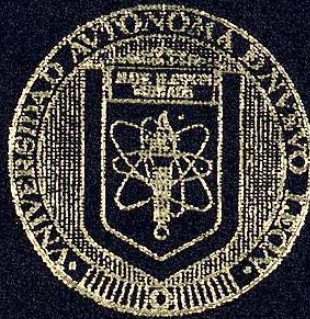


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



ASPECTOS SOCIALES QUE INFLUYEN EN
LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DE
MUJERES CON HISTERECTOMIA

POR

JULIA TERESA LOPEZ ESPAÑA
LICENCIADA EN ENFERMERIA

COMO REQUISITO PARCIAL
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN ENFERMERIA CON
ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

JUNIO DE 1995

TM

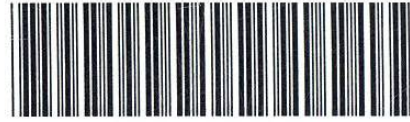
Z6675

.N6

FEN

1995

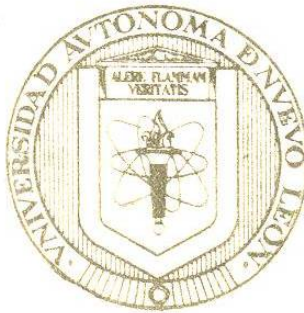
L6



1020090160

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



ASPECTOS SOCIALES QUE INFLUYEN EN
LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DE
MUJERES CON HISTERECTOMIA

POR

JULIA TERESA LOPEZ ESPAÑA
LICENCIADA EN ENFERMERIA

COMO REQUISITO PARCIAL
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN ENFERMERIA CON
ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

JUNIO DE 1995

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

ASPECTOS SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA CAPACIDAD DE
AUTOCUIDADO DE MUJERES CON HISTERECTOMIA

POR:

JULIA TERESA LOPEZ ESPAÑA

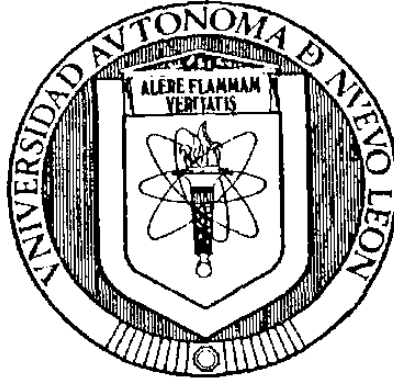
LICENCIADA EN ENFERMERIA

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA
EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

JUNIO DE 1995

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



**ASPECTOS SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA CAPACIDAD DE
AUTOCUIDADO DE MUJERES CON HISTERECTOMIA**

PRESENTA:

LIC. JULIA TERESA LOPEZ ESPAÑA

ASESOR:

LIC. MA. DEL REFUGIO DURAN LOPEZ, M.E.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

MONTERREY, N.L., JUNIO DE 1995

TM
Z6675
.N6
FEn
1995
L6



FONDO TESIS

DEDICATORIA

A DIOS

Por darme fé, esperanza y la satisfacción de alcanzar una meta más.

A MIS PADRES

Eulalio y Ma. Elena, por la vida que me dieron, por enseñarme a vivirla y a quines les debo lo que ahora soy.

A MI QUERIDISIMO ESOSO

Fausto Ledezma Aguilar, por su amor, paciencia y motivarme a seguir adelante en mi superación profesional.

A MIS HIJOS CYNTHIA Y JAHIR

Por soportar los momentos que no pase a su lado y demostrarme todo su amor y cariño.

A MIS HERMANOS

Por su apoyo incondicional y compartir conmigo los momentos difíciles.

Gracias.

AGRADECIMIENTOS

A Dios que lo hizo todo, que me dio vida y salud.

A las Autoridades de la máxima casa de estudios de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

A la Directora de la Facultad de Enfermería, Lic. Mariana López de Laredo, por el apoyo brindado durante el desarrollo de la Maestría para concluir una etapa más en mi vida profesional.

A la Lic. Ma. del Refugio Durán López, por su acertada asesoría y estímulo en la búsqueda del conocimiento científico.

A la Lic. Dora Elia Silva Luna, Secretario de Postgrado, por inculcarme el deseo ferviente de superación, en lo personal y profesional.

A todos los maestros del Departamento Materno Infantil, en especial a la Lic. Margarita Magallanes, por su apoyo incondicional.

A la Lic. Guadalupe Moreno Monsivaís por su valiosa ayuda en la captura y procesamiento de datos.

A la Srita. Socorro Patiño Reyes por su mecanografiado.

ASPECTOS SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA CAPACIDAD DE
AUTOCUIDADO DE MUJERES CON HISTERECTOMIA

DECISION DEL JURADO

COMISION DE TESIS

Presidente

Secretario

Vocal

JUNIO DE 1995

INDICE

HOJA

RESUMEN

AGRADECIMIENTOS

DEDICATORIA

CAPITULO I

INTRODUCCION

1

1.1 Planteamiento del Problema.

4

1.2 Hipótesis.

6

1.3 Objetivos.

6

1.4 Importancia del Estudio.

6

1.5 Limitación del Estudio.

7

1.6 Definición de Términos.

8

CAPITULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

11

2.1 Aspectos Fisiológicos.

11

2.2 Aspectos Sociales.

13

2.3 Conceptos del Modelo de Autocuidado de Orem.

20

CAPITULO III

METODOLOGIA

25

3.1 Sujetos.

25

3.2 Material.

26

3.3 Procedimiento.

26

3.4 Etica del Estudio.

28

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Aspectos Demográficos.

29

4.2 Aspectos Sociales.	34
4.3 Capacidad de Autocuidado.	43
CAPITULO V	
DISCUSION	49
5.1 Conclusiones.	52
5.2 Recomendaciones.	53
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	55
APENDICE A. CEDULA DE ENTREVISTA	
APENDICE B. INSTRUCTIVO	

RESUMEN

El propósito del estudio fue conocer la relación entre la capacidad de autocuidado y algunos aspectos sociales de importancia en la histerectomizada, así como identificar cambios en la relación de pareja.

El estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal. La muestra de 150 mujeres con histerectomía y su selección fue no probabilística y de conveniencia.

Se diseñó un instrumento por la autora del estudio en el que se captaron las variables de interés. Para el análisis de los datos se utilizaron medios electrónicos y los paquetes estadísticos S.P.S.S. y S.A.S.

Los resultados más relevantes fueron los siguientes: en el 84 por ciento de las mujeres la capacidad de autocuidado fue inadecuada y en el 16 por ciento adecuada. En términos generales la relación de pareja se vió deteriorada después de la histerectomía.

El estudio permitió conocer que el significado del útero y la relación con la familia política, como indicadores en los aspectos sociales demostraron correlación positiva leve con la capacidad de autocuidado de la mujer y la escolaridad mostró una significancia de 0.001 respecto a la capacidad de autocuidado.

Se recomienda que en futuros estudios la capacidad de autocuidado sea valorada con objetividad a través de un estudio longitudinal y de intervención para conocer lo que la mujer conoce y hace para cuidarse así misma.

LISTA DE GRAFICAS

1.	Tipo de hysterectomizadas.	29
2.	Edad de hysterectomizadas.	30
3.	Estado Marital de hysterectomizadas.	31
4.	Escolaridad de Hysterectomizadas.	32
5.	Ocupación de Hysterectomizadas.	33
6.	Número de Hijos en Hysterectomizadas.	34
7.	Opinión sobre útero e hysterectomía.	35
8.	Opinión de sí misma en el postoperatorio.	36
9.	Función de esposa antes y después de la hysterectomía.	37
10.	Relación sexual de la pareja antes y después de la hysterectomía.	38
11.	Comunicación en la pareja antes y después de la hysterectomía.	39
12.	Afecto de la pareja antes y después de la hysterectomía.	40
13.	Opinión de las mujeres con respecto a cambio con grupos sociales.	42
14.	Capacidad de autocuidado en hysterectomizadas.	43

LISTA DE CUADROS

1.	Tipo de relaciones con diferentes grupos sociales de la histerectomizada.	41
2.	Capacidad de autocuidado y aspectos sociales y demográficos.	44
3.	Capacidad de autocuidado y escolaridad.	45
4.	Edad y aspectos sociales.	46
5.	Edad y aspectos sociales significativos.	47
6.	Tipo de histerectomía y aspectos sociales.	48

CAPITULO I

INTRODUCCION

Al examinar los datos sobre población en México publicados por la Secretaría de Programación y Presupuesto en 1990, se encontró que la población entre 20 y 50 años para ambos sexos era de 27;565,000 y la proyectada para el año 2000 es de 47;200,000 lo que representa que se duplicará la población en esta edad; de la población referida, corresponde para el sexo femenino en general el 51 por ciento. Por otra parte la esperanza de vida en México se ha incrementado grandemente, ya que en 1970 fue de 61 años, en 1980 aumentó a 65 años y para el año 2000 se espera que sea de 70 años, aunque esta cifra ha sido rebasada en los noventa, pues en los hombres actualmente es de 69 años y en la mujer de 73 según datos del último censo de población del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 1990).

La meta de Salud para todos para el año 2000, ha contribuido en parte a que aumente la esperanza de vida con la implementación de programas de salud específicos para detectar oportunamente la morbilidad de la población, entre las que destacan las de orden ginecológico. El programa Detección Oportuna de Cáncer de Mama y Cérvix, incluye la identificación a tiempo de la enfermedad, lo que puede disminuir la morbilidad y mortalidad por estas causas y favorece que la mujer viva

más, según lo referido por García Vela (1987).

La histerectomía es un tratamiento ginecológico que ha contribuido a que disminuya la mortalidad en mujeres jóvenes y maduras, por lo tanto es la operación ginecológica que con más frecuencia se practica hoy en día en países como Suecia, Estados Unidos y México. Según datos estadísticos de Estados Unidos en 1987 se realizaron 530 histerectomías por cada 100,000 mujeres y las causas mas importantes donde se indicó este tratamiento fueron leiomioma, carcinoma in situ de cérvix y endometriosis.

En Suecia la frecuencia de la citada operación fue de 150 por cada 100,000 mujeres en 1987 y las patologías mas frecuentes señaladas por Nathorst y Col. en 1992 que llevaban a esta indicación, era leiomioma y sangrado uterino difusional.

En México, según reportes de la Secretaría de Salud y Asistencia, anualmente se registran 30,000 histerectomías y en Nuevo León es uno de los tratamientos más frecuentes para enfermedades como distopias genitales, infección pélvica y tumores malignos.

Según lo encontrado en el Hospital Universitario y Metropolitano de Monterrey, Nuevo León, México se realizaron 528 histerectomías en el período comprendido de enero a diciembre de 1991 y las complicaciones durante el post-operatorio tuvieron un incremento de 5.5 por ciento de 1980 a 1987, dentro de las cuales las más comunes fueron: dehiscencia e infección de la herida quirúrgica, infecciones urinarias y

fístulas en vejiga, cabe mencionar que las estadísticas de las instituciones hospitalarias antes mencionadas, muestran que en los años 80's las edades de la mujer a quienes se les indicaba histerectomía, tenía entre los 45 y 50 años. En los 90's las edades donde se practica este tratamiento quirúrgico varían entre los 20 a 50 años, y de ellos corresponde al grupo de 20 a 30 años en 15 por ciento, de los 31 a 40 años en 25 por ciento, de los 41 a 50 años con 30 por ciento y lo que implica cambios fisiológicos, psicológicos y sociales.

