



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE SALUD HUMANA
MEDICINA HUMANA

TÍTULO

**“HISTERECTOMÍA Y SUS EFECTOS PSICOSEXUALES EN MUJERES
ATENDIDAS EN GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEL IEES DE
LOJA.”**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTOR:

PAMELA ALEXANDRA GONZÁLEZ CARRIÓN

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. MARCO LEOPOLDO MEDINA SARMIENTO, Esp. Ginecología y Obstetricia

1859

LOJA – ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación “**HISTERECTOMÍA Y SUS EFECTOS PSICOSEXUALES EN MUJERES ATENDIDAS EN GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEL IESS DE LOJA.**” De autoría de la Srta. estudiante Pamela Alexandra González Carrión; ha sido cuidadosamente revisado por el suscrito, con lo que se ha podido constatar que cumple con todos los requisitos de fondo y de forma establecidos por la Universidad Nacional de Loja y por el Área de la Salud Humana para la obtención del título de Médico General , por lo que autorizo su presentación.

Lo Certifico:

Loja, 06 de Noviembre de 2015



Dr. Marco Medina Sarmiento

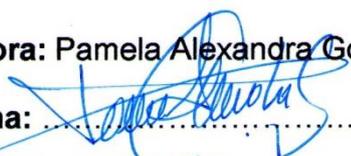
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Pamela Alexandra González Carrión, egresada de la Carrera de Medicina Humana, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Pamela Alexandra González Carrión

Firma: 

Cédula: 1104722176

Fecha: Loja, 06 de Noviembre del 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, **Pamela Alexandra González Carrión**, declaro ser autora de la Tesis titulada: **“HISTERECTOMÍA Y SUS EFECTOS PSICOSEXUALES EN MUJERES ATENDIDAS EN GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEL IESS DE LOJA.”** Como requisito para optar al Grado de: **MÉDICO GENERAL** autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la Tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, firma la autora en la ciudad de Loja, a los seis días del mes de noviembre del dos mil quince.

FIRMA: 

AUTOR: Pamela Alexandra González Carrión

CÉDULA: 1104722176

DIRECCIÓN Avda. Pío Jaramillo Alvarado y Francisco José de Caldas

CORREO ELECTRÓNICO: pamela18sp@hotmail.com

CELULAR: 0997538918

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento, Esp. Ginecología y Obstetricia.

TRIBUNAL DE GRADO: Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp. Ginecología y Obstetricia.

Dra. Alba María Guerrero Iñiguez, Esp. Ginecología y Obstetricia. Mg. Sc.

Dra. Maritza Paulina Castillo Vásquez, Esp. Ginecología y Obstetricia.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por ser mi guía en todo momento y llenarme siempre de bendiciones. A mi familia por apoyarme en la realización de este sueño, por creer en mí, por su cariño y por ser mi mayor inspiración. A la Universidad Nacional de Loja, por acogerme en sus aulas durante estos años y formarme como una profesional integral.

Un agradecimiento sincero al Doctor Marco Medina, quien con su tiempo, paciencia y asesoría hizo posible la realización de este proyecto.

A mis profesores por impartirme sus conocimientos y darme el ejemplo del verdadero significado de ser médico.

Gratitud infinita a todos mis amigos y a todos quienes supieron brindarme su apoyo con una sonrisa, un gesto, o una palabra y son también parte de este sueño que a partir de hoy se transforma en realidad.

Pamela Alexandra González Carrión

DEDICATORIA

Dedico este trabajo realizado a mi amada abuelita Rosarito por su sabiduría, por sus consejos, por su fe, por su apoyo durante este camino y principalmente por su amor infinito.

A Camila, Rafael Ignacio y Víctor Emilio por alegrarme siempre y hacerme reír con el alma.

Pamela Alexandra González Carrión

a) TÍTULO:

“HISTERECTOMÍA Y SUS EFECTOS PSICOSEXUALES EN MUJERES ATENDIDAS EN GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEL IESS DE LOJA.”

b) RESUMEN

Con esta investigación se pretendió determinar los efectos psicológicos y sexuales que presentaron las mujeres histerectomizadas, atendidas en el Hospital del IESS de Loja. El método de estudio utilizado para la realización del presente trabajo fue de carácter descriptivo y retrospectivo, la recolección de datos se realizó mediante una entrevista personal, para el estudio se utilizó la versión abreviada de la escala de Depresión en Adultos del centro de estudios epidemiológicos de México, el Inventario de Beck de Ansiedad y el Cuestionario Abreviado del Índice de Función Sexual Femenina. La muestra estuvo constituida por 50 mujeres con edades comprendidas entre 35 y 45 años, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, en las que se pudo evidenciar que la ansiedad se presentó en niveles mínimos en el 46%, leves en el 26%, moderados en el 18% y graves en el 10% de las mujeres. La depresión tuvo un porcentaje elevado, 80%. La sexualidad se vio afectada en el 46% que presentó un deseo sexual bajo; el grado de excitación fue bajo en el 44%, el 30% de mujeres refieren que a veces presentan lubricación durante el acto sexual e igualmente el 30% consigue siempre tener orgasmos y solo el 30% de mujeres se sienten moderadamente satisfechas durante el acto sexual. Con la información obtenida, se llegó a concluir que las mujeres histerectomizadas presentan efectos psicológicos y sexuales en su mayoría negativos luego de la realización de la Histerectomía, que afectan su salud psicosexual.

Palabras clave: ansiedad, depresión, efectos sexuales, histerectomía.

SUMMARY

This research was intended to determine the psychological and sexual effects that had the hysterectomy women treated at the hospital IESS of Loja. The study method used for the realization of this study was descriptive and retrospective character, the data collection was performed by a personal interview, the study used the abbreviated version of the scale of Depression in Adults from the Center Epidemiologic Studies of Mexico, the Beck Anxiety inventory and Abbreviated Questionnaire Female Sexual function Index. The sample consists of 50 women aged between 35 and 45 years, who met the criteria for inclusion and exclusion, which became evident that anxiety is present in minimum 46% levels, mild in 26%, moderate in 18% and severe in 10% of women. The depression had a high percentage, 80%. Sexuality was affected in 46% presented low sexual desire; the degree of excitement was low in 44%, 30% of women report that sometimes have lubrication during intercourse and 30% also have orgasms and always gets only 30% of women feel moderately satisfied during sex. With the information obtained is concluded that hysterectomy women have the most negative psychological and sexual effects after performing the hysterectomy that affect their psychosexual health.

Keywords: anxiety, depression, sexual effects, hysterectomy.

c) INTRODUCCIÓN

La histerectomía, es una intervención quirúrgica que tiene como fin llevar a cabo la extirpación del útero. Se trata de una de las técnicas quirúrgicas ginecológicas más utilizadas en los servicios de Obstetricia y Ginecología, siendo la segunda intervención más realizada después del parto por cesárea, estimaciones de población aportadas por el United States Census Bureau, en el año 2005 hubieron 824.000 histerectomías. Según (Berek, 2006) señala:

La tasa de histerectomía ha variado entre 6,1 y 8,6 por 1000 mujeres de todas las edades, siendo las mujeres con edades comprendidas entre 20 y 49 años las que habitualmente se realizan la intervención. La edad media de una mujer a la que se le realiza una histerectomía es de 42,7 años, y la mediana de 40,9, habiendo permanecido constante desde la década de 1980.

Así también (Torres, Muñoz, & Costa, 2010) señala:

En Latinoamérica la incidencia de histerectomías es incierta ya que no se lleva estadísticas acerca de la histerectomía, sin embargo, se estima que en Chile la histerectomía por causa benigna, especialmente la miomatosis uterina afecta a un 20% de la población femenina, es decir, que una de cada cinco mujeres se verá sometida a esta cirugía en algún momento de sus vidas; su mayor incidencia es en mujeres entre los 35 y 49 años.(p. 125)

Según (Pozza, y otros, 2010) explica:

En cuanto a las repercusiones de este tipo de cirugía en la sexualidad y la salud psicológica de las mujeres, han sido investigadas desde hace más de cuatro décadas y, si bien existe un número creciente de estudios fundamentalmente europeos y estadounidenses sus metodologías, marcos de referencias y resultados son diversos e incluso contradictorios, lo que ha dificultado poder plantear un cuadro o visión general de las

mujeres post-histerectomía. Las áreas más investigadas han sido: depresión, sexualidad, autoimagen, percepción de feminidad y creencias de un deterioro de las funciones fisiológicas después de la operación. (p. 32)

Vargas J y López A., en su trabajo “Factores emocionales en pacientes sometidas a Histerectomía”, encontraron que “el 40% de las pacientes mostraron franca reacción depresiva, la mayoría tuvieron una reacción de ansiedad”.

En Ecuador un gran número de mujeres se someten a la extracción del útero, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2009), “2767 mujeres mayores de 60 años respondieron que se habían realizado una histerectomía”, sin embargo no existen estudios sobre los efectos que pueden presentar las mujeres luego de someterse a la histerectomía. La ciudad de Loja no es ajena a esta problemática, sin embargo nuestros hospitales no llevan una estadística fidedigna sobre la histerectomía y mucho menos seguimiento continuo en cuanto a los efectos que pudieran presentar estas pacientes.

En la presente investigación se cumplió con los objetivos, que fueron determinar cuáles son los efectos psicológicos y sexuales que produjo la histerectomía en las pacientes que fueron sometidas a la misma, para de esta manera realizar en estudios futuros un seguimiento y poder detectar de manera precoz alguna sintomatología que podría afectar la salud psicológica y sexual de las pacientes.

d) REVISIÓN DE LITERATURA

1. HISTERECTOMÍA

1.1. Generalidades

De acuerdo a (Berek, 2006) define: “La histerectomía es el procedimiento quirúrgico por el cual se extrae el útero de una mujer y es la segunda operación más practicada después de la cesárea a nivel mundial”.

Como en los últimos años, la histerectomía se ha vuelto de suma importancia en la vida de las mujeres por ser una de las operaciones más realizadas entre las mujeres premenopáusicas, diversos autores han comenzado a estudiar los efectos psicológicos que puede llegar a provocar.

Con respecto a esto (Miranda, 2012) determina:

La histerectomía está rodeada de creencias y actitudes negativas, así como, que se ha generado un estereotipo negativo hacia las mujeres que han sido histerectomizadas. Algunos de los calificativos que se usan para referirse a una mujer sin útero son: hueca, hoyo seco, menos mujer, inservible, entre otros. Por otra parte, los estudios han correlacionado cambios en el auto-concepto, depresión, disfunción sexual, disminución de la libido y ansiedad con la histerectomía.

1.2. Definición

Según (Luque, 2010) define:

La histerectomía, palabra que proviene del griego hystéra (matriz, útero) y del griego ektomé (escisión), es la extirpación quirúrgica del útero. Es un procedimiento que ha evolucionado a través del tiempo gracias a una serie de factores, destacando los avances en anestesiología, antibioticoterapia y técnica quirúrgica.

1.3. Epidemiología

En los estudios realizados por (Berek, 2006) determinó: “la histerectomía junto con la cesárea, constituyen las intervenciones quirúrgicas de más frecuente utilización en la práctica médica, después de la operación cesárea, es el segundo procedimiento quirúrgico más frecuente en ginecología en Estados Unidos” (p. 19)

De acuerdo a (Berek, 2006) expone:

La tasa de histerectomía ha variado entre 6.1 y 8.6 por 1000 mujeres entre todas las edades en EEUU. La probabilidad de que una mujer sufra una histerectomía depende de varios factores como la edad, la raza y el lugar donde vive. Las mujeres con edades comprendidas entre 20 y 49 años son las que habitualmente se realizan la intervención. La media de edad de una mujer a la que se realiza es de 42.7 años y la mediana, de 40.9 años, habiendo permanecido constante desde la década de 1980. (p. 169).

1.4. Tipos de histerectomía

(Hoffman, 2012) manifiesta existen 3 tipos de histerectomía: subtotal, total y radical.

- Histerectomía subtotal: se refiere al tipo supracervical, donde solo se realiza ablación del cuerpo uterino.
- Histerectomía total: Incluye la ablación del cuerpo y del cuello.
- Histerectomía radical: además de la extirpación de cuerpo y cuello, implica la ablación radical amplia de los tejidos de los parametrios y paravaginales, además de los ganglios linfáticos pélvicos.

1.5. Abordajes quirúrgicos

La extirpación del útero puede efectuarse por vía abdominal o por vía vaginal, la preferencia de la mayoría de los ginecólogos es por la primera de las nombradas, pues permite una exploración más amplia de la pelvis y del abdomen, así como la extirpación de grandes tumores; sin embargo, la

vía vaginal es aconsejable en casos de alto riesgo quirúrgico, obesas, enfermas cardiovasculares, etc. (Berek, 2006)

1.6. Indicaciones de histerectomía

Sin duda (Cerde & Pino, 2006) afirman “una histerectomía apropiadamente indicada puede proporcionar un enorme beneficio para las pacientes correctamente informadas, con síntomas o con una enfermedad ginecológica significativa. Sin embargo nunca debería realizarse sin las indicaciones adecuadas”.

En prácticamente todos los estudios, los miomas uterinos son habitualmente la primera indicación de histerectomía. Las indicaciones varían con la edad de la paciente.

1.6.1. Miomas.- De acuerdo a **(Berek, 2006)** explica:

Los miomas uterinos son los tumores pélvicos más frecuentes en mujeres. Por lo tanto esta patología es la responsable de un gran número de histerectomías. La histerectomía por miomas uterinos debe considerarse solo en pacientes que no desean preservar la fertilidad. La decisión de realizar una histerectomía por miomas normalmente se basa en la necesidad de tratar los síntomas como son sangrado uterino anormal, dolor pélvico o síntomas de compresión. Otras indicaciones son el aumento rápido del tamaño uterino, la compresión ureteral o el crecimiento uterino después de la menopausia.

1.6.2. Sangrado uterino disfuncional.- Igualmente **(Berek, 2006)** interpreta:

Supone el 20% de todas las indicaciones de histerectomía. Puesto que el sangrado uterino disfuncional suele ser el resultado de la anovulación, el sangrado puede controlarse mediante tratamiento médico con gestagenos, estrógenos, una combinación de ambos, anticonceptivos orales o antiinflamatorios no esteroideos. En la mayoría de las pacientes, el

sangrado no requiere tratamiento, a no ser que haya anemia o que el sangrado sea abundante e interfiera con la calidad de vida de la paciente. En pacientes mayores de 35 años, se debe realizar una biopsia endometrio antes de la histerectomía. El legrado no es un método efectivo para controlar el sangrado y no es necesario antes de la histerectomía. Por lo tanto, la histerectomía debe reservarse para pacientes que no responden o que no toleran el tratamiento médico.

