

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO MOGROVEJO
ESCUELA DE POST GRADO



PROCESO DE ADAPTACIÓN EN LAS MUJERES
HISTERECTOMIZADAS SEGÚN LA TEORÍA DE CALLISTA ROY,
2011

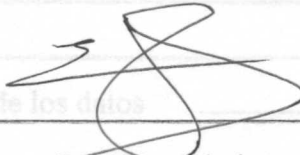
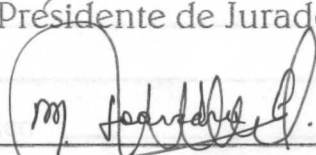
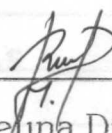
Autora: Lic. Virginia Aurelia Carmona Recuenco

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE:
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

Chiclayo, Perú

2012

PROCESO DE ADAPTACIÓN EN LAS MUJERES
HISTERECTOMIZADAS SEGÚN LA TEORÍA DE CALLISTA ROY,
2011

	Página
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el grado académico de	
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA	14
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	24
2.1. Tipo de investigación	24
2.2. Abordaje metodológico	25
2.3. Sujetos de la investigación	29
2.4. Intervención	30
2.5. Instrumentos de recolección de los datos	31
2.6. Procedimiento	33
2.7. Análisis de datos	34
2.8. Cargos éticos	36
2.9. Criterios de rigor científico	38
APROBADO POR:	
 _____	
Dra. Elaine Lázaro Alcántara Presidente de Jurado	
 _____	
Mgtr. Miriam Saavedra Covarrubia Secretaria de Jurado	
 _____	
Dra. Rosa Jeuna Díaz Manchay Vocal/Asesor de Jurado	

Chiclayo, 2012

ÍNDICE

	Página
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	13
1.1. Antecedentes	13
1.2. Bases teórico- conceptuales	14
CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO	24
2.1. Tipo de investigación	24
2.2. Abordaje metodológico	25
2.3. Sujetos de la Investigación	29
2.4. Escenario	30
2.5. Instrumentos de recolección de los datos	31
2.6. Procedimiento	33
2.7. Análisis de datos	34
2.8. Criterios éticos	36
2.9. Criterios de rigor científico	38
CAPITULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	40
CONSIDERACIONES FINALES	65
RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	74

DEDICATORIA

A mi madre, hermanos y sobrinos, quienes con su apoyo y dedicación incondicional contribuyeron a la realización de este estudio.

A la memoria de mí querido padre.

A las mujeres hysterectomizadas, quienes me ayudaron con su experiencia para culminar el trabajo de investigación.

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiarme incondicionalmente.

A mi familia, por su aliento y apoyo constante.

A mi asesora y a los miembros del jurado por sus valiosas sugerencias, lo que permitió la culminación de la presente investigación.

A mis amigas, en especial a Soledad por su apoyo constante.

RESUMEN

El presente estudio de caso, tuvo como objetivos: Describir y comprender el proceso de adaptación de las Mujeres Histerectomizadas según la teoría de Callista Roy y analizar sus aportes a la enfermería. La base teórica se fundamenta en Callista Roy citada por Marriner (2003) para proceso de adaptación y Fuller (1998) para feminidad. En la recolección de datos se utilizó la entrevista semi-estructurada aplicada a nueve mujeres histerectomizadas que fueron atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo-EsSalud, y se obtuvieron por la técnica de saturación, el escenario fueron sus hogares. Se aplicó los criterios de rigor científico y los principios de la ética personalista. Asimismo se consideró el análisis de contenido temático, obteniéndose cuatro categorías: 1) El dolor como modo adaptativo fisiológico, 2) Estado emocional como modo adaptativo de autoimagen; 3) Desempeño de roles y la adaptación; 4) Apoyo familiar como modo adaptativo de interdependencia. Finalmente el dolor como manifestación significativa después de la cirugía, el estado emocional, desempeño del rol de esposa, ama de casa, madre y trabajadora, en la mujer histerectomizada se ven afectados temporalmente, pero con el apoyo del personal de enfermería y sobre todo de su familia logra adaptarse y reintegrarse a sus actividades cotidianas. Se recomienda que el personal de salud oriente a esta mujer junto a su familia, ya que la familia es la cuidadora directa en el hogar, cabe destacar al esposo como el principal apoyo para superar los temores que origina esta cirugía relacionados básicamente a la feminidad, sexualidad y desempeño de roles.

Palabras Claves: *Proceso de adaptación, feminidad, histerectomía, enfermería.*

ABSTRACT

This case study aimed to: describe and understand the process of adaptation of hysterectomized women as Callista Roy theory and analyze their contributions to nursing. The theoretical basis is based on quoted by Marriner Callista Roy (2003) for the adaptation process and Fuller (1998) for femininity. The data collection was used semi-structured interview applied to nine hysterectomized women who were seen at the gynecology department of the National Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo-EsSalud, and were obtained by the technique of saturation, the stage was home. We applied the criteria of scientific rigor and ethical principles of personalism. It was also considered the thematic content analysis, yielding four categories: 1) Pain as physiological adaptive mode, 2) Adaptively emotional state of self-image, 3) Role playing and adaptation; 4) Family support and interdependence adaptive mode. Finally the pain as significant manifestation after surgery, emotional state, performing role of wife, homemaker, mother and worker hysterectomy in women affected temporarily, but with the support of the nursing staff and especially his family is able to adapt and return to their daily activities. It is recommended that health personnel orient this woman with her family, since the family is the direct caregiver in the home include the husband as the main support to overcome the fears that this surgery causes basically related to femininity, sexuality and role playing.

Key words: Adaptation process, femininity, hysterectomy, nursing.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha experimentado un aumento progresivo de mujeres que necesitan someterse a la histerectomía. En 1985 alrededor de 670,000 mujeres se hicieron esta intervención quirúrgica y diez años después aumento a 810,000. Esto permite prever que una de cada tres mujeres americanas precisará retirarse el útero. En Estados Unidos de Norteamérica el 40,5% de las mujeres a los 64 años se someten a la cirugía de histerectomía. En Chile, se estima que 20% de las mujeres en algún momento de su vida serán sometidas a esta cirugía. En el Perú la histerectomía afecta al 20% de la población femenina, con mayor incidencia entre los 35-49 años¹.

La histerectomía es una intervención quirúrgica usual, que se practica desde hace mucho tiempo en la historia de la medicina, implicando que el útero es un órgano que social y culturalmente está rodeado de significado, simbólicamente vinculado a la identidad y feminidad, ligado al ciclo menstrual y a la maternidad; en este contexto, este procedimiento, es un impacto importante en las mujeres².

Se ha afirmado que la histerectomía como intervención, no necesariamente es la que genera malestar en la mujer, altera temporalmente el estado emocional previo a la operación³. La aceptación que tenga del procedimiento está íntimamente relacionada con el nivel de información recibido⁴. Sin embargo, frente a cualquier enfermedad o afección, el impacto en las mujeres es complejo e idiosincrásico. En particular, en un estudio reciente sobre sintomatología en el período del climaterio se observó que los casos con mayor sufrimiento psicológico y con los índices sintomáticos más elevados de la muestra analizada correspondían a mujeres histerectomizadas⁵.

La extirpación uterina posee connotación negativa, sobre todo en la comunidad afro-americana⁶. Las mujeres de ese grupo étnico intentan, en lo posible, postergar el retiro de su útero. Se comprueba que el significado atribuido a la histerectomía difiere según el bagaje cultural de la mujer y su familia. La preservación del bagaje cultural es relevante en la asistencia a la mujer que necesita someterse a esa cirugía, lo que refuerza la necesidad de preparación de los profesionales en los aspectos étnicos y culturales. Estos son considerados esenciales para una asistencia culturalmente congruente.

Además las creencias que en algunos contextos culturales llevan a las mujeres a asociar el útero a valores simbólicos importantes, como por ejemplo en algunos escenarios culturales, la mujer sin útero está rotulada como "mujer fría o vacía" y sufre las consecuencias de ese estigma⁹. No existe duda de que la histerectomía ejerce un impacto en la relación de pareja, siendo uno de los factores relevantes en la aparición de disfunciones sexuales, finalización de la vida reproductiva en la mujer, amenaza fuertemente su sentido de feminidad, que puede provocar una alteración de su autoestima, y dificultad en la relación de pareja, conflicto con el medio social, entre otros⁶. Asimismo, la vida de la mujer está sujeta a transformaciones físicas y emocionales, que generan sentimientos de miedo, duda, angustia, fantasía y que son vividos por cada mujer de forma particular.

La atención de esas particularidades requiere desenvolvimiento, capacitación adecuada y específica de los profesionales de salud. Existe unanimidad en cuanto a la premisa de que los profesionales que consiguen comprender, con profundidad y amplitud los factores que interfieren en el proceso decisivo de la histerectomía, están aptos para ofrecer el soporte psicológico y aclarar dudas respecto a la cirugía. La sensibilidad y capacidad de percepción que los profesionales asumirán, en relación a las demandas de cuidado, de forma personalizada, constituyen etapas fundamentales para

el alcance de la calidad en la asistencia. Un ambiente donde predomine la confianza y la empatía entre la mujer histerectomizada y los profesionales de enfermería es esencial desde la fase diagnóstica de la enfermedad, sobre todo, para promover aceptación al tratamiento y recuperación de forma temprana.

Específicamente en el Servicio de Ginecología del Hospital 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. La investigadora labora 18 años en este servicio como enfermera, y ha observado las dificultades que atraviesan las mujeres sometidas a esta cirugía, quienes manifiestan sentir un “vacío” y preocupación por su futura vida conyugal porque su cuerpo cambió.

Las mujeres histerectomizadas refieren: “Mi esposo me va dejar si me hacen la histerectomía”, “mi esposo dice que un amigo le ha contado que cuando sacan el útero, la mujer ya no es igual”, “no quiero que mi esposo se entere que me han sacado el útero”, “después de la operación sentí un vacío, como si me faltará algo, tenía miedo de tener relaciones íntimas...me ayudaron con los quehaceres del hogar mis hijos, mi prima y mi esposo....ahora ya estoy mejor como era antes”.

Las enfermeras de este servicio poseen una amplia experiencia en el cuidado de las mujeres histerectomizadas y brindan el apoyo físico y emocional, educándoles desde el preoperatorio. Algunas enfermeras mencionan: “la señora operado de histerectomía tiene mucho dolor y llora porque le han sacado el útero...le administro los analgésicos indicados...hago pasar a su familia para que la apoyen”, “a veces sus

familiares vienen de zonas lejanas, les permitimos su permanencia en el servicio otorgándole un pase”.

Por todo lo expuesto, la investigadora se planteó como problema de investigación: ¿Cómo es el proceso de Adaptación En Las Mujeres Histerectomizadas según La Teoría De Callista Roy, 2011?, siendo el objeto de Investigación, el proceso de adaptación de las Mujeres Histerectomizadas. Los objetivos que guiaron la investigación fueron: Describir, comprender el proceso de Adaptación en las mujeres histerectomizadas según la Teoría de Callista Roy, 2011

La relevancia de esta investigación es la existencia de pocos estudios enfocados a la adaptación de las Mujeres Histerectomizadas en nuestros medios así como por el incremento de estas, a nivel nacional e internacional. Por lo tanto este trabajo sirve de ayuda para percibir los aspectos emocionales y las necesidades que atraviesan las mujeres en su proceso de adaptación; y de esta manera el área de enfermería, mejore la calidad de vida, integración de la familia a través de la implementación de programas educativos y el cuidado continuo post-alta de la mujer histerectomizada.

Por este motivo, el soporte y la asistencia adecuada a cada mujer y su pareja deben ser ofrecidos por los profesionales y estar atentos a las sensibles demandas específicas de los cuidados; aspectos fundamentales de la asistencia para la calidad de vida de estas mujeres. Otro punto relevante de esta investigación son los cuidados específicos en ese momento de cambio que afronta la mujer.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. Antecedentes

A continuación se describen trabajos relacionados con el objeto de estudio de la presente investigación:

Hernández y otros⁷, realizaron un trabajo de investigación titulado: “Histerectomía Abdominal. Vivencias de Mujeres”. Tuvo como objetivos: Identificar las actitudes, conocimientos y necesidades de la mujer. Proporcionar la información individualizada requerida y posteriormente evaluar los resultados de la intervención en el posoperatorio. Se realizó entrevista profunda a pacientes de dos instituciones de salud, una de seguridad social y otra de asistencia social, programadas para histerectomía abdominal previa autorización de las pacientes.

La información se recolectó y se analizó con la teoría fundamentada. Las categorías más importantes previas a la intervención fueron género y falta de información, lo que influye en la visión de la cirugía y en la actitud de la paciente. En la intervención se aclararon dudas, mitos, se detectaron temores, explicándose la actitud de las informantes y de las investigadoras. El resultado mostró cambio en la actitud y la percepción sobre la atención recibida. Se concluye que entre más se conoce el proceso, la paciente se empodera y participa, disminuye la ansiedad y presenta mejoría.

Vargas J y López A⁸ hicieron un trabajo titulado: "Factores emocionales en pacientes sometidas a Histerectomía". Tuvieron como objetivo evaluar algunos factores emocionales en las pacientes que se someten a histerectomía, se consideró un grupo de 10 pacientes premenopáusicas se midieron los niveles de depresión, ansiedad y dolor percibido de su cirugía. El 40 % de ellas mostraron una franca reacción depresiva, la mayoría tuvieron una reacción de ansiedad. El 90 % de nivel ligero y solo el 10% de un nivel moderado. El nivel promedio de dolor percibido fue de 4 en una escala subjetiva de 10 puntos. Se considero contar con un programa de apoyo psicológico para ayudarlas a superar estas incidencias.

Restrepo y otros⁹ realizaron un estudio sobre Histerectomía y ansiedad; Estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica pre quirúrgica. La histerectomía es valorada por los pacientes como una situación altamente estresante, que genera fuertes reacciones emocionales con reconocido efecto negativo sobre la recuperación postquirúrgica. Para contrarrestar dichos efectos psicológicos adversos se han desarrollado diferentes tipos de programa de preparación para cirugía, los cuales buscan hacer más controlable y predecible el proceso pre y post operatorio, facilitando la recuperación. Como variables de resultado se estudiaron los

niveles de ansiedad pre y post operatorio, la magnitud del dolor post operatoria percibido y la presencia de complicaciones post quirúrgicas inmediatas. Los resultados revelaron que las participantes del grupo que recibió el primer tipo de programas presentó mayor disminución de la ansiedad ($p < 0,01$), menor nivel de dolor percibido ($p < 0,05$) y una baja frecuencia de complicaciones, que aquellas que recibieron la preparación a través de la información escrita.

