



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**



**CALIDAD SEXUAL EN PACIENTES POST HISTERECTOMIZADAS
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
“DR. ÁNGEL LARRALDE”.
ENFOQUE FENOMENOLÓGICO –HERMENÉUTICO.
FEBRERO – JULIO 2021**



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

CALIDAD SEXUAL EN PACIENTES POST HISTERECTOMIZADAS SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE". ENFOQUE FENOMENOLÓGICO - HERMENÉUTICO. FEBRERO - JULIO 2021.

Presentado para optar al grado de **Especialista en Obstetricia y Ginecología** por el (la) aspirante:

NIETO M., MARY R.
C.I. V - 20382150

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Gonzalo Medina C.I. 4838907, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **21/12/2021**

Prof. José Landaeta
C.I. 7.119.668
Fecha 21-12-21

Prof. Gonzalo Medina (Pdt)
C.I. 4838907
Fecha 21-12-21



Prof. Marilú Morles
C.I. 13236259
Fecha 21-12-21

TG:67-21

TG-CS: 67-21

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

"CALIDAD SEXUAL EN PACIENTES POST HISTERECTOMIZADAS SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE". ENFOQUE FENOMENOLÓGICO –HERMENÉUTICO. FEBRERO – JULIO 2021.

" Presentado por el (la) ciudadano (a): **NIETO M., MARY R.** titular de la cédula de identidad N° **V-20382150**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 20-12-21 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 21-12-21.

RESOLUCIÓN

Aprobado: X Fecha: 21-12-21. *Reprobado: _____ Fecha: _____.

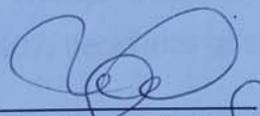
Observación: _____



Presidente del Jurado

Nombre:

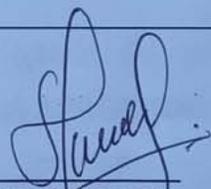
9 mario Medina
C.I. 4838917



Miembro del Jurado

Nombre:

Facundo Pales
C.I. 1323625



Miembro del Jurado

Nombre:

Jose Landaeira
C.I. 7.119.668

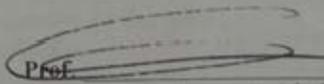
Nota:

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. *En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.

AVAL DEL TUTOR

Dando cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo en su Artículo 133, quien suscribe, Dr. Gonzalo Medina Avelledo, titular de la cedula de identidad V- 4.838.907 , en mi carácter de Tutor clínico del Trabajo Especial de grado titulado: **CALIDAD SEXUAL EN PACIENTES POST HISTERECTOMIZADAS SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE". ENFOQUE FENOMENOLÓGICO –HERMENÉUTICO. FEBRERO – JULIO 2021,** presentado por el (la) ciudadano(a) **MARY ROSANGELA NIETO MATOS**, titular de la cedula de identidad N° V-20.382.150, para optar al título de **ESPECIALISTA en: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA,** hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y meritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le designe.

En Valencia, a los días 27 días del mes de Agosto del año 2021.


Prof. _____
Nombre: Gonzalo Medina
C.I. 4838907.

Nota: para la inscripción del citado trabajo, el alumno consignara la relación de las reuniones periódicas efectuadas durante el desarrollo del mismo, suscrita por ambas partes.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**



**CALIDAD SEXUAL EN PACIENTES POST HISTERECTOMIZADAS
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
“DR. ÁNGEL LARRALDE”.
ENFOQUE FENOMENOLÓGICO –HERMENÉUTICO.
FEBRERO – JULIO 2021**

Autora: Mary Rosangela Nieto Matos.

Tutor: Dr. Gonzalo Medina Aveledo.

Naguanagua, Diciembre 2021



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**



**CALIDAD SEXUAL EN PACIENTES POST HISTERECTOMIZADAS
SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
“DR. ÁNGEL LARRALDE”.
ENFOQUE FENOMENOLÓGICO –HERMENÉUTICO.
FEBRERO – JULIO 2021**

Autora: Mary Rosangela Nieto Matos.

Tutor: Dr. Gonzalo Medina Aveledo.

Trabajo que se presenta ante la Comisión de la Especialización en Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Carabobo para su aprobación como Tesis de Especialización para optar al título de

ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Naguanagua, Diciembre 2021

DEDICATORIA

El esfuerzo y la dedicación en un postgrado es un ejemplo y consecuencia de las personas que están detrás.

El esfuerzo realizado dentro de este trabajo de investigación va dedicado con mucho regocijo y felicidad que embarga mi corazón en este momento en primer lugar a mi Dios quien siempre me guio y nunca me dejo desvanecer.

En segundo lugar, a la mujer que me dio la vida, mi madre, ejemplo de lucha y de perseverancia, sin ella nunca lo habría podido lograr, todo lo que soy es gracias a ti.

En tercer lugar, pero nunca menos importante a mi padre Wanes Roberto Yacouban Leal, quien me enseñó que el amor no tiene grado de consanguinidad, mi ángel de la guardia que desde el cielo me ilumina el camino y me da todas las fuerzas que he necesitado cuando he querido caer, tus consejos y tu amor perduraran en mi eternamente, siempre confiaste en mí y lo apostaste todo, te amo, esto es más tuyo que mío.

También dedico esto especialmente a mi hijo, mi mayor motivación día a día, mi gran amor, mis ganas de lograrlo todo en esta vida y ser orgullo para él.

Al resto de toda mi familia, a mis abuelos, mis tíos, tías, primos, a la hermana de mi corazón, que siempre creyeron en mi gran decisión de ser médico.

A mis grandes compañeros de este postgrado, Diana, Kellyn, Luis, Betania y Olga somos un gran equipo, y juntos somos más fuertes y mejores personas.

Sin dejar de mencionar a mi segunda casa mi Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, quien me recibió y ha sido de gran importancia en mi formación como especialista, mi gran escuela.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi tutor metodológico Dr. Gonzalo Medina gracias por su enseñanza y dedicación, a todos mis profesores y personal educativo que fueron los que me acompañaron en cada paso que di.

Por último, pero no menos importante, quiero agradecer a todos aquellos que se involucraron en mi trabajo de investigación, a mis pacientes (mis entrevistadas).

Que Dios los bendiga a todos. Muchísimas gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág
Dedicatoria.....	Vi
Agradecimientos.....	Vii
Índice de Contenido.....	Viii
Índice de Figuras.....	Ix
Índice de Cuadros.....	X
Resumen.....	Xi
Abstract.....	Xii
INTRODUCCIÓN.....	1
ESCENARIO I	
CONTEXTUALIZACIÓN TEMÁTICA.....	2
1.1 Fenómeno propiamente dicho.....	2
1.2 Propósito de la investigación.....	4
1.2.1 Propósito general.....	4
1.2.2 Propósitos específicos.....	4
1.3 Justificación de la investigación.....	5
1.4 Delimitación del estudio.....	5
ESCENARIO II	
APROXIMACIÓN AL REFERENTE TEÓRICO.....	6
2.1 Visión de la realidad desde otras perspectivas.....	6
2.2 Marco teórico referencial.....	10
2.2.1 Histerectomía.....	10
2.2.2 Generalidades.....	10
2.2.3 Anatomía aparato genital femenino.....	10
2.2.3.1 Ovarios.....	10
2.2.3.2 Trompas de Falopio.....	11
2.2.3.3 Útero.....	11
2.2.3.3 Vagina.....	12

2.2.4 Definición histerectomía.....	13
2.2.4.1 Tipos de histerectomía.....	13
2.2.4.2 Indicaciones para una histerectomía.....	14
2.2.4.3 Fibromiomatosis uterina.....	14
2.2.4.4 Abordajes quirúrgicos histerectomía.....	15
2.2.5 Calidad de vida.....	15
2.2.5.1 Dimensiones de la calidad de vida.....	16
2.2.5.2 La sexualidad femenina.....	16
2.2.6 Calidad de vida en la mujer histerectomizada.....	16
2.2.6.1 Dimensión sexual.....	16
2.2.6.2 Dimensión física.....	17
2.2.6.3 Dimensión psicológica.....	17
2.2.6.4 Dimensión social.....	17
2.2.7 Repercusiones de la histerectomía en la mujer.....	18
2.2.8 El concubinato como realidad social.....	18
2.3 Consideraciones bioéticas.....	19
ESCENARIO III	
RECORRIDO METODOLÓGICO.....	20
3.1 Investigación cualitativa.....	20
3.2 Fenomenología.....	20
3.2.1 Fenomenología Hermenéutica.....	20
3.2.2 Etapas del Estudio Fenomenológico.....	21
3.3. Discusión de los Resultados.....	22
3.4 Nivel de Investigación.....	22
3.5 Diseño de la Investigación Cualitativa Fenomenológica.....	22
3.6 Fases de la Investigación.....	22
3.7 Aspectos Fundamentales de la Metodica.....	25
3.7. 1 Informantes.....	25
3.7.2 Entrevistadora.....	25
3.7.3 Criterios de elección de las informantes.....	25

3.8 Técnicas de recolección de información.....	25
3.9 Técnicas de Análisis de los Resultados.....	27
3.10 Categorización.....	28
3.11 Estructuración.....	28
3.12 Contrastación.....	28
3.13 Triangulación.....	28
3.14 Teorización.....	29
3.15 Confiabilidad de la investigación.....	29
ESCENARIO IV	
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS CUALITATIVOS	30
4.1 Entrevistas aplicadas a las Informantes.....	31
4.2 Categorización.....	35
4.3 Triangulación.....	36
4.4 Contrastación.....	37
4.5 Teorización.....	39
ESCENARIO V	
GRANDES REFLEXIONES.....	40
REFERENCIAS.....	43
ANEXOS	
Consentimiento informado	46
Consentimiento informado 1.....	47
Consentimiento informado 2.....	48
Consentimiento informado 3.....	49
Entrevista informante 1.....	50
Entrevista informante 2.....	52
Entrevista informante 3.....	53

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág
Figura N° 1: Etapa de Triangulación de la información	38

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág
Cuadro N° 1: Registro de Entrevista 1	31
Cuadro N° 2: Registro de Entrevista 2	33
Cuadro N° 3: Registro de Entrevista 3	34
Cuadro N°4: Categorización de la información	36



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA



CALIDAD SEXUAL EN PACIENTES POST HISTERECTOMIZADAS SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”. ENFOQUE FENOMENOLÓGICO –HERMENÉUTICO. FEBRERO – JULIO 2021

Autora: Mary Rosangela Nieto Matos.
Tutor: Dr. Gonzalo Medina Avelo.
Diciembre, 2021

RESUMEN

Situación de estudio: Investigar en torno a la sexualidad femenina y las implicaciones que subyacen luego de una histerectomía ha sido un tema de constante discusión en el ámbito científico. **Propósito:** en este estudio se tuvo el relacionar cómo es la calidad sexual en las pacientes post histerectomizadas por causas ginecológicas. **Camino recorrido:** se llevó a cabo esta investigación desde una perspectiva fenomenológica-hermenéutica, considerando como informantes clave tres pacientes post histerectomizadas a las cuales se les aplicó la entrevista. **Resultados e interpretación:** una vez realizadas las entrevistas quedó descubierto su temor o miedo a realizarse esta intervención, al sentir que su vida iba a cambiar, en especial el ritmo sexual con su pareja; por lo cual, les generaba una alteración en su estado emocional comprometiendo la calidad sexual. **Reflexiones finales:** la importancia del papel que juega el médico tratante en torno a la sensibilización y educación que pueda brindarle a la paciente antes y después del procedimiento ¿el por qué se debe operar?, las posibles implicaciones, la mejor manera de afrontar la situación; es decir, si se logra educar a la pacientes y brindarle las herramientas necesarias antes del acto quirúrgico, entonces no van a asumir actitudes negativas las cuales puedan afectarla de forma emocional y por ende incidir en su calidad de vida sexual.

Palabras clave: calidad sexual, histerectomía, estado emocional, ginecología.

Línea de Investigación: Perspectiva cualitativa ginecología y obstetricia.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA



**SEXUAL QUALITY IN POST-HYSTERECTOMIZED PATIENTS AT THE
GYNECOLOGY SERVICE OF THE HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL
LARRALDE”. PHENOMENOLOGICAL - HERMENEUTICAL APPROACH.
FEBRUARY - JULY 2021**

Author: Mary Nieto
Tutor: Dr. Gonzalo Medina Aveledo
December, 2021

ABSTRACT

. **Study situation:** Research on female sexuality and the implications that underlie after a hysterectomy has been a subject of constant discussion in the scientific field. **Purpose:** in this study it was necessary to relate how sexual quality is in post-hysterectomized patients for gynecological causes. **Path traveled:** this research was carried out from a phenomenological-hermeneutical perspective, considering as key informants three post-hysterectomy patients to whom the interview was applied. **Results and interpretation:** once the interviews were carried out, her fear or fear of carrying out this intervention was discovered, feeling that her life was going to change, especially the sexual rhythm with her partner; Therefore, it generated an alteration in their emotional state, compromising sexual quality. **Final reflections:** the importance of the role played by the treating physician regarding the awareness and education that can be provided to the patient before and after the procedure, why should she operate?, The possible implications, the best way to face the situation; In other words, if patients are educated and given the necessary tools before surgery, then they will not assume negative attitudes which can affect emotionally and therefore affect their quality of sexual life

Key words: sexual quality, hysterectomy, emotional state, gynecology.

