

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**EFEECTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE LA VIDA SEXUAL
DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS**

MAURO MORALES TUBAC

Tesis

**Presentada ante autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Septiembre 2020



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.211.2020

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Mauro Morales Tubac

Registro Académico No.: 100018177

No. de DPI: 1861 00922 0402

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS EFECTO **DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE LA VIDA SEXUAL DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS**

Que fue asesorado por: Dr. Carlos Francisco Castro Bamaca

Y revisado por: Dra. Nívea Sofía Ninoshka Vela Quiñonez, MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **octubre 2020**.

Guatemala, 30 de septiembre de 2020

Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. José Arnoldo Saenz Morales, MA.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades



/emxc

Cuilapa, Santa Rosa 19 de junio de 2020

Dra. Nivea Sofia Ninoshka Vela Quiñonez MSc.
Docente Responsable y revisor de tesis
Maestría en Ciencias Médicas con
Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Cuilapa
"Licenciado Guillermo Fernández Llerena"

Respetable Dra. Vela:

Por este medio informo *que he asesorado* a fondo el informe final de graduación que presenta el Dr. Mauro Morales Tubac carné 100018177, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula **"EFECTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE LA VIDA SEXUAL DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA "**.

Luego de la asesoría, hago constar que el Dr. Morales Tubac, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Dr. Carlos Francisco Castro Bamaca
Ginecología y Obstetricia
COL-31813
Dr. Carlos Francisco Castro Bamaca
Asesor de Tesis
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
"Licenciado Guillermo Fernández Llerena"

Cuilapa, Santa Rosa 19 de junio de 2020


Dra. María Magdalena González Gámez
Coordinación Específica a.i.
Escuela de Estudios de Post-Grados
Facultad de Medicina Universidad de San Carlos de Guatemala
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa "Licenciado Guillermo Fernández

Respetable Dra. González:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta el Dr. Mauro Morales Tubac carné 100018177, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula **"EFECTO DE LA HISTERECTOMÍA SOBRE LA VIDA SEXUAL DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA"**.

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. Morales Tubac, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Dra. Sofia Vela Q.
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
COL. 13,314

Dra. Nivea Sofia Ninoshka Vela Quiñonez MSc.

Revisor de Tesis

Maestría en Ciencias Médicas con
Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Cuilapa
"Licenciado Guillermo Fernández Llerena"



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

DICTAMEN.UIT.EEP.214-2020

24 de agosto de 2020

Doctora

Nivea Sofía Ninoshka Vela Quiñonez, MSc.

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa

Doctora Vela Quiñonez:

Para su conocimiento y efecto correspondiente le informo que se revisó el Informe final del médico residente:

Mauro Morales Tubac

De la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, registro académico 100018177. Por lo cual se determina Autorizar solicitud de examen privado, con el tema de investigación:

"Efecto de la histerectomía sobre la vida sexual de pacientes histerectomizadas"

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.
Unidad de Investigación de Tesis
Escuela de Estudios de Postgrado

c.c. Archivo
LARC/karin

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409
Correo Electrónico: uit.eep14@gmail.com

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: POR LA VIDA Y SALUD QUE ME HA DADO

A MIS PADRES: TOMAS MORALES CHITIC

OCTAVIANA TUBAC SISIMIT

A MI AMADA ESPOSA: LICDA. MARIA ANTONIA LUCAS QUINA

POR SU ESMERO Y PACIENCIA

A MIS HIJAS: MERARI IXCHEL RIMANTADINA

MORALES LUCAS

DANSU SURI SADAI MORALES LUCAS

MARY SAMANTA MAURINHA MORALES LUCAS

A MI FAMILIA MORALES: POR EL APOYO INCONDICIONAL

A MIS CATEDRATICOS: POR LA FORMACION ACADEMICA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:

ESPECIALMENTE AL HOSPITAL

REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA

A MIS COMPAÑEROS DE RESIDENCIA: EN TIEMPO DIFICIL Y DE FELICIDAD

¡GRACIAS!

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	i
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
2.1 Definición de histerectomía	2
2.2 Antecedentes histórico de la sexualidad	4
2.3 Sexualidad e histerectomía	10
III. OBJETIVOS	15
3.1 Objetivos generales	15
3.2 Objetivos Específico	15
IV. MATERIAL Y METÓDO	16
4.1 Tipo de estudio	16
4.2 Población de estudio	16
4.3 Tamaño de la muestra	16
4.4 Muestra por conveniencia	16
4.5 Criterio de inclusión	16
4.6 Criterio de exclusión	16
4.7 Variable a considerar	16
4.8 Fuente de información	16
4.9 Operación de las variables	17
4.10 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados de la información	19
4.11 Aspectos éticos de la investigación	20
4.12 Procesamiento y análisis de datos	20
4.13 Recursos	20
V. RESULTADOS	22
VI. DISCUSION Y ANALISIS	24
6.1 Conclusiones	25
6.2 Recomendaciones	26
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	27
VIII. ANEXOS	30

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1	17
Cuadro 2	18
Cuadro 3	19
Cuadro 4	22

INDICE DE GRAFICAS

Grafica 1	23
Grafica 2	23

RESUMEN

Estudio descriptivo realizado en la consulta externa de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa. El objetivo principal fue determinar cambios de la vida sexual en mujeres que fueron histerectomizada en el hospital regional de Cuilapa durante el periodo comprendido de enero a octubre del año 2010. Se estudiaron un total de 34 pacientes las cuales asistieron en la consulta externa del hospital que cumplieron con criterio de inclusión.

La recolección de la información se utilizó una entrevista basada de preguntas cerrada y abiertas. Los datos obtenidos se ingresaron a la base de datos construida en el programa de Excel para realizar los diferentes análisis de las variables, los pacientes incluidos en el estudio principalmente fueron los que realizaron histerectomías 6 meses potsoperadas captadas en la consulta externa.

Se documento en el estudio que después de la cirugía solo el 22% manifestaron que si presentaron menos placer sexual, de estos se presentó más casos en la histerectomía abdominal con relación con histerectomía vaginal.

