



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD MENTAL**



**TRASTORNOS SEXUALES MÁS FRECUENTES EN
MUJERES MASTECTOMIZADAS, LLEVADO A CABO EN
UN CENTRO DE TRATAMIENTO ESPECIALIZADO EN
EL PERÍODO OCTUBRE-NOVIEMBRE DE 2003**

AUTORES:

Br. González, Marcela
Br. Gularte, Claudia
Br. Rodríguez, Virginia

TUTOR:

Lic. Enf. Tuzzo, Rosario
Lic. Enf. Garay, Margarita

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2004

INDICE

<i>Introducción</i> -----	1
<i>Antecedentes y Significancia del Problema</i> -----	3
<i>Planteamiento del problema y objetivos</i> -----	5
<i>Marco teórico</i> -----	6
<i>Diseño Metodológico</i> -----	27
<i>Resultados</i> -----	33
<i>Análisis de los resultados</i> -----	54
<i>Conclusiones</i> -----	57
<i>Sugerencias</i> -----	59
<i>Referencias Bibliograficas</i> -----	62
<i>Bibliografía</i> -----	63
<i>Anexos</i>	
1) <i>Cuestionario</i>	
2) <i>Entrevista a Psicóloga Cristina Gibert</i>	

INTRODUCCION

El siguiente trabajo ha sido realizado por un grupo de tres estudiantes pertenecientes al Instituto Nacional de Enfermería, Universidad de la Republica, en el marco de la Investigación final correspondiente al Modulo 1 del cuarto ciclo del Plan de estudio 93.

El mismo se ha realizado en un Centro de tratamiento especializado con el fin de conocer cuales son los Trastornos Sexuales más frecuentes en mujeres mastectomizadas en el periodo comprendido entre Octubre- Noviembre del 2003.

Se seleccionó una muestra de 75 usuarias intervenidas quirúrgicamente de mastectomía de un total de 92 que concurren a la policlínica del Centro de Tratamiento especializado en el período antes mencionado.

Para ello se elaboraran un cuestionario de tipo estructurado conteniendo preguntas cerradas (dicotómicas y de respuesta múltiple).

Cabe destacar que de la bibliografía y del material consultado para desarrollar el tema en estudio encontramos escaso material que relacionen los trastornos sexuales en usuarias mastectomizadas, a pesar de que constituye una preocupación real y vigente en muchas usuarias a consecuencia directa de la enfermedad, de los tratamientos o del impacto emocional que ambos generan. por lo que significa la amputación total de la mama inmersas en una cultura en donde la mama representa un signo de femineidad; y en donde la pérdida de la misma significa para la mujer una alteración en su imagen corporal y en su autoestima, repercutiendo también en su vida sexual.

Dra. Londero Blanca (1) Las necesidades y sentimientos relacionados con la sexualidad en este tipo de usuarias no han sido una preocupación habitual en la práctica cotidiana, es un tema poco frecuente en los libros y reportes, los cuales se han dedicado al diagnóstico y tratamiento de dicha enfermedad.

Como es sabido, el cáncer de mama es el de mayor incidencia en la mujer y es más común en la edad media de la vida (2)www.oncolink.org

Dra Londero Blanca(3). Frecuentemente, el equipo de salud ha ignorado, conciente o inconscientemente la sexualidad de las usuarias debido a la dificultad para abordar dicha temática y a la inexperiencia en este ámbito.

Por lo mencionado anteriormente es que creímos oportuno desde nuestro rol como futuras enfermeras profesionales, realizar este proyecto para así obtener un mayor conocimiento con respecto a este tema y de esta manera comenzar y dejar una puerta abierta a futuras investigaciones, así como también dar el puntapié inicial para la creación de programas de atención que contemplen esta problemática que continúa siendo "tabú" en nuestra sociedad.

ANTECEDENTES Y SIGNIFICANCIA DEL PROBLEMA

El cáncer de mama es la enfermedad neoplásica más común entre las mujeres del mundo occidental y la principal causa de muerte entre los 35 y 54 años de edad. Su incidencia ha crecido en la últimas tres décadas y su media actual es de 75 casos cada 10.000 oscilando según la edad, de 50 por 100.000 a los 35 años, a 300 por 100.000 a los 75 años.

Aproximadamente una de cada 14 mujeres padecen la enfermedad a lo largo de su vida.

(4) www.entornomedico.org

En relación a los datos estadísticos obtenidos se desprende:

En el ámbito mundial el padecimiento de cáncer de mama es la primer causa de muerte en la mujer, (OMS), actualmente en el mundo hay un millón 135 mil mujeres con cáncer de mama, cada año se registran 895 mil nuevos casos y 380 mil muertes, el mayor número de decesos por cada 100 mil mujeres se observa en América del Norte, sobre todo en Estados Unidos, así como en Europa Occidental, Inglaterra, Suiza y Uruguay. (1980 – 1997). (5) www.fonendo.com

Dentro del continente el país que ocupa el primer lugar de mortalidad por cáncer de mama es el Uruguay. En 1998 fueron 667 mujeres que fallecieron por cáncer de mama y se estima que anualmente se detectan dos mil nuevos casos. (FEMPRESS – 1998).

(6) www.chasque.aps.org

En nuestra cultura y en otras la mama se ve generalmente como un símbolo de femineidad y de atractivo sexual, puede servir para la nutrición, relación madre hijo y también funciona como fuente de excitación sexual para el hombre.

Por todas estas razones es plausible suponer la existencia de numerosos problemas psicológicos de adaptación psicosocial como consecuencia de la extirpación de la mama.

El dolor del rechazo aumenta en la intimidad y el temor más grande de la mujer está relacionado con el hombre con quién ella tiene más intimidad.

El trastorno sexual es un estado en el cual un individuo experimenta cambios de la función sexual, que es considerada como insatisfactoria, infructuosa o inadecuada.

Las características que la definen son:

Alteración o limitación física o psíquica impuesta por una enfermedad o un tratamiento
Alteración de las relaciones sexuales con la pareja y pérdida del interés por uno mismo o por los demás.

Las investigaciones indican que alrededor del 50 % de las mujeres que han tenido cáncer de mama sufren disfunciones sexuales prolongadas.

La respuesta sexual de un individuo puede verse afectada de varias maneras y las causas de disfunción sexual suelen ser tanto fisiológicas como psicológicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los trastornos sexuales más frecuentes en mujeres mastectomizadas, en el Instituto Nacional de Oncología en el período Octubre–Noviembre del 2003?

OBJETIVO GENERAL:

- *Conocer los trastornos sexuales producidos en las mujeres que fueron mastectomizadas.*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- *Caracterizar a las usuarias con mastectomía.*
- *Caracterizar los trastornos sexuales en usuarias mastectomizadas.*
- *Identificar cual de estos trastornos sexuales se repite con mayor frecuencia.*

MARCO TEORICO

ANATOMIA DE LA MAMA

Son las regiones que contienen a las glándulas mamarias. Situadas en el sector antero-superior del tórax en número de dos, a veces puede haber mamas supernumerarias.

En la configuración externa de la mama encontramos:

- *Pezón: formación conoide, hiperpigmentada en al embarazada en cuyo sector libre desembocan de diez a veinte poros galactóforos. El pezón se encuentru rodeado por la areola de superficie irregular dada por gran número de glándulas sebáceas (tubérculos de Morgani)*
- *En el sector glandular se compone de varias glándulas independientes unas de otras en número de 10 a 20, cada una es un lóbulo y cada lóbulo es una glándula dividida en lobulillos y acinos.*

FACTORES ETIOLÓGICOS DE MAYOR RIESGO

El amplio conjunto de estudios experimentales y epidemiológicos sugieren que tanto factores dietéticos como hormonales podrían desempeñar un papel en el desarrollo del cáncer de mama, la dieta de los países occidentales tiene un contenido elevado en azúcares, grasas, lípidos, el número total de calorías de la dieta se ha relacionado con la incidencia del cáncer de mama.

Así el riesgo de padecer la enfermedad es seis veces mayor para la mujer europea o anciana que para la asiática o la que vive en países subdesarrollados.

Dado que las diferencias en los niveles plasmáticos de estrógenos y prolactina en diversas poblaciones de mujeres están en íntima relación con el contenido lipídico de la dieta, pues

las dietas ricas en grasas se asocian con una secreción hormonal aumentada.

El cáncer de mama se ha relacionado también con un estímulo estrogénico prolongado.

FACTORES DE RIESGO:

- ✓ *Historia previa de cáncer de mama.*
- ✓ *Historia familiar de cáncer de mama.*
- ✓ *Mastopatía fibroquística.*
- ✓ *Menarca previa y menopausia tardía.*
- ✓ *Edad en el primer embarazo, superior a los 30 años.*
- ✓ *Nuliparidad.*
- ✓ *Aporte de estrógenos exógenos.*
- ✓ *Dieta.*
- ✓ *Alcohol.*

PROCESOS MALIGNOS DE LA MAMA

Existen varios tipos diferentes de cáncer de mama, estos procesos malignos tienen diferentes variaciones celulares y estructurales, así como también diferentes velocidades de crecimiento metastásico.

El cáncer de mama se puede definir en sentido estricto como crecimiento no controlado de células anaplásicas en el tejido de la mama.

También se puede definir como la enfermedad mas temida por la mujer debido al trauma psicológico que la acompaña.

La sociedad siente preocupación por las mamas de la mujer como símbolo de feminidad y sexualidad, la pérdida o mutilación de una mama como resultado del cáncer puede tomar efectos de gran alcance sobre la propia imagen de la mujer y sobre sus percepciones a acerca de su atractivo sexual.

La causa del cáncer de mama es desconocida, sin embargo algunos factores parecen estar relacionados con un aumento de la incidencia de la enfermedad.

Hay que señalar que solo el 25 a 30 % de los casos diagnosticados guarda relación con los factores que se conocen. Alrededor del 70% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama no presentan factores evidentes de riesgo.

El cáncer se produce cuando determinadas células proliferan sin organización y en escasa o nula diferenciación.

El resultado es un crecimiento sin inhibición, una función sin control, una rápida movilidad, que permite la extensión del cáncer a otras partes del cuerpo invadiendo tejidos adyacentes o emigrando a través de los sistemas sanguíneos y linfáticos.

El proceso de emigración recibe el nombre de metástasis. La localización primaria de un proceso maligno es el lugar de crecimiento original.

Una localización secundaria se produce cuando las células emigran y colonizan otro lugar del organismo.

Existen tres tipos principales de cáncer de mama, según el tipo histopatológico:

- *Ductales*
- *Lobulillares*
- *Del pezón (enfermedad de Paget)*

Los tumores son también identificados habitualmente como in Situ o invasor.

En ocasiones, el cáncer de mama presenta características histopatológicas de más de un tipo de tumor y gran porcentaje de tumores in situ si no se tratan se convierten en invasores.

El Carcinoma Ductal:

Tiene su origen en los conductos galactóforos, que drenan las glándulas mamarias.

La mayor parte de los cánceres de mama son clasificados como tumores ductales invasores.

Estos tumores también son originados con frecuencia como cáncer de mama "si no se especifica otra cosa ", este tipo de tumor forma un núcleo fibrótico denso y envía tentáculos que invaden y deforman las estructuras mamarias de alrededor. Por lo general, la masa tumoral es indolora, inmóvil, de forma irregular y unilateral.

El tumor de tipo comedón:

Como ser los subtipos: medular, papilar, mucinoso, con frecuencia se manifiestan como una masa bien definida de consistencia media con ligera movilidad.

Los tumores ductales inflamatorios de tipo comedón se asocian a eritema cutáneo, edema e induración.

El carcinoma lobulillar:

Tiene su origen en los lobulillos de las mamas y es exclusivo de la mujer. Rara vez palpable en situ y con frecuencia se encuentra de forma casual en una biopsia realizada en busca de otras enfermedades mamarias benignas, se produce con mucha frecuencia en el periodo premenopáusico y muestra una elevada incidencia de receptores hormonales.

El carcinoma del pezón o de Paget:

Tiene su origen en el complejo del pezón y con frecuencia se manifiesta conjuntamente con el carcinoma ductal invasor.