1.2. Bases teórico- conceptuales

La base teórica se fundamenta en Calista Roy citada por Marriner (2003) para proceso de adaptación, Fuller (1998) para feminidad, y Te Linde (2003) para Histerectomía.

La primera base conceptual es el proceso de adaptación, el mismo que para Roy mejora las posibilidades de supervivencia de los individuos que muestran una determinada característica, dicho proceso adaptativo implica nuevas experiencias y circunstancias delicadas para el individuo, por ello este proceso debe vivirse de la forma más sana¹⁰. El ser humano como ser complejo es un ente que duda, que plantea, que resuelve, actúa y reacciona como sujeto emisor y receptor de las experiencias de su vida, para que el individuo llegue a un máximo nivel de adaptación y evolución.

El modelo de 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, la reproducción y el control sobre las cosas y las transformaciones que sufren las personas y el entorno. Las respuestas ineficaces son las que no consiguen o amenazan los objetivos de

adaptación. La enfermería como parte del entorno tiene el propósito de ayudar a las personas en su esfuerzo para adaptarse a tener bajo control el entorno, resultado de esto, es la concesión de un óptimo nivel para la persona.

Como sistema vital abierto, la persona recibe estímulo tanto del ambiente como de sí misma, por ello el nivel de adaptación se ve determinado por el conjunto de efectos que producen los estímulos focales, contextuales y residuales, de esta manera se consigue la adaptación cuando la persona reacciona de modo positivo ante los cambios que se producen en su entorno. Esta respuesta de adaptación estimula la integridad de la persona conduciéndolo a tener una buena salud, por otro lado las reacciones ineficaces ante los estímulos interrumpen la integridad de la persona.

En el modelo de adaptación de Callista Roy¹⁰ se considera que el sistema, es el conjunto de las partes conectado a la función como un todo y que sigue un determinado propósito, actuando en virtud de la independencia de las partes. Además de verse como un todo y como las partes que se relacionen entre sí, los sistemas también tienen entrada y salida de información y procesos de control y de feedback.

En la presente investigación la mujer histerectomizada manifiesta preocupación y temor por la intervención quirúrgica (extracción del útero), este es el estímulo de entrada y utiliza mecanismo de afrontamiento ante este suceso, que viene a ser el procesamiento y como responde a la adaptación con su pareja y familia, estas son las salidas. Por ello cada persona es un sistema.

El nivel de adaptación representa la condición de los procesos de vida descritos en los tres niveles como el integrado, el compensatorio y el

comprometido¹⁰. El nivel de adaptación de una persona es un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales, que representan el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas formales de adaptación.

En este trabajo la mujer histerectomizada frente a la extirpación del útero evidencia situaciones emocionales, fisiológicas y cambio o dificultad para asumir sus roles, estos problemas pueden influenciar negativamente en su nivel de adaptación porque podría verse afectadas sus relaciones familiares, especialmente con su pareja al desempeñar sus actividades cotidianas; lo cual puede generar problemas o dificultades de adaptación en la mujer histerectomizada.

Aspecto donde la enfermera cumple un rol importante de educadora y orientadora para lograr un mejor afrontamiento temprano y recuperación de su estado físico, psicológico, emocional y familiar; que aplicada al procedimiento descrito la mujer logra superar los problemas de adaptación utilizando el proceso de afrontamiento, los cuales son modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno. En este caso utilizará mecanismos innatos de afrontamiento, que se determinan genéticamente o son comunes para las especies y se suelen ver como procesos automáticos donde los seres humanos no piensan en ellos; es decir que cada mujer de acuerdo a su personalidad podrá reintegrarse a su vida cotidiana, unas más pronto que otras.

Tenemos los mecanismos de afrontamiento adquiridos, los cuales se crean por medio de métodos, como el aprendizaje, emergido de las experiencias vividas a lo largo de la existencia, que contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares¹⁰. Estímulos que en ocasiones las amistades y familiares persuaden con sus creencias y mitos de

manera negativa, sin embargo el personal de salud mediante la educación impartida, logra que la mujer deseche esas creencias erróneas relacionadas con la extirpación del útero, en ese sentido la familia es la principal fuente de apoyo emocional para un afrontamiento eficaz.

Roy considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: Fisiológica, auto concepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia. El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos, ya sea en la salud o en la enfermedad. El modo de adaptación del auto concepto de grupo es uno de los tres modos de adaptación psicosociales y se centra, en particular, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano¹⁰. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la autoestima del individuo, se ha identificado como la integridad física y espiritual, o la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo.

También se ven afectados los sentimientos de estas mujeres y lo evidencian con labilidad emocional por la cirugía sometida donde la profesional de enfermera debe brindar apoyo emocional durante la estancia hospitalaria de la paciente, y explicar sobre los cambios físicos y psicológicos que se van a dar después de su operación de histerectomía y el cuidado que debe seguir en el hogar.

El auto concepto se puede definir como el conjunto de creencias y sentimientos que uno tiene de sí mismo en un momento determinado; se forma por la percepción interna y por la percepción de las reacciones de los individuos. Sus componentes son: el yo físico, que engloba las sensaciones y

el aspecto del cuerpo; el yo de la persona, que está formado por la constancia, los valores o expectativas, y la moral, por la ética y la espiritualidad del ser. El modo del auto concepto de identidad de grupo refleja como se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno. Este modo se compone de las relaciones interpersonales, la imagen que se tiene del grupo, el entorno social y la cultura. La necesidad básica de la identidad de grupo, es la integridad de grupo que es la integridad de la identidad¹⁰.

Percepción, es la interpretación de un estímulo y su valoración consciente; une al regulador con el relacionador y enlaza los modos de adaptación.

Adaptación, es el proceso y resultado por los que las personas que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o miembros de un grupo, son conscientes y escogen la interacción del ser humano con su entorno.

Entorno, es un conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales.

El auto concepto en las mujeres en estudio se evidencia producto de las experiencias y creencias de su cultura evidenciando en el siguiente discurso: *“Mi esposo me va dejar si me realiza la histerectomía”*, lo que refleja la importancia de la opinión del esposo en comparación con los cuidados de enfermería a través de la información impartida en el momento de alta hospitalaria.

El cuidado de la enfermería es diferente a los demás cuidados, la diferencia se plantea en la forma en que se aproxima a ese cuidado, un cuidado arraigado en la integridad del ser humano como ser social y cultural en la concepción de un cuidado que se encamina a la búsqueda del mayor bienestar posible, para favorecer la adaptación de las mujeres que han sido histerectomizadas a través de actividades, integración entre parejas, el arreglo personal en el que se resalten los atributos propios de su feminidad.

Fuller¹¹ establece que las definiciones de feminidad no son simplemente los saberes que dicha cultura ha acumulado al respecto sino agencias productoras de identidad. Ellas informan a los miembros de cada sociedad sobre quiénes son, cuál es su lugar en el mundo y cómo relacionarse con los demás. El ser humano interpreta sus acciones y emociones, frente a los demás y al mundo, siguiendo los patrones y definiciones que le han sido transmitidos en su medio al internalizarlos como su propia verdad, definiciones que se convierten en parte de sí mismo. No se trata de instancias que reflejan una realidad preexistente sino que constituyen la materia prima con la que se elaboran las identidades. Las definiciones sobre feminidad se encuentran esparcidos en saberes como la religión, la tradición de sentido común, el discurso político, la ciencia (biología, psicología, medicina, antropología, etc.) y todas aquellas instancias que de algún modo emiten declaraciones sobre lo femenino.

Las mujeres consideran al útero y a sus funciones como símbolos importantes de su feminidad, perder este órgano y lo que representa significaría perder su identidad, incluso dentro de la literatura existe el término “ansiedad de castración” que se entiende como el miedo relacionado a una amenaza hacia la integridad de los órganos sexuales o lo que simbolizan, y que son elementales para constituir el concepto de feminidad.

Algunos estudios hacen mención al estado psicológico que vive la mujer ante la histerectomía, manifestado por la depresión, ansiedad, alteraciones de autoestima y otros trastornos del ánimo que le pueden afectar, la percepción que la usuaria tenga con respecto a su condición de salud. La depresión es una alteración emocional que afecta a éstas pacientes¹².

Las mujeres se sienten afectadas en su calidad de vida cuando son sometidas a histerectomía, por los síntomas que las afectan, sobre todo, cuando las mujeres se encuentran en la fase diagnóstica de la enfermedad. En ese sentido se recomienda a los profesionales en especial enfermeras proporcionar la debida atención a las mujeres durante la trayectoria de la enfermedad, desde su inicio hasta finalizar el tratamiento. Las conductas asistenciales con miras a disminuir la ansiedad, que predominan en el proceso terapéutico, son medidas que promueven la condición emocional de las mujeres¹³. La asistencia a ellas debe estar dirigida a la indicación de las posibilidades de adaptación a una nueva auto-imagen. La formación de grupos objetivando discutir cuestiones amplias relacionadas con la histerectomía, representa una alternativa viable que precisa ser considerada en el proceso asistencial.

La histerectomía puede provocar alteraciones en la comunicación entre la pareja, la relación entre ellos puede tornarse difícil después de la histerectomía y provocar discordancias en el matrimonio. Las mujeres presentan mejora en la función sexual en el período posterior a la histerectomía⁹. Existen evidencias que indican el impacto positivo de la histerectomía sobre la función sexual. Se evalúa entre tanto, que aún son escasos los conocimientos relativos al impacto de la histerectomía sobre la relación conyugal, hecho que implica la necesidad de realizar estudios dirigidos a esta temática.

Por lo antes mencionado hay necesidad de dar información y consejería a las mujeres que son sometidas a histerectomía ya que los conocimientos que poseen, respecto a este procedimiento, son restringidos por lo que deben ser ampliados y profundizados; y deben ser ofrecidos en un momento apropiado, de preferencia antes de la cirugía. El ofrecimiento del soporte profesional en aspectos de la cirugía también es necesario.

En el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Almanzor Asenjo donde se atienden dichas personas se implementará un programa de capacitación para el manejo de las pacientes, a quienes se les educará en el Pre y Post operatorio. El recibimiento de orientaciones relativas a los cambios anatomofisiológicos consecuentes de la cirugía forma parte de las demandas del cuidado de mujeres sometidas a histerectomía.

El ofrecimiento precoz de informaciones precisas contribuye a disminuir la ansiedad, vivida por mujeres que aguardan resultados de este examen⁹. El bienestar psíquico y la calidad de las relaciones interpersonales establecidas por las mujeres mejoran con la realización de la histerectomía. La inadecuada información dada a las mujeres histerectomizadas es una realidad, tanto en el servicio público como en el privado¹³. Este hecho refuerza la idea de la necesidad de ofrecer orientaciones sistematizadas a las mujeres sometidas a histerectomía. Se trata de un cuidado considerado esencial, teniendo en cuenta que las mujeres tienden a respaldarse en consejos de personas con pocos conocimientos, para tomar decisiones importantes y definitivas en cuanto a su propia salud⁵.

Es frecuente que la mujer que va a hacer intervenida de histerectomía reciba escasa información por parte del personal de salud, pero es la enfermera quien asume con responsabilidad de la orientación oportuna en el pre operatorio y alta de la paciente, de tal manera que pueda

satisfacer sus dudas o reforzar la información impartida por el médico tratante. Por todo ello es necesario que enfermería amplíe su mirada más allá del área clínica e incluya el aspecto educativo, con abordaje de contenidos en forma amplia y profunda, puesto que los enfermeros son los profesionales de salud que están en contacto directo con las personas y tienen oportunidad de conocer sus creencias y valores culturales, conocimientos esenciales para la comprensión de la perspectiva de las mujeres que se encuentran en proceso decisivo por la histerectomía.

Habitualmente en la práctica clínica nos enfrentamos a mujeres que traen consigo mitos, miedos y aprehensiones al momento del diagnóstico, y como profesionales de la salud no siempre nos damos el tiempo de dilucidar las inquietudes que estas mujeres no se atreven a ahondar. Es importante considerar que las mujeres que reciben una mejor atención por parte del equipo de salud al enfrentarse al diagnóstico, resuelva sus dudas e inquietudes, demostrando seguridad y apoyo en esta experiencia.

De igual modo se ha encontrado estudios que en la población femenina existe una serie de creencias y actitudes relacionados con la Histerectomía y sus consecuencias futuras, entre los temores que suelen mencionar, frente a ese procedimiento están: la sensación de “quedar huecas” y la percepción errónea que su pareja pueda tener⁹.

Durante su permanencia en el Servicio de Ginecología la mujer que va a ser sometida a esta cirugía manifiesta preocupación por la histerectomía y es la enfermera quien percibe y ahonda toda expresión de ansiedad, debido a las creencias que trae consigo, como las expresadas en discursos como “no quiero que mi esposo se entere que me van a sacar el útero”, brindando información y seguridad en el tema lo que disminuyendo sus tensiones y ayudando a enfrentar en forma positiva esta nueva situación¹⁴.

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación usada es cualitativa, la cual es definida como el proceso de reflexión y análisis de la realidad a través de la utilización de métodos y técnicas para la comprensión detallada del objeto de estudio en su contexto histórico, su estructuración, etc. observando a la persona en su vida cotidiana y obteniendo un conocimiento directo de la vida social. Ese proceso implica estudios, según la literatura pertinente al tema, la observación, aplicación de cuestionarios, entrevistas y análisis de datos, que debe ser presentada en forma descriptiva¹⁵.

Las mujeres en estudio nos proporcionaron la información necesaria, describiendo lo que ellas sentían y como lograron adaptarse a esta nueva situación de salud, en ese sentido la investigadora obtuvo un conocimiento directo de la vida social como por ejemplo sus costumbres, creencias en relación a su pareja y familiares. Por lo tanto este tipo de investigación permitió describir y comprender el proceso de Adaptación de las Mujeres

Histerectomizadas, logrando además interactuar con ellas y su familia, observando su realidad, escuchando lo que piensan y cómo actúan después del tercer mes del procedimiento quirúrgico.

