

**DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES
POSTHISTERECTOMIZADAS.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA ESTELA MOLINA MONROY

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E.

	pág.
INTRODUCCION.....	" 1
CAPITULO I.	
LA HISTERECTOMIA.	
1.1 CONCEPTO DE HISTERECTOMIA.....	" 8
1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA HISTERECTOMIA.....	" 8
1.3 CLASIFICACION DE LA HISTERECTOMIA.....	" 11
1.3.1 Histerectomia Abdominal.....	" 11
1.3.2 Histerectomia Vaginal.....	" 12
1.4 INDICACIONES DE LA HISTERECTOMIA.....	" 13
1.4.1 Patologías Benignas Condicionantes De Histerectomia.....	" 13
1.4.2 Patologías Malignas Condicionantes De Histerectomia.....	" 14
1.4.3 Histerectomia Electiva.....	" 14
CAPITULO II.	
SEXOLOGIA.	
2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA SEXOLOGIA.....	" 16
2.2 CONCEPTOS BASICOS EN SEXOLOGIA.....	" 18
2.2.1 Concepto De Salud Sexual.....	" 18
2.2.2 Concepto De Sexologia Y Sexualidad.....	" 20

2.3	ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO GENITAL FEME- NINO.....	" 21
2.4	TEORIAS QUE ABORDAN LA SEXUALIDAD.....	" 23
2.4.1	El Enfoque Psicoanalitico.....	" 23
2.4.2	El Enfoque Conductista.....	" 23
2.4.3	Teoria Racional Emotiva.....	" 24
2.4.4	Teoria De Los Sistemas.....	" 25
2.4.5	Teoria De La Gestalt.....	" 26
2.5	CONCEPTO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA.....	" 27
2.6	MODELOS DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA.....	" 27
2.7	EL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA. ESQUEMA DE MASTERS Y JOHNSON.....	" 29

CAPITULO III.

DISFUNCIONES SEXUALES.

3.1	CONCEPTO DE DISFUNCION SEXUAL.....	" 41
3.2	DISFUNCIONES SEXUALES EN LA RESPUESTA SEXUAL FE- MENINA.....	" 43
3.2.1	Disfunciones Sexuales De Acuerdo A Masters Y Johnson.....	" 43
3.2.2	Disfunciones Sexuales De Acuerdo Al Dr. Alva- rez Gayou.....	" 44
3.3	ETIOLOGIA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES.....	" 47
3.3.1	Etiologia Biológica.....	" 48
3.3.2	Etiologia Psicológica.....	" 48
3.3.3	Etiologia Social Y Educativa.....	" 51

3.3.4	Etiología Por Problemas En La Pareja.....	" 52
-------	---	------

CAPITULO IV.

INVESTIGACIONES REALIZADAS EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS.

4.1	INVESTIGACIONES REALIZADAS EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS.....	" 56
-----	--	------

CAPITULO V.

M E T O D O L O G I A.

5.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	" 71
5.2	OBJETIVO GENERAL.....	" 71
5.3	TIPO DE INVESTIGACION.....	" 72
5.4	HIPOTESIS.....	" 72
5.4.1	Hipótesis Alternativa.....	" 72
5.4.2	Hipótesis Nula.....	" 72
5.5	DEFINICION DE VARIABLES.....	" 73
5.5.1	Variable Independiente.....	" 73
5.5.2	Variable Dependiente.....	" 73
5.6	DESCRIPCION DE LA MUESTRA.....	" 74
5.6.1	Criterios De Inclusión.....	" 74
5.6.2	Criterios De Exclusión.....	" 75
5.6.3	Variabes Controlables.....	" 76
5.7	INSTRUMENTOS DE MEDICION.....	" 76
5.7.1	Entrevista Semi Estructurada.....	" 76
5.7.2	Cuestionario De Szpirman Para Evaluar Satisfacción Sexual En Mujeres.....	" 77

5.7.3	Cuestionario Para Evaluar Disfunciones Sexuales En mujeres.....	" 78
5.8	PROCEDIMIENTO.....	" 92
5.9	LIMITACIONES.....	" 93

CAPITULO VI

PRESENTACION DE ANALISIS DE RESULTADOS.

6.1	ANALISIS DE RESULTADOS.....	" 95
-----	-----------------------------	------

CAPITULO VII.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.

7.1	CONCLUSIONES.....	" 102
7.2	COMENTARIOS.....	" 103

A P E N D I C E.

A.1	CUESTIONARIO PILOTO PARA SER CALIFICADO POR JUECES.....	" 106
A.2	CUESTIONARIO PILOTO PARA SER EVALUADO ESTADISTICAMENTE.....	" 114
A.3	ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA.....	" 118
A.4	CUESTIONARIO DE SZPIRMAN PARA EVALUAR SATISFACCION SEXUAL EN MUJERES.....	" 123
A.5	CUESTIONARIO PARA EVALUAR DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES.....	" 127
A.6	VOCABULARIO MEDICO.....	" 131

Pág.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... " 134

B I B L I O G R A F I A..... " 139

I N T R O D U C C I O N .

La inquietud de realizar esta investigación, surgió del hecho de que, en diversas mujeres entrevistadas en un estudio piloto, que se realizó en un hospital de ginecología, se encontró que las mujeres que iban a ser histerectomizadas, presentaban cierto grado de ansiedad, temor y duda, sobre los posibles cambios en su vida sexual después de la intervención quirúrgica. Este hecho puede deberse a la falta de información referente a la cirugía, lo que conduce a la mujer a fantasear acerca de sus órganos genitales, y por ende, surge el temor y la duda hacia su vida sexual futura. Algunas de estas fantasías son: el quedar hueca, el quedar sin sexo y el no ser atractiva sexualmente.

Para muchas mujeres el útero simboliza capacidad sexual y lo consideran esencial para obtener respuesta sexual. Si la mujer piensa que el útero es imprescindible para la respuesta sexual, puede tornarse disfuncional, si se le extirpa el útero. Las mujeres también pueden sentir que su útero se halla íntimamente ligado con sus sensaciones de atractividad y deseabilidad sexual. Por lo tanto, su eliminación equivale a una desexualización, que les destruye su identidad y su función como mujeres. Muchas mujeres que han tenido todos los hijos que querían y aunque ya no desean volver a embarazarse, se sienten perturbadas porque la histerectomía, las priva de la posibilidad de volver a embarazarse.