Por otro lado, el conocimiento que tienen algunas mujeres de las intervenciones quirúrgicas son equivalentes a amenazas para su integridad física, psicológica y social, mucho más cuando se trata de extirparle un órgano que identifica como parte de su feminidad, por lo que algunas mujeres en función del conocimiento que tienen de su cuerpo pueden tener reacciones negativas o positivas respecto a su salud. (Bruner, 1989).

En este sentido, la sociedad a lo largo del tiempo le ha dado al útero un lugar importante en la feminidad de la mujer, por lo que al conocer que carecen de este órgano, en ocasiones se le devalúa como persona debido a las malas interpretaciones, desinformaciones o rumores que se transmiten entre las mismas mujeres, según lo referido por Castillo del Pino (1980) y Vázquez L. (1979).

Con respecto a esta problemática, en Estados Unidos, Thomas J. en 1992 realizó un estudio sobre la importancia de las visitas en el hogar y el papel tan valioso que juega la

enfermera comunitaria, en la recuperación de la histerectomizada y concluyó que existen indicaciones válidas para realizar visitas en el hogar a histerectomizadas, ya que permite lograr una apreciación del estado de la paciente para un cuidado inmediato y oportuno.

Las intervenciones de enfermería serán enfocadas hacia las necesidades de salud y orientación para prevención de otros problemas promoviendo en la paciente el desarrollo de habilidad para resolverlos, lo anterior con el fin de crear un compromiso para participar activamente en su autocuidado una vez que retornan al hogar.

El propósito principal de este estudio, fue el conocer la capacidad de autocuidado en la histerectomizada y determinar si algunos factores sociales influyen en ella.

1.1 Planteamiento del Problema

Durante los últimos años se ha dado gran importancia al autocuidado, debido a que es considerado como indispensable para el logro de la meta Salud para todos en el año 2000; sin embargo, en la experiencia profesional los programas de salud parecen considerar al individuo como un ser pasivo, lo que limita su participación.

Lo anterior, quizás se deba al poco conocimiento que tiene el personal de salud, en la aplicación de la teoría de autocuidado. Algunos estudios realizados en México, investigaron el cuidado que tienen las personas con

enfermedades crónico degenerativas y la participación que tiene la familia y el personal de salud para el restablecimiento de la salud. Sin embargo, en mujeres con intervención quirúrgica no se tiene conocimiento de alguna investigación sólo se cuenta con estudios enfocados a los efectos causados por la histerectomía en los aspectos físicos y psicológicos.

En la experiencia profesional, se ha observado que la histerectomizada presenta intranquilidad, reflejada en su estado de ánimo, que generalmente es de angustia ante el evento quirúrgico desconocido para ella y lo externa a la enfermera con expresiones como "Me he quedado hueca", "ya no soy mujer" y dudas como ¿voy a seguir reglando?, ¿podré tener más hijos?, ¿cuándo podré iniciar las relaciones sexuales?, ¿qué ejercicios puedo realizar en el hogar?

Lo anterior refleja el interés que tiene de lo que va a pasar a su organismo, así como en su vida futura, una vez que se integren al hogar, sobre todo cuando muchas mujeres y la sociedad en la que viven, conciben al útero como centro de su feminidad y a la maternidad como su máxima realización y al dejar de serlo entran en conflicto, que en ocasiones no puede resolver debido a la falta de información disponible.

Por lo tanto, en la presente investigación se exploró el siguiente cuestionamiento: ¿Existe relación

entre algunos aspectos sociales de la histerectomizada y su capacidad de autocuidado?

1.2 Hipótesis

H1 Algunos aspectos sociales influyen en la capacidad de autocuidado de la histerectomizada.

Ho Algunos aspectos sociales no influyen en la capacidad de autocuidado de la histerectomizada.

1.3 Objetivos

General. Conocer la relación entre la capacidad de autocuidado y algunos aspectos sociales en la histerectomizada.

Específicos.

- Determinar el perfil demográfico y social de la histerectomizada.
- Identificar la capacidad de autocuidado en la histerectomizada.
- Identificar cambios en la relación de la histerectomizada con la pareja y grupos sociales.
- Describir la relación entre algunos aspectos sociales de la histerectomizada y su capacidad de autocuidado.

1.4 Importancia del Estudio.

El presente estudio favorece a la Enfermería Comuni-

taria al conocer el perfil demográfico, y social de la histerectomizada, aspectos que debe considerar en la elaboración de programas de promoción y recuperación de la salud, además de identificar las necesidades respecto al autocuidado.

El conocer los aspectos sociales, ayudan a preveer la respuesta que va a presentar la mujer ante la histerectomía, en la familia, con su pareja y grupos sociales, facilitando la implementación de actividades profilácticas, por la enfermera comunitaria.

Al conocerse la capacidad de autocuidado en la mujer, facilita al binomio enfermera comunitaria-paciente, a delimitar la parte que tiene cada uno en el proceso de recuperación de la salud favoreciendo el compromiso y la participación activa de la histerectomizada.

Otros miembros del equipo de salud, se verán beneficiados del presente estudio, ya que ofrece una línea poco explorada, en la que se pueden valorar otros aspectos como la psicológica, nutricional, de salud mental entre otras.

1.5 Limitaciones del Estudio

El instrumento usado en el estudio incluyó dos aspectos de capacidad de autocuidado, que son: la fase estimativa o de conocimiento y la fase de realización de la acción, y no se consideró la forma de tomar decisiones

para conservar la salud, por lo que es débil en este aspecto.

Por tratarse de un estudio transversal aplicado únicamente a la mujer se limitó el observar el patrón real de la vida social. Además no se consideró la opinión de sus grupos sociales.

La heterogenicidad de la muestra dificulta la generalización de los datos, por ser de conveniencia disminuye su confiabilidad.

1.6 Definición de Términos.

Agencia de Autocuidado. En este estudio se consideró la habilidad, capacidad o poder que tiene la persona para comprometerse en determinada acción. (Donohue, 1989).

Agente de Autocuidado. Es la persona que tiene la habilidad para comprometerse en la acción. (Donohue, 1989).

Aspecto Social. Número de hijos y función de esposa en la familia, significado de útero e histerectomía y la opinión de sí misma, así como la relación de pareja y grupos sociales. (Rodeny, 1979).

Autocuidado. La acción de las personas que desarrollan la habilidad para cuidar de sí mismas en sus respectivos ambientes. (Orem, 1974).

Capacidad de Autocuidado. Para fines de este estudio se considerará el conocimiento y la habilidad que tienen las mujeres operadas de histerectomía para implementar medidas de cuidado personal con respecto a la intervención quirúrgica pudiendo ser:

Adecuado. Cuando la mujer tenga el conocimiento y habilidad para cuidarse a si misma en el postoperatorio.

Inadecuado. Lo contrario de lo anterior. (Fawcett, 1986).

Datos Demográficos. Se consideraron en este estudio el lugar donde radican, procedencia, edad, escolaridad, ocupación, tipo de histerectomía, días postoperatorios. (INEGI, 1990).

Función de Esposa en la Familia. Actividades que realizan las mujeres en la familia y pueden ser:

Esposa-Madre. Que realizan actividades enfocadas al cuidado de los hijos y del hogar.

Esposa-Colaboradora. Que además del cuidado de los hijos y el hogar contribuyen económicamente en la familia.

Esposa-Compañera. Que se dedican a fortalecer el papel social del marido y lleva en segundo lugar el cuidado de los hijos. (Pindas, CH. P.).

Grupos Sociales. En este estudio se consideraron a la iglesia, vecinos, familia, política y consanguínea. (Freedman).

Histerectomía. Extirpación del útero. (Benson, 1990).

Histerectomía con Salpingoforectomía. Extirpación del útero, trompas de falopio y ovarios llamándose unilateral cuando solo retiran un ovario y bilateral cuando se extirpan los dos, ocasionando en ésta última la menopausia súbita, cuando la mujer no pasa todavía esta etapa. (Benson, 1990).

Menopausia. Para fines de este estudio se consideró decremento de las funciones fisiológicas de los órganos reproductores entre los 40 a 50 años. (Castillo del Pino, 1980).

Post-operatorio. Para fines de este estudio se consideró el lapso de seis meses después de habersele efectuado la histerectomía (Altirriba).

Relación de Pareja. Es la interacción sexual, afecto y comunicación que se lleva a cabo la mujer operada de histerectomía con su pareja. (López Juárez, 1979). Se clasificó en:

Mal. Cuando no había relación sexual, el afecto y comunicación eran mínimas.

Regular. Tenían ocasionalmente relaciones sexuales poco satisfactorias, el afecto y comunicación era para los asuntos cotidianos.

Bien. Tenían relaciones sexuales satisfactorias, había afecto y comunicación positiva.

CAPITULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1 Aspectos Fisiológicos.

El aparato reproductor de la mujer está formado por diversos órganos entre ellos: el útero, ovarios, trompas de falopio y vagina, todos con funciones específicas, como son; la menstruación, preparación para la implantación del huevo, desarrollo del mismo, así como la expulsión del feto son llevados a cabo en el útero, los ovarios por su parte, son componente básico en la reproducción, en el cual se lleva a cabo funciones como la ovulación y la producción de hormonas como estrógenos y progesterona.

Los estrógenos se relacionan con las características que contribuyen a la formación de feminidad, tienen además efectos sobre algunas hormonas y proteínas transportadoras, ayuda a sintetizar el calcio y pueden producir aumento del deseo sexual, también contribuyen en el metabolismo de las lipoproteínas y triglicéridos. (Olds, B., 1987).

La literatura reciente, señala el climaterio como un proceso de cambio en el que ocurre un decremento de las funciones del aparato reproductor y se presenta en las edades de 40 a 50 años, aunque el estudio realizado por

García Vela y Col. (1987) en León, Guanajuato refieren que el promedio de edad en la que se presenta el climaterio es a los 48.2 años.

Por otro lado en la actualidad algunas enfermedades que se presentan en el aparato reproductor y que con mayor frecuencia aquejan a la mujer son la miomatosis uterina, endometriosis y cáncer cérvico uterino (Estadística de Secretaría de Salud, 1990) y el tratamiento para estas patologías con mayor frecuencia es la histerectomía. Este tratamiento quirúrgico consiste en la extirpación del útero y en algunas ocasiones de las trompas de falopio y ovarios, a esto se le conoce como histerectomía con ooforectomía y puede ser uní o bilateral.

La consecuencia de la histerectomía con ooforectomía bilateral en mujeres con edad reproductiva ocasiona menopausia quirúrgica súbita, ocurriendo amenorrea, inestabilidad motora, atrofia genitourinaria, disminución del volumen y turgencia de las glándulas mamarias. Además cuando no son tratadas oportunamente se pueden presentar complicaciones como osteoporosis, trastornos cardiacos y endócrinos. (Atirriba, 1990, Castillo del Pino, 1989).

El estudio de Bernhard (1992) encontró que la edad de las mujeres histerectomizadas fue de 35.4 años considerados como todavía en etapa reproductiva además de 63 entrevistas el 39 por ciento se le realizó histerectomía

con salpingooforectomía bilateral.

Por su parte la histerectomía también puede presentar complicaciones durante el postoperatorio como: hemorragias, tromboembolias, infecciones y fístulas urinarias, además de dehiscencias. (Benson, 1990).

