



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL DE LA MUJER**

**SECRETARÍA DE SALUD**

**TESIS**

**“SATISFACCIÓN MARITAL EN PAREJAS CON MUJERES POSTOPERADAS DE  
HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL”**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
PRESENTA  
ESTEFANÍA ORTEGA MADRID**

**ASESORES DE TESIS  
M. C. MARIA DEL ROCIO MORALES GOMEZ  
DR. JAVIER MANCILLA RAMÍREZ**

Ciudad de México, 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AUTORIZACIONES**

---

**DR. MANUEL CASILLAS BARRERA  
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE LA MUJER**

---

**DR. BLAS ESCALONA GARCÍA  
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

---

**DR. MIGUEL ÁNGEL VALENCIA TORRES  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO  
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTORES DE TESIS:**

---

**M. C. MARÍA DEL ROCIO MORALES GÓMEZ**

---

**DR. JAVIER MANCILLA RAMÍREZ**

## CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS

Quien suscribe **Estefanía Ortega Madrid, médico** residente de la especialidad en Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer, inscrita a la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Ciudad de México, el día 16 de enero de 2023. Autora intelectual del presente trabajo de tesis, con el asesoramiento de **M. C. María del Rocío Morales Gómez y Dr. C. Javier Mancilla Ramírez**. Cede los derechos del trabajo titulado “SATISFACCIÓN MARITAL EN PAREJAS CON MUJERES POSTOPERADAS DE HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL” al Hospital de la Mujer y la Universidad Nacional Autónoma de México para su difusión con fines académicos.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o de los asesores del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección electrónica: [estefania.ortega08@hotmail.com](mailto:estefania.ortega08@hotmail.com) si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradamiento correspondiente y citar la fuente.

Atentamente

---

**ESTEFANÍA ORTEGA MADRID**  
**RESIDENTE DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A mis padres**

Maricoco y Armando, por ser los autores principales de mi vida. Por no dejarme vencer en los momentos que quise desistir. Por llorar, reír, crecer y vivir junto a mi cada momento que me trajo hasta aquí. Sin su apoyo, su sacrificio, su cariño y amor incondicional por mí y mis hermanos, jamás podría haber logrado esta meta más. Todo es gracias a ustedes, y si todos dicen que tienen a los mejores padres del mundo, todos están en lo cierto, y yo los tengo a ustedes.

### **A mis hermanos**

Armando, Enrique, Elizabeth y David, sin ustedes mucho del trabajo de nuestros padres, no hubiera sido posible. Sin duda estaré eternamente agradecida con ustedes por todo el apoyo incondicional desde el día uno de mi vida, hasta hoy. Soy muy afortunada de tenerlos como hermanos. Gracias por cuidarme y protegerme de cada golpe que me ha dado la vida, por impulsarme y aprender de lo que ustedes me reflejan, mejores compañeros no pude haber tenido.

### **A mi esposo**

Igor, gracias por recorrer junto a mi este camino llamado residencia y, sobre todo, por caminar junto a mi como compañero de vida. Aprendí tanto de ti durante mis años de residente, y espero seguir haciéndolo por el resto de nuestras vidas. Te amo y deseo que esto siga creciendo cada día más. Mis logros serán tus logros. Que jamás termine el hambre de crecer juntos, de formar la familia que soñamos y transmitirle todo esto a nuestros hijos.

## **A Carson**

Gracias por ser mi mayor motivación, por tu amor incondicional y tu lealtad. A pesar de la distancia y el poco tiempo que te di en estos cuatro años, siempre estuviste fiel y leal a mí. Jamás podré devolverte todo el amor que me das.

## **A mis asesores de tesis**

Gracias por guiarme en cada momento en la edición de este trabajo, por motivarme a seguir adelante a pesar de las adversidades. No me equivoqué en elegirlos, porque además de ser mis maestros y asesores, siempre los consideraré como grandes amigos. Un tesoro muypreciado que atesoraré de por vida.

## **A todos mis maestros del hospital de la Mujer**

Gracias por todo lo que me enseñaron a lo largo de estos años. Su conocimiento sin duda influyó para lo que hoy en día soy. Estaré eternamente agradecida con ustedes porque gracias a eso, hoy tengo la seguridad de salir al mundo, y hacer lo que más me gusta. Cada paciente que atienda, estaré viéndolos a ustedes en los días de clases y cirugías. Cada día será una enseñanza más.

## **A Dios**

Por último, pero no menos importante, gracias a Dios por darme la oportunidad de cada día despertar y poder seguir haciendo lo que me gusta, por poder cumplir cada meta y por enseñarme que la vida es eso, un regalo de Dios.

# ÍNDICE

<b>ABREVIATURAS</b> .....	<b>7</b>
<b>ANTECEDENTES</b> .....	<b>9</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>10</b>
EPIDEMIOLOGÍA .....	10
DEFINICIONES .....	12
ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO .....	13
RESPUESTA SEXUAL.....	15
<i>Análisis descriptivo de los cambios observados en las fases secuenciales:</i> .....	16
<i>Bases hormonales y neuronales de la conducta sexual:</i> .....	18
<i>Hormonas sexuales:</i> .....	18
<i>Clasificación de los trastornos sexuales</i> .....	19
RELACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA Y LA FUNCIÓN SEXUAL .....	19
<i>Histerectomía vaginal versus laparoscópica: efectos en la sexualidad femenina:</i> .....	20
<i>Histerectomía abdominal versus laparoscópica: efectos en la función sexual.</i> .....	21
<i>Impacto en la pareja y relación de pareja</i> .....	22
HISTERECTOMÍA Y LA CALIDAD DE VIDA.....	23
SATISFACCIÓN MARITAL.....	24
<i>La Escala de Satisfacción Marital</i> .....	26
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>26</b>
<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>27</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>27</b>
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	<b>27</b>
<b>OBJETIVOS PARTICULARES</b> .....	<b>27</b>
<b>HIPÓTESIS</b> .....	<b>28</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	<b>28</b>
TIPO DE ESTUDIO: .....	28
POBLACIÓN DE ESTUDIO: .....	28
CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	28
CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.....	29
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	29
<b>TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> .....	<b>29</b>
<b>DESCRIPCIÓN DE VARIABLES</b> .....	<b>29</b>
<b>PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b> .....	<b>31</b>
<b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	<b>31</b>
<b>RECURSOS</b> .....	<b>32</b>
MATERIALES: .....	32

RESULTADOS .....	32
DISCUSIÓN .....	36
CONCLUSIONES .....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS.....	42

## **ABREVIATURAS**

HA: histerectomía abdominal

HV: histerectomía vaginal

HL: histerectomía laparoscópica

ESM: Escala de Satisfacción Marital

## RESUMEN

*Introducción:* La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos ginecológicos más realizados en el mundo, seguido de la cesárea. Cual sea la vía de abordaje, existen complicaciones relacionadas a la propia cirugía. Sabiendo que el útero se considera un órgano sexual, puede preceder a la afectación de diferentes esferas, incluidas la satisfacción marital. Por ello, el objetivo de este estudio fue analizar las posibles repercusiones individuales y de pareja, en las pacientes a quienes se les haya realizado histerectomía total abdominal con conservación de anexos, y así discernir si la cirugía repercute en la satisfacción marital.

*Material y métodos:* Se realizó un estudio prospectivo, transversal, donde se aplicó como herramienta el cuestionario de “Escala de Satisfacción Marital” a pacientes post operadas de histerectomía total abdominal con conservación de anexos, para discriminar si influye en la satisfacción individual y de pareja, realizado en pacientes del Hospital de la Mujer de la Ciudad de México, en las edades comprendidas entre 30 y 45 años, en el periodo entre el 01 de enero 2020 y 31 de diciembre 2021. El cuestionario se compone de 48 ítems, los cuales se componen de 5 reactivos que van desde “totalmente en desacuerdo” hasta un “totalmente de acuerdo”; 26 de los ítems van en sentido inverso, por lo que fue necesario recodificarlos para la suma del puntaje total. Los puntos de corte fueron: menor o igual a 187, insatisfacción y, mayor o igual a 188, satisfacción.

*Resultados:* Se evaluaron un total de 62 parejas con mujeres histerectomizadas vía abdominal y sus parejas, donde se encontró a 20 parejas sin satisfacción marital (32.25%), y 42 parejas con satisfacción (67.74%). Individualmente, 92 personas presentaron satisfacción y 32 insatisfacción, de las cuales 17 fueron mujeres. La edad promedio de la mujer fue de 41.4 años y la pareja de 42.8 años, edad media fue de 40.4 años. El estado civil, 40.32% fueron casadas y 59.6% en unión libre. De escolaridad, la secundaria se presentó con un 33.9%, preparatoria 30.6%, licenciatura 22.6% y primaria con un 12.9%. El número de gestas encontramos un 21% para primigestas y 79% multigestas. Los años de matrimonio en promedio fueron 9.1 +- 4.1 años. El 40.3% de las pacientes, solo tuvieron una pareja sexual, 29% 2 parejas, 14.5% 3 parejas, 8.1% 4 parejas, 4.8% 5 parejas y 3.2% 6 parejas. Para el grupo de hombres, el 21% tuvieron 5 parejas sexuales, 17.7% 4 parejas, 16.1% 3 parejas, 12.9% 8 parejas, 11.3% 7 parejas. El salario promedio fue de 8,285.16 pesos.

*Conclusiones:* Con este trabajo se demostró que la mayoría de las parejas con mujeres hysterectomizadas presentan satisfacción sexual, lo cual podría hablarnos de que esto se ha visto influenciado por aspectos psicosociales, más que por factores anatómicos u orgánicos en sí. En nuestro hospital actualmente se realiza hysterectomía abierta abdominal y laparoscópica. Sería muy importante la evaluación de esta técnica en el futuro, con el objetivo de obtener un muestra mayor contabilizada en estadística de nuestro hospital hasta el día de hoy. Este estudio servirá como base para futuras investigaciones con respecto a la relación de la satisfacción marital, así como la satisfacción sexual femenina y su correlación entre técnicas de abordaje.

## **ANTECEDENTES**

La hysterectomía se realizó por primera vez en 1853, considerada en sus inicios como una cirugía de último recurso. En la actualidad, se practica con diversos fines.<sup>1</sup>

Ésta se define como la extirpación quirúrgica del útero. Pudiéndose realizar de tres abordajes diferentes, abdominal, vaginal y laparoscópica. Es el procedimiento ginecológico más realizado seguido de la operación cesárea en mujeres en edad fértil. Dentro de las indicaciones, más del 90% son realizadas por causa benigna.<sup>2,3</sup>

La primera hysterectomía abdominal fue realizada por Charles Clay, cirujano de Mancunian, el 17 noviembre de 1843. Él realizó la primera hysterectomía abdominal subtotal, donde usó una ligadura supravaginal, sin embargo, su paciente murió horas después de la cirugía debido a hemorragia. Posteriormente el 21 de noviembre de 1843, Heath realizó en Manchester una hysterectomía similar, sin embargo, la paciente también murió por hemorragia postoperatoria. Fue hasta 1853 que Ellis Burnham de Lowell, en Massachusetts, logró realizar la primera hysterectomía abdominal donde la paciente sobrevivió.<sup>4</sup>

En 1813, el cirujano alemán Langenbeck, realizó la primera hysterectomía vaginal exitosa. Demostrando así, que esta técnica tenía menores riesgos postoperatorios, menor morbilidad y mortalidad.<sup>4</sup>

En Estados Unidos, se establecieron indicaciones y contraindicaciones para la realización de hysterectomía y su vía de abordaje, abdominal o vaginal.<sup>4</sup>

Para la histerectomía abdominal se prefirió usar en enfermedades más graves, cuando el útero es "demasiado grande", la vagina "demasiado estrecha", el arco púbico es menor de 90 grados, el diámetro bituberoso es menor de 8 cm, el útero está "demasiado alto" o "no baja", cuando existen condiciones intraabdominales que contraindican el abordaje vaginal como las adherencias, endometriosis, enfermedad aneural, cirugía pélvica previa, dolor pélvico crónico, cesárea anterior.<sup>4</sup>