I. INTRODUCCIÓN

La histerectomía, está definida como el retiro quirúrgico del útero, es uno de los procedimientos más comunes puede también abarcar el retiro de las trompas de falopio y los ovarios. El retiro de estas estructuras se lleva a cabo como una opción para curar o aliviar diversos problemas ginecológicos. Después de la histerectomía la mujer no tendrá más periodos menstruales y esterilidad (1)

Existen dos formas principales para efectuar una histerectomía. La forma más común es la histerectomía abdominal, que implica el retiro del útero y ovarios, si es necesario de otras estructuras mediante una incisión en la parte baja del abdomen. El segundo procedimiento menos frecuente es la histerectomía vaginal, que implica el retiro del útero solo mediante una incisión en la parte superior de la vagina. Generalmente estos procedimientos tardan una o dos horas y se llevan a cabo en un hospital, con la paciente bajo anestesia raquídeo o general (2).

En el hospital regional de Cuilapa no existe datos sobre el tema, razón de realizar dicho estudio, comprendido el periodo 1 de enero al 31 de octubre del año 2010. En la cual se entrevistaron mujeres con tal característica se solicitó autorización para realizar preguntas acerca del efecto de la histerectomía sobre la vida sexual de pacientes histerectomizadas.

Se observó que pocas personas en un 22% refirió un cambio en su placer sexual predominado en el grupo de cirugía abdominal, en comparación el 14 % con histerectomía vaginal.

II. ANTECEDENTES

2.1 DEFINICIÓN DE HISTERECTOMÍA:

Es la extirpación del útero en forma completa total o parcial, histerectomía sub total, por alguna enfermedad benigna o maligna que lo compromete. Esta intervención se puede realizar a través de la pared abdominal, abierta, laparoscopia o por vía vaginal. Laparoscopía, técnica mínimamente invasiva, que permite una más rápida reinserción a las actividades habituales, aunque tiene algunas limitaciones (1).

La histerectomía es la segunda cirugía ginecológica más frecuente en el mundo, su principal indicación es por patología benigna. Este procedimiento quirúrgico produce impacto en la sexualidad de la mujer, es importante informar a la paciente de las complicaciones que esta pudiera tener. Estudios muestran que tanto el tipo como el abordaje de la histerectomía, parecen no repercutir de forma directa en la sexualidad, las mujeres que se someten al procedimiento refieren experimentar mayoritariamente cambios positivos. Sin embargo, la ooforectomía bilateral en jóvenes produce una menopausia precoz efecto secundario quirúrgico, independiente del tipo o abordaje utilizados, resulta perjudicial posterior a la cirugía. La pareja juega un rol determinante en el proceso de toma de decisión, así como en la sexualidad posterior al procedimiento. Por otro lado, es fundamental capacitar al personal médico ginecólogo a la relevancia de la histerectomía y sus repercusiones en sus vidas de las mujeres (2).

Indicaciones

La histerectomía está indicada en las siguientes enfermedades:

1. Tumores benignos del útero, anexos
2. Tumores benignos del cérvix
3. Tumores malignos de útero, cérvix y anexos
4. Endometriosis severa
5. Dolor pélvico crónico
6. Prolapso genital, entre otras (2).

Anestesia

La histerectomía se puede realizar con anestesia general o regional, Hospitalización y recuperación. La hospitalización requerida va de 1 a 4 días y la completa reinserción a las actividades habituales se logra alrededor de los 30 días en la histerectomía laparoscópica y los 60 días en la histerectomía por vía abdominal (2).

Fertilidad y vida sexual

Algunas consultas frecuentes apuntan a la fertilidad la que evidentemente se pierde en la histerectomía, y el cese del ciclo menstrual, es una cirugía que debe plantear a la pareja de número de hijos deseado a tener. La vida sexual no se modifica con esta cirugía e incluso en algunos casos puede mejorar por la curación de la enfermedad de base (3).

Complicaciones

Como toda cirugía en la histerectomía puede haber complicaciones inmediatas como hemorragia, lesiones de órganos vecinos como intestino o vejiga, infecciones y problemas anestésicos. Además, puede haber complicaciones tardías como trombo embolismo, fístulas con órganos vecinos y dolor pelviano crónico entre otras. Siempre una intervención de esta magnitud debe estar muy fundamentada y la paciente debe solicitar aclarar todas sus dudas acerca de la necesidad de realizarla (4).

2.2 ANTECEDENTES HISTORICO DE LA SEXUALIDAD

La sexualidad varía de una cultura a otra y en el contexto socio-histórico en que se desarrolle. Durante la prehistoria existieron dos etapas: la monogamia natural y la monogamia que tenía como finalidad asegurar el patrimonio familiar (5).

En el Antiguo Testamento, se señalan las normas que regulaban la conducta sexual de la época. En el judaísmo, el matrimonio tenía como finalidad la descendencia y la esposa hebrea tenía el “privilegio” de compartir los favores del esposo con otras esposas secundarias, pero si ella era infiel era apedreada. En la cultura egipcia el incesto estaba permitido y la circuncisión, tenía un carácter ritual en la adolescencia. En Grecia, se toleraba la homosexualidad masculina entre adultos y adolescentes púberes dentro de un contexto educativo. En Atenas las mujeres no podían andar solas, privilegio exclusivo de las hetairas (prostituta fina). En la edad Media, la Iglesia refrenda el matrimonio monógamo y declara al instinto sexual como demoníaco. En 1530 la Reforma protestante de Martín Lutero admite el primer divorcio solicitado por Enrique VIII para separarse de Catalina y casarse con Ana Bolena (5).

A finales del siglo XV aparecen en Europa las enfermedades de transmisión sexual, que fueron consideradas como un castigo celestial. Durante los siglos XVIII y XIX o época victoriana, conductas sexuales como la masturbación, eran consideradas inapropiadas (6).

