

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNAN- Managua



**Trabajo monográfico para optar al título de especialista en Ginecología y
Obstetricia**

***“SEXUALIDAD EN PACIENTES SOMETIDAS A TRATAMIENTO QUIRURGICO POR
CANCER DE MAMA, QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
BERTHA CALDERON ROQUE PARA SU SEGUIMIENTO EN EL MES DE ENERO
2018”***

Autor:

Dr. Oscar Danilo López Vallejos

Médico Residente IV Año

Ginecología y Obstetricia

Tutora:

Lic. Karla Castro

Psicóloga

MANAGUA, 16 de marzo 2018

Agradecimientos:

A Dios padre por guiarme hasta este punto, por ayudarme a cumplir cada uno de mis objetivos, por su amor y su infinita bondad.

A mis padres:

Tatiana del Carmen Vallejos por su apoyo incondicional y constante a lo largo de mi formación guiándome por el camino correcto.

Ramiro López Rivas por ser un gran ejemplo como profesional médico y ayudarme a alcanzar esta meta.

A mis Médicos de base y Residentes que aportaron su tiempo y sus enseñanzas para formarme como Gineco Obstetra.

A las pacientes que sin saberlo fueron el mejor libro que cada nuevo ginecólogo formado pudo utilizar para aprender, a quienes le debemos gran parte del aprendizaje.

Lic. Luís Blandón Sequeira por darme claridad con sus amplios conocimientos sobre investigación.

Dr. Serge Amador Por toda la ayuda brindada que necesité para pulir este estudio desde el punto de vista metodológico.

A mi Tutora:

Por su disponibilidad y accesibilidad para poder llevar a cabo esta investigación.

A cada una de las personas que se cruzaron en mi camino aportando su ayuda y que sin ellos no hubiese podido culminar este trabajo investigativo.

Dedicatoria:

A todas las pacientes fuertes y luchadoras con diagnóstico de Cáncer tratadas en el Hospital Bertha Calderón Roque que son fuente de aprendizaje y nos incitan a devolverles toda su confianza en ayuda para su bienestar y mejora de su calidad de vida.

Resumen:

Introducción: La sexualidad es un área importante en la calidad de vida de los pacientes sobreviviente de cáncer y es conocido que las disfunciones sexuales son muy frecuentes luego del tratamiento oncológico al igual que la propia astenia provocada por el cáncer, las alteraciones anatómicas, la fisiología alterada, la reducción en los tenores hormonales y las alteraciones en la fertilidad conspiran en destruir la potencia sexual y la satisfacción.

Está demostrado que una vida sexual placentera en estos pacientes provoca menos ansiedad, menor depresión, menor sentimiento de soledad, mejor adaptación a los efectos del cáncer y su tratamiento y por lo tanto mejores resultados en su salud.

Objetivo: Analizar la sexualidad en pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por cáncer de mama que asisten a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque para su seguimiento en el periodo de Enero 2018

Metodología:

Tipo de Estudio: Estudio Observacional, Descriptivo de Corte Transversal.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama.
- Pacientes con vida sexual activa.
- Pacientes con conyugue.
- Pacientes que asistan a consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque.

Resultados: En el estudio la edad más incidente fue el grupo etario entre 46 – 55 años y el 67.3% de las mujeres en estudio tienen escolaridad baja.

En cuanto a los factores que influyen en la disfunción sexual se encontró que las mujeres operadas por cáncer de mama presentaron alteración en todas las fases de la respuesta sexual femenina: menor deseo (80%), menos excitación (80%), menor capacidad para alcanzar el orgasmo (91.3%), menos lubricación 87.3%, mayor dispareunia 86.7%.

Al evaluar la relación entre el deseo sexual del conyugue y la cirugía realizada, de las 103 pacientes a las que se les realizó Mastectomía Radical, 99 pacientes refirieron sospechar una disminución en el deseo sexual por parte de sus conyugues.

131 pacientes evaluaron su salud y calidad de vida como mala, de las cuales 112 afirman tener insatisfacción sexual, misma cantidad que considera sentirse afectada en cuanto a su aspecto corporal posterior a su cirugía.

Ni una de las 150 pacientes en estudio recibió consejería por parte del médico, 95 de estas pacientes no solicitaron consejería por vergüenza y 145 pacientes deseaba recibir Consejería Sexual.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	3
III.	JUSTIFICACIÓN.....	6
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V.	OBJETIVOS.....	8
VI.	MARCO TEÓRICO.....	9
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	21
VIII.	RESULTADOS.....	27
IX.	DISCUSIÓN.....	31
X.	CONCLUSIONES.....	33
XI.	RECOMENDACIONES.....	34
XII.	BIBLIOGRAFIA.....	35
XIII.	ANEXOS.....	36

I. INTRODUCCION

La sexualidad es una importante dimensión de la vida humana, fuente permanente de comunicación, afectos y satisfacciones, que influye de modo significativo en el estado de salud y bienestar de cada persona. También estar bien informado acerca de las cuestiones sexuales no resulta peligroso; el peligro radica en la ignorancia, que impide enfrentar con éxito los problemas cotidianos de la vida. ⁽¹⁾

El término *respuesta sexual* (RS) fue introducido en la obra pionera, homónima, de Masters y Johnson. Con éste se designa el conjunto de cambios psicofisiológicos asociados con la realización de actos sexuales. Comprende un conjunto de cambios físicos que afectan a la totalidad de organismo (por lo que la respuesta sexual se considera un paradigma de “respuesta integrada” fisiológica), así como mentales, que incluyen alteraciones del estado de conciencia y percepciones sensoriales generalmente muy placenteras, lo que suele reforzar poderosamente la motivación para repetir la experiencia. ⁽²⁾

Las enfermedades crónicas con frecuencia están asociadas a disfunciones sexuales, en estas alteraciones de la sexualidad influyen en su desarrollo factores tanto físicos como psicológicos.

Los factores físicos incluyen los derivados de la propia enfermedad (cáncer, diabetes, etc.) y las terapias empleadas ya sean quirúrgicas (mastectomía, orquiectomía, etc.) o médicas (citostáticos, antihipertensivos, etc.).

Entre los factores psicológicos pueden aparecer problemas de autoestima, de ansiedad, y sobre todo de depresión asociada a la propia enfermedad.

El cáncer se ha convertido en nuestros días en una enfermedad crónica controlable. La sexualidad es un área importante en la calidad de vida de los pacientes sobreviviente al mismo, y es conocido que las disfunciones sexuales son muy frecuentes luego del tratamiento oncológico, sin embargo la mayoría de los profesionales médicos temen discutir sobre sexualidad en la consulta diaria, lo que provoca que los pacientes oncológicos no obtengan el cuidado propio y la atención que merecen. Además, los pacientes se sienten incapaces de comunicar a sus médicos tratantes los problemas sexuales, y cuando lo hacen necesitan encontrar médicos entrenados en la asistencia a este tipo de disfunciones.

La propia astenia provocada por el cáncer, las alteraciones anatómicas, la fisiología alterada, la reducción en los tenores hormonales y las alteraciones en la fertilidad conspiran en destruir la potencia sexual y la satisfacción.

Está demostrado que una vida sexual placentera en estos pacientes, provoca mayor adaptación a los efectos del cáncer y mejora la calidad de vida.