La formación de costras, la exudación y la hemorragia del pezón son signos comunes del carcinoma del pezón.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

El signo de presentación más frecuente del cáncer de mama es un bulto, masa o engrosamiento de la mama.

Alrededor de una cuarta parte de todas las masas detectadas son diagnosticadas como cancerosas.

El nódulo canceroso se lo localizaba con más frecuencia (50 %), en el cuadrante supra-interno, en el cuadrante intra- externo, y el 6% en el cuadrante infra-interno.

Pueden existir secreciones por el pezón, aunque habitualmente va abocado a lesiones benignas de la mama.

Las secreciones sanguinolentas o de sangre unilateral de aparición reciente se consideran sospechosas. Rara vez existe dolor e hipersensibilidad hasta que la enfermedad ha alcanzado un estado avanzado.

Entre otros signos y síntomas de enfermedad avanzada se puede encontrar umbilicación y retracción de la piel o del pezón, variaciones en el tamaño, forma y color de la mama,

bultos nodulares fijos en la axila y ulceración .

Las complicaciones asociadas a formas avanzadas del cáncer de mama se producen principalmente como resultado directo de una infiltración tumoral o de metástasis o de ambas. Las zonas de infiltración comunes de la mama más comunes son: la opuesta, la axila y el plexo braquial , las localizaciones metastásicas habituales son : pulmonares, el hígado, los huesos.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS QUE SE REALIZAN EN EL CÁNCER DE MAMA

La mastectomía radical de Helst ha sido universalmente superada por la mastectomía radical modificada.

Mastectomía Radical:

Extirpación quirúrgica de toda la mama, de los músculos pectorales, de los ganglios axilares y de toda la grasa, fascias y tejidos adyacentes.

Este tipo de cirugía es la que produce mayor deformación, pues a demás de la mama desaparece la pared anterior de la axila, formada por los pectorales y existe una gran concavidad a este nivel que representa una deformidad a veces más difícil de disimular que la propia mastectomía.

Debido a la extirpación de los dos pectorales el movimiento del brazo y la fuerza del mismo pueden estar más limitados, pero de forma paradójica suelen aparecer menos dolores en los días del post operatorio inmediato.

Después de la cirugía se puede administrar quimioterapia y radioterapia. Se advierte a la mujer que nunca permita que se extraiga sangre de ese brazo y también debe evitar la administración intravenosa.

Mastectomía Radical modificada:

Procedimiento quirúrgico en el que se extirpa totalmente la mama junto con el músculo pectoral, menor subyacente y algunos de los ganglios linfáticos adyacentes.

No se extirpa el pectoral mayor, la intervención se realiza como tratamiento precoz de neoplasias malignas bien localizadas de la mama.

Sin embargo, el músculo conservado puede atrofiarse con el tiempo, especialmente en sus haces externos, y aparece una deformación semejante a la mastectomía radical, para evitarlo es conveniente realizar los ejercicios de rehabilitación del pectoral y también hay técnicas quirúrgicas que preservan mejor la inervación de este músculo para evitar la atrofia.

Mastectomía Simple:

Intervención quirúrgica en la cual se extirpa por completo una mama dejando intacto los músculos subyacentes y los ganglios linfáticos adyacentes.

Cuadrantectomía:

Se trata de una intervención indicada en el tratamiento conservador del cáncer de mama, aplicable a tumores pequeños y cuando se reúne una serie de condiciones por parte del propio tumor, de la mujer y del centro que debe tratarlo, que permitan ofrecer los mismos resultados que una mastectomía pero conservando la mama en la forma más estética posible.

Consiste en la extirpación particularmente del cuadrante de la mama, con la piel que la cubre y toda la glándula correspondiente.

Esta operación se completa siempre con un vaciamiento axilar a través de la misma incisión o de otra, según la localización del tumor y por tanto se requiera la rehabilitación del hombro y los cuidados para evitar edemas, siendo necesario completar el tratamiento con una irradiación de la glándula que no ha sido extirpada.

Una complicación frecuente de esta operación en la que se efectúa un vaciamiento axilar es presencia de un seroma a pesar del empleo de drenajes.

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS:

Exploración selectiva:

Se utilizan tres métodos de exploración para detectar el cáncer de mama:

(AETI), la exploración física clínica y las diversas técnicas de representación por imagen.

En la actualidad, alrededor del 90% de todos los tumores mamarios palpables son detectados por la mujer o alguien relacionado íntimamente con ella.

Esto convierte a (AETI), en una herramienta de exploración selectiva muy poderosa, para la mujer que debe participar activamente en el cuidado de su salud.

La exploración clínica es importante también para detectar del 10 al 15 % de los tumores que son pasados por alto en la mamografía.

Alrededor del 26 % de los cánceres de se encuentran en la exploración física.

Las técnicas de representación por imagen son utilizadas para detectar tumores que todavía no se detectaron clínicamente.

Se han probado numerosas técnicas, pero las que más éxito han tenido son la mamografía se ha comprobado que la mamografía tiene una tasa de éxito del 85% al 90%. Se utilizan para distinguir entre quiste, tumores sólidos y en mujeres con mamas muy densas.

COMPLICACIONES DEL CANCER DE MAMA

- *Cáncer de mama metastático.*
- *Ascitis.*
- *Fractura patológica.*
- *Derrame pleural.*
- *Plexopatía braquial*

TRASTORNOS SEXUALES FEMENINOS

Las mujeres eran consideradas, hasta hace poco tiempo, sexualmente inferiores a los hombres. Algunos opinaban que la mujer era incapaz de tener excitación sexual; otros, que tenía capacidad de respuesta sexual, inclusive podía eyacular.

S. Freud consideraba que el deseo sexual era una característica masculina la idea de la "envidia del pene como hecho universal en el desarrollo de la mujer y la consiguiente conceptualización de que, la madurez sexual de la mujer se demostraba solo mediante el orgasmo vaginal (y no el clitorideo), constituyen las nociones fundamentales de este pensamiento.

Actualmente y después de muchas investigaciones, se sabe que la capacidad orgásmica de la mujer se iguala, o incluso supera, a la del hombre.

En este siglo se dieron grandes avances en la sexualidad, en el plano biológico, fueron Masters y Johnson, quienes estudiaron las respuestas fisiológicas y elaboraron la Respuesta Sexual Humana, Sigmund Freud, en el plano psicológico, con su teoría psicoanalítica, incluyendo la sexualidad infantil, el complejo de Edipo, el complejo de Castración, etc., y Kinsey, en el plano social, con el famoso informe que lleva su nombre.

RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

Al igual que en el hombre dos fenómenos fisiológicos son los responsables de los cambios que se producen en la respuesta sexual: la vasodilatación y la miotonía (tensión muscular).

La respuesta sexual femenina se puede dividir en cuatro períodos:

- 1. Período de excitación o aumento de la tensión sexual*
- 2. Período de meseta*
- 3. Período de orgasmo.*
- 4. Período de resolución*

➤ Período de excitación o de aumento de la tensión:

Se produce cuando un estímulo erótico, físico o psíquico, aumenta los niveles de tensión sexual desde los niveles basales a su punto máximo.

Los labios mayores se aplanan dirigiéndose hacia arriba y afuera dejando al descubierto el introito. Los labios menores duplican o triplican su tamaño haciendo las veces de prolongación de la vagina en un cm. aproximadamente. El clitoris aumenta de tamaño que se puede duplicar la vagina empieza a lubricar y el tercio interno se elonga y se distiende y se modifica la coloración tomando un color rojo púrpura oscuro como consecuencia de la vaso dilatación; el útero se eleva parcialmente. En las mamas se produce la erección del pezón, tumefacción de la areola y aumento de la congestión venosa mamaria.

A nivel de la piel se produce un rash maculopapular (enrojecimiento sexual), al final del período, iniciándose en epigastrio y extendiéndose rápidamente a mamas. Hay tensión muscular voluntaria y también involuntaria (músculos abdominales e intercostales). La frecuencia cardíaca y la tensión arterial aumentan en forma paralela al aumento de la tensión sexual.

➤ **Período de meseta:**

En los labios mayores de la nulípara hay una importante pelvis mayor y aumenta su irritabilidad. Las mamas aumentan más su tamaño, sigue aumentando la ingurgitación venosa, se produce turgencia del pezón.

En la piel el enrojecimiento sexual se encuentra bien desarrollado pudiéndose extender a todo el cuerpo. La tensión muscular sigue en aumento tanto la voluntaria como la involuntaria (músculos faciales, intercostales y abdominales), puede haber contracciones voluntarias del esfínter anal. La frecuencia cardíaca puede estar entre 100 y 170 latidos por minuto y la tensión arterial aumenta entre 20-60 mm de Hg la sistólica. Y entre 10-20 mm de Hg la diastólica. La frecuencia respiratoria aumenta al final de este período y se produce ingurgitación venosa si este período se prolonga, en la múltipara se le agrega + edemas de acuerdo al grado de flebopatía que presente. En los labios menores se produce un fenómeno que se denomina "piel sexual" (cambio de coloración de un rojo vivo a un rojo vinoso) que indica la inminencia del orgasmo. Las glándulas de Bartolino secretan 2 o 3 gotitas de una sustancia mucosa. El clítoris eleva su cuerpo hacia la parte anterior del pubis. En vagina se desarrolla la "plataforma orgásmica" en su tercio externo y que puede reducir la luz vaginal en dos tercios, el resto de la vagina se sigue distendiendo y elongándose.

➤ **Período de orgasmo:**

Tanto los labios mayores, labios menores, clítoris y mamas no se evidencian modificaciones. En vagina se producen contracciones de la plataforma orgásmica con una frecuencia de 0.8 segundos y entre un número de 5 a 12, la frecuencia e intensidad van en

disminución a medida que progresa el período. En el útero se producen contracciones que se inician en el fondo, cuya intensidad es acorde a la intensidad del orgasmo.

El enrojecimiento sexual está en relación directa a la intensidad del orgasmo. En cuanto a la tensión muscular hay pérdida del control voluntario, hay contracciones involuntarias y espasmo de grupos musculares. Se producen contracciones involuntarias del esfínter anal en forma simultánea a las de la plataforma orgásmica. La frecuencia respiratoria puede llegar a 40 por minuto, la frecuencia cardíaca a 110-200 por minuto y la tensión arterial aumenta entre 30-80 mm de Hg la sistólica y 20-40 la diastólica.

➤ **Período de resolución:**

Los labios mayores vuelven a su espesor y posición habituales, desaparece la vasodilatación. Los labios menores vuelven a su color (rosa pálido) y tamaño normales. El clítoris vuelve rápidamente a su posición habitual y más lentamente desaparece la tumescencia. En vagina desaparece rápidamente la plataforma orgásmica, vuelve a su color habitual y se produce relajación de sus paredes. El útero desciende rápidamente a su posición en la pelvis, el cuello se sumerge en el lago seminal y el orificio cervical externo se dilata durante unos 20-30 minutos. En mamas desaparece rápidamente la erección del pezón y la tumescencia areolar, el tamaño mamario y la vasocongestión venosa desaparecen más lentamente.

El enrojecimiento sexual desaparece rápidamente en sentido inverso a su aparición. La tensión muscular, la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y la frecuencia respiratoria vuelven a la normalidad. Aparece una extensa capa de sudor en relación directa con el grado de actividad física.

Definición de trastornos sexuales

"Según, H. F.: "Es la incapacidad de la mujer para realizar un acto sexual completo y socializado. Completo significa que debe tener deseo sexual, elevar los niveles de tensión sexual hasta completar la experiencia a través del logro del orgasmo. Socializado significa que el logro del orgasmo esta de acuerdo a la pauta social que para dicha experiencia constituya una conducta adecuada y que para nuestro medio es el coito".

De acuerdo a la diversidad de clasificaciones de distintos autores sobre trastornos sexuales y en relación a aplicación de una de ellas en nuestra investigación consideramos por su claridad en sus conceptos utilizar la clasificación de trastornos sexuales de la DMSIII y no la clasificación de la DMSIV.

