

11226  
115

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL**

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94**

**SATISFACCION SEXUAL EN MUJERES  
HISTERECTOMIZADAS DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR No. 94**

**TESIS DE POSGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A:**

**DRA. PATRICIA MARTINEZ GARCIA**

**ASESOR : DRA. JUANA NAJERA**

**MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR Y TERAPEUTA FAMILIAR DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94**



**IMSS**

**MEXICO D. F. DICIEMBRE DEL 2002**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

#### **A MIS PADRES Y HERMANOS:**

Como un testimonio de cariño y eterno agradecimiento por el apoyo moral y estímulos brindados a lo largo del camino, con infinito amor y confianza

Agradecimiento por infundir en mí ese afán de lucha que inició con toda la responsabilidad que representa el término de una carrera profesional; y además creer en mí para alcanzar una de tantas metas

#### **A MI ASESOR DE TESIS:**

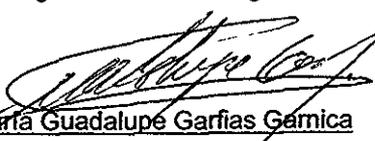
Expresar mi más sincero agradecimiento por el gran apoyo y paciencia en la colaboración para realización de éste trabajo

Agradecimiento por la guía ante uno de tantos caminos que llevan hacia los logros que un médico debe cumplir.

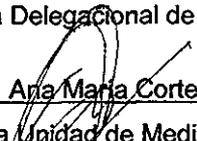
AUTORIZACIONES:

  
Dra. Patricia Leonor Pérez Sánchez

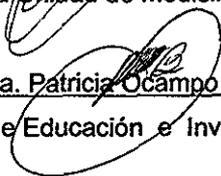
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

  
Dra. María Guadalupe Garfias Garnica

Coordinadora Delegacional de Educación Médica

  
Dra. Ana María Cortes Aguilera

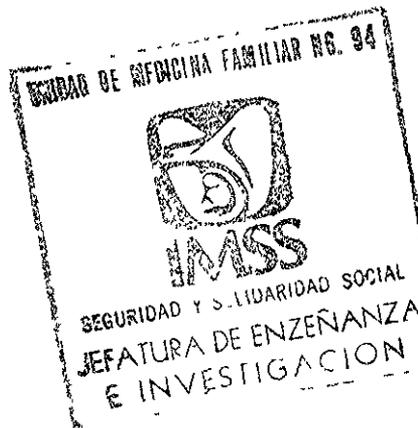
Directora de la Unidad de Medicina Familiar No 94

  
Dra. Patricia Ocampo Barrio

Jefe de Educación e Investigación

  
Dra. Juana Najera Soto.

Asesor de tesis



  
SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M

## INDICE

Título	5
Antecedentes científicos	6
Planteamiento del problema	17
Justificación del estudio	17
Objetivos	18
Hipótesis	18
Programa de trabajo	19
Metodología	19
Resultados	21
Cuadros y figuras	22
Análisis de resultados	27
Conclusiones	29
Sugerencias	30
Cronograma	30
Resultados	31
Análisis de resultados	36
Bibliografía	31
Anexo	34

## **SATISFACCION SEXUAL EN MUJERES HISTERECTOMIZADAS.**

En la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social México, D.F.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

La sexualidad es el conjunto de los aspectos biológicos, psicológicos, y sociales del sexo y la salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual

La conducta sexual y las actitudes hacia el sexo varían grandemente en los individuos, el deseo de obtener placer sexual se considera poderoso en la mayoría de los hombres y las mujeres La experiencia clínica indica que la intensidad del deseo y el grado de satisfacción varían durante toda la vida de un individuo <sup>1</sup>

Estudios y experiencias de María Consuelo Mejía refieren que la normatividad escrita del Magisterio Eclesial reconoce a la sexualidad humana como uno de los dones creados por Dios dado a hombres y mujeres solamente para la reproducción, negando la posibilidad del goce de la pasión o del placer, y dado que las mujeres son enseñadas de acuerdo a estas teorías, las hacen ser identificadas como las causantes, incitadoras al placer sexual, y por ende se sienten culpables al expresar su sexualidad <sup>2</sup>

En México los papeles socio culturales tradicionales que se le adjudican a la mujer e influyen en la sexualidad se le dan en todas las etapas de su vida, desde la niñez hasta cuando son esposas <sup>3</sup>

Para Masters, Johnson y Kolodny la respuesta sexual humana (RSH) es la respuesta del organismo a un estímulo sexual, que engloba cambios fisiológicos genitales y extragenitales Involucra todo el organismo y en la que intervienen sentimientos, pensamientos y las experiencias previas a la persona que pueden desencadenarse no sólo mediante contacto físico directo, sino a través del olfato, la vista, el pensamiento o las emociones <sup>4</sup>

De acuerdo a sus investigaciones realizadas en humanos describen la RSH como un ciclo de cuatro fases:

*Excitación:* fase que resulta de la estimulación sexual y puede ser física, psicológica o una combinación de ambas Durante esta fase produce un marcado aumento de la tensión sexual y una lubricación vaginal que inicia de 10 a 30 segundos después de la excitación sexual La lubricación vaginal facilita

la inserción del pene y la suavidad del movimiento de empuje, a la vez que impide que la mujer sienta incomodidad o molestias durante el acto. La excitación en el hombre se hace visible con la erección.

*Meseta:* durante este periodo se mantienen y se intensifican los niveles de excitación sexual. La duración de esta fase varía en gran medida.

*Orgasmo:* si se continúa con la estimulación sexual efectiva, se llega a un punto en el que, el cuerpo libera de golpe la tensión muscular acumulada, en lo que constituye el apogeo de la excitación sexual; denominándose orgasmo, conocido también como "climax". Desde el punto de vista biológico el orgasmo es la fase más corta del ciclo de la respuesta sexual humana; dura sólo unos segundos, lapso durante el cual las contracciones rítmicas musculares que se desencadenan producen una intensa sensación física seguida de un rápido relajamiento. Desde el punto de vista psicológico el orgasmo es un instante de goce y de suspensión de la actividad mental. Los orgasmos varían no sólo en cada hombre o mujer en particular, sino en distintos momentos de un mismo individuo. La diferencia en la intensidad de los orgasmos deriva de los factores físicos (como la fatiga y el tiempo transcurrido del último orgasmo), y de una amplia gama de factores psicosociales (como la afinidad por la pareja, actividad, expectativas y sentimientos en torno al hecho sexual).