2.2. Abordaje metodológico

El enfoque metodológico que guió la investigación fue “Estudio de Casos”. Los estudios de caso son 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 sociales¹⁵. En este método el investigador intenta analizar y comprender los fenómenos más importantes para la historia, el desarrollo o la atención de un individuo y sus problemas.

Lüdke¹⁶ refiere que el estudio de caso ya sea simple o específico siempre debe ser delimitado; debiendo tener sus contornos claramente definidos en su desarrollo. El estudio de caso es la profundización de un caso específico e intenta identificar los distintos procesos interactivos que lo conforman bajo un interés propio y singular del investigador. Así mismo permite al investigador conocer íntimamente las condiciones, pensamientos, sentimientos, actos presentes, las intenciones y el entorno de la persona.

Es por ello que se consideró este enfoque metodológico; que permitió realizar un análisis profundo del proceso de Adaptación de las Mujeres Histerectomizadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – Chiclayo 2010, el que se realizó en sus hogares después de 3 meses de haber tenido esta experiencia.

Al realizar la presente investigación se consideró los principios del estudio de caso según el modelo de Lüdke¹⁶, tales como:

El estudio de caso se dirige al descubrimiento. El investigador considere algunos conceptos teóricos iniciales se procura mantenerse atento a nuevos elementos que puedan surgir como importantes durante el estudio. El cuadro teórico inicial sirve de estructura básica, a partir del cual pueden ser detectados nuevos aspectos, elementos, o dimensiones que puedan ser sumados en la medida que el estudio avance.

La investigación en su marco conceptual, previo y durante todo el proceso de la investigación se mantuvo atenta a nuevos elementos importantes, relevantes y puede recurrir a nuevas fuentes de información que le permitieron identificar, analizar y comprender el cuidado, manifestado a través de las acciones, creencias, mitos, emociones, sentimientos y reacciones de las Mujeres Histerectomizadas y relacionadas con su proceso de adaptación.

El estudio de caso enfatiza la interpretación en el contexto. Un principio básico de este, y para una comprensión más completa del objeto; es preciso tener en cuenta el contexto en que él se sitúa. Así para comprender mejor la manifestación general de un problema, las acciones, las percepciones, los comportamientos y las interacciones de las personas deben estar relacionados a la situación específica donde ocurre la problemática determinada a la que están relacionadas.

Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible con relación a otros relatorios de investigación. Pueden estar presentados en una variedad de formas tales como dramatizaciones, diseños, fotografías, discusiones, mesas redondas. Los relatos escritos presentan generalmente un estilo informal, narrativo ilustrado por figuras del lenguaje.

En la presente investigación la elaboración del caso se realizó en forma narrativa, valiéndose del análisis temático, siendo ilustradas las categorías y sub categorías con unidades producto de las entrevistas. Además se utilizó en la redacción del informe un lenguaje sencillo y científico, entendible para todos los lectores.

Según Nisbet y Watt, citados por Lüdke¹⁶ caracterizan este estudio de casos en tres fases, siendo la primera abierta o exploratoria, la segunda más sistemática en término de recolección de datos y la tercera en el análisis e interpretación de datos y la elaboración del informe, como ellos mismos, enfatizan esas fases, se sobrepone en diferentes momentos, siendo difícil precisar el límite que las separa.

- Fase exploratoria o Abierta: El estudio de caso se inicia con un plan incipiente, que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. Puede existir inicialmente algunas preguntas o puntos críticos, que van siendo explicados, reformulados o eliminados en la medida en que se muestran más o menos relevantes en la situación estudiada. Estas preguntas o puntos críticos iniciales pueden tener origen en la revisión de la literatura o ser producto de observaciones y declaraciones hechas por especialistas sobre el problema y surgir de un contacto inicial con la documentación existente y con las personas ligadas al fenómeno estudiado o pueden ser derivadas de especulaciones basadas en la experiencia personal del investigador.

Se especificaron las cuestiones o puntos críticos respecto al proceso de Adaptación en las mujeres hysterectomizadas según la teoría de Callista Roy, 2011. Además, se estableció los contactos iniciales para localizar a los informantes y fuentes de datos necesarios para el estudio. Esta fase permitió describir la situación problemática, planteándose preguntas orientadoras que luego fueron reformuladas teniendo como base la literatura relacionada

con el tema, con la finalidad de describir el objeto de estudio, lo cual se dio a medida que se avanza la investigación.

- Fase sistemática o de Delimitación del estudio: Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, el investigador procede a recolectar sistemáticamente las informaciones, utilizando instrumentos más o menos estructurados, técnicas variadas, su elección es determinada por las características propias del objeto estudiado. La importancia de determinar los focos de investigación y establecer los límites del estudio, es consecuencia del hecho de que nunca será posible de explorar todos los ángulos del fenómeno en un tiempo razonablemente limitado. La selección de aspectos más relevantes y la determinación del recorte de estos, son cruciales, para lograr los propósitos del estudio de caso y para llegar a una comprensión más completa de la situación estudiada.

En esta fase se procedió a recolectar la información necesaria de modo sistemático, para lo cual se utilizó la entrevista semi-estructurada abierta y a profundidad a las mujeres histerectomizadas, eligiéndose esta técnica porque permitió registrar los datos de forma completa. Antes de proceder a recolectar los datos se consideró los límites del estudio, es decir se delimitó lo que se planteó investigar.

- El análisis temático y la elaboración del informe: en la fase exploratoria del estudio surge de la necesidad de unir la información, analizarla y hacerla disponible a los informantes para que manifiesten sus reacciones sobre las relevancias e importancia de lo que se ha relatado. Estos “borradores” de relatoría pueden ser presentados a los interesados por escrito o constituirse en presentaciones visuales y auditivas. A partir de los datos encontrados se llevo a cabo el análisis de contenido.¹⁷

2.3. Sujetos de la Investigación

En la presente investigación los sujetos de investigación estuvieron conformados por las mujeres entre los 35-45 años de edad, sometidas a histerectomía, pero en los casos estudiados la edad fluctúa entre los 37 a 42 años, su grado de instrucción es secundaria completa hasta Técnico Superior; el estado civil eran casadas y convivientes, las familias están conformada por tres o cuatro hijos cada una, las mismas que en su mayoría fueron amas de casas, trabajadoras independientes, empleadas de instituciones públicas

Criterios de inclusión:

Mujeres histerectomizadas. Edad: mujeres entre los 35-45 años de edad, esta es la mayor incidencia reportada en el Servicio de Ginecología del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo.

La muestra estuvo determinada por la técnica de saturación y redundancia, es decir cuando los datos fueron repetitivos y los sujetos no revelaron nuevos aportes, se aplicaron dos entrevistas.

Los seudónimos que se utilizaron en la presente investigación fueron nombres de flores, considerándose nueve nombre: Rosa, Clavel, Amapola, Geranio, Girasol, Violeta, Jazmín, Margarita, Orquídea, cuya finalidad fue guardar el anonimato de los participantes.

2.4. Escenario

El escenario de la presente investigación fueron los hogares de las mujeres histerectomizadas, ubicados en los distritos de Chiclayo, la Victoria, Campodónico, Tumán, Pueblo Joven Muro y Antonio Raimondi. Los

mismos que contaban con todos los servicios básicos, casa de material de adobe y material noble. Su situación económica correspondía a nivel socioeconómico de medio a bajo.

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 Jefe 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 Utero, Cáncer de Endometrio, Cáncer de mama y Cáncer de Vulva y otras patologías: Infertilidad, etc.

La mujer que será sometida a Histerectomía realiza su ingreso por el Servicio de Emergencia y por Consulta Externa, de donde será derivada a Hospitalización y luego al servicio. La enfermera jefe receptiona la historia clínica de la paciente, elabora la misma, realiza el control de peso y talla y luego verifica que la paciente firme la autorización de operación y la autorización de posible administración de sangre, se le designa la cama, una vez instalada se hace entrega de un pase para el ingreso del familiar femenino. En el turno de la noche el personal de enfermería realiza la preparación física y emocional de la persona que será histerectomizada; así como otras actividades: rasurado de pubis, administración del enema

evacuante, revisión de uñas que deben estar despintadas, verificación de la presencia de prótesis dentaria, la que debe retirarse.

Al día siguiente de su hospitalización se realizará la cirugía de histerectomía, previa administración de premedicación, vendaje de miembros inferiores y control de funciones vitales, los que se registran en las anotaciones de enfermería. La persona sometida a esta cirugía permanece hospitalizada dos o tres días. Al alta se le entrega los formatos donde se registra el retiro de puntos a los siete días y control por consulta externa con el médico que la operó.

Cabe resaltar, que en este periodo de alta es donde se captó a las personas en estudio, previa explicación y aceptación de las mismas y firma del consentimiento informado para posteriormente visitarlas en sus hogares.

2.5. Instrumentos de recolección de los datos

La recolección de datos se realizó en el domicilio de las mujeres histerectomizadas, tres meses después de haber sido dadas de alta del servicio de ginecología del HNAAA-Chiclayo, en los meses de enero a marzo del 2011. El instrumento que se utilizó fue la entrevista semi-estructurada, planteando la interrogante a las mujeres sobre los posibles cambios que se producen tanto físicos, psicológicos y su adaptación a su nueva situación de vida y como se interacciona con su familia.

Este tipo de instrumento es discreto, flexible y abierta; definiéndola como una reunión de intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) ¹⁷. Por lo tanto en la entrevista, a través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a la adaptación de la mujer histerectomizada. Además se utilizó la guía de preguntas; el entrevistador

tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir no todas las preguntas están predeterminadas), entre las que se intercalan subsecuencias que se inician ante ciertas respuestas que sugieren nuevas preguntas.

Las entrevistas constaron de preguntas abiertas, donde se entablo un diálogo continuo para guiar el análisis y proporcionen la interpretación más profunda de los hechos, procediendo luego a las reducciones sin modificar la expresión original del discurso. Para la validación de la entrevista, se hizo dos entrevistas pilotos a las mujeres histerectomizadas que han sido dadas de alta hace tres meses, las cuales no formaron parte del estudio y de acuerdo a los resultados permitió modificar, anular o incrementar algunas preguntas para su mejor comprensión.

2.6. Procedimiento

En primer lugar se solicitó permiso a la Institución, al Jefe del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, con la finalidad de obtener los datos de ubicación de los sujetos de estudio. Luego se estableció el primer contacto con las mujeres histerectomizadas, a quienes se informo sobre los objetivos de la investigación, quienes accedieron a participar. La captación fue durante el alta hospitalaria; lo que permitió la cita para la entrevista después de dos o tres días de operada, registrándose dirección, teléfono y días disponibles para programar visita. Posterior a ello se realizó aproximadamente dos visitas domiciliarias después de tres meses del alta hospitalaria donde se recolectaron los datos relacionados con el proceso de adaptación, mediante la entrevista semi-estructurada, previa firma del consentimiento informado (Anexo 01).

Para llegar a los domicilios de las personas en estudio, se concretó la cita previa comunicación telefónica para confirmar dirección y disponibilidad de ellas, lo cual me permitió llegar a los lugares, utilizando el Servicio de Taxi, no teniendo dificultad para ubicar el domicilio. Las entrevistadas demostraron responsabilidad y colaboración obteniendo la información precisa y aplicándose la guía de entrevista, donde se le realizó la grabación para luego proceder a la transcripción.

Posteriormente se realizó la entrevista semi-estructurada (Anexo 02), donde se brinda confianza e interés con el fin que las mujeres manifiesten como se sienten después de ser operadas, si se adaptaron y proceso de relación con su familia. Luego se llevó a cabo el análisis de los datos; realizándose una segunda visita para completar datos de la entrevista y validar si estaban de acuerdo con lo referido, firmando la entrevista transcrita.

2.7. Análisis de los datos

La recolección y análisis de datos constituyen un proceso simultáneo que se va dando de acuerdo a lo que el investigador busca o desea saber. El análisis de datos es la etapa de búsqueda sistemática y reflexiva de la información obtenida a través de los instrumentos, es la parte o fase más importantes del proceso de la investigación e implica trabajar los datos, recopilarlos, organizarlos en unidades manejables, sintetizarlos, descubrir qué es importante y qué van aportar a la investigación¹⁸.

Dentro de las fases para la elaboración de un sistema categorial de análisis de contenido tenemos:

1. Pre análisis.- Es la fase de organización de la investigación. En esta fase el investigador adopta una serie de decisiones respecto a: los objetivos

concretos que va a perseguir, la identificación y selección de los textos, la selección de la muestra a la cual se le efectúa el análisis, la revisión de la literatura y de investigaciones similares que se hayan realizado sobre la temática de estudio seleccionada; también se realizó la primera toma de contacto con los textos sobre los que se aplica el análisis.

Durante esta fase la investigadora desarrolló la revisión exhaustiva de material bibliográfico, asimismo se consideró como sustento las entrevistas realizadas, y los objetivos planteados en la presente investigación.

2. Formación del sistema categorial.- Es la fase significativa de la técnica que analizamos, ya que refleja directamente el propósito del investigador y la teoría subyacente que organiza el estudio; además que constituye una de las barreras más difíciles de salvar y en donde se evidencia toda la creatividad del científico". Las categorías pueden ser establecidas por el investigador a partir de diferentes vías, entre las que podemos citar, la revisión teórica y conceptual de su objeto de estudio, otros sistemas categoriales previos formulados por otros autores y el éxito obtenido con su construcción, opiniones de expertos y especialistas en el objeto de estudio, y un pre acercamiento a los textos de análisis.

Durante esta fase la investigadora utilizó criterios para la elaboración de las categorías, las cuales fueron en base al objeto de estudio que permitió describir y comprender el proceso de Adaptación de las Mujeres Histerectomizadas atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo - Chiclayo.

3. Codificación.- En líneas generales la codificación implica la elección de las unidades de análisis o de registro, y la determinación de los indicadores de codificación que se utilizan. Las unidades de análisis o de registro, que son los elementos básicos o datos a los cuales les fue aplicado el sistema

categorial elaborado. Las unidades de registro utilizadas en el análisis de contenido son: la palabra, el tema, el objeto o referente, el personaje, el acontecimiento, y el documento.