CLASIFICACION DE LAS TRASTORNOS SEXUALES según la DMS III

- 1) Trastornos del deseo sexual**
 - 1. a. Deseo sexual inhibido*

- 2) Trastornos de la excitación sexual**
 - 2. a. Trastornos de la excitación sexual en la mujer*

- 3) Trastornos del orgasmo**
 - 3. a. Disfunción orgásmica femenina*

- 4) Trastornos sexuales por dolor**
 - 4. a. Dispauremia*
 - 4. b. Vaginismo*

1. a. Deseo sexual inhibido

Definición: *Consiste en la inhibición de la fase del deseo y se manifiesta por la pobreza o ausencia de fantasmas sexuales y de deseos de actividad. Se da en ambos sexos. -*

Causas:

Enfermedades que reducen la testosterona.

Depresión.

Estrés intenso.

Enfermedades debilitantes (respiratorias, cardiovasculares, nefropatías).

Fármacos (narcóticos, alcohol, antihipertensivos, diuréticos, etc.).

Concentración en los aspectos negativos de la pareja.

Evitar la fantasía.

Irritación, rabia hacia la pareja.

2. b. Trastornos de la excitación sexual en la mujer

Definición: *Se afecta la fase de excitación y se manifiesta por la dificultad total o parcial en obtener o mantener lubricación y tumescencia hasta la terminación de la actividad sexual.*

Causas:

Deficiencia de estrógenos.

Trastornos neurológicos.

Estado emocional negativo.

3. a. Disfunción orgásmica femenina.

Definición: *Trastornos que afecta a la fase del orgasmo y consiste en la dificultad o imposibilidad de conseguir un orgasmo.*

Causas:

Diabetes.

Trastornos neurológicos.

Depresión.

Narcóticos, alcohol.

Vigilancia obsesiva del orgasmo.

Incapacidad para abandonarse.

Estimulación insuficiente.

4. a. Dispareunia.

Definición: *Dolor genital durante el coito, de forma persistente. Se da en ambos sexos, aunque es más frecuente en la mujer.*

Causas:

Vulvovaginitis, heridas, infecciones urinarias, inflamación pélvica, endometriosis.

4. b. Vaginismo:

Definición: *Consiste en el espasmo involuntario de los músculos del tercio externo de la vagina, contracciones que impiden o dificultan una penetración.-*

Causas:

Son todas aquellas enfermedades, lesiones que pueden haber producido dolor en la penetración o el coito (causas de la dispareunia, miedo, sentimientos de culpa, hostilidad hacia la pareja.

MASTECTOMIA Y SEXUALIDAD

Dra Londero Blanca(7) Se puede afirmar que en las consultas no se aborda la problemática sexual de las usuarias mastectomizadas. Existe en los profesionales sanitarios una ausencia casi total de conocimientos en la esfera sexual, consecuencia tanto del reciente nacimiento de la ciencia sexológica, como de la ausencia de cualquier tipo de abordaje de la misma, tanto en pre como en post grado. Sin embargo las necesidades son evidentes. Cuando el equipo de salud no se siente cómodo abordando temas de sexualidad, no deben echar de lado ni descartar las preocupaciones de sus pacientes. Debe ofrecerse información sobre otros recursos.

Aunque quizás algunos pacientes no quieran conversar de su salud sexual, el equipo debe ofrecer al menos la opción, observando que la sexualidad es un tema apropiado para la conversación durante visitas futuras.

La función sexual es un aspecto importante de la calidad de vida, y los profesionales de la salud pueden considerar que la visita de seguimiento presenta una oportunidad clave para evaluar si la usuaria mastectomizada está teniendo trastornos sexuales, no dejando de lado y haciendo participe al compañero de la misma.

La frecuencia de los trastornos sexuales en la consulta de atención primaria alcanza un 15% (estudio de Burnap- Golden-1976).

En un estudio de mastectomía (Dornbus _ Webster y olodny/1978) se encontró que tan solo un 6,6% habían recibido información sobre la posible repercusión sexual de la misma, mientras que el 50% las hubieran deseado

Un 33% de pucientes mastectomizadas reducen la actividad sexual pudiendo posponer su inicio hasta pasado seis meses del alta hospitalaria. Un 17% cesa la actividad sexual.

Tiende a disminuir la desnudez completa y la participación del otro pecho en la actividad sexual.

Es tres veces más frecuente la posición de coito con la mujer abajo, en la que la mastectomía es menos evidente. Existe una pérdida de la capacidad en la iniciación de la actividad sexual, la mitad de las mujeres en actitudes previamente activa se vuelve pasiva.

Aspectos psico-sociales:

Desde el nacimiento las mujeres reciben de la sociedad mensajes que plantean un modelo de mujer que pide sacrificio, dependencia, pasividad y no posibilita el conocimiento del propio cuerpo y de su sexualidad.

También los hombres reciben mensajes que determinan por ser mitos conductores de su sexualidad y que afectan su concepción de la sexualidad femenina, reforzando por tanto los mitos que afectan la vida sexual de las mujeres.

Master y Johnson dicen que somos individuos sexuales desde el nacimiento a la muerte a despecho de la edad y las condiciones de nuestra imagen corporal (M y J 1970).

Las características de la sexualidad previa a la enfermedad determinan que la imagen corporal se altera en la enfermedad.

Tully y Wayner citan el siguiente testimonio de una mujer: " El hombre prolongo mi vida. Después de la intervención escondí mi cicatriz sin mostrársela a mi marido y hasta ni me atreví a verla o tocarla. Desde la operación mi sexualidad se acabó, no porque no ame a mi marido sino porque me siento mutilado, medio mujer; por lo que la vida ya no tiene ningún sentido para mí." (Tully - Wayner 1978).

Esta enfermedad a diferencia de las demás puede modificar la imagen de la mujer pero ninguna golpea tan claramente el concepto de femineidad como esta, trayendo aparejado un gran daño emocional y psíquico.

Es difícil tener deseo frente al miedo, al dolor y a la muerte.

Históricamente a las mamas se les dio importancia trascendental.

En todas las culturas fueron erotizadas y realzadas, ligándolas al placer.

Y en otras primó la función de amamantamiento.

Luego de la mastectomía, aquellas mujeres en las que las mamas cumplen una función erótica se van a ver afectadas no sólo física sino también psíquicamente.

Nuestra sociedad le da gran valor a la imagen corporal tanto desde el punto de vista emocional como personal.

En las objetivaciones clínicas hechas en Ginebra, la curva de reacción frente a la mastectomía presenta dos picos, uno hacia los 40 años y un segundo pico después de los 70 años, momento en el que a pesar de tratarse de mujeres ancianas, en algunas de ellas la mama forma parte de la integridad de la imagen de su cuerpo.

Fue a partir de 1960 en que se relevó la parte estética por medio de la cirugía (Isaacs Johns 1992).

La mayoría de los autores coinciden en que la sexualidad sufre un deterioro como así también la relación de pareja, y se hace hincapié en la necesidad de una buena relación médico - paciente en brindar información veras sobre el hombre a realizarse y posteriores trastornos en la sexualidad dedicados de la terapéutica.

Considerándose concierne la elaboración de un programa de rehabilitación interdisciplinario (psicólogo, psiquiatra, anestesista, enfermera, grupo de ayuda, asistente social), donde no debe de olvidarse de integrarse al grupo familiar.

Para llevar a cabo eficazmente dichos programas, es necesario una actitud positiva de la paciente, donde el deseo de tratarse y aceptar la propuesta actúe como un pilar terapéutico más. (Dolphin 1983)

La actitud de la paciente tiene un papel fundamental sobre el curso de la enfermedad, algunas lo toman como algo catastrófico, otras con enojo.

Las pacientes que lo sobrellevan más tiempo exteriorizan sus emociones y no parecen sufrir pérdida de su propia imagen.

Mientras que aquellas que se deprimen y dejan de ser hostiles presentan más frecuentemente recurrencias.

La forma de influencia de los mecanismos psicológicos en el cáncer de mama sería a través del sistema inmune (Romanelli).

El soporte emocional y la disminución del stress son fundamentales para la doble lucha de estas pacientes.

En las últimas décadas se tiende a realizar tratamientos quirúrgicos más conservadores y menos mutilantes con iguales resultados terapéuticos (Tamborini y otros 1987).

Según la mayoría de los autores cuando en la pareja existe intercambio de afecto, comunicación, comprensión, erotismo, el deterioro de estos valores diádicos es mínimo o no aparece.

La información de que el placer mutuo, caricias y besos, forman parte importante de la relación sexual y de que no todo termina en el coito, será necesaria para un cambio de actitud tendiente a mejorar la relación de pareja y evitará la huida, el ocultamiento, el abandono o la hostilidad entre ambos.

Explican las nuevas situaciones a las que puede llegar a ser necesarios para desarrollar sin culpa esta nueva actitud y cambio que ambos deberán afrontar.

La respuesta sexual de un individuo puede verse afectada de varias maneras, y las causas de trastorno sexual suelen ser tanto fisiológicas como psicológicas.

A diferencia de muchos otros efectos secundarios fisiológicos del tratamiento del cáncer, los problemas sexuales no tienden a resolverse durante el primer o segundo año de supervivencia sin enfermedad de hecho, estos podrían permanecer constantes y más bien severos.

A pesar de que no está claro hasta que punto los problemas sexuales puedan influir en la calidad de vida relacionada con la salud del paciente, estos problemas son claramente molestos en muchos pacientes, e interfieren con el proceso de estos reintegrarse a la rutina diaria después del tratamiento.

DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación es un estudio del tipo descriptivo, prospectivo, de corte transversal.

El universo está conformado por todas aquellas mujeres con mastectomía radical simple, radical modificada y radical, y que no reciban en la actualidad tratamiento coadyuvante (radioterapia y quimioterapia), en el periodo postoperatorio alejado.

La muestra está constituida por todas aquellas mujeres con mastectomía radical simple, radical modificada y radical sin tratamiento coadyuvante en la actualidad, que concurren a control en el periodo postoperatorio alejado, en un centro de tratamiento especializado en el periodo comprendido Octubre –Noviembre del 2003.

El instrumento de recolección de datos y que nos brindará la información es un cuestionario cerrado y anónimo.

Cronograma de Gantt

Actividades /meses	5/02	6/02	7/02	8/02	9/02	10/02	11/02	12/02	1/03	2/03	4/03	5/03	6/03	7/03	8/03	9/03	10/03
Planificación																	
Rev. Bibliografica																	
Consulta a Expertos																	
Búsqueda de Inf. Y elaboración de protocolo																	
Organización																	
Cronograma de Actividades																	
Revisión y Presentación de protocolo																	
Ejecución																	
Recolección de datos																	
Tabulación y análisis																	
Evaluación																	
Conclusión y sugerencias																	
Informe final																	

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

- **EDAD** (variable cuantitativa)

Es el período de tiempo transcurrido en el ser humano desde el nacimiento hasta el momento actual. Tiempo expresado en años que manifiesta la usuaria.

Indicador: - 20 a 30 años
- 31 a 40 años
- 41 a 50 años
- 51 a 60 años
- 61 a 70 años
- 71 a 80 años
- 81 a 90 años

- **NIVEL DE INSTRUCCION** (variable cualitativa)

Está determinado por el último año aprobado por la usuaria en el sistema educativo vigente.

El nivel de instrucción puede actuar como factor positivo o de riesgo frente a la enfermedad no concurrencia al control).

Indicador: - Ninguno
- Analfabetismo
- Primaria Completa
- Primaria Incompleta
- Secundaria Completa
- Secundaria Incompleta
- Terciaria Completa
- Terciaria Incompleta

- **SITUACION DE PAREJA** (variable cualitativa)

Está determinado por la situación actual de pareja de la usuaria entrevistada.

Indicador: - Soltera
- Casada
- Unión libre
- Viuda

- **PROCEDENCIA** (*variable cualitativa*)

Lugar de origen de una persona.

Indicador: - *Montevideo*
- *Interior*

- **OCUPACION** (*variable cualitativa*)

Tipo de trabajo que realiza una persona de manera remunerada o no.

Indicador: *Trabaja:* - *SI*
- *NO*

- **ESTADO EMOCIONAL**

Referente al estado de animo

Indicador: - *inseguridad*
- *angustia y/o rechazo*
- *rabia, enojo*
- *tristeza*
- *temor al rechazo*
- *rechazo ante la nueva imagen*

- **TRASTORNO SEXUAL**

El trastorno sexual es un estado en el cual un individuo experimenta cambios de la función sexual, que es considerada como insatisfactoria, infructuosa o inadecuada.

