

SATISFACCION CON LA EDUCACION RECIBIDA EN UN GRUPO DE MUJERES HISTERECTOMIZADAS*

SATISFACTION WITH THE EDUCATION RECEIVED IN A GROUP OF HYSTERECTOMIZED WOMEN

MARIA TERESA URRUTIA SOTO**, ALEJANDRA ARAYA GUTIERREZ***
y PIA RIQUELME G.****

RESUMEN

La histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en nuestro país, por lo que resulta importante conocer las necesidades educativas de las mujeres para mejorar la calidad del cuidado otorgándoles una educación oportuna y atingente durante este proceso quirúrgico. El objetivo de este estudio es conocer la satisfacción de un grupo de mujeres histerectomizadas con la educación recibida. Es un estudio descriptivo, transversal, con 120 mujeres de un hospital público de Santiago. Se realizó una entrevista a cada mujer, previo a la cual se solicitó consentimiento informado. El 46,7% recibió educación del médico, el 75% de manera verbal-individual. El 70% recibe educación antes de ser histerectomizada, principalmente durante la hospitalización y el nivel secundario de atención. Los contenidos abordados están centrados en la cirugía y cuidados posteriores; ninguna mujer recibió educación respecto de sexualidad. El 100% de ellas declara que sus parejas no recibieron educación. El 23,3% quedó muy satisfecha con el profesional que las educó; el 10% con la forma utilizada; el 10,8% con el lugar donde recibió educación; el 18,3% con el momento en que recibe educación y el 7% con los contenidos recibidos. Se concluye que el grado de satisfacción de las mujeres con la educación recibida es bajo, por lo que se destaca la importancia de orientar nuestra intervención a las necesidades educativas de las mujeres histerectomizadas, de manera de implementar programas educativos orientados a lo que ellas realmente quieren y necesitan saber sobre los cuidados antes, durante y después de esta cirugía.

Palabras claves: Educación, satisfacción usuaria, histerectomía.

ABSTRACT

Hysterectomy is one of the most important surgeries in our country, therefore it is very important to know what the women need to know to improve the quality of care, by giving them a right and timely education during the surgical process. The aim of this research is to know the satisfaction with the education in a group of hysterectomized women. The methodology is cross sectional study, with 120 women in a public hospital of Santiago. Data compilation was done by means of an interview, before a consent inform was applied. 46.7% of women received education from the physician, 75% with verbal and individual way; 70% of the women received education before the surgery, at hospital and in the second level. The topics were related with the surgery and the different cares before it. None of the women received education about sexuality. 100% of the women say that their partners did not received education. 23.3% of the women were very satisfied with the professional that gave them education, 10% with the way, 10.8% with the place, 18.3% with the time and 7% with the topics. The satisfaction

* Parte de este trabajo fue presentado en la Octava Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería.

** Enfermera Matrona. Magíster en Nutrición. Profesora Adjunta Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. PhD Student University of Miami. E-mail: murrutis@uc.cl

*** Enfermera Matrona. Licenciada en Enfermería. Profesora Auxiliar Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. PhD Student, University of Illinois, Chicago. E-mail: aarayagu@uc.cl

**** Enfermera Matrona. Licenciada en Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile. E-mail: priquego@uc.cl

with the education was very low, therefore it is very important that our intervention will be related with the real needs that women want about the surgery.

Keywords: Education, satisfaction, hysterectomy.

Fecha recepción: 19/02/07. Fecha aceptación: 23/01/08.

INTRODUCCION

La histerectomía (HT) es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes dentro del área ginecológica (Ahumada, Aliaga, & Bolívar, 2001). En nuestro país, se estima que afecta a una de cada cinco mujeres (Ahumada & Trujillo, 1994).