1.6.3. Dismenorrea Refractaria.- Como lo manifiesta (Berek, 2006)

Cerca del 10% de las mujeres adultas están discapacitadas hasta 3 días al mes como resultado de la dismenorrea. La dismenorrea puede tratarse con antiinflamatorios no esteroideos solos o en combinación con anticonceptivos orales u otros fármacos hormonales para reducir o eliminar el sangrado menstrual. Rara vez se necesita una histerectomía para el tratamiento de la dismenorrea primaria. En pacientes con dismenorrea secundaria, se debe tratar primero la patología subyacente. La histerectomía solo debe considerarse si fracasa el tratamiento médico o si la paciente no desea conservar la fertilidad.

1.6.4. Dolor pélvico.- En una revisión realizada por (Berek, 2006) se encontró:

De 418 mujeres a las que se les realizó una histerectomía por diversas patologías no malignas, el 18% tenía dolor pélvico crónico y solo el 66% de esas pacientes se realizó una laparoscopia previa. Después de la histerectomía hubo una reducción significativa de los síntomas asociados con mejoría de la calidad de vida de la paciente. En una revisión de 104 pacientes a las que se les realizó una histerectomía por dolor pélvico crónico de supuesto origen uterino, el 78% notó mejoría de su dolor durante una media de seguimiento de 21,6 meses, pero el 22% de las pacientes no mejoro o incluso empeoró.

La histerectomía solo debe realizarse en aquellas pacientes en la que el dolor es de origen uterino y no responden a tratamientos no quirúrgicos

1.6.5. Neoplasia cervical intraepitelial.- Así también **(Berek, 2006)** explica:

Antiguamente, el tratamiento primario de la neoplasia cervical intraepitelial era la histerectomía, pero la máxima profundidad de la displasia en la unión escamocolumnar es de 5,2mm y el 99,7% de las displasias están localizadas dentro de los 3,8mm de la superficie epitelial. Por lo tanto, los tratamientos más conservadores, como la crioterapia, el láser o la conización con asa de diatermia, serán efectivos para tratar la enfermedad, por lo que la histerectomía es innecesaria en la mayoría de las mujeres con este trastorno. En pacientes con displasias recurrentes de alto grado que no deseen preservar la fertilidad, la histerectomía es una opción terapéutica adecuada. Pero incluso después de la histerectomía, estas pacientes tienen un riesgo aumentado de neoplasia vaginal intraepitelial.

1.6.6. Prolapso genital.- La histerectomía por un prolapso genital es la responsable de cerca del 15% de las histerectomías realizadas en Estados Unidos. La histerectomía vaginal es la vía de elección para el prolapso genital a no ser que haya alguna patología asociada que requiere un abordaje abdominal.

De acuerdo a (Berek, 2006) señala: “el prolapso genital no suele ser un hecho aislado asociándose, con frecuencia, con diversas alteraciones del sostén pélvico. Se deben corregir todos los defectos para optimizar el resultado quirúrgico y reducir los riesgos de posteriores alteraciones del suelo pélvico”.

1.6.7. Urgencia obstétrica.- La mayoría de las histerectomías de urgencia se realizan por hemorragias posparto provocadas por atonía uterina.

Otras indicaciones son la ruptura uterina que no puede repararse o los abscesos pélvicos que no responden al tratamiento médico. En pacientes con placenta acreta o increta, puede ser necesaria la histerectomía.

1.6.8. **Enfermedad inflamatoria pélvica.-** Generalmente puede tratarse satisfactoriamente con antibióticos. En pacientes con esta enfermedad no debe extirparse el útero y los ovarios, a no ser que el paciente no responda al tratamiento médico intravenoso. Aunque se inicie el tratamiento quirúrgico conservador, la decisión de drenar el absceso o extirpar el órgano es subjetiva y debe basarse en cada paciente.

De acuerdo (Berek, 2006) considera:

Algunos abscesos pélvicos, si son accesibles, pueden drenarse con éxito por vía percutánea guiados por ecografía o tomografía computarizada. También será necesaria la intervención quirúrgica si la paciente tiene hallazgos abdominales agudos relacionados con peritonitis, y signos de sepsis en presencia de rotura de un absceso tuboovarico. En pacientes que deseen preservar la fertilidad se debe tener en cuenta la anexectomía unilateral o parcial bilateral, sin histerectomía. En pacientes en la que sea necesario realizar la anexectomía bilateral, se puede dejar el útero para una posible fecundación in vitro con ovocitos de donante.

1.6.9. **Endometriosis.-** Los tratamientos médicos y quirúrgicos conservadores generalmente son efectivos para el tratamiento de la endometriosis y por lo tanto, la anexectomía, con o sin histerectomía, solo debe realizarse en pacientes que no respondan al tratamiento quirúrgico conservador o al tratamiento médico.

Así de acuerdo a (Berek, 2006)

La mayoría de las pacientes con endometriosis que requieran una histerectomía tendrán dolor pélvico o una dismenorrea insoportables. Otras situaciones menos comunes sin las pacientes que no desean la fertilidad futura y que tienen endometriosis que afecta a otros órganos pélvicos, como el uréter o el colon. (p. 265)

1.6.10. **Cáncer.-** Con respecto (Berek, 2006) diagnostica:

Las metástasis procedentes de órganos no ginecológicos pueden provocar síntomas que requieran una histerectomía. Se debe considerar la histerectomía con salpingo-ooforectomía bilateral como intervención inicial en pacientes con carcinomas colorrectal por el riesgo de tener cánceres pélvicos concurrentes o metástasis ocultas. (p. 271)

1.6.11. **Tumores ováricos.-** Los tumores ováricos benignos que sean persistentes o sintomáticos requieren tratamiento quirúrgico. Obviamente, si la paciente desea conservar la fertilidad, el útero debe conservarse. Sin embargo, si la fertilidad no es un problema o la paciente está perimenopausica o posmenopáusica, debe decidirse si quitar el útero.

2. EFECTOS DE LA HISTERECTOMÍA

2.1. Efectos psicológicos

Se han realizado algunos estudios sobre la histerectomía no es la excepción (Ahumada, Aliaga, & Bolívar, 2001) señala

En los últimos años, estos por lo general son estudios cualitativos que tratan de abarcar aspectos diversos sobre la histerectomía para lograr comprender mejor a las mujeres que han sido sometidas a este procedimiento, así como a las mujeres que deberán someterse a esta operación en un futuro.

En un estudio sobre los aspectos psicológicos en cirugía ginecológica realizado por Schwartz y Williams (2002) se expone que “La cirugía ginecológica tiene muchos de los efectos psicológicos que acompañan a la cirugía en general. Sin embargo, puesto que la cirugía ginecológica puede tener un efecto directo en el aparato reproductor femenino, crea sus propias dificultades psicológicas, tanto preoperatorias como postoperatorias”. Gath et al. (1980) (citado por Schwartz y Williams, 2002) encontró que “el 58% de las pacientes que se someterán a una histerectomía presentan una psicopatología preoperatoria. Así también

encontró que existe una incidencia alta de depresión antes de la operación la cual disminuye posterior a la misma por el alivio de los síntomas físicos. Además, se observaron niveles clínicamente significativos de ansiedad en la mayoría de las mujeres tres semanas antes de la operación”.

También se cree que las mujeres diagnosticadas con problemas psicológicos preoperatorios tienen mayor posibilidad de presentar síntomas físicos sin bases orgánicas, así como inducir al ginecólogo a utilizar tratamientos físicos más invasivos. Por otra parte, los efectos psicológicos postoperatorios de una histerectomía pueden ser ansiedad, depresión y dolor atribuyendo las causas a la operación, disfunción sexual presentando disminución del libido e incomodidades o ansiedad asociada con la actividad sexual postoperatoria y reacciones relacionadas con el autoconcepto en particular cambios en el autoestima o percepción femenina.

2.1.1. Ansiedad.- Según (Luque, 2010) determina:

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica.

Los trastornos que pueden producirse cuando la ansiedad es muy elevada tradicionalmente se dividen en: trastornos físicos y trastornos mentales

También (Luque, 2010) determina entre los trastornos físicos que normalmente se encuentran los llamados trastornos psicofisiológicos:

- Trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc)
- Trastornos digestivos (colon irritable, úlcera)
- Trastornos respiratorios (asma)
- Trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema),

- Otros trastornos psicofisiológicos (cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.).

La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide. También encontramos niveles altos de ansiedad en trastornos crónicos que amenazan la calidad de vida, en los trastornos en los que el dolor juega un papel importante, etc.

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Por otra parte, (Pozza, y otros, 2010) considera:

Ante la proximidad de una intervención quirúrgica, la ansiedad siempre hace acto de presencia en mayor o menor grado, ésta, ha sido, y es objeto de estudio, por un lado, las consecuencias en la recuperación física y emocional de los pacientes, y por otro porque resulta idónea para desarrollar la investigación en materia de afrontamiento de agentes estresantes.

La ansiedad es una reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos actual o potencialmente peligrosos o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, aunque sólo sea por la circunstancia de aparecer inciertos. Incluye componentes psíquicos, fisiológicos y conductuales. Psicológicamente, la ansiedad es vivida por el propio sujeto como un estado de ánimo desagradable, producido por situaciones que, de manera consciente o no, el sujeto las percibe como amenazadoras. La ansiedad, que a menudo, es confundida con el estrés, puede ser experimentado por cualquier persona ya que es esencialmente una respuesta a éste. En cualquier caso, aunque la ansiedad pueda ser un reflejo de estados endógenos se asocia generalmente con sucesos estresantes externos.

La cirugía constituye un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsable todo ello, de las elevaciones de la ansiedad; son bien conocidos los agentes estresantes a los que se ve sometido el paciente dentro del mundo hospitalario como desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, etc. (Pozza, y otros, 2010)

Si a esto le añadimos las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía,

por tanto, nos encontramos inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en la persona desfavorablemente.

El hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado coste económico. (Pozza, y otros, 2010)

Una mejor preparación psicológica del paciente consistente en facilitar la información y apoyo psicológico en todo el proceso quirúrgico y sobre sensaciones que va a experimentar, equilibra las características estresantes de la cirugía, disminuyendo así el nivel de ansiedad del individuo.

Mediante el inventario de ansiedad de Beck (BAI) se puede identificar a las personas con probable trastorno de ansiedad para su posterior confirmación diagnóstica con un instrumento más adecuado o servir como fuente complementaria de datos que ayuden a realizar un diagnóstico de trastorno de ansiedad. La interpretación de las puntuaciones del Inventario de Ansiedad de Beck se suele basar en unas puntuaciones de corte que definen diferentes niveles de gravedad de sintomatología ansiosa. La última edición del manual original del BAI propone las siguientes: 0-7 indica ansiedad mínima, 8-15 ansiedad leve, 16-25 ansiedad moderada y 26-63 ansiedad grave (Beck y Steer, 1993).

2.1.2. Depresión.- Según la (OMS , 2010) “la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

Igualmente (Luque, 2010) señala:

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por especialistas en el ámbito de la atención primaria.

Un estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer son los síntomas clave de la depresión. Los pacientes pueden decir que se sienten tristes, sin esperanza, un desecho o alguien que no vale la pena. Para el paciente, el estado de ánimo deprimido tiene una calidad diferente que le distingue de una emoción normal de tristeza o duelo. Los pacientes a menudo describen el síntoma de la depresión como un dolor emocional angustioso y se quejan porque son incapaces de llorar, un síntoma que se resuelve a medida que mejoran.

En los estudios realizados por (Luque, 2010) se determina:

Dos tercios de todos los pacientes con depresión contemplan suicidio y entre el 10 y el 15% de ellos cometen suicidio. Algunos pacientes con depresión no parecen ser conscientes de su depresión y no refieren tener un trastorno del estado de ánimo, aunque se muestren retraídos de la familia, amigos y actividades que antes les interesaban. Prácticamente todos los pacientes con depresión (97%) se quejan de una menor energía, tienen problemas para terminar trabajos, tienen problemas escolares y laborales, así como una motivación menor para llevar a cabo nuevos proyectos. El 80% de los casos se quejan de problemas de sueño, especialmente con despertares matutinos más precoces y muchos despertares a lo largo de la noche, durante los cavilan sobre sus problemas. Muchos pacientes notan que disminuye su apetito y pierden peso, pero en otros el apetito aumenta y engordan y duermen más de lo normal.

La ansiedad es un síntoma frecuente de la depresión, afecta hasta al 90% de todos los pacientes con depresión. Los distintos cambios que sufren el patrón de alimentación y el reposo agravan las enfermedades médicas comórbidas, como la diabetes, la hipertensión, la enfermedad obstructiva crónica o una cardiopatía- otros síntomas vegetativos consisten en alteraciones de la menstruación y disminución del interés y del rendimiento en las actividades sexuales.

El retraso psicomotor generalizado es el síntoma más frecuente de la depresión, aunque también se observa una agitación psicomotora, especialmente en personas mayores. Retorcerse las manos y tirarse del pelo son los síntomas más frecuentes de agitación. Clásicamente, un paciente deprimido tiene una postura encorvada, sin movimientos espontáneos y una mirada abatida que no es directa.

2.1.2.1. **Estado de ánimo, afecto y sentimientos.-** La depresión es el síntoma clave, pero la mitad de los casos niegan tener sentimientos depresivos y no parecen estar particularmente deprimidos. Los familiares o los jefes en el trabajo traen o envían a estos pacientes a la consulta para recibir tratamiento por su aislamiento social y por una disminución general de su actividad.

2.1.2.2. **Habla.-** En muchos pacientes deprimidos disminuye la velocidad y el volumen del habla, responden a las preguntas con monosílabos y con respuestas diferidas.

2.1.2.3. **Trastornos de la percepción.-** Se dice que los pacientes con depresión e ideas delirantes o alucinaciones tienen un episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos. Incluso en ausencia de ideas delirantes o alucinaciones, a veces se utiliza el término depresión psicótica para los pacientes deprimidos con regresiones acusadas: están mudos, no se bañan, se ensucian. Probablemente, la mejor forma de describir a estos pacientes es diciendo que tienen síntomas catatónicos.