2.2 Aspectos Sociales.

La histerectomía, como se ha dicho anteriormente es un tratamiento quirúrgico para diversas enfermedades que influye en el rol de la mujer. (Castillo del Pino, 1980).

En referencia a lo anterior Rodney en 1984, comenta que el rol del enfermo, es considerado como un rol social durante la enfermedad, lo que implica derechos y obligaciones, y es durante la enfermedad el sujeto exonerado de toda culpabilidad dada su condición, por lo tanto un derecho que tiene en este caso la mujer con histerectomía es el de estar dispensada de sus deberes. Esto tiene una importancia crucial para que continúe el funcionamiento del grupo, puesto que las personas enfermas no solo no cumplen sus propias tareas, sino con frecuencia interfieren en la de los demás.

La familia como grupo social suele poseer varias alternativas de distribución, para llevar a cabo las tareas necesarias, y la enfermedad pone en marcha las nuevas distribuciones del rol, este derecho es de gran importancia para la persona, puesto que no pierde su

status por dejar de trabajar temporalmente, sino que su ausencia es disculpada por el grupo. Otro de sus derechos es el de solicitar ayuda aunque con la obligación de volver lo más pronto posible a su estado anterior de salud, además de cooperar en el tratamiento que se le indique.

Por otro lado, la imagen corporal es la percepción que tiene la mujer de su propio cuerpo, se inicia de la niñez temprana y evoluciona a lo largo de la vida, se entremezcla con la identidad sexual, los papeles sexuales y los patrones de funcionamiento sexual. (Bruner, 1989).

Los cambios en la imagen corporal que ocurren en una mujer con histerectomía depende de la localización, visibilidad y el significado o carácter simbólico que tenga la mujer del órgano dañado o extraído en este caso el útero. Además si identifica que los grupos sociales conciben al útero como el centro de su feminidad modifica su interacción con los mismos.

La perfección de la cara y cuerpo en mujeres y hombres es de un gran valor, hoy en día en la sociedad occidental, y si por algún motivo se pierde la perfección es causa de conflictos.

Referente a lo anterior, desde tiempos remotos se ha dado una diferenciación de valores a la mujer y el hombre, Hipócrates refirió que el útero viaja alrededor del cuerpo y es responsable de los cambios en la mujer

(Bernhard, 1992). La sociedad a lo largo del tiempo en México, le ha dado un concepto mágico al útero como órgano que ayuda a la mujer en la reproducción, otorgándole un rol o papel dentro de la sociedad como la educadora o cuidadora de los hijos según lo señala López Juárez, en 1979, quien además afirma que una mujer que no puede tener hijos, sea vista como persona sin valor dentro de la sociedad.

Desde la época de los aztecas en el ritual que llevan a cabo, al nacer la niña, pedían que fuera fértil y se le enseñaba desde pequeña el cuidado de los hijos (Castañeda, 1973), este hecho no ha cambiado mucho ya que la mayoría de las mujeres se dedican al hogar y al cuidado de los hijos, aunque la tendencia dada por la situación del país, obliga a trabajar a ambos, especialmente en áreas urbano-marginadas. (Censo de Población, INEGI, 1990).

La ansiedad respecto al funcionamiento sexual surge, cuando se percibe que el cambio corporal tendrá efectos negativos en los papeles de identidad y/o funcionamiento sexual, estos se ven afectados en aquellas personas que conciben al útero como parte importante en la relación sexual. Otros factores que contribuyen a la ansiedad son mitos, información errónea o la imposibilidad de la mujer para encontrar otras expresiones sexuales.

Un aspecto importante a considerar en la relación

sexual es el significado que tienen de ella, tanto el hombre como la mujer dentro del matrimonio. Un estudio realizado en México por Leñero en 1978 y citado por López Juárez en 1979, señala que los hombres la conceptualizan como una parte de su total satisfacción, y que la otra parte la obtienen extraconyugalmente, lo que permite realizar conductas no permitidas en el matrimonio y la mujer por el contrario considera a la relación sexual como un deber y un requisito para mantener la estabilidad del hogar. El autor concluye que ninguno de los dos cónyuges la consideran como un puente de comunicación y ternura que enriquezca la vida familiar, en cambio al afecto o cariño lo visualizan como eje central, aunque ésto poco a poco disminuye y se centra la atención en los hijos, considerándose a este último como el único motivo de satisfacción y unión de la pareja. En esas condiciones, se van deteriorando al paso del tiempo.

Además una de las afirmaciones más frecuentes con respecto a la sexualidad femenina es que la capacidad y deseo sexual de la mujer se reduce con los años, aún cuando fisiológicamente se sabe que el cuerpo tiene capacidad de mantener relaciones durante toda la vida, aunque la capacidad de reproducirse esta circunscrita a una etapa de la misma.

En el aspecto mencionado Richards en 1979, refiere que algunas mujeres pierden todo el interés sexual en su

esposo, esto se debe un tanto a los efectos fisiológicos de la histerectomía, como la disminución de la secreción de las hormonas femeninas, sin embargo, existen mujeres que por el contrario tienen premura en iniciar sus relaciones sexuales.

En el estudio antes citado se encontró que de un 32 por ciento de mujeres con histerectomía, el 25 por ciento reportan que habían tenido relaciones sexuales antes de la sexta semana, y el 75 por ciento de ellas habían tenido antes de la quinta semana.

Bernhard en 1992, refirió en su estudio que a las cuatro semanas de haber sido histerectomizadas los síntomas negativos que presentaron fueron que su pareja sexual se sintió diferente, que fueron lastimadas o que se percibió diferente a sí misma, sin embargo, al pasar dos años tuvieron más molestias negativas asociada a histerectomía.

Por otro lado, la menopausia es un momento de la vida de la mujer en la que debe adaptarse psicológicamente a un estilo de vida diferente, la adaptación depende en gran parte de como ha ido formándose su personalidad a lo largo de las etapas importantes de la vida como son, lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta y maternidad. (Collier Phyllis, 1982).

La Brum (1980), citado por McCary Jones (1990), es un estudio concluyó que el hecho de que una mujer experi-

menta o no síntomas en la menopausia depende básicamente de su patrón de responsabilidad, seguida de factores ambientales y tensiones situacionales, en este transcurso donde pasa de la posibilidad de ser fértil a la imposibilidad de serlo, en ocasiones supone un auténtico drama; el autor encontró que la mujer se aflige, ve todo negativamente y lo interpreta como si ocurriera en contra de ella, sufre la inestabilidad emocional, teme a las enfermedades, se siente desganada, deprimida y nada la entusiasma. En mujeres con histerectomía y salpingofo-rectomía bilateral suele suceder dichos cambios por la amenaza que siente se cierne sobre ella, según Thomas J. y Col. (1992).

La menopausia se encuentra ubicada en una época de la vida de la mujer, donde se enfrenta a situaciones de pérdida de seres queridos como es la independización de los hijos, pérdida de familiares y personas próximas. Para aquellas mujeres en las que la maternidad y el cuidado de los hijos tenga un lugar importante en su escala de valores puede resultar una fase conflictiva, debido a sentimientos de inutilidad y desvalorización. (Bruner, 1989).

Thomas, J. Col. (1992) señala que la mujer que presenta histerectomía con oforectomía y que son premenopáusicas o perimenopáusicas, experimentan exageradamente dichos síntomas, quizás porque las mujeres pueden aso-

ciarlas con síntomas de vejez más que con el cambio hormonal.

Nathrost (1992) en Suecia, encontró además en las menopáusicas, reacciones psicológicas negativas, ellas describen sentimientos de inferioridad, vaciedad, disminución en la feminidad y algunas veces utilizaron el término mutilación. Otros aspectos adversos mencionados fueron flujo, mala cicatrización y atrofia urogenital.

En el mismo sentido Richards (1979), en Estados Unidos, reportó que el 70% de 335 de las pacientes con histerectomía presentaron depresión postoperatoria y en una misma proporción tuvieron síntomas urinarios y experiencias extremas de agotamiento.

Al respecto en Monterrey, Nuevo León, México, García Flores (1980), encontró que las depresiones son más marcadas en el postoperatorio que en preoperatorio.

En 1992 Andrade I., en un estudio sobre el conocimiento que tiene la mujer sobre menopausia y los patrones de respuesta ante los signos y síntomas, encontró que las mujeres no tienen conocimiento de la menopausia y la mayoría de ellas presentaron síntomas que provocaron problemas familiares y emocionales en dichas pacientes.

En relación a las variaciones de la respuesta a la enfermedad que los individuos tienen, Mechanic Y Volkart citados por Rodney en 1984 refieren, que los factores influyentes pueden abarcar desde los efectos de la

estructura familiar, las prohibiciones y prescripciones culturales hasta motivaciones psicológicas particulares. Además las creencias acerca de la invalidez, desfiguramiento y muerte son componentes culturales que pueden impulsar a los enfermos a buscar asistencia o bien rechazarla, además para algunas mujeres, la pérdida del útero puede ser asociado con la disminución en su agilidad para pensar y razonar, tal vez sienta menor capacidad para hacer juicios discriminatorios, específicamente en su salud, dificultándose quizás el autocuidado en el hogar. Es por ello de gran importancia para la enfermera comunitaria, conocer la capacidad que tiene la mujer para cuidarse así misma por lo que conviene considerar algunos conceptos de Dorothea Orem sobre su teoría de autocuidado. (Fawcett J., 1986).

2.3 Agencia de Autocuidado según Dorothea Orem.

El enfoque del modelo de Orem, está dirigido al autocuidado, conceptualizándolo como la acción de las personas maduras o en proceso de maduración, que desarrollan la habilidad para cuidar de sí mismas en sus respectivos ambientes. (Orem, 1974).

En su marco conceptual utiliza entre otros los siguientes elementos.

Salud a lo que definió como el estado de integridad

de un ser humano en la relación a los aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. (Donohue, 1989).

Enfermedad la definió como cualquier desviación de los anteriores.

Otro elemento es la agencia de autocuidado a la que señaló como la habilidad, capacidad o poder para comprometerse en la acción y la persona que tiene la habilidad la consideró como agente de autocuidado.

Además define, el proceso que utiliza el individuo para realizar la acción como la capacidad de autocuidado y las fases que integran la capacidad de autocuidado son: la estimación o conocimiento, la transicional o de juicio, para la toma de decisión y la fase productiva o de realización de la acción, (Fawcett, 1989). Estas sirven para realizar el autocuidado y cuando este no logra cubrir las demandas existe un déficit de autocuidado, lo que denota la necesidad de enfermería.

Refiere también que los factores de condicionamiento básico como son el sexo, edad, escolaridad, orientación sociocultural, factores del sistema familiar, factores del sistema para el cuidado de la salud, patrones de vida, factores ambientales y disponibilidad de los recursos, tienen influencia en la capacidad del sujeto para su autocuidado.

La teoría de Orem, ha sido objeto de investigación por muchas enfermeras, las cuales han realizado instrumentos para medir la capacidad de autocuidado, entre ellas se encuentra Denyes en 1982, quien desarrolló un instrumento para medir la agencia de autocuidado de los adolescentes, enlazó el concepto de Orem de agencia de autocuidado con las teorías para el desarrollo humano.

Por su parte Kearney y Fleischer en 1979, publicaron un estudio que también se enfoca sobre el desarrollo de un instrumento para medir el ejercicio de una agencia de autocuidado, validaron el instrumento comparando items de otros instrumentos que midieran diversas características psicológicas de los individuos. (Fawcett J., 1985).