*Resolución:* es el periodo de retorno al estado de no-estimulación y corresponde al estado refractario; se invierten las alteraciones anatómicas y fisiológicas acaecidas durante la etapa de meseta. Si la excitación ha sido intensa pero no ha habido un orgasmo, la resolución lleva un poco de más tiempo, aunque se dan algunos cambios como la desaparición de la erección en los hombres y dolor testicular (en algunos hombres), y una persistente presión o dolor pélvico en las mujeres.<sup>5</sup>

McCary refiere que otros autores como Helen Kaplan mencionan una fase de deseo, es aquella en donde los estímulos interoceptivos y exteroceptivos provocan una respuesta en algún miembro de la pareja para generar una respuesta sexual. Factores como la ira, el miedo al fracaso, las fobias sexuales, los patrones de comunicación equivocados, el temor al éxito sexual y el miedo a

la intimidad pueden encontrarse en la raíz en las alteraciones de la fase del deseo <sup>6</sup>

Aunque generalmente el ciclo de la RSH se atiene a una pauta de progresión estable no siempre están claramente diferenciadas una etapa de la otra y pueden experimentarse grandes variaciones

Alvarez Gayu menciona la existencia de una disfunción sexual cuando en la RSH se dan alteraciones persistentes y recurrentes en alguna o varias de las fases de la respuesta sexual y causa molestias a la persona o a la pareja Rubio y Díaz (1994) definen las disfunciones sexuales como una serie de síndromes donde los procesos eróticos de la RSH tienen cuatro características:

- a) Se tratan de un proceso de naturaleza erótica.
- b) Son procesos que se consideran indeseables
- c) *Son procesos que se presentan en forma recurrente y persistente*
- d) Se presentan en la práctica clínica como síndromes (grupo de síntomas que permite la identificación de grupos de personas con similitudes, pero no permite la identificación del tipo de causas que las determinan )

Para Alvarez Gayou son el prototipo de alteraciones que causan los tabúes y restricciones para la expresión de la sexualidad y producen un sufrimiento silencioso en los individuos Pueden presentarse de acuerdo a:

1)Temporalidad:

- a) primaria: cuando la disfunción ha estado presente durante toda la vida
- b) secundaria: cuando el individuo ya ha sido capaz de realizar el coito en forma adecuada aunque haya sido una sola vez

2) De situación: se refiere al tipo de circunstancias que rodea a la aparición de la disfunción:

- a) global: se presenta en todas las circunstancias de la vida del individuo en las que se esperarí una respuesta sexual y ésta se encuentra ausente
- b) Parcial: cuando la respuesta sexual se encuentra presente en la vivencia autoerótica, pero es difícil o no se da en la vivencia interpersonal

c) Selectivo: se hace en referencia a los casos en los que la disfunción sexual se presenta sólo en ciertas circunstancias pero en otras funciona adecuadamente <sup>45</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido los síndromes de disfunción sexual, dentro del capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE – 10) Rubio en México en la Asociación para la Salud A C (AMSSAC) en 1994, desarrolló un sistema de clasificación que integra las experiencias clínicas de atención institucional de más de 500 pacientes e intenta utilizar los mismo términos usados por las clasificaciones internacionales.<sup>37</sup>

Para la Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual Diagnóstico y Estadístico define y clasifica las disfunciones sexuales de acuerdo al manual DSM-IV (1996) como:

1) Trastornos del deseo sexual:

- a) Deseo sexual hipoactivo (o inhibido): es la ausencia o pobreza de fantasías sexuales y actividad de forma persistente o recurrente
- b) Trastorno por aversión al sexo: se define como una aversión extrema, persistente o recurrente hacia el sexo y evitación de todos o casi todos los contactos sexuales genitales en una pareja sexual

2) Trastorno de la excitación sexual

- a) Trastorno de la excitación sexual en la mujer: definido como el fracaso parcial o completo, persistente o recurrente en obtener o mantener la respuesta de tumefacción y lubricación
- b) Trastorno de la erección en el hombre: es considerado como el fracaso parcial o completo, persistente o recurrente del hombre, en obtener o mantener la erección hasta el final de la actividad sexual

3) Trastorno del orgasmo:

- a) Trastorno orgásmico femenino: es la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer tras una fase de excitación.
- b) Trastorno orgásmico masculino: Es la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en el hombre tras una fase de excitación sexual,

en el transcurso de una actividad considerada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración. Esta dificultad se limita al orgasmo intravaginal ya que el orgasmo es posible con otro tipo de estimulación (por ejemplo la masturbación)

c) Eyaculación precoz: es la eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante, o inmediatamente después de la penetración y antes de que la persona lo desee.

#### 4) Trastornos sexuales por dolor:

- Dispareunia: dolor genital persistente o recurrente de un hombre o una mujer, antes, durante o después de la relación sexual
- Vaginismo: es la aparición persistente o recurrente de un espasmo involuntario de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con el coito <sup>7</sup>

Otra disfunción referida por Alvarez Gayou y que no considera DSM-IV es la Disritmia, que consiste en la *insatisfacción* de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual en condiciones adecuadas y sin relación a problemas físicos Kaplan la equipara con deseo sexual inhibido o hipoactivo <sup>5</sup>

Edward en Estados Unidos en 1992, investiga 1749 mujeres entre 18 y 59 años, y 1410 hombres entre 18 y 59 años, reporta que existen disfunciones sexuales en el varón entre 10% y 52% y en las mujeres de 25% a 63% y lo relaciona con deterioro en la calidad de vida tanto en hombres como mujeres <sup>8</sup>

La histerectomía implica una tensión psicológica que influye en la vida de la mujer, si no es informada y manejada en forma adecuada ya que es una parte del cuerpo sinónimo de la naturaleza femenina. Los cambios que se presentan son:

- Se siente asexuada y dañada
- Se queja de dolor pelviano continuo sin causa estructural obvia
- Ya no experimenta deseo
- Tiene una vagina seca y cuya excitación sexual ha desaparecido.