2.1.2.4. **Pensamientos.**- Los pacientes deprimidos habitualmente tienen opiniones negativas del mundo y de ellos mismos. El contenido de su pensamiento a menudo comprende rumiaciones no delirantes sobre pérdidas, culpa, suicidio y muerte. Aproximadamente el 10% de todos los pacientes deprimidos tienen síntomas importantes de un trastorno del pensamiento, normalmente bloqueos del pensamiento y una pobreza muy importante del contenido.

2.1.2.5. **Orientación.**- La mayoría de los pacientes deprimidos están orientados en cuanto a persona, lugar y tiempo, aunque algunos pueden no tener suficiente energía o interés como para responder a las preguntas al respecto de la entrevista.

2.1.2.6. **Memoria.**- Aproximadamente el 50 al 75% de todos los pacientes deprimidos tienen un deterioro cognitivo que se denomina seudodemencia depresiva. Estos pacientes se quejan de falta de concentración y mala memoria.

2.1.2.7. **Control de impulsos.**- Entre el 10% al 15% de todos los pacientes deprimidos cometen suicidio, y aproximadamente dos tercios tienen ideaciones suicidas, Los pacientes con depresión con síntomas psicóticos en ocasiones se plantean matar a otra persona como resultado de sus sistemas delirante, pero los que presentan depresiones más graves carecen de la motivación o la energía para actuar de forma impulsiva o violenta.

2.2. Efectos sexuales

2.2.1. **Fisiología y fisiopatología de la respuesta sexual.**- Para este tema (**Blumel, Binfa, Cataldo, Carrasco, & Izaguirre, 2010**) define:

La respuesta sexual consiste en una serie de fenómenos neurofisiológicos, vasculares y hormonales que afectan especialmente al funcionamiento de los órganos genitales y, en diferente grado, al de la totalidad del

organismo. La respuesta sexual se suele describir esquemáticamente como una secuencia cíclica de etapas o fases características que se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí.

En 1996 Masters y Johnson describieron por primera vez la respuesta sexual femenina que se compone de deseo, excitación, orgasmo y resolución (tanto fisiológicos como psicológicos). En 1974 Kaplan describió tres fases: deseo, excitación y orgasmo.

En el análisis de la respuesta sexual humana se suelen diferenciar una serie de componentes: deseo, excitación y orgasmo (y la fase de resolución que le sigue), los cuales interactúan y se refuerzan o inhiben recíprocamente. Esta distinción tiene utilidad clínica: muchos procesos patológicos y/o sus tratamientos farmacológicos o quirúrgicos afectan primariamente a alguno de tales componentes de modo más o menos selectivo.

El deseo es el estado mental creado por estímulos externos e internos que induce una necesidad o voluntad de tomar parte en la actividad sexual. Se podría decir que el deseo consta de: raíces biológicas, que se basan en parte en hormonas, como los andrógenos y estrógenos; raíces de motivación, basadas en la parte de la intimidad, el placer y cuestiones referentes a la relación; y cuestiones cognitivas que son el riesgo y el deseo.

La excitación es un estado de sentimientos específicos y alteraciones fisiológicas que habitualmente se asocia a una actividad sexual en la que intervienen los genitales. Consta de: mecanismos centrales, como son la activación de pensamientos, sueños y fantasías; mecanismos periféricos no genitales, como la salivación, el sudor, la vasodilatación cutánea y la erección de los pezones; y mecanismos genitales, como son la intumescencia del clítoris, los labios y la vagina. (Blumel, Binfa, Cataldo, Carrasco, & Izaguirre, 2010)

El orgasmo es el estado de alteración de la conciencia asociado a una estimulación sensitiva fundamentalmente genital. Consiste en información

aferente sensitiva múltiple procedente de los “puntos gatillo”, como el clítoris, los labios mayores y menores, la vagina, las glándulas periuretrales, que la transmiten en dirección central a estructuras supramedulares en las que probablemente interviene el septum talámico. Después de la estimulación sensitiva suficiente, la descarga central de neurotransmisores durante el orgasmo tiene como consecuencia contracciones motoras repetidas de un segundo del suelo de la pelvis (de 3 a 8 por orgasmo), seguidas a los dos a cuatro segundos de contracción repetida del músculo liso uterino y vaginal. También se transmite información sensitiva placentera a las áreas del placer corticales.

En la respuesta fisiológica se diferencian tres fases: excitación, orgasmo y resolución.

Los genitales externos femeninos consisten en diversas estructuras. La vagina es un órgano cilíndrico situado en la línea media que conecta el útero con los genitales externos. La pared vaginal está formada por tres capas: un epitelio escamoso estratificado interno de tipo mucoso que se apoya en una lámina propia gruesa, que experimenta cambios cíclicos relacionados con las hormonas; la muscular compuesta por fibras musculares lisas longitudinales externas y fibras circulares internas; y una capa fibrosa externa rica en colágeno y elastina que proporciona soporte estructural a la vagina. La vulva, limitada por la sínfisis del pubis, el esfínter anal y las tuberosidades isquiáticas, está compuesta por los labios, el espacio interlabial y el tejido eréctil. (Berek, 2006)

Las formaciones de los labios son dos estructuras cutáneas pares: los labios mayores, que son pliegues grasos cubiertos por piel revestida de vello que se fusionan por la parte anterior con el monte de Venus o prominencia anterior de la sínfisis del pubis y por la parte posterior con el cuerpo del periné o comisura posterior; y los labios menores, que son unos pliegues más pequeños cubiertos en su parte lateral por piel desprovista de vello y en la parte medial por mucosa vaginal, que se fusionan en la parte anterior para formar el prepucio del clítoris y en la parte posterior en la fosa navicular.

El espacio interlabial está compuesto del vestíbulo, el meato urinario y la abertura vaginal, y está limitado por el espacio medial a los labios menores, la fosa navicular y el clítoris. El clítoris es un órgano en forma de “Y”, de 7 a 13 mm, compuesto del glande, el cuerpo y los pilares. El cuerpo del clítoris está rodeado de la túnica albugínea y consta de dos cuerpos cavernosos pares formados por músculo liso trabecular y sinusoides lacunares. (1) El bulbo vestibular está formado por estructuras pares localizadas por debajo de la piel de los labios menores y representa el homólogo del cuerpo esponjoso masculino (1). Los nervios uterinos proceden del plexo hipogástrico inferior formado por la unión de los nervios hipogástricos (simpáticos D10 a L1) y las fibras espláncnicas (parasimpáticas S2 a S4). Este plexo tiene tres porciones: plexo vesical, plexo rectal y plexo uterovaginal (ganglios de Frankenhauser), situado en la base del ligamento ancho, en posición dorsal a los vasos uterinos, y en una localización lateral respecto al ligamento uterosacro y cardinal. Este plexo inerva el cuello uterino, la parte superior de la vagina, la uretra, los bulbos vestibulares y el clítoris a través del ligamento cardinal y los ligamentos uterosacros.

A nivel del cuello uterino, los nervios simpáticos y parasimpáticos forman los ganglios paracervicales. El de mayor tamaño recibe el nombre de ganglio cervicouterino, y es a este nivel donde se pueden producir lesiones de las fibras vegetativas de la vagina, los labios y del cuello uterino durante la histerectomía. El nervio pudendo (S2 a S4) alcanza el periné a través del conducto de Alcock y proporciona inervación sensitiva y motora a los genitales externos.

De acuerdo a (Bucheli, 2011) indica:

Datos limitados sugieren que la modulación supramedular descendente de los reflejos genitales femeninos emana de: estructuras del tronco encefálico, como es el núcleo paragigantocelular (acciones inhibitorias por la serotonina), el locus coeruleus (noradrenalina, intumescencia nocturna durante el sueño REM) y la sustancia gris periacueductal del mesencéfalo;

estructuras hipotalámicas, como es el área preóptica medial, el núcleo ventromedial y el núcleo paraventricular; y estructuras prosencefálica, como es la amígdala. Numerosos factores interactúa a niveles supramedulares para influir sobre la excitabilidad de los reflejos sexuales medulares, incluyendo: las hormonas gonadales, información sensitiva genital a través de la vía mielínica espinotalámica y la vía amielínica espinoreticular; e impulsos procedentes de los centros cognitivos corticales superiores.

Igualmente (Ahumada, Aliaga, & Bolívar, 2001) expone:

Las respuestas de excitación sexual de las múltiples estructuras anatómicas genitales y no genitales periféricas son fundamentalmente producto de mecanismos reflejos a nivel de la médula espinal. Los segmentos medulares están sometidos a control descendente excitador e inhibitorio procedente de múltiples localizaciones supramedulares. La rama aferente es fundamentalmente refleja a través del nervio pudendo. La rama eferente del arco reflejo consiste en una actividad somática y vegetativa coordinada. Un reflejo sexual medular es el reflejo bulbocavernoso, en el que participan los segmentos de la médula sacra S2, S3 y S4, en el cual la estimulación del nervio pudendo tiene como consecuencia la contracción muscular del suelo pélvico.

Otro reflejo sexual medular implica la estimulación de los nervios vegetativos vaginales y cavernosos del clítoris, y tiene como consecuencia la tumescencia del clítoris de los labios y de la vagina.

En condiciones basales, los músculos lisos del cuerpo del clítoris y de la vagina mantienen un tono de contracción. Después de la estimulación sexual, la liberación neurogénica y endotelial de óxido nítrico (NO) desempeña un papel importante en la relajación del músculo liso de la arteria cavernosa del clítoris y de las arterias helicinas. Esto conduce a un aumento del flujo arterial aferente al cuerpo cavernoso del clítoris, un aumento de la presión intracavernosa del clítoris y a la ingurgitación del mismo. El resultado es el afloramiento del glándula del clítoris y una potenciación de la sensibilidad.

En condiciones de reposo, el epitelio vaginal reabsorbe sodio del trasudado plasmático de los capilares submucosos. Después de la estimulación sexual se liberan varios neurotransmisores, incluyendo el óxido nítrico (NO) y el péptido intestinal vasoactivo (VIP), modulando la relajación del músculo liso vascular y no vascular vaginal. El aumento espectacular del flujo capilar aferente en la submucosa desbordará la reabsorción de sodio, lo cual produce de 3 a 5 ml de trasudado vaginal, que potencia la lubricación fundamental para un coito placentero. La relajación del músculo liso vaginal produce un aumento de longitud de la vagina y del diámetro de la luz, especialmente en los dos tercios distales de la vagina. El péptido intestinal vasoactivo (VIP) es un neurotransmisor no adrenérgico, no colinérgico, que desempeña un papel potenciando el flujo sanguíneo vaginal, la lubricación y las secreciones (27).

2.2.1.1. Cambios fisiológicos en los genitales durante la Respuesta Sexual.- según (Blumel, Binfa, Cataldo, Carrasco, & Izaguirre, 2010)

La fase de excitación se caracteriza por un considerable aumento del aporte sanguíneo a la pelvis y la región genital, debido a la vasodilatación de los órganos que contiene. En la mujer, da lugar a la erección del clítoris y la vasocongestión del suelo pélvico, con aumento de tamaño y dilatación de la vulva, y la lubricación vaginal. Este último fenómeno, de gran importancia para facilitar la penetración, se debe al trasudado de plasma sanguíneo desde el plexo vascular perivaginal dilatado. (p. 398)

La fase orgásmica se caracteriza por contracciones intermitentes tanto de la musculatura lisa de los órganos genitales como de la musculatura esquelética de la pelvis. Manifestaciones del primer fenómeno en la mujer pueden producirse contracciones uterinas. La contracción rítmica de los músculos estriados del suelo de la pelvis hace estrecharse, intermitentemente las paredes de la porción más externa de la vagina. El esfínter anal se contrae también de modo intermitente en ambos sexos. La pérdida de tono de estos músculos, además de producir problemas como incontinencia urinaria y prolapsos, afecta también a la intensidad y el placer de la respuesta sexual. Por el contrario, la rehabilitación tonificante de dichos músculos además de ser

eficaz para prevenir problemas genitourinarios, como la incontinencia urinaria o los prolapso de órganos pélvicos; pueden mejorar significativamente la calidad y la intensidad de las sensaciones sexuales.

2.2.1.2. Cambios fisiológicos extragenitales durante la Respuesta Sexual.- Así también (*Blumel, Binfa, Cataldo, Carrasco, & Izaguirre, 2010*) refiere:

En la respuesta sexual hay también un importante componente extragenital que implica a diversos órganos y sistemas de nuestro organismo. La utilidad fisiológica de algunos de estos cambios es evidente; permiten, por ejemplo, aumentar el aporte de sangre y oxígeno a los órganos genitales o disipar el calor. Así, durante la excitación hay aumento de la presión sanguínea, de la frecuencia cardíaca y de la ventilación pulmonar que alcanzan su máximo en el orgasmo, decayendo rápidamente tras el mismo. Tras el orgasmo se manifiesta también, con intensidad variable, una reacción de sudoración.

Se han encontrado también cambios en los niveles plasmáticos de varias hormonas, siendo los más documentados los aumentos de vasopresina durante la excitación, de oxitocina durante el orgasmo y de prolactina tras el mismo. Se han descrito también, aumentos más difusos y sostenidos (no confirmados con todos los estudios) de adrenalina, gonodotropinas y testosterona asociados a la actividad sexual. Hay importantes cambios psíquicos, con sensaciones que se suelen percibir como sumamente placenteras. La experiencia orgásmica conlleva una alteración del estado de conciencia de variada intensidad. Todo ello indica que la función sexual implica una auténtica respuesta integrada, que afecta a la totalidad del organismo.

2.2.1.3. Regulación neuroquímica de la Respuesta Sexual.- La regulación neuroquímica se estudia en dos niveles:

a. Neurotransmisión periférica.

Gran parte de los cambios, genitales y extragenitales, que conlleva la respuesta sexual están regulados fundamentalmente por la actividad de los nervios que, desde el sistema nervioso central, se proyectan sobre los distintos órganos implicados. En su mayor parte, dicha inervación la proporcionan las divisiones parasimpática y simpática del sistema nervioso autónomo, que regula la actividad de los distintos órganos del cuerpo, incluidos los genitales. Para ello, utilizan una variada gama de neurotransmisores.

Con respecto a la respuesta sexual, a la actividad parasimpática se le atribuyen fenómenos de vasodilatación, característicos de la fase de excitación, aunque es probable que la inervación simpática también transmita señales erectógenas. La actividad simpática predomina claramente en los fenómenos orgásmicos, tanto genitales como extragenitales. (Blumel, Binfa, Cataldo, Carrasco, & Izaguirre, 2010)

La inervación somática es también importante al transmitir, tanto señales sensoriales, fundamentalmente en todo el proceso de excitación y respuesta sexual, como órdenes motoras a grupos musculares específicos tales como los del suelo pélvico.