La histerectomía vaginal se prefiere usar en enfermedades menos graves, principalmente prolapso o esterilización.<sup>4</sup>

El siguiente avance fue la introducción de la cirugía laparoscópica a la técnica de histerectomía. Reich y col. comenzaron a reemplazar las histerectomías realizadas por laparotomía, fomentando el abordaje laparoscópico en pacientes candidatas a cirugía vaginal. Sin embargo, Garry y Reich en 1993, en su libro publicado en el mismo año, afirmaron que las indicaciones no estaban claras para entonces. No obstante, se demostró que, al igual que la técnica vía vaginal, el abordaje laparoscópico contribuía a menor morbilidad y mortalidad.<sup>4</sup>

La siguiente innovación fue la histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, publicado 3 meses después del informe de Reich y col.<sup>4</sup>

Hasta el momento, es conocido que la vía vaginal es la ruta con menores complicaciones, con más beneficios posoperatorios y menores costos. Sin embargo, no todas las pacientes son candidatas a esta técnica, por lo que es importante valorar individualmente a cada una y elegir de acuerdo con la patología que presente.<sup>4</sup>

## **MARCO TEÓRICO**

### **EPIDEMIOLOGÍA**

La histerectomía se puede clasificar en total, subtotal y radical. La histerectomía total es la extracción del útero y cuello uterino, que puede incluir o no la extirpación de los ovarios y trompas de Falopio, llamado igual salpingooforectomía. En la histerectomía subtotal, no se elimina el cuello uterino, y en la histerectomía radical, además de retirar el útero, se incluyen el tercio superior de la vagina y los ganglios linfáticos pélvicos.<sup>1</sup>

Dicho lo anterior, estos procedimientos pueden realizarse mediante tres opciones principales: histerectomía abdominal (HA), histerectomía vaginal (HV) o histerectomía laparoscópica (HL).<sup>1</sup>

La vía abdominal es el abordaje más utilizado, debido a que la mayoría de los cirujanos la conocen mejor técnicamente y se sienten más seguros al utilizar esta técnica, así mismo porque la mayoría de las veces consideran necesario retirar el cuello uterino por el riesgo de desarrollar cáncer en el futuro. Aunque en la actualidad, la decisión del abordaje depende de muchos más factores que éste, cada una con sus limitaciones, ventajas y desventajas.<sup>3</sup>

La vía vaginal se considera el abordaje menos invasivo y la que se asocia con menor tiempo de recuperación, menos complicaciones, menores costos y con mejores resultados estéticos. La Asociación Americana de Ginecólogos Laparoscopistas, al igual que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, recomiendan la vía vaginal como el abordaje de preferencia en los padecimientos benignos.<sup>2</sup>

Sin embargo, su realización es menos frecuente a la vía abdominal o a la vía laparoscópica, aunque ésta haya incrementado en los últimos años.<sup>2</sup>

La vía laparoscópica, es donde un equipo de punción mediante una incisión umbilical insufla la cavidad abdominal con gas CO<sub>2</sub>. Posteriormente, un trócar es insertado en el abdomen mediante la pequeña incisión umbilical y posteriormente, se introduce la cámara del laparoscopio, exponiendo ambos anexos, para realizar otras incisiones donde se colocarán los trócares que manipularán el cirujano y el ayudante. Por último, se utilizará un manipulador uterino vía vaginal para un segundo ayudante.<sup>6</sup>

Con esta técnica, se obtiene una recuperación más rápida del postquirúrgico que la vía abdominal, con una recuperación temprana del vaciamiento de la vejiga, y menos días de estancia intrahospitalaria. Aunque es frecuente el estreñimiento postoperatorio, se dice que, con esta técnica, es mayor, siendo aún más frecuente en la histerectomía radical.<sup>7</sup>

La histerectomía, es un procedimiento quirúrgico que se ha realizado por más de 150 años. Dentro de sus antecedentes, el útero se considera como regulador y director de funciones importantes, como órgano sexual, fuente de energía, fuente de vitalidad y mantenimiento de la juventud. De igual manera, el cérvix es importante en la función sexual, por lo que durante mucho tiempo ha surgido controversia en relación con cuál

procedimiento realizar, histerectomía abdominal, vaginal, laparoscópica, total o subtotal, y de éstos, cuál obtiene mejores beneficios.<sup>8</sup>

La mayoría de los estudios que comparan las diversas técnicas de histerectomía total o subtotal ya sea laparoscópica, abdominal o vaginal, se han centrado más en la forma del cierre de la cúpula vaginal, ya que se ha visto que éste podría ser un factor importante en la función sexual.<sup>9</sup>

Con el paso del tiempo y los avances que se han hecho en la cirugía, que permiten remover de mejor forma el cuello uterino y de prevenir el cáncer de cérvix, hizo que la mayoría de los cirujanos, de forma rutinaria lo extirparan en las histerectomías, a pesar de éste estar sano.<sup>8</sup>

La función sexual ha sido el foco principal de muchos estudios recientes. Se ha investigado sobre los efectos en la función sexual en pacientes post operadas de histerectomía con indicación por procesos benignos y su calidad de vida, con resultados diversos. Por otro lado, esas mismas causas, como el sangrado uterino anormal, endometriosis, patologías de los anexos y del útero, también pueden conducir a problemas sexuales, ya que el dolor reduce la calidad de vida.<sup>3</sup>

## **DEFINICIONES**

**Sexo:** Se refiere al conjunto de características biológicas que definen a los humanos como hembras y machos.<sup>10</sup>

**Sexualidad:** Se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un humano: basada en el sexo, incluyendo al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Expresado en forma de pensamientos, deseos, creencias, valores, actividades, actitudes, prácticas, relaciones y roles. Resultado de la interacción de factores psicológicos, socioeconómicos, biológicos, culturales, éticos, religiosos y espirituales.<sup>10,11</sup>

**Salud sexual:** Es el proceso de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. No solo es la ausencia de disfunción o enfermedad, sino que es necesario que los derechos de las personas sean reconocidos y garantizados.<sup>10</sup>

Satisfacción marital: Actitud hacia la pareja normalmente percibida en términos de calidad de la relación, la actitud de mayor o menor favorabilidad hacia la propia relación marital, o la evaluación de aspectos específicos de la vida matrimonial.<sup>12</sup>

## **ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO**

### *Genitales internos: Vagina, útero y trompas de Falopio*

La vagina es un conducto músculo membranoso de 7 a 9 cm. Se extiende desde la base del cérvix hasta el vestíbulo. Cuenta con dos extremidades, una superior o cúpula vaginal, que a su vez se divide en: fórnicep anterior, posterior y laterales (fijan el cuello), y una inferior, rodeada por los labios menores. Su pared es delgada, elástica y resistente. Cuenta de tres capas: 1. Mucosa interna, recubierta de epitelio escamoso estratificado, la cual forma pliegues o arrugas transversales. 2. Capa de músculo liso y 3. Capa externa conectiva, rica en fibras elásticas.<sup>13</sup>

Su vascularidad está dada por ramas cervicovaginales de las arterias uterinas en su tercio superior, las arterias vesicales que irrigan su tercio medio y las arterias hemorroidales media y profunda interna, que irriga el tercio inferior.<sup>13</sup>

El plexo venoso sigue el curso de las arterias, que desemboca en las venas hipogástricas. El drenaje linfático del tercio inferior drena en los ganglios linfáticos inguinales, los del tercio medio drenan en el hipogastrio y los del tercio superior drena en los iliacos. Se sabe que la vagina carece de terminaciones nerviosas, pero se pueden encontrar terminaciones nerviosas libres en las papilas.<sup>13</sup>

Su función en general de la vagina, es de servir de conducto excretor del flujo menstrual, constituye la porción inferior del conducto pélvico para el parto, recibir al pene y el líquido eyaculado durante el coito.<sup>13</sup>

El útero es una víscera muscular hueca, de paredes gruesas en forma de pera. Se sitúa en la pelvis menor, en la línea media, por detrás y parcialmente por encima de la vejiga y delante del recto. Mide de 7 a 8 cm de longitud, 5 cm de ancho en el cuerpo y 2 cm de grosor. Peso aproximado de 90 gramos. Durante la gestación, tiene la capacidad de aumentar su tamaño con un peso de hasta 1100 gramos, y capacidad de 500 a 1000 veces más.<sup>13</sup>

El útero se divide en cuerpo y cuello uterino; el cuerpo se divide a su vez en fondo, situado por encima de los orificios de las trompas uterinas, y el istmo, que es una región estrecha de 1 cm de longitud aproximadamente, que se sitúa justo por encima del cuello del útero. La pared del cuerpo consta de tres túnicas, túnica serosa externa o perimetrio, túnica muscular media o miometrio y, túnica mucosa interna o endometrio.<sup>13</sup>

El cuello uterino es la porción inferior de forma cilíndrica y estrecha, prominente en la porción más alta de la vagina. Su longitud es de 2.5 cm aproximadamente y su posición en la mujer en edad fértil es normalmente en anteversión (inclinación del cuerpo uterino y el cuello hacia delante sobre la vejiga, en relación con el eje de la vagina a 90° aproximadamente) y en anteflexión (inclinación del cuerpo sobre el cérvix que logra un ángulo obtuso de 100°).<sup>13</sup>

El útero se fija mediante ligamentos a las paredes de la pelvis, los cuales son: los ligamentos laterales o anchos del útero, ligamentos anteriores o redondos del útero y los ligamentos posteriores o pliegues rectouterinos.<sup>13</sup>

La irrigación sanguínea proviene en mayor parte de las arterias uterinas, y en menor proporción de las arterias ováricas. Esta irrigación está dada por la aorta abdominal, de donde origina la arteria iliaca común izquierda y derecha, que a su vez dan origen a la arteria iliaca interna y a la iliaca externa. De la arteria iliaca interna, nace la arteria uterina, la cual se ramifica en las arterias arqueadas, que penetran al miometrio, dando origen a las radiales, éstas penetran al endometrio, dando origen a las arterias espirales y basales.<sup>13</sup>

El drenaje venoso, está formado por las venas uterinas, que, junto con sus arterias del mismo nombre, entran en los ligamentos anchos formando el plexo venoso uterino, drenando así a las venas iliacas internas. La inervación deriva del plexo uterovaginal desde el plexo hipogástrico inferior hasta las vísceras de la pelvis.<sup>13</sup>

Trompas de Falopio o trompas uterinas, son dos conductos que van desde los cuernos uterinos hasta los ovarios. Miden aproximadamente 10 a 14 cm y éstas se encuentran en el mesosálpinx. En su espesor se encuentran los vasos ováricos y restos del mesonefros embrionario, que, cuando se encuentran en la vagina, son llamados Quistes de Gartner. La mucosa de las trompas se compone de epitelio secretor y ciliado, que constituye la nutrición y transporte del óvulo al útero. Las trompas uterinas las podemos dividir en 4

porciones que van desde medial a lateral: porción uterina, istmo, ampolla y el infundíbulo.<sup>13</sup>

Su irrigación está dada por el arco arterial, que a su vez se forma por la anastomosis de la arteria uterina lateral y la arteria uterina media. El drenaje venoso proviene de las venas uterinas, que a su vez drenan a las venas ováricas y al plexo venoso uterino. El drenaje linfático drena en los ganglios lumbares. Su inervación está dada por el plexo ovárico y el plexo uterino.<sup>13</sup>

Los ovarios se encuentran en las fosas ováricas, las cuales están en la pared lateral de la pelvis. Su forma es ovoidea y miden aproximadamente 3 cm de diámetro mayor, 2 cm de diámetro menor y 1 cm de espesor. Previo a la pubertad, su superficie es lisa, posteriormente, se vuelve más irregular por su cubierta de folículos ováricos, que son los folículos de Graaf. Pasada la menopausia, su volumen disminuye, desaparecen los folículos silentes, se acentúan las cicatrices y su superficie tiende a volverse lisa y regular como al inicio.<sup>13</sup>

