

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**IMPACTO SEXUAL Y PSICOLÓGICO EN PACIENTES
CON OOFORECTOMÍA BILATERAL**

CECILIA ANA SOFÍA REYES DONIS

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Enero 2018



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.391.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): **Cecilia Ana Sofia Reyes Donis**

Registro Académico No.: **200310238**

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **IMPACTO SEXUAL Y PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON OOFORECTOMÍA BILATERAL**

Que fue asesorado: **Dra. Nivea Sofia Ninoshka Vela Quiñonez MSc.**

Y revisado por: **Dra. Carolina Eugenia Durán Díaz MSc.**

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la **ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2018**

Guatemala, 15 de noviembre de 2017



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Cuilapa, Santa Rosa 24 de agosto de 2017

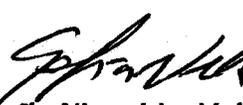
Dr. Miguel Eduardo García
Coordinador Específico
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
Escuela de Estudios de Post-Grados

Respetable Dr. García:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la **Doctora Cecilia Ana Sofía Reyes Donis** carné **200310238** de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula "**IMPACTO SEXUAL Y PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON OOFORECTOMIA BILATERAL**".

Luego de asesoría, hago constar que la **Dra. Reyes Donis**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Dra. Nivea Sofia Ninoshka Vela Quiñonez
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
COL. 13,314

Asesor y docente de Tesis

Cuilapa, Santa Rosa 24 de agosto de 2017

Dr. Miguel Eduardo García
Coordinador Específico
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
Escuela de Estudios de Post-Grados

Respetable Dr. García:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la **Doctora Cecilia Ana Sofía Reyes Donis** carné **200310238** de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología Y Obstetricia, el cual se titula **"IMPACTO SEXUAL Y PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON OOFORECTOMIA BILATERAL"**.

Luego de revisar, hago constar que la Dra. Reyes Donis, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dra. Carolina E. Durán Díaz
Medicina Interna
Dermatología
Col. No. 8679



Dra. Carolina Eugenia Duran Díaz MSc.

Revisora de Tesis



A: Dr. Nivea Sofia Ninoshka Vela Quiñones, MSc.
Responsable de investigación.

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 28 de Agosto 2017

Fecha de dictamen: 8 de Septiembre 2017

Asunto: Revisión de Informe final de:

CECILIA ANA SOFIA REYES DONIS

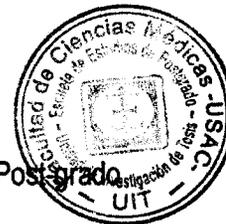
Título:

IMPACTO SEXUAL Y PSICOLOGICO EN PACIENTES CON OOFORRECTOMIA BILATERAL

Sugerencias de la revisión:

- Autorizar examen privado.


Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado



INDICE

CONTENIDO	NÚMERO DE PÁGINA
Índice	I
Índice de tablas	II
Resumen	III
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Objetivos	12
IV. Material y métodos	13
V. Resultados	17
VI. Discusión y análisis	21
VII. Referencias bibliográficas	26
VIII. Anexos	30

INDICE DE TABLAS

CONTENIDO	NÚMERO DE PÁGINA
TABLA 1	18
TABLA 2	19
TABLA 3	20

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar el impacto sexual y psicológico en pacientes con ooforectomía bilateral realizada en el hospital regional de Cuilapa Santa Rosa.

Material y Métodos: Se realizó estudio de tipo descriptivo prospectivo en base a entrevista en el Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa en el periodo comprendido de Enero a Diciembre de 2014 con la finalidad de recolectar información que aporte datos sobre el impacto sexual y psicológico en pacientes con ooforectomía bilateral. Se elaboró instrumento de recolección, posteriormente se obtuvieron números de registros de todas las pacientes a quienes se les realizó ooforectomía bilateral en los libros de registro de sala de operaciones y se revisaron papeletas en registro y estadística para extraer número telefónico y lograr comunicación, además se les hizo la entrevista en consulta externa al momento de evaluación de ginecología. Los datos fueron tabulados en Excel y posteriormente fueron resumidos en tablas para su respectivo análisis, en base a frecuencias y porcentajes.

Resultado: Se entrevistaron 62 pacientes, se observó que la distribución del grupo etario el que predomina es de 40 a 49 años (45.16%). El 53.22% de pacientes respondió que tiene problemas con su sexualidad, sin embargo el 83% de las pacientes refirió que no se niegan al momento de tener relaciones sexuales. Los cambios psicológicos predominantes fueron ansiedad y variaciones de humor 79 % y 66%, respectivamente.

Conclusiones: Más del 50 % de las mujeres presentaron disfunción sexual siendo más afectadas la excitación, lubricación, relaciones dolorosas y la falta de orgasmo. Ansiedad y variaciones de humor son los cambios psicológicos que han presentado mayormente las pacientes, en menor porcentaje, pero de importancia, la presencia de depresión en el grupo de pacientes entrevistadas.

PALABRAS CLAVE: Ooforectomía bilateral, impacto sexual, impacto psicológico.

I. Introducción

El término ooforectomía implica que los ovarios son removidos quirúrgicamente y que se realiza como profilaxis con beneficios futuros, tales como la prevención de cáncer de ovario o evitar reintervenciones quirúrgicas ginecológicas por patología en el anexo remanente. Sin embargo, se ha sugerido que la producción de hormonas, como por ejemplo los andrógenos, en los ovarios tiene un papel prominente en la calidad de vida y el bienestar sexual de la mujer. La evidencia actual sugiere que la decisión de realizarla o no durante una histerectomía electiva, se basa más en opinión que en estudios aleatorizados bien diseñados y de peso metodológico, pudiéndose no justificar la realización de tan elevado número de ooforectomías profilácticas en la práctica clínica actual.⁽¹⁾

Sin embargo, la decisión de extirpar o conservar los ovarios está basada en conclusiones obtenidas de datos observacionales, la recomendación del cirujano, o la solicitud de la paciente. Muchos clínicos hacen el corte a los 45 años, como la edad para recomendar fuertemente la ooforectomía. Además, la enseñanza predominante es que la ooforectomía en pacientes con bajo riesgo de cáncer ovárico debe ser evitada en menores de 40 años, rutinariamente efectuada en edades mayores de 50 años e individualizada en el intervalo, menospreciando el posible efecto de los andrógenos del ovario postmenopáusico.^(1,5)

Se asume que la insuficiencia de estrógenos contribuye al deterioro de la función sexual causada por sequedad vaginal y a una disminución en la sensación genital, pero esta puede tratarse con terapia sustitutiva.^(23,36)

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social. Un estudio reciente ha descrito que los trastornos de la sexualidad afectaban al 50% de las mujeres de edad media, comprometiendo principalmente el deseo y la excitación.⁽²³⁾

