www.avntf-evntf.com/imagenes/biblioteca/G%C3%B3mez,%20B.%20Trab.%203%C2%BA%20BI%2009-10.pdf>
52. Castroviejo F. Función sexual femenina en Castilla y León: Rangos de normalidad. (tesis doctoral en línea). México: Universidad de Valladolid; 2010. Fecha de acceso 22 de noviembre del 2015.

Disponible en:

uvadoc.uva.es/bitstream/10324/692/1/TESIS70-100915.pdf

53. Fernández E. Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional (tesis doctoral en línea). España: Universidad de León; 2009. Fecha de acceso 22 de noviembre del 2015.

Disponible en: <https://buleria.unileon.es>

54. Palacios C, Hernández J. Estilos de afrontamiento utilizados por las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix en relación al tratamiento, de la clínica oncólogos de occidente S.A de la ciudad de Pereira en el año 2009 (tesis en línea). Colombia: Universidad Católica de Pereyra; 2011. Fecha de acceso 15 de noviembre del 2015.

Disponible en:

<http://biblioteca.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/565/1/completo.pdf>

55. Rodríguez I. Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico (tesis doctoral en línea). Madrid: Universidad Autónoma De Madrid; 2006. Fecha de acceso 21 de noviembre del 2015.

Disponible en:

<http://digitool->

[uam.greendata.es/exlibris/dtl/d3_1/apache_media/L2V4bGlicmlzL2R0bC9kM18xL2FwYWNoZV9tZWRpYS8xNDkx.pdf](http://digitool-uam.greendata.es/exlibris/dtl/d3_1/apache_media/L2V4bGlicmlzL2R0bC9kM18xL2FwYWNoZV9tZWRpYS8xNDkx.pdf)

56. Felipe E, León del Barco B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. International Journal of Psychology and Psychological Therapy (revista en línea).2010. Fecha de acceso 15 de noviembre del 2016; 10 (02):245-257.

Disponible en:

<http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estres-ES.pdf>

57. Palacio C, Hernández J. Estilos de afrontamiento utilizados por las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix en relación al tratamiento, de la clínica oncólogos de occidente S.A de la ciudad de Pereira en el año 2009 (tesis en línea). Colombia: Universidad Católica De Pereira; 2011. Fecha de acceso 21 de noviembre del 2015.

Disponible en:

<http://biblioteca.ucp.edu.co/OJS/index.php/paginas>

58. Castro C. Autopercepción de la imagen corporal en pacientes sometidas a histerectomía radical en el Servicio de Cirugía del 5to. Piso "E" del INEN: noviembre-diciembre, 2006 (tesis de especialidad). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006. Fecha de acceso 15 de noviembre del 2016.

Disponible en:

http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3648/1/Castro_Juncaya_Carmen_Juana_2010.pdf

59. Henao G, Perfil cognitivo parental (esquemas maladaptativos y estrategias de afrontamiento), estilo de interacción parental y su influencia en el desarrollo emocional (tesis en línea). Colombia: Universidad De Manizales; 2008. Fecha de acceso 21 de noviembre del 2016.

Disponible en:

<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20091119041143/tesis-henao.pdf>

60. González Ignacio. Sexualidad femenina e histerectomía. Rev Cubana Med Gen Integr (revista en la Internet). 2008 .fecha de acceso 22 de noviembre del 2016; 24(4).
Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400011&lng=es.
61. Durand F. El rol de la mujer en el mundo laboral (en línea).2006. Fecha de acceso 21 de noviembre del 2016.
Disponible en:
<http://fpdv2006.bligoo.com/content/view/275606/El-rol-de-la-mujer-en-el-mundo-laboral.html>
62. Rodríguez J, Pastor A, López S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Psicothema (artículo en línea). 1993. Fecha de acceso 22 de noviembre del 2015; 1:349-372.
Disponible en:
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1148>
63. Durá E, Hernández S. Los grupos de auto-ayuda como apoyo social en el cáncer de mama. Boletín de psicología (revista en línea). 2003. Fecha de acceso 15 de noviembre del 2016; 78: 21-39.
Disponible en:
<http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N78-2.pdf>
64. Maxwell J, Belser J, Darlena D. Un manual de salud para mujeres con discapacidad (en línea). 2009. Fecha de acceso 15 de noviembre del 2016.
Disponible en:
http://hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/es_wwd_2008/es_WWD_2008_libro_entero.pdf

65. Cedrés S. Deseo sexual hipoactivo (en línea). Fecha de acceso 31 de diciembre del 2016.
Disponibile en:
<http://www.plenus.com.uy/docs/parejas/Bajo%20deseo%20sexual.pdf>
66. Yofre L. Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos (en línea). Fecha de acceso 15 de noviembre del 2016.
Disponibile en:
<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2012.pdf>.
67. Chimpén C, Oviedo M. Influencia de la espiritualidad en los estilos de afrontamiento de pacientes con bulimia y anorexia nerviosa. Rev. de investigación social. (revista en línea). 2012. Fecha de acceso 15 de noviembre de 2016. 8:358-379.
Disponibile en:
<http://www.isdfundacion.org/publicaciones/revista/numeros/8/secciones/abierta/02-espiritualidad-pacientes-bulimia-anorexia.html>
68. Rivera A, López M. Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. Salud mental. (revista en línea). 2007. Fecha de acceso 15 de noviembre de 2015. 30(1): 39-47.
Disponibile en:
<http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3001/sm300139.pdf>
69. Quiceno J, Vinaccia S. La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. Redalyc (revista en línea). 2009. Fecha de acceso 22 de noviembre del 2015; 5(2): 321-336.
Disponibile en:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=67916260008>