Los nervios del sistema nervioso autónomo ejercen su acción sobre los diversos órganos mediante la liberación de neurotransmisores. Tradicionalmente, se ha considerado a la noradrenalina y la acetilcolina, como los más importantes de los empleados por el sistema simpático y parasimpático respectivamente. Sin embargo, se está descubriendo la participación de varios otros mensajeros químicos, como el péptido intestinal vasoactivo (VIP) o el óxido nítrico (NO), mediadores de la llamada transmisión “no-adrenérgica-no-colinérgica” (NANC), que parecen ser más importantes, especialmente el segundo, para las respuestas de erección, que la acetilcolina. La vagina está ricamente inervada por fibras nerviosas inmunorreactivas al VIP que están en íntima relación con el epitelio y los vasos sanguíneos. El óxido nítrico se considera que es el principal mediador de la ingurgitación del clítoris y de los labios. (Blumel, Binfa, Cataldo, Carrasco, & Izaguirre, 2010, pág. 398)

Los neurotransmisores del sistema nervioso autónomo interactúan con diversas señales reguladoras, producidas por los propios tejidos genitales. Tales mensajeros locales proceden de la secreción paracrina (por el endotelio del tejido eréctil) y autocrina (por las propias células musculares lisas) del tejido eréctil. Entre ellos se encuentran diversos prostanoides, vasoconstrictores y vasodilatadores (como las prostaglandinas E), péptidos (como la endotelina) y óxido nítrico, producido por el endotelio.

b. Neurotransmisores centrales.

Dentro del sistema nervioso central, las estructuras preópticas internas, la región del hipotálamo anterior y las áreas del hipocampo-límbicas afines son responsables de la excitación sexual. Cuando estos centros se activan transmiten sus señales eléctricas a través del sistema autónomo.

Se han identificado también, muchos de los neurotransmisores que intervienen en los circuitos cerebrales y meduloespinales de la conducta sexual. Destacan (Ahumada, Aliaga, & Bolívar, 2001) entre ellos:

Las monoaminas: dopamina, noradrenalina y serotonina. Las catecolaminas dopamina y noradrenalina intervienen fundamentalmente en vías centrales facilitadoras del comportamiento sexual, mientras que a la serotonina se le atribuyen efectos predominantemente inhibitorios (aunque matizados por los subtipos de receptor serotoninérgico implicado). En otros neuromediadores de la conducta sexual destacan diversos péptidos, incluidos los opioides endógenos (con acciones inhibitorias) y la alfa- MSH, algunos aminoácidos y el óxido nítrico.

Se dispone de fármacos que imitan, potenciándole, la acción de algunos de los neurotransmisores que actúan en el cerebro facilitando la iniciación fisiológica de la respuesta sexual. La apomorfina SL (Uprima™) imita la acción cerebral de la dopamina y el péptido sintético Melonotan es un análogo del neuromediador fisiológico alfa-MSH. Ambos han demostrado su eficacia en el tratamiento de los trastornos sexuales.

Parecen de mayor utilidad cuando hay un componente psicógeno importante. Es previsible que se desarrollen también nuevos y más eficaces fármacos de acción central en un futuro próximo. Los neurotransmisores y los fármacos relacionados con ellos, pueden influir sobre el comportamiento sexual por diversos mecanismos. Uno es su intervención directa en los relevos sinápticos de las vías neurales, centrales o periféricas, que regulan estas conductas. Otro es influyendo sobre la actividad endocrina del hipotálamo y la adenohipófisis y, secundariamente, sobre la secreción de esteroides sexuales dependiente de ellas. A su vez, las hormonas gonadales influyen sobre la actividad de varios neurotransmisores centrales como las monoaminas o los opioides. La hormona adenohipofisaria prolactina, disminuye la motivación y reactividad sexuales, en ambos sexos; de hecho, la disfunción sexual puede ser el síntoma inicial de un cuadro de hiperprolactinemia. Ello parece deberse a su acción inhibitoria de la secreción de las gonadotropinas (y, por consiguiente, de los esteroides gonadales), y a su antagonismo directo de la transmisión dopaminérgica en algunas áreas cerebrales. Los efectos sexuales de muchos fármacos son producto de la combinación de sus acciones sobre neurotransmisores centrales o periféricos con los que ejercen sobre las secreciones hormonales.

2.2.1.4. **Regulación hormonal de la Respuesta Sexual.**- En la respuesta sexual femenina intervienen varias hormonas, pero las fundamentales son: estrógenos y testosterona.

Los estrógenos influyen de forma importante en la función sexual de la mujer. Las concentraciones de estradiol afectan a la totalidad de las células del sistema nervioso central e influyen en la transmisión nerviosa. Si los estrógenos descienden (estradiol < 50pg/μl), el epitelio de la mucosa vaginal se adelgaza, y la musculatura lisa de la pared de la vaginal se atrofia. También se produce un medio menos ácido en el conducto vaginal. Estos cambios pueden, incluso, provocar infecciones vaginales y de las vías urinarias, incontinencia y manifestaciones de disfunción sexual.

En las mujeres postmenopaúsicas, la hormonoterapia sustitutiva a base de estrógenos consigue que se recuperen los umbrales de la sensibilidad vibratoria y de la presión de la vagina. Los estrógenos tiene también efectos vasopresores y vasodilatadores que aumentan el riego sanguíneo en el clítoris y la vagina. Los síntomas más frecuentes de la disfunción sexual por déficit de estrógenos son: pérdida del deseo, actividad sexual menos frecuente, coitos dolorosos, disminución de la reactividad sexual, dificultades para lograr el orgasmo y disminución de la sensibilidad genital. (Ahumada, Aliaga, & Bolívar, 2001)

Cuando los niveles de testosterona descienden (menos de 20pg/dl de testosterona total o menos de 0.9pg/dl de testosterona libre) se observa disminución de la excitación sexual, de la sensibilidad de los genitales, de la libido y el orgasmo. Además, estos niveles de testosterona bajos se acompañan de caída del vello púbico, adelgazamiento de la mucosa vaginal, y de una disminución generalizada de la sensación de bienestar. Actualmente no hay preparados de testosterona para la mujer que estén aprobados por la Food and Drug Administration; sin embargo se ha demostrado que la administración de testosterona a las mujeres menopaúsicas u ooforectomizadas aumenta el deseo sexual, todos los andrógenos con llevan el riesgo de virilización de la mujer (acné, hirsutismo, irregularidades menstruales, calvicie, cambios de voz o hipertrofia del clítoris, hipercolesterolemia).

2.2.1.5. Evaluación Clínica de la Respuesta Sexual Femenina.- Hasta hace unos años la evaluación de las mujeres que se quejaban de trastornos de la función sexual se reducía a efectuar un estudio o valoración psicológica.

Los estudios (Ahumada, Aliaga, & Bolívar, 2001) destaca

Fisiológicamente de la respuesta sexual femenina en el ámbito clínico se han complicado por la dificultad para cuantificar objetivamente los cambios que se producen durante la excitación sexual. A diferencia de la respuesta eréctil en el varón, hay muchos cambios genitales que forman parte de la respuesta sexual femenina, como ya hemos descrito, y que son, no sólo difíciles de medir, sino que pueden pasar desapercibidos para la propia

paciente. Debemos hacer dos evaluaciones complementarias: la médica/fisiológica y la evaluación psicosocial/psicosexual. (p. 64)

- **Evaluación médica/fisiológica.**

Para evaluar a una paciente con disfunción sexual hay que realizar una exploración clínica completa, incluido el examen ginecológico y una evaluación psicológica, unos análisis hormonales o estudios de laboratorio si están indicados, y una valoración fisiológica de los parámetros que miden la excitación sexual. De esta manera se pueden obtener y evaluar unos parámetros subjetivos y objetivos. El perfil hormonal que sugerimos comprende el análisis de la hormona foliculoestimulante (FSH), la hormona luteinizante (LH), la prolactina, los niveles de testosterona libre y total, la globulina unida a las hormonas sexuales (SHBG), y las concentraciones de estradiol. La testosterona está unida a la albúmina y a la SHBG de la sangre. Los niveles de SHBG se elevan con la edad y descienden al administrar estrógenos endógenos.

Si se registra un nivel anormal de estrógenos o de testosterona, se puede empezar la hormonoterapia sustitutiva correspondiente para resolver o mejorar los síntomas de la paciente. Las mujeres que tienen niveles bajos de estrógenos o de testosterona experimentan habitualmente síntomas como disminución de la libido, menor sensibilidad, sequedad vaginal, dispareunia, y menos capacidad para excitarse.

Según (Ahumada, Aliaga, & Bolívar, 2001) determina:

Debe identificarse la existencia de ciertas enfermedades, como los que interrumpen el eje hipotálamo-hipofisario, o los déficits hormonales secundarios a la menopausia, a la quimioterapia antineoplásica, o los que aparecen después de ooforectomía bilateral. Igualmente hay que reconocer y sustituir, si no hay contraindicación, ciertos medicamentos que afectan negativamente a la función sexual como: antihipertensivos,

antipsicóticos, antidepresivos, sedantes, antiandrógenos, anticonceptivos orales. (p. 71)

La evaluación de la respuesta sexual femenina en el ámbito clínico confirma el problema de la paciente y permite además diagnosticar posibles enfermedades orgánicas, como la insuficiencia vascular, las alteraciones hormonales o los procesos neurológicos.

- **Evaluación psicosocial/psicosexual.**

Además de las evaluaciones fisiológicas, en todas las pacientes hay que evaluar los problemas emocionales o de relación con la pareja que pueden favorecer algunas disfunciones.

El clínico debe conocer el contexto en el que la paciente obtiene sus experiencias sexuales, en donde está encuadrada su autoestima y su imagen corporal, y conocer su capacidad para expresar sus necesidades sexuales a su pareja. Esta evaluación es un elemento esencial del estudio ya que los aspectos emocionales o de relación deben resolverse antes de aplicar ningún tratamiento e indudablemente antes de determinar la eficacia del mismo.

Finalmente para evaluar la función sexual subjetiva especialmente la excitación (Bucheli, 2011) señala:

Existen varios instrumentos, los cuestionarios más usados para evaluar la función sexual son FSFI© de Rosen y colaboradores cuestionario completo y acortado, el estudio, el Bief Index of Sexual Function Inventory (BISF-W) es un cuestionario de 21 apartados relativos a interés, actividad, satisfacción y preferencias sexuales y que distingue a las pacientes deprimidas, a las que sufren alguna disfunción sexual y a las mujeres sanas en el Sex History Form (SHF, 46 puntos), los cambios en el Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ, 35 puntos), el Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR, 25 puntos), el Female Sexual Function

Index (FSFI, 19 puntos), el Golombok-Rusk Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS, 28 puntos), etc.

2.2.2. Disfunción Sexual Femenina.- Las disfunciones sexuales se caracterizan por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales.

En octubre de 1998 se reunió un grupo de consenso de la American Foundation of Urologic Disease (AFUD) integrado por 19 expertos sobre disfunción el suelo pélvico procedentes de cinco países. Estos expertos provenían de los campos de la endocrinología, medicina de familia, ginecología, enfermería, farmacología, fisiología, psiquiatría, psicología, rehabilitación y urología. El objetivo del grupo era evaluar y revisar las definiciones existentes sobre disfunción sexual femenina. (Urrutia, Araya, Flores, Jara, Silva, & Lira, 2013)

Las disfunciones sexuales comprenden los trastornos del deseo sexual (por ejemplo, deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo), trastornos de la excitación (por ejemplo, trastorno de la excitación sexual de la mujer), trastornos del orgasmo (por ejemplo, trastorno orgásmico femenino), trastornos sexuales por dolor (por ejemplo, dispareunia o vaginismo no debidos a una enfermedad médica), disfunción sexual debida a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada.

El trastorno sexual no especificado se incluye para codificar trastornos de la actividad sexual que no son clasificables en una de las categorías específicas.

De acuerdo a (Ahumada, Aliaga, & Bolívar, 2001) es importante tener en cuenta que “las nociones de desviación, de estándares de la función sexual y de conceptos del papel sexual apropiado pueden variar entre las diferentes culturas”.

Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por el dolor asociado con la realización del acto sexual.

El ciclo completo de la respuesta sexual de acuerdo a (Alvarez, 2011) puede dividirse en las siguientes fases:

- **Deseo.** Esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.
- **Excitación.** Esta fase consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios más importantes en la mujer son la vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos.
- **Orgasmo.** Esta fase consiste en el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En la mujer se producen contracciones (no siempre experimentadas subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina, el esfínter anal se contrae de manera rítmica.
- **Resolución.** Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante este periodo las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente.

Los trastornos de la respuesta sexual pueden aparecer en una o más de estas fases. Cuando hay más de una disfunción sexual deben diagnosticarse todas. Se describen una serie de subtipos para señalar el inicio, el contexto y los factores etiológicos que se asocian con los trastornos sexuales. Si hay varios trastornos sexuales, es necesario indicar cada uno de los subtipos. Estos subtipos no deben aplicarse al diagnóstico de trastorno sexual debido a enfermedad médica o trastorno sexual inducido por sustancias.

Para señalar la naturaleza del inicio del trastorno sexual puede utilizarse uno de los siguientes subtipos:

- De toda la vida. Este subtipo indica que el trastorno sexual ha existido desde el inicio de la actividad sexual.
- Adquirido. Este subtipo indica que el trastorno sexual ha aparecido después de un periodo de actividad sexual normal.

Para indicar el contexto en el que aparece el trastorno sexual, puede usarse uno de los siguientes subtipos:

- General. Este subtipo indica que la disfunción sexual no se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros.
- Situacional. Este subtipo indica que la disfunción sexual se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros. El patrón situacional específico de la disfunción sexual puede ayudar a realizar el diagnóstico diferencial. Por ejemplo, la función masturbatoria normal en presencia de una relación deteriorada con él/ella compañero/a sugiere que un síntoma principal de disfunción eréctil se debe más a un problema interpersonal o intrapsíquico que a una enfermedad médica o a la toma de alguna sustancia.

Según (Alvarez, 2011) puede usarse uno de los siguientes subtipos para indicar los factores etiológicos asociados al trastorno sexual:

- Debido a factores psicológicos. Este subtipo se ha descrito para los casos en los que los factores psicológicos son de gran importancia en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno sexual, y las enfermedades médicas y la toma de sustancias no desempeñan ningún papel en su etiología.
- Debido a factores combinados. Este subtipo se ha descrito cuando:
 1. Los factores psicológicos son de gran importancia en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno sexual,
 2. Las enfermedades médicas y la toma de sustancias contribuyen a la aparición del trastorno, pero no son suficientes para constituir su causa. Cuando una enfermedad médica o el consumo de sustancias (incluso los

efectos secundarios de los fármacos) sean suficientes como causa del trastorno, deben diagnosticarse de trastorno sexual debido a una enfermedad médica y/o trastorno sexual inducido por sustancias.