La experiencia combinada de estudios retrospectivos indica efectos negativos de la ooforectomía durante la perimenopausia sobre la sexualidad y el bienestar psicológico. Diferentes autores han sugerido en sus resultados que el cambio en la función sexual se debió a la pérdida de los andrógenos ováricos más que a otros aspectos relacionados con cambios fisiológicos o psicológicos.^(24,26)

La ooforectomía bilateral, al momento de la histerectomía, es comprendida como una medida profiláctica para cáncer de ovario convirtiéndose en el órgano sano más frecuentemente extraído. La extracción profiláctica de ovarios alcanza una frecuencia del 40-55% de los casos de histerectomía. Se ha demostrado que las mujeres con

histerectomía y ooforectomía muestran con mayor frecuencia deterioro de la función sexual que aquellas con sólo histerectomía. ⁽¹⁾ Otros casos en los que se realiza ooforectomía bilateral al momento de realizar exploración pélvica indicada por tumores ováricos, donde, está indicada la extirpación del ovario contralateral sano, como por ejemplo, los tumores de células epiteliales el 15% puede llegar a afectar el ovario sano y ser maligno. Siendo la edad un factor de riesgo para desarrollar cáncer de ovario, teniendo el rango de edad de 20 a 50 años quienes pueden desarrollar un tumor epitelial del cual el 71 % es maligno y para las mayores de 50 años es el 81%. Por lo que la ooforectomía bilateral en pacientes con tumor de ovario se basa según el caso y el manejo quirúrgico que se deba realizar.

En la actualidad, la mayoría de las mujeres que acuden a una consulta de menopausia se quejan de problemas sexuales en muchos casos afectando a la pareja.

Esta investigación tiene como objetivo hacer una descripción sobre el impacto sexual y psicológico en pacientes a quienes se les realizó ooforectomía bilateral realizada en el hospital regional de Cuilapa Santa Rosa, durante enero a diciembre del año 2014.

II. Antecedentes

La ooforectomía bilateral, al momento de la histerectomía, es comprendida como una medida profiláctica para cáncer de ovario convirtiéndose en el órgano sano más frecuentemente extraído. La extracción profiláctica de ovarios alcanza una frecuencia del 40-55% de los casos de histerectomía. Se ha demostrado que las mujeres con histerectomía y ooforectomía muestran con mayor frecuencia deterioro de la función sexual que aquellas con sólo histerectomía. ⁽¹⁾

Publicaciones internacionales han señalado un deterioro del deseo sexual en las mujeres sometidas a ooforectomía. La ooforectomía ha sido reportada como una de las variables predictivas de mala calidad de función sexual a los 6 meses post histerectomizadas en mujeres chilenas eugonadales. ⁽²⁾

En la práctica actual la histerectomía es un procedimiento quirúrgico ginecológico muy común y una de las cirugías más realizadas en Estados Unidos y Gran Bretaña. Solamente en los Estados Unidos cerca de 600 000 histerectomías son efectuadas anualmente, y en el Reino Unido cerca del 20% de las mujeres son sometidas a una histerectomía antes de los 55 años edad. En los Países Bajos, un 32% de las mujeres son histerectomizadas.⁽¹⁾ Datos del Centro de Prevención y Control de Enfermedades en Estados Unidos, de 1988 a 1993, revelan que la preservación ovárica ocurre solamente en un 40% o un 50% de las pacientes a quienes se les efectúa histerectomía a los 40 ó más años de edad.⁽³⁾ Cifras conservadoras sugieren que a 300 000 mujeres se les hace una ooforectomía bilateral profiláctica cada año. Según la base de datos de egreso hospitalario del Hospital de las Mujeres en San José Costa Rica, se efectuó una ooforectomía bilateral en el 71% de las pacientes de histerectomía entre los años 2003 y 2005. ⁽⁵⁾

Investigadores en Suecia evaluaron en un estudio prospectivo observacional, los resultados en el bienestar sexual a un año de seguimiento de 2 grupos de mujeres premenopáusicas. Uno después de una histerectomía más ooforectomía, el otro con histerectomía sin ooforectomía. Se reportó que las variaciones hormonales (estradiol y andrógenos plasmáticos) después de la ooforectomía no alteran significativamente los cambios postoperatorios en el bienestar sexual. En otro estudio encontraron que las

diferencias respecto a la calidad de vida observada en el grupo ooforectomizado a los 6 meses posthisterectomía, no fueron aparentes a los 2 años después de la cirugía. ⁽²⁾

Muchos estudios sobre la sexualidad muestran que las mujeres mayores refieren menos malestar por la falta de deseo, comparadas con las más jóvenes. ^(5, 6, 7)

En un estudio no clínico sobre 102 mujeres, se compararon los indicadores de satisfacción sexual en menores de 45 años, frente a las mayores de 45. ⁽⁵⁾ No había diferencias en la satisfacción sexual conseguida bien por el coito, bien por actividades sexuales sin coito. Sin embargo, las mujeres mayores refirieron menor frecuencia de orgasmos y una clasificación diferente sobre ciertos aspectos de la satisfacción sexual. En las mujeres mayores, los factores dominantes importantes para su satisfacción fueron los relacionados con un sentimiento emocional de calma y con factores como el sentimiento de seguridad con su pareja, mientras que en mujeres más jóvenes era más importante la experiencia física subjetiva. ⁽⁸⁾

Actualmente en Guatemala no se cuenta con trabajos de tesis publicados sobre ooforectomía bilateral y sus repercusiones en la sexualidad o relacionado con el tema.

2.1 SEXUALIDAD FEMENINA:

Es uno de los componentes más complejos pero al mismo tiempo básico para el comportamiento humano. Las expresiones de sexualidad e intimidad son importantes durante toda la vida. El impulso sexual básico es biológico, pero su expresión es definida por una serie de factores psicológicos, sociales, ambientales, espirituales y aprendidos. Por lo tanto a menudo la satisfacción sexual depende menos de los componentes físicos de la sexualidad que de la calidad de relación y del contexto de que se lleva a cabo la conducta sexual.