Los profesionales del área de la sexología son desafiados a incluir a los sobrevivientes del cáncer en la consulta y los médicos internistas, ginecólogos, urólogos y oncólogos son también desafiados a estar atentos a los aspectos sexuales del cáncer y a discutir sobre la sexualidad con sus pacientes.

II. ANTECEDENTES

Moreira JR, Sabino Neto M, Pereira JB, Biasi T, Garcia EB, Ferreira LM En su estudio: “Sexualidade de mulheres mastectomizadas e submetidas à reconstrução mamária”. Año: 2010. País: Brasil con el objetivo de evaluar y comparar la sexualidad de mujeres mastectomizadas y de mujeres que se sometieron a la reconstrucción mamaria post tratamiento del cáncer de mama. Se realizó un estudio descriptivo transversal, compuesto por dos grupos, uno con 17 mujeres Mastectomizadas y otro con 19 mujeres sometidas a reconstrucción mamaria. Las voluntarias respondieron al Índice de la Función Sexual femenina. Las puntuaciones obtenidas de las respuestas de las mujeres mastectomizadas fueron significativamente menores que los de las sometidas a reconstrucción. No se observaron correlaciones entre las puntuaciones y el tiempo de post-operatorio, así como para el desarrollo de actividad remunerada, relación estable y edad entre los dos grupos. Mujeres mastectomizadas y sometidas a reconstrucción mamaria presentan mejor sexualidad que aquellas mastectomizadas sin reconstrucción.

Remondes-Costa S, Jiménez F, Pais-Ribeiro JL. En el 2012 en Portugal estudiaron la Relación entre la imagen corporal, función, placer sexual y la salud y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Participaron del estudio 51 mujeres con edad entre 34 y 82 años. Las participantes respondieron a tres tipos de cuestionarios y se realizó análisis descriptivo y correlacional. En lo que se refiere a la función sexual, la generalidad de las enfermas no sintió deseo sexual, ni fueron sexualmente activas. En cuanto al placer sexual de las mujeres que estuvieron sexualmente activas, en mayor número, no sintieron placer en las relaciones sexuales. Las enfermas que sintieron deseo sexual, que estuvieron sexualmente activas y que sintieron placer sexual evaluaron mejor su salud y su calidad de vida.

Andrzejczak E, Markocka-Mączka K, Lewandowski A.. “Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction”. Año: 2013. País: Polonia Con el objetivo de evaluar el impacto de una mastectomía sin reconstrucción mamaria en la

imagen corporal y en la autoestima, así como la influencia de esta cirugía en la vida sexual de las pacientes con cáncer de mama. Participaron del estudio 60 mujeres casadas o en una relación heterosexual, que realizaron mastectomía sin ninguna cirugía reconstructiva subsiguiente. Un cuestionario sobre felicidad conyugal se utilizó para evaluar el problema de investigación.

Wang F, Chen F, Huo X, Xu R, Wu L, Wang J, Lu C. A neglected issue on sexual well-being following breast cancer diagnosis and treatment among Chinese women. Año: 2013. País: China. Con el Objetivo de Evaluar los cambios para el bienestar sexual tras el cáncer de mama y proporcionar las informaciones necesarias para la implementación de futuras intervenciones que puedan ayudar en la calidad de vida. El estudio se mezcló con proyectos cualitativos y cuantitativos. Veinte pacientes con cáncer de mama fueron reclutadas para entrevistas. De con las conclusiones del estudio cualitativo, se realizó una investigación cuantitativa a través de un cuestionario estructurado. En el estudio cuantitativo 88,9% de las pacientes experimentaron problemas sexuales a largo plazo tras el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Entre las principales quejas sexuales que los pacientes han enfrentado están: alteraciones de la imagen corporal tras la mastectomía (83,3%), ausencia de deseo (63,9%), y sequedad vaginal o sexo doloroso (50,0%). Entre las que enfrentan tales problemas, solo 70,6% buscaron ayuda o información externa.

Vaidakis D, Panoskaltsis T, Poulakaki N, Kouloura A, Kassanos D, et al. "Female sexuality after female cancer treatment": a clinical issue. Año: 2014. País: Grecia. Con el Objetivo de registrar cómo el tratamiento del cáncer femenino puede afectar a la sexualidad y las relaciones interpersonales de la pareja. Estudio prospectivo de 2008 a 2012 con 67 pacientes con cáncer de mama (Grupo A) y 43 con cáncer Ginecológico (Grupo B). Como grupo de control fueron estudiadas 33 pacientes con cáncer de mama benigno y 30 pacientes con lesiones ginecológicas benignas (Grupo 0A y 0B respectivamente). *Hubo reducción significativa del "deseo sexual", "excitación sexual" y "orgasmo" en ambos grupos de cáncer, en contraste con el grupo control. La escala de "placer sexual" se redujo significativamente en el grupo de cáncer ginecológico, pero no en el grupo con cáncer de mama. En cuanto a la puntuación en la dimensión "calidad en la relación" aumentó*

significativamente en ambos grupos de cáncer. En todos los grupos hubo una relación positiva entre la función sexual y el placer, sin embargo, la relación entre la calidad de la relación sexual y el placer fue significativamente negativa.

Aerts L, Christiaens MR, Enzlin P, Neven P, Amant F.. Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: a Prospective controlled study. Año: 2014. País: Bélgica. Investigar la adaptación sexual de pacientes con cáncer de mama durante un periodo de seguimiento de un año después de la mastectomía (ME) o de la terapia conservadora de la mama (BCT). Estudio prospectivo con 149 mujeres con cáncer de mama y un grupo de 149 controles con mujeres saludables, emparejadas por edad, que completaron un cuestionario para evaluar varios aspectos del funcionamiento sexual y psicosocial antes de la cirugía, seis meses y un año después del tratamiento quirúrgico. En comparación con la situación antes de la cirugía, hubo predominio de mujeres del grupo BCT que relataron problemas con la excitación sexual tras seis meses de cirugía. Significativamente más mujeres del grupo ME relataron problemas con deseo sexual, excitación y la capacidad de alcanzar un orgasmo seis meses y un año después de la cirugía. Aunque en comparación con los controles saludables, no hubo diferencias significativas en el funcionamiento sexual en relación al grupo BCT. Sin embargo, más mujeres que se sometieron a ME relataron problemas con deseo sexual, excitación, capacidad de alcanzar el orgasmo e intensidad del orgasmo en relación a los controles.

III. JUSTIFICACION

A medida que el cáncer va obteniendo diversas actualizaciones en cuanto a su manejo y a este se le suman modernas opciones de tratamiento, el factor psicológico siempre juega un papel fundamental en la salud del paciente oncológico. La sexualidad es un área importante y a la vez abandonada en la atención de pacientes oncológicos, a pesar que para estos es de suma importancia para mejorar su calidad de vida, lidiar con el enojo y la confusión y de adherirse a la vida.

No se nos ha enseñado en nuestra formación Médica a hablar sobre sexualidad con nuestros pacientes, y ellos no nos preguntan por miedo, vergüenza o quizá esperando que nosotros los abordemos al respecto.