En 1882 apareció el trabajo de Richard Kraft-Ebing “Psicopatía Sexualis”, donde describe comportamientos sexuales patológicos. Sigmund Freud (1856-1939), demostró la trascendencia de la sexualidad en los individuos. Su teoría de la personalidad, tiene como pivote el desarrollo sexual. Introdujo el término de “líbido” como la energía de la que emanan todas las actividades de los hombres. Por la misma época de Freud, Havelock Ellis publicó su obra *Psychology of Sex*. El describe que el deseo sexual es igual para hombres y mujeres y refuta que la masturbación ocasionara insania (6).

Partieron del hecho de que para conocer la sexualidad debería primero conocerse la anatomía y fisiología. Así iniciaron sus estudios controlados de laboratorio acerca de la respuesta sexual en individuos con y sin problemas sexuales. En 1966 publicaron sus resultados en su libro “Respuesta Sexual Humana”, de donde surge la ya famosa curva de respuesta sexual, anotando que tanto hombres como mujeres tienen la misma capacidad de respuesta sexual y que el deseo sexual no desaparece con la menstruación, embarazo o menopausia (6).

En contraposición a Freud anotaron que existe un solo tipo de orgasmo. Este primer libro fue el primero de una serie que publicaron. Además, no dejaron de señalar los efectos benéficos de la masturbación. En las décadas de los 60 y 70, Shere Hite publicó dos excelentes obras sobre la sexualidad femenina y masculina. Entrevistó a hombres y mujeres acerca de sus experiencias sexuales, desde una óptica más de sentimientos, de la masturbación, juegos sexuales y otros aspectos de la sexualidad, que culminaron con los informes Hite sobre sexualidad masculina y femenina. En referencia a la sexualidad femenina, ella comentó que el problema era que

ésta se veía en función de la respuesta a la sexualidad masculina y coito y no como algo natural y propio (6).

Sexualidad

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social. Sin embargo, un estudio realizado demuestra que los trastornos de la sexualidad afectaban al 50% de las mujeres de edad media, comprometiendo principalmente el deseo y la excitación (7).

Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como es la sexualidad humana, ya que este comportamiento ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos, si a la complejidad humana sumamos los problemas metodológicos que tienen la mayoría de los estudios que investigan sobre sexualidad, entenderemos que es difícil interpretar y comparar los resultados publicados sobre esta área de la conducta humana (8).

Masters y Johnson, sugirieron que al menos en algunas mujeres, el útero podría ejercer un papel en la fisiología del así llamado "orgasmo vaginal". Por ello, algunos investigadores han sugerido que el orgasmo vaginal podría verse afectado luego de la histerectomía total (8).

El verdadero motivo de debate es determinar si la histerectomía subtotal confiere beneficios por sobre la histerectomía total respecto de la función sexual, el porcentaje de mujeres con orgasmos infrecuentes aumentaba desde el 29.7% antes de la intervención, hasta 46.7% un año después de la histerectomía total; sin embargo, no se observó incremento significativo de los orgasmos infrecuentes en mujeres sometidas a amputación uterina supra vaginal (9).

El interés por la histerectomía supra cervical se ha reavivado gracias a la introducción de la histerectomía supra cervical intrafascial clásica (HSIC), efectuada por técnicas de pelviscopia y laparotomía. En esta intervención, el

soporte del piso pelviano no se ve afectado, los ligamentos cardinales y uterosacro no son dañados, y la vagina tampoco es abierta, por lo cual la respuesta sexual posoperatoria podría no modificarse. Desgraciadamente, ningún estudio ha evaluado los cambios en cuanto a la función sexual luego de la HSIC. Efectuada por pelviscopia o laparotomía (10).

Un gran avance, ha sido la clasificación realizada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que ha agrupado los trastornos de respuesta Sexual normal en cuatro tipos:

1. Trastornos del deseo
2. Trastornos de la excitación
3. Falla orgásmica
4. Dolor sexual (11).

Con esta clasificación Laumann y cols, encontró que el 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual. La sexualidad conceptualmente compromete no sólo procesos psicológicos, sino que también orgánicos. Sin embargo, la clasificación de la APA se refiere sólo a aspectos psicológicos. (11).

International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions desarrolló una nueva clasificación; mantuvo las cuatro áreas básicas y agregó dos más: lubricación y satisfacción. Rosen y cols, desarrolló un instrumento que cumplía la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions, que es auto administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. Lo denominó "Índice de Función Sexual Femenina" y demostró su confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina (12).

A través de los procesos de socialización y de las instancias encargadas de reforzar los roles dentro del sistema patriarcal, se transmiten las prácticas y conceptos asumidos como verdades, de los cuales poco se reflexiona,

especialmente a las que se refiere a la sexualidad femenina con énfasis a las mujeres cuando entran a la mediana edad (13).

El cuerpo es el espacio donde se integra lo físico, lo emocional, lo intelectual, lo espiritual, la sexualidad. La forma en que cada mujer se relaciona con el mismo va a estar supeditado al contexto social con el que esto vinculada, traspasado por los mensajes socializadores del sistema patriarcal. El cuerpo es un medio para la procreación dentro de una relación de pareja. Su cuerpo físico es un instrumento para la maternidad, pues este se considera eje constitutivo de la identidad femenina, y está marcada por la posibilidad de ser madre, en nuestra cultura ser madre es ser mujer completa. Desde la lógica del patriarcado el cuerpo erótico este reservado para las mujeres “malas”, a quienes se les exige que todo el erotismo esto representado a través de la expresión de un cuerpo seductor para el goce y disfrute de los otros, reducido a la genitalidad (14).

Al respecto Marcela Lagarde (1997), señala que “el erotismo es la exaltación o inhibición de los impulsos libidal. Tiene como base el ansia o excitación libidinal puesta de manifiesto en el sistema nervioso, en las membranas mucosas, en la piel y en los más diversos órganos. El erotismo tiene protagonistas a los sujetos particulares y a los grupos sociales; tiene como espacio al cuerpo vivido, y consiste en acciones y experiencias físicas, intelectuales y emocionales, subjetivas y simbólicas, conscientes e inconscientes, así como formas de percibir y de sentir, tales como la excitación, la necesidad, y el deseo, que pueden conducir o significar por sí mismas goce, alegría, dolor, agresión, horror y, finalmente, pueden generar placer, frustración y general malestar de manera directa o indirecta.” (15).