La mayoría de las mujeres sienten que la sexualidad es una parte importante de su vida, existen patologías ginecológicas como la endometriosis, de procedimientos asociados a la infertilidad y de tratamientos como la radiación pélvica, la salpingo-ooforectomía bilateral y el uso de antagonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas que pueden provocar disfunción sexual. ^(10,11,12)

2.1.1 Psicología sexual

En la mayoría de las mujeres, el tejido clitorídeo es la parte de su anatomía con mayor sensibilidad sexual importante para la estimulación y orgasmos. Sin embargo, muchas mujeres necesitan sentir una estimulación no física, ni genital, antes de poder disfrutar de la estimulación clitorídea. Cuando no hay excitación sexual, la estimulación directa de este tejido puede surgir desagradable, intensa e inclusive dolorosa. Existen estudios recientes que han identificado neurotransmisores los cuales se cree que se asocian a la sensibilidad y se encuentra justo en este tejido clitorídeo. ⁽⁹⁾

Otras áreas de sensibilidad sexual son las mamas y sus areolas, los labios y gran parte de la piel en general y, hasta cierto punto, la vagina. Se ha especulado sobre la existencia de un «punto G», llamado así por Ernest Gräfenberg, que lo describió en 1944. ^(9,10)

2.1.2 Ciclo de respuesta sexual

La respuesta sexual está mediada por un complejo juego de factores psicológicos, interpersonales, ambientales y biológicos (hormonales, vasculares, musculares y neurológicos). La fase inicial del ciclo de la respuesta sexual puede ser el deseo pero, con más frecuencia, sobre todo las mujeres con relaciones de larga duración, están motivadas por otras razones distintas del deseo sexual. ^(11,12)

La mujer consiente las relaciones sexuales por diversas razones, y toman como factor importante la intimidad emocional con su pareja, por tal razón que el deseo y la excitación coexisten y se potencian entre ellos. Para que exista una satisfacción sexual la mujer debe permanecer concentrada, sintiendo placer, si la duración de la estimulación es suficientemente larga y no hay resultados negativos, como puede ser la dispareunia. ⁽¹³⁾

La respuesta sexual normal de la mujer varía de una mujer a otra y según la etapa de vida de la misma mujer, por eso es de vital importancia que el médico escuche al tanto de sus valores sexuales, prácticas sexuales y las preocupaciones de la paciente sobre su sexualidad; para mantener una comunicación abierta y permitir aconsejarles sobre cuestiones y problemas sexuales, así como sobre otros aspectos de su salud reproductiva. ⁽¹³⁾

2.1.3 Deseo y excitabilidad

El deseo sexual proporciona una fuerte motivación para el comportamiento sexual. Los sentimientos y la estimulación que dependen de una función neuroendocrina adecuada.⁽¹¹⁾ Muchos neurotransmisores, péptidos y hormonas modulan el deseo y la excitación subjetiva. Las sustancias que favorecen la respuesta sexual son la noradrenalina, la dopamina, la oxitocina y la serotonina. La prolactina y el ácido gammaaminobutírico (GABA) inhiben la respuesta sexual.⁽¹⁴⁾

Como ya se mencionó anteriormente el interés sexual está influenciado por su ánimo psicológico, sus creencias, valores, expectativas, orientación sexual, preferencias y por la presencia de un ambiente erótico y seguro. Es decir, el interés y la excitación sexual esta influenciados por la salud mental y por los sentimientos hacia la pareja.⁽⁵⁾

El deseo sexual también está fuertemente influenciado por el cansancio. Por eso, el sexo por la noche normalmente no es atractivo para una mujer muy ocupada. Asimismo, las enfermedades crónicas característicamente disminuyen el deseo y la excitación.⁽¹³⁾

2.1.4 Excitación sexual

Con la estimulación sexual se activa la actividad cerebral en el hipotálamo y en otras áreas que influyen sobre la respuesta genital, disparando el sistema nervioso autónomo para permitir el aumento de flujo sanguíneo en la vagina. La vasodilatación de las arteriolas del plexo submucoso de la vagina aumenta el trasudado de líquido intersticial, que se desplaza desde los capilares entre el espacio intercelular epitelial hacia la luz de la vagina.

Simultáneamente, el sistema nervioso autónomo permite la relajación de las células musculares lisas que rodean los espacios vasculares (sinusoides) del clítoris y de los labios, provocando el engrosamiento del clítoris y la vasodilatación de los labios.⁽⁹⁾

La neurobiología de la excitación desconocida, pero la respuesta congestiva vascular parece que está muy automatizada, apareciendo a los pocos segundos de un estímulo erótico.⁽¹⁵⁾ Se han identificado comunicaciones entre los nervios cavernosos con el clítoris, que contienen óxido nítrico, con la porción distal del nervio dorsal del clítoris (somático), del nervio pudendo.⁽⁹⁾ Se cree que el óxido nítrico es el principal neurotransmisor implicado en la congestión vulvar. En la vagina están implicados el VIP, el óxido nitroso y otros neurotransmisores no identificados.⁽¹⁷⁾

2.1.5 Orgasmo

El orgasmo se describe como la sensación sexual más intensamente placentera. Implica una respuesta miotónica del músculo liso y estriado, asociada con el sentimiento de una liberación repentina de la tensión sexual generada durante la excitación. Aparecen unas contracciones reflejas rítmicas (3-20 cada 0,8 s) de los músculos que rodean la vagina y el ano. Muchas mujeres experimentan contracciones uterinas durante el orgasmo y pueden notar diferencias en sus orgasmos después de una histerectomía.

2.1.6 Resolución

Siguiendo la liberación súbita de la tensión sexual provocada por el orgasmo, la mujer experimenta una sensación de relajación y de bienestar. Se revierten los cambios no genitales que tienen lugar durante la excitación y el cuerpo vuelve al estado de reposo después de unos 5 a 10 min. Sin embargo, si sigue la estimulación, la respuesta puede reanudarse. Las mujeres cuentan una sensación similar de bienestar y relajación cuando disfrutan de la excitación sin orgasmo o con la sensación de estar cerca de él pero sin conseguirlo. ⁽¹³⁾

2.1.7 Factores que afectan a la respuesta sexual

Muchos factores pueden afectar a la respuesta sexual: la edad, la calidad y la duración de la relación, los factores psicológicos personales provenientes de las relaciones con las figuras paterna y materna en la infancia, las pérdidas, traumas previos y la manera general de enfrentarse a las emociones, las enfermedades y el consumo de fármacos, alcohol y sustancias ilegales. ⁽¹³⁾

2.1.8 Salud mental

La falta de bienestar emocional fue uno de los mayores predictores de las alteraciones sexuales en el North American National Probability Sample. ⁽¹⁸⁾ También se ha observado que la falta de bienestar mental, incluso si éste no cumple los criterios de un diagnóstico

clínico de patología mental, está fuertemente relacionada con los síntomas de bajo deseo en la mujer. ⁽¹⁹⁾

La producción adrenal de precursores de la testosterona disminuye gradualmente con la edad, empezando al final de la cuarta década. Los intentos recientes de correlacionar los niveles de testosterona con la función o disfunción sexual en las mujeres premenopáusicas son contradictorios e incluso está menos claro en las mujeres posmenopáusicas. ^(20,21) En las mujeres con menopausia quirúrgica, los suplementos de testosterona, administrados junto con los estrógenos, con niveles iguales o discretamente superiores a los valores premenopáusicos, han mostrado que aumentan la excitación, la capacidad de respuesta sexual, la intensidad y frecuencia del orgasmo y el deseo. ⁽²⁰⁾

2.1.9 Factores de la personalidad

Hay estudios indicando que mujeres preocupadas por los bajos niveles de deseo y de excitación, se caracterizan por tener una autoestima vulnerable, altos niveles de ansiedad y culpabilidad, imagen corporal negativa, introversión y somatizaciones. ⁽¹⁹⁾