Research Line: Qualitative perspective gynecology and obstetrics.

INTRODUCCIÓN

Investigar en torno la calidad sexual en pacientes post histerectomizadas, ha sido un tema de frecuente discusión, donde la mujer se ve afectada a nivel emocional por la extracción de su útero, creando una barrera que no le permite retomar su actividad sexual nuevamente de manera normal. El hecho de sentir temor es natural de todo ser humano, en el caso de la mujer es mucho más impactante al verse en la situación de una operación quirúrgica donde van a extraer una parte de su cuerpo, debido a los estigmas creados por la sociedad. Por ende, en esta investigación de carácter fenomenológico –hermenéutico, se desarrolló atendiendo a unos escenarios de estudios los cuales se describen a continuación:

El Escenario I conformado por la descripción del fenómeno en estudio, se planteó la pregunta objeto de investigación, así como los propósitos de la misma. Aunado a esto, la justificación y delimitación del objeto en estudio. Seguidamente, se realizó el escenario II donde se precisa el estado del arte, es decir, investigaciones relacionadas a la calidad sexual en pacientes post histerectomizadas; posteriormente, los fundamentos teóricos y aspectos bioéticos.

El Escenario III, fue aquel en el cual se presentó la ruta metodológica asumida por la investigadora, vale destacar enmarcada en el enfoque fenomenológico hermenéutico; se seleccionaron los tres informantes clave, así como el instrumento para la recolección de información.

El Escenario IV, denominado análisis e interpretación de datos cualitativos, allí se plasmaron las entrevistas realizadas, así como las subcategorías emergentes. Seguidamente se realizó el proceso de categorización, contrastación, triangulación y teorización de la información. Finalmente se tiene el Escenario V centrado en presentar las grandes reflexiones.

ESCENARIO I

CONTEXTUALIZACIÓN TEMÁTICA

1.1 Fenómeno propiamente dicho

La sexualidad femenina es una construcción social que involucra diversos aspectos en la vida de una mujer la cual configura una dimensión fundamental basada en el sexo, que además incluye al género, las identidades sexuales, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor, y la reproducción. La mujer como ser humano experimenta o expresa en forma de pensamientos, sus fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones ⁽¹⁾.

Visto así, la sexualidad, en su concepto más holístico e integral, reúne las características biológicas, psicológicas y socioculturales lo cual nos permiten comprender al mundo, vivirlo y sentirlo a través de nuestro ser como mujeres. No debemos olvidar que la sexualidad, que es una amplia dimensión de la personalidad, la va mucho más allá de las relaciones sexuales con la pareja, y los intercambios entre las personas ⁽²⁾.

Desde este punto de vista uno de los aspectos más influyentes sobre la calidad de vida en la mujer es el aspecto sexual, que juega un rol importante y para algunas muy determinante en su vida.

Existe un procedimiento quirúrgico ginecológico denominado Histerectomía el cual consiste en la resección parcial o total del útero, procedimiento que puede de manera electiva o en casos de emergencia por lo general debido a complicaciones del embarazo, parto o puerperio, o por complicación de una enfermedad preexistente ⁽³⁾.

La histerectomía ginecológica se realiza cuando hay enfermedades preexistentes como: prolapso uterino, afecciones pélvicas crónicas acompañadas de dolor que no responde a tratamiento farmacológico, fibromas uterinos, endometriosis, hiperplasia endometrial, cáncer, bloqueo de vejiga, siendo la miomatosis uterina la causa más frecuente ⁽³⁾.

Cuando el climaterio como etapa fisiológica en la vida de la mujer, comienza a hacerse presente a partir de los 40 años, debido el agotamiento folicular ovárico propio de este periodo generando desajustes neuroendocrinos, la esfera psíquica también se altera potenciando su sensibilidad emotiva debido generando un gran impacto en la mujer que transita por esta etapa ⁽⁴⁾.

Autores reportan que cambios endocrinos del climaterio inciden en la sexualidad, afectando la relación de pareja, la percepción de la imagen y autoestima, la dinámica laboral, el funcionamiento familiar, entre otros factores ⁽⁴⁾.

Si lo anterior se aprecia en muchas de las mujeres climatéricas, tendrá mismo impacto o se producen los mismos efectos en aquellas mujeres que por una causa ginecología son sometidas a una histerectomía en la cual además se involucra la extirpación de ambos ovarios, independientemente de su edad inmediatamente después de la cirugía ⁽⁴⁾.

Culturalmente hablando muchas mujeres interpretan como castración a algunos procedimientos ginecológicos a la que puedan ser sometidas destacándose la histerectomía. Eventos que sin duda podrían alterar su calidad de vida causando un gran impacto sobre la calidad de su vida sexual.

En este aspecto, se entiende por calidad de vida a la evaluación que realiza cada individuo respecto a su salud, así como el grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la función física, psicológica, social y la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional; por ello, estudiar la calidad de vida relacionada con la salud constituye actualmente un concepto fundamental para la atención integral del paciente ⁽⁵⁾.

Por otro lado, las creencias adaptadas en algunos contextos culturales llevan a las mujeres a asociar el útero a valores simbólicos importantes. La ausencia de este órgano causa impacto sobre la vivencia de la sexualidad y, consecuentemente, causa interferencia en la personalidad del ser humano.

En algunos escenarios culturales existe la creencia de que la mujer sin útero o pacientes post histerectomizadas son rotuladas como “mujer fría, vacía o castrada” y sufre las consecuencias de ese estigma como desvaloración y bajo autoestima.

La existencia de esa creencia explica el hecho de que muchas mujeres se quejan de la disminución de la respuesta sexual después del retiro del útero.

En los últimos años, el número de mujeres que necesita someterse a la histerectomía ha ido en función de su calidad de vida sexual para de esta manera generar cambios en la atención integral de las usuarias por parte del personal de salud, buscando así, un equilibrio en las dimensiones biológicas, psicológicas sociales y culturales de nuestras pacientes para que puedan llevar una vida sana y de calidad.

Entonces ¿de qué manera impacta la histerectomía sobre la calidad de vida sexual de las mujeres intervenidas?

1.2 Propósito de la investigación

Abordar esta temática bajo el enfoque fenomenológico me permitió comprender e interpretar a la mujer post-histerectomizada en donde para lograrlo se presentaron los siguientes propósitos:

1.2.1 Propósito general:

Relacionar cómo es la calidad sexual en las pacientes post histerectomizadas por causas ginecológicas.

1.2.2 Propósitos específicos:

1. Explorar las actitudes de las pacientes post histerectomizadas en relación a su calidad sexual.
2. Comprender los comportamientos asumidos por las pacientes post histerectomizadas en función de su calidad sexual.
3. Interpretar cómo influye la histerectomía en la calidad sexual de las pacientes.

1.3 Justificación de la investigación

Basadas en lo expuesto la presente investigación se justifica para conocer el impacto que tiene la histerectomía en la calidad de vida sexual de las pacientes sometidas a dicha cirugía, cabe resaltar que en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” no existen antecedentes que recopile información referidas al entorno sexual de las pacientes una vez que son sometidas a esta intervención quirúrgica; por lo tanto este estudio tiene un impacto pues provee de datos locales sobre el tema que ayudó a un mejor manejo del fenómeno.

Por otro lado, esta investigación pretende generar información que sirva de base para educar a las pacientes permitiendo de esta manera un nivel de conocimiento adecuado que no distorsione la expectativa de vida sexual de las mujeres que son sometidas a esta intervención y permita una correcta recuperación y una integración más rápida al entorno social.

Los resultados de esta investigación de alguna manera fueron importantes para saber cómo apoyar a mujeres que hayan pasado por este procedimiento y entenderlas desde lo físico, psíquico, sexual y demás aspectos de la vida. Para, de alguna manera ayudar en su reincorporación al ámbito social como cualquier otra mujer que no haya pasado por la histerectomía.

Me resulta una investigación muy interesante cómo médico, como profesional, también por condición de mujer, madre, y miembro de una familia constituida también por mujeres.

1.4 Delimitación del estudio

La presente investigación es de naturaleza cualitativa, el cual se realizó en pacientes posthisterectomizadas entre las edades comprendidas de 35-41 años en el servicio de Ginecología del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, Naguanagua, Estado Carabobo. Venezuela.

ESCENARIO II

APROXIMACIÓN AL REFERENTE TEÓRICO

El proceso investigativo es una actividad que tiene como propósito principal, evaluar de manera integral todos los elementos que lo conforman. A continuación, procedo a considerar las investigaciones relacionadas con la finalidad de tener un conocimiento de lo realizado por otros autores que sirva como referente orientador a la investigación planteada y permita, además, evaluar los aportes por ellos realizados. Seguidamente muestro un conjunto de referentes teóricos sobre aspectos significativos del fenómeno.

2.1 Visión de la realidad desde otras perspectivas

Godoy y Rodríguez ⁽⁶⁾ en el 2017 realizaron una investigación titulada “Calidad de vida de personas histerectomizadas” la cual tuvo como objetivo determinar la calidad de vida de personas histerectomizadas entre 30 y 65 Años de edad en el servicio de ginecología y obstetricia, Hospital Vicente Corral Moscoso 2017, Cuenca-Ecuador. La metodología que se utilizó fue la recolección documental de datos de las historias clínicas de las pacientes histerectomizadas durante el año 2014, mediante un formulario en el cual seleccionamos variables específicas que se asocian al problema de estudio, además se realizó una encuesta mediante vía telefónica a las pacientes basada en el cuestionario validado de salud SF-36, dirigido a medir la calidad de vida después de la cirugía mencionada. Se registraron los datos en el programa estadístico SPSS, posteriormente se tabularon los mismos y se realizó el análisis de las variables de acuerdo a los objetivos propuestos. Entre los resultados que se obtuvieron resalta que el promedio de edad de las histerectomías está entre 40-49 años de edad representando el 54%, el número menor fue del 7% en la edad de 60-69 años. Con una media de 46 años, y un desvío estándar de 8.09. Entre las conclusiones se destaca que el rango de edad de las pacientes histerectomizadas es de 40 a 49 años, con una media de 44 años, prevalece la etnia mestiza, de procedencia urbana, dedicadas a quehaceres domésticos, con un nivel de instrucción primaria, de estado civil concubinatos, con una buena condición socioeconómica.

Esta investigación constituye un antecedente pertinente para el estudio que se quiere desarrollar, en vista de que a la mayoría de las pacientes a las que se le realizó la

histerectomía fueron entre las edades comprendidas 40 y 49 años con una media de 44 años. Rango de edad que fue tomando en consideración en el desarrollo de la presente investigación además que la misma también se realizó en pacientes de estado civil: concubinato.

Silva ⁽⁷⁾ en el 2017 realizó una investigación titulada “Importancia de una intervención psicoeducativa sobre sexualidad en mujeres sometidas a una histerectomía. Una revisión de la literatura” la cual tuvo como objetivo principal determinar la importancia de una intervención psicoeducativa en mujeres ginecológicas histerectomizadas, para prevenir el riesgo potencial de presentar alteraciones emocionales y disfunciones sexuales post cirugía. La metodología que se utilizó fue la revisión 106 artículos originales de fuente primaria, en inglés, español, francés y portugués, publicados entre los años 2004 y 2016, en PubMed, Scielo, CINAHL, Ciber Index Cuiden, Lilacs, Elsevier y Scopus. Entre los resultados el 100% de artículos reconocen en mujeres histerectomizadas, el riesgo de sufrir alteraciones emocionales y trastornos sexuales y el 61% reconoce, además la importancia de entregar educación sexual formal a la mujer y pareja, para prevenir trastornos sexuales, especialmente en histerectomizadas oncológicas, considerando intervinientes individuales y multidimensionales, temáticas de interés y capacitación de profesionales sanitarios en educación sexual. Entre las conclusiones destaca que una intervención psicoeducativa en la mujer y pareja, puede prevenir especialmente en histerectomizadas oncológicas la aparición de alteraciones emocionales y disfunciones sexuales, propiciar la recuperación física y emocional, un retorno a una vida sexual activa satisfactoria.

Con respecto a este estudio, aporta información relevante con la investigación a desarrollar, al tomar en cuenta la esfera sexual y las alteraciones emocionales y sexuales que pueden presentar estas pacientes después de la cirugía, punto clave en esta investigación, así como también la importancia de la educación que se les debe administrar previamente.

Cuevas, Díaz, Espinosa y Garrido ⁽⁸⁾ en el 2019 realizaron una investigación titulada “Depresión y Ansiedad en mujeres histerectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía” la cual tuvo como objetivo principal describir las consecuencias psiquiátricas y sus factores

predisponentes, en las mujeres histerectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía. La metodología que se utilizó se incluyeron investigaciones en inglés, español y portugués, con un máximo de 15 años de antigüedad. Se excluyeron investigaciones realizadas en mujeres histerectomizadas oncológicas y/o con antecedentes psiquiátricos previos a la cirugía. Entre los resultados arrojaron que las pacientes después de la histerectomía por causa benigna, aparecen trastornos depresivos y/o ansiosos en las mujeres en frecuencias variadas. En el post-operatorio inmediato de la histerectomía, se reportan prevalencias de hasta un 84% para depresión y hasta un 92% para ansiedad, respectivamente. En cuanto a los factores que predisponen a la incidencia de estos problemas, se encuentran; la paridad relacionado con la cantidad de hijos engendrados y el deseo de tener más hijos, la nuliparidad, la edad, la falta de información y educación previa a la cirugía, la soledad y escaso apoyo familiar, los mitos y creencias sociales en torno al procedimiento, entre otros. Entre las conclusiones destaca el significado social del útero y el enjuiciamiento que vive la mujer histerectomizada, son factores relevantes en la aparición de trastornos depresivos y/o ansiosos. La importancia de la educación es esencial para el afrontamiento eficaz por parte de la mujer en este procedimiento.