Indicador:
- *trastorno del deseo sexual*
- *trastorno de la excitación sexual*
- *trastorno del orgasmo*
- *trastornos sexuales por dolor*

- **MASTECTOMIA**

Extirpación quirúrgica de una o ambas mamas, realizada para eliminar un tumor maligno.

Indicador:

- Sí
- No

- **DESEO SEXUAL**

Es la fase apetitiva, en la que el individuo experimenta fantasías y sensaciones de urgencia variable que lo impulsan a buscar las relaciones sexuales o mostrarse receptivo a ellas.

Indicador:

- Se ha mantenido
- Ha disminuido
- Ha desaparecido

- **EXCITACION SEXUAL**

Se caracteriza por la sensación subjetiva de placer, que se acompaña de importantes cambios fisiológicos.

Indicador:

- Falta de excitación
- Excitación insuficiente

- **RELACION SEXUAL**

Unión sexual de dos personas de distinto sexo, lo que produce habitualmente deseo, excitación mutua y generalmente orgasmo.

Indicador:

- Sí
- No

- **ORGASMO**

Constituye el punto culminante del placer sexual producido por la liberación de la tensión acumulada y la contracción rítmica de los músculos perineales y de los órganos reproductivos pélvicos.

Indicador:

- *Siempre llega al orgasmo*
- *A veces llega al orgasmo*
- *Nunca llega al orgasmo*

- **DOLOR**

Sensación desagradable provocada por la estimulación perjudicial de las terminaciones nerviosas sensitivas.

Indicador:

- *Si*
- *No*
- *A veces*

Resultados

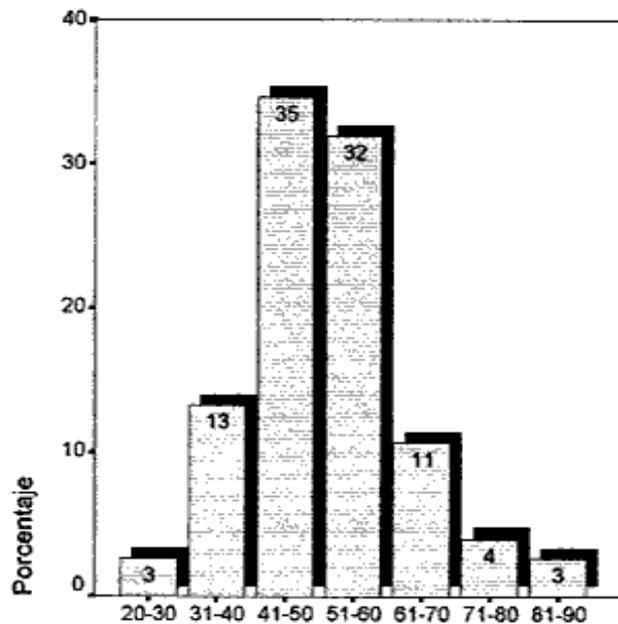
Resultados

Tabla N°1 Distribucion por edad de las usuarias Mastectomizadas de un centro de Tto especializado realizado en Oct-Nov 2003

Edad	FA	FR%
20-30	2	2,7
31-40	10	13,3
41-50	26	34,7
51-60	24	32,0
61-70	8	10,7
71-80	3	4,0
81-90	2	2,7
total	75	100,0

Fuente :Entrevista

GraficaN°1 Distribucion por edad de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado realizado en Oct-Nov 2003



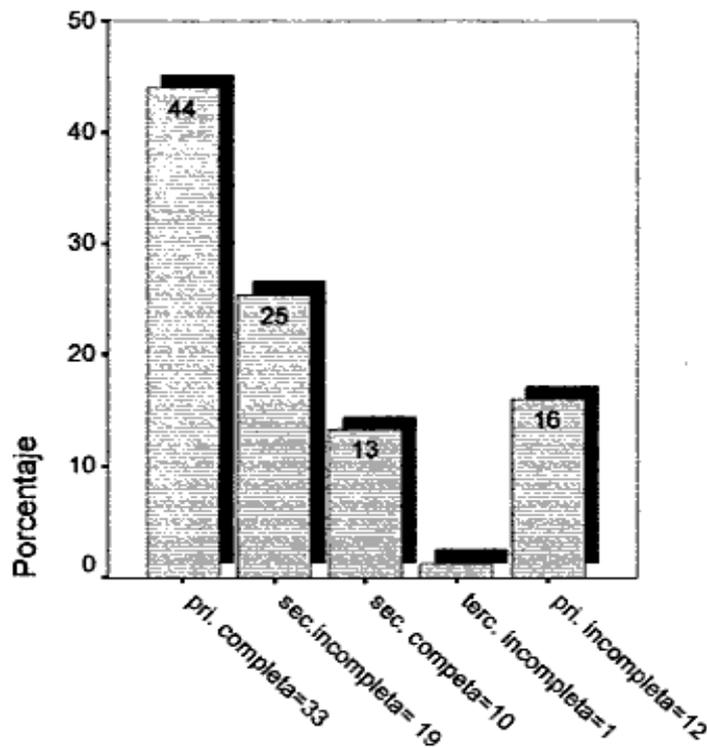
El 34,7 % de las usuarias se encuentran en el rango de edad entre 41 a 50 años

Tabla Nº 2: Nivel de Instrucción de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado realizado en Oct-Nov 2003

nivel de instruccion	FA	FR%
pri. incompleta	12	16,0
pri. completa	33	44,0
sec.incompleta	19	25,3
sec. completa	10	13,3
terc. incompleta	1	1,3
Total	75	100,0

Fuente :Entrevista

Grafica nº 2 Nivel de instrucción de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en oct-nov 2003



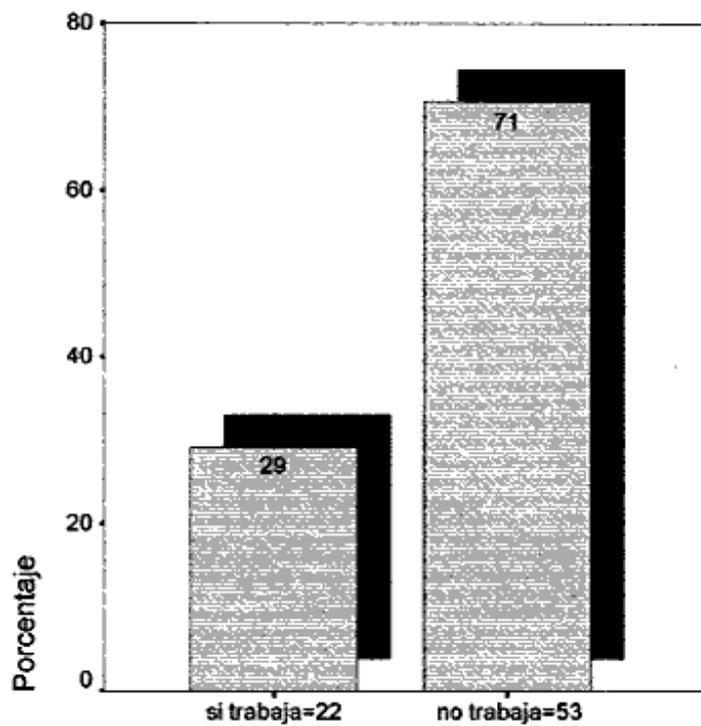
El 44% de las usuarias completaron primaria

Tabla N° 3: Ocupación de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado realizado en Oct-Nov 2003

Trabaja	FA	FR%
si	22	29,3
no	53	70,7
Total	75	100,0

Fuente: entrevista

Tabla N° 3 Ocupación de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado realizado en Oct-Nov 2003



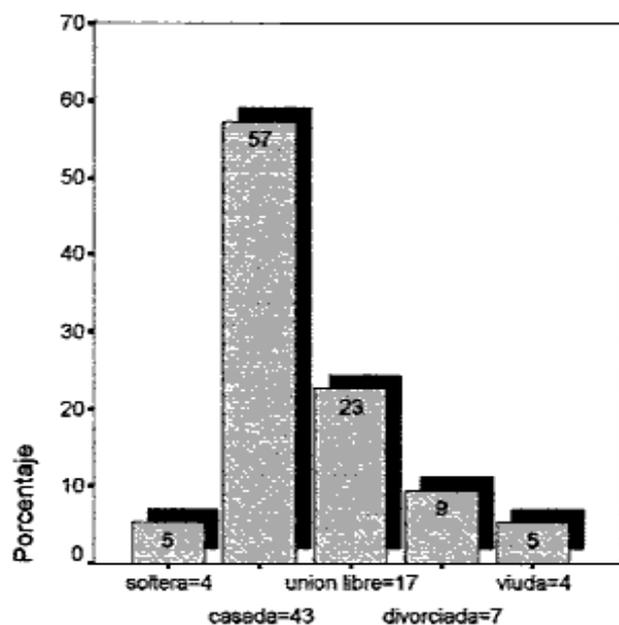
El 71% de las usuarias no trabaja

Tabla N° 4: Situación de pareja de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado realizado en Oct-Nov 2003

Situación de pareja	FA	FR%
soltera	4	5,3
casada	43	57,3
union libre	17	22,7
divorciada	7	9,3
viuda	4	5,3
Total	75	100,0

Fuente :Entrevista

Grafica N°4: Situación de pareja de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado realizado en Oct-Nov 2003



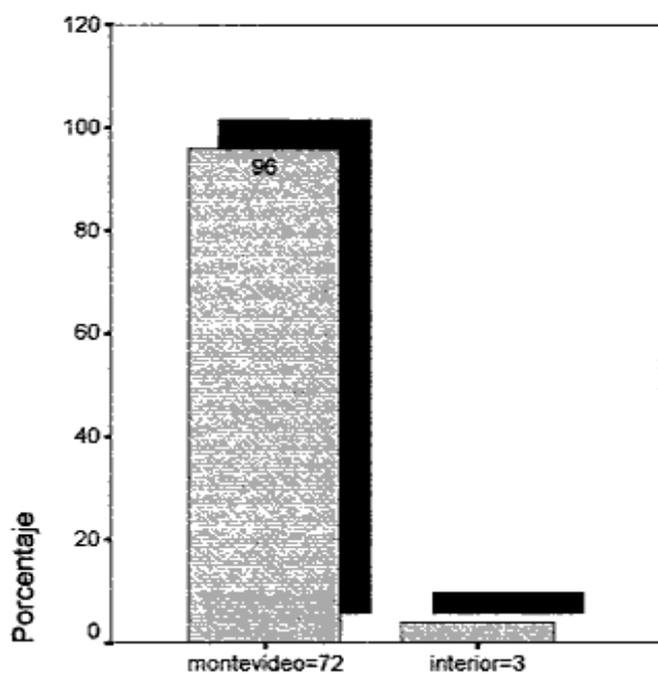
El 57,3% de las usuarias son casadas

Tabla N° 5: Procedencia de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado realizado en Oct-Nov 2003

Procedencia	FA	FR%
montevideo	72	96,0
interior	3	4,0
Total	75	100,0

Fuente:Entrevista

Grafica N°5: Procedencia de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado realizado en Oct-Nov 2003



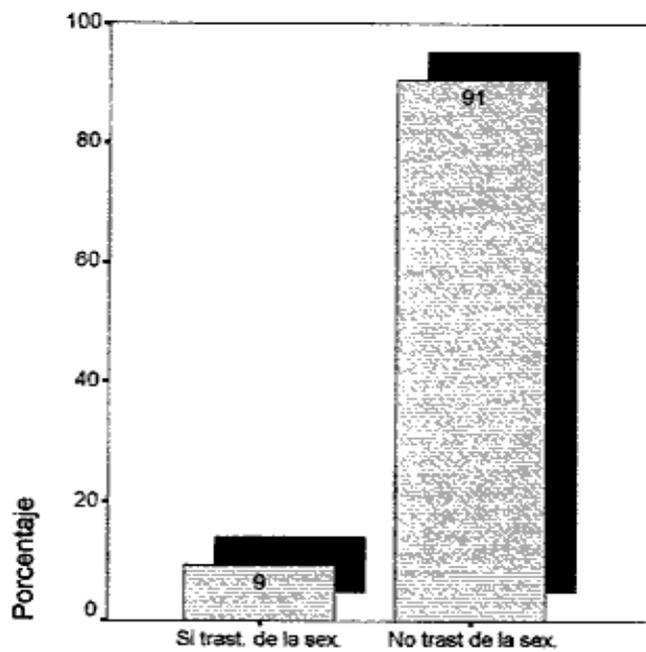
El 96% de las usuarias reside en Montevideo