## **RESPUESTA SEXUAL**

La respuesta sexual humana, consiste en una serie de procesos fisiológicos que preparan al cuerpo para realizar el coito para finalmente tener lugar a la reproducción.<sup>10</sup>

Para que esto suceda, existen factores orgánicos y psicológicos, los cuales hacen que los órganos genitales, tanto del hombre como de la mujer, experimenten ciertos cambios y procesos intensos en cuanto a la forma y función, desde un punto de partida.<sup>10</sup>

Tales procesos, no se limitan solamente a las áreas genitales, sino también a reacciones neurológicas, vasculares, musculares y hormonales, las cuales impactan en menor o mayor medida en la persona.<sup>10</sup>

W. Masters y V. Johnson, describieron cuatro fases secuenciales en la respuesta sexual, agregándose una más descrita por Kaplan y Levine, las cuales son: Fase de deseo, fase de excitación, fase de meseta, fase de orgasmo y fase de resolución.<sup>14</sup>

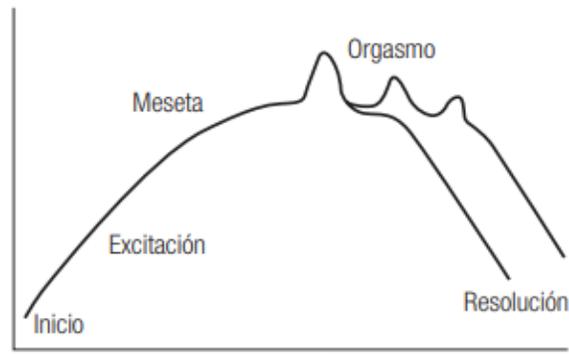


Figura 1. Esquema del ciclo de la respuesta sexual humana. Helena Boadas. Masters of Sex y la sexología. Cuadernos de la fundación Dr Antonio Esteve. No. 35.

*Análisis descriptivo de los cambios observados en las fases secuenciales:*

Fase de deseo o inicio: Presencia de pensamientos o fantasías sexuales, deseo de actividad sexual con posibles cambios hormonales.<sup>10</sup>

Fase de excitación: Rápida lubricación vaginal, aumento del tamaño y elevación del útero y cuello uterino con aparición de contracciones rápidas e irregulares. Crecimiento del clítoris, aumento del volumen de las mamas, edema areolar, rubor sexual que se extiende desde el esternón y la zona superior del abdomen al pecho. Acentuación de la tensión muscular, contracción muscular involuntaria, aumento de la frecuencia cardíaca e incremento de la presión arterial.<sup>10</sup>

Fase de meseta: Mantenimiento del tono parasimpático y congestión vascular máxima. Mayor aumento del tono muscular. Mantenimiento de la presión arterial, frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca. El clítoris se retrae bajo su capuchón.<sup>10</sup>

Fase de orgasmo: Contracciones del tercio externo de la vagina, contracciones del útero y trompas de Falopio, contracciones del esfínter anal. El clítoris permanece retraído y oculto. Máximo desarrollo del rubor sexual, contracciones musculares involuntarias, aumento de la frecuencia cardíaca hasta 180 latidos por minuto. Incremento de la presión arterial y de la frecuencia respiratoria.<sup>10</sup>

Fase de resolución: Desaparición de la lubricación y la distensión vaginal, normalización de la coloración de los labios menores y regreso a su tamaño normal. El clítoris vuelve a

su posición. Disminución del tamaño y descenso del útero, rápida desaparición del rubor sexual, pronta disminución del edema areolar y reducción de la erección de los pezones. Progresiva normalización del tamaño de las mamas rápida desaparición de la tensión muscular. Normalización de la frecuencia cardiaca, de la presión arterial y la frecuencia respiratoria, y por último sudoración.<sup>10</sup>

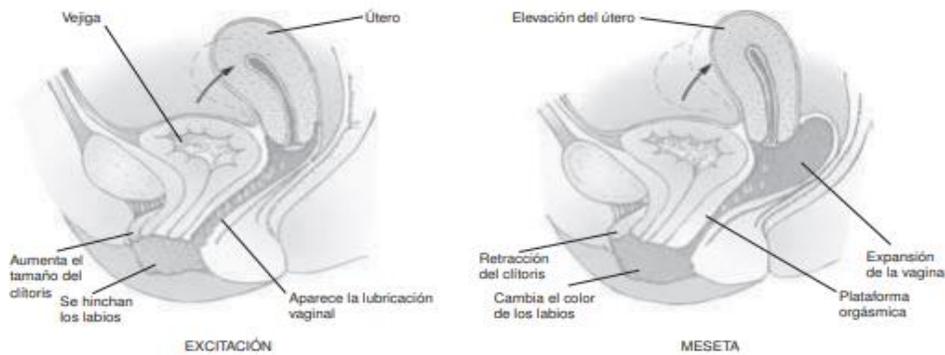


Figura 2. Cambios durante la respuesta sexual femenina. Shibley Hyde J. D. Del amater J. Sexualidad Humana. México: McGraw Hill. 2016

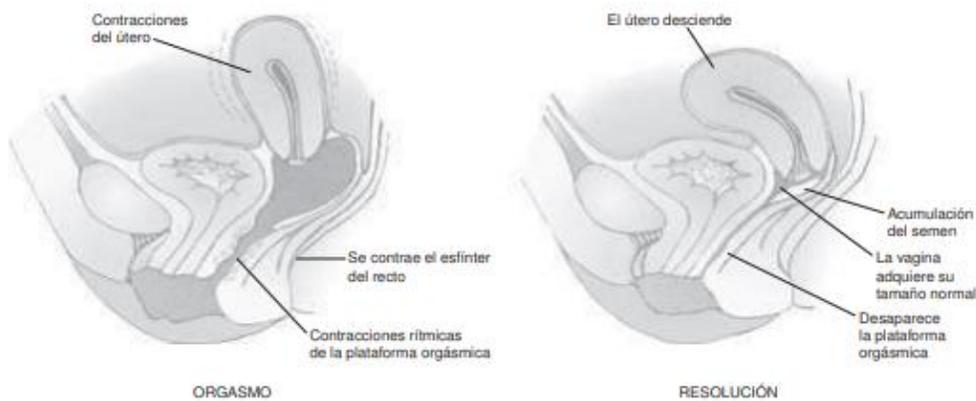


Figura 2. Cambios durante la respuesta sexual femenina. Shibley Hyde J. D. DeLamater J. Sexualidad Humana. México: McGraw Hill. 2016

### *Bases hormonales y neuronales de la conducta sexual*

El cerebro y la médula espinal participan en las funciones de la respuesta sexual. Un reflejo se compone de tres procesos básicos: receptores, son los órganos de los sentidos que detectan estímulos y transmiten los mensajes a la médula espinal o cerebro; transmisores, son los centros de la médula espinal o cerebro que reciben el mensaje, lo interpretan y mandan un mensaje para producir una respuesta adecuada; y los efectores, que son los órganos que responden a la estimulación.<sup>14,15</sup>

En el clítoris viaja el nervio dorsal del mismo y continúa por el nervio pudendo a un centro reflejo en la región sacra de la médula espinal. Tanto el clítoris como la vagina, reciben fibras nerviosas simpáticas y parasimpáticas. La eyaculación femenina ocurre solo en algunas mujeres. La región responsable es el punto G o punto de Gräfenberg, conocida como próstata femenina o glándulas de Skene, localizada en el labio superior de la vagina, que, al frotarla, se produce sensación de orinar, pero si continua el frotamiento, se produce placer.<sup>15</sup>

Se puede ejercer control voluntario sobre las respuestas sexuales del mismo modo que pueden iniciar a partir de fuerzas psicológicas, como lo es la fantasía. Estos fenómenos destacan la influencia del cerebro y su interacción con los reflejos medulares en la respuesta sexual. Para esto, se sabe que dentro de los principales responsables es el sistema límbico, el cual forma una frontera entre la región central del cerebro y la región externa o corteza cerebral.<sup>15</sup>

### *Hormonas sexuales*

Las hormonas sexuales, también son otra fuerza fisiológica que interactúa con el sistema nervioso para influir sobre la respuesta sexual. Múltiples investigaciones afirman que los andrógenos igual se relacionan con el deseo sexual en las mujeres. Si extirpamos todas las fuentes de andrógenos, como lo son las glándulas suprarrenales y los ovarios, las mujeres pierden los impulsos sexuales.<sup>15</sup>

Dicho lo anterior, cuando se realiza una ooforectomía, se presenta un descenso importante del deseo sexual, por lo que los andrógenos son importantes para el tratamiento de estas mujeres.<sup>15</sup>

Las feromonas son bioquímicos que se secretan al exterior del cuerpo. Siendo el olfato un medio de comunicación entre los mamíferos. Éstas también participan en la respuesta de la función sexual como atrayente de una persona a otra.<sup>15</sup>

#### *Clasificación de los trastornos sexuales*

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) clasificó y agrupó en 4 tipos a los trastornos de respuesta sexual normal: 1. Trastornos del deseo; 2. Trastornos de la excitación; 3. Falla orgásmica; y 4. Dolor sexual. Posteriormente, el International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions (ICDCFSD), agregó a esta clasificación dos rubros más: lubricación y satisfacción.<sup>11</sup>

Laumann y cols., encontraron que hasta 43% de las mujeres en edades de entre 18 y 59 años, presentan trastornos de la respuesta sexual.<sup>11</sup>

Rosen y cols., debido a lo anterior, desarrollaron un instrumento que integraba la clasificación del ICDCFSD, el cual evalúa la función sexual femenina en un amplio rango de edad, denominado “Índice de Función sexual Femenina” (FSFI).<sup>11</sup>

## **RELACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA Y LA FUNCIÓN SEXUAL**

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados en el tratamiento de las patologías uterinas. Diferentes bibliografías definen al útero como un símbolo de identidad femenina personal y social, por lo que su extirpación, puede influir en menor o mayor medida en la vida sexual de la mujer.<sup>16</sup>

A pesar de que la histerectomía, cuando se realiza por razones benignas, puede resultar en efectos positivos en la vida sexual de las mujeres, en ocasiones puede causar alteraciones en el ámbito psicológico, físico, social y sexual, sobre todo cuando es secundaria a causas como lo es el cáncer. Sin embargo, a pesar de que los médicos se enfoquen en la prevención de complicaciones postquirúrgicas, no todos añaden suficiente información sobre el reinicio de la vida sexual post histerectomía, por lo que sería un buen punto por considerar en la consulta antes de la cirugía.<sup>16</sup>

Para algunas pacientes, la sexualidad es considerada como un tabú. Por lo que solo algunas de ellas plantean esta conversación con el médico. Suponiendo como principal barrera la incomodidad de éstas al hablar sobre este tema, lo que hace más difícil la

relación médico-paciente, ya que estas mujeres no suelen hablar de temas íntimos y, por el contrario, los evitan. Este fenómeno se observa también en pacientes oncológicas, conduciendo a la falta de preguntas sobre la sexualidad de ellas y sus parejas, y por consiguiente una sensación de no estar preparadas para los efectos secundarios posibles, así como las causas y su duración.<sup>17</sup>

Diferentes estudios han demostrado bajo interés del cirujano en el área sexual de la paciente, traduciéndose en una falta general de consejería sobre el tema. La información que se ofrece es insuficiente a menudo, ya sea por vergüenza o por falta de comunicación, contribuyendo a resultados adversos.<sup>9</sup>

Diferentes estudios describen que la mujer siente sensación de vacío corporal, traduciéndose en disfunción sexual como anorgasmia, dispareunia y disminución de la libido, los cuales se acentúan más hasta el tercer mes, recuperándose a los 6 meses postquirúrgicos.<sup>16</sup>

Todo esto debido a que las pacientes histerectomizadas, pueden presentar disminución en la sensibilidad a estímulos calientes, fríos o vibratorios de la pared anterior y posterior vaginal, pudiendo mantener el clítoris sin cambios. Sobre todo, en la histerectomía radical, la cual se asocia con alteración en el flujo sanguíneo de la vagina durante el acto sexual.<sup>16</sup>