Hanson y Bickel en 1985, por su parte elaboraron también un instrumento que midiera el ejercicio de autocuidado enlazado con la teoría psicosocial.

En estudios más recientes McBride S. en 1991, realizó una comparación de los tres instrumentos de medición de la capacidad de autocuidado, encontrando una relación significativa en los tres sobre la fase de estimación o conocimiento y transicional, sólo Hanson y Bickel mide la fase productiva. Cabe mencionar que los instrumentos mencionados anteriormente se aplicaron en personas sanas. Sólo el de Kearney y Flischer en diabéticos.

Algunos otros estudios donde se utilizan la teoría

de Orem fueron realizados por Thomas J. en 1992 en Pensilvania, E.U., en el que se trató de buscar el papel de la enfermera especialista en la atención a mujeres histerectomizadas en la que reportó que existen muchas indicaciones válidas para tratar a la paciente en el hogar, asistiéndolas, asesorándolas para la prevención y conservación de la salud.

En este sentido Graff, B. (1992), basándose en el estudio anterior, realizó un estudio de autoapreciación del paciente para usarse en el alta temprana al hogar, en mujeres con histerectomía abdominal y los resultados que fueron reportados son; el instrumento proporcionó beneficios tanto a la enfermera como a pacientes. Para la primera le sirve como referencia de apreciación que le dá habilidad para valorar al paciente de una manera mas comprensiva y para la segunda, sirvió para proporcionar más independencia en su autocuidado.

Por su parte Avila R. en 1989 utilizó la teoría de Dorothea Orem con el fin de verificar la disponibilidad y participación de la gente en el cuidado de su salud encontrando que el grado de conocimiento de la enfermedad así como la escolaridad influyen en la responsabilidad del cuidado de su salud.

Para fines del estudio se considerará del concepto de Dorothea Orem sobre capacidad de autocuidado para aproximar al conocimiento que la mujer tiene sobre la

histerectomía y su efecto en el cuidado personal, así también para englobar la edad, escolaridad, orientación sociocultural y factores sociales como influyentes en dicha capacidad de autocuidado.

CAPITULO III

METODOLOGIA

El estudio se realizó en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, el tipo de estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal. (Polit, 1994).

El instrumento que se aplicó fue una cédula de entrevista la cual respondió la histerectomizada.

3.1 Sujetos

La población del estudio la constituyeron las mujeres histerectomizadas, de dos instituciones públicas del 2o. y 3er. nivel de atención. La muestra fue de 150, siendo no probabilística y por conveniencia. (Polit, 1994)

Los criterios de inclusión fueron:

- Mujeres que hubiesen sido histerectomizadas en algunas de las instituciones seleccionadas en el período de junio de 1993 a junio de 1994.
- Sin importar nivel de escolaridad y presencia de compañero sexual.
- Con edades entre 20 y 50 años.
- Que tuvieran al menos 1 hijo.
- Con un tiempo de posthisterectomía como máximo de seis meses.

3.2 Material.

La información se recolectó a través de la cédula de entrevista con 57 reactivos elaborado por la autora del estudio, a partir del instrumento para medir capacidad de autocuidado de Kearney y Fleischer. (Apéndice A).

La Cédula de la Entrevista constó de:

1. Datos demográficos con 8 reactivos.
2. Aspectos sociales; 21 items.
3. Capacidad de autocuidado, 27 reactivos.

El instrumento fue sometido a prueba piloto en 15 mujeres para conocer si requería algunas modificaciones en la forma de pregunta y agregar otras opciones no contempladas en caso de ser necesario.

3.3 Procedimiento.

Para la selección de los sujetos de estudio se solicitó por escrito a las autoridades de las instituciones hospitalarias, para revisar expedientes y tomar algunos datos de interés como:

- Direcciones en las mujeres.
- Tipo de histerectomía que se le había realizado, y
- La fecha de la misma, para conocer quienes tenían el tiempo de inclusión.

La recabación de datos se obtuvo en dos momentos, debido a limitaciones de tiempo, el primero fue de diciembre de 1993 a enero de 1994, los cuales fueron 56

pacientes, se amplió la muestra a 150 para que fuera más representativa, por lo tanto se realizaron 94 entrevistas posteriormente, de marzo a junio de 1994, respetando que tuvieron seis meses máximo de postoperadas, para mantener el requisito de inclusión.

Para la aplicación de las cédulas de entrevista en los domicilios de las pacientes se proporcionó orientación a 5 pasantes de licenciatura, (Apéndice B), posteriormente el investigador realizó demostraciones de la aplicación en situaciones reales y después supervisó el trabajo. Posteriormente se procedió a codificar la información para su captura.

Los ítems del aparatado tres de la cédula de entrevista se recodificaron para agrupar el conocimiento y la habilidad que la mujer tenía para cuidarse a sí misma, asignándoles valor de uno cuando era correcta y el valor cero al ser incorrecta, considerándose como capacidad de autocuidado adecuado con 16 aciertos e inadecuado al tener menos.

El análisis de los resultados fue por computadora, utilizando los paquetes estadísticos: Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) y Statistical Analysis System (SAS), con las pruebas de χ^2 y V de Cramer.

3.4 Etica del estudio.

Se solicitó permiso de las autoridades de las instituciones hospitalarias para la detección de pacientes en los diarios de registro del departamento de ginecología y de archivo, de igual manera se pidió autorización a la autora del instrumento base para el uso del mismo.

Así también se solicitó la anuencia de los sujetos de estudio asegurándoles la confidencialidad de los datos, además se les dió a conocer el objetivo del estudio.

Posterior a la entrevista, se les proporcionó información que ellas requirieron en el momento sobre su intervención quirúrgica desde el punto de vista físico y orientación de las medidas de autocuidado. Para ello se utilizó un folleto donde mencionan la localización y el funcionamiento de los órganos reproductores internos, así como los cuidados requeridos a su intervención quirúrgica.

Cabe mencionar que en algunos casos la información no sólo se les proporcionó a la histerectomizada sino al esposo y/o hijos que estaban interesadas en conocer la forma de ayudar a la pacientes por lo que la entrevista tuvo un tiempo estimado entre 20 minutos y 40 minutos para la orientación, con un promedio de 30.

CAPITULO IV

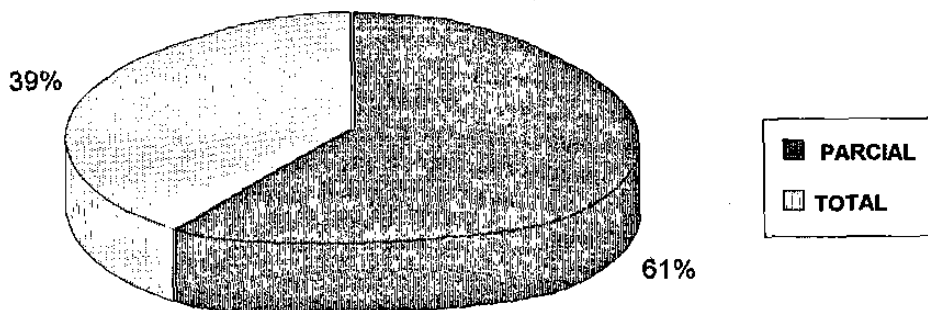
RESULTADOS

La presentación de los resultados se realizó primero en forma descriptiva y se consideró el siguiente orden: datos demográficos, aspectos sociales y capacidad de autocuidado, posteriormente se presentaron los cruces significativos.

4.1 Aspectos Demográficos.

Sobre el tipo de operación quirúrgica que se realizó predominó la histerectomía parcial con un 61 por ciento.

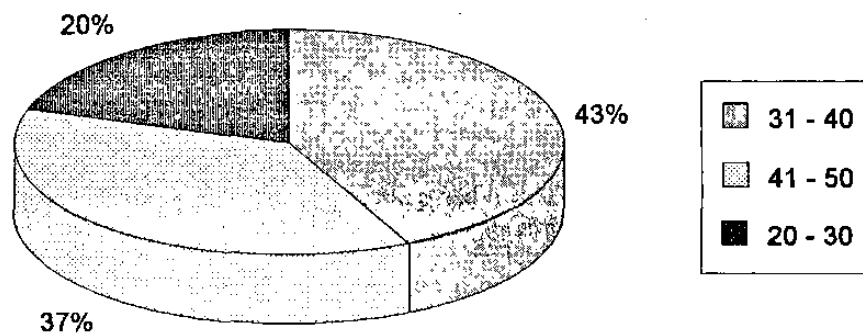
FIGURA 1
TIPO DE HISTERECTOMIA
Area Metropolitana, Monterrey, N.L., 1994



N = 150
FUENTE: I.C.A.H.

El 63 por ciento de las histerectomizadas pertenecieron al grupo de edad de 20 a 40 años y sólo el 37 por ciento de 41 a 50 años.

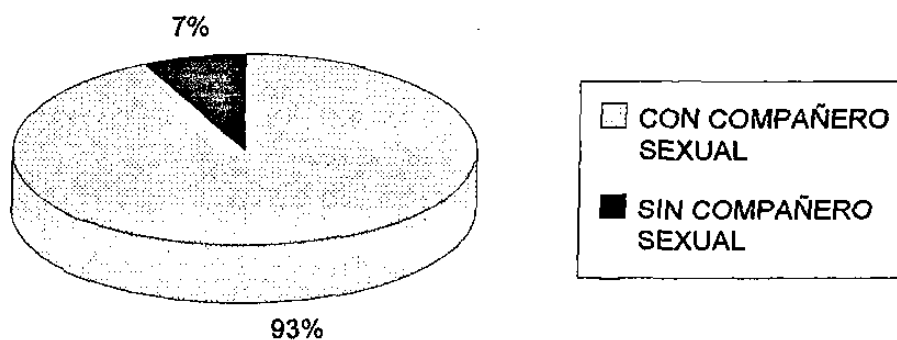
FIGURA 2
EDAD DE HISTERECTOMIZADAS
Area Metropolitana, Monterrey, N.L., 1994



N = 150
FUENTE: I.C.A.H.

Con respecto al compañero sexual la mayoría refiere tenerlo, sólo un 7 por ciento no cuentan con el compañero por ser viudas o divorciadas.

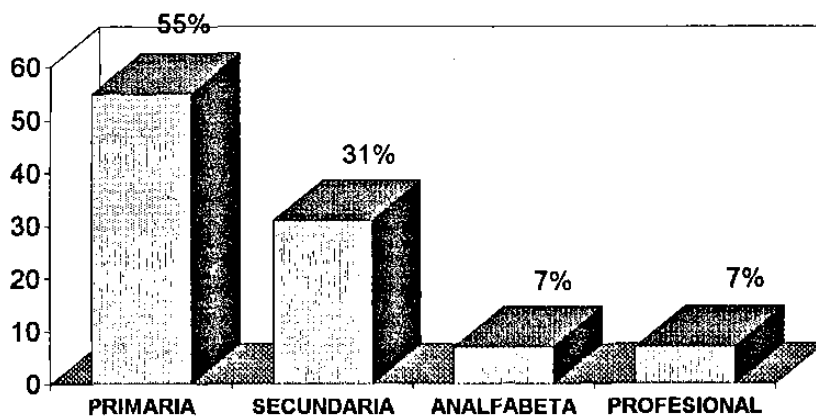
FIGURA 3
ESTADO MARITAL DE HISTERECTOMIZADAS
Area Metropolitana, Monterrey, N.L., 1994



N = 150
FUENTE: I.C.A.H.