Este estudio se relaciona con la presente investigación, al abarcar la esfera psicoemocional de las pacientes que se realizan esta cirugía y como al extraer el útero estas pacientes experimentan cambios en su calidad de vida entorno a mitos y creencias sociales. También se relaciona con esta investigación en el ámbito de la poca educación que reciben estas pacientes ante dicho procedimiento.

Schmidt, Dutra Sehnem, Cardoso ⁽⁹⁾ en el 2019 realizaron una investigación titulada "experiencias de mujeres histerectomizadas acerca de la sexualidad" la cual tuvo como objetivo conocer las vivencias de mujeres histerectomizadas acerca de la sexualidad. La metodología que se utilizó fue un estudio cualitativo realizado en Estrategias Salud de la Familia con 19 mujeres histerectomizadas. Se utilizó la entrevista semiestructurada, combinada con la Técnica de Creatividad y Sensibilidad denominada Mapa Hablante, después de la aprobación del Comité de Ética, en el período de enero y febrero de 2018. Los datos fueron analizados según el análisis de contenido temático. Entre los resultados se dio a conocer que las mujeres se sintieron diferentes para vivir la sexualidad después de la

histerectomía. Este procedimiento se asoció al restablecimiento de la salud, la reanudación de la vida sexual y el cambio en las relaciones. También, estuvo relacionado al surgimiento de dispareunía y a la disminución de la libido. Entre las conclusiones destaco los cambios vivenciados a partir de la cirugía hicieron que las mujeres construyeran nuevos significados acerca de la sexualidad y sus relaciones. La cirugía se desdobló en cuestiones concretas, como la disminución o aumento del dolor en las relaciones sexuales y, en cuestiones subjetivas como la sensación de libertad y el impacto en la identidad femenina. Estos resultados pueden contribuir para el direccionamiento de estrategias educativas para abordar la sexualidad con cada mujer que vivencia la histerectomía.

Este estudio se asemeja a la investigación que se pretende realizar, en función del enfoque y metodología cualitativa, así como su énfasis en la esfera de la calidad sexual en pacientes que han tenido la experiencia de una histerectomía.

Aranda, Bretones, Fernández ⁽¹⁰⁾ en el 2020 realizaron una investigación titulada “reacciones sexuales, físicas y emocionales de mujeres Histerectomizada: Un estudio cualitativo de testimonios la cual tuvo como objetivo conocer las reacciones sexuales, físicas y emocionales de mujeres que pasaron por un proceso de histerectomía. La metodología que se utilizó fue una investigación cualitativa, de corte narrativo, fenomenológico, y teoría emergente. De 62 mujeres sometidas a histerectomía en un hospital de la ciudad de Santo Domingo, se escogieron 10 mujeres de manera intencionada para realizar las entrevistas. Entre los resultados destaco que las molestias post-quirúrgicas duraron de 2 a 36 meses, en un caso 17 años; tenían entre 5 a 36 meses de la cirugía. Nueve operadas por vía abdominal y una vaginal. El dolor abdominal, sangrado, miomas y dispareunía fueron las razones principales de la histerectomía. En cuanto a las conclusiones casi todas se sienten satisfechas con las relaciones sexuales post operatorias, excepto dos. Ocho reportaron tener deseo y disfrutar el coito. Dos reportaron bajo deseo, pero casi todas refirieron tener una lubricación adecuada. Todas reportaron tener orgasmos en la mayoría de sus relaciones sexuales. Solo una refirió no lograr el orgasmo después de la cirugía.

Este estudio se relaciona a la investigación que se pretende realizar, en función del enfoque y metodología cualitativa, y las emociones y comportamientos en el aspecto sexual

y como estas pueden llegar a afectar la calidad de vida sexual de las pacientes posterior a la cirugía.

2.2 Marco teórico referencial

2.2.1 Histerectomía

2.2.2 Generalidades

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico por el cual se extrae el útero de una mujer y es la segunda operación más practicada después de la cesárea a nivel mundial ⁽¹¹⁾.

Como en los últimos años, la histerectomía se ha vuelto de suma importancia en la vida de las mujeres por ser una de las operaciones más realizadas entre las mujeres premenopáusicas, diversos autores han comenzado a estudiar los efectos psicológicos que puede llegar a provocar. Con respecto a esto último, se ha encontrado que la histerectomía está rodeada de creencias y actitudes negativas, así como, que se ha generado un estereotipo negativo hacia las mujeres que han sido histerectomizadas. Algunos de los calificativos que se usan para referirse a una mujer sin útero son: hueca, hoyo seco, menos mujer, inservible, entre otros. Por otra parte, los estudios han correlacionado cambios en el auto-concepto, depresión, disfunción sexual, disminución de la libido y ansiedad con la histerectomía ⁽¹¹⁾.

2.2.3 Anatomía aparato genital femenino

El aparato genital femenino se compone de dos ovarios, dos tubas o trompas de Falopio, el útero, la vagina y la vulva.

2.2.3.1 Ovarios

Los ovarios son los órganos productores de los óvulos o células sexuales femeninas y son también glándulas endocrinas productoras de estrógenos y progesterona, las hormonas sexuales femeninas. Tienen consistencia dura y forma de almendra, con un diámetro mayor de unos 3,5 cm y 1,5 cm de espesor. En la menopausia, con el cese de las ovulaciones, tiende otra vez a volverse liso ⁽¹²⁾. Dentro de las funciones del ovario se destacan: formación y liberación de células sexuales y secreción endocrina de hormonas

femeninas (estrógenos y progesterona), en función de la influencia que ejercen sobre el ovario, la hormona foliculostimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH)⁽¹²⁾.

2.2.3.2 Trompas de Falopio

Las trompas, tubas u oviductos son los conductos que llevan los óvulos desde el ovario hasta el útero. Miden 10 o 12 cm y constan de cuatro porciones: pabellón, ampolla, istmo y porción intramural. La porción intramural está íntimamente relacionada con la pared del útero, en cuya cavidad se abre. El tramo intramural mide aproximadamente 1 cm. El istmo es la porción tubárica que emerge de la pared uterina, entre dos ligamentos: el ligamento uteroovárico y el ligamento redondo, un refuerzo que une el útero con las regiones inguinal y pubiana. La porción ístmica mide unos 3-4 cm y lleva una dirección horizontal hacia fuera, en busca del polo inferior del ovario. La ampolla o porción ampollar bordea el ovario ascendiendo adosada a su borde anterior⁽¹²⁾.

2.2.3.3 Útero

El útero está situado entre la vejiga y el recto, debajo de las asas intestinales y por encima de la vagina, con la que se continúa caudalmente. Tiene forma de cono, un poco aplanado y con el vértice hacia abajo. Mide unos 7 cm de altura y, en su parte más abultada por arriba unos 5 cm de anchura. Hacia la mitad presenta un estrechamiento o istmo uterino que lo divide en dos partes: hacia arriba el cuerpo y hacia abajo el cuello, que presenta una forma más o menos cilíndrica.

El cuerpo está inclinado hacia delante y se apoya sobre la cara superior de la vejiga, formando un ángulo con el cuello de unos 120°. El útero es un órgano muy móvil y su posición varía según el estado de las vísceras próximas: la vejiga y el recto. El borde superior del útero es el fondo y a ambos lados están los ángulos uterinos, de los que parten las trompas. También en esos ángulos se insertan a cada lado, los ligamentos uteroováricos y redondos⁽¹²⁾.

El útero tiene tres capas que, de dentro afuera son:

- ✓ **Mucosa o endometrio:** La mucosa o endometrio está formada por un epitelio cilíndrico simple, con células ciliadas y secretoras, de descansa sobre un corion

con numerosos vasos sanguíneos y glándulas exocrinas tubulares simples. El epitelio mantiene su estructura básica hasta llegar al orificio cervical externo, donde se continúa con el epitelio vaginal, de tipo estratificado plano no queratinizado. Esta zona de transición, donde el epitelio cambia su morfología, reviste especial interés clínico ya que es precisamente el lugar donde con mayor frecuencia asienta el cáncer de cuello uterino.

- ✓ **Muscular o miometrio:** La túnica muscular o miometrio es la más gruesa. Está constituida por tres capas de fibras musculares lisas:
 - Capa interna, formada por fibras longitudinales.
 - Capa media, mucho más gruesa, con fibras dispuestas en espiral alrededor del útero, de manera semejante a las espiras de un muelle.
 - Capa externa, cuyas fibras vuelve a ser longitudinales.
- ✓ **Serosa o adventicia:** La envoltura serosa está representada por el peritoneo en las porciones uterinas cubiertas por él: el fondo y parte de las caras anterior y posterior ⁽¹²⁾.

2.2.3.4 Vagina

La vagina es un conducto que se extiende desde el cuello del útero hasta la vulva. Está situada entre la vejiga y el recto, de los que la separan sendos tabiques conjuntivos. Mide de 7 a 10 cm. En su extremidad superior forma un fondo de saco alrededor del hocico de tenca o porción intravaginal del cérvix. El extremo inferior está cerrado en parte por un pliegue mucoso, el himen, que en la mayoría de los casos se rompe tras el primer coito ⁽¹²⁾.

La vagina, es el órgano copulador de la mujer, encargado de recibir al pene. Contribuye a la lubricación durante el acto sexual mediante la secreción mucosa, necesaria para que el coito produzca una sensación satisfactoria. En la mujer, durante el coito se observan diversos cambios fisiológicos:

- ✓ **Excitación:** Las sensaciones, debidas a estimulación fisicomecánica o psíquica siguen una vía consciente hacia el encéfalo y una vía inconsciente que, a través de la médula espinal, provoca por vía parasimpática la erección del clítoris. Además, se produce la tumescencia de los labios mayores, una secreción

mucosa procedente de las glándulas de Bartholin y mayoritariamente de la trasudación de plasma desde el plexo vascular vaginal, con objeto de lubricar la vagina, favorecer el coito y neutralizar el pH ácido de la vagina para aumentar la viabilidad de los espermatozoides.

- ✓ **Orgasmo:** Los cambios experimentados por la mujer en la fase anterior provocan un incremento de la superficie de contacto vagino-vulvar. Se incrementa la intensidad de la sensación fisicomecánica, lo cual tiene una proyección espinal que por vía parasimpática incrementa las respuestas antes descritas, pero, sobre todo, tiene una proyección consciente encefálica o sensación de orgasmo equivalente a la eyaculación del varón. Ambas proyecciones inducen la aparición de contracciones rítmicas del suelo de la pelvis, lo que determina los movimientos intermitentes de la plataforma orgásmica, y contracciones de las paredes vaginal, uterina y de las trompas de Falopio.
- ✓ **Resolución:** Esta última fase puede presentarse de forma similar a lo acontecido en el varón, con una involución rápida de los cambios vaginovulvares, vía inhibición espinal simpática, con vuelta a los niveles de partida, relajación muscular y disminución de la vasocongestión ⁽¹²⁾.

2.2.4 Definición histerectomía

Histerectomía (proviene del griego “hystera” significa útero y “ektomia” significa sacar por corte) es la extracción del útero o matriz. La pérdida de útero provoca la imposibilidad absoluta de anidar el ovocito o huevo fecundado, lo que impide el desarrollo del embrión y posteriormente el feto, lo que provoca esterilidad. Puede además ir acompañado de una anexectomía: extirpación de trompas de Falopio y ovarios ⁽¹³⁾.

2.2.4.1 Tipos de histerectomía

Existen tres tipos de histerectomía: subtotal, la total y la radical.

- ✓ **Histerectomía subtotal:** en la cual se remueve el útero dejando el cuello uterino, los ovarios y las trompas de Falopio.
- ✓ **Histerectomía total:** en esta se extrae el útero y el cuello uterino, pero se conserva los ovarios y las trompas de Falopio.
- ✓ **Histerectomía radical:** en esta se extrae el útero, el cuello uterino, los ovarios, las trompas de Falopio y los nodos linfáticos de la pelvis ⁽¹³⁾.

2.2.4.2 Indicaciones para una histerectomía

En términos generales, la gran mayoría de las histerectomías se realizan para aliviar los síntomas de dolor, sangrado, o ambas cosas. De acuerdo con las estimaciones actuales los leiomiomas uterinos, el prolapso uterino, y la endometriosis son las indicaciones más frecuentes, representando el 70% de las histerectomías. La edad tiene una influencia importante en la frecuencia relativa de estas indicaciones. En mujeres en edad reproductiva, los fibromas uterinos y las irregularidades menstruales son las indicaciones más frecuentes. En las mujeres posmenopáusicas, el prolapso uterino y la enfermedad premaligna o maligna son las indicaciones más frecuentes ⁽¹³⁾.

2.2.4.3 Fibromiomatosis uterina

Los fibromas uterinos, también conocidos como leiomiomas o miomas, son los tumores uterinos benignos más comunes. Están constituidos de matriz extracelular, colágeno, fibronectina y proteoglicanos. Aparecen en 60% de las mujeres antes de los 40 años de edad, y en 80% de las mujeres antes de los 50 años de edad, y pueden ocasionar infertilidad. En 30% de los casos causan hemorragia uterina anormal, dolor pélvico y otros síntomas que pueden afectar la calidad de vida de las pacientes ⁽¹⁴⁾.