- Ha perdido su capacidad de confianza y vive enojada y amargada
- Se siente vieja antes de tiempo
- Es abandonada por su pareja o la aleja de ella
- Pone fin a su identidad sexual y comienza a atraer el final de su vida
- Otras de las mujeres, por supuesto, se curan y reanudan sus vidas, crían a sus hijos y, trabajan y se relacionan con sus maridos o sus amantes <sup>8</sup>

La reacción de la pareja sexual de la mujer sometida a histerectomía es importante, ya que si el compañero sexual identifica la extirpación del útero con la pérdida de la libido o con la disminución de la feminidad, puede evitar la interacción sexual con su pareja; pueden alojar en su mente muchos conceptos erróneos respecto a la sexualidad posterior a una operación de éste tipo Pimentel Nieto, refiere que en las investigaciones de Dennerstien y cols. (1985) en 89 pacientes con histerectomía y ooforectomía, el 37% describían un deterioro de las relaciones sexuales tras la cirugía, mientras que el 34% mostró mejoría en la capacidad de respuesta sexual<sup>10</sup>

Pick y Andrade (1988) encontraron que los hombres se encuentran más satisfechos en una relación de pareja, que las mujeres Rivera, Díaz y Flores así como Rage apoyan estos resultados, y explican estas diferencias con relación a los papeles tradicionales, roles y percepción con la pareja

Se ha documentado la apatía sexual como secuela postoperatoria después de una mastectomía e histerectomía debida a factores psicológicos como respuesta a la mutilación, daño a la imagen corporal y autoestima. <sup>11</sup>

Algunos autores determinan que este deterioro es temporal y que un manejo previo, psicológico y social, evita perturbaciones de forma crónica <sup>45</sup>

Johons A Menciona que de acuerdo al abordaje para la histerectomía se producen cambios en la función sexual , con mayor disminución del orgasmo con la histerectomía abdominal que la supracervical, Zussman y Helstrom apoyan estos resultados ya que las pacientes con histerectomía laparoscópica subtotal supracervical, en promedio de 3 5 semanas retoman a su actividad

sexual normal (coito), con relación a 5 9 semanas de las tratadas por histerectomía total abdominal Ewert en 1995 reporta en 53 mujeres sometidas a histerectomía, aumento de la libido en 28%, sin cambios 76% y disminución en 5%.<sup>12</sup>

Dentro de los cambios que se producen a largo plazo referentes a la sexualidad en la revisión de 8 estudios realizada por Karen y Carlson se mencionan que los resultados reportados al valorar la función sexual antes y uno o más años después de la histerectomía son controversiales: los parámetros de interés sexual (libido, frecuencia sexual) han mostrado mejoría hasta 50% en dos estudios, declinación en otros dos y ningún cambio en dos y empeora en dos restantes del 25-50%. Por lo que concluye que no o está bien establecido el efecto que la histerectomía tiene sobre la función sexual Los efectos adversos se basan sobre todo en información de estudios retrospectivos y no aleatorios<sup>13</sup>

Wesley en 1997 en EEUU en una revisión de los problemas postoperatorios de las pacientes histerectomizadas, los atribuye más a lo subjetivo y lo refiere como disfunciones psicosexuales, disfunciones del tracto urinario y dismotilidad intestinal Menciona que Richards denominó "síndrome poshisterectomía al aumento en la depresión y problemas sexuales observadas después de la cirugía Bachman consideró que la extirpación del útero no causaba aumento de los problemas psicosexuales y además refirió que casi todos los problemas psicológicos que aparecen después de la cirugía uterina, se relacionan con la baja de estrógenos que se presenta cuando se extirpan los ovarios junto con el útero o cuando estos se ven alterados desde el punto de vista funcional por la operación<sup>13</sup>

Naughton y Mcbee en 1997 en EEUU hacen una revisión de la calidad de vida en relación con la salud después de la histerectomía, y encuentran que se ve mejorada en las pacientes que ya presentaban alguna alteración previa a la histerectomía con el alivio de los síntomas urinarios, pélvicos, psicológicos e incluso los que se refieren a la función sexual. Se ha citado a la depresión como el riesgo psiquiátrico más frecuente después de la histerectomía Sin embargo,

los resultados son discordantes y las tasas de incidencia varían entre 4% y 70% dependiendo de los criterios usados para medir la depresión así como la duración de seguimiento después de la operación. Mencionan que Bachman sugirió que las mujeres que creen que el útero es un indicador de la femineidad experimentan más dificultades sexuales después de la operación. Naughton encontró una incidencia de ausencia de la libido de 25 a 44% hasta dos años después de la histerectomía, independientemente de que se retuvieran los ovarios o no. A principios de 1980 en un grupo finlandés de 212 mujeres, se encontró una disminución o ausencia de la libido a los 12 meses en pacientes histerectomizadas mayores de 45 años y en todas a las que también se extirparon los ovarios.

Muchas mujeres que no desean hijos incrementan deseo y placer sexual por la eliminación al riesgo del embarazo.

El estudio prospectivo del Maine Women's Health Study de 1991 con 418 mujeres entre 25 y 50 años de edad que se sometieron a histerectomía, entrevistadas antes de la cirugía y 3,6 y 12 meses de la operación. Los resultados obtenidos fueron alivio de síntomas ya previos y aparición de nuevos como bochornos (13%), depresión (8%), ansiedad (6%) y falta de deseo sexual (7%). Por último Sculpher y colaboradores en un estudio prospectivo de 348 mujeres de 30 a 49 años de edad con tratamiento mediante medicamentos y/o quirúrgico por hemorragia, obtuvo que la satisfacción de las pacientes operadas fue del 54% y las que recibieron tratamiento por medicamentos fue de 20,9%<sup>14,15</sup>

Según Zussman los problemas sexuales que se presentan después de la histerectomía son una evolución de dificultades que ya existían con anterioridad y por cultura se relaciona al sexo igual a reproducción donde la mujer y el hombre valoran poco la actividad sexual por no ser dirigida a la reproducción. Kolodny, Masters y Jonson mencionan que las mujeres creen el hecho de interrumpir su sexualidad a la llegada de la menopausia y perciben la histerectomía como un equivalente a la misma.

