



Universidad Concepción  
Dirección de Postgrado  
Facultad de Enfermería - Programa de Doctorado

**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA  
EN LA CALIDAD DE VIDA, FUNCIÓN SEXUAL Y  
AUTOESTIMA EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS:  
UN ENFOQUE DE MÉTODO MIXTO**

POR MARIA INDIRA LOPEZ IZURIETA

Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de  
Concepción para optar al grado académico de Doctora en Enfermería

Profesor Guía: Alide Salazar Molina

Concepción, Chile

Noviembre 2022

Derecho de autor

Propiedad Intelectual

El registro de propiedad Intelectual del manual de la Intervención Libre Mujer está en proceso de solicitud por la Unidad de Propiedad Intelectual de la Universidad de Concepción.



## Agradecimientos

A mi esposo Pedro y a mi hijo Ignacio.

Por darme todo el apoyo, calmar mis angustias, animarme cuando me sentía derrotada, ser la fuente de inspiración en mi día a día y por perdonar mi ausencia en ocasiones especiales.

Gracias los amo con todo mi corazón.

A la Dra. Alide Salazar, mi tutora.

Por enseñarme tanto y darme la oportunidad de incursionar en ámbitos desconocidos y ser buen ejemplo a seguir.

Gracias por la paciencia.

A la Dra. Vivian Vílchez

Por su asesoría metodológica en el estudio cualitativo.

Gracias por su gran apoyo.

A Dios

Sobre todas las personas por protegerme desde el cielo y acoger a mi pequeño hijo amado Tomasito en su seno celestial.

Gracias por el infinito amor.

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	17
<b>1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	<b>17</b>
<b>1.2 MARCO REFERENCIAL .....</b>	<b>32</b>
<b>1.2.1 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL .....</b>	<b>32</b>
<b>1.2.1.1 HISTERECTOMÍA.....</b>	<b>32</b>
<b>1.2.1.2 FUNCIÓN SEXUAL.....</b>	<b>37</b>
<b>1.2.1.3 AUTOESTIMA.....</b>	<b>44</b>
<b>1.2.1.4 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD .....</b>	<b>47</b>
<b>1.2.1.5 TEORÍA DE DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO DE OREM .....</b>	<b>51</b>
<b>1.2.2 MARCO EMPÍRICO.....</b>	<b>75</b>
<b>1.3 HIPOTESIS .....</b>	<b>89</b>
<b>1.4 OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>92</b>
2. SUJETOS Y METODOS.....	94
2.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	94
2.2 FASE CUALITATIVA (Estudio 1).....	101
2.2.1 PARTICIPANTES.....	101
2.2.2 PROCEDENCIA.....	103
2.2.3 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	103
2.2.4 PROCEDIMIENTOS (RECLUTAMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS) .....	106
2.2.5 ANÁLISIS DE DATOS .....	109
2.3 CONSTRUCCIÓN DE LA INTERVENCION EDUCATIVA DE ENFERMERIA PRESENCIAL CON APOYO TECNOLÓGICO .....	113
2.4 FASE CUANTITATIVA (Estudio 2) .....	150
2.4.1 PARTICIPANTES.....	152
2.4.2 PROCEDENCIA.....	153
2.4.3 VARIABLES DEL ESTUDIO .....	155
2.4.4 INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE DATOS .....	156
2.4.5 CEGAMIENTO .....	159
2.4.6 RECLUTAMIENTO .....	159
2.9.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	161
2.4.8 ANÁLISIS DE DATOS .....	163

2.4.9 PROCESAMIENTO DE DATOS.....	164
2.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	166
3. RESULTADOS .....	172
3.1 RESULTADOS FASE CUALITATIVA.....	172
3.1.1 DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DE LAS PARTICIPANTES.....	172
3.1.2 ANÁLISIS CUALITATIVO.....	173
3. 2 RESULTADOS CUANTITATIVOS .....	185
3.2.1 DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN .....	185
3.2.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	187
3.2.2.1 PERFIL BIOSOCIODEMOGRÁFICO .....	187
3.2.2.2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES.....	192
3.3.1 HOMOLOGACIÓN DE CARACTERÍSTICAS GRUPO COMPARACIÓN Y GRUPO EXPERIMENTAL .....	196
3.3.2 COMPARACIÓN AL INTERIOR DE CADA GRUPO .....	200
3.3.3 EFECTO DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA .....	206
4. DISCUSIÓN.....	210
4.1 FASE CUALITATIVA.....	211
4.1.1 CONSTRUCCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA PRESENCIAL CON APOYO TECNOLÓGICO .....	219
4.2 FASE CUANTITATIVA .....	224
4.2.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	225
4.2.1.1 PERFIL BIOSOCIODEMOGRÁFICO .....	225
4.2.1. 2 FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA .....	231
4.2.1.3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD .....	234
4.2.1.4 AUTOESTIMA.....	237
4.3 EXPERIMENTO .....	238
4.3.1 COMPARACIÓN AL INTERIOR DE CADA GRUPO .....	238
4.3.2 EFECTO DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA .....	241
5. CONCLUSIONES .....	255
6. LIMITACIONES .....	257
7. FORTALEZAS .....	258
7. SUGERENCIAS.....	259
9.REFERENCIAS .....	261

## Índice Ilustraciones

Figura 1- Aplicación de la teoría de intervención .....	67
Figura 2- Estructura conceptual-teórica-empírica (CTE) para el presente estudio de métodos mixtos. ....	74
Figura 3- Esquema del diseño exploratorio secuencial.....	95
Figura 4- Esquema de triangulación de datos cualitativos .....	112
Figura 5- Selección de logotipo de la intervención.....	120
Figura 6- Logotipo de la intervención educativa de enfermería con apoyo tecnológico.....	121
Figura 7- Estructura de la página web en computador y teléfono móvil.....	123
Figura 8- Estructura de la intervención educativa de enfermería.....	124
Figura 9- kit educativo y sus elementos .....	128
Figura 10- Primer componente de la página web “Libre mujer” .....	130
Figura 11- Segundo componente de la página web “Libre mujer”. ....	135
Figura 12- Tercer componente de la página web “Libre mujer”. ....	140
Figura 13- Cuarto componente de la página web “Libre mujer”. ....	145
Figura 14- Quinto componente de la página web “Libre mujer”. ....	150
Figura 15- Esquema de recolección de datos e implementación de la intervención.....	163

## Índice Cuadros

Cuadro 1- Guía de entrevista semiestructurada a priori .....	105
Cuadro 2- Resumen de requisitos de autocuidado y factores condicionantes básicos en mujeres histerectomizadas en el perioperatorio. ....	115
Cuadro 3- Operaciones de diagnóstico, prescriptivas, regulatorias y de control definidas para mujeres histerectomizadas en el perioperatorio.....	116
Cuadro 4- Diseño experimental de pre- test y pos-test.....	151
Cuadro 5- Plan de análisis estadístico.....	165
Cuadro 6- Significado de la histerectomía para las participantes entrevistadas en la fase cualitativa. Quito- Ecuador.2021.....	174
Cuadro 7- Emociones sentidas de las participantes entrevistadas en la fase cualitativa. Quito- Ecuador.2021 .....	175
Cuadro 8- Dudas e incertidumbre de las participantes entrevistadas en la fase cualitativa. Quito- Ecuador.2021 .....	176
Cuadro 9- Aspectos necesarios a ser abordados según las participantes entrevistadas en la fase cualitativa. Quito- Ecuador.2021.....	179
Cuadro 10- Subcategorías emergentes (barreras de la educación, espacio físico y espiritualidad) según las participantes entrevistadas en la fase cualitativa. Quito- Ecuador. 2021 .....	180
Cuadro 11- Criterios sobre las necesidades educativas de las mujeres en periodo perioperatorio de histerectomía, según expertas del HGOIA.....	182

## Índice de Tablas

Tabla 1- Características generales de las participantes entrevistadas en la fase cualitativa. Quito- Ecuador.2021 .....	173
Tabla 2- Características sociodemográficas de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021 .....	187
Tabla 3- Edad, escolaridad, años de convivencia y número de hijos de las participantes en el estudio. Quito- Ecuador.2021 .....	189
Tabla 4- Diagnósticos preoperatorios de histerectomía de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021 .....	190
Tabla 5- Disponibilidad de medios tecnológicos, internet y experiencia en su manejo de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021 .....	191
Tabla 6- Función sexual femenina en la medición basal de participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021 .....	192
Tabla 7- Medidas Resumen del Componente de Salud Física de la calidad de vida relacionada con la salud del grupo comparación y grupo experimental de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021 .....	194
Tabla 8- Medidas Resumen del Componente de Salud Mental de la calidad de vida relacionada con salud del grupo comparación y grupo experimental de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021 .....	195
Tabla 9- Puntajes de Autoestima de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021.....	195

Tabla 10- Función sexual femenina en grupos comparación y experimental de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021 .....	197
Tabla 11- Escalas del Componente de Salud Física de la calidad de vida relacionada con salud de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021 .....	198
Tabla 12- Escalas del Componente de Salud Mental de la calidad de vida relacionada con salud de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021 .....	199
Tabla 13- Medición de la Autoestima de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021.....	199
Tabla 14- Comparación entre pre y pos-test función sexual femenina en grupo comparación del estudio. Quito- Ecuador. 2021 .....	200
Tabla 15- Comparación de resultados entre pre y pos-test, Componente de Salud Física y sus dimensiones: Salud General (SG), Función Física (FF), Dolor Corporal (DC) y Rol Físico (RF) en grupo comparación del estudio. Quito- Ecuador.2021 .....	201
Tabla 16- Comparación de resultados entre pre y pos-test, Componente de Salud Mental sus dimensiones: Función Social (FS), Rol Emocional (RE), Salud Mental (SM) y Vitalidad (VT) en grupo comparación del estudio. Quito- Ecuador.2021.....	202
Tabla 17- Comparación de resultados entre pre y pos-test, autoestima en grupo comparación del estudio. Quito- Ecuador.2021 .....	202
Tabla 18- Comparación entre pre y pos-test función sexual femenina en grupo experimental del estudio. Quito- Ecuador.2021 .....	203

Tabla 19- Comparación de resultados entre pre y pos-test, Componente de Salud Física y sus dimensiones: Salud General (SG), Función Física (FF), Dolor Corporal (DC) y Rol Físico (RF) en grupo experimental del estudio. Quito- Ecuador.2021 .....	204
Tabla 20- Comparación de resultados entre pre y pos-test, Componente de Salud Mental sus dimensiones: Función Social (FS), Rol Emocional (RE), Salud Mental (SM) y Vitalidad (VT) en grupo experimental del estudio. Quito- Ecuador.2021.....	205
Tabla 21- Comparación de resultados entre pre y pos-test, autoestima en grupo experimental del estudio. Quito- Ecuador.2021 .....	205
Tabla 22- Cambios al finalizar la intervención en la función femenina en los grupos comparación y experimental del estudio. Quito- Ecuador.2021 .....	206
Tabla 23- Cambios al finalizar la intervención en la Calidad de vida relacionada con la salud en los grupos comparación y experimental del estudio. Quito- Ecuador.2021.....	207
Tabla 24- Cambios al finalizar la intervención en la Autoestima en los grupos comparación y experimental .....	209

## Resumen

La histerectomía quirúrgica ocupa el segundo lugar después de la cesárea como procedimiento quirúrgico en la mujer, causando impacto en la función sexual, calidad de vida y autoestima, por lo que es necesario proveer una atención integral en busca del bienestar de la mujer.

**Objetivos:** Conocer las necesidades educativas de las mujeres a partir del significado otorgado a la histerectomía durante el periodo perioperatorio, para desarrollar una intervención educativa de enfermería basada en el autocuidado y determinar su eficacia en el mejoramiento de la función sexual femenina, calidad de vida relacionada con salud y autoestima de las participantes.

**Sujetos y métodos:** Estudio de método mixto, de tipo exploratorio secuencial. Para la fase cualitativa que tuvo como objetivo conocer las necesidades educativas de las mujeres a partir del significado otorgado a la histerectomía durante el periodo perioperatorio, se realizaron entrevistas individuales a mujeres (35 a 65 años) con indicación de histerectomía por patología benigna que asistían a la consulta de ginecología, las cuales fueron contactadas e invitadas a participar. Las entrevistas fueron analizadas utilizando análisis de contenido. La fase cuantitativa correspondió a un estudio cuasi experimental, de tipo diseño con grupo control no equivalente, que tuvo como objetivo: determinar la eficacia de una intervención educativa de enfermería basada en el autocuidado en el mejoramiento de la función sexual femenina, calidad de vida relacionada con salud y autoestima de las mujeres con indicación de histerectomía de 35 a 65 años en dos Hospitales Gineco Obstétricos de Quito.

Fueron incluidas 26 mujeres en lista de espera para histerectomía para el grupo experimental y 26 para el grupo de comparación. Instrumentos: Cuestionario biosociodemográfico, Índice de Función Sexual Femenina, SF-36 y Escala de Rosenberg. Los dos grupos recibieron atención tradicional y el grupo experimental recibió adicionalmente la intervención educativa de enfermería presencial con apoyo tecnológico “Libre Mujer”. Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva, análisis de varianza de medidas repetidas, test chi-cuadrado. Fueron considerados requisitos éticos.

**Resultados:** Fase cualitativa, subcategoría significado de histerectomía describe las interacciones con el cuidado de la salud, el cuerpo, la feminidad, la reproducción y la sexualidad. La subcategoría conocimiento mostró dudas de las pacientes en aspectos generales del procedimiento y efectos de la histerectomía. Los datos obtenidos de la fase anterior fueron empleados en el diseño y elaboración de la intervención educativa de enfermería presencial individual con apoyo de una página web. Fase cuantitativa: Mujeres grupo experimental presentaron mejora significativa en función sexual femenina (diferencia 3,74 DS 8,39) vs. grupo comparación (diferencia -1,43 DS 2,33) ( $p < 0,05$ ). También se evidenció mejora significativa en grupo experimental en componente de salud física (diferencia 37,59 DS 35,80) vs grupo comparación (diferencia 3,61 DS 12,23) ( $p < 0,0001$ ), en componente de salud mental (diferencia 30,32 DS 29,52) vs. (diferencia 1,26 DS 9,23) ( $p < 0,0001$ ) y en autoestima (diferencia 9,42 DS 10,43) vs. (diferencia -0,19 DS 0,98) ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones:** Las mujeres describieron **las necesidades educativas a partir del significado otorgado a la histerectomía** y dieron a conocer sus dudas en aspectos generales del procedimiento, evidenciando que la entrega de la información por parte de los profesionales debe ser clara, sencilla, concreta y tiene que partir de sus necesidades. La intervención educativa de enfermería basada en el autocuidado con apoyo de página web mostró eficacia en términos de mejora de la función sexual, calidad de vida y autoestima de las participantes

**Palabras claves:** Calidad de vida; enfermería; sexualidad; autoestima; histerectomía, Educación del Paciente como asunto

## **Abstract**

Surgical hysterectomy ranks second after cesarean section as a surgical procedure in women, causing an impact on sexual function, quality of life and self-esteem, so it is necessary to provide comprehensive care in search of women's well-being.

**Objectives:** To know the educational needs of women from the meaning given to hysterectomy during the perioperative period, to develop an educational nursing intervention based on self-care and determine its effectiveness in improving female sexual function, related quality of life. with health and self-esteem of the participants.

**Subjects and methods:** Mixed method study, sequential exploratory type. For the qualitative phase, which aimed to discover the educational needs of women based on the meaning given to hysterectomy during the perioperative period, individual interviews were conducted with women (35 to 65 years old) with an indication for hysterectomy due to benign pathology who attended the gynecology consultation, which were contacted and invited to participate. The interviews were analyzed using content analysis. The quantitative phase corresponded to a quasi-experimental study, design type with non-equivalent control group, which had as its objective. To determine the efficacy of an educational nursing intervention based on self-care in improving female sexual function, health-related quality of life and self-esteem of women with an indication for hysterectomy aged 35 to 65 years in two Gynecological Obstetric Hospitals in Quito. Twenty-six women on the hysterectomy waiting list were

included for the experimental group and 26 for the comparison group. Instruments: Biosociodemographic Questionnaire, Female Sexual Function Index, SF-36 and Rosenberg Scale. The two groups received traditional care and the experimental group additionally received the face-to-face nursing educational intervention with technological support "Libre Mujer". Statistical analysis: Descriptive statistics, analysis of variance of repeated measures, chi-square test were used. Ethical requirements were considered.

Results: Qualitative phase, meaning subcategory of hysterectomy describes the interactions with health care, the body, femininity, reproduction and sexuality. The knowledge subcategory showed patient doubts about general aspects of the procedure and effects of hysterectomy. The data obtained from the previous phase were used in the design and elaboration of the individual face-to-face nursing educational intervention with the support of a web page. Quantitative phase: Women in the experimental group presented a significant improvement in female sexual function (difference 3.74 SD 8.39) vs. comparison group (difference -1.43 SD 2.33) ( $p < 0.05$ ). There was also a significant improvement in the experimental group in the physical health component (difference 37.59 SD 35.80) vs. comparison group (difference 3.61 SD 12.23) ( $p < 0.0001$ ), in the mental health component ( difference 30.32 SD 29.52) vs. (difference 1.26 SD 9.23) ( $p < 0.0001$ ) and in self-esteem (difference 9.42 SD 10.43) vs. (difference -0.19 SD 0.98) ( $p < 0.0001$ ).

Conclusions: The women described their educational needs based on the meaning given to hysterectomy and made known their doubts in general

aspects of the procedure, showing that the provision of information by professionals must be clear, simple, concrete and has to start of your needs. The nursing educational intervention based on self-care with the support of the website showed efficacy in terms of improving sexual function, quality of life and self-esteem of the participants

Keywords: Quality of life; Nursing; sexuality; self esteem; hysterectomy, Patient Education as a topic



## INTRODUCCIÓN

### 1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La histerectomía es un tratamiento quirúrgico en el cual hay remoción del útero para resolver afecciones ginecológicas benignas (1), siendo el procedimiento quirúrgico ginecológico de mayor frecuencia (2), realizándose anualmente millones de procedimientos en el mundo (3).

Cabe señalar que los datos globales sobre histerectomía se basan en estudios en servicios para atención a pacientes hospitalizados, de origen público, lo que pudiera enmascarar los datos reales, no obstante, las investigaciones muestran que las tasas de histerectomía son altas (4). Así, por ejemplo, en los Estados Unidos el porcentaje de histerectomías es de 90% por causas benignas, con una prevalencia de 26,4% y en Australia de 16,9% en mujeres de 18 a 69 años y de 22% en mujeres de 45 a 50 años. En la intervención quirúrgica se puede incluir la extirpación de los ovarios, reportándose en Estados Unidos en 2004 un 54% de las mujeres con ooforectomía, siendo menor en Australia alcanzando un 30% en 2005, en Alemania un 12% y en Dinamarca un 22%, existiendo además una relación directa con el incremento de la edad en la mayoría de países (4). Estos reportes muestran que la incidencia y prevalencia de la histerectomía tiene una tendencia a variar ampliamente, ya sea por la diversidad geográfica, variaciones de la patología uterina, factores individuales y aspectos socioculturales como raza y edad (4). En adición a lo ya señalado, se menciona que la incidencia en los últimos años debería haber disminuido ante

la presencia de nuevos métodos de tratamiento como la ablación endometrial, entre otros, para tratar de conservar al útero (4). No obstante, las tasas de histerectomía son mucho más altas en los países desarrollados en comparación con los países de bajos ingresos (5, 6).

Aunque la histerectomía generalmente se considera un procedimiento seguro y rutinario dentro de la ginecología, se asocia con ciertas complicaciones anatómicas que teóricamente podrían alterar la sexualidad, poniendo en riesgo la función sexual y como consecuencia la alteración de la calidad de vida y la autoestima de la mujer(7), por lo tanto **la decisión de someterse a una histerectomía se torna en un momento difícil**, siendo la histerectomía es la última decisión en el tratamiento de problemas ginecológicos y conlleva un largo periodo de síntomas antes que la mujer tome la decisión de someterse a ella (8).

Si bien, la mayoría de las histerectomías que se realizan son para mejorar la calidad de vida de la mujer, su impacto no ha sido medido adecuadamente y pueden ser marcadamente heterogéneos, encontrándose reportes de efectos benéficos, negativos y neutros (9- 11) Es así como se ha descrito que la radicalidad de la menopausia quirúrgica o inducida, causa impacto en la calidad de vida, alterando la feminidad, provocando alteraciones físicas, psicológicas, sociales y en el bienestar sexual, dando cuenta de una subjetividad no evaluada por la mayoría de los indicadores utilizados en salud, por lo que se recomienda incorporar una atención holística e integral, que incorpore información individualizada acerca de las opciones quirúrgicas, la

libertad de elección y la educación sexual a la mujer y pareja previo a la cirugía, para mejorar sus resultados (4, 6, 12- 14).

En adición a ello, el abordaje de la sexualidad, como un componente de la calidad de vida y de la función sexual en la mujer que ha experimentado una histerectomía, ha adquirido mayor preocupación en los últimos años, ya que este componente era considerado secundario (14). Es así como investigaciones relativas al funcionamiento sexual en mujeres histerectomizadas han permitido dar cuenta de efectos negativos como pérdida de la libido, disminución de la frecuencia del coito, disminución de la respuesta sexual, dificultad para alcanzar el orgasmo, disminución de la sensación de la vagina, dispareunia, acortamiento vaginal, pérdida de penetración del pene y pérdida de elasticidad vaginal y lubricación, llevando consigo a una alteración del funcionamiento sexual y la relación con la pareja, afectando a la mujer (14, 15).

Como es posible apreciar, los informes acerca de los efectos de la histerectomía en la calidad de vida y el funcionamiento sexual difieren de una mujer a otra (16). Es así como los informes de la función sexual después de la histerectomía no son homogéneos. Silva et al. menciona en una revisión de la literatura que se debe tomar en cuenta el significado que tiene para la mujer la pérdida de un órgano relacionado con la feminidad, siendo una experiencia individual, que da paso a sensaciones y percepciones de un cuerpo incompleto y diferente y se refleja en su autoestima (16).

Coincidiendo con lo anterior Danesh et al., (15) en una revisión narrativa sobre los efectos positivos y negativos de la histerectomía en el

funcionamiento sexual de las mujeres, concluyen que la función sexual después de la histerectomía se constituye en un aspecto difícil de entender al ser multifactorial y depender de varios factores, entre los que se encuentran la imagen corporal, funcionamiento sexual previo, el tipo de histerectomía, entre otros. Bayram y Sahin (17) en Turquía realizaron un estudio a 93 mujeres histerectomizadas encontrando una disminución significativa en el deseo sexual, la excitación, la lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor durante las relaciones sexuales (18). Otro estudio realizado con 100 mujeres en Irán (18) menciona la disminución de la calidad sexual, el deseo y la satisfacción sexual y dispareunia. Coincidiendo con los estudios anteriores Demirtas et al. en Ankara (19), en su estudio a 168 mujeres, reportaron problemas de dispareunia (97,1%), sequedad vaginal (97,6%), disminución del deseo sexual (91,1%) y dificultades de la excitación sexual (92,9%), dando una muestra clara que la afectación en la función sexual se da a consecuencia de la histerectomía (15).

En relación a la afectación de la autoestima (20) en un estudio de tipo descriptivo comparativo que buscaba evaluar los cambios en la autoestima en mujeres histerectomizadas, mostrando los resultados una disminución significativa la autoestima dando cuenta de la afectación de la misma por el procedimiento quirúrgico.

En adición a lo señalado, Goudarzi et al. reportan los hallazgos de un estudio cualitativo sobre el impacto de la histerectomía en la mujer, y menciona que la mayoría de las participantes, luego de la histerectomía, indicaron emociones negativas sobre los cambios percibidos en su cuerpo y

describieron sus experiencias en relación a la destrucción de su imagen corporal, la alteración del cuerpo, la deformidad de los órganos femeninos y la imagen diferente, dado cuenta que la autoestima puede sufrir alteraciones por los cambios físicos experimentados luego del proceso quirúrgico (histerectomía) (21). Ello también ha sido reportado por Erdoğan et al., quienes señalan que es necesario tomar en cuenta que las patologías ginecológicas o la extirpación de órganos reproductivos puede traducirse en un sentimiento de deficiencia como mujer y transformarse en un conflicto entre la imagen que una mujer tiene de su cuerpo y la imagen de su cuerpo en su mente (22).

Respecto de la preparación realizada a mujeres que serán sometidas a una histerectomía, la revisión de la literatura (15) da cuenta de barreras que incluyen restricciones culturales, personales, vergüenza de pacientes y médicos, bajos niveles educativos que no permiten la entrega de forma clara de la información sobre definiciones y consecuencias de la cirugía en el ámbito sexual de la mujer, abordando sin precisión estos problemas, tanto con la mujer como con la pareja sexual. Urrutia et al., reportaron distintas barreras percibidas por la mujer histerectomizada durante el proceso quirúrgico: el lenguaje técnico, falta de tiempo, enojo, contradicciones en las indicaciones y lejanía de los profesionales de la salud; barreras en las mujeres: timidez, vergüenza, falta de confianza, miedo y conformidad; por lo que se concluye que el reto para los profesionales de salud es desarrollar técnicas de comunicación adecuadas para mejorar los resultados en salud en este ámbito (23).

En adición a ello, la revisión de la literatura (15) muestra que las intervenciones educativas son muy importantes en la atención a la mujer y deben ser abordadas desde el preoperatorio. Dicha intervención debe ser personalizada e integradora, para evitar el rechazo, la negación y preocupaciones posquirúrgicas, encaminadas al mejoramiento de su calidad de vida. Otros estudios coinciden respecto a la importancia de intervenciones psicoeducativas sobre sexualidad en mujeres histerectomizadas, en busca de la prevención de alteraciones en la función sexual y la calidad de vida (16), concordando en la necesidad de contar con una estrategia que se centre en las necesidades individuales a través de un programa formal educativo (16).

Con todo, se ha reportado escasa evidencia que dé cuenta del efecto de intervenciones educativas de enfermería dirigidas a mujeres histerectomizadas. Entre los estudios reportados se cuenta el de Hosseini et al., quienes a través de una intervención educativa utilizando el modelo educativo PRECEDE, (*Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation*) lograron una mejora significativa del grupo experimental en todos los dominios de la función sexual (24). En adición a ello, se ha evidenciado mejora a través de programas psicoeducativos previniendo las alteraciones emocionales y disfunciones sexuales, propiciando además la recuperación física y emocional y un retorno a una vida sexual activa satisfactoria (12). De la misma manera la literatura reporta un estudio de intervención basado en el modelo EX-PLISSITT, (Terapia Intensiva de Sugerencias Específicas de Información Limitada con Permiso Extendido) mostrando ser eficaz para mejorar el funcionamiento sexual y la

calidad de vida sexual proporcionando una base para el tratamiento de temas sencibles como la sexualidad (25).

Otro estudio de intervención reveló que la atención psicológica brindada a las mujeres antes y después de la cirugía, redujo los síntomas depresivos y la ansiedad y aumentó la imagen corporal positiva en las mujeres intervenidas (22). Otro estudio, reveló que la educación en salud dada a las pacientes antes de la histerectomía protege la imagen corporal y consecuentemente la autoestima (26).

De acuerdo con lo antes mencionado, estudios han reconocido la relevancia de propiciar educación a la paciente sobre los posibles efectos posquirúrgicos negativos en relación a la función sexual, permitiendo de esta manera aceptar el proceso quirúrgico y prevenir complicaciones (27).

Así también, se considera que las intervenciones educativas previas a la histerectomía protegen la imagen corporal y la autoestima, dando cuenta que la atención emocional es esencial y es parte de la atención holística para mujeres que planean someterse a una histerectomía. La atención implica el despliegue de habilidades de escucha, observación, empatía y comunicación hacia la persona, para satisfacer sus necesidades emocionales. Por ello solventar sus inquietudes antes de la cirugía sobre el proceso quirúrgico, tipo de cirugía y las consecuencias en ellas, puede minimizar sus preocupaciones. Esto puede contribuir a que las pacientes se encuentren mejor preparadas y más compatibles con la cirugía; pudiendo ser más fácil superar el dolor, el miedo y problemas emocionales después de la cirugía. En esta misma línea, investigadores han reportado la necesidad de que la

persona que entrega la información sea del mismo sexo, ya que le permite a la mujer establecer una adecuada relación entre mujeres y tener libertad para preguntar (17).

En el ámbito de las intervenciones que utilizan las tecnologías de información, Dukeshire et al., desarrollaron y evaluaron un sitio Web para mejorar la recuperación después de la histerectomía proporcionando información oportuna y relevante adaptada a la etapa de recuperación de la paciente (28). Bouwsma et al, implementaron un programa de atención basado en Internet, que incluyó una intervención en salud con asesoramiento personalizado para lograr una adecuada recuperación, mostrando el grupo experimental beneficios en la calidad de vida de las personas al disminuir los tiempos de recuperación y las complicaciones pos quirúrgicas (29).

Por lo tanto, se considera que la incorporación del apoyo tecnológico a través de la página web es un elemento ventajoso, ya que se ha evidenciado que puede ser un valioso complemento en la atención sanitaria, dando efectos positivos en la recuperación de las pacientes sometidas a cirugía ginecológica por causa benigna (29), resultando en una alternativa ventajosa por su bajo costo, privacidad, acceso fácil y potencial efectividad.

Si bien, en los establecimientos hospitalarios en Ecuador se dispone de protocolos para la atención a la mujer histerectomizada (30), estos tienen ciertas características que evidencian la falta de atención integral: una consulta que se realiza en las semanas previas a la resolución quirúrgica, realizada por médico que incluye control de signos vitales, anamnesis, control ginecológico, solicitud de exámenes y una breve educación de tipo rutinaria y

basada en modelos tradicionales o biomédicos. Esta consulta se centra en la enfermedad, en este caso la patología ginecológica, sin observar el contexto de la mujer ni sus necesidades, por lo tanto, es escasa la posibilidad que tienen las mujeres de dilucidar sus inquietudes como desconocimientos, mitos, miedos y aprehensiones al momento del diagnóstico (31). Existen otros aspectos que son abordados de manera rápida y superficial como lo relacionado al acto quirúrgico, la afectación en la anatomía femenina, sus cuidados, posibles complicaciones y la calidad de vida en general. Por otra parte, los profesionales descuidan su atención a aspectos de la sexualidad y la autoestima, considerados íntimos, llevando a la mujer a la adquisición de información de fuentes no confiables, con información errónea sobre las consecuencias de la histerectomía en su funcionamiento general (13).

Los antecedentes aportados dan cuenta de la necesidad de realizar investigaciones que midan la efectividad de intervenciones, realizadas de forma previa y posterior a la cirugía, en variables como la calidad de vida relacionada con salud, función sexual y autoestima de las mujeres de edad media sometidas a histerectomía. La evidencia disponible muestra que en la actualidad los programas de intervención con enfoque en la educación en términos de salud, son escasos e infrautilizados, siendo estos un capital importante para enfermería ya que las pacientes sometidas a histerectomía al recibir información adecuada y pasar por un entrenamiento previo serán capaces de enfrentar las complicaciones y mejorar su funcionamiento sexual después de la cirugía (15).

### **Problema de investigación:**

¿Cuáles son las necesidades educativas de las mujeres, a partir del significado otorgado a la histerectomía durante el periodo perioperatorio, para desarrollar una intervención educativa de enfermería basada en el autocuidado y determinar su eficacia en el mejoramiento de la función sexual femenina, calidad de vida relacionada con salud y autoestima de las participantes?

Dado lo mencionado anteriormente respecto de la afectación de la función sexual, autoestima y calidad de vida en las mujeres histerctomizas, su atención en periodo perioperatorio se constituye en una prioridad en la atención ginecológica, por lo tanto, se ha propuesto en el presente estudio un enfoque de método mixto para analizar y conocer el significado de las necesidades educativas de las mujeres en el periodo perioperatorio de histerectomía y plantear una intervención educativa.

### **Relevancia para la salud pública**

La población de Ecuador, según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) para el 2022 es de 18.030.456 habitantes. La distribución de la población por sexo da cuenta clara de que la población femenina tiene un mayor crecimiento, sobre todo en las grandes regiones del país como la costa 4.207.003 y sierra 3.913.307, correspondiendo el 51,05% de la población, 3.410.763 a mujeres de 40 a 59 años. Es por ello que se requiere una atención diferenciada para la mujer, planteándose que desde la

política pública deben incorporarse planes y programas para asegurar la atención de salud de manera oportuna, equitativa y de acuerdo a sus necesidades (32).

Se considera que este estudio aportará a la salud de la mujer, ya que está en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025, cuyo eje social fundamental se basa en Desarrollar las condiciones para el goce del derecho a la salud de manera integral, alcanzar la atención universal, de calidad, oportuna y gratuita, enmarcándose además en los compromisos internacionales de desarrollo global, particularmente en la Agenda 2030 y en sus Objetivos de Desarrollo Sostenible. Es por tanto la necesidad que la mujer de edad media tenga una atención específica en salud sexual y reproductiva con abordaje integral, dejando atrás programas centrados en la enfermedad y en la atención materna, que han generado brechas de inequidad para las mujeres (33).

En el caso de las mujeres sometidas a histerectomía, tal como se ha evidenciado, se ha reportado que después de esta cirugía la recuperación completa toma más tiempo de lo esperado, independientemente de la técnica quirúrgica o el nivel de invasividad, lo que le lleva a la mujer a ausencia temporal de sus actividades diarias, que se traduce en disminución de actividades significativas, ausencia laboral, deterioro de la función sexual, entre otros, contribuyendo a una disminución de su calidad de vida (34). Ello tiene como consecuencia un impacto en el aumento de costos innecesarios para la sociedad a través pérdidas de horas de trabajo, atención médica,

mayor costo en medicamentos y tasas de hospitalización más altas (34). No obstante, se ha reportado que intervenciones educativas previas y con acciones complementarias tecnológicas han mostrado fomentar el autocuidado de las pacientes, dando como resultado un mejor control de su situación de salud frente a las necesidades no satisfechas (35), pudiendo ser un valioso complemento a los servicios de salud tradicionales y al mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres histerectomizadas.

Por consiguiente, se considera que esta investigación contribuye de forma concreta, a nivel de los servicios de atención ginecológica hospitalarios, a evidenciar que la atención de la salud de las mujeres debe centrarse en la persona y sus necesidades, proponiendo una intervención de enfermería de tipo educativo a la mujer, administrada durante todo el periodo perioperatorio, que permita prevenir disfunciones sexuales y trastornos emocionales post quirúrgicos.

En adición a lo anterior, en la actualidad la necesidad de la implementación exitosa de la práctica basada en la evidencia, de innovaciones en la asistencia sanitaria y las nuevas tecnologías para la práctica clínica, dejan la posibilidad abierta para que, en el campo de la salud, se desarrollen iniciativas electrónicas eficaces aplicadas a las intervenciones educativas. Por lo tanto, la transferencia de recursos de salud y cuidado de la salud deben dirigirse a ese ámbito y es el nuevo reto para los profesionales y entidades sanitarias, ya que está demostrada su utilidad y beneficios (35).

## **Relevancia para la profesión**

La enfermera cumple un papel importante en la atención de salud al ser la responsable de la gestión del cuidado (31). En el ámbito de la atención de salud de la mujer, las/los profesionales de enfermería tienen un papel protagónico dentro de los equipos de salud por su probado liderazgo y su rol en la educación de la población, lo que las/os posiciona en un lugar de oportunidad, convirtiendo a la educación en una herramienta para alcanzar resultados a favor de su autocuidado. Es así como en el caso de las mujeres histerectomizadas, se dispone de reportes sobre los beneficios logrados a través de programas educativos, como la disminución de las complicaciones posquirúrgicas, el retorno temprano a las actividades normales y al pleno disfrute de la sexualidad y mejoría de calidad de vida (24, 28, 36).

De este modo, se espera que la intervención educativa de enfermería realizada permita incursionar en nuevos escenarios para enfermería, ya que se podrá comandar las acciones de educación presencial incluyendo además el apoyo tecnológico como complemento en la atención de salud, mejorando así la gestión del cuidado de enfermería y posibilitando a futuro su incorporación como una práctica habitual en la atención de salud a mujeres histerectomizadas, contribuyendo, de este modo, la profesión de enfermería y a la salud pública del país (35).

En relación a lo antes mencionado la propuesta de esta intervención educativa es basar su accionar en las necesidades de salud de las mujeres

en los servicios de ginecología. Dando respuesta a la necesidad creciente de las mujeres sobre la sexualidad, ya que con el pasar de los años, existe más conciencia y conocimiento de la importancia de la salud sexual para el bienestar personal y social. Evidenciándose nuevos retos que impone una sociedad cambiante y cada vez más exigente, puesto que de esta manera se pretende concienciar sobre la importancia de incorporar nuevos sistemas de trabajo y nuevas áreas de actuación de la profesión de enfermería. Convirtiéndose en una necesidad social donde las mujeres demandan una atención especializada y específica en el campo de la ginecología.

#### **Relevancia para la disciplina**

La importancia en el desarrollo del conocimiento en enfermería radica en su gran utilidad para la práctica asistencial, es por ello que este estudio logra articular la teoría del déficit de autocuidado con la práctica asistencial para producir nuevos conocimientos que alimenten a la disciplina de enfermería (37).

Es así como, desde el punto de vista disciplinar, se estima que este estudio contribuye a la comprensión y aplicación de un marco teórico de enfermería al utilizar la estructura conceptual - teórico- empírico (CTE) (37) empleado para orientar la investigación y las actividades prácticas de enfermería. Se evidencia el aporte de un sustento teórico que orienta la práctica profesional a través de un método de planificación sistemático y racional (38). La incorporación de evidencia científica es fundamental para enfermería, ya que permite el desarrollo del cuerpo del conocimiento y

legitimación de la disciplina contribuyendo al mejoramiento en la atención de este grupo poblacional (38).

Por ello la implementación de teorías y modelos de enfermería en la asistencia, permiten explicar los hechos empíricos de enfermería, a través del desarrollo teórico y la generación del conocimiento disciplinar puesto en práctica a partir de la retroalimentación en la praxis para que sea efectiva y reconocida, garantizando de esta manera la autonomía de enfermería.



## **1.2 MARCO REFERENCIAL**

### **1.2.1 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL**

En primer término, se hará referencia a los aspectos conceptuales y marcos teóricos que sustentan esta investigación y que fundamentaron el diseño de la intervención.

#### **1.2.1.1 HISTERECTOMÍA**

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en la mujer después de la cesárea, es así como, en el año 2004, en los Estados Unidos se realizaron alrededor de 600.000 intervenciones quirúrgicas de este tipo. Además, la bibliografía recoge que la tasa de histerectomías ha variado entre 6,1 y 8,6 por 1000 mujeres en todas las edades (39).

En América Latina se dispone de limitada información relativa a la prevalencia de histerectomía, sin embargo existen datos de algunos países como Cuba, que muestran la realización de 4.077 histerectomías electivas y 207 de urgencia, lo que representa 5,8% para el año 2010, en hospitales generales y clínico-quirúrgicos (40). En Chile, un estudio da cuenta que la histerectomía afecta a un 20% de la población femenina y su mayor incidencia es en mujeres de 35-49 años (13). En Ecuador existe escaso reporte de las estadísticas de las intervenciones quirúrgicas totalizadas en el país y de complicaciones resultantes de la misma. Sin embargo, se ha observado un incremento de este procedimiento quirúrgico, como se evidencia en el registro de cirugías en los años 2016 - 2020 en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, en el que muestra un promedio año 129

intervenciones ginecológicas (Histerectomía) al año, siendo la cirugía más frecuente por causas no obstétricas después de la cesárea, según el reporte estadístico del hospital<sup>1</sup>.

La histerectomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación del cuerpo del útero, con o sin el cuello uterino y sus anexos. Se realiza mediante diversas técnicas que varían en el nivel de intervención, la vía de acceso pudiendo ser por vía abdominal, vía vaginal o la combinación de las dos. Actualmente hay una tendencia al empleo más frecuente de procedimientos quirúrgicos menos invasivos como la laparoscopia, que es mínimamente invasiva, y la robótica (41), en busca de la posibilidad de conservar la mayor cantidad de órganos y tejidos sanos (42), ya que la histerectomía es una experiencia compleja, multidimensional.

Las indicaciones más comunes para una histerectomía son fibromas o leiomiomas, sangrados anómalos, endometriosis, prolapso uterino y otros (27), las que describen a continuación:

- a. Leiomiomas (43) uterinos: son los tumores benignos del músculo liso uterino más comunes que se presentan en las mujeres mayores de 30 años y por lo tanto relacionados con la etapa fértil. A pesar de su alta prevalencia, poco se sabe sobre la etiología o las bases moleculares de su desarrollo y crecimiento, siendo alrededor del 30% de ellos sintomáticos y que necesitarán un tratamiento farmacológico y /o

---

<sup>1</sup> Información obtenida desde el registro informático del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

quirúrgico. La sintomatología está caracterizada por menorragias, dolor, entre otras.

b. Sangrado (44) uterino anormal: refiere a aquella patología que aparece fuera del ciclo menstrual normal de la mujer y su origen puede ser por una disrupción del endometrio, debido a una patología benigna, o morbilidad oncológica ginecológica.

c. Prolapso genital: (45) es la protrusión de una de las paredes de la vagina hacia el canal vaginal, siendo una patología frecuente que requiere intervención quirúrgica en el 10-20% de las mujeres. Se estima que la cantidad de pacientes atendidas por un prolapso genital puede aumentar en los próximos años, ya que uno de los principales factores de riesgo es el envejecimiento, siendo su impacto en la calidad de vida significativo. La fisiopatología del prolapso es multifactorial y todavía no está totalmente dilucidada. El diagnóstico puede formularse gracias a la anamnesis y a la exploración física.

Se estima, que al menos el 80% de las histerectomías son indicados para el tratamiento de la patología benigna del aparato genital femenino (40), siendo una intervención quirúrgica que ha sido restada de importancia por ser considerada como una intervención de rutina en los servicios de salud, contribuyendo a aumentar la frecuencia de la misma (46).

Cabe mencionar que la extirpación del útero tiene un gran significado para la mujer, tanto en la regulación de las funciones sexuales, fisiológicas, así como fuente de energía, vitalidad, de mantenimiento de la juventud (39, 42). La histerectomía al poner fin la etapa reproductiva de la mujer afecta su

feminidad, pudiendo provocar alteraciones de la autoestima, en la relación de pareja, conflicto con el medio social, entre otros (39). Al ser un tratamiento quirúrgico que se realiza para aliviar los síntomas dados por las diferentes patologías benignas, hay controversia en la evidencia positiva y negativa de la histerectomía, constituyéndose un tema complejo, ya que muchas mujeres consideran que la histerectomía tiene una repercusión negativa en su feminidad, especialmente relacionados con los efectos potenciales de la intervención quirúrgica sobre su función sexual y la calidad de vida (13).

Es por tanto necesario mencionar que los órganos del aparato genital que intervienen en la respuesta sexual son el útero, el cérvix y la vagina, al ser estructuras vinculadas a la intervención sufren modificaciones que pueden producir alteraciones en la respuesta sexual como pérdida del deseo sexual, la excitación y el orgasmo, las que pueden explicarse por los mecanismos neurales produciéndose denervación, disminución de la longitud y de la vasocongestión de la vagina. Por tal motivo se considera que no es suficiente medir los resultados en términos de morbilidad de la mujer (39).

Con relación a los significados de la feminidad, éstos pueden situarse en dos niveles: un nivel externo, relacionado con lo “visible” en la mujer y uno interno referente a sus “partes no visibles”, pero que están presentes y que le identifican como mujer. Respecto de estas últimas, el útero es considerado un elemento fundamental, como órgano de la reproducción y de diferenciación con el hombre, por lo que la extirpación del mismo pone fin a esta posibilidad, causando en algunos casos frustraciones y duelos que pueden repercutir en el estado emocional de la mujer (47). Es así como considerar a la

histerectomía como un proceso aislado es separar “lo interno y lo externo” de la mujer, debido a que la extirpación del órgano interno supone una fuerte afectación a la autoimagen, autoestima y autovaloración, aun cuando no exista evidencia externa visible ni deformante para ella, estará presente ya que vivirá y sentirá esta carencia y el vacío ante la pérdida de un órgano, llevándola a inquietudes e interrogantes sobre su condición futura, en su relación de pareja y con la sociedad. La pérdida de la menstruación, es la manifestación externa de la fertilidad, pudiendo ser vivida de diversas maneras, en algunos casos es algo molesto, sin trascendencia, doloroso y tranquilizadora en otros, pero la pérdida gradual de la misma se da en las diferentes etapas de la vida de la mujer, de manera fisiológica, por lo que ella podrá estar preparada para estos cambios, mas no a la pérdida repentina a consecuencia de la histerectomía llevándola a una controversia entre lo esperado y no deseado, creando sentimientos ambiguos y la alteración en perspectivas futuras (47).

De esta manera la información adecuada, correcta y el apoyo de los profesionales de salud, antes, durante y después de la intervención quirúrgica, permitirán solventar aspectos tan importantes como la respuesta al estímulo sexual, la vivencia emocional difícil, secuelas psicológicas, sentimientos de pérdida y otros aspectos que puedan involucran la asistencia. Este componente de educación y apoyo puede ser considerado básico para la recuperación en tiempos adecuados y de la mejor manera (48).

### 1.2.1.2 FUNCIÓN SEXUAL

#### Definición de función sexual

La función sexual es la actividad propia de cada sexo, se constituye como el resultado de un proceso de activación entre el estímulo y la respuesta y empieza a funcionar a partir del nacimiento. La función sexual depende de varios factores, en especial, del entorno sociocultural, el que determinará conductas y aprendizaje masculinos y femeninos (49).

El desarrollo de la función sexual es complejo (50), siendo necesario entenderla a través de elementos que permitan su conceptualización, como es el caso de la Teoría de la variabilidad del sexo y la función sexual. Esta teoría explica la variación que puede tener el ser humano en lo relacionado con los aspectos sexuales, debiendo tomar en cuenta además la existencia de límites internos, límites menores y mayores, los que están en relación al sexo del individuo, la función sexual, con cuál sexo se funciona, con qué métodos, con cuánta frecuencia, tipo de ciclo de respuesta sexual, tiempo de funcionamiento y que conlleva a un funcionamiento adecuado (51). Así el funcionamiento sexual estará dentro de rangos de la normalidad (52, 53).

#### Postulados de la teoría:

- a. Integración de la función sexual: Este postulado trata de dar explicación a la conformación del patrón sexual de la conducta sexual, que es el modelo aceptado o socialmente rechazado (53) del funcionamiento sexual en relación al sexo.

b. Desarrollo sexual funcional: Este postulado explica el desarrollo sexual funcional y la interacción individual, el entorno sociocultural durante toda la vida y el desarrollo para la conformación de un patrón sexual durante los períodos de crecimiento y desarrollo del ser humano (53).

A continuación, se hace referencia a los diferentes períodos del desarrollo:

- Período Indiferenciado (neonato, infante y niño): Bianco establece que la función sexual empieza al momento del nacimiento hasta los 8 a 12 años, aproximadamente. Es innata, no posee ningún tipo de segregación, es fisiológica de acuerdo con el sexo, su función está en desarrollo y las respuestas sexuales están siendo influenciadas por situaciones/estímulos sexuales relativas a la familia, los amigos y el entorno, siendo por lo tanto una expresión fisiológica (53).
- Período de Transición (púber y adolescente): Se caracteriza fundamentalmente por el desarrollo biológico, abarca aproximadamente desde los 8 a 12 años hasta los 18 a 21 años. Las personas responden sexualmente a estímulos sexuales dados por el entorno social cercano y su respuesta es en relación a personas del sexo opuesto, de la misma edad, basada en atractivos físicos y se crea un patrón sexual establecido por la sociedad. En este período el individuo busca lograr experiencias, en lo referente a la actividad sexual, por lo que realiza diversas y diferentes actividades sexuales que reflejan una necesidad, requerimientos e impactos del entorno sociocultural. Se constituye en una expresión del

ensayo, siendo un periodo de aprendizaje del funcionamiento y de un tipo de ciclo de respuesta sexual (53).

- **Período Diferenciado (adulto):** Se extiende desde los 18-21 años en adelante. En este período las personas han terminado la construcción del patrón sexual, con una gran influencia del entorno sociocultural, el mismo que controla, delimita y ajusta de acuerdo a las necesidades del entorno socio cultural y sin dejar a un lado el desarrollo biológico (54). Ello no significa que la Variante Fisiológica del Sexo y su Función se haya extinguido, sino que se ha limitado, a través de la discriminación, en beneficio de la aceptación social y para evitar conflictos socioculturales.

#### Componentes de la función sexual

Los componentes de la función sexual hacen referencia a la relación entre la situación/estímulo y la respuesta sexual que se activa de manera simultánea ante cambios en el ambiente interno o externo del organismo y se plasma en la posterior ejecución de una actividad sexual, la misma que está sujeta a observación y al control (53).

**Situación/estímulo sexual:** Este componente es entendido como la gestión de ubicar cualquier cambio en el ambiente externo o interno de un organismo y la ejecución de una actividad de carácter sexual, determinada por tres factores: situación de administración del estímulo sexual, método de aplicación y frecuencia y tiempo de la situación/estímulo sexual (53).

Situación de administración del estímulo sexual

Se refiere a la operación de ubicar en determinado sitio la situación/estímulo sexual. El estímulo sexual puede ser diverso, y su origen puede ser del sexo opuesto, mismo sexo y de otro origen como de animales, objetos o cosas. El estímulo es la concreción dada por un factor físico, químico o mecánico del organismo para lograr una respuesta funcional en la cual intervienen los receptores, para lograr la activación del rinencéfalo a través de las vías sensitivas, vías motoras y autónomas que expresarán los diferentes cambios fisiológicos, transformados en la respuesta sexual (49). Dando como resultado cambios fisiológicos similares sin importar la fuente de origen de la estimulación (54).

#### Método de aplicación de la situación/estímulo sexual

Se constituye en la puesta en práctica de la ejecución situación/estímulo sexual. La manera de aplicación del estímulo puede variar, pero la activación de un receptor no cambia. Los receptores serán: sensorial, visual, táctil, olfativo, auditivo, gustativo y/o la fantasía psíquica, pudiendo ser centrada en una sola, en varias a un tiempo y / o combinadas (50).

#### Periodicidad y tiempo de la situación/estímulo sexual

Es la periodicidad con la que cada pareja ejecuta su conducta sexual pudiendo ser variada y de acuerdo a ello estará dada su funcionalidad (52). Frecuencia sexual alta, es la necesidad de administrar la situación/estímulo sexual cada día o cada 2, 3 o más días, frecuencia sexual media, es la necesidad de administrar la situación/estímulo sexual cada 5 a 10 días y

frecuencia sexual baja es la necesidad de administrar la situación/estímulo sexual cada 11 a 14 días.

La función sexual puede ser además completa e incompleta, de acuerdo al tipo de orgasmo: monoorgásmico, poliorgásmico, multiorgásmico y tetánico. Al referirse al tiempo del funcionamiento de la función sexual, puede ser conforme e inconforme por ser una respuesta rápida o tardía (48).

**Respuesta sexual:** La Asociación Americana de Psiquiatría (APA), considera 4 dominios: deseo, excitación, orgasmo y dolor. Posteriormente el *International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions* añadió dos dominios, la lubricación y la satisfacción, siendo estos dominios altamente evaluados (55):

- **Deseo:** es el paso previo al acto sexual y es un proceso mental de atención a estímulos eróticos, sus componentes son cognitivos, afectivo y neurohormonal; pudiendo ser espontáneos o reactivos (53). Es una fase que se caracteriza por las fantasías sobre la actividad sexual y el deseo a llevarlas a cabo (56).
- **Excitación:** es la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos, vasocongestión, dada por la reacción miotónica en el sistema simpático que predomina en el resultado de la estimulación sexual (56). Meseta, es la fase anterior a alcanzar el orgasmo, hay un incremento de la tensión, es la continuación e intensificación de la excitación sexual (49) se produce una sensación de vacío a medida que el orgasmo se avecina.

- Lubricación: es una etapa de la respuesta sexual en la cual se produce la trasudación a través de la vagina del líquido de lubricación vaginal, siendo de utilidad fisiológica sobre la penetración durante la relación sexual (56).
- Orgasmo: es considerado como un proceso cognitivo de alto orden, continuado por una liberación y resolución de la excitación, con descarga repentina de la tensión sexual acumulada durante el ciclo de respuesta sexual, teniendo como respuesta contracciones musculares rítmicas en la región pélvica caracterizadas por el placer sexual (57).
- Satisfacción: es la evaluación subjetiva del bienestar, plenitud o la ausencia de los mismos, experimentados por una persona en relación con su actividad sexual (58).
- Dolor: es una sensación de leve malestar, pudiendo llegar a ser un dolor agudo o dificultad en la relación sexual. Es una manifestación y no una función de la sexualidad (56).

Para la evaluación de estos dominios Rosen et al., desarrollaron un instrumento denominado *The Female Sexual Function Index* que consta de 19 ítems, que agrupa los seis dominios mencionados, considerado adecuado para evaluar la sexualidad femenina (59).

### **Factores que afectan la función sexual**

Con respecto a la naturaleza multifactorial de la respuesta sexual de las mujeres existen factores como las condiciones culturales, biológicas, psicológicas que pueden contribuir a la alteración de la función sexual femenina estableciéndose diferencias a nivel individual. Es así como se ha

descrito que existe un gran predominio de los factores psicológicos, los que determinan una respuesta inadecuada (50). Pudiendo existir otros factores como la calidad de las relaciones sexuales, la menopausia, desequilibrio hormonal, la histerectomía, ovariectomía, abuso sexual, actitud sexual negativa, infecciones de transmisión sexual, abuso de drogas y alcohol (15).

En relación a lo antes mencionado existen además otros factores que están relacionados con el tipo de actividad sexual (pene-vaginales, anales, orales), la masturbación, el nivel de satisfacción sexual, la relación de pareja, autoconocimiento del cuerpo y del ciclo de respuesta sexual, los mismo que alteran la función sexual femenina (60).

Las características demográficas, como la edad, el origen étnico, los ingresos y la actividad física, además de las condiciones médicas asociadas al tracto genital (fibromas, endometriosis), disfunción sexual, patologías urinarias (incontinencia urinaria, patologías de vejiga), patologías oncológicas, enfermedades crónicas y degenerativas (diabetes, enfermedades coronarias, vasculares, esclerosis, artritis, tiroides), enfermedades gastrointestinales, lesiones medulares, neurológicas y el uso de medicamentos. Podrían ser factores que se asocien a la alteración de la función sexual femenina (60).

Por ello el funcionamiento sexual de las mujeres requiera una evaluación integral e individual para descartar problemas de cualquier origen previo a la intervención quirúrgica.

### 1.2.1.3 AUTOESTIMA

La autoestima se constituye en un agente de autoprotección ante situaciones de riesgo en la salud, en la interacción social y en la productividad. Permite alcanzar un desarrollo personal a través de pensamientos positivos, siendo un elemento fundamental para tener perspectivas en la vida y bienestar psicológico (61).

La autoestima se construye durante toda la vida del ser humano, recoge pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias vividas a lo largo de la vida, teniendo su mayor desarrollo en la niñez y adolescencia. También la autoestima se conforma por la imagen que tiene el ser humano de sí mismo, las relaciones con su entorno, valores y objetivos propios (62).

En 1965 se realizan las primeras enunciaciones, definiéndola Rosenberg como “una actitud positiva o negativa hacia un objeto en particular que es el yo” (63). Existen posteriormente varias definiciones de autoestima, que tienen un punto de convergencia y la muestran como “la estructura cognitiva de experiencia evaluativa real e ideal que el individuo hace de sí mismo, condicionada socialmente en su formación y expresión, lo cual implica una evaluación interna y externa del yo. Interna en cuanto al valor que le atribuimos a nuestro yo y externa se refiere al valor que creemos que damos” (61). En relación a esta definición, la autoestima se construye a través de la experiencia del ser humano en el transcurso de la vida y la manera como se expresa en la relación con la sociedad (61). Se considera como una necesidad básica del desarrollo del ser humano, en relación a como él y los demás,

siendo necesaria en esta relación la estima y respeto que se genera de sí mismo, en forma de autoestima (62).

La autoestima es el resultado de acciones, hábitos y aptitudes aprendidas, es un proceso dinámico, el mismo que puede ser fortalecido o debilitado durante toda la vida (63). Puede existir autoestima positiva o negativa. Es positiva cuando busca encontrar el equilibrio en el ser humano de los componentes emocional, cognitivo y práctico, para superar cualquier dificultad de la vida (64), mientras que la autoestima negativa se asocia a actitudes hostiles y conductas agresivas en las interacciones (61).

Por lo tanto, la autoestima surge como un elemento básico dado por la asociación de lo físico, con el afecto, lo que le permite al ser humano sentirse querido, seguro y con sentido de pertinencia para poder valorarse, acompañado de un elemento sustancial que es el amor para generar confianza y seguridad de sí mismo (62).

Existen ciertos factores en el desarrollo de la autoestima (61):

1. Cantidad de respeto, aceptación e interés que recibe
2. Triunfos y estatus que alcanza
3. Interés en áreas de significación para la persona
4. Control y defensa ante situación ofensivas

Componentes de la autoestima

Son el conjunto de condiciones cognitivas, afectivas y conductuales que permite que un aprendizaje sea conductual y alcance cierta armonía (62). Para

entender la dimensión cognitiva es necesario revisar definiciones que están muy relacionadas como el autoconcepto y la autoimagen.

El autoconcepto, es la comprensión de la imagen que tienen las personas de sí mismo y la autoimagen es la valoración positiva o negativa de su auto concepto incluyendo las emociones (62). Existe un componente afectivo que son los sentimientos de uno mismo y a los demás y el componente conductual hace referencia a la conducta externa, es decir a lo observable de acuerdo al grado de autoestima y su relación con sus pensamientos y sentimientos (62).

Es por tanto que, para mantener una autoestima sana, acompañada de felicidad y satisfacción, se debe considerar las dimensiones individuales en relación al conocimiento del yo (cualidades, limitaciones, alcances, actitud de respeto y de consideración positiva) y la interrelación adecuada con las dimensiones sociales (65), lo que daría como consecuencia que el ser humano puede sentirse confiado, competente y valioso, y estar preparado para afrontar las adversidades (62), obteniendo como resultado al optimismo y alegría (64). Lo contrario a lo antes mencionado llevaría a una autoestima baja que se caracteriza por bloqueo en el crecimiento personal y el desarrollo de mecanismos autodestructivos con sentimientos de incapacidad para afrontar los desafíos y dar como resultado la depresión (64).

Para evaluar la autoestima se dispone de la Escala de Autoestima de Rosenberg, elaborada por Rosenberg en 1965 (66) que consta de 10 ítems. La escala ha sido traducida y validada a distintos idiomas, mostrando sólidas propiedades psicométricas (67).

Cabe mencionar que los estados de salud deficientes pueden causar en las personas el riesgo de una pérdida temporal de autoestima como podría ser el caso de la histerectomía. Por tanto, la pérdida de una parte del cuerpo visible o no, afecta el estado psicológico provocando en la mujer cambios profundos, debido a que el útero es un órgano que tiene una función específica, pero además provoca un impacto directo en la estructura social, alterando el autoconcepto, que es un componente fundamental de la autoestima. El autoconcepto al ser una cognición que evalúa las fortalezas y debilidades de una persona para la regulación de la salud física y mental, se constituye también en un factor protección del componente psicológico, por tanto, un bajo nivel de autoconcepto en la mujer puede desafiar a la autoestima y producir estados depresivos graves (68).

#### **1.2.1.4 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**

La calidad de vida es un concepto complejo, multifactorial, hace referencia al bienestar o satisfacción de la vida y la relación con los aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción adecuada de estos elementos lo que determina la calidad de vida de las personas (65).