Esta cirugía es una experiencia multidimensional y el efecto en las mujeres evoluciona a lo largo del tiempo (Lalos, Berglund, & Lalos, 2001; Wade, Pletsch, Morgan & Menting, 2000). Una intervención oportuna y atinente a las necesidades educativas de las mujeres sometidas a esta cirugía, contribuye a mejorar el enfrentamiento de éstas a los cambios físicos y psicológicos después de la cirugía (Lindberg & Nolan, 2001; Williams & Clark, 2000). Estudios chilenos señalan la importancia de la educación a las mujeres en el periodo perioperatorio (Ahumada et al., 2001; Urrutia & Araya, 2005; Urrutia, Araya, Villarroel & Viñales, 2004). El personal de salud debe brindar información clara, precisa y en un momento oportuno, sabiendo identificar las necesidades educativas de las mujeres histerectomizadas (Williams & Clark, 2000). En Chile no existen estudios publicados en torno a la satisfacción de la educación recibida por las mujeres sometidas a esta cirugía, por lo cual, el objetivo de esta investigación es conocer la satisfacción de un grupo de mujeres histerectomizadas con la educación recibida en torno a la HT, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad del cuidado de enfermería otorgado a través de la educación de las mujeres histerectomizadas.

MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo, de corte transversal realizado en 120 mujeres histerectomizadas en el servicio de Ginecología del Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile. El muestreo considera al universo completo de mujeres que ingresaron al servicio de Ginecología en el periodo comprendido entre noviembre del 2003 y enero del 2004. El criterio de exclusión fue histerectomía de causa obstétrica. Del total de mujeres histerectomizadas durante este periodo (121), sólo una mujer rechazó participar en el estudio. Se aplicó un instrumento semiestructurado, el cual rescata información sobre características sociodemográficas, gineco-obstétricas, antecedentes de la cirugía, características de la educación recibida y el grado de satisfacción de la usuaria con dicha educación. Este instrumento se realizó sobre la base del modelo de "Resolución de Problemas" de Kaufman (Kaufman, 1973). Se decidió aplicar el instrumento en el servicio de ginecología del hospital, previo a dar el alta a la mujer y en un ambiente tranquilo y cómodo para la usuaria, con el objetivo de evitar el estrés preoperatorio en las mediciones (Katz, 2003). En relación a las variables educación recibida y grado de satisfacción, se consideró: el profesional que la educó, el momento en que fue educada, los contenidos recibidos en la educación, los medios audiovisuales utilizados en el momento de la educación y el lugar donde fue educada. Con respecto a los contenidos abordados en la educación de este grupo de mujeres, éstos fueron separados en: aspectos previos a la cirugía,

aspectos centrados en la cirugía, aspectos posteriores a la cirugía y aspectos emocionales relacionados con la cirugía. El grado de satisfacción fue medido con una escala de Likert de cinco alternativas: Muy satisfecha, satisfecha, indiferente, insatisfecha y muy insatisfecha. Para la recolección de datos se diseñó un instrumento que consideró las variables antes mencionadas. El instrumento final de este estudio fue sometido a la evaluación de jueces expertos en el área de la educación en enfermería provenientes del área clínica y del área académica, posterior a la validez de contenido fue probado en un grupo de mujeres con similares características, equivalente al 10% de la muestra final de este estudio, de manera de asegurar que las preguntas fueran entendidas por las mujeres. La confiabilidad del instrumento no ha sido aún reportada. A cada una de las mujeres en estudio se le solicitó firmar voluntariamente consentimiento informado. Los datos se analizaron a través del programa estadístico SPSS 12.0 y se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión.

RESULTADOS

Las características del grupo de mujeres en estudio se presentan en la Tabla 1. El 55,8% de las mujeres se encontraban menopáusicas al momento de la HT y de este grupo, sólo un 4,5% utiliza terapia de reemplazo hormonal. El 63% de las cirugías fue por causa benigna. La principal causa de la cirugía fue la miomatosis uterina, con un 56,6%, seguida del cáncer de endometrio con un 32,5% (Tabla 2). El 80% de las HT fueron por vía abdominal, el restante por vía vaginal. El 89% fue HT programada y el 11% restante de urgencia.

Con respecto a la educación recibida por las mujeres histerectomizadas, el 46,7% declara recibir educación por parte del médico, el 26,7% por matrona o enfermera matrona, el 5% por alumnas de enfermería, 1,6% por

parte de familiares relacionados con el área de la salud y el porcentaje restante, 20%, refiere no haber sido educadas. Con respecto a la satisfacción de las mujeres, un 23,3% quedó muy satisfecha con el *profesional* que la educó, de este grupo el mayor grado de satisfacción es con la profesional matrona o enfermera-matrona (Tabla 3).