Dicho lo anterior, muchos concluyen que la sexualidad femenina es multidimensional y compleja, ya que la respuesta sexual en pacientes con histerectomía no solo se ve influida por factores físicos. De ahí la importancia de una valoración y manejo integral para su diagnóstico y prevención psicoeducativa.<sup>16</sup>

#### *Histerectomía vaginal versus laparoscópica: efectos en la sexualidad femenina*

Se sabe que la histerectomía, en cualquiera de sus variantes, tiene muchas complicaciones como, infecciones, tromboembolismo, problemas genitourinarios, del tracto gastrointestinal, lesión de nervios, dehiscencia de la cúpula vaginal que, según su gravedad, pueden influir en la función sexual y ovárica. Además, otros factores como la edad, depresión, problemas con la pareja, también pueden contribuir a la disfunción sexual post histerectomía en las pacientes y sus parejas sexuales.<sup>18</sup>

La dispareunia secundaria al acortamiento y disminución de la elasticidad de la vagina, como resultado de la remoción del cérvix y la disminución de la lubricación vaginal secundaria a lesiones de los nervios pélvicos, así como la anorgasmia que resulta del

rompimiento del ciclo orgásmico, pueden ser mecanismos de la disfunción sexual post histerectomía.<sup>18,19</sup>

Desafortunadamente, hay evidencias limitadas sobre cuál procedimiento quirúrgico afecta más la función sexual. Otro tema desafiante, es acerca de los efectos en la sexualidad femenina relacionados con la técnica de cierre de la cúpula vaginal, horizontal o vertical, en las histerectomías vaginales, ya que no se han observado diferencias entre los dos tipos de cierre.<sup>18</sup>

Otro estudio investigó el efecto en la función sexual, según la técnica de cierre de la cúpula vaginal después de la histerectomía laparoscópica, en el que se observó una mejoría en la sexualidad femenina.<sup>18,19</sup>

Aún se encuentra en debate si la extirpación del cérvix influye en la función sexual femenina o no, ya que algunos autores refieren que es preservada gracias a que se previenen problemas relacionados con el suelo pélvico, y otros autores lo atribuyen a que el cérvix se considera una zona erógena.<sup>20</sup>

#### *Histerectomía abdominal versus laparoscópica: efectos en la función sexual.*

Hay evidencia de que la histerectomía puede producir cambios en la función sexual dependiendo de la condición, benigna o maligna, que se esté tratando. La mayoría de los estudios reportan que cuando se realiza la histerectomía por procesos benignos, la función sexual mejora debido al alivio de los síntomas de dichas patologías, como el sangrado uterino anormal, miomas uterinos, prolapso de órganos pélvicos, endometriosis, adenomiosis y el dolor pélvico.<sup>6,17</sup>

Sin embargo, en 20 a 40% de estas pacientes, empeora su función sexual después de la histerectomía. Varios estudios clínicos han reportado disfunción sexual en las pacientes con histerectomía por procesos malignos, por lo cual esta cirugía es un factor asociado directamente con la pobre función sexual en pacientes de edad media.<sup>6</sup>

Debido a lo anterior, varios estudios se han propuesto evaluar cuál técnica quirúrgica influye más en la función sexual posterior a la histerectomía. No obstante, se dispone de estudios limitados que comparen la histerectomía laparoscópica con la abdominal y la vaginal.<sup>6</sup>

En un estudio de cohortes realizado en el Hospital Materno Infantil de Zhenjiang, China, entre 2013 y 2018, se concluyó que la histerectomía laparoscópica tiene mayores beneficios debido a que el acortamiento vaginal es menor en esta técnica que en el abordaje por la vía abdominal. Sin embargo, muchos otros factores podrían influir también en la respuesta sexual.<sup>6</sup>

Otras ventajas de la histerectomía laparoscópica, son: menor pérdida sanguínea, menor dolor postoperatorio y regreso más rápido a las actividades cotidianas, en comparación con la histerectomía abdominal. Por otro lado, las lesiones del tracto urinario se han descrito más frecuentemente en la histerectomía laparoscópica. Los resultados dependen también de la habilidad del cirujano con cada técnica.<sup>21</sup>

#### *Impacto en la pareja y relación de pareja*

Los procedimientos quirúrgicos relacionados con la histerectomía pueden atraer problemas relacionados con la pérdida de la fertilidad, menopausia y en las funciones sexuales tempranas, todo esto derivado del aumento de la resequead de la vagina, dolor en las relaciones sexuales, acortamiento de la vagina y la insatisfacción del acto sexual como tal.<sup>22,23</sup>

La calidad de la función sexual en una persona, afecta directamente la de su pareja, ya sea en la excitación o en la sexualidad en general. La calidad marital se puede definir en varias dimensiones, ya sea como aspectos positivos o negativos en el matrimonio, o como diferentes actitudes y comportamientos cuando interactúan en pareja. Uno de los factores más importantes que afectan la calidad marital, es la relación sexual segura y placentera, en donde una buena salud física puede mejorar dicha relación, particularmente la salud cardiovascular y la salud de los órganos reproductivos, en este caso el útero en la mujer.<sup>22,24</sup>

La función sexual está asociada directamente con la excitación, actividades sexuales (incluido el coito) y la sensación de satisfacción y placer de la pareja. En la relación sexual deseada no hay sentimiento de culpa ni ansiedad. En cambio, la disfunción sexual afecta la calidad de vida cuando el placer y la relación de pareja termina en insatisfacción de uno o ambos.<sup>23,24</sup>

## **HISTERECTOMÍA Y LA CALIDAD DE VIDA**

Existe un modelo EXPLISSIT (Extended-Permission, Limited Information, Specific Suggestion, Intensive Therapy) que, usado después de una histerectomía, ha demostrado tener efectos positivos en la función sexual y en la resolución de problemas derivados, así como en la calidad de vida de la pareja. Otros modelos como PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation) y CBT (Cognitive behaviour therapy), han tenido roles significativos en cuanto al mejoramiento de la función sexual en pacientes histerectomizadas. Hosseini et al, demostraron que son suficientes sesiones de 45 a 60 minutos con estos modelos para tener cambios efectivos significativos en la función sexual de estas pacientes.<sup>23</sup>

Un modelo para evaluar el índice de la función sexual femenina es el FSFI, establecido en el ICDCFSD, el cual se compone de un cuestionario de 19 preguntas, agrupadas en 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Es un instrumento fácil de aplicar, que cuenta con propiedades psicométricas adecuadas que permiten evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida en la mujer.<sup>11</sup>

Para evaluar la satisfacción marital, existe una herramienta llamada “Escala de Satisfacción Marital” (ESM), la cual fue traducida al español y validada en población mexicana por Nina-Estrella (1985), con confiabilidad alfa de 0.9 y por Pick de Weiss y Andrade Palos (1988) igualmente en población mexicana, con una confiabilidad de 0.81 a 0.90.<sup>12,26</sup> Esta escala mide la satisfacción marital desde la percepción de un individuo de su propio matrimonio a lo largo de un continuo y determinado tiempo. Consta de 48 ítems en forma de enunciados. Para evaluar los resultados, podemos dividirla en dos: satisfacción marital e insatisfacción marital. Para el primero, son 25 ítems que corresponden a los aspectos positivos y satisfactorios que se presentan en la relación. Por otro lado, para la insatisfacción marital, se evalúan 23 ítems, los cuales se refieren a aspectos negativos e insatisfactorios. Al igual que los otros, es una herramienta fácil de aplicar, reproducible y con propiedades que nos permiten conocer la satisfacción marital a lo largo de su relación como pareja.<sup>12</sup>

## **SATISFACCIÓN MARITAL**

En la antigüedad, se señalaba que la interacción de un individuo con los demás, se establecía como una parte intrínseca de éste, dando pie a una de las primeras asociaciones de la especie humana, la de marido y mujer, siendo ésta la base de la familia.<sup>12</sup>

Durante los años, las relaciones de pareja, ya sea como matrimonio, unión libre o concubinato, pasan por diversas crisis, sabiendo que estas relaciones no son un estado inalterable, sino que, con el tiempo y las circunstancias, éstas pueden cambiar en diversos entornos.<sup>12</sup>

Una de las máximas decisiones que una persona debe tomar en su vida, es la relativa al matrimonio. De hecho, la relación conyugal puede proporcionar el mayor grado de intimidad psicológica que puede ofrecer una relación interpersonal. La satisfacción marital se encuentra íntimamente vinculada con la felicidad, o la infelicidad. Por otro lado, probablemente la insatisfacción matrimonial conduce a otros fenómenos. Por ejemplo, el número de divorcios en los Estados Unidos comprende casi al 50% de los matrimonios efectuados. En México, aumentó de 11,215 en 1971 a 22,989 en 1981.<sup>25</sup> Según el INEGI 2014-2015, señala que del 2009 al 2014, 16 de cada 100 matrimonios terminaron en divorcios, sin embargo, el INEGI no documenta la predilección de las parejas de separar su vínculo matrimonial de manera legal, por lo que las estadísticas pueden ser mayores.<sup>12</sup>

El fenómeno del divorcio, conlleva repercusiones en diferentes etapas de la vida humana, tales como la destrucción del núcleo familiar, la deserción escolar, vagancia, baja autoestima en los hijos, repercusión en la salud e incluso en la vida laboral.<sup>12,25</sup>

Como consecuencia de estos cambios, puede perturbar el bienestar y la estabilidad de pareja, por lo que la satisfacción marital, es considerada una actitud percibida como calidad de la relación, actitud de mayor o menor favorabilidad hacia la propia relación marital, o una evaluación de ciertos aspectos individuales de la vida matrimonial. Con esto se entiende que la relación de pareja, es una dinámica relacional humana, donde interactúan factores que pueden o no romper la calidad de vida en pareja, como lo es la convivencia diaria, los ingresos que cada uno percibe, los gastos económicos, las conductas de afecto con el otro, etc.<sup>12</sup>

No está claro si la cuestión del género, tiene diferencias significativas entre hombres y mujeres, así como el número de hijos y su crianza, ya que la carga de obligaciones en el hogar, suele no ser equitativa, siendo la mujer la que se encargue del cuidado de los hijos y las labores domésticas. En Estados Unidos, algunas mujeres pierden salario, promociones y beneficios si deciden tener hijos, por lo que de forma personal y de pareja, deciden posponer e incluso deciden no tener descendencia.<sup>12</sup>

Por otro lado, la edad de uno o ambos, puede influir en el resultado de la relación. Estudios realizados por Vera, Félix Castro y Rodríguez-Barrera en 2001, encontraron que la edad tiene una relación positiva en la satisfacción marital, donde concluyen que, a mayor edad, mayor satisfacción, esto debido a que existe mayor conciencia de los problemas, ocupándose de todos los aspectos que influyen en la relación. En contradicción, Pick y Andrade (1988) consideran que el patrón es hacia declive y lineal.<sup>12</sup>

Otro factor asociado es la escolaridad: Campbell, Converse y Rodgers (1976), encontraron que una escolaridad baja y media superior, muestran mayor insatisfacción en el matrimonio, esto debido a que los trabajos que obtienen son de poco prestigio y poco redituables, generando ingresos insuficientes a comparación de las personas que tienen mayor preparación profesional, reflejando mayor satisfacción marital los que perciben salarios altos.<sup>12,26</sup>

Con lo anterior, se sugiere que existen múltiples factores asociados a la satisfacción marital, incluyendo la intimidad, la sexualidad, el compromiso, la comunicación, la reciprocidad, el amor, la ansiedad global, los problemas de salud, etc.<sup>12</sup> Lo que hace necesario contar con un instrumento en lengua española de investigación y de diagnóstico que nos permita reconocer el estado actual de las relaciones de pareja y su relación marital.<sup>25,26</sup>

Por ello, se considera importante el estudio en las relaciones de pareja, y los factores influyentes de la misma, ya que, a pesar de su diversidad, los cambios continuos que sufre con el paso del tiempo, el matrimonio se considera elemento principal de la sociedad, por lo que cuando una pareja se encuentra en armonía, esto influye benéficamente en la salud psicológica y física de ambos y los que los rodean.<sup>12</sup>