Los miomas también son causa de anemia, infertilidad, subfertilidad, alteración en la implantación embrionaria, pérdida gestacional recurrente, parto pretérmino e incontinencia urinaria ⁽¹⁴⁾.

La miomatosis uterina es la anormalidad benigna más frecuente de las enfermedades del útero y su transformación en maligna es excepcional. La prevalencia depende de la edad

y la raza; va de 5 a 65%, de ahí que sea una de las principales causas de consulta ginecológica ⁽¹⁵⁾.

2.2.4.4 Abordajes quirúrgicos histerectomía

La vía de abordaje de la histerectomía debería depender de la anatomía de la paciente y de la experiencia del cirujano.

- ✓ **La histerectomía abdominal** permite al cirujano palpar los órganos pélvicos directamente, da una mejor visualización en la mayoría de los casos y mantiene la integridad del piso pélvico. Sin embargo, puede aumentar la formación de adherencias, generalmente produce mayor dolor durante el postoperatorio y deja cicatriz en la pared abdominal. Se describe entre 9 y 41% de complicaciones. La HA está indicada en: Cáncer, úteros de gran tamaño, endometriosis pélvicas severas, infecciones pélvicas, síndrome adherencial severo y ooforectomía ⁽¹⁶⁾.
- ✓ **La histerectomía vaginal** permite abrir con facilidad el fondo de saco útero-vesical y el fondo de saco de Douglas, facilita la sección de los ligamentos, así como de ambas arterias uterinas, tiene menor tiempo de recuperación. Las complicaciones fluctúan entre 7 y 8%. Está indicada en: Úteros pequeños, endometriosis pélvica leve, miomas pequeños y prolapsos ⁽¹⁶⁾.
- ✓ **Histerectomía laparoscópica:** es una opción para evitar la HA cuando la HV es difícil. La histerectomía vaginal asistida por laparoscopia permite conjugar las bondades de la histerectomía laparoscópica y la histerectomía vaginal, con complicaciones que llegan a un 5%. Está indicada en: Sospecha de endometriosis leve a moderada o de adherencias o necesidad de anexectomía ⁽¹⁶⁾.

2.2.5 Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el cual vive, en relación con los objetivos, criterios y expectativas; esto, matizado con su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales ⁽¹⁷⁾.

2.2.5.1 Dimensiones de la calidad de vida

La calidad de vida cuya máxima expresión se relaciona con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

- ✓ **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- ✓ **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- ✓ **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral ⁽¹⁷⁾.

2.2.5.2 La sexualidad femenina

Antes de abordar la sexualidad femenina debemos saber primero que se entiende por sexualidad. La sexualidad es una construcción social compleja que incluye varios aspectos del ser humano: el sexo (basado en los genitales), el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor y la reproducción ⁽¹⁸⁾.

Al final la sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, culturales, socioeconómicos, éticos y religiosos espirituales, y se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, actitudes, prácticas, y relaciones ⁽¹⁸⁾.

2.2.6 Calidad de vida en la mujer histerectomizada

2.2.6.1 Dimensión sexual

Las mujeres que sufren menopausia quirúrgica, tienen un deterioro en su sexualidad, aumentando al triple las disfunciones sexuales durante este periodo. Sin embargo, en una revisión de dieciocho estudios, concluyen que la histerectomía por sí sola no afecta la

sexualidad. La extirpación del útero afecta psicológicamente, las mujeres piensan que la histerectomía provoca distres vaginal, disminución de la sensación genital, reduciendo la multiplicidad de orgasmos ⁽¹⁹⁾.

Por lo expuesto anteriormente es fundamental que el profesional de la salud informe a las pacientes antes y después de someterse a la cirugía, enfocando la información a las necesidades de las usuarias. Sin embargo, la evaluación de Scriven y Tucker reporta que el área con mayor déficit de conocimiento por parte de las pacientes es la sexual como la anatomía, fisiología de los órganos genitales y cambios en el funcionamiento sexual, aspectos que los profesionales no abordaban o si lo hacían era de manera muy técnica ⁽¹⁹⁾.

2.2.6.2 Dimensión física

Con respecto a la dimensión física, se evidencia que los desórdenes ginecológicos tienen un impacto negativo en los aspectos de salud en torno a su calidad de vida, ya que el exceso de sangrado, dolor pélvico y malestar producido por estas condiciones interviene con la salud y el diario vivir en estas mujeres. El tipo de incisión de la cirugía, afecta directamente a la percepción de la apariencia física de las usuarias. Las mujeres con incisiones de Pfannenstiel tienen más aspectos positivos en la calidad de vida que las mujeres con incisiones medias ⁽¹⁹⁾.

2.2.6.3 Dimensión psicológica

La dimensión psicológica, se ve muy ligada con las otras dimensiones, especialmente con la sexual. Si la salud mental se altera como en el caso de: depresión, ansiedad, alteraciones de autoestima y otros trastornos del ánimo; puede influir en forma negativa en el afrontamiento de la usuaria con respecto a su propia situación de salud ⁽¹⁹⁾.

2.2.6.4 Dimensión social

Respecto a la dimensión social, existe evidencia de los conocimientos errados que hay acerca de la histerectomía. Cabe destacar que los hombres son los más escépticos con respecto a los resultados de esta cirugía, es por eso la importancia que se le debe dar a la educación como herramienta fundamental en la ayuda de los profesionales en el cuidado en salud ⁽¹⁹⁾.

2.2.7 Repercusiones de la histerectomía en la mujer

Desde la infancia la mujer va percibiendo su feminidad basada en la maternidad y en todos los aspectos que tienen que ver con este evento: pubertad, embarazo y climaterio, cuando hay alguna intrusión en alguna de estas fases se producen una serie de consecuencias negativas que van a influir de forma muy directa en el autoconcepto que tienen sobre sí mismas⁽¹⁹⁾.

Para la mujer el útero representa gran parte de su feminidad, tiene un importante papel en la procreación pues es donde se alberga al bebé en su primer estadio de desarrollo, es considerado fuente de juventud, regulador de salud y está directamente relacionado con el bienestar del cuerpo, por lo que al practicársele una histerectomía se sienten vacías, faltas de su identificación sexual; si a esto unimos la extirpación de los ovarios (anexectomía unilateral o bilateral) tenemos que decir que la mujer lo vivencia como una castración no solo psicológica, sino que la reducción de estrógenos y progesterona provocan en ella cambios visibles, cambios que acentúan su estado psicológico⁽¹⁹⁾.

En algunos casos el miedo al vacío fue compartido (según el caso) por la pareja, que, en muchas ocasiones, puede vivir de forma angustiante el reinicio de las relaciones sexuales, a lo que hay que añadir una disminución de la libido sexual que en casos extremos pueden ser responsables de ciertos problemas entre el matrimonio o la pareja⁽¹⁹⁾.

2.2.8 El concubinato como realidad social

Hasta mediados del siglo XX, muchas personas, entre ellas autoridades médicas, consideraban que la mujer no era capaz de alcanzar un orgasmo. Esta creencia era reflejo indudable de un prejuicio cultural porque el sexo era un acto que el hombre perpetraba para su exclusiva gratificación, donde la mujer actuaba en forma pasiva. Por muchos siglos se instó a las mujeres a cumplir con sus conyugales o concubinos y tenían que estar dispuestas en todo momento, a satisfacer los requerimientos sexuales del marido⁽²⁰⁾.

Estos requerimientos sexuales a los cuales se ve sometida la mujer que se encuentra en una unión en pareja (concubinato), las lleva a sentir que tienen como deber responder ante el acto sexual, lo que conlleva a una serie de dudas e incertidumbres si posterior a una

intervención quirúrgica como la histerectomía y lo que esto implica de manera funcional y psicológica, podrán seguir con su vida sexual de forma normal, por lo cual esto implica un impacto en su vida diaria y en su relación de pareja.

2.2.9 Consideraciones bioéticas

De acuerdo al código de ética para la vida ⁽²¹⁾, esta investigación se rigió por los siguientes principios bioéticos:

- **Autonomía:** considerado como la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Por lo cual cada una de las pacientes son autónomas en cuanto a sus decisiones y actitudes asumidas.
- **Justicia:** Equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es equitativa. Por lo cual para el caso de esta investigación se conservó la equidad en cuanto al trato y valoración de las informantes clave.
- **Beneficencia:** consiste en la obligación de prevenir o aliviar el daño hacer el bien u otorgar beneficios, deber de ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares.

ESCENARIO III

RECORRIDO METODOLÓGICO

3.1 Investigación cualitativa

El enfoque cualitativo genera información descriptiva del fenómeno propiamente dicho, donde el paradigma interpretativo, se interesa por la “interpretación” en contraste con la explicación, así lo señala Leal ⁽²²⁾.

La investigación cualitativa es aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas habladas o escritas y la conducta observable que es lo que realmente conseguimos al realizar la entrevista y la observación directa a las pacientes que participaran en este estudio ⁽²²⁾.

3.2 Fenomenología

La matriz epistémica de esta investigación es fenomenología, porque se estudiarán las realidades cuya naturaleza y estructura puede ser observada y estará basada en hechos ponderados en la experiencia personal ⁽²²⁾.

A tal respecto, la fenomenología es un método donde el fenómeno es observado desde adentro del sujeto de estudio, se busca la esencia en su conciencia, es la vuelta al mundo vivido para buscar el significado del fenómeno ⁽²²⁾.

3.2.1 Fenomenología Hermenéutica

La hermenéutica es el arte de comprender las expresiones de la vida que la escritura ha fijado. La hermenéutica está ligada a la fenomenología porque está asociada a las ciencias humanas ⁽²²⁾.

Este estudio tuvo un enfoque fenomenológico-hermenéutico, pues el mismo se interesa por la interpretación y la comprensión en contraste con la explicación, se preocupa por la búsqueda del significado de las experiencias vividas, así lo señala Leal ⁽²²⁾.

3.2.2 Etapas del Estudio Fenomenológico

Etapa Previa: Clarificación de los Presupuestos. De acuerdo con Martínez ⁽²³⁾, “una investigación seria, filosófica o científica, sólo puede comenzar después de haber realizado una estricta y cuidadosa descripción que ponga entre paréntesis (en cuanto sea posible) todos los prejuicios”. En este sentido, es preciso que la investigación inicie sin prejuicios, creencias, presentimientos, valores o ideas con respecto al tema, de manera tal que no se desarrollen influencias de acuerdo con los intereses propios del investigador, por lo que el reducir los presupuestos básicos y entrar en el proceso de la epojé constituye un requisito fundamental para el mismo.

Etapa Descriptiva. En esta etapa, según Martínez ⁽²³⁾, es fundamental lograr la descripción del fenómeno, de modo que sea completa y libre de prejuicios, donde se reflejen la realidad vivida por cada sujeto, su mundo y situación auténtica. Para ello, es necesario seleccionar la técnica, en este caso la entrevista fenomenológica, la cual deberá ser grabada para posteriormente poder llevar a cabo la observación en múltiples oportunidades y así obtener una buena descripción, lo que constituye una condición sine qua non. En efecto, se logra entonces recolectar los significados a través de los sentidos y posteriormente, se desarrolla la elaboración de los protocolos donde se refleja la realidad tal y como se presentó, sin omisiones y juicios; de esta manera, el fenómeno quedando registrado en el protocolo, mediante el cual se realizó entonces el estudio.

Etapa Estructural. Esta etapa permite profundizar y estudiar los protocolos y obtener las descripciones, tal y como expresa Heidegger citado por Martínez ⁽²³⁾, "permite ver lo que se muestra (en nuestra conciencia), tal como se muestra por sí mismo y en cuanto se muestra por sí mismo". Así pues, se lleva a cabo la revisión exhaustiva de los protocolos para revivir la realidad y posteriormente reflexionar sobre la situación y poder comprenderla. En consecuencia, en el protocolo se efectúa la delimitación de las unidades temáticas naturales, que no es más que la revisión de la descripción y cavilación de los significados de las partes y el todo, se precisan a su vez las transiciones de significados, las variaciones temáticas y hasta los posibles cambios en la intencionalidad del informante. Dicho esto, y según Heidegger citado por Martínez ⁽²³⁾, se obtiene la delimitación de las áreas significativas, y se eliminan las redundancias existentes en cada unidad temática para determinar el tema

central de cada unidad, relacionando una con otra y con el todo; por lo que el investigador, debe reflexionar sobre el fenómeno y cada tema central, siendo entonces la finalidad de esta etapa la integración en una sola descripción del contenido de las estructuras halladas en los protocolos.

3.3 Discusión de los Resultados

Durante esta etapa se relacionan los resultados con las conclusiones de otros investigadores a los fines de compararlas, comprender las diferencias y crear un cuerpo integrado del conocimiento obtenido, según Martínez ⁽²³⁾. Además de ello, para otras investigaciones es menester la existencia de una técnica para medir un fenómeno, mientras que, para el enfoque fenomenológico, el significado es la verdadera medida, en este sentido, la investigación finaliza con el delineando la estructura psicológica general del fenómeno estudiado.