Hay muy pocos datos epidemiológicos sistemáticos referentes a la prevalencia de los diversos trastornos sexuales, y muestran una gran variabilidad, muy probablemente debido a los diferentes métodos de valoración, las definiciones empleadas y las características de la población estudiada; de esta forma encontramos que los estudios epidemiológicos sobre la disfunción sexual femenina correctamente diseñados, con muestreo aleatorio y basados en la comunidad son limitados.

De acuerdo a (Ahumada, Aliaga, & Bolívar, 2001)

El estudio más detallado efectuado hasta el momento es una muestra representativa de la población de Estados Unidos de edades comprendidas entre los 18 y 59 años, sugiere las siguientes estimaciones sobre la prevalencia de varias alteraciones de tipo sexual: 3% para la dispareunia masculina, 15% para la dispareunia femenina, 10% para problemas del orgasmo en el hombre, 25% para problemas del orgasmo en la mujer, 33% para el deseo sexual hipoactivo en la mujer, 27% para la eyaculación precoz, 20% para alteraciones de la excitación femenina y 10% para alteraciones eréctiles en el varón. Los trastornos de la erección en el varón también aumentan su prevalencia tras los 50 años. No está claro si estos síntomas de tipo sexual hubiesen cumplido criterios diagnósticos para el trastorno sexual del DSM-IV. No se dispone de las estimaciones de los porcentajes de prevalencia para la aversión sexual, el vaginismo, las disfunciones sexuales debido a enfermedades médicas y las disfunciones sexuales inducidas por sustancias.

Para Masters y Johnson en 1970

Un 50% de parejas heterosexuales presentaban alguna disfunción sexual. Frank, Anderson y Rubistein en 1978 establecen una prevalencia de disfunciones sexuales en parejas, de un 40% para hombre y un 60% para

mujeres. Nathan en 1986 mantiene unas cifras del 1 al 15% en hombres y 1 al 35% en mujeres, Spector y Carey en 1990 encuentran una prevalencia del 4 al 10% de la población y Laumann, Paik y Rosen en 1999, fijan una prevalencia del 31% para los hombres y el 43% para las mujeres; en la encuesta National Health and Social Life

Survey (encuesta nacional de salud y vida social), realizada a 1749 mujeres; esta encuesta no evaluaba mujeres de más de 59 años ni establecía una correlación entre factores de riesgo médico y las quejas respecto a la función sexual. Aunque fue un estudio con una muestra de gran tamaño, su valor está limitado por su diseño de corte transversal.

Los datos del censo de población de Estados Unidos muestran que 9.7 millones de mujeres norteamericanas de entre 50 y 74 años de edad describían quejas de disminución de la excitación, dolor con el coito y dificultades en lograr el orgasmo. La incidencia de quejas respecto a la función sexual femenina aumenta con el envejecimiento, la menopausia y diversos factores de riesgo médicos. (Ahumada, Aliaga, & Bolívar, 2001)

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, frecuentemente en la práctica clínica vemos problemas serios de sexualidad. En un estudio reciente hemos descrito que los trastornos de la sexualidad afectaban al 50% de las mujeres de edad media, comprometiendo principalmente el deseo y la excitación. 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. A esta diversidad debemos agregar además, las variaciones individuales de la sexualidad. 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. 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; y 4. dolor sexual. Con esta clasificación Laumann y cols., encontró que 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 Asociación Psiquiátrica Americana se refiere sólo a aspectos psicológicos. El 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.

Sin embargo (Dos Santos, Matos Silva, & Alayde Werba, 2011) determinan:

Una limitante en la evaluación de estos test es la disponibilidad de un procedimiento de diagnóstico rápido. A menudo, los médicos evitan la investigación de síntomas sexuales debido a las preocupaciones de la falta de tiempo o la falta de herramientas adecuadas para hacer frente a disfunción sexual femenina, es por eso que se desarrolló y se validó un test abreviado de la prueba de diagnóstico psicométrico más popular (Female Sexual Function Index, FSFI-19) para proporcionar un screener rápida de Disfunción Sexual Femenina para facilitar su uso en las consultas externas, los estudios epidemiológicos, y la evaluación de la respuesta al tratamiento. Se administró la FSFI-19 a 200 mujeres que asisten a clínicas de consulta externa para la medicina sexual y reproductiva. Se excluyó a los Cuarenta mujeres porque no tenían actividad sexual o no pudieron asistir a la visita retest.

Los pacientes fueron evaluados en dos visitas posteriores para validar la forma abreviada del cuestionario. En total, 105 fueron encontrados para sufrir de una Disfunción sexual femenina. Por lo que se concluyó que la FSFI-6 es una valiosa herramienta para examinar a las mujeres que son propensas a sufrir de Disfunción sexual. En seis preguntas sencillas, teniendo no más de 3 minutos, una puntuación inferior a 19 indica la necesidad de realizar más investigaciones, incluyendo el de larga duración FSFI-19 y una entrevista dedicada. En conclusión, se trata de una nueva herramienta que puede ayudar a cualquier médico a revelar Disfunción sexual femenina rápida y eficiente.

2.3. Prevención y terapia

De acuerdo a (Cerdeira & Pino, 2006) describe:

La histerectomía, en la mayoría de las pacientes no provoca secuelas psiquiátricas o disminución de la función sexual. El mejor predictor de satisfacción después de la histerectomía es la comprensión prequirúrgica, por parte de la paciente, de la intervención. El mejor predictor de la función sexual posquirúrgica es la satisfacción sexual prequirúrgica de la paciente. Preoperatoriamente estas cuestiones deben tratarse con la paciente y sus preguntas y preocupaciones deben abordarse para disminuir el temor y la ansiedad asociados a la cirugía. (p. 94)

Existen diferentes modelos de afrontar la terapia, tanto como modelos psicológicos o clínicos existen (psicodinámico, conductista, cognitivo-conductual, etc.). Sin ser un modelo per se, se presenta un método de aproximación e intervención terapéutica (Carroles adaptado de Annon³⁵), el modelo EPITEX. Es el acrónimo de: EDUCACIÓN, PERMISO, INDICACIONES ESPECÍFICAS y TERAPIA SEXUAL

Primera fase: EDUCACIÓN. Es la fase inicial del abordaje terapéutico. Es frecuente la presencia de lagunas informativas, múltiples mitos, etc. El objetivo de esta fase es adquirir un adecuado y suficiente nivel de información sexual para entender que les ocurre. En esta fase se resuelven el 50% de los

problemas. Parte del reetiquetado del problema, explicación que tiene la persona acerca del origen de su problema, responsabilidad sobre el problema y solución y la génesis de estilos de vida constructivos. Esta fase puede y debe ser abordada desde los dispositivos de Atención Primaria de Salud.

Segunda fase: PERMISO. Normalización, desculpabilización. Se les da permiso para realizar actividades que solo constituyen un problema en la medida que el sujeto los vive como tal, prejuicios, actitudes negativas, etc.

Tercera fase: INDICACIONES ESPECÍFICAS. Primer nivel de terapia sexual. Intervención a través de indicaciones e instrucciones específicas acerca de determinadas actividades erótico-terapéuticas: Focalización sensorial (Erotización), parada y arranque, dilatación progresiva del introito vaginal, programa masturbatorio de LoPiccolo.

Cuarta fase: TERAPIA SEXUAL. Se resuelven problemas más complejos: causas psicológicas profundas, problemas orgánicos, problemas mixtos: Trastornos psicológicos y psiquiátricos profundos, problemas de identidad y orientación sexual, problemas de deseo, problemas de víctimas de abusos sexuales, diabetes, alcoholismo.

2.4. Algunas técnicas sexológicas.

Desensibilización sistemática. Es una estrategia terapéutica que procede de los abordajes cognitivos-conductuales y consiste en la aproximación escalonada a situaciones que producen una reacción aversiva. Así, poco a poco, se pueden conseguir respuestas “adecuadas” ante ciertos estímulos. Por ejemplo, en el vaginismo, hacer que la mujer se sienta relajada ante la proximidad de un objeto fálico primero y ante la inminencia de la penetración después, a fin de conseguir la penetración con diferentes calibres, es fundamental y tiene un gran éxito en los resultados obtenidos.

Entrenamiento asertivo. Supone que la persona sea capaz de expresar deseos, emociones y sentimientos, que la posibiliten a sobre ponerse en situaciones aversivas. Esto supone no sentir vergüenza ni sentimientos negativos para rechazar, por ejemplo, una felación o pedir un cunnilingus.

Estimulación erótica gradual y progresiva. Es un proceso gradual y hay que ir consolidando etapas, no se pasa a la siguiente sin haber consolidado la anterior. Consiste en “dejarse llevar” por las sensaciones eróticas o placenteras y concentrarse en ellas a través del masaje (caricia).

Ejercicios con la musculatura pubo-coxígea (maniobras de Kegel). Además del fortalecimiento de algunos grupos musculares implicados en la excitación y el orgasmo (también en el control de esfínteres genito-urinaris), se busca mediante series de contracción-relajación de los músculos pubo-coxígeos de forma consciente, adquirir habilidades propioceptivas que permitan mediante la relajación o tensión muscular voluntaria, controlar la excitación, incluso facilitar o potenciar el orgasmo.

Reacondicionamiento orgásmico (Hawton, 198337). Consiste en la asociación de ciertos estímulos (fantasías o contacto físico) con el placer.

Biblioterapia y autoayuda. Existen distintas publicaciones en forma de manual de autoayuda que pueden servir de apoyo en el proceso terapéutico. Sobre todo en las primeras fases de intervención sexológica.

Intervención terapéutica. En todas las intervenciones terapéuticas, se utilizan distintas técnicas, primero porque es más efectiva y en segundo lugar, porque la mayor parte de las disfunciones son multicausales y los factores emocionales, cognitivos y conductuales, además de los orgánico. Se retroalimentan. A modo de ejemplo, algunas indicaciones terapéuticas estandarizadas:

- Falta de excitación: Desensibilización sistemática, entrenamiento asertivo, ejercicios musculares, tareas en escalada, farmacológico.

- Falta de orgasmo: Potenciación Erotofílica, entrenamiento en masturbación, manual o con vibradores, erotización orgásmica, ejercicios musculatura púbócoxígea, recondicionamiento del orgasmo.
- Vaginismo: Dilatadores, desensibilización sistemática, etc.

2.5. Tratamiento farmacológico

Trastornos de la excitación sexual: Según la etiología: hormonas, apomorfina, fentolamina, yohimbina, PDE5, L-Arginina.

Según (Alvarez, 2011) señala: “en la anorgasmia, se están utilizando con muy poca eficacia, prostaglandinas, Bupropión o apomorfina. En la dispareunia y vaginismo, miorelajantes y ansiolíticos”.

Interacción sexualidad-fármacos. Además de la farmacocinética e indicación de cada fármaco, hay que tener en cuenta que la interacción de los fármacos con la sexualidad está condicionada por dosis y tiempos de exposición a los mismos. En cualquier caso, siempre habría que prestar atención a posibles consecuencias adversas si la persona está tomando.

e) MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio es un estudio descriptivo y retrospectivo.

ÁREA DE ESTUDIO

- El Hospital del IESS de la ciudad de Loja “Manuel Ygnacio Monteros es un Hospital nivel 2, ubicado en las calles Ibarra entre Tarqui y Santo Domingo de los Colorados, perteneciente al Barrio Gran Colombia, parroquia El Valle.
- Residencias de las encuestadas.

UNIVERSO

El universo estuvo constituido por 150 mujeres a quienes se les realizó la histerectomía por vía abdominal o vaginal, atendidas quirúrgicamente por causas ginecológicas u obstétricas en el Hospital del IESS de Loja, durante el año 2013.

Muestra:

La muestra estuvo constituida por 50 mujeres en total que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Mujeres entre 35 y 45 años.
- Mujeres a quienes les realizaron Histerectomía por patología benigna, en el año 2013.
- Mujeres que cumplieron un año de realizada la histerectomía.
- Mujeres que aceptaron formar parte del estudio.

Criterios de Exclusión:

- Mujeres con cualquier patología neoplásica maligna que hayan sido Histerectomizadas.
- Mujeres con patología psiquiátrica preoperatoria.
- Mujeres que no aceptaron formar parte del estudio.