En sus vidas la posibilidad del embarazo tiene un significado femenino simbólico que lamentan perder.

La presencia del útero significa ser completa e íntegra y su eliminación deja en ellas un vacío. Para algunas mujeres el útero es fuente de juventud, de fuerza, de energía y de bienestar, porque regula la salud general del organismo, de modo que pueden considerar perdida su juventud porque han perdido su útero.

Las mujeres sienten que su compañero sexual captará que no tienen útero, que a causa de esto, habrá de experimentar el acto sexual de distinta manera, y contemplaría como menos femenina, menos mujer, vieja o defectuosa. Está el temor, de que el compañero la desprecie o la abandone a cambio de otra mujer completa, en el sentido de ofrecerle un hijo, o completa en el sentido de no haber sido desexualizada, dañada o inutilizada. Las mujeres suelen recurrir a todos estos términos para describir su reacción frente a la pérdida del útero.

Derogatis ha dicho que: "La cirugía ginecológica afecta siempre a la función sexual... aunque no entrañe procedimientos dramáticos ni neoplasia maligna. En los casos en que se agrega el peligro para la vida, la incidencia de disfunción es mucho mayor" (28). La incidencia de trastornos sexuales en pacientes histerectomizadas ha sido objeto de varios estudios; a saber:

Estudio	año.	% de disfunción sexual.
Huffman.	1950	10
Dodds y Col.	1961	15
Patterson y Craig.	1963	18
Munday y Cox.	1967	28
Richards.	1974	38
Dennerstein y Col.	1977	37

Como se puede ver, el porcentaje de disfunciones sexuales ha aumentado a medida que estos estudios se tornan más recientes, incrementándose en 28 %.

La seguridad usual de la mujer en su papel sexual, puede perderse en forma transitoria o permanente, como consecuencia de la experiencia quirúrgica.

Conociendo de antemano que, la histerectomía tiene una connotación muy significativa, ya que al órgano que se extirpa se le da un valor simbólico, que tiene que ver con la identidad femenina, vida sexual y estado emocional de la paciente, se proyectó esta investigación para determinar si existe relación

entre histerectomía y disfunción sexual.

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, esta investigación se realizó en un centro hospitalario, en el servicio de ginecología.

El resultado de esta investigación, orienta al psicólogo, para conocer el tipo de psicoterapia, que se les puede brindar a las pacientes con problemas de disfunciones sexuales.

El presente trabajo se divide en siete capítulos:

En el capítulo I, se trata el concepto de histerectomía, sus antecedentes históricos, la clasificación y las indicaciones de la misma.

Capítulo II, se proporciona una visión general de los conceptos más relevantes de la sexología: antecedentes históricos, anatomía y fisiología del aparato genital femenino, teorías que abordan la sexualidad y los diferentes modelos de la respuesta sexual humana.

Capítulo III, se describen las disfunciones sexuales en la respuesta sexual femenina y la etiología de las mismas.

Capítulo IV, se exponen una serie de investigaciones en pacientes histerectomizadas, realizadas en México y otros países, ordenadas de manera cronológica.

Capítulo V, se da a conocer el proceso metodológico, que se llevó a cabo en la investigación.

Capítulo VI, se presenta el análisis de resultados.

Capítulo VII, se exponen las conclusiones y comentarios.

CAPITULO I.

LA HISTERECTOMIA.

1.1 CONCEPTO DE HISTERECTOMIA.

Etimológicamente la palabra histerectomía, está formada de las siguientes raíces griegas:

Histeros = útero.

Extomía = extirpar.

Cabe mencionar que en épocas pasadas, la histerectomía se conoció con los nombres de: Micectomía o Uterectomía.

La histerectomía es una intervención quirúrgica, a través de la cual se extirpa el útero total o parcialmente. Esta se puede realizar por vía abdominal o por vía vaginal.

1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA HISTERECTOMIA.

CHARLES CLAY (1843), en Manchester, realizó la primera resección completa de un útero miomatoso.

WALTER BURNHAM (1853), en Massachusetts, realizó una histerectomía de un útero miomatoso, en una paciente que sobrevivió. (7)

RAFAEL LAVISTA (1876), practica la primera histerectomía en México. (17)

ERNIL REIS (1895), en Chicago, realizó una histerectomía abdominal radical, con remoción de ganglios como tratamiento del Cáncer de cérvix.

WERTHEIN (1898), en Viena, popularizó esta técnica en Europa, realizando un gran número de histerectomías, con menos mortalidad que sus antecesores, pero aún significativa (10%) y con una morbilidad alta, debido a la necrosis uretral.

SUAREZ GAMBOA (1872-1915), es autor de la primera publicación de un tema ginecológico en México: "La Histerectomía". (17)

RICHARDSON (1929), en Baltimore, desarrolló y popularizó la extirpación intrafacial, la cual se considera como la histerectomía clásica, y constituye la mejor técnica, para el tratamiento quirúrgico de la patología pélvica benigna. Se considera un método seguro y que previene las fistulas. (7)

MAIGS (1943), en Massachusetts, retomó la técnica de

Wertheim, la desarrolló con los nuevos materiales de sutura y redujo al 1 % la mortalidad, sin reducir la morbilidad, principalmente las fistulas.

MAYO (1915), en Chicago, aconsejó la operación para el tratamiento del prolapso; HEANEY y la ESCUELA DE CHICAGO (1934), estimularon la ejecución de éste método en Estados Unidos. En Inglaterra, fueron decididos defensores de la histerectomía vaginal, G. ARMITAGE (1939), PALMER (1948), GWILLIM (1950) y, desde luego, HAWKSWORTH y ROUX (1958), los cuales con excepción de Green Armitage, prefirieron ejecutar la operación en presencia de prolapso. (7)

En una revisión estadística hecha en México, relacionada a la histerectomía, se encontró que, de junio de 1962 a enero de 1966, en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 1 del IMSS, se llevaron a cabo 124 histerectomías vaginales, de entre 2790 operaciones ginecológicas (4.44 %). Se practicó con mayor frecuencia en pacientes en la sexta década de la vida, siendo la más joven de 33 años y la mayor de 64, con un promedio de 54.8 años.

En la gran mayoría aparecieron antecedentes de multiparidad, con sólo 2 casos de nuligestas, 6 de primigestas y 9 secundigestas. En sólo 6 pacientes existieron antecedentes de partos distócicos, en 1 operación cesárea y en 13 legrados

uterinos.