Desde esta concepción de sexualidad, la sociedad ha fragmentado a las mujeres en dos grupos: las “mujeres buenas” y las “mujeres malas”. En síntesis, las mujeres no deciden donde estar, se da por un hecho histórico el espacio que debe de ocupar: el público o privado. La sexualidad empieza

cuando se nace y acaba cuando se muere, es una construcción social, histórica y cultural (16).

La sociedad determina los valores sexuales que influyen la forma de vivir la sexualidad, cada persona posee su propia escala de valores sexuales, por lo tanto, el comportamiento sexual es el resultado de asumir las normas sociales y familiares. El contexto socio-cultural, tiende a confundir sexualidad con genitalidad, siendo esta última incluyente dentro de la sexualidad, como parte fundamental e inherente de toda persona, y al ser seres sexuados, en cada acción o comportamiento, tenemos una relación sexual intra e inter personal, siendo esta relación la que influye de manera relevante en la calidad de vida. De ahí la importancia de comprender a profundidad el concepto de sexualidad de las mujeres de mediana edad (17).

Heiman y LoPiccolo (2000) hablan sobre que la cultura sigue viendo la satisfacción sexual con desconfianza y preocupación, y es a través de ella que se envían mensajes que perduran en el pensamiento y se viven como verdades asumidas. Algunos mitos que se mencionan en el imaginario social, respecto a la sexualidad, son los siguientes:

Sexo solo para las menores de 30 años

1. El embarazo y el parto reducen la respuesta sexual de la mujer
2. La vida sexual termina con la menopausia
3. Las mujeres femeninas no toman la iniciativa ni pierden el control durante el acto sexual (18).

Lerer (1991) menciona diversos mitos en torno a la sexualidad femenina.

Algunos de ellos son los siguientes:

1. La sexualidad es natural e instintiva
2. Es deber de la mujer satisfacer al compañero
3. Sexualmente la mujer es pasiva y el varón activo
4. La mujer menstruante es impura
5. En la mujer el goce es más espiritual que corporal

6. La histerectomía reduce la capacidad del goce sexual
7. La sexualidad termina con la menopausia
8. Ser abuela es la realización total para la mujer mayor (19).

Respecto a los mitos mencionados, se puede decir que representan una carga negativa ya que inhibe la expresión de la sexualidad femenina, marcando desde el contexto socio cultural las conductas esperadas hacia y por las mujeres. De allí la importancia de tener un auto concepto y autoestima positiva que permita reflexionar sobre la sexualidad, traspasada por los procesos de socialización dentro del sistema patriarcal (20).

La sexualidad no es un hecho estrictamente biológico, lo biológico es una dimensión fundamental, pero no se puede reducir la sexualidad a la biología y la anatomía ya que, al ser la persona, creadora de la cultura, se ha inscrito la sexualidad en el terreno de lo social, la cultura y del lenguaje. Por lo que se puede decir que la sexualidad es una dimensión fundamental de la naturaleza humana que no puede ser reducida puramente al coito o genitalidad (20).

2. 3 SEXUALIDAD E HISTERECTOMIA

En relación al funcionamiento sexual, estudios recientes la analizan como una dimensión en sí misma, debido a la importancia que revela en la calidad de vida de las mujeres. El bienestar sexual es uno de los factores primordiales en la sensación de placer de la mujer, ya que logra unificar la satisfacción física-emocional, además de fortalecer su propia identidad y sentido de feminidad, elementos claves en la percepción de la calidad de vida (21).

La sexualidad identifica como se define cada mujer a sí misma y en la sociedad, ayuda a que esta adquiera motivación en la realización de sus múltiples roles, por lo tanto, al verse afectada podría alterar otras dimensiones en calidad de vida (22).

Muchas mujeres evitan responder preguntas acerca de su sexualidad, por ser este un Tema percibido como íntimo, por ello los profesionales de la salud evitan también referirse al tema si sus pacientes no se lo manifiestan, asumiendo que ellas les dirán si hay algún problema en esta área (22).

Scriven y Tucker evaluaron el conocimiento que tenían las pacientes antes y después de someterse a esta cirugía y una de las áreas que demostró tener mayor déficit fue el área sexual, ya que las mujeres refieren querer conocer aspectos de su sexualidad como la anatomía, fisiología de los órganos genitales y cambios en el funcionamiento sexual, aspectos que los profesionales no abordaban o si lo hacían era de manera muy técnica. Esta situación es una problemática que se vive en la actualidad y es de gran relevancia, ya que por un lado nos señala que la educación entregada no está enfocada a las necesidades de las usuarias y por otro lado nos advierte la falta de capacitación por parte de los profesionales de la salud para la educación de las mujeres (23).

Hay que destacar que la sexualidad se deteriora significativamente en la mujer que sufre menopausia quirúrgica, aumentando incluso al triple las disfunciones sexuales en este período. Cabe señalar que, en una revisión de dieciocho estudios, los autores concluyeron que la histerectomía por sí sola no afecta la sexualidad. Al analizar la dimensión sexual en la mujer histerectomizada, los autores evidenciaron que psicológicamente la remoción del útero hace que las mujeres piensen que los cambios resultantes de esta cirugía pueden contribuir al distrés vaginal y a una disminución de la sensación genital, la cual disminuiría el vaso congestión (23).

Helström y cols avalan el rol primordial que juega la pareja sexual de las mujeres histerectomizadas, ya que esta influiría en el afrontamiento que ella tenga. Dicho estudio demostró que las mujeres que tenían una buena relación de pareja preoperatoriamente, no presentan cambios críticos en su sexualidad, sino que por el contrario demuestran mejoría en varios ámbitos de

su funcionamiento sexual; sin embargo, aquéllas que catalogan su relación de pareja como mala o ambivalente, muestran un deterioro de su funcionamiento sexual antes y después de la cirugía, otro aspecto importante a considerar son las expectativas que tengan las usuarias con respecto a la cirugía (23).