Por lo tanto los criterios que se pueden utilizar para la realización de la codificación pueden ser de diferentes tipos, por ejemplo: la presencia o ausencia en el texto de las unidades de registro, la frecuencia con que dicha unidad aparece en el documento, el sentido positivo, negativo o neutro con el que es tratado el tema o fenómeno en la unidad de registro; presencia simultánea en la unidad de registro de dos componentes. En esta fase la investigadora realizó la utilización de códigos para procesar cada entrevista y luego reordenar las categorías y subcategorías, según criterio de semejanza y analogías.

4. Análisis e interpretación.- Al interpretar los resultados fundamentales alcanzados, una de las propuestas que consideramos más interesante, se aconseja que el investigador intente responder cuatro preguntas básicas: ¿Cuál es el resultado principal?, ¿Son interpretaciones competentes?, ¿La interpretación de los resultados toma sentido a la luz de alguna teoría o teorías? Y ¿Cómo decidir si la interpretación es en algún sentido correcta?.

Durante esta fase la investigadora realizó toda una recopilación de los datos obtenidos de la mujer histerectomizada, para luego analizar e interpretar los datos con las consideraciones finales.

2.8. Criterios éticos

En la presente investigación se consideró en cuenta los principios de la Ética Personalista. Según Sgreccia¹⁹, los principios que operan como ayuda y guías de la acción a tomar en consideración en cada decisión

relativa a la relación con la persona cuidada y en la investigación con seres humanos.

Por tanto, la recuperación de la concepción ontológica personalista en el ámbito de la meta-bioética es relevante por cuanto permite en el plano práctico-aplicativo en referencia a las cuestiones de bioética, defender el respeto y la tutela de la vida humana en toda su manifestación. Sobre la base del concepto ontológico de la persona se justifican los principios fundamentales de la ética personalista.

1.- Principio de inviolabilidad de la vida humana.

La vida física es un bien primario o fundamental no es un bien absoluto (sólo lo es la vida eterna) precede a todos los otros bienes relativos, sólo es aceptable poner en riesgo la vida física (ejemplo el martirio) para alcanzar el bien espiritual y trascendente de la persona, el primer bien que la sigue jerárquicamente es su integridad, los bienes de la vida relacional (afectivos y sociales) están subordinados a los dos precedentes, todas las formas de ofensa y “mercantilización” del cuerpo humano constituyen una ofensa a la dignidad de toda la persona. Al respecto la investigación hacia las mujeres histerectomizadas, fue previo consentimiento informado así también traen creencias y costumbres que ellas practican, reconociendo a nuestro sujeto de estudio como ser único, libres, portadores de una alta dignidad, capaces de tomar decisiones.

2.- Principio de totalidad o terapéutico.

El cuerpo humano puede ser considerado como un todo unitario, resultante de partes distintas y entre ellas orgánicamente y jerárquicamente unificadas por la existencia única y personal, se puede intervenir sobre una parte del organismo, hasta su destrucción (si es necesaria) para alcanzar el

bien de todo el organismo. Por lo tanto se trata al sujeto en estudio como un todo, seres biopsicosociales, con la finalidad de que ellos puedan expresar libremente sus ideas, proporcionando una información precisa y no distorsionada; Además de educar o reforzar algunos cuidados con el objetivo de mejorar la adaptación a las personas en estudio.

3.- Principio de libertad y responsabilidad.

El bien de la libertad es subordinado al bien de la vida, ninguno es libre si no tiene vida, la persona tiene la responsabilidad de cuidar su salud, tiene derecho a elegir los medios para alcanzar la salud necesaria de una correcta información; por lo tanto el personal de salud tiene sobre la persona sólo los derechos que él mismo le concede en todo caso, no puede tener mayores derechos de los que la persona tiene, los profesionales de la salud pueden, en nombre de su conciencia, refutarse de actuar; según los deseos de la persona e interrumpir la "alianza terapéutica" con él la problemática del consentimiento informado. Se trabajó con este principio con el objetivo de que las mujeres se sientan seguras, libres y actuando siempre con la responsabilidad debida, informándoles en todo momento sobre sus dudas o preguntas que no comprendían, interfiriendo o terminando la entrevista si ellas así lo prefieren.

2.9. Criterios de rigor científico

El Rigor se fija en la condición, objetividad y por la adhesión estricta de los diseños y análisis estadísticos precisos. Por ello durante toda la investigación se citaran criterios de científicidad para evaluar la calidad científica del presente trabajo de investigación.

Según Tello¹⁸, en el rigor de la investigación se consideró:

- **Credibilidad.** La credibilidad se logra cuando los hallazgos del estudio son reconocidos como “reales” o “verdaderos” por las personas que participan en el estudio y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. Este criterio se puede alcanzar porque la investigadora en reiteradas ocasiones regreso al escenario de la investigación para confirmar los hallazgos y revisar algunos datos particulares. Algunos informantes fueron capaces de corregir los errores de interpretación de las entrevistas transcritas, es decir las mujeres histerectomizadas ayudaron a clarificar las interpretaciones del investigador.

- **Auditabilidad o Confirmabilidad.** Se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, que se logra cuando otro (s) investigador (es) pueden seguir “la pista” al investigador original y llegar hallazgos similares. Se usaron cintas magnetofónicas para la grabación de las entrevistas, las que fueron transcritas en el programa Word, además se describió las características de los informantes y su proceso de selección, y analizó la transcripción fiel de las entrevistas a los informantes, los contextos físicos, interpersonales y sociales.

- **Transferibilidad o aplicabilidad.** Consiste en la posibilidad de transferir o extender los resultados a otros contextos o grupos. Se trata de examinar que tanto se ajustan los resultados con otro contexto, donde se describió detalladamente el lugar y las características de las personas del fenómeno estudiado.

Por ello, este trabajo fue realizado con altura científica, garantizando la transferencia hacia poblaciones con características semejantes a la de esta investigación, con el fin de lograr la adaptación de las Mujeres Histerectomizadas.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Ante cualquier suceso inusual o programado el ser humano adopta cambios que afrontan de forma paulatina o inmediata, esto muchas veces depende de la información que este tenga, o de los mecanismos innatos que corresponde a su origen biológico, psicológico y/o social.

Uno de esos sucesos puede ser el someterse a una intervención quirúrgica, como es el caso de una histerectomía, tratamiento quirúrgico que consiste en la extirpación del útero y en algunas ocasiones de las trompas de falopio y ovarios, a esto se le conoce como histerectomía con salpingo oforectomía y puede ser uni o bilateral; la cual implica muchas consecuencias, pero en general los estudios coinciden en que existe una gran cantidad de factores tanto médico-quirúrgicos, psicológicos, culturales y sociales que influyen en la salud de las mujeres que se enfrentan o que están por enfrentar este tipo de intervención.

La histerectomía en una mujer, es una cirugía que pone fin a la vida reproductiva, siendo una amenaza a su sentido de identidad de género, donde la primera manifestación son los cuestionamientos acerca de su condición femenina, porque toda intervención representa un “temor o asalto al cuerpo”, particularmente la referida a órganos o partes con fuerte carga simbólica, tales como órganos reproductivos, mamas y rostro, que modifica en alguna medida la autoimagen y autoestima de las mujeres, asimismo puede provocar una disfunción de la relación de pareja, conflicto con el medio social, pérdida de roles, entre otros.

Un papel trascendental que debe hacer mención es la resonancia social, los mitos, prejuicios y valoraciones que hacen a las mujeres histerectomizadas, pues los diferentes estigmas y creencias de la sociedad conciben a la extirpación del útero como el limitante para asumir su rol de esposa, evidenciado en su sensación de menos femineidad, lo que no es cierto por que la extirpación del útero no implica que la mujer sea menos femenina ni pierde sus atributos y roles que le corresponden, conllevando a tener quizás una vida conflictiva y/o una lenta recuperación.

En la presente investigación se pretende mostrar una nueva perspectiva poco estudiada, debido a que las repercusiones de este tipo de cirugía son considerables, lo que ha dificultado en un principio plantear un cuadro o visión general de las mujeres post-histerectomía, pues las áreas más investigadas han sido: depresión, sexualidad, autoimagen, percepción de femineidad y creencias acerca de la operación, pero hace falta investigaciones en cuanto al proceso de adaptación y aceptación tanto pre y postoperatorio en las mujeres que han sido sometidas a una histerectomía.

Por ello de acuerdo con el objetivo de la investigación se extiende el análisis de las narrativas realizadas con las mujeres que se sometieron a la

histerectomía; fue posible identificar las unidades temáticas, donde nos diverge a los profesionales en la salud de un nuevo panorama en el cuidar, que debe estar inclinado con la pérdida del útero lo que le ocasiona dolor y afecta el estado emocional manifestándose con depresión y alterando su autoimagen, en sus roles de madre, esposa, trabajadora o ama de casa, y que necesita de mecanismos de afrontamiento para lograr recuperarse.

De lo mencionado es donde convergieron cuatro grandes categorías y a su vez una sub categoría que se han obtenido de las declaraciones que se hicieron a los sujetos de la investigación durante las entrevistas realizadas, las cuales son:

- 1. El dolor como modo adaptativo fisiológico**
- 2. Estado emocional como modo adaptativo de autoimagen**
- 3. Desempeño de roles y la adaptación**
 - 3.1. Rol de esposa
 - 3.2. Rol de madre
 - 3.3. Rol de ama de casa
 - 3.4. Rol en el trabajo**
- 4. Apoyo familiar como modo adaptativo de interdependencia**

1.- El dolor como modo adaptativo fisiológico

En el proceso de adaptación, el modo fisiológico está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos. Las cinco necesidades identificadas en el modo fisiológico y físico de la adaptación, en relación con la necesidad básica de la integridad fisiológica son: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad- reposo, y protección¹⁰.

En las mujeres histerectomizadas del presente estudio, se encuentra alterada la necesidad fisiológica de la integridad física por la incisión quirúrgica que dificulta o altera su movilidad y el reposo, ocasionado por el dolor que ésta le genera. En dichas mujeres las primeras 24 horas refieren dolor intenso que sólo cede con el analgésico inyectable, como el Tramadol de 50 mg. subcutáneo o Metamizol de 1 gr. cada 6 horas, vía endovenoso después del tercer día la intensidad del dolor va disminuyendo con la administración de analgésico vía oral. De esta manera mediante los mecanismos innatos de afrontamiento o procesos automáticos fisiológicos internos favorecen una cicatrización efectiva del tejido tisular, donde las terminaciones nerviosas se regeneran y el estímulo del dolor disminuye y desaparece mayormente en el lapso de un mes.

Durante un procedimiento quirúrgico gineco-obstétrico, se genera un daño tisular que es seguido de la liberación de una cantidad de mediadores inflamatorios y componentes celulares como enzimas contenidas en el interior de la célula. Estos estímulos nociceptivos viajan por los nervios periféricos hacia la médula espinal, donde llegan a una estación sometida a influjos inhibitorios o excitatorios y de allí se dirigen al cerebro, donde se produce la activación de células hipotalámicas con liberación de diferentes hormonas, que a su vez estimularán a otras hormonas para la secreción en la hipófisis anterior y posterior²⁴ Está claramente demostrado que el sitio quirúrgico es el factor más importante en la severidad del dolor²⁵.

El dolor agudo postoperatorio se considera como la fase inicial de un proceso nociceptivo persistente y progresivo, desencadenado por la lesión tisular quirúrgica, que se inicia de forma inmediata con la liberación de neurotransmisores y la activación de canales iónicos y de enzimas intracelulares; en una fase posterior (minutos-horas) se induce la expresión de ciertos genes implicados en la transmisión nociceptiva, en los fenómenos de plasticidad neuronal y sensibilización²⁶. Finalmente, si no se suprimen de forma adecuada las respuestas desencadenadas por el estímulo inicial, se ha demostrado un incremento en cuadros de dolor crónico, considerándose factores predictivos del mismo, el dolor preoperatorio durante más de un mes, la reintervención quirúrgica, lesión nerviosa durante la intervención, el dolor intenso en el postoperatorio y trastornos de la personalidad²⁷.

“...Sentí un poco de dolor tipo hincada por dos días, que fue calmando con el pasar de los días...” - Amapola

“...el dolor en la parte operatoria, como una ardencia, parecía que me estaban cortando la piel eso ha sido lo que más me molestó...” - Orquídea

El dolor postoperatorio constituye aún un problema no resuelto en los pacientes quirúrgicos, sobre todo en la mujer operada de histerectomía, quien no está exenta de complicaciones y circunstancias postoperatorias inherentes a toda cirugía. Esta molestia estuvo presente en todas las mujeres del estudio, el mismo que en las primeras horas se torna agudo, y disminuye con el transcurrir de los días, tras la administración de los analgésicos parenterales.

Las mujeres histerectomizadas en el postoperatorio inmediato alegan un dolor tipo ardor por la incisión quirúrgica, algunas con mayor intensidad que en otras; el cual se evidenció en forma aguda a los minutos después de

operadas; es importante mencionar el cuidado de enfermería ante esta necesidad alterada, enfocando la administración de analgésicos por vía endovenosa durante aproximadamente dos días, luego continuar el tratamiento oral, el mismo que recibirá durante su estancia en casa según lo refiere el manejo del protocolo postoperatorio.

Dentro de las expresiones del dolor se evidenciaron las repercusiones respiratorias y neuroendocrinas, manifestándose con la presencia de tos, náuseas, vómitos, los que se corrigieron mediante el manejo con antieméticos y la intervención de enfermería a través de los cuidados postoperatorios, tales como: cambios de posición, realización de ejercicios respiratorios, entre otros.

Las mujeres histerectomizadas manifiesta distintos tipos de dolor, tipo hincada y ardor después de ser operadas, siendo este hecho que justifica la trascendencia a largo plazo, cómo se aborda la agresión quirúrgica en el momento de la intervención.