Asimismo, de mayo de 1963 a junio de 1965, se realizaron en el mismo Hospital 300 operaciones de histerectomía abdominal, pero presentándose la mayor incidencia en pacientes de 40 a 45 años. (4)

En un estudio realizado en Estados Unidos, de 1970 a 1976, se encontró que más de 3.5 millones de mujeres de 15 a 44 años, fueron sometidas a histerectomía no radical; 28 % por vía vaginal y 72 % por vía abdominal. (7)

En un estudio realizado en México, en el Instituto De Perinatología, se encontró que, de enero de 1986 a junio de 1987, se realizaron un total de 287 histerectomías, de las cuales 233 se llevaron a cabo por vía abdominal y 54 por vía vaginal, presentándose mayor incidencia en pacientes de 36 a 40 años. (4)

1.3 CLASIFICACION DE LA HISTERECTOMIA.

1.3.1 Histerectomía Abdominal.

Es la extirpación del útero, a través de una incisión

practicada en la pared abdominal; existen tres variedades:

- a) Histerectomía total. Es la extirpación del cuerpo y cuello uterinos.
- b) Histerectomía subtotal. Es la extirpación parcial del útero, respetando el cuello uterino. También se conoce con los nombres de supraceruical o histerectomía supravaginal.
- c) Histerectomía radical. Es la extirpación total del útero, parte superior de la vagina y en los casos de cáncer, también de los parametrios. Existen tres variedades:

Histerectomía radical de Wertheim.

Histerectomía radical modificada.

Histerectomía radical y linfadenectomía pelviana.

1.3.2 Histerectomía Vaginal.

Consiste en la extirpación del útero, a través de la vagina. Hay dos variedades:

a) Operación de Schauta Amereich. Es una histerectomía vaginal, ampliada con anexectomía bilateral, incluyendo la parte superior de la vagina y la máxima cantidad de tejido paracervical.

b) Operación de Troceamiento. Es la histerectomía vaginal, en la que el útero se separa en dos mitades laterales, cada una de las cuales se hace descender y se extirpa sucesivamente.

1.4 INDICACIONES DE LA HISTERECTOMIA.

1.4.1 Patologías Benignas Condicionantes de Histerectomía.

Las patologías condicionantes son:

- a) Miomatosis uterina.
- b) Endometriosis.
- c) Adenomiosis.
- d) Hiperplasia Endometrial.
- e) Otras patologías obstétricas.

1.4.2 Patologías Malignas Condicionantes De Histerectomía.

- a) Carcinoma Endometrial.
- b) Sarcoma De Utero.
- c) Cáncer De Cèrvix.
- d) Tumores Malignos De Ovario.

1.4.3 Histerectomía Electiva.

Es la que se realiza con el propósito de prevención de cáncer cèrvico-uterino, de cáncer de endometrio, de problemas menopáusicos y la anticoncepción.

El consenso general de la ginecoobstetricia actual, no aprueba la práctica electiva de la histerectomía, por considerar la evaluación del riesgo, mayor que el beneficio.

(5)

CAPITULO II.

S E X O L O G I A.

2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA SEXOLOGIA.

MELAMPO (1500 a.c.), médico y profeta, trató con problemas relacionados con la sexualidad humana. Dichos tratamientos estuvieron orientados psicológicamente, incluyendo hipnoterapia. (1)

HAVELOCK ELLIS (1896-1928), médico inglés, publicó un trabajo titulado "Studies In The Psychology Of Sex". En el que afirmaba que, las actitudes adoptadas frente a lo sexual, dependían del individuo y se determinaban por su cultura. (1)

SIGMUND FREUD (1856-1939), habló del inconsciente, exploró sus relaciones con el comportamiento consciente, identificó los componentes sexuales de la personalidad e ideó el proceso terapéutico denominado psicoanálisis. Freud fue uno de los primeros médicos que se interesó en los problemas sexuales y que trató de dar interpretación a dichos problemas, en un sentido terapéutico enfocado en relación a sus vidas. (9)

THEODOR HENDRIK VAN DE VELDE (1873-1937), fue de los contribuyentes en el campo de la sexología. Escribió un libro

llamado "Ideal Marriage", publicado en 1926, fue el primer manual para casados, en el que se describía todo lo relacionado con la fisiología sexual, que se conocía en esos tiempos. En el cual mencionaba que, la sexualidad no es un mal en si como se conocía en la época Victoriana. (34)

ROBERT LATOU DICKINSON (1861-1950), médico ginecólogo, fue la primera figura importante en los Estados Unidos, en los estudios de sexología humana. Amplia los conocimientos en relación a la anatomía interna de la mujer. (1)

ALFRED G. KINSEY (1894-1956), zóologo, fue el fundador del "Institute For Research" de B. Indiana en 1938. En "Sexual Behavior In The Human Male" (1948) y "Sexual Behavior In The Human Female" (1953), Kinsey y sus colaboradores, fueron los primeros en estudiar la sexualidad desde el punto de vista cuantitativo. (25)

Hasta hace relativamente poco tiempo, la corriente psicológica, al igual que la corriente psiquiátrica Americana, tendían básicamente a un enfoque psicodinámico y psicoanalítico, en lo que se refiere a la etiología y tratamiento de las disfunciones sexuales.

Los autores arriba citados, nos señalan que las técnicas

de terapia conductista, al igual que, otros enfoques no dinámicos, aparecen en la literatura alrededor de los años cincuentas, pero no tienen un efecto significativo sobre las prácticas terapéuticas prevalecientes en ese entonces. Sólo con la publicación de MASTERS y JOHNSON, en 1970, de su obra "Incompatibilidad Humana", se produce el cambio más relevante, en la historia de la concepción de las disfunciones sexuales. (23)

HARLOW y su equipo, brindaron datos sobre el papel, de las variables ambientales constituidas por los compañeros de grupo y por la madre, en la conducta sexual de los primates. Agrega KAPLAN que, tal vez la contribución más decisiva, para la terminación con las supersticiones científicas acerca de la sexualidad humana, se debió a los estudios de MASTERS y JOHNSON que, durante dos décadas estudiaron la conducta sexual del hombre y de la mujer, en condiciones científicas de laboratorio. (16)

2.2 CONCEPTOS BASICOS EN SEXOLOGIA.

2.2.1 Concepto De Salud Sexual.

La salud sexual es el estado de bienestar físico,

psicológico y social del individuo o grupo y la enfermedad significa malestar en cualquiera de estos niveles.