En Chile, estudio publicado que evalúa la sexualidad en mujeres hysterectomizadas, hace mención al inicio de la sexualidad post-hysterectomía. Los autores señalan que las expectativas sexuales, la seguridad y confianza en sí misma son factores que influyen al momento de reiniciar la vida sexual, por lo que, si estas son negativas, la sexualidad será enfrentada con ansiedad y conductas evasivas, postergando por tanto el reinicio de la actividad sexual. Este es un aspecto importante de ser evaluado por los profesionales de la salud, ya que los mitos y temores pueden obstaculizar el normal funcionamiento de la actividad sexual y deteriorar así la calidad de vida de estas mujeres. Al respecto es importante señalar que a mayor educación preoperatoria mejor enfrentamiento tendrán las usuarias al momento de reiniciar su vida sexual (24).

Halttunen al comparar la hysterectomía total con respecto a la cirugía subtotal, específicamente en la conservación del cérvix, concluyó que ambas formas de hysterectomía no afectan el orgasmo femenino, y el tipo de cirugía no determina la frecuencia sexual o la satisfacción sexual percibida por la mujer (24).

Urrutia y cols señalan que las mujeres hysterectomizadas no presentan diferencias significativas al sexto mes posterior a la cirugía con respecto a la vida sexual antes de la cirugía, en relación a la frecuencia de relaciones sexuales, presencia y frecuencia de orgasmo, percepción de deseo sexual y grado de satisfacción, sin embargo, la prevalencia de dispareunia e incontinencia disminuyó significativamente. En el estudio al tercer mes, las autoras lo plantean como un periodo de transición (25).

Bernhard y cols, avalan la importancia del componente psicológico sobre el funcionamiento sexual, ya que una patología psiquiátrica agregada influiría negativamente en la vida sexual de estas mujeres post-histerectomía; destacan que es imprescindible evaluar la calidad de la sexualidad antes y después de la histerectomía. Señalan que la sexualidad resulta más deteriorada en mujeres que son sometidas a cirugía por causa maligna que las que fueron operadas por causa benigna, a su vez, mujeres de menor edad resultan más afectadas por esta cirugía que aquéllas de mayor edad (25).

Las creencias arraigadas en algunos contextos culturales llevan a las mujeres a asociar el útero a valores simbólicos importantes. La ausencia de este órgano causa impacto sobre la vida sexualidad y consecuentemente causa interferencia en la personalidad del ser humano. La sexualidad humana influye no sólo en la relación hombre-mujer, abarca también las demás relaciones que involucran personas. En algunos escenarios culturales la mujer sin útero es rotulada como “mujer fría o vacía” y sufre las consecuencias de ese estigma. Muchas mujeres creen que este órgano contribuye al placer sexual, tanto por los movimientos como por las contracciones que se originan de él. La existencia de esa creencia explica el hecho de que muchas mujeres se quejan de la disminución de la respuesta sexual después del retiro del útero (25).

Dimensión social

Respecto a la dimensión social, existe evidencia de los conocimientos errados que hay acerca de la histerectomía. Cabe destacar que los hombres son los más escépticos con respecto a los resultados de esta cirugía. Hakim y cols, hacen referencia a la importancia de la educación y creencias culturales como herramientas fundamentales en la ayuda de los profesionales en el cuidado en salud. Evidenciando que la mujer menos informada tiene mayor predisposición a sentir las repercusiones post histerectomía. Por ello

concluyen que la decisión de realizar la histerectomía debe ser tomada en conjunto la familia, pareja y el médico ginecólogo (26).

Dimensión física

Con respecto a la dimensión física, se evidencia que los desórdenes ginecológicos tienen un impacto negativo en los aspectos de salud en torno a su calidad de vida, ya que el exceso de sangrado, dolor pélvico y malestar producido por estas condiciones interviene con la salud y el diario vivir en estas mujeres. Sin embargo, a los 6 meses posteriores a la cirugía, muestran similares niveles en su salud y funcionamiento diario en comparación al grupo control de mujeres sanas. Se concluye que el tiempo de rehabilitación no excede los 6 meses y en éste mismo período las mujeres vuelven a su nivel normal, mejoran su salud y retoman el diario vivir en forma óptima. Las mujeres con incisiones de Pfannenstiel tienen mejor estética física a comparación con las incisiones media infra umbilical (26).

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivos Generales:

Determinar los cambios de la vida sexual en mujeres que fueron histerectomizada en el hospital regional de Cuilapa Periodo comprendido del 1 de enero al 31 de octubre del año 2010.

3.2 Objetivos especifico

3.2.1 Determinar cambios según el placer sexual en pacientes histerectomizadas estudiadas.

3.2.2 Establecer los cambios en la aceptación sexual de la pareja.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio: Descriptivo.

4.2 Población de estudio: Paciente hysterectomizada en el hospital Regional de Cuilapa de Santa Rosa, captadas en la consulta externa, 6 meses post hysterectomía total más salpingooforectomia bilateral mayor de 40 años en departamento Ginecoobstetricia.

4.3 Tamaño de la muestra: Muestra no probabilística, número tomado por conveniencia.

4.4 Muestra por conveniencia: En la que se toma pacientes con criterio de inclusión que se presentaron en el periodo de tiempo del estudio

4.5 Criterios de inclusión:

- ✓ Paciente dispuesta a participar como sujeto de la investigación.
- ✓ Hysterectomía abdominal total más salpingooforectomia bilateral mayor de 40 años.
- ✓ Hysterectomía vaginal más salpingooforectomia bilateral mayor de 40 años.
- ✓ Nivel de funcionamiento psicológico normal.
- ✓ Edad entre 40 y 50 años.
- ✓ Paciente 6 meses post operada aproximadamente.

4.6 Criterios de exclusión:

- ✓ Paciente con terapea de reemplazo hormonal.
- ✓ Paciente que fueron operado en otro hospital.
- ✓ Paciente que no cumpla definición de caso y no desea participar.