Tabla N° 6: Presencia de trastornos de la sexualidad previo al diagnóstico en un centro de tto especializado en Oct-Nov 2003

Trast de la sex. previo al dx.	FA	FR%
Si trastorno de la sexualidad	7	9,3
No trastorno de la sexualidad	68	90,7
Total	75	100,0

Fuente:Entrevista

Grafica N° 6 Presencia de trastornos de la sexualidad previo al diagnóstico en un centro de tto especializado en Oct-Nov 2003



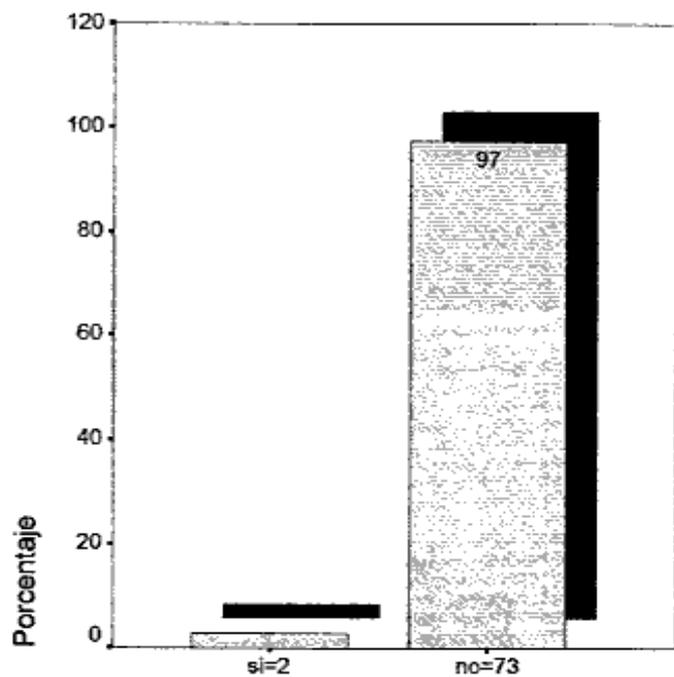
El 91% de las usuarias mastectomizadas no presento trastorno de la sexualidad previo al diagnostico

Tabla N° 7: Cirugía de mama previa realizada a usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en Oct-Nov 2003

Cirugía de mama previa	FA	FR%
si	2	2,7
no	73	97,3
Total	75	100,0

Fuente :Entrevista

Grafica N° 7 Cirugía de mama previa realizada a usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en Oct-Nov 2003



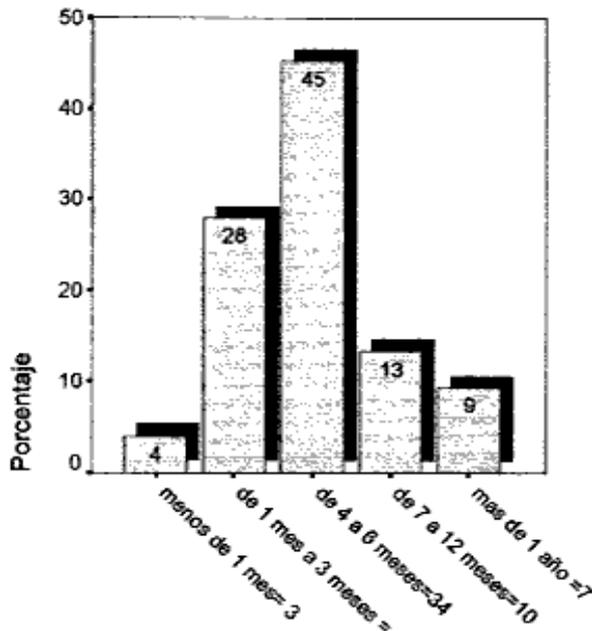
El 97% de las usuarias mastectomizadas no presentaban cirugía de mama previa

Tabla N° 8: Tiempo de realizada la cirugía a usuarias mastectomizadas en un centro de tto especializado en Oct-Nov 2003

Tiempo de operada	FA	FR%
menos de 1 mes	3	4,0
de 1 mes a 3 meses	21	28,0
de 4 a 6 meses	34	45,3
de 7 a 12 meses	10	13,3
mas de 1 año	7	9,3
Total	75	100,0

Fuente:Entrevista

Grafica N° 8 Tiempo de realizada la cirugía a usuarias mastectomizadas en un centro de tto especializado en Oct-Nov 2003



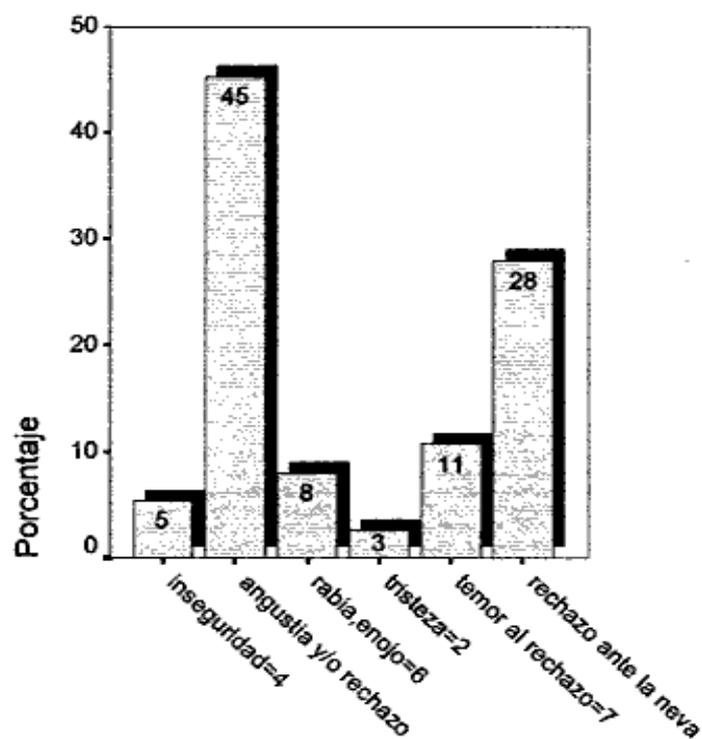
El 45% de las usuarias fue operada en un tiempo promedio de 4 a 6 meses .

Tabla N° 9: Cambios producidos en el estado emocional luego de la cirugía en usuarias mastectomizadas en un centro de tto especializado en Oct-Nov 2003

Cambios en el estado emocional	FA	FR%
inseguridad	4	5,3
angustia y/o rechazo	34	45,3
rabia,enojo	6	8,0
tristeza	2	2,7
temor al rechazo	8	10,7
rechazo ante la nueva imagen	21	28,0
Total	75	100,0

Fuente :Entrevista

Grafica N° 9 : Cambios producidos en el estado emocional luego de la cirugía en usuarias mastectomizadas en un centro de tto especializado en Oct-Nov 2003



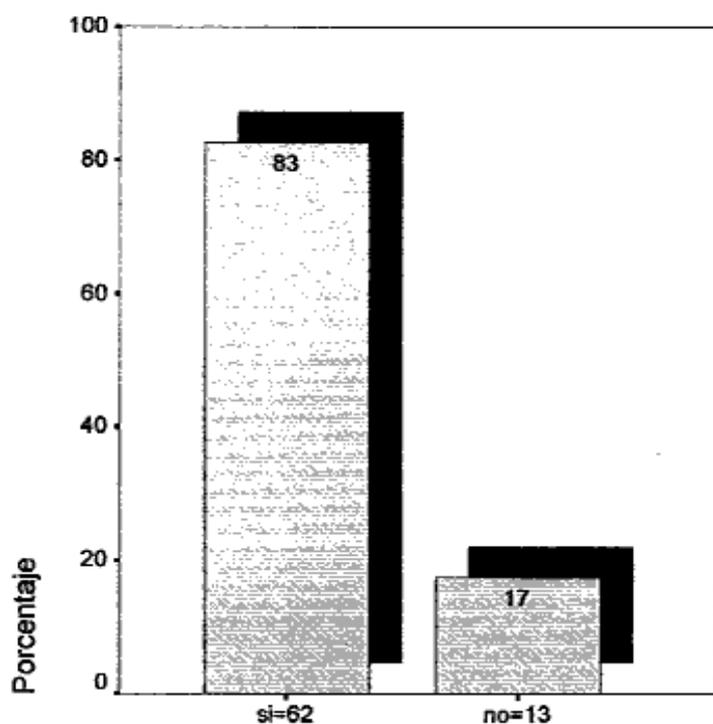
El 45,3% de las usuarias presento angustia y/o rechazo

Tabla N° 10: Reinicio de relaciones sexuales luego de la cirugía en mujeres mastectomizadas de un centro de tto especializado en Oct-Nov 2003

Reinicio las rel.	FA	FR%
si	62	82,7
no	13	17,3
Total	75	100,0

Fuente :Entrevista

Grafica N°10 Reinicio de relaciones sexuales luego de la cirugía en mujeres mastectomizadas de un centro de tto especializado en Oct-Nov 2003



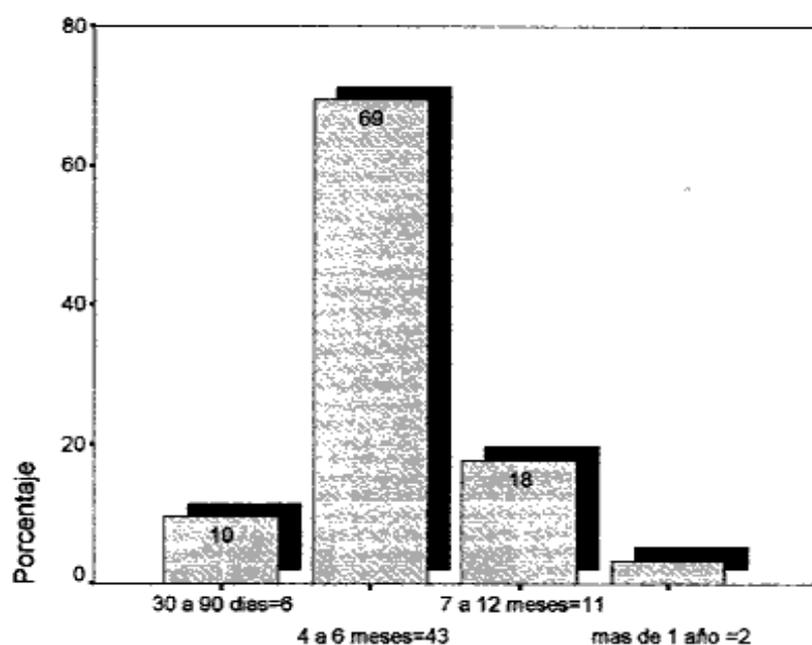
El 82,7% de las usuarias reinicio las relaciones sexuales

Tabla N° 11 Tiempo de reinicio de las relaciones sexuales de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en oct-Nov 2003

Tiempo de reinicio de las relaciones sexuales	FA	FR%
1 a 3 meses	6	9.7
4 a 6 meses	43	69.4
7 a 12 meses	11	17.7
mas de 1 año	2	3.2
Total	62	100.0

Fuente :Entrevista

Grafica N° 11 Tiempo de reinicio de las relaciones sexuales de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en oct-Nov 2003