*“...he tenido dolor en la herida que no podía hacer nada de trajín. Para superarlo me colocaron ampollas para el dolor y disminuyó el dolor en el lapso de un mes...” **Violeta***

*“...Días después de ser de operada en mi casa presente dolor, he tenido que hacer un poco menos de trajín para poder superarlo...” **Rosa***

*“...Bueno le cuento que mi vida ha sido un poco molesta he tenido dolor, no podía toser, no podía hacer ningún esfuerzo por el dolor en la parte inferior para caminar...tuve que estar descansando, me indicaron medicamentos para el dolor y lo he ido superando ahora no siento ningún dolor...” **Clavel***

El dolor que presentan las mujeres en estudio, después de operadas puede aumentar si no se guarda el reposo necesario, por lo que es conveniente que las actividades del hogar sean limitadas, pero en la experiencia las mujeres controlan el dolor con administración de analgésicos y el reposo necesario, lo cual repercute en la comodidad de la paciente, ya que le permite disminuir su tensión, emoción y molestias físicas. Otro cuidado de enfermería respecto al dolor son los cambios de posición, ya que mediante esta acción se alivia la tensión muscular y evita la presión de la región, además la alineación correcta del cuerpo o sus segmentos ayuda a evitar contracturas dolorosas. Del mismo modo las actividades distractoras disminuye la atención del individuo a los estímulos dolorosos, por ello es importante que la mujer sea invitada a conversatorios sobre experiencias vividas en la que ella participe; así como escuchar música que la pueda relajar, leer una revista , ver televisión. ²⁸.

Sintetizando, las mujeres expuestas a este tipo de intervención quirúrgica presentan dolor agudo con gran intensidad, que necesitan los cuidados de enfermería a través de actividades desde la administración de analgésicos, medidas distractoras, descanso, etc. Una vez controlada esta molestia, también se evidencia en el aspecto emocional que está afectado, por ello en la siguiente categoría se ahonda en el estado emocional alterado.

2. Estado emocional como modo adaptativo de autoimagen

La mujer ha sido considerada desde inicio del tiempo en todas las culturas como objeto de reproducción de la especie y de belleza, lo cual ha influenciado en la percepción de la feminidad, en ese sentido cualquier alteración en su estructura como ser femenino está asociada a secuelas emocionales²⁹.

La histerectomía puede implicar en la mujer alteraciones en el estado emocional como depresión y ansiedad, debido a la ausencia de control por parte de la paciente y al carácter imprescindible de la situación quirúrgica; estas alteraciones tienen efecto negativo sobre el proceso de recuperación post operatorio⁹.

Cuando intentamos comprender a los demás mediante la observación y la interpretación del comportamiento, del individuo, fruto de un juego de diversidad de factores ligados a la personalidad, a sus dimensiones, a la enfermedad que está viviendo y al significado que se le atribuye, enfermedad que se vive a veces como pérdida, siendo la reacción emotiva consecuente, la depresión que muchos estudiosos relacionan justamente como un temor justificado o imaginario por parte de la persona enferma de perder algo, pérdida de una parte importante del cuerpo, propio de una función física como es el caso de las mujeres en estudio.

A veces la depresión es ligera y se manifiesta en una cierta suavización de las emociones o en una forma de desinterés e indiferencia hacia el mundo exterior. Otras veces está más acentuada y: una fuerte tendencia de aislamiento con sentimientos de culpabilidad por comportamientos del pasado³⁰.

Las emociones son respuestas que damos ante lo que nos sucede, es un estado emocional interno del organismo humano que en determinadas circunstancias puede dirigir nuestro comportamiento. Las emociones se caracterizan por su aparición brusca, gran intensidad y profundidad y son de corta duración que se podría manifestar con miedo y ansiedad, hacen que nos alejemos de la situación con personas que lo producen³¹.

La mujer como ser persona para Callista Roy¹⁰, es poseedora de un auto concepto, el mismo que se alude a la imagen que tiene el individuo

acerca de él como ser físico, social, espiritual y moral, la cual tiene relación con la percepción interna y la percepción de otros. Se compone del yo físico y del yo personal; el primero se relaciona con las sensaciones y la imagen corporal; y el segundo con la autoconciencia, el yo ideal, el yo moral, ético y espiritual. Por ello se considera a la mujer como un sistema, o conjunto de sus partes que contribuye a la interdependencia de las mismas, se ve afectada por los distintos estímulos producto de otros sistemas que le brindan información y la puede catalogar de manera positiva o negativa, en otras palabras la mujer es poseedora de atributos propios de su especie como mamas y útero, es catalogada femenina, en ese sentido la alteración de cualquiera de dichos órganos produce en ella la transformación de su concepción de mujer.

No obstante la identidad entendida como el sentimiento experimentado por el sujeto, de que su existencia posee una permanencia y continuidad perceptible internamente por el mismo, y externamente por los otros, se reflejan en la mujer a través de su concepción de feminidad, los que corresponden a los atributos, ámbitos y roles referidos a la mujer, utilizando un cuadro de representaciones sobre lo femenino que, al mismo tiempo se propone nuevo y rebelde reproduciendo esquemas que van sedimentándose en su cultura³².

Al respecto la histerectomía puede simbolizar la pérdida parcial de aspectos significativos para la identificación como mujer, aunque este órgano es invisible, se hace visible ante su ausencia, lo cual tiene efectos emocionales que pueden incluir la vivencia como pérdida afectiva, que provoca la iniciación de un proceso de duelo, modificaciones de la autoestima, en el estado de ánimo, en el deseo sexual, y en las relaciones de pareja posteriores a la cirugía. Así como lo manifiestan los siguientes discursos:

“...He tenido molestias emocionales: a los días de salir de alta viendo un programa de televisión me dio la nostalgia, ansiedad con ganas de llorar por un lapso de una hora al pensar que ya no podré salir embarazada.... No voy a poder tener más hijos...” -

Orquídea

“...Emocionalmente me sentía un poco deprimida como si me faltará algo...” - Rosa

“...Emocionalmente me sentía un poco deprimida porque muchas personas mayores comentan que después de la operación de histerectomía ya no servimos como mujer; a veces me ofusco, después me siento mal y me pongo a llorar. A veces siento que he cambiado un poco...” - Jazmín

Los discursos mencionados 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. Por ello la histerectomía ocasiona en la mujer sufrimiento, cuyo significado es soportar o aguantar, que se encuentra ligado a la pérdida y causa incapacidad³³.

Por esta razón las mujeres en estudio se deprimen después de la intervención quirúrgica de Histerectomía, aunque en la mayoría de los casos esta depresión dura poco y es auto limitada gracias al cuidado y apoyo emocional de la enfermera, la que permanece alerta para reconocer síntomas graves y prolongados, una falta permanente de energía, incapacidad para retomar las actividades diarias de la vida, dificultad para dormir, y otros indicadores de depresión después de la cirugía³³.

“...Emocionalmente deprimida un poco pero lo estoy superando me he deprimido y tenía ganas de llorar.

No quería salir, me encerraba, nada me llamaba la atención...” - Clavel

“...En lo emocional, me deprimí un poco y lo superé con el apoyo de mi esposo y mi familia. Me ponía melancólica, triste lloraba por no hacer mis cosas...” – Amapola

Según lo manifestado por las mujeres histectomizadas que ven afectadas su estado emocional, principalmente en su nivel de autoestima por considerarse incapaz de asumir su rol de mujer, evidenciada con labilidad emocional ofuscación por el hecho de que sin el útero se van a sentir menos femenina y puede alterar su relación con su pareja en la vida íntima, estos cambios emocionales están presentes en la mayoría de las mujeres del estudio, pero que lo supera con la ayuda de la enfermera, informándoles que los cambios emocionales son pasajeros y deben auto controlarse.

Mientras que la depresión es una enfermedad común frente a la sensación de pérdida de algo, en el presente estudio, dicho estado podría relacionarse a la tristeza que experimenta la mujer frente a la histerectomía afectando la parte más valiosa de la mujer que es la feminidad. Experiencia manifestada como duelo, el mismo que según Freud en su obra duelo y melancolía, sugiere que este es una reacción frente a la pérdida de un ser querido o de alguna abstracción como la patria, la libertad, determinados ideales o (incluidos nosotros) una parte del cuerpo. Se caracteriza por sentimiento de dolor psíquico intenso, pérdida del interés por el mundo exterior que rodea al sujeto que ha sufrido la pérdida, la incapacidad de amar, entre otros. Ante lo cual los cuidados de enfermería deben de enfocarse en la educación y orientación sobre la aceptación de la pérdida de la parte ausente³⁴. Esto se puede ver reflejado en los siguientes discursos:

“... estaba un poco deprimida, tenía mucha cólera, todo me molestaba, pero poquito a poquito yo me tuve que adaptar, me di cuenta que estaba haciendo mal...” - Geranio

“...En lo emocional fueron terribles para mí, porque no podía dormir, amanecía con los ojos abiertos, no podía dormir, se me fue el sueño, empecé con insomnios, ansiedad; como no sabía a quién recurrir tome alprazolam por mi cuenta...Mi familiar más cercano es mi esposo, yo le hacía preguntas, ¿Cómo me notas? como me notas? Soy la misma de antes, como mi pareja como ves como sientes mi aspecto físico y él me respondía que me veía normal, que no sentía ningún cambio... Después de operada hasta después de 1 mes no realice ningún tipo de actividad, pero si caminaba, podía ir a pagar mi recibo de luz, agua, me iba en taxi he tenido un reposo relativo...” - Margarita

Aspectos que según los discursos mencionados de las mujeres en estudio tienen manifestaciones, limitaciones para valerse por si misma, insomnio, reacción de cólera, se preocupa sobre su apariencia o cambios en su comportamiento, estas situaciones están presentes por un tiempo que se supera con la ayuda de la familia especialmente con el esposo quien le brinda apoyo emocional y colabora en la recuperación de la esposa. Cuando este proceso no se efectúa de manera adecuada algunas de las mujeres optan por la automedicación, administrándose Alprazolam, que es un ansiolítico, pero que su uso indiscriminado puede ocasionar depresión del sistema nervioso central.

Otro problema frecuente en las mujeres es la alteración del sueño, necesidad vital en la persona, que cuando esta necesidad se ve afectada puede ocasionar problemas en la salud mental y física; lo que causa esta alteración son las dudas en la percepción de su propia imagen y aspecto físico, ante lo cual la enfermera proporciona tranquilidad en el ambiente para lograr disminuir la ansiedad y así conciliar el sueño²⁷.

Es importante la participación de la familia en el proceso de recuperación de la mujer operada, en especial del esposo, quien influye en la adaptación de la mujer.

En resumen el proceso de adaptación que viven las mujeres histerectomizada, presentan alteraciones emocionales de gran envergadura ante lo cual estas adecuan medidas para superarlas, que incluye en algunos casos el autocontrol y la automedicación, este último trae como consecuencia la ansiedad y el insomnio. Aspecto que se logran superar mediante la reincorporación en su desempeño de roles, los cuales se explicaran a profundidad en la siguiente categoría.

2. Desempeño de roles y la adaptación

La persona regula sus acciones y sus tareas en función de su posición en la sociedad; el dominio de dicho rol en cada persona es distinto según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como es el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene, igualmente la mujer que cumple su rol en las tareas del hogar y que se ven postergadas al encontrarse en proceso de recuperación de una cirugía. De igual manera la vida íntima como un aspecto de los múltiples roles de la mujer puede verse afectada por este tipo de acciones y alterar otras dimensiones en su calidad de vida²⁸.

No obstante la mujer que afronta una histerectomía en nuestro contexto, se afecta temporalmente sus roles de ama de casa, esposa, madre y trabajadora, por el hecho de haber sido sometida a dicha cirugía que requiere de un reposo relativo para lograr su posterior recuperación y reinscripción en sus roles; aspecto que en las mujeres en estudio significó ansiedad por el periodo largo de recuperación y el retorno de sus

actividades cotidianas. El objetivo del reposo es lograr el alivio del dolor, el cual disminuye al mes de operada, lo que le permite realizar sus tareas en el hogar con limitaciones.

Este aspecto aplicado al ámbito laboral, por lo que a las mujeres intervenidas se les concede un mes de descanso físico, y posterior a ello debe reincorporarse a sus funciones laborales; ante lo cual los sujetos de estudio hacen uso de dicha norma, aunque este proceso les resulte doloroso y dificultoso tanto para deambular y desempeñar sus actividades.

En síntesis esta categoría expresa la alteración en los roles de la mujer, a causa del dolor, dudas y estigmas, por lo cual aceptan el reposo durante el mes de operada; y que posteriormente significa temor de asumir su rol de mujer como lo es el de esposa, el mismo que se detallará.

3.1. Rol de esposa

Muchos de los roles asociados con nuestra posición social básica son aprendidos en el contexto familiar. Un individuo acepta un rol basado en las expectativas sociales y es modificado por su identificación con los modelos de rol y las características individuales de su propia personalidad.

La esposa en su rol de mujer es vista como dueña de casa, la cual en nuestra sociedad implica diversas funciones; desde la compañera, mujer, administradora del hogar y madre de los hijos, los cuales se llegan a cumplir a cabalidad mientras el estado de salud de la mujer sea íntegro; sin embargo la histerectomía va acompañada de alteraciones de la sexualidad femenina debido a una serie de razones biológicas y psicológicas. De esta manera es frecuente en estas mujeres obtener molestias y en su capacidad para el acto conyugal, después de la intervención la función reproductora es imposible³³.

*“...He tenido molestias emocionales: a los días de salir de alta viendo un programa de televisión me dio la nostalgia, ansiedad con ganas de llorar por un lapso de una hora al pensar que ya no podré salir embarazada.... No voy a poder tener más hijos...” -
Orquídea*

Las mujeres en estudio fluctúan entre las edades de 37-42 años, en quienes no se observa preocupación predominante por culminar su vida reproductiva al ser hysterectomizadas, sino al ver afectada su vida conyugal, evidenciada en las manifestaciones y comentarios de las mujeres frente a la incertidumbre de cómo reiniciarán su actividad conyugal con la pareja, principal motivo de su preocupación.

En relación a la capacidad para su vida conyugal, estudios recientes la analizan como una dimensión en sí misma, debido a la importancia que revela en la calidad de vida de las mujeres³⁵. El bienestar sexual es uno de los factores primordiales en la sensación de placer de la mujer, ya que logra unificar la satisfacción física-emocional, además de fortalecer su propia identidad y sentido de femineidad, elementos claves en la percepción de la calidad de vida. Los autores argumentan que psicológicamente la remoción del útero hace que las mujeres piensen que los cambios resultantes de ésta cirugía pueden contribuir al distres vaginal y a una disminución de la sensación genital en la relación íntima³⁶.