En 1974, una reunión de expertos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), declaró que, los problemas de la sexualidad humana tienen más importancia y trascendencia para el bienestar de los individuos de muchas culturas, de lo que hasta esa fecha se había aceptado. Posteriormente (1975), la O.M.S. define la "salud sexual" como: "La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales, del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor".

La O.M.S. considera que se requieren tres elementos básicos para lograr la salud sexual:

- a) La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva, equilibrando una ética personal y social.
- b) El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos, falacias; en esencia, sin factores psicológicos y sociales que interfieran con las relaciones sexuales.
- c) El desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que las entorpezcan.

2.2.2 Concepto De Sexpiologia Y Sexualidad.

La sexologia es multidisciplinaria, y "Su finalidad es el estudio, atención y solución de la problemática sexual del ser humano, orientada a propiciar el desarrollo más armónico y equilibrado de las diversas intervenciones del individuo como ente social".(2)

La sexualidad moldea nuestras vidas públicas y personales, en la forma de una presencia, es una construcción histórica que reúne una multitud de posibilidades diferentes, biológicas y mentales, identidad de género, diferencias corporales, capacidades reproductivas, necesidades, deseos y fantasías, que no necesitan ser vinculados juntos y en otras culturas no lo han sido. Weeks opina que la sexualidad sólo existe a través de sus formas sociales y su organización social.

Agrega que la sexualidad es el resultado de diversas prácticas sociales, y que es el resultado del medio, de la lucha y la negación humana.

El aumento de los conocimientos sobre sexualidad, se ha traducido en nuevos enfoques del tratamiento de las

disfunciones sexuales. (26)

2.3 ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO.

Los órganos genitales femeninos constan de los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina, los primeros tres están sostenidos en la cavidad pélvica por diferentes ligamentos.

Los ovarios, producen hormonas que contribuyen al deseo sexual femenino y preparan al útero para la implantación del óvulo ya fecundado. Los ovarios están localizados a los lados del útero, son de color rosa grisáceo, con tamaño y peso de una almendra entera y están sostenidos al útero por un ligamento. Dentro de los ovarios hay numerosos folículos.

Las trompas de Falopio son dos órganos tubulares de 10 cm. de largo cada una, que llevan el óvulo del ovario al útero, donde en caso de embarazo, se implantará aproximadamente al séptimo día de la fecundación.

El útero, también llamado matriz, es un órgano único, hueco, de paredes musculares gruesas y tiene forma de pera invertida. En la mujer adulta, tiene unas dimensiones

aproximadas de 6.5 x 5 cm. por unos 7-8 cm. de largo. la parte más estrecha e inferior tiene un diámetro de 2.5 cm. y corresponde al cérvix. El útero está sostenido en la cavidad pélvica por diferentes ligamentos.

La vagina es un tubo muscular, capaz de dilatación considerable, se extiende desde poco más arriba del cérvix, hasta la abertura externa del vestíbulo de la vulva. Tiene una longitud aproximada de 7.5 cm. en su parte anterior y de 9 cm. en la posterior. Está colocada en posición casi vertical en la mujer erecta y forma un ángulo recto con el eje mayor del útero. Las paredes vaginales en estado de reposo, están adheridas una a la otra, al corte transversal tienen la forma de una "H". Sus paredes carecen de glándulas y la secreción de lubricación proviene de las mismas paredes por un fenómeno de trasudación, que aparece al aumentar la excitación sexual. El himen es un pliegue de tejido conectivo, que cierra en forma parcial el orificio externo de la vagina.

Los órganos genitales externos de la mujer, forman en su conjunto la vulva, que consta de las siguientes partes visibles: el monte de venus, los labios mayores y menores, el clitoris y el vestíbulo. (24)

2.4 TEORÍAS QUE ABORDAN LA SEXUALIDAD.

2.4.1 El Enfoque Psicoanalítico.

La Teoría Psicoanalítica afirma que, son los conflictos inconscientes que se derivan de experiencias infantiles decisivas, las que causan las disfunciones sexuales y considera que, el factor etiológico de mayor importancia es la resolución del Complejo de Edipo.

El tratamiento psicoanalítico consiste en revivir la situación Edípica, a través de la situación de transferencia con el analista y así, completar en forma sana las tareas del desarrollo, que no se alcanzaron en la infancia. (9)

2.4.2 El Enfoque Conductista.

Las aproximaciones conductistas, respecto a las disfunciones sexuales, se refieren a un tipo de terapia en que el terapeuta, en forma activa y directa, educa al paciente en el aspecto de la fisiología y técnicas sexuales. Reestructura patrones de conducta y utiliza técnicas de adiestramiento de habilidades y reducción de ansiedad, para mejorar el funcionamiento del paciente.

Los modelos conductuales afirman que, las reacciones condicionadas específicas que bloquean la respuesta sexual, se adquieren a causa de una serie de contingencias adversas, que siguen a la conducta sexual.

Uno de los aspectos más distintivos del enfoque conductista, es su énfasis en la conducta operante, observable y medible.

La Modificación de, la Conducta y la Terapia Conductual, son enfoques basados en la Teoría del Aprendizaje. Estos enfoques se originan terapéuticamente, en el condicionamiento clásico y en el condicionamiento operante.

La historia de la aplicación de técnicas conductuales a la disfunción sexual, se remonta a finales del siglo XVIII. Un médico inglés, Sir John Hunter (citado por Comfort, 1965), describe un programa de tratamiento para la impotencia eréctil, que es muy similar al programa descrito por Wolpe (1958) y por Masters y Johnson (1970). (24)

2.4.3 Teoría Racional Emotiva.

Las variables cognitivas, fueron estudiadas por Ellis

(1962), a través de la Terapia Racional Emotiva (T.R.E.) y, aunque usualmente, este tipo de terapia no se considera como conductista, las técnicas de la T.R.E., para las disfunciones sexuales, incluyen entrenamiento de habilidades, educación y reducción de la ansiedad, por medio de estructurar cogniciones irracionales, acerca de la naturaleza catastrófica de la disfunción sexual. (8)

2.4.4 Teoría De Los Sistemas.

La Teoría De Los Sistemas, sostiene la hipótesis de que, las raíces de la inadecuación sexual, surgen de transacciones patológicas entre los dos miembros de la pareja, porque crean un medio ambiente sexual destructivo y deshumanizador.

