

Trabajos Originales

EDUCACIÓN DE MUJERES HISTERECTOMIZADAS: ¿QUÉ DESEAN SABER?

María Teresa Urrutia S.^{1a}, Pía Riquelme G.^a, Alejandra Araya G.^{1a}

¹Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

^a Enfermera-Matrona.

RESUMEN

Antecedentes: La histerectomía (HT) es una de las intervenciones más frecuentes en ginecología, por lo tanto resulta de relevancia evaluar lo que las mujeres desean para enfrentar este proceso. **Objetivo:** Conocer las necesidades educativas de un grupo de mujeres sometidas a histerectomía. **Método:** Estudio descriptivo, de corte transversal, con una muestra de 120 usuarias. Se realizó una entrevista para conocer la educación recibida y la deseada, y así establecer la necesidad educativa de las mujeres. **Resultados:** El 100% de ellas señala que sus parejas no recibieron educación acerca de la HT. El 46,7% declara recibir la educación por parte del médico y el 80% desearía hubiese sido la matrona. El 45% recibe la educación al fijar la fecha de la cirugía y el 78% desearía haberla recibido antes de este momento. El 47% recibe la educación en el hospital y el 46% desea recibirla ahí. El 75% refiere recibir educación en forma verbal-individual y el 47,5% le hubiese gustado de manera audiovisual-individual. Se educa a más del 50% de las mujeres sólo en 3 tópicos de los 16 evaluados. Los principales temas en los cuales fueron educadas no coinciden con aquellos deseados por las mujeres. **Conclusión:** Se concluye que las necesidades de las mujeres no son satisfechas en su totalidad y se destaca la importancia del rol educativo por parte de los profesionales del área.

PALABRAS CLAVES: **Necesidad educativa, histerectomía**

SUMMARY

Background: Hysterectomy is one of the most important surgeries in gynecology, therefore it is relevant to evaluate that the women want for facing this process. **Objective:** The aim is to know the educational necessity in hysterectomized women. **Methods:** Cross sectional study, in 120 women. Data compilation was done by means of an interview, it was permits to know the education executed and the education wanted. **Results:** The 100% of the partner did not receive education about hysterectomy. The physicians gives the education in the 46.7%, however the women want the midwifery in the 80%. The 45% receives the education at the moment to establish the day of the surgery, however the women want it before in the 78%. The education was given in the 47% at the hospital, and the women want it in the 46%. The individual and verbal form is the methodology in the 75% and the women prefer the audiovisual form in the 47.5%. The women were educated in 3/16 topics in more than 50%. The principal topics were not related to the ones wanted. **Conclusion:** The education was not satisfied in the totality, for that it is important to emphasize the educational role of professional in this area.

KEY WORDS: **Educational necessity, hysterectomy**

INTRODUCCIÓN

La histerectomía (HT) es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en ginecología (1) y la falta de conocimientos acerca de ella ha generado creencias erradas (2). Muchas veces las usuarias no son informadas sobre esta intervención, que es lo que les harán, que cambios tendrán, (3) y si lo son, no siempre entienden la información entregada (4).

Las usuarias señalan que existen grandes diferencias entre quienes le proporcionan información sobre la histerectomía y quienes las cuidan; algunas expresan sentir desconfianza de los profesionales de la salud, en cuanto a la información recibida, dado que esta es muy diversa (5).

La mayor necesidad frente a la intervención se enfoca en dos puntos: uno es contar con una persona que les provea información previo a la cirugía, que las guíe en que significa ser una mujer histerectomizada y que consecuencias podrían enfrentar y la otra es la necesidad de educar a las personas cercanas a ellas, para evitar la falta de apoyo que muchas mujeres vivencian (6).

Evaluar las necesidades educativas (NE) es un elemento esencial dentro del diseño de cualquier proyecto educativo. Una NE siempre nos muestra la existencia de una deficiencia; este análisis es la base para proponer decisiones, además de ir dirigido a determinar la naturaleza exacta de un problema y como poder resolverlo (7).

