

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

División Académica de Ciencias de la Salud



**SUBSISTEMA CONYUGAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON
HISTERECTOMÍA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS**

**Tesis para obtener el diploma de la:
Especialidad en medicina familiar**

Presenta:

Ángela del Carmen González Gutiérrez

Director(es):

M. en C. Janeth Pérez Méndez

D. C. E. Valentina Rivas Acuña

Villahermosa, Tabasco

Febrero 2020



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado

Of. No. 0185/DACS/JAEP
14 de febrero de 2020

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Ángela del Carmen González Gutiérrez
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Rosario Zapata Vázquez, Dr. Antonio Becerra Hernández, Dra. María A. Celis Montecinos, Dr. Ricardo González Anoya y Dra. María Luisa Castillo Orueta, impresión de la tesis titulada: **"SUBSISTEMA CONYUGAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON HISTERECTOMÍA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde funge como Directores de Tesis el Dra. Yanet Pérez Méndez y la Dra. Valentina Rivas Acuña.

Atentamente


Dra. Miriam Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- Dra. Yanet Pérez Méndez.- Director de Tesis
C.c.p.- Dra. Valentina Rivas Acuña.- Directora de Tesis
C.c.p.- Dra. Rosario Zapata Vázquez.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Antonio Becerra Hernández.- Sinodal
C.c.p.- Dra. María A. Celis Montecinos.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Ricardo González Anoya.- Sinodal
C.c.p.- Dra. María Luisa Castillo Orueta.- Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC/MCML/MO/MACA/lkrd*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**
"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 09:20 horas del día 14 del mes de febrero de 2020 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"SUBSISTEMA CONYUGAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON HISTERECTOMÍA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS"

Presentada por el alumno (a):

González Gutiérrez Ángela del Carmen
Apellido Paterno Materno Nombre (s)
Con Matricula

1 7 1 E 5 0 0 0 1

Aspirante al Diploma de:

Especialidad en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dra. Yanet Pérez Méndez
Dra. Valentina Rivas Acuña
Directores de Tesis

Dra. Rosario Zapata Vázquez Dr. Antonio Becerra Hernández

Dra. María Celis Montecinos Dr. Ricardo González Anoya

Dra. María Luisa Orueta Castillo



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 11 del mes de febrero del año 2020, el que suscribe, Ángela del Carmen González Gutiérrez, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 171E50001 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Subsistema conyugal y calidad de vida en mujeres con histerectomía en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS"**, bajo la Dirección de la M. en C. Janeth Pérez Méndez y la D. C. E. Valentina Rivas Acuña-, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: gela_012790@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Angela del Carmen Gonzalez Gutierrez

Nombre y Firma

DIVISION ACADÉMICA
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



DEDICATORIA

Le dedico este trabajo que me llevo meses para realizarlo, para obtener una especialidad, meta de todos mis años de estudio, cansancio, desvelos, miedo, satisfacciones, sonrisas; a dos personas que son un regalo de Dios para mí, me enseñaron a ver la vida de diferentes colores, a valorar cada parte de mí, cada minuto de mi vida.

A mi Hermano Williams, "Pichiflini" que, aunque ya no estas físicamente, vives en mí, en mis acciones y aunque al principio quería dejar todo porque no estabas tú, me diste el valor de seguir y terminar lo que empecé gracias a ti. Nunca me olvidare de tus manitos, porque formas parte de lo que soy y seré con la ayuda de Dios. Te amo.

A mi hijo a quien tanto le pedí a Dios, quien, con su amor incondicional, sus ojos de alegría al verme, me impulsaban a ser mejor profesionalmente para que este orgulloso de mi, para ser ejemplo y no desistir, para que por lo menos lo básico materialmente no le falte y se desarrolle viendo el mundo diferente al mío. Te adoro, papelito.



AGRADECIMIENTOS

Primero, le Agradezco a **Dios** por la vida, por poner en mi camino a las personas adecuadas para llegar a esta meta profesional, porque en los momentos de angustia, de trabajo, de sueño siempre me da fuerzas para hacer las cosas, abría puertas que parecían cerradas y nunca me dejó sola, siempre a mi lado.

Agradezco a la **Dra. María Isabel Avalos** por su paciencia y comprensión para mi tesis, para analizar mis resultados, por brindarme su experiencia en cada detalle de redacción.

A la **Dra. Valentina Rivas** que en sus múltiples ocupaciones me apoyo para terminar este proyecto.

A la **Dra. Yanet Pérez**, por darme su tiempo y espacio para atender mi proyecto y darme las facilidades para llevarlo a cabo.

A mis compañeros de la residencia, en especial a **Rusbel y Beatriz**, quienes en su momento me alentaron cuando desistía, sobre todo en las guardias de fin de semana en donde la depresión no me dejaba hacer mis actividades y con una llamada siempre me escuchaban.

De igual forma a mi **esposo**, por todo su apoyo, por entender mi ausentismo en el hogar, por ayudarme en casa con nuestro hijo, la comida, por demostrarme su amor al regresar.

A mi **padre**, porque a pesar de sus problemas de salud, siempre me aconsejaba para salir adelante, para ser diferente, para no olvidarme de Dios, para ser responsable.

A mi única hermana **Eyra**, quien, a pesar de su carácter, sé que siempre cuento con ella en cada momento y lugar.

Y no menos importante a mi **madre** quien cuidaba de mi hijo haciéndome sentir segura cuando el enfermaba y yo me encontraba ausente, quien desde recién nacido le dio su amor, y de igual forma cuando yo decaía siempre me motivo a continuar.



ÍNDICE

	No. Pág.
INDICE DE TABLAS Y CUADROS	V
ABREVIATURAS	Vi
GLOSARIO DE TÉRMINO	VII
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
1 INTRODUCCIÓN	1
2 MARCO TEÓRICO	3
2.1 Histerectomía, aspectos generales.	3
2.1.1 Prevalencia.....	3
2.2 Clasificación.....	3
2.2.1 Histerectomía de urgencia.....	3
2.2.2. Histerectomía electiva.....	4
2.3 Complicaciones.....	4
2.4 Cambios físicos y función sexual después de la histerectomía.....	5
2.5 El sistema familiar.....	6
2.6 Subsistema conyugal.....	7
2.7 Calidad de Vida.....	8
2.8 Abordaje del médico familiar en mujeres con histerectomía.....	9
2.9 Estudios Relacionados.....	9
2.9.1 Estudios sobre subsistema conyugal.....	10
2.9.2 Estudios sobre calidad de vida.....	12
3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
4 JUSTIFICACION	18
5 HIPÓTESIS	21
5.1 Hipótesis de investigación	21
5.2 Hipótesis nula	21



6	OBJETIVOS	22
	General.....	22
	Específico.....	22
7	MATERIAL Y MÉTODOS	23
	6.1 Diseño del estudio.....	23
	6.2 Población, muestra y muestreo.....	23
	6.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	23
	6.4 Variables.....	24
	6.5 Técnica y procedimientos de la investigación.....	25
	6.6 Instrumentos para la recolección de la información.....	25
	6.6.1 Evaluación del subsistema familiar (Dr. Chávez-Aguilar.....	26
	6.6.2 European Quality of live five Dimension Scale.....	26
	6.7 Procesamiento y análisis de la información.....	27
	6.8 Consideraciones éticas.....	28
8	RESULTADOS	29
9	DISCUSIÓN	36
10	CONCLUSIONES	41
11	RECOMENDACIONES	42
12	ANEXOS	43
13	BIBLIOGRAFÍA	52



INDICE DE TABLAS

No. Tabla	Título	No. pág.
1	Estadísticos descriptivos de las variables principales	29
2	Variables sociodemográficas	30
3	Variables clínicas	31
4	Fiabilidad de los instrumentos utilizados	31
5	Funcionalidad del subsistema conyugal general y por dimensiones	32
6	Calidad de vida general	32
7	Niveles de Gravedad de la Calidad de vida y sus dimensiones	33
8	Calidad de vida de acuerdo a las secciones del EQD5	34
9	Matriz de correlación de Spearman de la Calidad de Vida y la funcionalidad del subsistema conyugal por dimensiones	35



ABREVIATURAS

CV	Calidad de Vida
UMF	Unidad de Medicina Familiar
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
EUROQOL-5D	European Quality of live five Dimension Scale 5 dimensiones
SPSS	Statistical Packege for the Social Sciences
HELLP	Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelet count.
ERC	Enfermedad Renal Crónica



GLOSARIO DE TÉRMINOS

- Calidad de vida:** “Manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.”
- Subsistema conyugal:** El subsistema que se pretende estudiar, se constituye cuando dos personas se unen con la intención de constituir una familia.
- Familia:** “La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”
- Histerectomía:** Extirpación del útero ya sea abdominal o vaginal, electiva o de urgencia.



Subsistema conyugal y calidad de vida en mujeres con histerectomía en una unidad de medicina familiar del IMSS.

Ángela del Carmen González Gutiérrez UMF 43

RESUMEN

ANTECEDENTES: la histerectomía constituye la segunda cirugía más frecuente en mujeres en edad reproductiva en edades entre 45-64 años de edad, algunas veces independientemente si el posoperatorio se complica, conlleva consecuencias psicológicas, muchas mujeres afirman haber vivido una serie de sentimientos con o sin relación al malestar físico provocando cambios en el subsistema conyugal y su calidad de vida. **OBJETIVO:** evaluar la funcionalidad en el subsistema conyugal y su relación con la calidad de vida en pacientes sometidas a histerectomía en la unidad de Medicina Familiar No 43. **MATERIALES Y MÉTODOS:** estudio de observación, transversal y analítico en paciente sometida a histerectomía con subsistema conyugal que acuden a la UMF No 43 IMSS, Tabasco, durante el periodo de estudio, utilizando el EQD5 y subsistema conyugal Chávez - Aguilar. Y la prueba de correlación de Spearman. **RESULTADOS.** No hay repercusión en la percepción de la calidad de vida y la función del subsistema conyugal en las pacientes sometidas a histerectomía, siendo estadísticamente no significativo con $p > 0.05$. sin embargo, la dimensión de afecto se relaciona estadísticamente con cuidado personal $r = -.195$, actividades de la vida diaria $r = -.211$, dolor y malestar $r = -.358$ y con ansiedad y depresión $r = .200$. **CONCLUSIONES.** Con estos resultados no se puede generalizar, ya que habría que hacer otro tipo de estudio, para relacionar la calidad de vida y funcionalidad del subsistema conyugal antes y después de la cirugía en una población mayor

Palabras clave: *histerectomía, subsistema conyugal, calidad de vida.*



Spousal subsystem and quality of life in women with hysterectomy in a family medicine unit of the IMSS.

Ángela del Carmen González Gutiérrez UMF 43

ABSTRACT

BACKGROUND: Hysterectomy is the second most frequent surgery in women of reproductive age between 45-64 years of age, sometimes regardless of whether the postoperative period is complicated, has psychological consequences, many women claim to have experienced a series of feelings with or without relationship to physical discomfort causing changes in the marital subsystem and its quality of life.

OBJECTIVE: to evaluate the functionality in the marital subsystem and its relation to the quality of life in patients undergoing hysterectomy in the Family Medicine unit No. 43. **MATERIALS AND METHODS:** observational, cross-sectional and analytical study in patients undergoing hysterectomy with marital subsystem that attend UMF No. 43 IMSS, Tabasco, during the study period, using EQD5 and spousal subsystem Chávez - Aguilar. And the Spearman correlation test. **RESULTS** There is no impact on the perception of quality of life and marital subsystem in patients undergoing hysterectomy, being statistically not significant with $p > 0.05$. however, the dimension of affection is statistically related to personal care $r = -.195$, activities of daily living $r = -.211$, pain and discomfort $r = -.358$ and anxiety and depression $r = .200$. **CONCLUSIONS:** With these results it cannot be generalized, since a study should be done to relate the quality of life and functionality of the marital subsystem before and after surgery in a larger population.