Métodos e instrumentos de recolección de datos:

La base de datos se los obtuvo mediante las historias clínicas de las pacientes a las que se les realizó la histerectomía durante el año 2013 en el hospital del IESS de Loja, de donde se obtuvieron los números telefónicos y direcciones de las pacientes. Previamente firmado el consentimiento informado (ANEXO 1), se aplicó el Instrumento de Recolección de la Información, basado en una encuesta previamente elaborada, que permiten evaluar la ansiedad y depresión como efectos psicológicos que presentaron las pacientes luego de un año de realizada la operación, se midió mediante la Escala Abreviada de Depresión del centro de estudios epidemiológicos de México (ANEXO 2), esta versión abreviada permite clasificar a los sujetos según la presencia/ausencia de síntomas depresivos clínicamente significativos con una puntuación mayor a 9 puntos, también se empleó el inventario de ansiedad de Beck (ANEXO 3), la interpretación de las puntuaciones de este inventario se basa en puntuaciones de corte que definen diferentes niveles de gravedad de sintomatología ansiosa. La última edición del manual original del Inventario de ansiedad propone las siguientes: 0-7 indica ansiedad mínima, 8-15 ansiedad leve, 16-25 ansiedad moderada y 26-63 ansiedad grave (Beck y Steer, 1993). Los efectos sexuales de las pacientes se los evaluó mediante el cuestionario de Función Sexual Femenina Abreviado-6 (ANEXO 4), que permite evaluar la función sexual en sus 6 dominios que corresponden al deseo o interés sexual, excitación sexual, Lubricación genital, Orgasmo, Satisfacción sexual y Dispareunia, esta encuesta se la aplicó mediante llamada telefónica y entrevista personal guiada. Con la información obtenida se tabularon los datos aplicando la Estadística descriptiva, mediante el programa Microsoft Excel

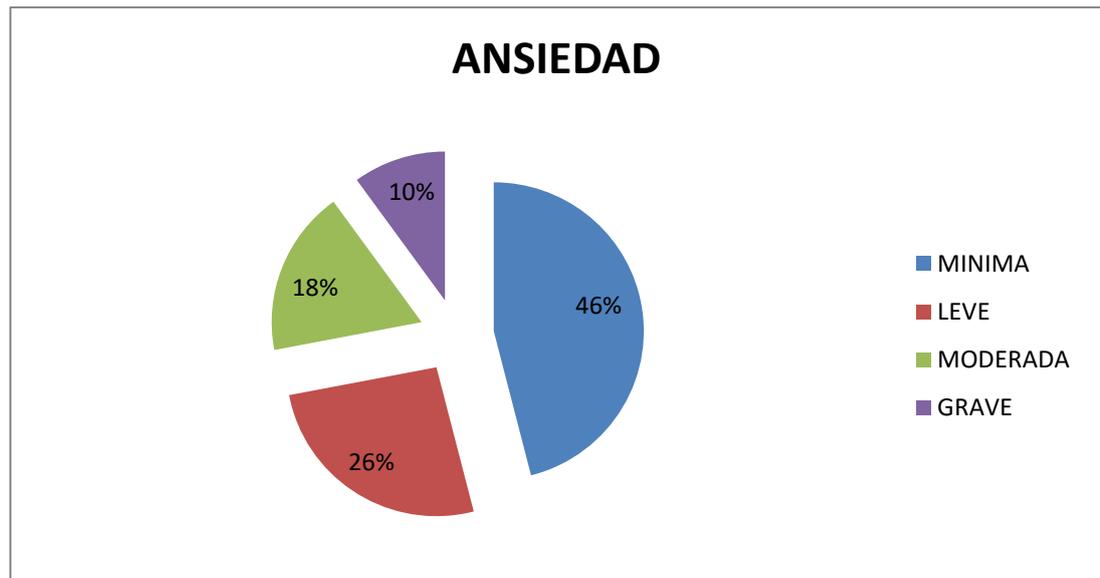
2010, y los resultados fueron interpretados mediante Gráficos. Posteriormente se elaboró la Discusión, las Conclusiones y Recomendaciones.

f) RESULTADOS

EFFECTOS PSICOLÓGICOS

- **Ansiedad.**

Gráfico 1.



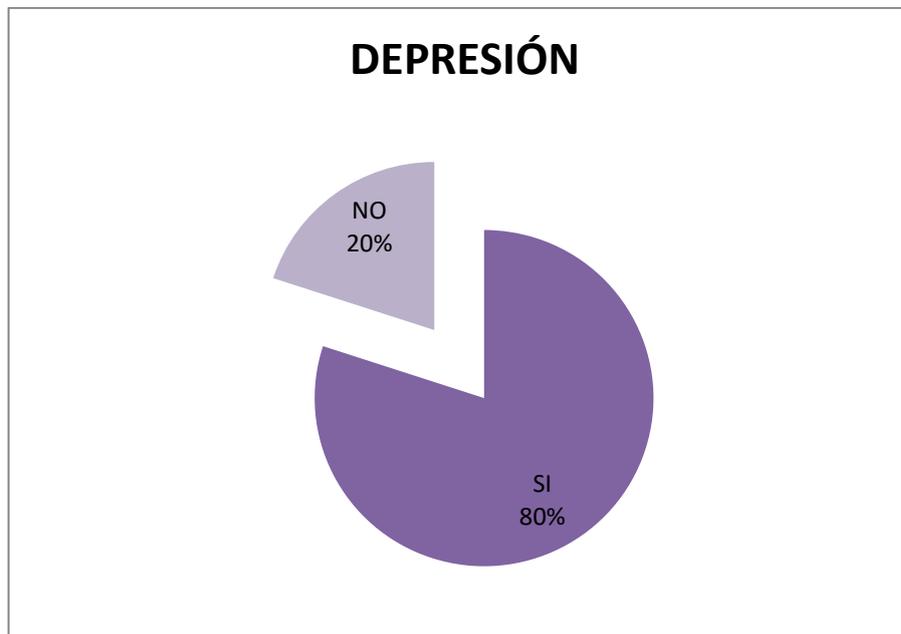
Fuente: Encuesta realizada a mujeres histerectomizadas en el HMYM
Elaborado por: Pamela González Carrión

Análisis:

El nivel de ansiedad que presentaron las participantes fue mínima en el 46%, leve en el 26%, moderada en el 18% y solamente un 10% presentó un nivel de ansiedad grave.

- **Depresión**

Gráfico 2.



Fuente: Encuesta realizada a mujeres histerectomizadas en el HMYM
Elaborado por: Pamela González Carrión

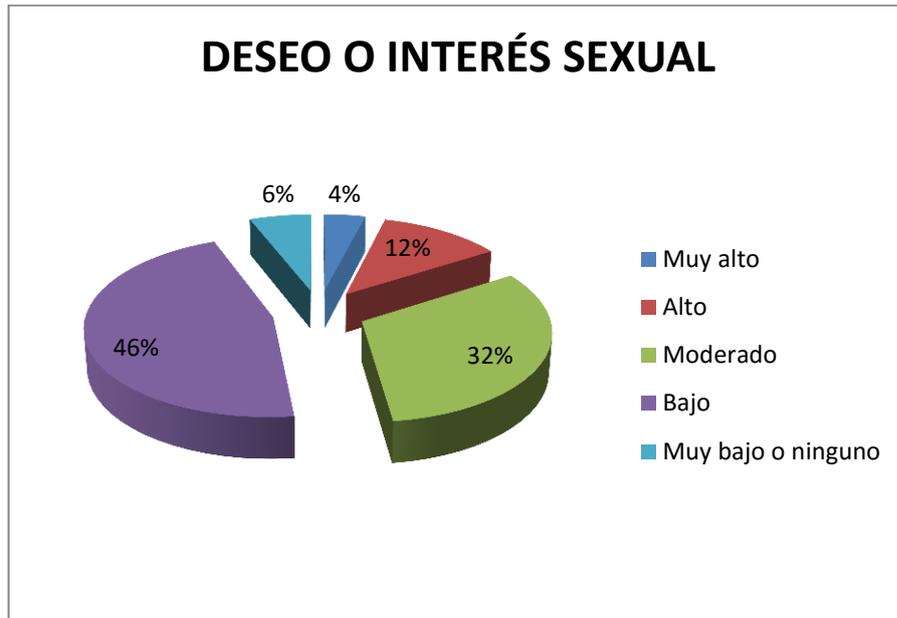
Análisis:

En la muestra de estudio, el 80% de mujeres poshisterectomizadas presentó algún grado de depresión, y el 20% es decir, del total de mujeres que participaron en la investigación 10 de ellas no presentaron nunca ningún episodio de depresión.

EFFECTOS SEXUALES

- Interés o Deseo sexual

Gráfico 3.



Fuente: Encuesta realizada a mujeres histerectomizadas en el HMYM

Elaborado por: Pamela González Carrión

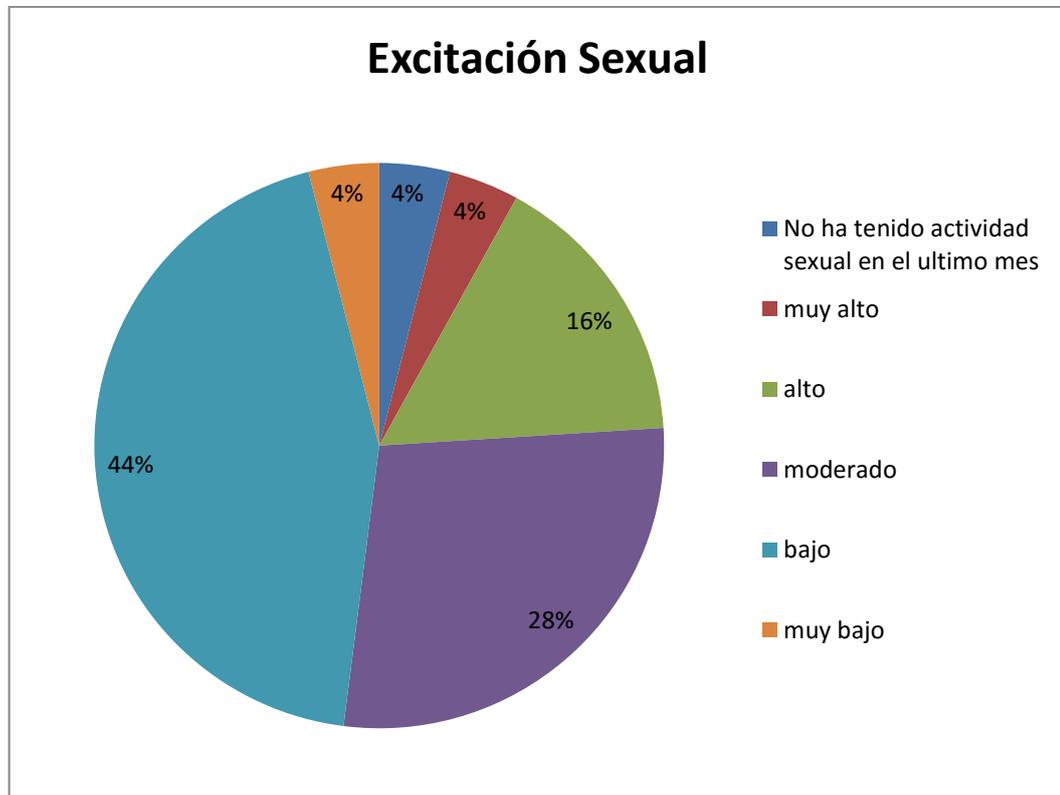
Análisis:

El 4% de las encuestadas expresan un nivel muy alto de deseo sexual, así como el 12% un nivel alto, el tercer lugar con un 32% expresó un deseo sexual moderado.

El resultado más representativo que se obtuvo fue el deseo sexual bajo con el 46% un deseo sexual bajo, y por último el 6% con un nivel muy bajo o ningún interés sexual.

- **Grado de excitación sexual**

Gráfico 4



Fuente: Encuesta realizada a mujeres hysterectomizadas en el HMYM

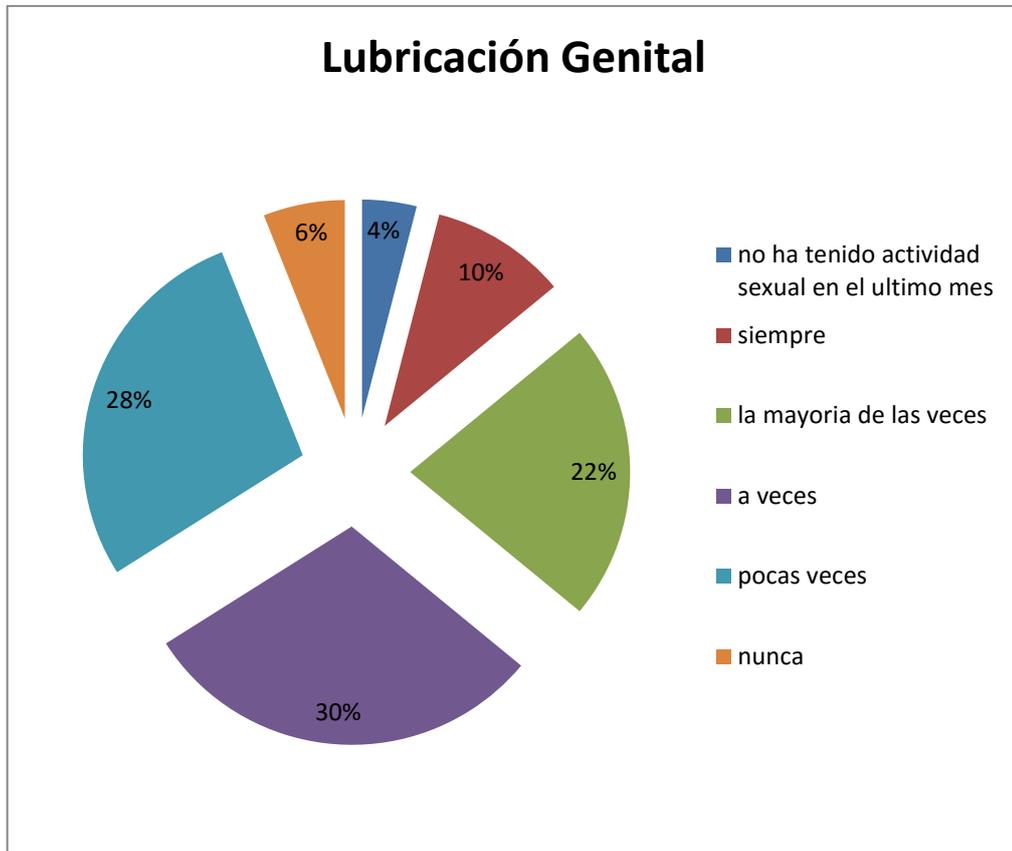
Elaborado por: Pamela González Carrión

Análisis:

El 44% de las encuestadas expresaron un bajo grado de excitación durante la relación sexual, seguido por el 28% perteneciente al nivel moderado de excitación. El nivel alto de excitación sexual representa el 16% de las personas encuestas, dejando 4% para cada nivel restante que corresponde a muy alto, muy bajo y para aquellas que no han tenido actividad sexual en el último mes.