Mujeres con patologías ya existentes como dolor pélvico, dismenorrea, dispareunia, etc , al ser histerectomizadas observan beneficio a su salud y experimentan un aumento de la libido y una mejora en la satisfacción sexual tras someterse a una histerectomía. En las mujeres en las que se realiza histerectomía más ooforectomía en Estados Unidos se reporta un decremento de 33 a 46% de la respuesta sexual humana ya que ven al útero, vagina y ovarios parte de la estructura de la respuesta sexual humana. Dado que las teorías de la sexualidad han variado en los últimos 30 años se generan postulados de la psicogénesis

- Primer postulado: ovarios, cervix y útero no están relacionados con la libido y no son fundamentales para la gratificación sexual, sin embargo las pacientes refieren deterioro al removerlo
- Segundo postulado: según la teoría freudiana psicoanalítica que la falta de órganos sexuales es experimentada como castración o menor femineidad originando mayor estrés psicológico que puede inhibir la función sexual, sin embargo no hay estudios de apoyo
- Tercer postulado: se refiere a cambios psicológicos sin embargo se espera una respuesta uniforme o similar en la mujer después de la cirugía

Zussman en estudios prospectivos de 1973 a 1977 encuentra una alta incidencia de la disminución o ausencia de la libido después de la histerectomía independientemente de que se conserven o no los ovarios <sup>15</sup>

Cutler en el 2000 en EEUU estudia 167 mujeres para investigar la respuesta sexual humana con relación a la estimulación de órganos femeninos, en dos grupos comparativos de pacientes con útero intacto y pacientes con tumores fibrosos uterinos encontró orgasmo por estimulación penénea en el cervix en 35% de mujeres con útero normal y 49% en la de útero fibrosado. El orgasmo alcanzado por estimulación del clítoris fue 95% y 92% respectivamente y las que fueron estimuladas vaginalmente reportan una frecuencia semejante. Con estos resultados el autor concluye lo importante de la presencia de los órganos sexuales <sup>16</sup>

Rodees en 1992 en Estados Unidos, estudia 1101 mujeres histerectomizadas entre 35 y 49 años de edad, para medir función sexual posterior a histerectomía, reportó que el 70.5% incrementó sus relaciones sexuales a los 12 y 24 meses posteriores a histerectomía, 18% presenta dispareunia, 10.4% hubo disminución de la libido <sup>17</sup>

Helstrom y colaboradores entrevistaron a 104 mujeres suecas de 35 a 45 años de edad en 1993, acerca de sus vidas sexuales en un mes antes y un año después de la histerectomía. Los resultados indicaron mejoría o ningún cambio en la sexualidad en 79% de ellas. <sup>11 14</sup>

Popov en 1998 en Bulgaria al investigar las alteraciones de la función sexual después de la histerectomía, reporta que en algunos casos hubo un aumento ligero de la función sexual como compensación para eliminar el complejo de esterilidad <sup>18</sup>

Ryan en Alemania al revisar los aspectos sociales y psicosexuales en la mujer con histerectomía reporta la existencia de una gran proporción de desorden psicológico en las mujeres después de la cirugía <sup>19</sup>

La obesidad es un factor que no influye sobre la disfunción sexual de la mujer, según lo demuestra el estudio de Sanchez y Pérez en México, en el Instituto Nacional de Perinatología, utilizan como instrumento para medir la disfunción sexual la Historia clínica de la sexualidad femenina <sup>20</sup>

La disfunción sexual en la mujer se ha estudiado y se presenta con el cáncer ginecológico hasta 70%, en México Sánchez y Carmona en 1997 en el INPER reportan 52%, predomina la disritmia

DePross refiere que (1989) los cambios que se dan en el funcionamiento sexual se deben a otros factores como son: la edad, el tiempo de la enfermedad, la localización físico corporal del cáncer, el tratamiento utilizado y la vivencia de la sexualidad previa al diagnóstico <sup>10</sup>

En mujeres con epilepsia se reporta de 33 a 66% disminución de la libido ya sea por el daño orgánico o por los efectos secundarios del tratamiento <sup>21</sup>

La esclerosis múltiple disminuye la actividad sexual en el 65% de las mujeres <sup>22</sup> Así como también la infertilidad <sup>23</sup> y el embarazo afectan la sexualidad de forma negativa <sup>24</sup>

Son pocos los instrumentos que nos apoyan para evaluar la función sexual y de los que se han utilizado en otros estudios no mencionan como obtuvieron sus resultados o el instrumento mismo y otros han utilizado instrumentos, de los que no se mencionan validez Por ejemplo: Plouffe quien realizó un estudio comparativo de dos grupos, en 110 pacientes sexualmente activas Al aplicar el cuestionario se obtuvieron resultados semejantes en los dos grupos, en los cuales el 52% y 42% de cada grupo, presentaron algún problema sexual y de las cuales la mayoría requiere de atención médica ( no mencionan validez) <sup>25</sup>

Souza y Cols, realizaron la Historia clínica Codificada para la Sexualidad Femenina (HCCSF), conformada por 15 capítulos, 187 reactivos y 240 posibilidades de respuesta

Este instrumento fue utilizado en la Clínica de Marina Nacional del ISSSTE de la Ciudad de México, para conocer la demanda de consulta por problemas sexuales de mujeres en edad fértil, validándose por jueces independientes

*El documento detecta el diagnóstico clínico actual, sugiere su clasificación moderna, propone medidas terapéuticas*

En el área específica de satisfacción sexual y área de disfunción se refieren:

- Motivo de reproducción: lo define como aquel que no lleva a los fines de satisfacción, por satisfacción se entenderá que la sexualidad se realiza con mayor vinculación de placer. Por afecto se entenderá que la sexualidad se realiza con fines de obtener las diferentes sensaciones del amor, no considerando la sensualidad Por autoafirmación se entenderá el motivo de la sexualidad que se realiza a efecto de buscar identidad psicosexual y afirmar ésta Ambas se especificará en la categoría correspondiente, según la que el paciente asuma como más importante <sup>26</sup>, también utilizada por Sánchez Bravo en disfunción sexual y obesidad. <sup>20</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION

La base para medir la satisfacción o insatisfacción sexual solo se percibe de manera subjetiva en cada individuo y se ve influenciada por una serie de factores psicosociales, religiosos, culturales, etc

La disfunción sexual es un problema frecuente en varios países como Estados Unidos, presentándose en mujeres de edad fértil con resultados contradictorios: Carlson, Naughton, Zussman, Popov, Ryan y Plouffe hacen revisiones en donde encuentran disminución de la función sexual y en algunos de ellos sin cambios Wesley, Naughton, Rodees, Helstrom y Johnson de las revisiones realizadas encontraron aumento de función sexual

Edward en 1992<sup>10</sup> y Popov<sup>18</sup> en 1998 reportan un aumento mínimo de la función sexual; Rodees<sup>17</sup> en 1992 refiere que la función sexual se incrementa hasta un 70%, y Helstrom en 1993 refiere un deterioro de la vida sexual hasta en 21%<sup>11 13 14 15 17 19</sup>.