En muchas mujeres con vaginismo hay un rasgo fóbico al temor a la penetración vaginal. Un subgrupo de mujeres con vestibulitis vulvar mostró un marcado temor a una valoración negativa por parte de otros, a la concienciación y a la autocrítica, así como un aumento de la somatización. ⁽¹³⁾

2.1.10 Trastornos del deseo sexual y de la excitación

La pareja se adapta a que el deseo sexual este disminuido. Si las cuestiones que distancian a la pareja no pueden abordarse en la consulta del ginecólogo se debe derivar a la pareja con terapeuta. Sin embargo el ginecólogo puede abordar el contexto sexual y el tipo de estimulación adecuado. Se puede hacer hincapié en la necesidad, en la mayoría de las mujeres, de una estimulación no física, física no genital y sexual no coital. Cuestionar las situaciones de privacidad, momento del día, también, cercanía emocional en el momento de la relación sexual. Pueden estar implicados factores biológicos que influyan sobre la excitabilidad, como el cansancio, los efectos de la mediación y la depresión. Puede ser de ayuda averiguar los pensamientos de la paciente en el momento de la potencial relación sexual. Algunas mujeres admiten evocar pensamientos negativos,

o permiten que se entrometan pensamientos negativos emergentes, cuando hay una ocasión sexual. ^(22,23)

2.1.11 Trastornos de la excitación genital

Cuando existen trastornos de la excitación genital se debe dar tratamiento con estrógenos locales (o sistémicos); si no alivia la falta de sensibilidad genital, puede ser apropiado el uso, de los inhibidores de la fosfodiesterasa, con precaución de no usarlos junto con nitratos o fármacos alfabloqueantes. De forma análoga, el uso de testosterona local (p. ej., 2% de testosterona aplicada en la zona clitorídea) no ha sido validado con estudios científicos. Según una teoría, la pérdida de la sensibilidad genital, a pesar de la presión psicológica, puede estar relacionada con la falta de efecto de los andrógenos en la vulva. ⁽¹³⁾

2.1.12 Disfunción orgásmica

Los trastornos orgásmicos durante toda la vida son más comunes que la pérdida adquirida de orgasmos. Algunas mujeres tienen disfunción orgásmica adquirida asociada a problemas de pareja, depresión, abuso de drogas, fármacos o enfermedades crónicas (p. ej., esclerosis múltiple). La mayoría de las mujeres con falta de orgasmos afirman que tienen grados moderados de excitación subjetiva (p. ej., su verdadero diagnóstico es trastorno de la excitación subjetivo, o combinado).

Cuando la mujer ha experimentado un orgasmo con la autoestimulación, puede que no sea capaz de enseñar la técnica a su pareja. Entonces se deben abordar problemas de confianza y puede ser necesaria una ayuda psicológica más intensa. ⁽¹³⁾

2.1.13 Dispareunia

La dispareunia, uno de los tipos más comunes de trastornos sexuales que trata el ginecólogo, puede afectar a dos tercios de las mujeres a lo largo de su vida. Se deben tener en cuenta los factores psicológicos y fisiológicos para valorar a la paciente con dispareunia puesto que ésta es una patología psicofisiológica. Generalmente, las mujeres con dispareunia refieren más síntomas físicos, malestar psicológico y cuestiones de

pareja que las que no tienen dolor durante el coito. Se piensa que estos factores estresantes están implicados en el mantenimiento de esta patología dolorosa crónica. ⁽²⁴⁾

Existen tres facetas para el abordaje de la dispareunia: la primera es ayudar a que la pareja tenga intimidad sexual gratificante incluso si han descartado inicialmente el coito, Segundo, identificar las cuestiones psicológicas que contribuyan y provengan del dolor crónico. Tercero, Tratar cuando sea posible, la fisiopatología subyacente que ha provocado los circuitos de dolor crónico. ⁽²⁴⁾

En las mujeres con trastornos sexuales asociados a la salpingo-ooforectomía, el primer estudio publicado sobre el tratamiento con testosterona con niveles iguales o discretamente mayores a los encontrados en las premenopáusicas mostró un incremento en la excitación/respuesta, pero no en el deseo como pensamiento/fantasías sexuales. ⁽²⁴⁾

Estudios controlados y aleatorizados multicéntricos actuales de mujeres menopáusicas naturales y quirúrgicas han mostrado una mejoría en la “actividad sexual satisfactoria general” y en los aspectos del deseo, en los cuestionarios usados. ⁽²³⁾

2.2 OOFORECTOMÍA:

La ooforectomía profiláctica se define como la extirpación de los ovarios con el objetivo de prevenir la potencial morbilidad y mortalidad a largo plazo, secundaria a la función continua de dichos órganos; puede ser realizada como un procedimiento programado, o en conjunción con una histerectomía o colectomía. ⁽¹⁾

La ooforectomía incidental se realiza en el momento de otra cirugía indicada; la extirpación se realiza porque se da la oportunidad, o porque no existen consecuencias.

¿Cómo se deben manejar los ovarios normales al realizar una histerectomía por patología uterina benigna? Conservar, o no, estos órganos, constituye una decisión que impacta en la calidad de vida y en el comportamiento ginecológico, tanto en el corto como en el largo plazo. Entre los argumentos a favor de la ooforectomía, se puede contar que históricamente, los beneficios de la ooforectomía profiláctica incluyen el alivio de los síntomas relacionados con la persistencia de la función ovárica y la prevención del cáncer de ovario. ⁽²⁾

2.3 TÉCNICA QUIRÚRGICA EN QUISTES OVARICOS:

La elección entre quistectomía ovárica y ooforectomía viene determinada por una serie de factores, que incluyen el diagnóstico preoperatorio, edad de la paciente, deseo de fertilidad futura, tamaño de la tumoración (a mayor tamaño, menor posibilidad de parénquima ovárico sano) y presencia ó ausencia de síntomas. En mujeres en edad reproductiva y con masas de riesgo bajo ó intermedio de malignización (cistoadenoma, endometrioma, dermoide,..), la preservación del ovario parece razonable. En aquellas pacientes postmenopáusicas ó premenopáusicas con deseos genésicos cumplidos, la salpingooforectomía unilateral es el tratamiento más indicado. Entre las indicaciones de ooforectomía (independientemente de la edad de la paciente) destacan la torsión ovárica asociada a necrosis, sospecha de cáncer de ovario, absceso tubo-ovárico complicado, cirugía definitiva de la endometriosis, ooforectomía electiva, hermafroditismo, tumores benignos de ovario de gran tamaño. Ovario contralateral normal Existe una tendencia generalizada a realizar ooforectomía profiláctica, con la idea de que es la mejor estrategia para disminuir la tasa de cáncer de ovario y proteger frente al cáncer de mama. Sin embargo, la extirpación de un ovario contralateral normal tiene un beneficio mínimo oncológico. Existen varios argumentos clínicos de acuerdo a los cuales es aconsejable la preservación del ovario contralateral. Además de las implicaciones conocidas de una menopausia quirúrgica sobre la calidad de vida, el riesgo subyacente de mortalidad aumenta por una castración quirúrgica temprana (fractura osteoporótica, demencia, enfermedad de parkinson, enfermedad cardiovascular). De tal manera, que la preservación de los ovarios hasta la edad de los 65 años se asocia con tasas de supervivencia más altas. Tras analizar los pros y los contras de ambas actitudes, se concluye con la afirmación que las únicas indicaciones para realizar ooforectomía bilateral en los procesos benignos serían en mujeres con mutaciones BRCA1 y 2, endometriosis grave y, finalmente, por elección de la paciente. Intervención quirúrgica adicional Las decisiones respecto a intervenciones quirúrgicas adicionales, tales como histerectomía, ooforectomía contralateral ó necesidad de estadiaje vendrán determinadas por la patología asociada así como el potencial riesgo de malignidad de la tumoración a extirpar.⁽³⁷⁾