El objetivo de este estudio es tener en cuenta la importancia que tiene promover una vida sexual sana, teniendo conocimientos del daño que provoca el Cáncer y su tratamiento sobre la función sexual y la intimidad ya que es nuestro deber como médicos mejorar la calidad de vida de los pacientes no sólo clínica también emocional y psicológica.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud y la función sexual son importantes para las pacientes de cáncer de todas las edades, y los problemas sexuales después del diagnóstico y tratamiento son comunes. En las enfermedades crónicas, la salud sexual es un determinante importante de cómo las mujeres valoran su calidad de vida y es un factor de predicción fiable del bienestar emocional. Los efectos secundarios sexuales pueden limitar la aceptación y continuación de los tratamientos contra el cáncer, así como de las terapias quirúrgicas y quimiopreventivas por parte de las mujeres con alto riesgo de cáncer. La atención ética de las mujeres y niñas afectadas por el cáncer debe optimizar la conservación de la función sexual.

En el hospital Bertha Calderón Roque, a pesar que durante la consulta externa, hospitalizaciones y emergencias de las pacientes oncológicas se realiza un adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento, no está documentada una valoración donde se aborde la conducta sexual de la paciente ni una consejería sobre sexualidad.

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesta, se plantea la siguiente pregunta principal del presente estudio:

¿Cómo es la vida sexual en las pacientes posterior a ser sometidas a tratamiento quirúrgico por cáncer de mama, que asisten a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque a su seguimiento en el periodo de Enero 2018?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

- Describir la sexualidad en pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por cáncer de mama que asisten a la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque para su seguimiento en el periodo de Enero 2018.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico por cáncer de mama.
2. Identificar el tipo de disfunción sexual en pacientes sometidas a tratamiento por cáncer de mama. (deseo, excitación, orgasmo, lubricación y dolor).
3. Analizar la relación de los cambios en el deseo sexual del conyugue con la cirugía realizada a las pacientes con cáncer de mama.
4. Evaluar la relación entre imagen corporal, satisfacción sexual, salud y calidad de vida en pacientes posterior a tratamiento quirúrgico por cáncer de mama.
5. Identificar la brecha que existe entre la información no brindada por parte del personal médico y el deseo y necesidad de consejería sexual por parte del paciente.

VI. MARCO TEORICO

VI.1. El término *respuesta sexual* (RS)

Se designa al conjunto de cambios psicofisiológicos asociados con la realización de actos sexuales. Comprende un conjunto de cambios físicos que afectan a la totalidad de organismo (por lo que la RS se considera un paradigma de “respuesta integrada” fisiológica), así como mentales, que incluyen alteraciones del estado de conciencia y percepciones sensoriales generalmente muy placenteras, lo que suele reforzar poderosamente la motivación para repetir la experiencia. (1)

En la actualidad la respuesta sexual suele describirse como una secuencia cíclica de etapas o fases características: deseo; excitación, y orgasmo (y la fase de resolución que le sigue), cuyos mecanismos interactúan, reforzándose o inhibiéndose recíprocamente. Esta distinción tiene utilidad clínica, pues muchos trastornos de la RS y/o sus tratamientos psicológicos, farmacológicos o quirúrgicos, afectan primariamente y de modo relativamente selectivo a alguno de estos componentes.

VI.2. Cambios fisiológicos asociados a la respuesta sexual

VI.2.1 Cambios Genitales

- *Excitación*

Se caracteriza por un considerable aumento del aporte sanguíneo a los órganos genitales, debido a su vasodilatación. Ello se traduce en la erección del clítoris, que llega a duplicar su volumen, y la vasocongestión de la vagina y el conjunto de la pirámide vulvar descrita anteriormente. Ello determina el aumento de tamaño y dilatación de la vulva, así como la lubricación vaginal (fenómenos todos ellos equivalentes a la erección del pene en el varón). Estos cambios se han objetivado mediante registros fisiológicos

diversos, que incluyen la medición de la temperatura de los labios menores, la disipación de calor (por el flujo sanguíneo) en electrodos de O₂ precalentados aplicados a la superficie de la vagina y los labios, la fotopletismografía vaginal (medida de la fracción de luz reflejada por la pared vaginal tras su emisión por una sonda colocada en su interior), así como visualizado, cuantificándose, mediante técnicas de ultrasonografía-Doppler color y de resonancia magnética dinámica.

La respuesta de lubricación vaginal, manifestación característica de la excitación sexual, ocurre rápidamente desde su inicio (en pocos segundos en mujeres jóvenes y en 2-4 min en maduras).

El líquido de lubricación vaginal se forma por la trasudación a través de las paredes de la vagina de plasma sanguíneo procedente del plexo vascular sub epitelial intensamente dilatado.

El líquido vaginal producido durante la excitación sexual se asemeja, así, más al plasma en cuanto a su concentración de electrolitos y pH. La utilidad fisiológica de este fenómeno es facilitar la penetración y los movimientos del pene dentro de la vagina, así como neutralizar el pH vaginal (cuyo valor basal se mantiene normalmente ácido, como se ha mencionado anteriormente), lo que facilitaría la supervivencia de los espermatozoides que allí se depositasen. (1)

La función de transferencia de líquidos a través del epitelio vaginal es estimulada por los estrógenos, lo que contribuye a explicar la disminución de la capacidad de lubricación tras la menopausia. Las glándulas uretrales y parauretrales, aumentan también su secreción durante la excitación lo que, en aquellas que las tengan más desarrolladas y/o estimuladas, puede llevar a que su expulsión sea perceptible durante el orgasmo. Las glándulas de Bartholin aumentan también su secreción (de pequeño volumen), lo que contribuye a la lubricación del introito vulvar (aunque no de la vagina).

Cuando la fase de excitación se encuentra muy avanzada, la congestión del plexo vascular de la pared vaginal lleva al engrosamiento conspicuo del tercio externo de ésta, formando lo que Masters y Johnson llamaron “plataforma orgásmica”.

❖ **Orgasmo**

Se caracteriza por contracciones intermitentes tanto de la musculatura lisa de los órganos genitales como de la esquelética. En la mujer, la contracción rítmica (8-12 veces) de los músculos estriados del suelo de la pelvis (que en el varón da lugar a la expulsión eyaculatoria), particularmente la pubovaginal, hace estrecharse intermitentemente las paredes de la porción más externa de la vagina (son las contracciones de la “plataforma orgásmica”); el ano se contrae también sincrónicamente. La pérdida de tono de los músculos del suelo pélvico, además de predisponer a problemas como incontinencia urinaria y prolapsos, afecta también a la intensidad y placer de la RS. (1)

❖ **Resolución**

Consiste en el retorno a los valores funcionales iniciales, con reducción de la vasocongestión pélvica y relajación muscular. Se acompaña de un “período refractario”, durante el que es difícil inducir una nueva RS. Dura varios minutos y se alarga progresivamente con la edad.

En la mujer, se pueden producir estados similares de refractariedad, especialmente tras orgasmos muy intensos. Sin embargo, tras el orgasmo femenino, con frecuencia se regresa a un nivel todavía alto de excitación sobre el que se pueden superponer sucesivos orgasmos si persiste la estimulación (“respuesta multiorgásmica”).

VI.2.2. Cambios extragenitales

La actividad sexual se acompaña también de cambios somáticos generales y psíquicos a veces muy intensos. Muchos de ellos son bastante inespecíficos y se combinan los propios del ejercicio con los de activación neurovegetativa asociados a la respuesta de estrés. Así, durante la excitación se produce un aumento progresivo de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la ventilación pulmonar, hasta alcanzar su máximo en el orgasmo, y decae rápidamente después de éste. También suele producirse una reacción de sudoración de intensidad variable.

Se han descrito también variaciones en los valores plasmáticos de diversas hormonas asociadas a la RS femenina. Los más documentados son los aumentos de oxitocina durante el orgasmo y de prolactina, durante y después de éste, observados en ambos sexos.