Para la paciente la histerectomía es una experiencia única que puede amenazar su salud y bienestar, el control sobre su propio cuerpo y su seguridad; a veces puede incluso amenazar o destruir el centro de su identidad sexual, lo cual influye en la calidad de vida<sup>18</sup>

En México son pocos los estudios relacionados con aspectos de la función sexual en la mujer, solo se cuenta con un estudio realizado en el INPER sobre disfunción y cáncer ginecológico, otro con disfunción sexual y obesidad, con relación a la histerectomía no se encontró ninguno.

En el hospital de Ginecoobstetricia de Tlatelolco en la delegación dos del IMSS se realizan 435 histerectomías al año, en mujeres edad fértil, de las cuales 96 corresponden a la Unidad de Medicina Familiar No 94. Con base a ello sin contar con estudios de satisfacción sexual e histerectomía nos preguntamos:

**¿ Existe diferencia en la satisfacción sexual de las mujeres con y sin histerectomía de la UMF 94?**

## **OBJETIVOS:**

### **GENERAL:**

1. Comparar la frecuencia de satisfacción sexual en las mujeres con y sin histerectomía

## **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

H<sub>1</sub> -Es diferente la satisfacción sexual en las mujeres con histerectomía

## **OBJETIVOS:**

### **GENERAL:**

1. Comparar la frecuencia de satisfacción sexual en las mujeres con y sin histerectomía

## **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

H<sub>1</sub> -Es diferente la satisfacción sexual en las mujeres con histerectomía

## PROGRAMA DE TRABAJO

Se realizó un estudio observacional, comparativo, transversal y prolectivo de un grupo de 183 mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No 94 desde 1° de marzo del 2000 al 28 de febrero del 2001

Una vez aprobado el proyecto de investigación por el comité de la unidad, se analizaron las hojas de egreso hospitalario de las mujeres histerectomizadas en el Hospital de Ginecoobstetricia de Tlatelolco, en el servicio de SIMO, de las cuales seleccionamos unicamente a las que pertenecían a la Unidad de Medicina Familiar No 94. Ya identificadas estas mujeres (83 mujeres) se procedió a buscar sus números de teléfono y sus direcciones en el servicio de Archivo de la unidad; para una vez que obtuvimos estos datos se les localizó telefónicamente a las que contaban con este servicio y se citaron en la unidad para la aplicación de la encuesta, previa autorización de las mismas pacientes para contestar. A las mujeres que no tenían teléfono se les visitó directamente en sus domicilios para la aplicación de la encuesta

Se seleccionó a pacientes de 25 a 55 años de edad que tuvieran pareja en el momento del estudio, hijos vivos y sin patologías agregadas, además de haber cumplido como mínimo 6 meses posthisterectomía para la aplicación de la encuesta. Características semejantes reunieron las mujeres pertenecientes al grupo control (100 mujeres que se escogieron al azar en las salas de espera de la unidad, aparentemente sanas y sin histerectomía)

Al grupo conformado se le aplicó la HCCSF, instrumento que originalmente consta de 15 capítulos, 187 reactivos y 240 posibilidades de respuesta, cuyo fin es detectar los problemas de los que suelen ser portadores las pacientes en el área sexual. Instrumento que fue validado por jueces independientes y ya utilizado en la Clínica de Marina Nacional del ISSTE, así como en el estudio de disfunción sexual y obesidad en el INPER.

En este estudio utilizamos las preguntas correspondientes al capítulo de disfunciones psicosexuales, una pregunta del capítulo de descripción general que corresponde a satisfacción sexual y preguntas varias como distractores

Recabados los resultados de cada uno de los cuestionarios procedimos a vaciar datos en el programa SPSS 8.0 for Windows y organizar nuestros resultados. Los textos, cuadros y gráficas fueron procesados en una computadora PC mediante los programas Microsoft Excel y Microsoft Word.

El análisis estadístico de la información obtenida, y por tratarse de variables cualitativas de un estudio comparativo se utilizó la ji cuadrada de McNemar con un nivel de significancia de 0.05, y un resultado teórico de 3.84.

La hipótesis estadística utilizada fue:

H<sub>0</sub>: la satisfacción sexual en las mujeres con histerectomía no es diferente a las no histerectomizadas.

## RESULTADOS.

Se aplicó la encuesta a 100 mujeres sin histerectomía y 83 con histerectomía, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar 94 se obtienen los siguientes resultados:

La edad promedio de las mujeres con histerectomía fue de 45 años y de 42 años de edad en el grupo control, con predominio del grupo de 36 a 45 años en ambos grupos Cuadro 1

Predominó la escolaridad de primaria y secundaria en ambos grupos como lo muestra el cuadro 2

Como se observa en la figura No 1 el estado civil en ambos grupos de pacientes predominó el de unión (casadas y en unión libre) sobre las no unidas ( solteras, divorciadas, viudas; todas con pareja sexual en el momento del estudio)

Con respecto a los resultados obtenidos de las fases de la respuesta sexual humana (RSH) en ambos grupos se presentaron alteraciones en las fases de deseo y excitación ( Cuadro 3 y 4)

El cuadro 5 muestra que la frecuencia de satisfacción sexual tuvo una mínima variación en los dos grupos: en las mujeres histerectomizadas se presentó el 51.8% de satisfacción sexual contra el 63% del grupo control

Cabe mencionar que estadísticamente no se demostró una diferencia en ambos Dentro del mismo grupo de mujeres histerectomizadas antes de la cirugía existían 56 mujeres con satisfacción sexual, y después de la cirugía redujeron a 43 mujeres satisfechas (una caída del 15.7%) Ver figuras 3 y 4 por lo tanto se rechaza la hipótesis de trabajo y aceptamos la hipótesis estadística, la que nos afirma que no existe diferencia en mujeres histerectomizadas