### *La Escala de Satisfacción Marital*

Desde los años setenta del siglo XX, ha existido un gran interés por el estudio de la satisfacción en pareja.<sup>26</sup> Roach, Browden y Frazier (1981), citado por Arias (1989), desarrollaron un instrumento para medir la percepción de una persona sobre su propio matrimonio respecto a un continuo de mayor o menor favorabilidad en un punto en el tiempo, la Escala de Satisfacción Marital (ESM).<sup>25</sup> Posteriormente, Nina Estrella en 1985, desarrolla la Escala de Satisfacción Marital basada en Roach et al. En cuanto a la Escala de Satisfacción Marital de Pick de Weiss y Andrade Palos (1988), los autores realizaron el estudio en una muestra de 244 personas casadas en la Ciudad de México, donde encontraron significativas las diferencias entre factores como el sexo, la escolaridad, el número de años de casados y el número de hijos. Este instrumento consta de tres factores primordiales: satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge, satisfacción con la interacción marital, satisfacción con los aspectos organizacionales y estructurales del cónyuge. Con una consistencia interna de cada factor de 0.81-0.90, considerándose una medida confiable.<sup>26</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La histerectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos que se realiza con mayor frecuencia en las mujeres, independientemente de su indicación, ya sea por padecimientos benignos o por procesos malignos, de los cuales las investigaciones se han enfocado en la calidad de vida y en la mejoría médica. Estudios reportan que esta cirugía influye en menor o mayor medida en la satisfacción marital, ya que el útero es considerado como un símbolo de identidad femenina personal y social.<sup>9</sup> Sin embargo, existe controversia en cuanto a su impacto en la satisfacción marital de las pacientes y sus parejas.

La repercusión de la histerectomía total abdominal no ha sido estudiada de manera integral en la calidad de la satisfacción marital, por lo que se propone un estudio que identifique sus repercusiones tanto en la mujer como en su pareja. De la misma manera, proponer protocolos y programas de salud sexual previo a la intervención quirúrgica, que favorezcan el entendimiento de los cambios en la vida y la relación marital como pieza fundamental en la estabilidad de la familia y bienestar de la mujer, así como de su pareja.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Se considera la histerectomía total abdominal un factor asociado para mejorar la satisfacción marital?

## **JUSTIFICACIÓN**

Las investigaciones enfocadas a los padecimientos ginecológicos patológicos benignos en la mujer se basan en el aspecto médico y funcional ante el tratamiento de la patología benigna uterina, con seguimiento limitado en nuestro medio, con objetivos en la mejora de la calidad de vida observando heterogeneidad en los resultados de las investigaciones. Con el objetivo de una atención efectiva de forma integral, individual y de pareja, se proponen herramientas de apoyo psicológico previo y posterior al tratamiento quirúrgico de la histerectomía total abdominal, que fomente la conciliación y el entendimiento de la pareja ante la enfermedad, promoviendo así la aceptación de la misma, con alta tolerabilidad y efecto positivo en la satisfacción marital. Sin embargo, al no contar con la evaluación psicológica protocolizada previo al tratamiento, desconocemos el estado emocional de la mujer y de su pareja, no concientizando las consecuencias psicológicas personales y maritales, posterior a un tratamiento necesario para mantener la salud y calidad de vida en la mujer dentro de su núcleo familiar y marital.

## **OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la asociación de la satisfacción marital en pacientes sometidas a histerectomía total abdominal y sus parejas por medio de la Escala de Satisfacción Marital (ESM).

## **OBJETIVOS PARTICULARES**

- Identificar factores asociados en la satisfacción marital en pacientes post operadas de histerectomía total abdominal y sus parejas.
- Evaluar la interrelación entre los factores asociados a la satisfacción marital en las pacientes post operadas de histerectomía total abdominal y sus parejas.

- Proponer programas de salud sexual y psicológica, previo a intervenciones quirúrgicas de gran impacto y seguimiento, de forma individualizada y de pareja.

## **HIPÓTESIS**

La histerectomía total abdominal influye positivamente en la satisfacción marital de las pacientes y sus parejas.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

**Tipo de estudio:** Descriptivo, observacional, prospectivo, transversal, donde se aplica como herramienta la Escala de Satisfacción Marital a pacientes post operadas de histerectomía total abdominal y a sus parejas, para describir la asociación de esto en la satisfacción marital, para esto se aplican el siguiente cuestionario: “Escala de Satisfacción Marital”.

Se compone de 48 ítems, los cuales se componen de 5 reactivos que van desde “completo desacuerdo” hasta un “acuerdo total”; 26 de los ítems van en sentido inverso, por lo que es necesario recodificarlos para la suma del puntaje total. Los puntos de corte son: mayor o igual a 188, satisfacción y, menor o igual a 187, insatisfacción.

**Población de estudio:** Pacientes post operadas de histerectomía total abdominal y sus parejas, en el Hospital de la Mujer en la Ciudad de México, durante el periodo del 1 de enero 2020 al 31 de diciembre 2021.

### **Criterios de Inclusión**

- Mujeres entre 30 y 45 años de edad
- Con pareja sexual y vida sexual activa
- Histerectomía total abdominal con conservación de anexos por causas no oncológicas.
- Histerectomía total abdominal con conservación de anexos por causas no obstétricas.
- Consentimiento informado por escrito
- Pacientes que acepten contestar el cuestionario ESM

- Parejas masculinas de las pacientes que acepten participar en el estudio

### **Criterios de no inclusión**

- Mujeres con enfermedades psiquiátricas o neurológicas
- Pacientes cuyas parejas masculinas no acepten realizar el cuestionario ESM

### **Criterios de Eliminación**

- Pacientes y parejas que no completen el cuestionario ESM

## **TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se obtendrá información de la revisión de expedientes y aplicación de encuestas a pacientes con diagnóstico de histerectomía total abdominal y sus parejas, durante el periodo de enero 2020 a diciembre 2021, en el Hospital de la Mujer. Los datos son recolectados en un formato que incluye las variables a estudiar en el programa Excel Microsoft Office 2021 y el análisis estadístico se realiza mediante el programa IBM SPSS versión 26. Los médicos participantes en este estudio firman una carta de confidencialidad con la finalidad de asegurar la protección de la información y los datos personales de las pacientes y sus parejas.

## **DESCRIPCIÓN DE VARIABLES**

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>
<b><u>INDEPENDIENTES</u></b>			
<b>HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL</b>	Extracción del útero y cérvix, puede ser con sus anexos o sin ellos mediante vía abdominal abierta.	Cualitativa dicotómica nominal	0 = negativo 1 = positivo
<b><u>DEPENDIENTES</u></b>			

<b>SATISFACCIÓN MARITAL</b>	Relación interpersonal que puede proporcionar bienestar psicológico y felicidad entre los cónyuges.	Cualitativa dicotómica nominal	Menor o igual a 187, insatisfacción. Mayor o igual a 188 satisfacción.
<b>GÉNERO</b>	Característica física que diferencia a un hombre de una mujer.	Cualitativa nominal	Hombre Mujer
<b>EDAD</b>	Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha.	Cuantitativa continua	Edad entre 30 y 45 años.
<b>ESTADO CIVIL</b>	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en que se realiza la recogida de información	Cualitativa nominal	Soltero Casado Unión libre.
<b>ESCOLARIDAD</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Cualitativa ordinal	Baja Media superior Superior
<b>PAREJAS SEXUALES</b>	Número de personas con las que ha mantenido una relación sexual.	Cuantitativa discontinua	De cero a infinito
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	Número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre a lo largo de su vida contando el parto del	Cuantitativa discontinua	De cero a infinito

	nacimiento considerado		
<b>AÑOS DE MATRIMONIO</b>	Años vividos en pareja desde el día de matrimonio.	Cuantitativa discontinua	De cero a infinito
<b>SALARIO</b>	Remuneración recibida por una persona como pago por su trabajo.	Cuantitativa continua	De cero a infinito

## PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables cuantitativas se expresarán con números enteros y decimales, y se realizará comparación de medias por medio de t de Student cuando se trate de dos grupos. Las variables cualitativas se expresarán por frecuencias y porcentajes y su asociación se analizará mediante la prueba Chi cuadrada, con un grado de libertad, o prueba exacta de Fisher si los valores son inferiores a n=5. Se utilizará el programa IBM SPSS V.26 Windows.

## ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud artículo 17. Fracción I, se considera que esta investigación se considera sin riesgo.

Investigación sin riesgos. Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, de los cuales se consideran: revisión de expedientes clínicos, entrevistas, cuestionarios, entre otros, en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

## RECURSOS

**Materiales:** Papelería, medios digitales, red de internet.

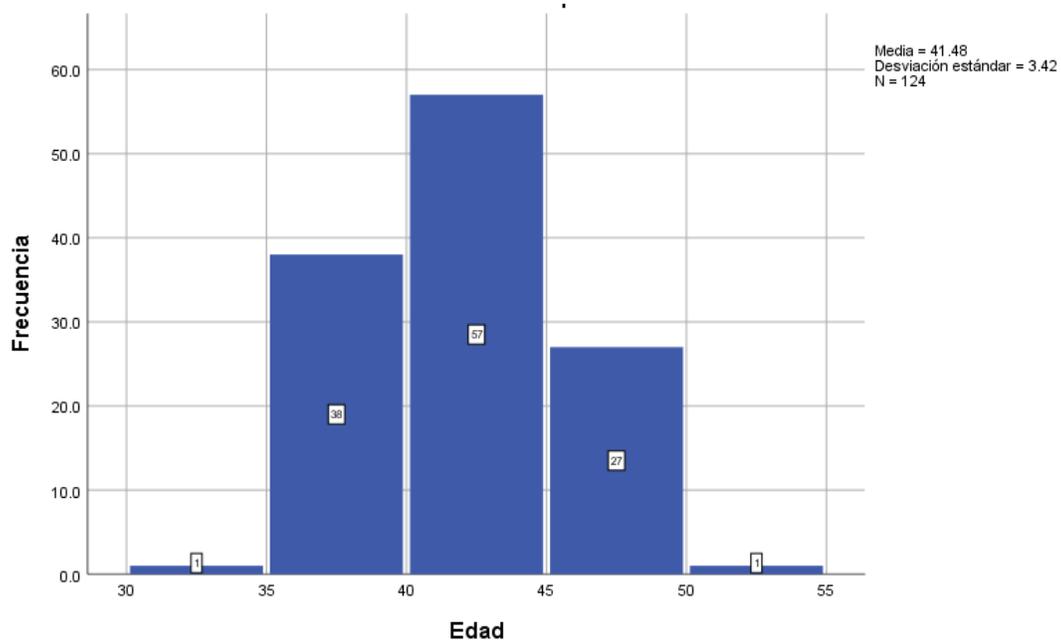
Expedientes clínicos y expediente electrónico.

Programa estadístico Excel 2021 e IBM SPSS v 26.