3.4 Nivel de Investigación

De acuerdo con Hernández-Sampieri ⁽²⁴⁾, el nivel de una investigación está definido por la profundidad de su alcance de acuerdo con la metodología utilizada; siendo entonces el caso del estudio fenomenológico determinado como una investigación interpretativa reflexiva, en la cual resulta fundamental la perspectiva y el modo de concebir la realidad de los sujetos, la cual debe ser vista por el investigador, y al propio tiempo desarrollar entre éste y el fenómeno una relación simbiótica que le permita comprender a fondo el hecho que se investiga. Se basa en la interpretación de la experiencia humana en un fenómeno, y el reflexionar sobre este a través del descubrimiento de las categorías, su contrastación y triangulación.

3.5 Diseño de la Investigación Cualitativa Fenomenológica

El diseño de investigación es definido por Hernández-Sampieri ⁽²⁴⁾, como el “plan o estrategia concebida para obtener la información que deseas con el propósito de responder al planteamiento del problema. Sin embargo, en el caso de la investigación cualitativa, el diseño de investigación resulta ser menos estructurado, más flexible y abierto, ya que se adapta a las necesidades fenomenológicas que van surgiendo durante el desarrollo de la

investigación, por lo que se va ajustando no solo a los hechos, sino también al ambiente y a los sujetos. Es importante destacar que, en este tipo de investigaciones pueden tomarse elementos de más de uno de sus diseños para ser complementados entre sí, de allí el origen de su flexibilidad y apertura, por lo que el investigador con el propósito de lograr la comprensión del fenómeno desarrollando un plan investigativo que le permita mayor acercamiento a la realidad que investiga.

3.6 Fases de la Investigación

Fase 1: Calidad sexual en pacientes post histerectomizadas servicio de Ginecología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” a partir de un estudio fenomenológico.

Actividades:

- Contactar a los informantes claves y planificar los encuentros necesarios para la investigación.
- Conocer los valores, ideas, pensamientos, presupuestos y conductas que impiden el acceso al mundo de vida de los entrevistados.
- Conocer el universo teórico del conocimiento de las actitudes y conocimiento de las pacientes post histerectomizadas servicio de Ginecología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, a través de la revisión bibliográfica y referencias existentes.
- Interiorizar las vivencias.
- Aplicar la técnica seleccionada a las entrevistadas para dar inicio al proceso de registro, bajo un ambiente seguro.
- Observar y registrar mediante grabaciones

Fase 2 Comprensión de calidad sexual en pacientes post histerectomizadas servicio de Ginecología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, a partir de un estudio fenomenológico.

Actividades

- Contrastación con la teorización previamente formada.

- Elaborar y estudiar las descripciones protocolares, reflejando la realidad de las entrevistadas tal y como se presenta.
- Revisar el material protocolar en múltiples oportunidades para reflexionar y comprender.

Fase 3. Interpretación de los significados de la calidad sexual en pacientes post histerectomizadas servicio de Ginecología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, a partir de un estudio fenomenológico.

Actividades:

- Contrastación con la teorización previamente formada.
- Elaborar y estudiar las descripciones protocolares, reflejando la realidad de los entrevistados tal y como se presenta.
- Revisar el material protocolar en múltiples oportunidades para reflexionar, e interpretar los significados.

Fase 4. Integración del conocimiento y el material obtenido.

Actividades:

- Formar, construir y delimitar las grandes categorías a partir de los protocolos.
- Codificación de las temáticas centrales pertenecientes a cada categoría.
- Eliminar redundancias, estableciendo así una categoría para cada unidad temática.
- Relacionar las categorías, unas con otras, y posteriormente con el todo.
- Teorización a partir del constructo
- Contrastar con la teorización formada precedentemente y teorizar.
- Integrar en una estructura descriptiva particular.
- Describir el contenido de las estructuras.

- Triangulación a partir de la teoría, informantes claves y la visión de la investigadora.
- Establecer las grandes comprensiones e interpretaciones de la investigación.

3.7 Aspectos Fundamentales de la Metódica

3.7.1 Informantes

Las informantes de esta investigación estuvo conformada por una muestra intencional de 3 pacientes post histerectomizadas. El muestreo intencional ⁽²⁵⁾ es una técnica de muestreo en la cual la persona a cargo de realizar la investigación se basa en su propio juicio para elegir a los integrantes que formaron parte del estudio. El muestreo intencional es un método de muestreo no probabilístico, este ocurre cuando “los elementos seleccionados para la muestra son elegidos por el criterio del investigador”.

3.7.2 Entrevistadora

La entrevistadora en este proceso es el médico Mary Rosangela Nieto Matos quien realiza la investigación la como requisito para optar al título especialista en Obstetricia y Ginecología en la Universidad Carabobo; quien al propio tiempo posee una apasionada curiosidad por el fenómeno estudiado.

3.7.3 Criterios de elección de las informantes

Se asumió como criterio de selección en esta investigación las pacientes que acuden al servicio de ginecología del Hospital Universitario Dr. “Ángel Larralde”, además fueron ser pacientes post histerectomizadas con un tiempo de post operatorio de 2 meses, entre las edades comprendidas de 35 y 41 años, que tengan el antecedente quirúrgico de histerectomía indicada por fibromiomatosis uterina, de estado civil concubinato, con antecedente de I gestación.

3.8 Técnicas de recolección de información

En la investigación fenomenológica las técnicas de recolección de información deben permitir que el investigador se sumerja en el fenómeno de estudio por lo tanto tienen que ser flexibles y abiertas ⁽²⁶⁾. Las técnicas que se utilizaron es este estudio fue la

observación participante, la entrevista cualitativa en profundidad o entrevista abierta y la documentación.

*Observación participante: Esta técnica implica la interacción entre el investigador y el grupo estudio. Su objetivo es recoger datos de modo sistemático directamente de los contextos y se fundamenta en el principio de la convivencia personal del investigador con el grupo se investiga. Para llevar a la práctica esta técnica hay que tener presente tres momentos: un primer momento denominado acceso al escenario, en el cual el investigador debe buscar la aceptación del grupo; un segundo momento: estancia en el escenario, donde el investigador involucrado con el grupo realiza el proceso de observación interactiva y un tercer momento: retirada del escenario en el cual el investigador se retira del grupo en forma amigable ⁽²⁶⁾.

*Entrevista abierta: Esta técnica junto con la observación participante es la más usada en la investigación cualitativa. Es llamada también la entrevista en profundidad, busca encontrar lo más importante y significativo para los informantes sobre los acontecimientos y dimensiones subjetivas. Es un encuentro cara a cara, no estructurado ⁽²⁶⁾.

En esta investigación se realizaron 3 entrevistas, para lo cual se realizó una preparación previa comenzando por la documentación y conocimiento del contexto, así como los temas a tratar, los cuales los configuraré mediante esquemas que solo existía en mi mente en el momento de realizar la entrevista.

Interesa señalar que antes de las entrevistas las participantes deben dar su consentimiento (Ver anexo 1) para éstas sean grabadas y se utilizó la transcripción de las mismas sólo con los fines propios de esta investigación, manteniendo la confidencialidad de su identidad y el respeto a su dignidad como persona; a medida que vayan transcurriendo las mismas. Sopesaré y valoraré hasta donde sea posible profundizar en las creencias, costumbres, condicionantes físicos o psíquicos, labilidad emocional; manejando la dinámica con cada entrevistada para poder detectar a tiempo áreas que pudieran no resultar agradables o que pudieran causar alguna molestia. Las grabaciones que realice posteriormente fueron transcritas para sus respectivos análisis.

*Documentación: Este aspecto lo conformó por un lado las notas de campo, que tomaré referidas al lenguaje no verbal, a los gestos, actitudes, comportamientos de las pacientes post histerectomizadas durante las entrevistas. De manera que con esa información obtenida la utilizaré en el marco de esta investigación, garantizando la confidencialidad de los datos y cumpliendo así con la ética profesional.

Al apreciar y observar las actitudes y comportamientos de las pacientes post histerectomizadas durante las entrevistas, permitió contrastarlo con las desgravaciones de las entrevistas reviviendo de este modo las situaciones concretas y particulares de las entrevistadas, lo cual me va a conducir a asumir una actitud reflexiva que me incentivó a comprender e interpretar el fenómeno particular.

Realicé varias revisiones y cada vez captando aspectos o realidades nuevas, detalles, acentos o matices no vistos con anterioridad o no valorados suficientemente, de este modo las categorías preliminares irán brotando como parte de un proceso de codificación, hasta la saturación de las mismas, o sea, hasta que ya no haya la emergencia de nuevos datos o significantes y las categorías estén bien desarrolladas en términos de propiedades (subcategorías) y dimensiones.

Las citas fueron registradas tal como las expresaron las informantes para así respaldar la construcción de las categorías y subcategorías. Dichas citas estaban identificadas con una numeración como la siguiente: 3:56 (300:310), en donde el número 3 corresponde al informante, el 56 al número de cita, la cual se encuentra contenida entre las líneas 300 y 310 de la unidad hermenéutica.

3.9 Técnicas de Análisis de los Resultados

Una vez recabada la información a través de la entrevista fenomenológica, se pudo obtener el punto de vista de los informantes clave, lo que permite el acercamiento a la experiencia dentro del fenómeno, y que constituye el punto principal en este paso, por cuanto serán los significados que éstos otorgan a las vivencias lo que conducirá al camino de la comprensión y análisis de lo obtenido. En este sentido, según Martínez ⁽²³⁾, en la investigación fenomenológica, el análisis de los resultados no está supeditado a una técnica en específico, sino que “el significado es la verdadera medida”. En consecuencia, debe

llevarse a cabo la relación con el todo para poder comprender y analizar el significado funcional, por lo que el análisis tuvo lugar a través de los diferentes procesos e instrumentos para la interpretación, tales como: la categorización, la estructuración, la contrastación, la triangulación y la teorización.

3.10 Categorización

Es la codificación de la información obtenida para su posterior etiquetado, lo que quiere decir que, una vez realizada la revisión exhaustiva de los datos derivados de las entrevistas, a través de la llamada inmersión en el material primario, se procede a la clasificación de aquellos fragmentos del discurso, a la asignación de las categorías, y al diseño del significado de cada dato obtenido.

3.11 Estructuración

Consiste en relacionar las unidades categorizadas, por lo que se integran las categorías específicas a categorías más generales, de manera que se pueda lograr la supra categoría o estructura, lo que permite localizar los vínculos y relaciones existentes entre los atributos que surgen de la revisión reiterada de las entrevistas.

3.12 Contrastación

A través de esta técnica se relacionan y comparan los resultados obtenidos con estudios ya existentes relevantes y relacionados con el fenómeno a los fines de obtener otras perspectivas; para ello, se contraponen las conclusiones del estudio realizado con aquellas teorías e investigaciones afines, con el propósito de ampliar o reformular las construcciones ya existentes.

3.13 Triangulación

Consiste en comparar, analizar y el concatenar la información obtenida, las teorías y la perspectiva del investigador, permitiendo una mayor comprensión del fenómeno minimizando los sesgos personales, por lo que la aplicación de esta técnica resulta fundamental para el esclarecimiento de aquello que se ha observado durante la investigación.

3.14 Teorización

Esta técnica pretende generar una teoría fundamentada en los datos a través de un proceso de integración intuitivo y coherente de los resultados obtenidos complementado con las teorías, y las conclusiones, así pues, consiste en obtener una síntesis final que perciba, comprenda, contraste, ordene y establezca nexos entre lo investigado y lo obtenido.

3.15 Confiabilidad de la investigación

El mecanismo de control de calidad en las investigaciones cualitativas es mediante la triangulación y es entendida como una manera de mejorar los resultados que el investigador obtiene tras aplicar una técnica concreta a su estudio. En la triangulación se utilizan múltiples líneas de visión dirigidas hacia el mismo punto ⁽²³⁾.

En este sentido, la triangulación tiene dos funciones principales. La primera proviene del enriquecimiento (validez interna) que una investigación recibe cuando, a la obtención inicial de datos y su posterior interpretación, se aplican diferentes técnicas, se adopta una distinta perspectiva o se la añaden diferentes datos. La segunda procede del aumento de la confiabilidad (validez externa) que dicha interpretación experimenta cuando las afirmaciones del investigador son corroboradas o por la contrastación empírica con otra serie similar de datos. Las investigaciones trianguladas son consideradas como pluralistas, por la diversidad de enfoques y de perspectivas que se aplican a ellas.

Denzin ⁽²⁷⁾ define como triangulación de teorías como el uso de distintas perspectivas teóricas para analizar un mismo grupo de datos. De manera que la triangulación teórica estaría orientada al contraste de hipótesis causales rivales. Es evidente que confrontar distintas teorías en un mismo grupo de datos permite una crítica eficiente coherente con el método científico.

En esta investigación se realizó el enfoque fenomenológico, se partió de una investigación documental para buscar comprender con profundidad la realidad y las problemáticas que puedan presentarse en este estudio. Seguidamente los análisis tuvieron su origen fundamentalmente en los relatos de vida de las gestantes que se obtengan mediante entrevistas a profundidad.

ESCENARIO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS CUALITATIVOS

En este apartado se muestra la información obtenida durante el proceso de entrevista a las pacientes las cuales fueron consideradas como informantes clave; alcanzando la sistematización de la mismas para posteriormente llegar a realizar los procesos de tratamiento y reducción de la misma, y finalmente interpretar a través de la contrastación de la información con relación al entramado teórico previamente construido.