## CUADROS Y FIGURAS.

Cuadro 1: Distribución por grupos de edad de pacientes con y sin histerectomía de la Unidad de Medicina Familiar No 94

Grupo de edad	Con histerectomía		Sin histerectomía	
	No	%	No	%
15 a 25 años	1	1.2	4	4
26 a 35 años	11	13.2	21	21
36 a 45 años	38	45.7	38	38
46 a 55 años	33	39.7	37	37
Total	83	100	100	100

Fuente: Encuesta aplicada

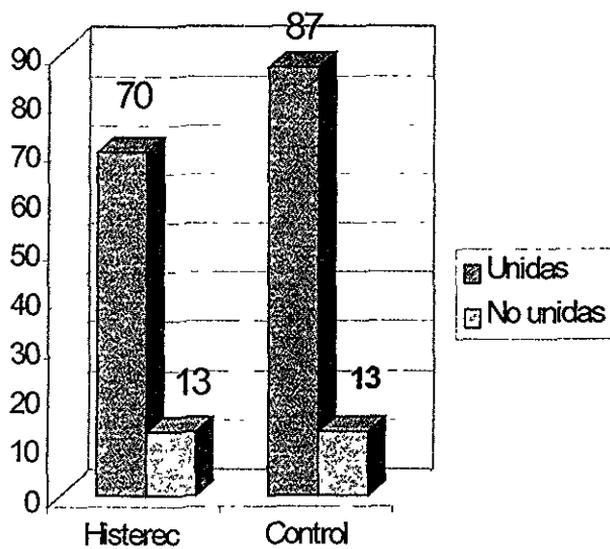
Con una t al comparar ambas poblaciones en edad de  $-0.312$  y  $-0.322$  con una significancia de  $0.755$

Cuadro 2: Escolaridad de pacientes con y sin histerectomía de la UMF 94

Escolaridad	Con histerectomía		Sin histerectomía	
	N	%	N	%
Primaria	28	33.7	42	42
Secundaria	27	32.5	29	29
Nivel medio superior	22	26.5	19	19
Licenciatura	5	6.02	9	9
Postgrado	1	1.2	1	1
Total	83	100	100	100

Fuente: Encuesta aplicada

**Figura No. 1: Estado civil de las mujeres con y sin  
histerectomía de la UMF94**



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 3: Alteraciones en las fases de la respuesta sexual humana (RSH) en mujeres hysterectomizadas, antes y después de la cirugía de la UMF 94 (N=83)

FASES DE RSH	ANTES DE LA HISTERECTOMIA		POSTERIOR A LA HISTERECTOMÍA	
	No	%	No	%
DESEO	20	24.1	47	56.6
EXCITACIÓN	13	15.7	27	32.5
ORGASMO	35	42.1	26	31.3
DOLOR COITAL	10	12	12	14.5

Cuadro 4: Alteraciones de las fases de la RSH en mujeres con y sin hysterectomía de la UMF 94.

FASES DE LA RSH	MUJERES CON HISTERECTOMIA		MUJERES SIN HISTERECTOMIA		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
DESEO	47	25.6*	18*	9.8	65	35.5
EXCITACIÓN	27	14.7*	6	3.2	33	18.03
ORGASMO	26	14.2	21*	11.4	47	25.68
DOLOR COITAL	12	6.5*	1	0.54	13	7.10
TOTAL	112	61.2	46	25.1	158	86.3

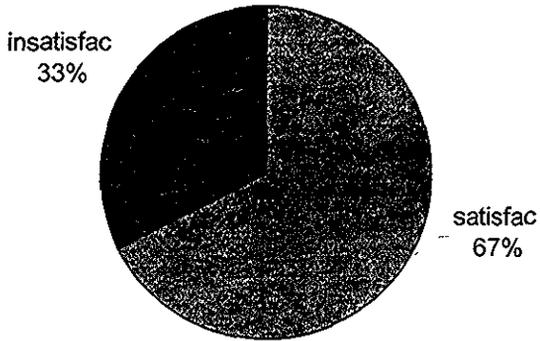
\*p con una significancia menor de 0.05

Cuadro 5: Satisfacción sexual en mujeres con y sin histerectomía de la UMF 94

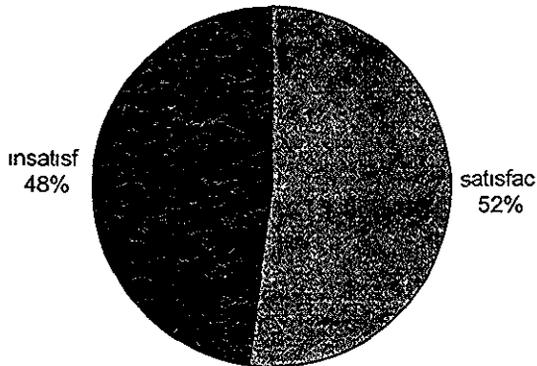
Satisfacción sexual	Con histerectomía		Sin histerectomía		Total	
	No	%	No.	%	No.	%
Si	43	51.8	63	63	106	57.9
No	40	48.2	37	37	77	42.1
total	83	100	100	100	183	100

Fuente: Encuesta aplicada.

**Figura 3: Satisfacción sexual en mujeres de la UMF No. 94 previo a la cirugía.**



**Figura 4: Satisfacción sexual de mujeres histerectomizadas de la UMF No.94**



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANALISIS DE RESULTADOS.