El término calidad de vida (CV) ha sido incluido desde la década del 50 en el área de la medicina y posteriormente en la psicología. Desde ese momento hasta la actualidad el concepto ha experimentado varias modificaciones (69). En 1982 Kaplan y Bush propusieron el término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) para distinguir el amplio concepto de Calidad de Vida de

aquellos aspectos específicamente relevantes para el estado de salud y los cuidados sanitarios (70). Ware en 1984, se concentró en los parámetros fisiológicos de la enfermedad, en relación a la función personal, la función psicológica, la percepción global de salud y la función social (71). Posteriormente Patrick y Erickson en 1988 definen la CVRS como el valor asignado a la duración de la vida modificada por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y el deterioro provocado por una enfermedad, accidente, tratamiento o política de salud (72).

Para Shumaker y Naughton en 1995 es la evaluación subjetiva de la salud que tiene el ser humano para su funcionamiento en todas sus dimensiones (73). Testa y Simonson en 1996 la definen como la evaluación de la influencia subjetiva del estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promoción de la salud, permitiendo el ejercicio vital del ser humano en lo físico, psicológico, cognitivo y social (74). Finalmente, Schwartzmann en 2003 la define como la valoración propia del ser humano de su estado físico, emocional y social y la satisfacción de la misma (75).

Como es posible observar, aspectos subjetivos y multidimensionales en la salud, asociados a otros factores, son el punto de encuentro para todos los autores. Según la Organización Mundial de la Salud la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) se refiere a la “percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” tomando las dimensiones: física, funcional, psicológica y social (76) y otras áreas particulares que son exploradas como la función

sexual, el grado de satisfacción con la vida, el impacto sobre la productividad laboral, las actividades de la vida diaria, entre otras (76). En la actualidad se amplía el concepto de salud en dirección al bienestar y a la felicidad; por tanto, se hace más específica y debe tomar en cuenta las decisiones y los derechos del individuo y la sociedad en función de la libertad, equidad y moral (65).

Por tanto, la CVRS permite medir la percepción del paciente, para evaluar los resultados de la salud, como fuente inicial para la toma de decisiones, acompañada de una base teórica, análisis de los procesos de atención, determinación de riesgos que afectan la percepción de las personas y costos relacionados con la salud (75). Al tomar en cuenta la autopercepción de las personas se convierte un aspecto subjetivo, que engloba todo aquello relacionado con el ser humano y los sentimientos que reflejan su bienestar y forma de vida (75,77), de esta manera la CVRS se constituye en un elemento fundamental en las políticas públicas y en la práctica clínica (77).

### **Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud**

Para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud se toman en cuenta dimensiones que hacen referencia a aspectos en el desarrollo de la vida de las personas, las mismas que son diversas y se articulan entre sí en mayor o menor grado y son:

- **Funcionamiento físico:** Esta dimensión hace referencia a como los problemas de salud afectan al bienestar físico, ya sea en la alteración de los órganos de los sentidos, trastornos del sueño, en la autonomía y en la capacidad de respuesta (78).

- Bienestar psicológico: El bienestar psicológico está relacionado con el grado de afectación que tenga el componente cognitivo; se mide la claridad de los pensamientos, los recuerdos a corto y largo plazo, la capacidad de afrontamiento y vitalidad a consecuencias de la enfermedad o su tratamiento (78).
- Estado emocional: Esta dimensión evalúa la depresión y la ansiedad de las personas.
- Dolor: El dolor y la tolerancia al mismo, son diferentes en cada ser humano, por lo que su evaluación debe ser individual, por lo tanto, la afectación a la vida cotidiana es igualmente diferente (78).
- Funcionamiento social: El funcionamiento social es evaluado por la afectación que puede sufrir como resultado de alguna alteración en la salud (78).
- Percepción general de la salud: Esta dimensión recoge a las dimensiones anteriores y es la percepción general del individuo de manera subjetiva sobre la enfermedad, constituyéndose en una apreciación propia de cada persona (78).

En la actualidad existe una variedad de instrumentos que han demostrado ser útiles y de fácil aplicación. Algunos cuestionarios de CVRS incluyen varias preguntas por dimensión y pueden ser instrumentos genéricos y específicos. Los instrumentos genéricos incluyen la mayoría de las dimensiones antes mencionadas y miden la calidad de vida general de la población y sus perfiles de salud (65).

### 1.2.1.5 TEORÍA DE DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO DE OREM

En el año 1969, Orem define al Autocuidado, como una actividad y una conducta existente, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o el entorno (79), determinando que la cantidad y calidad de los cuidados mejoran el bienestar de las personas.

Para entender el desarrollo de la Teoría de Orem se articularon tres teorías específicas, la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y de los sistemas de enfermería (66).

#### **Teoría de Autocuidado**

Esta teoría hace referencia a por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas, introduciendo el concepto de autocuidado como el centro de estudio. El autocuidado es una función reguladora que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar (80). Los conceptos autocuidado, demanda de autocuidado y actividad de autocuidado ofrecen la base para comprender los requisitos de acción y limitaciones de acción de personas que podría beneficiarse con la enfermería (80).

Demanda de Autocuidado Terapéutico /Necesidades de autocuidado terapéutico: están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo, para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona, particularizado para sus condiciones y circunstancias existentes a través de unos métodos adecuados (80). Las tres dimensiones del concepto son: requisitos universales

de autocuidado, requisitos de autocuidado del desarrollo y los requisitos de autocuidado de desviación de la salud (37).

### Requisitos de Autocuidado

Son acciones que se deben realizar y se transforman en necesarias para el control de los aspectos funcionales y del desarrollo humano, deben ser continuas en contextos y situaciones específicas, los que a su vez representan los objetivos del autocuidado (79).

- **Requisitos Universales:** son aquellos que se asocian y son comunes al proceso de vida y funcionamiento humano, son comunes en todas las personas e incluyen: la conservación del aire, agua, la eliminación, la actividad, el descanso, la soledad o interacción social, prevención de riesgos e interacción de la vida humana (81).
- **Requisitos del Desarrollo:** Son aquellas expresiones especializadas de los requisitos anteriores y se asocian al proceso del ciclo de la vida de los seres humanos y a las condiciones específicas en cuanto a los estados de desarrollo de las personas. Según Marcos et al., los requisitos de desarrollo promueven las condiciones necesarias para la vida y maduración, y que a su vez previenen la aparición de condiciones adversas eliminando los efectos (81).
- **Requisitos de Desviación de la salud:** son aquellos que están vinculados a los estados de salud y asociados a la regulación de

las consecuencias y resultados de aquellas funciones perturbadas, con el efecto y resultado de salud prescrito (82).

De esta teoría se despliega el Metaparadigma de acuerdo al Paradigma de la Integración, cuyos principios están dirigidos hacia la visión global e integral de las personas, intentando comprender la salud desde el punto de vista: físico, mental y social, y se desarrolla la Escuela de las Necesidades, que reconoce a Orem como una de las principales impulsoras junto a Henderson (79).

Agencia de autocuidado/Actividad de autocuidado: se refiere a la habilidad compleja adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano (80) y es así que quien posee esa agencia se denomina Agente de Autocuidado, siendo por tanto una habilidad básica de los seres humanos (83).

Factores condicionantes básicos (FBC): condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores: a) edad, b) sexo, c) estado de desarrollo, d) estado de salud, e) orientación sociocultural/modelo de vida, f) factores del sistema sanitario, por ejemplo: diagnóstico médico y tratamiento, g) factores del sistema familiar, h) factores socioculturales/patrón de vida (actividades realizadas regularmente), i) disponibilidad de recursos, j) factores externos del entorno (75).

Por lo tanto, la Agencia del autocuidado se convierte en un proceso dinámico y participativo de las personas, mediante el procesamiento de los factores que deben ser controlados para contribuir a su propia autorregulación, para decidir sobre lo que puede y debería hacer, reflexionando sobre sus capacidades específicas y la responsabilidad en el cuidado de su propia salud, satisfaciendo los requisitos de autocuidado (79).

Cuando las acciones de autocuidado deben ser realizadas por otra persona, se denomina Agente del Cuidado Dependiente, siendo más evidente en aquellas personas adultas responsables de personas dependientes, principalmente infantes y adultos mayores dependientes (83). Al ser enfermería una profesión social con capacidades para el cuidado del otro de manera especializada se denomina Agente de Cuidado Terapéutico, considerada como una compleja característica, atributo y facultad de estos profesionales que se relaciona con las competencias que tienen para ayudar a identificar a otros sus demandas de autocuidado terapéutico, con la finalidad de que estas puedan ser cubiertas por sí mismos o por los profesionales (83).

### **Teoría del Déficit de Autocuidado**

La teoría describe y explica como la enfermería puede ayudar a las personas, en donde se establece una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la agencia de autocuidado como propiedad humana y describe sobre cuando las aptitudes no se encuentran operativas y desarrolladas y son incapaces de reconocer componentes totales de la demanda (82).

El concepto de agencia de enfermería, hace referencia a los cuidados profesionales de alto nivel que las personas pueden requerir, empoderando fuertemente al profesional de enfermería como agente de cuidado terapéutico, único (84).

Aparece la necesidad de los métodos de asistencia que Orem propone, y se basan en la relación de ayuda entre las personas y el profesional de enfermería, existiendo aspectos relevantes como son:

1. Actuar en lugar de la persona
2. Ayudar y orientar a la persona en base a recomendaciones
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal
5. Educar a la persona ayudada

Existen además componentes Internos, que son aquellas acciones secuenciales de acción del uso de recursos para controlar, los factores internos y el autocontrol (pensamientos, sentimientos, orientación), lo que permitirá la regulación de los factores internos y las orientaciones externas de cada persona (79).

### **Teoría de los Sistemas**

Esta teoría hace referencia a las relaciones que deben existir y mantener para que se produzca el cuidado enfermero. Según Navarro et al., articula las teorías para explicar cómo el profesional de enfermería contribuirá a superar el déficit y la persona recupere el autocuidado a través de sistemas (84) y son:

- Sistema totalmente compensador: este sistema es evidente cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado por sí mismo, lo que implica una dependencia total de la enfermera (38).
- Sistema parcialmente compensador: este sistema se pone de manifiesto cuando la persona presenta necesidades de autocuidado por motivos de limitación o incapacidad, cubiertas por el profesional de enfermería parcialmente y que requiere una relación terapéutica. Por lo tanto, la persona y el profesional interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del primero, por limitaciones psicológicas y físicas. Si bien, la persona puede ejecutar algunas actividades básicas como cepillarse los dientes y alimentarse, depende de la enfermera/o para desplazarse, vestirse, bañarse, entre otros (84).
- Sistemas de enfermería de apoyo educativo: La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado (84) y puedan aprender a adaptarse a nuevas situaciones, por tanto, el principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado para ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades (38).

Para llevar a la práctica la teoría de Orem, es necesario hacer referencia a ciertos conceptos importantes:

El sistema profesional tecnológico de la práctica de enfermería, es un proceso que consta de cinco dimensiones: operaciones de gestión de casos;

operaciones de diagnóstico; operaciones prescriptivas; operaciones de reguladoras; y las operaciones de control.

Las operaciones de gestión de casos hacen referencia al uso de la enfermería en el manejo de casos con enfoque de control, dirección de cada una de las operaciones de diagnóstico de enfermería, prescriptivo, normativo y de control.

Las operaciones de diagnóstico es la identificación de la práctica de enfermería en relación al servicio, a la presencia de enfermería, así como la recopilación de datos demográficos, los factores de riesgo, los problemas de salud y los déficits de autocuidado (37).

Las operaciones prescriptivas, son los medios utilizados para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico.

Las operaciones de regulación, es el diseño e implementación de sistemas de regulación y los métodos de ayuda de enfermería para capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud y tiene las siguientes etapas: diseño de los sistemas de enfermería, la planificación de las operaciones de regulación y la producción de la atención reguladora (39).

Las operaciones de control son la evaluación de los resultados de ejecución de un sistema de enfermería seleccionado (37).

Como ha sido descrito, la Teoría de Orem considera a los cuidados básicos como el centro de ayuda al ser humano para mejorar su bienestar; esta teoría da protagonismo a la enfermería ya que permite conocer, actuar y ayudar a

las personas para satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, cuando esta capacidad es insuficiente en las personas (38, 85). Por tal motivo, se ha propuesto la aplicación de la Teoría del déficit del autocuidado de Orem para la construcción de la intervención dirigida a pacientes histerectomizadas, ya que se estima que este marco de referencia permitirá, en primer término, identificar de manera efectiva los requisitos de autocuidado de desarrollo en esta etapa de la vida y en la desviación de la salud de la mujer asociados a la intervención quirúrgica y por tanto su demanda de autocuidado terapéutica. Es entonces que contribuirá a determinar su agencia de autocuidado, definida por los factores condicionantes básicos, que servirán para establecer su déficit de autocuidado y realizar, de esta manera, operaciones reguladoras con métodos de ayuda acordes a las necesidades y que la mujer vuelva a regular sus funciones, incentivando cambios positivos basados en su autocuidado, a través de una intervención basada en un sistema de apoyo parcialmente compensatorio y de apoyo educativo con soporte tecnológico para lograr la autogestión de la educación para conseguir que aprenda y decida atender sus necesidades.

Para seleccionar el modelo conceptual de Orem, se realizó una revisión previa de su contenido, analizando y evaluando entre otros modelos de enfermería, buscando que sea congruente con las necesidades de atención para este grupo poblacional de mujeres. Se buscó además que este modelo conceptual haya sido utilizado como guía para las actividades prácticas de enfermería en diversas situaciones y eventos, y que exista disponibilidad de información contemporánea.

### 1.2.1.6. MODELO PLISSIT

Este modelo, proporciona un marco específico para planear un cuidado comprensivo de los problemas sexuales, permitiendo a los profesionales de enfermería iniciar de manera protagónica una conversación de aspectos íntimos de la sexualidad

El Modelo conceptual *PLISSIT* fue desarrollado por Annon en 1976 (80) para facilitar el tratamiento de problemas sexuales. *PLISSIT* es un acrónimo en inglés y cada letra o par de letras designa un método sugerido para manejar la presentación de preocupaciones sexuales (86).

Los cuatro niveles se presentan a continuación:

1. P-Permiso: hace referencia al primer nivel de intervención y se convierte usualmente en responsabilidad de la enfermera como el contacto inicial con la paciente dentro del equipo de salud.

2. LI-Información limitada: es el segundo nivel de intervención y se refiere a la información sobre el funcionamiento sexual normal o aspectos detallados de la cirugía, anestesia, medicamentos, actividad, complicaciones, entre otros.

3. SS-Sugerencia específica: hace referencia a la orientación e información necesaria y específica en relación a los problemas detectados en relación a la recuperación de su funcionamiento sexual, pudiendo estar relacionado con temor, miedo, entre otros. Estas sugerencias pueden ser tanto en relación a la referencia a otro nivel más especializado.

4. IT-Terapia intensiva: es la última etapa del modelo *PLISSIT* siendo recomendada para las parejas que han pasado por los tres niveles de intervención y no han dado resultado, corresponde entonces en esta etapa la atención de profesionales de salud mental y terapeutas sexuales, para promover las relaciones sexuales satisfactorias de la mujer y su pareja (87).

Es así que el diálogo inicial con las pacientes que se enfrentan a una afectación por extirpación de una parte de su cuerpo, que tiene una repercusión física, emocional y en su funcionamiento sexual en la mayoría de casos, es realizado por la enfermera facilitando de esta manera el cumplimiento de un rol importante, que debe ser basado en la comprensión y el respeto de las personas, de sus creencias, valores y necesidades presentadas ante la extirpación quirúrgica del útero (87). Como se ha señalado previamente, la histerectomía trae consigo alteraciones en la comprensión y aceptación de cambios en la apariencia, la estructura y funciones del cuerpo, por tanto, se debe tomar en cuenta el grado de afectación quirúrgica (el impacto personal del sentido de sí mismo y su significado, necesidad de tiempo necesario para experimentar y aceptar cambios en el cuerpo); habilidades de afrontamiento del paciente; el apoyo familiar; el apoyo de los proveedores de salud (87).

Para este estudio se considerarán los dos niveles iniciales, describiéndose a continuación su aplicación:

1. El Permiso (P), como se señaló previamente, hace referencia al primer nivel de intervención. Se basa en la comunicación efectiva, por lo que la enfermera debe ser un profesional experimentado, empático y discreto para

ser capaz de lograr la apertura necesaria y obtener el permiso para la discusión constructiva de aquellas preocupaciones que aquejan a las pacientes, o sus parejas, sobre aspectos sexuales después de cualquier tipo de intervención quirúrgica ginecológica, estableciendo una relación de mutuo respeto, aceptación y valorización en un entorno tranquilo y seguro.

Por lo tanto, la enfermera se incluirá al equipo de salud desde el inicio del plan de tratamiento, pudiendo evaluar en la etapa preoperatorio de las pacientes el funcionamiento sexual, tomando en cuenta nivel de comprensión de la mujer, los valores, creencias en relación a la función sexual, y el efecto de la intervención quirúrgica incluyendo sus necesidades, siendo útil como mecanismo de acción para la intervención educativa de enfermería (86, 87).

2. Información limitada (LI). La administración de la información debe ser en el momento necesario y debe ser abordada de manera adecuada, ya que se hace referencia a temas sensibles, para las pacientes y sus parejas, pudiendo existir la necesidad de información poco compleja en algunos casos, pero de gran importancia, ya que a menudo existe escaso o erróneo conocimiento del proceso por el que transitan y este desconocimiento es trasladado a sus parejas o familiares creando incertidumbre y preocupación. Por lo tanto, la educación de enfermería estimulará a una consecuente sexualidad sana y placentera para manejar mejor la ansiedad y la preocupación por posibles complicaciones post-quirúrgicas en la función sexual de la mujer (86, 87).

### 1.2.1.7. TEORIA PARA DISEÑAR INTERVENCIONES

El enfoque basado en la teoría de intervención se basa en las proposiciones de la teoría de rango medio que subyace al problema para desarrollar intervenciones (88).

La aplicación del enfoque basado en la teoría para diseñar intervenciones, implica los siguientes pasos:

Paso 1: Conceptualización del problema, hace referencia a que es necesario la comprensión del problema, derivado de una teoría de enfermería de rango medio, tomando en cuenta la necesidad de conocer la naturaleza del problema, como se manifiesta, su gravedad, factores causales y consecuencia en relación a la población de interés.

Paso 2: Determinar los aspectos del problema que serán objeto de intervención. En este paso se hace referencia a identificar los aspectos del problema que son susceptibles de cambiar y convertirse en el objetivo de la intervención.

Paso 3: Delinear las estrategias de intervención necesarias que apuntan a los aspectos del problema que se presenta identificados como susceptibles de cambio, manteniendo la coherencia entre la naturaleza del aspecto problemático y las estrategias de intervención esenciales para el diseño de tratamientos a problemas de manera directa, efectiva y eficiente.

Paso 4: Seleccionar el modo de entrega y la dosis de la intervención a través de un medio cuidadosamente seleccionado para ser coherente con la

naturaleza de las estrategias de intervención y para facilitar la entrega de los ingredientes activos de la intervención en una forma adecuada.

Paso 5: Especificar elementos de la intervención para conceptualizar y guiar su operacionalización en un manual de intervención. La descripción de los elementos permite integrar la información sobre los ingredientes activos, modo de administración, y dosificación.

Como es posible apreciar, la teoría de la intervención integra información sobre el problema, la intervención y los resultados en un modo unificado. Proporciona comprensión de la intervención en términos de a) sus ingredientes activos y componentes respectivos, modo de administración y dosis; b) las condiciones para las cuales se da (es decir, determinantes o manifestaciones del problema que son modificables); c) sus efectos (es decir, resultados finales); d) los mecanismos subyacentes a sus efectos (es decir, mediadores); y e) las condiciones bajo las cuales se inician los mecanismos y se producen los resultados. Los elementos de la teoría de intervención pueden organizarse en el marco de estructura-proceso-resultado para obtener una secuencia lógica y aplicable por los profesionales de la salud (88).

### **Estructura**

La estructura incorpora elementos o conceptos que influyen en la implementación de la intervención, los mediadores y los resultados. Incluyen las características de las personas que reciben la intervención, de los

profesionales de la salud que brindan la intervención y del contexto en el que se desarrolla la intervención.

a. Características de las personas

Se refieren a su perfil personal, el estado general de salud, la experiencia ante el problema y los recursos disponibles, pudiendo influir en la aceptación y el cumplimiento de la intervención. Los atributos personales como edad, sexo, habilidades de comunicación y comportamiento, puede afectar las interacciones entre las personas y profesionales de la salud (56) que prestan la intervención (88).

b. Características de los profesionales de la salud

Las características de los profesionales también contribuyen al establecimiento de la relación adecuadas con las personas, influyendo en la efectividad de la intervención, acompañada de habilidades de comunicación, antecedentes educativos, experiencia, creencias y actitudes (88). Es así que cuando se discuten temas delicados como función sexual, autoestima en la mujer, se considera importante que la intervención la desarrolle personal del mismo sexo.

c. Características del contexto

El contexto se refiere al entorno en el que se implementa la intervención. El contexto debe tener las características físicas para facilitar la entrega de la intervención y, por lo tanto, para lograr los resultados esperados, debiendo ser un entorno atractivo, iluminado, con ventilación adecuada y de fácil acceso con disponibilidad de equipos (88).

## **Proceso**

El elemento de proceso abarca los componentes de la intervención y la dosis. Cada componente debe estar claramente definido, se describe en términos del objetivo que se pretende alcanzar, las actividades específicas que constituyen el componente y el modo seleccionado para su entrega. La dosis de intervención se especifica en términos de cantidad, frecuencia y duración (88).

## **Resultado**

El resultado de la intervención refleja los mecanismos que median los efectos de la intervención en los resultados finales. Los resultados finales se identifican en términos de reducción de la gravedad o resolución del problema de presentación y prevención de las consecuencias del problema o promoción de la salud general, funcionamiento general y / o calidad de vida de las personas (88).

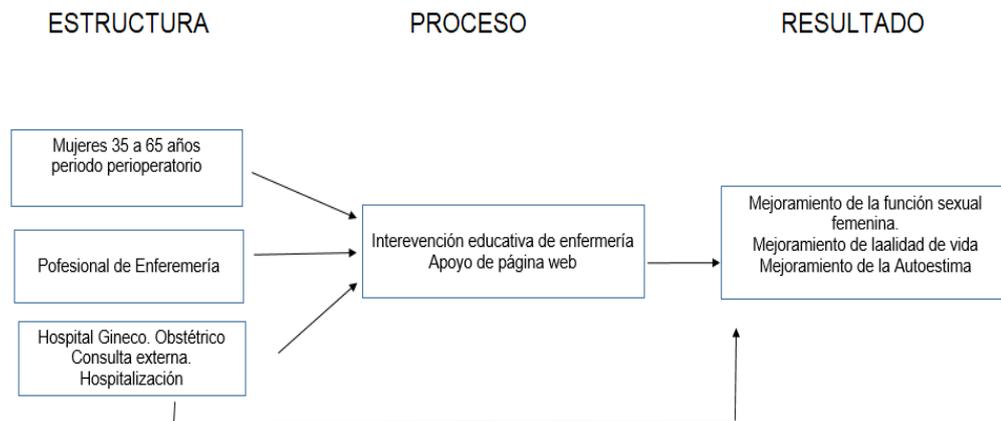
## **Delineación de los resultados esperados de la intervención**

El efecto de la intervención se traduce como los resultados que representan las respuestas planificadas en la intervención, operacionalizados como cambios en la condición de las pacientes y se derivan de los objetivos planteados al inicio de la intervención, esperando que los cambios se transformen en resultados inmediatos y ocurran dentro de un corto período de tiempo y en resultados finales que sería la resolución de acuerdo a la severidad del problema y determinan el éxito de la intervención (88).

## **Utilidad de la teoría de intervención**

La teoría de intervención sirve como eje transversal en el diseño de un estudio de investigación para evaluar el efecto de una intervención (88). Sus elementos dirigen la identificación de las características de las personas para predefinir los criterios de elegibilidad, lo que garantiza que quienes experimentan el problema sean incluidos. Además, permite identificar las características de los intervencionistas, al igual las características del contexto, los componentes y la dosis de la intervención (88). Permite la implementación de la intervención debiendo pasar por una preparación, capacitación y monitorización de la fidelidad de la misma, consecuentemente al desarrollo de las respectivas herramientas de evaluación y monitorización de la intervención y adherencia, mediante la generación de sus definiciones conceptuales y operativas, la selección de medidas apropiadas y la especificación en el tiempo para medir los resultados finales (88). Finalmente, la planificación del análisis de datos, que permitan obtener los resultados finales, y la identificación de los factores que contribuyen a los efectos de intervención observados.

Figura 1- Aplicación de la teoría de intervención



Elaboración propia

### 1.2.1.8. TECNOLOGÍA EN INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

La nueva realidad asistencial, dada por los desafíos que se plantean como la mayor esperanza de vida, aumento de enfermedades crónicas, la aparición de nuevos problemas sociales, la globalización, generan la necesidad de buscar estrategias que faciliten una mayor capacidad de gestión, de organización y coyuntura asistencial. Los profesionales de enfermería no pueden mantenerse alejados de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) (89), ya que estas se constituyen en herramientas útiles para complementar la atención asistencial presencial, permitiendo adaptarse a las necesidades de las personas y garantizando la consecución de los cuidados realizados por los profesionales de enfermería (84).

El desarrollo de la tecnología en salud es un fenómeno relativamente reciente, pero que crece de manera acelerada, abriendo un campo importante en la atención sanitaria, planteando nuevos retos para los equipos de salud (90) y en especial para enfermería, pudiendo revolucionar los sistemas de salud, al contribuir en la sostenibilidad y modernización de los mismos. A través del uso de las nuevas tecnologías aplicadas a la salud se puede transmitir información de forma rápida y en una realidad virtual instantánea, modificando los conceptos tradicionales de los servicios de salud a partir de la utilización de otras formas de atención innovadoras y efectivas para resolver problemas de cuidados en la atención especializada, posibilitando el acercamiento y la credibilidad de los centros asistenciales con un bajo costo y en tiempo real, permite además responder a necesidades y demandas crecientes de la sociedad, tomando en cuenta que la población es cada vez más informada y con mayor acceso a internet (89).

El objetivo principal del uso de la tecnología en este estudio estará dirigido a complementar la atención sanitaria a través de la optimización de los cuidados de enfermería y el desarrollo de nuevas capacidades en los cuidados prestados a la mujer en los momentos actuales; permitiendo la flexibilidad en la entrega de los contenidos que contribuyen a mejorar el valor asistencial de enfermería con la tecnología, ofreciendo información precisa y oportuna de salud más individualizada, acorde a las necesidades de la mujer, convenientes, accesibles, atractivas, flexibles y en la comodidad del hogar y de acuerdo a su ritmo de aprendizaje, en comparación a otros enfoques de promoción de la salud más tradicionales.

Es por lo tanto que se considera integrar sistemas tecnológicos portátiles a la asistencia de salud, permitirá colocar las intervenciones la salud más cerca de los pacientes, garantizando el acceso, mejorando la seguridad y los resultados de los tratamientos (91). Es además una estrategia prometedora para el cambio de comportamiento en la promoción de la salud, prevención y manejo de las enfermedades, para constituirse en un elemento esencial y central, es decir en un componente, no un complemento. Por tanto, se considera que la tecnología en salud ahora es una parte integral de la entrega de mejoras en la salud, permitiendo el aprendizaje, la visión, el intercambio y la comparación de experiencias (92).

### **Integración de elementos teórico-conceptuales que sustentan el estudio**

A continuación, se presenta un esquema resumen que integra los elementos teórico-conceptuales que sustentan el presente estudio. Como se señaló previamente, se propone la aplicación de la Teoría del déficit del autocuidado de Orem, ya que al utilizar modelos conceptuales de enfermería que guían la práctica de enfermería en la asistencia, permiten realizar actividades que puedan ser conocidas por otras personas y contribuyan al desarrollo de conocimiento necesario para mejorar el bienestar de las mujeres.

Para el uso de los modelos conceptuales que orienten las actividades de enfermería se requiere de la construcción y aplicación de una estructura conceptual teórico empírica (CTE). La misma que permite la relación entre los conceptos de modelo, la teoría y las relaciones entre indicadores empíricos, constituyéndose en un método sistémico y racional para la el proceso de

enfermería (37). De esta manera se pueden establecer las operaciones diagnósticas, identificando los requisitos de autocuidado del desarrollo en esta etapa de la vida de la mujer y los de desviación de la salud, asociados a la intervención quirúrgica (modificación de la función sexual, modificación del autoconcepto y autoimagen), determinando la demanda de autocuidado terapéutica y la agencia de autocuidado, que servirán para establecer el déficit de autocuidado (37). En la figura 1 se puede observar las proposiciones de los diferentes componentes de la estructura conceptual teórico empírica:

El componente C corresponde a lo conceptual y teórico de la estructura (CTE) son:

Necesidades de autocuidado terapéutico: constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo, para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona.

Agencia de autocuidado: se refiere a la habilidad compleja adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano (37).

Déficit de autocuidado: cuando las aptitudes no se encuentran operativas y desarrolladas y son incapaces de reconocer componentes totales de la demanda se establece el déficit de autocuidado, que son las aptitudes no operativas que no permiten reconocer componentes totales de la demanda (37).

Las proposiciones para el componente Teórico (T), constituyen las variables de estudio y por lo tanto es necesario conocer los requisitos de desarrollo para establecer las necesidades de autocuidado y en este caso se hace referencia a los controles clínicos periódicos que permiten evaluar el estado de salud de una persona, así como detectar y tratar precozmente problemas de salud, el conocimiento del consumo de suplementos nutricionales de calcio y vitamina D en dosis requeridas de 1200 mg/día, y de vitamina D 600UI/día es fundamental al igual que, el ejercicio y fortalecimiento del piso pélvico debe ser considerado como un ejercicio necesario para la mujer como medida de fundamental en la reeducación vesicoesfinteriana y en el fortalecimiento y sostén del piso pélvico, teniendo como fin del mejoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud de la mujer en esta etapa de la vida.

Se suman los requisitos de la desviación de la salud, que son aquellos que están vinculados a los estados de salud y asociados a la regulación de las consecuencias y resultados de aquellas funciones perturbadas, con el efecto y resultado de salud prescrito, en este caso referente al proceso quirúrgico que es la histerectomía la que, de acuerdo a la revisión de la literatura, genera una afectación en la función sexual, la modificación del autoconcepto y autoimagen y el conocimiento del proceso de salud enfermedad de la mujer, y en busca de las necesidades y perspectivas de educación de las mujeres en esta etapa (37).

Los factores de condicionamiento básicos, condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas, y en este

caso de las mujeres en la etapa de la perimenopáusia, la condición de salud afectada ya que se encuentran en el perioperatoria por problemas ginecológicos benignos, beneficiarias de la de la seguridad social, con una vida sedentaria y bajos recursos económicos, afectando la capacidad de una persona para realizar su agencia de autocuidado (37).

El componente empírico (E) hace referencia a la manera como se medirán los diferentes componentes de la estructura CTE (37) y a continuación se detalla: La implementación de calcio y vitamina D se medirá en uno de los ítems del cuestionario biosociodemográfico, el mejoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud será medido con el cuestionario SF-36, en lo referente a la desviación de la salud para el componente de la función sexual se utilizará el instrumentos IFSF, para la autoestima la escala de Rosenberg y para el conocimiento del proceso salud enfermedad será a través de cinco preguntas semiestructuradas en la primera etapa del estudio en la fase cualitativa con una guía de preguntas: ¿Qué significado tiene para usted someterse a esta cirugía?, ¿Cómo se sintió cuando supo que debía operarse?, ¿Cuáles fueron sus mayores dudas cuando le dijeron que debía operarse?, ¿Qué aspectos considera usted son necesarios de abordar para cirugía?.

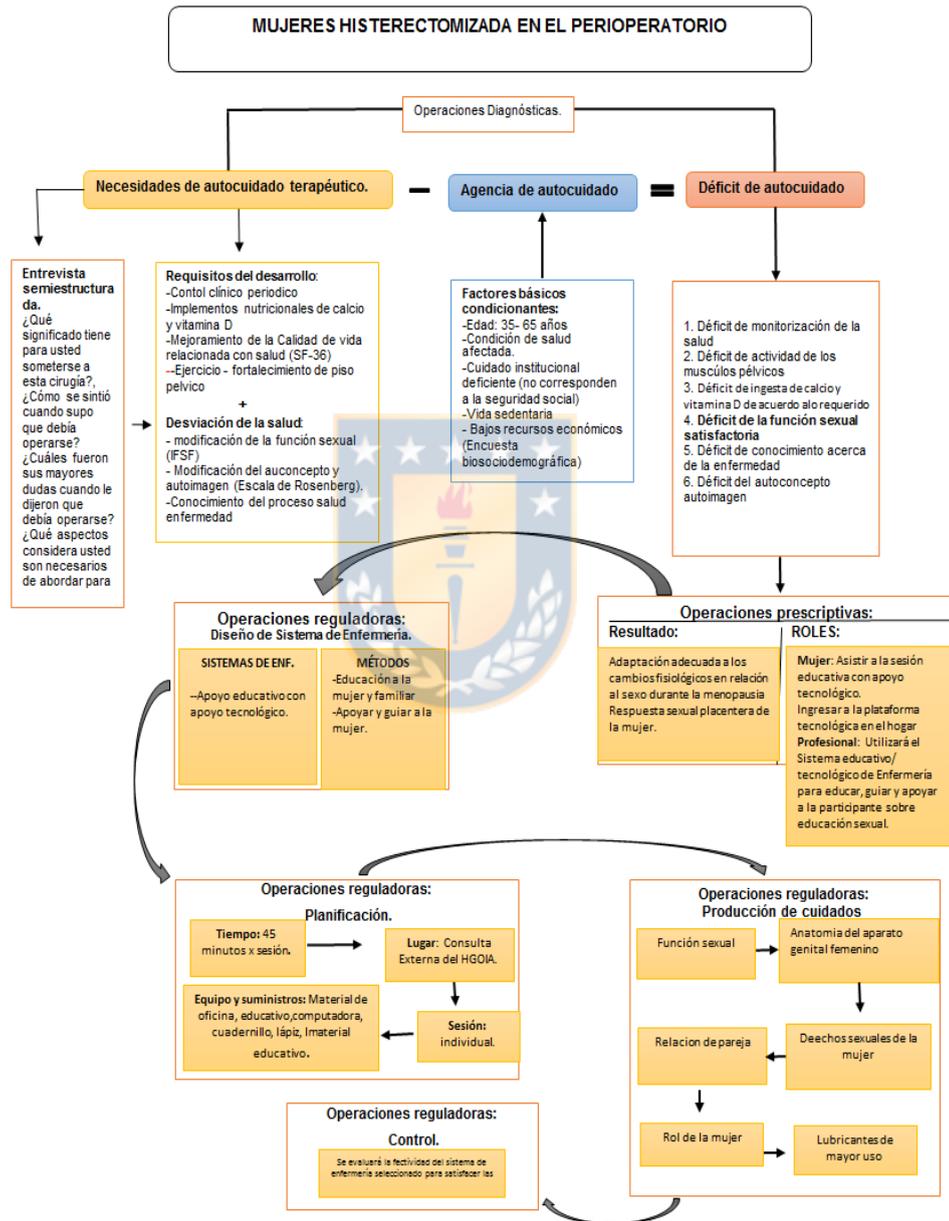
Para los factores condicionantes básicos se utilizará el cuestionario biosociodemográfico en el cual se abordan preguntas como edad en años cumplidos, condición de salud, la existencia de comorbilidades, vida sedentaria a través de la actividad diaria, bajo ingresos económicos en el ítem de ingresos económicos.

Una vez identificados los requisitos de autocuidado del desarrollo en esta etapa de la vida de la mujer y los de desviación de la salud, asociados a la intervención quirúrgica, se determinará la demanda de autocuidado terapéutica y la agencia de autocuidado, que servirán para establecer el déficit de autocuidado, será necesario establecer las operaciones prescriptivas en las cuales se establecen los roles de la mujer como de la enfermera.

Seguidamente se continuará con las funciones reguladoras, iniciando con el diseño de los sistemas de enfermería, con apoyo tecnológico y con métodos de ayuda de apoyo y guía para la mujer. Para ello se utilizará como guía el Modelo *PLISSIT*, la Teoría de Intervención y los conceptos relativos al uso de tecnología en enfermería. Las operaciones reguladoras de planificación estarán definidas en relación al tiempo, lugar, equipos y suministros, y al tipo de sesión, las operaciones reguladoras de producción de cuidados es la ejecución misma de la intervención con cada uno de los componentes descritos de manera detallada, para finalizar con las operaciones de control con las que se evalúa la efectividad del sistema de enfermería seleccionada para satisfacer las necesidades de cada mujer (37).

En el siguiente esquema se ejemplifica la construcción de una intervención dirigida a pacientes histerectomizadas, se tomó como ejemplo el déficit de función sexual satisfactoria, ya que esta dimensión se afecta de manera principal, según muestra la literatura, para lo cual se elaboraron operaciones prescriptivas, reguladoras y de control.

Figura 2- Estructura conceptual-teórica-empírica (CTE) para el presente estudio de métodos mixtos.



Adaptado de Fawcett J. Applying conceptual models of nursing: quality improvement, research and practice.

Fig. 6.1 (31).

## 1.2.2 MARCO EMPÍRICO

Para el presente estudio se realizó una búsqueda de investigaciones respecto del impacto de la histerectomía en las mujeres que la experimentan y respecto de la efectividad de intervenciones para el mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud, función sexual y autoestima en mujeres sometidas a histerectomía. Cabe mencionar que la mayoría de las investigaciones encontradas se refiere al desarrollo de técnicas quirúrgicas relacionadas con procesos oncológicos, dejando en un segundo plano a las intervenciones educativas que han abordado los beneficios de las intervenciones en el pre y pos quirúrgico para prevenir complicaciones en la mujer histerectomizada. Con relación a estas últimas, se ha reportado que es necesaria más evidencia respecto a la inclusión de un sustento teórico para el desarrollo de futuros estudios en el campo de las intervenciones (93).

A continuación, se presenta una síntesis de hallazgos de los estudios recuperados. En primer término, se presentarán estudios que dan cuenta del impacto de la histerectomía en las variables del estudio:

La literatura muestra la existencia de diferencias individuales de afrontamiento, ante la extirpación del útero en una mujer, pudiendo causar alteraciones en la dimensión psicológica, física, social y sexual, como se muestra en un estudio de revisión en el que 61% de mujeres fueron afectadas en el componente emocional y en la dimensión sexual posterior a la cirugía, reconociendo además la importancia de entregar educación sexual formal a

la mujer y pareja previo a la cirugía, para prevenir alteraciones pos quirúrgicas (12).

Un grupo de investigadoras enfermeras, realizaron una revisión narrativa sobre el efecto de la histerectomía en la función sexual de las mujeres en el postoperatorio. La revisión de los estudios arrojó 5 categorías principales de resultados del efecto de la histerectomía en: deseo sexual, excitación, orgasmo, dispareunia y satisfacción sexual. Se concluyó que la mayoría de los trastornos sexuales mejoran después de la histerectomía por enfermedades benignas uterinas, y la mayoría de las mujeres que eran sexualmente activas antes de la cirugía experimentaron el mismo o mejor funcionamiento sexual posterior a ella (15). En esta misma revisión el grupo de investigadoras hacen referencia a otros estudios que reportan efectos negativos luego de la histerectomía, como en el caso del estudio realizado en Ankara de tipo transversal en 168 mujeres que reportaron problemas de dispareunia (97,1%), sequedad vaginal (97,6%), disminución del deseo sexual (91,1%), y dificultades de la excitación sexual (92,9%) (15).

Con respecto a la excitación, los estudios muestran efectos positivos luego de la histerectomía, como lo muestra Goetsch en Estados Unidos en un estudio con 105 mujeres en el cual hubo una reducida alteración de este parámetro (94).

Con respecto a la lubricación, que es parte de la excitación, en el 2008 un grupo de investigadores en Turquía realizó un estudio descriptivo, comparativo y prospectivo a 93 mujeres, mostrando que el 34,3 % tenían disminución de todos los componentes de la respuesta sexual, incluida la excitación y

lubricación, quedando evidencia de la existencia de problemas en la mujer hysterectomizada, debiendo ser abordados en su totalidad tomando en cuenta todos los componentes de la función sexual (19).

En adición a ello, en Irán se evaluó la relación existente entre hysterectomía y función sexual en un estudio de cohorte retrospectivo a 44 mujeres, los resultados mostraron cambios en la función sexual entre ellos: la disminución del placer sexual durante el orgasmo, el aumento de la sequedad vaginal, el aumento de la contracción vaginal, existiendo además el temor al reinicio de las relaciones sexuales, que pueden darse por problemas psicológicos resultante del entorno familiar y sexual (95).

Como es posible observar, la literatura reporta un posible impacto en las funciones sexuales de la mujer, dadas por la extirpación total del útero y estaría en relación en al acortamiento de la bóveda vaginal, alteraciones útero-vaginales, entre otras, pudiendo tener efecto en la función sexual, afectando de manera significativa en la calidad de vida (96).

Un grupo de investigadores alemanes buscó establecer la relación entre tipos de hysterectomías con la función sexual, 112 mujeres que se sometieron a hysterectomía respondieron un instrumento en el pre y pos quirúrgico con preguntas cortas sobre expectativa en relación con la sexualidad después de la hysterectomía. Los resultados evidenciaron una disminución en la totalidad de la función sexual y específicamente en la excitación, lubricación, orgasmo (96).

En el ámbito de la calidad de vida cabe mencionar que la evaluación de la cirugía se asocia con el dolor pos quirúrgico según se evidencia en un estudio

en el que del 5 al 32 % de mujeres presentan dolor pos quirúrgico persistiendo hasta 4 meses después de la histerectomía (97). En coincidencia con estos hallazgos, se encontró en otra revisión reciente realizada por Brandsborg y Nikolajsen, que tuvo como objetivo revisar literatura sobre el dolor después de una histerectomía por indicaciones benignas, reportando que existen complicaciones como el dolor postquirúrgico pudiendo tener un impacto negativo en la calidad de vida; este grupo de investigadores concluyen que futuros estudios deben ser de tipo ensayos aleatorios y deberían tener como objetivo modificar el tratamiento peri operatorio en la gestión de dolor e intervenciones psicosociales previas a la intervención quirúrgica (93).

Con relación a la autoestima, Ilknur et al. (98) en un estudio de tipo descriptivo comparativo que buscaba evaluar los cambios en la autoestima de las mujeres intervenidas con histerectomía en una población turca, se incluyó a 88 mujeres, siendo los datos recolectados en tres momentos: antes de la cirugía, al alta y a los 3 meses después del procedimiento quirúrgico. Los autores reportaron que no hubo cambios en la autoestima una semana después de la cirugía, sin embargo, se encontró una disminución significativa a los tres meses.

Goudarzi et al., realizaron un estudio cualitativo con enfoque de análisis de contenido, que incluyó a mujeres entre 27 a 68 años, para explorar las experiencias de las mujeres que se sometieron a histerectomía con un modelo de enfermería. Los resultados obtenidos muestran que el útero es importante en la percepción de las mujeres iraníes; la histerectomía provocó cambios físicos, la mayoría de las mujeres se sentían defectuosas después de la

histerectomía, acompañado de sentimientos y alteración en aspectos psicológicos y espirituales después de la histerectomía (21).

A continuación, se presenta una síntesis de hallazgos relativos a estudios que dan cuenta de la efectividad de intervenciones para el mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud, función sexual y autoestima en mujeres sometidas a histerectomía:

Cárdenas et al., realizaron un estudio comparativo de intervención psicoeducativa pre quirúrgica, en dos grupos de mujeres con histerectomías programadas, reportando resultados positivos en el afrontamiento del dolor y complicaciones posquirúrgicas en el grupo experimental, en relación al grupo control que recibió la atención tradicional, logrando controlar la activación emocional y somática, influyendo de manera significativa en el dolor posoperatorio (99).

Cheung et al., en un ensayo clínico controlado en 96 mujeres de 30 a 55 años reportaron que la información recibida, como elemento adicional en la atención de salud administrada al grupo experimental versus el grupo control, tuvo beneficios clínicos significativos, disminuyendo estados de demanda de analgésicos. Por tanto, la educación bien administrada con información precisa, acorde a las necesidades de las personas, se constituye en un elemento fundamental en la prevención de complicaciones. Los contenidos, plasmados en un impreso para reforzar la educación, fueron de comprensión simple como: anatomía y la fisiología del útero, definiciones de histerectomía, localización de la incisión, preparación pre quirúrgica y cuidados pos quirúrgicos y atención domiciliaria (100).

Vitale et al., en un estudio cuasi experimental, compararon los informes de dolor en dos grupos de mujeres después de la histerectomía abdominal. El grupo experimental recibió atención de enfermería tradicional más tres sesiones de Reiki de 30 minutos, mientras que el grupo de control recibió atención de enfermería tradicional. Los resultados indicaron que el grupo experimental informó menos dolor y solicitó menos analgésicos que el grupo de control (94). Estos resultados refuerzan de manera clara que las intervenciones previas a un proceso estresante logran mejorar la recuperación posquirúrgica (101).

En relación a ello otro estudio reporta la administración de la educación temprana en procedimientos ginecológicos utilizando un programa de Recuperación mejorada después de la cirugía (ERAS). Con un diseño prospectivo, comparativo, aleatorizado, 50 pacientes fueron invitadas a participar y distribuidas en dos grupos. Los componentes del paquete incluyeron 1) movilización temprana, 2) transición temprana a analgésicos orales, 3) alimentación temprana y 4) goma de mascar, acompañada de una llamada telefónica de seguimiento dos o tres días después del alta. Se encontró que la optimización de la educación perioperatoria, utilizando intervenciones basadas en la evidencia, puede minimizar el riesgo y mejorar la recuperación temprana de las mujeres que se someten a una cirugía ginecológica (102).

Bouwsma et al., en su estudio de cohorte prospectivo realizado en los Países Bajos, incluyeron a 304 mujeres que se encontraban programadas para histerectomía. Antes de la operación, los participantes recibieron

recomendaciones personalizadas de convalecencia basadas en expertos sobre la reanudación gradual de varias actividades diarias, como sentarse, ponerse de pie, caminar, subir escaleras, agacharse, levantar objetos, conducir, andar en bicicleta, tareas domésticas, actividades deportivas y regreso al trabajo. Los resultados mostraron que las pautas de convalecencia son efectivas en la disminución de complicaciones posquirúrgicas de histerectomía (29).

En relación a las intervenciones en el ámbito psicológico, un estudio experimental cuyo propósito fue evaluar el efecto de la atención psicológica brindada a mujeres antes y después de la histerectomía incluyó 42 mujeres, 21 mujeres en cada uno de los grupos experimentales y de control. La intervención en su primera dimensión implicó establecer buenas relaciones entre el investigador y la paciente para desarrollar y mantener una buena relación, fortalecer la comunicación y facilitar el logro de los resultados previstos de la atención. La segunda dimensión involucró la educación individual sobre la anatomía y fisiología de los órganos reproductivos (especialmente el útero y los ovarios) la pérdida de la fertilidad con apoyo de material educativo. La tercera dimensión fue la preparación preoperatoria para lo cual se le informaba sobre el ambiente del quirófano y los procedimientos postoperatorios. Los hallazgos mostraron que la atención psicológica tiene efectos positivos sobre los síntomas depresivos, la ansiedad y la imagen corporal en las mujeres que se sometieron a histerectomía (22).

Respecto de estudios que den cuenta de una mejora de la calidad de vida de la mujer histerectomizada, un grupo de investigadores realizaron un ensayo

multicéntrico aleatorizado que tuvo como objetivo comparar la eficacia de una intervención de salud en línea con un sitio web, evaluándose, entre otras variables, la calidad de vida relacionada con la salud, la recuperación general y la intensidad del dolor. Participaron 215 mujeres que fueron histerectomizadas, el grupo experimental recibió atención tradicional más una intervención de salud en línea personalizada en el pre y postoperatorio que contenía información clara y precisa sobre los cuidados y posibles complicaciones quirúrgicas. Los resultados mostraron mayor autonomía, independencia, menos dolor, capacidad para identificar complicaciones en la recuperación y mejor calidad de vida, demostrando que la atención de salud a la mujer histerectomizada debe ser más holística (96).

Un ensayo controlado aleatorizado (29), en el que participaron 433 mujeres de 18-65 años de 9 hospitales en Holanda, tenía como objetivo evaluar la aplicación y eficacia de un programa de asistencia perioperatorio basado en Internet, para mujeres en espera de cirugía ginecológica por enfermedad benigna. Al grupo experimental se le proporcionó un portal de web interactivo que facilitó la autogestión a través de todo el proceso quirúrgico adaptado de manera individual y escalonada por etapas, dando como resultado mejoras en relación a las variables de calidad de vida y dolor. Se concluyó que la implementación de programas de intervención basados en Internet, contribuyen a una rápida recuperación y reintegración temprana al trabajo, en promedio de cuatro semanas antes de lo esperado, y en relación a la calidad de vida se encontró mejoras en el estado de salud funcional, evaluado con el SF-36.

La literatura además reporta un ensayo multicéntrico aleatorizado, simple ciego, controlado, que incluyó 308 pacientes entre 18 y 75 años de edad que se encontraban en lista de espera para una intervención ginecológica. El objetivo fue mejorar la autogestión y participación activa de las pacientes luego de la orientación entregada antes de la cirugía. Se asignó al grupo control la atención habitual y el acceso a una página web estándar y el grupo experimental recibió el acceso al sitio web de la intervención, una aplicación móvil y un rastreador de actividad. Este estudio se encuentra en fase de desarrollo, como resultados primarios se espera que las pacientes que recibieron el programa de intervención volverán a sus actividades normales más rápidamente y su auto percepción de salud sea mejor que las pacientes en el grupo control (103).

La educación a pacientes antes y después de la cirugía es fundamental para una recuperación sin complicaciones posterior a la histerectomía, pero existen factores que limitan esta actividad, como por ejemplo hospitalizaciones abreviadas, alta demanda de pacientes, falta de formación profesional, entre otros. Para evaluar el efecto de un programa personalizado de atención de salud en el retorno a las actividades normales después de la cirugía, se realizó un estudio multicéntrico, simple ciego, aleatorizado. El programa proporcionó orientación a las pacientes a través de tres componentes: un sitio web, una aplicación y un rastreador de actividades. Los resultados evidenciaron mejor recuperación pos quirúrgica, en relación al tiempo de recuperación. La creciente popularidad de la tecnología en esta área, sugiere que deben implementarse en el cuidado perioperatorio estándar programas

personalizados que incorporen las tecnologías de información durante todo el proceso perioperatorio (104).

Respecto de intervenciones que han abordado la función sexual, un ensayo controlado aleatorizado cuyo objetivo fue determinar los efectos del asesoramiento basado en el modelo de Terapia Intensiva de Sugerencias Específicas de Información Limitada con Permiso Extendido (EX-PLISSIT) sobre la función sexual y la calidad de vida sexual, en el cual se seleccionaron 80 mujeres utilizando la aleatorización por bloques, se asignaron a los grupos de intervención y control. El grupo de intervención recibió dos sesiones de asesoramiento de 1 hora cada semana. Al inicio se habló sobre sus problemas y se permitió que la paciente hablara sobre su funcionamiento sexual. En la siguiente etapa, se proporcionó información limitada sobre sus asuntos y preocupaciones sexuales. Se educó sobre la histerectomía y su efecto en el funcionamiento sexual, sobre la anatomía y fisiología del órgano sexual. En la última etapa, se brindaron consejos y soluciones específicas relacionadas con los problemas. Los resultados mostraron una mejora significativa en funcionamiento sexual y calidad sexual de las mujeres intervenidas (25).

Finalmente, Hosseini et al., realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar el efecto de un programa educativo basado en el modelo PRECEDE para mejorar la función sexual en mujeres histerectomizadas. Fueron incluidas 48 mujeres, las que se dividieron al azar en dos grupos. Las mujeres en el grupo experimental recibieron un programa educativo de cinco sesiones, que incluyeron temas relativos a histerectomía, problemas sexuales pos histerectomía, actitudes, estrategias y habilidades para mejorar la función

sexual, y el grupo control recibió intervenciones de rutina. Los resultados mostraron una mejora significativa del grupo experimental en todos los dominios de la función sexual, en relación al grupo control, confirmando la efectividad de un programa educativo en la mejora de la función sexual entre las mujeres con histerectomía (24).

Cabe mencionar que el estudio Hosseini et al, ha servido de base para guiar aspectos en la elaboración de la intervención de la presente investigación, permitiendo identificar las necesidades de educación de las mujeres histerectomizadas, para promover la recuperación de su salud, al reconocer los factores predisponentes, los factores de refuerzo como la familia, el equipo de salud y los factores de disponibilidad de recursos y de habilidades para el resultado de la intervención. Fue importante además como base para realizar el cálculo de la población, el número de sesiones, el tiempo de duración.

Se considero necesario incorporar en este apartado evidencia respecto a estudios que abordaron aspectos relativos a la sexualidad a través de Tecnologías de Información y Comunicación, por lo que a continuación se presenta una síntesis de ellos.

En el ámbito de las comunidades de pacientes en línea, HysterSisters (1) es una plataforma dedicada a ayudar mediante foros en línea, ofreciendo apoyo para las mujeres que serán intervenidas quirúrgicamente en el diagnóstico, tratamiento y la recuperación. Las mujeres pueden compartir su experiencia sobre histerectomía y proporcionar comentarios, apoyo, consejos, facilitando espacios de diálogo abierto de temas sensibles y antes

no discutidos, atribuidos a la vergüenza de las mujeres que viven en torno a la experiencia de la histerectomía (1).

En un estudio de enfoque cualitativo con un módulo piloto de eHealth para la salud sexual, en el que participaron 16 mujeres con trastorno de interés/excitación sexual femenina, se utilizó la técnica de entrevistas semiestructuradas y cuestionarios en línea para evaluar las experiencias de la usabilidad de la plataforma, la claridad/relevancia del contenido, la satisfacción con la experiencia y cualquier cambio en los resultados clínicos de la función y la angustia sexuales. Las mujeres reportaron sentirse más valoradas y más esperanzadas, acompañado de notables mejoras en el deseo sexual, la excitación, la satisfacción y un alto nivel de satisfacción con la funcionalidad y presentación del sitio web (105).

En concordancia a lo antes mencionado, otro estudio que buscó evaluar la eficacia de un tratamiento basado en Internet para el trastorno de penetración/dolor genito-pélvico, que afecta negativamente la sexualidad de las mujeres y está asociado con un bienestar reducido y comorbilidades de salud mental, en el cual participaron 200 mujeres en dos grupos, mostró que el tratamiento basado en Internet es efectivo para mejorar los síntomas de dolor genitourinario (106).

Respecto a este ámbito, una revisión sistémica realizada por Xu et al., buscó determinar la efectividad de las intervenciones de eHealth en la prevención y el tratamiento de la disfunción femenina, en la cual se incluyó una estrategia novedosa y prometedora en el manejo del suelo pélvico como tratamiento emergente, eficaz para prevenir la disfunción femenina,

mostrando la efectividad de las intervenciones de eHealth en mujeres con o en riesgo de disfunción del piso pélvico (107).

Es importante mencionar que las tecnologías basadas en Internet como la tele consulta, monitoreo remoto, realidad virtual, intervenciones basadas en internet, aplicaciones para teléfonos móviles, videoconferencias y otras tecnologías relacionadas con la electrónica, las intervenciones de eHealth no se ven limitadas por la falta de tiempo y espacio a la hora de brindar conocimientos sobre el manejo de enfermedades y pueden ayudar a las mujeres a obtener información relevante de forma rápida y sencilla, a diferencia de la intervención presencial tradicional. Además, debido a su anonimato, flexibilidad y accesibilidad, las intervenciones de eHealth también pueden reducir el sentimiento de vergüenza de las mujeres asociado con la búsqueda de ayuda profesional, reducir el costo y el tiempo y aumentar su acceso a los servicios de atención sanitaria (107, 108).

Por lo antes mencionado se puede evidenciar que la salud electrónica (eHealth) brinda soluciones para el empoderamiento sin restricciones de tiempo y lugar, y brinda una atención basada en valores. Las mujeres en edad reproductiva son usuarias particularmente frecuentes de Internet, las redes sociales y las aplicaciones para teléfonos inteligentes. Lo que se constituye en una fortaleza para el uso adecuado de las tecnologías aplicadas a la salud de la mujer (109). Por tal motivo, van en crecimiento los estudios que proporcionan evidencia de que las intervenciones de eHealth ejercen una influencia beneficiosa en el manejo problemas sexuales de las mujeres (110).

Por lo tanto, las intervenciones basadas en la web, resultan una buena alternativa por su bajo costo, su privacidad, acceso fácil y potencial efectividad, incrementándose su utilización durante la pandemia de Covid-19 (11, 112).

Para la incorporación del uso de la tecnología como complemento en la atención sanitaria en el presente estudio, se tomaron como referencia los estudios de Van der Meij, et al, realizado en los países bajos, quienes reportan a través de su estudio los beneficios alcanzados con el uso de tecnología en la atención perioperatoria personalizada en cirugía abdominal (104). Años más tarde Van der Meij y otros autores, incluyeron un acceso al sitio web, una aplicación móvil y un rastreador de actividad en la intervención (103).

### 1.3 HIPOTESIS

**Hipótesis conceptual 1:** Las mujeres histerectomizadas del grupo experimental mejoran la función sexual femenina después de la intervención educativa de enfermería respecto a las del grupo de comparación.

**Hipótesis de trabajo:**

Las mujeres histerectomizadas del grupo experimental presentan mejor puntaje en la subescala deseo de la función sexual femenina después de la intervención educativa de enfermería respecto a las del grupo comparación.

Las mujeres histerectomizadas del grupo experimental presentan mejor puntaje en la subescala excitación de la función sexual después de la intervención educativa de enfermería respecto a las del grupo comparación.

Las mujeres histerectomizadas del grupo experimental presentan mejor puntaje en la subescala lubricación de la función sexual femenina después de la intervención educativa de enfermería respecto a las del grupo comparación.

Las mujeres histerectomizadas del grupo experimental presentan mejor puntaje en la subescala orgasmo de la función sexual femenina después de la intervención educativa de enfermería respecto a las del grupo comparación.

Las mujeres histerectomizadas del grupo experimental presentan mejor puntaje en la subescala satisfacción de la función sexual femenina después de la intervención educativa de enfermería respecto a las del grupo comparación.

Las mujeres histerectomizadas del grupo experimental presentan mejor puntaje en la subescala dolor de la función sexual femenina después de la intervención educativa de enfermería respecto a las del grupo comparación.

**Hipótesis conceptual 2:** Las mujeres histerectomizadas del grupo experimental presentan mejor calidad de vida relacionada con salud después de la intervención educativa de enfermería respecto a las del grupo comparación.