Para el avance de esta fase de la investigación, se ejecutaron tres entrevistas de carácter fenomenológicas, dirigidas a las pacientes posthisterectomizadas con un tiempo de post operatorio de 2 meses, entre las edades comprendidas de 35 - 41 años cuyo antecedente quirúrgico fue histerectomía indicada por fibromiomas uterinos, de estado civil concubinato, con antecedente de I gestación, las cuales acudieron al servicio de Ginecología del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, Naguanagua, Estado Carabobo.

Todo esto bajo las intencionalidades trazadas al inicio de esta investigación; por ende, se estableció una relación inmediata personalizada cara a cara, siguiendo un guión de preguntas abiertas cuya dinámica fue flexible, bajo un criterio de amplitud, respeto y confianza entre las informantes y la investigadora, manteniendo los criterios de confidencialidad.

A continuación, se presenta los cuadros donde se sistematizaron cada una de las entrevistas y de allí, después de un análisis exhaustivo de cada una de las vivencias expresadas por las pacientes entrevistadas, se procedió a la extracción de las subcategorías.

4.1 Entrevistas aplicadas a las Informantes

Registro de Entrevista

Cuadro N° 1

Entrevistada N°1 Fecha: 15-09-2021		
Sexo: Femenino Edad: 35 años.		
Entrevistadora: Dra. Mary Nieto		
Entrevistada N°1	Línea N°	Sub-categorías
MN: Hola ¿cómo está? Buenos días.	1	
E ₁ : Bien Dra. Buenos días.	2	
MN: Gracias por formar parte de mi trabajo de grado,	3	
vamos a darle inicio a la entrevista, puedes hablar de forma	4	
espontánea, esta entrevista es totalmente confidencial.	5	
MN: Comencemos.	6	
E ₁ : Ok Dra.	7	
MN: ¿Cómo fue tu experiencia desde el momento que te	8	Noticia muy fuerte (13-25-29)
enteraste que ibas a ser operada de histerectomía y cómo esto	9	
ha influido en tu calidad o vida sexual?	10	
E ₁ : bueno a los 35 años me <u>diagnosticaron un mioma</u>	11	
<u>uterino</u> lo cual está alojado era bastante grande, bueno como	12	
todo en ese momento <u>no lo creía</u> por la edad y por muchas	13	
otras cosas más, pensé que todo estaba bien, bueno cuando	14	
ya me vieron los médicos me dijeron que obligatoriamente	15	
había que hacerme <u>una histerectomía parcial</u> dependiendo de	16	
lo que se consiguieran y lo que estuviera allá adentro, lo	17	
ideal bueno era que iban a tratar de salvarme el útero porque	18	
solo tenía una hija y bueno yo <u>pensaba tener más hijos</u> , me	19	
mandan a hacer hasta una resonancia magnética lo cual	20	
arrojó que, sí que estaba del lado izquierdo y que estaba	21	
afectado el ovario izquierdo; entonces ya estaba muy grande	22	
era muy grande el mioma, bueno deciden operarme con la	23	
idea de poder dejarme el útero y eso, resulta y acontece que	24	
<u>después de la operación me dan la noticia</u> que no, que no	25	
se pudo salvar el útero que estaba muy afectado dejaron	26	
el ovario izquierdo y el derecho, me operan me sacan el	27	Sensación de afectación (29-30-31)
útero, el día que me operan la cúpula cedió y me tuvieron	28	
que <u>volver a reintervenir</u> , esto como <u>todo no fue fácil</u> , que	29	

Entrevistada N° 1	Línea N°	Sub-categorías
le digan a uno que <u>no va a poder tener más hijos eso me</u>	30	Afligida ante
<u>afecto mucho</u> , en muchos <u>aspectos emocionales</u> y bueno en mi	31	la situación
vida también, pero bueno estaba viva, después de eso empezó	32	(31-33)
<u>mi lucha</u> , después mi recuperación gracias a Dios me recuperé	33	
bien dentro de lo que cabe, pero <u>siempre quedé con una molestia</u>	34	
un <u>dolor</u> fui en varias ocasiones a consulta y bueno eso pudo	35	Molestias, dolor
haber sido muchas cosas el ovario izquierdo todavía me seguía	36	(34-35)
doliendo, y con respecto a la parte de las relaciones sexuales y	37	
mi vida sexual ya son 8 meses que ya tengo de operada que	38	Desagrado en
prácticamente <u>nada es agradable</u> , no es <u>nada satisfactorio</u> de	39	las relaciones
verdad que el mismo <u>dolor</u> la inflamación la misma molestia	40	sexuales
<u>mucho dolor</u> y de verdad que es muy desagradable no es nada	41	(39-40-41-42)
agradable mantener una relación sexual ya que para mí es más	42	
que todo <u>sentirme agredida</u> mas no una satisfacción, entonces	43	
después de todo sigo en esto todavía, bueno sigo así, pero entre	44	
todo lo que cabe haberme enterado tantas cosas, la cuestión del	45	
útero y después de 8 meses seguir padeciendo con un dolor y de	46	Relaciones
verdad las relaciones sexuales fueron algo <u>muy traumático</u> para	47	sexuales
mi hasta los momentos sigue <u>siendo traumático</u> hasta que no	48	traumáticas
logre solventar este problema y bueno no es nada fácil y me	49	(47-48-53)
imagino no debe ser fácil para ninguna mujer uno en la edad en	50	
que me paso a mí y dos en que bueno, no ha sido en 8 meses	51	
fácil para mí en la parte de las relaciones sexuales ya que son	52	
dolorosas, me, <u>no provoca</u> , no provoca absolutamente nada, a	53	
veces <u>tengo resequedad</u> , pero no hay una cuestión que sea	54	
bonita, <u>no hay una satisfacción</u> como debería de ser, yo tengo	55	
una pareja tanto como para mí fue difícil por los malestares y	56	
bueno lógicamente para mi pareja que bueno dentro de lo que	57	
cabe hasta los <u>momentos me ha apoyado</u> y ha estado allí pero	58	Apoyo por parte
tampoco es fácil, <u>no es fácil quejarse</u> , o en un momento dado	59	de la pareja
decir no, no se puede y no quiero, porque el simple hecho de	60	(58)
sentirme dolida.	61	
MN: gracias por tu participación.	62	
E₁: a su orden.	63	

Registro de Entrevista

Cuadro N° 2

Entrevistada N°2		Fecha: 15-09-2021
Sexo: Femenino Edad: 37 años.		
Entrevistadora: Dra. Mary Nieto		
Entrevistada N°2	Línea N°	Sub-categorías
MN: ¿hola, como estas?	1	
E ₂ : Excelente Dra.	2	
MN: Me alegra mucho. Te voy a realizar la entrevista, soy todo oídos, y muchas gracias por participar.	3	Noticia terrible (13-14)
E ₂ : De nada Dra., siempre a su orden.	4	
MN: Bueno, comencemos. ¿Cuéntame cómo fue tu experiencia cuando te enteraste que se te iba a realizar una histerectomía y como eso ha influido en tu calidad sexual después de la intervención quirúrgica?	5	
	6	
	7	
	8	
	9	
E ₂ : Buenas noches, bueno yo soy paciente de la Dra. Mary Nieto me hicieron en febrero una histerectomía parcial, cuando me dicen que ya me tienen que hacer una histerectomía ya sea	10	Temor angustia (13-14)
	11	
	12	
	13	
	14	
	15	
	16	
	17	Creencias religiosas (23-24-33)
	18	
	19	
	20	
	21	
	22	
	23	Dolores brutales (26-27-28)
	24	
	25	
	26	
	27	
	28	Satisfacción en las relaciones sexuales (31-32)
	29	
	30	
	31	
	32	
	33	Buena relación con la pareja (31-32)
	34	
	35	
MN: Muchísimas gracias por tus palabras y por tu participación.	36	
E ₂ : De nada para mí es un placer participar	37	

Registro de Entrevista

Cuadro N° 3

Entrevistada N°3		Fecha: 15-09-2021
Sexo: Femenino Edad: 41 años.		
Entrevistadora: Dra. Mary Nieto		
Entrevistada N°3	Línea N°	Sub-categorías
MN: Hola buenas tardes. ¿Cómo te sientes?	1	Noticia muy fuerte (12-11)
E ₃ : Hola Dra. Muy bien gracias a Dios.	2	
MN: vamos a darle inicio a la entrevista.	3	
E ₃ : Ok Dra.	4	
MN: Te pregunto ¿cómo fue tu experiencia cuando te enteraste que se te iba a realizar una hysterectomía y como eso ha influido en tu calidad sexual después de la intervención quirúrgica?	5	Creencias religiosas (10-13-14)
E ₃ : Desde que se me detectó el tumor en el útero he sido una paciente fuerte, no demostré debilidad, tuve <u>mucha fe en Dios</u>	6	
y en ustedes que todo iba a salir bien, <u>si me asuste</u> porque la	7	
palabra tumor verdad eso deja a cualquiera en <u>shock</u> y así	8	
quede yo, pero siempre <u>pensé en Dios y en el Dr., José</u>	9	
<u>Gregorio Hernández</u> que todo iba a salir bien, a pesar de que	10	
las doctoras me explicaron que eran unos tumores benignos	11	
que crecían en el útero no deje de <u>sentir miedo</u> , y todo salió	12	
bien, si después que me dijeron del tumor cambio mi vida, me	13	
daba <u>miedo tener relaciones</u> pensé que eso me podría provocar	14	
más sangrado y dolor por lo que decidí no tener más relaciones	15	
sexuales hasta que me operaran, <u>tenía miedo</u> , no se pensé que	16	
algo podía pasar allí adentro, después de la operación mi	17	
<u>recuperación fue bien</u> , les pregunte a varias personas que	18	Relaciones sexuales placenteras (31)
habían sido operadas si les cambiaba al tener relaciones	19	
cuando le quitaran el útero y algunas me decían que si otras	20	
que no; sin embargo, seguí pensando que al sacarme el útero	21	
ya las relaciones no serían iguales, guarde mi reposo y luego	22	
que las inicie <u>me costaba</u> porque <u>psicológicamente no estaba</u>	23	
<u>preparada</u> , pero mi esposo me exigía ya cumplir con mi deber	24	Relación Afectiva con su pareja (32)
como su pareja, intente en varias oportunidades, pero no podía	25	
por <u>temor</u> , hasta que me relajé y me di cuenta que sí podía, de	26	
hecho, <u>fue placentera</u> , presente mis orgasmos sin problema y	27	
<u>estoy tranquila y feliz con mi pareja.</u>	28	
MN: Muchas gracias por tu entrevista.	29	
E ₃ : De nada.	30	
	31	
	32	
	33	
	34	

4.2 Categorización

Una vez recogida la información correspondiente a las entrevistas, fue necesario reducir sistemáticamente la cantidad de información aportada por las pacientes, a través de subcategorías y posteriormente a grandes categorías. Por lo cual, la reducción de estos datos, apunta a hacer una transición entre lo descriptivo y concreto, a lo explicativo y abstracto.

Se inicia este proceso con la construcción del cuadro con las grandes categorías las cuales emergen de ese relato de vida de cada una de las pacientes las cuales muy amablemente colaboraron con la obtención de la información respectiva, con el fin de explorar las actitudes de las pacientes post histerectomizadas en relación a su calidad sexual y así poder comprender los comportamientos asumidos por dichas las pacientes

Una vez establecidas las subcategorías, se observa de manera la aparición reiteradas de las mismas; por lo cual se procedió a agruparlas en una gran categoría como se puede observar en el cuadro N° 4. Para llegar a la construcción de las categorías se utilizó la comparación constante en la cual se confrontan las informaciones aportadas por las entrevistadas antes mencionadas en búsqueda de similitudes y diferencias.

Categorización de la información

Cuadro N° 4

Gran Categoría	Sub categorías	Códigos
Impacto de la noticia	Noticia muy fuerte	13-25-29
	Sensación de afectación	29-30-31
Estado emocional	Afligida ante la situación	31-33
Secuelas Post-operatorias	Molestias y dolor	34-35
Calidad sexual	Desagrado en las relaciones sexuales	39-40-41-42
Pareja	Relaciones sexuales traumáticas	47-48-53
	Apoyo por parte de la pareja	58
Impacto de la noticia	Noticia terrible	13-14
Estado emocional	Temor, angustia	13-14
Creencias	Creencias religiosas	23-24-33
Secuelas Post-operatorias	Dolores brutales	26-27-28
Calidad sexual	Satisfacción en las relaciones sexuales	31-32
Pareja	Buenas relación con la pareja	31-32
Impacto de la noticia	Noticia muy fuerte	12-11
Creencias	Creencias religiosas	10-13-14
Estado emocional	Temor, angustia	11-16-20
Calidad sexual	Relaciones sexuales placenteras	31
Pareja	Relación afectiva con su pareja	32

4.3 Triangulación

La triangulación proporciona una la validación de información, a través del cruce o contraste previo de dos o más fuentes de datos; en este caso para efectos de la investigación donde se amerita interpretar cómo influye la histerectomía en la calidad sexual de las pacientes. Se procedió con la revisión de la información, de acuerdo a la forma que han adquirido los datos, para permitir obtener una concreción que tanto contraste, como permita establecer similitudes entre las informaciones aportadas por las tres informantes.