Esta investigación tiene como objetivo conocer las NE de un grupo de mujeres histerectomizadas,

con el propósito de aportar al conocimiento de los profesionales del área y sensibilizarlos acerca del importante rol que nos compete en la educación de estas mujeres.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, de corte transversal, constituido por 120 mujeres sometidas a HT en el servicio de Ginecología del complejo asistencial Dr. Sótero del Río, durante el período comprendido entre noviembre de 2003 y enero de 2004. De un universo de 121 mujeres durante este periodo, solo 1 mujer no quiso participar. El criterio de exclusión fue HT de causa obstétrica. Para la recolección de datos se diseñó un instrumento el cual consideró la extracción de las siguientes variables: datos generales de la usuaria, antecedentes de la cirugía, educación recibida por la usuaria y educación que le hubiese gustado recibir en torno a la cirugía realizada; las dos últimas variables fueron abordadas respondiendo a las interrogantes de quién es el profesional que educa, cómo le entrega la educación, cuándo es educada, dónde es educada y cuáles son los contenidos educativos entregados. Los contenidos educativos evaluados fueron divididos en 4 grupos con sus respectivos tópicos (Tabla I). Los tópicos considerados surgieron de la revisión de literatura al respecto. Se consideró NE aquel "vacío entre lo que es en la realidad y lo que debería ser según el investigador" (8). Las autoras consideramos el deseo de la usuaria como parámetro de lo que "debiera ser".

Tabla I

CONTENIDOS EDUCATIVOS CONSIDERADOS EN LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN RECIBIDA POR LAS MUJERES HISTERECTOMIZADAS

<i>Grupo</i>	<i>Tópico a Educar</i>
Grupo 1. Aspectos Generales	Características de la patología causal de la HT Posibles complicaciones de la HT
Grupo 2. Características del acto quirúrgico	Extracción de los ovarios y sus consecuencias Duración de la cirugía Tipo de anestesia Preparación pre-operatoria Utilización de vendas elásticas profilácticas
Grupo 3. Cuidados posteriores a la cirugía	Tiempo de hospitalización Cuidados de la herida operatoria Régimen de alimentación Uso de sonda urinaria Deambulacion precoz
Grupo 4. Efectos de la HT en su vida futura	Efecto de la HT en la sexualidad Cese de la capacidad fértil Cese de la menstruación Cese del uso de método de planificación familiar

El instrumento fue aplicado previo al alta, proporcionando un ambiente tranquilo para la usuaria. Se solicitó firmar consentimiento informado a cada una de las mujeres. Se realizaron análisis de frecuencia, medidas de tendencia central y dispersión, a través del programa estadístico SPSS 12.0.

RESULTADOS

El promedio de edad fue $56 \pm 11,9$ años. El promedio de años de escolaridad es de $7,8 \pm 4,3$ años. El 86% son multíparas y 14% nulíparas. El 62% posee pareja estable y el 38% no tiene pareja.

El 63% fue hysterectomizada por patología benigna y el 37% por causa maligna. El 80% de las usuarias fueron intervenidas vía abdominal, el restante 20% vía vaginal. El 11% fue intervenida de urgencia y el 89% restante de manera programada.

Al preguntarles quién le habló por primera vez sobre la hysterectomía, el 43% refiere que fue un familiar, 35% una vecina y 22% alguna amiga. El 100% de las mujeres señala que sus parejas no recibieron educación acerca de la HT. Al preguntarles si ellas creen que las parejas desearían recibir educación, un 68% declara que sí, 25% que no y el 7% restante no sabe.

En cuanto a las características de la educación recibida, el 46,7% de las mujeres declara haberla recibido por parte del médico, sin embargo el 80% desearía hubiese sido la matrona (Tabla II). Cabe señalar que el 100% de las mujeres educadas por matronas, consideran que es ella la profesional que debiera hacerlo; por otro lado, sólo 15 mujeres de un total de 51 educadas por médico, consideran que es el profesional que debiera hacerlo.

Tabla II

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS USUARIAS SEGÚN PROFESIONAL QUE DEBIERA EDUCARLAS V/S QUIENES LAS EDUCARON

Profesional que educa	Médico	Profesional que debiera educar según deseo de la usuaria				Total	Porcentaje
		Matrona	Alumna	Nadie	Otro		
Médico	15	41	–	–	–	56	46,7
Matrona	0	32	–	–	–	32	26,7
Alumna	1	5	–	–	–	6	5,0
Nadie	8	16	–	–	–	24	20,0
Otro	0	2	–	–	–	2	1,6
Total	24	96	–	–	–	120	–
Porcentaje	20	80	–	–	–	–	100

Tabla III

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS USUARIAS SEGÚN EL MOMENTO EN QUE SON EDUCADAS Y EL MOMENTO QUE LES GUSTARÍA SERLO