**Hipótesis de trabajo:**

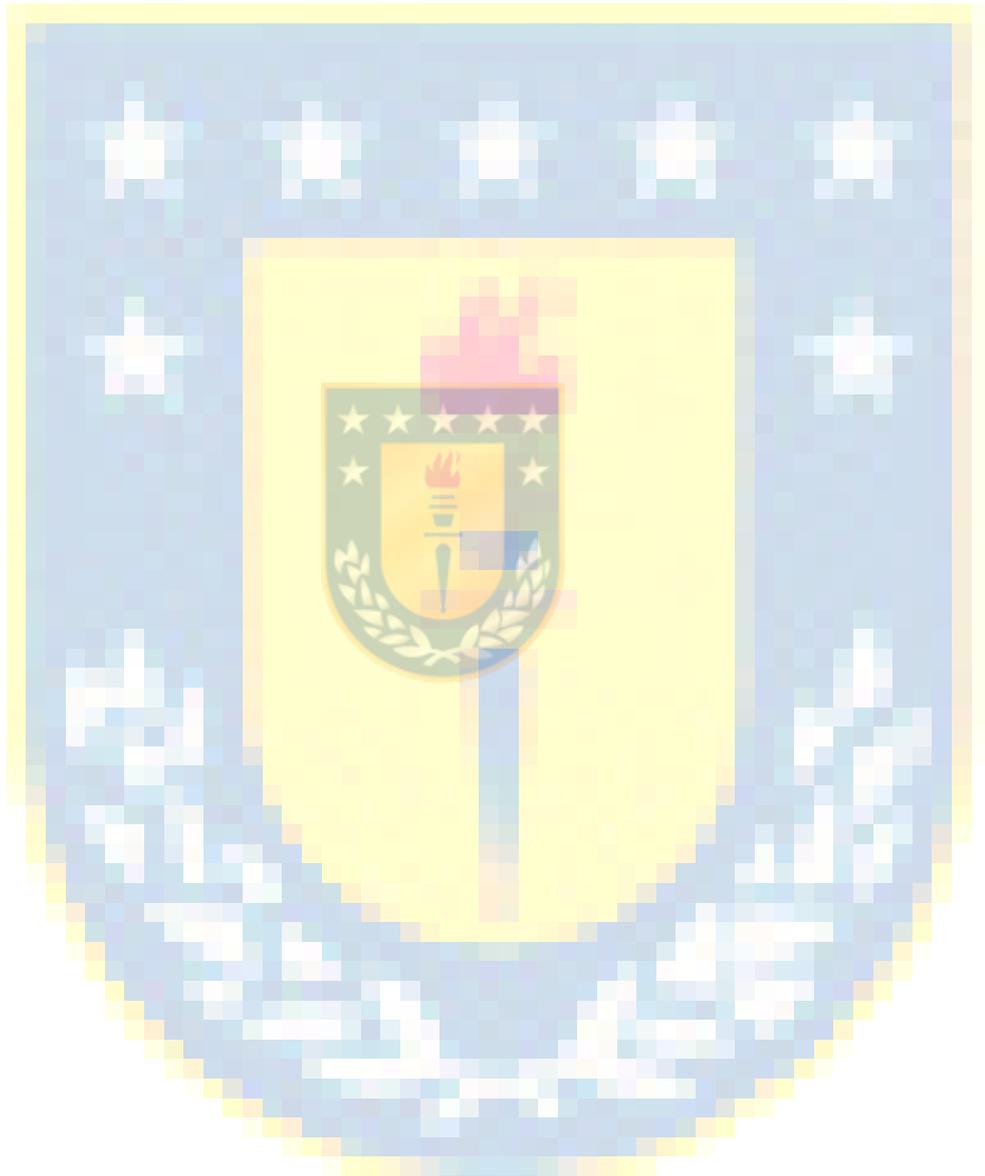
Las mujeres histerectomizadas del grupo experimental presentan un mejor puntaje en el componente de salud física de la calidad de vida relacionada con salud después de la intervención educativa de enfermería respecto a las del grupo comparación.

Las mujeres histerectomizadas del grupo experimental presentan un mejor puntaje en el componente de salud mental de la calidad de vida relacionada con salud después de la intervención educativa de enfermería respecto a las del grupo comparación.

**Hipótesis conceptual 3:** Las mujeres histerectomizadas del grupo experimental presentan una mejor autoestima, después de la intervención educativa de enfermería, con respecto a las del grupo comparación.

**Hipótesis de trabajo:**

Las mujeres histerectomizadas del grupo experimental presentan un mejor puntaje en la escala de autoestima, después de la intervención educativa de enfermería, con respecto a las del grupo comparación.



#### **1.4 OBJETIVO GENERAL**

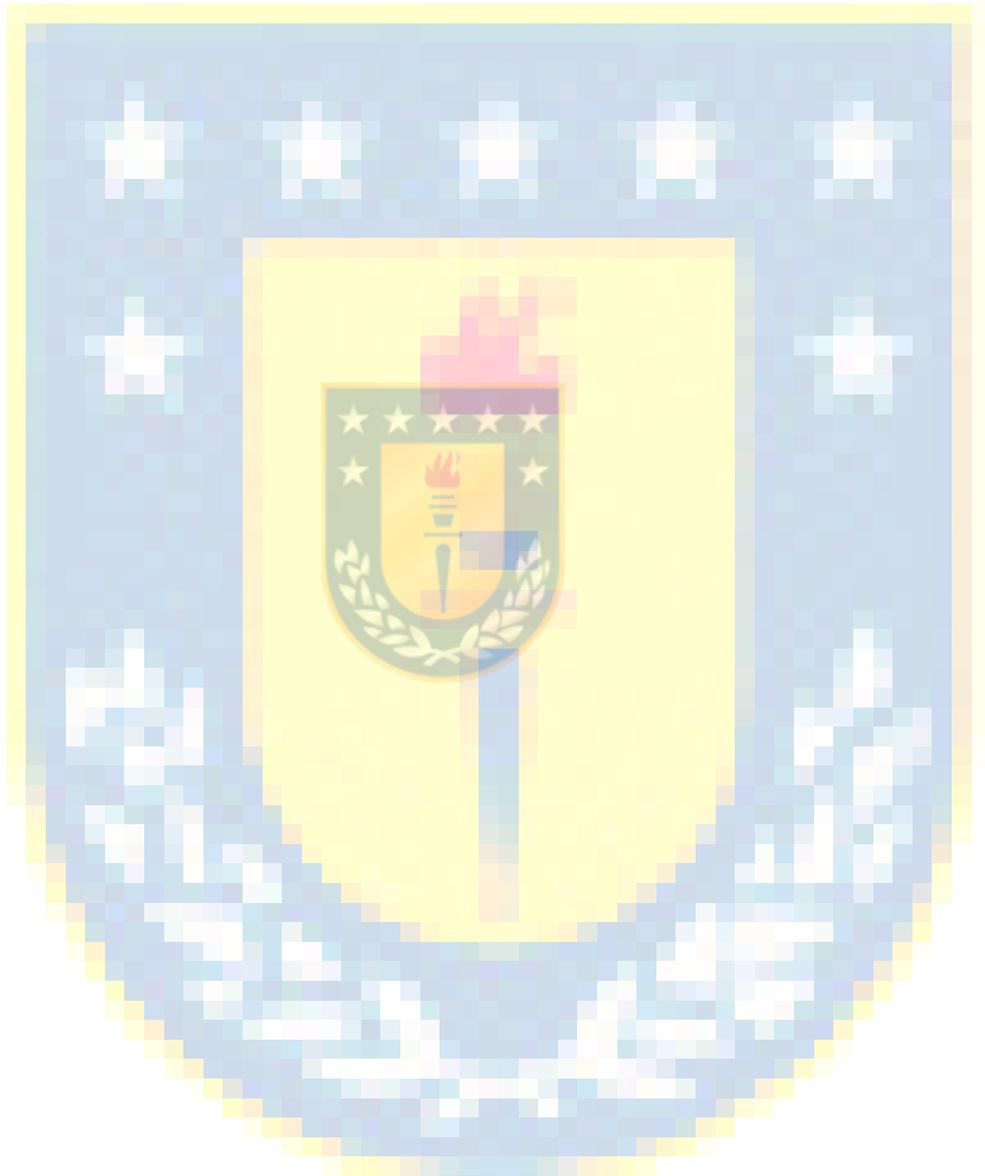
Conocer las necesidades educativas de las mujeres a partir del significado otorgado a la histerectomía durante el periodo perioperatorio, para desarrollar una intervención educativa de enfermería basada en el autocuidado y determinar su eficacia en el mejoramiento de la función sexual femenina, calidad de vida relacionada con salud y autoestima de las participantes.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

En relación con las mujeres histerectomizadas participantes en el estudio:

1. Conocer los significados que las participantes otorgan a la histerectomía en el periodo perioperatorio.
2. Identificar las necesidades educativas de la mujer en la etapa perioperatoria de histerectomía.
3. Describir el perfil biosociodemográfico del grupo experimental y grupo comparación.
4. Determinar la función sexual femenina del grupo experimental y grupo comparación en una medición pre y post test.
5. Establecer la calidad de vida relacionada con salud del grupo experimental y grupo comparación en una medición pre y post test.
6. Determinar la Autoestima del grupo experimental y grupo comparación en una medición pre y post test.
7. Evaluar la eficacia de la Intervención educativa de enfermería dirigida al grupo experimental versus el abordaje tradicional en el

grupo comparación en relación a: Función sexual femenina,  
Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Autoestima.



## 2.SUJETOS Y METODOS

### 2.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

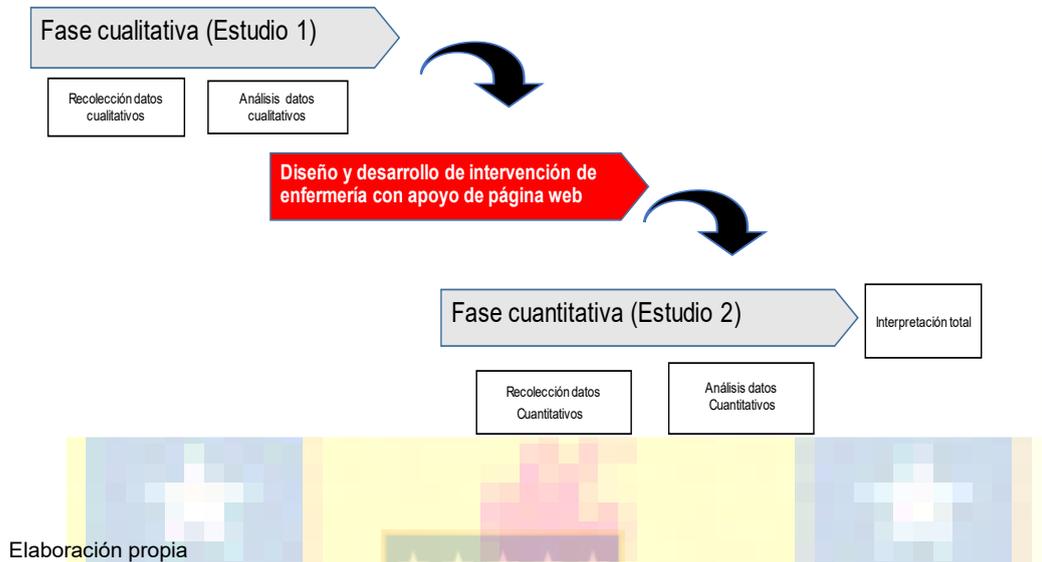
El diseño fue mixto de tipo exploratorio secuencial.

La fase uno fue la cualitativa, con la premisa de hacer una exploración inicial del significado necesidades educativas, por lo tanto, esta fase se enfocó en explorar este fenómeno poco comprendido y la segunda fase cuantitativa midió la función sexual, la calidad de vida relacionada con la salud y la autoestima de las mujeres histerectomizadas.

A partir de los significados de la histeectomía y las necesidades educativas identificadas, se elaboró una intervención educativa de enfermería con apoyo de una página web, la cual permitió la medición posterior de las variables antes mencionadas

Esta mezcla mixta permitió determinar etapas claras, siendo necesario el análisis los datos de manera minuciosa de una etapa para pasar a la otra (113).

Figura 3- Esquema del diseño exploratorio secuencial



Por ello en la decisión y selección de este diseño se reflejó la interacción, la prioridad, el tiempo y la combinación. Como se muestra a continuación.

a. **Nivel de interacción:** El nivel de interacción es la medida en que las dos fases se mantienen independientes o interactúan entre sí y puede ocurrir en diferentes puntos del proceso de investigación y de muchas maneras diferente. En este estudio el **nivel de interacción fue directa**, dado que la fase cuantitativa dependió de los resultados de la fase cualitativa.

b. **Prioridad de las fases cuantitativa y cualitativa:** la prioridad se refiere a la importancia relativa o ponderación de los métodos cuantitativos y cualitativos para responder a las preguntas del estudio. Por ello los dos métodos del presente estudio tuvieron la **misma**

**prioridad**, para que ambos cumplan un papel igualmente importante al abordar el problema de investigación.

c. Para determinar el momento **el tiempo secuencial** ocurrió cuando la tesista implementó las dos fases distintas, con la recopilación y el análisis de un tipo de datos cualitativos y después de la recopilación y el análisis del otro tipo de datos cuantitativos. Dándose de esta manera el tiempo secuencial en el presente estudio.

d. **La mezcla de las fases cualitativa y cuantitativa.** La mezcla es la interrelación explícita de las fases cualitativa y cuantitativa del estudio y se ha denominado combinación e integración, es decir, es el proceso mediante el cual el investigador implementa la relación independiente o interactiva de un estudio de métodos mixtos. La conceptualización de la mezcla durante el proceso de la investigación de puede dar en el diseño, recopilación de datos, análisis de datos e interpretación. Para el presente estudio la mezcla se realizó en relación a la **recopilación de datos**, mediante el uso de una estrategia **de conexión** donde los resultados del significado de necesidades educativas de la fase cualitativa permitieron la elaboración de una intervención enfermería dirigida a mujeres en periodo perioperatorio de histerectomía, para dar paso a la fase dos y medir cuantitativamente las variables función sexual, calidad de vida relacionada con la salud y autoestima (114).

Por lo antes expuesto el diseño secuencial en el presente estudio comenzó con la recopilación y el análisis de datos cualitativos en la primera fase. A partir de los resultados exploratorios, el siguiente paso, que representa el punto de conexión en la mezcla, la tesista utilizó en el diseño y desarrollo de la intervención educativa individual con apoyo de una página web llamada Libre mujer, en la cual se integran los resultados de la fase cualitativa. Este desarrollo conecta la fase cualitativa inicial con la subsiguiente fase cuantitativa del estudio. En el tercer paso, la tesista implementa la intervención educativa en la fase cuantitativa del estudio para examinar las variables de resultado primarias y secundarias utilizando el instrumentos adecuados y probados, con una nueva muestra de participantes. Finalmente, la autora de este estudio interpretó de qué manera y en qué medida los resultados cuantitativos generalizan o amplían los hallazgos cualitativos iniciales.

### **Procedimientos Básicos en la Implementación de un Diseño Exploratorio**

#### **Diseñar e implementar cualitativo:**

- En este estudio se planteó la pregunta de investigación
- Se obtuvieron los permisos a los comités de ética, a las autoridades de la institución participante y a las pacientes de este estudio.
- Se identificó la muestra cualitativa, hasta llegar al proceso de saturación de los datos (catorce pacientes)
- La recolección de los datos fue a través de la entrevista semiestructurada individual.

- El análisis de los datos cualitativos mediante la técnica de análisis de contenido para responder a la pregunta de investigación cualitativa y la posterior identificación de la información necesaria para reportar a la segunda fase cuantitativa. De acuerdo a la categoría necesidades educativas y las subcategorías significado de la histerectomía y conocimiento sobre la misma.

#### **Integración de los resultados cualitativos:**

- Se diseño y se desarrollo la intervención educativa de enfermería individual, basada en los resultados de la entrevista semiestructurada. La intervención estuvo compuesta de 5 sesiones, de 30 minutos de duración y distribuidas durante todo el periodo perioperatorio, con apoyo a cada sesión de un bloque de contenido de la página web diseñada para ser complemento de las sesiones presenciales cara a cara.

#### **Diseñar e implementar la fase cuantitativa:**

- Se estableció la hipótesis y el enfoque cuantitativo del estudio.
- Se obtuvieron los permisos a los comités de ética, a las autoridades de la institución participante y a las pacientes de este estudio.
- Se realizó la prueba piloto de un instrumento de recopilación de datos cuantitativos basado en los resultados cualitativos.
- Se seleccionaron las participantes para la muestra cuantitativa por muestreo intencional.
- Se recogió los datos con los instrumentos cuantitativos.

- Analizaron los datos cuantitativos utilizando estadísticas descriptivas, estadísticas inferenciales y tamaños del efecto para responder las preguntas de investigación del método cuantitativo.

#### **Interpretar los resultados conectados:**

- Se resumieron e interpretaron los resultados cualitativos.
- Se procedió a discutir en qué medida y de qué manera los resultados cuantitativos se pueden generalizar en base a los resultados cualitativos.

Cabe señalar que las fortalezas del diseño exploratorio, debido a la estructura de dos fases y al hecho de que solo se recopila un tipo de datos a la vez, las fases separadas hacen que el diseño exploratorio sea fácil de describir, implementar e informar. Por lo que se consideró el uso de una pequeña muestra intencional en la primera fase y una muestra mayor y de diferentes participantes en la segunda fase para evitar cuestiones de sesgo en el aspecto cuantitativa (115).

Para comprender la integración de los métodos mixtos y aprovechar las fortalezas, es necesario describir cómo se produce la integración en el nivel de diseño del estudio, el nivel del método y el nivel de interpretación y presentación de informes.

**Integración a nivel de diseño del estudio.** Como se ha mencionado anteriormente este estudio es de diseño secuencial exploratorio, en el cual se ha recopilado y analizado los datos cualitativos, y estos hallazgos informan la posterior recopilación de datos cuantitativos. **En relación a los marcos**

**avanzados** corresponde a un diseño de intervención, en este caso el diseño y desarrollo de la intervención educativa individual con apoyo de una página web libre mujer, se basó en los datos cualitativos que mostraron el significado de las necesidades educativas de las mujeres en periodo perioperatorio de histerectomía.

**Integración a nivel de métodos** se conceptualizan en la integración que ocurre a través de la vinculación de los métodos de recopilación y análisis de datos. Por tanto, la conexión ocurre cuando un tipo de datos se vincula con el otro a través del muestreo y la conexión sigue naturalmente en diseños secuenciales.

Por lo antes mencionado la intervención surge a partir de los datos obtenidos de la primera fase cualitativa, la cual se midió cuantitativamente y se puede evidenciar en el estudio el nivel de integración en la interpretación y reporte a través de la narrativa, donde la tesista describió los hallazgos cualitativos y cuantitativos juntos en un solo informe (116).

Desde el punto de vista del diseño de intervenciones se trató de un estudio en Fase II (117). Esta fase incluyó la comparación inicial con un grupo de control, con el objetivo de producir evidencia de que la intervención tiene los efectos deseados, una mejor comprensión de los marcos teóricos, información acerca de los grupos control apropiados, un manual de intervención específico, las medidas de resultados más apropiadas y las consideraciones para un ensayo de Fase III.

## **2.2 FASE CUALITATIVA (Estudio 1)**

El estudio 1 se constituyó como una investigación cualitativa, el cual corresponde a un enfoque metodológico sistemático y subjetivo, utilizado para describir las experiencias vitales (118) y producir datos descriptivos, con las propias palabras de las personas, en forma verbal o escrita y la conducta observable.

Esta investigación conto con un enfoque descriptivo, ya que para este estudio no se requiere penetrar a profundidad en los datos, por lo tanto, tiene un bajo nivel de interpretación, es decir, no realiza interferencia sino se remite a informar el discurso de manera directa desde la experiencia de la mujer (119).

### **2.2.1 PARTICIPANTES**

La población es el conjunto completo de individuos que son el centro de la investigación (118). En la presente investigación lo constituyeron todas aquellas mujeres que se encontraban en el periodo perioperatorio de histerectomía que asistieron al Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” (HGOIA). El HGOIA es un establecimiento especializado, docente, de tercer nivel, ubicado en la provincia de Pichincha Cantón Quito, Parroquia de San Blas. Se creó en los años 50 inicialmente para atender la demanda de la zona centro de la ciudad de Quito, a lo largo de los años se transformó en un centro especializado en ginecología y obstetricia y es de referencia para todo el territorio nacional, cuenta con 210 camas para hospitalización de

ginecológica, obstetricia y neonatología y es una unidad operativa del Ministerio de Salud Pública.

Durante los meses de diciembre 2020 a febrero 2021 asistieron a la consulta externa de ginecología un número aproximado de 5 a 10 pacientes diarias.

### **Criterios de inclusión**

Ser mujer entre los 35 y 65 años, con pareja, en lista de espera para programación de cirugía (dos semanas anteriores a la asignación de fecha de cirugía), con patología benigna de acuerdo a referencia realizada por el equipo médico, que sepa leer y escribir y disponga de internet.

### **Criterios de exclusión**

Mujeres con presencia de patología oncológica, complicaciones u indicación obstétrica, con embarazo ectópico, con ooforectomía, con alguna enfermedad mental o demencia, con combinación de varios procedimientos quirúrgicos o algún grado de discapacidad física o cognitiva.

### **Muestra**

Se realizó un muestreo intencional, siendo este tipo de muestreo según Burns y Grove (118), uno de los más utilizados en investigación de enfermería cualitativa. En este tipo de muestreo de manera consciente el investigador selecciona los participantes, para incluirlos en el estudio fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos (118, 120). En el presente estudio, se contó con una muestra de 14 mujeres que se

encontraban en el periodo perioperatorio de histerectomía, tomando en consideración que con este número se inició el proceso de saturación, para comprender las pautas estructurales que definen el objeto de estudio planteado (121). Se considera que se produce saturación de la información cuando un muestreo adicional no aporta nueva información, solo se obtiene redundancia de datos previamente recogidos (118).

### **2.2.2 PROCEDENCIA**

Las entrevistas se realizaron en la consulta externa prenatal de adolescentes del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en el cual se designó la sala de curaciones y procedimientos y la oficina de la líder de enfermería de la consulta prenatal. Este lugar agradable, sin ruido, ventilado y confortable favorecieron el diálogo ameno con la paciente, logrando una adecuada entrevista.

### **2.2.3 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **Entrevista semiestructurada:**

Las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas por la investigadora de manera individuales y de forma presencial. Para ello se dispuso de una guía de entrevista, la que contó con preguntas agrupadas por categorías, con base en los objetivos del estudio (122) (Cuadro 1); se plantearon las interrogantes sin aferrarse a una secuencia establecida previamente, permitiendo que se formularan preguntas no previstas pero pertinentes para lograr obtener la

información necesaria para alcanzar los objetivos planteados para esta investigación (123).

Con la aplicación de este método de recolección de datos se buscó tener un conocimiento auténtico de las experiencias de la participante con respecto al tema de estudio mencionado. De acuerdo con Cisterna, es el investigador quien le otorga significado a los resultados de su investigación, uno de los elementos básicos a tomar en consideración es la elaboración y distinción de tópicos a partir de los que se recoge y organiza la información (124). Para ello se debe distinguir entre categorías, que denotan un tópico en sí mismo, y las subcategorías, que detallan dicho tópico en micro aspectos. Estas categorías y subcategorías pueden ser apriorísticas, es decir, construidas antes del proceso recopilatorio de la información (124).

Cuadro 1- Guía de entrevista semiestructurada a priori

Área temática	Problema de Investigación	Pregunta	Objetivo General	Objetivo Específico	Categoría	Subcategoría	Guía de preguntas
Significado de la educación perioperatoria que se imparte a mujeres que serán sometidas al procedimiento histerectomía.	¿Cuál es la eficacia de una intervención educativa de enfermería basada en el autocuidado para el mejoramiento en la calidad de vida relacionada con salud, función sexual y autoestima de las mujeres sometidas a una histerectomía por causa benigna?	¿Cuál es el significado de la educación en el periodo perioperatorio, en mujeres sometidas a histerectomía?	Conocer las necesidades educativas de las mujeres a partir del significado otorgado a la histerectomía durante el periodo perioperatorio, para desarrollar una intervención educativa de enfermería basada en el autocuidado y determinar su eficacia en el mejoramiento de la función sexual femenina, calidad de vida relacionada con salud y autoestima de las participantes.	Identificar las necesidades educativas de la mujer en la etapa perioperatoria de histerectomía.	Necesidades educativas	Significado de la histerectomía.  Conocimiento	¿Qué significado tiene para usted someterse a esta cirugía? ¿Cómo se sintió cuando supo que debía operarse?  ¿Cuáles fueron sus mayores dudas cuando le dijeron que debía operarse? ¿Qué aspectos considera usted son necesarios de abordar para cirugía?

Elaboración propia

## **2.2.4 PROCEDIMIENTOS (RECLUTAMIENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS)**

Previo al inicio del estudio se solicitaron los permisos correspondientes al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora para realizar la investigación. Posteriormente se sometió a consideración de Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, al Comité Ético Científico de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, Sub-Comité de Ética de la Universidad Central del Ecuador y del Comité de Docencia e Investigación del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora (Anexo A). Una vez obtenidas las aprobaciones para efectuar el estudio, se contactó con los líderes de medicina y enfermería del Servicio de Ginecología del hospital, a fin de acceder a la información de las pacientes que se encuentran en el período pre quirúrgico. Las mujeres fueron contactadas de manera presencial aprovechando la visita al hospital (consulta externa), antes o después de la cita médica, invitándoles a participar en el presente estudio. De existir disposición para participar en el estudio, se les pidió organizar su tiempo para coordinar la entrevista. Siempre se dejó la opción de desarrollar la entrevista de manera virtual (video llamada o telefónica), en caso de no disponer de tiempo para la entrevista presencial.

En el momento de la entrevista, se procedió a explicar a la paciente los propósitos de la misma, el tiempo estimado de duración (30 a 45 minutos) y la autorización para grabar o video-grabar, por medio del consentimiento informado (Anexo B). Se consideró además tomar notas que pudieran ser útiles para los fines de la investigación.

Se mantuvo una actitud respetuosa, receptiva y sensible, no mostrando desaprobación o alguna expresión que alteren las respuestas. En el desarrollo mismo de la entrevista el intercambio de información fue flexible para permitir que la paciente hablara de manera libre y espontánea, siendo necesario en algunos casos modificar el orden de las preguntas, se hizo además uso de los recursos profesionales para obtener la información que se requería, por tanto, no se interrumpió la participación de la paciente y se tuvo la libertad de tratar otros temas relacionados con las preguntas de la entrevista (125). Por último, el cierre de la entrevista fue anticipado, para que la paciente recapitulara mentalmente lo que había dicho y provocar la oportunidad de que profundizara o expresara ideas que no había mencionado. Esto último se realizó con el fin de corroborar la información brindada. Finalmente, se le agradeció a la paciente por su participación en el estudio y se le acompañó a la salida del hospital (125). Cabe mencionar que en todo momento se tomaron en cuenta las medidas de bioseguridad como el distanciamiento, el uso obligatorio de la mascarilla, el lavado de manos y desinfección de las mismas con alcohol gel y alcohol y el uso de manera opcional de visores faciales, para de esta manera resguardar la seguridad tanto para la paciente como para la investigadora, por la pandemia de la Covid-19.

El reclutamiento de las participantes de la investigación se realizó hasta alcanzar la saturación teórica, es decir cuando la recogida de nuevos datos ya no aportó información adicional o relevante para explicar la categoría existente o descubrir nuevas categorías (124).

## Codificación de datos

La codificación es definida por Burns y Grove, como: “El proceso de leer datos, descomponer el texto y etiquetar cada parte del texto”. Un código corresponde a un símbolo o abreviatura que se utiliza para clasificar los datos obtenidos (118).

En este estudio la investigadora transcribió las entrevistas semiestructuradas grabadas. Al contar con dicha transcripción, se seleccionó la información por la categoría determinada apriorísticamente, a la que se le asignó una palabra para ser codificada y posteriormente analizada.

Se procedió a codificar los nombres de las participantes con la flor que se eligió como parte del símbolo de la intervención de enfermería como GIRASOL (1 hasta 14). En relación a la codificación de las categorías y subcategorías, se realizó por colores para agrupar la información (Anexo C)

Color amarillo	Φ	para la subcategoría “Significado”
Verde claro	β	para la subcategoría “Conocimiento”
Anaranjado claro	μ	para las subcategorías “Emergentes barreras de la educación”
Naranja	Ω	para las subcategorías “Emergentes espiritualidad”

### 2.2.5 ANÁLISIS DE DATOS

Las entrevistas fueron analizadas por la tesista utilizando la técnica de análisis de contenido propuesto por Bardin (126). Las diferentes fases del análisis de contenido se organizaron alrededor de tres polos cronológicos:

1. Preanálisis
2. Aprovechamiento del material
3. Tratamiento de resultados.

El pre análisis: Corresponde organización, operacionalización y sistematización de las ideas iniciales, siendo un periodo útil y necesario y sirve como base y punto de partida para las operaciones sucesivas del plan de análisis del contenido.

La explotación del material: En esta fase se realiza la ejecución cuidadosa de la etapa anterior a través de la decodificación, descomposición o enumeración de las operaciones del pre análisis y se constituye en la fase de análisis propiamente dicha. Siendo una etapa muy compleja que permite una descripción precisa de las características pertinentes y objetivos del análisis.

Tratamiento e interpretación de los resultados obtenidos: En esta fase se realiza la interpretación de los resultados obtenidos para que estos sean significativos (126).

#### **Criterios de rigor metodológico**

Otro aspecto fundamental en estudios cualitativos es el rigor científico relacionado con la calidad. Los criterios de validez de la investigación cualitativa, han estado y siguen en revisión, al intentar reconstruir una realidad

desde los significados teniendo en cuenta la subjetividad de las personas (127). Por ello que al hablar de calidad de un estudio se hace referencia a su rigor científico, siendo el término más utilizado la validez (128).

Guba sugiere cuatro preocupaciones principales como el valor de la verdad, aplicabilidad, consistencia y neutralidad para las diferentes formas de investigación. En el caso de la investigación cualitativa el *valor de la verdad* corresponde a la credibilidad; dada por el apego a la metodología propuesta y cumplimiento del objetivo y comprobación de la información recogida con las participantes (128).

La transferencia, equivale a la aplicabilidad: Es la posibilidad de generalizar las conclusiones a otros escenarios y sugiere establecer no generalizar, pudiendo transferirse de un contexto a otro, siempre y cuando exista similitud de sus características.

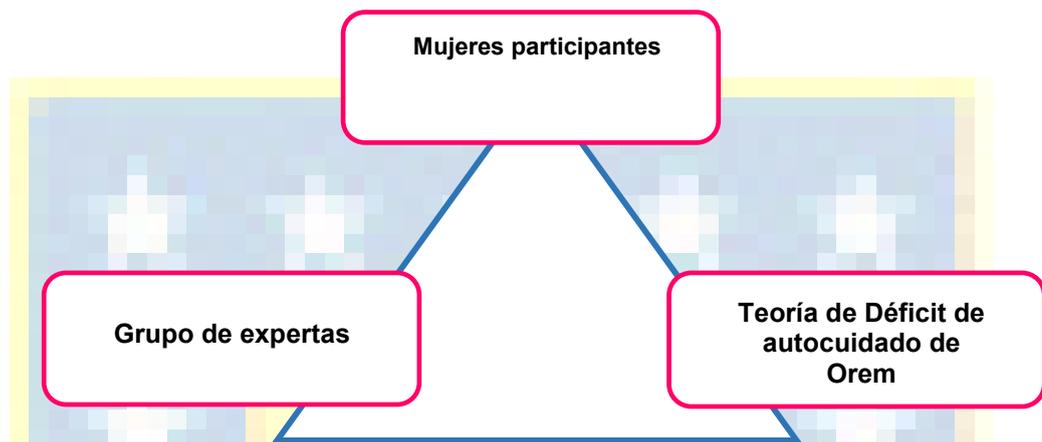
La fiabilidad se refiere a la consistencia en la independencia del análisis de los datos y es independiente de la ideología del investigador, de esta manera en este estudio se realizó la recolección de la información y las descripciones minuciosas de los datos, la confirmabilidad de los datos producidos (127). Para ello al analizar la información obtenida por medio de la transcripción textual de las entrevistas individuales grabadas y la codificación de los resultados, permitió evitar, opiniones que afecten la coherencia y sistematización de las interpretaciones de los datos y no establecer conclusiones propias de la investigadora, a través del ejercicio de reflexión. Estos criterios son importantes de valorar para contribuir en la legitimación de la investigación cualitativa, a través de una revisión científicamente válida y

apropiada, fomentado el mejoramiento de la calidad de la investigación cualitativa (128).

Para la verificación y comparación de los datos cualitativos, se realizó la triangulación de datos. Este tipo de triangulación consiste en la verificación y comparación de la información obtenida en diferentes momentos mediante las diferentes técnicas (129). La triangulación disminuye la posibilidad de producir información redundante, esclarece significados y verifica la repetibilidad de una observación. Además, es útil para identificar las diversas formas como un fenómeno se puede estar observando, por lo que la triangulación no sólo favorece a la validación de la información, sino que se utiliza para ampliar y profundizar su comprensión (129). Cabe mencionar, que es posible obtener consistencia en los resultados sin embargo Okuda et al., mencionan que: “La inconsistencia en los hallazgos no disminuye la credibilidad de las interpretaciones” (129).

Figura 4- Esquema de triangulación de datos cualitativos

### Triangulación de datos



Elaboración propia.

En este estudio, una vez codificada la información obtenida de las entrevistas semiestructuradas de las mujeres participantes, según la categoría a priori, se realizó la triangulación de datos con la información obtenida de las entrevistas con el grupo de expertas y la información por parte de la teoría de Orem.

Como grupo de expertas se consideró a la líder de enfermería del Servicio de Ginecología del HGOIA, y dos enfermeras con experiencia de más de 20 años en la atención a la mujer.

## 2.3 CONSTRUCCIÓN DE LA INTERVENCION EDUCATIVA DE ENFERMERIA PRESENCIAL CON APOYO TECNOLÓGICO

Una vez finalizada la fase cualitativa, se utilizaron sus resultados para desarrollar la intervención educativa de enfermería con apoyo de una página web, para ejecutarla en la fase cuantitativa del estudio. En esta sección se describirá la conexión entre los resultados de la fase cualitativa y el contenido de la intervención educativa.

Consideraciones previas:

Existen consideraciones previas para el desarrollo de protocolos de intervenciones de estudios piloto, que constan de acciones esenciales de pensamiento interconectadas a todo el proceso de investigación (117).

- a. El primer proceso de pensamiento que se llevó a cabo fue la identificación y definición del problema ya que cualquier intervención que se logre diseñar es para mejorar, reducir o alterar cualquier problema con relevancia para la salud pública, la profesión y la disciplina de enfermería y fue plasmado al inicio de este estudio.
- b. El paso siguiente fue justificar la intervención a un problema específico de un grupo reducido de la población, pero sin embargo ser resultado de un esfuerzo social y personal, por tanto, debe ser considerado para abordar.
- c. Lo siguiente fue especificar la población del área problema que es susceptible de riesgos a consecuencia del problema planteado.

d. Se continuó con la identificación de marcos teóricos conceptuales disponibles y relevantes al revisar la evidencia empírica, lo que fundamentará el cómo y por qué la intervención será de impacto para esta población.

e. La identificación de los factores desencadenantes o contribuyentes del problema son modificables mediante la intervención planteada.

f. La identificación de posibles resultados o medidas como efecto de la intervención, por ejemplo, la alteración de la función sexual femenina según la evidencia muestra que es un resultado primario como consecuencia de la histerectomía. Cuantificar el potencial de mejora del problema intervenido (pequeña, mediana y grande) o mejoras en lo subjetivo.

g. Lo siguientes es tener en cuenta las revisiones de abordajes actuales del problema, para contemplar varios escenarios y poder elegir el mejor. También es posible considerar el enfoque experiencial, para comprender el problema, como es el caso del presente proyecto. Este enfoque se basa en los aportes de la población objetivo para generar una comprensión del problema que requiere de intervención (88), ello implicó consultar a través de entrevistas a las mujeres en período perioperatorio de histerectomía respecto del significado de la educación en el periodo perioperatorio. Esta fase también permitió el conocimiento del contexto y de las necesidades y requerimientos de las mujeres (Estudio 1).

h. Luego de la base de recogida de la información, antes descrita, se redactaron los objetivos de la intervención, su base teórica acompañado de un desglose del componente operativo para que exista coherencia entre los

objetivos, las metas, las actividades y los resultados propuestos, realizando con detalle las sesiones y todos sus componentes.

i. El paso restante en el diseño de las intervenciones fue la delineación de los resultados esperados de la intervención (117).

En primer término, se presenta un cuadro resumen de los requisitos de autocuidado y factores condicionantes de la mujer histerectomizada en el período perioperatorio, definidos de acuerdo a la revisión de la literatura y a los resultados del estudio 1.

Cuadro 2- Resumen de requisitos de autocuidado y factores condicionantes básicos en mujeres histerectomizadas en el perioperatorio.

Requisitos de auto cuidado del desarrollo	Requisitos de autocuidado de desviación de la salud	Factores básicos de condicionantes
Búsqueda de información en el periodo preoperatorio de histerectomía. Necesidades nutricionales, de higiene	Conocimiento del problema potencial asociado con el proceso quirúrgico	Edad (35-65 años) Condición de salud afectada
Preocupación por los cambios en la sexualidad, reproducción, relación de pareja, feminidad. Necesidad de conocer sobre ejercicios pélvicos	Modificación de la función sexual femenina- IFSF	por patología ginecológica demanda de autocuidado terapéutico
Prevención de alteraciones de las condiciones que amenazan su salud. Necesidad de apoyo emocional para los efectos de la histerectomía	Modificación de la autoconcepto y autoimagen	Integridad, feminidad Instrucción, creencias, raza
Apoyo para el mejoramiento de la calidad de vida (SF 36)	Aceptación y afrontamiento al proceso quirúrgico, en aspectos físicos y mentales.	Cuidado de la salud No pertenece a la seguridad social Vive esposo y/o hijos y/otros Área rural, urbana Acceso a servicios sanitarios Recursos de los que dispone Clase económica

Una vez establecidas las operaciones diagnósticas, se desarrolló una propuesta de los diagnósticos de enfermería basados en los déficits de autocuidado para determinar los resultados que se quiere alcanzar a través de las operaciones prescriptivas las mismas que servirán para la implementación de operaciones reguladoras y posterior evaluación a través de las operaciones de control a continuación se describen:

Cuadro 3- Operaciones de diagnóstico, prescriptivas, regulatorias y de control definidas para mujeres histerectomizadas en el perioperatorio.

Operaciones de diagnóstico	Operaciones prescriptivas	Operaciones regulatorias	Operaciones de control
<b>Diagnóstico de enfermería</b>  Basado en déficits de autocuidado.	<b>Resultado y plan</b>  Resultado Meta y roles de la mujer, familia y enfermera	<b>Implementación</b>  1. Diseño del sistema de enfermería: 2. Sistemas de apoyo educativo 3. Método apropiado de ayuda de enfermería para promover a la paciente como agente de autocuidado, 4. Acciones de enfermería para promover a la paciente como agente de autocuidado, satisfacer necesidades de autocuidado, disminuir el déficit de autocuidado	<b>Evaluación</b>  1. Efectividad de la acción de enfermería 2. Promover a la paciente como agente de cuidado personal 3. Satisfacer las necesidades de cuidado personal 4. Disminuir el déficit de autocuidado personal 5. Efectividad del Sistema de Enfermería seleccionada para satisfacer las necesidades.

Elaboración propia

Posterior a ello, se consultó a los profesionales de atención de salud (enfermeras, médicos ginecólogos y sexólogos), quienes cuentan con años de experiencia en la atención de mujeres con patologías ginecológicas benignas, sobre el contenido y el tiempo de aplicabilidad de las sesiones presenciales. Entre los profesionales, se consideró a una experta en manejo de la salud sexual de la mujer, un médico ginecólogo dedicado a la salud de la mujer y a la subdirectora de Enfermería del HGOIA. A ello se añadió el apoyo con expertos en eHealth y desarrolladores de tecnología de la información (TI), así como diseñadores y especialistas en contenido que colaboraron con el equipo del proyecto, con amplia experiencia en el desarrollo de herramientas tecnológicas, de la Universidad Central del Ecuador.

### **Diseño del servicio de apoyo tecnológico**

La tesista y el equipo de trabajo planearon cada una de las etapas de la intervención. El desarrollo tecnológico basado en internet en la actualidad es una fuente de información y comunicación muy importante, rápida y económica, convirtiéndose en una herramienta de trabajo para muchos campos incluido el de la salud y con creciente evidencia de los efectos positivos en la comunicación entre profesionales y pacientes; por lo tanto, es un valioso complemento a la atención sanitaria (34). En los servicios de salud tradicionales los programas de atención basados en la tecnología siguen siendo un reto en la aplicación clínica, por lo que es necesario que los diseños

se basen en las personas y sus necesidades reales para lograr una aplicación exitosa, desde su elaboración y en la ejecución y evaluación.

Se ha evidenciado que existen beneficios importantes como el manejo adecuado de la enfermedad por parte de los pacientes: mayor seguridad, actitud positiva y mejora en los resultados de su salud; comunicación activa, segura y eficiente entre los pacientes y prestadores de salud y permite la integración de personas que aportan de manera efectiva al conocimiento de las necesidades reales del usuario para brindar una solución oportuna (34).

Tal como se ha señalado, para la elaboración del diseño de la intervención se realizó la revisión de la literatura, respecto de calidad de vida, histerectomía, función sexual femenina y autoestima y una variedad de componentes de educación para integrar la mejor evidencia disponible, incorporándose los resultados de la fase cualitativa (estudio 1), por lo tanto, construcción de la herramienta tecnológica incorporó las necesidades resultantes de las mujeres entrevistadas.

La tecnología creada fue de fácil acceso, manejo simple, dinámica, atractiva con combinación de archivos de sonido, texto y video de fácil descarga. El lenguaje escrito no académico, estuvo disponible en secciones más pequeñas, no abrumadoras para asegurar la utilización y la adhesión. Para cumplir con la recomendación de contar con una persona como contacto que monitorice y responda alguna dificultad (34), la tesista fue quien llevo a cabo esta tarea la con apoyo de un profesional en tecnologías.

La versión prototipo de la plataforma web fue probada para asegurar la base científica de la intervención y realizar ajustes para su funcionalidad e

implementación de la versión final (130). El manejo de la seguridad de la información de las pacientes fue resguardado de acuerdo a la normativa institucional, para un ingreso al sistema de manera segura, de acuerdo a los requerimientos del Comité Ético Científico.

La puesta en marcha del sistema tecnológico fue una parte central de la intervención. En esta fase la capacitación introductoria presencial era fundamental, ya que las participantes recibieron ayuda para acceder a la plataforma web, con seguimiento al proceso durante el transcurso de la intervención.

La página web fue diseñada para ser utilizada en computador y/o en teléfonos móviles y la presentación en esta modalidad tecnológica se enfocó en mostrar el contenido referente al tema central que es la intervención quirúrgica, evitando ser abrumadora y la presencia de pantallas innecesarias lo que permitió que las mujeres se familiaricen con la página web y su atención esté centrada en el contenido, siendo estas visualmente atractivas y apropiadas para el tipo de modalidad tecnológica. Todas las pantallas de aplicación mostraron la barra de acciones para proporcionar una navegación consistente y permitir acciones importantes, debiendo ser un contenido de fácil acceso.

Se incluyó una sección de preguntas frecuentes en relación al tema, las que fueron visualizadas por la investigadora y a su vez proporcionar resolución a las consultas cortas.

## Diseño de página web

La finalidad de diseñar este sitio web fue brindar una herramienta informativa eficaz, con un rendimiento óptimo y fácil de manejar por las pacientes y sus familiares.

Para la creación del diseño se planteó los siguientes puntos a tomar en cuenta:

- Diseño/Colores, el amarillo el mismo que fue elegido por 25 pacientes, luego de un sondeo d opinión.
- Logotipo, el girasol, significa alegría, salud, luz, vitalidad.

Figura 5- Selección de logotipo de la intervención



- Eslogan, “Libre mujer”, que representa la búsqueda de libertad de las mujeres entrevistadas.
- Contenidos, obtenidos de las necesidades expresadas en la entrevista semiestructurada.

Figura 6- Logotipo de la intervención educativa de enfermería con apoyo tecnológico

Una vez realizada la planificación de la página, se buscó un proveedor de



dominio y hosting; lo cual llevó a la maquetación, edición y programación de los contenidos de la web de acuerdo a lo planificado, la página web debió estar disponible para computadores como para dispositivos móviles.

**Dominio:** El dominio es un componente fundamental que identifica un sitio web, de manera que cada dominio tiene que ser único en internet. El nombre del dominio del sitio web es “Libre Mujer, el mismo que fue creado para la Intervención de enfermería es la siguiente: <http://libremujer.com>

**Hosting:** El termino hosting es un servicio de alojamiento en línea, hace referencia a la contratación o alquiler de un servidor y de servicios materiales, tecnológicos y humanos que se encuentran asociados que permiten publicar una página web o aplicación en internet y pueda estar disponible todo el tiempo mientras esté en vigencia el contrato.

Posteriormente se definió el objetivo del web, el cual fue contar con un sitio web informativo gratuito diseñado para mujeres que van a ser sometidas a una histerectomía (extirpación del útero) como complemento de la intervención educativa presencial, que contara con información relevante para

acompañar el proceso quirúrgico pre, trans y post operatorio, con vídeos, recomendaciones y fotografías.

### **Descripción del sitio informativo**

Luego se planifico detalladamente la estructura y los contenidos con los que contará el sitio.

En la siguiente etapa se estableció el contenido, donde se redactó el texto y se recopiló los elementos gráficos de la página, posteriormente se realizó la revisión de prueba con todos los elementos que conformaron la web y funcione correctamente.

### **Producción y creación sitio o página web.**

En la programación y creación del diseño de la web, se generó el maquetado de la Web, tablas, encabezados, espacio para imágenes, videos, texto, cuadros de texto y enlaces. La creación de las imágenes que acompañaron al sitio Web, logos, cabeceras, fotografías, además del proceso concepción y materialización de la información se encontraba en la página web mediante programación y desarrollo específico.

Una vez terminado el sitio Web permitió ser localizado por un navegador. Posterior se realizó el Testeo de pruebas para comprobar la usabilidad y correcto funcionamiento del sitio. La publicación se la realizó mediante un enlace fácil de ser recordado.

Para ingresar al sitio web se debía digitar <http://libremujer.com>, en el navegador como: Google Chrome, Safari, Firefox, Samsung Internet e inmediatamente el acceso a la página web estaba a la vista, para poder

observar los diferentes componentes y poder navegar por todos sus componentes.

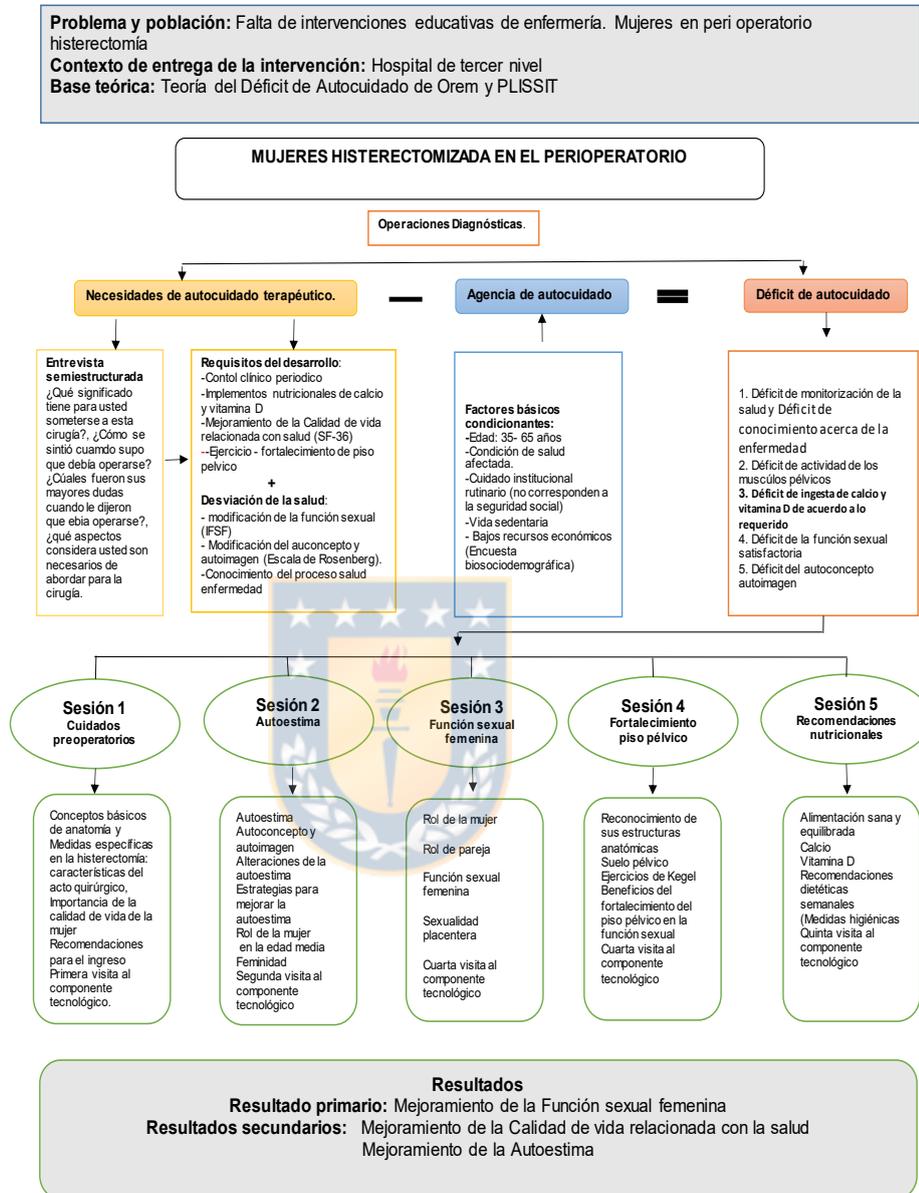
Existieron pantallas fijas que contenían la búsqueda para la navegación, el buscador permitió deslizarse de izquierda a derecha.

Figura 7- Estructura de la página web en computador y teléfono móvil



A continuación, se presenta la estructura de las sesiones de la intervención y su planificación. Cabe mencionar que las sesiones fueron diseñadas para ser desarrolladas de forma consecutiva en una secuencia fija.

Figura 8- Estructura de la intervención educativa de enfermería



Adaptado de Gitlin L. Intervention Research Designing, Evaluating, and Implementing (117)

En relación a lo antes mencionado, se presenta la planificación y desarrollo de las sesiones educativas de manera secuencial.

Primera sesión educativa al momento de la asignación de fecha la quirúrgica.

### PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE LA SESIÓN 1

Nombre:	Cuidados preoperatorios
Descripción general	Esta sesión fue diseñada para proporcionar a las mujeres en el periodo perioperatorio de histerectomía contenidos adecuados que contribuyan a la toma de decisiones informada y voluntaria
Tiempo:	30 minutos en el hospital y 30 minutos en el hogar
Lugar:	Consulta externa de ginecología del HGOIA
Sesión:	Individual
Equipos y suministros:	Material de oficina: computadora, proyector o pantalla de TV pizarrón con hojas de rotafolio o acrílico, maquetas y modelo simulador, marcadores. Trípticos. Cuadernillo y lápiz para paciente.
Intervencionista	Enfermera
Objetivo General	Reducir incertidumbre y el temor de la mujer relacionado con el proceso salud - enfermedad Identificar la importancia de la salud en esta etapa de la vida
Objetivos de Aprendizaje:	La paciente estará en capacidad de identificar los cuidados previos a la cirugía dada por la importancia del cumplimiento de las instrucciones.
Prerrequisitos	Verificar la asistencia de la paciente a la consulta clínica Verificar el contenido adecuado de la temática Verificación de materiales de escritorio Verificar espacio físico de la educación presencial (distanciamiento de 1,5 a 2 metros) Verificar el equipo de bioseguridad para la paciente e investigadora (mascarilla quirúrgica, alcohol y/o alcohol gel y protector facial) Verificar el refrigerio del día

## DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA SESIÓN EDUCATIVA INDIVIDUAL 1

TIEMPO	MOMENTOS
5 MINUTOS	<p> <b>1. INICIANDO LA SESIÓN.</b> Cada sesión se inicia con un saludo de bienvenida, con reflexiones iniciales acerca de la sesión, o un conversatorio que permita crear un ambiente de confianza. Explicar la metodología de la sesión y de su participación. Entregar el cuadernillo y lápiz para iniciar la sesión</p> <p><b>2. INDIGANDO.</b> Es el momento de recuperar saberes, comentar experiencias o recibir respuestas.</p> <p> <b>Se pregunta</b></p> <p>¿Qué pensaba de los controles de salud?          ¿Cuánto conocía sobre la relación entre la salud y la enfermedad?          ¿Qué entendía sobre el aparato genital femenino y su función?          ¿Cuánto conocía sobre las medidas específicas de la histerectomía?”          ¿Qué es la calidad de vida?          ¿Qué información le entregaron para el ingreso?</p>
18-20 MINUTOS	<p> <b>3. COMPARTIENDO INFORMACIÓN.</b> Los saberes previos, las respuestas deben ser comparados con los contenidos ofrecidos. Es importante resaltar conocimientos previos concordantes con los nuevos y aclarar las discrepancias entre lo señalado en el momento anterior. Esta fase debe hacer uso de las ideas para enfatizar contenidos.</p> <p><b>Se expone los contenidos de manera clara.</b></p> <p>“¿Cuáles son los órganos genitales externos e internos?”          “¿Qué es el útero?”          “¿Qué es la histerectomía?”          “¿Cuáles son las causas?”          “Tipos de histerectomía”          “¿Cómo se realiza la histerectomía?”          “Clases de anestesia”          “Consecuencias de la histerectomía”          “Cambios en la mujer histerectomizada”          “Calidad de vida de la mujer en la edad media”</p>

<p>5 MINUTOS</p>	<p>“Disminución de la calidad de vida”</p> <p>Se refuerza sobre los requisitos necesarios para el ingreso hospitalario.</p> <p><b>4.PRACTICANDO LO APRENDIDO.</b> Las participantes ponen en práctica la visita acompañada a la página web. Es muy importante observar esta actividad para brindar la retroalimentación de forma oportuna.</p> <p><b>Primera visita al componente tecnológico/</b> componente introductorio apoyado por la profesional de enfermería.</p> <p><b>5. EVALUANDO LO APRENDIDO.</b> Valorar la actividad, identificar los logros y señalar las limitaciones o errores, mediante las operaciones de control. Por eso es importante motivar a la participante. Es importante preguntar sobre la utilidad que puede tener lo que acabamos de aprender y si cree que puedan tener alguna dificultad. Esto aumenta la posibilidad del cambio que busca la educación.</p> <p><b>Se pregunta para afianzar el conocimiento</b></p> <p>¿lo ve posible recordar?</p> <p>¿puede valorar la importancia de lo conversado?</p> <p>¿quiere que comentemos más del tema?”.</p> <p><b>6. SEÑALANDO LAS TAREAS.</b> Antes de terminar esta sesión se señala las indicaciones para los compromisos que deben realizar en el hogar.</p> <p>En el cuadernillo se registra sobre lo conversado</p> <p>Registrar los acuerdos (Cumplimiento de indicaciones para el ingreso, dieta, medicación y prendas para la estadia en el hospital)</p> <p>Revisar el contenido relacionado con la primera sesión educativa individual presencial.</p> <p>Puede visitar la plataforma hoy y valorar, si puede registrar alguna inquietud para conversar en la sesión siguiente”.</p> <p><b>Se ofrece ayuda si la necesita.</b></p> <p>” Si decide cambiar algo y necesita ayuda. Piénsalo y, si desea, lo comentamos”, podemos aclarar inquietudes.</p>
------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adicional a ello, se realizó la entrega de un kit a cada paciente con materiales que apoyaron el desarrollo de la intervención.

Figura 9- kit educativo y sus elementos



## ESQUEMA DE INTERVENCIÓN SEGÚN TEORÍA DE OREM

### SESIÓN 1. Controles clínicos periódicos de acuerdo a su etapa de la vida

Déficit de autocuidado	Diagnóstico de Enfermería	Operaciones Prescriptivas				Operación Regulatoria: Planificación e Intervención						Operación de control
		Roles		Resultado	Diseño del sistema de enfermería	Método de ayuda	Tiempo	Lugar	Sesión	Equipo y suministros	Responsable	
		Participante	Profesional									
Déficit de monitorización clínica.	Estado de salud sin monitorización	Programar sus actividades de manera adecuada Priorizar la atención clínica Buscar apoyo familiar para cubrir esta necesidad	Utilizar el Sistema educativo/tecnológico de Enfermería para educar, guiar y apoyar a la participante.	Salud controlada Cumplimiento de citas programadas	Apoyo educativo	Guiar Apoyar Enseñar	30 minutos	Consulta externa HGOIA	Individual	Material de oficina, computadora, trípticos, cuadernillo y lápiz para paciente.	Tesista.	Verificación en el sistema de registro de citas y en el carné de paciente. Registro en cuadernillo sobre los acuerdos trabajados. Registro de entradas en plataforma tecnológica
		Ingresar a la plataforma tecnológica en el hogar					30 minutos	Hogar	Individual	Computadora o teléfono celular		

Primer componente de la página web como complemento a la primera sesión educativa, sobre cuidados prequirúrgicos.

Figura 10- Primer componente de la página web “Libre mujer”



Segunda sesión educativa al ingreso de la participante al hospital (día previo a la intervención quirúrgica).

## PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE LA SESIÓN 2

Nombre:	Autoestima
Descripción general	Esta sesión fue diseñada para proporcionar a las mujeres en el periodo perioperatorio de histerectomía información adecuada que contribuya a la toma de decisiones informada y voluntaria.
Tiempo:	30 minutos en el hospital y 30 minutos en el hogar
Lugar:	Consulta externa de ginecología del HGOIA
Sesión:	Individual
Equipos y suministros:	Material de oficina: computadora, proyector o pantalla de TV pizarrón con hojas de rotafolio o acrílico, maquetas y modelo simulador, marcadores. Trípticos. Cuadernillo y lápiz para paciente.
Intervencionista	Enfermera
Objetivo General	Brindar información sobre necesidades individuales de la mujer, y reducir la ansiedad ante el proceso quirúrgico.
Objetivos de Aprendizaje:	La paciente estará en capacidad de identificar los factores estresantes y lograr una mejor autoestima.
Prerrequisitos	Verificar la asistencia de la paciente a la consulta clínica Verificar el contenido adecuado de la temática Verificación de materiales de escritorio Verificar espacio físico de la educación presencial (distanciamiento de 1,5 a 2 metros) Verificar el equipo de bioseguridad para la paciente e investigadora (mascarilla quirúrgica, alcohol y/o alcohol gel y protector facial) Verificar el refrigerio del día

## DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA SESIÓN EDUCATIVA INDIVIDUAL 2

TIEMPO	MOMENTOS
5 MINUTOS	<p><b>1.INICIANDO LA SESIÓN.</b> Cada sesión se inicia con un saludo de bienvenida, con reflexiones iniciales acerca de la sesión, o un conversatorio que permita crear un ambiente de confianza.</p> <p><b>2.INDIGANDO.</b> Es el momento de recuperar saberes, comentar experiencias o recibir respuestas.</p> <p><b>Se pregunta</b></p> <p>¿Cuánto conoce sobre la autoestima de la mujer?</p> <p>¿Qué entiende sobre autoconcepto y autoimagen de la mujer?</p> <p>¿Conoce las alteraciones de la autoestima?”</p> <p>¿Qué hace para mejorar la autoestima de una mujer?</p> <p>¿Qué es la feminidad?</p> <p><b>3. COMPARTIENDO INFORMACIÓN.</b> Los saberes previos, las respuestas deben ser comparados con los contenidos ofrecidos. Es importante resaltar conocimientos previos concordantes con los nuevos y aclarar las discrepancias entre lo señalado en el momento anterior. Esta fase debe hacer uso de las ideas fuerza para enfatizar contenidos.</p> <p><b>Se expone los contenidos de manera clara.</b></p> <p>“Autoestima “(video)</p> <p>” Autoconcepto y autoimagen”</p> <p>“Estrategias para mejorar la autoestima”</p> <p>“Qué es la feminidad”</p> <p><b>4.PRACTICANDO LO APRENDIDO.</b> Las participantes ponen en práctica la visita acompañada a la página web. Es muy importante observar esta actividad para brindar la retroalimentación de forma oportuna.</p> <p><b>Segunda visita al componente tecnológico/</b> componente introductorio apoyado por la profesional de enfermería.</p> <p><b>5.EVALUANDO LO APRENDIDO.</b> Valorar la actividad, identificar los logros y señalar las limitaciones o errores. Mediante las operaciones de control. Por eso es importante motivar a la participante. Es importante preguntar sobre la utilidad que puede</p>
18-20 MINUTOS	

<p>5 MINUTOS</p>	<p>tener lo que acabamos de aprender, si cree que puedan tener alguna dificultad. Esto aumenta la posibilidad del cambio que busca la educación.</p> <p><b>Se pregunta para afianzar el conocimiento</b></p> <p>¿lo ve posible recordar?</p> <p>¿puede valorar la importancia de lo conversado?</p> <p>¿quiere que comentemos más del tema?”.</p> <p><b>6.SEÑALANDO LAS TAREAS.</b> Antes de terminar esta sesión se señala las indicaciones para los compromisos que deben realizar en el hogar.</p> <p>En el cuadernillo se registra sobre lo conversado</p> <p>Registrar los acuerdos</p> <p>Revisar el contenido relacionado con la primera sesión educativa presencial.</p> <p>Puede visitar la plataforma hoy y valorar, si puede registrar alguna inquietud para conversar en la sesión siguiente”.</p> <p><b>Se ofrece ayuda si la necesita.</b></p> <p>” Si decide cambiar algo y necesita ayuda. Piénselo y, si desea, lo comentamos”, podemos aclarar inquietudes.</p>
------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SESIÓN 2. Autoestima												
Déficit de autocuidado	Diagnóstico de Enfermería	Operaciones Prescriptivas			Operación Regulatoria: Planificación e Intervención						Operación de control	
		Roles		Resultado	Diseño del sistema de enfermería	Método de ayuda	Tiempo	Lugar	Sesión	Equipo y suministros		Responsable
		Participante	Profesional									
Déficit del autoconcepto y auto imagen	Disminución de la Autoestima	Asistir a la sesión educativa con apoyo tecnológico	Utilizar el Sistema educativo/tecnológico de Enfermería para educar, guiar y apoyar a la mujer para que recupere la seguridad	Descubrir las cualidades personales y potenciales hacia los demás para sentirse útil. Mantener el cuidado personal, condición necesaria para fortalecer la autoestima	Apoyo educativo	Guiar Apoyar Enseñar	30 minutos	Consulta externa HGOIA	Individual	Equipos y suministros: computadora, trípticos, cuadernillo y lápiz para paciente.	Tesisista.	La paciente conoce su situación de salud, a través de expresiones verbales. Establecer la ayuda que requiere, de sus familiares Verificar el proceso de ingreso en el sistema web. Sistema educativo de apoyo fue útil para la paciente
		Programar sus actividades diarias para el cuidado personal					30 minutos	Hogar	Individual			

Segundo componente de la página web, como complemento de la segunda sesión educativa presencial.