Keywords: *Hysterectomy, conjugal subsystem, quality of life.*



1. INTRODUCCIÓN

La histerectomía constituye el método más utilizado como intervención quirúrgica de pacientes con miomatosis uterina, enfermedad pélvica benigna, por causas no ginecológicas, oncológicas y es considerada la cirugía mayor en ginecología. ^(1,2)

Este procedimiento quirúrgico implica la extracción del útero, que no solo es un órgano funcionalmente hablando, sino que es un símbolo social relacionado con la identidad de la mujer y el medio que lo rodea, principalmente la familia y sus diferentes subsistemas. Se ha documentado que la histerectomía como intervención genera cambios físicos esperados en el postoperatorio sin embargo a nivel emocional existen varios factores que intervienen en la aceptación de esta extracción, uno de ellos y el más importante es la información. ⁽³⁾

La primera persona con la cual se relaciona la paciente y el primer subsistema que se ve involucrado, es el conyugal, principalmente por la identidad sexual del órgano, sin embargo, es menester su relación con el mejoramiento de su calidad de vida después de la intervención. ⁽⁴⁾

Cabe recalcar que un médico familiar posee conocimiento integral acerca de otras disciplinas; es un clínico capaz de realizar acciones preventivas, en el primer, segundo o tercer nivel de prevención y de acuerdo a la historia natural de la enfermedad; sin importar la edad, género o cultura de sus pacientes, desde una perspectiva sistémica. Su tendencia a la prevención no lo hace menos para diagnosticar o tratar adecuadamente al paciente. ⁽⁵⁾

Una de las habilidades propias de estos especialistas es la de gestionar recursos de la comunidad, del sistema familiar y sus diferentes subsistemas; tal es el caso de la histerectomía como en cualquier otra intervención se deben realizar los cuidados necesarios peri operatorios, cuyo objetivo es preparar a los pacientes para identificar las necesidades y garantizar una educación adecuada del paciente. La



atención está influenciada por condiciones médicas preexistentes físicas o psicológicas, por lo que las consultas previas y posteriores permitirá el desarrollo de planes de cuidados individualizados, basados en factores tales como las condiciones del paciente, el procedimiento previsto y las preferencias del paciente. Y en este caso tratándose de una cirugía muy frecuente en el sexo predominante y siendo el subsistema conyugal menester en el sistema familiar es primordial el estudio integral para un abordaje completo. ⁽⁵⁾

El presente trabajo tiene como objetivo relacionar la funcionalidad del subsistema conyugal y su repercusión en calidad de vida de las pacientes con histerectomía. Este estudio permitirá a los médicos familiares la creación de un plan de tratamiento integral tomando en cuenta las dimensiones de la calidad de vida que resulten afectadas en las mujeres derechohabientes del IMSS, para su abordaje y fortalecimiento. Con el propósito de lograr el objetivo de contribuir a mejorar los niveles de salud en este grupo de pacientes.



2. MARCO TEÓRICO

2.1 Histerectomía, aspectos generales.

El vocablo histerectomía proviene de las voces griegas: *isteros* (útero) y *ectomía* (extirpación), es la extirpación del útero. ⁽¹⁾ La primera histerectomía documentada fue realizada por Conrad Langenbeck en 1813 por vía vaginal. Existen datos históricos que reportan a la operación de Porro en 1876, como el primer intento de histerectomía obstétrica para prevenir la hemorragia y peritonitis. ⁽⁶⁾

2.1.1 Prevalencia

Constituye el segundo tipo de cirugía que más se realiza en mujeres en edad reproductiva en edades de 45-64 años, presenta una incidencia de un 20.1% en Finlandia, un 19.4 en Alemania, un 13.4% en Portugal y un 11.9% en España. ⁽⁶⁾ La tasa de histerectomía en Alemania es entre 2.13-3.62 por cada 1000 mujer-año, mientras que en Estados Unidos se eleva a 5.4 por cada 1000 mujeres. En la actualidad, la mayor parte de estas intervenciones se hace por vía abdominal (56%) aun que en los países más desarrollados la tasa es inferior a 30%. ⁽⁷⁾

La prevalencia actual en México varía de 0.24 a 1.4 por cada 1000 recién nacidos vivos, se incrementó en los últimos años debido a los casos de acretismo placentario. ⁽⁸⁾

2.2 Clasificación

Existen varias clasificaciones, y dependiendo de la circunstancia que la motiva, se clasifican en:

2.2.1 Histerectomía de urgencia

Hemorragia posparto; lesión traumática; etiología medica: coagulopatias por síndrome de HELLP (Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelet count), esteatosis hepática gravídica; preeclampsia grave; *infección; e inversión uterina.* ⁽⁹⁾



2.2.2 Histerectomía electiva

Los motivos más frecuentes son: *oncológicos*; *causa* benigna como la miomatosis uterina. Otras como, trastornos menstruales, dolor pélvico crónico, placenta previa no acreta, coriamnioitis y esterilización. ⁽⁹⁾

En función de las estructuras obtenidas, existe la histerectomía total, subtotal y radical. La total incluye la extracción del útero y del cuello uterino, y puede ir acompañada de la extracción de ovarios y trompas de Falopio. En la subtotal, el cuello uterino no se elimina, mientras que en la histerectomía radical se extirpa el útero y los tejidos circundantes, incluyendo el tercio superior de la vagina junto con ganglios linfáticos de la pelvis.; además a su vez la histerectomía puede ser abdominal, vaginal o laparoscópica. ⁽¹⁰⁾

La causa de la histerectomía también es importante ya que hay estudios que mencionan que las histerectomías realizadas por razones oncológicas, la ansiedad que se produce es diferente, es más intensa y con otras connotaciones, que convierten el hecho de perder el útero en un acontecimiento secundario, siendo el principalmente la muerte. ⁽¹⁰⁾

2.3 Complicaciones

Las complicaciones más frecuentes reportadas hablando de histerectomía obstétrica, son shock hipovolémico, lesiones vesicales e infección, con una mortalidad materna del 14%. Las indicaciones absolutas de histerectomía obstétrica son: rotura uterina de difícil reparación, hemorragia incoercible, prolongación de la incisión de la histerectomía hasta los vasos sanguíneos, útero de Couvelaire en abruptio placentae, acretismo placentario, inercia uterina que no se resuelve con manejo médico y sepsis pélvica; de origen ginecológicas pueden indicarse la cirugía electiva: carcinoma invasor de cérvix, cáncer de ovario, cáncer de mama, mioma uterino en pacientes con paridad satisfecha, torsión de útero grávido en grado avanzado, afección uterina no tumoral, corioamnionitis grave, enfermedad concomitante que haga suprimir la función menstrual. ⁽¹¹⁾



La literatura refiere que algunas mujeres han vivido tristeza y desinterés con relación al malestar físico. Además, el momento o la edad en la que se realiza frecuentemente la cirugía es menester en la recuperación integral, porque la paciente se puede encontrar en edad reproductiva, menopausia o climaterio y aumentan los sentimientos de miedo, duda o angustia. Por lo ya comentado es vital como médicos de primer contacto, establecer un ambiente donde predomine la confianza y la empatía entre mujeres y profesionales de la salud para mejorar los factores de riesgo preoperatorios y una recuperación satisfactoria postoperatoria mejorando de esta manera la calidad de vida de la familia en general. ⁽¹⁰⁾

2.4 Cambios físicos después de la histerectomía

Existen varias dimensiones para evaluar la funcionalidad de la pareja, de los que más se ha hablado, son las dimensiones de Chávez-Aguilar que se describe en siguientes párrafos, estos son comunicación, afecto, satisfacción sexual, adjudicación y asunción de roles, y toma de decisiones; sin embargo, de lo que más se ha estudiado es acerca de la función sexual para lo que se le atribuye la importancia del órgano reproductor femenino.

La función sexual después de la cirugía depende principalmente de cómo era esta, previa a la cirugía. Se ha postulado que los orgasmos internos causados por la estimulación de las terminales nerviosas son afectados por la histerectomía total. Así como la resequedad vaginal que es conocida como resultado de un déficit de estrógeno causado por la histerectomía con ooforectomía bilateral en premenopáusicas. Sin embargo, los mismos síntomas se encuentran también en pacientes sometidas a histerectomía total con conservación de anexos en premenopáusicas, si estas ya presentan síntomas de falla ovárica. ⁽¹²⁾

Se ha reportado la existencia de una etapa de transición en la cual se observa un deterioro de la función sexual en todas sus fases, después de la histerectomía, el cual se recupera a los seis meses de seguimiento. Sin embargo, cambios en la sexualidad son independientes de la técnica empleada para la histerectomía y de las complicaciones intra y posoperatorias y las razones por las que una paciente no reinicia su actividad sexual después de una intervención de este tipo tienen que ver



con sus ideas sexuales, así como su percepción sobre su sexualidad. Si se tienen ideas negativas, miedo se postergan las relaciones sexuales, si su autoestima, seguridad lo permiten, esta actividad no se posterga y no hay cambios en su relación, lo que puede llegar a impedir el pleno desarrollo sexual y de calidad de vida ⁽¹²⁾

2.5 El sistema familiar

El término familia procede del latín *familia* “grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens”, a su vez derivado de *famulus*, “siervo, esclavo”. El término incluye también a la esposa e hijos del pater familias, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabo reemplazando a gens. Según Minuchin, “La familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior”. ⁽¹³⁾

La atención orientada a la familia es un rango primordial de la atención de primer nivel de salud; ya que las familias desempeñan un papel fundamental en la salud y enfermedad de los individuos. La familia se origina del subsistema conyugal, es decir la pareja. Es conocido que cualquier cambio en el subsistema conyugal influye directamente en cada uno de los integrantes. Así también, los cambios en la familia o en el sistema exterior también pueden verse reflejados en la pareja, pudiendo afectar a la salud de sus miembros. Se cree que la salud de la pareja se basa en la calidad de la relación o el grado de ajuste marital, es decir el modo en que los integrantes de la pareja perciben la forma de compartir intereses, valores, objetivos y puntos de vista. Este ajuste depende de diversos factores, entre ellos el grado de consenso, la cohesión y la satisfacción conyugal. ⁽¹⁴⁾

La familia como sistema se encuentra organizada, tiene reglas que hay que cumplir para su correcto funcionamiento; hablamos de un sistema propositivo, orinado a la consecución de determinadas metas que en un principio la familia son otorgadas por la sociedad luego hechas propias; por su organización es un agente de su propio desarrollo, de sus propios cambios a través de estrategias, la interacción entre sus



miembros permite intercambios bidireccionales o circulares, es abierto por que interactúa con otros sistemas. ⁽¹⁵⁾

Por lo anterior la familia puede considerarse un sistema en constante transformación, que es capaz de adaptarse a las exigencias del desarrollo individual de sus miembros y a las exigencias del entorno; esto asegura la continuidad y el crecimiento psicosocial de los miembros. Las fuerzas que incitan al cambio, se originan de los propios integrantes de la familia, de los sistemas con los que la familia interactúa y del propio macro sistema donde se desenvuelve. ⁽¹⁵⁾

Son variados los subsistemas estructurales o funcionales que pueden darse en el sistema familiar dados los diferentes tipos de familia, los básicos y diferenciados en una familia nuclear son el subsistema conyugal, paterno-filial y fraterno. Un integrante pertenece a varios subsistemas y en ello ejerce diversos niveles de autoridad. ⁽¹⁵⁾

2.6 Subsistema conyugal

El subsistema que se pretende estudiar, se constituye cuando dos personas se unen con la intención de constituir una familia. La familia pasa por un ciclo donde se desarrollan sus funciones como nacer, crecer, reproducirse y morir, las cuales pueden encontrarse en la normalidad o ser patológicas, sin embargo, todas las familias tienen un ciclo de vida. En cuanto a la pareja se describen cuatro fases: 1. Antes de la llegada de los hijos, 2. La crianza de los hijos, 3. Cuando los hijos se van del hogar y 4. Después de que los hijos se van. ⁽¹⁵⁾

Otro autor menciona que dentro del ciclo vital de la pareja se encuentran el noviazgo, formación, forja, cohesión, crecimiento interno, estabilidad y disolución evolutiva de la pareja. Estas etapas no son necesariamente en secuencia, pero generalmente se presentan de acuerdo con el contexto sociocultural donde se desenvuelva la pareja. Está definido por las crisis que se viven durante los cambios de roles y funciones conyugales. Las etapas dependerán del contexto cultural; y así la duración del lazo conyugal dependerá del grado de compromiso y la capacidad



de afrontamiento que tenga la pareja respecto a las crisis propias de su ciclo vital.
(16)

Según Chávez Aguilar en 1994 determino que el subsistema conyugal o la pareja debe cumplir con la función de la comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual y afecto y toma de decisiones. (16)

Y es definitivamente el conflicto un componente importante en la percepción de la calidad de la relación, y la forma en que se resuelve influye en el mantenimiento y en la ruptura de las relaciones, aspectos muy relevantes y con gran impacto en nuestra sociedad. (17)

Es entonces que las relaciones de pareja son uno de los aspectos más importantes en la calidad de vida de las personas. Sin embargo, aunque formar parte de una relación produzca una mayor salud física y mental y constituya una fuente de satisfacción en la vida, también puede ser una de las mayores causas de pena y dolor cuando la relación es violenta y conflictiva. (17)