El 55 por ciento de las histerectomizadas cuentan con una preparación de primaria, y el 31 por ciento con secundaria o técnica, las analfabetas y profesionales registraron un siete por ciento cada uno respectivamente.

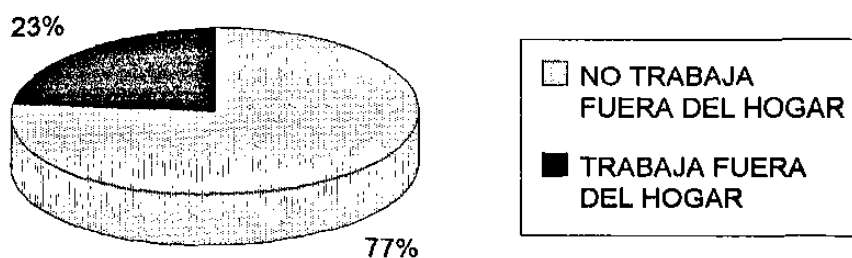
FIGURA 4
ESCOLARIDAD
Area Metropolitana, Monterrey, N.L., 1994



N = 150
FUENTE: I.C.A.H.

En relación a la ocupación de la histerectomizada predominó las que no trabajan y se dedican a su hogar con un 77 por ciento.

FIGURA 5
OCUPACION DE HISTERECTOMIZADAS
Area Metropolitana, Monterrey, N.L., 1994

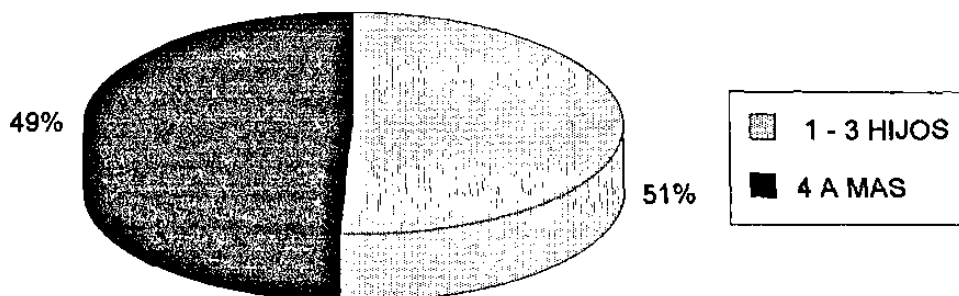


N = 150
FUENTE: I.C.A.H.

4.2 Aspectos Sociales.

El número de hijos que tenía la histerectomizada resultó ser equitativo de 1 a 3 hijos, el 51 por ciento y de 4 a más el 49 por ciento.

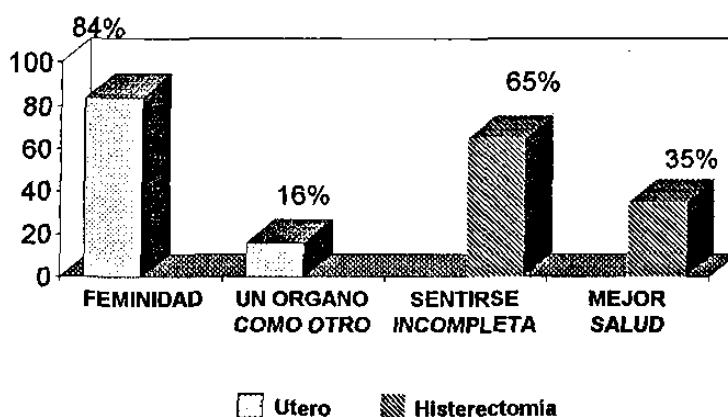
FIGURA 6
NUMERO DE HIJOS
Area Metropolitana, Monterrey, N.L., 1994



N = 150
FUENTE: I.C.A.H.

Con respecto a la opinión que tenían las mujeres del útero para el 84 por ciento representó su feminidad y se constata al observar que un 65 por ciento refiere sentirse incompleta con la histerectomía.

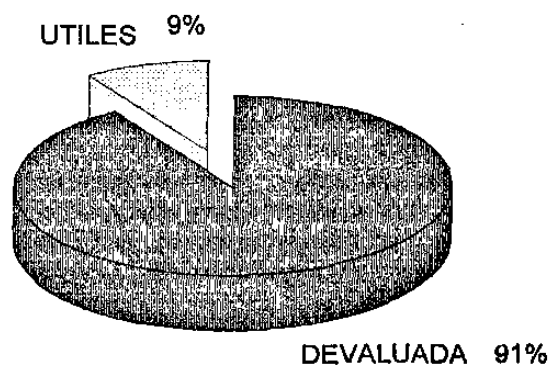
FIGURA 7
OPINION SOBRE UTERO E HISTERECTOMIA
Area Metropolitana, Monterrey, N.L., 1994



N = 150
FUENTE: I.C.A.H.

Al cuestionarse de como se sentían como personas posterior a la cirugía es evidente que el 91 por ciento se sintió devaluada.

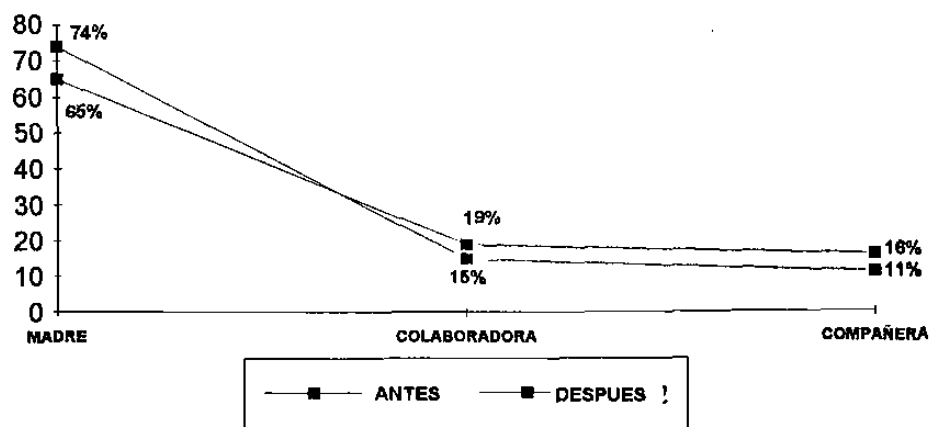
FIGURA 8
OPINION DE SI MISMA EN EL POST-OPERATORIO
Area Metropolitana, Monterrey, N.L., 1994



N = 150
FUENTE: I.C.A.H.

Respecto a la función de la mujer en la familia 133 de 150 tuvieron cambio y las funciones de esposa colaboradora y compañera cambiaron a la de esposa madre.

FIGURA 9
FUNCIÓN DE ESPOSA ANTES Y DESPUES DE LA
HISTERECTOMIA
Area Metropolitana, Monterrey, N.L., 1994



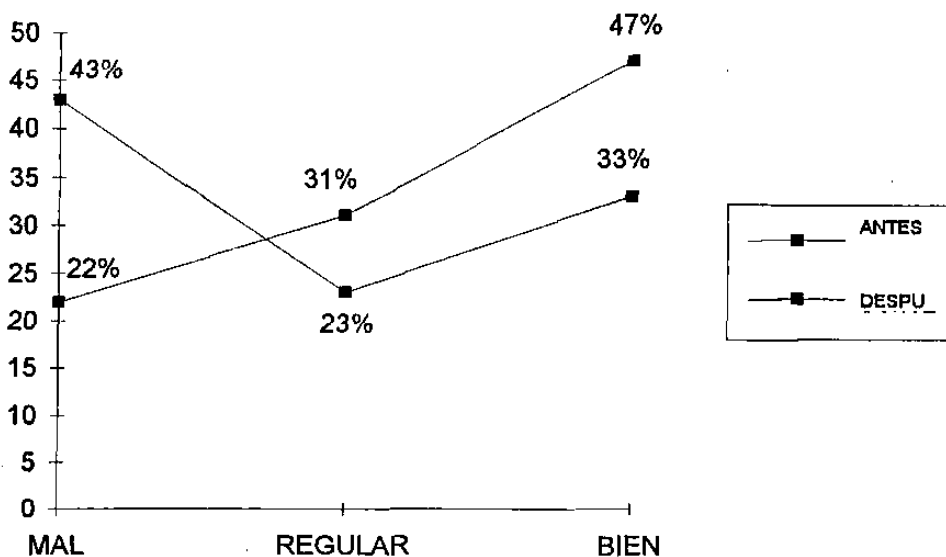
N = 133
 FUENTE: I.C.A.H.

χ^2 teórica = 9.4888
 χ^2 Obs. = 9.5
 n.l = 1

En esta variable al aplicar el estadístico V de Cramer, buscando una relación entre la función de la mujer anterior y posterior a la cirugía registró con seis grados de libertad y una χ^2 observada de 172.15 y una teórica de 10.64, una relación altamente significativa (n de s de 0.0000).

La opinión de las hysterectomizadas respecto a la relación sexual con su pareja, antes de la cirugía, fue referida en un 22 por ciento como mala y posterior a ésta la opinión se incrementó al 43 por ciento.

FIGURA 10
RELACION SEXUAL ANTES Y DESPUES DE LA
HISTERECTOMIA
Area Metropolitana, Monterrey, N.L., 1994



N = 133

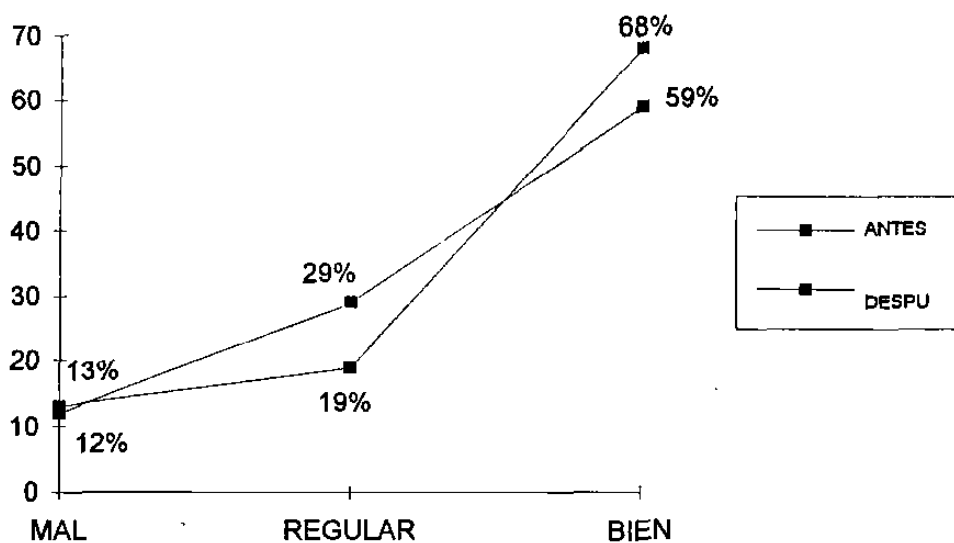
FUENTE: I.C.A.H.

$\chi^2 = 21.8850$

$\chi^2_{teórica} = 9.48$
 gl = 4

En la comunicación con la pareja resultó que del 59 por ciento que opinaba que su comunicación era buena aumentó al 68.0 por ciento, posterior a la cirugía.