Se producen alteraciones de la percepción sensorial, y es característica la elevación de los umbrales de percepción dolorosa en diversas partes del cuerpo que ocurre durante la excitación sexual intensa y, especialmente, en el orgasmo. Durante éste se altera también la percepción temporal: los sujetos suelen describir su percepción subjetiva de la duración de éste como bastante inferior (a veces, la mitad) a la registrada simultáneamente en el laboratorio. La experiencia orgásmica conlleva, pues, una alteración característica del estado de conciencia, descrita como una desconexión temporal con la realidad externa inmediata que puede llegar, en casos extremos, hasta la pérdida de conciencia.

❖ Influencia Hormonal

La actividad sexual depende de los niveles sanguíneos de ciertas hormonas, aunque el papel exacto de cada una de ellas sigue estando poco claro y son necesarios más estudios. (5)

❖ **Andrógenos:**

En la mujer también desempeñan un papel en la motivación sexual pero la evidencia es inconsistente y a veces contradictoria. Sus efectos fácilmente se ven interferidos por factores afectivos (el ánimo, la energía, el bienestar, otros mecanismos psicológicos) y por la actuación conjunta de otras hormonas. Los niveles de testosterona aumentan durante la fase folicular y llegan al máximo aproximadamente en el tercio medio del ciclo, disminuyendo durante el tercio final. El interés sexual es, en algunas mujeres, mayor durante la fase folicular o alrededor de la ovulación pero hay variaciones individuales considerables. A lo largo del ciclo se producen otros muchos cambios hormonales que parecen relacionarse. Se ha encontrado de forma recurrente menor actividad sexual durante la fase menstrual pero esto no significa necesariamente que la excitación sexual sea menor en esta fase. En este caso, parece haber otras explicaciones no hormonales. También disminuyen el interés sexual y el disfrute durante la lactancia materna, momento en el que los niveles de testosterona son menores. (5)

❖ **Estrógenos:**

En las mujeres no está claro si tienen un efecto directo en el interés y la excitación sexuales. Sí desempeñan un importante papel en el mantenimiento del buen estado trófico de la vagina. Su déficit se acompaña de disminución del grosor del epitelio vaginal y de su capacidad de lubricación. En algunos estudios se ha observado que el etinilestradiol tiene relación con el interés sexual, el disfrute, la frecuencia orgásmica e incluso el ánimo (sensación de bienestar) y parece que el efecto es dosis dependiente. (5)

❖ **Oxitocina:**

En estudios animales induce la erección mediante un mecanismo dependiente de la testosterona. Sus niveles plasmáticos aumentan en hombres y mujeres durante la actividad sexual alcanzándose valores máximos en el orgasmo. (5)

❖ **Prolactina:**

En las mujeres, puede contribuir a la sequedad vaginal y la dispareunia como consecuencia de la privación estrogénica asociada. Se ha observado una elevación de sus niveles tras el orgasmo, tanto en hombres como en mujeres, y se ha postulado que puede actuar con un mecanismo de *feedback* negativo en el período refractario.
(5)

VI.2.3. Causas de la disfunción sexual

La etiología podemos dividirla en causas orgánicas y causas de tipo psicosocial.

- Orgánicas: Son aquellas relacionadas con alteraciones estructurales de algún órgano o sistema, endocrinas o fisiológicas, o a los efectos de una droga o fármaco.
- Psicosociales: Los factores causantes son fundamentalmente de tipo psicosocial, como los psicológicos, interpersonales, ambientales y culturales.

No siempre el trastorno obedece a una u otra causa, sino que se imbrican varios factores y entonces podría decirse que obedece a factores combinados, es decir, cuando los factores psicológicos desempeñan un papel en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno, y la enfermedad o las sustancias contribuyen a la aparición del trastorno, pero no son suficientes para constituir su causa.

VI.2.4. Causas Orgánicas

Estados de carencia hormonal, alcoholismo, insuficiencia renal, farmacodependencia, drogodependencia, enfermedades crónicas, sedantes hipnóticos en dosis altas, antipsicóticos, antiepilépticos, antihipertensivos, antiulcerosos, antirreumáticos, cardiotónicos, hipolipemiantes, antimicóticos, betabloqueadores, diuréticos, acetato de ciproterona, heparina, diabetes, trastornos neurológicos, trastornos pélvicos (infecciones, traumatismos o desgarros de causa quirúrgica), afecciones cutáneas alrededor de la abertura vaginal o de la vulva, irritación o infección del clítoris,

enfermedades de la uretra y el ano, enfermedades de la vagina, escasa lubricación vaginal de cualquier causa.

VI.2.5. Causas Psicosociales

Depresión, baja autoestima, deficiente imagen del propio cuerpo, enmascaramiento de un trastorno sexual, traumas sexuales anteriores, falta de creatividad sexual, actitudes paternas negativas con respecto al sexo, antecedentes de violación, incesto, abuso lascivo, pareja demandante de mucha actividad sexual, no buena identificación de género, conflictos con la pareja o con la familia, falta de intimidad en la vivienda, deficiente educación sexual, educación religiosa muy rígida e inadecuada; temor: al embarazo, a las infecciones de transmisión sexual, a la pérdida del control, a sentir dolor a la penetración, a ser penetrada, al descrédito por parte de la pareja, al desempeño sexual, a ser rechazada, al grosor y tamaño del pene; mitos culturales, comunicación deficiente de la pareja, hostilidad o desconfianza hacia esta; atracción por otra persona que no es su pareja, poca atracción física por la suya; experiencias sexuales traumáticas durante la niñez o la adolescencia, rivalidad por el poder con la pareja, sentimientos de culpa con respecto al sexo; desacuerdo respecto a las preferencias sexuales, al horario y frecuencia de las relaciones sexuales; ansiedad excesiva durante todo el tiempo y en el momento del acto sexual, ausencia de fantasías sexuales; depresión y baja autoestima.

VI.3. Respuesta Sexual en Enfermedades Crónicas

Con frecuencia, las enfermedades crónicas y las discapacidades están relacionadas con una disfunción sexual. Las alteraciones de la sexualidad inducidas por estos procesos suelen ser multifactoriales, y a su desarrollo contribuyen factores tanto físicos como psicológicos. Los factores físicos incluyen los derivados de la propia enfermedad y las terapias empleadas, ya sean quirúrgicas o médicas. Entre los factores psicológicos pueden aparecer problemas de autoestima, de ansiedad y, sobre todo, de depresión asociada a la propia enfermedad. (3)

En general, las enfermedades crónicas tienden a alterar las fases de deseo y excitación sexual, mientras que los tratamientos farmacológicos pueden interferir con cualquiera de las fases de la respuesta sexual. (3)

VI.4. Medicamentos y Sexualidad

Cardiovasculares

- Diuréticos: tiazidas, espironolactona, etc.
- Antihipertensivos de acción central: metildopa, clonidina
- Bloqueadores alfa: prazosina, doxazosina
- Bloqueadores beta: propranolol, labetalol, atenolol
- IECA: captopril, enalapril, lisinopril
- ARA-II: losartán, valsartán, etc.
- Antagonistas del calcio: dihidropiridinas, verapamilo, diltiazem
- Vasodilatadores: hidralazina, minoxidil

Citostáticos

- Ciclofosfamida, taxanos, platinos

Antagonistas H2

- Cimetidina, ranitidina, famotidina

Terapia hormonal

- Análogos GnRH, progestágenos, antiandrógenos

Sustancias de abuso

- Alcohol, cocaína, heroína, nicotina, etc.