Por esta razón, para lograr alcanzar dicho propósito antes mencionado, se consideró pertinente seleccionar como categorías emergentes clave solo tres, a continuación, se mencionan: *Impacto de la noticia*, ya que a través de la entrevista realizada a las pacientes quedó en descubierto que dicha noticia fue muy fuerte, les afectó mucho, generándole así una serie de temores.

La otra categoría clave para esta investigación fue *Estado Emocional y la calidad sexual*; ya que las informantes expresaron su temor o miedo porque sentían que su vida iba a cambiar, en especial el ritmo sexual con su pareja; por lo cual les generaba una alteración en su estado emocional. A continuación, se presenta la figura 1 la cual representa este proceso.

Etapa de Triangulación de la información

Figura 1



4.4 Contrastación

La contrastación en esta investigación, viene dada por el proceso de detección de coincidencias o semejanzas en los relatos dados por las pacientes, donde se hace necesario revisar detalladamente el significado de lo expresado con la finalidad de comprender y llegar a interpretar el fenómeno. Para ello se realiza una conceptualización de cada una de las grandes categorías emergentes en este acercamiento con las informantes clave, entre ellas se tienen las siguientes:

**Impacto de la noticia:* es concebido por el nivel de afectación que tiene la persona al momento de conocer una situación en la cual se ve comprometida su salud. En este caso las entrevistadas manifestaron abiertamente el impacto de la noticia la cual fue muy fuerte, les afectó mucho, generándole así una serie de temores.

* *Estado emocional:* diferentes expresiones manifestadas por las pacientes entrevistadas entre ellas se tienen, miedo y temor. Básicamente, las informantes expresaron su temor o miedo porque sentían que su vida iba a cambiar, en especial el ritmo sexual con su pareja; por lo cual les generaba una alteración en su estado emocional.

**Creencias:* fueron aquellas manifestaciones dadas por las informantes en torno a su fe, confianza en Dios, la Virgen, el Dr. José Gregorio Hernández; por lo cual se pudo apreciar la influencia en la parte emocional de estas creencias religiosas.

* *Secuelas Post-operatorias:* consideradas como aquellas manifestaciones de dolor, molestias después de la intervención, en este caso, se presentó con mayor fuerza en una sola paciente; mientras que, en el resto, las secuelas fueron superadas satisfactoriamente.

* *Calidad sexual:* se refiere en este caso a la información suministrada de manera confidencial por parte de las pacientes en cuanto a su actividad sexual después de la extirpación de útero. Donde quedó en evidencia en solo una entrevistada la afectación negativa en su calidad de vida indicando que es terrible, dolorosa traumática, mientras las otras pacientes expresaron lo contrario.

* *Pareja:* en este caso la presencia de la pareja es un factor relevante, ya que el apoyo que la paciente puede sentir por parte de su pareja le ayuda con la recuperación y a mantener una vida sexual activa.

Con todo esto precisado, se ha logrado tener una visión de la situación a partir de los relatos de las pacientes entrevistadas.

4.5 Teorización

Una vez realizada la triangulación donde se seleccionaron las tres grandes categorías las cuales brindaron información suficiente para dar respuesta a la interrogante planteada en este estudio, se procedió a aplicar la técnica de la teorización, con la cual se pretende generar una teoría fundamentada en los datos a través de un proceso de integración intuitivo y coherente de los resultados obtenidos complementado con las teorías, y las conclusiones, así pues, consiste en obtener una síntesis final que perciba, comprenda, contraste, ordene y establezca nexos entre lo investigado y lo obtenido. Entre los aspectos más destacados se tienen:

Partiendo del hecho que, en los últimos años, la histerectomía se ha vuelto de suma importancia en la vida de las mujeres, esto se debe, ya que es una de las operaciones más efectuadas entre las mujeres premenopáusicas; la misma produce efectos psicológicos que pueden llegar a incidir en la calidad de vida de las pacientes. De hecho, la histerectomía está rodeada de creencias y actitudes negativas, así como, que se ha generado un estereotipo negativo hacia las mujeres que han sido histerectomizadas.

Tal es el caso de esta investigación, donde una vez realizadas las entrevistas a las pacientes o informantes clave, quedó descubierto su temor o miedo a realizarse esta intervención, al sentir que su vida iba a cambiar, en especial el ritmo sexual con su pareja; por lo cual les generaba una alteración en su estado emocional comprometiendo la calidad sexual. Por ende, afectaría entonces su calidad de vida, considerada como factor importante, no solo desde el punto de vista físico sino también psicológico, sus relaciones sociales, en específico con su pareja; donde afortunadamente éstos le brindaron el apoyo necesario.

ESCENARIO V

GRANDES REFLEXIONES

Investigar en torno a la sexualidad femenina y las implicaciones que subyacen luego de una histerectomía ha sido un tema de constante discusión en el ámbito científico, en especial ya que se ha observado un impacto emocional en la mujer post-operada. Por ende, se requiere de manejar una información amplia y detallada sobre este aspecto. Considerando la sexualidad femenina es una construcción social que involucra diversos aspectos en la vida de una mujer la cual configura una dimensión fundamental basada en el sexo, que además incluye al género, las identidades sexuales, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor, y la reproducción.

Por lo cual, en este grupo de pacientes se presenta la situación, en la que culturalmente hablando muchas mujeres interpretan como castración a algunos procedimientos ginecológicos a la que puedan ser sometidas destacándose la histerectomía. Llegando a concebirlos como eventos que sin duda podrían alterar su calidad de vida causando un gran impacto sobre la calidad de su vida sexual.

Como investigadora, este aspecto me llamó mucho la atención, de allí que fue de vital importancia dar respuesta a la interrogante planteada, la cual consiste en ¿ocasionará la histerectomía impacto sobre la calidad de vida sexual de las mujeres intervenidas?

En función a lo anteriormente citado, se realizó cada una de las entrevistas a las pacientes quienes se mostraron en una disposición positiva a fin de dar insumos para esta investigación. Entre los elementos más destacados se pudo encontrar: *Impacto de la noticia*, ya que a través de la entrevista realizada a las pacientes quedó en descubierto que dicha noticia fue muy fuerte, les afectó mucho, generándole así una serie de temores. La otra categoría clave para esta investigación fue *Estado Emocional* y la *calidad sexual*; ya que las informantes expresaron su temor o miedo porque sentían que su vida iba a cambiar, en especial el ritmo sexual con su pareja; por lo cual les generaba una alteración en su estado emocional.

Inclusive, las creencias adaptadas en algunos contextos culturales llevan a las mujeres a asociar el útero a valores simbólicos importantes. La ausencia de este órgano causa impacto sobre la vivencia de la sexualidad y, consecuentemente, causa interferencia en la personalidad del ser humano. La existencia de esa creencia explica el hecho de que muchas mujeres se quejan de la disminución de la respuesta sexual después del retiro del útero.

Por tanto, los resultados de esta investigación de una u otra manera, fueron importantes para saber cómo apoyar a mujeres que hayan pasado por este procedimiento y entenderlas desde lo físico, psíquico, sexual y demás aspectos de la vida, y así ayudar en su reincorporación al ámbito social como cualquier otra mujer que no haya pasado por la histerectomía. Además, resultó una investigación muy interesante como médico, profesional, también por condición de mujer, madre, y miembro de una familia constituida también por mujeres.

Ahora bien, una vez realizado todo el proceso de interpretación correspondiente a la perspectiva fenomenológica hermenéutica, se develan los siguientes aspectos:

En primer lugar, las actitudes asumidas de las pacientes post histerectomizadas en relación a su calidad sexual, depende mucho del estado emocional, ya que, si se sienten deprimidas, desanimadas, esto afecta su calidad sexual. Asimismo, el hecho de sentir temor es natural de todo ser humano al verse en la situación de una operación quirúrgica donde van a extraer una parte de su cuerpo; en el caso de la mujer es mucho más impactante, debido a los estigmas creados por la sociedad; por lo cual en ocasiones, asumen comportamientos poco favorables; por ejemplo, al momento de recibir la noticia, les impactó de tal manera que se sintieron predispuestas hacia la ejecución de la operación, y posterior a la operación también se ven afectadas emocionalmente, les invade el miedo a tener las relaciones sexuales; por ende dependerá de las recomendaciones o educación que ésta pueda recibir al momento que acude a la consulta postoperatoria y a los chequeos respectivos. De hecho, una vez que las pacientes se relajan y dejan el miedo a un lado, se

dan cuenta que la realidad es otra y van retomando su calidad sexual; rompiendo con esos mitos o creencias que se tenían.

Finalmente se puede interpretar que la calidad sexual de las pacientes post histerectomizadas se ve impactada a corto y mediano plazo, pero posteriormente la paciente retoma su vida sexual normal; claro está, todo dependerá de la actitud asumida por cada una de ellas; es por ello, la importancia del papel que juega el médico tratante en torno a la sensibilización y educación que pueda brindarle a la paciente antes y después del procedimiento ¿el por qué se debe operar?, las posibles implicaciones, la mejor manera de afrontar la situación; es decir, si se logra educar a la pacientes y brindarle las herramientas necesarias antes del acto quirúrgico, entonces no van a asumir actitudes negativas las cuales puedan afectarla de forma emocional y por ende incidir en su calidad de vida sexual.

REFERENCIAS

1. Hurtado M. **Alternativas en psicología. Revista semestral. Tercera época. La sexualidad femenina.** Consultado en: <https://alternativas.me/attachments/article/95/9%20%20La%20sexualidad%20femenina.pdf> . Mayo 2021.
2. Gómez S. **Identidad Femenina: El cuerpo y la sexualidad de la mujer.** CienciaUAT, vol. 4, núm. 3. Consultado en: <https://www.redalyc.org/pdf/4419/441942919003.pdf>. Ciudad Victoria, México. Marzo, 2021.
3. Briceño Pérez C, Briceño Sanabria L, García S, Jaimes T, Briceño JC. **Histerectomía obstétrica: análisis de 15 años.** Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2009; 60(2). Disponible:https://www.researchgate.net/publication/289167238_Obstetric_hysterectomy_15_years_of_analysis.
4. Yanes Calderón M. **Climaterio y sexualidad: su repercusión en la calidad de vida de la mujer de edad mediana.** Consultado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-2125200800020000. Ciudad de La Habana, Cuba. Marzo 2021.
5. Bonicatto, S, Soria J. **Los instrumentos de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud.** Manual del Usuario. La Plata: Cata; 1998.2
6. Godoy M, Rodríguez R. **Calidad de vida de personas histerectomizadas entre 30 y 65 años de edad en el servicio de ginecología y obstetricia,** Hospital Vicente corral Moscoso 2017, cuenca-ecuador.
7. Silva M. **Importancia de una intervención psicoeducativa sobre sexualidad en mujeres sometidas a una histerectomía. Una revisión de la literatura.** Chile. 2017.
8. Cuevas V, Díaz L, Espinoza F, Garrido C. **Depresión y Ansiedad en mujeres histerectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía.** Chile. 2019.
9. Schmidt A, Dutra Sehnem G, Cardoso L. **Experiencias de mujeres histerectomizadas acerca de la sexualidad.** Brasil. 2019.

10. Torres A, Bretones C, Fernández S. **Reacciones sexuales, físicas y emocionales de mujeres Histerectomizada: Un estudio cualitativo de testimonios**. República Dominicana. 2020.
11. Urrutia MT, Araya A, Riquelme P. **“Satisfacción con la educación recibida en un grupo de mujeres histerectomizadas”**. 2008.
12. Orts Llorca F. **“Anatomía Humana”**. 5ta Edición. Tomo III. Editorial científico médica. 2001. Barcelona.
13. Clarke A. **“Hysterectomy Alternatives and Aftereffects”**. **“Enfoque integral de la paciente histerectomizada”**. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile. 2001.
14. Hernandez M, Barron J, Rojas L. **Miomatosis uterina: implicaciones en la edad reproductiva**. México. 2017.
15. Xinmei Zhang D, Bangchun Lu M, Xiufeng Huang M. **Inervación del endometrio y miometrio en mujeres con adenomiosis dolorosa y fibromas uterinos, fertilidad y esterilidad**. Vol. 94, No. 2, Julio 2010.
16. Vicente Solà D, Paolo Ricci A, Jack Pardo S, Enrique Guiloff F. (2006). **Histerectomía: una mirada desde el suelo pélvico**. Agosto 2015, de Revista chilena de Obstetricia y Ginecología Sitio web: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n5/art12.pdf>.
17. Bonicatto, S, Soria J. **“Los instrumentos de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud”**. Manual del Usuario. La Plata: Cata; 1998.
18. Núñez Manayay TM, Vera Ñañez HJ. **Experiencias psicosexuales de pacientes histerectomizadas del servicio de ginecología del hospital regional docente las mercedes**. Chile. 2013.
19. Barrios Llumpo V, Rodríguez Núñez Y. **Concepciones y sentimientos de la mujer histerectomizada desde la perspectiva de su condición de género**. Rev. In Crescendo Ciencias de la salud. 2015. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendosalud/article/view/851>.
20. Masters W. **La sexualidad humana**. Sed. Barcelona: Ediciones Grijalbo.2014.
21. Ministerio del Poder Popular para la Ciencia y la Tecnología. **Código de ética para la vida. República Bolivariana de Venezuela**. 2011.