2.7 Calidad de vida

El término de Calidad de Vida (CV) se origina en los Estados Unidos tras la Segunda Guerra Mundial, después de ella muchos investigadores de esa época, comienzan a investigar la percepción que tienen las personas sobre su vida. (18)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2005, la define como “Manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.” Los indicadores sociales son aquellos con los que podemos medir o evaluar la calidad de vida entre otras cosas. Existen tres categorías de indicadores sociales; indicadores normativos, descriptivos y subjetivos. Los indicadores subjetivos se basan en los aspectos cualitativos de la realidad social e intentan reflejar la valoración que de ella hacen los individuos en cuanto al bienestar. La valoración de la calidad de vida de que



individuo debe ser personal, individualizada ya que son los únicos que pueden describir cómo perciben su vida por ejemplo en cuanto a su sexualidad, satisfacción marital y función conyugal. ⁽¹⁸⁾

Los instrumentos que miden calidad de vida deber tener ciertas características, entre las que se encuentran la habilidad de detectar la percepción del individuo acerca de este en el espacio. En la actualidad se utilizan instrumentos que evalúan dimensiones de la calidad de vida, como la psicológica y la sexual por separado. ⁽¹⁸⁾

2.8 Abordaje del médico familiar en mujeres con histerectomía

La importancia del abordaje como médico familiar radica en la educación para la disminución de las consecuencias después del procedimiento quirúrgico, en todos los ámbitos, físicos, psíquicos familiares; ya que si la mujer será sometida a histerectomía y recibe información sobre la real significancia de este procedimiento y su anatomía femenina, contara con las herramientas para enfrentar este suceso de manera natural, aceptándolo como algo necesario para mejorar su condición de salud, entendiendo que ni su esencia, ni su integridad como mujer se ven afectados por la pérdida de un órgano. También es menester involucrar a toda la familia en especial al conyugue por la cuestión de la sexualidad. Por lo anterior hay muchas formas de brindar esta educación, ya sea refiriendo a la paciente con otro personal de salud como psicología, trabajo social o trabajando en cada consulta previa y posterior al evento quirúrgico, utilizando los factores protectores del sistema para retroalimentar cada uno de los subsistemas, permitiendo más flexibilidad por medio de la información.

2.9 Estudios relacionados

En este apartado se presentan diversos estudios de investigación relacionados al presente trabajo, en primer lugar, se observan artículos realizados con el subsistema conyugal y sus dimensiones tales como comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto; y toma de decisiones, así como otra variable principal: la calidad de vida; y las dimensiones evaluadas como movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y ansiedad o depresión. También se agregan otros estudios que miden alguna variable de estudio (calidad de vida y subsistema conyugal) en población de mujeres con otro problema médico que



impacta en las variables estudiadas y que también utilizan el mismo instrumento para evaluación del subsistema conyugal Chávez-Aguilar o EQD5.

2.9.1 Estudios sobre subsistema conyugal

En el año 2019 Ucella y et al., en Italia realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el efecto de los diferentes tipos de cierres del manguito vaginal en la función sexual pos histerectomía en un estudio analítico, ensayo prospectivo aleatorizado y controlado en 1408 pacientes incluidos en el estudio primario, a 400 pacientes se les pidió que completaran el Índice de Función Sexual Femenina [FSFI], De ellos, 182 (41.4%) fueron elegibles y aceptaron la inscripción en el presente análisis. No se encontraron diferencias en términos de puntajes FSFI pre y posoperatorios entre los grupos. Los pacientes con una puntuación FSFI preoperatoria baja (<26.55) tenían una probabilidad significativamente mayor de tener un trastorno sexual postoperatorio ($p < .001$). Las mujeres que recibieron anexectomía bilateral antes de la menopausia y aquellas con hematoma vaginal postoperatorio tuvieron una puntuación FSFI postoperatoria significativamente menor ($p = .001$ y $p = .04$, respectivamente). Después del análisis, ambas variables mantuvieron al menos una tendencia hacia una asociación con una puntuación FSFI postoperatoria más baja (odds ratio, 2.696; intervalo de confianza del 95%, 1.010–7.194; $p = 0.048$ y $p = 0.053$; odds ratio, 13.2; 95% intervalo de confianza, .966–180.5, respectivamente). (19)

En el 2016 Ramírez, en la Unidad de medicina familiar 28 IMSS, Delegación Sur del Distrito Federal, México con el fin de determinar la relación entre la funcionalidad del subsistema conyugal y satisfacción sexual en pacientes con diagnóstico de infección por virus del papiloma humano se realizó un estudio transversal, observacional y analítico en 91 pacientes, utilizando el cuestionario de Chávez Velazco y el test de satisfacción sexual. Se encuestó a pacientes con edad promedio entre 26 y 35 años de edad, 47% empleados con 17% de bachillerato concluido, 40.7% en unión libre, años de vida conyugal entre 0 y 10 años en el 50.5%. en cuanto a la funcionalidad familiar 71.4% pacientes con funcionalidad alta, 24.2% disfunción moderada y 4.4% disfunción severa. Y satisfacción sexual baja con el



76.9% de las pacientes. La relación entre la funcionalidad familiar y la satisfacción sexual con una p de 0.162 sin significancia estadística. ⁽²⁰⁾

En el 2016 Morales, en Ecatepec de Morelos, Estado de México, México con el fin de evaluar la funcionalidad del subsistema conyugal en familias reconstituidas que acudieron al servicio de consulta externa, se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en 30 parejas. Se aplicó la escala de evaluación del subsistema conyugal de Chávez Velazco. La población, de las cuales 86.8% son funcionales, 13.3% moderadamente disfuncionales, en las áreas en las que se encontró disfunción fue con respecto a la comunicación y a la adjudicación de roles. ⁽²¹⁾

En el año 2017, Rangel, en la Unidad de Medicina Familiar del IMSS de Apodaca Nuevo León, México. Con el fin de determinar la presencia o ausencia de asociación entre la disfunción eréctil y su subsistema conyugal, en la población de pacientes masculinos diabéticos se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo, descriptivo, en 150 pacientes a través del índice internacional de Función Eréctil (IIEF-5) y la evaluación del subsistema conyugal de Chávez Velazco. En los masculinos diabéticos en edad económicamente activos, con sobrepeso la mayoría, uno de cada 3 pacientes mostro disfunción conyugal y uno de cada 6 mostraba disfunción eréctil, no existe relación significativa en cuanto a disfunción conyugal. ⁽²²⁾

En el 2017 Corona, en el Centro Medico ISSEMyM Ecatepec, Estado de México, con el objetivo de evaluar la calidad de vida y funcionalidad en el subsistema conyugal, en las pacientes en etapa de climaterio se realizó un estudio prospectivo, observacional, transversal y cualitativo en 54 pacientes en climaterio mediante la escala Menopause Rating Scale (MRS) y el cuestionario de Chávez Velazco. De las pacientes, el 51% se encontraba entre los 45 y 49 años de edad, 92% casadas 24.48 con educación primaria, 34% maestras, 41% con sintomatología leve según MSR, 35% moderada y 14% severa y 10% muy severa; 59% son funcionales, 29% moderadamente disfuncionales y 12% severamente disfuncionales, el 80% con sintomatología leve eran funcionales, severa 57.4% funcionales y muy severa 80% solo el 20% funcional. ⁽²³⁾



En el año 2018, Moreno, en la Unidad de Medicina Familiar No 226, Ixtlahuaca. Naucalpan Estado de México, con el fin de determinar la asociación entre ERC (Enfermedad Renal Crónica) y la disfunción del subsistema conyugal en los pacientes, se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal en 93 pacientes, a través de la aplicación del cuestionario de Chávez/Velazco, en la consulta médica a los pacientes con diagnóstico de ERC. Se encuestó a pacientes de las cuales el 60% obtuvo una clasificación de pareja funcional, en lo que respecta al estadio de ERC y el grado de funcionalidad del subsistema conyugal se obtuvo una correlación débil. ⁽²⁴⁾

2.9.2 Estudios sobre calidad de vida

En el 2017, Checa, en el hospital Eugenio Espejo Ecuador, con el objetivo de determinar la afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o vaginal por patología benigna realizada en, se realizó un estudio de cohorte mixto, donde se han conformado las cohortes de forma retrospectiva investigando el efecto prospectivamente, además comparativo de tipo analítico observacional, utilizando el cuestionario EQ-5D y el FSFI, como resultado la histerectomía sin anexectomía por patología benigna no tuvo efecto significativo postoperatorios en la calidad de vida de las pacientes y la afectación sexual no iría en detrimento de este. ⁽²⁵⁾

En el año 2017, Godoy y Rodríguez en hospital Vicente Corral Moscoso en Ecuador, con el fin de determinar la Calidad de vida en personas histerectomizadas entre 30 y 65 años de edad en el servicio de ginecología y obstetricia, se realizó una investigación retrospectiva-prospectiva descriptiva, la muestra fue de 84 pacientes, se utilizó el cuestionario validado de salud SF-36 para determinar la calidad de vida de dichas pacientes, determinándose una calidad de vida muy buena 43%, en edades de 40-49 años 54%, casadas en el 58% de los casos. ⁽²⁶⁾

En el 2018, García A en el hospital regional Lambayeque 2015-2016, Chiclayo, Perú con el fin de determinar la Calidad de vida de las mujeres jóvenes adultas de 20 a 40 años, sometidas a histerectomía abdominal o vaginal en el servicio de ginecología, se realizó un estudio descriptivo-transversal con enfoque cuantitativo la población de 107 pacientes con diagnóstico de pos operadas de histerectomía



abdominal o vaginal pertenecientes a dicho hospital y se les aplico el cuestionario SF36; se encontró que el 70.1 % de las mujeres manifestaron que su calidad de vida fue muy buena, 9.3% bueno y 20.6% fue excelente y se asocia a un estado civil ($p < 0.05$).⁽²⁷⁾

En el año 2019 Tafur realizó un estudio en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en Lima Perú, con el objetivo de determinar los beneficios y complicaciones asociadas a Histerectomía vagina e histerectomía laparoscópica en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años en el servicio de ginecología y obstetricia con una muestra de 116 pacientes, se llevó a cabo u estudio analítico, observacional y transversal utilizando como instrumento la ficha de recolección de datos separaron dos grupos de 58 pacientes dependiendo el tipo de operación, obteniendo como resultado 37 pacientes tuvieron entre el rango de dolor de 6 a 8 y 37 pacientes presentaron en el rango del dolor de 3 a 5 en la histerectomía vaginal; por otra parte 36 pacientes presentaron 0 a 2 en el rango del dolor, 22 pacientes presentaron de 3 a 5 pacientes con respecto a la histerectomía laparoscópica. En cuanto a la estancia intrahospitalaria 43 pacientes estuvieron de 4 a 5 días por histerectomía vaginal, 15 pacientes estuvieron entre 2 a 3 días por estancia intrahospitalaria por vía vaginal y solo 58 pacientes presentaron una estancia hospitalaria de 2 a 3 días por histerectomía laparoscópica.⁽²⁸⁾

En el año 2017, Correa O, Pandales P, Roan V, Palacio A, Zuleta T, en Medellín Colombia, con el objetivo de determinar el impacto de la histerectomía abdominal total y de la histerectomía vaginal sin prolapso en la calidad de vida y la satisfacción sexual, se realizó un estudio de cohortes prospectivo. Se incluyeron 24 mujeres en el grupo de histerectomía vaginal y 22 en el grupo de histerectomía abdominal, con características similares antes de la cirugía. Se incluyeron mujeres sin prolapso vaginal con condiciones benignas, sin adherencias, con útero menor de 1000cc, que fueran susceptibles de ser intervenidas tanto por vía abdominal como vaginal. Se evaluó la calidad de vida con la es cala SF-12 antes, de 2 y 4 meses posquirúrgico y de la sexualidad con la escala de función sexual femenina, antes y a los 4 meses posoperatorios. Comparaciones con ANCOVA ajustadas por los valores basales.