Psicotropos

Antidepresivos (IMAO): fenalzina

Antidepresivos tricíclicos: imipramina, amitriptilina, clomipramina

Antidepresivos (ISRS): fluoxetina, paroxetina, sertralina

Antipsicóticos: clorpromazina, haloperidol, tioridazina, risperidona

Ansiolíticos: diazepam, alprazolam

Hipolipemiantes

VI.5. Disfunción sexual por Cáncer.

VI.5.1. Cáncer

Los efectos secundarios de los tratamientos empleados (astenia, vómitos, alopecia, anorexia, dolor, etc.) y de las técnicas quirúrgicas (amputaciones de órganos, supresión hormonal, daño neurológico y vascular) tienen un impacto considerable en la imagen corporal, el funcionamiento sexual e incluso la fertilidad; por esto, no es de extrañar que muchos pacientes presenten depresión, ansiedad y pérdida de la autoestima. Por todo ello, el bienestar sexual de estos pacientes se puede ver gravemente comprometido. (3)

Las disfunciones sexuales más comunes en las personas con cáncer son la falta de deseo sexual en ambos sexos, la disfunción eréctil en el varón y la dispareunia en la mujer. En la mujer, el fracaso ovárico prematuro que resulta de la quimioterapia o de la radioterapia pélvica es un antecedente frecuente de la disfunción sexual. El orgasmo suele permanecer intacto, tanto para el varón como para la mujer, aunque puede retardarse como consecuencia de los medicamentos o de la ansiedad. Téngase en cuenta que la sexualidad es una necesidad del paciente oncológico, aun en estados terminales, y aunque disminuya el interés por el coito, el deseo de proximidad y de contacto físico se mantiene.

VI.5.2 Cáncer de Mama

Las mamas son importantes para la identidad femenina. Los senos se consideran, en nuestra sociedad, como un símbolo de erotismo y feminidad. Generalmente, es un órgano relevante de estimulación y de excitación erótica, tanto para la mujer como para su pareja.

Cuando se diagnostica un cáncer de mama, el primer interés de la mujer es la supervivencia. Sin embargo, simultáneamente, surgen otros conflictos: miedo a la

mutilación (“quedar convertida en media mujer”, “poco femenina”), miedo a la pérdida de su atractivo físico y, en ocasiones, temor al rechazo de su compañero.

La quimioterapia produce efectos secundarios y tóxicos relevantes, especialmente por la alopecia y el fallo ovárico que, en muchos casos, es definitivo. En la actualidad, se acepta que la quimioterapia tiene una importante repercusión negativa en la sexualidad.

Respecto a la influencia de la hormonoterapia, ésta varía según el fármaco empleado. El tamoxifeno no plantea problemas; los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) pueden producir algunas modificaciones en la sexualidad, por la menopausia transitoria que ocasionan, pero tienen un menor efecto que la quimioterapia. En el momento actual, no se dispone de datos acerca de los efectos de los inhibidores de la aromatasa. La radioterapia no tiene repercusiones en la sexualidad.

VI.5.3. Respuesta Sexual y Cáncer de Mama

El poco deseo sexual es quizás la más compleja de todas las disfunciones sexuales. Las causas físicas en pacientes con cáncer incluyen: depresión del sistema nervioso central debido a dolor generalizado y fatiga, demencia difusa o medicación tranquilizante. Algunos medicamentos antieméticos y opioides elevan los niveles de prolactina y ello disminuye el deseo sexual. (6)

Los problemas de excitación sexual en la mujer tienen mayor relación con otros trastornos. La falta de excitación sexual subjetiva y de placer está a veces ligada a problemas físicos tales como menor expansión vaginal y capacidad reducida de lubricación de la vagina. Las 2 mayores causas fisiológicas de problemas de excitación en las mujeres con cáncer son: menopausia prematura e irradiación pélvica. Algunos tratamientos llevan a la menopausia prematura, entre ellos la radioterapia y la quimioterapia. Constituye un factor pronóstico importante la edad de la mujer; las más jóvenes generalmente resisten dosis más altas de radioterapia o de citostáticos sin que

se afecte la función ovárica. El grado de daño ovárico depende, además, de las drogas específicas usadas, así como de la dosis.

Los síntomas de fallo ovárico prematuro y abrupto son más severos que los de la menopausia natural y esto, obviamente afecta el bienestar de la mujer, al provocar una disminución del deseo sexual. El síntoma de la esfera sexual más sobresaliente es la reducida lubricación y expansión vaginal, con un coito seco y doloroso. Con frecuencia la mujer presenta lastimaduras en la región vaginal y vulvar después de la actividad sexual. La atrofia vaginal puede ser también un factor que provoque irritación uretral recurrente, una fuente frecuente de dispareunia. Estos síntomas son comunes en la práctica clínica, por ejemplo, en las mujeres jóvenes que reciben tratamiento con quimioterapia por cáncer de mama o enfermedad de Hodgkin. Las mujeres con cáncer de mama tratadas con antiestrógenos pueden tener una atrofia vaginal particularmente severa. (6)

En general, las mujeres tratadas por cáncer reportan con frecuencia que a pesar de poder alcanzar el orgasmo necesitan más estimulación que antes.

La mayor parte de las dispareunias en las mujeres luego de un tratamiento oncológico tienen una causa física; sin embargo, los factores emocionales pueden complicar o mantener el problema, aun cuando las causas del dolor hayan sido mejoradas. (6)

VI.5.4. Recursos de la terapia sexual en estas pacientes.

Se buscan alternativas sexuales que resulten gratas y no desagradables para la mujer, no se deja de reconocer que la ansiedad por el diagnóstico, los efectos secundarios de los tratamientos, los cambios que sufre la imagen corporal, el temor a perder a la pareja, la inseguridad o la falta de comunicación, pueden convertirse en un cóctel fatal que afecta no solo la sexualidad, sino también el vínculo, por tanto estos aspectos hay que tratarlos con gran profundidad. Las parejas de las mujeres que padecen cáncer de mama, se deben sensibilizar para poder entender que es una época donde pueden estar más necesitadas de afecto y contacto íntimo, se sentirán menos atractivas, demasiado

fatigadas, o poco predispuestas a mantener relaciones sexuales, pero con un buen acompañamiento pueden entender que no tienen por qué renunciar a su sexualidad, ya que juntos podrán encontrar nuevas formas de sentir placer o distintas posturas para el coito, reconociendo que la sexualidad le da calidad a la vida y no se debe permitir que por el cáncer se renuncie a ella. La comunicación acompañada de complicidad con la pareja, una actitud optimista e imaginativa, la ayuda de fármacos, de lubricantes, el erotismo, y una buena creatividad para el cortejo, le permitirá seguir teniendo relaciones placenteras.

VI.5.5. Repercusión sobre la pareja

Las parejas usualmente se preocupan sobre cómo expresar su amor física y emocionalmente después del tratamiento, especialmente después de la cirugía. Bajo ciertas circunstancias, el cáncer de mama puede llegar a ser una experiencia de crecimiento para las parejas.