FIGURA 11
COMUNICACION DE PAREJA ANTES Y DESPUES DE LA
HISTERECTOMIA
Area Metropolitana, Monterrey, N.L., 1994



N = 133

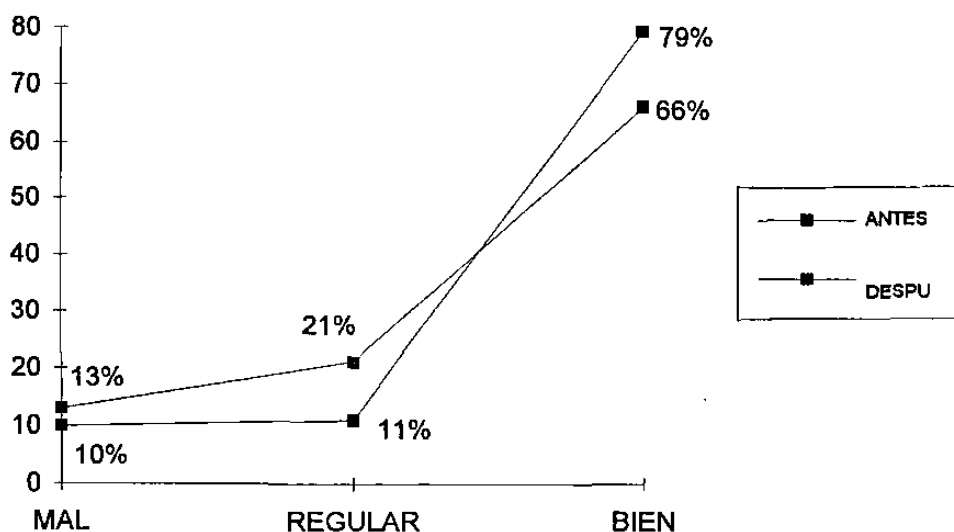
FUENTE: I.C.A.H.

$\chi^2 = 9.30$

$\chi^2 = 9.48$
 gl = 4

Respecto al afecto, el 13 por ciento cambió de manera negativa posterior a la cirugía, ya que del 79 por ciento que consideraban que el afecto con su pareja era bueno, después de la histerectomía disminuyó a 66 por ciento; del 13 por ciento que señalaron cambio negativo posterior a la cirugía, el 10 por ciento la consideran como regular y el tres por ciento como mala.

FIGURA 12
AFECTO ANTES Y DESPUES DE LA HISTERECTOMIA
Area Metropolitana, Monterrey, N.L., 1994



N = 133

FUENTE: I.C.A.H.

χ^2
 $\chi^2 C = 12.0263$

χ^2
 χ^2 Teórica = 9.48
 gl = 4

CUADRO NO. 1
TIPO DE RELACIONES CON DIFERENTES GRUPOS SOCIALES
DE LA HISTERECTOMIZADA

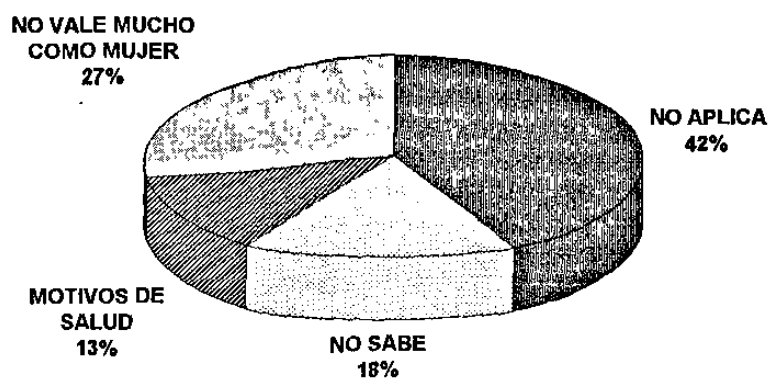
TIPO DE RELACION GRUPOS SOCIALES	Cam-- bió Rela- ción		Mejo- raron Rela- ción		Empeo- raron Rela- ción	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Iglesia N = 89	50	56	19	38	31	62
Vecinos N = 80	36	45	17	47	19	53
Familia consanguínea N = 91	35	38	21	60	4	11
Familia Política N = 66	28	42	1	4	27	96

Fuente: I.C.A.H.

Los cambios que hubo en los grupos sociales se observó que un 60 por ciento de 36 mujeres refirieron un cambio positivo con la familia consanguínea, aunque negativo con la iglesia vecinos y familia política, siendo en este último más relevante, debido a que de 28 mujeres, 27 la señalaron así.

Las causas que influyeron al cambio de la relación con grupos sociales, el 27 por ciento mencionó que no vale mucho como mujer, el 13 por ciento pensaron que fueron motivo de salud y el 18 por ciento no saben el motivo.

FIGURA 13
OPINION DE LA HISTERECTOMIZADA CON RESPECTO
AL CAMBIO CON GRUPOS SOCIALES
Area Metropolitana, Monterrey, N.L., 1994

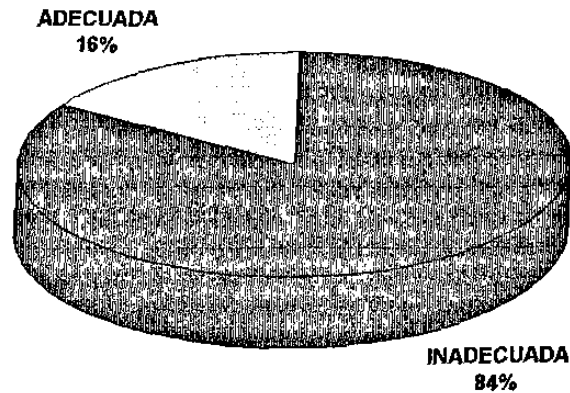


N = 150
FUENTE: I.C.A.H.

4.3 Capacidad de Autocuidado

Al medir la capacidad de autocuidado con los criterios previamente establecidos, se encontró que el 84 por ciento fue inadecuado, esto corresponde a 126 personas y sólo 24 (16%) se encontró adecuado su capacidad para autocuidado.

FIGURA 14
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN
HISTERECTOMIZADAS
Area Metropolitana, Monterrey, N.L., 1994



N = 150

FUENTE: I.C.A.H.

CUADRO NO. 2
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y ASPECTOS SOCIALES
Y DEMOGRAFICOS

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO CON:	g	Chi Cuadra		Correlación (Guilford)
		da. Ch ² T	ch ² C	
Días postoperatorios.	1	3.841	2.159	0.119 leve
Edad	2	5.991	5.22	0.186 leve
Ocupación	1	3.841	1.85	0.111 leve
Tipo de Histerectomía.	1	3.841	0.092	0.092 leve
Estado Marital.	1	3.841	0.127	0.029 leve
Significado de útero.	1	3.841	3.68	0.156 leve
Significado en la inter- vención quirúrgica.	1	3.841	2.96	0.140 leve
Función de esposa en la familia.	3	7.815	2.83	0.137 leve
Relación con iglesia.	3	7.815	1.78	0.108 leve
Relación con vecinos.	3	7.815	1.19	0.089 leve
Relación con familia con- sanguínea.	3	7.815	3.305	0.148 def.baja
Relación con familia po- lítica.	3	7.815	6.94	0.215 def.baja

Fuente: I.C.A.H.

Significancia \geq 0.05

Al relacionar la variable capacidad de autocuidado y algunos aspectos sociales y demostró en todas una correlación leve, aunque la significancia fue mayor ó igual a 0.05.

CUADRO NO. 3
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD VALORES CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO	Analfa-- beta.		Prima- ria.		Secun- daria Téc.		Profe- sional		Total	
	F	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Adecuado	2	18.0	9	11	7	15	6	60	24	16
Inadecuado	9	82.0	74	89	39	85	4	40	126	84
Total de Sub-pobla- ción.	11	100	83	100	46	100	10	100	150	100

Fuente: I.C.A.H.

N: 150

Chi cuadrada: 16.106

G1: 3

Significancia: 0.001

Cramer's: 0.327 baja pero definida

Es evidente que al correlacionar la variable escolaridad con capacidad de autocuidado se obtuvo un puntaje altamente significativo (Guilford, 1984). Por lo que se deduce que a más escolaridad es mayor su capacidad de autocuidado.

CUADRO NO. 4
EDAD Y ASPECTOS SOCIALES

ASPECTO SOCIAL	gl	ch ² T	ch ² C	Co- rre- la- ción	Guil- ford.
RELACION DE PAREJA					
Relación sexual post-ope- ratoria.	4	7.78	4.884	.299	Def. baja
Comunicación de pareja - postoperatoria.	4	7.78	3.721	.111	leve
GRUPOS SOCIALES					
Relación con iglesia	6	10.64	5.189	.131	leve
Relación con vecinos.	6	10.64	10.383	.186	leve
Relación con familia polí- tica.	6	10.64	6.856	.151 leve	leve

Fuente: I.C.A.H.

p > .05

Al relacionar edad con los aspectos sociales señalados en el cuadro no. 4, se encontró correlación leve, sin embargo, la significancia fue mayor al 0.05.

Al profundizar en la variable aspectos sociales y su relación con la edad de la mujer, se encontró una correlación leve en cuanto a como se siente posterior a la cirugía (0.110) y el significado que para ella tuvo la histerectomía (0.095).

CUADRO NO. 5
 EDAD CON ASPECTOS SOCIALES SIGNIFICATIVOS

ASPECTOS SOCIALES	gl	Ch ² T	Ch ² C	Correlación
Función de la esposa en la familia.	6	12.59	12.903	.207
Afecto de pareja post-operatorio.	4	9.49	11.192	.193
Tipo de histerectomía.	2	5.99	5.981	.199
Significado de útero.	2	5.99	5.90	.198

Fuente: I.C.A.H.

$p < 0.05$

La relación de la edad con los aspectos sociales enlistados en el cuadro no. 5 demuestra una significancia menor a 0.05 y una correlación leve alta, siendo más marcada en la función de la mujer en la familia.

CUADRO NO. 6
TIPO DE HISTERECTOMIA Y ASPECTOS SOCIALES

ASPECTOS SOCIALES	gl	Ch ² T	Ch ² C	Correlación
Relación sexual post-histerectomía.	2	5.99	1.205	0.089
Comunicación con pareja posthisterectomía.	2	5.99	1.95	0.114
Afecto con pareja post-histerectomía.	2	5.99	1.83	0.110
Función de esposa en familia post-operada.	3	7.815	1.91	0.113
Relación con familia política.	3	7.815	5.31	0.188

Fuente: I.C.A.H.

p > 0.05

La relación que se encontró entre tipo de histerectomía y aspectos sociales no demostró ninguna significancia.

CAPITULO V

DISCUSION

La edad de las mujeres sometidas a tratamiento de histerectomía en un 63 por ciento fue de 20 a 40 años, estos resultados marcan una diferencia importante en relación a lo reportado en las estadísticas de dos instituciones hospitalarias de la localidad que atiende a población abierta, donde el 40 por ciento de cirugías practicadas en las mujeres se encontraban en este grupo de edad, lo que significa se esta practicando con mayor frecuencia en mujeres en etapa reproductiva.