4.7 Variable a considerar:

- i. Variable dependiente
 - a. Cuadro de operacionalización de variable

4.8 Fuente de información: Boletas de entrevista

4.9 Operacionalización de las variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de medida	Escala de la variable
Tipo de histerectomía	Es la extirpación del útero en forma completa histerectomía total o parcial, histerectomía sub total, por alguna enfermedad benigna o maligna que lo compromete. Esta intervención se puede realizar a través de la pared abdominal, abierta, laparoscopia o por vía vaginal.	Tipo de histerectomía según antecedentes quirúrgico del registro medico	<ul style="list-style-type: none"> • Abdominal • Vaginal 	Nominal
Sexualidad	Representa el conjunto de comportamientos que conciernen la satisfacción de la necesidad y el deseo sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Según la respuesta en la entrevista • Después de la cirugía a presentado usted disminución en su deseo sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Si o no • Ninguna respuesta 	Nominal
Cambios en la vida sexual	Denota la transición que ocurre de un estado a otro en la vida sexual del ser humano	<ul style="list-style-type: none"> • Según la respuesta en la entrevista • Después de la cirugía presento cambio en si vida sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Si o no • Ninguna respuesta 	Nominal
Rechazó sexual del esposo	No aceptación, no admisión o resistencia a la pareja sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Según la respuesta en la entrevista • Ha presentado rechazó sexual del esposo 	<ul style="list-style-type: none"> • Si o no 	Nominal

Dispareunia	Dolor durante el coito en la mujer, sin contractura de la vulva	<ul style="list-style-type: none"> • Según la respuesta en la entrevista • Usted después de la cirugía a presentado dolor al tener relación sexual 	• Si o no	Nominal
Lubricación vaginal	Se produce por la segregación del flujo vaginal, un líquido viscoso segregado por el cuello de la matriz y las paredes de la vagina con diversos fines.	<ul style="list-style-type: none"> • Según la respuesta en la entrevista • Antes de la cirugía • Después de la cirugía 	• Si o no	Nominal

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de medida	Escala de la variable
Sangrado vaginal	Salida de sangre por la vagina después del acto sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Según la respuesta en la entrevista • Antes de la cirugía • Después de la cirugía 	<ul style="list-style-type: none"> • Si o no 	Nominal
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza	Según la respuesta en la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Alfabeta • Analfabeta 	Nominal

4.10 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de la información.

4.10.1 Técnicas: Las técnicas utilizadas en el trabajo de campo para la recolección de información fueron la revisión sistemática de expediente clínico y libros de registro de cirugías de las pacientes post histerectomizada realizada en el Hospital Regional de Cuilapa, que se obtuvieron por medio de la boleta de recolección de datos estructurado.

4.10.2 Procedimientos: Se solicitó a las autoridades del Hospital Regional de Cuilapa para la autorización del estudio, previo a su autorización se procedió a la revisión de los registros clínicos para seleccionar las pacientes y posteriormente se usó instrumento de encuesta con preguntas cerradas, se entrevistó las participantes en la consulta externa previo a consentimiento informado, pacientes histerectomizadas en el departamento Ginecoobstetricia en el hospital regional de Cuilapa.

4.10.3 Instrumentos para la recolección de la información: Se utiliza como instrumento una boleta de entrevista en la cual incluyo información sobre datos generales, número de expediente clínico de todas las pacientes objeto de estudio
(ver anexo 1).

4.11 Aspectos éticos de la investigación

- i. El consentimiento informado para todos los que participaron
- ii. Explico a los sujetos incluidos en el estudio que la investigación no puede modificar las condiciones de riesgo a las que se encuentra expuestas.
- iii. La información es estrictamente confidencial.
- iv. La entrevista se realizó en área privada

4.12 Procesamiento y análisis de datos: Dicha información se ingresó a la base de datos construida en programa de Excel para realizar diferente análisis y construcción de tablas, graficas. Se utilizo estudio descriptivo para la cual se usaron frecuencia simple y porcentajes.

4.13 Recursos

4.13.1 Materiales

- Libros de registro de pacientes
- Expedientes clínicos
- Clínica de consulta externa
- Materiales de escritorio
- Computadoras laptop e impresoras
- Hojas de papel bond y bolígrafos
- Calculadoras

4.13.2 Humano

- Pacientes histerectomizadas en el departamento Ginecoobstetricia en el hospital regional de Cuilapa.

V. RESULTADOS

Cuadro: 1

Efecto de la histerectomía sobre la vida sexual de pacientes histerectomizada de la variable de escolaridad.

Variable de acuerdo a escolaridad		No.	%
Escolaridad	alfa beta	23	68
	analfabeta	11	32
	total	34	100

Cuadro: 2

Después de la cirugía ha presentado menos placer sexual, según tipo de histerectomía.

Respuesta	H. abdominal	%	H. vaginal	%	Total, de pacientes
si	06	22	01	14	07
no	20	74	05	72	25
ninguna	01	4	01	14	02
total	27	100	07	100	34

Cuadro: 3

Después de la cirugía ha presentado usted disminución en su deseo sexual, según tipo de histerectomía.

Respuesta	H. abdominal	%	H. vaginal	%	Total, de pacientes
si	16	59	04	57	20
no	09	33	02	28	11
ninguna	02	08	01	15	03
total	27	100	07	100	34

Cuadro: 4

Ha presentado usted rechazo sexual por parte de su esposo después de la cirugía
¿Respuesta si por qué?

si	Aspecto	No.	%
	Dolor	02	25
flujo vaginal	04	50	
sangrado vaginal	02	25	
Sub total	08	24	
No	26	76	
Total	34	100	