III. Objetivos

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el impacto sexual y psicológico en pacientes con ooforectomía bilateral realizada en el Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa

3.2 OBJETIVO ESPECIFICO

3.2.1 Valorar la distribución por edad de las pacientes a quienes se les realizó ooforectomía bilateral.

3.2.2 Identificar el comportamiento sexual de pacientes a quienes se les realizó ooforectomía bilateral.

3.2.3 Determinar autovaloración psicológica de pacientes a quienes se les realizó ooforectomía bilateral.

IV. Materiales y Métodos

4.1 Tipo de Estudio

Estudio de tipo descriptivo prospectivo en base a entrevista.

4.2 Población

Pacientes a quienes se les realizó ooforectomía bilateral en el Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa.

4.3 Selección y tamaño de la muestra

Se tomó el total de los casos de pacientes con ooforectomía bilateral que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión durante el período comprendido enero a diciembre de 2014.

4.4 Unidad de Análisis

Registros médicos de pacientes a quienes se les realizó ooforectomía bilateral en el Hospital Regional de Cuilapa.

4.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

Se incluyeron a todas las pacientes de diferentes edades que fueron sometidas a ooforectomía bilateral durante el período establecido, pacientes sexualmente activas y que deseaban participar en el estudio.

Fueron excluidas las pacientes que registraron algunas de las siguientes enfermedades; endocrinas, inmunológicas, hematológicas, cáncer u otras enfermedades crónicas que afecten la libido la cual ya este comprobada; también pacientes que estaban tomando Terapia de Reemplazo Hormonal. Y las que han sido sometidas a ooforectomía unilateral.

4.6 Variables estudiadas

Edad, sexualidad y Estado psicológico.

4.7 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE LA VARIABLE	MEDICIÓN
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.	Edad en años referido por la paciente en la ficha clínica.	Cuantitativa	29 - 39 años 40 - 49 años 50 - 59 años Mayores de 60 años
Psicológico	Relativo a la manera de sentir, pensar y de comportarse de una persona.	Se tomaron datos por medio de una encuesta la cual incluye síntomas sobre estado de ánimo.	Nominal	Insomnio Depresión Ansiedad Dificultad para concentrarse Disminución de la libido Variaciones del humor
Sexualidad	Es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo. También, desde el punto de vista histórico cultural,	Datos obtenidos por medio de una encuesta la cual evaluó, deseo sexual y estado general sobre la sexualidad.	Nominal	Deseo sexual Excitación Lubricación Dolor a tener relaciones sexuales Satisfacción sexual

	<p>es el conjunto de fenómenos emocionales, de conducta y de prácticas asociadas a la búsqueda del placer sexual, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes de su desarrollo en la vida cotidiana.</p>			
--	---	--	--	--

4.7 Instrumentos utilizados para la recolección de información

Se elaboró un instrumento de recolección, se identificó a quienes se les realizó ooforectomía bilateral, registrado en los libros procedimientos en sala de operaciones y se revisaron papeletas en registro y estadística para extraer número telefónico, así lograr comunicación para citar a consulta externa y así se realizó la entrevista al momento de presentarse a la consulta. Los datos recabados con el instrumento de trabajo de campo fueron trasladados al programa Excel para realizar la tabulación de datos, los cuales fueron resumidos en tablas para su respectivo análisis.

4.9 Procesamiento para la recolección de información:

A todas las pacientes seleccionadas, se realizó una entrevista en la clínica de ginecología de consulta externa previo a su consentimiento, donde, se explicó los objetivos de la investigación y se aclararon dudas al respecto. Los datos recopilados en las boletas de recolección se tabularon en el programa Microsoft Excel al completar con la recolección

de datos de este estudio. En base a las frecuencias obtenidas se realizaron porcentajes. Como también se elaboraron tablas con los resultados para analizarlos posteriormente.

4.10 Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación

En el presente estudio la metodología utilizada se basó en la descripción de la información obtenida a partir de la boleta de recolección de datos. Los datos se analizaron de manera anónima y solo el investigador tuvo acceso a la información para así garantizar la validez y confiabilidad del estudio.

4.11 Procedimiento de análisis de información

Se utilizaron cuadros con los datos obtenidos para la presentación de resultados, los cuales fueron analizados con porcentajes y frecuencias y según la literatura.

V. Resultados

El presente estudio se realizó en 62 pacientes para determinar el impacto sexual y psicológico a quienes se les realizó ooforectomía bilateral, la distribución por edad se presenta en la tabla 1, donde se observa que fueron entre 29 a 39 años 24 (38.72%), entre 40 a 49 años 28 (45.16%), entre 50 a 59 años 6 (9.67%) y mayores de 60 años 4 (6.45%).

En la entrevista se hicieron 12 ítems relacionados con sexualidad y 6 a estado de ánimo como afección psicológica, se obtuvieron respuestas de sí y no.

Respecto a la sexualidad, datos que se describen en la tabla 2, el 77.41% refirió que si es importante su vida sexual en ese momento de su vida, el 22.58% respondió que no, luego, el 37.41% de las pacientes refirió que si piensa en sexo alguna vez, mientras que el 62.09% respondió que no; un 43.54% refirió que si tiene deseos de tener relaciones sexuales igual que antes, en tanto que un 56.45% indicaron que no. El 83.87% de las pacientes refirieron que no se niegan al momento de tener relaciones sexuales, mientras que el 16.12% de las pacientes refirió que se niega a tener relaciones sexuales. Al 61.29% de las pacientes refirieron que les cuesta excitarse y lubricar y al 30.7% respondieron que no, al preguntar si cuando esta excitada parece que lubrica igual que antes el 41.93% refirió que sí y 58.07% refirió no.