Las expectativas sexuales, la seguridad y confianza en sí misma son factores que influyen al momento de reiniciar el acto conyugal en las mujeres hysterectomizadas, por lo que si éstas son negativas, la sexualidad será enfrentada con ansiedad y conductas evasivas, postergando por tanto el reinicio de la vida íntima³⁷. Todo ello puede provocar alteraciones en la comunicación entre la pareja, predisponiendo que la relación entre ellos pueda tornarse difícil y provocando discordancias en el matrimonio.

“...A los 45 días de reposo, tuve vida íntima con mi esposo, y tuve el problema de un rasgado en mis partes íntimas post relación sangré; el doctor me dijo que tenía que reposar un tiempo más, claro, porque las pacientes que son operadas por Histerectomía tienen que abstenerse de realizar vida íntima por un tiempo (3 meses). Al principio mi esposo estaba temeroso por el incidente del sangrado, pero luego lo superamos y ahora estamos normales. No hubo problemas en la relación de pareja, él me apoya, me cuida...” - Violeta

En cuanto al rol de esposa, la vida íntima con la pareja la reinician a los tres meses de haber sido operada pero existe cierto temor, pues manifiestan complicaciones como sangrado vaginal u otras molestias si estas se hicieran antes de los tres meses.

Ante esta manifestación es importante aclarar que muchos de los trastornos ginecológicos están relacionados frecuentemente con cambios en la actividad conyugal que afectan los genitales o al sistema reproductivo y que repercuten en la sexualidad femenina a través de la percepción de una disminución de la autoestima, por sentir su propia imagen corporal alterada (dañada, incompleta y defectuosa), sintiéndose poco atractiva, lo que conlleva a una disminución del impulso sexual, a razón de la fragilidad en la cúpula, ya que se encuentra en proceso de cicatrización. De igual manera el estado reproductivo está alterado por los diversos malestares o incomodidades físicas provocando disminución en de la respuesta sexual, en el placer durante el acto conyugal, produciendo alteraciones en cuanto al ritmo, variedad y frecuencia⁵⁵

“...Como esposa sí me afectó pero lo estoy superando poco a poco... a mi pareja no lo podía atender como debe ser, ahora más que todo íntimamente ya no llevamos esa misma relación como antes, ya es diferente. Como estoy operada él dice que no me puede tocar...” - Rosa

*“... me afectó la vida conyugal, con mi esposo no ha sido igual que antes agarre un poco de miedo temor por el dolor que sentía...con mi pareja ya no podía tener vida íntima, pero le hecho entender poco a poco. Me decía que sus amigos le comentaban que sus esposas las han operado igual y quedan con achaques...” - **Clavel***

*“...En el rol de esposa tuve un poquito de problemas porque a veces los esposos no entienden, pero un día nos sentamos en la mesa, dialogamos, le comenté lo que el doctor me explicó, buscamos información y así pudimos superar esto...” - **Geranio***

Estas manifestaciones hacen mención a la ruptura temporal de la vida conyugal, a consecuencia del temor al dolor; se debe resaltar que el mencionado acto es el medio ante el cual los esposos se comunican, se hablan; usan esta “palabra gestual” para expresar su amor, para decirse que se dan uno al otro de modo total y exclusivo y que se reciben, sin reservarse nada. Este gesto de acto sexual es la entrega más raigal y profunda, que se entrega el cuerpo, el afecto, el alma, el corazón, etc. En ese sentido sí uno de la pareja, en este caso el varón realizará el acto con otra intención que la de darse totalmente, como por ejemplo satisfacer su instinto sexual estaría destruyendo este acto, se percibe a la mujer como un objeto que brinda placer; y la importancia de educar al esposo para que conozca los cambios y cuidados que se deben de asumir tempranamente y así obtener una actitud positiva por parte del esposo⁵⁸.

Una de las preocupaciones de las mujeres para la ruptura del rol de esposa, está relacionada con el temor de no ser admiradas sexualmente lo que las lleva a pensar en el posible abandono o que las dejarán de querer, expresada en frases como “soy inservible”. Ante esto el machismo, característica cultural de la población latina y la falta de educación en

relación al cuerpo humano han sido consideradas las causas por las cuales estas creencias se mantienen en las parejas³⁷.

*“...En mi rol de esposa no hubo ningún problema. En mi vida íntima el médico me explicó que no podía tener relaciones por tres meses, mi esposo me comprendió. La relación con mi pareja no cambió en nada, mi esposo me dijo que me quiere mucho y tengo que cuidarme...” **Amapola***

*“...Después de tres meses de cuidarme he tenido vida íntima con mi esposo. Me sentía igual, normal...”
Jazmín*

*“...Como esposa bueno he sido comprendida, mi esposo entiende lo de mi operación ha habido más unión, más comprensión, más apoyo por parte de mi pareja lo cual me da más tranquilidad y me motiva a seguir recuperándome el me entiende que el tiempo de demora en mi recuperación para llevar a cabo la vida íntima...” **Margarita***

En otros casos no se evidencia dificultades en las relaciones conyugales, ambos comprendieron la importancia de los cuidados y la información que recibieron con respecto aceptar después de los tres meses de acto conyugal, en otros casos mayormente cuando la enfermera educa sobre estos aspectos, según Juan Pablo II: “Hay que tener presente que el ‘cuerpo habla’ no sólo con toda la expresión externa de la masculinidad y feminidad, sino también con las estructuras internas del organismo, de la reactividad somática y sicosomática”. Es decir que el acto sexual esta unida con la comprensión, aprecio y comunicación; aspectos evidenciados en las mujeres en estudio que tuvieron comunicación continua con el esposo³⁸.

En definitiva esta sub categoría ha expresado los temores respecto a su rol de esposa, producto de las concepciones erróneas del acto conyugal, lo cual ha causado que algunas mujeres hubiesen presentado dificultades

con su esposo, lo que la comparación de las mujeres que recibieron apoyo del cónyuge manifiestan mejor experiencia para restablecer su rol de esposa, y destacar que no es único el rol de la mujer, ya que cumple además un rol vital que es el de madre.

3.2. Rol de madre

La maternidad es uno de los roles más gratificante para las mujeres, tanto en términos de reconocimiento social y de satisfacción emocional, lo cual esta relacionado con su identidad femenina. Es fuente de apoyo y bienestar en la vida de las mujeres; ellas están prestas a ampliar su mundo, salir a la conquista de espacios inéditos, revisar sus relaciones de pareja y mudar sus hábitos conyugales.

En este rol la mujer prioriza satisfacer las necesidades básicas del hijo a través de la alimentación, el afecto, el contacto piel a piel y la estimulación intelectual y sensorial. Su presencia en el hogar crea las bases afectivas necesarias para que los demás miembros crezcan con estabilidad emocional, seguros de sí mismos y con valores que les permitan ser más autónomos y transparentes en sus relaciones humanas. En este sentido se dice que la relación madre-hijo de algún modo es la base sobre la cual se organiza la relación con otras personas¹¹.

Las mujeres en estudio corresponden a quienes han logrado la maternidad; sin embargo su rol de madre y cuidadora del hogar se ve limitado por el reposo que implica su cirugía, papel que se ven obligadas a compartir con el familiar más cercano la madre o hermana, en forma temporal, ya que posteriormente ella reasume su rol. La madre cumple un papel importante el de enseñar a sus hijos a analizar, reflexionar, valorar lo espiritual, querer respetar, entender y tolerar al prójimo, y lo más importante valorarse a sí mismo³⁷.

“...Como madre con mis hijos mi relación es buena, pero con limitaciones para poder atenderlos...” - Rosa

“...Como madre, mis hijos ya están grandes, sólo mi hija que está pequeña, tuve que ocuparme de sus estudios, cuidarla...” Amapola

“...En mi rol de madre con mi familia, ellos me comprenden, con respecto a mis dolores me entienden...” - Jazmín

“...Como madre un poco de contratiempos ya no era como antes. Para atender a mi hijo de cinco años, cuando se quedaba dormido en el mueble, tenía que esperar que alguien venga para que lo lleven a la cama...” - Clavel

En estos discursos expresan cumplir su rol de madre con limitaciones en sus actividades, al no realizar sus quehaceres cotidianos, por ello priorizan funciones como alimentarlos, apoyarlos en las tareas del colegio, y otras actividades de poco esfuerzo físico; lo que será restablecido de manera completa al culminar el periodo de reposo, aproximadamente a los tres meses de haber sido intervenida.

Aspectos que según los discursos, no se evidencia discordancia en el desempeño de este papel, aunque existen limitaciones en las actividades, como por ejemplo dolor ocasionado por intentar levantar en brazos a su hija; ante lo cual se necesita del apoyo familiar, quienes asumen sus funciones, y de esta manera contribuir al reposo que debe cumplir para evitar que reaparezca el dolor u otras complicaciones.

“...Normal con mis hijos, ellos no querían que haga esfuerzo, pero yo les dije que yo me siento bien y puedo hacerlo, lo que paso es simplemente una etapa...” - Margarita

“...En mi rol de madre no tuve problemas, porque mis hijos ya son mayores, son independientes, y no me dan trabajo...” - Violeta

“...Como madre, mi rol ha seguido como siempre, yo veo a mis hijos, los cuido, los envío al colegio, pero mis actividades la realizo en forma limitada...” - Girasol

Otro aspecto importante que diferencia a un grupo de las mujeres en estudio es el cuidado a los hijos pequeños, esto debido a que necesitan de mayor atención, además puede estar presente el temor hacia la persona que asume su papel, en el cuidado de sus hijos por el hecho de que puede ocasionar daño físico y psicológico en el niño. La situación cambia cuando los hijos son mayores y existe comprensión y comunicación asertiva por parte de ellos en cuanto al poco esfuerzo que puede realizar su madre.

Resumiendo el rol de madre en estas mujeres no ha sido suspendido de manera completa, a pesar de sus malestares continúan desarrollando sus funciones, aunque con algunas limitantes. De modo similar se desarrolla el rol de ama de casa, el cual se detalla.

3.3. Rol de ama de casa

Una ama de casa o dueña de casa es considerada en la cultura occidental tradicional como la mujer que tiene como una ocupación principal, el trabajo en el hogar con los quehaceres cotidianos tales como el cuidado de los hijos, la limpieza de la casa, la compra de víveres y otros artículos, la preparación de los alimentos, la administración parcial o total del presupuesto familiar, normalmente este lugar lo ocupa la esposa de un matrimonio convencional compuesto por el hombre, la mujer y los hijos. Es normalmente un trabajo no remunerado, al menos de manera directa. Del

ama de casa se espera tradicionalmente muchas cosas, pero sobre todo abnegación cuyo significado es literalmente "negarse a sí mismas" en aras de la familia tradicional, especialmente para proteger a los hijos³⁵.

La mujer sujeto de estudio, corresponde a madres amas de casa en su mayoría, responsables de los cuidados de los hijos; por lo tanto la alteración en cualquier esfera de su vida, incluida su salud, tendrá repercusión en la organización del hogar.

"...En el hogar me vi limitada porque no podía hacer mis cosas y a mí me gusta arreglar, limpiar la casa, barrer; y eso me daba cólera porque no lo podía hacer. Después de un mes realizaba mis quehaceres..."
- Amapola

"...Me he visto afectada porque no podía coger una escoba, barrer, ayudarme cualquier objeto se me caía, acercarme a la candela en el transcurso de la semana, estoy superando un poco con la ayuda de mi familia. Las tareas las logre realizar al mes de operada..." -
Clavel

En estos comentarios las mujeres en estudio expresan dificultad para realizar la tarea de su hogar durante el primer mes de operada, sin embargo reciben apoyo familiar en la realización de estas actividades, como lo refiere Bustamante; Si un miembro de la familia no asume su rol, en el hogar alguien tiene que ocupar ese vacío para el adecuado funcionamiento familiar, lo que proporciona armonía necesaria en la mujer que ha asumido de manera adecuada su rol. Asimismo que ejemplifique que actividades le compete y con ello reflejar el patrón de autoridad dominante, que nuestra sociedad le asigna a la mujer ³⁵.

Una de las actividades a desempeñar en este rol, es la limpieza, la misma que implicaría adoptar una posición inadecuada que ayudaría a

aparecer molestias, ya que el dolor persiste hasta el mes y este puede aumentar al esfuerzo físico; a los tres meses cicatriza la herida operatoria y reanuda todas sus actividades sin dificultad, las otras actividades o tareas del hogar, se recomienda que deben realizarse al mes de operada aunque el dolor, que es la molestia principal va disminuyendo.

“...Diariamente yo no podía realizar mis quehaceres de casa, por la dificultad de la operación no podía hacer mucho trabajo, ni alzar mucho peso, y yo no estaba acostumbrada a eso. Me ayudaban a barrer, a lavar la ropa de los hijos...” - Geranio

La mujer en estudio necesita al principio apoyo totalmente compensatorio, por ello asume las labores domésticas en compañía de otros miembros, hijos e hijas, estos últimos debido a tradiciones culturales son los miembros ideales para ejercer dichas funciones, aspectos que en ocasiones preocupa a la mujer, ya que está acostumbrada a un ritmo en el quehacer doméstico.

“...Bueno uno siente impotencia de no poder realizar las actividades diarias limpieza del hogar, cocinar, realizar mi deporte como el vóley que está acostumbrada, pero sé que tengo que cuidarme, que estar en reposo para que haya una pronta mejoría., recibo ayuda en quehaceres de la casa ...” - Orquídea

“...En el hogar, ya no podía hacer mis actividades como antes, mis hijos no realizan las cosas igual que yo y eso me molestaba. Lo fui superando con la ayuda de mi esposo y mis hijos. Mi esposo, desempeñó el rol de mandar a los niños al colegio, asearme a mí, conversar conmigo, cuando me veía un poco mal. Ahora ya todo como antes, me dedico a la casa, claro me ayuda un poco mi esposo, hay una comunicación buena...” - Girasol

Otro aspecto resaltante en el discurso anterior es la práctica de deporte, el cual según Fuller es un ámbito que aparece nítidamente la

expansión de la imagen femenina, quien penetra en arenas paradigmáticas masculinas; por ello en algunas mujeres este rol es de vital importancia porque significa el éxito ante los desplantes de los compañeros deportistas varones que las consideran como el sexo débil¹¹.