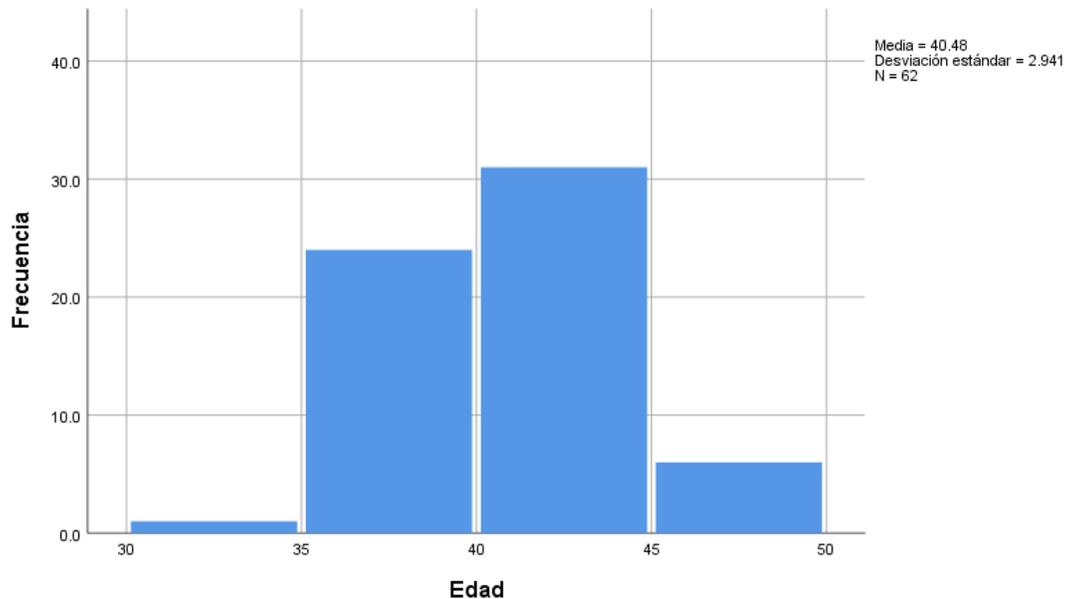
## RESULTADOS

Se tomó una muestra de mujeres con diagnóstico de histerectomía total abdominal y sus parejas que fueron atendidas en el Hospital de la Mujer en el periodo comprendido del 1 de Enero de 2020 al 31 de Diciembre de 2021.

La media de edad de estas pacientes y sus parejas en conjunto fue de 41.4 años +/- 3.4 años, con una edad mínima de 32 y una máxima de 52 años. La mayoría de las pacientes (45.9%) se concentraron en el grupo de 40 a 45 años de edad (n=57). Ahora la edad promedio de las pacientes femeninas fue de 40.4 años +/- 2.9 años, con una mínima de 32 y una máxima de 45 años.



**Figura 1.** Distribución por grupos de edad de pacientes con histerectomía total abdominal y sus parejas. Fuente: Archivo clínico del Hospital de la Mujer



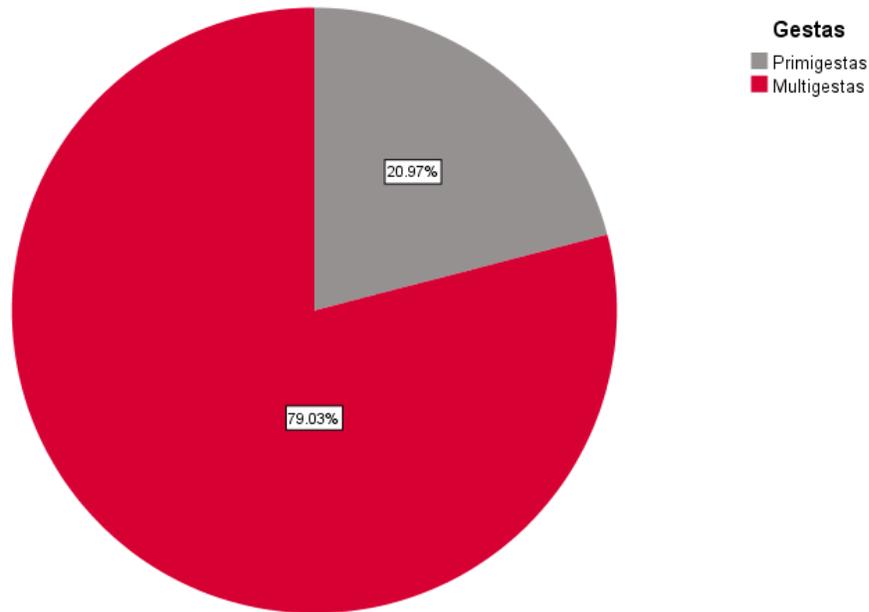
**Figura 2.** Distribución por grupos de edad de pacientes con histerectomía total abdominal. Fuente: Archivo clínico del Hospital de la Mujer

Cabe mencionar que las 62 parejas fueron heterosexuales, y respecto al estado civil, 25 casadas, 37 en unión libre. La mayoría tenían como escolaridad la secundaria (n=21) con un 33.9% y la preparatoria (n=19) con un 30.6%.

**Tabla 2.** Escolaridad pacientes con histerectomía total abdominal. Fuente: Archivo clínico Hospital de la Mujer

		<b>Escolaridad</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	8	12.9	12.9	12.9
	Secundaria	21	33.9	33.9	46.8
	Preparatoria	19	30.6	30.6	77.4
	Licenciatura	14	22.6	22.6	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

Del total de pacientes, el 21% fueron primigestas y el 79% multigestas.



**Figura 3.** Número de gestas en pacientes con histerectomía total abdominal. Fuente: Archivo clínico Hospital de la Mujer

El promedio de años de matrimonio fue de 9.1 +/- 4.18, con un mínimo de 1 año y un máximo de 21 años. En cuanto al número de parejas sexuales, hubo más variación en el grupo masculino que en el femenino.

**Tabla 3.** Número de parejas sexuales en mujeres con histerectomía total abdominal. Fuente: Archivo clínico Hospital de la Mujer

Parejas sexuales					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	25	40.3	40.3	40.3
	2	18	29.0	29.0	69.4
	3	9	14.5	14.5	83.9
	4	5	8.1	8.1	91.9
	5	3	4.8	4.8	96.8

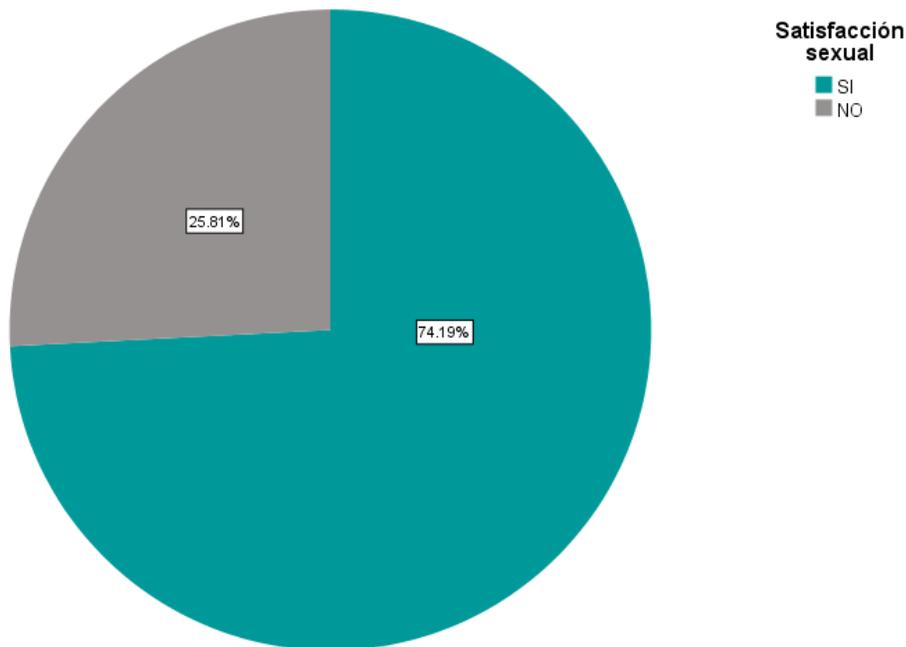
6	2	3.2	3.2	100.0
Total	62	100.0	100.0	

**Tabla 4.** *Número de parejas sexuales en hombres con parejas con histerectomía total abdominal.*  
*Fuente: Archivo clínico Hospital de la Mujer*

<b>Parejas sexuales</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	2	3.2	3.2	3.2
	3	10	16.1	16.1	19.4
	4	11	17.7	17.7	37.1
	5	13	21.0	21.0	58.1
	6	6	9.7	9.7	67.7
	7	7	11.3	11.3	79.0
	8	8	12.9	12.9	91.9
	9	1	1.6	1.6	93.5
	10	3	4.8	4.8	98.4
	12	1	1.6	1.6	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

El salario promedio de las parejas fue de 8,295.16 pesos mensuales, con un mínimo de 4000.00 y un máximo de 65,000.00 pesos.

Se aplicó la encuesta de Satisfacción Marital, teniendo validez para insatisfacción con un puntaje menor o igual a 187, y para satisfacción con un puntaje mayor o igual a 188, el puntaje promedio en las parejas fue de 195 puntos, hallamos 20 parejas sin satisfacción sexual que equivale al 32.25%, y el 67.74% con satisfacción sexual; sin embargo tomando el grupo de 124 pacientes como un total, 92 personas (74.19%) si presentaron satisfacción sexual y los 32 restantes no (25.81%), de éstas restantes en su mayoría fueron mujeres (n=17), que corresponde al 53.1% de éste último grupo.



**Figura 4.** *Porcentaje de pacientes con satisfacción sexual en parejas con mujeres hysterectomizadas. Fuente: Archivo clínico Hospital de la Mujer*

## DISCUSIÓN

La mayoría de los estudios realizados sobre histerectomía total abdominal, como lo es el estudio de Correa Ochoa et. al. (2017)<sup>2</sup>, presentan una media de edad de 41.2 años, que es similar a la media obtenida en nuestro estudio de 41.4 años. Küren Eken et. al. (2016)<sup>3</sup> menciona que la edad media de la pareja es de 42.8 años, mientras que en nuestro estudio, la edad media fue de 40.4 años.

El estado civil de las mujeres en el estudio de Correa Ochoa et. al. (2017)<sup>2</sup> reporta que el 65% son casadas y 8% solteras. Espitia de la Hoz FJ et. al (2018)<sup>5</sup>, reporta que el 77.55% de las mujeres son casadas, 14.8% en unión libre y 8.16% son solteras. En contraste con nuestro estudio, donde solo el 40.32% se encontraron casadas y 59.6% presentaron unión libre como estado civil.

Espitia de la Hoz FJ et. al (2018)<sup>5</sup>, reportaron que la escolaridad más frecuente en las mujeres fue de licenciatura con un 57.1%, secundaria 30.6% y primaria 12.2%. Küren Eken et. al. (2016)<sup>3</sup>, muestra lo contrario, con un 41.5% en escolaridad primaria, 36.6% preparatoria y solo el 22% con universidad. En nuestro estudio se observó un mayor

porcentaje en el nivel secundaria con un 33.9%, preparatoria 30.6%, licenciatura 22.6% y primaria con un 12.9%.

En nuestro estudio se encontró que el número de gestas en las pacientes con histerectomía total abdominal, la mayoría eran multigestas con un 79% y el 21% fueron primigestas. Küren Eken et. al. (2016)<sup>3</sup>, reporta una media de gestas entre 2.7 +- 1.4, con predominio en multigestas.

Otros estudios como el de Wang Yiqun et. al. (2020)<sup>18</sup>, reportan que los años de matrimonio en promedio fueron 27.1 +- 5.4 años, mientras que en nuestro estudio encontramos que el promedio fue de 9.1 +- 4.18 años, con un mínimo de 1 año y un máximo de 21 años.

No existen estudios donde comparen el número de parejas sexuales entre hombre y mujeres con histerectomía total abdominal, sin embargo Mahmoodi Dangesaraki M. et. al (2019), reportaron que el 37% de las pacientes presentaban sólo un matrimonio, y el resto, 64%, más de un matrimonio. En nuestro hospital encontramos que en 40.3% de las pacientes, solo han tenido una pareja sexual, 29% 2 parejas, 14.5% 3 parejas, 8.1% 4 parejas, 4.8% 5 parejas y 3.2% 6 parejas, observando una decremento en el porcentaje entre más parejas sexuales hayan tenido. Para el grupo de hombres, observamos que el 21% han tenido 5 parejas sexuales, 17.7% 4 parejas, 16.1% 3 parejas, 12.9% 8 parejas, 11.3% 7 parejas, encontrando mayor número de parejas sexuales en el grupo masculino.

No se encontraron estudios comparativos del salario promedio en mujeres histerectomizadas y sus parejas. En nuestro estudio observamos un salario promedio de 8,285.16 pesos mensuales, con un mínimo de 4000.00 y un máximo de 65,000 pesos entre ambas partes.