Un 79.03% refirió que tiene alguna molestia con la penetración y el 20.96% restante respondió no. 85.48% refirió que sus relaciones sexuales son incómodas y dolorosas el otro 14.51% refirió que no, después de tener relaciones sexuales el 77.41 % de las pacientes refirió que suele orinar o lavarse, en tanto, que el 22.58% indicaron que no, a el 93.54 % le cuesta alcanzar el orgasmo cuando tiene relaciones sexuales y el 6.45% indico que no. Se encontró que un 53.22% tiene algún cambio en su vida sexual en general y que el 46.77% no, las pacientes que están satisfechas con su vida sexual corresponde al 27.4% y la que no al 72.58%.

Respecto al estado de ánimo, datos que se describen en la tabla 3, el 43.54% refirió que si padece de insomnio y 56.45% no lo padece. En cuanto a si se siente deprimida el 37.50% de las pacientes refirió que sí y el 62.50% refirió que no, así también sobre la ansiedad el 79.03 % refirió que si se siente ansiosa y 29.96% que no, las pacientes que si tienen dificultad para concentrarse son 59.67% y un 40.32% refirió que no, 54.83% si refirió disminución de la libido y 46.16% no, de la pacientes el 66.12% refirió que si tiene variaciones de humor y 33.87% refirió que no.

TABLA No.1

Grupo de edad de pacientes a quienes se les realizo ooforectomia bilateral, en el Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, Enero a Diciembre 2014.

GRUPO DE EDADES	No.	%
29 a 39 años	24	38.72
40 a 49 años	28	45.16
50 a 59 años	6	9.67
Mayores de 60 años	4	6.45
TOTAL	62	100

TABLA No.2

Distribución de las respuestas por Items referente al impacto sexual en las pacientes a quienes se les realizo Ooforectomia bilateral, en el Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, Enero a Diciembre 2014.

ITEM	SI	%	NO	%
Cree que la sexualidad es importante en este momento de su vida	48	77.41	14	22.58
Alguna vez piensa en sexo	23	37.1	39	62.09
Tiene deseos de tener relaciones sexuales igual que antes	27	43.54	35	56.45
Cuando su pareja le busca, lo acepta	52	83.87	10	16.12
Siente que le cuesta excitarse y lubricar	38	61.29	24	30.7
Cuando esta excitada le parece que lubrica igual que antes	26	41.93	36	58.07
Tiene alguna molestia con la penetración	49	79.03	13	20.96
Sus relaciones sexuales son incomodas y dolorosas	53	85.48	9	14.51
Después de las relaciones le duele al orinar o lavarse	48	77.41	14	22.58
Le cuesta alcanzar el orgasmo cuando tiene relaciones sexuales	58	93.54	4	6.45
Tiente algún cambio en su sexualidad general	33	53.22	29	46.77
Está satisfecha con su vida sexual	17	27.41	45	72.58

TABLA No. 3

Distribución de las respuestas por Items referente al impacto psicologico en las pacientes a quienes se les realizo Ooforectomia bilateral, en el Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa, Enero a Diciembre 2014.

ITEM	SI	%	NO	%
Insomnio	27	43.54	35	56.45
Depresión	23	37.50	39	62.50
Ansiedad	49	79.03	13	20.96
Dificultad para concentrarse	37	59.67	25	40.32
Disminución de la libido	34	54.83	28	46.16
Variaciones del humor	41	66.12	21	33.87

VI. Discusión y análisis

En nuestra sociedad existe una gran cantidad de mitos o tabúes que perjudican la vida sexual, la autoestima, seguridad y confianza son importantes para llevar una vida sexual activa y satisfactoria. La seguridad y confianza de la persona se debe dar desde el cortejo de la pareja, el autovisualizarse como una persona segura de sí misma y aceptándose es un punto a favor, la cultura de la persona, educación, desenvolvimiento ante los demás también cuentan a favor.

En el estudio se encontró que el rango de edad predominante en de 40 a 49 años es de 28 (45.15%) seguido de 29 a 39 años 24 (38.72%), este dato coincide con la literatura que el en la cuarta década de la vida en adelante las mujeres presentan la mayoría de las patologías ginecológicas por lo cual son sometidas a procedimientos quirúrgicos como histerectomía, exploración pélvica u otros procedimientos; y según el criterio del cirujano se realiza la extirpación de ambos ovarios, y el otro grupo de edad tiene un significativo número de frecuencia en este estudio. Respecto al comportamiento sexual de las pacientes entrevistadas el 77.41 % refirió, como la literatura indica, que si es importante su vida sexual; hay que tomar en cuenta que el grupo de mujeres estudiadas oscila la mayoría en edad fértil que comprende hasta los 44 años. El 22.58% que refirió que no es importante lo cual puede que uno de los factores que influyen para no darle importancia es la edad mayor, enfermedades crónicas o estilo de vida, como también el tipo de relación y comunicación con la paciente. El interés sexual está influenciado por su ánimo psicológico, sus creencias y valores, expectativas, orientación sexual, preferencias y por la presencia de un ambiente erótico y seguro.

37.41% de la pacientes refirió que si piensa en sexo alguna vez, mientras que el 62.09% respondió que no, según estudios realizados las mujeres piensan en sexo, ya sea por estar complacidas por el mismo o bien por presentar problemas en su sexualidad y no hay consultado con el ginecólogo; un 43.54% refirió que si tiene deseos de tener relaciones sexuales igual que antes, se describe que las mujeres sin ambos ovarios o bien en la pre menopausia puede continuar con su interés de deseo sexual sin cambios y puede deberse a que sus niveles de estrógenos y testosterona adecuados, otro factor influyente es el estado psicológico, ya que como en este estudio el 56.45% indicaron que no tienen interés por el sexo y como se mencionó son varios los factores que intervienen en esto, por lo que hay que individualizar cada caso. El 83.87% de las pacientes refirieron que no

se niegan al momento de tener relaciones sexuales mientras que el 16.12% de las pacientes refirió que se niega a tener relaciones sexuales, hay un estudio sobre las prácticas sexuales realizado en Estados Unidos que se realizó a parejas, donde, refirieron tener relaciones sexuales aun cuando la mujer no siente deseos indicando que acceden a tener relaciones para satisfacer a su pareja, y tal como se muestra en este estudio, y a algunas pacientes se les interrogo sobre la causa por la que acceden a tener relaciones sexuales, refiriendo que por deseos, otras por temor a que su pareja le sea infiel, ya que no identifican la causa exacta.

61.29% de las pacientes refirieron que les cuesta excitarse y lubricar y al 30.7% respondieron que no, al preguntar si cuando esta excitada parece que lubrica igual que antes el 41.93% refirió que sí y 58.07% refirió no. Un 79.03% refirió que tiene alguna molestia con la penetración y el 20.96% restante respondió no. 85.48% refirió que sus relaciones sexuales son incomodas y dolorosas el otro 14.51% refirió que no. Estos datos obtenidos son de suma importancia ya que las relaciones sexuales para que sean satisfactorias debe haber una adecuada respuesta a la excitabilidad la cual se ve influenciada por varios cambios físicos que acompañan a la excitación subjetiva y a los sentimientos eróticos. Estos cambios consisten en la congestión genital, aumento de la lubricación vaginal, congestión de la mama y endurecimiento del pezón, aumento de la sensibilidad cutánea al estímulo sexual, cambios en la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea, el tono muscular, la respiración, la temperatura corporal, la coloración de la piel y la vasodilatación en el pecho, las mamas y la cara. Con la estimulación sexual hay una adecuada respuesta para la excitabilidad, si uno de estos factores se encuentra alterado la reacción el acto sexual no será satisfactorio como lo muestra los resultados obtenidos.