Momento en que recibe la educación	Momento en que debiera recibir la educación según deseo de la usuaria							Total	Porcentaje
	Al ser derivada a médico	Al controlarla el médico	Al fijar fecha de cirugía	Después de fijar fecha	Durante la hospitalización	Después de ser operada	Nunca		
Al ser derivada a médico	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Al controlarla el médico	11	–	–	–	–	–	–	11	9
Al fijar fecha de cirugía	44	4	–	–	6	–	–	54	45
Después de fijar fecha de cirugía	–	3	–	–	1	–	–	4	3
Durante la hospitalización	4	2	–	–	9	–	–	15	13
Después de ser operada	1	2	–	–	9	–	–	12	10
Nunca	1	21	–	–	2	–	–	24	20
Total	61	32	–	–	27	–	–	120	–
Porcentaje	51	27	–	–	22	–	–	–	100

En relación al momento en que son educadas, el 45% recibe la educación al fijar la fecha de la cirugía, sin embargo el 78% desearía haberla recibido antes, ya sea al momento de ser derivada o en los controles previos con el médico (Tabla III).

En relación al lugar donde son educadas, el 47% recibe la educación en el hospital siendo el 46% el que desearía haberla recibido en este lugar. Cabe señalar que el 13% de las mujeres considera que la educación debiera darse en el consultorio de nivel primario (Tabla IV).

Respecto de la metodología utilizada en la educación, el 75% refiere haberla recibido de manera verbal-individual, sin embargo 43 de estas mujeres le hubiese gustado de manera audiovisual-individual (Tabla V).

En cuanto a los contenidos educativos recibidos por la usuaria (Tabla VI), de un total de 16 tópicos evaluados, en solo 3 de ellos se realiza educación a más del 50% de las mujeres; al analizar los tópicos que las usuarias hubiesen querido conocer, surgen 8 tópicos con una frecuencia mayor del 50%. Los principales temas deseados

por las mujeres son: cuidados de la herida operatoria, posibles complicaciones de la HT y características de la patología causal, sin embargo los tópicos en los cuales se les educó fueron: utilización de vendas profilácticas, tipo de anestesia y cuidados de la herida, coincidiendo con la preferencia de las usuarias solo el último.

Cabe señalar que de los contenidos del grupo 4, solo el referente al cese de la menstruación fue considerado por los profesionales, con un 22,5%. Todos los tópicos de este grupo, fueron elegidos como deseables por al menos el 25% de la muestra.

DISCUSIÓN

Esta es la segunda publicación en Chile relacionada a la educación de mujeres histerectomizadas. La unidad de sexualidad humana del servicio de ginecología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, previamente publicó acerca de este tema, sin embargo dicha publicación señala la experiencia lograda en la realización de talleres

Tabla IV
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS USUARIAS SEGÚN EL LUGAR DONDE RECIBE LA EDUCACIÓN Y DONDE LE GUSTARÍA RECIBIRLA

<i>Lugar donde recibe la educación</i>	<i>Lugar donde debiera recibir la educación según deseo de la usuaria</i>				<i>Total</i>	<i>Porcentaje</i>
	<i>Consultorio</i>	<i>Policlínico</i>	<i>Hospital</i>	<i>Ninguno</i>		
Consultorio	–	–	–	–	–	–
Policlínico	1	37	2	–	40	33
Hospital	9	7	40	–	56	47
Ninguno	6	11	7	–	24	20
Total	16	55	49	–	120	–
Porcentaje	13	46	41	–	–	100

Tabla V
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS USUARIAS SEGÚN LA FORMA EN QUE FUE EDUCADA Y COMO LE GUSTARÍA SERLO

<i>Forma en que fue educada</i>	<i>Forma en que debiera ser educada según deseo de la usuaria</i>					<i>Total</i>	<i>Porcentaje</i>
	<i>Verbal individual</i>	<i>Verbal grupal</i>	<i>Escrito individual</i>	<i>Audiovisual individual</i>	<i>Ninguno</i>		
Verbal Individual	36	–	3	43	–	90	75
Verbal Grupo	9	–	2	11	–	22	18
Escrito Individual	–	–	–	–	–	–	–
Audiovisual Individual	–	–	–	–	–	–	–
Ninguno	4	–	1	3	–	8	7
Total	49	–	6	57	–	120	–
Porcentaje	41	–	5	47,5	–	–	100

Tabla VI
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS USUARIAS SEGÚN CONTENIDOS EDUCATIVOS RECIBIDOS Y DESEADOS*