Bernhard (1992) en un estudio realizado en Estados Unidos, encontró que en el 39 por ciento de las mujeres se realizó histerectomía total y el 61 por ciento parcial, situación idéntica se encontró en el presente estudio, donde además se reportó una correlación leve entre la edad y tipo de histerectomía, lo que presupone que dentro de los criterios para realizar la histerectomía total, se considera la edad, sin menoscabo de preservar en lo posible mejores condiciones de salud para la mujer.

La opinión que tiene la mujer sobre el útero guarda estrecha relación con lo señalado por López Juárez en 1979, al aseverar que la sociedad y la mujer en México lo

definen como eje central de su feminidad; el 84 por ciento de las mujeres sometidas a histerectomía refirieron que el útero representa su feminidad, así mismo el 66 por ciento dijeron sentirse incompletas, lo anterior guarda relación con la opinión que la mujer tiene de sí misma pues el 91 por ciento refirió sentirse devaluada.

Dentro de los roles que tradicionalmente desempeñan las mujeres, el estudio demostró que tanto el de esposa-compañera como el esposa-colaboradora tuvo un cambio negativo similar de 4.5 por ciento, mientras que el rol de esposa-madre presentó un cambio positivo en el nueve por ciento.

Esta situación resulta comprensible, ya que una vez que la mujer se siente devaluada, su atención se vierte en los hijos, pues estos se constituyen en el vínculo de unión con su pareja de acuerdo a lo señalado por Leñero (citado por López Juárez en 1979).

Uno de los cambios importantes que presentaron las mujeres del estudio en cuanto a su relación de pareja, fue que el 43 por ciento manifestó cambios desfavorables en la relación sexual, superando lo señalado por Nathrost en 1992, que de 625 pacientes el 20 por ciento refirió que la relación empeoró. Lo anterior parece ratificar lo referido por Richards en 1979, al sugerir que la histerectomía puede ser considerada causa de problemas en la en la relación sexual y en los estados emocionales,

sentimientos y psicología de las mujeres. Brunner en 1989 comenta que los cambios ocurridos en la relación sexual dependen en gran parte del significado que tiene el órgano extraído y que la mujer lo asocia a la sexualidad.

En la comunicación con la pareja se observó un cambio positivo de 10 por ciento después de la cirugía, y una correlación leve de mayor edad mejor comunicación. El afecto se reportó deteriorado en un 13 por ciento.

Las relaciones de la mujer con grupos sociales mostraron una importante mejoría con la familia consanguínea mientras que con la iglesia y vecinos se mostró un cambio negativo. La familia mexicana en su mayor parte se caracteriza por estrechar vínculos de unión en cualquier situación y especialmente en eventos críticos de la vida como en el caso de someterse a una intervención quirúrgica. (Rodney, 1984). En el mismo sentido las mujeres refirieron que el cambio en las relaciones con grupos sociales, se presentó por: motivos de salud y porque no valen mucho como mujer; este aspecto confirma lo descrito por López Juárez (1979) respecto al concepto que la sociedad tiene del útero.

La capacidad de autocuidado se identificó en un 84 por ciento como inadecuada; posiblemente esto tenga su explicación en los criterios que se tomaron para definir la adecuación e inadecuación.

Dorothea Orem, en su teoría de autocuidado señala que los componentes básicos de condicionamientos como la edad y escolaridad y recursos familiares influyen en el autocuidado, sin embargo, los resultados solo demostraron tal relación con la escolaridad como un factor influyente, (0.001). El significado del útero como elemento de la cultura no es considerado por Orem en su teoría. (Orem, 1994).

Los aspectos sociales y demográficos que de alguna manera se previeron estudiar se encontraron relacionados con la capacidad de autocuidado.

5.1 Conclusiones.

- La ocupación de la mujer en un 77 por ciento se circunscribe al hogar y su función familiar cambió en un 13 por ciento, de esposa colaboradora y compañera a esposa madre, después de la cirugía. Sobre esta última se le encontró asociación de forma significativa con la edad.
- El 91 por ciento de las mujeres se perciben devaluadas como persona en el postoperatorio.
- El 16 por ciento tiene adecuada capacidad de autocuidado, un puntaje altamente significativo respecto a la escolaridad.
- Para las mujeres del estudio, el útero significa un órgano importante, debido a que el 84 por ciento

representa su feminidad y un 65 por ciento se siente incompleta después de la cirugía, esto tiene correlación estadística respecto a la edad. Al relacionar estos datos con la capacidad de autocuidado se encuentra una correlación leve con una significancia de 0.05.

- La relación de pareja de las mujeres del estudio, muestra un cambio negativo posterior a la cirugía en cuanto a la relación sexual y afecto, esto último se encontró asociado estadísticamente con la edad.
- La capacidad de autocuidado se encuentra relacionada estadísticamente en la interacción de la mujer, con iglesia, vecinos, familia política y consanguínea.

5.2 Recomendaciones.

- 1.- Para medir la capacidad de autocuidado en cuanto a conocimiento y habilidad, incluir muestras con el mismo tiempo postoperatorio, bajo diseño longitudinal y observacional
- 2.- La Enfermera Comunitaria debe considerar lo siguiente: -
 - Como trascendente, la educación como sexualidad y reproducción en etapas tempranas de la vida, como estrategia preventiva en la relación de pareja.

- Incluir en mujeres en edad reproductiva, orientación sobre tópicos relacionados con la menopausia.
 - En la orientación preoperatoria es necesario incluir información sobre relación sexual.
 - Buscar estrategias para el cuidado continuo comunidad-hospital, hospital-comunidad.
 - Involucrar a la familia y/o grupos sociales cercanos a la histerectomizada en programas específicos de la mujer.
- 3.- Es importante realizar estudios comparativos en mujeres que se dediquen únicamente al hogar y aquellas que trabajan fuera de él. Con el objetivo de precisar, cual es el perfil de cada uno de estos grupos y su relación con el autocuidado.
- 4.- En futuros estudios considerar además de edad, ocupación y escolaridad del autocuidado de Orem, considerar dentro de lo posible todos los factores de condicionamiento básico y en especial la experiencia previa de cirugía en la mujer.
- 5.- Es necesaria la participación de otras disciplinas como psicólogos, sexólogos ó sociólogos, con el fin de proporcionar apoyo en parejas que se encuentran con la disyuntiva de un tratamiento como la histerectomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguero O., Jorge J. Kizares S., Jiménez E. (1983).
Histerectomía Obstétrica. Revista de Obstetricia y Ginecología. Venezuela 43 (1): 17-22
- Avila Rojas T. (1989). Participaci[on en Salud en Fomerrey 54. Tesis Inédita. Universidad Autónoma de Nuevo León. México.
- Altirriba J. E., Calf. F. (1993). Licenciatura Ginecológica. Barcelona, España: Salvat: 228-230, 247-275.
- Benson (1990). Manual de Diagnóstico y Tratamiento Ginecológico. 10a. ed. Interamericana, México, D.F.
- Bernhard L. (1992). Consequences of Hysterectomy in the lives of women. Health care for women international. E.U. 13:281-291.
- Brunner L. (1989). Manual de Enfermería Médico Quirúrgica. (6a. ed.) México: Interamericana: 209-215.
- Castillo del Pino C. (1980). La Función de la Mujer. Ensayos sobre la mujer. Madrid. Alianza Ed.: 55-71.
- Donohue, E. (1989). Teoría del déficit de autocuidado en enfermería. en Marriner A. Teoría y Modelos de Enfermería. p.p. 101-108, Barcelona, España.
- Fawcett J. (1986). Analysys and evaluation of conceptual models of nursing Philadelphia, P.D. Dabis Company, 3a. ed.: 308.

- Fernández del Castillo C. (1985). Problemas endócrinos del climaterio y la menopausia. Actualización en Ginecología y Obstetricia. México, VI (3):13.
- Freedman (1986). Family Nursing. Ed. Appleton Century Crafts. Normak. Connecticut.
- García Flores (1987). Depresión en mujeres histerectomizadas.
- García Vela A. y Col. (1987). La edad en la menopausia en la población urbana de la ciudad de León. Gto. Revista de Investigación Clínica, 39 (4): 329-332.
- Guilford, Frutcher B. (1984). Estadística aplicada a la psicología y la educación. Ed. McGraw-Hill, Bogotá, Colombia.
- Garff B. y Col. (199). Development of a Postoperative suf assessment form. Nursing Research: 40 (1): 42-48.
- Guzman A., Ortega R. (1984). Estudio psiquiátrico pre y post-operatorio en mujeres histerectomizadas, comunicación preliminar; Revista Obstétrica y Ginecología, Venezuela 44 (3) 216-218.
- Hanser G.A. (1979). Las funciones específicas de la mujer y sus trastornos. Ginecología y Obstetricia. Barcelona, Salvat: 738.
- Hartweg I.D. (1991). Dorothea Orem. Self-Care Deficit theory. Ed. Sage Publications Indica Put Ltd. (4).
- Ibañez B. (1990). Manual para la elaboración de tesis. Ed. Trillas, México, D.F.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

- (INEGI) (1990). XI Censo General de Población y Vivienda de México.
- Jones LI. (1989). La menopausia no es el final de la vida. Ser Mujer. 3a. ed., México, Platta: 559-579.
- López A. y Col. (1983). La histerectomía obstétrica en el Hospital de Gineco-Obstetricia. 3a. del IMSS, correlación anatomo-clínica, Ginecología y Obstetricia. 51 (318): 281-286.
- López J. (1979). Ensayo sobre familia y sexualidad en México.
- McBride S. (1991). "Analysis of three instruments designed to measure self-care agency". Rev. Nursing Research 40(1) Enero-Febrero 12-16.
- Marascuilo/M.C. Sweeney (1977). Non parametric and distribution free methods for social sciences. Ed. Brooks. Publishing Company, California.
- McCary J. y Col. (1990). Climaterio o Menopausia. Sexualidad Humana. 4a. ed. México, Manual Moderno: 66.
- Nathrost J. y Col. (1992). Consumer's attitude to hysterectomy. Acta Obstétrica and Gynecologyc Second: 71: 230-234.
- Neyhart B. (1986). Menopausia. Manual de Ginecología Ambulatoria. México, Interamericana Hill.
- Olds S. (1987). Enfermería Materno Infantil. 2a. ed., Ed. Interamericana, México, D.F.
- Padúa J. (1978). Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS): Oferta y Condiciones para su utilización

- e interpretación de resultados. Ed. Centro de Estudios Sociológicos. El Colegio Mexicano, 2a. ed., México, D.F.
- Richards B. (1979). Hysterectomy: From women; to women, Acta Obstetric Gynecology; 131 (4) 446-449.
- Richards B. (1992). Hysterectomy in 1991. Obstetric and Gynecology Reproduction Biology; 44 (1) Mar: 23-25.
- Rondey M. (1984). Sociología de la Medicina, 3a. ed. Alianza Editorial, Madrid, España.
- Santow G. Breacher M. (1992). Correlates of hysterectomy in Australia. Soc. Science Medical. April 3 (8): 929-942.
- Seguranyes G.C. (1993). Enfermería Maternal. Barcelona, España: Salvat: 253-260
- Siegel S. (1991). Estadística no paramétrica. Ed. Trillas, México, D.F.
- Sheth S., Malpani A. (1992)./ Routine prophylactic oophorectomy at the time of vaginal hysterectomy in postmenopausal women. Acta Gynecology y Obstetric; 25 (2): 87-91.
- Solis E. (1993). Manuscrito presentado en el Simposio del Climaterio de la Asociación Mexicana del Climaterio en Monterrey, N.L., México.
- Vázquez L. (1979). Estudio Socioeconómico de Planificación Familiar para el Area Metropolitana de Monterrey; Centro de Investigaciones Económicas.
- Wood PJ. Griddings L. S. (1992). The Symbolic experience of hysterectomy, Nursing Porox, No. 26 (3), Jul 3-7.