Ambos grupos mejoraron en calidad de vida y en satisfacción sexual después del procedimiento. ⁽²⁹⁾

En el año 2016 en México, Hinojosa, realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el impacto en la calidad de vida y la sexualidad en 31 pacientes sometidas a Histerectomía Total. Se trata de un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo y analítico en mujeres con antecedente de histerectomía total abdominal por antecedente de miomatosis uterina en las que se realizó la encuesta SF-36 y Test de Rosen de forma pre quirúrgica y 6 meses posteriores a la histerectomía total abdominal. Entre los principales resultados se observó que son pacientes entre 37 y 51 años, con una edad media de 43.4 ± 3.7 de las cuales 45% eran casadas, 54% solteras, los valores de sf-36 posteriores a la intervención quirúrgica son muy superiores a los pre quirúrgicos, concluyendo que las pacientes si presenta una mejor calidad de vida y en cuanto al test de Rosen el deseo tuvo mejoría, resto negativas. ⁽³⁰⁾

En el año 2016, Álvarez, en México Distrito Federal, se realizó un estudio con el objetivo de estudiar las diferencias en la Calidad de Vida relacionada con la salud en pacientes operadas de histerectomía total laparoscópica comparando el cierre de cúpula vaginal por vía laparoscópica contra la vaginal se realizó un estudio analítico, longitudinal, ambielectivo anidado en 81 pacientes de las cuales 72 contestaron el cuestionario, mujeres operadas de histerectomía total por laparoscopia, en las que se utilizó el cuestionario de calidad de vida SF-12 v2 Health Survey Mer, post quirúrgico. 33 con cierre de cúpula por vía laparoscópica y 39 por vía vaginal, edad promedio de 45 años, el diagnóstico más común preoperatorio fue miomatosis uterina y de acuerdo a la escala de calidad de vida las pacientes se sintieron satisfechas con su salud después del procedimiento quirúrgico. ⁽³¹⁾

En el año 2018, Figueiras, en el Hospital Juárez de México, Estado de México, se realizó un estudio con el fin de determinar cuál procedimiento genera mayores complicaciones en las pacientes postoperadas de histerectomía vaginal vs histerectomía abdominal y cual de ambos tiene mayor impacto en la calidad de vida a los seis meses, 2,3, y 4 años posterior al evento quirúrgico. Se realizó un estudio retrospectivo, analítico observacional, longitudinal, con 388 casos, utilizando la



escala de European Quality of life Five Dimension Scale (EQ5D) mediante llamadas telefónicas. Se estudiaron casos de las cuales 68.3% se llevó a cabo histerectomía abdominal, con un promedio de edad de 44.63 más menos 6.05 años, siendo la indicación más frecuente la miomatosis uterina, 152 aceptan responder el cuestionario de calidad de vida se observó que a corto plazo las pacientes postoperadas de histerectomía abdominal, presentan mayor dolor y malestar, así como depresión y ansiedad a diferencia de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal. ⁽³²⁾

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La histerectomía es un tratamiento invasivo que ocasiona un impacto en la familia del paciente, ya que se considera un evento crítico no esperado. La relación de pareja es de gran trascendencia en el núcleo familiar y la disfunción principal radica en el subsistema conyugal.

Cuando existe una crisis como esta, la familia tendrá que adaptarse y superarla para que esta funcione adecuadamente, usando sus factores protectores, mecanismos de afrontamiento y el equilibrio familiar pueda mantenerse. De esta manera se logrará una buena adaptación al cónyuge; en caso contrario podrá haber un desequilibrio, influenciando de forma negativa su recuperación. ⁽³³⁾

La etapa del ciclo vital de la pareja en la que se encuentran es de gran importancia en el momento que se realiza la histerectomía, así como de las crisis normativas o no normativas que presentan. Por ejemplo, en la fase del primer hijo y la causa de la histerectomía fue obstétrica, se interrumpe la idea de tener más hijos y el problema a enfrentar será este. O histerectomía por sangrado uterino anormal por miomas en una paciente con paridad satisfecha, en la que el síntoma del cual se quejaba desaparece.

Cuando además se involucra la extirpación de ambos ovarios, la paciente experimenta independientemente de su edad la menopausia inmediatamente después de la cirugía. Aquí se ven alterados los niveles de estrógenos, trayendo consigo síntomas como resequedad y atrofia vaginal, cambios en el estado de ánimo. Afectando el sentido de la feminidad, autoestima, conflictos psicológicos, físicos y sociales, entre otros. ⁽³⁴⁾

En la delegación Tabasco del IMSS según datos del departamento de epidemiología en los últimos tres años, es decir 2016, 2017 y 2018 se ha realizado 944 histerectomías de las cuales 651 se llevaron a cabo en el Hospital General de Zona número 46 a donde son referidas las pacientes de nuestra unidad de estudio, sin tener datos de la incidencia de este procedimiento en la UMF.



Dada la importancia que existe entre la funcionalidad conyugal y el adecuado estado de salud de sus miembros, es importante conocer como repercute la histerectomía en el subsistema conyugal asociado a la percepción de la calidad de vida en las mujeres.

La finalidad de esta investigación es resaltar la importancia del apoyo psicológico, además de otorgar orientación pertinente a los familiares de las pacientes sometidas a histerectomía para mejorar el proceso de recuperación y adaptación al medio social y disminuir el impacto que este procedimiento puede tener en el sistema conyugal de la familia.

Pregunta de investigación

¿Cómo es la funcionalidad del subsistema conyugal y su repercusión en la percepción de la calidad de vida en las pacientes sometidas a histerectomía?



4. JUSTIFICACIÓN

Hasta el año 2017 según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEGI), se contaron 123.6 millones habitantes en México de los cuales 51.3 son mujeres; y en Tabasco hay aproximadamente 2 395 272 habitantes, 2% del total del país, de este grupo 1 223 680 son mujeres, del total el 19% es derechohabiente del IMSS. ⁽³⁵⁾

La histerectomía es aparte de la cesárea el procedimiento quirúrgico que se realiza con más frecuencia en mujeres. ⁽³⁵⁾ Sin embargo en nuestro país no existen estudios epidemiológicos representativos sobre estadísticas de mujeres con histerectomía, por lo que se considera una población subestimada, sin atención adecuada para mejorar su calidad de vida, ni promoción para mantener su funcionalidad familiar óptima.

En la familia existen diferentes sucesos a lo largo de su ciclo de vida, ya sean esperados o no; sin embargo una intervención quirúrgica se considera un evento crítico no esperado que influye en el sistema afectado a cada uno de los subsistemas; en este caso hablamos de una mujer generalmente con el rol de esposa por lo cual una disfunción en el subsistema conyugal puede concluir en divorcio; es así como en el INEGI se registra que en el año 2018 58% de la población mayor de 15 años se encuentra unida y 11% es separada, viuda o divorciada; y según los últimos datos del 2017 en nuestro país, hubo un total de 147 368 divorcios de diferentes sexos, con una edad promedio para la mujer de 38.4 años y para el hombre de 41 años, sin embargo, al observar los registros por rango de edad, se tiene picos entre los 30 y 59 años. En los últimos años el número de divorcios ha aumentado en relación con los matrimonios y ello se debe a que un mayor número de personas decide vivir en unión libre, dando paso a menor número de uniones legales; pasaron del 15.1 divorcios por cada 100 matrimonios en 2010 a 28.1 en 2017. El divorcio comúnmente se da por voluntario unilateral (54.5) y por mutuo consentimiento (36.3%) y la separación por 2 años o más, independientemente del motivo (3.4%). En suma, estas tres causas representan



94.2% del total de divorcios de distinto sexo, registrados en el 2017. no se tiene registros de las causas específicas de divorcio como lo es la histerectomía. ⁽³⁵⁾

En algunos casos el miedo al vacío será compartido por la pareja, que, en muchas ocasiones, puede vivir en forma angustiante el reinicio de las relaciones sexuales, a lo que hay que añadirle la disminución de la libido sexual que en casos extremos pueden ser responsables de discusiones en la pareja o disfunciones en alguna dimensión más. Existen estudios que demuestran que cuando la paciente presenta trastornos depresivos muestra una recuperación más tórpida, más dolor postoperatorio y más días de estancia intrahospitalaria ⁽³⁶⁾.

Las mujeres que ameritan histerectomía padecen inquietud y miedo por mitos acerca de la disminución de su integridad como mujer, después del procedimiento también viven duelo por la pérdida de un órgano que caracteriza al género femenino por lo que en gran porcentaje de ellas la calidad de vida se ve disminuida después del postoperatorio y es de menester brindarle el apoyo integral en el segundo nivel de atención mientras se protocoliza el procedimiento y se expide el alta hasta que acude para seguimiento en el primer nivel de atención. ⁽³⁷⁾

Hay una gran demanda de atención psicológica para estas pacientes, puesto que los resultados anteriormente mencionados indican que pueden surgir disfunciones en diferentes subsistemas familiares. Para cada mujer la experiencia de haberse practicado la histerectomía es única, ya que depende de sus características individuales, de sus actitudes hacia la sexualidad y de los factores situacionales que le rodean y que dan a la enfermedad un matiz especial para cada paciente. ⁽³⁷⁾

Uno de los objetivos del médico familiar es identificar los factores protectores y los factores de riesgo en las familias que atraviesan por un evento crítico como lo es la realización de una histerectomía. En estos casos es factible comprender a la esposa, madre, o hija que está pasando por un cambio físico y mental. El trabajo del médico será que la familia mejore los lazos afectivos, mejore la percepción de los eventos críticos y apoyar a la familia para recuperar sus funciones conyugales. Este tipo de eventos no solo afecta la actividad sexual sino otras dimensiones de la



dinámica familiar tales como comunicación, roles, afecto, y toma de decisiones que se consideran básicas para un correcto funcionamiento dentro del sistema. ^(38,39)

Para poder realizar esta investigación no se requiere de invertir recursos económicos elevados, ya que se cuenta con el servicio que da la atención directa a esta población, además de contar con el recurso humano para poder llevarla a cabo.

Los beneficios de este estudio radican en brindar al médico familiar nuevas herramientas para manejar al paciente desde una perspectiva integral, no solo de manera física como indicación de la histerectomía, y de esta manera, para la paciente, mejorar el proceso de recuperación y adaptación al medio social y disminuir el impacto que este procedimiento puede tener en el sistema conyugal de la familia. ⁽⁴⁰⁾

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



5. HIPÓTESIS

5.1 Hipótesis investigación (Hi):

La disfunción en el subsistema conyugal o en algunas de sus dimensiones repercute en la percepción de calidad de vida o en alguno de sus aspectos, en las pacientes sometidas a histerectomía

5.2 Hipótesis nula (Ho):

La disfunción en el subsistema conyugal o en algunas de sus dimensiones no repercute en la percepción de calidad de vida o en alguno de sus aspectos, en las pacientes sometidas a histerectomía



6. OBJETIVOS

6.1 General

Evaluar la funcionalidad en el subsistema conyugal y su repercusión en la percepción de calidad de vida en las pacientes sometidas a histerectomía en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No 43.

6.2 Específicos

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de las mujeres con histerectomía
- Valorar la funcionalidad del subsistema conyugal de las mujeres post operadas de Histerectomía.
- Describir la percepción sobre la calidad de vida que tienen las mujeres post operadas de Histerectomía.



7. MATERIALES Y MÉTODOS

7.1 Diseño del estudio

Se realizó un estudio de observación, transversal, analítico.

7.2 Población, muestra y muestreo

7.2.1 Población

Pacientes posoperadas de histerectomía con más de seis meses después del procedimiento quirúrgico afiliadas a la Unidad de Medicina familiar (UMF) No 43, Tabasco.

7.2.2 Marco muestral

Se considera a todas las mujeres con histerectomía derechohabientes de la UMF No 43, que acudan a consulta de medicina familiar, entrevistadas en un trimestre del año 2019.

7.2.3 Muestra

Se obtuvo una muestra no probabilística por conveniencia, bajo los criterios de selección. Se excluyeron seis mujeres porque ya no formaban en una sociedad conyugal en el periodo de estudio, es decir 4 viudas y 2 separadas, además se eliminaron tres por no responder adecuadamente el cuestionario. Quedando una muestra de 106 mujeres.



7.3 Criterios de selección

7.3.1 Criterios de inclusión

- Derechohabientes del IMSS UMF 43.
- Pacientes con más de 6 meses de la histerectomía.
- Pacientes mujeres con pareja estable (matrimonio o unión libre).
- Pacientes mujeres que aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

7.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que tengan algún padecimiento crónico psiquiátrico ya diagnosticado.

7.4 Variables

Variable dependiente

Funcionalidad del subsistema conyugal

Calidad de vida

Variable independiente

Variables sociodemográficas:

Edad, género, estado civil, tipo de familia, tiempo de vida conyugal

Variables clínicas

Se detallan en la tabla de operalización de variables (Ver anexos).



7.5 Técnica y procedimientos de la investigación

El presente estudio se llevó a cabo dentro de las instalaciones de la UMF 43 IMSS, Tabasco, durante tres meses del año 2019 en las diferentes áreas de la unidad.