Grupo	Tópico	Educación recibida		Educación deseada	
		n	%	n	%
Grupo 1: Aspectos generales	Características de la patología causal de la HT	41	34,1	91	76
	Posibles complicaciones de la HT	2	1,7	97	81
	Extracción de los ovarios y sus consecuencias	5	4,2	52	43
Grupo 2: Características del acto quirúrgico	Duración de la cirugía	0	—	26	22
	Tipo de anestesia	66	55,0	77	64
	Preparación pre-operatoria	53	44,1	78	65
	Utilización de vendas elásticas profilácticas	113	94,1	81	67,5
Grupo 3: Cuidados posteriores a la cirugía	Tiempo de hospitalización	28	23,3	66	55
	Cuidados de la herida operatoria	64	53,3	101	84
	Régimen de alimentación	31	25,8	47	39
	Uso de sonda urinaria	28	23,3	73	61
	Deambulacion precoz	22	18,3	34	28
Grupo 4: Efectos de la HT en su vida futura	Efecto de la HT en la sexualidad	0	—	31	26
	Cese de la capacidad fértil	0	—	51	42,5
	Cese de la menstruación	27	22,5	56	47
	Cese del uso de método de planificación familiar	0	—	31	26

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

para mujeres histerectomizadas y no resultados de una investigación cuantitativa acerca de la educación entregada (9).

En lo referente a la patología causal de la HT y las características de la cirugía, los resultados son coincidentes con la literatura, tanto nacional (10) como extranjera (3,11,12).

A pesar que existen autores que señalan que la educación debe ser entregada independiente de si la cirugía es de urgencia (5), el 11% de mujeres histerectomizadas no programadas en este estudio podría transformarse en un grupo de riesgo, al momento de evaluar la educación. Sin embargo, este porcentaje no coincide con el reiterativo 20% de mujeres que no identifican al profesional que las educa, el lugar, ni el momento en que fueron educadas. Este resultado es similar a otro estudio, que señala que una causa importante de desagrado entre las usuarias corresponde a la percepción que tienen de no recibir información adecuada sobre su condición de salud (13). Por otro lado, debemos considerar que muchas veces la información puede existir, sin embargo no es óptima para satisfacer las NE de la mujeres (14), y por lo tanto para que ellas la perciban como tal.

Al analizar la información respecto de quién le habló por primera vez sobre la histerectomía, des-

taca que, al igual que en otras experiencias (2,10), las usuarias se informan a través de familiares y amigos. Estas personas no siempre son las más idóneas para informar sobre esta cirugía, sin embargo su opinión cobra gran importancia transformándose en un indicador de cómo la mujer enfrentará la cirugía (5) y quizás en una de las causas por las cuales permanecen los mitos sobre la HT.

No deja de ser relevante destacar que ninguna de las parejas fue educada en torno a la HT, sin embargo más de la mitad de las mujeres cree que a ellos les gustaría recibir educación. El apoyo de las parejas es señalado como el más relevante para las mujeres (15). Ellas manifiestan temor al rechazo, a perder su atractivo físico e interés sexual de sus parejas (6,15-18). Una participación pasiva y distante de la pareja incrementa la predisposición a depresión y ansiedad en la mujer (15,19). Todos estos son aspectos que deben ser considerados por los profesionales del área, incluyendo el hecho que muchas mujeres viven una separación o alejamiento del cónyuge a causa de esta intervención.

Al analizar al profesional que educa, resulta evidente que existe un vacío entre la realidad y el deseo de la mujer. Al parecer la educación entre-

gada por la matrona, a pesar de ser en bajo porcentaje, es bien aceptada por parte de las usuarias, mientras que la entregada por el médico no tiene la misma recepción, lo que coincide con otros autores (16). Esto puede ser un indicador para dar mayor importancia a la labor educativa, la que muchas veces es relegada por las labores técnicas o administrativas.

En relación al momento en que son educadas, la NE se produce porque la educación es entregada tardíamente a lo largo del proceso quirúrgico; el 78% de la muestra desearía haber recibido la educación al momento de ser derivada o en los controles previos con el médico, lo que se cumple sólo en el 9%. La entrega de educación preoperatoria presenta un positivo efecto en la ansiedad, temor y satisfacción de las usuarias (20,21) y se ha señalado que la información previa a la hospitalización tiene mejores resultados que la entregada durante ella (21).

El lugar donde se entrega la educación, es la variable evaluada que presentó mejores resultados, dado que existe una alta coincidencia entre lo realizado y lo deseado. Es importante señalar que un 13% de las mujeres señala que es el consultorio de nivel primario el lugar apropiado para recibir la educación, lo que se relaciona con la variable momento en que deben ser educadas, ya que esta opción apunta a que sea previo a la hospitalización.