22. Leal, J. **La autonomía del sujeto investigador y la metodología de investigación.** Disponible:https://www.academia.edu/35906076/La_Autonom%C3%ADa_del_Sujeto_Investigador_y_la_Metodolog%C3%ADa_de_Investigaci%C3%B3n. 2011.
23. Martínez, M. (2008). Epistemología y Metodología Cualitativa. Trillas.
24. Hernández-Sampieri, R. (2018). Metodología de la Investigación: Las Rutas Cuantitativa Cualitativa y Mixta. McGraw-Hill Interamericana.
25. Espinoza I. **Tipos de muestreo.** Unidad de investigación científica, facultad de ciencias médicas. Honduras. 2016.
26. Glaser, B. & A. Strauss **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.** 1967. New York: Aldine Publishing.
27. Denzin, N. K. **Sociological Methods: A Source Book.** Chicago: Aldine Publishing Company. 1970.

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENTREVISTA

Yo _____ declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio sobre **CALIDAD SEXUAL EN PACIENTES POST HISTERECTOMIZADAS SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”. ENFOQUE FENOMENOLÓGICO –HERMENÉUTICO. FEBRERO – JULIO 2021**, consistirá en responder una entrevista que pretende aportar al conocimiento, comprendiendo que mi participación es una valiosa contribución.

Acepto la solicitud de que la entrevista sea grabada en formato de audio para su posterior transcripción y análisis, a los cuales podrá tener acceso el equipo docente y la residente del tercer año Dra. Mary Nieto del área de postgrado de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” que guía dicha investigación. Declaro que se me ha explicado que la información que entregue estará protegida por el anonimato y la confidencialidad, así mismo que mi participación no tiene ningún beneficio económico.

Además, la entrevistadora me ha dado seguridad de que no se me identificará en ninguna oportunidad en el estudio. Por lo tanto, como participante, acepto la invitación en forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un informe, para ser presentado como parte de la investigadora. He leído esta hoja de Consentimiento y acepto participar en este estudio según las condiciones establecidas.

Nombre y Apellido de la participante: _____

Cédula de Identidad: _____

Fecha: ___ / ___ / ___

Firma de la participante

Firma de la investigadora

ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO 1

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENTREVISTA

Yo María Julio declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio sobre CALIDAD SEXUAL EN PACIENTES POST HISTERECTOMIZADAS SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE". ENFOQUE FENOMENOLÓGICO -HERMENÉUTICO. FEBRERO - JULIO 2021, consistirá en responder una entrevista que pretende aportar al conocimiento, comprendiendo que mi participación es una valiosa contribución.

Acepto la solicitud de que la entrevista sea grabada en formato de audio para su posterior transcripción y análisis, a los cuales podrá tener acceso el equipo docente y la residente del tercer año Dra. Mary Nieto del área de postgrado de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" que guía dicha investigación. Declaro que se me ha explicado que la información que entregue estará protegida por el anonimato y la confidencialidad, así mismo que mi participación no tiene ningún beneficio económico.

Además, la entrevistadora me ha dado seguridad de que no se me identificará en ninguna oportunidad en el estudio. Por lo tanto, como participante, acepto la invitación en forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un informe, para ser presentado como parte de la investigadora. He leído esta hoja de Consentimiento y acepto participar en este estudio según las condiciones establecidas.

Nombre y Apellido de la participante: María Julio

Cédula de Identidad: E-499719563 Fecha: 15/09/21

María Julio
Firma de la participante

[Firma]
Firma de la investigadora

ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENTREVISTA

Yo Yanelis Gil declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio sobre CALIDAD SEXUAL EN PACIENTES POST HISTERECTOMIZADAS SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE". ENFOQUE FENOMENOLÓGICO -HERMENÉUTICO. FEBRERO - JULIO 2021, consistirá en responder una entrevista que pretende aportar al conocimiento, comprendiendo que mi participación es una valiosa contribución.

Acepto la solicitud de que la entrevista sea grabada en formato de audio para su posterior transcripción y análisis, a los cuales podrá tener acceso el equipo docente y la residente del tercer año Dra. Mary Nieto del área de postgrado de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" que guía dicha investigación. Declaro que se me ha explicado que la información que entregue estará protegida por el anonimato y la confidencialidad, así mismo que mi participación no tiene ningún beneficio económico.

Además, la entrevistadora me ha dado seguridad de que no se me identificará en ninguna oportunidad en el estudio. Por lo tanto, como participante, acepto la invitación en forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un informe, para ser presentado como parte de la investigadora. He leído esta hoja de Consentimiento y acepto participar en este estudio según las condiciones establecidas.

Nombre y Apellido de la participante: Yanelis Gil

Cédula de Identidad: 15771905

Fecha: 15/09/2021

Yanelis Gil

Firma de la participante

[Firma]

Firma de la investigadora

ANEXO N° 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENTREVISTA

Yo yosaidel vera declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio sobre CALIDAD SEXUAL EN PACIENTES POST HISTERECTOMIZADAS SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE". ENFOQUE FENOMENOLÓGICO -HERMENÉUTICO. FEBRERO - JULIO 2021, consistirá en responder una entrevista que pretende aportar al conocimiento, comprendiendo que mi participación es una valiosa contribución.

Acepto la solicitud de que la entrevista sea grabada en formato de audio para su posterior transcripción y análisis, a los cuales podrá tener acceso el equipo docente y la residente del tercer año Dra. Mary Nieto del área de postgrado de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" que guía dicha investigación. Declaro que se me ha explicado que la información que entregue estará protegida por el anonimato y la confidencialidad, así mismo que mi participación no tiene ningún beneficio económico.

Además, la entrevistadora me ha dado seguridad de que no se me identificará en ninguna oportunidad en el estudio. Por lo tanto, como participante, acepto la invitación en forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un informe, para ser presentado como parte de la investigadora. He leído esta hoja de Consentimiento y acepto participar en este estudio según las condiciones establecidas.

Nombre y Apellido de la participante: yosaidel vera

Cédula de Identidad: 16.773.266

Fecha: 15/9/2021

yosaidel vera

Firma de la participante

[Firma]

Firma de la investigadora

ANEXO N° 4

Entrevista informante 1.

MN: ¿hola como esta? Buenos días.

MH: bien Dra. Buenos días.

MN: gracias por formar parte de mi trabajo de grado, vamos a darle inicio a la entrevista, puedes hablar de forma espontánea, esta entrevista es totalmente confidencial.

MN: comencemos.

MH: ok Dra.

MN: ¿Cómo fue tu experiencia desde el momento que te enteraste que ibas a ser operada de histerectomía y como esto ha influido en tu calidad o vida sexual?

MH: bueno a los 35 años me diagnosticaron un mioma uterino lo cual está alojado era bastante grande, bueno como todo en ese momento no lo creía por la edad y por muchas otras cosas más, pensé que todo estaba bien, bueno cuando ya me vieron los médicos me dijeron que obligatoriamente había que hacerme una histerectomía parcial dependiendo de lo que se consiguieran y lo que estuviera allá adentro, lo ideal bueno era que iban a tratar de salvarme el útero porque solo tenía una hija y bueno yo pensaba tener más hijos, me mandan a hacer hasta una resonancia magnética lo cual arrojo que, sí que estaba del lado izquierdo y que estaba afectado el ovario izquierdo, entonces ya estaba muy grande, era muy grande el mioma, bueno deciden operarme con la idea de poder dejarme el útero y eso, resulta y acontece que después de la operación me dan la noticia que no, que no se pudo salvar el útero, que estaba muy afectado dejaron el ovario izquierdo y el derecho, me operan me sacan el útero, el día que me operan la cúpula cedió y me tuvieron que volver a reintervenir, esto como todo no fue fácil, que le digan a uno que no va a poder tener más hijos eso me afecto mucho, en muchos aspectos emocionales y bueno en mi vida también, pero bueno estaba viva, después de eso empezó mi lucha, después mi recuperación gracias a dios me recupere bien dentro de lo que cabe, pero siempre quede con una molestia, un dolor fui en varias ocasiones a consulta y bueno eso pudo haber sido muchas cosas el ovario izquierdo todavía me seguía doliendo, y con respecto a la parte de las relaciones sexuales y mi vida sexual ya son 8 meses que ya tengo de operada que prácticamente nada es agradable, no es nada satisfactorio de verdad que el mismo dolor la inflamación la misma molestia mucho dolor y de verdad que es muy desagradable no es nada agradable mantener una relación sexual ya que para mí es más que todo sentirme agredida mas no una satisfacción,

entonces después de todo sigo en esto todavía, bueno sigo así, pero entre todo lo que cabe haberme enterado tantas cosas, la cuestión del útero y después de 8 meses seguir padeciendo con un dolor y de verdad las relaciones sexuales fueron algo muy traumático para mí hasta los momentos sigue siendo traumático hasta que no logre solventar este problema y bueno no es nada fácil y me imagino no debe ser fácil para ninguna mujer uno en la edad en que me paso a mí y dos en que bueno no ha sido en 8 meses fácil para mí en la parte de las relaciones sexuales ya que son dolorosas, me, no provoca, no provoca absolutamente nada, a veces tengo resequedad, pero no hay una cuestión que sea bonita, no hay una satisfacción como debería de ser, yo tengo una pareja tanto como para mí fue difícil por los malestares y bueno lógicamente para mi pareja que bueno dentro de lo que cabe hasta los momentos me ha apoyado y ha estado allí pero tampoco es fácil, no es fácil quejarse, o en un momento dado decir no, no se puede y no quiero, porque el simple hecho de sentirme dolida.

MN: gracias por tu participación.

MH: a su orden.

ANEXO N° 5

Entrevista informante 2.

MN: ¿hola, como estas?

MJ: excelente Dra.

MN: me alegra mucho. Te voy a realizar la entrevista, soy todo oídos, y muchas gracias por participar.

MJ: de nada Dra., siempre a su orden.

MN: Bueno, comencemos. ¿Cuéntame cómo fue tu experiencia cuando te enteraste que se te iba a realizar una histerectomía y como eso ha influido en tu calidad sexual después de la intervención quirúrgica?

MJ: buenas noches, bueno yo soy paciente de la Dra. Mary Nieto me hicieron en febrero una histerectomía parcial, cuando me dicen que ya me tienen que hacer una histerectomía ya sea total o parcial eso para mí fue terrible, terrible porque pensé que ya de pronto me entro un temor porque pensé que algo iba a cambiar con mi pareja, porque yo soy una mujer muy activa en la parte sexual, pero no, nada cambio gracias a dios que no, fue una operación exitosa mi recuperación fue espectacular gracias a dios no tuve ningún percance ni he tenido ningún problema pensé que las cosas me iban a cambiar, pero para nada, para nada, entonces invito a esas personas, esas mujeres que les diagnostican que le tienen que hacer una histerectomía que no les de miedo y que, si es en manos, van a estar en manos de la Dra. Mary Nieto a ojos cerrados y confiando en Dios y en esas manos tan poderosas y en un ser humano tan supremamente súper especial, cuando me venía antes de ser operada los dolores eran brutales horribles, horribles, horribles, eso eran dolores que me tenía que colocar diclofenaco que ya no me hacía nada me tenía que colocar por ultimo tramal por los dolores y gracias a dios en febrero con temor porque pensé que iba a cambiar vuelvo y lo digo, pero no, no cambio en nada con mi pareja y mis relaciones, lubrico y me excito igual en eso no ha cambiado es más creo que más jajajajaja mejore en eso y todo bien gracias a dios a la virgen y a la Dra. Mary Nieto de verdad con el corazón en la mano deje de sufrir de esos dolores menstruales que me daban todos los meses.

MN: muchísimas gracias por tus palabras y por tu participación.

MJ: de nada para mí es un placer participar en su tesis Dra que Dios la bendiga.

ANEXO N° 6

Entrevista informante 3.

MN: hola buenas tardes. ¿Cómo te sientes?

DZ: hola Dra. Muy bien gracias a Dios.

MN: vamos a darle inicio a la entrevista.

DZ: ok Dra.

MN: Te pregunto ¿cómo fue tu experiencia cuando te enteraste que se te iba a realizar una histerectomía y como eso ha influido en tu calidad sexual después de la intervención quirúrgica?

DZ: desde que se me detecto el tumor en el útero he sido una paciente fuerte, no demostré debilidad, tuve mucha fe en Dios y en ustedes que todo iba a salir bien, si me asuste porque la palabra tumor verdad eso deja a cualquiera en shock y así quede yo, pero siempre pensé en Dios y en el Dr., José Gregorio Hernández que todo iba a salir bien, a pesar de que las doctoras me explicaron que eran unos tumores benignos que crecían en el útero no deje de sentir miedo, y todo salió bien, si después que me dijeron del tumor cambio mi vida, me daba miedo tener relaciones pensé que eso me podría provocar más sangrado y dolor por lo que decidí no tener más relaciones sexuales hasta que me operaran, tenía miedo, no se pensó que algo podía pasar allí adentro, después de la operación mi recuperación fue bien, les pregunte a varias personas que habían sido operadas si les cambiaba al tener relaciones cuando le quitaran el útero y algunas me decían que si otras que no, sim embargo seguí pensando que al sacarme el útero ya las relaciones no serían iguales, guarde mi reposo y luego que las inicie me costaba porque psicológicamente no estaba preparada, pero mi esposo me exigía ya cumplir con mi deber como su pareja, intente en varias oportunidades, pero no podía por temor, hasta que me relajé y me di cuenta que si podía, de hecho, fue placentera, presente mis orgasmos sin problema y estoy tranquila y feliz con mi pareja.

MN: muchas gracias por tu entrevista.

DZ: de nada.