El énfasis de la terapia sexual, además del cambio de los conflictos e inhibiciones sexuales de cada miembro, recae en la modificación del sistema sexual disfuncional de la pareja.

El sistema, es muchas veces la fuente más importante de las disfunciones sexuales y el punto óptimo para intervenir. Al tratar una disfunción sexual, el objetivo básico es la modificación del sistema sexual marital. (13)

2.4.5 Teoría De La Gestalt.

Para La Gestalt existe un concepto clave que es "Asunto no Terminado", que el autor prefiere llamar "Asignatura Pendiente".

La terapia Gestalt, desarrollada por Frederick S. Perls, concibe la naturaleza humana en base a la filosofía existencial y fenomenología. Enfatiza conceptos como expansión de la conciencia, aceptación de la propia responsabilidad, unidad de la persona y vivencias de las formas en que la conciencia es bloqueada. La terapia se enfoca a restaurar la conciencia e integrar las dicotomías y polaridades del propio "Yo".

Para Perls sólo existe el ahora, ya que el pasado se ha ido y el futuro no ha llegado, lo importante es el presente. Una de las aportaciones importantes del Gestaltismo, es su énfasis en el aquí y ahora. Para muchas personas el presente se pierde en remembranzas sin importancia del pasado y renegando sobre cómo hubiera haber sido la vida, o bien, realizando proyectos y planes respecto al futuro. En función de la energía y del tiempo que se invierte en el pasado o futuro, se resta energía y tiempo para vivir el presente.

En este enfoque, el terapeuta ayuda a los consultantes a

experimentar sus sentimientos, lo que permite efectuar sus propias interpretaciones. (2)

2.5 CONCEPTO DE RESPUESTA SEXUAL HUMANA.

La respuesta sexual humana, comprende el conjunto de cambios fisiológicos que se presentan en los genitales y en el resto del organismo, al ser sometida la persona a un estímulo sexual efectivo. El conocimiento de esta reacción, como un comportamiento humano, es básico para la comprensión y tratamiento de las alteraciones psicosexuales.

Durante muchos años, la información específica, relativa a las relaciones sexuales, se encontraba en los escritos eróticos. La escasa información científica con que se contaba, estaba atomizada, lo que dificultaba la integración de un conocimiento satisfactorio. (24)

2.6 MODELOS DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA.

Fueron Kinsey y colaboradores (1938), quienes inicialmente obtuvieron gran cantidad de la información respecto al comportamiento sexual, rompiendo el divorcio que existía entre la ciencia y el sexo. Asimismo, Beck, Fox y Dickinson, entre

otros, sembraron las bases para que William Masters y Virginia Johnson (1966), realizaran su trabajo experimental, creando un modelo que abarca cuatro fases sucesivas. A estas fases las designaron con los nombres de:

Excitación

Meseta.

Orgasmo.

Resolución. (24)

Existen otros modelos de respuesta sexual, no diferentes sino complementarios, como es el Modelo Trifásico de la Dra. Helen Singer Kaplan; esta autora clasifica cada una de estas fases o eventos, en reacciones fisiológicas propias, que son:

Fase de deseo.

Fase de excitación.

Fase de orgasmo. (12)

Otro de los modelos de respuesta sexual humana, propuesto por el Dr. Alvarez-Gayou (1986), es el siguiente:

Fase de ESE (estímulo sexual efectivo).

Fase de excitación.

Fase de meseta.

Fase de orgasmo.

Fase de resolución.

Fase de período refractario. (2)

2.7 EL CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA. ESQUEMA DE MASTERS Y JOHNSON.

Las técnicas para describir y definir las modificaciones físicas, que se desarrollan durante el ciclo de la respuesta sexual humana, fue en primer término, la de la observación directa. Sin embargo, la observación humana para ciertos detalles, varió de manera significativa de acuerdo con la preparación y la objetividad del observador; así que, se agregaron medidas fisiológicas y registros cinematográficos en colores, en todas las fases del ciclo de respuesta sexual.

Para dar una idea más concisa de las reacciones fisiológicas, se divide el ciclo de respuesta sexual en cuatro fases (ver FIGURA No. 1 y FIGURA No. 2):

FASE DE EXCITACION. La vasocongestión origina los dos

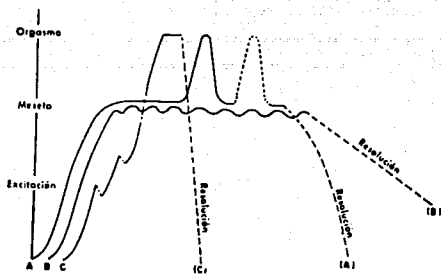


FIGURA No. 1. CICLO DE RESPUESTA SEXUAL FEMENINA. (24)

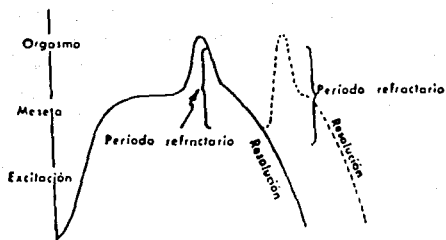


FIGURA NO. 2. CICLO DE RESPUESTA SEXUAL MASCULINA. (124)

fenómenos característicos de la excitación fisiológica, en el hombre, la erección del pene por la plétora sanguínea en los dos cuerpos cavernosos y en la mujer, la lubricación vaginal, aunque el mecanismo real de su producción aún no se conoce por completo. Masters y Johnson, lo explican como un trasudado del epitelio vaginal, pues las glándulas vaginales y cervicales no pueden secretar los volúmenes de moco que producen muchas mujeres. El epitelio vaginal es de tipo plano estratificado; este tipo de epitelio no trasuda el volumen que se sugiere. La respuesta quizá esté en la existencia de tejido glandular intersticial, lo que tendría que demostrarse. Otros cambios genitales que ocurren en la mujer durante la fase de excitación son: aumento de volumen y separación de los labios mayores por congestión, aumento de volumen de los labios menores, el útero se verticaliza y provoca un desplazamiento anterior del cuello, que a su vez origina expansión bulbosa del fondo vaginal. El clitoris se agranda, más en diámetro que en longitud, por lo que no constituye una erección del mismo, como se piensa con frecuencia y tampoco equivale a la erección masculina.