Figura 11- Segundo componente de la página web “Libre mujer”.

**AUTOESTIMA**



Todos los cambios que sufre la mujer en las diferentes etapas de la vida pueden afectar la autoestima, y pueden depender de muchos factores: como no tener hijos, la identidad femenina, los cambios hormonales y problemas quirúrgicos, dando un significado diferente a su vida.

**Reforzar la autoestima**

La mujer debe mantener una actitud positiva, entender que puede aprovechar esta etapa para vivir nuevas experiencias. Aunque es un cambio brusco, debe llenarse de vitalidad dedicándose a mejorar aspectos de sí misma y preocupándose por conocerse un poco más, llegando a desarrollar nuevas aficiones óptimas y saludables.

**UCE**  
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

[VER MÁS](#)



Tercera sesión educativa y corresponde a la primera semana pos- quirúrgica

### PLANIFICACION Y DESARROLLO DE LA SESIÓN 3

Nombre:	Función sexual femenina
Descripción general	Esta sesión fue diseñada para proporcionar a las mujeres en el periodo perioperatorio de histerectomía información adecuada que contribuya a la toma de decisiones informada y voluntaria, para prevenir las consecuentes modificaciones en la respuesta sexual, caracterizadas por la disminución del deseo sexual, el dolor durante el coito, el rechazo del coito, así como también la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales.
Tiempo:	30 minutos en el hospital y 30 minutos en el hogar
Lugar:	Consulta externa de ginecología del HGOIA
Sesión:	Individual
Equipos y suministros:	Material de oficina: computadora, proyector o pantalla de TV pizarrón con hojas de rotafolio o acrílico, maquetas y modelo simulador, marcadores. Trípticos. Cuadernillo y lápiz para paciente.
Intervencionista	Enfermera
Objetivo General	Explicar sobre la adaptación adecuada a los cambios fisiológicos en relación a la actividad sexual.
Objetivos de Aprendizaje:	La paciente estará en capacidad de identificar posibles complicaciones en la función sexual
Prerrequisitos	Verificar la asistencia de la paciente a la consulta clínica Verificar el contenido adecuado de la temática Verificación de materiales de escritorio Verificar espacio físico de la educación presencial (distanciamiento de 1,5 a 2 metros) Verificar el equipo de bioseguridad para la paciente e investigadora (mascarilla quirúrgica, alcohol y/o alcohol gel y protector facial) Verificar el refrigerio del día

## DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA SESIÓN EDUCATIVA INDIVIDUAL 3

TIEMPO	MOMENTOS
5 MINUTOS	<p><b>1.INICIANDO LA SESIÓN.</b> Cada sesión se inicia con un saludo de bienvenida, con reflexiones iniciales acerca de la sesión, o un conversatorio que permita crear un ambiente de confianza.</p> <p><b>2.INDIGANDO.</b> Es el momento de recuperar saberes, comentar experiencias o recibir respuestas.</p> <p><b>Se pregunta</b></p> <p>¿Cuánto conoce sobre la autoestima de la mujer?            ¿Cuál considera es el rol de la mujer?            ¿considera que la pareja cumple un rol en la vida de la mujer?            ¿Conoce las alteraciones de la autoestima?”            ¿Qué es la función femenina?            ¿Ha escuchado sobre el suelo pélvico?</p>
18-20 MINUTOS	<p><b>3. COMPARTIENDO INFORMACIÓN.</b> Los saberes previos, las respuestas deben ser comparados con los contenidos ofrecidos. Es importante resaltar conocimientos previos concordantes con los nuevos y aclarar las discrepancias entre lo señalado en el momento anterior. Esta fase debe hacer uso de las ideas fuerza para enfatizar contenidos.</p> <p><b>Se expone los contenidos de manera clara.</b></p> <p>“Rol de la mujer “            ” Rolde la mujer”            “Función sexual femenina”            “Suelo pélvico”</p> <p><b>4.PRACTICANDO LO APRENDIDO.</b> Las participantes ponen en práctica la visita acompañada a la página web. Es muy importante observar esta actividad para brindar la retroalimentación de forma oportuna.</p> <p><b>Tercera visita al componente tecnológico/</b> componente introductorio apoyado por la profesional de enfermería.</p> <p><b>5.EVALUANDO LO APRENDIDO.</b> Valorar la actividad, identificar los logros y señalar las limitaciones o errores, mediante las operaciones de control. Por eso es importante motivar a la</p>

<p>5 MINUTOS</p>	<p>participante. Es importante preguntar sobre la utilidad que puede tener lo que acabamos de aprender, si cree que puedan tener alguna dificultad. Esto aumenta la posibilidad del cambio que busca la educación.</p> <p><b>Se pregunta para afianzar el conocimiento</b></p> <p>¿lo ve posible recordar?</p> <p>¿puede valorar la importancia de lo conversado?</p> <p>¿quiere que comentemos más del tema?”.</p> <p><b>6. SEÑALANDO LAS TAREAS.</b> Antes de terminar esta sesión se señala las indicaciones para los compromisos que deben realizar en el hogar.</p> <p>En el cuadernillo se registra sobre lo conversado</p> <p>Registrar los acuerdos</p> <p>Revisar el contenido relacionado con la primera sesión educativa presencial.</p> <p>Puede visitar la plataforma hoy y valorar, si puede registrar alguna inquietud para conversar en la sesión siguiente”.</p> <p><b>Se ofrece ayuda si la necesita.</b></p> <p>” Si decide cambiar algo y necesita ayuda. Piénselo y, si desea, lo comentamos”, podemos aclarar inquietudes.</p>
------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SESIÓN 3. Función sexual												
Déficit de autocuidado	Diagnóstico de Enfermería	Operaciones Prescriptivas			Operación Regulatoria: Planificación e Intervención						Operación de control	
		Roles		Resultado	Diseño del sistema de enfermería	Método de ayuda	Tiempo	Lugar	Sesión	Equipo y suministros		Responsables
		Participante	Profesional									
Déficit en la función sexual	Disminución de la respuesta sexual satisfactoria	Asistir a la sesión educativa con apoyo tecnológico	Utilizará el Sistema educativo/tecnológico de Enfermería para educar, guiar y apoyar a la participante sobre educación sexual. Ingresar a la plataforma tecnológica en el hogar Verbalización de posibles problemas Conversar con la pareja sobre sus inquietudes en el ámbito sexual Buscar ayuda profesional	Adaptación adecuada a los cambios fisiológicos en relación al sexo durante la menopausia Respuesta sexual placentera de la mujer	Apoyo educativo	Guiar Apoyar Enseñar	30 minutos según plan individual	Consulta externa HGOIA Hogar	Individual	Equipos y suministros: computadora, trípticos, cuadernillo y lápiz para paciente, materiales escritos, imágenes y videos Computadora o teléfono celular	Tesista.	verificar el ingreso en el sistema web Diálogo más natural y actitud positiva al hablar, libre de mitos y creencias sobre sexualidad. Registro si fuera necesario en cuadernillo sobre todos los acuerdos trabajados

Tercer componente de la página web, como complemento de la tercera sesión educativa presencial.

Figura 12- Tercer componente de la página web “Libre mujer”.



Cuarta sesión educativa y corresponde a la cuarta semana pos- quirúrgica

#### PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE LA SESIÓN 4

Nombre:	Fortalecimiento piso pélvico
Descripción general	Esta sesión fue diseñada para proporcionar a las mujeres en el periodo perioperatorio de histerectomía información adecuada que contribuya a la toma de decisiones informada y voluntaria.
Tiempo:	30 minutos en el hospital y 30 minutos en el hogar
Lugar:	Consulta externa de ginecología del HGOIA
Sesión:	Individual
Equipos y suministros:	Material de oficina: computadora, proyector o pantalla de TV pizarrón con hojas de rotafolio o acrílico, maquetas y modelo simulador, marcadores. Trípticos. Cuadernillo y lápiz para paciente.
Intervencionista	Enfermera
Objetivo General	Conocer sobre la importancia de los ejercicios de fortalecimiento de los músculos pélvicos en esta etapa de la vida de la mujer, en la prevención de alteraciones vesicales y sexuales. La continencia activa durante el esfuerzo
Objetivos de Aprendizaje:	La paciente estará en capacidad de realizar los ejercicios Kegel en su hogar
Prerrequisitos	Verificar la asistencia de la paciente a la consulta clínica Verificar el contenido adecuado de la temática Verificación de materiales de escritorio Verificar espacio físico de la educación presencial (distanciamiento de 1,5 a 2 metros) Verificar el equipo de bioseguridad para la paciente e investigadora (mascarilla quirúrgica, alcohol y/o alcohol gel y protector facial) Verificar el refrigerio del día

## DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA SESIÓN EDUCATIVA INDIVIDUAL 4

TIEMPO	MOMENTOS
5 MINUTOS	<p><b>1.INICIANDO LA SESIÓN.</b> Cada sesión se inicia con un saludo de bienvenida, con reflexiones iniciales acerca de la sesión, o un conversatorio que permita crear un ambiente de confianza.</p> <p><b>2.INDIGANDO.</b> Es el momento de recuperar saberes, comentar experiencias o recibir respuestas.</p> <p><b>Se pregunta</b></p> <p>¿Ha escuchado sobre el suelo pélvico?</p> <p>¿Qué sabe sobre los ejercicios de Kegel?</p> <p>¿Conoce los beneficios del fortalecimiento del suelo pélvico en la función sexual?</p> <p><b>3.COMPARTIENDO INFORMACIÓN.</b> Los saberes previos, las respuestas deben ser comparados con los contenidos ofrecidos. Es importante resaltar conocimientos previos concordantes con los nuevos y aclarar las discrepancias entre lo señalado en el momento anterior. Esta fase debe hacer uso de las ideas fuerza para enfatizar contenidos.</p> <p>“Suelo pélvico”</p> <p>“Ejercicios de Kegel”</p> <p>“Beneficios del fortalecimiento del suelo pélvico en la función sexual femenina”</p>
18-20 MINUTOS	<p><b>4.PRACTICANDO LO APRENDIDO.</b> Las participantes ponen en práctica la visita acompañada a la página web. Es muy importante observar esta actividad para brindar la retroalimentación de forma oportuna.</p> <p><b>Cuarta visita al componente tecnológico/</b> componente introductorio apoyado por la profesional de enfermería.</p> <p><b>5.EVALUANDO LO APRENDIDO.</b> Valorar la actividad, identificar los logros y señalar las limitaciones o errores, mediante las operaciones de control. Por eso es importante motivar a la participante. Es importante preguntar sobre la utilidad que puede tener lo que acabamos de aprender, si cree que puedan tener alguna dificultad. Esto aumenta la posibilidad del cambio que busca la educación.</p>

5 MINUTOS	<p><b>Se pregunta para afianzar el conocimiento</b></p> <p>¿lo ve posible recordar?</p> <p>¿puede valorar la importancia de lo conversado?</p> <p>¿quiere que comentemos más del tema?”.</p> <p><b>6.SEÑALANDO LAS TAREAS.</b> Antes de terminar esta sesión se señala las indicaciones para los compromisos que deben realizar en el hogar.</p> <p>En el cuadernillo se registra sobre lo conversado</p> <p>Registrar los acuerdos</p> <p>Revisar el contenido relacionado con la primera sesión educativa presencial.</p> <p>Puede visitar la plataforma hoy y valorar, si puede registrar alguna inquietud para conversar en la sesión siguiente”.</p> <p><b>Se ofrece ayuda si la necesita.</b></p> <p>” Si decide cambiar algo y necesita ayuda. Piénselo y, si desea, lo comentamos”, podemos aclarar inquietudes.</p>
-----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SESIÓN 4. Fortalecimiento piso pélvico												
Déficit de autocuidado	Diagnóstico de Enfermería	Operaciones Prescriptivas			Operación Regulatoria: Planificación e Intervención							Operación de control
		Roles		Resultado	Diseño del sistema de enfermería	Método de ayuda	Tiempo	Lugar	Sesión	Equipo y suministros	Responsable	
		Participante	Profesional									
Déficit del fortalecimiento de los músculos de la pelvis	Disminución de actividad de la los músculos de la pelvis	Asistir a la sesión educativa con apoyo tecnológico Ingresar a la plataforma tecnológica en el hogar Realizar los ejercicios según lo recomendado en el hogar Solicitar apoyo de la pareja para ejercicios	Utilizar el Sistema educativo/tecnológico de Enfermería para educar, guiar y apoyar a la participante a realizar los ejercicios de Kegel.	Aumentar el tono de los músculos de la pelvis, aumentar la congestión pélvica y lubricación Mejor control vesical Mejorar la calidad de las relaciones sexuales	Apoyo educativo	Guiar Apoyar Enseñar	30 minutos 2 veces al día (mañana y noche) por 10 minutos	Consulta externa HGOIA	Individual	Computadora, trípticos, cuadernillo y lápiz para paciente. Una silla, un tapete para el piso o alfombra, materiales escritos, imágenes y vídeos	Tesista.	Fortalecer lo revisado, con preguntas para afianzar el conocimiento de los ejercicios diarios ¿lo ve posible recordar? ¿puede valorar la importancia de lo conversado? ¿quiere que comentemos más del tema?". Registro en cuadernillo si fuera necesario sobre los acuerdos trabajados Satisfacer las necesidades de autocuidado personal.

Cuarto componente de la página web, como complemento de la cuarta sesión educativa presencial

Figura 13- Cuarto componente de la página web “Libre mujer”.



Quinta sesión educativa y corresponde a las doce semanas pos- quirúrgica.

## PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE LA SESIÓN 5

Nombre:	Recomendaciones nutricionales y de higiene
Descripción general	Esta sesión fue diseñada para proporcionar a las mujeres en el periodo perioperatorio de histerectomía información adecuada que contribuya a la toma de decisiones informada y voluntaria, sobre los Estilos de vida, en este caso centrada en la Alimentación, “el consejo alimentario”. Como contenido incluye una información breve y motivadora sobre alimentación sana y equilibrada
Tiempo:	30 minutos en el hospital y 30 minutos en el hogar
Lugar:	Consulta externa de ginecología del HGOIA
Sesión:	Individual
Equipos y suministros:	Material de oficina: computadora, proyector o pantalla de TV pizarrón con hojas de rotafolio o acrílico, maquetas y modelo simulador, marcadores. Trípticos. Cuadernillo y lápiz para paciente.
Intervencionista	Enfermera
Objetivo General	Identificar la importancia del calcio y vitamina D en el consumo diario y sobre los beneficios de la alimentación en el periodo perioperatorio.
Objetivos de Aprendizaje:	La paciente estará en capacidad de realizar los ejercicios Kegel en su hogar
Prerrequisitos	Verificar la asistencia de la paciente a la consulta clínica Verificar el contenido adecuado de la temática Verificación de materiales de escritorio Verificar espacio físico de la educación presencial (distanciamiento de 1,5 a 2 metros) Verificar el equipo de bioseguridad para la paciente e investigadora (mascarilla quirúrgica, alcohol y/o alcohol gel y protector facial) Verificar el refrigerio del día

## DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA SESIÓN EDUCATIVA INDIVIDUAL 5

TIEMPO	MOMENTOS
5 MINUTOS	<p><b>1.INICIANDO LA SESIÓN.</b> Cada sesión se inicia con un saludo de bienvenida, con reflexiones iniciales acerca de la sesión, o un conversatorio que permita crear un ambiente de confianza.</p> <p><b>2.INDIGANDO.</b> Es el momento de recuperar saberes, comentar experiencias o recibir respuestas.</p> <p><b>Se pregunta</b></p> <p>¿Cómo es su dieta?</p> <p>¿Cómo lleva en su alimentación el tema del calcio y las vitaminas?”</p> <p>¿Qué rutina higiénica realiza diariamente?</p> <p><b>3.COMPARTIENDO INFORMACIÓN.</b> Los saberes previos, las respuestas deben ser comparados con los contenidos ofrecidos. Es importante resaltar conocimientos previos concordantes con los nuevos y aclarar las discrepancias entre lo señalado en el momento anterior. Esta fase debe hacer uso de las ideas fuerza para enfatizar contenidos.</p> <p>“Alimentación sana y equilibrada”</p> <p>“Calcio”</p> <p>“Vitamina D”</p> <p>“Recomendaciones dietéticas semanales”</p> <p>“Medidas higiénicas”</p> <p><b>4.PRACTICANDO LO APRENDIDO.</b> Las participantes ponen en práctica la visita acompañada a la página web. Es muy importante observar esta actividad para brindar la retroalimentación de forma oportuna.</p> <p><b>Quinta visita al componente tecnológico/</b> componente introductorio apoyado por la profesional de enfermería.</p> <p><b>5.EVALUANDO LO APRENDIDO.</b> Valorar la actividad, identificar los logros y señalar las limitaciones o errores, mediante las operaciones de control. Por eso es importante motivar a la participante. Es importante preguntar sobre la utilidad que puede tener lo que acabamos de aprender, si cree que puedan tener</p>
18-20 MINUTOS	

<p>5 MINUTOS</p>	<p>alguna dificultad. Esto aumenta la posibilidad del cambio que busca la educación.</p> <p><b>Se pregunta para afianzar el conocimiento</b></p> <p>¿lo ve posible recordar?</p> <p>¿puede valorar la importancia de lo conversado?</p> <p>¿quiere que comentemos más del tema?”.</p> <p><b>6.SEÑALANDO LAS TAREAS.</b> Antes de terminar esta sesión se señala las indicaciones para los compromisos que deben realizar en el hogar.</p> <p>En el cuadernillo se registra sobre lo conversado</p> <p>Registrar los acuerdos</p> <p>Revisar el contenido relacionado con la primera sesión educativa presencial.</p> <p>Puede visitar la plataforma hoy y valorar, si puede registrar alguna inquietud para conversar en la sesión siguiente”.</p> <p><b>Se ofrece ayuda si la necesita.</b></p> <p>” Si decide cambiar algo y necesita ayuda. Piénselo y, si desea, lo comentamos”, podemos aclarar inquietudes.</p>
------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**SESIÓN 5. Recomendaciones nutricionales y de higiene**

Déficit de autocuidado	Diagnóstico de Enfermería	Operaciones Prescriptivas		Operación Regulatoria: Planificación e Intervención							Operación de control	
		Roles		Resultado	Diseño del sistema de enfermería	Método de ayuda	Tiempo	Lugar	Sesión	Equipo y suministros		Responsable
		Participante	Profesional									
Déficit de ingesta de calcio y vitamina D de acuerdo a lo requerido	Incapacidad para mantener la nutrición ideal relacionada con la ingesta inadecuada y vitamina D y el déficit de conocimiento	Mantener la ingesta de calcio y vitamina D a través de dieta y/o suplementos según indicaciones.	Utilizará el Sistema educativo/tecnológico de Enfermería para educar, guiar y apoyar a la participante.	Mantenimiento de una dieta adecuada de calcio y vitamina D	Apoyo educativo	Guiar Apoyar Enseñar	30 minutos	Consulta externa HGOIA	Individual	Material de oficina, computadora, trípticos, cuadernillo y lápiz para paciente.	Tesisista.	Los contenidos trabajados sobre la importancia de mantener una nutrición óptima fueron comprendidos y útiles. Incluir en su dieta diaria suplementos minerales y vitamínicos, Selecciona e incluye en la dieta el calcio y vitamina D Registro de entradas en plataforma tecnológica
		Ingresar a la plataforma tecnológica en el hogar Listar los alimentos ricos en calcio y vitamina D disponibles en el hogar					30 minutos	Hogar	Individual	Computadora o teléfono celular.		

Quinto componente de la página web, como complemento de la quinta sesión educativa presencial.

Figura 14- Quinto componente de la página web “Libre mujer”.



## 2.4 FASE CUANTITATIVA (Estudio 2)

El estudio 2 correspondió a un diseño cuasi experimental, de tipo diseño con grupo control no equivalente (131). Este tipo de diseño es utilizado cuando existe dificultad para realizar la aleatorización de los grupos, sea por condiciones adversas en el contexto o dificultad en la logística.

Es necesario mencionar que este tipo de diseño se puede utilizar cuando se desea verificar la eficacia de intervenciones, como es el caso del presente estudio, al tratarse de una intervención educativa de enfermería presencial

con apoyo tecnológico en el periodo perioperatorio en mujeres con indicación de tratamiento quirúrgico (histerectomía) versus la atención tradicional en el grupo de comparación.

Por tratarse de un estudio cuasi experimental cumplió con las siguientes características (113).

1. Al grupo experimental, que correspondía a las mujeres en lista de espera de cirugía ginecológica, se les expuso de manera intencional a la intervención educativa de enfermería, que corresponde a la variable independiente, para observar la variación en las variables dependientes (función sexual femenina, calidad de vida relacionada con salud y autoestima).

2. Se midió la eficacia que la intervención educativa de enfermería con apoyo tecnológico (variable independiente), sobre las variables dependientes (función sexual femenina, calidad de vida relacionada con salud y autoestima).

A continuación, se presenta el esquema del diseño con grupo control no equivalente (113).

Cuadro 4- Diseño experimental de pre- test y pos-test

Inicio		Experimento	Final
G <sub>1</sub>	O <sub>1</sub>	X	O <sub>1</sub>
G <sub>2</sub>	O <sub>2</sub>	-----	O <sub>2</sub>

Fuente: Polit D. Investigación científica en ciencias de la salud. 2000 (131).

Donde:

G: Corresponde a grupo de sujetos ( $G_1$  grupo 1,  $G_2$  grupo 2)

X: Corresponde a la condición experimental (presencia de algún nivel o modalidad de la variable independiente), en este caso la intervención educativa de enfermería.

O: Corresponde a la medición de los sujetos de un grupo (aplicación de instrumentos y mediciones

--- Ausencia de la condición experimental (nivel "cero" en la variable independiente). Corresponde al grupo comparación.

#### **2.4.1 PARTICIPANTES**

Mujeres entre 35 y 65 años, beneficiarias de la red pública de salud, usuarias de los servicios de ginecología de los Hospitales Gineco Obstétricos Isidro Ayora (HGOIA) y Luz Elena Arismendi (HGOLEA) que se encontraban en lista de espera para tratamiento quirúrgico (histerectomía).

#### **Criterios de selección**

Criterios de inclusión:

- Mujeres entre 35-65 años<sup>2</sup>
- Patología benigna

---

<sup>2</sup> La literatura muestra que el rango de edades en las mujeres que se realiza la histerectomía es en mujeres en edad fértil y en el periodo de la peri menopausia.

- Lista de espera para programación de cirugía (dos semanas anteriores a la asignación de fecha de cirugía)
- Tener pareja

- Saber leer y escribir

- Disponer de internet

#### **Criterios de exclusión:**

- Presencia de patologías oncológicas
- Complicación/Indicación obstétrica
- Embarazo ectópico
- Ooforectomía
- Mujer con alguna enfermedad mental o demencia<sup>3</sup>
- Combinación de varios procedimientos quirúrgicos
- Algún grado de discapacidad física, cognitiva, entre otras

#### **2.4.2 PROCEDENCIA**

Participantes fueron reclutadas de dos hospitales Gineco-Obstétricos de la ciudad de Quito, Ecuador.

---

<sup>3</sup> Basado en la revisión de la literatura (132- 134).

Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” (HGOIA): hospital especializado, docente, de tercer nivel, ubicado en la provincia de Pichincha Cantón Quito, parroquia de San Blas.

De este establecimiento será reclutado el Grupo experimental.

Hospital Gineco-Obstétrico Luz Elena Arismendi (HGOLEA): hospital especializado, docente, de tercer nivel, ubicado en la provincia de Pichincha, Cantón Quito, Parroquia Nueva Aurora. Es un hospital moderno que fue inaugurado en el 2016, para atender a la zona sur de la ciudad de Quito, es un centro especializado en ginecología y obstetricia y en la actualidad es de referencia nacional, en especial de la zona sur del país, cuenta con 170 camas para hospitalización de ginecológica, obstetricia y neonatología y es una unidad operativa del Ministerio de Salud Pública. De este establecimiento será reclutado el Grupo de comparación.

De acuerdo a lo señalado previamente, la conformación de grupos fue de la siguiente manera:

### **Grupo de comparación**

Fue conformado con las mujeres entre 35 a 65 años que se encontraban en lista de espera para tratamiento quirúrgico (histerectomía) del servicio de ginecología del HGOLEA y recibieron la atención de rutina, que consistió en la valoración y registro de signos vitales, examen físico, valoración clínica ginecológica, revisión de exámenes complementarios e indicaciones generales. Las pacientes no recibieron instrucciones detalladas acerca de los cuidados y preparación en el periodo pre quirúrgico, educación sexual, complicaciones ni reanudación de las actividades normales. Al alta del

hospital, se programó una consulta postoperatoria ambulatoria a los 8 días y al mes.

### **Grupo experimental**

Estuvo conformado por las mujeres entre 35 a 65 años que se encontraban en lista de espera para tratamiento quirúrgico (histerectomía) del servicio de ginecología del HGOIA. Las mujeres atendidas en este establecimiento recibieron una atención similar a lo descrito previamente para el HGOLEA. A este grupo se administró adicionalmente la intervención educativa de enfermería presencial con apoyo tecnológico.

### **2.4.3 VARIABLES DEL ESTUDIO**

Para este estudio se seleccionaron las siguientes variables:

**Variable predictora:** Intervención educativa de enfermería.

Definición nominal y operacional disponible en Anexo D

**Variables respuesta:** Las variables de resultado primarias y secundarias se detallan a continuación:

**Resultado primario:** Función sexual femenina.

**Resultados secundarios:**

Calidad de vida relacionada con la salud.

Autoestima

Definición nominal y operacional disponible en Anexo E.

**Variables Sociodemográficas**

Los datos de las variables biosociodemográficas serán recogidos en su forma más pura para poder establecer el perfil epidemiológico de las mujeres, proporcionando información dentro de un contexto social individual, lo cual permitirá determinar los factores condicionantes básicos (FBC). El instrumento será el cuestionario biosociodemográfico, con la definición nominal, operacional y su nivel de medición disponible en Anexo F.

### **Factores de confusión potenciales**

En este estudio se considera que existen factores de confusión, algunos de los cuales no serán utilizados como criterios para excluir a las pacientes, por lo podrán continuar siendo participantes del estudio, conociendo que los resultados puedan ser distintos, siendo importante mencionar que estos factores serán medidos para determinar en qué grado afectaron a la variable dependiente y son los siguientes (104).

- Complicaciones mayores durante la cirugía
- Complicaciones mayores en el curso postoperatorio (estadía hospitalaria prolongada de más de 4 días después de la cirugía)
- Reingreso al hospital en los 30 días posteriores a la cirugía.

### **2.4.4 INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE DATOS**

**Instrumento A:** Elaboración propia de la tesista el cual recogió preguntas biosociodemográficas. El instrumento se encuentra disponible Anexo G.

**Instrumento B:** Corresponde al Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) de Rosen et al., que consta de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Este

instrumento presenta buenas propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina (135) y presenta una consistencia interna  $>0.70$ , permitiendo evaluar la sexualidad de la mujer en diferentes etapas de la vida, pudiendo ser utilizado en estudios epidemiológicos y para medir trabajos clínicos. En el Ecuador ha sido utilizado por Chedraui et al. 2009 (136) Anexo H.

**Instrumento C:** Corresponde al cuestionario genérico SF-36, que evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas ( $>$  de 14 años de edad). El Cuestionario de Salud SF-36 fue elaborado por Ware y Sherbourne (137). El desarrollo y proceso de validación del cuestionario ha sido descrito por McHorney et al. (138). El instrumento cuenta con 36 preguntas o ítems, que miden 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental. Estas 8 dimensiones son agregadas en dos medidas de resumen; un componente de Salud Física (CSF) y un segundo componente de Salud Mental (CSM). Las estimaciones conjuntas obtenidas a partir del metaanálisis de los coeficientes  $\alpha$  de Cronbach fueron  $\geq 0,9$  para las escalas Función física, Rol físico y Rol emocional. Las estimaciones conjuntas del resto de las escalas superaron el valor de 0,7. En Ecuador Catalán M, et al. 2019, ha usado el cuestionario SF36 para determinar la CVRS, de una población adulta ecuatoriana, encontrando confiabilidad de las escalas, correlación entre los ítems de cada dimensión fue elevada, obteniendo valores del coeficiente de Cronbach que oscilan entre 0,77 y 0,95 lo que indica una consistencia interna alta (139). El instrumento se encuentra disponible en el Anexo I.

**Instrumento D:** Escala de Autoestima de Rosenberg, creada en 1953. Corresponde a una afirmación sobre la valía personal y la satisfacción con uno mismo. La escala está dividida en dos segmentos de preguntas positivas y negativas, con un total de 10 preguntas y considera la autoestima alta, media y baja y es una de las escalas más utilizada en el mundo. En Ecuador fue aplicada por Chedraui et al. 2010 (140) y Murillo et al. (141), presentando una consistencia de 0.65 y está acorde a lo presentado en otros estudios. Instrumento disponible Anexo J.

Para poder determinar el tiempo de aplicación de los instrumentos a utilizarse en la recolección de los datos, se realizó una prueba piloto a 10 mujeres entre 35 a 65 años de edad que asistan a la consulta externa de ginecología del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, sin mostrar ninguna dificultad en su aplicación.

### **TAMAÑO MUESTRAL**

La muestra se obtuvo de las mujeres en lista de espera para cirugía ginecológica (histerectomía) de los dos hospitales Gineco Obstétricos de la ciudad de Quito.

La estimación del tamaño muestral se basó en los resultados de un estudio similar (24), considerando la subescala del Índice de Función Sexual Femenina que entregó un mayor tamaño de muestra, en el cual se obtuvo que el grupo intervenido tuvo un aumento en el índice de 1,33 (1,13) y en el grupo control una disminución de 0,07 (1,39), considerando un nivel de 5% y una

potencia de 80%, el tamaño muestral mínimo requerido fue de 13 pacientes por grupo.

Considerando un abandono de un 50% en cada grupo se seleccionaron 26 mujeres en cada grupo. El tamaño de muestra fue obtenido con el programa STATA 12.0.

#### **2.4.5 CEGAMIENTO**

Al ser el cegamiento una condición necesaria en este tipo de estudios se resguardo el conocimiento por parte de las encuestadoras en la recogida de los datos (evaluación ciega por terceros) (142) sobre el grupo experimental y grupo comparación para lo cual se le entrego en sobres cerrados la lista de las mujeres participantes y solo conocieron como grupo A y grupo B, tanto al inicio y en el fin del estudio en las pruebas pre test y pos-test, con el objetivo de prevenir determinados sesgos en alguna de las etapas del estudio, disminuyendo la posibilidad de que las variables de resultados y su medición estén influenciadas por falta de cegamiento (143).

#### **2.4.6 RECLUTAMIENTO**

Previo al inicio del estudio, se realizó la gestión con los Hospitales participantes que manifestaron su intención de formar parte del estudio para la obtención de los permisos y autorizaciones necesarias. Posteriormente, se sometió al Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, al Comité Ético Científico de la Vicerrectoría de

Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, al Comité de Ética de la Universidad Central del Ecuador y los Comités de Docencia e Investigación del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora y del Hospital Gineco Obstétrico Luz Elena Arizmendi. Una vez obtenidos las autorizaciones correspondientes, el estudio fue inscrito en el Registro Clinical Trials- gov PRS, con el ID: NCT05373550, y se procedió a la par con la fase de reclutamiento de las participantes.

Se comenzó realizando una revisión de los registros para identificar a las mujeres que se encontraban en lista de espera para cirugía ginecológica y cumplieron con todos los criterios de elegibilidad del estudio en cada grupo de pacientes; el reclutamiento esperado fue dentro de un tiempo de 1 mes y quince días, 5 mujeres por semanas para alcanzar una muestra de 26 mujeres, tanto para el grupo experimental como para el grupo comparación. Este procedimiento se llevó a cabo de manera paulatina de acuerdo a la disponibilidad de pacientes por semana, por tanto, la relación que se logró establecer con las pacientes, familiares y equipo de salud garantizó un reclutamiento adecuado. La asistencia de las mujeres en lista de espera de cirugía, se programó dos días a la semana a partir de las 8 de la mañana en la consulta externa de ginecología en los dos establecimientos. Por tanto, las pacientes elegibles fueron contactadas e invitadas a participar en la investigación, se les dio a conocer los objetivos, etapas del estudio y se solicitó su consentimiento informado. Se enfatizó que la participación en el estudio era voluntaria y las pacientes podían retirarse en cualquier momento, y que cualquier decisión que tomen al respecto no afectará negativamente en la

atención sanitaria que reciben habitualmente, se proporcionó además explicación verbal sobre el estudio y se registró el consentimiento informado mediante una firma.

Seguidamente se aplicaron los instrumentos en su pre test (realizado por las encuestadoras capacitadas), al grupo experimental y grupo comparación.

### **2.9.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

#### **Control de calidad de datos**

Se procedió a realizar una prueba piloto a 10 mujeres de entre 35 y 65 años que asistieron a la consulta externa del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, para determinar el grado de comprensión de los instrumentos de recolección de datos, en el mes de septiembre de 2020, en la sala de preparación de pacientes del servicio de hospitalización de ginecología, resguardando de esta manera la privacidad (Anexo K).

La recolección de datos la realizaron profesionales de enfermería (dos mujeres) que trabajan en la consulta externa de los hospitales considerados para el grupo experimental y el grupo comparación, con experiencia en atención a pacientes ginecológicas de muchos años, con probada responsabilidad y tiempo necesario para esta actividad. Las profesionales que cumplieron el rol de encuestadoras fueron capacitadas, unificando de esta manera criterios y procedimientos previos a la recolección de los datos. La recolección de los datos se realizó en dos momentos, pre test y pos test, iniciando en el mes de septiembre y diciembre 2020 respectivamente.

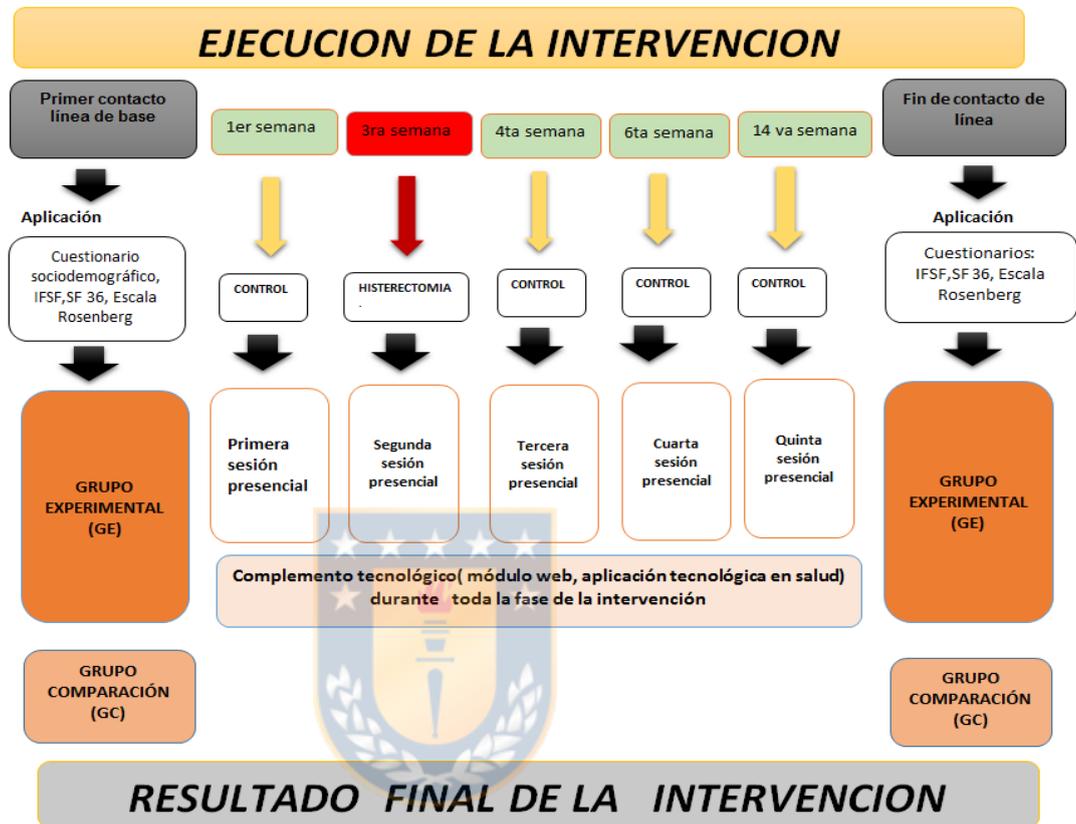
Simultáneamente se actualizó la información de pacientes en lista de espera para cirugía (histerectomía), de los dos hospitales que fueron parte del estudio, para lo cual se solicitó los registros a la enfermera responsable de este proceso.

Las mediciones se realizaron antes y después de la intervención educativa de enfermería que tuvo una duración de 14 semanas.

La recolección de datos basales de inicio fue 1 semana antes de la cirugía para los dos grupos y la segunda recogida de datos al final del contacto, en el caso del grupo experimental y a las 14 semanas en el grupo de comparación.

Los formularios de recolección de datos completos fueron enviados a la tesista en sobre cerrado, los mismos que se procesaron en una base de datos ya preparada para este fin.

Figura 15- Esquema de recolección de datos e implementación de la intervención.



Elaboración propia.

#### 2.4.8 ANÁLISIS DE DATOS

En primer lugar, se reportaron los indicadores descriptivos relacionados a la información biosociodemográfica, esto es, edad, escolaridad, lugar de residencia, religión, ingresos económicos, estado civil, acceso a internet y a teléfono móvil. Se utilizaron frecuencias, porcentajes y gráficos para representar esta información.

En segundo lugar, se analizaron las variables de salud: Función sexual femenina (Escala IFSF), Calidad de vida relacionada con la salud (SF-36)

y Autoestima (Escala de Rosenberg). Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión, además del estudio de la distribución de cada una de estas variables.

En la siguiente instancia, para las variables numéricas se procedió con el análisis de varianza para poder efectuar la comparación de los grupos pre y post intervención. La modalidad será de análisis de varianza de medidas repetidas, esto es dado que existieron dos mediciones para cada grupo, una al inicio de la intervención y otra al final de esta. Para la estimación del tamaño del efecto se utilizó d-Cohen (144). En el caso de que no se verifiquen los supuestos distribucionales requeridos se utilizó análisis no paramétrico. El test chi-cuadrado (test exacto de Fisher) se utilizó para determinar la relación entre variables categóricas. Se consideró una significancia del 5%.

#### **2.4.9 PROCESAMIENTO DE DATOS**

La organización, el procesamiento y el análisis estadístico de los datos obtenidos, utilizando el programa computacional SPSS Statistics versión 24.0 para Windows 8 y STATA 12.0. El análisis de resultados según el nivel de medición de cada variable y se presentó en el plan de metodología.

Cuadro 5- Plan de análisis estadístico

OBJETIVO	VARIABLES	TIPO DE ANÁLISIS	ESTADÍGRAFOS
<p>Describir el perfil biosociodemográfico del grupo experimental y grupo Comparación.</p>	<p>Edad Escolaridad Lugar de Residencia Religión Ingresos Económicos Estado Civil Acceso a internet Acceso a teléfono móvil. Experiencia en el uso de TIC. Diagnóstico de Histerectomía. Años de convivencia Número de hijos Actividad que realiza.</p>	<p>Estadística Descriptivas Gráficos Tablas</p>	<p>Frecuencias Porcentajes Totales</p>
<p>Determinar la eficacia de una intervención educativa de enfermería orientada al mejoramiento de la función sexual, calidad de vida relacionada con salud y autoestima en mujeres histerectomizadas de Hospitales Gineco-Obstétricos Quito, Ecuador.</p>	<p>Función sexual femenina: Escala IFSF Calidad de Vida: SF-36 Autoestima: Escala de Rosenberg.</p>	<p>ANOVA de Medidas Repetidas (Pre y Post). Análisis no paramétricos</p> <p>Factor: Intervención Niveles: - Grupo Experimental - Grupo Comparación</p>	<p>Estadística F, medias y desviaciones estándar por grupo. Intervalos de confianza, p-valor.</p> <p>Pruebas chi-cuadrado para correlacionar las categorías.</p>

## **2.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Toda investigación científica debe incluir los requisitos internacionales de la ética, incluidos en los principios éticos de Ezequiel Emanuel (128).

### **1. Asociación colaborativa**

En este estudio la relación entre el grupo de mujeres participantes, sus familiares cercanos, equipo de salud de los hospitales Gineco Obstétricos Isidro Ayora y Luz Elena Arismendi y la tesista investigadora fue fundamental para establecer una relación colaborativa, que ayudo a la ejecución de la investigación. Se promovió una relación de participación activa, de comunicación, respeto y colaboración mutua entre todas las personas participantes y durante todo el proceso (146).

### **2. Valor**

Este estudio contribuye con evidencia, en el ámbito de la atención de la salud centrada en la persona y sus necesidades, a nivel de los servicios de atención ginecológica de tercer nivel, proponiendo una intervención de tipo educativo con apoyo tecnológico a la mujer, administrada durante todo el periodo perioperatorio, para mejorar la función sexual, la calidad de vida y autoestima, siendo de gran valor para la salud pública con consecuente implementación de planes de atención sanitaria oportunos y eficientes (147).

### **3. Validez Científica**

El estudio de diseño mixto, tuvo una metodología válida y realizable; por lo tanto, permitió conocer de una manera más profunda el problema de estudio, cumpliendo de manera rigurosa los pasos de la investigación científica, la misma que permitió obtener resultados valederos. Para el método

cualitativo se tomó en cuenta la credibilidad, transferencia, estabilidad y la confirmabilidad en relación a la calidad en esta fase (129). Por lo tanto, en el método cuantitativo, se usaron instrumentos aplicados en Ecuador y la intervención educativa de enfermería presencial con apoyo tecnológico, para mejorar la función sexual, calidad de vida relacionada con la salud y la autoestima fue acorde a las necesidades de las mujeres (147).

#### **4. Selección equitativa de los sujetos**

Son cuatro fases las que se cumplieron tanto en la fase cualitativa como en la fase cuantitativa:

- Se aseguró la selección de los dos grupos específicos de mujeres en relación con las interrogantes científicas incluidas en la investigación: las participantes fueron mujeres que acudieron a los servicios de ginecología de los HGOIA y HGOLEA y estuvieron en lista de espera para cirugía ginecológica (histerectomía).
- Selección equitativa de sujetos; a todas las mujeres que cumplieron con los requisitos de inclusión, se les ofreció la oportunidad de participar en la investigación, tomando en cuenta la existencia de algún riesgo clínico o de tipo personal que impida su elegibilidad.
- Las mujeres que participaron fueron seleccionadas de acuerdo al diseño de grupos no equivalentes y con criterios para la confirmación de un grupo experimental para el HGOIA y un grupo comparación para el HGOLEA. Por lo tanto, los criterios de inclusión y exclusión fueron los mismos para la fase cualitativa y cuantitativa.

- Asegurar los beneficios; que las mujeres participantes fueron las beneficiarias directas de los resultados; las parejas y familiares de las mujeres los beneficiarios indirectos constituyéndose en personas de apoyo para el cambio de las pacientes. Para el grupo comparación se socializará los resultados al final de la investigación.

- Relación entre selección equitativa, permite garantizar la disminución mínima de los riesgos. Por tanto, la selección de sujetos de este estudio permitió reducir al mínimo los riesgos, ya que, al ser temas sensibles para abordar, si fuese el caso, se contó con el apoyo psicológico de la tesista, quien estuvo preparada para brindar ayuda o una intervención en casos de crisis.

Al ser un estudio cuasi experimental permitió obtener valiosa información de las mujeres participantes para plantear cambios en el manejo de este grupo poblacional y se maximicen los beneficios sociales y científicos de los resultados de la investigación (145).

##### **5. Proporción favorable riesgo- beneficio**

Las investigaciones con seres humanos consideran riesgos y beneficios, aunque estos pueden ser inciertos, por tanto, se debe tomar en cuenta: los riesgos potenciales para minimizar y los beneficios se maximizan. En este caso los beneficios son potenciales y exceden a los riesgos asumidos.

Los beneficios fueron mejorar la función sexual, calidad de vida y autoestima de la mujer, transfiriéndose a su relación su pareja y familiares, en beneficio además para la sociedad, al disminuir costos hospitalarios por

estancias prolongadas, reducción de costos en medicamentos, en ausencias laborales, entre otros (145).

Para el grupo comparación se contempló la entrega de un tríptico educativo una vez finalizada la intervención.

Se incorporó también principios de no maleficencia y beneficencia, como principios fundamentales, para este estudio con este grupo poblacional femenino.

## **6. Evaluación independiente**

Toda investigación puede tener algún tipo de interés en mayor o menor grado siendo necesario tener una evaluación independiente, por lo que este estudio fue revisado por un perito con autoridad (comités de ética de las diferentes instancias) para aprobar, enmendar o en casos extremos cancelar, encaminados a evitar prejuicios sociales (145). Por tanto, se garantizó que las mujeres participantes de este estudio, fueran tratadas de acuerdo a principios éticos, desde el inicio y hasta el final del estudio. Por tanto, fue necesario que este estudio sea sometido a evaluación de los diferentes Comités de Ética:

Comité de Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, Comité de Ética de la Universidad Central del Ecuador y los Comités de Docencia e Investigación del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora y del Hospital Gineco Obstétrico Luz Elena Arizmendi.

## **7. Consentimiento Informado**

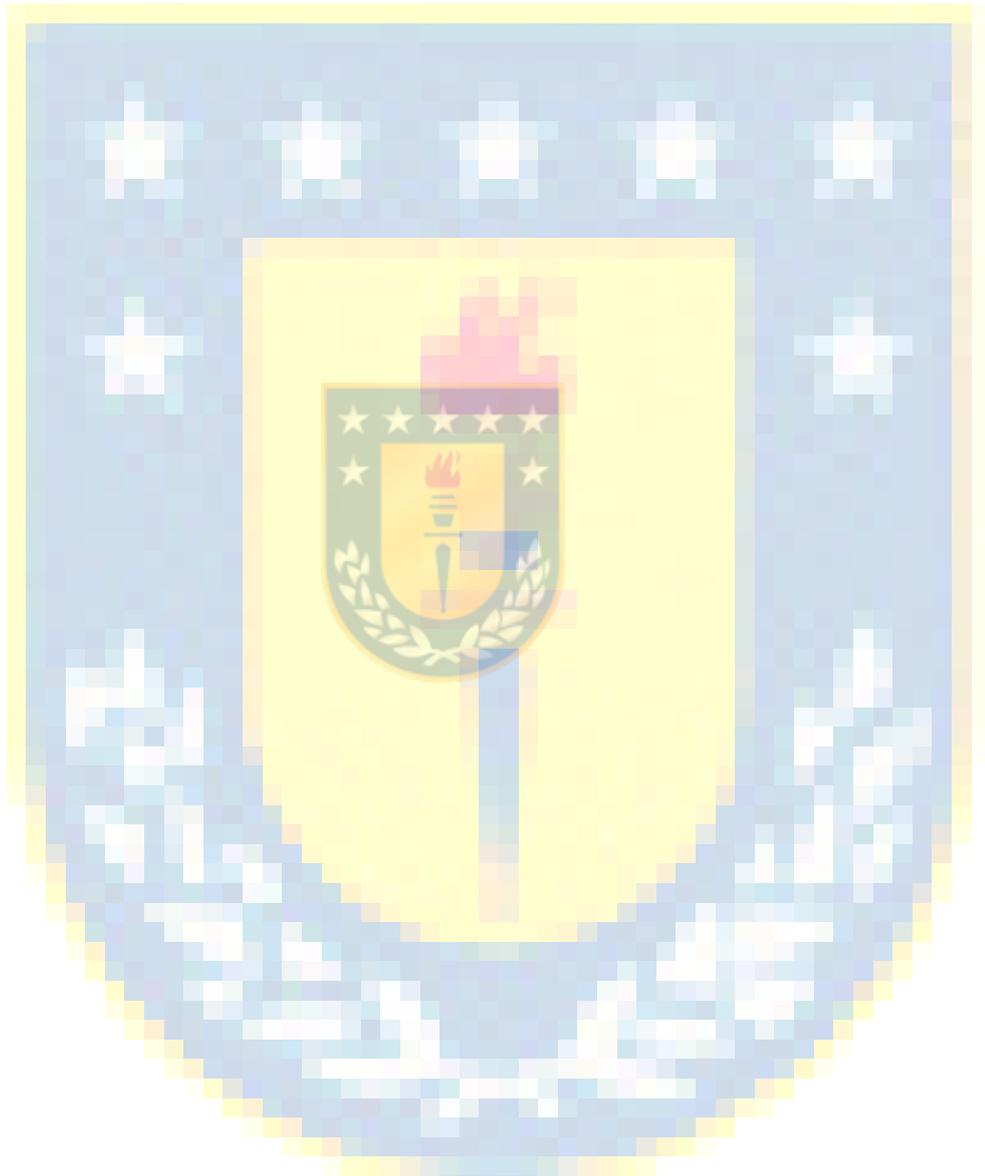
La finalidad del consentimiento informado fue asegurar que las mujeres participantes en esta investigación sean consideradas en relación a sus valores, intereses y preferencias, tomando en cuenta sus decisiones autónomas. Por tanto, el consentimiento informado debe ser previo a cualquier acción y se complementa con el documento escrito y la firma del participante (145). En el presente estudio, el consentimiento fue solicitado a las mujeres que cumplieron con los requisitos de inclusión para participar en el estudio, la aceptación de las participantes fue de manera libre y voluntaria. Se informó a las mujeres de manera individual, con lenguaje claro, oportuno, adecuado, suficiente y comprensible sobre la intervención que va ser efectuada. Se resguardó la confidencialidad y anonimato. Consentimiento informado para grupo experimental y comparación se encuentran en Anexos L y M, respectivamente.

## **8. Respeto a los sujetos inscritos**

Corresponde a actividades que tienen que enmarcarse en el respeto a las mujeres y fue durante todo el tiempo que dure la investigación.

Primero, las mujeres pudieron cambiar de opinión si lo consideraban necesario Segundo, la privacidad, el respeto y la privacidad de la información recolectada. Tercero, proporcionar sobre nueva información obtenida durante curso de la investigación. Cuarto, se debe informar sobre los resultados y lo que se aprendió de la investigación. Quinto, el bienestar de las mujeres se vigiló cuidadosamente a lo largo de su participación. Con respecto a este criterio se realizó reuniones con las personas involucradas para dar a conocer

los resultados preliminares sobre el efecto de la intervención educativa de enfermería en la función sexual, calidad de vida relacionada con la salud y autoestima de la mujer histerectomizada (145).



### **3. RESULTADOS**

En este capítulo se presentan los resultados de las fases cualitativas y cuantitativa (estudios 1 y 2) incluidos en esta investigación.

#### **3.1 RESULTADOS FASE CUALITATIVA**

Esta sección comprende:

3.1.1 Descripción del perfil de las participantes

3.1.2 Análisis cualitativo

##### **3.1.1 DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DE LAS PARTICIPANTES**

Participaron 14 mujeres entre 35 y 65 años en período perioperatorio de histerectomía, de la ciudad de Quito- Ecuador. En relación a la edad, 3 mujeres se encontraban entre 35 a 38 años, 5 mujeres entre 42 a 48 años y 6 mujeres entre 60 a 64 años. De las 14 mujeres participantes 10 mujeres se encontraban en el período preoperatorio quirúrgico y 4 mujeres estaban en el período posoperatorio quirúrgico.

Tabla 1- Características generales de las participantes entrevistadas en la fase cualitativa. Quito- Ecuador.2021

DESCRPCIÓN PARTICIPANTES FASE CUALITATIVA		
	35- 40	3
	41- 45	4
<b>Edad de pacientes</b>	46- 50	2
	51- 55	2
	56- 60	1
	61- 65	2
	<b>Período perioperatorio de histerectomía</b>	preoperatorio
	posoperatorio	4
<b>Número total de pacientes</b>		14

Elaboración propia

Fuente: Entrevista semiestructurada a pacientes HGOIA

### 3.1.2 ANÁLISIS CUALITATIVO

El análisis de los datos derivados de las entrevistas semiestructuradas acerca de las experiencias personales de las mujeres participantes en el periodo perioperatorio, permitió generar una reducción de la información concordante con el propósito del estudio. Considerando la categoría y las dos subcategorías apriorísticas, se agruparon los significados encontrados y se esquematizaron en cuadros.

Con respecto a la subcategoría significado, se presenta la información en el Cuadro 6.

Cuadro 6- Significado de la histerectomía para las participantes entrevistadas en la fase cualitativa. Quito- Ecuador.2021

<b>Categoría:</b>	Necesidades educativas
<b>Subcategoría:</b>	Significado de la histerectomía: Significado
<b>Cambio</b>	Cuerpo Salud Órganos
<b>Pérdida</b>	Feminidad Mujer Función sexual Capacidad reproductiva Física Vitalidad Salud
<b>Búsqueda</b>	Mejorar la salud Resolución de enfermedad Salvar la vitalidad

Lo presentado en el Cuadro 6 se ilustra con lo citado por algunas participantes en relación a:

*“llevar otra cirugía abierta en mi abdomen fue mucha preocupación” (G3).*

*... “lo de la operación como será que le sacan por la barriga o por la parte baja a esta edad que le vean todo “(G14).*

*“no tener los mismos órganos” (G2)*

*... “Cuando a mí me dijeron me puse muy triste pues me iban a sacar una parte de mí” (G8).*

*... “creo el estar incompleta” (G13).*

... “y como le puedo yo explicar que ya no voy a ser mujer, que me quede como un vacío adentro, en la parte baja y el mío ya no quiera a lo mejor estar y se busque otra mujer sana” (G9).

... “Y a lo mejor yo no pueda también estar como una buena relación sexual con mi pareja, si pues sin el útero me parece que mi cuerpo físicamente cambiará, yo quede incompleta.... Me veo sin luz, sin vida” (G11).

Cuadro 7- Emociones sentidas de las participantes entrevistadas en la fase cualitativa. Quito- Ecuador.2021

**Subcategoría: Significado de la histerectomía: Emociones sentidas**

Positivas	Alegría Resignación Tranquilidad Curiosidad
Negativas	Preocupación Miedo Temor Tristeza Angustia Ansiedad

En la subcategoría significado de la histerectomía, se encontraron hallazgos relacionados a la presencia de emociones positivas y negativas (Cuadro 7), ejemplificando de la siguiente manera por las participantes:

“Alegría estaba muy muy ya que esta desecha ya que no podía ni caminar tenía la vejiga baja estaba desesperada” (G4)

... “pero si es necesario no hay problema, primero es la salud y la vida” (G13).

... “Triste, mmm preocupada, confundida, sin saber qué hacer, ni decir y con muchas cosas en la cabeza y confusión, la operación

siempre altera a cualquier persona peor pensar que le van a sacar el útero” (G12).

... “Para mí fue una fuerte impresión, con harto miedo, tristeza” (G11).

Cuadro 8- Dudas e incertidumbre de las participantes entrevistadas en la fase cualitativa. Quito- Ecuador.2021

Subcategoría: incertidumbre	Conocimiento de la histerectomía:	Dudas e
Aspectos generales	Causas Periodo menstrual La privacidad La pandemia	Procedimiento Vías de acceso Seguridad quirúrgica Cuidados previos Localización quirófano
Acto quirúrgico		
Cuidados peri operatorios		

Con relación a la subcategoría conocimiento se evidencian dudas e incertidumbre de la histerectomía, organizándose la información obtenida de las experiencias de mujeres en el proceso perioperatorio de histerectomía en

aspectos generales, características del acto quirúrgico y cuidados periodo perioperatorio.

## 1. Aspectos generales

Orientaciones relativas a aspectos sobre anatomía del aparato genital y su funcionamiento con sus consecuentes cambios por la cirugía

... *“Que me expliquen lo del útero todo sí” (G1).*

... *“que nos muestren una fotito .... claro para ver como es el útero porque uno no sabe cómo es útero... sinceramente no sé, así como en la endoscopia sería bueno para entender” (G8).*

... *“...el útero... también que será muy grande o que puede ser pequeño y como serán de hacer que puede ser “(G9).*

... *“Yo no sé qué es el útero y las partes de mi cuerpo al interior” (G11).*

## 2. Características del acto quirúrgico

Las necesidades educativas en relación con el acto quirúrgico se repiten en la mayoría de las mujeres entrevistadas.

... *“si como es una cirugía, los ovarios” ... “Que, yo me puse a pensar como me iban a hacer la cirugía, como me iban abrir toda esa cosa por lo que es la primera vez que me van hacer la cirugía” (G1).*

... *“cómo saber, cómo que sacarme el útero o hay otro tratamiento... todo eso quisiera saber por qué uno ignora muchas cosas y quiere saber otras cosas” (G7).*

... “es una operación bien fregada es algo de adentro y yo no sabía cómo era que me iban hacer y me dijeron que me iban a operar también” (G8).

... “qué mismo me van hacer, donde será que me van operar” (G9).

... “Si me van cortar el vientre o no” (G13).

... “me gustaría que nos expliquen sobre lo que tenemos sobre la enfermedad” ... “podamos entender sobre lo que tenemos” (G5).