Con respecto al *momento* en el cual reciben la educación, el 70% recibe educación antes de ser sometidas a la cirugía, un 10% posterior a la cirugía y un 20% refiere no haber recibido educación. Un 18,3% quedó muy satisfecha con el *momento* en que fueron educadas. Las mujeres quedan más satisfechas con la educación recibida durante el periodo de seguimiento prequirúrgico (Tabla 4).

En relación al lugar donde las mujeres son educadas, el 47% de ellas recibe la educación en el hospital, el 33% la recibe en el policlínico secundario de atención y el 20% refiere no haber recibido educación. Respecto del grado de satisfacción, el 10,8% quedó muy satisfecha con el *lugar* donde fue educada; las mujeres quedan más satisfechas si son educadas en el nivel secundario de atención que en el servicio de ginecología con un 37,5% (Tabla 5).

En relación a los medios audiovisuales utilizados en la educación, la mayoría de las mujeres refieren haber sido educadas de forma verbal; el 75% refiere recibir educación en forma verbal individual, un 18% de forma verbal grupal y un 7% declara no recibir educación de ningún tipo. Un 48,4% de las mujeres quedó muy satisfecha –satisfecha con los medios con los cuales fueron educadas (Tabla 6).

Con respecto a los contenidos abordados en la educación de este grupo de mujeres, los contenidos más abordados son las características del acto quirúrgico, en donde se puede observar que casi la totalidad de las mujeres reciben algunos de los contenidos educativos de este grupo. Los contenidos relacionados con aspectos generales, cuidados posteriores

a la histerectomía y/o los efectos de la HT en su vida futura son escasamente abordados, presentando algunos de ellos una frecuencia igual a cero (Tabla 7). Sólo un 7% de las mujeres quedó muy satisfecha con los conteni-

dos educativos entregados (Tabla 8). Al preguntar si las parejas fueron incorporadas en la educación recibida, el 100% de las mujeres declara que sus parejas no recibieron educación.

Tabla 1. Características descriptivas del grupo de mujeres en estudio (n=120).

Característica	
Edad (años)	56 ± 11,9
Escolaridad (años)	7.8 ± 4,3
Status pareja (%)	62% posee pareja estable 38% no tiene pareja
Tiempo de convivencia con la pareja (años)	17.2 ± 7,7 años

Tabla 2. Distribución porcentual de las usuarias según diagnóstico preoperatorio principal (n=120).

Diagnóstico preoperatorio	Frecuencia	Porcentaje (%)
Miomatosis uterina	68	56,7
Cáncer endometrio	39	32,5
Prolapso	7	5,8
Tumor anexial	3	2,5
Tumor ovárico	2	1,7
Fasceitis necrotizante	1	0,8
Total	120	100

Tabla 3. Distribución porcentual de la usuaria según la satisfacción frente al profesional que la educó (n=120).

	Médico		Enfermera-Matrona		Alumnas Enfermería		Nadie		Otros		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy Satisfecha	8	14,3	19	59,4	1	16,7	0	0	0	0	28	23,3
Satisfecha	35	62,5	13	40,6	4	66,6	0	0	2	100	54	45
Indiferente	2	3,6	0	0	0	0	1	4,2	0	0	3	2,5
Insatisfecha	11	19,6	0	0	1	16,7	5	20,8	0	0	17	14,2
Muy Insatisfecha	0	0	0	0	0	0	18	75	0	0	18	15
Total	56	100	32	100	6	100	24	100	2	100	120	100

Tabla 4. Distribución porcentual de las usuarias según la satisfacción frente al momento en que fueron educadas (n=120).

	Durante CDT		Programa cirugía		Charla matrona		Servicio Ginecolog.		Post HT		Ninguno		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy Satisfecha	9	82	11	20	0	0	2	13	0	0	0	0	22	18,3
Satisfecha	2	18	38	70	3	75	9	60	1	9	0	0	53	44,2
Indiferente	0	0	0	0	0	0	1	7	0	0	0	0	1	0,83
Insatisfecha	0	0	5	10	1	25	3	20	9	75	3	12,5	21	17,5
Muy Insatisfecha	0	0	0	0	0	0	0	0	2	16	21	87,5	23	19,2
Total	11	100	54	100	4	100	15	100	12	100	24	100	120	100

Tabla 5. Distribución porcentual de la usuaria según satisfacción frente a lugar que fue educada (n=120).