Se obtuvo autorización del comité local de investigación de la UMF 43, Villahermosa, Tabasco, se solicitó permiso a las autoridades, para realizar el trabajo de investigación.

En la primera fase del estudio se identificó a la población en base a la historia clínica durante la consulta; posteriormente ya ubicada a nuestra paciente de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión, incluyendo firma del consentimiento informado, se procedió a aplicar el instrumento denominado escala de Chávez Aguilar para evaluar la función conyugal y el European Quality of live five Dimension Scale para calidad de vida; además se recolectó un cuestionario con datos de identificación de la paciente, variables sociodemográficas y clínicas. En un tiempo estimado para responder de 10 minutos.

En la fase de aplicación de los instrumentos, se le indicó a la paciente que lo conteste de acuerdo a su percepción personal de funcionalidad conyugal y calidad de vida en un mínimo de seis meses posterior a la cirugía.

7.6 Instrumentos para la recolección de la información

El instrumento de evaluación utilizado para el presente estudio consta de una Cédula de Identificación, factores involucrados y el instrumento: Escala de Chávez – Aguilar y el European Quality of live five Dimension Scale.

El instrumento de Chávez - Aguilar evalúa las cinco funciones básicas con el propósito de relacionar la probable disfunción conyugal ocasionada por presentar histerectomía, y el European Quality of live five Dimension Scale para evaluar su relación con la calidad de vida del paciente.

7.6.1 Evaluación del subsistema familiar (Dr. Chávez-Aguilar)

Este instrumento evalúa la funcionalidad de la pareja abordando cinco funciones básicas.



- 1) Comunicación (3 ítems),
- 2) Adjudicación y asunción de roles (3 ítems),
- 3) Satisfacción sexual (2 ítems),
- 4) Afecto (4 ítems),
- 5) Toma de decisiones (1 ítem).

A cada dimensión se le añade un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores, valora a través de una escala cual-cuantitativa. Calificarlo se utiliza un valor numérico de 0,5 y 10, según el grado de satisfacción para cada pregunta, para finalizar, se suman los puntos y se compara con los siguientes valores:

0-40 Pareja severamente disfuncional.

41-70 Pareja con disfunción moderada

71-100 Pareja funcional

La escala de evaluación del subsistema conyugal fue validada por el doctor Víctor Chávez Aguilar en el año 2008 en estudios realizados en el Instituto Mexicano del Seguro Social en México y ha sido utilizada por varios investigadores ya mencionados en artículos relacionados.

7.6.2 European Quality of live five Dimension Scale

Existe una gran cantidad de instrumentos utilizados para medir la Calidad de Vida (CV) en mujeres con distintas patologías, principalmente métodos genéricos y cuestionarios que evalúan aspectos por separado. Se ha considerado, para el presente estudio, aplicar cuestionarios validados internacionalmente como es el European Quality of live five Dimension Scale (EQ5D).

El instrumento antes mencionado, es de gran aceptación mundial, esta validado para diferentes contextos culturales, entre ellos el español. Se trata de un cuestionario estructurado de tal manera que pueda fue aplicado en condiciones de medición diferentes: por correo, auto administrado o mediante entrevista.



El EQD5 está dividido en tres secciones. La primera permite al entrevistado definir el estado de salud según el sistema de clasificación multiatributo EQ5D, compuesto por 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión), y en cada una de ellas existen 3 niveles de gravedad del estado de salud (1,2 y 3). Los niveles de gravedad se codifican con un 1 si la opción de esa respuesta es no, con un 2 si la respuesta es algunos y 3 si es muchos problemas. La combinación de valores de todas las dimensiones genera números de 5 dígitos. Habiendo 243 combinaciones de estados de salud posibles que pueden considerarse perfiles. La segunda parte es una escala visual analógica graduada de 0 a 100, que da paso al individuo a valorar el estado de salud y obtener un índice de su CV en la escala de 100. La tercera, recoge otros datos anónimos, demográficos no incluido en este estudio. Sin embargo, a partir de la primera sección se obtiene un índice de calidad de vida, que puede utilizarse directamente o combinarse con los años de vida para calcular los años de vida ajustados por calidad en donde si este se acerca más a 1 significa mejor estado de salud y a 0 peor estado de salud. Es importante mencionar que se toma como referencia cada sección dependiendo del objetivo del estudio. ⁽⁴¹⁾

7.7 Procesamiento y análisis de la información

Posterior a la recolección de datos se procedió al análisis de las variables mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20.0, en español. Para obtener el índice EQD5 se utilizó el programa de Excel de la página oficial de EQD5. Se empleó estadística descriptiva e inferencial a través de χ^2 de Pearson para relacionar las variables principales.

7.8 Consideraciones éticas

Este estudio se realizó en conformidad con los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos, constituidas por los organismos mundiales y según lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, México; publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 en los siguientes Títulos: Título Primero, capítulo único, Artículo 3º y 7º; Título Segundo, capítulo 1, Artículos 13º, 16º, 17º, 18º, 20º y



21º y Título Sexto, Capítulo único, Artículo 113º, 114º, 115º y 116º. Y de acuerdo con el reglamento, esta investigación se clasifica como de Riesgo II (Investigación con riesgo mínimo) ya que emplean cuestionarios, y entrevistas, que tratan aspectos sensitivos de la conducta del paciente. El protocolo de Investigación se presentó al Comité de Investigación Ética para su revisión, evaluación y aprobación para poder realizarse en la unidad médica. Recordando, además, la importancia de utilizar un Consentimiento Informado* que no es una simple formalidad, es un procedimiento fundamental para la protección de los derechos de las personas que participan en el estudio. Este derecho es del participante y no puede ser otorgado a ni negado por ninguna otra persona, siempre y cuando el adulto mayor tuviera capacidad cognitiva para entender que tiene derecho a aceptar participar en la encuesta o rehusar su participación o para poder tomar una decisión sobre si desea o no participar y comunicar su decisión al entrevistador.



8.RESULTADOS

Al inicio de la investigación se pretendió realizar la interrogación durante la consulta de medicina familiar durante la realización de historia clínica, sin embargo, por el tiempo limitado, esta se llevó a cabo mayormente en la sala de espera de la unidad, en medicina preventiva y atención medica continua. Se entrevistaron a 115 pacientes afiliadas a la Unidad de Medicina Familiar No 43, con más de seis meses de haberse realizado la histerectomía, durante un trimestre del año 2019; de las cuales 9 se excluyeron ya que, al revisar sus expedientes, estas llevaban tratamiento por psicología o psiquiatría. Se estudiaron entonces a 106 mujeres.

Tabla 1:

Estadísticos descriptivos de las variables principales

	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>Med</i>	<i>Val Min</i>	<i>Val Max</i>
Edad	46	10.30	49.11	23	80
CV*	.82	0.13	.80	0.37	1
FSC	78.75	20223	74688	36	100

Nota: * Índice de Calidad de Vida; más cercano a 1 = mejor estado de salud y 0= peor estado de salud. DE= Desviación Estándar

En la tabla 2, se observa que las mujeres con histerectomía tiene entre 41 y 50 años con el 49.1% seguidas del 13 %, entre 61 y 70 años de edad; en cuanto al grado académico, Sabe leer y escribir el 35.8 % y poseen primaria terminada el 22.6 % de estas; se dedican al hogar más de la mitad, es decir 56.6%, el resto son empleadas con el 28.3 %, hablando de religión, la cristiana predomina entre nuestras pacientes con el 26.4 %, seguidas de la religión católica con el 22.6%, y que la mayoría se encuentra en unión libre con el 67% y el resto es casada, 33%.



Tabla 2.

Variables sociodemográficas

Variable		f	%
Edad	31-40	13	12.3
	41-50	52	49.1
	51-60	23	21.7
	61-70	14	13.2
Grado académico	Analfabeta	11	10.4
	Sabe leer y escribir	38	35.8
	Primaria	24	22.6
	Secundaria	17	16.0
Ocupación	Hogar	60	56.6
	Empleada	30	28.3
	Profesionista	16	15.1
Religión	Católica	24	22.6
	Cristiana	28	26.4
	Adventista	21	19.8
	Testigo de Jehová	15	14.2
	Ninguna	18	17.0
Estado civil	Casada	35	33.0
	Unión libre	71	67.0

Nota: Cuestionario de factores sociodemográficos, n=106

En la tabla 3 respecto al tipo de familia, se encontró que predominan las familias nucleares siendo estas 51.9% seguidas de las extendidas con el 35.8%. además, el diagnóstico previo que prevaleció fue la miomatosis uterina con el 62.3%, seguida del cáncer cervicouterino con el 14.2%.



Tabla 3

Distribución de frecuencias de las características clínicas de los participantes

Variable		<i>f</i>	%
Tipo de familia	Nuclear	55	51.9
	Extendida	38	35.8
	Extendida compuesta	13	12.3
Diagnóstico previo a la histerectomía	Miomatosis	66	62.3
	Cáncer cervicouterino	15	14.2
	Disfunción del piso pélvico	12	11.3
	Otra causa	13	12.3

Nota: Cuestionario de factores sociodemográficos, $n=106$

En esta tabla se puede ver que los instrumentos utilizados tienen un alfa mayor a 0.69 de acuerdo a los reactivos utilizados, el de Chávez Aguilar con un alfa de 0.815 y el EQD5 0.72.

Tabla 4

Coefficiente de fiabilidad de los instrumentos utilizados

Variable	Instrumentos	Reactivos	Alfa
Subsistema conyugal	Chávez-Aguilar	13	.82
Calidad de vida	EQD5	5	.72

Alfa:

En la tabla 5 se observa la funcionalidad del subsistema conyugal, de manera general es funcional en el 55.3 % seguida de la disfunción moderada con el 44.3%, y por dimensiones; en comunicación la pareja es funcional en el 88.7 %, en adjudicación y asunción de roles también predomina las funcionales en el 84%, así como en satisfacción sexual en el que son funcionales en el 61.3 % seguidas con disfunción moderada 32.1 %, en afecto es funcional el 67.9% seguidas de disfunción



moderada con el 30.2%, y la última dimensión evaluada es funcional en el 60.4% de los casos y con disfunción moderada constituyen el 29.2%.

Tabla 5

Funcionalidad del subsistema conyugal general y por dimensiones

Variable		f	%
Funcionalidad conyugal general	Severamente disfuncional	2	1.9
	Disfunción moderada	47	44.3
	Funcional	57	53.8
Comunicación	Disfunción moderada	12	11.3
	Funcional	94	88.7
Adjudicación y asunción de roles	Disfunción moderada	17	16
	Funcional	89	84
Satisfacción sexual	Severamente disfuncional	7	6.6
	Disfunción moderada	34	32.1
	Funcional	65	61.3
Afecto	Severamente disfuncional	2	1.9
	Disfunción moderada	32	30.2
	Funcional	72	67.9
Toma de decisiones	Severamente disfuncional	11	10.4
	Disfunción moderada	31	29.2
	Funcional	64	60.4

Nota: Cuestionario de evaluación del subsistema conyugal Chávez –Aguilar $n=106$

En la tabla 6 se describe la calidad de vida general por niveles de gravedad de los problemas de salud, que según el instrumento EQD5 utilizado, se divide en tres, siendo el nivel 1 categorizado como: sin ningún problema y el nivel 2 con algún problema, éste mostró el mayor porcentaje 83% de los casos, el nivel 3 con algún problema severo no se presentó en esta población.

Tabla 6

Calidad de vida general

Variable	f	%
Nivel 1 Sin Problemas	18	17.0
Nivel 2 Algún Problema	88	83.0



En la siguiente tabla, número 7 se observan los niveles de gravedad por dimensión de la calidad de vida de acuerdo al estado de salud, en movilidad se encuentran en el nivel 1 el 73.6% de las mujeres con histerectomía seguidas del nivel 2 con el 25.5%; en cuidado personal sobresalen las del nivel 1: con el 69.8% seguidas del nivel 2 con el 29.2%; en actividades cotidianas y dolor y malestar son de mayor porcentaje al nivel 1 con el 78.3% y 55.7% respectivamente, el resto de las pacientes estudiadas pertenecen al nivel 2, y por último, la dimensión de ansiedad y depresión predomina el nivel 1 en el 50% seguidas del nivel 2 con el 42.5%.