... “La duda fue primero porqué se había producido este quiste y el mioma” (G3).

... “Si en caso me toca una cirugía en el útero si tuviera saber que pasa luego de esa cirugía y pues como que informarme un poquito mas no solamente me hago la cirugía y ya paso” (G6).

... “más adelante que problemas me pueda acarrear esta operación, eso quisiera yo saber que el doctor le explique” (G7).

### **3. Cuidados periodo perioperatorio**

A continuación, se muestran las afirmaciones expresadas por las mujeres entrevistadas en relación a los cuidados alrededor de la histerectomía.

... “y nosotros sabemos que hay que cuidarse, eso no sé yo, pero no se sabe cómo que debo cuidarme antes de la operación” (G9).

... “y como cuidarme después” (G12).

... “Deben ayudar a mujeres de mi edad ya mayores estas mayores que no entendemos a que cuidados hay que tener” (G14).

... “que debemos hacer” (G5).

Considerando los aspectos que involucran el proceso de extirpación del útero y la importancia de la educación que requieren las mujeres en relación con los efectos de la histerectomía y su afectación en las dimensiones de la vida de la mujer, relacionadas con la vivencia sexual.

... “que pasa de allí en adelante voy a tener ese apetito sexual o ese apetito sexual ya me baja todo eso... yo quisiera saber.” (G6).  
 ... “además hacer algún ejercicio dicen esos para las mujeres, para las partes bajas, para que no se vaya la orina” (G9).

Cuadro 9- Aspectos necesarios a ser abordados según las participantes entrevistadas en la fase cualitativa. Quito- Ecuador.2021

**Subcategoría: Conocimiento de la histerectomía: Aspectos necesarios a abordar**

Aspectos generales	Anatomía del útero Procedimiento Diagnóstico Tipo de cirugía
Autocuidado	Cuidado del cuerpo Cuidado de la salud Prevención de la enfermedad Acceso de la salud
Cuidados peri operatorios	Ejercicios pélvicos Menopausia Controles pre- pos quirúrgicos Cuidados de la herida Cuidados domiciliarios Alimentación Seguimiento hospitalario

Cabe señalar que en relación a la subcategoría: Conocimiento de la histerectomía, las mujeres entrevistadas responden a la interrogante ¿Qué

aspectos son necesarios a abordar? y se presenta la información en el Cuadro 9 agrupadas en: aspectos generales, autocuidado y cuidados peri operatorios.

Cuadro 10- Subcategorías emergentes (barreras de la educación, espacio físico y espiritualidad) según las participantes entrevistadas en la fase cualitativa. Quito- Ecuador. 2021

Subcategorías:	Emergentes
<b>Barreras de la educación</b>	
<b>Paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temor a preguntar</li> <li>Vergüenza</li> <li>Libertad</li> </ul>
<b>Profesionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Información sencilla</li> <li>Entrega pausada</li> <li>Escucha activa</li> <li>Acorde a la edad</li> <li>Paciencia</li> </ul>
<b>Ambiente físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambiente tranquilo</li> <li>Privacidad</li> </ul>
<b>Espiritualidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dios</li> <li>Familia</li> <li>Pareja</li> <li>Muerte</li> </ul>

**Barreras de la educación**

... “Debería que haya conferencias a nivel comunitario para que preparar a las mujeres y saber con anticipación, como coger una cita para el médico, unos ejercicios para no llegar al punto de operación. Una prevención” (G2).

... “Nos digan las cosas expliquen lo que tenemos con palabras que podamos entender hay significados y palabras que no sabemos” ...  
“no tan técnico al paciente en palabras morochas para nosotros tenemos y podamos entender sobre lo que tenemos” (G5).

... “Tal vez una persona que este al lado que a uno le diga no pasa nada todo va estar bien, sería muy importante psicológicamente está mal, está muy preocupada” (G3).

### **Espiritualidad**

... “Entregando a la licencia de dios” (G2).

... “a la final gracias a mi dios me mandaron a operar aquí en la maternidad” (G4).

... “miedo a no regresar a la casa o sea eso” (G1).

Tal como se señaló previamente, se realizó la triangulación de datos con la información obtenida de las entrevistas con el grupo de expertas y la información por parte de la teoría de Orem.

Como grupo de expertas se consideró a la líder de enfermería del Servicio de Ginecología del HGOIA, y dos enfermeras con experiencia de más de 20 años en la atención a la mujer, en el servicio de ginecología, quienes manifestaron estar de acuerdo con lo expresado por las participantes del presente estudio y haber evidenciado en su trabajo diario estas necesidades sentidas. A continuación, se presentan los hallazgos encontrados.

Cuadro 11- Criterios sobre las necesidades educativas de las mujeres en periodo perioperatorio de histerectomía, según expertas del HGOIA

Categoría	Necesidades educativas
<b>Subcategoría Significado</b>	
Significado	Cambios en la sexualidad Disminución de la función sexual Presión de la pareja Pérdida cómo mujer
Emociones sentidas	Mito Pérdida del derecho como mujer Tiene muchos temores Miedo Ansiedad Temor por desconocimiento Estrés a consecuencia de comorbilidades Rechazo de la pareja, inseguridad e inquietud
<b>Subcategoría Conocimiento</b>	
Dudas	Cambios en el cuerpo Histerectomía no se entiende Exámenes, explicaciones que no se entiende Dudas que no se expresan (intervención, el procedimiento, normas del servicio, visitas, Comunicación con familiares)
<b>Subcategoría Emergente</b>	
Barreras de la educación	Libertad para preguntar inquietudes Otras fuentes erróneas Falta de confianza para preguntar (sexualidad) Brindar apoyo, establecer comunicación efectiva Concreta Mejor calidad de la información (visible). Explicar en todo momento, humanizada. Lenguaje claro Satisfacer sus necesidades

Información a familiares  
Tomar en cuenta el temor, la vergüenza y el rechazo  
Valora nivel educativo, dar privacidad  
Validar la información entregada

---

**Elaboración propia**

**Fuente:** Entrevista a enfermeras expertas HGOIA

Los resultados alcanzados mediante la triangulación permiten la verificación y comprobación de los datos cualitativos, determinando el significado de la histerectomía como cambio, pérdida y la búsqueda de bienestar. En adición a ello, lo expresado por las pacientes, pone de manifiesto que existe un alto grado de insatisfacción con respecto a la información recibida, mostrando inquietudes e incertidumbre con relación a su cuerpo y sus órganos internos. El tomar en cuenta las características de las mujeres en esta condición, garantiza un cuidado integral, el mismo que debe ser ajustado o adaptado a las características y necesidad, determinado los significados individuales de la mujer, a través de una entrega adecuada de la educación.

Queda constatado desde el punto de vista de las profesionales expertas, que se debe mejorar aspectos relacionados con la entrega de la información, considerándola insuficiente para lograr la recuperación adecuada. La reflexión de los profesionales debe ser fundamental para evidenciar aquellos errores en la educación a las mujeres en periodo perioperatorio de histerectomía.

Según la teoría de Orem se requiere de acciones intencionadas y programadas para el autocuidado, el mismo que tiene que ver con las condiciones de las pacientes tales como; las necesidades de ayuda, el nivel

de conocimiento, el desarrollo de habilidades, y el estado psicológico, entre otras. Evidenciándose la importancia de la persona como responsable de su cuidado (131) y reconociendo la influencia de factores objetivos y subjetivos en el autocuidado, que pueden variar en relación a los significados de cada persona, para autorregular su comportamiento y prevenir enfermedades, promoviendo un estado de vida saludable (132).

Por tanto, se evidencia la necesidad del sistema de apoyo educativo mencionados por Orem, que solventa estas necesidades de educación de la paciente en periodo perioperatorio de histerectomía. Es de esta manera que la enfermería se articula en sistemas de acción formados por enfermeras, a través del ejercicio profesional ante personas que les impide comprometerse con su autocuidado y tienen necesidades educativas individuales en las cuales hay que tomar en cuenta las necesidades de ayuda, el nivel de conocimiento, el desarrollo de habilidades, y el estado psicológico, entre otras.

## **3. 2 RESULTADOS CUANTITATIVOS**

En este apartado se presentará:

3.2.1 Descripción del seguimiento protocolo de investigación

3.2.2 Análisis Descriptivo

3. 2.2.1 Perfil biosociodemográfico de las participantes

3.2.2.2 Descripción de las variables función sexual, calidad de vida relacionada con la salud y autoestima de las participantes del estudio

3.3 Experimento

3.3.1 Homologación de las características de cada grupo en medición pre-test

3.3.2 Comparación al interior de cada grupo

3.3.3 Efecto de la Intervención educativa de enfermería

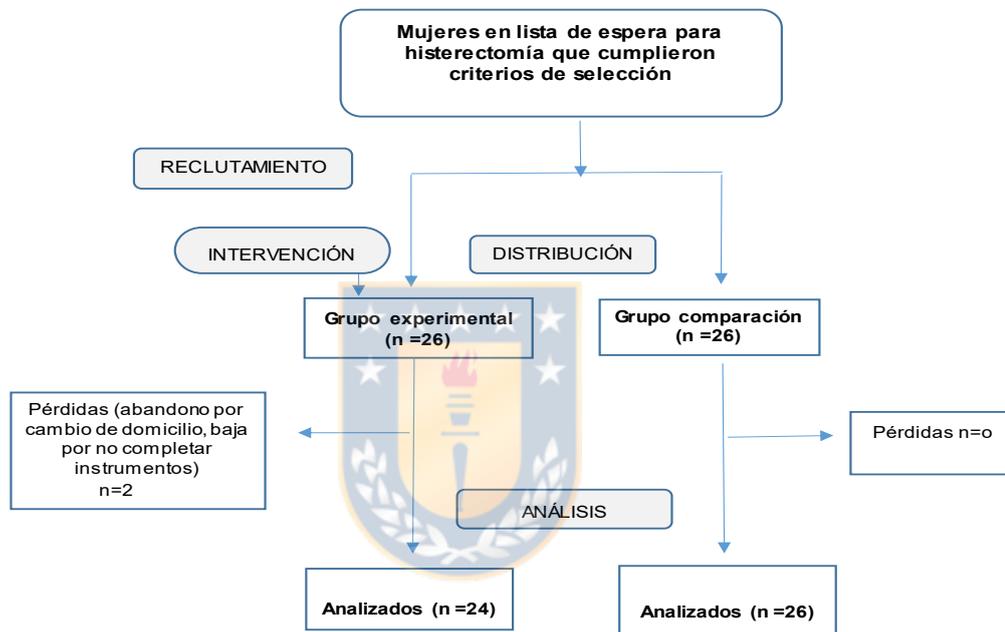
### **3.2.1 DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

A continuación, se describirá el seguimiento realizado a las pacientes de este estudio: mujeres en lista de espera para histerectomía por causa benigna que cumplieron con los criterios de selección y fueron reclutadas desde los Hospitales Gineco- Obstétricos Isidro ayora y Luz Elena Arismendi para conformar los grupos comparación y experimental. El número fue de 26 mujeres para cada grupo.

Ambos grupos recibieron la atención de rutina y al grupo experimental se le administro de manera adicional la intervención educativa de enfermería, luego de lo cual los datos de 26 participantes del grupo comparación y 24 del grupo experimental fueron analizados para el resultado primario y secundario.

Es necesario mencionar que existieron 2 pérdidas en el grupo experimental: 1 atribuida a cambio de domicilio (a la mitad de la intervención) y 1 exclusión por llenado incompleto de los instrumentos (Figura 14).

**Figura 15. Flujograma de constitución de participantes del estudio**



Elaboración propia

## 3.2.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

### 3.2.2.1 PERFIL BIOSOCIODEMOGRÁFICO

En la Tabla 5 se presentan las características sociodemográficas de las participantes de ambos grupos.

Tabla 2- Características sociodemográficas de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021

Variable	Grupos				Total		Estadígrafo	Valor p
	Comparación n=26		Experimental n=26		f	%		
	f	%	f	%	f	%		
<b>Edad</b>								
35 a 44 años	10	38,5	12	46,2	22	42,3		
45 a 54 años	9	34,6	8	30,8	17	32,7	Ch	0,318
55 a 65 años	7	26,9	6	23,1	13	25,0		
<b>Estado civil</b>								
Soltera	5	19,2	4	15,4	9	17,3		
Unión de hecho	3	11,5	6	23,1	9	17,3	F	2,814
Casada	14	53,8	15	57,7	29	55,8		
Divorciada	4	15,4	1	3,8	5	9,6		
<b>Lugar residencia</b>								
Urbano	17	65,4	19	73,1	36	69,2	Ch	0,361
Rural	9	34,6	7	26,9	16	30,8		
<b>Religión</b>								
Católica	22	84,6	17	65,4	39	75,0		
Evangélica	4	15,4	2	7,7	6	11,5	F	8,03
Cristiana	-	-	5	19,2	5	9,6		
Otra	-	-	2	7,6	2	3,8		
<b>Ingresos hogar</b>								
1 Salario mínimo vital	21	80,8	23	88,5	44	84,6	F	1,801
2 Salarios mínimos vitales	3	11,5	3	11,5	6	11,5		
3 Salarios mínimos vitales	2	7,7	0,0	0,0	2	3,8		
<b>Actividad laboral</b>								
Ama de casa	17	65,4	18	69,2	35	67,3		
Oficio	6	23,1	6	23,1	12	23,1	F	0,339
Profesional	3	11,5	2	7,7	5	9,6		

Salario mínimo: 425 US

Ch: Chi cuadrado de Pearson; F: Prueba exacta de Fisher.

Con relación a la edad, la mayor proporción de mujeres del grupo comparación se encuentra entre 35 a 44 años (38,5%) y 45 a 54 años (34,6%) y en el grupo experimental entre 35 a 44 años (46,2%) y 45-54 años (30,8%).

Respecto del estado civil, la mayor proporción corresponde a mujeres casadas, con 53,8% en el grupo de comparación y 57,7% en el grupo experimental.

Con relación al lugar de residencia, la mayor parte de las mujeres (69,2%) reportaron su lugar de residencia en el área urbana, el que se distribuyó en un 65,4% en el grupo comparación y 73,1% en el grupo experimental.

En relación a la religión declarada, se observa que el 84,6% de las mujeres del grupo comparación se declara católica y 15,4% evangélica, en el grupo experimental el 65,4% se declara católica, el 19,2% cristiana y el porcentaje restante se distribuye en evangélica, atea y otra, estableciéndose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

En la variable ingresos económicos para el hogar, el 84,6% de las mujeres del estudio reportan un salario mínimo vital (80,8 y 88,5% para el grupo comparación y experimental, respectivamente), siendo un valor que se encuentra por debajo de la canasta básica para las familias ecuatorianas (728.68 US).

Respecto de la actividad laboral, se observan proporciones similares en los dos grupos de mujeres. El 65,4 % del grupo comparación y 69,2% del grupo experimental reportaron ser amas de casa y un bajo porcentaje declaro trabajar como profesional (11,5% grupo comparación y 9.6% para el grupo experimental).

En la Tabla 3 se presentan los resultados en relación a las variables edad, escolaridad (en años aprobados), años de convivencia con la pareja y número de hijos, reportados por las participantes en este estudio.

Tabla 3- Edad, escolaridad, años de convivencia y número de hijos de las participantes en el estudio. Quito- Ecuador.2021

Variable	Comparación (n=26)					Experimental (n=26)					Estadígrafo	valor p	$\eta^2$	
	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3				
Edad	47,77	9,88	46,50	38,00	56,25	47,62	8,80	45,50	41,75	51,25	U	337,5	0,9927	0,001
Escolaridad	10,62	3,26	9,50	8,00	13,00	10,69	4,11	12,00	6,75	15,00	T	-0,07	0,9407	0,000
Años de convivencia	17,77	11,58	19,00	6,75	22,00	18,00	10,52	17,50	10,00	25,00	T	-0,08	0,9403	0,000
Número hijos	3,88	2,07	3,50	2,00	5,00	2,50	0,86	2,50	2,00	3,00	U	196,5	0,0075	0,371

U: U de Mann-Whitney; T: T de Student

En relación con la edad en años cumplidos, el promedio de edad de las mujeres que conforma el grupo comparación es de 47,7 (DE 9,88) años y de 47,62 (DE 8,8) años para las mujeres del grupo experimental. Con una media total de 47.7 años (DE 9,3).

Con relación al número de años de escolaridad se presentó una media de 10,62 (DE 3,26) años cursados por las mujeres del grupo comparación y de 10,69 (DE 4,11) para el grupo experimental.

Respecto al número de años de convivencia con la pareja, las participantes del grupo comparación reportan una media de 17,77 (DE 11,58) y las del grupo experimental de 17,50 (DS 10,00).

Referente al número de hijos, las personas del grupo comparación tienen en promedio 3,88 (DE 2,07) hijos/as y las del grupo experimental 2,5

(DE 0,86), reportándose diferencias significativas entre los grupos. Todas las mujeres reportaron tener hijos.

Tabla 4- Diagnósticos preoperatorios de histerectomía de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021

Variable	Grupos				Total		Estadígrafo	Valor p
	Comparación n=26		Experimental n=26		f	%		
	f	%	f	%	f	%		
<b>Diagnóstico histerectomía</b>								
Leiomioma	12	46,2	14	53,8	26	50,0		
Sangrado uterino	9	34,6	5	19,2	14	26,9	F 2,01	0,5521
Dolor pélvico	3	11,5	3	11,5	6	11,5		
Prolapso genital	2	7,7	4	15,4	6	11,5		

F: Prueba exacta de Fisher.

En relación con enfermedades diagnósticas para tratamiento quirúrgico (histerectomía), el 50,0% de las mujeres participantes tuvieron leiomiomas o fibromas como diagnóstico prequirúrgico, encontrándose un 53,8% para el grupo comparación y un 46,2 % para el grupo experimental.

Tabla 5- Disponibilidad de medios tecnológicos, internet y experiencia en su manejo de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021

Variable	Grupos						Estadígrafo	valor p
	Comparación n=26		Experimental n=26		Total			
	f	%	F	%	f	%		
<b>Disponibilidad teléfono móvil</b>								
Si	26	100,0	24	92,3	50	96,2	F <sup>2,08</sup>	0,4902
No	0	0,0	2	7,7	2	3,8		
<b>Disponibilidad de internet</b>								
Móvil	1	3,8	3	11,5	4	7,7	F <sup>1,08</sup>	0,6098
Hogar	25	96,2	23	88,5	48	92,3		
<b>Experiencia uso teléfono/computador/ tablet</b>								
Poco	13	50,0	15	57,7	28	53,8	Ch <sup>0,31</sup>	0,5780
Bastante	13	50,0	11	42,3	24	46,2		

Ch: Chi cuadrado de Pearson; F: Prueba exacta de Fisher.

Se consideró conocer si las participantes reportaban disponibilidad de teléfono móvil, encontrándose que un 3,8% no disponía. Este último porcentaje corresponde al grupo experimental, como se muestra en la Tabla 5.

Al analizar la disponibilidad de internet de las mujeres del estudio en el teléfono móvil o en el hogar se encuentra una distribución mayor en el hogar 92,3% (grupo comparación 96,2% y grupo experimental 88,5%).

En relación a la variable experiencia del uso de teléfono, computador, tablet, teléfono inteligente, el grupo comparación reportó igual proporción en relación a poca experiencia 50 % y bastante experiencia 50 %, en el grupo experimental se reportó una mayor proporción de las mujeres con poca experiencia en el uso 57,7% y 42,3% con bastante experiencia de uso de los medios tecnológicos.

### 3.2.2.2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES.

#### Función Sexual Femenina

La Tabla 6 muestra los puntajes promedio de la función sexual femenina total y de las dimensiones que la componen para cada uno de los grupos, en una medición basal.

Tabla 6- Función sexual femenina en la medición basal de participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021

Variable	Comparación (n=26)					Experimental (n=26)					Estadígrafo	valor p	$\eta^2$	
	Media	Desv. tıp.	Mediana	Q1	Q3	Media	Desv. tıp.	Mediana	Q1	Q3				
Puntaje total	20,35	9,23	21,10	9,70	30,25	21,73	8,36	22,05	15,30	30,20	U	313,0	0,6472	0,063
Deseo	3,00	1,65	2,70	1,20	4,80	3,32	1,40	2,75	1,88	4,00	U	285,5	0,3291	0,135
Excitación	3,16	1,62	3,30	1,50	4,80	3,33	1,60	2,63	1,50	3,81	U	316,5	0,6923	0,055
Lubricación	3,55	1,41	3,60	1,80	4,80	3,98	1,60	3,25	2,44	4,50	U	266	0,1849	0,184
Orgasmo	3,57	1,65	3,60	1,60	5,20	3,62	1,60	3,17	1,67	4,33	U	326,5	0,8314	0,030
Satisfacción	3,40	1,92	3,40	1,20	5,00	3,71	1,60	3,17	2,00	4,08	U	307,0	0,5646	0,080
Dolor	3,66	1,40	3,40	2,40	4,80	3,77	1,80	2,83	1,67	5,00	U	332,5	0,9188	0,014

Puntajes mayores indican mejor función sexual. Puntaje total  $\leq 26,55$  se clasifica con disfunción sexual (131)

U: U de Mann-Whitney

Según se ha establecido, un puntaje total  $\leq 26,55$  se interpreta como disfunción sexual. De acuerdo con lo observado, en los dos grupos (comparación 20,35 DE 9,2 y experimental 21,73 DE 8,4), los puntajes de las participantes pueden interpretarse como disfunción sexual.

Respecto al puntaje promedio por cada dimensión se observa promedios más bajos para el grupo comparación, particularmente en las dimensiones:

deseo, excitación y satisfacción, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

En las Tablas 7 y 8 se observan los puntajes de Calidad de vida relacionada con salud con sus dos medidas resumen y escalas: Componente de salud física (CSF) y escalas Función física, Rol físico, Dolor corporal y Salud general; Componente de Salud Mental (CSM) y escalas: Vitalidad, Función social, Rol emocional, Salud mental.

En la medida resumen del Componente de Salud Física (CSF) en las mujeres del grupo comparación se alcanzó un promedio de 50,81 (DE 32,62) y de 45,71 (DE 29,57) en el grupo experimental, sin observarse diferencias significativas entre ambos grupos. En relación a las medidas que conforman este componente, se aprecia que los puntajes promedio más bajos se encontraron en la escala de Salud General (SG) en el grupo comparación 43,85 (DE 27,80) y en la escala de Dolor Corporal (DG) (43,59 DE 28,27) en el grupo experimental.

Tabla 7- Medidas Resumen del Componente de Salud Física de la calidad de vida relacionada con la salud del grupo comparación y grupo experimental de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021

SF-36	Comparación (n=26)					Experimental (n=26)					Estadígrafo	valor p	$\eta^2$
	Variable	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1			
<b>CSF</b>	<b>50,81</b>	<b>32,62</b>	<b>54,51</b>	<b>18,09</b>	<b>83,58</b>	<b>45,71</b>	<b>29,57</b>	<b>37,22</b>	<b>21,60</b>	<b>69,38</b>	<b>T 0,59</b>	<b>0,5569</b>	<b>0,007</b>
FF	50,00	42,43	50,00	0,00	100,00	47,12	35,59	50,00	15,00	86,25	<sup>U</sup> 317	0,6937	0,055
R F	53,85	50,84	100,00	0,00	100,00	45,19	47,97	25,00	0,00	100,00	<sup>U</sup> 304	0,4841	0,097
D C	55,56	24,94	61,11	33,33	77,78	43,59	28,27	38,89	22,22	66,67	<sup>U</sup> 237	0,0621	0,259
S G	43,85	27,80	42,50	25,00	58,75	46,92	26,76	45,00	23,75	65,00	<sup>T</sup> -0,41	0,6860	0,003

Puntajes cercanos a 100 se interpretan como mejor percepción de la calidad de vida relacionada con salud y cercanos a 1 como peor

U: U de Mann-Whitney; T: T de Student

En el Componente de Salud Mental (CSM), en el grupo comparación se observa una media de 51,23 (DE 23,87) y de 47,17 (DE 22,80) en el grupo experimental, no observándose diferencias significativas entre ambos grupos. En este componente, la escala de menor puntaje en ambos grupos fue rol Emocional, reportándose una media de 41,35 (DE 27,33) en el grupo de comparación y una media de 43,59 (DE 31,74) en el grupo experimental.

Tabla 8- Medidas Resumen del Componente de Salud Mental de la calidad de vida relacionada con salud del grupo comparación y grupo experimental de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021

SF-36	Comparación (n=26)					Experimental (n=26)					Estadígrafo	valor p	$\eta^2$
	Variable	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1			
<b>CSM</b>	<b>51,23</b>	<b>23,87</b>	<b>53,13</b>	<b>36,41</b>	<b>68,67</b>	<b>47,17</b>	<b>22,80</b>	<b>47,03</b>	<b>25,63</b>	<b>63,98</b>	<sup>T</sup> <b>0,63</b>	<b>0,5340</b>	<b>0,008</b>
V T	56,25	26,16	50,00	50,00	75,00	50,00	23,32	50,00	37,50	62,50	<sup>T</sup> 0,91	0,3675	0,016
F S	51,92	21,71	50,00	37,50	65,63	44,71	28,98	37,50	21,88	65,63	<sup>T</sup> 1,02	0,3147	0,020
R E	41,35	27,33	50,00	25,00	75,00	43,59	31,74	50,00	12,50	68,75	<sup>U</sup> 324,5	0,8004	0,035
S M	55,38	28,84	52,50	43,75	77,50	50,38	23,06	50,00	40,00	60,00	<sup>T</sup> 0,69	0,4931	0,009

Puntajes cercanos a 100 se interpretan como mejor percepción de la calidad de vida relacionada con salud y cercanos a 1 como peor

U: U de Mann-Whitney; T: T de Student

La variable autoestima en las mujeres del grupo comparación alcanzó un promedio de 27,92 (DE 4,32) para el grupo comparación, y de 28,42 (DE 8,51) para el grupo experimental, sin observarse diferencias significativas entre los grupos. De acuerdo a lo observado, los puntajes promedio de las participantes pueden interpretarse como media autoestima.

Tabla 9- Puntajes de Autoestima de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021

Variable	Comparación (n=26)					Experimental (n=26)					Estadígrafo	valor p	$\eta^2$
	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3			
Autoestima	27,92	4,32	29,00	25,75	30,00	28,42	8,51	28,50	20,00	35,50	<sup>T</sup> -0,27	0,7908	0,001

Puntajes de 30-40 se interpretan como elevada; de 26-29 como media; inferior a 25 baja (149)

T: T de Student

### **3.3 EXPERIMENTO**

#### **3.3.1 HOMOLOGACIÓN DE CARACTERÍSTICAS GRUPO**

##### **COMPARACIÓN Y GRUPO EXPERIMENTAL**

A continuación se muestra la homologación realizada con la muestra de participantes relacionando entre grupos, las mediciones de la función sexual femenina, calidad de vida relacionada con la salud y autoestima, para lo cual se valoró la media, mediana, DE, Q1, Q3, utilizando el estadígrafo U de Mann-Whitney, t de Student y Chi cuadrado de Spearman, de acuerdo a la normalidad de cada caso y determinar el valor p y el tamaño del efecto, con la finalidad de establecer la ausencia de diferencias estadísticamente significativas.

La Tablas 10, 11, 12 y 13 muestran la homologación para las variables: función sexual femenina, las medidas resumen de la Calidad de vida relacionada con salud CSF y CSM y Autoestima.

## Función sexual femenina

Tabla 10- Función sexual femenina en grupos comparación y experimental de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021

IFSF	Comparación (n=26)					Experimental (n=24)					Estadígrafo	valor p	$\eta^2$
	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3			
Puntaje total	20,35	9,23	21,10	9,70	30,25	21,18	8,35	21,60	12,90	29,50	<sup>U</sup> 301	0,8308	0,030
Deseo	3,00	1,65	2,70	1,20	4,80	3,30	1,43	3,30	1,95	4,80	<sup>U</sup> 266,5	0,3697	0,127
Excitación	3,16	1,62	3,30	1,50	4,80	3,31	1,60	3,15	1,80	4,73	<sup>U</sup> 292,5	0,7032	0,054
Lubricación	3,55	1,41	3,60	1,80	4,80	3,84	1,62	3,90	2,78	5,40	<sup>U</sup> 264,5	0,3534	0,131
Orgasmo	3,57	1,65	3,60	1,60	5,20	3,53	1,63	3,80	2,00	5,20	<sup>U</sup> 311	0,9843	0,003
Satisfacción	3,40	1,92	3,40	1,20	5,00	3,62	1,64	3,80	2,40	4,80	<sup>U</sup> 293	0,7077	0,053
Dolor	3,66	1,40	3,40	2,40	4,80	3,58	1,72	3,20	2,00	5,40	<sup>U</sup> 292,5	0,7013	0,054

U: U de Mann-Whitney

En la Tabla 10 se presentan los puntajes promedio de la función sexual total y de sus dimensiones para ambos grupos, sin encontrarse diferencias significativas entre los grupos. Cabe mencionar que, al igual que los datos presentados en la Tabla 13, los puntajes promedio se encuentran por debajo de la puntuación de corte 26,55 (lo que se interpreta como disfunción sexual).

## Calidad de vida relacionada con la salud

En relación a la medida resumen del Componente de Salud Física (CSF), en las participantes del grupo comparación se alcanzó un promedio de 50,81 (DE 32,62) y en el grupo experimental 43,80 (DE 29,83), sin observarse diferencias significativas en los grupos.

En el Componente de Salud Mental (CSM) las participantes del grupo comparación reportan un puntaje de la media 51,23 (DE 23,87) y 46,68 (DE

23,38) del grupo experimental, sin observarse entre ambos grupos diferencias significativas (Tabla 11).

En relación a la medida resumen Componente de Salud Física, se aprecia en el grupo comparación mayor deterioro en la escala de Salud General con puntaje medio de 43,85 (DE 27,80) y para el grupo experimental la escala Dolor Corporal fue reportada por las participantes del estudio con un puntaje de 41,67 (DE 26,87), observándose la existencia de diferencias significativas en esta escala.

Tabla 11- Escalas del Componente de Salud Física de la calidad de vida relacionada con salud de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021

SF-36	Comparación (n=26)					Experimental (n=24)					Estadígrafo	valor p	$\eta^2$
	Variable	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1			
CSF	50,81	32,62	54,51	18,09	83,58	43,80	29,83	35,76	20,07	68,23	<sup>U</sup> 280,5	0,5407	0,087
FF	50,00	42,43	50,00	0,00	100,00	45,63	35,94	50,00	15,00	83,75	<sup>U</sup> 291,0	0,6751	0,059
R F	53,85	50,84	100,00	0,00	100,00	42,71	48,61	0,00	0,00	100,00	<sup>U</sup> 273,0	0,3906	0,121
DC	55,56	24,94	61,11	33,33	77,78	41,67	26,87	38,89	22,22	63,89	<sup>U</sup> 205,5	0,0368	0,295
SG	43,85	27,80	42,50	25,00	58,75	45,21	26,92	45,00	21,25	63,75	<sup>T</sup> -0,18	0,8612	0,001

Puntajes cercanos a 100 se interpretan como mejor percepción de la calidad de vida relacionada con salud y cercanos a 1 como peor  
 U: U de Mann-Whitney; T: T de Student

En el Componente de Salud Mental, se obtuvieron puntajes más bajos en la escala de Rol Emocional en el grupo comparación y en el grupo experimental (41,35 DE 27,33; 42,01 DE 32,37). Cabe mencionar que en ninguna de las escalas se observaron diferencias significativas, como se aprecia en la Tabla 12.

Tabla 12- Escalas del Componente de Salud Mental de la calidad de vida relacionada con salud de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021

SF-36 Variable	Comparación (n=26)					Experimental (n=24)					Estadígrafo	valor p	$\eta^2$
	Media	Desv. ttp.	Mediana	Q1	Q3	Media	Desv. ttp.	Mediana	Q1	Q3			
<b>CSM</b>	<b>51,23</b>	<b>23,87</b>	<b>53,13</b>	<b>36,41</b>	<b>68,67</b>	<b>46,68</b>	<b>23,38</b>	<b>47,03</b>	<b>25,63</b>	<b>61,51</b>	<b>T0,68</b>	<b>0,4997</b>	<b>0,010</b>
VT	56,25	26,16	50,00	50,00	75,00	50,52	24,17	50,00	39,06	62,50	<sup>U</sup> 257,5	0,2778	0,153
FS	51,92	21,71	50,00	37,50	65,63	43,75	29,49	37,50	15,63	62,50	<sup>U</sup> 248,5	0,2127	0,176
RE	41,35	27,33	50,00	25,00	75,00	42,01	32,37	50,00	4,17	64,58	<sup>U</sup> 310	0,9683	0,006
SM	55,38	28,84	52,50	43,75	77,50	50,42	23,63	50,00	40,00	60,00	<sup>U</sup> 273,5	0,4515	0,106

Puntajes cercanos a 100 se interpretan como mejor percepción de la calidad de vida relacionada con salud y cercanos a 1 como peor

U: U de Mann-Whitney; T: T de Student

### Autoestima

Respecto a la variable Autoestima en las participantes del grupo comparación, se reportó un puntaje medio 27,92 (DE 4,32) y en el grupo experimental 28,4 (DE 8,74), sin observarse diferencias significativas como se puede observar en la Tabla 13.

Tabla 13- Medición de la Autoestima de las participantes del estudio. Quito- Ecuador.2021

Variable	Comparación (n=26)					Experimental (n=24)					Estadígrafo	valor p	$\eta^2$
	Media	Desv. ttp.	Mediana	Q1	Q3	Media	Desv. ttp.	Mediana	Q1	Q3			
Autoestima	27,92	4,32	29,00	25,75	30,00	28,04	8,74	27,50	20,00	36,50	<sup>U</sup> 304	0,8761	0,022

U: U de Mann-Whitney

### 3.3.2 COMPARACIÓN AL INTERIOR DE CADA GRUPO

A continuación, se presenta la comparación de resultados entre pre y post-test al interior de cada grupo comparación y experimental.

En la Tabla 14 se presentan los puntajes promedio de la función sexual total y de sus dimensiones para el grupo comparación.

#### Función sexual femenina

Tabla 14- Comparación entre pre y pos-test función sexual femenina en grupo comparación del estudio. Quito- Ecuador. 2021

IFSF Variables	Antes					Después					Estadígrafo	valor p	$\eta^2$
	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3			
Puntaje total	20,35	9,23	21,10	9,70	30,25	18,92	7,95	21,10	9,93	26,80	<sup>U</sup> -3,39	0,0007	0,470
Deseo	3,00	1,65	2,70	1,20	4,80	2,86	1,53	2,70	1,20	4,80	-1,34	0,5000	0,186
Excitación	3,16	1,62	3,30	1,50	4,80	3,05	1,52	3,30	1,50	4,80	-1,84	0,1250	0,255
Lubricación	3,55	1,41	3,60	1,80	4,80	3,38	1,22	3,60	2,25	4,80	-1,71	0,1094	0,237
Orgasmo	3,57	1,65	3,60	1,60	5,20	3,31	1,42	3,60	1,60	4,80	-2,15	0,0283	0,298
Satisfacción	3,40	1,92	3,40	1,20	5,00	2,95	1,57	3,40	1,20	4,80	-2,82	0,0020	0,392
Dolor	3,66	1,40	3,40	2,40	4,80	3,37	1,14	3,40	2,40	4,50	-2,81	0,0020	0,390

U: U de Mann-Whitney

En la Tabla 14 se observa que los promedios del puntaje total de la función sexual y de sus dimensiones presentan un deterioro entre la medición pre-test y post- test, lo cual puede interpretarse como un deterioro de la función sexual, siendo esta diferencia significativa para el puntaje total y las dimensiones orgasmo, satisfacción y dolor.

## Calidad de vida relacionada con la salud

Tabla 15- Comparación de resultados entre pre y pos-test, Componente de Salud Física y sus dimensiones: Salud General (SG), Función Física (FF), Dolor Corporal (DC) y Rol Físico (RF) en grupo comparación del estudio. Quito- Ecuador.2021

SF-36 Variables	Antes					Después					Estadígrafo	valor p	$\eta^2$
	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3			
<b>CSF</b>	<b>50,81</b>	<b>32,62</b>	<b>54,51</b>	<b>18,09</b>	<b>83,58</b>	<b>54,42</b>	<b>32,23</b>	<b>61,81</b>	<b>23,82</b>	<b>85,49</b>	U-2,2	<b>0,0227</b>	0,316
FF	50,00	42,43	50,00	0,00	100,00	53,85	42,24	50,00	0,00	100,00	U-,8	0,7500	0,115
RF	53,85	50,84	100,00	0,00	100,00	57,69	50,38	100,00	0,00	100,00	U-1,0	>0,9999	0,141
DC	55,56	24,94	61,11	33,33	77,78	59,40	25,90	66,67	41,67	77,78	U-1,8	0,0703	0,261
SG	43,85	27,80	42,50	25,00	58,75	46,73	28,67	45,00	28,75	67,50	U-1,49	0,1523	0,210

Puntajes cercanos a 100 se interpretan como mejor percepción de la calidad de vida relacionada con salud y cercanos a 1 como peor

U: U de Mann-Whitney

En relación con el Componente de Salud Física de la calidad de vida relacionada con la salud, se observan puntajes levemente superiores después de la cirugía, siendo significativa esta diferencia. Respecto de las dimensiones, se observa que las participantes del estudio reportaron mejora en la dimensión dolor corporal, sin alcanzar diferencia estadística.

Tabla 16- Comparación de resultados entre pre y pos-test, Componente de Salud Mental y sus dimensiones: Función Social (FS), Rol Emocional (RE), Salud Mental (SM) y Vitalidad (VT) en grupo comparación del estudio. Quito-Ecuador.2021

SF-36 Variables	Antes					Después					Estadígrafo	valor p	$\eta^2$
	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3			
<b>CSM</b>	<b>51,23</b>	<b>23,87</b>	<b>53,13</b>	<b>36,41</b>	<b>68,67</b>	<b>52,49</b>	<b>23,45</b>	<b>54,22</b>	<b>39,69</b>	<b>68,13</b>	<sup>u</sup> -1,07	<b>0,3096</b>	0,152
VT	56,25	26,16	50,00	50,00	75,00	55,53	24,64	53,13	50,00	65,63	<sup>u</sup> -0,4	0,8750	0,052
FS	51,92	21,71	50,00	37,50	65,63	51,92	21,99	50,00	37,50	65,63	<sup>u</sup> -0,3	>0,9999	0,043
RE	41,35	27,33	50,00	25,00	75,00	48,08	29,09	50,00	25,00	75,00	<sup>u</sup> -2,1	0,0625	0,300
SM	55,38	28,84	52,50	43,75	77,50	54,42	26,84	55,00	43,75	66,25	<sup>u</sup> -0,4	0,7500	0,057

Puntajes cercanos a 100 se interpretan como mejor percepción de la calidad de vida relacionada con salud y cercanos a 1 como peor

U: U de Mann-Whitney

En relación al Componente de Salud Mental, no se observó diferencia estadística entre las mediciones pre y post-test. Respecto de las dimensiones, se observa que las participantes del estudio reportaron un mejor puntaje en la dimensión Rol Emocional, sin alcanzar diferencia estadística.

### Autoestima

Tabla 17- Comparación de resultados entre pre y pos-test, autoestima en grupo comparación del estudio. Quito- Ecuador.2021

Variable	Antes					Después					Estadígrafo	valor p	$\eta^2$
	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3			
Autoestima	27,92	4,32	29,00	25,75	30,00	27,73	4,09	29,00	25,75	30,00	<sup>u</sup> -1,0	>0,9999	,141

Puntajes de 30-40 se interpretan como elevada; de 26-29 como media; inferior a 25 baja

U: U de Mann-Whitney

En relación a la autoestima, se observa puntajes levemente inferiores después de la cirugía, sin encontrarse diferencias significativas, como se puede observar en la Tabla 17.

### **Función sexual femenina**

Tabla 18- Comparación entre pre y pos-test función sexual femenina en grupo experimental del estudio. Quito- Ecuador.2021

IFSF GE	Antes					Después					Estadígrafo	valor p	$\eta^2$
	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3			
Puntaje total	21,18	8,35	21,60	12,90	29,50	24,92	5,98	28,80	21,70	28,80	T,2,18	0,0396	0,171
Deseo	3,30	1,43	3,30	1,95	4,80	4,05	1,08	4,80	3,60	4,80	T,2,11	0,0463	0,162
Excitación	3,31	1,60	3,15	1,80	4,73	4,08	1,08	4,80	3,60	4,80	T,2,29	0,0315	0,186
Lubricación	3,84	1,62	3,90	2,78	5,40	4,26	1,00	4,80	3,90	4,80	U,-1,05	0,3062	0,151
Orgasmo	3,53	1,63	3,80	2,00	5,20	4,27	0,96	4,80	4,00	4,80	U,-1,43	0,1577	0,207
Satisfacción	3,62	1,64	3,80	2,40	4,80	4,32	1,06	4,80	4,50	4,80	U,-1,88	0,0615	0,271
Dolor	3,58	1,72	3,20	2,00	5,40	3,95	1,29	4,80	3,60	4,80	T,0,88	0,3891	0,032

T: T de Student; U: U de Mann-Whitney

En la Tabla 18 se observa que los promedios de puntaje total de la función sexual y de sus dimensiones son superiores en la medición pos-test, lo cual puede interpretarse como una mejora en la función sexual de las participantes posterior a la intervención, siendo esta diferencia significativa para el puntaje total (21,18 DE 8,35 versus 24,92 DE 5,98) y las dimensiones deseo (3,30 DE 1,43 versus 4,05 DE 1,08) y excitación (3,31 DE 1,60 versus 4,08 DE 1,08).

## Calidad de vida relacionada con la salud

Tabla 19- Comparación de resultados entre pre y pos-test, Componente de Salud Física y sus dimensiones: Salud General (SG), Función Física (FF), Dolor Corporal (DC) y Rol Físico (RF) en grupo experimental del estudio. Quito- Ecuador.2021

SF-36 GE Variable	Antes					Después					Estadígrafo	valor p	$\eta^2$
	Media	Desv. tip.	Mediana	Q1	Q3	Media	Desv. tip.	Mediana	Q1	Q3			
<b>CSF</b>	<b>43,80</b>	<b>29,83</b>	<b>35,76</b>	<b>20,07</b>	<b>68,23</b>	<b>81,39</b>	<b>21,06</b>	<b>88,68</b>	<b>75,69</b>	<b>95,97</b>	<b>T</b> 5,14	<b>&lt;0,0001</b>	0,535
FF	45,63	35,94	50,00	15,00	83,75	80,83	24,79	95,00	50,00	100,00	T3,9	0,0007	0,398
RF	42,71	48,61	0,00	0,00	100,00	89,58	29,41	100,00	100,00	100,00	U-3,33	0,0005	0,480
DC	41,67	26,87	38,89	22,22	63,89	76,39	20,28	77,78	66,67	88,89	U-3,39	0,0003	0,489
SG	45,21	26,92	45,00	21,25	63,75	78,75	26,01	92,50	75,00	98,75	T4,74	0,0001	0,494

T: T de Student; U: U de Mann-Whitney

Con relación al Componente Salud Física de la calidad de vida relacionada con la salud, se observan puntajes superiores después de la intervención (pretest 43,80 DE 29,83 versus pos-test 81,29 DE 21,06), siendo estadísticamente significativa esta diferencia en el puntaje total y en todas sus escalas.

Tabla 20- Comparación de resultados entre pre y pos-test, Componente de Salud Mental y sus dimensiones: Función Social (FS), Rol Emocional (RE), Salud Mental (SM) y Vitalidad (VT) en grupo experimental del estudio. Quito-Ecuador.2021

SF-36 GE Variable	Antes					Después					Estadígrafo	valor p	$\eta^2$
	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3			
CSM	46,68	23,38	47,03	25,63	61,51	77,00	17,55	81,25	62,50	89,53	T <sup>5,03</sup>	<0,0001	0,524
VT	50,52	24,17	50,00	39,06	62,50	77,60	21,41	75,00	62,50	100,00	T <sup>4,05</sup>	0,0005	0,416
FS	43,75	29,49	37,50	15,63	62,50	76,56	17,02	75,00	75,00	87,50	T <sup>4,48</sup>	0,0002	0,466
RE	42,01	32,37	50,00	4,17	64,58	78,82	21,42	75,00	75,00	100,00	T <sup>5,34</sup>	<0,0001	0,553
SM	50,42	23,63	50,00	40,00	60,00	75,00	22,12	80,00	56,25	100,00	T <sup>3,54</sup>	0,0018	0,352

T: T de Student

En el Componente de Salud Mental se observa un puntaje promedio estadísticamente significativa después de la intervención (pre test 46,68 DE 23,38 versus pos-test 77,00 DE 17,55), de la misma manera las participantes del estudio reportaron mejora en todas las dimensiones de este componente alcanzando significancia estadística.

### Autoestima

Tabla 21- Comparación de resultados entre pre y pos-test, autoestima en grupo experimental del estudio. Quito- Ecuador.2021

Variable	Antes					Después					Estadígrafo	valor p	$h^2$
	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3	Media	Desv. típ.	Mediana	Q1	Q3			
Autoestima	28,04	8,74	27,50	20,00	36,50	37,46	5,17	40,00	37,50	40,00	T <sup>4,42</sup>	0,0002	0,460

Puntajes de 30-40 se interpretan como elevada; de 26-29 como media; inferior a 25 baja

T: T de Student

En el caso de la autoestima, se observa puntajes totales superiores después de la intervención (pre- test 28,04 DE 8,74 versus pos-test 37,46 DE 5,17), siendo estadísticamente significativo, como se observa en la Tabla 21.

### 3.3.3 EFECTO DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

A continuación, en la Tabla 22, se presenta el cambio entre el pre-test y pos-test en las variables función sexual femenina, calidad de vida relacionada con la salud y autoestima y el tamaño del efecto atribuible a la intervención.

Tabla 22- Cambios al finalizar la intervención en la función femenina en los grupos comparación y experimental del estudio. Quito- Ecuador.2021

IFSF	Comparación de las diferencias entre grupos				Efecto de la Intervención (IC 95%)	Estadígrafo	valor p	$\eta^2$
	Comparación (n=26)		Experimental (n=24)					
Variable	Media	D. E.	Media	D. E.				
Puntaje total	-1,43	2,33	3,74	8,39	-5.16 (-8.81; -1.52)	<sup>U</sup> 187,5	0,0153	0,343
Deseo	-0,14	0,52	0,75	1,74	-0.89 (-1.65; -0.13)	<sup>U</sup> 207,5	0,0200	0,329
Excitación	-0,12	0,34	0,76	1,63	-0.88 (-1.58;0.18)	<sup>U</sup> 223	0,0540	0,273
Lubricación	-0,17	0,49	0,43	1,46	-0.60 (-1.24;0.04)	<sup>U</sup> 286	0,5969	0,075
Orgasmo	-0,26	0,59	0,73	1,59	-0.99 (-1.7; -0.29)	<sup>U</sup> 193	0,0179	0,335
Satisfacción	-0,45	0,66	0,70	1,51	-1.15 (-1.83; -0.47)	<sup>U</sup> 188,5	0,0125	0,353
Dolor	-0,29	0,43	0,37	2,05	-0.66 (-1.54;0.22)	<sup>U</sup> 241	0,1485	0,204

U: U de Mann-Whitney

En las participantes del grupo intervención se observó una mejora significativa con respecto al grupo comparación en el puntaje total de la función sexual femenina ( $p=0,0153$ ) y en sus dimensiones deseo ( $p=0,02$ ), orgasmo ( $p=0,018$ ) y satisfacción ( $p=0,013$ ), pudiendo atribuir esta mejora a la intervención, siendo el tamaño del efecto pequeño (144).

## Test de Hipótesis

En relación a las hipótesis de trabajo 1.1, 1.4 y 1.5 no se rechazan, debido a que hubo una mejora en las dimensiones deseo, orgasmo y satisfacción logrando ser significativas en las mujeres del grupo experimental con respecto al grupo comparación.

En relación a las hipótesis de trabajo 1.2, 1.3 y 1.6 se rechazan, ya que las mejoras en el puntaje en las dimensiones excitación, lubricación y dolor, no alcanzaron a ser significativas en el grupo experimental en relación al grupo comparación.

Tabla 23- Cambios al finalizar la intervención en la Calidad de vida relacionada con la salud en los grupos comparación y experimental del estudio. Quito-Ecuador.2021

SF-36 Variable	Comparación de las diferencias entre grupos							
	Comparación (n=26)		Experimental (n=24)		Efecto de la Intervención (IC 95%)	Estadígrafo	valor p	$\eta^2$
	Media	D. E.	Media	D. E.				
<b>CSF</b>	<b>3,61</b>	<b>12,23</b>	<b>37,59</b>	<b>35,80</b>	<b>-33.98 (19.4;50.3)</b>	<b><sup>u</sup>95,5</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,600</b>
FF	3,85	24,18	35,21	44,22	-31.36(13.9;53.5)	<sup>u</sup> 131	0,0001	0,542
RF	3,85	19,61	46,88	52,29	-43.03 (18.9;65.2)	<sup>u</sup> 168,5	0,0005	0,491
DC	3,85	7,66	34,72	37,11	-30.88 (17.9;47.1)	<sup>u</sup> 111	0,0001	0,565
SG	2,88	11,68	33,54	34,69	-30.66 (17.4;49.4)	<sup>u</sup> 94	<0,0001	0,614
<b>CSM</b>	<b>1,26</b>	<b>9,23</b>	<b>30,32</b>	<b>29,52</b>	<b>-29.06 (18.1;42.7)</b>	<b><sup>u</sup>83,5</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,636</b>
VT	-0,72	10,65	27,08	32,80	-27.8 (14.9;45.9)	<sup>u</sup> 113,5	<0,0001	0,588
FS	0,00	10,00	32,81	35,89	-32.81 (21.4;47)	<sup>u</sup> 96,5	<0,0001	0,611
RE	6,73	16,67	36,81	33,78	-30.07 (15.6;46.4)	<sup>u</sup> 117,5	0,0001	0,564
SM	-0,96	8,13	24,58	34,04	-25.54(14.4;44.3)	<sup>u</sup> 74	<0,0001	0,684

U: U de Mann-Whitney

En la Tabla 23 se puede observar que las participantes del grupo experimental con respecto al grupo comparación presentan una mejora en el puntaje total en el Componente de Salud Física ( $p = <0,0001$ ) y en sus escalas Función física ( $p=0,0001$ ), Rol físico ( $p=0,0005$ ), Dolor corporal ( $p=0,0001$ ), y Salud general ( $p = <0,0001$ ), atribuible al efecto de la intervención y corresponde a un efecto mediano.

En relación al Componente de Salud Mental se observa una mejora en puntaje total en el grupo experimental con relación al grupo comparación ( $\Delta =$ ,  $p = <0,0001$ ) y en las escalas que la conforman vitalidad ( $p = <0,0001$ ), función social ( $p = <0,0001$ ), rol emocional ( $p=0,0001$ ) y salud mental ( $p=<0,0001$ ), observándose una mejora considerable, pudiendo atribuirse a la intervención, siendo un efecto mediano.

### **Test de Hipótesis**

En relación a las hipótesis de trabajo 2.1 y 2.2 no se rechazan, debido a que hubo mejoras significativas en el componente de salud física y de salud mental de la calidad de vida relacionada con salud y en sus dimensiones en las mujeres del grupo experimental con respecto al grupo comparación.

Tabla 24- Cambios al finalizar la intervención en la Autoestima en los grupos comparación y experimental

Variable	Comparación de las diferencias entre grupos							
	Comparación (n=26)		Experimental (n=24)		Efecto de la Intervención (IC 95%)	Estadígrafo	valor p	$\eta^2$
	Media	D. E.	Media	D. E.				
<b>Autoestima</b>	<b>-0,19</b>	<b>0,98</b>	<b>9,42</b>	<b>10,4</b>	<b>9,59 (5,7; 13,4)</b>	<b><sup>u</sup>101</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>0,664</b>

U: U de Mann-Whitney

En la Tabla 24 se muestra que las participantes del grupo experimental con respecto al grupo comparación presentaron una mejora significativa en la autoestima ( $p = <0,0001$ ) y corresponde a un efecto moderado, que se puede atribuir a la intervención educativa de enfermería.

### Test de Hipótesis

En lo que concierne a la hipótesis de trabajo al 3.1 no se rechaza, ya que se muestra una diferencia significativa en la escala de autoestima, en la medición pos-test, pudiéndose atribuir a la intervención de enfermería de las mujeres del grupo experimental.

#### 4. DISCUSIÓN

La histerectomía es el procedimiento quirúrgico ginecológico de mayor frecuencia en el mundo (3). Tal como se ha señalado, aunque se le considera un procedimiento seguro y rutinario dentro de la ginecología se asocia con ciertas complicaciones anatómicas relacionadas con la inervación y el riego sanguíneo del piso pélvico, lo que teóricamente podría alterar la función sexual; además de lesiones en las estructuras nerviosas, urinarias y gastrointestinales, poniendo en riesgo la calidad de vida y la autoestima de la mujer (150). Si bien, la mayoría de las histerectomías que se realizan son para mejorar la calidad de vida, su impacto no ha sido medido adecuadamente y pueden ser marcadamente heterogéneos (150).

Dada la limitada evidencia de intervenciones educativas dirigidas a mujeres en período perioperatorio con diagnóstico de histerectomía (15), se propuso un estudio de abordaje mixto de tipo exploratorio secuencial (113), en el cual la fase cualitativa describió el significado de la educación en el periodo perioperatorio y las experiencias de las mujeres (151), las que fueron utilizadas para el diseño y desarrollo de la intervención educativa de enfermería basada en el autocuidado, que incluyó sesiones individuales presenciales con apoyo de una página web. Para ello, la autora de este estudio, en primer lugar, identificó contenidos a incluir en base a la revisión de la literatura, guiada por la Teoría del déficit de autocuidado y los aportes de las mujeres, a fin de considerar sus necesidades educativas y requerimientos.

Posteriormente, la intervención fue implementada en un estudio cuasi experimental cuyo objetivo fue determinar la eficacia de una intervención educativa de enfermería basada en el autocuidado en el mejoramiento de la función sexual, calidad de vida relacionada con salud y autoestima en mujeres sometidas a histerectomía por causa benigna. Estudios avalan la utilización de métodos mixtos para entender y favorecer el diseño de intervenciones efectivas en el campo de la salud (152).

#### **4.1 FASE CUALITATIVA**

Para conocer el significado de la educación en el periodo perioperatorio, se incluyeron mujeres que acuden a la consulta externa del servicio de ginecología, referidas desde otros niveles de atención, con diagnósticos de patologías benignas y que se encuentran en espera de histerectomía, las que se estima representan el perfil de mujeres que acuden a hospitales públicos del país. Otros estudios han utilizado un abordaje cualitativo con grupos focales para explorar las experiencias y percepciones de las mujeres que esperaban someterse a histerectomía (153).

Se evidenció que la categoría necesidades educativas está compuesta por dos subcategorías “Significado de la histerectomía” y “Conocimiento”, las cuáles evidencian los aspectos claves a tomar en consideración para el diseño y desarrollo de la intervención educativa de enfermería enfocado en la resolución de necesidades de salud en mujeres en periodo perioperatorio de histerectomía por causa benigna.

Con respecto a la primera subcategoría, la riqueza de la información obtenida, permitió lograr un acercamiento de lo que vive la mujer y, desde la mirada profesional, poder entender este fenómeno e identificar áreas para la intervención educativa (153). Ello se ilustra con lo citado por las pacientes: “llevar otra cirugía abierta en mi abdomen”, “que me abran la barriga”, “pues me van a sacar una parte de mí”, “a mí que nunca me han operado de nada”, “es pensar que mi cuerpo va a cambiar”, “crea un trauma de no volver a ser la misma de antes y me saquen mis órganos”, lo que da cuenta de la importancia para las mujeres del acto quirúrgico, ya que la histerectomía es una experiencia compleja, multidimensional y las pacientes expresan la preocupación de la pérdida de sus órganos internos. Estas percepciones están en congruencia con un estudio similar realizado en Suecia que describe el “intenso anhelo de mantener el cuerpo intacto”, “la lucha con un cuerpo que falla” y preocupación por “la imagen corporal” (153).

La extirpación del útero tiene un gran significado para la mujer, tanto en la regulación de las funciones sexuales, fisiológicas, así como fuente de energía, vitalidad, de mantenimiento de la juventud (130, 134), existiendo concordancia con lo expresado por las mujeres del presente estudio. Ello es similar a lo expresado por las participantes en un estudio realizado en Irán, en el que informaron que la extirpación de un órgano femenino significaba perder un órgano vital que era importante para la auto descripción de las mujeres (154, 7).

Ello también se evidencia en las respuestas de algunas mujeres entrevistadas con relación al ámbito sexual, los cuales concuerdan con lo

reportado en la literatura respecto del posible impacto de la extirpación del útero en las funciones sexuales de la mujer, lo que estaría en relación con el acortamiento de la bóveda vaginal, alteración en los mecanismos neurales produciéndose denervación, disminución de la longitud y de la vasocongestión de la vagina y alteraciones útero-vaginales (29). Estas modificaciones pueden producir alteraciones en la respuesta sexual como pérdida del deseo sexual, la excitación y el orgasmo pudiendo afectar de manera significativa la calidad de vida (29). Estos resultados son concordantes con los hallazgos de una revisión narrativa sobre el efecto de la histerectomía en la función sexual de las mujeres en el postoperatorio que arrojó 5 categorías principales: deseo sexual, excitación, orgasmo, dispareunia y satisfacción sexual (15). También coinciden con los hallazgos de un estudio en el que participaron mujeres iraníes, quienes reportaron cambios en la función sexual, entre ellos, disminución del placer sexual durante el orgasmo; aumento de la sequedad vaginal; aumento de la contracción vaginal; temor al reinicio de las relaciones sexuales, inseguridad que puede darse por problemas psicológicos resultantes del entorno familiar y sexual (95).

Por otra parte, las mujeres relataron la preocupación de perder su capacidad reproductiva, ya que la histerectomía al poner fin la etapa reproductiva, afecta su feminidad, pudiendo provocar alteraciones de la autoestima, en la relación de pareja, conflicto con el medio social, entre otros (130). Ello coincide con lo reportado en otros estudios respecto a los trastornos experimentados por algunas mujeres posteriores a la histerectomía y su repercusión en la reproducción (155). Lo señalado es concordante con lo

expresado por las participantes del presente estudio “en ese momento me sentí mal, como mujer se desea tener una familia”, “ponte que me digan que ya no puedo tener hijos”, “usted sabe que como mujer ósea uno desea tener una familia”.

Por lo antes señalado, la histerectomía, no debería ser un proceso que se limite a la extirpación de un órgano interno, ya que puede generar una fuerte afectación a la autoimagen, autoestima y autovaloración de la mujer como tal, llevándola a inquietudes e interrogantes sobre su condición futura como mujer, en la reproducción, en su relación de pareja y con la sociedad (155). Por otra parte, la pérdida repentina de la menstruación posterior a la histerectomía y el gran significado de ésta para la mujer, como manifestación externa de fertilidad, le lleva a una controversia entre lo esperado y no deseado, creando sentimientos ambiguos y la alteración de perspectivas futuras (155, 156). Como lo expresado por las mujeres del presente estudio “quisiera saber cuándo me quiten el útero, voy a menstruar no voy a menstruar”, “yo tenía todavía el mes y si ya no tengo que será que ya no me va a venir más”, “voy a ser como un hombre que pasa de allí en adelante”.

Respecto de las emociones positivas y negativas, al tratarse de un tratamiento quirúrgico que se realiza para aliviar los síntomas dados por las diferentes patologías benignas, hay controversia en la evidencia positiva y negativa de la histerectomía (13), lo que fue evidenciado por las mujeres entrevistadas al sentir por una parte alegría y tranquilidad y por otra parte preocupación, miedo, tristeza, angustia.