La relación puede enriquecerse si la pareja participa en la toma de decisiones, acompaña a la mujer a la cirugía y a otros tratamientos. En cuanto a los efectos se puede concluir que la mayoría de las veces se disminuye el interés sexual, por motivos más psicológicos que físicos, tras una experiencia traumática como el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

La comunicación con la pareja, la ayuda profesional, y una actitud optimista imaginativa y erótica, acompañada de fármacos, lubricantes permitirá seguir teniendo relaciones placenteras. Es importante tener en cuenta que el sexo no se refiere únicamente a la penetración, besos caricias y otras formas de estimulación incluida la autoestimulación pueden ser fuente de placer.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de Estudio:

De acuerdo al método de investigación el presente estudio es observacional, según el nivel inicial de profundidad del conocimiento es descriptivo. De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo, por el periodo y secuencia del estudio es transversal.

Lugar de estudio: Servicio de Oncología del Hospital Bertha Calderón Roque, ubicado en la ciudad de Managua, Frente al centro cívico.

Período de Estudio: Enero 2018

Universo: Todas las pacientes atendidas en el mes de enero en la clínica #2 del servicio de oncología del Hospital Bertha Calderón Roque que acuden a seguimiento por cáncer de mama.

Población a Estudio: 282 pacientes con cáncer de mama que recibieron tratamiento quirúrgico y que asisten a su seguimiento a consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque.

Muestra: Se tomaron por conveniencia a 150 pacientes que a su vez cumplan con criterios de inclusión y que representan el 53.2% de la población de estudio.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama.
- Pacientes con vida sexual activa.
- Pacientes con conyugue.
- Pacientes que asistan a consulta externa del hospital Bertha Calderón Roque.

Fuente de información:

La obtención de la información fue a través de:

- Encuestas directamente realizadas a pacientes que cumplen con los antes mencionados criterios de inclusión.

Recolección de la información:

Para la recolección de la información se diseñó una encuesta en donde se reflejó todas las variables sujetas a estudio. Y dicha encuesta se aplicó a cada paciente vía telefónica para lograr un mejor ambiente con la paciente ya que la sala de espera no posee un ambiente íntimo para obtener información sobre el tema de estudiado.

A continuación se detallan las variables por orden de objetivo:

Variables

Edad

Escolaridad

Tipo de tratamiento

Deseo sexual

Excitación

Orgasmo

Lubricación

Dispareunia

Aspecto

Satisfacción sexual.

Calidad de vida

Consejería

Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Indicadores	Escala
Edad	Tiempo biológico transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de realizar el estudio.	Edad en años.	1.- 35 a 45 2.- 46 a 55 3.- 56 a 65
Escolaridad	Nivel de estudio alcanzado por cada paciente encuestada.	Nivel académico	1.- Analfabeta 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Universitaria
Tipo de tratamiento	Método empleado para brindar respuesta a patología a las pacientes de dicho estudio.	Médico o quirúrgico	1.- Cirugía conservadora 2.- Mastectomía radical
Deseo sexual	Anhelos o ganas de las pacientes de tener intimidad sexual con sus parejas.	Nivel de deseo	1.- Menor 2.- Mayor 3.- Igual
Excitación	Estimulación o activación de algún sentimiento, pasión o movimiento que	Nivel de excitación	1.- Menor 2.- Mayor 3.- Igual

	presentan las pacientes hacia la pareja.		
Orgasmo	Punto de mayor satisfacción de la excitación sexual.	Nivel de orgasmo	1.- Menor 2.- Mayor 3.- Igual
Deseo de conyugue	Ganas de la pareja de la paciente por tener intimidad sexual.	Nivel de deseo de la pareja	1.- Menor 2.- Mayor 3.- Igual
Evaluación de aspecto postquirúrgico	Valoración de la paciente luego de la cirugía.	Nivel de importancia	1.- Sin importancia 2.- Con importancia
Satisfacción sexual	Bienestar o placer al momento de tener relaciones sexuales.	Nivel de satisfacción	1.- Satisfecha 2.- Insatisfecha
Salud y calidad de vida	Bienestar y grado de mejoría en la vida de las pacientes de este estudio.	Nivel de salud y calidad de vida de la paciente	1.- Buena 2.- Mala 3.- Igual
Consejería medica	Orientación médica a la paciente para dar respuesta a sus inquietudes.	Aceptación de consejería	1.- Si recibida 2.- No recibida
Deseo de consejería	Ganas de recibir orientación profesional.	Aceptación o negación	1.- Si 2.- No
Motivo de no solicitud de consejería	Rechazo a no recibir orientaciones	Causa de rechazo de consejería	1.- Miedo 2.- Vergüenza

			3.- Sin importancia
Dispareunia	Dolor al tener relaciones sexuales.	Grado de Dispareunia	1.- Menor 2.- Mayor 3.- Igual
Lubricación	Aumento de la secreción vaginal que presentan las pacientes.	Grado de lubricación	1.- Menor 2.- Mayor 3.- Igual

Plan de Análisis:

Una vez recolectados los datos fueron procesados por medio del programa estadístico SPSS versión 23. Para su análisis se obtuvieron tablas de frecuencia y tablas cruzadas según el tipo de variables y los objetivos del estudio.

Tablas de frecuencia:

- Características sociodemográficas.
- Disfunción sexual (deseo, excitación, orgasmo, dispareunia y lubricación).
- Cambio en cuanto al deseo sexual del conyugue.

Tablas cruzadas:

- Relación entre cambios en el deseo sexual del conyugue y tipo de cirugía realizada.
- Relación entre Aspecto físico posterior a la cirugía y satisfacción sexual y calidad de vida.
- Consejería sobre sexualidad

VIII. RESULTADOS

1. Edad de pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento en consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Más de la mitad de las pacientes estudiadas se encontraron en el grupo etario entre 46 – 55 años con un 55%.

Fuente: Encuesta

Ver tabla N°1 en anexos

2. Nivel de Escolaridad de pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento en consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Más de la mitad de las pacientes estudiadas tenían escolaridad primaria con un 52%, y se observó un grado significativo de analfabetismo con un 15.3%

Fuente: Encuesta

Ver tabla N°2 en anexos

3. Cambios en cuanto al deseo Sexual en las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento por consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Un 80% de las pacientes estudiadas presentó una disminución del deseo Sexual.

Fuente: Encuesta

Ver tabla N°3 en anexos

4. Cambios en cuanto a la excitación en las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento por consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Un 80% de las pacientes estudiadas presentó mayor dificultad para llegar a la excitación.

Fuente: Encuesta

Ver tabla N°4 en anexos

5. Cambios en cuanto al Orgasmo en las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento por consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Un 91.3% de las pacientes estudiadas presentó una disminución en cuanto al Orgasmo.

Fuente: Encuesta

Ver tabla N°5 en anexos

6. Cambios en cuenta dispareunia en las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento por consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Un 86.7% de las pacientes estudiadas presentó mayor percepción de dolor.

Fuente: Encuesta

Ver tabla N°6 en anexos

7. Cambios en cuanto a la lubricación en pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento por consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

87.3% de las pacientes estudiadas tuvieron menor lubricación en el momento de tener relaciones sexuales.

Fuente: Encuesta

Ver tabla N°7 en anexos

8. Cambios en cuanto el deseo Sexual del Conyugue de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento por consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

El 80.0% de las parejas de las pacientes estudiadas presentaron una disminución del deseo sexual.