El 93.54 % le cuesta alcanzar el orgasmo cuando tiene relaciones sexuales y el 6.45% indico que no, esto se puede debe a que como ya se mencionó si uno de los factores de respuesta a la excitabilidad se encuentra alterado habrá una respuesta sexual inadecuada, ya que para alcanzar el orgasmo se requiere de una adecuada estimulación; La literatura describe que algunas mujeres tienen disfunción orgásmica adquirida asociada a problemas de pareja.

Se encontró que un 53.22% tiene algún cambio en su vida sexual en general y que el 46.77% no, según refirieron las pacientes estos cambios se han dado después de la cirugía que se les realizo indicando después de esto no resolvieron algunas dudas respecto al tener relaciones sexuales, otras indicaron que antes de la cirugía habían

notado que su vida sexual había tenido un cambio, especificado más por la pacientes de mayor edad.

Las pacientes que están satisfechas con su vida sexual corresponde al 27.4% y la que no al 72.58% esto es debido a que factores emocionales, el tipo de relación con la pareja, enfermedades crónicas o la autovaloración interfieren en el comportamiento sexual, y en el ciclo de respuesta sexual lo que dificulta la lubricación y sin una adecuada lubricación la mujer sufre de dispareunia y esto impide concluir con el acto sexual de manera satisfactoria.

Respecto al estado de ánimo 43.54% refirió que si padece de insomnio, un 37.50% se siente deprimida, así también sobre la ansiedad el 79.03 % refirió sentirse ansiosa. Las pacientes que si tienen dificultad para concentrarse son el 59.67%, en tanto que un 54.83% si refirió disminución de la libido, y el 66.12% presenta variaciones del humor, los estudios han mostrado que, aquellas mujeres que están preocupadas por los bajos niveles de deseo y de excitación, se caracterizan por tener una autoestima vulnerable, altos niveles de ansiedad y culpabilidad, imagen corporal negativa, introversión y somatizaciones. Durante la entrevista realizadas a las pacientes se les pidió que su respuesta fuera en base a cambios o alteraciones identificadas después de la cirugía, ya que cuando hablamos del estado de ánimo este se ve influenciado por el entorno actual en el que se encuentra la paciente, por lo que, las respuestas fueron aceptadas en base su sentir con sus relaciones sexuales en ese momento.

Las gónadas femeninas son de mucha importancia en la mujeres independientemente de su edad ya que estas se encargan de regular la función hormonal para que la mujer sienta un balance sexual y emocional adecuado, es evidente la afección que se reporta en este estudio, sin embargo estos datos son solo una guía para valorar el impacto que se ve reflejado en pacientes con ooforectomía bilateral, ya que el mayor porcentaje de pacientes se encontró en edad fértil y un menor porcentaje mujeres arriba de los 50 años de edad donde estos cambios son fisiológicos mientras más avanzada este la edad de la paciente.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1** El estudio estuvo conformado por 62 pacientes a quienes se les realizó ooforectomía bilateral y el 83.88 % de estas pacientes tenían entre 29 a 49 años de edad.
- 6.1.2** De acuerdo a los resultados del cuestionario aplicado más del 50% de las mujeres presentaron disfunción sexual siendo más afectadas la excitación, lubricación, relaciones dolorosas y la falta de orgasmo.
- 6.1.3** El mayor porcentaje (83.87%) de pacientes respondió no se rehúsa a tener relaciones sexuales sin identificar la causa exacta.
- 6.1.4** Ansiedad y variaciones de humor son los cambios psicológicos que han presentado mayormente las pacientes en un 79.03% y 66.12%.
- 6.1.5** En menor porcentaje (37.1%), pero importante, la presencia de depresión en el grupo de pacientes entrevistadas, la cual fue relacionada después de la cirugía y no asociándolo a las relaciones sexuales específicamente.

6.2. RECOMENDACIONES

- 6.2.1** Orientar a la población estudiada sobre las normas generales de salud que comprenden un estilo de vida saludable en relación a la dieta, ejercicio, cuidado del peso corporal y tratamiento, ya que se ha observado que un estilo de vida saludable tiene un efecto positivo en la vida sexual en general.
- 6.2.2** A los especialistas y residentes de postgrado en ginecología y obstetricia realizar estudios relacionados, y así evaluar de forma continua la vulnerabilidad de la mujer que se le realiza ooforectomía bilateral.
- 6.2.3** Dentro de la evaluación integral de toda mujer con ooforectomía bilateral incluir la evaluación de la sexualidad y abordar las acciones terapéuticas para contribuir a mejorar su calidad de vida.
- 6.2.4** Evaluar la terapia de reemplazo hormonal pertinente en las pacientes a quienes se les realice ooforectomía bilateral, según sus síntomas o como terapia establecida.

VII. Referencias bibliográficas

1. Leonardo Orozco-Saborio. Revisión: CONTROVERSIAS DE LA OOFORECTOMIA PROFILÁCTICA BILATERAL DURANTE LA HISTERECTOMÍA ELECTIVA. Acta Medica Costarricense, vol 50 (3) 2008, Julio – Septiembre 2008. Colegio de Médicos y Cirujanos
2. María Teresa Urrutia S. PhD 1a, Alejandra Araya G. PhD 1a, Oslando Padilla P.2b SEXUALIDAD E HISTERECTOMÍA: DIFERENCIAS ENTRE UN GRUPO DE MUJERES CON Y SIN OOFORECTOMÍA. Revista chilena de obstetricia y ginecología 2011; Vol76(3): 138 – 146
3. Hoogendoorn D. The odds on hysterectomy and estimation of the number of cancer deaths prevented by hysterectomies in their current incidence. Ned Milit Geneeskd Tijdschr 1984;128 (41): 1937-1940.
4. Parker WH, Broder MS, Liu Z, Shoupe D, Farquhar C, Berek JS. Ovarian conservation at the time of hysterectomy for benign disease. Obstet Gynecol 2005; 106: 219-226.
5. Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, et al. Low desire in mid-life and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. Menopause 2004; 11:726-740.
6. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. Arch Sex Behav 2003; 32:193-211.
7. Hawton K, Gath D, Day A. Sexual function in a community sample of middle-aged women with partners: effects of age, marital, economics, psychiatric, gynecological and menopausal factors. Arch Sex Behav 1994; 23:375-395. Citado aquí
8. Mansfield PK, Koch PB. Qualities midlife women desire in their sexual relationship and their changing sexual response. Psychol Women Q 1998; 22:282-303.