En general la forma en que reciben educación las usuarias no muestra diferencia con lo que ocurre en la mayoría de las mujeres sometidas a esta cirugía. (5,6). La educación individual es la de preferencia, sin embargo los medios de apoyo a dicha educación denotan una NE, ya que ninguna de ellas recibió educación audiovisual, a pesar de ser elegida como óptima en el 47,5%. Investigaciones señalan que la educación con apoyo audiovisual presenta mejores resultados (21).

En relación a los contenidos educativos, existen al menos tres aspectos interesantes de analizar: el primero de ellos es la baja frecuencia en la cual las mujeres son educadas, ya que solo en 3 tópicos se educa a más de la mitad de las mujeres. Las mujeres desean ser informadas (16) y por lo tanto nuestro desafío es satisfacerlas. El segundo aspecto apunta a que los tópicos más considerados por los profesionales, no coinciden con los deseados por las mujeres; estos son las posibles complicaciones de la HT y características de la patología causal. Cabe señalar que el primero de ellos es descrito como uno de los temas de mayor interés para la mujer (13). Es conocido que muje-

res instruidas acerca de los riesgos, los enfrentarán con menor temor (22). Esta situación señala una NE importante, ya que ambos son temas que debieran ser abordados al momento de establecer el tratamiento; el hecho de no tratarlos podría aumentar la existencia de creencias y por lo tanto disminuir los deseos de optar por esta alternativa terapéutica (2). El tercer aspecto señala que al igual que en otras publicaciones (23,24), existen tópicos que no fueron considerados por los profesionales al momento de educar a pesar de ser deseados por las mujeres, como son la sexualidad, fertilidad y planificación familiar. Llama la atención que áreas que apuntan a la esfera emocional o psicológica sean los menos considerados por los profesionales del área, sin embargo resultados similares han sido descritos en otras publicaciones (5,23-26).

Debemos considerar que la HT conlleva cambios evidentes fisiológicos y anatómicos, como son la imposibilidad de tener hijos, el cese de la menstruación o las consecuencias de una ooforectomía (2,5,6,17) sin embargo dichos sucesos, que para los profesionales resultan obvios, no necesariamente lo son para las usuarias (16). La mayoría de las mujeres desconocen su propio cuerpo, un gran número de ellas hablan "del interior", como una forma de referirse a los órganos genitales internos femeninos, que no conocen, no han aprendido a nombrar o simplemente porque les da vergüenza mencionarlos. El hecho que el útero sea un órgano interno, que no se ve, encargado de funciones como la menstruación y el embarazo genera muchos mitos. Preguntas como: si hay posibilidad de embarazo, donde llega el semen, si sus parejas se darán cuenta si tienen o no útero, o simplemente como se expulsa la sangre de la menstruación, son parte de las dudas que enfrentan estas mujeres (10,17). Debemos ser precisos en la educación brindada, para poder despejar todas aquellas inquietudes (21).

Todas las mujeres sometidas a HT refieren necesitar información en educación sexual, diluir mitos y creencias, erradicar prejuicios y recibir un apoyo integral (2,3,5,10,15,17,23,26,27). Es nuestro deber brindar apoyo educativo y emocional para prevenir falsas creencias en torno a la cirugía (5,15,27), debemos valorar la relación profesional – usuaria, la actitud o el lenguaje que se emplee y la propia actitud que mantenga la usuaria frente a la histerectomía (4,10). Es un desafío ser capaces de desarrollar la habilidad y conocimientos para enfrentar a las mujeres sometidas a esta intervención (2,26) y para desarrollar estrategias,

tanto en lo educativo, como en lo referente a la relación de ayuda.

Esta descrito que al analizar dos grupos de mujeres, uno con conocimientos y otro sin apoyo educativo, las diferencias son notorias en cuanto a un mejor manejo de los cambios físicos y psicológicos de quienes recibieron información adecuada y a tiempo frente a las que no la obtuvieron (2,3,5,10,15,17,22,23,26,27).

El análisis de las necesidades educativas de las mujeres, nos permitirá identificar aquellos "vacíos" en nuestra intervención y nos entregará la base para determinar los objetivos a cumplir en lo referente a educación.

La calidad del cuidado dependerá de la preparación y disposición que presentemos para detectar aquellos temas que a las mujeres le interesan, junto con considerar que el verdadero cuidado es un proceso secuencial y dinámico, cuyo sentido último es acompañar a la mujer, de la mejor manera, durante el proceso de "ser histerectomizada" (28). El llamado es a entregar una educación oportuna, continua y sin olvidar que es la mujer el centro de nuestra atención.