A nivel generalizado la mujer tiene, durante la excitación, erección de los pezones, aumento del volumen mamario y en la fase final, puede notarse la red venosa superficial de las mamas.

En el hombre, a la vez que ocurre la erección, se produce

tensión de la piel del escroto y aplanamiento del mismo, al engrosar el tegumento interno. Los testículos se elevan al acortarse los cordones espermáticos, por la contracción involuntaria de los músculos cremasterianos. También hay erección de los pezones.

Desde el punto de vista subjetivo, la fase de excitación se percibe como aumento de tensión placentera, que eleva la excitación y se acompaña del deseo, al aumentar las caricias o estímulos.

FASE DE MESETA. Si el estímulo sexual continúa siendo efectivo, se llega al punto máximo de la excitación, y se pasa entonces a la fase de meseta. Esta es una fase de transición, hasta que se llega al umbral donde se desencadena el orgasmo.

En la mujer, el cambio principal en esta fase, es el aumento de la vasocongestión en el tercio externo de la vagina, que disminuye la luz vaginal. Este fenómeno se considera premonitorio del orgasmo femenino y se conoce como plataforma orgásmica. A este respecto, la creencia de la mayor o menor eficacia estimuladora, de un pene más grande o pequeño respectivamente, queda sin sustento por tres factores: a) la plataforma orgásmica, b) el incremento aún mayor, que ocurre en el fondo vaginal a partir de la expansión bulbosa y c) la poca

inervación del fondo del saco vaginal con respecto al tercio distal. Cuando la fase de meseta es prolongada, puede disminuir la lubricación, lo que no significa pérdida de excitación, pero en ocasiones origina dispareunia de fase de meseta tardía.

Otro suceso que a veces puede confundirse con pérdida de la excitación, es la retracción que sufre el clitoris en la meseta tardía. A pesar de la retracción, el clitoris no pierde sensibilidad y puede seguir siendo estimulado. La tumefacción areolar en esta fase, a veces puede hacer pensar que ha desaparecido la erección de los pezones, que también puede confundirse con pérdida de excitación.

De 50 % a 75 % de las mujeres, presentan un moteado rosáceo en la piel del pecho, que se inicia en el epigastrio y es continuación del eritema de la excitación.

En el hombre los cambios son mínimos en esta fase, pequeño incremento en el diámetro de la corona del glande, elevación de testículos y, en algunos, salida por el meato de unas gotas de líquido, que proviene de las glándulas bulbouretrales. En esta emisión puede haber espermatozoides vivos.

Tanto en el hombre como en la mujer, esta fase se caracteriza por: miotonía generalizada, taquicardia, que varía

de 100 a 175 pulsaciones por minuto, hipertensión arterial, aumento de la presión sistólica entre 20 y 80 mm Hg y diastólica de 10 a 40 mm Hg; también puede haber hiperventilación. Gran parte de estos cambios generalizados se presentan en la meseta tardía.

En cuanto a la percepción subjetiva, la tensión aumenta y puede presentarse el urgente deseo de penetrar y ser penetrada.

FASE DE ORGASMO. Al igual que en las fases de excitación y meseta, en el orgasmo, los fenómenos fisiológicos son: la vasocongestión y las contracciones mioclónicas rítmicas que se producen en la musculatura vaginal, uretral, perineal, órganos y músculos circundantes. En el orgasmo, ocurren de 3 a 15 contracciones, siendo las primeras a intervalos de 8 segundos que disminuyen de intensidad y frecuencia. En el hombre las contracciones expulsan el semen. Esto hace que la eyacuación tenga características especiales. Al iniciarse el semen -constituido principalmente por las secreciones de las vesículas seminales, el conducto deferente y la próstata- es impulsado hasta la porción peneana de la uretra y provoca sensación eyaculatoria inminente; hay, sin embargo, retardo de unos segundos hasta su aparición en el meato urinario. Este retardo origina la sensación de inevitabilidad eyaculatoria.

Hace poco se pensaba que en el hombre la eyaculación y el orgasmo eran sinónimos. En realidad pueden ser fenómenos separados, aunque casi siempre son simultáneos. En 1978 Robbins y Jensen, demostraron la existencia de individuos que ejercen control voluntario sobre la eyaculación y son capaces de tener entre 3 y 10 orgasmos en un coito antes de eyacular. Por otro lado, datos clínicos muestran que puede haber eyaculación sin orgasmo, incluso sin erección. Este dato plantea una semejanza entre las respuestas sexuales masculina y femenina, puesto que pone en duda, la creencia de que sólo la mujer es capaz de ser multiorgásmica.

En la mujer, las contracciones musculares características de esta fase son similares a las del hombre.

Algunos autores dirían que la similitud termina en cuanto que la mujer no eyacula. Sin embargo, en 1978 Sevely Lowndes y Bennet, plantearon la posibilidad de que haya una eyaculación en la mujer a través de la uretra durante el orgasmo. Sustentan su hipótesis en la existencia, demostrada histológicamente, de tejido glandular diseminado en los intersticios periuretrales, que consideran como un remanente de glándula prostática en la mujer. En el hombre la eyaculación proviene de los conductos deferentes, de las vesículas seminales y de la próstata; la "próstata femenina", como la llaman estos autores, puede originar esas eyaculaciones de la que la clínica y literatura

habían.

Esto se ha estudiado con mayor profundidad y vinculado a la existencia del punto de Graffenberg, conocido como "punto G", zona muy enervada situada en la pared inferior de la vagina por detrás y a la altura del pubis; su estimulación produce sensaciones intensas, algunas refieren (lo que provoca temor) la sensación de orinar; si la estimulación continúa, puede sobrevenir una eyacuación que no consiste en orina. Es importante señalar que no todas las mujeres tienen "punto G" ni presentan esta respuesta.

El orgasmo no es una reacción puramente genital, ya que en otras fases de la respuesta sexual, hay una importante participación de otros órganos y sistemas. Se producen contracciones involuntarias de diversos grupos musculares periféricos y de la musculatura facial que, paradójicamente, provocan muecas y gestos faciales, que pudieran identificarse como dolor, cuando se trata de uno de los momentos de mayor placer del ser humano. Cohen y Hezth (1976), demostraron que existen cambios electroencefalográficos, en la lateralidad hemisférica, en las frecuencias y tipos de actividad cerebral.