## **CONCLUSIONES**

Las aportaciones más relevantes de este estudio se observó que la media de edad de las pacientes y sus parejas fue de 41.4 años +/- 3.4 años, con una edad mínima de 32 y una máxima de 52 años en la cual la función sexual empieza con descenso, sin embargo en nuestro estudio se estableció este rango de edad para evitar discrepancias en los resultados. Un punto importante, es destacar que el total de las parejas aceptaron ser heterosexuales, 25 casadas y 37 en unión libre, lo cual, provee de menor variabilidad, en la forma de percepción de la sexualidad y la satisfacción marital.

La mayoría tenían como escolaridad la secundaria (n=21) con un 33.9% y la preparatoria (n=19) con un 30.6%. Lo cual ofrece una mejor comprensión del tema en su abordaje y durante la entrevista.

En los antecedentes ginecoobstetricos, las pacientes refirieron ser y verificado en expedientes clínicos, el 21% primigestas y el 79% multigestas. Con un promedio de años de matrimonio de 9.1 +/- 4.18. El antecedente del número de parejas sexuales, presentó mayor variación en el grupo masculino que en el femenino. Las mujeres en promedio tuvieron 1 o 2 parejas sexuales, mientras que los hombres tuvieron 3, 4, 5 o más parejas sexuales, probablemente debido a influencia de factores psicológicos y socioculturales.

El salario promedio de las parejas fue de 8,295.16 pesos mensuales, con un mínimo de 4000.00 y un máximo de 65,000.00 pesos, presentando más variación sin tener relación con el nivel escolar, lo cual la cantidad de percepción económica no logró influenciar en la satisfacción marital.

Se aplicó la encuesta de Escala de Satisfacción Marital, obteniendo 20 parejas sin satisfacción marital que equivale al 32.25%, y 42 parejas (el 67.74%) con satisfacción, en razón a las variables encuestadas.

Con este trabajo se demostró que la mayoría de las parejas con mujeres histerectomizadas presentan satisfacción marital, lo cual podría hablarnos de que esto se ha visto influenciado por aspectos psicológicos y socioculturales. Al realizar la entrevista las pacientes estaban en sus casas en un ambiente de confort lo cual favoreció a que la espontaneidad y la fluidez de la entrevista fuera más honesta y aceptada. En relación a algunos estudios realizados con anterioridad en los que se pensaba que una de las funciones del cervix era favorecer a la generación del placer sexual en respuesta de su estimulación durante el coito, en nuestro estudio observamos que el factor anatómico probablemente es importante con respecto a la función del piso pélvico. Pero no de la misma forma en la influencia en la satisfacción sexual y marital en la mujer, que los factores como la edad, el estado civil, la escolaridad, el número de parejas sexuales, el número de hijos, años de matrimonio, y el salario, que pueden ser modificados por la mujer a pesar de su anatomía. Sería muy importante la evaluación de esta técnica en el futuro, con el objetivo de obtener un muestra mayor contabilizada en el servicio de estadística de nuestro hospital, hasta el día de hoy. Este estudio servirá como base para futuras investigaciones con respecto a la relación de la satisfacción marital, así como la

satisfacción sexual femenina y su correlación entre técnicas de abordaje. Sería de enorme contribución proveer a las pacientes y sus parejas, una red de apoyo en el tema de la sexualidad y la relación marital, previo a su evento quirúrgico, probablemente hasta ese entonces podríamos tener cerca del 100% de usuarias poshisterectomizadas satisfechas en ambos ámbitos.

Con lo anterior, nuestro estudio concluye que la histerectomía total abdominal, es un factor asociado a mejorar la satisfacción marital en las pacientes y sus parejas posterior al evento quirúrgico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Arango de Montis I. Sexualidad Humana. México: El Manual Moderno. 2008.
2. Correa-Ochoa JL, Pandales-Pérez H, Román-Vásquez VL, Palacio-Arango BL, Zuleta-Tobón JJ. Impacto de la Histerectomía abdominal total y de la histerectomía vaginal sin prolapso en la calidad de vida y la satisfacción sexual. Estudio de Cohortes, Medellín. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2017; 68. (12-24)
3. Kürek Eken M, İlhan G, Temizkan O, Erbek Çelik E, Herkiloğlu D, Karateke A. The impact of abdominal and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality and psychological condition. *Turk J Obstet Gynecol*. 2016; 13:196-202
4. Arias-Galicia F. Escala de Satisfacción Marital: Análisis de confiabilidad y validez en una muestra de revisores mexicanos. *Rev. Latinoam. Psicol*. 2003; 21(3):423-436.
5. Espitia de la Hoz FJ. Afectación de la sexualidad en las mujeres intervenidas por histerectomía. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2018; 78(2):93-102.
6. Baessler K, Windemut S, Chiantera V, Köhler C, Sehouli J. Sexual, bladder and bowel function following different minimally invasive techniques of radical hysterectomy in patients with early-stage cervical cancer. *Clinical and Translational Oncology*. 2021; 23:2335-2343.
7. Blümel M. JE, Binfá E L., Cataldo A. P, Carrasco V. A, Izaguirre L. H, Sarrá C S. Índice de la función sexual femenina. Un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004; 69(2):118-125
8. Faría F, Ferrarotto M, González Blanco M. Función sexual en pacientes histerectomizadas. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2015; 75(1):30-40

9. Kolowski M, Gargulinska P, Ustianowski Ł, Lewandowska R, Kwiatkowski S, Cymbaluk-Płoska A. Sexuality of Women after Gynecological Surgeries. *Healthcare*. 2020; (8):1-13
10. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. *Rev Int de Androl*. 2007; 5(1):11-21
11. Jiang H, Zhu J, Guo SW, Liu X. Vaginal extension improves sexual function in patients receiving laparoscopic radical hysterectomy. *Gynecol Oncol*. Consultado el 30 de abril de 2022. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2016.04.007>
12. Pérez Solís GT, Dávalos Romo MT, Rentería Conseción J. Grado de Satisfacción Marital en Relación a Factores Sociodemográficos. *Rev Inter Psicol Cien Soci*. 2016, 2 (2): 4-9.
13. Sánchez-Sánchez F, Ferrer-Casanova C, Ponce-Buj B, Sipán-Sarrión Y, Jurado-López AR, San Martín-Blanco C, Tijeras-Úbedaf MJ, Pascual Regueirog N. Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual del Hombre, FSH. *SEMERGEN*. 2020; 46(7):441-447.
14. Shibley Hyde JD. De Lamater J. Sexualidad Humana. México: McGrawHill. 2016
15. Silva-M MA. Importancia de una intervención psicoeducativa sobre sexualidad en mujeres sometidas a una histerectomía. Una revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2017; 82(6):666-681.
16. Dundar B, Dincgez Cakmak B, Aykanat Y, Macunluoglu YC. Laparoscopic versus vaginal cuff closure in laparoscopic hysterectomy: does it affect female sexuality? *Ginecologia Polska*. 2019; 7 (90):365-370.
17. Zhang Y, Sun S, Ding J, Hua K. The effect of different surgical methods on female and male sexual activity and marital quality in patients with early-stage cervical cancer. *Sex Med*. 2020; (8):307-314.
18. Wang Y, Ying X. Sexual function after total laparoscopic hysterectomy or transabdominal hysterectomy for benign uterine disorders: a retrospective cohort. *Braz J Med Biol Res*. 2020; 53(3):1-7.
19. Uccella S, Capozzi VA, Ricco M, Perrone E, Zanello M, Ferrari S, et al. Sexual Function following Laparoscopic versus Transvaginal Closure of the Vaginal Vault after Laparoscopic Hysterectomy: Secondary Analysis of Randomized Trial by the Italian Society of Gynecological Endoscopy Using a Validated Questionnaire. *J. Minim. Invasive Gynecol*. 2019. (00):1-9

20. Charanek S. Anatomía del aparato reproductor femenino. New Association Academic. *J Pub Glob Med.* 2015; 7-10.
21. Berlit S, Tuschy B, Wuhler A, Jürgens S, Buchweitz O, Kircher AT. Sexual functioning after total versus subtotal laparoscopic hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet.* 2018; (298):337-344.
22. Mahmoodi Dangesaraki M, Maasoumi R, Hamzehgardeshi Z, Kharaghani R. Effect of the EXPLISSIT modelo n sexual function and sexual quality of life among women after hysterectomy: a randomised controlled trial. *Sexual Health.* 2019; (16):225-232.
23. Beyan E, İnan AH, Emirdar V, Budak A, Tutar SO, Kanmaz AG. Comparison of the effects of total laparoscopic hysterectomy and total abdominal hysterectomy on sexual function and quality of life. *BioMed Research International.* 2020; 1-6.
24. Kovac SR. Route of Hysterectomy: An Evidence-based Approach. *Clinical Obstetrics and Gynecology.* 2014; 57(1):58-71.
25. Arias Galicia F. Escala de Satisfacción Marital: Análisis de confiabilidad y validez en una muestra de revisores mexicanos. *Revista Latinoamericana de Psicología.* 2003, 21(3):423-436.
26. Carita Lozano C. Validación de una Escala de Satisfacción en la Convivencia en las Parejas en Costa Rica. *Rev Lat Est Fam.* 2021, 14(1):117-136

# ANEXOS

## Anexo 1. Tabla de recolección de datos

RECOLECCIÓN DE DATOS						RECOLECCIÓN DE DATOS					
PACIENTE 1						PACIENTE 1					
ESCALA DE SATISFACCIÓN MARITAL						ESCALA DE SATISFACCIÓN MARITAL					
PREGUNTAS	Totalmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)	Endeciso (a) (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en desacuerdo (5)	PREGUNTAS	Totalmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)	Endeciso (a) (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en desacuerdo (5)
PREGUNTA 1						PREGUNTA 25					
PREGUNTA 2						PREGUNTA 26					
PREGUNTA 3						PREGUNTA 27					
PREGUNTA 4						PREGUNTA 28					
PREGUNTA 5						PREGUNTA 29					
PREGUNTA 6						PREGUNTA 30					
PREGUNTA 7						PREGUNTA 31					
PREGUNTA 8						PREGUNTA 32					
PREGUNTA 9						PREGUNTA 33					
PREGUNTA 10						PREGUNTA 34					
PREGUNTA 11						PREGUNTA 35					
PREGUNTA 12						PREGUNTA 36					
PREGUNTA 13						PREGUNTA 37					
PREGUNTA 14						PREGUNTA 38					
PREGUNTA 15						PREGUNTA 39					
PREGUNTA 16						PREGUNTA 40					
PREGUNTA 17						PREGUNTA 41					
PREGUNTA 18						PREGUNTA 42					
PREGUNTA 19						PREGUNTA 43					
PREGUNTA 20						PREGUNTA 44					
PREGUNTA 21						PREGUNTA 45					
PREGUNTA 22						PREGUNTA 46					
PREGUNTA 23						PREGUNTA 47					
PREGUNTA 24						PREGUNTA 48					
<b>SUMA</b>	0					<b>SUMA</b>	0				
<b>SUMA TOTAL</b>	0					<b>PUNTAJE GLOBAL</b>					
<b>SATISFACCIÓN MARITAL</b>	SI	<b>INSATISFACCIÓN MARITAL</b>			NO	<b>SATISFACCIÓN</b>	MENOR O IGUAL A 187				
						<b>INSATISFACCIÓN</b>	MAYOR O IGUAL A 188				

## Anexo 2. Recolección de variables

RECOLECCIÓN DE DATOS								
PACIENTES	VARIABLES							
	Género	Edad	Estado Civil	Gestas	Escolaridad	Salario	Años de matrimonio	Parejas sexuales
Paciente 1								
Paciente 2								
Paciente 3								
Paciente 4								
Paciente 5								
Paciente 6								
Paciente 7								
Paciente 8								
Paciente 9								
Paciente 10								
Paciente 11								
Paciente 12								
Paciente 13								
Paciente 14								
Paciente 15								
Paciente 16								
Paciente 17								
Paciente 18								
Paciente 19								
Paciente 20								
Paciente 21								
Paciente 22								
Paciente 23								
Paciente 24								
Paciente 25								