	CDT		Servicio Ginecología		Ninguno		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Muy Satisfecha	7	17,5	6	10,7	0	0	13	10,8
Satisfecha	32	80	21	37,5	0	0	53	44,2
Indiferente	0	0	0	0	2	8,3	2	1,7
Insatisfecha	1	2,5	28	50	19	79,2	48	40
Muy Insatisfecha	0	0	1	1,8	3	12,5	4	3,3
Total	40	100	56	100	24	100	120	100

Tabla 6. Distribución porcentual de la usuaria según satisfacción frente a los medios con los cuales fue educada (n=120).

	Verbal Indiv.		Verbal Grupal		Ninguno		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy Satisfecha	12	13,3	0	0	0	0	12	10
Satisfecha	43	47,8	3	13,6	0	0	46	38,4
Indiferente	7	7,8	0	0	0	0	7	5,8
Insatisfecha	27	30	19	86,4	1	12,5	47	39,2
Muy Insatisfecha	1	1,1	0	0	7	87,5	8	6,6
Total	90	100	22	100	8	100	120	100

Tabla 7. Distribución porcentual de las usuarias según contenidos que reciben de educación sobre la histerectomía (n=120).

Area	Contenidos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Aspectos generales	Posibles complicaciones de cirugía	2	1,7
	Características de la patología causal de la HT	41	34,1
	Extracción de los ovarios y consecuencias	5	4,2
Características del acto quirúrgico	Utilización de vendas elásticas profilácticas	113	94,1
	Preparación preoperatoria	53	44,1
	Tipo de Anestesia	66	55
	Duración de la cirugía	0	0
Cuidados posteriores a la cirugía	Cuidados de la herida operatoria	64	53,3
	Uso de sonda urinaria	28	23,3
	Tiempo de hospitalización	28	23,3
	Régimen de alimentación	31	25,8
	Deambulación precoz	22	18,3
Aspectos emocionales en torno a la cirugía	Cese de la menstruación	27	22,5
	Cese de la capacidad fértil	0	0
	Efecto de la HT en la sexualidad	0	0
	Cese del uso de método de planificación familiar	0	0

(*) Los porcentajes suman más del 100% dado que todas las mujeres fueron consultadas en cada contenido educativo.

Tabla 8. Distribución porcentual de las usuarias según grado de satisfacción frente a los contenidos en los cuales fue educada (n=120).

Satisfacción usuaria	Frecuencia	Porcentaje (%)
Muy Satisfecha	9	7
Satisfecha	41	34
Indiferente	25	21
Insatisfecha	32	27
Muy Insatisfecha	13	11
Total	120	100

DISCUSION Y COMENTARIO

Este es el primer estudio chileno publicado sobre satisfacción usuaria con la educación recibida en mujeres histerectomizadas. Este estudio forma parte de una línea académica de investigación cuyo propósito es mejorar la

calidad del cuidado de enfermería otorgado a este grupo de mujeres a través de la educación.

Distintos factores que pueden influenciar el enfrentamiento de la mujer a esta cirugía, tales como factores personales, de la relación de pareja y aquéllos externos a la mujer, pueden intervenir en las necesidades educativas

durante el periodo perioperatorio. Es fundamental que como enfermeras y enfermeras-matronas conozcamos cuáles son las necesidades educativas de las mujeres que reciben nuestros cuidados, para de esta manera implementar un plan educativo destinado a entregar a las mujeres herramientas útiles para enfrentar los cambios físicos y psicológicos asociados a esta cirugía.

Con respecto a los factores personales, la edad promedio de las mujeres de este estudio difiere de lo reportado en publicaciones internacionales (Dragisic & Milad, 2004; Schaffer & Word, 2002) y es relativamente mayor a lo señalado en estudios nacionales (Urrutia et al., 2004). Este es el punto de partida para implementar un plan educativo, ya que la edad de la mujer marca el ciclo vital en el cual se encuentra y, por ende, marca una diferencia en torno a las inquietudes, dudas o temores relacionada a la cirugía. Es decir, la edad nos delimita parte de los contenidos educativos a abordar. Es importante considerar que las mujeres de esta muestra necesitarán recibir distintos contenidos al momento de ser educadas, ya que existe un importante número de mujeres que se encuentra en edad fértil y otras en el periodo de la menopausia (Rhodes, Kjerulff, Langenberg, & Guzinski, 1999).