A pesar de los datos fisiológicos que se recopien con respecto a esta fase, seguirá siendo importante el aspecto subjetivo de la percepción de la misma. No es el volumen

eyaculado, ni el número de contracciones, ni la intensidad de las mismas, lo que hace que, por un lado haya orgasmos muy placenteros, en tanto que otros son sólo buenos, y en el otro extremo mujeres que tienen orgasmos con todos los componentes fisiológicos y que en ningún momento tienen percepción subjetiva de placer.

La percepción subjetiva del orgasmo puede estar influida por cualquier factor: pareja, ambiente, clima, hora, fantasía, etc. A un nivel simple, es una sensación explosiva e incontrolable de liberación de tensión, a través de un máximo de la misma, después de la cual queda una lasitud y tranquilidad total.

FASE DE RESOLUCIÓN. Cuando los eventos orgásmicos han sucedido una o varias veces, sobreviene la fase de resolución, que consiste en la involución de los fenómenos que originaron las fases anteriores. Es el retorno a las condiciones basales. En la mujer, la plataforma orgásmica desaparece, debido a que las contracciones orgásmicas drenan la vasocongestión, el útero vuelve a la posición de anteroversión, la vagina y el clitoris disminuyen de tamaño y los labios menores y mayores vuelven a su situación original. En el hombre, se pierde la erección en dos fases, una inicial rápida y parcial y una final lenta que llega a la flaccidez total, hasta que los testículos descienden

al escroto. En ambos sexos, los cambios generalizados retornan a las condiciones basales y puede aparecer una fina capa de sudor en todo el cuerpo. (24)

CAPITULO III.

DISFUNCIONES SEXUALES.

3.1 CONCEPTO DE DISFUNCION SEXUAL.

"Las disfunciones sexuales son alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas y molestias al individuo o pareja." (2)

Masters y Johnson (1970), se preocuparon de los síntomas físicos como: erección, lubricación y orgasmo.

Kaplan (1974), agrega la categoría de "Transtorno del deseo sexual", que es un concepto más psicológico. Divide los transtornos sexuales en "variaciones" y "disfunciones". Las variaciones, llamadas también desviaciones y perversiones, se caracterizan por un funcionamiento eficaz y placentero, pero el objetivo sexual se desvía de la norma. Las disfunciones sexuales, son transtornos psicósomáticos que impiden al individuo realizar el coito o gozar de él. Clasifica las disfunciones sexuales de acuerdo a la fase a que corresponde:

Fase de deseo. La disfunción que se genera en esta fase, es deseo sexual inhibido. Esta disfunción se presenta tanto en el hombre como en la mujer y se manifiesta por la disminución o la pérdida total o parcial, del interés o el deseo por la actividad sexual.

Fase de excitación. En esta fase la disfunción que se presenta en las mujeres, es hipolubricación. Esta disfunción consiste en la falta de lubricación o resequedad vaginal.

Fase de orgasmo. La disfunción que ocurre en esta fase es anorgasmia. La anorgasmia femenina es la inhibición del componente orgásmico de la respuesta sexual femenina.

Además, Kaplan subdivide las disfunciones en una dimensión temporal: primaria/secundaria y, en una dimensión situacional: absoluta/situacional.

La disfunción "primaria", se refiere a que siempre ha estado presente. "Secundaria", significa que en un tiempo la persona fue funcional.

Las disfunciones "absolutas", corresponden a cualquier tipo de situación sexual, mientras que las "situacionales", son específicas de ciertas condiciones, pero no de otras. (14)

3.2 DISFUNCIONES SEXUALES EN LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA.

3.2.1 Disfunciones Sexuales De Acuerdo A Masters Y Johnson.

De acuerdo a Masters y Johnson (1981), la disfunciones sexuales son:

- a) Alteración orgásmica primaria. Es la carencia de obtención orgásmica en todas las experiencias sexuales.
- b) Alteración orgásmica situacional. Para considerar a una mujer anorgásmica situacional, tiene que haber experimentado alguna vez un orgasmo.
- c) Vaginismo. Síndrome psicofisiológico, que afecta la libertad de la mujer en la respuesta sexual, si no en forma total, al menos impidiendo la función coital.
- d) Dispareunia. Se refiere al coito doloroso o dificultoso. Se considera que las disfunciones o alteraciones de la respuesta sexual, pueden ser primarias, cuando siempre han existido, o secundarias, si aparecen después de un período de funcionamiento adecuado. Son selectivas, si se presentan con unas personas y con otras no. Se dice que son situacionales, cuando sólo se manifiestan bajo determinadas circunstancias. (23)

3.2.2 Disfunciones Sexuales De Acuerdo Al Dr. Alvarez-Gayou.

El Dr. Alvarez-Gayou (1986), considera la curva clásica de la respuesta sexual propuesta por Masters y Johnson, a cuyas cuatro fases (excitación, meseta, orgasmo, resolución), se agregan dos fases: fase del estímulo sexual efectivo y fase refractaria (ver FIGURA No. 3).

Para un análisis adecuado de las disfunciones de cada fase, bastará que se produzca un incremento o decremento en cada una de ellas.

De este modo, cuando se produce un decremento de la fase de estímulo sexual efectivo (ESE), es decir, aumento del umbral de la respuesta, en cualquiera de los miembros de la pareja, se tendrá la disfunción que en nuestra sociedad es frecuente, que se concibe como algo natural y a la que se denomina apatía sexual. Esta se caracteriza por falta de interés y pereza para responder a un estímulo sexual.

Cuando la disfunción consiste en el incremento en uno de los miembros de la pareja, se le denomina disritmia sexual, manifestada por la insatisfacción que provoca a uno

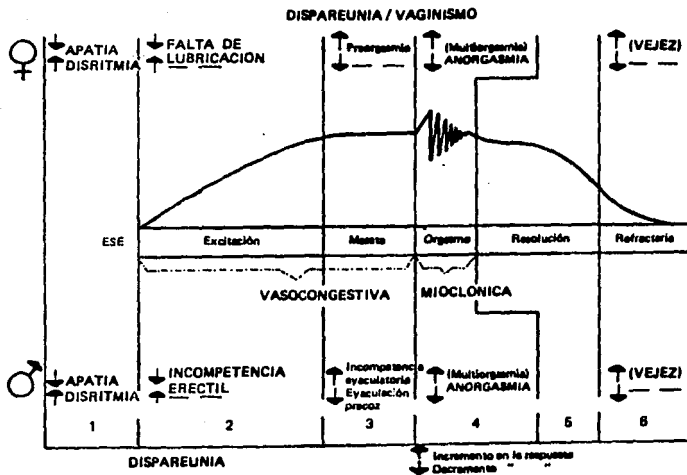


FIGURA No. 3. CLASIFICACION FISIOLÓGICA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES. (2)

de los miembros de la pareja, que el otro desee demasiado o no las relaciones sexuales.