Fuente: Encuesta

Ver tabla N°8 en anexos

9. Evaluación del Aspecto Post Quirúrgico en cuanto a la Satisfacción Sexual y la Evaluación de Salud y Calidad de Vida de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento por consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

131 pacientes evaluaron su salud y calidad de vida como mala, de las cuales 112 afirman tener insatisfacción sexual, misma cantidad que considera importante el aspecto corporal posterior a su cirugía.

Fuente: Encuesta

Valor de $P= <0.05$

Ver tabla N° 9 en anexos

10. Relación según el tipo de tratamiento recibido y el Cambio en el deseo Sexual del Cónyuge de pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento por consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

De las 103 pacientes a las que se les realizó Mastectomía Radical, 99 pacientes refirieron sospechar una disminución en el deseo sexual por parte de sus conyuges.

En las 47 pacientes a las que se les realizó cirugía conservadora solo una poca cantidad de pacientes no identificó cambios en el deseo sexual de su conyuge.

Fuente: Encuesta

Valor de $P= <0.005$

Ver tabla N°10 en anexos

11. Consejería Sexual por parte del médico a pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento por consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Las 150 pacientes en estudio no recibieron consejería por parte del médico, 95 pacientes no solicitaron consejería por vergüenza, 9 pacientes por miedo y 46 porque consideran que no es de importancia para el personal médico hablar de este aspecto.

145% de las pacientes deseaba recibir Consejería Sexual.

Fuente: Encuesta

Valor de $P = <0.05$

Ver tabla N°11 en anexos

IX. DISCUSIÓN

Desde el punto de vista sociodemográfico en el estudio pudimos identificar que la edad más incidente fue el grupo etario entre 46 – 55 años, lo cual guarda relación con la edad en la cual se diagnóstica mayormente el cáncer de mama, en un estudio realizado en la universidad de Murcia López, Juliane da Silveira Ortiz de Camargo et al sobre “la sexualidad de las mujeres sometidas a tratamiento de cáncer de mama” se percibió que la edad avanzada es un factor de riesgo para la aparición de alteraciones en la sexualidad. En cuanto al grado de escolaridad 67.3% de las mujeres en estudio tienen escolaridad baja lo cual guarda relación con lo que se demostró en el mismo estudio donde las mujeres con un mayor grado de escolaridad presentan índices mejores en relación al placer sexual.

En cuanto a los factores que influyen en la disfunción sexual se encontró que las mujeres operadas por cáncer de mama presentaron alteración en todas las fases de la respuesta sexual femenina: Deseo (80%), Excitación (80%), Capacidad para alcanzar el orgasmo (91.3%), Lubrificación 87.3%, Dispareunia 86.7%, lo cual guarda relación con López, Juliane da Silveira Ortiz de Camargo et al donde en su estudio identificó q las mujeres con cáncer de mama presentan problemas de lubricación, satisfacción, deseo y excitación además de problemas relacionados con el orgasmo y dolor durante las relaciones sexuales (19,33), siendo que la satisfacción sexual el aspecto que presenta mayor disminución a lo largo del tiempo.

Al evaluar la relación entre el deseo sexual del conyugue y la cirugía realizada se logró identificar que de las 103 pacientes a las que se les realizó Mastectomía Radical, 99 pacientes refirieron sospechar una disminución en el deseo sexual por parte de sus conyugues, Andrzejczak E, et al en su estudio “Partner relationships after mastectomy in women not offered breast reconstruction” identificaron que el 33% de las participantes relataron que la mastectomía impactó negativamente sus relaciones conyugales. En particular, 31% relataron deterioro de la atracción sexual; 31% sentimiento de malestar conyugal; y 30% consideraron que el compañero sentía menos atracción sexual.

Remondes-Costa S, Jimenéz F, Pais-Ribeiro JL. En el 2012 en Portugal estudiaron la Relación entre la imagen corporal, función, placer sexual y la salud y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Participaron del estudio 51 mujeres con edad entre 34 y 82 años. Las participantes respondieron a tres tipos de cuestionarios y se realizó análisis descriptivo y correlacional. En lo que se refiere a la función sexual, la generalidad de las enfermas no sintió deseo sexual, ni fueron sexualmente activas. En cuanto al placer sexual de las mujeres que estuvieron sexualmente activas, en mayor número, no sintieron placer en las relaciones sexuales. Las enfermas que sintieron deseo sexual, que estuvieron sexualmente activas y que sintieron placer sexual evaluaron mejor su salud y su calidad de vida.

Al relacionar los aspectos de salud, calidad de vida, satisfacción sexual y aspecto corporal femenino posterior a la cirugía 131 pacientes evaluaron su salud y calidad de vida como mala, de las cuales 112 afirman tener insatisfacción sexual, misma cantidad que considera sentirse afectada en cuanto a su aspecto corporal posterior a su cirugía. Wang F, et al en su estudio "A neglected issue on sexual well-being following breast cancer diagnosis and treatment among Chinese women". En el año 2013 país: China. Con el Objetivo de Evaluar los cambios para el bienestar sexual tras el cáncer de mama. En el estudio cuantitativo 88,9% de las pacientes experimentaron problemas sexuales a largo plazo tras el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Entre las principales quejas sexuales que los pacientes han enfrentado están: alteraciones de la imagen corporal tras la mastectomía (83,3%), ausencia de deseo (63,9%), y sequedad vaginal o sexo doloroso (50,0%).

En cuanto a la consejería sobre sexualidad ni una de las 150 pacientes en estudio recibió consejería por parte del médico, 95 pacientes no solicitaron consejería por vergüenza, 9 pacientes por miedo y 46 porque consideran que no es de importancia para el personal médico hablar de este aspecto. 145 pacientes deseaba recibir Consejería Sexual

X. CONCLUSIONES

1. Dentro de los datos sociodemográficos se encontró que el mayor porcentaje de pacientes estaba dentro del grupo etario entre 46 – 55 años y predominó una baja escolaridad.
2. Dentro de las disfunciones sexuales que presentaron las pacientes fueron Deseo, Excitación, Orgasmo, disminución de la lubricación y Dispareunia.
3. Se identificó que gran parte de las pacientes percibieron una disminución del deseo sexual por parte de sus conyugue, más acentuada en las pacientes a quienes se les realizó mastectomía radical.
4. La mayoría de las pacientes consideraron que presentan insatisfacción sexual, lo cual guardó relación con la cantidad de pacientes que le dio importancia al aspecto corporal posterior al manejo quirúrgico y que evalúan su calidad de vida como mala.
5. La totalidad de las pacientes no recibieron información o consejería sexual durante su seguimiento en la consulta externa, solamente 5 pacientes no deseaban ese tipo de información y las causas por las cuales no solicitaron en orden de frecuencia fueron vergüenza, creer que no es de importancia para el médico abordar este tipo de temas y en último lugar por miedo.

XI. RECOMENDACIONES

Se debe integrar la consejería sexual como parte de la atención integral de las pacientes postquirúrgicas por cáncer de mama, tanto a ellas como a su pareja, ya que la comunicación, la ayuda profesional, el uso de lubricantes etc. les permitirá tener una actividad íntima esperada por ambos y una mala experiencia provocada por esta enfermedad puede llegar a ser de crecimiento para la pareja.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Iliana Cecilia Gorguet Pi (2008). Comportamiento sexual humano. Editorial oriente, 132.
- 2.- Revista Internacional de Andrologia. Volumen 5, Issue 1, January 2007, Paginas 11-21.
- 3.- Revista Internacional de Andrologia. Volumen 5, Num. 1, Enero 2007.
- 4.-Revista colombiana, Mayo 2002. Páginas 5.
- 5.- Blanca Gutierrez Teira (2008). La respuesta sexual humana. Páginas 543- 546.
- 6.- Resvista cubana oncol. Instituto nacional de oncología y radiobiología. (1999) La sexualidad en pacientes con cáncer.