70. González T. Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Rev Electrónica de Psicología* (revista en línea). 2004. Fecha de acceso 22 de noviembre del 2016; 7(2): 19-29.
Disponible en:
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/2004-2b/vol7no2art2.pdf>
71. Caballero E. La familia en el entorno de cuidados críticos (en línea). Fecha de acceso 15 de noviembre del 2016.
Disponible en:
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164/capitulo164.htm>
72. Ruano R, Serra E. Estrategias de afrontamiento en familias con hijos adolescentes. *Anales de la psicología* (revista en línea). 2000. Fecha de acceso 15 de noviembre del 2016; 16(2): 199-206.
Disponible en:
http://www.um.es/analesps/v16/v16_2/09-16_2.pdf
73. Función de la Familia (en línea). 2010. Fecha de acceso 22 de noviembre del 2016.
Disponible en:
<http://www.saludyfamilia.com/bienestar-familiar/comunicacion-con-hijos/funcion-de-la-familia/>
74. Hernández A, García M. Recursos psicológicos individuales y familiares en mujeres con cáncer de mama: efectos de una intervención psicoeducativa (tesis en línea). México: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; 2011. Fecha de acceso 15 de noviembre del 2016.

Disponible en:

http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2004/banados_b/sources/banados_b.pdf

75. Pérez C, Rodríguez F. Afrontamiento de la enfermedad oncológica por el grupo familiar. Rev Psicología Científica (revista en línea). 2006. Fecha de acceso 22 de noviembre del 2016; 8(3).

Disponible en: <http://www.psicologiacycientifica.com/enfermedad-oncologica-afrontamiento-familiar/>

76. Roca M. La familia ante la enfermedad crónica de uno de sus miembros (en línea). 2012. Fecha de acceso 22 de noviembre del 2016.

Disponible en:

<http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=4830>

77. García A, Rodríguez J. Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental. Cultura de los cuidados (revista en línea). 2005. Fecha de acceso 22 de noviembre del 2016; 2(18): 45-51.

Disponible en:

http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/994/1/culturacuidados_18_08.pdf

78. Vivir después de una histerectomía (en línea).2009. Fecha de acceso 15 de noviembre del 2016.

Disponible en:

<http://www.kitadol.com/lo-femenino/vivir-despues-de-una-histerectomia.html>

79. Fernández M. La sexualidad de las mujeres de mediana edad de 40 a 65 años (en línea). 2005. Fecha de acceso 30 de diciembre del 2016.

Disponible en:

<http://www.inamu.go.cr/documentos/estudio-sexualidad-mujeres.pdf>

80. Figueroa M, Contini N, Lacunza A, Levín M y Estévez A. Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (revista en línea). 2005 Fecha de acceso 23 de noviembre de 2016; 21(1): 66-72.
Disponible en:
http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/08-21_1.pdf
81. Garau J. El rol del psicólogo de la intervención social (en línea).1995. Fecha de acceso 15 de noviembre del 2016.
Disponible en:
<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=687>
82. Cánovas M, Moix J, Cos R, Foradada C. Apoyo psicológico en mujeres que se someten a histerectomía. Redalyc (revista en línea). 2003. Fecha de acceso 15 de Noviembre del 2016; 12(1): 71-89.
Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618320004.pdf>
83. Magán I, Berdullas S. La importancia de la atención psicológica en la hospitalización infantil. Infocop (artículo en línea). 2012. Fecha de acceso 23 de noviembre del 2016; 25-27.
Disponible en:
<http://www.cop.es/infocop/pdf/1901.pdf>

APÉNDICE

ANEXO N°1



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECCION DE POST GRADO**



Consentimiento Informado

Yo....., de.....años
de edad, identificado (a) con D.N.I. DECLARO:

Haber sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los fines y objetivos
que busca la presente investigación así como en qué consiste mi participación.

Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente
normativa de protección de datos desde los principios éticos en investigación.

Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y
oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable
en la dirección de contacto que figura en este documento.

Tomando ello en consideración, OTORGO MI CONSENTIMIENTO a que se
realice la entrevista no estructurada y a profundidad que permita, identificar mis
reacciones emocionales frente a una histerectomía. Esta será grabada.

Chiclayo,.....-201__

Firma:.....

D.N.I:

ANEXO N°2



UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECCION DE POST GRADO



ENTREVISTA

El presente instrumento tiene como finalidad recoger información sobre las vivencias de pacientes adultas jóvenes ante la pérdida de la capacidad post operadas de histerectomía del hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. La información que se recolecte se utilizara para fines estrictamente académicos, la identidad no será revelada se mantendrá en el anonimato.

Objetivo: Comprender la personas adultas jóvenes post operadas de histerectomía - Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo, 2016.

I.- Datos generales

- Seudónimo:
- Edad:
- Procedencia:
- Grado de instrucción:
- Ocupación:

II. Datos específicos

1. ¿Qué sentimientos se han generado en Ud. después de ser operada de histerectomía?

Muchas Gracias por su colaboración