En relación con los efectos positivos de la histerectomía, la literatura muestra los cambios en el posoperatorio, expresando las mujeres que "se sentían mejor", "se veían mejor", tenían "más energía y resistencia" y se sintieron "completamente aliviadas". De la misma manera lo reportaron las participantes del presente estudio, expresando "una alegría", "ya no avanzaba", "las molestias eran grandes, no podía hacer nada, la vejiga era seca" y "me siento tranquila en ese aspecto de una cirugía", expresando sus intenciones de mejorar su salud y su calidad de vida, que coinciden con los hallazgos en un estudio sobre la calidad de vida de la mujer histerectomizada (157).

Para aquellas emociones negativas a consecuencia de la histerectomía algunas de las entrevistadas en este estudio informaron que sería importante recibir apoyo psicológico ya que reportan estar "mal", "tristes", "preocupadas", "confundidas", "sin saber qué hacer, ni decir" y "con muchas cosas en la cabeza y confusión". Ello ha sido descrito por estudios que señalan que la histerectomía, puede causar una gran angustia en la mujer, reportando encontrarse "irritables", "de mal humor", "deprimidas" y "asustadas" o "temerosas" (158- 161), mostrando entonces su asociación directa con la alteración psicológica.

Otro aspecto importante para tomar en cuenta son las preocupaciones a la hospitalización, la administración de anestesia, entre otros procedimientos rutinarios, causando sensaciones de angustia y miedo en las mujeres, al igual que la incertidumbre de las posibles consecuencias quirúrgicas (136, 162), como lo indica una de las mujeres en el presente estudio "me toca aceptar con

resignación y no sé si quedare bien”. La literatura muestra un estudio prospectivo de cohortes multicéntrico entre 419 mujeres sometidas a histerectomía por indicación benigna y reporta que los factores psicológicos como el miedo quirúrgico y las expectativas negativas podrían ser predictivos de una peor recuperación postquirúrgica, debido a una asociación entre factores físicos y psicológicos (163).

Respecto de la Subcategoría “Conocimiento” se pudieron evidenciar las interrogantes e incertidumbres en relación con el acto quirúrgico, dando cuenta de la necesidad de que la mujer pueda disipar todo tipo de dudas en relación con su estado de salud, ya sea con el personal de salud, con otras mujeres y lograr de esta manera, la discusión sobre la histerectomía de manera abierta, relegando así cualquier estigma en relación con la histerectomía (158). La educación a pacientes antes, durante y después de la cirugía es fundamental para una recuperación sin complicaciones, siendo la histerectomía una intervención quirúrgica a la que se ha restado importancia por ser considerada como una intervención de rutina en los servicios de salud (46).

Orientaciones relativas a aspectos sobre anatomía del aparato genital y su funcionamiento, con sus consecuentes cambios por la cirugía, forman parte de las demandas de las mujeres y deben ser considerados por los profesionales como contenidos necesarios que deben ser incluidos en la información esencial que se entrega a las mujeres histerectomizadas (46), coincidiendo con los resultados de las experiencias de las mujeres entrevistadas. En un estudio realizado a mujeres histerectomizadas sobre los

aspectos que quisieran conocer, aparecen como los principales temas: cuidados de la herida operatoria, posibles complicaciones de la histerectomía y características de la patología causal (159); además se menciona que las mujeres fueron educadas en otros aspectos como: utilización de vendas profilácticas, tipo de anestesia y cuidados de la herida, de los cuales el más importante fue el cuidado de la herida, siendo este último aspecto mencionado por las mujeres del presente estudio como una de sus preocupaciones (159).

Igualmente existen necesidades de educación en relación a los efectos de la histerectomía en otras dimensiones de la vida de la mujer, en relación a la vivencia emocional, posibles secuelas psicológicas, sentimiento de pérdida y la autonomía en la elección del tratamiento (48).

Respecto de las subcategorías emergentes barreras de la educación y espiritualidad, la literatura señala que existen aspectos esenciales que deben complementar la prestación sanitaria, como lo es la identificación de necesidades educativas con contenidos dirigidos a favorecer la satisfacción de las mujeres (159). En relación a lo antes mencionado los hallazgos en el presente estudio se da cuenta que existió barreras en la educación, relacionadas con el temor de las mujeres a preguntar ante la posibilidad de ser cuestionadas, acompañada de vergüenza ante temas tan íntimos como la sexualidad y falta de libertad para aclarar dudas.

Con respecto a la información entregada por los profesionales manifiestan que debe ser información sencilla, administra de manera pausada, acorde a la edad, acompañada de mucha paciencia y en un lugar privado. En adición a ello en el estudio realizado en Suecia, reportaron que surge mucha

incertidumbre luego de la consulta clínica ya que no fueron resueltas dudas en relación al aparato genital, el enfoque quirúrgico, fecha de la cirugía, posibles complicaciones; agregan además la falta de confianza y miedo a la situación de salud. Mencionan el deseo de contar con material pictórico e información para llevar a casa y discutir con la familia, además de la necesidad de reforzar la información, ya que más tarde no recuerdan por el estado emocional en el que se encuentran. Acerca de los profesionales mencionan que deben considerar que todo es nuevo y desconocido para las mujeres, por lo tanto, la necesidad de la educación individualizada (12), dando cuenta que el acompañamiento de los profesionales de la salud permitirá estados de tranquilidad y confianza según lo expresado por las mujeres del presente estudio.

Finalmente, respecto de la espiritualidad, Cabness (164) menciona en su estudio como las experiencias espirituales de las mujeres histerectomizadas son muy significativas, ya que varias mujeres informaron "pedirle a Dios que sane mi cuerpo", ya que "Dios tiene el control", e indican "negociar con Dios", ante el miedo inminente a la muerte (158) y coinciden con lo expresado en este estudio.

#### **4.1.1 CONSTRUCCIÓN DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA PRESENCIAL CON APOYO TECNOLÓGICO**

De acuerdo a lo presentado, se puede evidenciar la necesidad de autocuidado en relación al proceso quirúrgico, aspectos de la sexualidad, calidad de vida, autoestima. Por tanto, para la elaboración de la intervención educativa de enfermería dirigida a mujeres que se ven afectadas por patologías de tipo benigna en el aparato reproductor, con tratamiento quirúrgico de histerectomía, se consideró como guía la Teoría del déficit del autocuidado de Orem.

Para el uso de los modelos conceptuales que orienten las actividades de enfermería se requiere de la construcción y aplicación de una estructura conceptual teórico empírica (CTE), la misma que permite la relación entre los conceptos de modelo, la teoría y las relaciones entre indicadores empíricos, constituyéndose en un método sistémico y racional para el proceso de enfermería (37).

Para ello se realizó la identificación de las necesidades/ demandas de autocuidado terapéutico en la fase cualitativa de este estudio, mediante la entrevista semiestructurada individual a las mujeres participantes, recogiendo información sobre el significado de la histerectomía y las necesidades educativas el periodo perioperatorio de histerectomía. Se identificaron además los requisitos del desarrollo que estarían definidos por cambios físicos, psicológicos, y sociales, que influyen en las acciones de autocuidado y están dirigidos a promover y mantener la salud como los controles médicos

periódicos, asistencia de salud adecuada, búsqueda de asesoramiento, conocimiento del estado de salud, manifestaciones clínicas, complementación nutricional, prevención de enfermedades transmisibles, apoyo emocional ante los efectos y complicaciones patológicas, superación de las deficiencias dadas por la edad (81); los requisitos de desviación de la salud, que son aquellos que están vinculados a los estados de salud y asociados a la regulación de las consecuencias y resultados de aquellas funciones perturbadas, en este caso referente al proceso quirúrgico de la histerectomía la que, de acuerdo a la revisión de la literatura y a lo señalado por las mujeres entrevistadas, genera una afectación en la función sexual, la modificación del autoconcepto y autoimagen y el conocimiento del proceso de salud enfermedad de la mujer (37). Ello fue evidenciado posteriormente a través de medición de la función sexual femenina, la calidad de vida relacionada con la salud y la autoestima.

Para cubrir las necesidades expresadas en la entrevista fue necesario determinar los factores condicionantes básicos, los mismos que permitieron establecer el estado de la agencia de autocuidado (80), mediante la elaboración de un perfil básico de las mujeres participantes: mujeres de 35 a 65 años, con diagnóstico de patología benigna como leiomiomas (en la mayor parte de los casos), dolor pélvico, sangrado genital, prolapso genital, de religión católica, con educación incompleta, casadas (18 años de convivencia, en promedio), con hijos, principalmente amas de casa y residente en sector urbano.

Por lo tanto, la Agencia del autocuidado se convierte en un proceso dinámico y participativo de las personas, mediante el procesamiento de los factores que deben ser controlados para contribuir a su propia autorregulación, para decidir sobre lo que puede y debería hacer, reflexionando sobre sus capacidades específicas y la responsabilidad en el cuidado de su propia salud, satisfaciendo los requisitos de autocuidado (79). La precisa identificación de los factores condicionantes básicos que se asocian con el autocuidado en pacientes, por parte de los profesionales de enfermería, permitirá estructurar intervenciones educativas específicas dirigidas a prevenir complicaciones derivadas de este problema.

La intervención en este estudio fue realizada por la tesista, profesional de enfermería, utilizando el método de educación a las mujeres del estudio (grupo experimental), a través de la estructura de la intervención educativa de enfermería, dirigida a prevenir las complicaciones derivadas de la histerectomía, para lo cual se identificaron las dimensiones prescriptivas, identificando los medios para ser utilizados y satisfacer las demandas de las mujeres en periodo perioperatorio de este estudio.

El diseño del sistema educativo, en este caso, fue una intervención educativa de enfermería individual presencial con apoyo de una página web y sirvió para guiar los cuidados preoperatorios, para la toma de decisiones, enseñar conocimientos sobre anatomía, entre otras definiciones, apoyar en el desarrollo de capacidades de autocuidado, medidas de protección de la autoestima, enseñar conocimientos sobre función sexual femenina y piso pélvico, aconsejar sobre alimentación y cuidados generales de la mujer.

Se consideró la incorporación del apoyo tecnológico, a través de una página web, ya que se ha reportado que las tecnologías de información pueden contribuir significativamente a la investigación de intervención al proporcionar medios nuevos e innovadores para aumentar el acceso a ellas, flexibilizar los modos de entrega y para su desarrollo de forma novedosa (91).

Para la planificación de operaciones de regulación se tomó en cuenta todos los aspectos necesarios para la entrega de la intervención educativa de enfermería, luego la producción del cuidado fue la implementación de la intervención en tres meses con 5 sesiones. En la primera sesión educativa se desarrollaron temas sobre la relación con la salud y la enfermedad, aspectos generales de la histerectomía, importancia de la calidad de vida y recomendaciones básicas para el ingreso.

En la segunda sesión educativa, que correspondía al día del ingreso hospitalario y prequirúrgico mediato, se incluyeron los temas sobre autoestima, alteraciones de la autoestima, la relación con el rol de la mujer y la feminidad (68). La tercera sesión educativa, en la cual se abordaron temas relacionados con el rol de la mujer, rol de pareja, función sexual y sexualidad placentera (24), coincidió con la visita clínica a la semana después de la cirugía.

Como complemento a la sesión antes mencionada, la cuarta sesión fue dedicada a la recuperación del suelo pélvico, para el entrenamiento y desarrollo del volumen muscular duradero y la recuperación del soporte estructural para el mejoramiento de la función sexual femenina (165). Esta sesión coincidía con la consulta clínica al mes posquirúrgico, la cual hace

referencia al fortalecimiento del piso pélvico, ejercicios de Kegel y sus beneficios. La quinta sesión educativa de enfermería estaba en relación a cuidados nutricionales y de higiene de la mujer como complemento a la atención sanitaria, en este periodo de la vida de mujer (166). Cada sesión educativa de enfermería presencial individual fue apoyada con la visita a la página web. Finalmente, las operaciones de control se realizaron a través del registro en el cuaderno de notas, escribiendo lo expresado por las pacientes, y con la medición post tes para verificar estadísticamente el efecto de la misma.

Tal como se ha señalado previamente, el desarrollo del contenido de la intervención y de la página web se realizó de acuerdo a las orientaciones de Sidani, et al., quienes describen elementos indispensables para identificar las características e inclusión de las personas que experimentan el problema, las características de los intervencionistas, al igual las características del contexto, los componentes y la dosis. Permitiendo de esta manera la implementación de la intervención, previo a una preparación y capacitación (88), en estrecha colaboración con el diseñador de la herramienta tecnológica.

La incorporación del apoyo tecnológico a través de la página web fue un elemento relevante, ya que es un valioso complemento en la atención sanitaria dando efectos positivos en la comunicación entre profesionales y pacientes (34). Por tanto, la atención basada en la tecnología debe ser diseñada para las personas y sus necesidades reales para lograr una aplicación exitosa. En este estudio para el funcionamiento de la página web se requirió de algunas

iteraciones a fin de realizar ajustes a su funcionalidad e implementación de la versión final.

El resultado de este proceso fue la intervención denominada “Libre Mujer”, inspirada en la búsqueda de libertad de las mujeres entrevistadas, eligiéndose el diseño de un girasol para acompañar la línea gráfica, utilizándose este nombre y logo para la denominación del dominio de la página web. Se consideraron aspectos de diseño, de acuerdo con las recomendaciones de Kelders (167) quién argumenta que este es un factor importante para la adherencia. En adición a ello, Ludden et al, señalan que un sistema que sea visualmente atractivo para sus usuarios y que les recuerde a sí mismos de alguna manera significativa, podrían ser más persuasivos y mejorar la aceptación y la adherencia a las intervenciones basadas en la Web (168).

#### **4.2 FASE CUANTITATIVA**

En primer lugar, se presentarán los análisis del perfil biosociodemográfico, las variables dependientes función sexual femenina, calidad de vida relacionada con salud y autoestima de las mujeres que participaron en la medición basal. Seguidamente se analizará la comparación al interior de cada grupo (comparación y experimental) y posteriormente el efecto de la Intervención educativa de enfermería individual presencial con apoyo de una página web.

## **4.2.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO**

### **4.2.1.1 PERFIL BIOSOCIODEMOGRÁFICO**

Al analizar la variable edad en años cumplidos de las participantes del estudio, la media para los dos grupos de mujeres sometidas a histerectomía correspondió a 47,62 años (DE=8,80), similar al promedio de edad encontrado en un estudio observacional realizado en pacientes histerectomizadas que asistían a la unidad de uroginecología en Venezuela (47,52 DE=7,2), reportándose una edad mínima de 36 años y una máxima 65 años (162), similar a las edades mínima y máxima de las participantes del presente estudio. Collins et al. reportan en su estudio realizado en hospitales ginecológicos de Suecia que la edad media de las mujeres histerectomizadas fue de 47,9, siendo el rango etario 35 a 65 años (153).

Respecto al número de años de escolaridad aprobados por las participantes del presente estudio, la media para los dos grupos es aproximadamente de diez años, lo que corresponde a educación general básica de diez años de instrucción educativa, de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura para Ecuador (169). Por tanto, la situación de escolaridad de las mujeres de este estudio es ligeramente superior al promedio de 8,9 años de escolaridad en el grupo de mujeres de 24 años y más en Ecuador (170).

Con relación a la escolaridad, un estudio de intervención realizado en mujeres histerectomizadas de China reportó que el 76% tenían una instrucción secundaria o inferior (171). Otro estudio realizado en varios centros de salud integrados en la comunidad en Surabaya en Indonesia

informó que las participantes tenían 9 años o menos de instrucción (172), al igual que el estudio de intervención educativa realizado en Irán en el cual el 63% de las mujeres tenían una educación por debajo del nivel de la escuela y secundaria (24). En relación con ello existen algunos estudios que establecen el riesgo de histerectomía con niveles más bajos de educación secundaria (173), en concordancia con lo reportado en un estudio realizado en Corea con mujeres residentes en zonas urbanas y rurales, en el que se reporta el aumento de histerectomías en mujeres con ingresos familiares más bajos y en mujeres con menor nivel educativo (secundaria o inferior) en comparación a mujeres con nivel educativo superior (5, 174). Lo señalado puede hacer suponer que un mayor nivel educativo permite acceder a más información relacionada con la salud, a la toma de decisiones más informadas y al consecuente cambio de estilos de vida para una mejor salud (165).

Lo antes mencionado da cuenta de la existencia de desigualdades en términos de acceso a la educación, y tiene implicancias en otros ámbitos, ya que las mujeres con niveles de educación más bajos tienen más probabilidad de realizar trabajos de bajos ingresos que podrían afectar negativamente su salud (165).

Con relación al estado civil o de pareja, cabe mencionar que tener pareja fue un criterio de inclusión para participar en este estudio, al igual que otras investigaciones en las que se estudió el efecto de intervenciones en mujeres sometidas a histerectomía y su efecto en las variables de interés (función sexual y calidad de vida) (24, 25). En la variable años de convivencia, se encontró que aproximadamente la mitad de las mujeres participantes, tienen

18 años de convivencia, tanto en el grupo experimental como en el grupo comparación. Por ello se podría suponer que las mujeres con mayores años de convivencia estarían en mejores condiciones para afrontar la posible vulnerabilidad que provoca la inminente cirugía, ya que las relaciones de pareja duraderas forman parte del soporte en el bienestar físico y mental de las personas. La ausencia de estas podría expresarse en forma de enfermedad o síntoma físico (175).

En relación al número de hijos, las participantes del estudio reportaron una media de 3,88 (DE 2,07) hijos para el grupo comparación y de 2,50 (DE 0,86) hijos para el grupo experimental, no reportándose mujeres sin hijos. Estas cifras sobrepasan levemente la tasa de fertilidad para Ecuador de 2,4 hijos en mujeres en edad fértil (176). La ausencia del útero después de la histerectomía, podría suponer una gran preocupación centrada en la terminación de la capacidad reproductiva, siendo reportado por las participantes del presente estudio sobre la importancia de la reproducción y que fue informado en la fase cualitativa.

Al analizar el lugar de residencia en las mujeres del estudio, la mayor proporción reportó vivir en la zona urbana (69,2 %), de la misma manera se reporta en un estudio observacional a mujeres intervenidas por histerectomía en el cual la mayoría de las mujeres vivían en la zona urbana (83,67%) (162). Por lo antes mencionado puede ser posible que las mujeres que viven en áreas urbanas tengan más oportunidad de atención médica y no deban navegar por el sistema de salud en busca de atención, ser diagnosticadas de

manera más temprana y recibir tratamientos más conservadores, para mejorar su salud.

En lo que refiere a la religión, se puede evidenciar que en su mayor porcentaje las mujeres se declaran católicas (84% grupo comparación y 65,4% grupo experimental), acorde a los datos reportados en el país que mencionan que el 80,4 % de las personas declaran ser católicas (177), siendo valores cercanos a los reportado en un estudio realizado en mujeres histerectomizadas en Venezuela donde el 85,71 % de las participantes se declaró católicas (162).

En relación a los ingresos económicos las participantes del estudio refirieron recibir 1 salario mínimo vital (425 US) como ingreso familiar mensual y corresponde a una proporción de 84,6 %, encontrándose en congruencia con los datos reportados a nivel nacional de 400,3 US mensual de ingreso laboral promedio para las mujeres ecuatorianas (178), dando cuenta que este ingreso mensual se encuentra por debajo de la canasta familiar mensual mínima requerida para una familia ecuatoriana que es de 728 US, agravando de esta manera la situación económica de las familias. De la misma manera se muestra en los reportes científicos de similares características y en un contexto diferente, que las mujeres informaron en un 88%, contar con un salario mínimo de equivalencia en su país (171). La revisión de la literatura da cuenta del riesgo de la histerectomía con relación a los bajos ingresos familiares y que puede llevar a la mujer a buscar atención médica más tarde y la consecuente progresión de la enfermedad. Además, otros reportes mencionan que las mujeres con bajo nivel socioeconómico tienden a tener

hábitos dietéticos poco saludable altos en grasas y de alimentos de bajo costo (179), constituyéndose estos en posibles factores de riesgos para el desarrollo de patologías benignas como los leiomiomas uterinos (166).

En relación con el diagnóstico prequirúrgico de las mujeres de este estudio, la mitad de las mujeres participantes en el estudio informaron leiomiomas o fibromas. Ello está en concordancia con los datos nacionales de Ecuador, que señalan que el diagnóstico de leiomioma uterino se encuentra entre las principales causas de morbilidad general de las mujeres, en el grupo de 30 a 64 años, y ocupaba para el 2020 el tercer lugar en la distribución general de morbilidad, y que actualmente se encuentra en el cuarto lugar, ya que por efecto de la pandemia la COVID-19 se incluye en el primer lugar (180). Ello es concordante con estudios realizados en otros países de Latinoamérica, Europa y Asia en los que se reporta que la indicación diagnóstica más frecuente para cirugía es leiomiomas (96, 162, 181).

Al analizar la situación ocupacional de las mujeres de este estudio, un 67,3 % se declara como amas de casa, seguido de trabajos informales y una proporción muy baja son profesionales, lo cual es concordante con los datos nacionales, que reportan que el 75% de mujeres no tienen empleo seguro (181). Esta situación ocupacional coincide con lo esperado, ya que ambos hospitales están destinados a la atención de mujeres que no disponen de seguridad social y no tienen relación de dependencia laboral. La revisión de otros estudios en una población no ecuatoriana, mencionan que las mujeres participantes en un 60 % no tenían ninguna ocupación y correspondían a amas de casa (171). De esta manera se puede observar la desigualdad para

la mujer en Ecuador, que se ve agudizada con los efectos de la pandemia y la crisis social, profundizando la desigualdad de género, una sobrecarga de trabajo no remunerado y de cuidados a la familia, la pérdida de ingresos y de empleos, llevando a la pobreza y la pérdida de su autocuidado en términos de salud de la mujer.

En otro ámbito, correspondiente a la disponibilidad de internet, es preciso recordar que fue un criterio de inclusión para participar en este estudio, al igual que en otros estudios de similares características (29). Respecto del manejo de internet y medios tecnológicos, en el presente estudio la disponibilidad de internet en el hogar fue reportado en un 92,3% de las mujeres y sobre la experiencia en el manejo de teléfono, tablet y computador se reporta poca (53,8%) y bastante (46,2%). Ello coincide que los datos disponibles para Ecuador que muestran el incremento en las cifras de personas que mantiene activado el teléfono celular en porcentajes que varían desde 83,6 % entre quienes tienen 35 a 44 años; 81,6 % entre los 45 a 54 años y 74,3 %, entre 55 a 64 años. Además, se reporta en las encuestas nacionales que el 69,5 % de mujeres utilizan internet con una tendencia al aumento dado por la necesidad de comunicación y búsqueda de información en temas de salud, de la misma manera se reporta que en el 2020 el porcentaje de hogares con acceso a internet aumentó 7,7 puntos porcentuales a nivel nacional (5,6 puntos en el área urbana y 13,1 en la zona rural) (183).

#### 4.2.1. 2 FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Tal como se ha señalado, la histerectomía se asocia con ciertas complicaciones anatómicas que pueden tener efectos en la función sexual (150), por lo tanto, en esta investigación se consideró como un resultado primario la función sexual femenina.

Con relación a ello, en la medición basal, las mujeres participantes en el estudio de ambos grupos presentaron, en promedio, puntajes inferiores a 26,55 por lo que se clasifica con disfunción sexual femenina (148) presentando mayor deterioro en las dimensiones deseo y excitación. Estos hallazgos son similares a un estudio realizado en una población femenina de mediana edad en otra provincia del Ecuador y que reportó un puntaje medio total de 20,10 (160). Otros estudios realizados en Latinoamérica reportan un deterioro en la función sexual femenina (148, 160).

En congruencia con los estudios anteriores se reporta en un estudio realizado en Turquía en mujeres histerectomizadas de 45 a 55 años edad distribuidas dos grupos, un deterioro mayor de la función sexual femenina (17.65 (DE 8.54) y 16.11 (DE7.70) (183), dando cuenta de una posible disfunción sexual, ya que los puntajes se encuentran por debajo del punto de corte de 26,55. Resultados similares se encontraron en el estudio de Hosseini, et al (24) en mujeres iraníes, quienes reportaron puntajes de 19,7 (DE 6,72 ) en el grupo experimental y 20,8 (DE 7,77) en el de comparación que dan cuenta de una posible disfunción.

El deterioro de la función sexual femenina podría estar relacionado con la existencia de alguna alteración clínica o provocada por los efectos de alguna enfermedad previa a la cirugía (184), o por alteraciones psicológicas asociadas a niveles altos de ansiedad, autoestima baja, comunicación marital deficiente, características predominantemente sumisas en función del género, nulas conductas asertivas, estilo de comunicación negativo, problemas conyugales, experiencias infantiles traumáticas y nula o deficiente información respecto de la sexualidad (185, 186).

Tal como se señaló previamente, en el presente estudio se reporta mayor deterioro en la dimensión deseo y excitación. Otro estudio de similares características ha reportado en la medición basal, en ambos grupos, que la dimensión con mayor puntaje es deseo (24) y que la dimensión que presentó el puntaje más bajo fue excitación. La limitada literatura en relación con las dimensiones de la función sexual femenina, en mujeres en el perioperatorio de histerectomía, no permite realizar comparaciones más específicas para ver el comportamiento de la función sexual.

Lo reportado por las participantes del presente estudio podría dar cuenta de la importancia del diagnóstico de la función sexual previo a la cirugía para identificar posibles alteraciones, ya que a nivel mundial se ha observado una prevalencia de alteraciones de la función sexual en la mujer, pudiendo alcanzar del 20 al 55% en la edad fértil, resultados que se encuentran influenciados por el diseño y la ejecución del estudio, considerándose que queda un porcentaje subestimado de problemas (185, 186).

Para la dimensión lubricación, en el presente estudio, se encontró similitud con los resultados de la medición previa a la cirugía realizada en el estudio de Hosseini et al. (30). En relación con esta dimensión, en mujeres ecuatorianas en edad media, se observa que tiene una media 3,3 (SD 2,6) (136), lo que es ligeramente mayor a los valores reportados en este estudio. Contrariamente un estudio en mujeres histerectomizadas (media de tiempo transcurrido desde la intervención 7 siete años), de mediana edad sexualmente activas, se reportó un valor medio más alto de 4,3 puntos y dan cuenta que esta dimensión es susceptible de mejora con el tiempo posterior a la histerectomía (160, 182).

En relación con las dimensiones orgasmo, satisfacción y dolor, en un estudio realizado en Alemania se observaron puntajes superiores para estas tres dimensiones y para el puntaje total, que lo reportado en el presente estudio, ya que se encontraban en el punto de corte 26,55 (96). En otro estudio realizado en Estambul, en mujeres menores a 65 años, se reporta en las dimensiones orgasmo, satisfacción y dolor puntajes promedio similares al presente estudio (17), dando cuenta que estas dimensiones son susceptibles a cambios. McRae et al. en un estudio aleatorizado doble ciego da cuenta que el mejoramiento de la función sexual puede depender del abordaje previo de sus expectativas en relación con la intervención quirúrgica, independientemente de si lleve a cabo o no el procedimiento, ya que las expectativas negativas pueden poner en riesgo el funcionamiento sexual y el impacto en cada una de sus dimensiones.

#### **4.2.1.3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**

La histerectomía tiene un gran efecto en la vida de las mujeres y posiblemente puede experimentar cambios en el estado emocional, en el estado físico, en el funcionamiento sexual y en la interacción social afectando de esta manera su calidad de vida (172), por lo que en este estudio se consideró incorporarla como resultado secundario.

En las mujeres participantes en el estudio, se encontró que, en ambos componentes físico y mental, los promedios obtenidos en la medición basal para el grupo experimental y comparación pueden ser considerados bajos, particularmente si se comparan con los reportados en mujeres ecuatorianas adultas de Cuenca (139). La diferencia puede deberse a que las mujeres del estudio de Cuenca no reportan patología ginecológica, a diferencia de las participantes del presente estudio, en el que la histerectomía podría tener efecto en el estado funcional y anímico en la mujer dando como consecuencia alteraciones en la calidad de vida.

Al comparar estos resultados con los de una investigación realizada en Suecia, en el cual se estudió a 4 grupos de mujeres sometidos a diferentes intervenciones de seguimiento post histerectomía, las mujeres en el pretest obtuvieron promedios similares en la calidad de vida a los reportados en el presente estudio, dando cuenta de una menor percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres en una medición preoperatoria (187). Por ello, se puede suponer que la inminente radicalidad de la histerectomía puede causar gran impacto en la calidad de vida de la mujer,

según lo reportado por las participantes en la fase cualitativa de este estudio, en la cual mencionan que la extirpación del útero significa la pérdida o alteración de la feminidad, la presencia de pensamientos negativos, alteraciones psicológicas y aislamiento de su entorno social, en concordancia por lo descrito en la literatura (188).

Al analizar los puntajes por escalas, cabe mencionar que los puntajes más bajos se encontraron en Dolor en el grupo experimental y en Salud general en el grupo comparación. Respecto de lo primero, este hallazgo difiere de los resultados del estudio a doble ciego con cuatro brazos realizado en Suecia que reporta en esta escala puntajes más altos en todos los grupos. Esta diferencia puede deberse a la percepción subjetiva sobre el dolor en las personas, la que resulta de la interacción de los factores psicológicos, fisiológicos y socioculturales. Por tanto, en la experiencia del dolor influyen las causas, la cultura, las experiencias y las emociones previas; dando como resultado un umbral y tolerancia variable, siendo diferente aun en la misma persona (189, 190).

Respecto de la Salud General, lo reportado en el presente estudio difiere de los hallazgos de la investigación realizado por Kassymova, et al, que reporta sobre esta escala puntajes promedio que varán entre 72,5-79,4, los cuales pueden ser considerados altos, evidenciándose una buena salud general (187). Estas diferencias pueden deberse a la percepción subjetiva que tienen las personas sobre la salud general que trascienden del nivel individual y biológico e integra aspectos psicosociales internos y externos, que pueden incidir en percepciones cambiantes sobre la salud. Para algunas mujeres el

cuerpo es percibido como un mandato de género en cuanto a la sexualidad, la estética y la reproducción y, la alteración de este dará como resultado distintas maneras de vivir y entender la salud y la enfermedad (191).

Con relación a los puntajes que integran el CSM (VT, FS, RE y SM), el puntaje más bajo en ambos grupos fue Rol emocional, dando cuenta de un mayor deterioro en esta escala, a diferencia de los datos del estudio de Kassymova et al. que muestran puntajes muy superiores (187). Las diferencias observadas en el rol emocional pueden estar relacionadas con el dolor físico que acompaña a este proceso quirúrgico, además la falta de información y educación previa al procedimiento quirúrgico. De la misma manera, influyen las creencias y mitos propios del entorno sociocultural y el significado de la histerectomía y cómo estos factores modifican la forma de ser, pensar y desenvolverse ante situaciones de presión causando alteración en el emocional (161).

De acuerdo a lo observado, los puntajes promedio que se obtienen en cada una de las escalas que integran los componentes de salud física y mental dependen en mayor medida de un deterioro de los aspectos físicos de las mujeres que pueden estar relacionados con el diagnóstico prequirúrgico, la sintomatología, presencia de comorbilidades subclínicas, alteraciones psicológicas y de orden social, las mismas que pueden mejorar con varios tipos de intervenciones en el periodo perioperatorio (192).

#### 4.2.1.4 AUTOESTIMA

En esta investigación se consideró como un aspecto fundamental incluir a la Autoestima, ya que los cambios negativos dados por la histerectomía, pueden originar frustración y crear en la mujer una desadaptación que ocasione desinterés, sentimientos de baja autoestima derivando en problemas psicológicos más graves (193).

El puntaje de autoestima general en las mujeres participantes de ambos grupos alcanzo un promedio que muestra una alteración de la autoestima. Al realizar la búsqueda de información publicada, se encuentra cierta concordancia con un estudio de tipo prospectivo en el cual las mujeres reportan un puntaje medio de 26 puntos encontrándose en valores cercanos al del presente estudio (194). A diferencia de los estudios antes reportados, otra literatura informa sobre un estudio de diseño cuasi experimental con dos grupos, que buscó medir el efecto de la educación previa y su impacto en el componente psicológico de las mujeres que serían histerectomizadas, reportando para el grupo control 21,2 y para el grupo experimental 20,8, siendo este valor promedio más bajo que el reportado por las mujeres del presente estudio (68), mostrando un mayor deterioro de la autoestima de estas mujeres.

Tal como se ha mencionado en apartados previos, las alteraciones psicológicas a la que se enfrenta una mujer con indicación de histerectomía es la depresión, ansiedad, alteraciones de autoestima y otros trastornos del ánimo, las que pueden producir afectación en la percepción con respecto a su

condición de salud luego de la cirugía y causar complicaciones en el post-operatorio (73), ello es concordante con los resultados del presente estudio.

### **4.3 EXPERIMENTO**

La enfermera al ser una profesional que es parte del equipo multidisciplinario de salud, imparte educación en situaciones desconocidas para las pacientes y familiares, dando como resultado un proceso de educación que implica una relación de intercambio de información entre el profesional que educa y la persona que aprende, para aclarar conceptos, resolver dudas, inquietudes, necesidades, entre otras, el mismo que debe ser administrado como un proceso educativo formal, a través de una intervención educativa para mejorar su condición de salud (195). Por lo tanto, intervenir es lograr cambios ya sea a nivel cognitivo, conductual y estos cambios se pueden medir, mediante una evaluación antes y después de dicha intervención (195). Autores recomiendan la ejecución de intervenciones realizadas por enfermeras para mejorar el apoyo a las mujeres y familias durante la recuperación, evitando de esta manera el estrés patológico y mejorar la calidad de vida (172).

#### **4.3.1 COMPARACIÓN AL INTERIOR DE CADA GRUPO**

Las puntuaciones de la función sexual femenina, analizadas al interior de cada grupo, mostraron que el grupo experimental mejoro el puntaje en la medición pos-test alcanzando significancia estadística. Pese a ello, la puntuación total se mantuvo inferior a 26,55 por lo que se clasifica con disfunción sexual

femenina (148). Para el grupo comparación, se reportó un promedio inferior en la medición pos-test en relación con su medición prequirúrgica. Estos resultados son consistentes con el estudio de Mahmoodi et al (25), en el cual en la comparación dentro de cada grupo la puntuación total de la función sexual mostró un aumento después de la intervención, sólo en el grupo experimental.

En relación a las dimensiones de la función sexual femenina, sólo en deseo y excitación las mujeres participantes del grupo experimental reflejaron una mejora significativa, a diferencia del estudio de Hosseini et al. (24) en el cual, en la comparación intragrupo, todas las dimensiones de la función sexual aumentaron significativamente en el grupo experimental, mientras que no se observaron cambios significativos en el grupo control.

En relación a las dimensiones que no lograron una mejora significativa en la comparación intragrupo (lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor), se puede argumentar en base a lo reportado en las investigaciones existentes que, sin ser concluyentes, mencionan los grandes efectos de la histerectomía en el funcionamiento sexual y consideran que en el acto quirúrgico se interrumpe la circulación de la sangre hacia la pelvis, lo que dificulta un adecuado proceso de encharcamiento de los vasos sanguíneos y consecuente disminución de la lubricación (196). De la misma manera se desconoce cuál o cuáles son las razones involucradas en la dimensión dolor de la función sexual femenina en las mujeres sometidas a histerectomía, sin embargo, se apunta a sustentar que la aparición de adherencias pélvicas en

el periodo de posoperatorio (162), sean las causantes de esta manifestación en la mujer en el momento de la actividad sexual.

Otro estudio que comparó los efectos del abordaje laparoscópico versus la vía vaginal para el manejo del cierre de la cúpula vaginal durante la histerectomía laparoscópica, reportó, en el ámbito de la función sexual femenina puntajes totales de 17,65 prequirúrgicas y 13,71 a los 3 meses en un grupo y 16,11 en una medición inicial y la segunda medición fue de 11,89 observándose un deterioro altamente significativo después del procedimiento quirúrgico, mostrando claramente el deterioro atribuible al tipo de acceso o técnica quirúrgica, ya que al momento de acceder a la cavidad uterina y extirpar el útero, pueden afectar otras estructuras pélvicas, dando como resultado alteración en la dimensión dolor. Cabe mencionar que estos grupos de mujeres estudiadas recibieron una atención tradicional y de rutina sin ninguna intervención educativa adicional, a diferencia de las mujeres del presente estudio (183).

En cuanto a las medidas resumen de la Calidad de Vida Relacionada con Salud analizadas, al interior de cada grupo, se encontró en la medida resumen del Componente de Salud Física una mejora significativa en el grupo experimental. En el grupo comparación el Componente de Salud Física también presentó una mejora significativa de menor magnitud, evidenciado por los tamaños del efecto. En relación con el CSM hubo una mejora significativa en el grupo experimental, no evidenciándose este cambio en el grupo comparación.

Con respecto a las escalas que conforman el CSF y el CSM en el grupo experimental todas mostraron una mejora significativa, evidenciándose una mejora mayor en salud general y rol emocional. Al observar al grupo comparación, no se evidenciaron mejoras significativas en el grupo comparación entre la medición pre y pos-test. Las diferencias encontradas se podrían atribuir a la intervención educativa de enfermería individual presencial, en la cual se integraron aspectos enfocados a la calidad de vida, a la relación de la salud y la enfermedad y cuidados perioperatorios, la que incluyó el acompañamiento individualizado de un profesional de enfermería a fin de contribuir a disminuir el estrés y las preocupaciones (163), contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las mujeres que fueron sometidas a histerectomía.

El resultado observado en la variable Autoestima da cuenta de un mejoramiento significativo en el grupo experimental, considerándose el puntaje final como elevada. Ello difiere del estudio sobre el efecto de la educación previa a la cirugía sobre la autoestima (68), y que reveló que las puntuaciones de autoestima antes y después de la histerectomía fueron similares en el grupo de intervención.

#### **4.3.2 EFECTO DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Con relación a la variable función sexual femenina, las mujeres de este estudio tuvieron un puntaje total mayor luego de la intervención ( $p=0,0153$ ), siendo el tamaño del efecto pequeño. Al observar la magnitud de los cambios

en las dimensiones que conforman la función sexual en este estudio se pudo encontrar diferencias significativas en el deseo, orgasmo y satisfacción, siendo un tamaño de efecto pequeño. Sin embargo, en relación con el tamaño del efecto, el efecto de una intervención mostrado por un ensayo clínico de pequeña magnitud puede ser clínicamente significativo si la intervención no es tóxica, es fácil de administrar y útil para una condición que es de importancia para la salud pública (197). No obstante, se deben considerar explicaciones alternativas para los hallazgos de este estudio, así como que la formulación de investigaciones con muestras más grandes puede reportar que los efectos sean mayores.

Se ha informado en un estudio similar, que incluyó un programa educativo basado en el modelo PRECEDE, un mejoramiento en el funcionamiento sexual femenino después de la histerectomía, reportando diferencias significativas en el puntaje global y en las todas dimensiones ( $p= 0,001$ ). Ello da cuenta de la importancia de las intervenciones educativas, concluyendo Hosseini et al. que la obtención de conocimientos adecuados, una actitud positiva hacia los asuntos sexuales después de la histerectomía, la adquisición las habilidades, logran seguridad en la mujer y su consecuente mejora en la función sexual (24).

Otro estudio que investigó el efecto de la consejería individual basado en el modelo *EX-PLISSIT* en la función sexual femenina de las mujeres histerectomizadas reportó una mejora en el funcionamiento sexual en el grupo experimental, en el puntaje total y en todas las dimensiones, a pesar del

limitado número de sesiones por tratarse de estudio piloto, con un modelo no probado en este grupo de mujeres (173).

Al analizar los cambios a nivel de cada una de las dimensiones de la función sexual, la revisión narrativa de Danesh et al. (15), menciona que algunos estudios reportaron la disminución del deseo sexual después de la intervención quirúrgica, falta de interés sexual a largo plazo, falta de la libido sexual, preocupaciones en las relaciones sexuales reportadas después de la histerectomía, disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales, actividad sexual disminuida acompañada de depresión. Respecto del orgasmo Danesh et al. (15) menciona que el 13 % de las mujeres tuvieron una disminución en la intensidad del mismo después de la cirugía, acompañado de disminución del placer o ausencia del mismo, llevando a relaciones sexuales desagradables. En relación al dolor, los autores de la revisión reportaron alteración en esta dimensión, asociada al acortamiento, estrechez y disminución de la lubricación vaginal, lo cual causa dispareunia al momento del coito, alterando el funcionamiento sexual, provocada la histerectomía pudiendo tener alguna relación con los diagnósticos prequirúrgicos. Ello refuerza que la atención de salud debe ser integral y estar basada en las necesidades de las mujeres que viven esta experiencia, para prevenir o disminuir complicaciones posquirúrgicas de la función sexual de la mujer.

Por otra parte, la literatura también reporta que existen dimensiones más alteradas de la función sexual como el deseo y el orgasmo, las que tienen una relación directa con el daño anatómico en el momento quirúrgico (149). Las mismas que en el presente estudio tuvieron una mejora significativa en las

participantes del grupo experimental, atribuible a la intervención de enfermería.

La intervención educativa de enfermería no alcanzó a tener un efecto sobre las dimensiones excitación, lubricación y dolor. Respecto de la dimensión excitación, Goetsh et al., (94) informó que el 25 % de las mujeres tenía disminución en esta dimensión. En esta misma revisión se reportaron problemas relacionados con la excitación sexual disminuida después de la histerectomía, conjuntamente con sequedad vaginal y contracciones vaginales anormales, acompañada de falta de lubricación, disminución de la satisfacción y disminución de la frecuencia sexual (163). Se deben considerar las técnicas y el tipo de extirpación del útero (parcial, total o radical) y la afectación de otros tejidos circundantes que posiblemente se pueda asociar con la alteración de la dimensión excitación de la función sexual (198).

Por lo tanto, la literatura existente recomienda incluir programas de entrenamiento del músculo pubocoxígeo, acompañado de programas de orientación que permitan describir y explicar el funcionamiento sexual para lograr mejorar todas las dimensiones (199). Y en concordancia con lo que sugiere en el estudio de Danesh et al. (15), la capacitación basada en la evaluación de necesidades como solución importante para preparar a estas mujeres a enfrentar las complicaciones sexuales y su posterior mejoramiento.

Respecto a la dimensión lubricación en el presente estudio, en la medición pre- test, se reportó un puntaje bajo y en la medición post- test se evidenció una ligera mejoría. Esta condición puede estar relacionada con la ausencia del útero, ya que las contracciones uterinas son las responsables de la

excitación y posterior lubricación y, por tanto, al existir interrupción de la circulación sanguínea, a consecuencia de la sección de los grandes vasos que irrigan al útero, ello puede contribuir a su alteración (196). En relación con el dolor se ha sugerido que el plexo del nervio hipogástrico inferior, que contiene importantes nervios simpáticos y parasimpáticos que inervan directamente los órganos genitales, puede dañarse durante la cirugía y afectar de manera significativa esta dimensión (17).

Con relación a lo antes declarado un estudio en Alemania en mujeres hysterectomizadas que incluyo entrevista telefónica estandarizada, reporto que la dimensión dolor fue la más afectada en los dos grupos estudiados (200). Ello puede estar relacionado con la afectación anatómica de la sexualidad a consecuencia de la hysterectomía. Se han observado como factores protectores de la dimensión del dolor el estado civil casada y el nivel de instrucción (162). Esta dimensión, en las participantes del presente estudio, pudo haber sido afectada por el tipo de maniobra quirúrgica y su consecuente alteración del dolor, al ser una experiencia sensorial y emocional que se puede transformar en síntomas físicos. Otro aspecto que se puede asociar es la gravedad del diagnóstico y la calidad de vida previa a la hysterectomía (198).

En relación a lo señalado, la literatura muestra la posible asociación entre la hysterectomía y los problemas con la función sexual, ya que su abordaje puede causar complicaciones de tipo anatómicas, sugiriendo frenar su uso aparentemente seguro y rutinario de la hysterectomía abdominal y optar por procedimientos menos invasivos como las hysterectomías laparoscópicas (201).

En adición a ello hay estudios que abordan los efectos de la histerectomía en la fisiología de la respuesta sexual, ya que como en cualquier procedimiento quirúrgico puede ocurrir complicaciones, que incluyen lesiones a estructuras anatómicas como al sistema genital, urológico, intestinal, y estructuras nerviosas, dando como resultado complicaciones como la disfunción sexual femenina. En concordancia con lo antes mencionado la literatura muestra un estudio de revisión, el cual tuvo como objetivo conocer sobre las complicaciones anatómicas dadas por la histerectomía. Se lograron establecer las complicaciones a nivel genital como la dispareunia que se relacionan con la extirpación del cuerpo uterino y el cuello uterino y pueden conducir a una cúpula vaginal más corta, que a su vez puede resultar en dispareunia severa y sensación alterada durante las relaciones sexuales acompañada del tejido cicatricial resultante de procedimiento quirúrgico el mismo que se forma en la bóveda vaginal pudiendo contribuir a lo antes mencionado Ramdhan et al. (202).

En relación a la disminución o ausencia del orgasmo, el útero y el cuello uterino son vitales para la fisiología del mismo, ya que se cree que es un sistema de reflejo genital neurológico. El sistema de contracción empieza en el músculo liso de las trompas de falopio, útero y las glándulas parauretrales de Skene, provocadas como respuesta motora bifásica de los músculos estriados del suelo pélvico, el perineo y el esfínter anal. De tal manera se supone que el orgasmo se produce cuando las contracciones de los genitales internos (útero, cuello uterino, vagina y trompas de falopio) envían un estímulo sensorial que llega al cerebro y es reconocido conscientemente. Por tanto, la

extirpación del útero y el cuello uterino podrían interferir con esta cadena de eventos, lo que posiblemente da como resultado en la incapacidad de lograr orgasmo. De la misma manera los nervios autónomos pélvicos que inervan a la pared vaginal, podrían estar en riesgo de lesión iatrogénica durante el acto quirúrgico de la histerectomía, y den como consecuencia la disminución de la lubricación, resequedad vaginal, ruptura vaginal y vasocongestión durante la excitación sexual, lo que resulta en una angustia significativa para la mujer que vive este proceso (202).

La literatura muestra, en una revisión sistémica de ensayos clínicos cuyo objetivo fue analizar el impacto de la histerectomía en la calidad sexual y la existencia de diferencias según el procedimiento quirúrgico (abdominal o vaginal) en pacientes con patología benigna, efectos negativos que dan cuenta que entre el 15 y el 30% de mujeres experimentaron deterioro, como efecto secundario relacionado con la alteración anatómica y los factores psicológicos relacionados con la pérdida del órgano femenino. Mencionan además la importancia de más estudios con tamaños de muestra adecuados, diseños similares y herramientas de evaluación estandarizadas (203). Por lo antes mencionado en esta revisión se concluye que las pacientes de histerectomía deben ser informadas sobre las posibles complicaciones anatómicas de este procedimiento y su afectación en su estilo de vida y comodidad (202).

En China un estudio de cohorte retrospectivo, con pacientes con tumores benignos del útero, busca saber los cambios luego de la cirugía los principales hallazgos fueron una disminución de la satisfacción con su vida sexual, una

frecuencia reducida de la actividad sexual, una disminución de la libido, disfunción del orgasmo y un aumento de la dispareunia. Los datos preliminares indicaron que la histerectomía altera las estructuras anatómicas, la inervación y el riego sanguíneo del piso pélvico, lo que teóricamente podría alterar la función sexual (204).

En consecuencia, el apoyo del equipo de salud, el acompañamiento de la pareja sexual y el apoyo psicológico antes y después de la cirugía, podría ser atribuible para una mejor adaptación a los posibles problemas postoperatorios.

En relación al presente estudio no se logró alcanzar, mejora significativa en todos los dominios de la función sexual, a saber, excitación, lubricación y dolor, posiblemente debido a la falta de combinación de la educación sexual y capacitación en habilidades sexuales en la intervención, junto con la atención a los factores tales como actitudes y requerimientos que pueden afectar la función sexual, los mismos que fueron incluidos en otros estudios (24).

Respecto de la duración de las sesiones que conformaron la intervención educativa, se desarrollaron 5 sesiones con diversos contenidos, de las cuales 2 estuvieron en relación al asesoramiento de aspectos de tipo sexual con una duración de 30 minutos, a diferencia de otros estudios que las sesiones son 5 y duraron 45 a 60 minutos, dando cuenta de la necesidad de disponer de mayor tiempo para tratar temas delicados y sensibles, pudiendo ser las razones por las cuales no se obtuvo el resultado esperado en algunos dominios.

En el presente estudio, también se pudo observar que, al comparar las mediciones del período preoperatorio, con el posoperatorio de las mujeres que conformaron el grupo comparación, tuvieron una disminución en sus puntajes totales de FSFI en el tercer mes después de la histerectomía, confirmando que las intervenciones de tipo educativa antes, durante y después de la histerectomía pueden mejorar la función sexual a pesar de los daños anatómicos causados por la cirugía. Este hallazgo es consistente con los estudios que incluyeron modelos educativos de tipo conductual PRECEDE (24) y modelos de educación sobre la función sexual *EX-PLISSIT* (25). Otro estudio informó un efecto negativo en la función sexual, al realizar las comparaciones entre el inicio y el seguimiento posterior a los 3 meses, en las pacientes sometidas a histerectomía abdominal (96).

En general, las pacientes del presente estudio no recibieron información previa por parte del equipo de salud como parte de la atención de rutina, sobre su salud sexual, las consecuencias de la histerectomía, las definiciones y consecuencias de la cirugía en materia sexual de manera integrada. Las mismas que fueron abordadas por la tesis en la intervención educativa.

Respecto de la Calidad de vida relacionada con salud en las dos medidas resumen Componente de Salud Física y el Componente de Salud Mental se observó una mejora considerable en las participantes de este estudio, pudiendo atribuirse a la intervención, detectándose un efecto mediano. Con relación a lo antes expuesto un grupo de investigadores suecos realizaron un ensayo multicéntrico aleatorizado en el cual se ofreció una intervención de enfermería que incluyó contacto telefónico de coaching planificado y

mantenido por la enfermera en el preoperatorio, día después del alta y luego una vez por semana durante 6 semanas. Reportaron no alcanzar cambios significativos en las medias resumen CSF y en CSM y sus diferentes escalas, pese a que se observó una leve mejora en el grupo asignado para la intervención de enfermería (187).

Es posible que los resultados del presente estudio sean atribuibles a que la intervención de enfermería incorporó, durante su desarrollo, la perspectiva de las mujeres, a diferencia del estudio sueco en el cual el programa de coaching no había sido estrictamente validado ni tampoco se había evaluado el valor personal percibido por las pacientes. Por tanto, la incorporación de las necesidades de las mujeres en el desarrollo de las estrategias de intervención puede haber influido en los resultados.

En relación a lo antes mencionado en el presente estudio se puede observar al interior de cada componente de la CVRS, las escalas alcanzaron puntuaciones superiores en la medición post- test en comparación a un estudio realizado a una población ecuatoriana que describe la CVRS según grupos de edad y sexo, dando cuenta del efecto de la intervención (139). La intervención educativa enfermería del presente estudio integró aspectos importantes enfocados a la calidad de vida, sumado el acompañamiento individualizado de la profesional de enfermería durante todo el periodo perioperatorio.

La literatura es muy limitada en cuanto a estudios sobre el seguimiento a las mujeres histerectomizadas con intervenciones conductuales, intervenciones centradas en las emociones, educativas en el ámbito sexual,

entre otras, que tienen el fin de medir la calidad de vida relacionada con salud de las mujeres histerectomizadas, ya que gran parte los estudios realizados se encuentran dirigidos hacia la búsqueda de otros aspectos como técnica quirúrgica, tipos de anestesia, entre otros (29, 93, 187, 205). Se necesitan estudios bien diseñados para evaluar el efecto clínico, psicológico de las medidas para mejorar la recuperación posoperatoria y estudiar las hipótesis derivadas de estudios cualitativos sobre las demandas, expectativas y solicitudes de los pacientes para decidir si estas preferencias tienen efectos medibles en los resultados clínicos y para garantizar que los recursos de atención de salud se utilicen de manera óptima (187).

Al observar el efecto de la intervención de enfermería en la variable Autoestima se informa una mejora en el puntaje total y corresponde a un efecto moderado, que se puede atribuir a la intervención en el grupo experimental. En concordancia con el presente estudio, basado en una intervención educativa de enfermería, la literatura muestra un estudio realizado en Turquía con 60 mujeres divididas en 2 grupos, uno de ellos recibió de manera adicional la atención educativa de enfermería antes y después de la histerectomía, encontrándose que aumentó la percepción positiva del cuerpo y por lo tanto la autoestima no se vio afectada a causa de la intervención (68).

En un estudio realizado para determinar la afectación psicológica en mujeres con histerectomía, se mencionan mejoras significativas aduciendo que la mujer interpreta esta cirugía como una forma de cuidar de sí misma, existiendo un aumento de su autoestima y además un alivio en la

sintomatología física que experimentaban de manera previa al procedimiento (161). Por tanto, la atención de enfermería debe estar incluida en el primer momento de hospitalización de la paciente (22) y ser parte de los procesos de atención diarios. Siendo mencionado en la literatura, que las mujeres no están adecuadamente informadas antes de la cirugía, debiendo darse el asesoramiento oral y escrito a través de procesos educativos (206).

Los hallazgos positivos pueden explicarse por el efecto de la intervención en el período perioperatorio proporcionado al grupo de intervención. Es posible pensar que la autoestima en las mujeres se debe al efecto del entorno social y miedo de no ser aceptadas socialmente, este aspecto relacionado directamente con una imagen corporal deteriorada (161). Es importante destacar, que factores que predisponen la aparición de estos trastornos, son el manejo de la ansiedad pre y postoperatoria, destacando, además, que la información entregada antes del procedimiento, tiene un gran valor en la prevención en la disminución de la autoestima y el posterior desarrollo de trastorno de depresión y/o ansiedad o problemas patológicos (207).

Por lo mencionado antes y en relación al efecto que tienen las intervenciones sobre la salud de las mujeres, un estudio en el cual participaron 50 pacientes que se sometieron a histerectomía, y se repartieron en dos grupos: experimental, al que se administró un paquete de educación que incluía: 1) enseñanza y pruebas preoperatorias (24 a 72 h antes de la cirugía y una lista de verificación sobre qué llevar al hospital), 2) cirugía ginecológica, día de la cirugía (tratamientos, medicamentos, actividad y dieta) y 3) cirugía ginecológica, primer día después de la cirugía hasta el alta (tratamiento,

medicamentos, actividad y dieta) en el cual se encontraba una enfermera interviniendo para mejorar la salud sexual de la mujer, versus el grupo control que recibió la atención estándar, arrojó resultados sobre la atención recibida la cual fue catalogada como muy buena a excelente en un (92%) de las mujeres participantes (102).

La intervención educativa de enfermería individual con apoyo de una página web “libre mujer” tuvo como objetivo “Conocer las necesidades educativas de las mujeres a partir del significado otorgado a la histerectomía durante el periodo perioperatorio, para desarrollar una intervención educativa de enfermería basada en el autocuidado y determinar su eficacia en el mejoramiento de la función sexual femenina, calidad de vida relacionada con salud y autoestima de las participantes” como resultado de la intervención basada en la teoría de Orem y el Modelo PLISSIT.

Es importante destacar que en el presente estudio la intervención educativa fue diseñada de acuerdo con las necesidades de las mujeres, incorporando adicionalmente una herramienta tecnológica, relevando la importancia de generar tecnologías centradas en las necesidades y requisitos de los usuarios, a fin de brindar un apoyo a las personas en el proceso de autocuidado generando un impacto positivo en su condición de salud (208). Se visualiza además que el presente estudio propone campos de oportunidad para las enfermeras en el liderazgo de procesos educativos innovadores en el ámbito de la enfermería ginecológica, ya que en esta área son limitados los estudios de intervención en las variables estudiadas y utilizando un enfoque de métodos mixtos.

Cabe mencionar como un aspecto positivo la escasa pérdida de participantes en el grupo experimental durante el desarrollo de la intervención (7.6%), inferior a lo observado en otros estudios. Esta retención pudo deberse a la presencia de la tesista en todo el periodo perioperatorio, a la planificación cuidadosa de las sesiones educativas, la superación de barreras relacionadas con el miedo, vergüenza y la desconfianza, a la comunicación eficaz, y al logro de compromisos con las pacientes.

Los prometedores resultados de la intervención educativa de enfermería individual con apoyo de una página web "Libre mujer", posibilitan el planeamiento de nuevos estudios que incorporen algunos elementos como: la participación de todo el equipo de salud; el fomento de la educación en todo el periodo preoperatorio como parte de la atención de las mujeres; incluir a la pareja sexual; incluir a mujeres que puedan haber quedado fuera del estudio (pacientes con comorbilidades, programadas para cirugía laparoscópica) y pudieron ser representativas y aumentar el número y tiempo de las sesiones. Ello permitirá a futuro el desarrollo de estudios de intervención de Fase III que corresponden a estudios de eficacia, y posteriormente a estudios de fase IV de efectividad, a fin de proyectar a futuro su transferencia a la atención habitual a nivel del Sistema Nacional de Salud.

## 5. CONCLUSIONES

En relación a la presente investigación, se concluye:

**Respecto de conocer las necesidades educativas de las mujeres a partir del significado otorgado a la histerectomía durante el periodo perioperatorio**

Los hallazgos permiten concluir, que la histerectomía significa cambios en la salud, el cuerpo de las mujeres, en sus órganos sexuales, además la pérdida de la feminidad, la reproducción y la sexualidad y existe la búsqueda de la salud, la resolución de la enfermedad y la vida. En relación con el conocimiento, las pacientes mostraron dudas en aspectos generales del procedimiento y los efectos de la histerectomía, Además, se muestra que la entrega de la información por parte de los profesionales a las pacientes debe ser clara, sencilla, concreta y tiene que partir de sus necesidades individuales.

**Respecto de la evaluación de la eficacia de la Intervención educativa de enfermería dirigida al grupo experimental versus el abordaje tradicional en el grupo comparación en:**

**Función sexual femenina**

Comparación entre grupos:

En las mujeres del grupo experimental después de la intervención se observó una mejora significativa en el puntaje global del Índice de Función Sexual Femenina, con respecto al grupo comparación.

Respecto de los dominios, se presentó una mejora significativa en el deseo, orgasmo y satisfacción con respecto del grupo comparación.

### **Respecto de la calidad de vida relacionada con salud**

Comparación entre grupos:

Las mujeres del grupo experimental después de la intervención mejoraron significativamente, con respecto al comparación, los puntajes de los componentes física y mental de la calidad de vida relacionada con salud.

### **Con relación a la autoestima**

Comparación entre grupos:

En las mujeres del grupo experimental después de la intervención se observó una mejora significativa en el puntaje de autoestima, con respecto al grupo comparación.

En síntesis, los resultados significativos indicaron que se pueden atribuir a la intervención educativa de enfermería individual con apoyo de una página web, basada en las necesidades de las mujeres que se encuentran en este periodo perioperatorio de histerectomía, el mejoramiento de la función sexual, la calidad de vida y la autoestima.

## 6. LIMITACIONES

1. Al ser un estudio cuasi experimental puede haber sido propenso al sesgo debido a la no aleatorización de los grupos.
2. En este estudio hay que considerar posibles necesidades que no fueron incorporadas, dado que las mujeres pudieron no ser representativas de otras potenciales usuarias.
3. Al ser este estudio piloto se convierte en un primer paso para comprender las necesidades de la mujer en el periodo perioperatorio, por lo que no se podría generalizar los resultados.
4. La aplicación de instrumentos como el Índice de función femenina, dada la naturaleza privada de las relaciones sexuales, puede generar en las mujeres vergüenza y llevar a respuestas incompletas.
5. Aunque se realizó la recolección de datos de la fase cuantitativa una semana antes de la cirugía para evitar la ansiedad, es posible que algunas pacientes aún se hayan visto afectadas. Por lo tanto, se reconoce que dicha ansiedad preoperatoria puede haber afectado las puntuaciones de la función sexual, calidad de vida y autoestima preoperatorias.
6. El retraso en el inicio de la fase cualitativa y la cuantitativa dados por las medidas de restricción a las unidades operativas por la pandemia de la Covid-19 y la suspensión de tratamientos quirúrgicos de patologías benignas.