XIII. ANEXOS

Buenas tardes soy médico residente del HBCR realizando un estudio sobre la sexualidad en pacientes que recibieron algún tratamiento por cáncer de mama en el servicio de Oncología del HBCR. Su participación es muy importante para desarrollarlo y cambiar paradigmas brindando información para el beneficio de las pacientes.

1.- Edad:

2.- Escolaridad

- a.- Primaria
- b.- Secundaria
- c.- Universidad
- d.- Analfabeta

3.- Estado Civil

- A. Casada
- B. Unión libre

4.- Tipo de tratamiento:

- a. Cirugía conservadora
- c. Mastectomía radical

5.- ¿Es para usted importante tener relaciones sexuales?

- a. Si
- b. No

6.- ¿Ha sentido cambios en cuanto al deseo sexual?

- a. Mayor
- b. Menor
- c. Igual

7.- ¿Ha sentido cambios en la excitación?

- a. Mayor
- b. Menor
- c. Igual

8.- ¿Ha sentido cambios en el orgasmo?

- a. Mayor
- b. Menor
- c. igual

9.- ¿Ha sentido cambios en cuanto a lubricación?

- a. Mayor
- b. Menor
- c. Igual

10.- ¿Ha presentado dispareunia?

- a. Mayor
- b. Menor
- c. Igual

11.- ¿Percibe cambios en el deseo sexual en su pareja?

- a. Menos deseo
- b. Igual deseo
- c. Más deseo

12.- ¿Se siente menos femenina que antes por mastectomía?

- a. Si
- b. No

13.- Cómo evalúa su salud y calidad de vida?

- a. Buena
- b. Mala
- c. Igual

14. Satisfacción sexual

- a. satisfecha.
- b. insatisfecha

15.- Consejería medica sobre actividad sexual

- a. Si
- b. No

16.- ¿Hubiese deseado consejería sobre sexualidad por parte de un médico?

- a. Si
- b. No

17.- ¿Cuál fue el motivo por el cual no solicitó consejería sobre sexualidad?

- a. Miedo
- b. Vergüenza
- c. Sin importancia.

Tabla N° 1

Edad de pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento en consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Edad de las Pacientes		
Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
35 – 45	35	23.3
46 – 55	83	55.3
56 – 65	32	21.3
Total	150	100.0

Tabla N° 2

Nivel de Escolaridad de pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento en consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Nivel de Escolaridad de Pacientes		
	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	23	15.3
Primaria	78	52.0
Secundaria	35	23.3
Universitaria	14	9.3
Total	150	100.0

Tabla N° 3

Cambios en cuanto al deseo Sexual en las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento por consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Cambios en cuanto al deseo Sexual		
	Frecuencia	Porcentaje
Menor	120	80.0
Igual	30	20.0
Total	150	100.0

Tabla N° 4

Cambios en cuanto a la excitación en las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento por consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Cambios en cuanto a la excitación		
	Frecuencia	Porcentaje
Menor	120	80
Igual	30	20.
Total	150	100

Tabla N° 5

Cambios en cuanto al Orgasmo en las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento por consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Cambios en cuanto al Orgasmo		
	Frecuencia	Porcentaje
Menor	137	91.3
Igual	13	8.7
Total	150	100.0

Tabla N° 6

Cambios en cuanto a dispareunia en las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento por consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Cambios en cuanto a dispareunia		
	Frecuencia	Porcentaje
Menor	1	.7
Mayor	130	86.7
Igual	19	12.7
Total	150	100.0

Tabla N° 7

Cambios en cuanto a la lubricación en pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento por consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Cambios en cuanto a lubricación		
	Frecuencia	Porcentaje
Menor	131	87.3
Igual	19	12.7
Total	150	100.0

Tabla N° 8

Cambios en cuanto el deseo Sexual del Conyugue de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento por consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Cambio en deseo Sexual del Conyugue		
	Frecuencia	Porcentaje
Menor	120	80.0
Mayor	1	0.7
Igual	29	19.3
Total	150	100.0

Tabla N° 9

Evaluación del Aspecto Post Quirúrgico en cuanto a la Satisfacción Sexual y la Evaluación de Salud y Calidad de Vida de las pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento por consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Tabla cruzada Evaluación del Aspecto post quirúrgico *Satisfacción sexual de pacientes en estudio* ¿Cómo evalúa su salud y calidad de vida?

Recuento								
¿Cómo evalúa su salud y calidad de vida?			Satisfacción sexual de pacientes en estudio				Total	
			Satisfecha		Insatisfecha			
Buena	Evaluación del Aspecto post quirúrgico	Sin Importancia	12	8%			12	8%
		Con importancia	7	9.6%			7	9.6%
	Total			19	12.6%			19
Mala	Evaluación del Aspecto post quirúrgico	Sin Importancia			19	12.6	19	12.6%
		Con importancia			112	74.6	112	74.6%
	Total				131	87.4	131	87.4%
Total	Evaluación del Aspecto post quirúrgico	Sin Importancia	12		19	12.6	31	20.6%
		Con importancia	7		112	74.6	119	79.4%
	Total			19	12.6%	131	87.4%	150

Tabla N° 10

Relación según el tipo de tratamiento recibido y el Cambio en el deseo Sexual del Cónyuge de pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento por consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Tabla cruzada ¿Qué tipo de tratamiento recibió? Cambio en deseo Sexual del Conyugue									
Recuento									
		Cambio en deseo Sexual del Conyugue						Total	
		Menor		Mayor		Igual			
¿Qué tipo de tratamiento recibió?	Cirugía Conservadora	2	14.1%	0		26	17.3%	47	31.4%
	Mastectomía Radical	99	66%	1	0.6%	3	2%	103	68.6%
Total		120	80.1%	1	0.6%	29	19.3%	150	100%

Tabla N° 11

Cconsejería Sexual por parte del médico a pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico por cáncer de mama y asisten a seguimiento por consulta externa en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Tabla cruzada. ¿Se le brindó consejería sexual por parte de médico? ¿Deseaba consejería sexual por parte de médico? ¿Por qué no solicitó consejería?

Recuento								
¿Por qué no solicitó consejería?			¿Deseaba consejería sexual por parte de médico?				Total	
			Si		No			
Miedo	¿Se le brindó consejería sexual por parte de médico?	No Recibida	5	3.4%	4	2.6%	9	6%
	Total		5	3.4%	4	2.6%	9	6%
Vergüenza	¿Se le brindó consejería sexual por parte de médico?	No Recibida	94	62.6%	1	0.6%	95	63.2%
	Total		94	62.6%	1	0.6%	95	63.2%
Sin Importancia	¿Se le brindó consejería sexual por parte de médico?	No Recibida	46	30.6%			46	30.6%
	Total		46	30.6%			46	30.6%
Total	¿Se le brindó consejería sexual por parte de médico?	No Recibida	145	96.6%	5	3.4%	150	100%
	Total		145	96.6%	5	3.4%	150	100%