APENDICE A

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSTGRADO

ESTUDIO: ASPECTOS SOCIALES Y CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN
HISTERECTOMIZADAS.

CEDULA DE ENTREVISTA

I. DATOS GENERALES

1. Número de Instrumento. _____
2. Tiempo post-operatorio. _____
 1. Menos de 3 meses
 2. De 4 a 6 meses
3. Tipo de Cirugía. _____
 1. Total
 2. Parcial
4. Municipio donde radica. _____
 1. Guadalupe
 2. Monterrey
 3. San Nicolás de los Garza
 4. Coahuila.
5. Procedencia. _____
 1. Tamaulipas
 2. San Luis Potosí
 3. Nuevo León
 4. Coahuila
6. Edad. _____
 1. 20 a 30 años.
 2. 31 a 40 años.
 3. 41 a 50 años.
7. Estado Civil. _____
 1. Con compañero sexual.
 2. Sin compañero sexual.
8. Escolaridad. _____
 1. Analfabeta.
 2. Primaria.
 3. Secundaria ó técnica.
 4. Profesional.
9. Ocupación. _____
 1. Dentro del hogar.
 2. Fuera del hogar.

ASPECTOS SOCIALES.

10. Número de hijos. _____
 1. 1 a 3 hijos.
 2. más de 4 hijos.

11. ¿Qué significa para Usted el útero? _____
 1. Su feminidad
 2. Un órgano como otro.

12. ¿Qué representa para Usted una operación como la que hicieron? _____
 1. Se siente incompleta.
 2. Mejoró su salud.

13. Después de la operación Usted se siente: _____
 1. Bien
 2. Devaluada

14. Antes de su operación usted considera que la relación sexual con su pareja era: _____
 1. Mal
 2. Regular
 3. Bien

15. Posterior a su cirugía usted considera que es: _____
 1. Mal
 2. Regular
 3. Bien

16. Antes de su operación el afecto con su pareja era: _____
 1. Mal
 2. Regular
 3. Bien

17. Posterior a su cirugía usted considera que es: _____
 1. Mal
 2. Regular
 3. Bien

18. Su comunicación antes de la operación era: _____
 1. Mal
 2. Regular
 3. Bien

19. Posterior a la cirugía es: _____
 1. Mal
 2. Regular
 3. Bien

20. ¿Cuál era el rol de esposa que Usted tenía antes de la cirugía? _____
 1. Esposa-Madre

- 2. Esposa-Colaboradora
 - 3. Esposa-Compañera
21. Posterior a la cirugía el rol de esposa es: _____
- 1. Esposa-madre
 - 2. Esposa-colaboradora
 - 3. Esposa-Compañera
- ¿Cuál de los grupos sociales tenía usted relación antes de la cirugía? _____
- 22. Iglesia
 - 23. Vecinos
 - 24. Familia consanguínea
 - 25. Familia política
26. Posterior a la cirugía cómo era su relación social con la iglesia. _____
- 1. Igual
 - 2. Mejor
 - 3. Peor
27. Su relación social con vecinos poshisterectomía es: _____
- 1. Igual
 - 2. Mejor
 - 3. Peor
28. La relación con la familia consanguínea en el postoperatorio es: _____
- 1. Igual
 - 2. Mejor
 - 3. Peor
29. La relación con la familia política en el postoperatorio es: _____
- 1. Igual
 - 2. Mejor
 - 3. Peor
30. ¿Cuál es la causa que usted piensa por lo que cambió su relación con los diferentes grupos sociales?

III. CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

31. ¿Le comunicaron a usted qué tipo de operación le hicieron? _____
- 1. Si
 - 2. No

32. ¿Qué entiende usted por histerectomía?
1. Es la extirpación del útero.
 2. Es la extirpación del útero y ovarios.
 3. Es la extirpación de otro órgano que no sea el útero.
 4. No sabe.
33. De las funciones que tiene el útero. ¿Cuáles conoce?
1. Tener hijos.
 2. Tener hijos y relaciones sexuales.
 3. Tener hijos y reglar.
 4. Tener hijos, reglar y relaciones sexuales.
 5. Para nada.
 6. No sabe.
34. De las funciones que tienen los ovarios. ¿Cuáles conoce usted?
1. Para producir hormonas.
 2. Produce óvulos.
 3. Producen hormonas y óvulos.
 4. Producen hormonas y relaciones sexuales.
 5. Para nada.
 6. Para reglar.
 7. No sabe.
35. ¿Cuál es su idea de la(s) función(es) de la vagina?
1. Es por donde se tienen relaciones sexuales con la pareja.
 2. Es por donde sale el sangrado de la regla.
 3. Es por donde se tienen hijos.
 4. Permite la relación sexual y sale sangrado.
 5. Es por donde sale sangrado de regla y nacen los hijos.
 6. Es por donde se tiene relación sexual la pareja y nacen los hijos.
36. ¿A qué edad cree usted que se presenta la menopausia en la mujer?
1. Entre 31 - 40 años.
 2. Entre 41 - 50 años.
 3. Más de 50 años.
37. ¿Puede mencionar algunos síntomas que se presentan durante la menopausia?
-
-
-

38. Cuando la mujer presenta la menopausia. ¿Usted considera que necesita atención de la salud?
1. Si
2. No
39. ¿Porqué? _____

40. Cuando usted regresó a su casa, ¿Qué hacía para evitar que su herida se infectara?

41. Cuáles alimentos acostumbra tomar en una semana? _____
1. Frutas.
2. Verduras.
3. Carnes blancas.
4. Carnes rojas.
5. Lacteos.
6. Refrescos gaseosos.
7. Refrescos de agua natural.
8. Harinas.
42. ¿Cuántas tazas de café bebe al día? _____
1. No bebe café
2. 1 a 3
3. Más de 3
43. ¿Al cuánto tiempo considera usted que debe realizar el examen de cáncer de cérvix después de la operación?

1. 3 meses
2. 6 meses
3. Al año
4. Cada 2 ó 3
5. Ya no es necesario
6. No sabe.
44. ¿Qué tipo de trabajo en su hogar o fuera de él realizaba antes de la operación?

1. Trabajos menos pesados
2. Trabajo más pesado
3. No realiza trabajo
4. Actividades personales y menos pesadas
45. Después de la operación, ¿cómo es el ejercicio que realiza en su hogar o fuera de él?

1. Igual que antes.
2. Realizó menos actividades pesadas.
3. Realizó actividades más pesadas.

46. ¿Usted acostumbra tomarse los medicamentos que le indica el médico? _____
1. Si
2. No
47. _____

48. De los medicamentos que su médico le prescribió ¿Conoce Usted para que sirven?
1. Si
2. No
49. Si fué afirmativa, especifique para qué sirven.

50. ¿A los cuántos días después de la operación considera que debe iniciar las relaciones sexuales con su pareja?
1. al mes
2. al mes y medio.
3. a los 3 meses.
4. a los 4 meses.
5. 6 meses.
6. lo desconoce.
7. nunca.
51. Cuando realizaba su relación sexual con su pareja, ¿Realizaba ambos, aseo en sus genitales? _____
1. Si
2. No
3. Solo ella.
4. Sólo él.
5. No contestó.
52. Si su respuesta anterior fue afirmativa. ¿Con qué frecuencia la realiza? _____
1. Siempre
2. Casi siempre
3. De vez en cuando
4. Casi nunca
5. No aplica
53. ¿Conoce usted algunas molestias que le indiquen complicaciones de su operación? _____
1. Si
2. No
54. Si fue afirmativa la respuesta anterior.

55. ¿A los cuántos días se retiró o retira los puntos de sutura de la herida quirúrgica? _____

1. A los 5 días.
2. A la semana (después de salida del hospital).
3. A los quince días.
4. Al mes.
5. No sabe.
6. Otro.

56. ¿Qué realizaría para que su relación de pareja mejorara en caso que cambiara desfavorablemente en el post-operatorio?

57. Con respecto a sus relaciones con grupos sociales si hubo un cambio en la relación, ¿Que realizaría para mejorarla?

58. OBSERVACIONES.

APENDICE B

INSTRUCTIVO: Llenado para Cédula de Entrevista de Aspectos Sociales y Capacidad de Autocuidado en Histerectomizadas del Area Metropolitana de Monterrey, N.L., México.

Será indispensable leer el instructivo para el llenado adecuado de la cédula de entrevista.

Se le recomendará seguir todos los pasos que aquí se señalan con el fin de hacer más ágil la aplicación de este instrumento.

Antes del llenado de la Cédula:

- a) Cerciórese que la histerectomizada tenga seis meses máximo de haber sido operada.
- b) Si ha tenido hijos.
- c) Pregunte la edad que tiene, recuerde que el requisito es tener entre 20 y 50 años.

Si cumple con los requisitos antes señalados, explique el objetivo de la encuesta y pida su autorización, si esta fue concedida, comience el llenado de la misma.

A continuación se darán las recomendaciones de llenados de la misma.

I. DATOS GENERALES.

1. Número de encuesta: se utilizará tres números dígitos, comenzando del número uno, continuando con números consecutivos.
2. Se anotarán el tiempo que tiene de postoperatorio, el número 1 es menor a dos meses y 2 si tiene más de tres meses.
3. En la clasificación del tipo de histerectomía se tomará como parcial cuando solo hayan extraído el útero y/o un ovario, la total cuando sea el útero y los dos ovarios.
- 4,5 Anotar en la línea el número que corresponda.
6. Se anotará la edad en años y meses para conocer a que grupo pertenece. Si la edad que tenga la mujer es 30, 40 ó 50 años se consideran hasta después de 11 meses de haberlo cumplido.
7. El número 1 será para las que tienen compañero sexual sin importar su situación legal, y el 2 para aquellas que no lo tienen.
- 8,9 Los indicadores no tienden a confusión.

10. Anotar el 1 si la mujer tuvo de 1 a 3 hijos y el 2 si son más de 4 hijos, sin importar si están vivos o no.

Las preguntas 11, 12 y 13 los indicadores no tienden a confusión.

Las preguntas 14, 15, 16, 17, 18 y 19 se tomará el siguiente criterio: mal, cuando no había relación sexual y el afecto y comunicación eran mínimos; Regular, si tenían ocasionalmente relaciones sexuales, el efecto y comunicación era para los asuntos cotidianos; Bien, si tenían relaciones sexuales satisfactorias, había afecto y comunicación positiva.

Las preguntas 20, 21 no tienden a la confusión.

Las preguntas 22, 23, 24 y 25 anotar los diferentes grupos sociales que la histerectomizada tiene contacto.

Las preguntas 26, 27, 28 y 29 se anotará solo con los que se tenga relación y utilizará la siguiente escala: igual, mejor y peor y en la pregunta 30 en los que opinen que cambio se anotará, la posible causa.

29. Anotar textualmente lo expresado por la mujer.

Las preguntas 31 a la 36 los indicadores no tienden a la confusión.

De la 42 a la 46 no hay problema de confusión.

La 47 se anotará textualmente lo dicho por la paciente, sea positiva o negativa a la respuesta.

La 48, 54, 56 y 57 no hay problema.