El nivel de escolaridad de la muestra se encuentra por debajo de la media nacional Ministerio de Educación (MINEDUC, 1998), lo cual podría estar explicado por la edad de las mujeres en nuestro estudio. Es importante evaluar el nivel educacional de la población en estudio, ya que éste puede influenciar los medios audiovisuales con los cuales dirigamos nuestra educación.

Otro factor importante a considerar es que todas las mujeres de la muestra presentaron síntomas preoperatorios y tuvieron un prolongado tiempo de espera prequirúrgico. Estudios internacionales señalan que estas mujeres pueden tener una apreciación beneficiosa de la HT (Roovers, Van der Bom, Van der Vaart, & Heintz, 2003), lo que estaría explicado entre otras causas por el cese de los sínto-

mas preoperatorios (Khastgir & Studd, 2000). La presencia de síntomas junto con el largo tiempo de espera antes de la cirugía, nos abre un importante campo de acción, en el cual los profesionales de la salud debemos crear las instancias educativas de apoyo durante el periodo preoperatorio, con el objetivo de acoger las necesidades educativas propias de este periodo, contribuyendo a disminuir la morbilidad asociada a esta cirugía.

Con respecto a la satisfacción con la educación recibida en mujeres histerectomizadas, un bajo porcentaje queda muy satisfecha con el *profesional* que la educa y la mayoría de las mujeres de la muestra presenta mayor satisfacción al ser educada por matronas o enfermeras-matronas. La literatura señala que las mujeres prefieren a las enfermeras para hablar de sus ajustes sexuales después de la cirugía y, en general, prefieren hablar estos temas con un profesional de sexo femenino (Katz, 2003). Cabe destacar que existe un 20% de la muestra que refiere no recibir educación. Es importante empoderar a las enfermeras y enfermeras-matronas para que desarrollen programas educativos a este grupo de mujeres, en los cuales no sólo se aborden los aspectos centrados en la cirugía, sino que también aquéllos menos tocados durante el proceso quirúrgico, tales como: sexualidad, mitos en torno a la cirugía y los aspectos emocionales asociados a ésta.

En relación al momento en que se les educa, la literatura señala que, independiente del tiempo que lleven con alguna patología o que sea una situación de urgencia, las usuarias deben ser informadas antes de ser sometidas a la cirugía (Le Cornu, 1999). El bajo grado de satisfacción encontrado en el momento en que se les educa, puede obedecer al porcentaje de mujeres que es educada durante su hospitalización y/o al porcentaje de mujeres que refiere no haber recibido educación en ningún momento. A su vez, en relación al lugar donde reciben la educación, el bajo porcentaje de satisfacción puede estar relacionado a que la mayoría de las usuarias recibieron edu-

cación en el hospital, en donde el estrés previo a la cirugía puede estar influenciando su grado de satisfacción (Katz, 2003). Es importante acoger a este grupo de mujeres en el lugar y momento oportuno, ya que el 20% de las mujeres será sometida a esta cirugía durante su vida. Es vital contar con programas educativos ambulatorios destinados a dar respuesta a las necesidades educativas antes y después de la cirugía.

Con respecto a los medios utilizados para la educación, las mujeres refieren quedar en bajo porcentaje satisfechas con la forma verbal e individual. Este tipo de educación que reciben las usuarias no muestra diferencia con lo que ocurre en otros estudios (Galavotti & Richter, 2000). Es importante explorar otros medios de educación para las usuarias que le sean más atractivos, uno de ellos es recibir parte de la educación escrita, por ejemplo, en folletos, de manera que la usuaria pueda tener acceso a la información cuando lo desee y, a su vez, pueda compartir esta información con sus redes de apoyo (Katz, 2003).