3.4. Rol en el trabajo

El empleo en nuestro medio es identificado por las familias como una de las bases para la conducción de la vida, porque considera que brinda las condiciones para la satisfacción de necesidades básicas, ante ello la actividad laboral es el instrumento que la sociedad utiliza para incluir o excluir a los seres humanos; en ese sentido tener trabajo o no, determina la naturaleza social de la familia³⁵.

Por esta razón actualmente el índice de participación de las mujeres en el mercado de trabajo ha sido creciente, a lo largo de los últimos años se ha detectado la presencia progresiva de mujeres con una elevada preparación en el mundo laboral público y privado; las mujeres con una titulación superior encuentran en general, una realidad menos discriminatoria por razones de género en el ámbito de la administración del Estado, que en los empleos privados. Cada vez se escribe más sobre las empresarias y las ejecutivas, mostrándolas como prototipo de los avances de las mujeres en el mundo laboral³⁹.

“...En mi rol de trabajadora, tengo un trabajo independiente, vendo zapatillas por catálogo, pero por ese tiempo no salí a trabajar...” - Violeta

“...Y como trabajadora como estaba de vacaciones no me había afectado. Los roles no se vieron afectados...” - Orquídea

“...Tengo un trabajo independiente. Tengo un negocio, ayudo a mi hermana en la tienda, reparto catálogos, recibo pedido. Estos roles los estoy superando poco a poco...” - Jazmín

“...Como trabajadora. No me afecto en nada, hasta el momento cumplí con mi trabajo...” - Margarita

La mujer trabajadora ejerce función fuera del hogar como frecuentemente ocurre en la sociedad americana, este rol no es visto como su responsabilidad primaria, en tanto que el aporte económico del padre es visto como su rol primario²⁹. Siendo esta la causa de que algunas mujeres en condiciones de histerectomizadas no mantengan un trabajo de tiempo completo, por lo cual no se ve afectado de manera relevante este rol. Es importante que la mujer post operada evite actividad física, agacharse, levantar objetos y otros esfuerzos que pueden poner en riesgo su proceso de recuperación.

“...En el trabajo me afecto bastante porque parece mentira estar subiendo y bajando muchas veces las escaleras y me ha afectado para que...” - Rosa

Las mujeres histerectomizadas deben de guardar reposo aproximadamente durante 2 o 3 meses, lo cual se contrapone con el descanso médico que le asigna solo un mes de descanso físico después de operada, el mismo que a nuestra consideración no es suficiente lo que puede ocasionar alteración en el proceso de recuperación, y posible reingresos al servicio de Ginecología. Situación preocupante por que la mujer en estudio refiere que la reincorporación a su trabajo le ha ocasionado dolor, aunque en menor intensidad. Por lo tanto el cuidado del empleador es vital, de no ser así modificaría la expresión que identifica el espacio privilegiado de la realización personal de estas mujeres.

Concluyendo, la mujer trabajadora en nuestra sociedad, desempeña diversas actividades laborales, de manera independiente o medio tiempo, que en la mayoría de las mujeres en estudio no se ha evidenciado alteración en este rol.

4.- Apoyo familiar como modo adaptativo de interdependencia

La familia es una organización que acepta la individualidad de sus miembros, posee la capacidad de conocer, usufructuar y enfrentar sus derechos, dando apoyo a sus miembros. Pero, también puede someter a las individualidades, originar crisis, conflictos y contradicciones, excluir o anular alguno de los miembros para asistir a los otros³⁵.

Los principios respecto al cuidado de la familia, pueden ser considerados como elementos que orientan la vida de la misma y sus procesos de cuidado. En el cual emerge el concepto que tiene la familia, enfatizando las relaciones entre el sujeto necesitado del cuidado al ser cuidador, reflejado en los diálogos, la solidaridad y el amor.

En la mayoría de las sociedades conocidas, casi siempre la vida está enmarcada en una red de derechos y obligaciones llamadas relaciones de rol. Los roles familiares, son críticos y centrales, que un individuo debe aprender a desempeñar exitosamente, no sólo para un funcionamiento adecuado sino también para el éxito de la familia. Los sociólogos de la familia frecuentemente la definen como un conjunto de roles interdependientes e inter actuantes que están en un estado de equilibrio dinámico²⁹.

“...Lo supere con la ayuda de mi esposo, me ayudaba a saber llevar los días de operada que son fuertes, quitarme algunas cosas para poder superar. Mi esposo dándome fuerza ayudándome y tratándome de

entenderme en estos días de dolor, es el único que me ayuda no hay otra persona más cercana...” - Rosa

“...Mi esposo me ayudaba en los quehaceres del hogar. Ha habido comprensión, ambos nos ayudábamos, no ha habido problema en ese aspecto...” - Amapola

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, lo cual como se ha referido en párrafos anteriores es una muestra de acto conyugal.

“...Con respecto a mi demás familias, mis hermanas, mi mamá me han apoyado y lo estoy superando todo esta enfermedad. Quien ha contribuido bastante son mi hermanas, mi mama, ellas no me han dejado sola...” Geranio

“...Mis familiares más cercanos son mis hijos y mi nuera, como mi esposo trabaja, Me logré adaptar en un mes...” Amapola

“...Mi cuñada me ha apoyado. Ella ya ha sido operada de lo mismo, me explicó cuáles eran las reacciones, que es lo que iba a pasar...” Orquídea

“... En mis actividades diarias, he tenido apoyo, me ayudaron mi mama, mi suegro y mi esposo. Mi mama se quedó conmigo en mi casa. Tengo el apoyo de mi mamá, de mi suegra, mis hijos”... Rosa

El esposo y la familia constituyen un elemento útil para superar las limitaciones físicas o emocionales asociadas a la histerectomía en las mujeres en estudio. En los casos en los que la figura del esposo está ausente o no es permanente en el hogar, colaboran los otros miembros de la familia;

la madre, las hermanas, las nueras, las hijas, etc. Lo importante en la recuperación es que siempre permanezca un miembro de la familia al lado de ella, como se demuestra en este estudio.

*“...Pude salir adelante con la ayuda de mi esposo y de mis hijos. Logré mejorarlo con su ayuda, ellos me ayudaban a hacer las cosas de la casa. Mi familiar más cercano ha sido mi esposo, él me apoyó y colaboró con mi adaptación. Hoy estoy más tranquila y puedo saber lo que va a venir más adelante. Mi pareja es una persona que sabe entender, como le dije, dialogamos y buscamos información, y supimos cuál era la situación después de mi operación...” - **Geranio***

*“...Lo superé con la ayuda de mi esposo, que me consolaba, y me calmaba con palabras...” - **Girasol***

*“...La verdad yo no hice ningún tipo de actividad después de mi operación, porque me ayudaba mi esposo y mi nuera me ayudaba en la cocina...” - **Orquídea***

Se corrobora en el presente estudio que el esposo es la fuente principal para ayudar, comprender y compartir actividades, lo que influyen en forma positiva en la adaptación de la mujer y la reinserción en sus roles cotidianos.

En estos discursos el esposo y los hijos ayudan en las tareas del hogar incluso reconocen ellas que es el esposo quien las ayuda para adaptarse, brinda apoyo emocional y busca información para alcanzar la recuperación de la mujer. Otros familiares cercanos comparten también las actividades en el hogar lo que es saludable para lograr una adaptación temprana y efectiva con la ayuda de la familia. Finalmente cabe resaltar que la familia constituye la base fundamental de apoyo a la mujer histerectomizada, quien logra su desarrollo personal, recuperación de su salud y adaptación temprana.

CAPÍTULO IV
CONSIDERACIONES FINALES

En la presente investigación se devela el proceso de adaptación que experimentan las mujeres histerectomizadas quienes han utilizado mecanismos de afrontamiento para superar la situación frente a los cambios ocasionados por la extirpación del útero, por tal razón se quiere concluir con algunas reflexiones de los hallazgos.

Así las mujeres sometidas a histerectomía enfrentan en primer lugar el dolor agudo de gran intensidad en el post-operatorio inmediato, siendo esto el principal motivo de la alteración fisiológica y su modo de afrontamiento, es a través de la administración de analgésicos parenterales, orales y el reposo; dolor que es percibido hasta dos o tres meses después de la cirugía. Por ello los profesionales de salud deben informar de los cuidados preoperatorios y postoperatorios, despejando las dudas del proceso de recuperación, las molestias y modos de afrontamiento, considerando también a la familia; pero lamentablemente algunos profesionales basan su atención en un modelo tradicional, enfocando sólo a la patología dejando de lado el cuidado integral.

Se evidenció que las mujeres sometidas a histerectomía experimentan, nostalgia, ansiedad, depresión, ofuscamiento, aislamiento, melancolía, llanto, insomnio, y temores por la pérdida del útero, símbolo de feminidad. Para afrontar esta situación, el principal apoyo y fortaleza es el esposo, los hijos y otros familiares cercanos.

Es importante mencionar que los profesionales de la salud deben conocer que la mujer sometida a la extirpación uterina está llena de transformaciones multidimensionales, que generan sentimientos de miedo, duda, angustia y son vividos por cada mujer, de forma particular. La atención de esas especificidades requiere involucramiento, capacitación adecuada y específica de los profesionales de salud estando aptos para ofrecer soporte psicológico y aclarar dudas respecto a la cirugía y ayudando de esta manera a la pronta recuperación.

Emergió también que las mujeres sometidas a una histerectomía ven afectado temporalmente sus roles de esposa, de madre, de ama de casa y de trabajadora, por el dolor que ocasiona la cirugía lo que les obliga a realizar reposo para lograr su recuperación oportuna. Al desempeñar su rol de amas de casa se limitan en los quehaceres del hogar: Limpiar, barrer, cocinar, etc., como trabajadoras que dejaron de laborar temporalmente y luego reasumen este rol, aunque muchas de ellos tenían trabajos independientes, quienes no se vieron afectadas, pero cabe resaltar que el descanso médico de un mes resulta insuficiente, ya que se reintegra a laborar con dolor y dificultad para realizar las labores asignadas.

En cuanto a los roles de esposa se evidencia que hay dos aspectos interesantes: el primero porque algunas manifiestan que todo este suceso les ha ayudado para que se consolide su relación de pareja, con buena comunicación, comprensión y apoyo, y el segundo aspecto significativo es porque no podían tener relaciones íntimas por el lapso de tres meses, debido al proceso de cicatrización de la herida operatoria, además por las dudas y los estigmas de la sociedad que mencionan que ya no será igual en la intimidad, que quizás este suceso permite que sus parejas se alejen, no se sientan comprendidas, presentando dificultades conyugales con su esposo sobre todo en el aspecto de la intimidad.

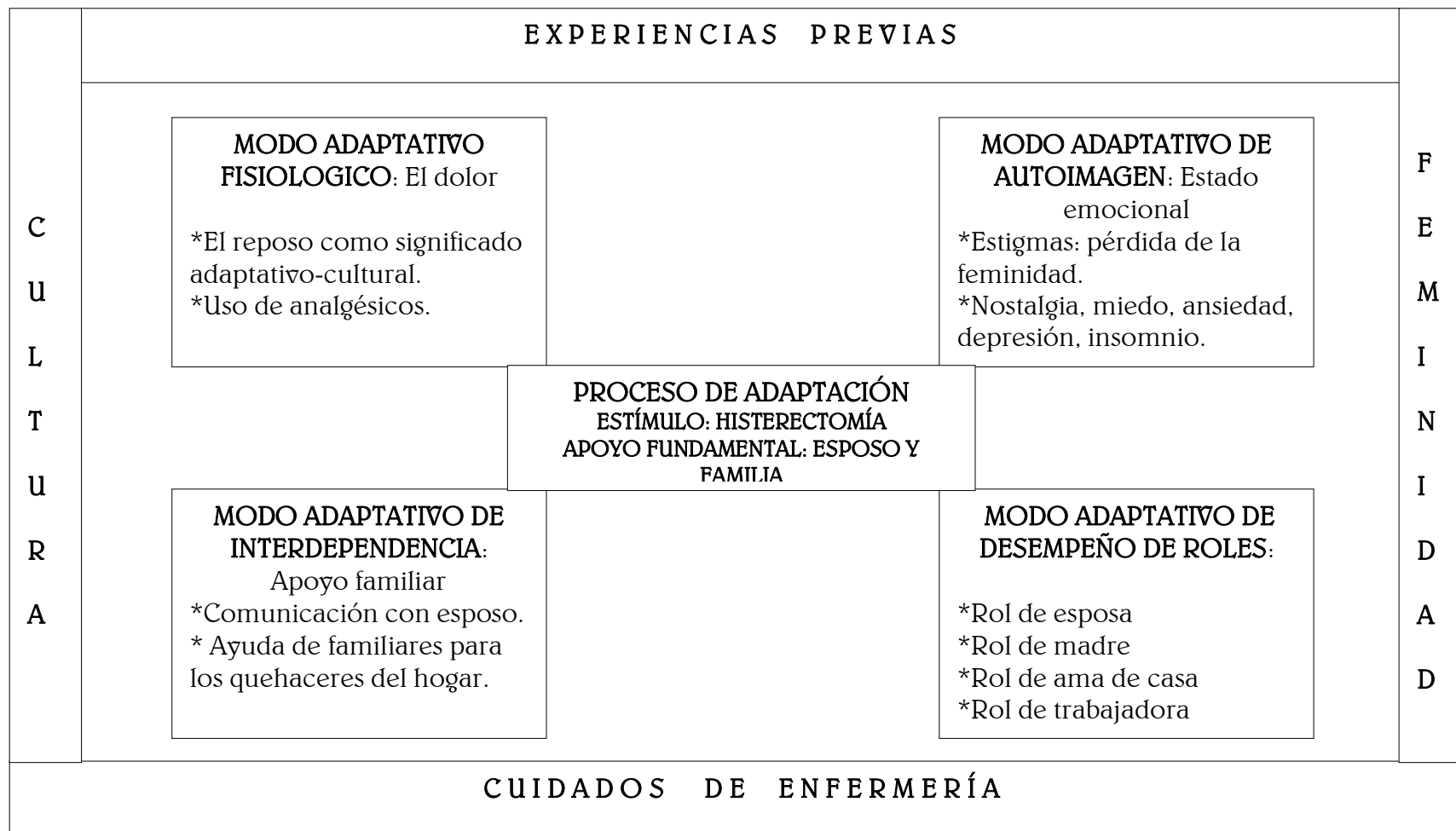
Cabe resaltar que la mujer histerectomizada se hace interdependiente de la familia por el reposo indicado, y reciben apoyo incondicional del esposo y familiares directos, esta ayuda les permite enfrentar las diversas alteraciones que trae consigo esta intervención quirúrgica, como es la alteración del estado físico, emocional, las limitaciones y dificultades para cumplir sus roles sociales.