- **Lubricación Genital**

Gráfico 5



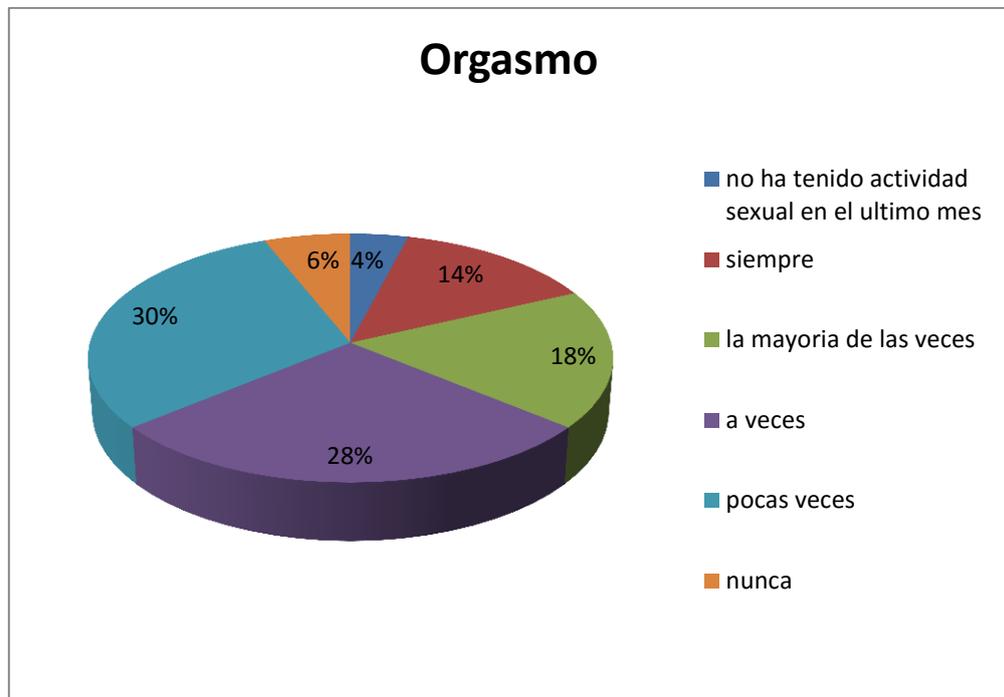
Fuente: Encuesta realizada a mujeres histerectomizadas en el HMYM
Elaborado por: Pamela González Carrión

Analisis:

Respecto a la lubricación genital durante el acto sexual, las encuestadas refieren en un 30% que a veces presentan lubricación genital, con el 28% expresaron que pocas veces se presenta esta condición, en el 22% se presenta la mayoría de las veces, y con el 10% las encuestadas expresaron que siempre se presenta la lubricación.

- **Orgasmo**

Gráfico 6.



Fuente: Encuesta realizada a mujeres histerectomizadas en el HMYM

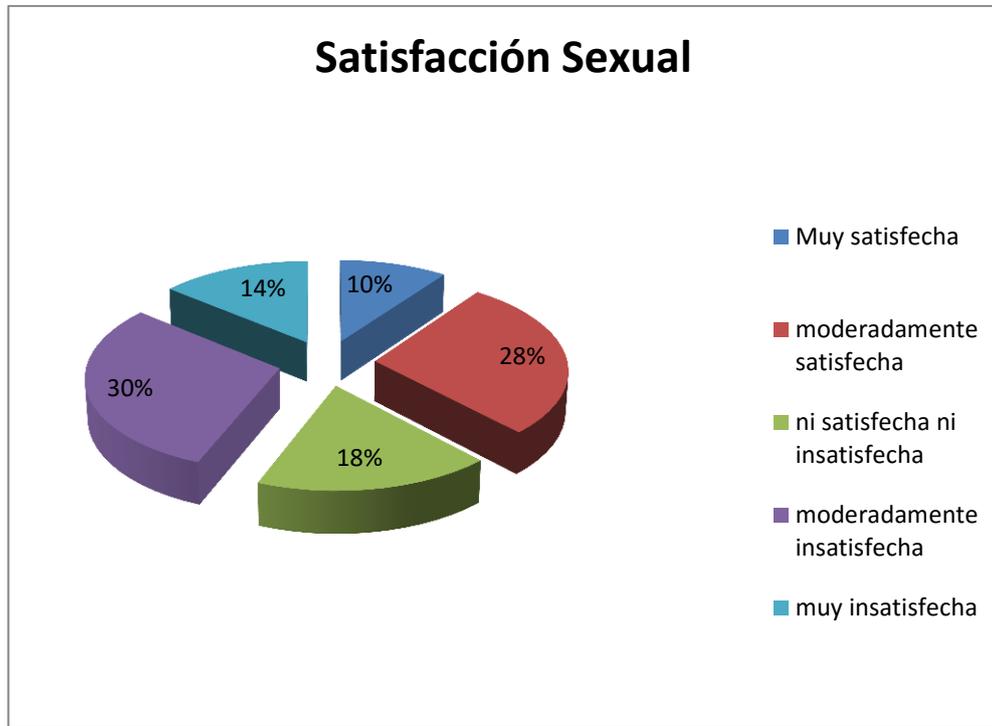
Elaborado por: Pamela González Carrión

Análisis:

Los factores más representativos de esta medición fueron: con el 30% las encuestadas alcanzaron el orgasmo, seguido del 28% expresando que pocas veces han alcanzado; con 18% las encuestadas expresaron que la mayoría de las veces han alcanzado al orgasmo, y el 14% de las participantes señalaron que siempre alcanzan el orgasmo y finalmente el 6% indicó que nunca alcanzó el orgasmo.

- **Satisfacción Sexual**

Gráfico 7



Fuente: Encuesta realizada a mujeres histerectomizadas en el HMYM

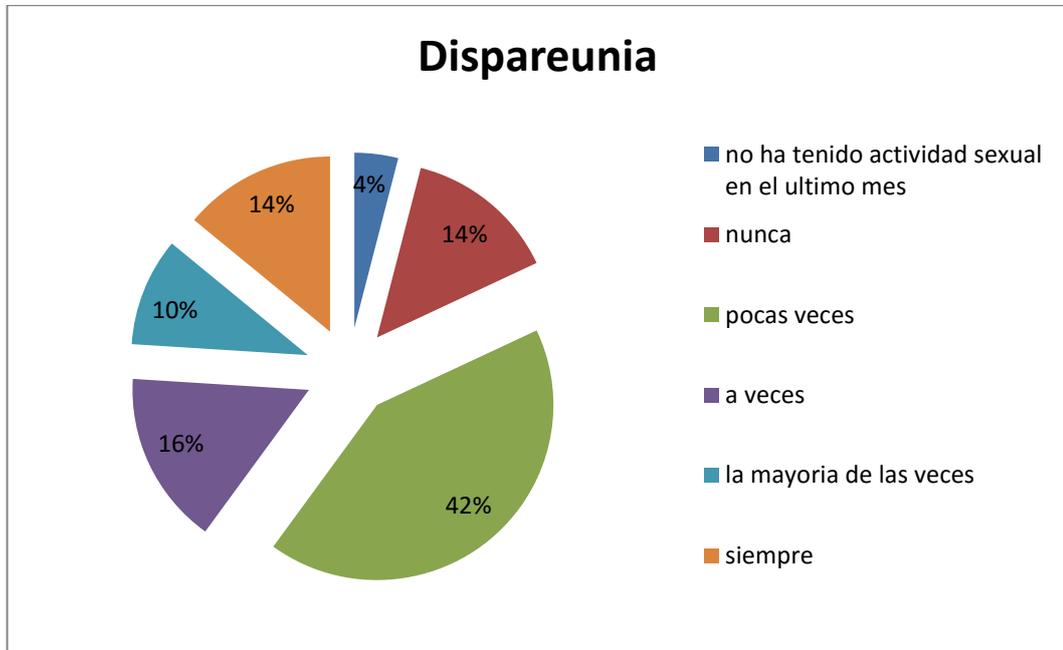
Elaborado por: Pamela González Carrión

Análisis:

El 30% las encuestadas expresaron que se sienten moderadamente insatisfechas con su actividad sexual, así con 28% señalaron que se sienten moderadamente satisfechas, por ultimo con el 14% y 10%, expresaron que se sienten muy insatisfechas y muy satisfechas.

- **Dispareunia**

Gráfico 8



Fuente: Encuesta realizada a mujeres histerectomizadas en el HMYM

Elaborado por: Pamela González Carrión

Análisis:

Con el 42% las encuestadas señalaron que sienten muy pocas veces dolor en el acto sexual, siendo este el porcentaje mayor; con el 16% expresaron que a veces presentan dolor, y con el 14% señalaron que siempre han sentido dolor en el acto sexual luego de la histerectomía.

g) DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que la histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas ginecológicas que se practica con más frecuencia en todo el mundo, el Hospital Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja, no es la excepción es así que las mujeres que fueron objeto de estudio, se les realizó la histerectomía en el año 2013, siendo el abordaje quirúrgico más frecuentemente realizado: la histerectomía abdominal (94%) y luego la vaginal en un porcentaje muy bajo (6%), sus edades comprendieron entre 35 y 45 años, lo que explica que no hay mucha variación estadísticamente sobre histerectomía en Estados Unidos y en algunos países de Latinoamérica.

Son muchos los pensamientos, sentimientos, dudas y expectativas que surgen entorno a la histerectomía y mucho más allá del motivo que provocó la histerectomía y el dolor físico luego de la cirugía, las mujeres pueden pasar por situaciones estresantes y que asociados a los mitos y creencias respecto del útero y su extirpación aparecen como elementos que las entristecen y desanima que se puede traducir en ansiedad y depresión afectando a la salud psicológica.

En un estudio de (Vargas Mendoza & López Serrano, 2010) sobre los Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía, del Centro Regional de Investigación en Psicología, aseguran que el 90% de pacientes encuestadas presentaron ansiedad mínima y 10% ansiedad moderada. Así mismo indica que aquellas mujeres que presentaron depresión conformaron solamente el 40% y el 60% no presento depresión.

En el presente estudio observamos que la ansiedad se presenta en todas las mujeres encuestadas en distintos niveles, que se distribuye de la siguiente forma: 46% ansiedad mínima, 26% ansiedad leve, 18% moderada y 10% grave, datos que de cierta manera concuerdan con los datos obtenidos ya que el porcentaje más alto de mujeres es para las mujeres con ansiedad mínima. En cuanto a la depresión encontramos que el 80% presentó depresión luego de

la histerectomía, lo cual se corrobora en una revisión de 8 estudios realizada por (Torres, Muñoz, & Costa, 2010), hace mención al estado psicológico que vive la mujer antes y después de verse enfrentada a esta cirugía: depresión, ansiedad, alteraciones del autoestima y otros trastornos del ánimo, siendo la poca participación en la toma de decisión con respecto a someterse a la histerectomía o la cirugía de urgencia; aspectos que influyen en la aparición de la depresión principalmente y otros trastornos.

Por lo tanto es relevante evaluar la condición en la que se encuentra la usuaria antes, durante y después de someterse a este procedimiento.

Jawor y Colaboradores señalan que la histerectomía desencadena conflictos de autoestima y que el profesional de la salud debe lidiar con los temores, creencias y ansiedad de las usuarias para prevenir síntomas depresivos y de ansiedad posteriores al alta.

En cuanto a los efectos en la función sexual hay estudios un poco contradictorios, algunos apoyan los cambios positivos en la sexualidad de las mujeres luego de la histerectomía, es así el estudio de M. Teresa Urrutia sobre la sexualidad en las mujeres poshisterectomizadas indica que 81.3% de mujeres presentan cambios en su sexualidad y de este grupo el 58.46% señaló cambios positivos.

Así mismo (Berek, 2006) señala que “la mayoría de mujeres no suelen presentar problemas en la función sexual”.

Sin embargo según Morales y Estrada, la sexualidad se construye tanto mediante las percepciones y expectativas personales como mediante las conductas de la pareja; en este estudio se reconoció que el efecto sobre la sexualidad depende directamente de la sexualidad previa. Adicionalmente, el efecto que la histerectomía puede tener sobre la función sexual puede ser variable según el factor de que se trate: el deseo sexual, la frecuencia e intensidad de los orgasmos no necesariamente se ven incrementados, mientras

que el dolor provocado por las relaciones sexuales sí disminuye. En este estudio acompañado a la presencia de ansiedad y depresión antes mencionados las repercusiones sobre la sexualidad de la mujer se ha visto afectada en prácticamente todos sus dominios, el interés o deseo sexual fue bajo en el 46% de las mujeres, el 44% muestra un grado bajo de excitación durante el acto sexual, el 30% a veces presenta lubricación genital durante el acto sexual, igualmente solo el 30% consigue tener orgasmos siempre, 30% de las mujeres se sienten moderadamente insatisfechas durante el acto sexual. El 42 % de las mujeres presentaron pocas veces dolor durante la relación sexual. La sexualidad es un área dinámica del ser humano, lo que probablemente se ve reflejado en los resultados de este estudio, y debe ser tomado en cuenta en los programas educativos dirigidos a este grupo de mujeres, que van a ser sometidas a una histerectomía. Quizás un punto importante a considerar en futuras investigaciones, son las necesidades educativas de las mujeres histerectomizadas, para así dar respuesta real a las necesidades de estas pacientes.

h) CONCLUSIONES

- En la investigación se pudo determinar que las mujeres poshisterectomizadas presentaron efectos psicológicos negativos evidenciados con la presencia de niveles bajos de ansiedad en la mayor parte de las encuestadas, sin embargo hay mujeres que presentan ansiedad en un nivel alto a pesar de ser un pequeño porcentaje. La depresión también se presentó en la mayoría de las mujeres luego de su intervención quirúrgica.
- En cuanto a los efectos en la función sexual luego de esta investigación hemos visto que se ve seriamente afectada, en lo que se refiere al deseo o interés sexual principalmente las encuestadas indican que presentan un bajo deseo sexual, siendo este parámetro el que más se vio afectado. Así mismo la excitación sexual es baja en la mayoría de las encuestadas. Otro parámetro valorado fue la lubricación durante el acto sexual, que también se ha visto afectado en las encuestadas quienes indican que presentan lubricación pocas veces y muy pocas veces. En este estudio se encontró que muy pocas mujeres lograron siempre tener orgasmos y también muy pocas son las que nunca logran tener un orgasmo. En cuanto a la satisfacción sexual en las mujeres de estudio, el porcentaje más alto obtenido correspondió a aquellas que están moderadamente insatisfechas. El último parámetro evaluado fue el dolor durante la relación sexual o dispareunia que indicó que la mayoría de las mujeres presentan dolor pocas veces luego de la histerectomía.

i) RECOMENDACIONES

- Implementar un plan completo de atención a todas las mujeres que van a ser histerectomizadas, el cual esté presente antes de la intervención y luego de la intervención, realizando seguimiento de estas pacientes, que brinde asesoría sobre todos los posibles efectos que se darán tanto a nivel psicológico y en la función sexual y también que se implemente terapias para aquellas mujeres que ya presentan los efectos luego de la histerectomía.
- Crear grupos de apoyo psicológico no solamente para la paciente sino que también incluya a la pareja para que haya un mejor ambiente de entendimiento y comprensión y así mismo un menor impacto en la salud sexual y psicológica de las pacientes.

j) BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Martínez, M., Zamora Escudero, R., García-Benítez, C., & Vieyra Cortés, E. A. (2013). *Dolor pélvico crónico y endometriosis cervical después de histerectomía subtotal*. (. Recuperado el 16 de abril de 2014, de <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail?sid=bec82398-b3ee-46a0-8ab9-2bc7577bbf73%40sessionmgr111&vid=1&hid=104&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGI2ZQ%3d%3d#db=edb&AN=86643769>.
- Ahumada, A., Aliaga, P., & Bolívar, N. (2001). Enfoque integral de la paciente Histerectomizada,. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, Vol. 12 N° 3.
- Alvarez, J. (2011). *Sexualidad Integral. Clasificación, diagnóstico y tratamiento de las disfunciones sexuales*. Bogotá: Manual Moderno.
- Amílcar, C., & Hernández, F. (2013). *Caracterización epidemiológica del modo y estilo de vida de pacientes con histerectomía obstétrica hospital Nacional Quetzal Tenango*. Recuperado el 8 de abril de 2014, de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9032.pdf
- Aparecida Barbosa, M. M., Oliveira, D. M., Pinto de Hoga, M. C., Akiko Komura, L., & Pedroso, A. (s.f.).
- Araya G, A., & Urrutia S, M. T. (2008). El proceso de ser histerectomizada: aspectos educativos a considerar. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 347-352.
- Barrilero Gómez, J., Casero Mayorga, J., Cebrián Picazo, F., Córdoba Monedero, C., García Alcaraz, F., Gregorio González, E., y otros. (2012). *Ansiedad y cirugía. repercusiones en el paciente sometido a cirugía*. Recuperado el 20 de abril de 2014, de <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%208/ansicirug.htm>
- Berek, J. (2006). *Ginecología de Novak: Fisiología de la Reproducción, fisiología del ciclo menstrual*. Madrid: GEDISA.
- Blumel, J. E., Binfa, L., Cataldo, P., Carrasco, A., & Izaguirre, H. (2010). *Índice de función sexual femenina: un test par evaluar la sexualidad de la mujer*. Buenos Aires: Arcop.
- Brito, L. G. (2012). *Fatores motivacionais da mulher portadora de leiomioma uterino para a realização da histerectomía*. Recuperado el 31 de marzo de 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000600009.
- Bucheli, R. (2011). *Ginecología Clínica y Quirúrgica: Histerectomia*. Quito: Americana.