9. Yucel S, de Souza A, Baskin LS. Neuroanatomy of the human female lower urogenital tract. *J Urol* 2004; 172:191-195.
10. Cain VS, Johannes CB, Avis NE. Sexual functioning and practices in a multi-ethnic study of mid-life women: baseline results from SWAN. *J Sex Res* 2003; 40:266-276.
11. Regan P, Berscheid E. Belief about the state, goals and objects of sexual desire. *J Sex Marital Ther* 2006; 2:10-120.
12. Galyer KT, Conaglen HM, Hare A, et al. JV. The effect of gynecological surgery on sexual desire. *J Sex Marital Ther* 2009; 25:81-88.
13. Jonathan S. Berek MD, MMS, et all *Ginecología de Novak* 14th Edition 2008 Lippincott Williams & Wilkins (Cap. 11 Pag 306)
14. Blaustein JD. Progestin receptors: neuronal integrators of hormonal and environmental stimulation. *Ann N Y Acad Sci* 2003;1007:1-13
15. Van Lunsen RHW, Laan E. Genital vascular responsive and sexual feelings in midlife women: psychophysiologic, brain and genital imaging studies. *Menopause* 2004; 11:741-748.
16. Ottesen B, Pedersen B, Neilsen J, et al. Vasoactive intestinal polypeptide (VIP) provokes vaginal lubrication in normal women. *Peptides* 1987;8:797-800
17. Creighton SM, Crouch NS, Foxwell NA, et al. Functional evidence for nitregeric neurotransmission in human clitoral corpus cavernosum: a case study. *Int J Impot Res* 2004;16:319-324
18. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 2003;32:193-211

19. Hartmann U, Heiser K, Rüffer-Hesse C, et al. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors, a new direction for treatment. *World J Urol* 2002; 20:79-88
20. Laan E, van Lunsen RHW. Hormones and sexuality in postmenopausal women: a psychophysiological study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997;18:126-133.
21. Nyunt A, Stephen G, Gibbin J, et al. Androgen status in healthy premenopausal women with loss of libido. *J Sex Marital Ther* 2005; 31:73-80.
22. Rosen RC, Leiblum SR. Treatment of sexual disorders in the 1990s: an integrated approach. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:887-890
23. M.C Luis Segundo Zamora U. ALTERACIONES DE LA SEXUALIDAD EN LA MENOPAUSIA, Trabajo especial de grado presentado ante el técnico de la división de estudios para graduados de la universidad de Zulia para optar el título de Especialista en Ginecología y obstetricia Hospital "Nuestra Señora de Chiquinquirá"
24. Meana M, Binik YM, Khalif ES, et al. Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstet Gynecol* 1997;90:583-589
25. Maure Barcia J. Síntomas vasomotores en la mujer climatérica. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2011; 37(4): 577-92.
26. Couto Núñez D, Nápoles Méndez D. Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social. *MEDISAN.* 2012 [citado 22 Oct 2012]; 16(8). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_8_12/san01812.htm
27. Santiesteban Alba S. Atención integral a las mujeres de edad mediana. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2011; 37(2): 251-70.

28. Estudio y tratamiento de mujeres en el climaterio y la posmenopausia. Punto de vista de la Asociación Mexicana para el estudio del climaterio en el año 2010. *Ginecol Obstet Mex.* 2010; 78(8):423-40.
29. Bastías, E. Sanhueza, O. (2004). Conductas de autocuidado y manifestaciones perimenopáusicas en mujeres de la comuna de Concepción Chile. *Cienc. Enferm* 10 (1), 41-56.
30. Bianchi, M. (2002). Capacidad cognitiva y uso de terapia de reemplazo hormonal. *Boletín de la Sociedad de Climaterio* 7 (1): 3.
31. Caballero, D; Díaz, M; Salabarría, M. (2008). Climaterio y algunos aspectos biopsicosociales de su sexualidad. *Rev haban cienc méd*, 7 (2):78-82. Candiotti J. (1998). Climaterio - Menopausia. Avances sobre la investigación en Climaterio. *Revista Peruana del Climaterio*, 1(1): 56-59.
32. Casteló-Branco, C; Blümel, J; Araya, H; Riquelme, R; Castro, G; Haya, J (2003).
33. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. *J. Obstet Gynaecol* 23 (4), 426-430.
34. Crespo I. (1998). Receptores esteroideos y las manifestaciones clínicas. *Boletín de la Sociedad Peruana del Climaterio*. 2 (2):28-32.
35. Dawson – Saunders, B; Trapp, R. (1993). *Bioestadística Médica. Manual Moderno.* México. Pág. 11.
36. Dennerstein, L; Lehert P; Burger, H; Dudley, E. (2001). Mood and the Menopausal Transition. *J Nerv Ment Dis*, 187: 685-691.
37. Liberis V, Tsikouras P, Zografos Ch, Ammari A, Dislian V, Iatrou Ch, et al. The contribution of laparoscopy to the diagnosis of adnexal masses in young and premenopausal women. *Eur J Gynaecol Oncol* 2009; 30 (4): 402-407.

VIII. Anexos

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

IMPACTO PSICOLÓGICO Y SEXUAL EN PACIENTES CON OOFORECTOMÍA BILATERAL REALIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA SANTA ROSA

Registro: _____ Edad: _____ teléfono: _____

Cirugía realizada: ooforectomia Bilatera Si__ No__

1) ¿Cree que la sexualidad es importante en este momento de su vida?

Si__ No__

2) ¿Alguna vez piensa en sexo?

Si__ No__

3) ¿Tiene deseos de tener relaciones sexuales igual que antes?

Si__ No__

4) ¿Cuando su pareja le busca, lo acepta?

SI__ No__

5) ¿Siente que le cuesta excitarse y lubricar?

Si__ No__

6) ¿Cuando esta excitada le parece que lubrica igual que antes?

Si__ No__

7) ¿Tiene alguna molestia con la penetración?

Si__ No__

8) ¿Sus relaciones sexuales son incómodas y dolorosas?

Si__ No__

9) ¿Después de las relaciones le duele al orinar o lavarse?

Si__ No__

10) ¿Le cuesta alcanzar el orgasmo cuando tiene relaciones sexuales?

Si__ No__

11) ¿Siente algún cambio en su sexualidad general?

Si__ No__

12) ¿Está satisfecha con su vida sexual?

Si__ No__

Síntomas psicológicos

1) Insomnio

Si__ No__

2) Depresión

Si__ No__

3) Ansiedad

Si__ No__

4) Dificultad para concentrarse

Si__ No__

5) Disminución de la libido

Si__ No__

6) Variaciones del humor

Si__ No__

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "IMPACTO SEXUAL Y PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON OOFORECTOMÍA BILATERAL" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.