Se finaliza, enfatizando que las mujeres sometidas a histerectomía deben ser orientadas junto a sus familiares, ya que ellos son los prestadores directos del cuidado en el hogar y quienes ayudan en el proceso de adaptación. De este modo se dará respuesta a las demandas de salud y que deben considerar al elaborar los programas educativos dirigidos a estas mujeres, sus familiares y esposo.

Frente a lo antes mencionado, la enfermera cumple un rol importante de educadora y orientadora para lograr un mejor afrontamiento temprano y recuperación de su estado físico, psicológico, emocional y familiar; que aplicada al procedimiento descrito la mujer logra superar los problemas de adaptación utilizando el proceso de afrontamiento, el cual es un modo innato o adquirido de actuar ante los cambios producidos en el entorno. En este caso utilizará mecanismos innatos de afrontamiento, que se determinan genéticamente o son comunes para las especies y se suelen ver como procesos automáticos donde los seres humanos no piensan en ellos; es decir que cada mujer de acuerdo a su personalidad podrá reintegrarse a su vida cotidiana, unas más pronto que otras.

ESQUEMA CONCEPTUAL DEL PROCESO DE ADAPTACIÓN DE LA MUJER HISTERECTOMIZADA SEGÚN LA TEORÍA DE CALLISTA ROY

Autores: Lic. Virginia Carmona Recuenco
Dra. Rosa Díaz Manchay



CAPÍTULO V. RECOMENDACIONES

A las instituciones de salud

Que la jefatura médica y de enfermería del servicio de Ginecología del Hospital “Almanzor Aguinaga Asenjo” Chiclayo elaboré una guía donde se proporcione información acerca de la histerectomía, en el pre, post-operatorio y cuidados en el hogar que ayudé y aclaré las dudas de la mujer histerectomizada y sus familiares, ya que esto permitirá que la adaptación sea temprana y adecuada.

Se recomienda al profesional de enfermería que elaboren talleres con las mujeres histerectmizadas y sus familiares, en especial con el esposo se dialogué sobre la vida íntima, además se les informé desde la etapa del diagnóstico, intervención y recuperación y de este modo puedan afrontar mejor esta situación. De esta manera deberán brindar información permanente hasta el alta hospitalaria, demostrando en su actuar cotidiano sensibilidad, calidez y un trato personalizado. Asimismo en el manual de

procedimientos, protocolos y guías considera el cuidado a la mujer histerectomizada en el pre-post operatorio y en el hogar.

Para favorecer la adaptación de las mujeres que han sido histerectomizadas, se realizan actividades, de integración entre parejas, el arreglo personal en el que se resalten los atributos propios de su feminidad a través de la implementación de programas educativos y el cuidado continuo post-alta de la mujer histerectomizada, incluso debería implementarse un programa de seguimiento en el hogar con mínimo de una visita cada 15 días por el período de tres meses.

Que el personal médico, revalore la posibilidad de que se le proporcione descanso médico por dos o tres meses, para que vaya totalmente recuperada a trabajar.

Asimismo la presente investigación será difundida en el servicio de ginecología del HNAAA y en eventos científicos.

A las instituciones formadoras

Considerar estrategias metodológicas que motiven la enseñanza y aprendizaje de técnicas educativas, elaboración de programas de educación para la salud, habilidades para educar, orientar prevenir, promocionar y aconsejar, y lo expresen en su actuar diario. Porque se necesita educar y aportar información, especialmente para este grupo de mujeres que se someterán a una histerectomía para que resuelvan sus dudas y temores, contribuyendo a que se sientan más seguras.

En la asignatura de materno perinatal es conveniente incluir no solo el proceso de atención de una mujer histerectomizada enfocada a la

patología, cuidados pre, intra, post operatorio, anatomía femenina, fisiología, etc. sino también se debe considerar los mitos o prejuicios, cuidados en el hogar a través de programas educativos o talleres donde se proporcione información, folletos y trípticos.

Esta investigación para la escuela de enfermería de la universidad santo Toribio de Mogrovejo es relevante porque nos muestra una realidad que tiene que ser resuelta con estrategias de trabajo en equipo. Se sugiere que el presente estudio sea difundido y sirva de base a otros estudios y que en la asignatura de materno perinatal sea profundizado como tema el proceso de adaptación que han experimentado las mujeres histerectomizadas porque hace falta brindar la atención en cuanto a las necesidades que tienen este grupo de mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MEYER RW, Anasti JN. Hysterectomy: Abdominal Approach. In: Diamond MP, Daniell JN, Jones III HW. Hysterectomy, Massachusetts: Blackwell Science; 1995.
2. HOGA LAK. A mercê do cotidiano da anticoncepção: a mulher seguindo seu caminho. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996.
3. AHUMANA S, Trujillo S, "La histerectomía: Repercusiones Psicosociales", Documento de trabajo N° 23. SERNAM, Chile; 1994
4. BLUMEL J, Araya H, Sánchez F, Gramegna R, "Prevalencia de trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas - Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal". Rev Med Chile 2000;130 (10):113-3
5. CÀNOVAS, M. R., Moix, J., Cos, R., Foradada, C. (2001) Apoyo psicológico en mujeres que se someten a histerectomía. *Clínica y Salud*, 12, 71-89.
6. AKIKO L y otros Histerectomía y vivencia de la sexualidad. Index de Enfermería. v.16 n.57 Granada. 2007
7. HERNANDEZ Quintana Araceli, Reza Orozco Gabriela, Castillo Ríos Enriqueta, Olivia Lara Carmen. Histerectomía Abdominal: Vivencias de 20 Mujeres. Index Enferm [revista en la Internet]. 2006 Jun [citado 2011 Ene 11]; 15(52-53): 11-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100003&lng=es. doi: 10.4321/S1132-12962006000100003.
8. VARGAS J. Y Lopez A. Factores emocionales en pacientes sometidos a histerectomía. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 4,

Número 1, 2010 Pág. 5-10. [citado 2011 Ene 11]; Disponible en: http://www.conductitian.net/centro_regional_investigación_psicologia/47_factores_emocionales_histerectomia.pdf

9. RESTREPO M, Cortez D. Histerectomía y ansiedad: Estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica pre quirúrgica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol.56 N° 3 – 2005 (209 – 215).

10. MARRINER R. Modelos y Teorías En Enfermería. 4^{ta} Edición. Madrid: Harcourt; 2003.

11. FULLER N. Dilemas de la femineidad. Mujeres de clase media en el Perú. 3^a edición. Editora. Pontifica Universidad Católica del Perú, Lima, 1998.

12. NAUGHT ON M. Health-Related quality of life alter hysterectomy. Clin Obstet Gynecol 2002; 40:947-57.

13. TE LINDE. Ginecología. Ginecología Quirúrgica. 10^o Edición. Editorial Médica Panamericana. España-Madrid 2003. Pag. 40. 731

14.- SMITH- GERMAIN. Enfermería Médico Quirúrgico 4ta Edición Nueva Editorial Interamericana. México 1978

15.-POLIT Y Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Sexta Edición. Mc Graw Hill. Interamericana, S.A. México. 2000.

16.- LUDKE Menga, Marli E.D.A. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. E.P.U. Editora Pedagógica e Universitaria LTDA. André-São Paulo. 1986.

- 17.- SAMPIERI y colaboradores. Metodología de la investigación: cuantitativa y cualitativa (4ª.ed.). Mexico:Mc Graw-Hill Interamericana. 2006.
- 18.-TELLO C, Gutiérrez N, Pérez C. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Sección de Postgrado en Enfermería-Escuela de Postgrado- Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo; 2009.
- 19.-SGRECCIA, Mons. Elio; "La Bioética Personalista". En Vida y Ética, Publicación del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Buenos Aires, Año 2, N° 2, 2001.
- 20- WILLIAMS. Ginecología. Primera edición en español por McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V. México D. F. 2008.
- 21.- GLEZ, L.I. Histerectomía. Rev. Cub. Gineco-Obstetricia Vol 13 No1 Abril 2005.
- 22.- MASTER W.H. The Sexual ResonseCycle of the Human Female. Vaginal lubrication.Obst-Gynecology.69-105. 1959.
- 23.- ROBERT. C. Kolodny. Williams H Master.Virginia E Johson. Tratado de Medicina Sexual C-8 p-150-152. Ediciones Revolucionaria 1985
- 24.- NAVARRO R., Eslava-Schmalbach J. Tejada E. Dolor Agudo-Postoperatorio Obstétrico y Ginecológico. Editado Asociación Colombiana para el estudio del dolor. Bogotá, Colombia. 2008.
- 25.-RAJ P. The problem of postoperative pain: an Epidemiologic perspective. In: Ferrante FM, VadeBoncouer TR (eds). Postoperative pain management. New York, Churchill Livingstone, 1993;

- 26.AEC, GEDOS, SEDAR y SED. Dolor Postoperatorio. Documento de consenso. 2005. Madrid. Consultado el 8 de enero del 2012. Disponible: http://www.aecirujanos.es/libreria_virtual/Documento_consenso_dolor_postoperatorio.pdf
- 27.- LEDESMA. Ma del Carmen. Fundamentos de enfermería. Limusa Noriega editorial. México 2004
28. MARTI J. Tratamiento del Dolor postoperatorio. Simposio Virtual del Dolor. Consultado el 8 de enero del 2012. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/simposio_espanol_dolor_postoperatorio.pdf
- 29.-GUTIERREZ M. Adaptación y cuidado en el ser Humano una visión de Enfermería. Universidad de La Sabana. Editorial Manuel Moderno. 2010.
- 30.- SANDRIN, Brusco, Policante. Comprender y Ayudar al Enfermo. 2da. Edición. San Pablo. 1992.
- 31.- MANUAL CTO de Enfermería. 4ta. Edición. Enfermería Medicoquirúrgica – Psico social y Psiquiátrica. España. 2007.
- 32.-JAMES. Sufrimiento y depression. San Pablo. Colombia 2009
- 33.-BUSATAMANTE E, Sebastián. Enfermería Familiar: principios de cuidado a partir del saber (in)común de las familias. Universidad Nacional de Trujillo –Perú. 2004.
- 34.-FREUD, S. Duelo y Melancolía (orig. 1917). Obras Completas, Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

- 35.- GONZALES I. Sexualidad femenina e hysterectomía. Policlínico Universitario Docente de Playa. La Habana, Cuba
- 36.-NAUGHTON M. Health-Related quality of life alter hysterectomy. Clin Obstet Gynecol 40:947-57; 2002.
- 37.-HELSTROM L, Sorborm D, Bachstrom T. Influence of partner relationship on sexuality after subtotal hysterectomy. Obstet Gynecol 2001; 74:142-6
- 38.-FUENTES M. Amor conyugal y sexualidad. Catholic.net. visitado el 4 de enero del 2011. Disponible en http://webcache.googleusercontent.com/search?hl=es&gbv=2&gs_sm=c&gs_upl=15311325010157031818101010146916213-2.31510&q=cache:5ZleEtSyqiEJ:http://es.catholic.net/familiayvida/159/106/articulo.php?id=6272+conyugal+significado&ct=clnk
- 39.-DURAND F. El Rol de la Mujer en el Mundo Laboral. Archivo en Internet. Disponible en: <http://fpdv2006.bligoo.com/content/view/275606/El-rol-de-la-mujer-en-el-mundo-laboral.html>.

ANEXO: 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo -----
Identificado con DNI -----consiento participar en
la investigación titulada “Proceso de Adaptación En Las Mujeres
Histerectomizadas Según La Teoría De Callista Roy, 2011”, admito haber
sido informado (a) de los objetivos de la presente investigación
por lo cual accedo a que la presente entrevista sea grabada y
que el investigador utilice la información de acuerdo con los
fines que crea conveniente.

Firmo la presente para dar fe de mi testimonio.

Chiclayo, Febrero del 2011

FIRMA

Investigadora: Lic. Virginia Aurelia Carmona Recuenco

Celular: 976297020

Email: vcarmona@usat.edu.pe

ANEXO 2:

GUÍA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA LAS MUJERES HISTERECTOMIZADAS

INFORMACION

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información sobre el “Proceso de Adaptación En Las Mujeres Histerectomizadas Según La Teoría De Callista Roy, 2011, por lo que se solicita y se agradece su colaboración en la siguiente entrevista, la cual será grabada sólo con fines de investigación para realizar el estudio. La información recopilada será confidencial, y se utilizarán seudónimos para proteger la identidad de la persona.

DATOS GENERALES:

Seudónimo: _____ Edad: _____
Sexo: _____ Ocupación: _____

DATOS ESPECIFICOS:

1. ¿Después de su operación que molestias físicas y emocionales ha tenido? ¿Cómo lo supero?
2. ¿De qué manera se ha visto afectada para que realice sus actividades diariamente? ¿Cómo logro mejorarlas?
3. ¿Después de la operación como desempeño su rol de mujer? ¿Cómo lo supero?
4. ¿Después de la operación como desempeño su rol de madre, hija o trabajadora? ¿Cómo lo supero?
5. ¿Cómo ha sido la relación con su familia después de la operación? Específicamente con su pareja. ¿Cómo lo supero?

6. ¿De qué manera su familiar más cercano ha contribuido para que se recupere y logre adaptarse después de su operación?
7. ¿De qué manera el personal de salud ha contribuido para que se recupere y logre adaptarse después de su operación?