Tabla 7

Niveles de Gravedad de la Calidad de vida y sus dimensiones

Niveles de gravedad	Dimensiones del Estado de Salud (CV)									
	Movilidad		Cuidado personal		Actividades cotidianas		Dolor o malestar		Ansiedad o depresión	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	78	73.6	74	69.8	83	78.3	59	55.7	53	50
2	27	25.5	31	29.2	23	21.7	47	44.3	45	42.5
3	1	0.9	1	0.9	-	-	-	-	8	7.5

Nota: Cuestionario de calidad de vida EQD5 n=106

En la tabla 8 se observa la calidad de vida según el estado de salud por las secciones del instrumento utilizado, en la sección 1 se presentan las combinaciones predominantes de respuesta por dimensión en donde el estado de salud con la combinación 11112 ocupa el mayor porcentaje con el 20.8%, es decir sin problema en 4 dimensiones pero con algún problema (nivel 2) en la última dimensión de ansiedad/depresión; en la sección 2: la autovaloración del estado de salud con el termómetro analógico que refieren encontrarse al 90 en el 19.8% de las pacientes y por último se observa que en la sección 3, según el índice de calidad de vida EQD5 la mayoría se encuentra en el nivel 2 con el 88.1% seguidas del nivel 1 en el 17% de los casos analizados.



Tabla 8

Calidad de vida de acuerdo a las secciones del EQD5

Variable		f	%
Combinaciones de respuesta en el EQD5	11111	18	17.0
	11112	22	20.8
	11121	8	7.5
Auto valoración del estado de salud	80	8	7.5
	89	8	7.5
	90	21	19.8
	100	15	14.1
Índice de Calidad de Vida EQD5 (según Estado de salud general)	Nivel 1: sin problemas	18	17.0
	Nivel 2: algún problema	87	88.1
	Nivel 3: severos problemas	1	0.9

Nota: Cuestionario de calidad de vida EQD5 n=106

En la siguiente tabla se describe la matriz de correlación de Spearman, en esta se observa a las dimensiones con alguna significancia estadísticas, las que se omiten, tal como toma de decisiones no se relacionaron significativamente con otras; entonces de acuerdo a las dimensiones de la funcionalidad del subsistema conyugal Chávez Aguilar, la comunicación presenta una relación negativa débil con el cuidado personal (dimensión de calidad de vida) con un coeficiente de correlación $r_s = -.224$ y valor de $p = .021$ y con actividades de la vida cotidiana con una relación negativa débil, coeficiente $r_s = -.205$ y $p = .035$, y en cuanto a ansiedad y depresión la relación es positiva débil con coeficiente de $r_s = .259$ y una p de $.007$. en satisfacción sexual con el cuidado personal presentan una relación negativa débil con un coeficiente de $r_s = -.281$ y valor de $p = .004$; en afecto con cuidado personal se muestra una relación negativa débil con un coeficiente de $r_s = -.195$ y valor de $p = 0.46$, con actividades cotidianas igual una relación negativa débil con un coeficiente de $r_s = -.211$ y valor de $p = .030$, en dolor y malestar la relación es negativa moderada con un coeficiente de $r_s = -.358$ y valor de $p = .000$, con ansiedad y depresión la relación es positiva



débil con un coeficiente de $rs=.200$ y valor de $p= .040$ y por último la funcionalidad del subsistema conyugal de manera general se relaciona de manera negativa débil con cuidado personal con un coeficiente de $rs= -.197$ y valor de $p=.043$ y con dolor y malestar una relación negativa débil con un coeficiente de $rs= -.282$ y valor de $p=.003$ y con ansiedad y depresión la relación es positiva débil con un coeficiente de $rs=.47$ y valor de $p=.011$.

Tabla 9

Matriz de correlación de Spearman de la Calidad de Vida y la funcionalidad del subsistema conyugal por dimensiones

Variable		Dimensiones de la calidad de vida			
		Cuidado personal	Actividades de la vida diaria	Dolor y/o malestar	Ansiedad y depresión
Comunicación	Coeficiente rs	-.224*	-.205*	-.153	.259**
	p	.021	.035	.118	.007
Satisfacción sexual	Coeficiente rs	-.043	-.100	-.281**	.157
	p	.660	.310	.004	.109
Afecto	Coeficiente rs	-.195*	-.211*	-.358**	.200*
	p	.046	.030	.000	.040
FSC	Coeficiente rs	-.197*	-.188	-.282**	.247*
	p	.043	.053	.003	.011

NOTA: * $p=0.05$; ** $p=0.01$, FSC: Funcionalidad de subsistema conyugal



9.DISCUSIÓN

De la población estudiada, observamos que la mayoría se ubica entre los 30 y 50 años de edad, la menor de veintitrés años y la mayor de ochenta, por lo que su ciclo vital es muy variado en cada familia representada en la paciente, y cada una de ellas trae consigo eventos esperados y no esperados, en este caso la histerectomía; por ejemplo, la paciente de la segunda década cuya causa fue obstétrica y de acuerdo a la encuesta se clasificó en el rubro de otras causas, quedando sólo con una gesta, modificando sus ideales y pudiendo afectar la función conyugal en cualquiera de sus dimensiones o la de ochenta años en donde la reproducción ya se efectuó años atrás, y la sexualidad tiene otras manifestaciones; sin embargo cualquiera que sea la edad impacta en la vida de las mujeres y su familia.

Más del cuarto de las participantes sólo sabe leer y escribir, se dedican al hogar y la religión predominante es la cristiana, más de la mitad viven en unión libre al igual que un estudio realizado por Corona en el 2017 ⁽²³⁾ en donde la mayoría de la población se encontraba es este mismo rango de edad, pero casi todas eran casadas, estos resultados se relacionan con la población mexicana y puede afectar de alguna manera negativa la función conyugal y la calidad de vida como en el diagnóstico y tratamiento oportuno por el acceso a los servicios de salud, además, se intuye que la mayoría es derechohabiente beneficiario, es decir no goza de un trabajo remunerado, y se encuentran afiliadas por su esposo o hijos, además de pertenecer a una familia nuclear, es decir una familia tradicional.

Se investigó también acerca del diagnóstico previo a la histerectomía en donde se confirma las cifras nacionales en la que más de la mitad de los casos fue miomatosis uterina, seguida del cáncer cervicouterino como en el estudio realizado por Álvarez ⁽³¹⁾ en donde el diagnóstico principal preoperatorio fueron los leiomiomas, lo que permite deducir que según las indicaciones de histerectomía por esta tumoración es el sangrado y el efecto de masa con el fin de mejorar la calidad de vida, por lo que habría que analizar qué tanto mejoró o se afectó la percepción de esta y la función del subsistema conyugal antes y después del procedimiento quirúrgico, tal vez por el sangrado, dolor o estreñimiento se alteró la función de la pareja en alguna dimensión o mejoró alguno de estos síntomas.



En cuanto a la funcionalidad de la pareja, más de la mitad de las cónyuges estudiadas es funcional y sólo dos se clasifican como severamente disfuncional según Chávez Aguilar, tal es el caso del estudio realizado por Ramírez en el 2016⁽²⁰⁾ en donde más del setenta por ciento era funcional pero en una población con virus del papiloma humano; otro estudio realizado por Morales en el 2016⁽²¹⁾ utilizando el mismo instrumento, las parejas mayormente eran funcionales ; Rangel en el 2017⁽²²⁾ obtuvo que dos de cada tres pacientes formaban parejas funcionales y Moreno en el 2018⁽²⁴⁾, más de la mitad de sus pacientes pero con ERC eran funcional ; esto tal vez por la edad de las mujeres ya que se intuye que el tiempo de vida juntos es más de un par de años (dato que no se obtuvo) y la etapa del ciclo en el que se encuentra la pareja permite que el evento crítico que es la cirugía no les afecte en su función como sistema.

En las dimensiones del sistema conyugal, las más afectadas fueron satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones, que se clasificaron con alguna disfunción, incluso fueron severamente disfuncionales en por lo menos dos pacientes y máximo once respectivamente; siendo prevalente la funcionalidad en comunicación, que como se conoce es pilar para que su sistema funcione, sin embargo, en otro estudio pero en parejas reconstituidas llevado a cabo por Morales en el 2016⁽²¹⁾ las áreas con mayor disfunción fueron comunicación y adjudicación de roles, tal vez por el tipo de familias ya que la nuestra es tradicional y Ucella en 2016⁽¹⁹⁾ evaluó la función sexual en pacientes con histerectomía obteniendo que las que tenían función sexual baja tenían también probabilidad significativa de tener un trastorno sexual posoperatorio, pero nuestro estudio se limita a conocer cómo era ésta antes de la cirugía.

Clasificando la calidad de vida en tres niveles; donde el nivel uno no tiene ningún problema y el nivel tres con problemas severos, se observa que la mayoría se encuentra con algún problema de salud, pero ninguno con problema severo; lo que indica que independientemente de la causa o indicación de la cirugía el paciente está estable funcionalmente hablando. En el momento de la encuesta percibieron algún problema relacionado o no con la cirugía; sin embargo, una limitación de este estudio es que desconocemos si hubo complicaciones propias del procedimiento como infecciones dehiscencia, si fue secundario a cáncer o si actualmente están en



radioterapia o quimioterapia, si la paciente se quedó con deseos reproductivos lo que le puede generar ansiedad y depresión.

En cuanto a los niveles de calidad de vida por dimensiones, se obtuvo cifras similares a la general, pero la mitad de las pacientes presentan ansiedad y/o depresión y algunas si llegan a presentar problemas severos, al igual que un estudio realizado por Figueiras⁽³²⁾ pero comparando a las pacientes con histerectomía abdominal y vaginal se observó que a corto plazo las pacientes postoperadas de histerectomía abdominal, presentan mayor dolor y malestar, así como depresión y/ansiedad a diferencia de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal; sin embargo en nuestro estudio no se estableció el tipo de cirugía. Es así como desde hace años se ha estado hablando que las enfermedades mentales ocuparán el primer lugar en incidencia, pero en este caso no es significativo decir, si es por la pérdida del útero por que la mitad si es funcional y se le puede atribuir a otra causa, la mayoría no tiene dolor puede moverse y realizar sus actividades cotidianas y la paciente que refirió encontrarse con problemas severos es la de mayor edad en la que se distingue problemas en la marcha probablemente por gonartrosis motivo del resultado de su encuesta.

Se ha explicado que existen más de doscientas combinaciones posibles en el instrumento de calidad de vida EQD5, las más frecuentes fueron el mejor estado de salud sin ningún problema en cuatro niveles, pero si en la dimensión de ansiedad y depresión, no se encontró algún estudio que midiera estas características en el instrumento, sin embargo, el autor si lo menciona. En la escala de autovaloración el día de la encuesta, las féminas se encontraban cerca de cien, es decir se discernían casi al cien por ciento de su estado de salud. Este estudio queda limitado en establecer si en una población diferente la calidad de vida general en los derechohabientes de la UMF 43 es buena y las parejas son funcionales o si esta funcionalidad permitió un diagnóstico y tratamiento oportuno que facilitó el consentimiento de la paciente y sus familiares para la cirugía.

No se encontraron estudios específicos que se relacionaran directamente entre la calidad de vida y la funcionalidad del subsistema conyugal de esta población, por



tal motivo, sólo se presenta el análisis de la prueba de correlación Spearman y la interpretación que los autores dan a los hallazgos.

Los resultados muestran que no existe relación significativa con calidad de vida y funcionalidad del subsistema conyugal, y por dimensión con adjudicación o asunción de roles o movilidad; sin embargo, se obtiene que la comunicación en la pareja tiene una relación significativa negativa débil con cuidado personal y actividades de la vida diaria por lo que puede deducirse que a mayor comunicación, la pareja presenta menos problemas en su cuidado personal y en la realización de sus actividades diarias; también existe una relación positiva y significativa débil de la comunicación con la dimensión de CV: ansiedad y depresión, es decir si comunicación funciona o no funciona puede las personas pueden desarrollar problemas de ansiedad y depresión; En otras palabras, se entiende que la comunicación mejora el desempeño del individuo tal vez al establecer su ritmo de trabajo y tener libre albedrío para escoger la hora de peinarse, maquillarse o bañarse con la comprensión de su esposo, pero también existe ansiedad y depresión y si lo relacionamos con la histerectomía se deduce que a mayor expresión de los sentimientos, de las inquietudes, de los deseos y la señora puede sentirse con la necesidad de mejorar su feminidad y al no lograrlo por el sentir de la falta de un órgano, se frustra, o por cualquier otra situación la mujer se exige más al escuchar a la pareja.

En cuanto a satisfacción sexual, está se relaciona estadísticamente con dolor y malestar en la que a mayor satisfacción existe menor dolor o malestar o viceversa, menos problemas de dolor o malestar y más satisfacción sexual y como en nuestras damas la histerectomía fue por miomatosis que les pudo ocasionar sangrado o por efecto de masa y al modificarlos, mejoró su sexualidad, no sólo por dispaurenia sino por otros tipos de dolor como el abdominal; también hubieron pacientes que comentaron que la causa de la histerectomía fue endometriosis con dolor pélvico crónico que mejoró posterior a la cirugía.