### Anexo 3. Escala de satisfacción marital

#### ESCALA DE SATISFACCIÓN MARITAL

#### ANEJO

#### ESCALA DE SATISFACCIÓN MARITAL

(Roach, Browden y Fraizier, 1981; versión castellana de Nina Estrella, 1985)

1 = Totalmente de acuerdo      2 = de acuerdo      3 = indeciso (a)  
4 = en desacuerdo      5 = totalmente en desacuerdo

*1. Yo sé lo que mi esposa (o) espera de nuestro matrimonio.	1	2	3	4	5
2. Mi esposa (o) podría hacerme la vida más fácil si quisiera.	1	2	3	4	5
3. Me preocupa mi matrimonio.	1	2	3	4	5
4. Si pudiera volver a empezar me casaría con otra persona.	1	2	3	4	5
*5. Siempre confío en mi esposa (o).	1	2	3	4	5
*6. Mi vida estaría vacía sin mi matrimonio.	1	2	3	4	5
7. Mi matrimonio es demasiado rígido.	1	2	3	4	5
8. Siento que mi matrimonio se ha estancado.	1	2	3	4	5
*9. Sé que mi esposa (o) me valora.	1	2	3	4	5
10. El matrimonio me está deteriorando la salud.	1	2	3	4	5
11. Me siento perturbado(a), molesto(a) o irritable por cosas que pasan en mi matrimonio.	1	2	3	4	5
12. Tengo la capacidad para sacar adelante mi matrimonio.	1	2	3	4	5
13. No me gustaría prolongar mi actual matrimonio para siempre.	1	2	3	4	5
*14. Creo que mi matrimonio me dará satisfacción mientras dure.	1	2	3	4	5
15. Es inútil tratar de conservar mi matrimonio.	1	2	3	4	5
*16. Considero que mi situación marital es muy placentera.	1	2	3	4	5
*17. El matrimonio me ofrece más satisfacciones que cualquier otra cosa que yo hago.	1	2	3	4	5
18. Pienso que mi matrimonio se dificulta más con el pasar del tiempo.	1	2	3	4	5
19. Mi esposa(o) me altera y me pone nervioso(a).	1	2	3	4	5
*20. Mi esposa(o) me permite expresarme y opinar.	1	2	3	4	5
*21. Hasta la fecha mi matrimonio ha sido un éxito.	1	2	3	4	5
*22. Mi esposa(o) me considera con igualdad.	1	2	3	4	5
23. Debo buscar las cosas interesantes y de valor en la vida fuera del matrimonio.	1	2	3	4	5
*24. Mi esposa(o) me alienta para que haga un mejor trabajo.	1	2	3	4	5
25. Mi matrimonio restringe mi personalidad.	1	2	3	4	5
*26. El futuro de mi matrimonio es prometedor.	1	2	3	4	5
*27. Realmente me interesa mi esposa(o).	1	2	3	4	5
*28. Me llevo bien con mi esposa(o).	1	2	3	4	5

## ARIAS-GALICIA

*29.Tengo miedo al divorcio.	1	2	3	4	5
30.Mi esposa(o) me exige injustamente que me ocupe de ella(él) en mi tiempo libre.	1	2	3	4	5
31. Mi esposa(o) parece actuar sin fundamento en su trato conmigo.	1	2	3	4	5
*32.Mi matrimonio me ha permitido obtener las metas que me he propuesto.	1	2	3	4	5
*33.Mi esposa(o) está de acuerdo en querer mejorar nuestra relación.	1	2	3	4	5
*34.Mi esposa(o) y yo nos ponemos de acuerdo en asuntos de diversiones.	1	2	3	4	5
*35.Las demostraciones de afecto son mutuamente aceptables en mi matrimonio.	1	2	3	4	5
36.Nuestra vida sexual no es satisfactoria.	1	2	3	4	5
*37.Mi esposa(o) y yo estamos de acuerdo respecto a lo que significa la conducta apropiada.	1	2	3	4	5
38.Mi esposa(o) y yo no tenemos la misma filosofía de la vida.	1	2	3	4	5
*39.Mi esposa(o) y yo disfrutamos de algunas actividades que son mutuamente satisfactorias.	1	2	3	4	5
40.A veces deseo no haberme casado con mi esposa(o) actual.	1	2	3	4	5
41.Mi matrimonio actual definitivamente es infeliz.	1	2	3	4	5
*42.Espero con placer la actividad sexual con mi esposa(o).	1	2	3	4	5
43.Mi esposa(o) me falta al respeto.	1	2	3	4	5
44.Se me dificulta realmente confiar en mi esposa(o).	1	2	3	4	5
*45.La mayoría del tiempo mi esposa(o) entiende cómo me siento.	1	2	3	4	5
46.Mi esposa(o) no escucha lo que yo le digo.	1	2	3	4	5
*47.A menudo tengo conversaciones placenteras con mi esposa(o).	1	2	3	4	5
*48.Estoy definitivamente satisfecho(a) con mi matrimonio.	1	2	3	4	5

Nota: A mayor puntuación, más satisfacción.

Los reactivos marcados con \* deben calificarse en sentido inverso.

## Anexo 4. Consentimiento Informado



Hospital de la Mujer

**Hospital de la Mujer**  
Servicio de Ginecología

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN CON SERES HUMANOS

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

<b>Título del protocolo:</b>	"SATISFACCIÓN MARITAL EN PAREJAS CON MUJERES POSTOPERADAS DE HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL"
<b>Lugar de realización:</b>	Hospital de la Mujer
<b>Investigador principal:</b>	Dra. Estefanía Ortega Madrid. Investigadora Principal
<b>Datos de contacto:</b>	Hospital de la Mujer. Residente de Ginecología y Obstetricia. Dirección completa: Prolongación Salvador Díaz Mirón 374, Col. Santo Tomás, alcaldía Miguel Hidalgo, CP 11340 Ciudad de México. Teléfono de contacto de la institución: 55 5341 1100 Teléfono celular: 22-2481-8405. E-mail: estefania.ortega08@hotmail.com
<b>Fundamentos legales de este consentimiento informado:</b>	Principios de la Declaración de Helsinki y Ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPÍTULO I. Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. En esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados en el Artículo 21.

C. \_\_\_\_\_  
(Anoté el nombre completo de la persona invitada a participar en el estudio)

Con base a los fundamentos legales antes descritos, se le invita a usted a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

#### 1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Las investigaciones enfocadas a los padecimientos ginecológicos patológicos benignos en la mujer se basan en el aspecto médico y funcional ante el tratamiento de la patología benigna uterina, con seguimiento limitado en nuestro medio con objetivos en la mejora de la calidad de vida observando heterogeneidad en los resultados de las investigaciones. Con el objetivo de una atención efectiva de

forma integral, individual y de pareja, se proponen herramientas de apoyo psicológico previo y posterior al tratamiento quirúrgico de la histerectomía total abdominal, que fomente la conciliación y el entendimiento de la pareja ante la enfermedad, promoviendo así la aceptación de la misma, con alta tolerabilidad y efecto positivo en la satisfacción marital. Sin embargo, al no contar con la evaluación psicológica protocolizada previo al tratamiento, desconocemos el estado emocional de la mujer y de su pareja, no concientizando las consecuencias psicológicas personales y maritales.

## **2. OBJETIVO DEL ESTUDIO.**

- A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo: analizar mediante el cuestionario de "Escala de Satisfacción Marital" (ESM), la relación de la histerectomía total abdominal y dicho cuestionario.

## **1. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO.**

- En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos, y se le aplicará un cuestionario que evalúa la satisfacción marital. El cuestionario se compone de 48 preguntas, las cuales Este cuestionario se aplicará a toda paciente a la que se le haya realizado histerectomía total abdominal, con conservación de anexos, y que se encuentre en la edad comprendida entre 30 y 45 años. Su participación durará el tiempo que se tome para contestar el cuestionario antes mencionado.
- Para el hombre, en caso de aceptar participar en el estudio, se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos, y se le aplicará un cuestionario que evalúa la satisfacción marital. El cuestionario se compone de 48 preguntas. Este cuestionario se aplicará a la pareja de la paciente descrita previamente. Su participación durará el tiempo que se tome para contestar el cuestionario mencionado.

## **2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO.**

Con este estudio se podrá evaluar si la histerectomía total abdominal, tiene relación con la satisfacción marital en las pacientes post operadas de histerectomía total abdominal con conservación de anexos. Así mismo usted podrá conocer si presenta o no insatisfacción marital secundario al procedimiento quirúrgico que se le haya realizado. Y de presentarla se valorará la atención integral y derivación a un centro especializado sobre la salud.

## **3. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO.**

Se considera un estudio con riesgo mínimo.

## **4. OPCIONES DE TRATAMIENTO ALTERNATIVAS.**

- No aplica

## **5. COMPENSACIONES.**

- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.

## **6. ACLARACIONES PERTINENTES.**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- En el estudio, no se vulnerarán en ningún caso sus derechos constitucionales, humanos, como paciente, ni sus derechos sexuales y reproductivos.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en cuanto a la calidad, calidez y seguridad de la atención que usted merece, en caso de no aceptar la invitación o retirarse de dicho estudio.

- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad, para revocar su participación en el estudio bastará con informar verbalmente al investigador.
- En el transcurso del estudio o al finalizar el mismo, usted podrá solicitar que le sea entregada copia toda la información que se haya recabado acerca de usted, con motivo de su participación en el presente estudio.
- En el caso de que alguna indemnización sea aplicable, por esta y otras causas derivadas del estudio, será responsabilidad única y exclusivamente el investigador principal del estudio y no del Hospital de la Mujer.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Usted también puede someter sus quejas e inconformidades con el actuar de los investigadores ante el Comité de Ética en Investigación del Hospital de la Mujer (CEI-HM) con el Mtro. Nilson Agustín Contreras Carreto, Presidente del CEI-HM al 53411100 Extensión 1215 y 1202.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar esta Carta de Consentimiento Informado.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera completa, clara y satisfactoria. He sido informada(o) y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Acepto que (que la participante especifique la modalidad que autoriza):

(  ) La información, pruebas diagnósticas, terapéuticas y/o muestras / tejidos biológicos recabadas serán utilizadas únicamente para este estudio.

(  ) La información, pruebas diagnósticas, terapéuticas y/o muestras / tejidos biológicos recabadas sean utilizadas para éste y otros estudios.

(  ) La información, pruebas diagnósticas, terapéuticas y/o muestras / tejidos biológicos recabadas sean utilizadas para este y otros estudios; además de la preservación de muestras y tejidos biológicos obtenidos con fines de investigaciones futuras, en cuyo caso, entiendo que el procedimiento de conservación será responsabilidad directa del investigador principal y la institución que representa y no del Hospital de la Mujer.

Una vez especificado lo anterior, convengo en participar en este estudio de investigación. Recibo también una copia de este documento.

#### **Firma de aceptación de los compromisos derivados de este documento:**

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo y firma del participante**  
 \_\_\_\_\_

**Nombre completo y firma del testigo 1**

---

**Nombre completo y firma del testigo 2**

---

**Nombre completo y firma del investigador**

Ccp.

- Participante.
- Investigador.
- Integrar una 3ª copia al expediente de la paciente en el Hospital de la Mujer.

## Anexo 5. Carta de confidencialidad

### CARTA CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES/AS, y/o CO-INVESTIGADORES/AS

Ciudad de México a 02 de septiembre de 2022

Yo Estefanía Ortega Madrid investigadora del Hospital de la Mujer de la Ciudad de México, hago constar, en relación al protocolo de tesis titulado: "SATISFACCIÓN MARITAL EN PAREJAS CON MUJERES POSTOPERADAS DE HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL" que me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a mi cargo, o en el cual participo como investigadora, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución del mismo.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Distrito Federal, y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia.

Atentamente

Estefanía Ortega Madrid

Investigadora principal