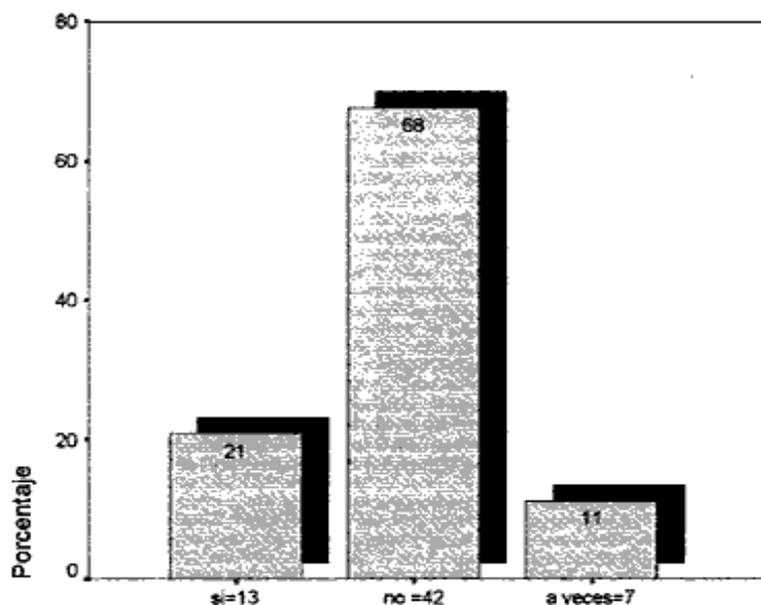
El 69,4% de las usuarias reinicio su actividad sexual de los 4 a 6 meses

Tabla N° 12 Satisfaccion de la relacion sexual de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en Oct-Nov 2003

Satisfaccion de la rel.	FA	FR%
si	13	21.0
no	42	67.7
a veces	7	11.3
	62	100.0

Fuente: Entrevista

Grafica N° 12 Satisfaccion de la relacion sexual de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en Oct-Nov 2003



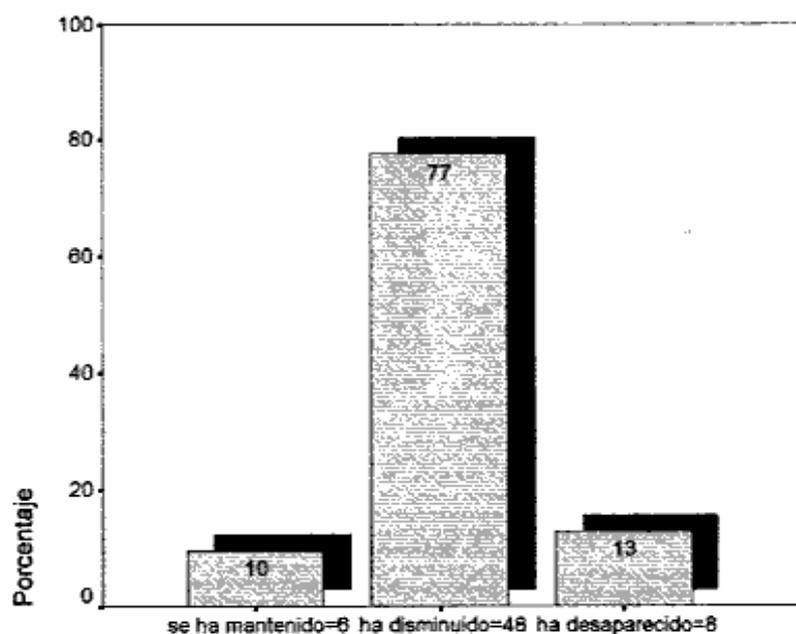
El 68% de las usuarias mastectomizadas refiere que la relacion sexual no es satisfactoria

Tabla N° 13 Deseo sexual de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en Oct
-Nov 2003

Deseo sexual	FA	FR%
se ha mantenido	6	9.7
ha disminuido	48	77.4
ha desaparecido	8	12.9
Total	62	100.0

Fuente :Entrevista

Grafica N°13 Deseo sexual de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en Oct
-Nov 2003



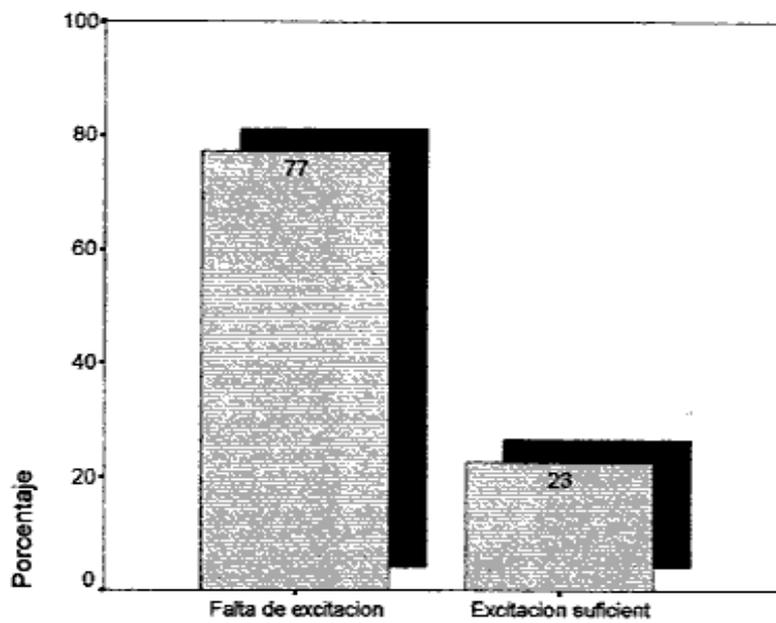
El 77% de las usuarias refiere que el deseo sexual ha disminuido

Tabla N°14 Excitación sexual de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en oct-nov 2003

Excitación Sexual	FA	FR%
Falta de excitacion	48	77.4
Excitacion suficiente	14	22.6
Total	62	100.0

Fuente: Entrevista

Grafica N°14: Excitación sexual de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en oct-nov 2003



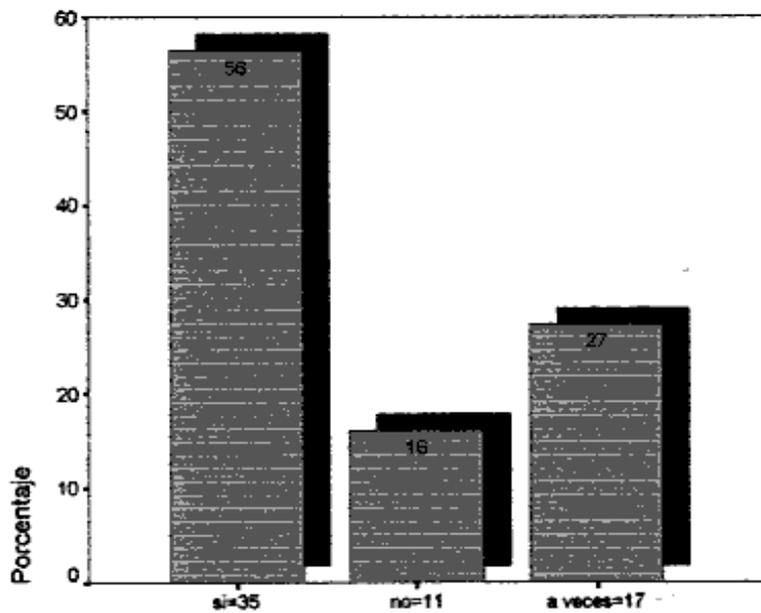
El 77% de las usuarias refiere falta de excitacion

Tabla N° 15 Dolor durante la relacion sexual en las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en oct-nov 2003

Dolor durante la rel.sex.	FA	FR%
si	35	56.5
no	10	16.1
a veces	17	27.4
Total	62	100.0

Fuente:Entrevista

Grafica N°15 Dolor durante la relacion sexual en las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en oct-nov 2003



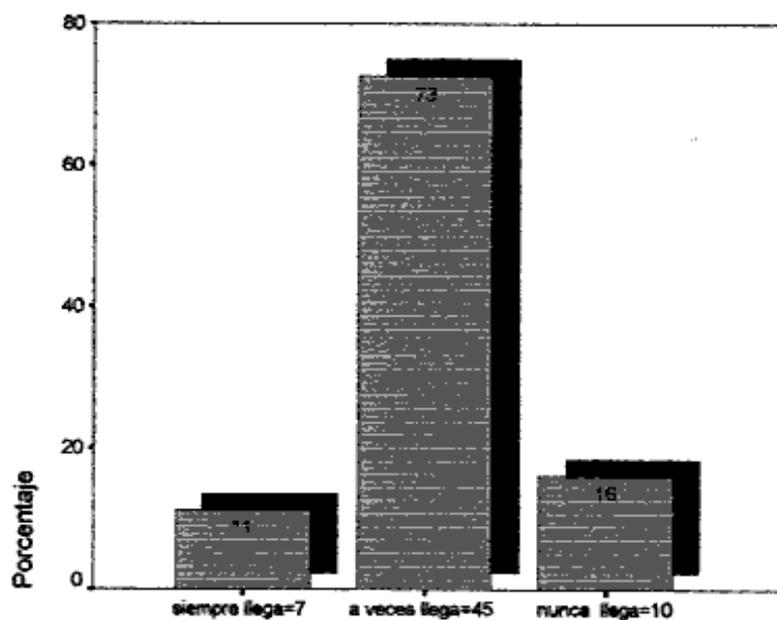
El 56% de las usuarias refiere dolor durante la relacion sexual

Tabla N° 16 Orgasmo durante la relacion sexual en las mujeres mastectomizadas de un centro de tto especializado en oct-nov 2003

Orgasmo	FA	FR%
siempre llega	7	11.3
a veces llega	45	72.6
nunca llega	10	16.1
Total	62	100.0

Fuente :Entrevista

Grafica N°16 Orgasmo durante la relacion sexual en las mujeres mastectomizadas de un centro de tto especializado en oct-nov 2003



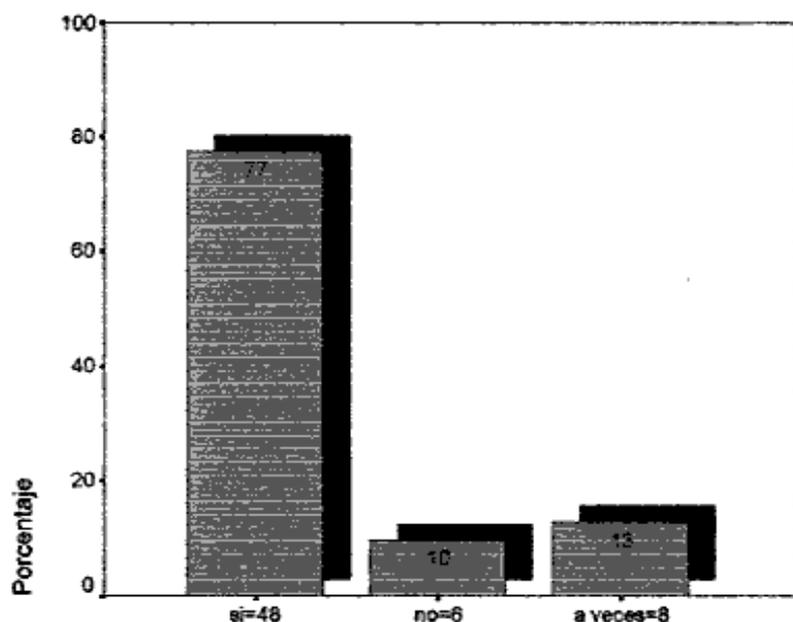
El 73% de las usuarias a veces llega al orgasmo

Tabla N° 17 Trastorno de la lubricación de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en oct-nov 2003

trastorno de la lubricación	FA	FR%
si	48	77.4
no	6	9.7
a veces	8	12.9
Total	62	100.0

Fuente:Entrevista

Grafica N° 17 Trastorno de la lubricación de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en oct-nov 2003