BIBLIOGRAFÍA

- Schaffer J, Word A. Hysterectomy-still a useful operation. *N Engl J Med* 2002;347(17):1360-2.
- Le-Cornu J. The need for counseling of women who undergo hysterectomy: a feminist perspective. *Contemp Nurse* 1999;8(2):46-52.
- Liu H, Ya S. The immediate and short-term effects of an educational program for post radical hysterectomy self-care of the lower urinary tract. *Chang Gung Medical* 2001;24(7):440-5.
- Richter DL, Kenzig MJ, Greaney ML, McKeown RE, Saunders RP, Corwin SJ. Physician-patient interaction and hysterectomy decision making: the ENDOW study. Ethnicity, Needs, and Decisions of Women. *Am J Health Behav* 2002;26(6):431-41.
- Scriven A, Chesterton A. Information needs of hysterectomy patients. *Nursing Standard* 1994;9(7):36-7.
- Galavotti C, Richter D. Talking about hysterectomy: the experiences of women from four cultural groups. *J Womens Health Gend Based Med* 2000;9:63-7.
- Kaufman R. Planificación de sistemas educativos. Ideas básica concretas. Trillas; 1973.
- Kaufman R. Guía practica para la planeación en las organizaciones: Editorial Trillas; 1987.
- Ahumada A, Aliaga P, Bolívar N. Enfoque integral de la paciente histerectomizada. *Rev Hosp Clín Universidad de Chile* 2001;12(3):229-34.
- Urrutia M, Araya A, Villarroel L, Viñales D. Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2004; 69(4):301-6.
- Walsgrove H. Hysterectomy. *Nursing Standard* 2001;15(29):47-55.
- Barrow C. Balloon endometrial ablation as a safe alternative to hysterectomy. *AORN* 1999;70(1):79-80.
- Scriven A, Tucker C. The quality and management of written information presented to women undergoing hysterectomy. *J Clin Nursing* 1997;6(2):107-13.
- Guezo J. Total abdominal hysterectomy: development of a patient centred care pathway. *Nursing Standard* 2003;18(3):38-42.
- Williams RD, Clark AJ. A qualitative study of women's hysterectomy experience. *J Womens Health Gend Based Med* 2000;9 Suppl 2:S15-25.
- Groff JY, Mullen PD, Byrd T, Shelton AJ, Lees E, Goode J. Decision making, beliefs, and attitudes toward hysterectomy: a focus group study with medically underserved women in Texas. *J Womens Health Gend Based Med* 2000;9 Suppl 2:S39-50.
- Ahumada S, Trujillo S. La histerectomía: repercusiones psicosociales. Documento de trabajo N° 23, SERNAM, Chile 1994.
- Mingo C, Herman CJ, Jasperse M. Women's stories: ethnic variations in women's attitudes and experiences of menopause, hysterectomy, and hormone replacement therapy. *J Womens Health Gend Based Med* 2000;9Suppl 2:S27-38.
- Richter D, McKeown R, Corwin S, Rheume C y Frase J. The role of the male partners in women's decision making regarding hysterectomy. *J Womens Health Gend Based Med* 2000;9(2):S51-S61.
- Cheung L, Callaghan P, Chang A. A controlled trial of psycho-educational interventions in preparing Chinese women for elective hysterectomy. *Int J Nursing Studies* 2003;40:207-16.
- Joanna Briggs Institute. Knowledge retention from pre-operative patient information. *Evidence Based Nursing and Midwifery* 2000;4(6):1-6.
- Bran D, Jana S, Summit R. Outpatient vaginal hysterectomy as a new trend in gynecology. *AORN* 1995; 62(5):810-4.
- Drew S, Rowe R, Panay N, Studd J. A general practice pilot audit study to asses advice and treatment offered to women following hysterectomy. *Climateric* 1999;2(3):212-17.
- Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA* 1999;282(20):1934-41.
- Katz A. Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses' role. *J Adv Nurs* 2003;42(3):297-303.
- McQueen A. Gynaecological nursing. *J Adv Nurs* 1997;25(4):767-74.
- Lindberg CE, Nolan LB. Women's decision making regarding hysterectomy. *JOGNN* 2001;30(6):607-16.
- Cabieses B, Urrutia MT, Araya A. Proceso de cuidados en enfermería en la mujer sometida a histerectomía. *Horiz Enferm* 2004;15:109-21.