## 7. FORTALEZAS

Durante la realización de estudio se ha observado que la empatía, las habilidades de comunicación, un trato coherente y con sentido común son necesarios para facilitar la participación en una investigación sobre sexualidad, calidad de vida y autoestima de las mujeres histerectomizadas.

Existe la necesidad de establecer la intervención educativa de enfermería en la atención ginecológica de las mujeres en periodo perioperatorio de histerectomía, con sesiones educativas de 30 minutos, individualizada, para establecer un proceso educativo en el cual se aborden temas necesarios en la comprensión del proceso quirúrgico y su implicancia en la salud sexual, calidad de vida y autoestima.

La eficacia de la intervención también dio cuenta que debe existir este espacio de comunicación entre la paciente y el profesional de enfermería, en un ambiente adecuado, privado, de confianza, con una escucha activa y basados en el respeto. Para lograr procesos de cambio en las mujeres que viven esta experiencia.

## 7. SUGERENCIAS

### A los proveedores de salud

- Integrar a la atención clínica las intervenciones innovadoras de tipo educativas individuales con apoyo de herramientas tecnológicas (página web), como parte del proceso de atención dentro del sistema sanitario de tercer nivel de atención, con la participación de todo el equipo de salud.
- Incorporar la evaluación del funcionamiento sexual, la calidad de vida y la autoestima, como aspectos fundamentales para evaluar y comparar el resultado clínico del procedimiento de histerectomía, debido a las escasas investigaciones sobre este tema que incluyan intervenciones.
- El enfoque mixto exploratorio secuencial de este estudio puede proporcionar una base aceptable para diseñar intervenciones para mujeres que se someten a una histerectomía y puede ser considerado por planificadores de salud.
- Destinar espacios apropiados para las intervenciones educativas, en los cuales la mujer se sienta libre, cómoda y en un ambiente de confianza, para que pueda expresar sus necesidades en la atención de la salud.

### Profesional

- En la gestión del cuidado se debe integrar aquellos aspectos que preocupan a las mujeres en el periodo perioperatorio de histerectomía, relacionados con la función sexual, la calidad de vida y la autoestima, los mismos que contribuirán a garantizar una atención de enfermería integral.

- El diseño y desarrollo de intervenciones educativas de enfermería con apoyo de tecnologías de información y comunicación, con el objetivo de que formen parte de los procesos educativos formales para la toma de decisiones en la resolución de los problemas sexuales que acontecen en esta etapa de la vida de la mujer y permita la búsqueda de nuevos roles para la enfermera dentro del equipo de salud, liderando procesos de transformación en la atención sanitaria, encaminada a aprovechar el gran capital que representa la educación en la profesión de enfermería

### **Disciplinar**

- Llevar a la práctica las teorías de enfermería aplicadas a intervenciones educativas de enfermería innovadoras que permitan incrementar el conocimiento en la disciplina de enfermería, mediante el desarrollo del pensamiento crítico en el cuidado de enfermería aplicado a la atención sanitaria.
- Las investigaciones científicas son el capital importante de conocimiento que alimenta a la disciplina de enfermería, para su fortalecimiento dentro del campo de la ciencia y aun más las que contemplan un enfoque mixto exploratorio secuencial con intervenciones de enfermería.
- Finalmente, es importante destacar que estos hallazgos, aunque limitados en su alcance, permite una aproximación a este procedimiento quirúrgico incorporando la importancia de la participación de la mujer, tomando en cuenta su forma de comprender lo que ocurre, que sin duda será la que guiará la atención de salud.

## 9.REFERENCIAS

1. Dave A, Yi J, Boothe A, Brashear H, Byrne J, Gad Y. Listening to the HysterSisters: A Retrospective Keyword Frequency Analysis of Conversations About Hysterectomy Recovery. *JMIR Perioper Med.* 2019;2(2):e10728. Published 2019 Sep 26. doi:10.2196/10728
2. Salmanov AG, Vitiuk AD, Hrynchuk SY, et al. Vaginal cuff infection after hysterectomy in ukraine. *Wiad Lek.* 2021;74(2):196-201.
3. Dedden SJ, Geomini PMAJ, Huirne JAF, Bongers MY. Vaginal and Laparoscopic hysterectomy as an outpatient procedure: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017; 216:212-223. doi:10.1016/j.ejogrb.2017.07.015
4. Hammer A, Rositch A, Kahlert J, Gravitt P, Blaakaer J, Sogaard M. Global epidemiology of hysterectomy: possible impact on gynecological cancer rates. *Obstet Gynecol.* 2015; 213(1):23-29
5. Prusty R, Choithani C, Gupta S. Predictors of hysterectomy among married women 15-49 years in India. *Reproductive health.* 2018; 15(1):3.
6. Brölmann H, Bijdevaate A, Vonk A, Janssen P, Huirne J, et al. Hysterectomy or a minimal invasive alternative? A systematic review on quality of life and satisfaction. *Gynecological Surgery.* 2010; 7(3):205-210.
7. Couto D, Nápoles D, Mustelier H. Menopausia inducida quirúrgicamente. *Medisan.* 2012 [citado 2019 Mayo 23]; 16(12):1906-

1914.

Disponibile

en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012001200013&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001200013&lng=es)

8. As-Sanie S, Till SR, Schrepf AD, et al. Incidence and predictors of persistent pelvic pain following hysterectomy in women with chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol.* 2021;225(5):568.e1-568.e11. doi:10.1016/j.ajog.2021.08.038
9. Wallace K, Zhang S, Thomas L, Stewart EA, Nicholson WK, Wegienka GR, Wise LA, Laughlin-Tommaso SK, Diamond MP, Marsh EE, Jacoby VL, Anchan RM, Venable S, Larry GM, Lytle B, Wang T, Myers ER. Comparative effectiveness of hysterectomy versus myomectomy on one-year health-related quality of life in women with uterine fibroids. *Fertil Steril.* 2020 Mar;113(3):618-626. doi: 10.1016/j.fertnstert.2019.10.028
10. Beyan E, İnan AH, Emirdar V, Budak A, Tutar SO, Kanmaz AG. Comparison of the Effects of Total Laparoscopic Hysterectomy and Total Abdominal Hysterectomy on Sexual Function and Quality of Life. *Biomed Res Int.* 2020 Dec 8;2020:8247207. doi: 10.1155/2020/8247207. eCollection 2020. PMID: 33376741 .
11. Afyah RK, Wahyuni CU, Prasetyo B, Dwi Winarno D. Recovery time period and quality of life after hysterectomy. *J Public Health Res.* 2020 Jul 2;9(2):1837. doi: 10.4081/jphr.2020.1837. eCollection 2020 Jul 3. PMID: 32728576

12. Silva M. Importancia de una intervención psicoeducativa sobre sexualidad en mujeres sometidas a una histerectomía. Una revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol. 2017 [cited 2019 May 16]; 82(6):666-674. Disponible

[en://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775262017000600666&lng=en](http://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262017000600666&lng=en).  
<http://dx.doi.org/10.4067/S071775262017000600666>.

13. Llarena N, Falcone T. Does hysterectomy result in better quality of life than myomectomy? Fertil Steril. 2020;113(3):549-550. doi:10.1016/j.fertnstert.2019.11.020

14. Pillay CO, Manyonda I. The surgical menopause. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2022;81:111-118. doi:10.1016/j.bpobgyn.2022.03.001

15. Danesh M, Hamzehgardeshi Z, Moosazadeh M, Shabani-Asrami F. The effect of hysterectomy on women's sexual function: a narrative review. Medical Archives. 2015; 69(6):387-392.

16. Silva C, Vargens M. Woman experiencing gynecologic surgery: coping with the changes imposed by surgery. Rev Lat Am Enfermagem. 2016; 24:1. 15.

17. Bayram G, Sahin NH. Hysterectomy's psychosexual effects in Turkish women. Sex Disab. 2008 09; 26(3):149-158.

18. Badakhsh M, Taftachi F, Mehrabi F, Derakhshan A. The effect of hysterectomy in securing sexual desire and satisfaction. Iranian Journal of Surgery. 2009; 17(1):75-80.

19. Demirtas B, Pinar G. Determination of sexual problems of Turkish patients receiving gynecologic cancer treatment: a cross-sectional study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014; 15(16):6657-6663.
20. Ilknur AA, Birsen A, Busra A. Evaluation of relationships, self-evaluation and self-esteem of women's with hysterectomy. *Prog Health Sci* 2016; 6(2): 7-13. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0009.5023>
21. Goudarzi F, Khadivzadeh T, Ebadi A, Babazadeh R. Iranian Women's Self-concept after Hysterectomy: A Qualitative Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2021 May 17;26(3):230-237. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR\_146\_20.
22. Erdoğan E, Demir S, Çalışkan B, Bayrak N. Effect of psychological care given to the women who underwent hysterectomy before and after the surgery on depressive symptoms, anxiety and the body image levels. *Journal of obstetrics and gynaecology*. 2020;40(7): 981–987. doi.org/10.1080/01443615.2019.1678574
23. Urrutia M, Beoriza P, Araya A. Barreras en la comunicación percibida por un grupo de mujeres histerectomizadas: Un desafío para entregar una educación apropiada. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2016 [citado 2019 Mayo 16]; 81(3):218-222. <http://dx.doi.org/10.4067/S071775262016000300008>.
24. Hosseini N, Amini A, Alamdari A, Shams M, Vossoughi M, Bazarganipour F. Application of the precede model to improve sexual function among women with hysterectomy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2016; 132(2):229-233.

25. Mahmoodi M, Maasoumi R, Hamzehgardeshi Z, Kharaghani R. Effect of the EX-PLISSIT model on sexual function and sexual quality of life among women after hysterectomy: a randomised controlled trial. *Sex Health*. 2019;16(3): 225-232. doi:10.1071/SH18107
26. Yaman S, Ayaz S. The effect of education given before surgery on self-esteem and body image in women undergoing hysterectomy. *Turk J Obstet Gynecol*. 2015 ;12(4):211-214. doi: 10.4274/tjod.95770. Epub 2015 Dec 15.
27. Lonée-Hoffmann R, Pinas I. Effects of hysterectomy on sexual function. *Curr Sex Health Rep*. 2014; 6(4):244-251.
28. Dukeshire S, Gilmour D, MacDonald N, MacKenzie K. Development and evaluation of a web site to improve recovery from hysterectomy. *Comput Inform Nurs*. 2012 [cited 2019 May 29];30(3):164-75. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2011583350&site=ehost-live>
29. Bouwsma E, Huirne J, Van de Ven P, Vonk A, Schaafsma F, Schraffordt S, et al. Effectiveness of an internet-based perioperative care programme to enhance postoperative recovery in gynaecological patients: cluster-controlled trial with randomised stepped-wedge implementation. *BMJ Open*. 2018; 8(1).
30. Ministerio de Salud Pública. Plan nacional de salud sexual y salud reproductiva 2017-2021 Ecuador. 2017 [citado 2018 mayo 21]. Disponible en: <http://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/plan%20nacional%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>

31. Katz A. Sexuality after hysterectomy: A review of the literature and discussion of nurses' role. *J Adv Nurs*. 2003; 42(3):297-303.
32. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Ecuador en cifras 2022 2021 [citado 2022 enero 21]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
33. Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo de América Latina y el Caribe. Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 de Ecuador. 2021 [citado 2022 enero 21]. Disponible en: <http://www.forosecuador.ec/forum/ecuador/educaci%C3%B3n-y-https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/plan-de-creacion-de-oportunidades-2021-2025-de-ecuador>
34. Vonk Noordegraaf A, Huirne J, Pittens C, Van W, Broerse J, Brölmann H, et al. eHealth program to empower patients in returning to normal activities and work after gynecological surgery: intervention mapping as a useful method for development. *J Med Internet Res*. 2012; 14(5):1
35. Varsi C, Ekstedt M, Gammon D, Ruland CM. Using the consolidated framework for implementation research to identify barriers and facilitators for the implementation of an internet-based patient-provider communication service in five settings: A qualitative study. *J Med Internet Res*. 2015; 17(11):1.
36. Haya N, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Maher C. Perioperative interventions in pelvic organ prolapse surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;8(8):CD013105. Published 2018 Aug 19. doi:10.1002/14651858.CD013105

37. Fawcett J. Applying Conceptual models of nursing: quality improvement, research, and practice. New York: Springer Publishing Co Inc; 2016. Capítulo3. Orem's self-care framework. [citado 27 mayo 2019]. p.189-225. Disponible en: <https://www.bookdepository.com/Applying-Conceptual-Models-Nursing-Jacqueline-Fawcett/9780826180056>.
38. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit 2017 [citado 2019 Mayo 16]; 19(3):89-100. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S160889212017000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212017000300009&lng=es).
39. Jorgensen EM, Modest AM, Hur HC, Hacker MR, Awtrey CS. Hysterectomy Practice Patterns in the Postmorcellation Era. Obstet Gynecol. 2019;133(4):643-649. doi:10.1097/AOG.0000000000003181
40. Sardiñas R. La histerectomía laparoscópica y sus aspectos fundamentales. Rev Cubana Cir. 2015 [citado 2019 Mayo 23]; 54(1):82-95. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00347493201500100011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347493201500100011&lng=es).
41. Bretschneider CE, Jallad K, Paraiso MFR. Minimally invasive hysterectomy for benign indications: an update. Minerva Ginecol. 2017;69(3):295-303. doi:10.23736/S0026-4784.17.04017-5
42. Mehta A, Xu T, Hutfless S, et al. Patient, surgeon, and hospital disparities associated with benign hysterectomy approach and

perioperative complications. Am J Obstet Gynecol. 2017;216(5):497.e1-497.e10. doi:10.1016/j.ajog.2016.12.020 .

43. Trillaud H. Fibromas uterinos. Embolización: prácticas actuales. Ginecología-Obstetricia EMC. 2018[citado2022 jun10];54(3):1-7.

Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X18914372>

44. Villaseca P. Sangrado y terapia hormonal en la menopausia (THM) / Sangrado durante la terapia hormonal de la menopausia (THM). Bvs. 2019[citado2022 jun10]; 12(1): 26-28. Disponible en:  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-982035>

45. Giraudet P, Lucot F, Quinton M, Quinton F. Prolapsos genitales. EMC - Ginecología-Obstetricia. 2017;53(1):1-18. doi.org/10.1016/S1283-081X(16)82392-9.

46. Price JT, Zimmerman LD, Koelper NC, Sammel MD, Lee S, Butts SF. Social determinants of access to minimally invasive hysterectomy: reevaluating the relationship between race and route of hysterectomy for benign disease. Am J Obstet Gynecol. 2017;217(5):572.e1-572.e10.

47. Fernández MJ. Consecuencias psíquicas de la histerectomía no oncológica. Revista Electrónica de Psiquiatría. 2009 [citado 2019 Mayo 16]. Disponible en:  
<https://www.researchgate.net/publication/304157176>

48. Augustus C. Beliefs and perceptions of African American women who have had hysterectomy. J Transcult Nurs. 2002;13(4):296-302.

49. Bajo J, Lailla J, Xercavins J. Fundamentos de Ginecología. España: Médica Panamericana; 2009. Capítulo 22. Sexualidad humana. p. 285-292.
50. Faría D, Ferrarotto M, Blanco MG. Función sexual en pacientes hysterectomizadas. Rev Obs Ginecol Venez. 2015 [citado 27 de mayo de 2019]; 75(1): 30-40. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v75n1/art05.pdf>
51. Carta M, Blanco M. Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo. Rev Obs Ginecol Venez. 2016; 76(3):232-47.
52. Avila JF, Vonk JMJ, Verney SP, et al. Sex/gender differences in cognitive trajectories vary as a function of race/ethnicity. Alzheimers Dement. 2019;15(12):1516-1523. doi:10.1016/j.jalz.2019.04.006
53. Bianco F. Basic functional sexology. A psychophysiological approach. [Internet]. 1974 [citado 27 mayo 2019]. Disponible en: <https://docplayer.fr/69412407-Basic-functional-sexology-apsychophysiological-approach-sexologia-funcional-basica-un-enfoque-psico-fisiologico-sexologie-basique-fonctionnelle.html>. pdf
54. Díez J. Programa de Investigación sobre el Patrón Sexual de las Etnias Indígenas Venezolanas. Acción Pedagógica. 1999; 8(2):82-91.
55. Valenzuela R, Contreras Y, Manríquez K. Índice de función sexual en trabajadoras de la salud. Rev Chil Obstet Ginecol. 2014;79(2): 92-101. doi.org/10.4067/S071775262014000200005.

56. Pichot P, López J, Valdés M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. 4ta ed. Barcelona: Masson; 1994. Trastornos sexuales y de la identidad sexual; p. 505- 552.
57. Rabinerson D, From A, Gabbay-Ben-Ziv R. Harefuah. 2018;157(8):534-537.
58. Holt LL, Chung YB, Janssen E, Peterson ZD. Female Sexual Satisfaction and Sexual Identity. *J Sex Res.* 2021;58(2):195-205. doi:10.1080/00224499.2020.1784827
59. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26(2):191-208.
60. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJ. An update on sexual function and dysfunction in women. *Arch Womens Ment Health.* 2015;18(3):423-433. doi:10.1007/s00737-015-0535-y
61. Harrington AG, Overall NC. Women's attractiveness contingent self-esteem, romantic rejection, and body dissatisfaction. *Body Image.* 2021;39:77-89. doi:10.1016/j.bodyim.2021.06.004
62. Contreras C, López E. Sobre la representación conceptual y el significado de la autoestima y del concepto de jóvenes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación.* 2011[citado 2019 mayo16];13(1):99-114. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80218382007>

63. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton University Press. 1965. [citado 2019 junio 01] Disponible en <http://web.bvu.edu/faculty/goodfriend/documents/surveys/Self%20Esteem/Rosenberg1965.pdf>
64. Roca E. Autoestima sana: una visión actual, basada en la investigación. 2a ed. Valencia: ACDE; 2014. Capítulo 7. Conceptos afines a la autoestima sana; p. 183-188.
65. Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *hacia prom. salud.* 2007[citado 2019 May 23]; 12(1):11-24. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en).
66. Mendonca S, Zanetti M, Sawada N, Barreto I, Andrade J, Otero L. Construction and validation of the Self-care Assessment Instrument for patients with type 2 diabetes mellitus. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017; 25:1.
67. Schmitt D, Allik J. Simultaneous administration of the rosenberg self-esteem scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *J Pers Soc Psychol.* 2005; 89: 623-42
68. Yaman Ş, Ayaz S. The effect of education given before surgery on self-esteem and body image in women undergoing hysterectomy. *Turk J Obstet Gynecol.* 2015;12(4): 211-214. doi:10.4274/tjod.95770

69. Vinaccia S, Orozco L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*. 2005; 1(2):125-37.
70. González U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 2002 Dic [citado 2019 Mayo 16]; 28(2):157-175. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864346620020020006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864346620020020006&lng=es).
71. Ware J. Methodology in behavioral and psychosocial cancer research. Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cáncer*. 1984; 53(10):2316-2326.
72. Patrick D, Erickson P. *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press, 1993. 478 p.
73. Naughton M, Shumaker S, Anderson R, Czajkowski S. Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En: *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. New York: Lippincott- Raven; 1996. Capítulo. 15; p. 117-131.
74. Testa M, Simonson D. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med*. 1996 Mar 28; 334(13):835-840.
75. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc enferm*. 2003 [citado 2019 Mayo 16]; 9(2):09-21. Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071795532003000200002&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532003000200002&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.4067/S071795532003000200002>.

76. Vinaccia S, Quiceno J. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychol. av. discip.* 2012 [citado 2019 Mayo 16];6(1):123-136. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S190023862012000100010&lng=en&tlng=](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S190023862012000100010&lng=en&tlng=).
77. Sánchez C, Perestelo L, Ramos C, López J, Serrano P. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica. *Neurología.* 2014; 29(1):27-35.
78. Ruiz M, Pardo A. Calidad de vida relacionada con la salud: Definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics - Spanish Research Articles.* 2005; 2(1):31-43.
79. Alligood M, Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 7th ed. España: Elsevier; 2011. Capítulo 14. Teoría del déficit del autocuidado; p.265-285.
80. Alligood M, Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 9na ed. España: Elsevier; 2018. Capítulo 14. Teoría del déficit de autocuidado en enfermería; p.198-211
81. Marcos M, Tizón E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos.* 2013 Dic [citado 2019 Mayo 16]; 24(4): 168-177. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134928X2013](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2013)

000400005&Ing=es.

<http://dx.doi.org/10.4321/S1134928X2013000400005>

82. Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 8va ed. España: Elsevier; 2015. Capítulo 14. Dorothea E. Orem: Teoría del déficit de autocuidado; p. 232-248.

83. López A. Cuidando al adulto y al anciano: Teoría del déficit de autocuidado de orem. Aquichan.2003 [cited 2019 May 16];3(1):52-58. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S165759972003000100009&Ing=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165759972003000100009&Ing=en).

84. Navarro Y, Castro M. Modelo de Dorothea Oren aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enferm Glob. 2010 Jun [citado 2019 Mayo 16]; (19). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412010000200004&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412010000200004&Ing=es).

85. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. 2014 Dic [citado 2019 Mayo 16]; 36(6):835-845. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S168418242014000600004&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242014000600004&Ing=es)

86. Annon JS. The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. J Sex Educ Ther. 1976;2(1):1-15.

87. Dixon KD, Dixon PN. The PLISSIT Model: Care and Management of Patients' psychosexual needs following radical surgery. *Lippincott's Case Manag.* 2006;11(2):101-6.
88. Sidani S, Braden J. Design, evaluation, and translation of nursing interventions. [Internet]. John Wiley & Sons; 2011. Capítulo 5. Intervention theory; [citado 2019 junio 24]. Disponible en: [https://books.google.com.ec/books?id=qYmHZFGb4OgC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=qYmHZFGb4OgC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
89. Girbau M, Galimany J, Salas K. Cuidados de enfermería y las de la información. *Nursing.2010* [citado 2019 junio 24] ;28(1). Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/34183/1/575516.pdf>
90. Galimany J, Lluch T. Enfermería y nuevas tecnologías. *Nursing.2010* [citado 2019 junio 24]:28(2) Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/34189/1/577078.pdf>.
91. Noar SM, Harrington NG. eHealth applications: promising strategies for behavior change. New York: Routledge; 2012. 315 p
92. World health organization. Global diffusion of ehealth: making universal health coverage achievable. GENEVA: 2017.
93. Brandsborg B, Nikolajsen L. Chronic pain after hysterectomy. *Current Opin Anaesthesiol.* 2018; 31(3):268-273.
94. Goetsch MF. The effect of total hysterectomy on specific sexual sensations. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(6):1922-7.

95. Aviz R, Nazemi A, Zadeh AA. A survey about the effect of hysterectomy on sexual dysfunction in patients underwent surgery in Sanandaj Behsat Hospital. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2002;6(2):41-41.
96. Berlitz S, Lis S, Juergens S, Buchweitz O, Hornemann A, Suetterlin M et al. Postoperative sexual functioning in total versus subtotal laparoscopic hysterectomy: what do women expect? *Arch Gynecol Obstet*. 2017; 296(3):513-8.
97. Brandsborg B, Dueholm M, Nikolajsen L, Kehlet H, Jensen TS. A prospective study of risk factors for pain persisting 4 months after hysterectomy. *Clin J Pain*. 2009;25(4):263-8.
98. Ilknur AA, Birsen A, Busra A. Evaluation of relationships, self-evaluation and self-esteem of women's with hysterectomy. *Prog Health Sci* 2016; 6 (2): 7-13. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0009.5023>
99. Cárdenas A, Quiroga C, Restrepo M, Cortés D. Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2005 [cited 2019 May 16]; 56(3): 209-215. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342005000300003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000300003&lng=en).
100. Cheung L, Callaghan P, Chang AM. A controlled trial of psycho-educational interventions in preparing chinese women for elective hysterectomy. *Int J Nurs Stud*. 2003; 40(2):207-216.

101. Devine E. Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: a meta- analysis of 191 studies. *Patient Educ Couns.* 1992;19(2):129-142.
102. Johnson K, Razo S, Smith J, Cain A, Soper K. Optimize patient outcomes among females undergoing gynecological surgery: A randomized controlled trial. *Applienursing research: ANR.*2019;45, 3944. doi.org/10.1016/j.apnr.2018.12.00
103. Van M, Huirne J, Bouwsma E, Van J, Terwee C, Van P, et al. Substitution of usual perioperative care by ehealth to enhance postoperative recovery in patients undergoing general surgical or gynecological procedures: study protocol of a randomized controlled trial. *JMIR Res Protoc* 2016;5(4):1
104. Van M, Anema J, Leclercq W, Bongers M, Consten E, Schraffordt S, et al. Personalised perioperative care by e-health after intermediate-grade abdominal surgery: a multicentre, single-blind, randomised, placebo-controlled trial. *The Lancet.* 2018; 392(10141):51-59
105. Zippan N, Stephenson KR, Brotto LA. Feasibility of a Brief Online Psychoeducational Intervention for Women With Sexual Interest/Arousal Disorder. *J Sex Med.* 2020;17(11):2208-2219. doi:10.1016/j.jsxm.2020.07.086
106. Zarski AC, Berking M, Ebert DD. Efficacy of internet-based treatment for genito-pelvic pain/penetration disorder: Results of a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2021;89(11):909-924. doi:10.1037/ccp0000665.

107. Xu P, Wang X, Guo P, Zhang W, Mao M, Feng S. The effectiveness of eHealth interventions on female pelvic floor dysfunction: a systematic review and meta-analysis [published online ahead of print, 2022 May 26]. *Int Urogynecol J.* 2022;1-30. doi:10.1007/s00192-022-05222-5systematic reviews and meta-analyses. *J Med Internet Res.* 2014;16(4):e110. Published 2014 Apr 16. doi:10.2196/jmir.2790 .
108. Elbert NJ, van Os-Medendorp H, van Renselaar W, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of ehealth interventions in somatic diseases: a systematic review of systematic reviews and meta analyses. *J Med Internet Res.* 2014 abril; 16(4): e110. doi: 10.2196/jmir.2790
109. Van den Heuvel JF, Groenhof TK, Veerbeek JH, et al. eHealth as the Next-Generation Perinatal Care: An Overview of the Literature. *J Med Internet Res.* 2018;20(6):e202. Published 2018 Jun 5. doi:10.2196/jmir.9262
110. Leme Nagib AB, Riccetto C, Martinho NM, et al. Use of mobile apps for controlling of the urinary incontinence: A systematic review. *Neurourol Urodyn.* 2020;39(4):1036-1048. doi:10.1002/nau.24335
111. da Mata KRU, Costa RCM, Carbone ÉDSM, et al. Telehealth in the rehabilitation of female pelvic floor dysfunction: a systematic literature review. *Int Urogynecol J.* 2021;32(2):249-259. doi:10.1007/s00192-020-04588-8
112. Neijenhuijs KI, van der Hout A, Veldhuijzen E, et al. Translation of the eHealth Impact Questionnaire for a Population of Dutch Electronic

Health Users: Validation Study. J Med Internet Res. 2019;21(8):e13408.

Published 2019 Aug 26. doi:10.2196/13408

113. Hernández R, Fernández C, Baptista P, Méndez S, Mendoza CP. Metodología de la investigación. 5ta ed. México: McGraw-Hill Educación; 2010. Capítulo 7, Concepción o elección del diseño de investigación; p. 118- 137.
114. Leech N, Onwuegbuzie A. typology of mixed methods research designs. Qual Quant .2009. 43:265–275 DOI 10.1007/s11135-007-9105-3
115. Creswell J, Plano V. Designing and conducting mixed methods research. Choosing a Mixed Methods Design. 2017. Psychology, South Devon College Chapter 3.
116. Feters MD, Curry LA, Creswell JW. Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. Health Serv Res. 2013 Dec;48(6 Pt 2):2134-56. doi: 10.1111/1475-6773.12117. Epub 2013 Oct 23. PMID: 24279835; PMCID: PMC4097839.
117. Gitlin L, Czaja S. Behavioral intervention research: designing, evaluating, and implementing. [Internet]. Springer Publishing Company; 2015. Capítulo 3. [citado 2019 junio 24]. Disponible en:<https://play.google.com/books/reader?id=4L8nCwAAQBAJ&hl=es&lr=&printsec=frontcover&pg=GBS.PA261>
118. Burns N, Grove S. Investigación en enfermería : desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 5 ed. Barcelona. Elsevier;

2012. Capítulo 3. Introducción a la investigación cualitativa; p.73-76, 84, 320-321).

119. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? Res Nurs Health. 2000 [citado 2020 mayo 19];19; 23(4):334-40. Disponible

en:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10940958/>

120. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una población a estudio. Int. J. Morphol. 2017[citado 2020 Mayo 19];35(1):227-232. Disponible en:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071795022017000100037&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795022017000100037&lng=es).<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>.

121. Mejía J. El muestreo en la investigación cualitativa. Investigaciones Sociales. 2000; IV(5) .

122. Martínez M. La investigación cualitativa etnográfica en educación. México: Trillas; 1998. p 65-68.

123. Yuni J. Técnicas para la investigación: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación. 2ed.Editorial. Argentina; 2015.p 83-84.

124. Cisterna F. Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. Theoria. 2005 [citado 19 mayo 2020];14(1):61-71. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29900107>

125. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en

educación médica. 2013 [citado 2020 mayo 19];2(7):162- 7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>

126. Bardin L, Suárez C. El análisis de contenido. Madrid. Akal. 1986.
127. Guba E. Criteria for Assessing the truthworthiness of naturalistic inquiries. 1981 ERIC/ECTJ Anual. [citado 2019 junio 24]:29(2);75-91. Disponible en: <https://www.infor.uva.es/~amartine/MASUP/Guba.pdf>
128. Sandín M. Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. :21. Revista de Investigación Educativa.2000;18(1): 223-242.
129. Okuda M, Gómez C. Métodos de investigación cualitativa: triangulación. Rev Colomb Psiquiatr. 2005;34(1):118–24.).
130. Den C, Schaafsma F, Van M, Meijerink W, Van den H, Baan A, et al. Electronic health program to empower patients in returning to normal activities after general surgical and gynecological procedures: intervention mapping as a useful method for further development. J Med Internet Res. 2019; 21(2):9938.
131. Polit D. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. 6 ed. México: McGraw-Hill Interamerica; 2000.
132. Bernhard L. Sexuality and sexual health care for women. Clin Obstet Gynecol. 2002; 45(4): 1089-98.
133. Duncan LE, Lewis C, Jenkins P, et al. Does hypertension and its pharmacotherapy affect the quality of sexual function in women? Am J Hypertens. 2000;13:640– 647. 9.

134. Enzlin P, Mathieu C, Vanderschueren D, et al. Diabetes mellitus and female sexuality: A review of 25 years' research. *Diabet Med.* 1998; 15:807–815.
135. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26:191-208.
136. Chedraui P, Pérez, F, San Miguel G, Avila C. Assessment of sexuality among middle-aged women using the female sexual function index. *Climacteric.* 2009 06; 12(3):213-21.
137. Ware J, Sherbourne C. The mos 36-item short-form health survey (SF-36). conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992; 30(6):473-83.
138. McHorney C, Ware J, Lu J, Sherbourne C. The mos 36-item short-form health survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care.* 1994; 32(1):40-66.
139. Catalán ML, Molina JFQ, Catalán ÓL. Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adultos de Cuenca, Ecuador. *Revista Economía y Política.* 2019; 67-86.
140. Chedraui P, Pérez F, Mendoza M, Leimberg M, Martinez M, Vallarino V, et al. Assessment of self-esteem in mid-aged women. *Maturitas.* 2010; 66(1):77-82

141. Murillo J, Molero F. La satisfacción vital: su relación con el prejuicio, la identidad nacional, la autoestima y el bienestar material, en inmigrantes. *Acta Colombiana de Psicología*. 2012 [citado 2019 mayo 23];15(2):99-108., Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552012000200010&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552012000200010&lng=en&tlng=es)
142. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Methodology of study designs most frequently used in clinical research. 2019; 30(1): 36-49. doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.11.005
143. Lazcano E, Salazar E, Gutiérrez P, Ángeles A, Hernández A, Viramontes J. Randomized clinical trials: variants, randomization methods, analysis, ethical issues and regulations. México. 2004; 46(6):559-584.
144. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2.da ed. Hillsdale: Erlbaum, 1988.
145. Suárez F. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones. La propuesta de Ezekiel. J. Emanuel. *Pers bioet*. 2015; 19(2):182-97.
146. Valverde M, Inchauspe J. ¿Hay lugar para el consentimiento informado en los tratamientos de las personas con psicosis?: una reflexión sobre el tratamiento de las psicosis. *Rev Bioética y Derecho*. 2014;(30):40-65.

147. Vega P, López R. Ética en la investigación clínica. *Rev Chil Anest.*2014 [citado 2018 junio 1]; 43:361-367. Disponible en: <http://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv43n04.19.pdf>
148. Blümel B, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev. chil. obstet. ginecol.*2004; 69(2): 118-125.[doi.org/10.4067/S0717-75262004000200006](https://doi.org/10.4067/S0717-75262004000200006).
149. Rosen RC, Leiblum SR. Treatment of sexual disorders in the 1990s: an integrated approach. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63(6):877-890. [doi:10.1037//0022-006x.63.6.877](https://doi.org/10.1037//0022-006x.63.6.877)
150. Ramdhan RC, Loukas M, Tubbs RS. Anatomical complications of hysterectomy: A review. *Clin anat.* 2017;30: 946– 952. [doi10.1002/ca.22962](https://doi.org/10.1002/ca.22962)
151. Grove SK, Gray JR *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia.* 7ed. Barcelona: Elsevier; 2019. p 498.
152. Stacciarini J, Cook C. La aplicación efectiva de la investigación usando métodos mixtos. *Enferm. univ.* 2015; 12 (3): 99-101. [doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.005](https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.005)
153. Collins E, Lindqvist M, Mogren I, Idahl A. Bridging different realities - a qualitative study on patients' experiences of preoperative care for benign hysterectomy and opportunistic salpingectomy in Sweden. *BMC women's health.*2020; 20(1), 198. [doi.org/10.1186/s12905-020-01065-8](https://doi.org/10.1186/s12905-020-01065-8)

154. Martínez-Garduño M, Olivos M, Gómez D, Cruz P. Intervención educativa de enfermería para fomentar el autocuidado de la mujer durante el climaterio. *Enferm. Univ.* 2016;13(3):142-150. doi.org/10.1016/j.reu.2016.04.001.
155. Gómez C, Gómez M. Evaluación de las diferencias de género en la presentación de la crisis coronaria. *Revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología.* 2018;(74):51-6.
156. Blázquez M, Bolaños E. Aportes a una antropología feminista de la salud: el estudio del ciclo menstrual. *Salud Colect.* 2017;13:(2).doi.org/10.18294/sc.2017.1204
157. Clegg M, Towner A, Wylie K. Should questionnaires of female sexual dysfunction be used in routine clinical practice? *Maturitas.* 2012; 72 (2): 160 – 164. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.03.009
158. Katz A. Sexuality after hysterectomy: A review of the literature and discussion of nurses' role. *J Adv Nurs.* 2003; 42(3):297-303.
159. Urrutia S María Teresa, Riquelme G Pía, Araya G Alejandra. Educación de mujeres histerectomizadas: ¿qué desean saber? *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2006; 71(6):410-416. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-)
160. Chenevard C, Román M. Percepción, síntomas y sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2007; 33(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2007000100006&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000100006&lng=es)

161. Cuevas V, Díaz L, Espinoza F, Garrido C. Depresión y Ansiedad en mujeres histerectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2019; 84(3): 245-256. doi.org/10.4067/S0717-75262019000300245
162. Espitia De La Hoz F. Afectación de la sexualidad en las mujeres intervenidas por histerectomía. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2018;78(2): 93 – 102
163. Theunissen M, Peters ML, Schepers J, Schoot DC, Gramke HF, Marcus MA. Prevalence and predictors of depression and well-being after hysterectomy: An observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017; 217:94-100. doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.08.017
164. Cabness J. The Psychosocial Dimensions of Hysterectomy: Private Places and the Inner Spaces of Women at Midlife. Published online. 2010. 211-226. Disponible e: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00981380903426798>
165. Ergin I, Kunst A. Regional inequalities in self-rated health and disability in younger and older generations in Turkey: the contribution of wealth and education. *BMC Public Health* 2015, 15, 987
166. Tinelli A, Vinciguerra M, Malvasi A, Andjić M, Babovic I, Sparić R. Fibromas Uterinos y Dieta. En t. *J. Medio Ambiente. Res. Salud Pública.* 2021, 18, 1066.
167. Kelders SM, Kok RN, Ossebaard HC, Van Gemert-Pijnen JE. Persuasive system design does matter: a systematic review of

adherence to Web-based interventions. *J Med Internet Res.* 2012;14(6):e152. doi: 10.2196/jmir.2104

168. Ludden GD, van Rompay TJ, Kelders SM, van Gemert-Pijnen JE. How to Increase Reach and Adherence of Web-Based Interventions: A Design Research Viewpoint. *J Med Internet Res.* 2015;17(7):e172. doi: 10.2196/jmir.4201.
169. Organización de las Naciones Unidas para la Educación Ciencia y Cultura. Perfil Ecuador. SITEAL.2019[citado 2022 Jun 17] 1-13. Disponible en: [https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_informe\\_pdfs/dpe\\_ecuador-\\_25\\_09\\_19.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_informe_pdfs/dpe_ecuador-_25_09_19.pdf)
170. Instituto nacional de estadísticas y censo. Cuentas satélites de educación. [Internet] 2022. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/educacion/>
171. Xie M, Huang X, Zhao S, Chen Y, Zeng X. Effect of Psychological Intervention on Pelvic Floor Function and Psychological Outcomes After Hysterectomy. *Front Med Lausanne.*2022;9:878815. doi.org/10.3389/fmed.2022.878815
172. Afiyah R, Wahyuni C, Prasetyo B, Dwi Winarno D. Recovery time period and quality of life after hysterectomy. *Journal of public health research.* 2020; 9(2), 1837. doi.org/10.4081/jphr.2020.1837
173. Erekson E, Weitzen S, Cantado VW, Raker C; Myers D. Indicadores socioeconómicos y estado de histerectomía en los Estados Unidos, 2004. *J. Reprod. Medicina.* 2009 , 54 , 553–558

174. Ouh YT, Min KJ, Lee S, Hong JH, Song JY, Lee JK, Lee NW. Analysis of the Relationship between Socioeconomic Status and Incidence of Hysterectomy Using Data of the Korean Genome and Epidemiology Study (KoGES). *Healthcare (Basel)*. 2022;10(6):997. doi: 10.3390/healthcare10060997
175. Manrique R. El amor y la consulta: Relaciones amorosas y problemas médicos. *Medifam*. 2002 [citado 2022 Ago 14]; 12( 10 ): 55-59. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682002001000005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000005&lng=es).
176. Banco mundial. Tasa de fertilidad total, (nacimientos por cada mujer). [Internet] 2020. [citado 2022Junio 3]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN>
177. Instituto nacional de estadística y censos. [Internet].2020. [citado2022. Septiembre]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-presenta-por-primera-vez-estadisticas-sobre-religion/>
178. Ecuador en cifras. Caracterización de grupos específicos de población. [Internet] Abril, 2022 [citado2022May20]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2022/Abril-2022/2022-05-26%20Caracterizacio%CC%81n%20Poblaciones.pdf>
179. Hong SA, Kim K, Kim MK. Nivel educativo y diferencias en el consumo de frutas y verduras entre adultos de mediana edad en la

Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición de Corea IV.  
Nutrición Res. Práctica 2012, 6, 263–269

180. Instituto nacional de estadísticas y censo Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios.2020[citado 202Jun 20]. Disponible en:

<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/escolaridad>

181. Newbold R, DiAugustine R, Risinger J, Everitt J, Walmer D, Parrott C, et al. Advances in uterine leiomyoma research: conference overview, summary, and future research recommendations. *Environmental health perspectives*.2000;108(5): 769–773. doi.org/10.1289/ehp.00108s5769

182. Ecuador en cifras. Caracterización de grupos específicos de población Abril, 2022. [citado 202Jun 20]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/EMPLEO/2022/Abril-2022/2022-05-26%20Caracterizacio%CC%81n%20Poblaciones.pdf>

183. Instituto nacional de estadísticas y censos. Tecnologías de la Información y Comunicación. 2021. Disponible en: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas\\_Sociales/TIC/2020/202012\\_Principales\\_resultados\\_Multiproposito\\_TI\\_C.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/TIC/2020/202012_Principales_resultados_Multiproposito_TI_C.pdf)

184. Mimoun S, Wylie K. Female sexual dysfunctions: definitions and classification. *Maturitas*.2009;63(2):116-8.

185. Hayes RD, Bennett CM, Dennerstein L, Taffe JR, Fairley CK. Are aspects of study design associated with the reported prevalence of female sexual difficulties? *Fertil Steril*. 2008;90(3):497-505.
186. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley CK. What is the “true” prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact?. *J Sex Med* 2008;5(4):777-87
187. Kassymova G, Sydsjö G, Borendal Wodlin N, Nilsson L, & Kjølhede P. The Effect of Follow-Up Contact on Recovery After Benign Hysterectomy: A Randomized, Single-Blinded, Four-Arm, Controlled Multicenter Trial. *Journal of women's health*.2021;30(6), 872–881. doi.org/10.1089/jwh.2020.8752
188. Rannestad T, Eikelan O, Helland H, Qvarnstrom U. The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001; 80:46-51.
189. Ortega-López R. Cultura del dolor, salud y enfermedad: percepción de enfermería, usuarios de salud y curanderos. *Cultura de los cuidados*. 2006:19,63-72. Disponible en [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/969/1/culturacuidados\\_19\\_09.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/969/1/culturacuidados_19_09.pdf) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2728600/>
190. Im EO, Chee W, Guevara E, Liu Y, Lim H, Tsai H, et al. Gender and ethnic differences in cancer pain experience: a multiethnic survey in the United States. *Nursing research*.2007. 56(5), 296–306. doi.org/10.1097/01.NNR.0000289502.45284.b5

191. Gil Lacruz A, Gil Lacruz M. Percepción de la salud según sexo y edad. *Revista de Ciencias Sociales*. 2007; III-IV (117-118):183-195. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15311813>
192. Wodlin N, Nilsson L, Kjølhede P. Health-related quality of life and postoperative recovery in fast-track hysterectomy. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2014;90(4),362–368. doi.org/10.1111/j.1600-0412.2010.01058.x
193. Goktas SB, Gun I, Yildiz T, Sakar MN, Caglayan S. The effect of total hysterectomy on sexual function and depression. *Pak J Med Sci*. 2015;31(3):700-705. doi.org/10.12669/pjms.313.7368
194. Mbongo JA, Mouanga A, Miabaou DM, Nzelié A, Iloki LH. Qualité de vie et vécu de la maladie, avant et après hystérectomie vaginale, chez les femmes admises au Centre Hospitalier Universitaire. *Pan Afr Med*. 2016; 25:79. doi:10.11604/pamj.2016.25.79.10085
195. Meneses J, Bernabeu J, Bonillo A, Eiroa-Orosa F, Rodríguez-Gómez D, Valero S, et al. Intervención educativa basada en evidencias científicas. *Publishing*. 2018.1-37. Disponible en: <https://femrecerca.cat/meneses/publication/intervencion-educativa-basada-evidencias-cientificas/intervencion-educativa-basada-evidencias-cientificas.pdf>
196. Thakar R, Manyonda I, Stanton SL, Clarkson P, Robinson G. Bladder, bowel and sexual function after hysterectomy for benign conditions. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104(9):983-987. doi:10.1111/j.1471-0528.1997.tb12053.x

197. Cavada G. Significación estadística vs significación clínica. *Rev. chil. endocrinol. diabetes* 2015; 8 (1): 35
198. Sobral Portela E, Soto González Problemas sexuales derivados de la histerectomía. *Rev Clín e Invest en Ginecología y Obstetricia.* 2015;42:(1). 25-32- doi10.1016/j.gine.2014.05.001
199. Heiman JR. Sexual dysfunction: overview of prevalence, etiological factors, and treatments. *J Sex Res.* 2002;39(1):73-78. doi:10.1080/00224490209552124
200. Elessawy M, Schneekloth S, Günther V, Maass N, Mettler L, Alkatout I. Postoperative Telephone-Based Questionnaire on Quality of Life after Robotic-Assisted Laparoscopic Hysterectomy versus Conventional Total Laparoscopic Hysterectomy. *J Clin Med.* 2020;9(9):2849. Published .doi:10.3390/jcm9092849 201.
201. Desai S, Campbell OM, Sinha T, Mahal A, Cousens S. Incidence and determinants of hysterectomy in a low-income setting in Gujarat, India. *Health Policy Plan.* 2017;32(1):68-78. doi:10.1093/heapol/czw099
202. Ramdhan RC, Loukas M, Tubbs RS. Anatomical complications of hysterectomy: A review. *Clin Anat.* 2017 Oct;30(7):946-952. doi: 10.1002/ca.22962.
203. Martínez-Cayuelas L, Sarrió-Sanz P, Palazón-Bru A, et al. A Systematic Review of Clinical Trials Assessing Sexuality in Hysterectomized Patients. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(8):3994. Published 2021 Apr 10. doi:10.3390/ijerph18083994

204. Wang Y, Ying X. Sexual function after total laparoscopic hysterectomy or transabdominal hysterectomy for benign uterine disorders: a retrospective cohort. *Braz J Med Biol Res.* 2020;53(3):e9058. Published 2020 Feb 14. doi:10.1590/1414-431X20199058
205. Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer L, Ramírez P, et al. Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations — Part II. *Gynecol Oncology.* 2016; 140:(2).323–332
206. Pakbaz, M., Rolfsman, E., & Löfgren, M. Are women adequately informed before gynaecological surgery? *BMC women's health.* 2017; 17(1), 68. doi.org/10.1186/s12905-017-0426-7
207. Barbosa M, Moura D, Pinto M, Komura L, De Oliveira A. Experiências e expectativas de mulheres submetidas à histerectomia. *Texto contexto - enferm.* 2012;21(3):Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a16.pdf>
208. Ledel Solem IK, Varsi C, Eide H, Kristjansdottir O, Mirkovic J, Børøund E, et al. Patients' Needs and Requirements for eHealth Pain Management Interventions: Qualitative Study. *J Med Internet Res.* 2019 Apr 1;21(4):e13205. doi: 10.2196/13205

## ANEXOS

### ANEXO A. CARTAS DE ACEPTACIÓN HGOIA, HGOLEA, VICERRECTORADO, UNIVERSIDAD CENTRAL ECUADOR

 MINISTERIO  
DE SALUD PÚBLICA  
HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA

Memorando Nro. HGOIA – PACG – 2370

Quito, 23 de noviembre de 2020

Dr. Humberto Navas López  
GERENTE HGOIA

En relación al protocolo de la investigación, "EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE VIDA, FUNCIÓN SEXUAL Y AUTOESTIMA EN MUJERES HISTERICIZADAS: UN ENFOQUE DE MÉTODO MIXTO", realizado por la Lic. María Ingrid López Izurieta, estudiante del Programa de Doctorado en Enfermería, Facultad de Enfermería Universidad de Concepción, Chile, informo que se han acogido las sugerencias y se han presentado los requisitos solicitados, por lo tanto sugiero a aprobar el protocolo de investigación y solicitar a la autora que una vez terminada la misma se entregue a la Gerencia una copia del informe final.

FEELAD

Dra. Linda Arturo Delgado  
Delegada Asesoría Metodológica  
Comité de Docencia e Investigación

Caf. Investigadora principal



*Autorizado*  
  


MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
COORDINACIÓN GENERAL - SALUD  
No. Ingreso: 9836  
Hora: 13:17  
Fecha: 23-11-2020  
Secretaría de la Gerencia  
Hospital Gineco Obstétrico  
"Isidro Ayora"

 GOBIERNO  
DE LA REPÚBLICA  
DEL ECUADOR

Av. Gran Colombia N. 14-86 y Sodiro  
Teléfono: 593(02)2234520  
www.hgoia.gob.ec

Quito, 27 de marzo 2019

Dr. Humberto Navas

**Gerente del Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora**

Presente,

Asunto: Autorización de propuesta de investigación: "El efecto de una intervención de enfermería en la calidad de vida y función sexual de las mujeres hysterectomizadas en el servicio de Ginecología del Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora 2019 - 2020"

De mi consideración

Por la presente, yo Indira López Izurieta con DI: 1709862484, estudiante del Programa de Doctorado en Enfermería de la Universidad de Concepción de Chile, me permito solicitar de la manera más comedida se me conceda la aprobación de la propuesta de investigación señalada anteriormente en esta prestigiosa casa de salud, que usted muy acertadamente dirige; considerando que es un tema de gran relevancia, para el manejo de pacientes sometidas a una hysterectomía, en relación a la calidad de vida y la función sexual.

Cabe mencionar que se cumplirá con todos los requerimientos establecidos por la institución.

Por la atención que se sirva dar a la presente anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

  
Lic. Indira López

Estudiante del Programa de Doctorado de Enfermería

Universidad de Concepción-Chile

DI: 1709862484

*Certificación*  
*Autorizado*  


Ministerio de Salud Pública  
HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ISIDRO AYORA  
27 MAR 2019  
Dr. Humberto Navas López  
GERENTE

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SALUD  
No. Ingreso: 3499  
Hora: 14:30  
Fecha: 27-03-2019  
N. P. 2020  
Servicio de la Gerencia  
Hospital Gineco Obstétrico  
"Isidro Ayora"

Quito, D.M., 10 de febrero de 2021.

Señora Magister  
María Indira López Izurieta  
**Docente**  
**Carrera de Enfermería**  
**Universidad Central del Ecuador**

**ASUNTO:** Autorización de investigación "Eficacia de una intervención de enfermería en la calidad de vida, función sexual y autoestima en mujeres histerectomizadas de 35 -65 años: un enfoque de método mixto."

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, y una vez verificado el cumplimiento de requisitos mediante "Solicitud de Factibilidad Técnica", de fecha 10 de diciembre de 2020, y alcance con Oficio S/N de fecha 14 de enero de 2021, presentada por usted; y, revisada la propuesta del protocolo de investigación titulado: "Eficacia de una intervención de enfermería en la calidad de vida, función sexual y autoestima en mujeres histerectomizadas de 35 -65 años: un enfoque de método mixto", que será desarrollado para el grupo de control en las instalaciones del Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico Nueva Aurora "Luz Elena Arismendi".

De acuerdo a los antecedentes descritos me permito autorizar la ejecución del proyecto antes mencionado. Cabe recalcar que al realizar la revisión de su proyecto se determinó que este cumple con los requisitos técnicos y éticos necesarios para una investigación en el área de salud.

Su proyecto no requiere aprobación por parte de la Dirección Nacional de Inteligencia en Salud, ya que no involucra la recolección de muestras biológicas.

Por lo expuesto solicito se coordine con la Unidad de Docencia e Investigación - UDI, los acuerdos de confidencialidad y compromiso de la información, previo a la recolección de datos.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Sr. Abg. Víctor Oswaldo Jarrín Garzón  
Gerente Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi

Dirección: Av. 28 de Agosto 86 y Av. Guala Niza  
Código postal: 170701 / Quito-Ecuador  
Teléfono: 593 2 294 1240  
www.hospitalgobh.ec



sembramos  
Futuro

Lenin





Quito, 9 de diciembre del 2019

A quien corresponda.-

Tras un cordial saludo, me dirijo a Usted para expresar el interés de nuestra institución de formar parte del proyecto de investigación: **"Eficacia de una intervención de enfermería en la calidad de vida, función sexual y autoestima en mujeres hysterectomizadas: un enfoque de método mixto"**, a ser efectuado por la Leda. María Inés López Izurieta siempre y cuando se cumpla los requisitos éticos y técnicos de una investigación en el área de salud.

Adicionalmente, se solicita que tras la aprobación por parte del comité de ética, se envíe el protocolo de investigación en el formato del MSP para que la Unidad de Docencia-Investigación UDI pueda coordinar la evaluación interna del mismo.

Saludos cordiales,



Ing. María José Vallejo, MSc.  
Coordinadora de la Unidad de Docencia HGONA



Universidad de Concepción  
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo  
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 717-2020.

Concepción, agosto de 2020.

#### CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el protocolo del **PROYECTO DE TESIS** titulado **"EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE VIDA, FUNCIÓN SEXUAL Y AUTOESTIMA EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS: UN ENFOQUE DE MÉTODO MIXTO"** presentado por la Enfermera **SRTA. MARÍA INDIRA LÓPEZ IZURIETA**, en calidad de candidata al grado de Doctor en Enfermería de la Universidad de Concepción, junto a su Profesora Guía, **DRA. ALIDE SALAZAR MOLINA**, docente del Departamento de Fundamentos de Enfermería y Salud Pública de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y procedimientos éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para estudios que involucran personas.

Los objetivos generales propuestos en el presente Proyecto de Tesis son conocer el significado de la educación en el periodo perioperatorio, en mujeres sometidas a histerectomía por causa benigna y determinar la eficacia de una intervención educativa de enfermería basada en autocuidado en el mejoramiento de la función sexual femenina, calidad de vida relacionada con salud y autoestima en mujeres sometidas a histerectomía por causa benigna.

Para la ejecución de la investigación se contempla desarrollar 06 (seis) objetivos específicos, cuyas actividades buscarán inicialmente, identificar las necesidades educativas de la mujer en la etapa perioperatoria de histerectomía y describir el perfil biosociodemográfico del grupo experimental y grupo comparación. Después, propone determinar la función sexual femenina del grupo experimental y grupo comparación en una medición pre y post test. Con estos datos pretende establecer la calidad de vida relacionada con salud del grupo experimental y grupo comparación en una medición pre y post test, así también determinar la Autoestima del grupo experimental y grupo comparación en una medición pre y post test y por último, evaluar la eficacia de la Intervención educativa de enfermería dirigida al grupo experimental versus el abordaje tradicional en el grupo comparación en relación a la función sexual femenina, calidad de vida relacionada con salud y autoestima.

En este estudio de diseño mixto de tipo exploratorio secuencial, el cual se compone de una fase inicial de recolección y análisis de datos cualitativos y una fase final en donde se recaban y analizan los datos cuantitativos, la participación de cada mujer, en el rango etario entre los 35 y 65 años, con pareja, usuarias de los servicios de ginecología de los Hospitales Gineco Obstétricos Isidro Ayora (HGOIA) y Luz Elena Arismendi (HGOLEA) en lista de espera para programación de cirugía (dos semanas anteriores a la asignación de fecha de cirugía), con patología benigna, que sepa leer y escribir y disponga de acceso a internet- estará basada en el proceso de consentimiento informado, el cual será debidamente aplicado y documentado, conforme modelo presentado a este comité institucional. Todo lo anterior está rigurosa y detalladamente descrito en "2. SUJETOS Y METODOS" del Proyecto de Tesis.



Barrio Universitario s/n,  
Edificio Empreudec  
Fono (56-41) 2204302  
Casilla 160 C - Correo 3, secrevrid@udec.  
Concepción, Chile



100 AÑOS  
DE  
DESARROLLO  
LIBRE DEL  
ESPIRITU



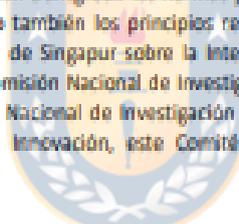
Universidad de Concepción  
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo  
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

La custodia de la información y de los resultados del estudio que se propone, será de cargo de la Investigadora Responsable, la Enfermera Srta. María Indira López Izurieta.

La ejecución del Proyecto de Tesis en pauta asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de las participantes en el estudio, garantizando la libertad, la voluntariedad y la privacidad de las mismas, presentando para ello los métodos de protección que aseguran la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia estricta de la información obtenida, observando todas las características formales y necesarias para su validez.

Este Comité considera que el Proyecto de Tesis presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, y las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos.

En atención a todo lo anterior y dado que el proyecto de tesis para optar al grado de Doctor en Enfermería presentado por la SRTA. **MARÍA INDIRA LÓPEZ IZURIETA** titulado **"EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DE VIDA, FUNCIÓN SEXUAL Y AUTOESTIMA EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS: UN ENFOQUE DE MÉTODO MIXTO"**, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación en seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas relativas adoptadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT, y en consecuencia por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo – ANID del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, este Comité resuelve aprobarlo, confiriendo el presente Certificado.



*María Andrea Rodríguez Tastets*

**DRA. M. ANDREA RODRÍGUEZ TASTETS**  
**PRESIDENTA**

**COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO**  
**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**

Barrio Universitario s/n,  
Edificio Empuñez  
Fono (56-41) 2204302  
Casilla 160 C - Correo 3, secrevid@udac.cl  
Concepción, Chile



Este documento ha sido firmado electrónicamente por  
**María Andrea Rodríguez Tastets** - anrodr@udac.cl  
Certificado por E-Sign S.A. en conformidad a la Ley 19.799



**100 AÑOS**  
**DE**  
**DESARROLLO**  
**LIBRE DEL**  
**ESPIRITU**



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR  
SUBCOMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS  
Aprobado por MSP: Of. N°MSP-VGVS-2017-0955-O /21-11-2017

---

Quito, 4 de marzo de 2020  
Oficio No. 0166-SEISH-UCE-20

Doctora  
López Izurieta Maria Indira  
**INVESTIGADORA DEL PROYECTO**  
En su despacho

De mi consideración:

Me permito poner en su conocimiento que el Subcomité de Ética de Investigación en Seres Humanos (SEISH-UCE) en Sesión Ordinaria N°. 004-SEISH-UCE-20, aprobó el siguiente proyecto de investigación:

**"Eficacia de una intervención de enfermería en la calidad de vida, función sexual y autoestima en mujeres hysterectomizadas: un enfoque de método mixto".**

En tal virtud adjunto el respectivo Certificado de Viabilidad Ética.

Me despido con sentimiento de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Fernando Salazar Manosalvas  
**PRESIDENTE DEL SEISH**



Ma. Jafet



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR  
SUBCOMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS  
Aprobado por MSP: Of. No.MSP-VGV5-2017-0955-O/21-11-2017

**EL SUBCOMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES  
HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR  
SEISH-UCE**

**CERTIFICA:**

Que conoció el Protocolo de Investigación presentado por la **Dra. López Izurieta María Indira**, Docente de la Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Enfermería, código 003-FCM-D-2020, con el tema:

**"Eficacia de una intervención de enfermería en la calidad de vida, función sexual y autoestima en mujeres histerectomizadas: un enfoque de método mixto"**.

Una vez analizados los fundamentos metodológicos, bioéticos y jurídicos del mencionado estudio, el Subcomité de Ética de Investigación en Seres Humanos SEISH-UCE, en Sesión Ordinaria N° 004-SEISH-UCE-20 del día 3 de marzo de 2020, aprobó emitir la **Certificación de la VIABILIDAD ÉTICA.**

Quito 3 de marzo de 2020

Dr. Fernando Salazar Manosalvas  
**PRESIDENTE**

Dr. Patricio Pazán León  
**SECRETARIO**

Dr. Danilo García Cáceres  
**ABOGADO**

Ms. Ss/21



Dirección: Ciudadela Universitaria  
Edificio de Servicios Generales Planta Baja

Teléfono: 3216-365  
E-mail: [msbestidos@uce.edu.ec](mailto:msbestidos@uce.edu.ec) / [qmrca@uce.edu.ec](mailto:qmrca@uce.edu.ec)

 <b>Universidad de Concepción</b>		<b>CODIGO:</b> <hr/>	<b>Versión: 3</b>
			<b>Fecha de Elaboración:</b> <b>Julio 020</b>
			<b>Fecha revision:</b> <hr/>

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

**Título del proyecto de Investigación:** “Eficacia de una intervención educativa de Enfermería en la calidad de vida, función sexual y autoestima en mujeres histerectomizadas: un enfoque de método mixto”

**Investigador principal:** MARIA INDIRA LOPEZ IZURIETA, Enfermera, estudiante del Programa de Doctorado en Enfermería, Universidad de Concepción. CI:1709862484. Teléfono: 098871516. Correo electrónico: indiramlopez@hotmail.com

**Investigador guía:** Dra. Alide Salazar

**Sede donde se realizará el estudio:** Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora

### **ESTIMADA:**

El presente documento tiene como propósito invitar a usted a participar en esta investigación, la misma que cuenta con la autorización respectiva de los diferentes Comités de Ética; y pongo a consideración la información necesaria para que decida participar o no. Solicito además que lea atentamente esta información y tenga la libertad de consultar cualquier duda.