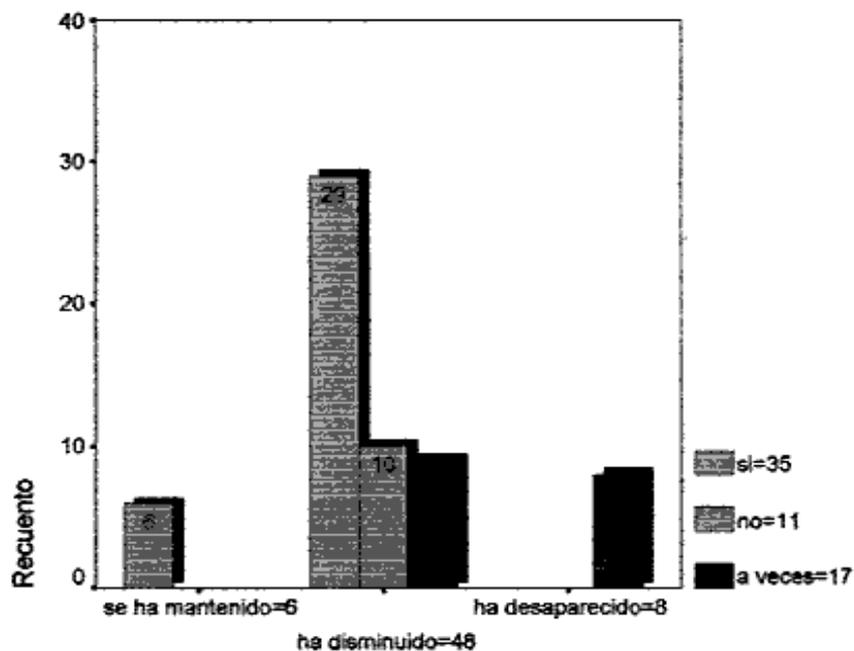
El 77% de las usuarias refiere que si padecen trastorno de la lubricacion

Tabla N°18 Corresponde a la relacion existente entre el deseo y el dolor durante la relacion sexual en las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en Oct-Nov 2003

Relacion entre el deseo y el dolor durante la rel.sex.			Dolor durante la relacion sexual			Total
			si	no	a veces	
Deseo sexual	se ha mantenido	Recuento	6			6
		% del total	9.7%			9.7%
	ha disminuido	Recuento	29	10	9	48
		% del total	46.8%	16.1%	14.5%	77.4%
	ha desaparecido	Recuento			8	8
		% del total			12.9%	12.9%
Total		Recuento	35	10	17	62
		% del total	56.5%	16.1%	27.4%	100.0%

Fuente: entrevista

Grafica N°18 Corresponde a la relacion existente entre el deseo y el dolor durante la relacion sexual en las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en Oct-Nov 2003



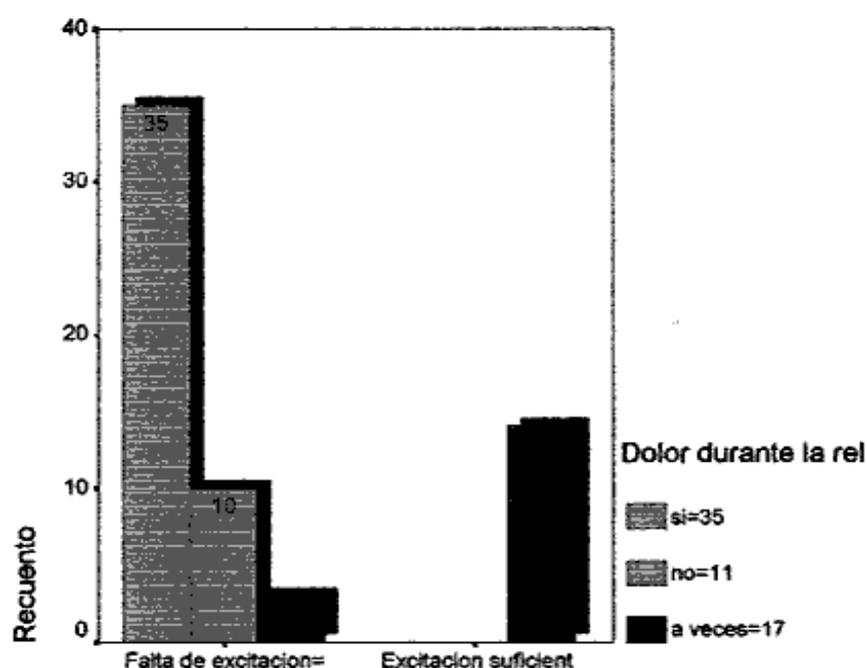
El 46,8% de las usuarias presento disminucion del deseo sexual y dolor durante la relacion sexual.

Tabla N°19 Corresponde a la relacion existente entre la excitación y el dolor durante la relacion sexual en las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en Oct-Nov 2003

Relacion entre la Excitacion y el Dolor durante la relacion sexual			Dolor durante la relacion sexual			Total
			si	no	a veces	
Excitacion Sexual	Falta de excitacion	Recuento	35	10	3	48
		% del total	56.5%	16.1%	4.8%	77.4%
	Excitacion suficiente	Recuento			14	14
		% del total			22.6%	22.6%
Total		Recuento	35	10	17	62
		% del total	56.5%	16.1%	27.4%	100.0%

Fuente :Entrevista

Grafica N°19 Corresponde a la relacion existente entre la excitación y el dolor durante la relacion sexual en las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en Oct-Nov 2003



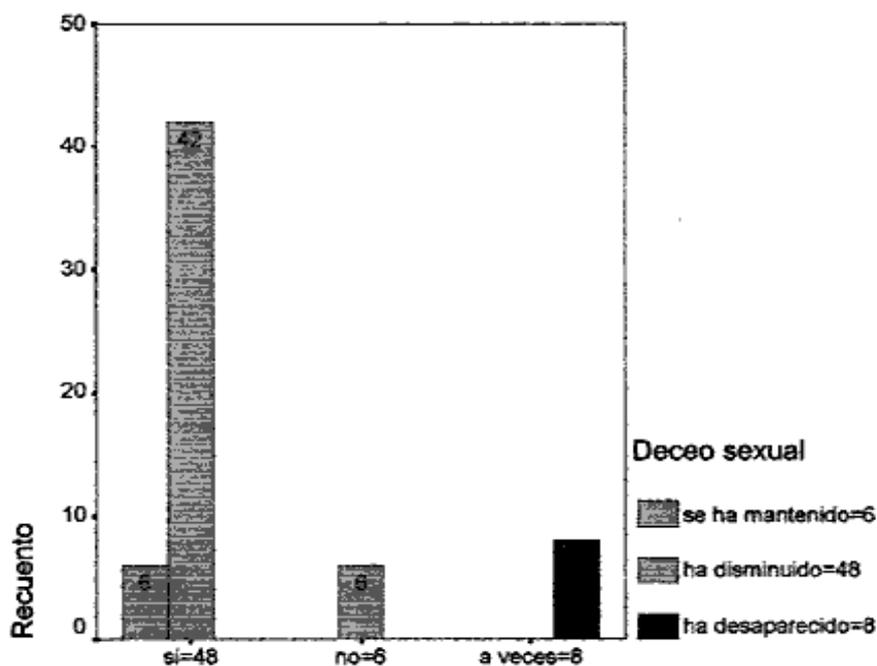
El 56,5% de las usuarias presento falta de excitacion y dolor durante la relacion sexual

Tabla N° 20: Corresponde a la relación entre el trastorno de la lubricación y deseo sexual en usuarias mastectomizadas de un centro especializado en Oct-Nov 2003

Relacion entre el deseo sexual y el trastorno de la lubricacion			Deseo sexual			Total
			se ha mantenido=6	ha disminuido=48	ha desaparecido=8	
trastorno de la lubricacion	si=48	Recuento	6	42		48
		% del total	9.7%	67.7%		77.4%
	no=6	Recuento		6		6
		% del total		9.7%		9.7%
	a veces=8	Recuento			8	8
		% del total			12.9%	12.9%
Total		Recuento	6	48	8	62
		% del total	9.7%	77.4%	12.9%	100.0%

Fuente: entrevista

Grafica N° 20 Corresponde a la relación entre el trastorno de la lubricación y deseo sexual en usuarias mastectomizadas de un centro especializado en Oct-Nov 2003



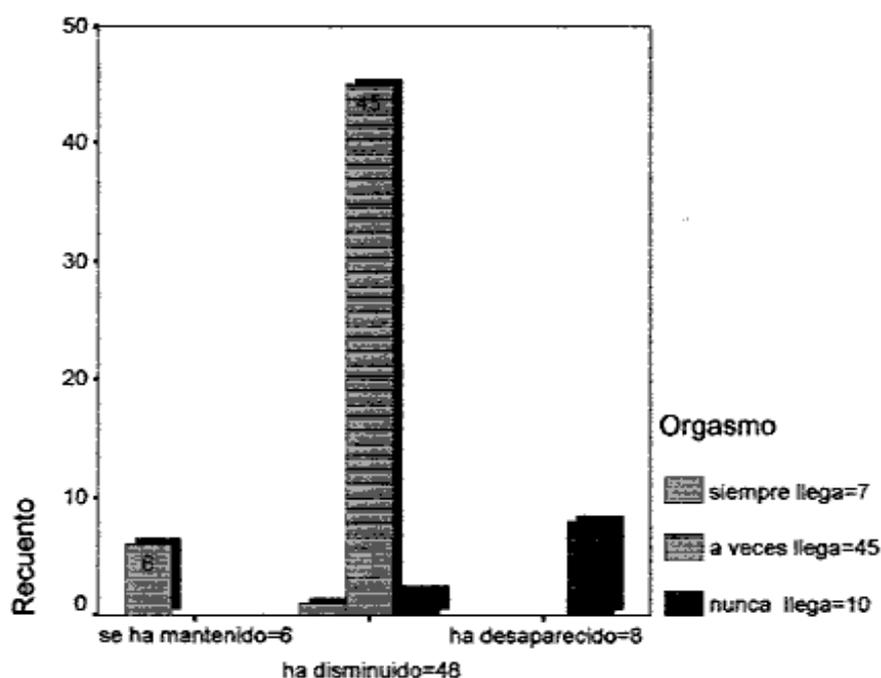
El 67,7% de las usuarias presentan disminución del deseo sexual y trastorno de la lubricación .

Tabla N° 21: Corresponde a la relación entre el orgasmo y deseo sexual de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en Oct-Nov 2003

Relacion entre el Deseo sexual y el orgasmo			Orgasmo			Total
			siempre llega	a veces llega	nunca llega	
Deseo sexual se ha mantenido	Recuento	6			6	
	% del total	9.7%			9.7%	
ha disminuido	Recuento	1	45	2	48	
	% del total	1.6%	72.6%	3.2%	77.4%	
ha desaparecido	Recuento			8	8	
	% del total			12.9%	12.9%	
Total	Recuento	7	45	10	62	
	% del total	11.3%	72.6%	16.1%	100.0%	

Fuente :Entrevista

Grafica N° 21: Corresponde a la relación entre el orgasmo y deseo sexual de las usuarias mastectomizadas de un centro de tto especializado en Oct-Nov 2003



El 72,6% de las usuarias presentan disminución del deseo sexual y refieren no llegar siempre al orgasmo

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La población con la que trabajamos constituye una muestra de 75 usuarias, dentro de las cuales el 34,7% se encuentra comprendido dentro del rango de edades entre 41 a 50 años, seguido por el 32% entre los 51 a 60 años; coincidiendo esto con las cifras mundiales en las que se da el mayor porcentaje de cáncer de mama.

Con respecto al nivel de instrucción el 44 % de las usuarias entrevistadas poseen primaria completa, seguido por un 25,3% que cuentan con secundaria incompleta; esta variable nos refleja el grado de alfabetización, y la forma de abordaje a tener en cuenta en el momento de interactuar con la usuaria.

Otra característica de las usuarias entrevistadas es que el 70,7% de las mismas no trabajan, seguidas por un 29,3% que trabajan.

Más de la mitad de las mujeres, 57,3% son casadas.

La mayoría de las usuarias reside en Montevideo 96%, esto facilitaría en el caso de necesitar un tratamiento posterior o seguimiento, teniendo una mayor accesibilidad al servicio.

El 90,7% no presentaban trastornos en su sexualidad antes de recibir el diagnóstico, así como también el 97,3% nunca se había realizado cirugía mamaria según nos manifestaron. Esto nos muestra que la mayoría de los trastornos de la sexualidad en estas usuarias se produjeron luego de ser operadas, quedando reflejado el impacto que se produce tanto a nivel físico como psíquico y la afectación de su vida de relación.

El 77,3% manifestó haber sido operada hace menos de 6 meses, y el 22,6% entre 6 meses y un año.