El afecto es la dimensión que más se relacionó con la calidad de vida, ya que a mayor afecto menos problemas con el cuidado personal, con la realización de las actividades diarias y menos dolor, sin embargo a mayor afecto más ansiedad y



depresión, recalcando lo que antes se había mencionado, la pareja al sentirse más querida le genera más ansiedad para mejorar cuando el afecto es recíproco, se vuelve más exigente no sólo en su físico sino en la realización de planes y cuidado del hogar, pero se observa que el sistema se mantiene en equilibrio permitiendo que los factores de riesgo retroalimenten al protector y así la mayoría de las pacientes se han funcionales por lo menos en uno de sus subsistemas.

Y por último, aunque de manera débil estadísticamente hablando los concubenarios a mayor funcionalidad menos problemas para el cuidado personal, menos problemas de dolor o malestar pero continuamos con mayor ansiedad y depresión, entonces tenemos por los resultados de la mayoría a la ama de casa en perimenopausia, que sabe leer y escribir, en unión libre, cristiana con diagnóstico de miomatosis con su subsistema conyugal y con algún problema de salud en cuanto a su calidad de vida como la ansiedad y/o depresión pero que ha superado un evento crítico no esperado en su ciclo vital y de pareja, tal vez por su adecuada comunicación y a pesar de su estado de ánimo forma parte de una familia tradicional y que como médicos familiares debemos seguir fomentando para utilizar los factores protectores y hacer énfasis en la importancia de cada uno de sus miembros manejando al individuo de una manera integral respetando sus ideas, sus circunstancias y dejando por medio de este estudio el inicio de una investigación en donde muchas vertientes que indagar en la base de la sociedad que es la familia.



10.CONCLUSIONES

Es este estudio la funcionalidad del subsistema conyugal en la pacientes postoperadas de histerectomía se encontró en más de la mitad de las mujeres entrevistadas y en relación con la calidad de vida presenta algún problema en su estado de salud, es decir se encuentra en el nivel 2, según el índice de EQD5, sin relación estadísticamente significativa de estas; además en cuanto a las variables sociodemográficas y clínicas analizadas en nuestra población de mayor numero estudiada, formaban parejas en donde la mujer tenía aproximadamente una media de 49 años de edad que sabe leer y escribir, de religión cristiana en unión libre, siendo estas mayormente de una familia confirmada por mama, papa e hijos, en donde el diagnóstico previo a la cirugía fue miomatosis uterina.

Con estos resultados no se puede generalizar, ya que habría que hacer un estudio de pretest y posttest para relacionar la calidad de vida y funcionalidad del subsistema conyugal antes y después de la cirugía en una población mayor, evaluando a la pareja por cada dimensión para conocer cuál fue la más afectada o seleccionarla por diagnóstico, es decir estudiar a la población con diagnostico predominante de miomatosis uterina.

Se pueden utilizar otros instrumentos validados, como la Escala de Satisfacción Marital de Susan Pick de WEISS Y Patricia Andrade, en donde se agrega el análisis del tiempo que se comparte en pareja, educación de los hijos, equidad en las labores de la casa, y se puede aplicar a la pareja para relacionar los resultados entre hombres y mujeres y su percepción de la función conyugal.

Se espera que a pesar de que la hipótesis, con estos resultados, podamos hacer conciencia en las unidades de medicina familiar, como primer contacto para implementar cursos, talleres con el fin de orientar, informar a las mujeres acerca de la histerectomía y sus posibles efectos físicos y psicológicos, como la funcionalidad de la pareja. Así como capacitar al personal de salud y ejercer la medicina familiar integral y se aplique la integridad, continuidad y anticipación en los derechohabientes del primer contacto. Y mejorar de esta forma la salud familiar.



11.RECOMENDACIONES

Todo el equipo de salud en el primer nivel de atención, principalmente el médico familiar, desde el momento del diagnóstico de la enfermedad ginecológica debería informar a la paciente acerca de los cambios que en su vida generara la enfermedad, con el fin de asimilarlos gradualmente y evitar impactos importantes en el sistema familiar.

O crear un plan en las UMF de atención a las mujeres que van a ser histerectomizadas, el cual este activo antes y después de la intervención, que brinde los instrumentos necesarios a nivel psicológico y físico, así como grupos de apoyo como en las pacientes con enfermedades crónico degenerativos y se incluya a la pareja, hijos y los diferentes subsistemas para que haya un mejor ambiente de comprensión y un menor impacto en cada dimensión de la funcionalidad familiar.

Que no olvidemos que tratamos con seres humanos que tienen gustos, creencias, diferente educación y necesitan respeto, apoyo para mejorar la funcionalidad de su familia en todos sus subsistemas, siendo primordial el conyugal que es el primero en formarse en una familia parental.



12.ANEXOS

Ficha de identificación.

FOLIO	_____	FECHA	_____		
<u>FICHA DE IDENTIFICACIÓN:</u>					
NOMBRE:					
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:			:		
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR		TURNO:		CONSULTORIO	

Cuestionario de factores sociodemográficos

Instrucciones: Marque con el número la opción correcta en los apartados según corresponda.

1.Edad:	Años cumplidos	()
2.Religión:	1. católica. 2. cristiano. 3. adventista. 4. Testigo de Jehová. 5. Ninguna.	() () () () ()
3.Estado civil:	1. Casada. 2. Unión libre.	() ()
4. Ocupación.	1. Hogar. 2. Empleada. 3. Profesionista.	() () ()
5.Escolaridad:	1. Analfabeta. 2. Sabe leer y escribir. 3. Primaria. 4. Secundaria. 5.- Preparatoria (carrera técnica) 6. licenciatura. 7. Posgrados	() () () () () () ()
6.Tipología familiar	1. Nuclear: Padre, madre e hijos 2. Extendida: Padre, madre, hijo (s) y otro familiar 3. Extendida compuesta: padre madre, hijo (s), otro familiar y persona sin parentesco.	() () ()
7. Diagnostico antes de la histerectomía	1._Miomatosis Uterina 2_ Cancer Cervicouterino 3_ Disfuncion De Piso Pélvico 4_ Otra Causa	() () () ()



Subsistema Familiar Chávez Aguilar

Instrucciones: respondan con una x en la respuesta que mejor responda a la afirmación. Gracias.

FUNCIONES	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
Comunicación:			
a. Se comunica directamente con su pareja.	0	5	10
b. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia.	0	5	10
c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica.	0	5	10
II. Adjudicación y asunción de roles:			
a. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican.	0	2.5	5
b. Son satisfactorios los roles que asume la pareja.	0	2.5	5
c. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja.	0	2.5	5
III. Satisfacción sexual:			
a. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales.	0	5	10
b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual.	0	5	10
IV. Afecto:			
a. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja.	0	2.5	5
b. El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante.	0	2.5	5
c. Se interesa por el desarrollo y superación de la pareja.	0	2.5	5
d. Perciben que son seres queridos por su pareja.	0	2.5	5
V. Toma de decisiones:			
a. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente.	0	7.5	15

Calificación de la disfunción del subsistema conyugal:

0-40: pareja severamente disfuncional.

41 a 70: pareja con disfunción moderada.

71-100: pareja funcional



Cuestionario de salud EUROQOL-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de hoy.

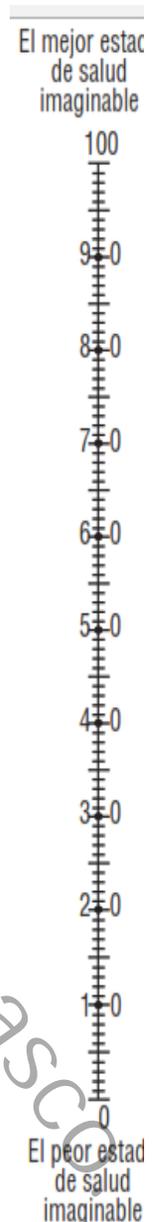
Movilidad:	
No tengo problemas para caminar	
Tengo algunos problemas para caminar	
Tengo que estar en la cama	
Cuidado personal	
No tengo problemas con el cuidado personal	
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme	
Soy incapaz de lavarme o vestirme	
Actividades cotidianas (por ejemplo, trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre.	
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	
Dolor malestar	
No tengo dolor ni malestar	
Tengo moderado dolor o malestar	



Tengo severo dolor o malestar	
Ansiedad/depresión	
No estoy ansioso ni deprimido	
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	
Estoy ansioso o deprimido	

Termómetro EUROQOL de autovaloración del estado de salud

Nos gustaría que nos indique en esta escala en su opinión, lo bueno o lo malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor dibuje una línea desde el casillero donde dice "su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.





Ítems Funcionalidad del subsistema conyugal

Ítem		Nunca	Ocasional	Siempre
¿Se comunica directamente con su pareja.?	<i>f</i>	2	45	59
	%	1.9	42.5	55.7
¿La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia?	<i>f</i>	6	22	78
	%	5.7	20.8	73.6
¿Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica.?	<i>f</i>	5	30	71
	%	4.7	28.3	67
¿La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican.?	<i>f</i>	5	36	65
	%	4.7	34	61.3
¿Son satisfactorios los roles que asume la pareja.?	<i>f</i>	5	34	67
	%	4.7	32.1	63.2
¿Se propicia el intercambio de roles entre la pareja.?	<i>f</i>	10	31	65
	%	9.4	29.2	61.3
¿Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales.?	<i>f</i>	13	29	63
	%	12.3	27.4	60.3
¿Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual?	<i>f</i>	21	34	51
	%	19.8	32.1	48.1
¿Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja.?	<i>f</i>	21	22	63
	%	19.8	20.8	59.4
¿El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante.?	<i>f</i>	19	37	50
	%	17.9	34.9	47.2
¿Se interesa por el desarrollo y superación de la pareja.?	<i>f</i>	19	25	62
	%	17.9	23.6	58.5
¿Perciben que son seres queridos por su pareja.?	<i>f</i>	14	30	62
	%	13.2	28.3	58.5
¿Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente.?	<i>f</i>	12	30	64
	%	11.3	28.3	60.4



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	SUBSISTEMA CONYUGAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON HISTERECTOMÍA DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	2019, Villahermosa, Tabasco.
Número de registro:	F-2019-2701-016
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: Como médicos familiares dentro de nuestros objetivos se encuentra aprovechar los factores protectores y modificar los de riesgo por lo que es factible comprender a la esposa, madre, o hija que está pasando por un cambio físico y mental por la histerectomía, mejorar los lazos familiares, mejorar la percepción de las crisis para normativas en este caso, y apoyarlas en recuperar sus funciones conyugales que no solo se centran a la actividad sexual que constituye una función familiar primordial para la adecuada dinámica en el sistema. Objetivo: Evaluar la calidad de vida y funcionalidad en el subsistema conyugal, en las pacientes sometidas a histerectomía en la Unidad de Medicina Familiar No 43.
Procedimientos:	Se aplicará a cada paciente en el instrumento denominado escala de Chávez Aguilar para evaluar la función conyugal y el EUROQOL-5D para calidad de vida. En un tiempo estimado del tiempo para responder de 10 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Promover medidas preventivas sobre la funcionalidad del subsistema conyugal, así como mejorar la calidad de vida.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si se desea
Participación o retiro:	Voluntario
Privacidad y confidencialidad:	Los datos solo serán manejados por el investigador con absoluta garantía de confidencialidad y privacidad.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	En caso de colección de material biológico (si aplica):
	No autoriza que se tome la muestra.
	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Beneficios al término del estudio:	Fortalecer los programas preventivos de integración familiar que como nuestro logo lo emite una madre representante de la familia feliz y disfrutando de su hijo.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dra. Ángela del Carmen González Gutiérrez Residente de 3er.año de la especialidad de medicina familiar con matricula: 99286195 Teléfono: 9932464223
Investigador Responsable:	Dr. Yanet Pérez Méndez/ Dra. Valentina Rivas Acuña
Colaboradores:	Dra. Ángela del Carmen González Gutiérrez
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Matricula: 99286195
	Testigo 2



Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Operacionalización de variables						
Variables	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición de valores	Calificación de la variable	Tipo de estadístico
Funcionalidad del subsistema conyugal. (variable dependiente)	Cualitativa ordinal	Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesan	Según la escala de Chávez Aguilar.	Cualitativa ordinal. 1. disfuncional (0-70). 2. funcional(71-100).	Se clasificará de acuerdo a los ítems en intervalos.	Tabla de contingencia. Distribución e frecuencias.
Calidad de vida	Cualitativa ordinal	Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normales y sus inquietudes.	EQD5 (Versión en español)	Ordinal: Según el índice de calidad de vida, 1: mejor estado de salud, 2: peor estado de salud. Y por escala analógica 0-100.	Se clasificará de acuerdo a los ítems en intervalos.	Índices, distribución de frecuencias Tablas cruzadas,.
Edad	Cuantitativa	Años cumplidos al momento de la encuesta.	Mediante el cuestionario de recolección de datos.	Continua	Se identificara en números enteros los años de edad.	Tabla de contingencia. Distribución e frecuencias.
Religión	Cualitativa nominal	Actividad humana que suele abarcar creencias y practicas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Mediante el cuestionario de recolección de datos.	Cualitativa nominal: 1. Católica. 2. Cristiana 3. Adventista 4. Testigo de jehová 5. Ninguna.	Se interrogara directamente a la paciente.	Tabla de contingencia. Distribución e frecuencias.
Estado civil	Cualitativa nominal	Estado de unión marital civil del sujeto.	Mediante el cuestionario de recolección de datos.	Cualitativa nominal: 1. Casada 2. Unión libre	Se clasificará de acuerdo a la existencia o no de pareja conyugal con o sin lazos legales.	Tabla de contingencia. Distribución de frecuencias.
Ocupación	Cualitativa nominal	Conjunto de tareas que constituyen un puesto de trabajo o que se supone serán cumplidas por una misma persona.	Mediante el cuestionario de recolección de datos.	Cualitativa Nominal: 1. Hogar. 2. Empleada. 3. Profesionalista.	Se clasificará de acuerdo a la actividad registrada en el expediente, trabajo en el hogar, si presta servicios técnicos a una empresa o realiza una actividad que requiere nivel de estudios profesionales.	Tablas de contingencia. Distribución de Frecuencias.



Escolaridad	Cualitativa ordinal.	Nivel académico alcanzado por el sujeto.	Mediante el cuestionario de recolección de datos.	Nominal: 1. Analfabeta. 2. Sabe leer y escribir. 3. Primaria. 4. Secundaria. 5. Bachillerato. 6. Profesional.	Se identificará de acuerdo a si la paciente sabe o no leer y escribir o de acuerdo al nivel de estudios que haya cursado y concluido.	Tablas de contingencia. Distribución de Frecuencias.
<i>Tipos de familia según composición</i>	Cualitativa nominal	Características de sus integrantes y de si hay o no algún grado consanguinidad.	Nuclear, extendida, monoparental, extensa compuesta, monoparental extendida.	Nominal, 1-Nuclear, 2-Extendida, 3-Extensa compuesta,	Se clasifica según la consanguinidad	Tablas de contingencia. Distribución de Frecuencias.
<i>Diagnostico antes de la histerectomía</i>	Cualitativa nominal	Indicación diagnostica para realizar el procedimiento quirúrgico.	Mediante el cuestionario de recolección de datos.	Nominal, 1-miomatosis uterina 2_cancer cervicouterino 3_disfuncion de piso pélvico 4_otra causa.,	Se identificara según datos de la programación quirúrgica del hospital.	Distribución de Frecuencias. Tablas cruzadas.



13. BIBLIOGRAFÍA

1. Dutra S y cols. Experiencias de mujeres hysterectomizadas acerca de la sexualidad. Esc Anna Nery 2019; 23(4): e20190065. Agosto 2019. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0065>
2. Morgan O y cols. Comparación de la morbilidad operatoria entre hysterectomía laparoscópica y abdominal. Rev Med UAS; 2019 vol. 9; No 3. agosto 2019. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v9.n3.002>.
3. Cuevas U, Díaz A Esoiniza M y cols. Depresión y Ansiedad en mujeres hysterectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía. Rev Chil Obstet Ginecol 2019; 84(3);245-256. Agosto 2019. Disponible en: <http://www.revistasochog.cl/articulos/ver/1195>
4. Abood S. Quality of improvement initiative in nursing homes. Am J Nurs [Internet]. 2002 [Consultado 22 feb 2019]; 102(6). Disponible en: <http://www.nursingworld.org>.
5. Halabe C y Chavolla M. La importancia del médico familiar en la atención cotidiana. Aten Fam 2018; 25(3):89-90. Consultado en agosto 2019. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.3.65304>
6. Hernández S, Díaz R. Hysterectomía obstétrica, último recurso en el tratamiento de la hemorragia obstétrica. Rev Sanid Milit Mex 2016; 70:63-71.
7. Pantoja G, Frías S, Villar S, León del P, Vico de, Pantoja R. Curva de aprendizaje en hysterectomía laparoscópica. ¿Cuántas intervenciones se necesitan para dominar la técnica con estándares de seguridad? Ginecol Obstet Mex. 2018 enero;86(1):37-46 DOI: <http://doi.org/10.24245/gom.v86i1.1824>
8. Calvo A, Vásquez M, Hernández C. Hysterectomía obstétrica en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso: revisión de tres años. Ginecol Obstet



- Mex.2016 feb; 84 (2): 72-78. Consultado en febrero 2018 en: www.ginecologiayobstetriciademexico.com.
9. Hernández S, Díaz R. Histerectomía obstétrica, último recurso en el tratamiento de la hemorragia obstétrica. Rev Sanid Milit Mex 2016; 70:63-71.
 10. Sobral P, Soto G. Problemas sexuales derivados de la histerectomía. Cli invest Gin Obst 2015;42(1):25-32
 11. Vega M, Bautista G, Rodríguez N, Loredo A, Becerril S, Ramos L. Frecuencia y factores asociados a la histerectomía obstétrica en un hospital de segundo nivel en México. Revista Chilena obstet Ginecol 2017: 82(4):408-415.
 12. Francymar F, Ferraroto M, González B. Función sexual en pacientes histerectomizadas. Rev Obstet Ginecol Venez 2016;75(1):20-40.
 13. Gutiérrez C, Díaz O, Román R. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. Ciencia EARGO Sum, núm. 3, 2016, Universidad Autónoma de México. Consultado en agosto 2019 disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10448076002>.
 14. Jiménez P, Lima R, Lima S. Relación entre variables familiares y el ajuste conyugal. Aten Primaria. 2018;58(4):205-212.
 15. Espinal I, Gimeno A, y González F. El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. Universidad Autónoma de Santo Domingo. 2017. Republica Dominicana, pág. 1-14.
 16. Valencia O, Ospina B, Crisis en el ciclo vital de la pareja y sus principales implicaciones en los niños y adolescentes. Revista Académica e Institucional Paginas de la UCP No 99. 2016; pp. 143-154.
 17. Garrido M, et al. ¿Dejaría a mi pareja? Influencia de la gravedad de la transgresión, la satisfacción y el compromiso en la toma de decisión. Psychosocial Intervention 26 (2017) 111-116. Consultado en mayo 2019, disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2016.12.001>



18. Higuera LF, Cardona JA. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud del adolescente. *Hacia promoc. salud.* 2016; 20(2): 27-42. DOI: 10.17151/hpsal.2015.20.2.3
19. Ucella s y cols. Sexual Function following Laparoscopic versus Transvaginal Closure of the Vaginal Vault after Laparoscopic Hysterectomy: Secondary Analysis of a Randomized Trial by the Italian Society of Gynecological Endoscopy Using a Validated Questionnaire. *JMIG* [internet] 2019 [consultado 01 sep 2019]; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2019.03.018>
20. Ramírez A. Evaluación de la satisfacción sexual y funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes portadores de virus de papiloma humano en la UMF 28. [Tesis]. México D.F, México. UNAM-Dirección general de bibliotecas. 2016
21. Morales V. Funcionalidad del subsistema conyugal en familias reconstituidas. [Tesis]. Estado de México, México. UNAM-Dirección general de bibliotecas. 2016
22. Rangel E. Impacto de disfunción eréctil de diabéticos en el subsistema conyugal. [Tesis]. Apodaca, Nuevo León, México. UNAM-Dirección general de bibliotecas. 2017.
23. Corona S. Calidad de vida y la funcionalidad en el subsistema conyugal en pacientes con síndrome climatérico. [Tesis]. Estado de México, México. UNAM-Dirección general de bibliotecas. 2017.
24. Moreno B. Enfermedad Renal Crónica asociada a disfunción en el subsistema conyugal en los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No 226, Ixtlahuaca. [Tesis]. Estado de México, México. UNAM-Dirección general de bibliotecas. 2018.
25. Checa R, Afectación de la calidad de vida y función sexual en mujeres premenopáusicas, con antecedente de histerectomía con abordaje abdominal o



- vaginal por patología benigna realizada en el hospital Eugenio Espejo durante el periodo de enero 2013 a diciembre 2015. Tesis 2017 1-189.
26. Godoy C, Rodríguez B, Calidad de vida de personas hysterectomizadas entre 30 y 65 años de edad en el servicio de ginecología y obstetricia, hospital Vicente Corral Moscoso 2014, [tesis de licenciatura]. Cuenca Ecuador. Proyecto de investigación 2017 1-76.
27. García A. Calidad de vida de las mujeres jóvenes adultas de 20 a 40 años, sometida a hysterectomía abdominal o vaginal en el servicio de ginecología, en el hospital regional Lambayeque 2015-2016. Tesis 2018 1-30.
28. Tafur C. Beneficios y complicaciones asociadas a hysterectomía vaginal e hysterectomía laparoscópica en miomatosis uterina en pacientes de 20 a 50 años en el servicio de gineco-obstetricia en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo enero a julio 2016 [Tesis de licenciatura]. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista; 2019. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1970>
29. Correa O, Pandales P, Roan V, Palacio A, Zuleta T, Impacto de la hysterectomía abdominal total y de la hysterectomía vaginal sin prolapso en la calidad de vida y la satisfacción sexual. Estudio de cohortes, Medellín, 2015 Rev Colomb Obstet Ginecol 2017:68:12-25.
30. Hinojosa R, Calidad de vida y sexualidad en mujeres postoperadas de hysterectomía total abdominal. Dirección general de bibliotecas de la UNAM. 2015:2-63.
31. Álvarez L. Diferencias en la Calidad de Vida Relacionada con la salud en pacientes operadas de hysterectomía total por laparoscopia comparando el cierre de cúpula vaginal por vía laparoscópica contra la vía vaginal. [Tesis]. México Distrito Federal, México. UNAM-Dirección general de bibliotecas. 2016.
32. Pinzón R. Asociación entre percepción de apoyo conyugal, mecanismos de afrontamiento y calidad de vida en mujeres con diagnóstico de Cáncer de



- Mama. [Tesis]. México Distrito federal. UNAM-Dirección general de bibliotecas. 2017.
33. Figueiras L. complicaciones y calidad de vida en pacientes postoperadas de histerectomía vaginal vs histerectomía abdominal por patología benigna en el Hospital Juárez de México. [Tesis]. Ciudad de México. UNAM-Dirección general de bibliotecas. 2018.
34. Rodríguez, A., Rodríguez, H., & Luján, I. (2015). Modelo de inestabilidad familiar en la ruptura de pareja. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 91-102.
35. Danesh M, Hamzehgardeshi Z, Moosazadeh M, Shabani-Asrami F. The Effect of Hysterectomy on Women's Sexual Function: A Narrative Review. *Med Arch (Sarajevo, Bosnia Herzegovina)*. 2016;69(6):6. Mayo 2018, Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26843731> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4720466>
36. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas Vitales. Estadísticas de nupcialidad. Base de datos de matrimonios y divorcios. México. Recuperado el 11 de enero de 2019, de: <https://www.inegi.org.mx/programas/nupcialidad/>
37. Sierra F. consecuencias físicas y psicológicas en pacientes postoperadas de histerectomía. Tesis UNAM. 2017. 42-43.
38. Thakar R. Is the Uterus a Sexual Organ? Sexual Function Following Hysterectomy. *Sex Med Rev*. 2016;3(4):264-78. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27784599>.
39. Freitas CB, Gomes NP, Campos LM, Estrela FM, Cordeiro KCC, Dos Santos RM. Complicaciones posquirúrgicas de la histerectomía Integrativa. *Rev Baiana Enfermagem*. 2016;30(2):1-11. Disponible en: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15660>
40. Moratto, N., Zapata, J., & Messenger., T. (2016). Conceptualización del ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002-2015. *Revista CES Psicología*, 103-121.



41. Herdman M, Badia X, Berra S. E EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria* 2001. 28(6):425-429.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.