Dentro de los resultados obtenidos la edad promedio en ambos grupos fue de 42 años. Una edad mínima de 26 años en grupo en estudio y de 25 años en grupo control, una edad máxima de 55 años en ambos grupos. La primaria predominó en ambos grupos; el estado civil que predominó en ambos grupos fue el estar unida (llámese casada, o en unión libre) sobre las no unidas (solteras, divorciadas, viudas –todas con pareja sexual en el momento y 6 meses después del estudio en el grupo de hysterectomizadas-)

En el estudio realizado en ambos grupos no hubo variación en cuanto a satisfacción sexual con relación a escolaridad y estado civil

En relación a la ocupación de las pacientes de la muestra predominó el dedicarse al hogar, el resto dedicadas a un labor remunerada desde obreras hasta secretarias y administradoras

Con relación a las fases de la respuesta sexual humana hubo afectación en cada una de las fases: en ambos grupos existen alteraciones en las fases de deseo, excitación, orgasmo y dolor coital. Cabe señalar que dentro del grupo de hysterectomizadas la fase de deseo y dolor coital se afectaron aún más después de la cirugía

Los resultados obtenidos de la satisfacción sexual en ambos grupos fue semejante, independientemente de edad, escolaridad, estado civil y ocupación de cada una de las mujeres estudiadas. Pero es de llamar la atención que en el grupo de mujeres que se sometieron a la hysterectomía la satisfacción sexual disminuyó posterior a la cirugía, en frecuencia simple y porcentaje, pero no se encontró diferencia estadística significativa, donde debemos tomar en cuenta las limitantes del estudio como fueron el poder de la muestra ya que fue menor del 80% para encontrar diferencias menores al 10%, el instrumento y el tiempo de 6 meses en que se realizó la medición en las mujeres con hysterectomía.

La respuesta sexual humana se encontró alterada en ambos grupos del estudio viéndose más afectadas las fases de deseo y excitación. El grupo control además presentó un deterioro del 21% en la fase de orgasmo

De alguna manera la calidad de vida de las mujeres se ve afectada por muchas circunstancias, entre ellas la educación, la cultura, factores sociales, religión etc, al verse "mutiladas" de un órgano sexual como lo es el útero, esta se afecta aún más. La mujer se siente dañada sin experimentar deseo, pierde su capacidad de confianza y se siente asexuada. En algunos casos tienen la vagina seca y ponen fin a su identidad sexual y creen que es el comienzo del final de sus vidas, y se acentúa más si la pareja no cuenta con la información adecuada al respecto.

No descartamos que otras mujeres mejoran esta calidad de vida, ya que desaparecen muchos temores como el miedo al embarazo, o ser engañadas por sus parejas por no satisfacerlas como parejas por estar enfermas. Por supuesto, se curan y reanudan sus vidas, crían a sus hijos y, trabajan y se relacionan con sus maridos o sus amantes.<sup>8</sup>

La reacción de la pareja sexual de la mujer sometida a histerectomía es importante, ya que si el compañero sexual identifica la extirpación del útero con la pérdida de la libido o con la disminución de la feminidad, puede evitar la interacción sexual con su pareja; pueden alojar en su mente muchos conceptos erróneos respecto a la sexualidad posterior a una operación de éste tipo. Pimentel Nieto, refiere que en las investigaciones de Dennerstien y cols. (1985) en 89 pacientes con histerectomía y ooforectomía, el 37% describían un deterioro de las relaciones sexuales tras la cirugía, mientras que el 34% mostró mejoría en la capacidad de respuesta sexual<sup>10</sup>

## CONCLUSIONES

- 1 Los dos grupos de estudio presentan alteraciones de satisfacción sexual
- 2 Las fases de respuesta sexual humana se encuentran alteradas en ambos grupos de estudio.
- 3 La mujer de la UMF 94 sometida a histerectomía es una mujer joven
- 4 No se encontró diferencia en la satisfacción sexual de la mujer con histerectomía
- 5 La histerectomía se relaciona con el deterioro de alguna de las fases de la respuesta sexual humana
- 6 Estadísticamente no se observaron cambios entre las mujeres histerectomizadas y las del grupo control
- 7 La satisfacción sexual con y sin histerectomía es menor del 70%
- 8 El factor tiempo es una limitante del estudio

## SUGERENCIAS

- 1 Invitar a todo el personal de salud (trabajadoras sociales, enfermeras, médicos, etc) a fomentar una educación sexual a toda la población y tratar de erradicar mitos que existen con respecto al sexo
- 2 Que el Médico en Medicina Familiar como atención de primer nivel proporcione la información adecuada a cada una de las pacientes, y si así lo deseen o consideren necesario a sus parejas correspondientes, de la información previa a una histerectomía y de los cambios a futuro
- 3 Brindar a las pacientes una atención integral y continua para propiciar en ellas una esperanza de mejor calidad de vida posterior a una histerectomía
- 4 Proporcionar tiempo suficiente a una pareja con problemas en el aspecto sexual de cualquier índole, para orientar sobre alternativas para la mejora de las mismas Hacer énfasis en las pacientes que se someterán a cirugías como la histerectomía y aclarar dudas con respecto a ello
- 5 Dentro de la medidas preventivas, dar orientación por los mismos médicos o mediante grupos de apoyo ( como trabajo social, enfermería, etc) para dar temas o pláticas sobre sexualidad en la mujer
6. Educar al Médico que los problemas físicos no son separados de los problemas emocionales y que son modificables independientemente de la educación y el grado de escolaridad que se tiene en la población en general, siendo las más afectadas las relaciones de pareja
- 7 Integrar cualquier tipo de patología como una ente psicofísica que se puede ver afectada en cualquier momento e incrementarse por falta de orientación
- 8 Dejar la línea de investigación de satisfacción sexual, y seguir a las pacientes del grupo de estudio en 1 y 2 años como en los estudios anteriores. y valorar el tiempo como variable a controlar en el estudio Realmente descartar que el tiempo posterior a la cirugía influye para las modificaciones en la satisfacción sexual de este grupo de mujeres.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Goldman H H *Psiquiatría General*. 2da edición México, D F: Editorial manual moderno. 1989:449 –453
- 2) Mejía M.C *Normas y valores de la Iglesia católica en la sexualidad y la reproducción: nuevas perspectivas* *Perinatol Reprod Hum* 1999. Vol. 13 (1): 98 – 103
- 3) González V. I *Comparación de los niveles de autoconcepto y satisfacción marital en mujeres con disfunción sexual y sin disfunción sexual*. Tesis Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM México. 1997
- 4) Master W H. *Incompatibilidad sexual humana* 2da Edición Buenos Aires – República de Argentina: Editorial Intermedica 1981: 178-243.
- 5) Alvarez G J L. *Sexoterapia Integral* 3ª. Edición México, D.F: Editorial manual moderno 1986:175 - 210
- 6) McCary J L. *Sexualidad humana de McCary* 5ª edición México D F – Bogotá: Editorial Manual Moderno 1996
- 7) Pichot P. *DSM – IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* 1ª Edición Barcelona: Editorial Masson 2001: 505 – 531
- 8) Edward O , Laumann, Paik A Rosen R C. *Sexual Dysfunction in the United States*.1999 Vol 286 (6): 537.
- 9) Freeman M G *Ginecología quirúrgica*. 3ª edición. México D F: Editorial Panamericana 1988:28-35
- 10) Pimentel N.D *Alteraciones de la sexualidad y estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer ginecológico en el Instituto Nacional de Perinatología* Facultad de Psicología UNAM México 1998
- 11) Helstrom L Lunderg S *Sexuality after hysterectomy: A factor analysis of women s sexual lives before and after subtotal hysterectomy* 1993 Vol 81:357 –362
- 12) Johns A. *Histerectomía supracervical en comparación con la total* *Clínicas obstétricas y ginecológicas* . 1997 Vol 4:853 –861.
- 13) Carlson K J *Resultados de la histerectomía*. *Clínicas obstétricas y ginecológicas* 1997. Vol 4: 884 – 891.