Con respecto a los cambios en el estado emocional producido por la intervención quirúrgica se destaca que el 45,3 % presentó angustia y/o rechazo, seguido de un 28 % en las que se presentó rechazo ante la nueva imagen. Si bien toda intervención quirúrgica provoca sentimientos y reacciones, las mismas se ven más exacerbadas debido a que en esta cirugía se realiza una amputación de una parte del cuerpo (la mama), considerada un símbolo de femineidad y erotismo por ambos sexos.

Con relación al reinicio de las relaciones sexuales se puede observar que el 82,7% (62) reiniciaron la actividad sexual mientras que el 17,3% (13) no han reiniciado las mismas siendo el tiempo promedio para el reinicio de 4 a 6 meses con un 69,4%.

Considerando el grado de satisfacción de las usuarias que reiniciaron su actividad sexual (62), el 67,7% (42) describe la relación sexual como no satisfactoria, seguido por un 21% (13) que la considera satisfactoria, y un 11,3 % (7) que manifiesta que a veces la considera satisfactoria.

Continuando con los trastornos sexuales se destaca que la disminución del deseo sexual y la falta de excitación corresponden a un 77%(48); y dentro de este último la alteración en la lubricación resultó con igual porcentaje (77%).

Seguido por un 73% (45) que presenta dificultades para llegar al orgasmo y un 56,5% (35) que presentan dolor durante la relación sexual.

Realizado el cruzamiento de variables destacamos que:

- un 46,8% presentó disminución del deseo sexual y presencia de dolor durante la

relación.

- el 72,6% manifestó que no siempre logra llegar al orgasmo y a su vez nota disminuido su deseo sexual.

- el 67,7% presentó disminución del deseo sexual y alteraciones en la lubricación.

- el 56,7% presentó falta de excitación y dolor durante la relación simultáneamente.

CONCLUSIONES

Después de realizado el análisis general y el desarrollo de nuestro trabajo podemos concluir que su realización fue satisfactoria, ya que no se presentaron grandes inconvenientes en el transcurso del mismo.

Se puede decir que los objetivos planteados fueron alcanzados en su totalidad ya que se logró conocer los cambios producidos en la sexualidad de las mujeres que fueron mastectomizadas.

En cuanto al cronograma establecido, el tiempo estipulado no pudo ser cumplido dado que la muestra tomada en el tiempo propuesto no era representativa para nuestro estudio debido a que la concurrencia a la policlínica fue menor a lo esperado para la recolección de datos por lo que se extendieron los plazos..

Como limitación encontrada, a pesar de que el cuestionario era anónimo 17 mujeres se negaron a contestar el mismo y además no todas las mujeres mastectomizadas habían comenzado a tener relaciones por lo que estas no fueron tomadas a la hora de realizar preguntas sobre los trastornos sexuales. También es importante resaltar los resultados que tienen que ver con el tiempo de reinicio de las relaciones sexuales donde no coinciden con la bibliografía citada anteriormente en donde se menciona que el tiempo estimado para reiniciar las relaciones es a los seis meses del alta, mientras que nuestros resultados demostraron que el reinicio fue entre los cuatro a seis meses. Pensamos que esta diferencia puede estar dada por falta de sinceridad en el momento de responder al cuestionario.

La población estudiada en este trabajo se encuentra en una situación crítica de su vida no sólo por el stress que significa una intervención quirúrgica sino también por lo que

significa la amputación total o parcial de la mama, inmersas en una cultura en donde la mama representa un signo de femineidad; y en donde la pérdida de la misma significa para la mujer una alteración en su imagen corporal y en su autoestima, repercutiendo también en su vida sexual(7) www.oncolink.org

Con respecto a las repercusiones en el terreno sexual que es nuestro tema de estudio podemos decir que existen coincidencia en el porcentaje de trastornos sexuales siendo los mas destacados la disminución del deseo sexual así también como la falta de excitación seguidos en porcentaje por la dificultad para llegar al orgasmo y la presencia de dolor durante la relación sexual.

Si bien estos trastornos aparecen definidos por separado en la bibliografía consultada, pudimos comprobar, que los mismos se relacionan debido a que al estar presente uno de estos, se hace presente el otro; por ejemplo, de nuestra investigación se destaca: la disminución del deseo sexual conlleva a alteraciones en la excitación; así como también la falta de excitación conlleva a la presencia de dolor durante la relación.

SUGERENCIAS

En cuanto a la investigación realizada se sugiere que:

- *Incorporar la figura de enfermería profesional en la consulta, para la captación precoz y oportuna identificando necesidades, intereses y problemas brindando una asistencia integral en conjunto con el equipo multidisciplinario.*
- *Consideramos importante que se realice consulta con psicólogo a la totalidad de las usuarias para que puedan expresar sus emociones.*
- *En futuras investigaciones sería pertinente realizar una entrevista o consulta antes de ser operadas y otra luego de ser operadas para así poder realizar un estudio comparativo al respecto Así como también tener en cuenta el deseo de las usuarias en recibir información con respecto a los trastornos sexuales*

REFERENCIAS

- (1,3,7) Dra Londero Blanca ,Mannic Nora y Dra Milesi MariaLuisa Investigación Científica “Cancer Mamario y Sexualidad. Estudio Comparativo con Pacientes Cuadrantectomizadas y Matectomizadas CEHS, 1993
- (2),(7) www.oncolink.org
- (4) www.entornomedico.org
- (5) www.foncendo.com
- (6) www.chasque.aps.org

BIBLIOGRAFÍA

- ⇒ *Diccionario de Medicina Mosby, Editorial Grupo Océano, Cuarta Edición, España*
- ⇒ *J.García-Conde. Monografías Clínicas en Oncología 9 Tratamiento del cáncer de Mama Ediciones Doyma 1991 Barcelona España.*
- ⇒ *Dr. Jorge, A, Grau. Abalo, Lic. María del C. Llanta Abreu, Lic. Margarita Chac Chacón Roger y Dr. Gilberto Fleites Gilberto Fleites Gonzalez. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones de su evaluación y tratamiento. Instituto Nacional de Oncología y Radiología, Cuba, 1999*
- ⇒ *K Hawton. Terapia sexual. Editorial Doyma, España 1998*
- ⇒ *Kaplan, Helen, Singer, Evolución de los trastornos sexuales. Barcelona, Editorial Grijaldo 1985*
- ⇒ *James Leslie. MC. Cary, Stephen. P. MC. Cary. Sexualidad humana de MC. Cary, Editorial el manual moderno, S.A. de C.V. México. 1993*
- ⇒ *Dra Londero Blanca, Monnic Nora y Dra Milesi María Luisa. Investigación científica "Cáncer Mamario y Sexualidad. Estudio Comparativo con pacientes Cuadrantectomizadas y Mastectomizadas". CETIS, 1993.*
- ⇒ *Masters, W, y Johnson, V. : Respuesta sexual humana inadecuada, Boston, Little Brown & Co., 1970.*

Direcciones en Internet

- ⇒ www.mujerymas.com
- ⇒ www.oncolink.org
- ⇒ www.entornomedico.org
- ⇒ www.fomendo.com
- ⇒ www.chasque.aps.org

ANEXOS

ANEXO

1

Fecha:
Nº de cuestionario:

Instituto Nacional de Oncología
Policlínica Quirúrgica
Est. de Lic. en Enfermería
Cátedra de Salud Mental

**CUESTIONARIO sobre TRASTORNOS SEXUALES EN MUJERES
MASTECTOMIZADAS**

(Dicho cuestionario es anónimo o sea no necesitamos conocer su nombre, sino su experiencia personal por lo que solicitamos a Usted responda a nuestras preguntas con total sinceridad. De esta forma podremos realizar nuestro estudio y obtendremos resultados fehacientes.)

Conteste las siguientes preguntas, marcando con una cruz la opción que considere correcta.

Edad:..... años.

Nivel de instrucción:

- Analfabetismo
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Terciaria incompleta
- Terciaria completa

Situación de pareja:

- Soltera
- Casada
- Unión libre
- Divorciada
- Viuda

Procedencia: - Montevideo
- Interior

¿Usted trabaja?

SI..... NO.....

1) ¿Antes de recibir el diagnóstico de cáncer de mama, había tenido o tenía alteraciones y/ o problemas en su sexualidad?

SI..... NO.....

2) ¿Se había realizado cirugía mamaria antes de esta última?

SI..... NO.....

3) *¿Cuánto tiempo hace que fue operada?*

- Menos de 1 mes.....*
- De 1 mes a 3 meses.....*
- De 4 a 6 meses.....*
- De 7 a 12 meses.....*
- Más de 1 año.....*

4) *¿Usted considera que la intervención quirúrgica ha producido cambios en su estado emocional?*

- Inseguridad.....*
- Angustia y/ o rechazo.....*
- Rabia, enojo.....*
- Tristeza.....*
- Temor al rechazo.....*
- Rechazo ante la nueva imagen.....*

5) a) *¿Reinició su actividad sexual? SI..... NO.....*

b) *Luego de ser operada, ¿cuánto tiempo pasó para que reiniciara su actividad sexual?*

- 1 a 3 meses*
- 4 a 6 meses*
- 7 a 12 meses*
- Mas 1 año*

6) a) *¿Considera satisfactoria la relación sexual?*

- SI.....*
- NO.....*
- A veces.....*

7) *En relación con el deseo sexual; Usted considera que:*

- a) Ha aumentado.....*
- b) Se ha mantenido.....*
- c) Ha disminuido.....*
- d) Ha desaparecido.....*

8) *Con respecto a la excitación sexual:*

Ha presentado ¿Falta de excitación?:.....

¿Excitación insuficiente?:

¿Ha presentado trastornos en la lubricación vaginal?

- SI.....*
- NO.....*
- A veces.....*

9) *¿Presenta dolor durante la relación sexual?*

SI.....

NO.....

A veces.....

10) *Cuando mantiene relaciones sexuales:*

a) siempre llega al orgasmo.....

b) a veces llega al orgasmo.....

c) nunca llega al orgasmo.....

ANEXO

22

Entrevista realizada a la Psicóloga Cristina Gibert

RIPAMA (Rehabilitación Integral en Patología Mamaria)

1) ¿Cuál es la función que desempeña Usted como Psicóloga de RIPAMA?

"La función que realizamos las psicólogas de RIPAMA es brindar apoyo psicológico a las pacientes mastectomizadas "

2) ¿Cuánto tiempo hace que trabaja con esta población?

"Un año"

3) ¿Conoce estudios o investigaciones sobre mastectomía y trastornos sexuales?

"En realidad en nuestro medio hay escasos estudios realizados sobre este tema y fueron realizados por el Dr. Flores Colombino"

4) ¿Cuáles son las repercusiones mas frecuentes que se dan en la paciente mastectomizada?

"Afecta evidentemente su esquema corporal, su autoestima por ser una cirugía visible se sienten mutiladas y no se sienten 100% mujeres."

5) ¿Las pacientes tienen inquietudes respecto a su vida sexual luego de la mastectomía?

"Al principio por lo general la paciente dice "no tengo problemas "entonces se deja que haga su proceso interior y luego cuando comienza a aceptar la realidad se comienza a trabajar en ello".

6) ¿Cuáles son las interrogantes mas frecuentes que tienen estas pacientes?

"Las preguntas que nos hacen dependen fundamentalmente de la edad, así como también de la etapa del tratamiento."

7) *¿Cuáles son las interrogantes mas frecuentes respecto a la sexualidad dependiendo de la edad de las pacientes?*

"La mujer mayor que se encuentra sola no le preocupa la sexualidad por la creencia cultural de que después de la "menopausia se acaba la sexualidad ", focalizan en el tema económico a la mujer joven con o sin pareja si le interesa el tema de la sexualidad depende mucho de la situación de pareja previa la comunicación y el vinculo y de esto depende como se va a sentir la mujer también."

8) *¿Cómo es la relación con la pareja en estas pacientes?*

*"Hemos observado que a mayor contención por parte de la pareja favorece el proceso de aceptación por parte de la mujer.
Depende de cómo era el vinculo previo a la enfermedad se han visto casos de separación en aquellos vínculos que no eran fuertes.
También pueden presentarse en el hombre un periodo de rechazo hacia la mujer."*