Un bajo porcentaje de las mujeres de la muestra refiere quedar muy satisfecha con los contenidos en los cuales fue educada. En el área de aspectos generales, son escasas las usuarias que reciben educación sobre temas como: complicaciones de la cirugía, consecuencias de la posible extracción de ovarios, o incluso sobre la causa de su propia patología, situación que puede intervenir en la decisión de optar por la cirugía y en aumentar miedos y mitos en torno a la HT (Le Cornu, 1999). Las mujeres tienen necesidad de ser educadas en contenidos básicos para los profesionales como son la anatomía y fisiología del aparato genital (Wade et al., 2000), sin embargo, los profesionales no discuten estos contenidos con las mujeres, manteniendo los mitos en torno a esta cirugía (Lambden et al., 1997). Las mujeres señalan como normal los cambios que están viviendo, porque les resulta embarazoso tener problemas, y no presentan iniciativa en la discusión de este tema con los profesionales (Bernhard, 2002). Los tópicos

más abordados en la educación a la usuaria son aquéllos relacionados con las características del acto quirúrgico, en lo que respecta a utilización de vendas elásticas profilácticas, preparación preoperatoria y tipo de anestesia. Estos resultados no concuerdan con la literatura, ya que se señala que la educación debiera centrarse en aspectos emocionales o psicológicos (Rhodes et al., 1999). En relación con los temas sobre cuidados posteriores a la cirugía, éstos son escasamente abordados en la educación a las usuarias. Tópicos como cuidados de la herida operatoria o deambulación precoz, son claves para una buena recuperación, sin embargo estos contenidos no son abordados durante la educación a las usuarias (Cabieses, Urrutia, & Araya, 2004). Respecto al área de efectos de la HT en su vida futura, hay temas como sexualidad, fertilidad y métodos de planificación familiar que no son abordados por quienes educan a las usuarias. Cabe señalar que estos temas debieran ser tratados con todas las usuarias que son sometidas a esta cirugía y, por lo tanto, los profesionales debieran estar capacitados para afrontarlos (Rhodes et al., 1999). La vida sexual posterior a la cirugía es un aspecto importante a considerar (Bernhard, 2002) por enfermeras, enfermeras-matronas y médicos (Rannestad, Eikeland, Helland, & Qvarnstrom, 2001) al momento de brindar el cuidado a la mujer sometida a una HT.

Las mujeres refieren la necesidad de apoyo de sus parejas, familia y amigos, lo que mostraría además la necesidad de educar a las redes sociales (Richter et al., 2002). Es importante considerar a la pareja en la educación recibida por las mujeres histerectomizadas (McKenzie & Grant, 2000), de manera de abordar temas como: sexualidad posterior a la HT, mitos que existen en torno a esta cirugía y el reinicio de la actividad sexual, entre otros temas (Ahumada et al., 2001; Ahumada & Trujillo, 1994), de manera de contribuir a mejorar el enfrentamiento de las mujeres a los cambios físicos y psicológicos asociados a esta cirugía.

La educación a la mujer es parte del cuidado de enfermería y contribuye a que ellas tengan una percepción positiva sobre su salud. La educación, centrada en las necesidades de la usuaria, es indispensable para facilitar el proceso de adaptación durante el periodo perioperatorio (Wade et al., 2000). Considerar las necesidades educativas de las mujeres histerectomizadas chilenas es una forma de dar respuesta real a las demandas de salud de este grupo y debe ser tomado en cuenta al momento de elaborar los programas educativos dirigidos a este grupo de mujeres.

El aporte para enfermería de esta investigación radica en contribuir al conocimiento de la satisfacción de las mujeres histerectomizadas con la educación recibida y, por ende, a conocer cuales son sus necesidades educativas a través de la evaluación de cinco parámetros: el profesional, el momento, el lugar, los medios y los contenidos con los cuales son educadas estas mujeres. Esta información puede ser utilizada por los profesionales como una guía de referencia para fundamentar distintos tipos de programas educativos en el grupo de mujeres estudiado, de manera de favorecer una educación oportuna y atingente.

Un punto importante a considerar en futuras investigaciones, es la educación que a las mujeres les gustaría recibir, de manera de ahondar en cuales son las necesidades educativas de este grupo de mujeres, como también, centrar esfuerzos en desarrollar estudios cualitativos que nos hablen del significado de perder el útero, para así dar una mejor respuesta a las demandas educativas de las mujeres histerectomizadas, otorgando una educación acorde al momento, lugar y contenidos que ellas necesitan.