- 14) Wesley J H Complicaciones de la histerectomía Clínicas obstétricas y ginecológicas 1997 Vol 4: 875 – 883
- 15) Zussman L , Zussman S, Sunley R, Bjornson E Sexual response after hysterectomy – oophorectomy: recent studies and reconsideration of psychogenesis Am J Obstet. Gynecol 1981 Vol.140 (7): 725 – 729
- 16) Cutler W B , McCoy N, Genovese-Stone E , Friedman E. Sexual response in Women Monday Posters 2000 Vol 95 (4) supplement: 19S.
- 17) Rodees J C Kjerulff K H Langenberth P W , Guzinsky GM Histerectomy and sexual functioning JAMA 1999 Vol 282(20):1934-41
- 18) Popov ME , Stoikov S , Boiadzhieva M , Khristova P The disorders in the sexual function the following hysterectomy ( Bulgarian ). Akusherstvo i Ginekologija 1998 Vol 37 (3) : 38 – 41,
- 19) The MM de Ryan The hysterectomy: social and aspects of the psychosexual ( the revision). Ballieres the clinical Obstetrics and Gynaecology 1997 Vol. 11(1) 23 – 36,
- 20) Sánchez B C, Gómez P M , Guerra G ,Rivera G Disfunciones sexuales y obesidad Perinatol Reprod Hum México1999:13(3):221-226
- 21) Spencer D, Morell M Epilepsia y disfunción sexual Mundo médico 1999: 45 – 48
- 22) Martin H. J A A Como afrontar la esclerosis múltiple Aportaciones de una investigación de antropología médica a los afectados, sus familiares y quienes los cuidan 3a Edición México,D.F: Colección neurociencia 1992:102 - 110
- 23) Judith C, D Infertility, intrapersonal and interpersonal impact. USA Fertility and Sterility 1988 Vol 49 (6): 982 – 989
- 24) Hammond D C Screening de la disfunción sexual. Clínicas obstétricas y ginecológicas 1984 Vol. 3: 937- 960.
- 25) Plouffe L Screening for sexual problems through a simple questionnaire Am J of Obstetrics and Gynecology, 1985: 166 – 168.

26) Souza M M., Cárdenas A .J , Montero A C , Mendoza D L. Historia Clínica Modificada para la Sexualidad Femenina Ginecología y Obstetricia de México 1987 (55): 277 –287

## ANEXO

### CUESTIONARIO CLINICO DE SEXUALIDAD

Número: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ No.de filiación \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Número de hijos vivos \_\_\_\_\_ Años de unión \_\_\_\_\_  
Fecha de cirugía: \_\_\_\_\_  
Padece alguna enfermedad crónica: \_\_\_\_\_

1 -Recibió Información sobre relaciones sexuales y sus variantes

NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ por quien \_\_\_\_\_ cuando \_\_\_\_\_

2 -¿Cual es el motivo para realizar la relación sexual?

- a) Reproducción
- b) Satisfacción
- c) Afecto
- d) Autoafirmación
- e) Ambas cuales \_\_\_\_\_
- f) Otra cual \_\_\_\_\_

3 - ¿Presenta temor hacia la relación sexual?

No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ por que \_\_\_\_\_

4 -Edad de inicio de la actividad sexual \_\_\_\_\_

5 -Su primera experiencia sexual fue

- a) Con orgasmo
- b) Sin orgasmo
- c) No procede

6 -Episodios de dolor durante la relación sexual

- a) Al inicio de esta, no impide la relación sexual
- b) Al inicio de esta impide la relación sexual
- c) Durante la relación sexual
- d) Al final de la relación sexual
- e) No tengo

7 -¿Cual es su disposición actual hacia la relación sexual?

- a) Desea y coopera
- b) Desea y no coopera
- c) No desea y no coopera

8 -¿Quién propone la relación sexual más frecuentemente?

- a) Mi pareja
- b) Solo yo
- c) Ambos

9 -Tiempo con la pareja actual-----años

10 -¿Presenta algún problema físico o sexual su pareja que limite la satisfacción sexual?

NO\_\_\_\_\_Si\_\_\_\_\_Cual\_\_\_\_\_

Desde hace cuanto tiempo\_\_\_\_\_

11 - En el curso de los últimos 6 meses presenta inhibición persistente y profunda del deseo sexual sin relación a problemas físicos:

NO SI

12 - En el curso de los últimos seis meses presenta fracaso completo en mantener la lubricación y la tumefacción de la excitación sexual, bajo condiciones adecuadas para ello y sin relación a problemas físicos:

NO SI

13.- En el curso de los últimos seis meses presenta inhibición constante y persistente del orgasmo, tras una fase de excitación normal en condiciones adecuadas para ello y sin relación a problemas físicos:

NO SI

14 - En el curso de los últimos 6 meses presenta dolor genital constante y persistente asociado a la práctica sexual y sin relación a problemas físicos:

NO SI

15 - En el curso de los últimos seis meses presenta contracciones involuntarias constantes y persistentes en la vagina, que interfieren con el coito y sin relación a problemas físicos:

NO SI.

16 - Las condiciones ambientales para la relación sexual son (subrayar la que más se acerque a su situación):

- Cómodas y satisfactorias
- Incómodas y satisfactorias
- Cómodas e insatisfactorias
- Incómodas e insatisfactorias
- No procede