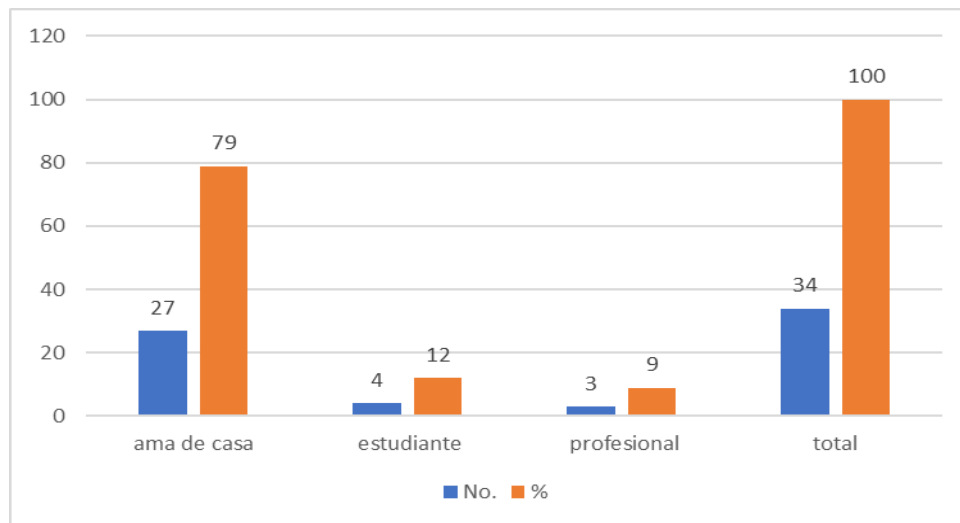
Cuadro: 05

Usted después de la cirugía ha presentado algunas molestias al tener relaciones sexuales
¿respuesta si por qué?

si	Aspecto	No	%
	sangrado vaginal	03	50
Dolor	02	33	
flujo vaginal	01	17	
Sub total	06	18	
No	28	82	
Total	34	100	

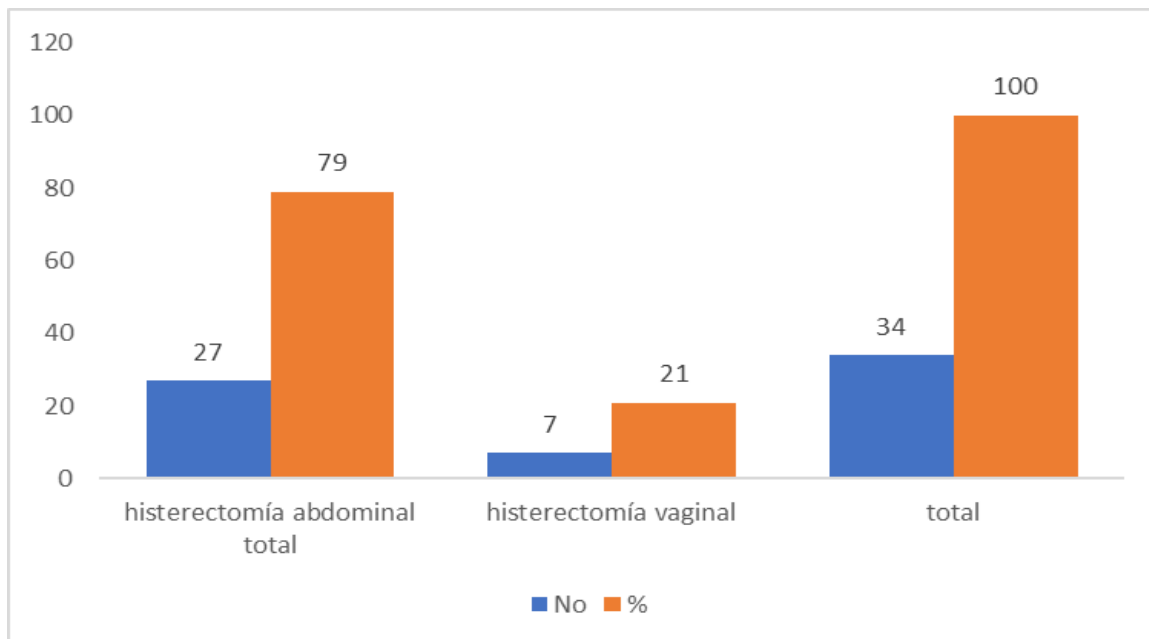
Gráfica: 1

Efecto de la histerectomía sobre la vida sexual de pacientes histerectomizada de la variable de ocupación.



Gráfica: 2

Efecto de la histerectomía sobre la vida sexual de pacientes histerectomizada de la variable de tipo de histerectomía.



VI. DISCUSION Y ANALISIS

Se entrevistó a 34 paciente que fueron evaluadas en la consulta externa del hospital regional de Cuilapa con 6 meses postcirugía, muestra el estudio que el 79 % de las pacientes en su mayoría fueron amas de casa y en un 62 % son casadas y el 68 % son alfabetas.

El 79 % se les realizo histerectomía abdominal total, corresponde a 27 personas y 21 % se les realizo histerectomía vaginal, corresponde a 7 personas. El 74 % de las pacientes no presentó menos placer sexual después de la histerectomía abdominal y una persona manifestó que si presento menos placer sexual después de una histerectomía vaginal.

Después de la cirugía “ha presentado usted disminución en su deseo sexual” 59 % de las pacientes con histerectomía abdominal manifestaron si, corresponde a 16 pacientes de 27 personas, cuatro de 7 personas con histerectomía vaginal refirieron cambios.

El 76 % de las pacientes no presentaron rechazo sexual por parte de su esposo después de la cirugía, el 24 % manifestaron que si presentaron rechazo sexual, un 50 % fue por flujo vaginal y el resto de las entrevistadas manifestaron que fue por dolor y sangrado vaginal.

El 82 % de las pacientes no presentaron ninguna molestia al tener relaciones sexuales y el 6 % manifestaron que, si presentaron molestias, siendo el 50 % por sangrado vaginal, 33 % por dolor y 17 % flujo vaginal.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 De 34 pacientes que llenaron criterios de inclusión el 79 % se les realizo histerectomía abdominal total y 21 % se les realizo histerectomía vaginal.
- 6.1.2 El 59 % de las pacientes con histerectomía abdominal, presentó disminución de su deseo sexual después de la cirugía y el 57 % histerectomía vaginal.
- 6.1.3 El 74 % de las pacientes no presentó menos placer sexual después de una histerectomía abdominal y el 14 % histerectomía vaginal.
- 6.1.4 Se observó que las pacientes no presentaron rechazo sexual por parte de la pareja, en el 76 % no hubo cambio, y las que manifestaron que sí, tuvieron molestias fue por flujo vaginal.
- 6.1.5 El 79% de las pacientes fueron amas de casa, 62% casadas y 68% alfabetas, 32 % fueron analfabetas

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Realizar un plan educacional para el consentimiento informado, interviniendo la participación de psicología o psiquiatría de los efectos adversos a largo plazo en relación con cambios de la vida sexual de cada paciente.