### **1. OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Conocer el significado de la educación en el periodo perioperatorio, en mujeres sometidas a histerectomía por causa benigna.

Determinar la eficacia de una intervención educativa de enfermería basada en el autocuidado en el mejoramiento de la función sexual, calidad de vida relacionada con salud y autoestima de mujeres sometidas a histerectomía por causa benigna.

**2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO:** La información que se obtendrán de este estudio, contribuirá a orientar estrategias para mejorar la salud sexual de la mujer en su calidad de vida, función sexual femenina y autoestima de las mujeres sometidas a histerectomía por causa benigna.

**3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:** En caso de aceptar su participación en el estudio, se le aplicará, una entrevista semi estructurada, que cuenta con una guía de temas y preguntas relacionadas con el estudio. Se realizará en la sala de procedimientos del servicio de hospitalización de ginecología del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora o de modo virtual (video llamada) o telefónica cuya duración será de 30 a 45 minutos en el transcurso del mes de agosto del año 2020, donde se trabajarán temas de salud dirigida al mejoramiento de la función sexual femenina, calidad de vida y autoestima de la mujer.

**4. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO:** no se identifican riesgos en este estudio y si lo considera necesario, usted esta está en la libertad de no participar.

### **5. ACLARACIONES**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente libre y voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, su decisión será respetada.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio
- En el transcurso de la investigación usted podrá solicitar información sobre el estudio.
- Se darán a conocer los resultados una vez terminada la investigación, contactándole por correo electrónico o teléfono.
- La información obtenida será usada para el presente estudio y no para otros estudios.
- La seguridad, privacidad y confidencialidad de los datos estará enmarcado en el Acuerdo Ministerial 5216 art. 8, 10, 11, 18 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador señala la seguridad y confidencialidad de los datos físico y digitales desde la recolección hasta la eliminación.
- Los datos obtenidos se mantendrán almacenado en una memoria interna, se cifrará los datos utilizando el algoritmo de Estándar de cifrado avanzado y se creará una copia de seguridad o archivo de los datos para evitar la pérdida de los mismos.
- Este documento estará a custodio de la investigadora y los datos informativos serán resguardados en un periodo de cinco años desde el momento de la recolección de la información.
- Los resultados de este estudio pueden ser presentados en conferencias, congresos o publicados, pero su nombre e identidad no serán revelados y los datos proporcionados permanecerán en forma confidencial.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, firmar si así lo desea la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

El estudio cuenta con la autorización del Comité de Ética de la Universidad de Concepción, el Comité de Ética de la Universidad Central del Ecuador y el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora.

#### **6. ACTA DE CONSENTIMIENTO**

Declaro haber leído y comprendido exactamente los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio, la investigadora me ha aclarado las dudas y preguntas sobre el estudio a realizar. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en esta investigación y autorizo el uso de mis datos.

**Fecha** -----

-----  
**Nombre del participante**

-----  
**Firma de la participante**

Yo, la que suscribe, investigadora, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que el participante ingrese al estudio.

Declaro que procedí en completo acuerdo con los principios éticos descritos en las Directrices de Buenas prácticas clínicas y otras leyes nacionales e internacionales vigentes.

-----  
**Investigadora Responsable**

-----  
**Firma**

-----  
**Nombre del Director de la Institución**  
**(o Ministro de Fe, cuando corresponda).**

-----  
**Firma**



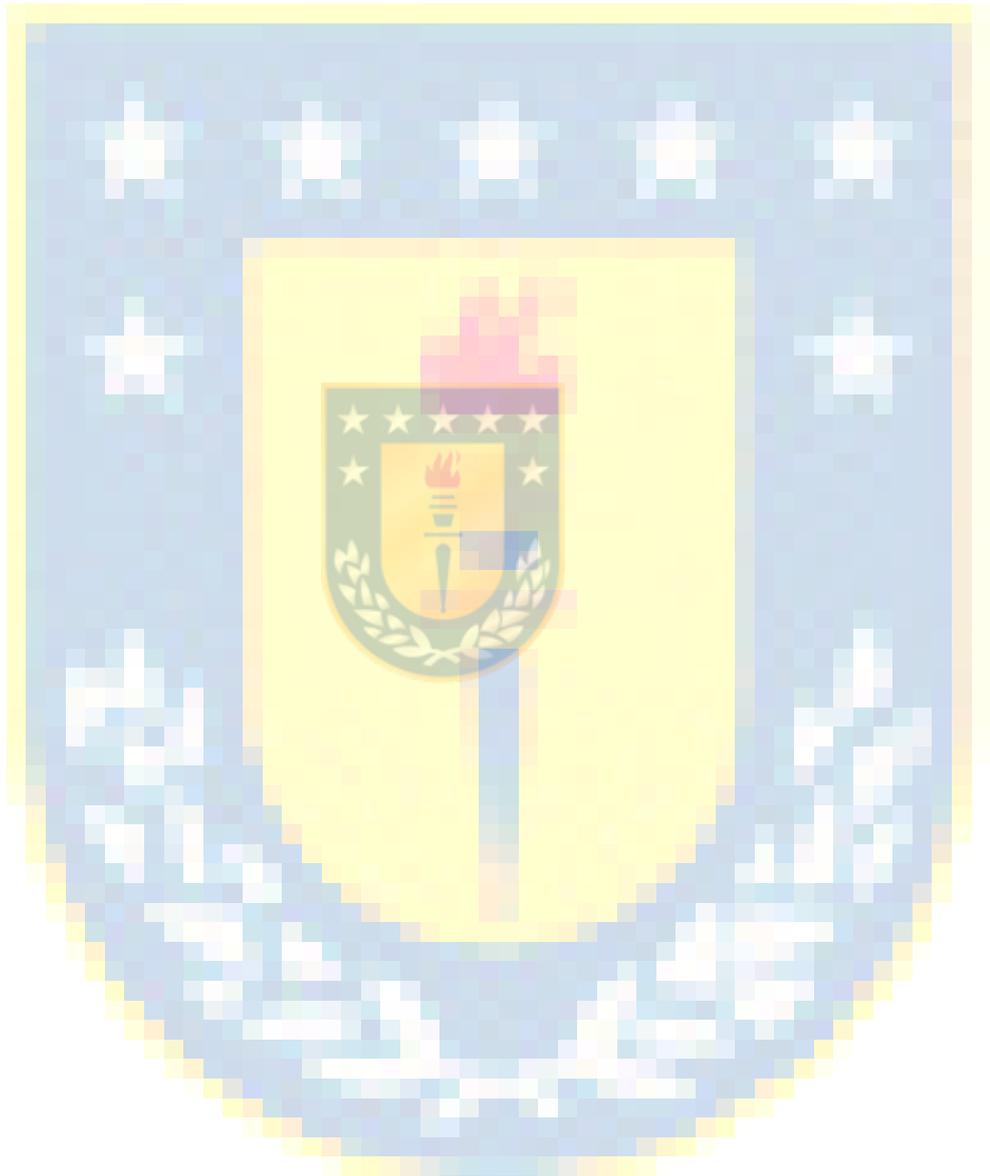
## ANEXO C. AGRUPAMIENTO Y CODIFICACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

CATEGORÍA NECESIDADES EDUCATIVAS			
G	SUBCATEGORÍA SIGNIFICADO	SUBCATEGORÍA CONOCIMIENTO	SUBCATEGORÍA EMERGENTE
1	Cambios físicos en el cuerpo. $\Phi$ Miedo. $\Phi$	Sobre el procedimiento quirúrgico en general. $\beta$ Explicación sobre el útero y procedimiento quirúrgico, los controles, alimentación, retiro de puntos. $\beta$	No regresar a la casa. $\Omega$
2	Enfermedad, trauma, $\Phi$ No volver a ser la misma $\Phi$ No tener los mismos órganos $\Phi$ No tener la misma posición de la juventud $\Phi$ Preocupada, siguiendo instrucciones para la atención $\Phi$ Con temor, sin embargo se coloca en las manos del médico $\Phi$	Conferencias a nivel comunitario sobre autoconocimiento del cuerpo femenino, prevención y cuidados de la salud femenina, orientación sobre cómo proceder en cuanto al acceso de salud. $\beta$	Entregando a dios su situación. $\Omega$
3	Cambios físicos en el abdomen, por otra cirugía. $\Phi$ Miedo por el momento de pandemia y la cirugía. $\Phi$ Hay alteración psicológica y preocupación. $\Phi$	Dudas sobre las causas por las que se producen los miomas y la relación con los estilos de vida saludables. $\beta$ Acompañamiento del personal de salud en el proceso previo a la cirugía. $\beta$ Conversatorio sobre el útero, los ovarios, los problemas que se dan en estos órganos y las causas. $\beta$	Preocupación por aceptación de esposo. $\Omega$
4	Alegría por la resolución del problema ginecológico que era muy complejo. $\Phi$ Alegría, ante la posibilidad de solucionar el problema grande de salud. $\Phi$	No, ya que se entrega a la voluntad de Dios para el éxito de la cirugía. $\beta$ Nada, ya que mi salud fue afectada de una manera muy espantosa. $\beta$ Sobre la referencia a unidades de menor complejidad y el seguimiento a problemas de la mujer en la menopausia. $\beta$	Gracias a dios me designaron la operación en este hospital. $\Omega$
5	El salvar la vida, mejorar la salud, seguir adelante. $\Phi$ Mal, pero entendiendo que, es para salvar mi vida. $\Phi$	Dudas sobre la seguridad de la cirugía, y la resolución del problema de salud. $\beta$ Dudas de la resolución del problema de salud a través	

		del procedimiento quirúrgico. <b>β</b> Explicación sobre el diagnóstico, cuidados, vía de acceso clara utilizando con términos claros, sencillos y fáciles de entender. <b>β</b>	
6	Yo tengo un riesgo avanzado, ya que el riesgo quirúrgico está siempre presente, pero tengo fe. <b>Φ</b> Tranquila. <b>Φ</b>	Tener información sobre la cirugía del útero, alteraciones luego de la cirugía. <b>β</b> Información por parte del personal de salud, posible fecha de cirugía, tipo de cirugía, consecuencias en el apetito sexual, la menstruación. <b>β</b>	Pero tengo fe. <b>Ω</b>
7	Bien para mejorar el problema de salud y las complicaciones que existen en este momento. <b>Φ</b> Inicialmente mal por las consecuencias en la reproducción, pero aceptando por lo que es favorable para la salud. <b>Φ</b> Tengo miedo y cobardía a las cirugías. <b>Φ</b> Miedo a la cirugía. <b>Φ</b>	Sobre el crecimiento del mioma y las manifestaciones durante el periodo menstrual. <b>β</b> Explicación sobre cáncer del útero, otras alternativas de tratamiento, las consecuencias de la cirugía. <b>β</b> Creencias, cambios hormonales, menopausia, cambios de los órganos internos, cambios en 3 y 6 meses. <b>β</b>	Las mujeres tienen temor a preguntar, vergüenza para mejorar la seguridad, tener conocimientos y mejorar la autoestima. <b>μ</b>  Hay señor mío. <b>Ω</b>
8	Tristeza por perder una parte del cuerpo. <b>Φ</b> Entender que era necesaria la cirugía. <b>Φ</b> Cirugía compleja, de los órganos internos. <b>Φ</b>	Desconocimiento de la cirugía. <b>β</b> Muchas al no recibir ninguna explicación por parte de los profesionales. <b>β</b> Explicación sobre la cirugía, de tratamientos alternativos, y se muestre imágenes del útero. <b>β</b>	
9	Gran valor como mujer, en la feminidad, en la reproducción. <b>Φ</b> Tristeza, miedo a la operación y el valor como mujer, los cambios al interior del cuerpo. <b>Φ</b> La pérdida de la imagen de ser mujer, y el valor con la pareja. <b>Φ</b>	Relación con ser mujer, sobre el tratamiento quirúrgico, la vía de acceso, cuidados previos, ubicación del quirófano. <b>β</b> Cambios en la función sexual, la aparición de la menopausia, cambios en la apariencia física, y psicológica. Conocer sobre el útero tamaño, controles pos	

		quirúrgicos, ejercicios piso pélvico. <b>β</b>	
10	<p>La importancia del útero según las creencias para ser mujer y en la reproducción. <b>Φ</b></p> <p>Tengo que resignarme. <b>Φ</b></p> <p>Con ira por ser el único tratamiento. <b>Φ</b></p> <p>Miedo y resignación. <b>Φ</b></p>	<p>Inquietud sobre la presencia de la menstruación luego de la cirugía. <b>β</b></p> <p>Las consecuencias cómo mujer, pérdida de una parte del cuerpo. <b>β</b></p> <p>Descripción de la cirugía, cambios después de la cirugía, la posibilidad de que se produzca la menopausia, los cuidados necesarios. <b>β</b></p> <p>Conocer sobre los miomas y sus características. <b>β</b></p> <p>Conocer sobre la respuesta sexual. <b>β</b></p>	<p>Necesidad de un ambiente de confianza y libertad para preguntar cosas íntimas sin vergüenza alguna. <b>μ</b></p>
11	<p>Perder la capacidad reproductiva, alteración en la relación sexual de pareja. <b>Φ</b></p> <p>Ante la pérdida del útero cambios físicos en el cuerpo y sensación de estar incompleta. <b>Φ</b></p> <p>Fuerte impresión, miedo, tristeza. <b>Φ</b></p> <p>Inquietud sobre la resolución de la enfermedad. <b>Φ</b></p>	<p>Saber sobre el útero y los órganos internos y la relación con la reproducción. <b>β</b></p> <p>Conocer sobre los cuidados pre quirúrgicos, controles médicos, la menopausia. <b>β</b></p>	
12	<p>Cambios cómo mujer, cambios externos ganancia de peso y en la autoimagen. <b>Φ</b></p> <p>Cambios en la relación de pareja. <b>Φ</b></p> <p>Alteración, confusión, por la extirpación del útero. <b>Φ</b></p> <p>Temor que por la cirugía y no regresar a casa. <b>Φ</b></p> <p>Miedo, por el momento de pandemia y la cirugía. <b>Φ</b></p>		<p>. y no regresar a casa. <b>Ω</b></p> <p>Sensación de vergüenza y falta de confianza para preguntar con libertad, cosas íntimas de pareja. <b>μ</b></p>
13	<p>Prioridad a la salud y la vida, estar incompleta. <b>Φ</b></p> <p>Preocupada, asustada. <b>Φ</b></p>	<p>Dudas de la vía de acceso de la cirugía, y seguridad de que los cuidados previos en la pandemia. <b>β</b></p> <p>Necesidad de ejercicios de piso pélvico, la menopausia, cuidados y alimentación previos a la cirugía. <b>β</b></p>	<p>Se piensa en morir no regresar y la separación familiar. <b>Ω</b></p>
14	<p>Es la pérdida de una parte del cuerpo, relación con estilos de vida saludables. <b>Φ</b></p>	<p>La vía de acceso de la cirugía y relación con la exposición de los órganos sexuales y la edad. <b>β</b></p>	<p>Ayudar a entender con paciencia, de manera sencilla, pausada, en un lugar privado, con escucha activa, de acuerdo a la</p>

	Temor y se piensa en morir no regresar y la separación familiar. $\Phi$	Sobre el procedimiento quirúrgico. $\beta$	edad sobre cuidados, apoyo emocional. $\mu$
--	-------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	---------------------------------------------



## ANEXO D. DEFINICION NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLE PREDICTORA /INDEPENDIENTE DEL ESTUDIO

NOMINAL	OPERACIONAL
<b>Intervención educativa de enfermería</b>	<b>Intervención educativa de enfermería</b>
La intervención educativa de enfermería es una estrategia que permite la adquisición de nuevos conocimientos para desarrollar habilidades en la toma de decisiones informadas para la creación de su agencia de autocuidado sobre su problema de salud. Siempre encaminadas a cubrir las necesidades preestablecidas y que puedan aparecer en cualquier momento.	La estrategia de intervención será desarrollada en 14 semanas, con el grupo experimental. La intervención de enfermería. Incluirá 5 sesiones presenciales individuales con de apoyo de un software tecnológico.
<b>NIVEL DE MEDICION DE VARIABLE</b>	<b>Cualitativa Nominal</b>

## ANEXO E. DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE LA VARIABLE RESULTADO/DEPENDIENTE DEL ESTUDIO

NOMINAL	OPERACIONAL
Calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la "percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" tomando las dimensiones: física, funcional, psicológica y social (45)	Dolor Corporal: Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se pueden realizar o la dificultad de las mismas.
	Función Física: Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o
	Se medirá con el SF36. Los ítems son 10: actividad vigorosa; actividad moderada; levantar bolsa de compras; subir u piso y varios pisos; agacharse, arrodillarse; caminar 1 km, algunas

	<b>Componente de Salud Física</b>	transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos	cuadras y una cuadra; bañarse y vestirse, con 3 alternativas de respuesta (mucho=1, poco=2, nada=3), con un rango de 10 a 30 puntos. Un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 es el mejor.
		Rol Físico: Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.	Se medirá con el SF 36. Los 4 ítems son: disminuyó tiempo; menos cumplimiento; algo irritado; tuvo dificultad, con dos alternativas de respuesta (si=1; no=2), en un rango de 4 a 8 puntos. Un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 es el mejor.
		Salud General: Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.	Se medirá SF 36. Los 5 ítems son: se enferma fácil; tan saludable como otros; salud va a empeorar y salud excelente, con 5 alternativas de respuesta (todo verdadero=1, bastante cierto=2, no lo sé=3, bastante falsa=4, totalmente falso=5), en un rango de 5 a 25 puntos. Un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 es el mejor.
		Función Social: Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la	Se medirá con SF 36. Los 2 ítems son: alcance social y magnitud (tiempo) social, con 5 alternativas de respuesta (siempre1, casi

		<p>vida social habitual.</p>	<p>siempre=2, algunas veces=3, un poco=4, nada=5), en un rango de 2 a 10 puntos. Los ítems Un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 es el mejor</p>
	<p><b>Componente de Salud Mental</b></p> 	<p><b>Rol Emocional:</b> Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.</p>	<p>Se medirá con el SF36. Los 3 ítems son: disminuyó tiempo, menos cumplimiento y no cuidadoso, con 2 alternativas de respuesta (si=1; no=2), en un rango de 3 a 6 puntos. Un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 es el mejor.</p>
		<p><b>Salud Mental:</b> Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.</p>	<p>Se medirá con SF 36. Los 5 ítems son: nervioso; desanimado; tranquilo; triste y feliz, con 5 alternativas de respuesta (siempre1, casi siempre=2, algunas veces=3, un poco=4, nada=5), en un rango de 5 a 25 puntos. Un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 es el mejor.</p>
		<p><b>Vitalidad:</b> Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.</p>	<p>Se medirá con el SF 36. Los 4 ítems son: animado; con energía; agotado; cansado. Lo conforma 4 ítems con 5 alternativas (en extremo=5, mucho=4, normal=3, algo=2, nada=1), en un rango de 4 a 20 puntos. Un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor</p>

		resultado y 100 es el mejor.
<b>NIVEL DE MEDICION DE VARIABLES</b>		<b>Cuantitativa continua</b>

<b>NOMINAL</b>	<b>OPERACIONAL</b>	
<p>Función sexual femenina: La función sexual es la actividad propia de cada sexo se constituye en el resultado de un proceso de activación entre el estímulo y la respuesta y empieza a funcionar a partir del nacimiento y depende de varios factores en especial de factores del entorno sociocultural, el que se determinará conductas y aprendizaje masculinos y femeninos (58).</p>	<p>Deseo: refleja las motivaciones, los impulsos y la personalidad de la persona. Influye en la autoestima, la capacidad para aceptarse como ser sexual, las experiencias sexuales previas, la accesibilidad a la relación de pareja.</p>	<p>Se medirá con el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). Esta subescala la conforman las preguntas 1 y 2. Cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5.</p>
	<p>Excitación: resultado de la estimulación sexual, de origen físico o psíquico. La estimulación, por estimulación directa, dada por procesos fisiológicos que se producen como resultado de pensamientos o emociones.</p>	<p>Se medirá con el IFSF. Esta subescala la conforman las preguntas 3 y 6. Cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5.</p>
	<p>Lubricación: la vasodilatación de las paredes de la vagina, que llevan a una trasudación de fluido.</p>	<p>Se medirá con el IFSF. Esta subescala la conforman las preguntas 7- 10. Cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5.</p>
	<p>Dolor: no pertenecen al grupo de las alteraciones del ciclo de respuesta sexual, pero frecuentemente, el dolor sexual está asociado con alteraciones como disminución del deseo, del interés sexual, de la percepción subjetiva de la excitación y del orgasmo.</p>	<p>Se medirá con el IFSF. Esta subescala la conforman las preguntas 17-19. Cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5.</p>
	<p>Orgasmo: es una función psico-fisiológica normal del cuerpo humano y durante la respuesta sexual femenina, se producen cambios en las estructuras congestivas que son esenciales para el entendimiento de su</p>	<p>Se medirá con el IFSF. Esta subescala la conforman las preguntas 11 -13. Cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5.</p>

	respuesta sexual y específica-mente del orgasmo.	
	Satisfacción: ha sido conceptualizada como la etapa final del ciclo de respuesta sexual, como un derecho sexual y como un factor clave de la calidad de vida de las personas, asociándose a un mejor estado de salud física y mental.	Se medirá con el IFSF. Esta subescala la conforman las preguntas 14 – 16. Cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5.
<b>NIVEL DE MEDICION</b>	<b>Cuantitativa continua</b>	
<b>NOMINAL</b>	<b>OPERACIONAL</b>	
Autoestima La autoestima se constituye en un agente de autoprotección ante situaciones de riesgo en la salud, en la interacción social y en la productividad, permite alcanzar un desarrollo personal a través de pensamientos positivos, siendo un elemento fundamental para tener perspectivas en la vida y bienestar psicológico (65).	Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.	Se medirá con la Escala de Rosenberg. De 30 a 40 puntos A. Muy de acuerdo B. De acuerdo C. En desacuerdo D. Muy en desacuerdo
	Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.	De 26 a 29 puntos A. Muy de acuerdo B. De acuerdo C. En desacuerdo D. Muy en desacuerdo
	Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.	Menos de 25 punto A. Muy de acuerdo B. De acuerdo C. En desacuerdo D. Muy en desacuerdo
<b>NIVEL DE MEDICION DE VARIABLE</b>	<b>Cualitativa ordinal</b>	

**ANEXO F. DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES EN EL ESTUDIO**

NOMINAL	OPERACIONAL
<b>Variables Sociodemográficas</b>	<b>Variables Sociodemográficas</b>
Edad: 35- 65 años tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento.	Años cumplidos de vida, declarada en número.  <b>NIVEL DE MEDICION DE LA VARIABLE Cuantitativa continua</b>
Escolaridad: Periodo de tiempo que transcurre en la formación escolar.	<p>Analfabeto: persona que no sabe leer ni escribir</p> <p>Primaria completa: persona que ha cursado la educación básica, enseñanza básica, enseñanza elemental, enseñanza primaria, estudios básicos, primarios, es la que asegura la correcta alfabetización, es decir, que enseña a leer, escribir, cálculo básico y algunos de los conceptos culturales</p> <p>Primaria incompleta: persona que no ha cursado la educación básica, enseñanza básica, enseñanza elemental, enseñanza primaria, estudios básicos, primarios, es la que asegura la correcta alfabetización, es decir, que enseña a leer, escribir, cálculo básico y algunos de los conceptos culturales</p> <p>Secundaria completa: persona que ha cursado todos los últimos 3 años de educación (desde 1° a 3° año). Al terminar, el estudiante se gradúa</p> <p>Secundaria incompleta: persona que no ha cursado todos los últimos 3 años de educación (desde 1° a 3° año). Al terminar, el estudiante se gradúa</p> <p>Superior completa: persona que ha cursado la última fase del proceso de aprendizaje académico, es decir, aquella que viene luego de la etapa secundaria. Es impartida en las universidades, institutos superiores o academia de formación técnica. La enseñanza que ofrece la educación superior es a nivel profesional.</p> <p>Superior incompleta: persona que no ha cursado la última fase del proceso de aprendizaje académico, es decir, aquella que viene luego de la etapa secundaria. Es impartida en las universidades, institutos superiores o academia de formación técnica. La enseñanza que ofrece la educación superior es a nivel profesional.</p> <p><b>NIVEL DE MEDICION DE LA VARIABLE Cualitativa ordinal</b></p>
Lugar de residencia. Lugar geográfico de domicilio habitual.	Zona urbana: Espacio vinculado con la urbe Zona rural: sector de una superficie de un terreno que se vincula con el campo.

	<b>NIVEL DE MEDICION DE LA VARIABLE Cualitativa nominal</b>
Religión: Conjunto de creencias, normas de comportamiento y de ceremonias de oración propias de un grupo humano.	Católica: puede traducirse como “universal”. Este adjetivo, que ayude a aquello que resulta común o que abarca a todos, fue utilizado por la Iglesia de Roma para referirse a sí misma. Evangélica: Del evangelio o relacionado con él. Cristiana: Que profesa el cristianismo. Testigo de Jehová: es una denominación milenarista y restauracionista con creencias distintas a las vertientes principales del cristianismo. Ateo: Perona que niega la existencia de Dios.
	<b>NIVEL DE MEDICION DE LA VARIABLE Cualitativa nominal politómica</b>
Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltera: Perona que no está unido en matrimonio a otra persona. Casada: Es la persona que adquiere una persona en el momento que contrae matrimonio. Este estado civil dura desde que se contrae matrimonio Divorciada: Es la persona que se casó y luego se separó judicialmente, es separado. Viuda: Persona cuyo conyugue a fallecido Unión libre: Es la unión afectiva de dos personas físicas, con independendencia de su sexo, a fin de convivir de forma estable, en una relación de afectividad análoga a la conyugal.
	<b>NIVEL DE MEDICION DE LA VARIABLE Cualitativa nominal politómica</b>
Ingresos económicos: Cantidad de Dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado.	Se deberá completar el número de salarios mínimos
	<b>NIVEL DE MEDICION DE LA VARIABLE Cuantitativa continua</b>
Número de años de convivencia con una pareja. Tiempo en el cual se convive día a día junto a alguien, es lo que hace que una relación crezca y se afiance.	Se deberá colocar el número de años que conviven.
	<b>NIVEL DE MEDICION DE LA VARIABLE Cuantitativa continua</b>
Número de hijos. Es un concepto demográfico, se mide por el número medio de hijos que tiene una generación, habitualmente referido a la mujer a lo largo de su vida reproductiva.	Se deberá colocar el número de hijos.
	<b>NIVEL DE MEDICION DE LA VARIABLE Cuantitativa discreta</b>
Teléfono móvil (o teléfono celular) Aparato telefónico pequeño, portátil, siempre que sea dentro del área de cobertura.	Se deberá contestar con una X si dispone o no.
	<b>NIVEL DE MEDICION DE LA VARIABLE Cualitativa nominal</b>

<p>Disponibilidad de internet: Red informática de nivel mundial que utiliza la línea telefónica para transmitir la información.</p>	<p>Se deberá contestar con una X si dispone en el teléfono. Móvil o en el hogar.</p>
<p>Diagnóstico para histerectomía: Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad.</p>	<p><b>NIVEL DE MEDICION DE LA VARIABLE</b> <b>Cualitativa nominal</b></p> <p>Leiomiomas: Tumor benigno, que se desarrolla en el tejido muscular del útero</p> <p>Sangrado uterino: es un tipo desangrado anormal que se presenta sólo en mujeres, proveniente del endometrio y provocada por alteraciones hormonales, y que no guarda relación con lesiones, infecciones, embarazos o tumores.</p> <p>Dolor pélvico: dolor intenso y punzante en un lugar específico, o una molestia tenue en un área amplia de la pelvis</p> <p>Prolapsos genitales: Se refiere a la caída o descenso de un órgano. Puede tratarse de una caída parcial o total de la víscera.</p> <p><b>NIVEL DE MEDICION DE LA VARIABLE</b> <b>Cualitativa nominal</b></p>

## ANEXO G.

### CUESTIONARIO BIOSOCIODEMOGRAFICO



**UNIVERSIDAD DE  
CONCEPCIÓN  
FACULTAD DE  
ENFERMERÍA  
CUESTIONARIO  
BIOSOCIODEMOGRÁFICO**



Usted está siendo participe en una investigación en cual la privacidad de la información será garantizada por el investigador y será utilizada con fines científicos. Por tal motivo se solicita que los datos sean respondidos con la mayor sinceridad.

Edad en años cumplidos..... años.	
Estado civil:	Soltera.
	Unión de hecho
	Casada
	Divorciada
	Viuda
Escolaridad	Número de años de escolaridad
Lugar de residencia	Urbano:
	Rural:
Religión	Católica
	Evangélica
	Testigo de Jehová
	Cristiana
	Ateo
	Otras:
Ingresos económicos	1 Salario mínimo vital
	2 Salarios mínimos vitales
	3 Salarios mínimos vitales
	4 o más salarios mínimos vitales

Diagnóstico para histerectomía	Leiomioma	
	Sangrado uterino	
	Dolor pélvico	
	Prolapso genital	
	Especificar.....	
Número de años de convivencia con la pareja		
Número de hijos		
Actividad laboral que realiza		
Disponibilidad de teléfono móvil	Si	No
Disponibilidad de internet	Móvil	Hogar
Experiencia con el uso de una computadora/Tablet/ teléfono inteligente	Ninguno	
	Un poco	
	Bastante	



## ANEXO H. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA



### UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA



#### CUESTIONARIO DE ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

##### Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante **las últimas 4 semanas**. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

##### Definiciones

**Actividad sexual:** se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

**Relación sexual:** se define como penetración del pene en la vagina.

**Estimulación sexual:** incluye juegos sexuales con la pareja, auto estimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

**Deseo o interés sexual:** es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

**Excitación sexual** es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

##### Subraye Sólo Una Alternativa Por Pregunta

1.- En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

5 Siempre o casi siempre

4 La mayoría de las veces (más que la mitad)

3 A veces (alrededor de la mitad)

2 Pocas veces (menos que la mitad)

1 Casi nunca o nunca

2.- En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?



**9.- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?**

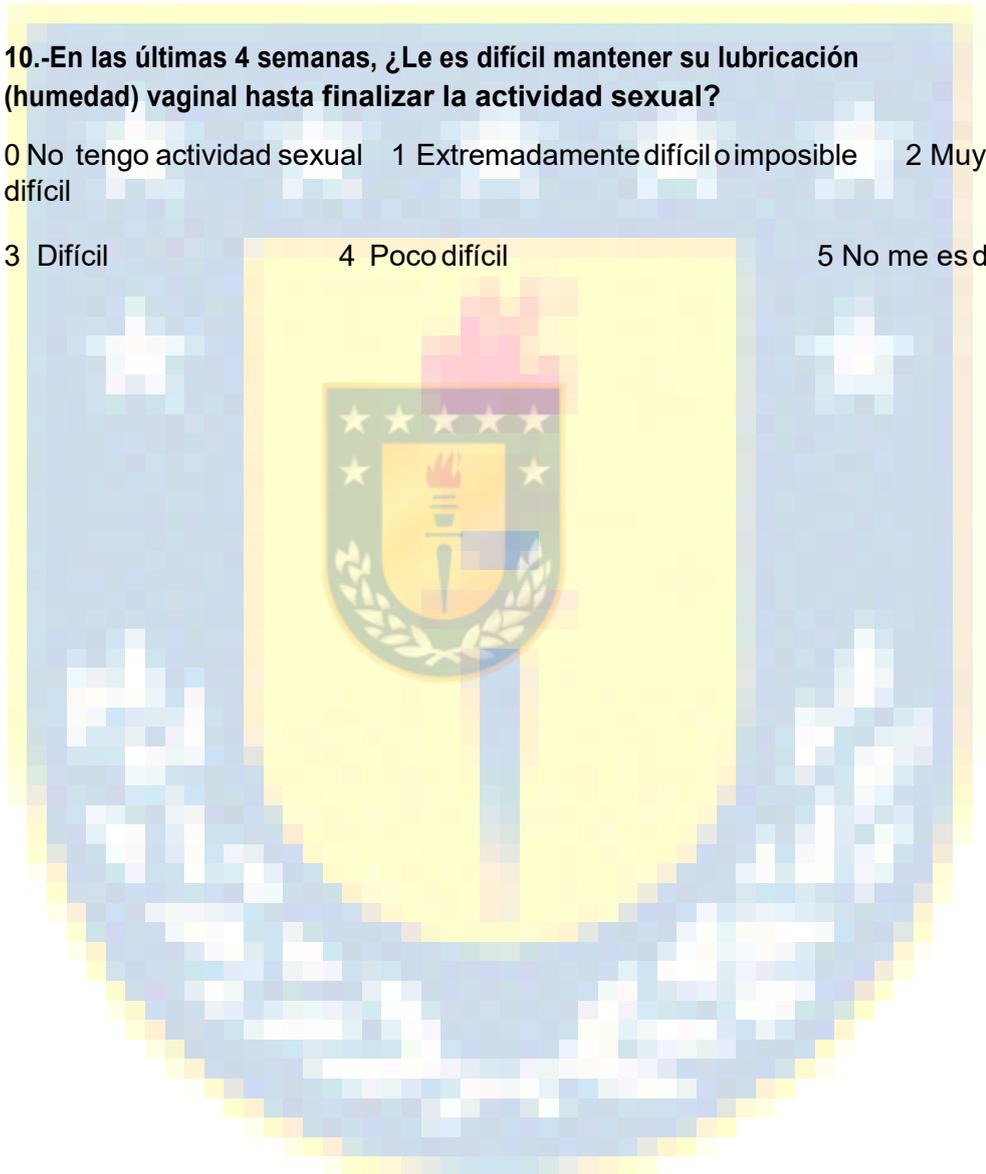
0 No tengo actividad sexual 5 Siempre o casi siempre 4 La mayoría de las veces (más que la mitad)

3 A veces (alrededor de la mitad) 2 Pocas veces (menos que la mitad)  
1 Casi nunca o nunca

**10.- En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?**

0 No tengo actividad sexual 1 Extremadamente difícil o imposible 2 Muy difícil

3 Difícil 4 Poco difícil 5 No me es difícil



**11.-En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?**

0 No tengo actividad sexual    5 Siempre o casi siempre    4 La mayoría de las veces (más que la mitad)

3 A veces (alrededor de la mitad)    2 Pocas veces (menos que la mitad)  
1 Casi nunca o nunca

**12.-En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?**

0 No tengo actividad sexual    1 Extremadamente difícil o imposible    2 Muy difícil

3 Difícil    4 Poco difícil    5 No me es difícil

**13.-En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?**

0 No tengo actividad sexual    5 Muy satisfecha    4 Moderadamente satisfecha

3 Ni satisfecha ni insatisfecha    2 Moderadamente insatisfecha    1 Muy insatisfecha

**14.-En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?**

0 No tengo actividad sexual    5 Muy satisfecha    4 Moderadamente satisfecha

3 Ni satisfecha ni insatisfecha    2 Moderadamente insatisfecha    1 Muy insatisfecha

**15.-En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?**

5 Muy satisfecha    4 Moderadamente satisfecha

3 Ni satisfecha ni insatisfecha    2 Moderadamente insatisfecha    1 Muy insatisfecha

**16.-En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?**

5 Muy satisfecha    4 Moderadamente satisfecha

3 Ni satisfecha ni insatisfecha    2 Moderadamente insatisfecha    1 Muy insatisfecha

**17.-En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente disconfort o dolor durante la penetración vaginal?**

0 No intenté tener coito 1 Siempre o casi siempre 2 La mayoría de las veces (más que la mitad)

3 A veces (alrededor de la mitad) 4 Pocas veces (menos que la mitad)  
5 Casi nunca o nunca

**18.-En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente disconfort o dolor después de la penetración vaginal?**

0 No intenté tener coito 1 Siempre o casi siempre 2 La mayoría de las veces (más que la mitad) 3 A veces (alrededor de la mitad) 4 Pocas veces (menos que la mitad) 5 Casi nunca o nunca

**19.- En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de disconfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?**

0 No intenté tener coito 1 Muy alto 2 Alto 3 Moderado 4 Bajo 5 Muy bajo o nada

**¡Gracias por completar este test!**

# ANEXO I. CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD



FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

## UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA

### CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD SF-36

**POR FAVOR, MARQUE CON UNA X EN LA OPCION QUE USTED CONSIDERE CORRECTA O QUE MAS SE IDENTIFIQUE**

P.1 En general, diría Ud. que **su Salud es:**

Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Mala

P.2 Comparando su Salud con la de un año atrás, ¿Como diría Ud. que en general, está **su Salud ahora?**

Mucho mejor  Algo mejor  Igual  Algo peor  Peor

P.3 Las siguientes actividades son las que haría Ud. en un día normal. ¿**Su estado de Salud actual** lo limita para realizar estas actividades? Si es así. ¿Cuánto lo limita? Marque con una X al que corresponda.

Actividades	Si, muy limitada	Si, un poco limitada	No, no limitada
1 Esfuerzos intensos; correr, levantar objetos pesados, o participación en deportes que			

requieren gran esfuerzo			
<b>2</b> Esfuerzos moderados; mover una mesa, barrer, usar la aspiradora, caminar más de 1 hora.			
<b>3</b> Levantar o acarrear bolsa de las compras.			
<b>4</b> Subir varios pisos por las escaleras.			
<b>5</b> Subir un solo piso por la escalera.			
<b>6</b> Agacharse, arrodillarse o inclinarse.			
<b>7</b> Caminar más de 10 cuadras (1 Km).			
<b>8</b> Caminar varias cuadras.			
<b>9</b> Caminar una sola cuadra.			
<b>10</b> Bañarse o vestirse.			

4. Durante el **último mes** ¿Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias a causa de **su salud física**?

Actividades	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces
<b>1</b> Redujo la cantidad de tiempo dedicada a su trabajo u otra actividad				
<b>2</b> Hizo <b>menos</b> de lo que le hubiera gustado hacer				
<b>3</b> Estuvo <b>limitado</b> en su trabajo u otra actividad.				
<b>4</b> Tuvo <b>dificultad</b> para realizar				

su trabajo u otra actividad.				
---------------------------------	--	--	--	--

**P. 5** Durante el **último mes** ¿Ha tenido Ud. **alguno de estos problemas** en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias como resultado de **problemas emocionales** (sentirse deprimido o con ansiedad)?

Ninguno  Muy poco  Leve  Moderado  Severo   
Muy severo

**P. 6** Durante el **último mes**, ¿**En qué medida** su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus **actividades sociales normales** con la familia, amigos o su grupo social?

De ninguna manera  Un poco  Moderadamente  Bastante   
Mucho

**P. 7** ¿Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo en **el último mes**?

Ninguno  Muy poco  Leve  Moderado  Severo   
Muy severo

**P. 8** Durante **el último mes** ¿Hasta qué punto el **dolor ha interferido con sus tareas** normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa)?

De ninguna manera  Un poco  Moderadamente  Bastante   
Mucho

P.9 Las siguientes preguntas se refieren a **como se ha sentido Ud.** durante el último mes.

Responda todas las preguntas con la respuesta que mejor indique su estado de ánimo.

**Cuánto tiempo** durante el último mes:

	Siempre	Casi todo el tiempo	Un poco	Muy poco o tiempo	Nunca
1 ¿Se sintió muy animoso?					
2 ¿Estuvo muy nervioso?					
3 ¿Estuvo muy decaído que nada lo anima?					
4 ¿Se sintió tranquilo y calmado?					
5 ¿Se sintió con mucha energía?					
6 ¿Se sintió desanimado y triste?					
7 ¿Se sintió agotado?					
8 ¿Se ha sentido una persona feliz?					
9 ¿Se sintió cansado?					

**P. 10 Durante el último mes ¿Cuánto de su tiempo** su salud física o problemas emocionales han dificultado sus **actividades sociales**, como, por ejemplo; visitar amigos o familiares?

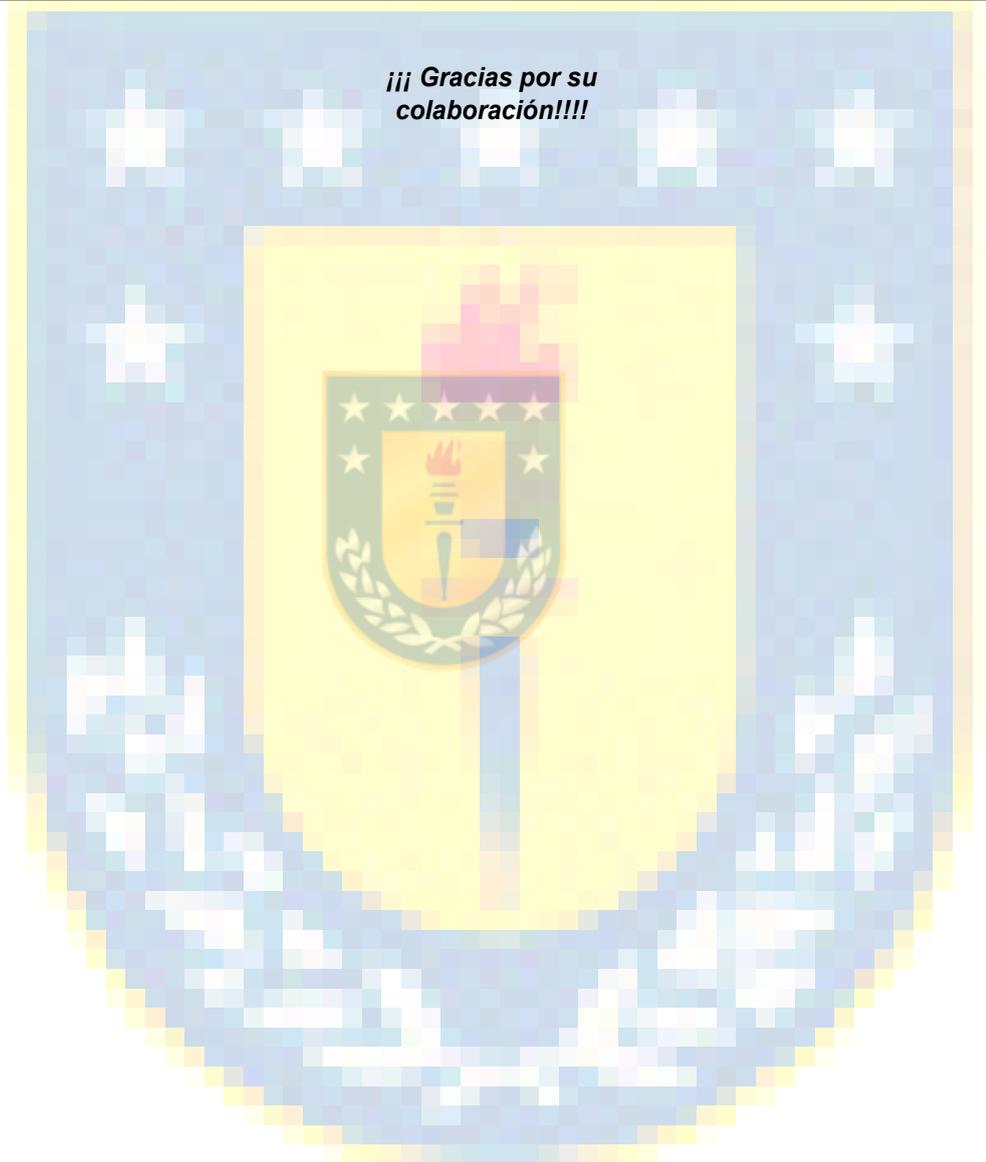
Siempre  la mayor parte del tiempo  Algunas veces

Pocas veces  Nunca

**P.11 Para Ud. ¿Qué tan cierto o falso son estas afirmaciones respecto a su Salud?**

	Definitivamente cierto	Casi siempre, cierto	No sé	Casi siempre, falso	Definitivamente falso
1 Me enfermo con más facilidad que otras personas.					
2 Estoy tan					

Saludable como cualquier persona.					
<b>3</b> Creo que mi salud va empeorar.					
<b>4</b> Mi salud es excelente.					



## ANEXO J. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG



### UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA

#### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

**Indicación:** Este cuestionario tiene como fin explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho de mí mismo				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada /o.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

*!!! Gracias por su colaboración!!!*

## ANEXO K. CONSENTIMIENTO INFORMADO – PLAN PILOTO

 Universidad de Concepción		CODIGO:	Versión: 3
			Fecha de Elaboración: Julio 2020
			Fecha revision:

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

**Título del proyecto de Investigación:** “Eficacia de una intervención educativa de Enfermería en la calidad de vida, función sexual y autoestima en mujeres histerectomizadas: un enfoque de método mixto”

**Investigador principal:** MARIA INDIRA LOPEZ IZURIETA, Enfermera, estudiante del Programa de Doctorado en Enfermería, Universidad de Concepción. CI:1709862484. Teléfono: 098871516. Correo electrónico: indiramlopez@hotmail.com

**Investigador guía:** Dra. Alide Salazar

**Sede donde se realizará el estudio:** Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora

#### **ESTIMADA:**

El presente documento tiene como propósito invitar a usted a participar en esta investigación, la misma que cuenta con la autorización respectiva del os diferentes Comités de Ética; y pongo a consideración la información necesaria para que decida participar o no. Solicito además que lea atentamente esta información y tenga la libertad de consultar cualquier duda.

#### **1. OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Conocer el significado de la educación en el periodo perioperatorio, en mujeres sometidas a histerectomía por causa benigna.

Determinar la eficacia de una intervención educativa de enfermería basada en el autocuidado en el mejoramiento de la función sexual, calidad de vida relacionada con salud y autoestima de mujeres sometidas a histerectomía por causa benigna.

**2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO:** La información que se obtendrán de este estudio, contribuirá a orientar estrategias para mejorar la salud sexual de la mujer en su calidad de vida, función sexual femenina y autoestima de las mujeres sometidas a histerectomía por causa benigna. Si los resultados de la investigación resultan favorables y se pueden replicar se considerará a los grupos que intervinieron en nuevos estudios para ser los primeros beneficiarios en el mejoramiento de la salud de la mujer.

**3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:** En caso de aceptar su participación en el estudio, se le aplicará, encuestas biosociodemográfica, Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud, Índice de Función Sexual Femenina y de Autoestima – Escala de Rosenberg, cuya duración será de 10 minutos cada una.

Las cuatro encuestas, serán aplicadas para determinar el grado de comprensión de los instrumentos de recolección de datos en septiembre del 2020, se realizarán en la sala de procedimientos del servicio de hospitalización de ginecología del Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora o de modo virtual (video llamada) o telefónica.

**4. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO:** no se identifican riesgos en este estudio y si lo considera necesario, usted esta está en la libertad de no participar.

#### **5. ACLARACIONES**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente libre y voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, su decisión será respetada.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- Recibirá el pago de los pasajes ida y regreso para asistir a la aplicación de cuestionario.
- En el transcurso de la investigación usted podrá solicitar información sobre el estudio.
- Se darán a conocer los resultados una vez terminada la investigación, contactándole por correo electrónico o teléfono.
- La información obtenida será usada para el presente estudio y no para otros estudios.
- La seguridad, privacidad y confidencialidad de los datos estará enmarcado en el Acuerdo Ministerial 5216 art. 8, 10, 11, 18 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador señala la seguridad y confidencialidad de los datos físico y digitales desde la recolección hasta la eliminación.
- Los datos obtenidos se mantendrán almacenado en una memoria interna, se cifrará los datos utilizando el algoritmo de Estándar de cifrado avanzado y se creará una copia de seguridad o archivo de los datos para evitar la pérdida de los mismos.
- Este documento estará a custodio de la investigadora y los datos informativos serán resguardados en un periodo de cinco años desde el momento de la recolección de la información.
- Los resultados de este estudio pueden ser presentados en conferencias, congresos o publicados, pero su nombre e identidad no serán revelados y los datos proporcionados permanecerán en forma confidencial.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, firmar si así lo desea la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

El estudio cuenta con la autorización del Comité de Ética de la Universidad de Concepción, el Comité de Ética de la Universidad Central del Ecuador y el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora.

**6. ACTA DE CONSENTIMIENTO**

Declaro haber leído y comprendido exactamente los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio, la investigadora me ha aclarado las dudas y preguntas sobre el estudio a realizar. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en esta investigación y autorizo el uso de mis datos.

**Fecha** -----

-----  
**Nombre del participante**

-----  
**Firma de la participante**

Yo, la que suscribe, investigadora, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que el participante ingrese al estudio.

Declaro que procedí en completo acuerdo con los principios éticos descritos en las Directrices de Buenas prácticas clínicas y otras leyes nacionales e internacionales vigentes.

-----  
**Investigadora Responsable**

-----  
**Firma**

-----  
**Nombre del Director de la Institución  
(o Ministro de Fe, cuando corresponda)**

-----  
**Firma**

## ANEXO L. CONSENTIMIENTO GRUPO EXPERIMENTAL

 Universidad de Concepción		CODIGO: _____	Versión: 3
			Fecha de Elaboración: Julio 2020
			Fecha revisión:

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

**Título del proyecto de Investigación:** “Eficacia de una intervención educativa de Enfermería en la calidad de vida, función sexual y autoestima en mujeres hysterectomizadas: un enfoque de método mixto”

**Investigador principal:** MARIA INDIRA LOPEZ IZURIETA, Enfermera, estudiante del Programa de Doctorado en Enfermería, Universidad de Concepción. CI:1709862484. Teléfono: 098871516. Correo electrónico: indiramlopez@hotmail.com

**Investigador guía:** Dra. Alide Salazar

**Sede donde se realizará el estudio:** Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora

#### **ESTIMADA:**

El presente documento tiene como propósito invitar a usted a participar en esta investigación, la misma que cuenta con la autorización respectiva de los diferentes Comités de Ética; y pongo a consideración la información necesaria para que decida participar o no de manera libre y voluntaria. Solicito además que lea atentamente esta información y tenga la libertad de consultar cualquier duda.

#### **1. OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Conocer el significado de la educación en el periodo perioperatorio, en mujeres sometidas a hysterectomía por causa benigna.

Determinar la eficacia de una intervención educativa de enfermería basada en el autocuidado en el mejoramiento de la función sexual, calidad de vida relacionada con salud y autoestima de mujeres sometidas a hysterectomía por causa benigna.

**2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO:** La información que se obtendrán de este estudio, contribuirá a orientar estrategias para mejorar la salud sexual de la mujer en su calidad de vida, función sexual y autoestima de las mujeres sometidas a hysterectomía por causa benigna.

**3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:** En caso de aceptar su participación en el estudio, se le aplicará en dos ocasiones (una al inicio de la intervención y la segunda al finalizar la intervención), una encuesta biosociodemográfica, Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud, Índice de Función Sexual Femenina y de Autoestima – Escala de Rosenberg, cuya duración será de 40 minutos aproximadamente. Posteriormente se ejecutará la Intervención Educativa de Enfermería Presencial con apoyo tecnológico: consta de 5 sesiones Educativas de Enfermería individual, en el Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora, distribuidos en los meses de septiembre a noviembre del año 2020, donde se trabajarán temas de salud dirigidos al mejoramiento de la función sexual femenina, calidad de vida y autoestima. Cada sesión tendrá una duración aproximadamente de 40 minutos en promedio y estará a cargo de la investigadora principal de este estudio.

Previo a cada sesión educativa se considera como prerrequisito la verificación de la asistencia de la paciente por vía telefónica, las mismas que están en relación con las consultas clínicas al hospital garantizando la presencia de las pacientes en el hospital.

Adicional a lo anterior se le invita a utilizar la plataforma web, previa la orientación de su uso en el hospital, como apoyo de la intervención educativa de enfermería, para reforzar, aclarar, compartir los temas tratados en cada sesión presencial individual (5 sesiones). Usted podrá complementar las sesiones presenciales ingresando a la plataforma web desde la comodidad de su casa y por el tiempo que desee para solventar dudas respecto a los contenidos abordados. El tiempo estimado es entre 30 a 45 minutos dependiendo del contenido de cada sesión.

**4. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO:** no se identifican riesgos en este estudio y si lo considera necesario, usted esta está en la libertad de no participar.

**5. ACLARACIONES**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente libre y voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, su decisión será respetada.
- Se debe señalar que el uso de internet no está cubierto por la investigadora, ya que dentro de los criterios de inclusión se encuentra el contar con este servicio.
- Recibirá el pago de los pasajes ida y regreso para asistir a las consultas/sesiones individuales.
- Se le entregará material de apoyo correspondiente a los temas a tratar en las sesiones Educativa de Enfermería.
- En el transcurso de la investigación usted podrá solicitar información sobre el estudio al número de contacto de la investigadora principal de este estudio.
- Se darán a conocer los resultados una vez terminada la investigación, contactándole por correo electrónico o teléfono.
- La información obtenida será usada para el presente estudio y no para otros estudios.
- La seguridad, privacidad y confidencialidad de los datos estará enmarcado en el Acuerdo Ministerial 5216 art. 8, 10, 11, 18 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador señala la seguridad y confidencialidad de los datos físico y digitales desde la recolección hasta la eliminación.
- Los datos obtenidos se mantendrán almacenado en una memoria interna, se cifrará los datos utilizando el algoritmo de Estándar de cifrado avanzado y se creará una copia de seguridad o archivo de los datos para evitar la pérdida de los mismos.
- Este documento estará a custodio de la investigadora y los datos informativos serán resguardados en un periodo de cinco años desde el momento de la recolección de la información.
- Los resultados de este estudio pueden ser presentados en conferencias, congresos o publicados, pero su nombre e identidad no serán revelados y los datos proporcionados permanecerán en forma confidencial.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, firmar si así lo desea la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

El estudio cuenta con la autorización del Comité de Ética de la Universidad de Concepción, el Comité de Ética de la Universidad Central del Ecuador y el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora.

#### **6. ACTA DE CONSENTIMIENTO**

Declaro haber leído y comprendido exactamente los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio, la investigadora me ha aclarado las dudas y preguntas sobre el estudio a realizar. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en esta investigación y autorizo el uso de mis datos.

**Fecha** -----

-----  
**Nombre del participante**

-----  
**Firma de la participante**

Yo, la que suscribe, investigadora, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que el participante ingrese al estudio.

Declaro que procedí en completo acuerdo con los principios éticos descritos en las Directrices de Buenas prácticas clínicas y otras leyes nacionales e internacionales vigentes.

-----  
**Investigadora Responsable**

-----  
**Firma**

-----  
**Nombre del Director de la Institución**  
**(o Ministro de Fe, cuando corresponda)**

-----  
**Firma**

## ANEXO M. CONSENTIMIENTO GRUPO COMPARACIÓN

 Universidad de Concepción		CODIGO: _____	Versión: 3
			Fecha de Elaboración: Julio 2020
			Fecha revision: _____

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

**Título del proyecto de Investigación:** “Eficacia de una intervención educativa de Enfermería en la calidad de vida, función sexual y autoestima en mujeres hysterectomizadas: un enfoque de método mixto”

**Investigador principal:** MARIA INDIRA LOPEZ IZURIETA, Enfermera, estudiante del Programa de Doctorado en Enfermería, Universidad de Concepción. CI:1709862484. Teléfono: 098871516. Correo electrónico: indiramlopez@hotmail.com

**Investigador guía:** Dra. Alide Salazar

**Sede donde se realizará el estudio:** Hospital Gineco – Obstétrico Luz Elena Arizmendi

#### **ESTIMADA:**

El presente documento tiene como propósito invitar a usted a participar en esta investigación, la misma que cuenta con la autorización respectiva de los diferentes Comités de Ética; y pongo a consideración la información necesaria para que decida participar o no. Solicito además que lea atentamente esta información y tenga la libertad de consultar cualquier duda.

#### **1. OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Conocer el significado de la educación en el periodo perioperatorio, en mujeres sometidas a hysterectomía por causa benigna.

Determinar la eficacia de una intervención educativa de enfermería basada en el autocuidado en el mejoramiento de la función sexual, calidad de vida relacionada con salud y autoestima de mujeres sometidas a hysterectomía por causa benigna.

**2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO:** La información que se obtendrán de este estudio, contribuirá a orientar estrategias para mejorar la salud sexual de la mujer en su calidad de vida, función sexual femenina y autoestima de las mujeres sometidas a hysterectomía por causa benigna.

**3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:** En caso de aceptar su participación en el estudio, se le aplicará, en dos ocasiones (una al inicio de la intervención y la segunda al finalizar la intervención), una encuesta biosociodemográfica, Cuestionario de

Calidad de Vida relacionada con salud, Índice de Función Sexual Femenina y de Autoestima – Escala de Rosenberg, cuya duración será de 10 minutos cada una. Las cuatro encuestas serán tomadas a contar de septiembre de 2020 y posteriormente en diciembre de 2020 los parámetros antes mencionados serán tomados tres meses posteriores a la primera.

**4. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO:** no se identifican riesgos en este estudio y si lo considera necesario, usted está en la libertad de no participar.

**5. ACLARACIONES**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, su decisión será respetada.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio
- Recibirá el pago de los pasajes ida y regreso para asistir a la aplicación de los cuestionarios
- En el transcurso de la investigación usted podrá solicitar información sobre el estudio.
- Se darán a conocer los resultados una vez terminada la investigación, contactándole por correo electrónico o teléfono.
- La información obtenida será usada para el presente estudio y no para otros estudios.
- La seguridad, privacidad y confidencialidad de los datos estará enmarcado en el Acuerdo Ministerial 5216 art. 8, 10, 11, 18 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador señala la seguridad y confidencialidad de los datos físico y digitales desde la recolección hasta la eliminación.
- Los datos obtenidos se mantendrán almacenado en una memoria interna, se cifrará los datos utilizando el algoritmo de Estándar de cifrado avanzado y se creará una copia de seguridad o archivo de los datos para evitar la pérdida de los mismos.
- Este documento estará a custodio de la investigadora y los datos informativos serán resguardados en un periodo de cinco años desde el momento de la recolección de la información.
- Los resultados de este estudio pueden ser presentados en conferencias, congresos o publicados, pero su nombre e identidad no serán revelados y los datos proporcionados permanecerán en forma confidencial.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, firmar si así lo desea la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

El estudio cuenta con la autorización del Comité de Ética de la Universidad de Concepción, el Comité de Ética de la Universidad Central del Ecuador y el Comité de Docencia e Investigación del Hospital Gineco – Obstétrico Luz Elena Arizmendi.

## **6. ACTA DE CONSENTIMIENTO**

Declaro haber leído y comprendido exactamente los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio, la investigadora me ha aclarado las dudas y preguntas sobre el estudio a realizar. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en esta investigación y autorizo el uso de mis datos.

Fecha -----

-----  
**Nombre del participante**

-----  
**Firma de la participante**

Yo, la que suscribe, investigadora, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que el participante ingrese al estudio.

Declaro que procedí en completo acuerdo con los principios éticos descritos en las Directrices de Buenas prácticas clínicas y otras leyes nacionales e internacionales vigentes.

-----  
**Investigadora Responsable**

-----  
**Firma**

-----  
**Nombre del Director de la Institución  
(o Ministro de Fe, cuando corresponda)**

-----  
**Firma**