- Caçador, V. M. (2013). *Funcionamento sexual e qualidade de vida em mulheres submetidas a histerectomia*. (. Recuperado el 31 de marzo de 2014, de <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.ul.pt:10451/9615>.
- Castroviejo Royo, F. (2010). *Función sexual Femenina en Castilla y León. Rangos de Normalidad*. (. Recuperado el 18 de abril de 2014, de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/692>
- Cerda, P., & Pino, P. U. (2006). *Calidad de vida en mujeres histerectomizadas*. Recuperado el 13 de abril de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000300012
- Dos Santos, L. R., Matos Silva, S., & Alayde Werba, A. (2011). *Histerectomia: aspectos psicossociais e processos de enfrentamento*. Recuperado el 8 de abril de 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712011000300011.
- Esteves Villar, A. S., & Rangel Silva, L. (2009). *Os sentimentos de mulheres submetidas à histerectomia e a interferência na saúde sexual*. Recuperado el 8 de abril de 2014, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=3660934>.
- Faleiros, N. d. (2011). *A sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia total e subtotal*. (. Recuperado el 9 de abril de 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000300012.
- Gutiérrez, A., Soto, A., Urrutia, M.-T., Jara, G., Solovera, D., Silva, S., y otros. (2012). *El significado de la histerectomía para un grupo de hombres chilenos parejas de histerectomizadas*. Recuperado el 9 de abril de 2014, de Revista da Escola de Enfermagem da USP: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600008
- Hoffman, B. (2012). *Cirugía para trastornos ginecológicos benignos, histerectomia*. . Mexco: Mc Graw Hill.
- Indacoche, R. (2010). *Causas y complicaciones de histerectomia abdominal y vaginal*. Recuperado el 16 de abril de 2014, de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/2229>
- INEC. (2009). *Censo de Población y Vivienda*. Recuperado el 21 de 04 de 2014, de <http://www.inec.gob.ec>
- Luque, C. (2010). *Valoración de los trastornos ansioso - depresivo en la mujer histerectomizada. Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor 2010*.

- Recuperado el 18 de abril de 2014, de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/2229>
- Manrique, F., Naviero, R., Hervella, L., & Suárez, M. (2012). *Histerectomía postparto en el siglo XXI*. Recuperado el 9 de abril de 2014, de Revista da Escola de Enfermagem da USP: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=3878950>.
- Miranda, C. (2012). *Impacto de la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes entre 35 a 55 años de edad del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el periodo febrero - agosto 2012*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- Noguera, N., & Alvarado, H. (2011). *Embarazo en Adolescentes: Una mirada desde el cuidado de enfermería*. Recuperado el 23 de 04 de 2014, de http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf
- Nunes, M., Silveira, R., Gomes, L., de Oliveira, V., Padilha, M. I., Gomes, G. C., y otros. (2009). *Representaciones de mujeres acerca de la histerectomía en su proceso de vivir*. Recuperado el 13 de abril de 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300017.
- OMS . (2010). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 14 de 12 de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>
- Pozza, I., Esposito, K., Giugliano, D., Morano, S., Vignozzi, L., Corona, T., y otros. (2010). *Desarrollo y validación de una versión de 6 ítems del índice de la función sexual femenina (FSFI) como una herramienta de diagnóstico para la disfunción sexual femenina*. Argentina: Expub.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2010). *Sinopsis de psiquiatría*. Washington: Lippincott.
- Silva, C. d., Santos, I. M., Meneses, J., & Vargens, O. (2010). *La recuperación de la histerectomía en la vida de mujeres en edad reproductiva*. Recuperado el 10 de abril de 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100012.
- The American Collage of Obstetricians and Gynecologists. (2013). *Violencia en la mujer embarazada y violencia doméstica*. Recuperado el 15 de 04 de 2014, de https://www.acog.org/For_Patients/Search_Patient_Education_Pamphlets_-_Spanish/Files/Violencia_domestica
- Torres, S., Muñoz, R., & Costa, V. (2010). *Sexuality and hysterectomy: myths and reality*. Recuperado el 31 de marzo de 2014, de Revista Gauchada de Enfermagem:

<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5599>

- Urrutia, M. T., Araya, A., Flores, C., Jara, D., Silva, S., & Lira, M. J. (2013). *Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas*. Recuperado el 13 de abril de 2014, de SCielo: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000300012
- Vargas Mendoza, J., & López Serrano, A. (2010). *Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía*. Recuperado el 16 de abril de 2014, de Centro Regional de Investigación en Psicología: http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/47_factores_emocionales_histerectomia.pdf
- Vázquez, J. A., Rivera, G., Higareda, S., Páez, F., Vega, C., & Segura, A. (2008). *Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones*. Recuperado el 16 de abril de 2014, de <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail?sid=889abe20-3648-4c50-ac17-ef643cdb2b4%40sessionmgr111&vid=1&hid=104&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=edb&AN=32194739>.
- Villar, A., Esteves, S., & Silva, L. (2011). *Historia de vida de las mujeres sometidas a histerectomía*. Recuperado el 18 de abril de 2014, de <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8491>

k) ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

**Consentimiento informado dirigido a las pacientes que se les realizó
Histerectomía durante el año 2013 en el Hospital del IESS de Loja.**

Loja, _____ de 2014

En forma libre y voluntaria Yo, _____,
Identificada con la cédula de ciudadanía N° _____ manifiesto
que:

1. Me han informado sobre la importancia de este estudio y usando instrumentos (encuestas) podrán detectar los efectos psicológicos y sexuales que se presentan en las mujeres histerectomizadas.
2. Mi participación resultará beneficiosa para mi persona o mis familiares, así como para aportar nuevos conocimientos útiles a otros individuos.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para participar en la realización de los respectivos análisis clínicos.

Firma: _____

CI: _____



Universidad Nacional de Loja

Tema: “HISTERECTOMÍA Y SUS EFECTOS PSICOSEXUALES EN MUJERES ATENDIDAS EN GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEL IESS DE LOJA.”

*El siguiente cuestionario ha sido realizado con la finalidad de **determinar los efectos psicológicos y sexuales en las mujeres que han sido sometidas a histerectomía en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital del IESS de Loja, por lo cual le pido de la forma más comedida colabore con el llenado de cada una de las preguntas marcando una (X) en la respuesta que le parezca más adecuada.***

IDENTIFICACIÓN

Entrevista #: _____ Fecha: _____

1. Edad: _____
2. Qué tipo de Histerectomía le realizaron:
 - Vaginal _____
 - abdominal _____
3. Cuanto tiempo ha pasado desde que le realizaron la histerectomía? _____

EFECTOS PSICOLOGICOS

4. Como se ha sentido emocionalmente después de la operación? Marque.

ANEXO 2

| Ítem | Respuestas y puntajes asignados | | | |
|---|---------------------------------|---------|--------------|---------|
| | Nunca | A veces | Muchas veces | Siempre |
| Me molestaron cosas que usualmente no me molestan | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Tuve dificultad para concentrarme en lo que hacía | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me sentí deprimido(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me sentí nervioso(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me sentí solo(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Disfruté la vida | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Sentí que no le caigo bien a la gente | 1 | 2 | 3 | 4 |

*Componente de la versión abreviada de la escala CES-D en adultos

ANEXO 3

5. Usted se ha sentido: marque

| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 Torpe o entumecido. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 Acalorado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 Con temblor en las piernas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 Incapaz de relajarse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 Con temor a que ocurra lo peor. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 Mareado, o que se le va la cabeza. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 Inestable. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 Atemorizado o asustado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 Nervioso. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 11 Con sensación de bloqueo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 Con temblores en las manos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 Inquieto, inseguro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 Con miedo a perder el control. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 Con sensación de ahogo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 Con temor a morir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 Con miedo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18 Con problemas digestivos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19 Con desvanecimientos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20 Con rubor facial. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 21 Con sudores, frios o calientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

*Inventario de ansiedad de Beck

EFFECTOS SEXUALES

ANEXO 4

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA ABREVIADO

6. ¿Cómo calificaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

Muy alto alto moderado bajo muy bajo o ninguno

7. ¿Cómo calificaría su nivel (grado) de excitación durante la relación sexual o coito?

No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas muy alto alto moderado bajo muy bajo o ninguno

8. ¿Con qué frecuencia se lubricó (notar más secreción genital) durante la actividad sexual o coito?

No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas siempre o casi siempre la mayoría de las veces a veces pocas veces casi nunca o nunca

9. ¿Con qué frecuencia alcanzó el orgasmo cuando tuvo estímulo sexual o coito?

No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas siempre o casi siempre la mayoría de las veces a veces pocas veces casi nunca o nunca

10. ¿Cómo de satisfecha se ha sentido con su actividad sexual?

Muy satisfecha moderadamente satisfecha ni satisfecha ni insatisfecha moderadamente insatisfecha muy insatisfecha

11. ¿Con qué frecuencia nota molestia o dolor vaginal con la penetración?

No he intentado tener coito (penetración vaginal) en las últimas 4 semanas casi nunca o nunca pocas veces a veces la mayoría de las veces casi siempre o siempre

I) ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|-----|
| PORTADA..... | i |
| CERTIFICACIÓN | ii |
| AUTORÍA..... | iii |
| CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS..... | iv |
| AGRADECIMIENTOS | v |
| DEDICATORIA..... | vi |
| a) TÍTULO:..... | 1 |
| b) RESUMEN..... | 2 |
| SUMMARY..... | 3 |
| c) INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| d) REVISIÓN DE LITERATURA | 6 |
| | |
| 1. HISTERECTOMÍA | 6 |
| | |
| 1.1. Generalidades..... | 6 |
| 1.2. Definición | 6 |
| 1.3. Epidemiología | 7 |
| 1.4. Tipos de histerectomía..... | 7 |
| 1.5. Abordajes quirúrgicos | 7 |
| | |
| 1.6. Indicaciones de histerectomía..... | 8 |
| 1.6.1. Miomas | 8 |
| 1.6.2. Sangrado uterino disfuncional..... | 8 |
| 1.6.3. Dismenorrea Refractaria..... | 9 |
| 1.6.4. Dolor pélvico | 9 |
| 1.6.5. Neoplasia cervical intraepitelial..... | 10 |
| 1.6.6. Prolapso genital | 10 |
| 1.6.7. Urgencia obstétrica..... | 10 |
| 1.6.8. Enfermedad inflamatoria pélvica. | 11 |
| 1.6.9. Endometriosis..... | 11 |
| 1.6.10. Cáncer..... | 11 |

| | |
|---|-----------|
| 1.6.11. Tumores ováricos.. | 12 |
| 2. EFECTOS DE LA HISTERECTOMÍA | 12 |
| 2.1. Efectos psicológicos..... | 12 |
| 2.1.1. Ansiedad..... | 13 |
| 2.1.2. Depresión..... | 16 |
| 2.1.2.1. Estado de ánimo, afecto y sentimientos..... | 18 |
| 2.1.2.2. Habla..... | 18 |
| 2.1.2.3. Trastornos de la percepción..... | 18 |
| 2.1.2.4. Pensamientos | 19 |
| 2.1.2.5. Orientación..... | 19 |
| 2.1.2.6. Memoria | 19 |
| 2.1.2.7. Control de impulsos. | 19 |
| 2.2. Efectos sexuales..... | 19 |
| 2.2.1. Fisiología y fisiopatología de la respuesta sexual: | 19 |
| 2.2.1.1. Cambios fisiológicos en los genitales durante la Respuesta Sexual..... | 24 |
| 2.2.1.2. Cambios fisiológicos extragenitales durante la Respuesta Sexual | 25 |
| 2.2.1.3. Regulación neuroquímica de la Respuesta Sexual..... | 25 |
| 2.2.1.4. Regulación hormonal de la Respuesta Sexual..... | 28 |
| 2.2.1.5. Evaluación Clínica de la Respuesta Sexual Femenina. | 29 |
| 2.2.2. Disfunción Sexual Femenina..... | 32 |
| 2.3. Prevencion y terapia | 38 |
| 2.4. Algunas técnicas sexológicas. | 39 |
| 2.5. Tratamiento farmacológico..... | 41 |
| | |
| e) MATERIALES Y MÉTODOS | 42 |
| f) RESULTADOS | 45 |
| g) DISCUSIÓN..... | 53 |
| h) CONCLUSIONES | 56 |
| i) RECOMENDACIONES..... | 57 |

| | |
|------------------------------|----|
| j) BIBLIOGRAFÍA..... | 58 |
| k) ANEXOS..... | 62 |
| l) ÍNDICE DE CONTENIDOS..... | 66 |