REFERENCIAS

- Ahumada, S., & Trujillo, S. (1994). La histerectomía: repercusiones psicosociales. *Documento de trabajo* N° 23. SERNAM. Chile.
- Ahumada, A., Aliaga, P. & Bolívar, N. (2001). Enfoque integral de la paciente histerectomizada. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 12(3), 229-234.
- Bernhard, L. A. (2002). Sexuality and sexual health care for women. *Clin Obstet Gynecol*, 45(4), 1089-1098.
- Cabieses, B., Urrutia, M., & Araya, A. (2004). Proceso de cuidados de Enfermería en la mujer sometida a histerectomía. *Revista Horizonte de Enfermería* (15), 109-121.
- Dragisic, K., & Milad, M. (2004). Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 190(5), 1416-1418.
- Galavotti, C., & Richter, D.L. (2000). Talking about hysterectomy: the experiences of women from four cultural groups. *J Womens Health Gend Based Med*, 9, Suppl 2, S63-67.
- Katz, A. (2003). Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses' role. *J Adv Nurs*, 42(3), 297-303.
- Kaufman, R. (1973). *Planificación de sistemas educativos. Ideas básicas concretas*. México: Trillas.
- Khastgir, G., & Studd, J. (2000). Patients' outlook, experience, and satisfaction with hysterectomy, bilateral oophorectomy, and subsequent continuation of hormone replacement therapy. *Am J Obstet Gynecol* 183(6), 1427-1433.
- Lalos, O., Berglund, A. L., & Lalos, A. (2001). Impact of urinary and climateric symptoms on social and sexual life after surgical treatment of stress urinary incontinence in women: a long-term outcome. *J Adv Nurs* 33(3), 316-327.
- Lambden, M., Bellamy, G., Ogburn-Russell, L., Preece, C. K., Moore, S., Pepin, T. et al. (1997). Women's sense of well-being before and after hysterectomy. *JOGNN*, 26(5), 540-548.
- Le Cornu, J. (1999). The need for counselling of women who undergo hysterectomy: a feminist perspective. *Contemp Nurse* 8(2), 46-52.
- Lindberg, C. E., & Nolan, L. B. (2001). Women's decision making regarding hysterectomy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 30(6), 607-616.
- McKenzie, C. A., & Grant, K. A. (2000). Hysterectomy -the patient's view: a survey of outcomes of hysterectomy in a district general hospital. *J Obstet Gynaecol*, 20(4), 421-425.
- MINEDUC (1998). Estadísticas del sistema educacional chileno. Recuperado el 11 octubre, 2004, desde <http://www.mineduc.cl/sistema/estadisticas.htm>

- Rannestad, T., Eikeland, O. J., Helland, H., & Qvarnstrom, U. (2001). The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. Absolute and relative differences between pre- and postoperative measures. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80(1), 46-51.
- Rhodes, J. C., Kjerulff, K. H., Langenberg, P. W., & Guzinski, G. M. (1999). Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA*, 282(20), 1934-1941.
- Richter, D.L., Kenzig, M.J., Greaney, M.L., McKeown, R.E, Saunders, R.P. & Corwin, S.J. (2002). Physician-patient interaction and hysterectomy decision making: the ENDOW study. Ethnicity, Needs, and Decisions of Women. *Am J Health Behav*, 26(6):431-41.
- Roovers, J., Van der Bom, J., Van der Vaart, H., & Heintz, P. (2003). Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy. *BMJ*, 327(7418), 774-778.
- Schaffer, J. & Word, A. (2002). Hysterectomy-still a useful operation. *N Engl J Med*, 347(17), 1360-1362.
- Urrutia, M. & Araya, A. (2005). Sexualidad en mujeres histerectomizadas al tercer mes posterior a la cirugía. *Rev Chil Obstet Ginecol* 70(3), 160-165.
- Urrutia, M., Araya, A., Villarroel, L. & Viñales, D. (2004). Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 69(4), 301-306.
- Wade, J., Pletsch, P. K., Morgan, S.W. & Menting, S.A. (2000). Hysterectomy: what do women need and want to know? *JOGNN* 29(1), 33-42.
- Williams, R. D. & Clark, A. J. (2000). A qualitative study of women's hysterectomy experience. *J Womens Health Gend Based Med* 9. Suppl 2, S15-25.