- 6.2.2 Promover próximos estudios con poblaciones mayores que incluyan test psicológicos que comprueben cambio en la vida sexual post cirugía de este tipo o cambios en relación de pareja, ampliar la muestra con fin de obtener más información, para estudios más representativos de la comunidad.

- 6.2.3 Seguimiento de todas las pacientes operadas que manifiestan inconformidad posterior a la cirugía y llevar análisis conjuntamente con el departamento de Psicología, Psiquiatría para un tratamiento integrado.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Käser Hirsch Iklé atlas de cirugía ginecológica, con cirugía de mama, urológica y gastrointestinal . 5ta edición Editorial, New York, N.Y. 10016, U.S.A. 2003. p. 173-175
2. Rock, John A. Howard W. Jones III Telinde, et.al ginecología quirúrgica, 9na edición, new orleans u.s.a. editorial medica panamericana, 2010. p. 865,-875.
3. Bonet, José-Vicente. Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima. 1997. Ed. Sal Terrae. Maliaño (Cantabria, España). p. 167.
4. Branden, Nathaniel. Cómo mejorar su autoestima. 1987. Versión traducida: 1990. 1ª edición en formato electrónico: enero de 2010. Ediciones Paidós Ibérica. p. 3-4.
5. Anónimo. La Revolución sexual. En: Secretos de la pareja. Barcelona: Planeta De Agostini; 1995. p. 1028-30.
6. Berlin Spinger-Verlag. Organización Mundial de la Salud. Quality of li assessment: International Perspectives 1994. Disponibl <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41833>
7. Ahumada S, Trujillo S. La histerectomía: repercusiones psicosociales. Documento de trabajo No. 23. SERNAM 1994, Chile. Disponible: <http://dx.doi.org/10.4067>
8. Anónimo. Los sexólogos. En: Secretos de la pareja. Barcelona: Planeta- De Agostini; 1995. p. 2056-59
9. Caruso KS. Female sexuality and sexual counseling. Curr Prob Obstet Gynecol Fertil 1993. p. 16, 107-34.
10. Kinsey A, Pomeroy W, Martin C, et al. Sexual Behavior in the human female. Philadelphia: WB Saunders; 1953. p.11
11. Miranda, Christian (2005). «La autoestima profesional: una competencia mediadora para la innovación en las prácticas pedagógicas» (PDF). Revista

- Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación.
Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/551/55130179.pdf>
12. Cherokey Mena Covarrubias. «Una óptica humanista y conductista de la sustentabilidad». Del Río Chiriboga C. Sida y enfermedades de transmisión sexual. En: McCary JC, McCary S, Alvarez-Gayou JL, del Río C, Suárez JL editores. Sexualidad humana. México: El Manual Moderno; 1996. p. 363-82.
 13. Harlow B, Barbieri R. Influence of education on risk of hysterectomy before age 45 years. *Am J Obstet Gynecol* 1999. p. 843-7. 15.
 14. Tierno, bernabé, "psicología práctica de la vida cotidiana", edic. temas de hoy Madrid, 2001. Disponible: <https://www.iberlibro.com/buscar-libro/titulo/psicolog>.
 15. Jaramillo, Natalia Enfermedades comunes del útero. Opciones para su tratamiento. (1998). Disponible: www.healthfinder.gov/news/newstory/asp?docID=510783.
 16. Lucero, Claudia. Percepción, síntomas y sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 33 (2007), pp. 1-8
 17. Kolodny, R., Master, W. & Jonson, V. (1985). Tratado de medicina sexual. Editorial Científico Técnica. p.390-394
 18. Rannestad T, Eikelan O, Helland H, Qvarnstrom U. The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001. p. 80:46-51.
 19. Cerruti B S. Sociedad y Sexualidad. En: Sexualidad Humana. Aspectos para desarrollar docencia en educación sexual. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud; 1992. p. 27-67.
 20. Halttunen M. Female sexuality does not need a uterine cervix: no need for subtotal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004. p. 83, 119-20.
 21. Anónimo. La sexualidad Victoriana. En: Secretos de la pareja. Barcelona: Planeta De- Agostini; 1995. p. 884-86.
 22. Calderone M. Historical perspectives on the human sexuality movement: hindsight, insights and foresights. In: Rosenzweig N, Pearsell F Ed. Sexual

- Education for the Health Professional. New York: Grune & Stratton; 1978. p. 5-22.
23. Masters WH, Johnson VE. Human Sexual Inadequacy. Boston: Little Brown; 1970. P.487
 24. Urrutia MT, Araya, A, Villarroel L, Viñales D. Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. R EV CHIL OBSTET GINECOL 2004. p. 301-6.
 25. Pérez, Faustino, Ginecología. Información sobre salud y bienestar de la mujer. (2001). Disponible: www.unizar.es/gine/gin402.htm %
 26. Colette Bouchez, Histerectomía la operación que las mujeres podrían no ne (2001). Disponible: www.healthfinder.gov/news/newsstory.asp?docID=510783.

VIII. ANEXO

Anexo No.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Instrumento:

Edad: _____ procedencia:

Escolaridad _____ estado civil:

Registro medico _____ Ocupación:

Tipo de histerectomía

1. ¿Después de la cirugía ha presentado menos placer sexual?

Si _____ No _____ Ninguna respuesta _____

2. ¿Después de la cirugía ha presentado usted disminución en su deseo sexual?

Si _____ No _____ Ninguna respuesta _____

3. ¿Ha presentado rechazo sexual por parte de su esposo después de la cirugía?

No _____ Si porque: _____

4. ¿Usted después de la cirugía ha presentado molestias al tener relaciones sexuales?

No _____ Si porque: _____

Responsable:

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis **“EFECTO DE LA HISTERECTOMIA SOBRE LA VIDA SEXUAL DE PACIENTES HISTERECTOMIZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.