En cuanto a la fase de excitación, debe recordarse que el fenómeno predominante es la vasocongestión, cuya manifestación es lubricación vaginal. El decremento en la fase de excitación producirá ausencia o deficiencia de lubricación vaginal, es decir hipolubricación.

En la fase de meseta, el incremento o decremento se considera por el tiempo (duración de la fase), más que por la intensidad de la misma. El incremento provoca en la mujer preorgasmia. La preorgasmia no es condición clásica de anorgasmia, ya que se trata de mujeres que no tienen trastornos en la fase orgásmica y por tanto no obtienen una prolongación de la meseta.

En la fase de orgasmo, el decremento constituye en la mujer la anorgasmia. La anorgasmia es la incapacidad para lograr un orgasmo.

En la fase de resolución, el aumento no provoca disfunción por ser muy rápida. En cambio, cuando es más lenta, puede provocar dispareunia. Esta situación casi siempre es consecutiva a una anorgasmia, que impide que las

contracciones liberen la congestión. Otra situación que puede presentarse, es la hipersensibilidad del clitoris, que provoca dolor al menor contacto durante esta fase.

En el periodo refractario, un incremento o decremento, no provocan disfunción.

Las dos disfunciones restantes son: dispareunia y vaginismo, que no se consideran disfunciones específicas de alguna fase, porque pueden presentarse en una o varias de éstas.

Es importante señalar que, la alteración de cualquiera de las fases necesariamente anula la posterior.

3.3 ETIOLOGIA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES.

Dentro de las causas de las disfunciones sexuales, se pueden considerar cuatro tipos principales: biológicas, psicológicas, sociales y educativas, y de los problemas en las relaciones de la pareja. De acuerdo a su experiencia clínica, el Dr. Alvarez Gayou (1986), comenta que "Rara vez pueden separarse unos valores de otros, y que en los casos clínicos, son la consecuencia de la interacción de varios de

ellos". (2)

3.3.1 Etiología Biológica.

Aunque las causas más frecuentes de las disfunciones sexuales son psicológicas, hay que eliminar primero los factores físicos, antes de comenzar una terapia sexual.

Cualquier modificación anatómica o fisiológica en el organismo, puede provocar situaciones de malestar o imposibilidad, para la realización de una actividad sexual satisfactoria.

Cuando los cambios se producen directamente en los órganos genitales o en su fisiología, los efectos serán claros; sin embargo, son de gran importancia los que, no estando en relación directa con los órganos genitales, afectan tanto el desempeño sexual, como la respuesta sexual y los aspectos subjetivos de la misma. (13)

3.3.2 Etiología Psicológica.

Casi todos los autores están de acuerdo en que la gran

mayoría de las dificultades sexuales, se deben a factores experienciales; en cambio no lo están, en lo que respecta a la naturaleza de estos factores.

La teoría psicoanalítica afirma que, son los conflictos inconscientes que se derivan de experiencias infantiles decisivas, las causas de disfunciones sexuales. Los autores que sostienen un punto de vista sistemático frente a la psicopatología, sostienen la hipótesis que las raíces de la inadecuación sexual, surgen de transacciones patológicas entre los dos miembros de la pareja, porque crean un medio ambiente sexual destructivo.

Los Modelos Conductuales y los de la Teoría del Aprendizaje, afirman que las reacciones condicionadas específicas que bloquean la respuesta sexual, se adquieren a causa de una serie de contingencias adversas, que siguen a la conducta sexual.

La experiencia clínica, está demostrando que los pacientes mejoran rápido y espectacularmente, con sólo modificar ciertos obstáculos específicos inmediatos, que operan sobre el funcionamiento sexual. Al parecer, estas curaciones se obtienen sin resolver las diversas causas propuestas por los modelos teóricos más importantes, que conciernen a la psicopatología y al tratamiento de las

disfunciones sexuales. Una alternativa a los diferentes enfoques, que concilie todos los anteriores, sería una síntesis que conceptualice la etiología de las disfunciones sexuales como fenómenos que se deben, tanto a causas remotas como inmediatas. Estas dos series de causas operan a distintos niveles pero no son incompatibles ni determinan una dicotomía real, sino que mantienen un equilibrio dinámico recíproco. (2)

Para Helen Kaplan, el primer registro para una relación sexual satisfactoria, es que los órganos sexuales se encuentren en buen estado y divide en dos grandes grupos la etiología de las disfunciones sexuales. Causas orgánicas y causas psicológicas o psicógenas. (14)

Con respecto a las causas psicógenas, conceptualiza las disfunciones sexuales como fenómenos que se deben tanto a causas remotas como inmediatas, explica que las causas inmediatas de las disfunciones sexuales, operan en el "aquí y ahora", destruyendo la respuesta sexual en el momento en que el individuo intenta embarcarse en la conducta sexual.

Los factores remotos que se citan con mayor frecuencia son: los conflictos intrapsíquicos inconscientes, derivados de experiencias familiares tempranas, la desarmonía conyugal

y las actitudes sexualmente restrictivas de nuestra sociedad.

Uno de los factores más relevantes en la etiología de las disfunciones sexuales, es la ansiedad sexual y los conflictos que se derivan de una serie de fuentes sutiles y profundas, como por ejemplo, conflictos edípicos, luchas de poder conyugales, etc.

Estos últimos pueden dificultar la respuesta sexual, si dichos conflictos evocan emociones aversivas en el momento de la relación sexual. Otras fuentes de ansiedad sexual más simples, pero igualmente destructoras, son: el temor al fracaso sexual, la demanda de rendimiento sexual y el temor a ser rechazado por el compañero. (12)

3.3.3 Etiología Social Y Educativa.

La sexualidad es una de las dimensiones del comportamiento humano, en el que el aspecto social tiene la mayor trascendencia.

La educación que se recibe, tanto en el hogar como en la escuela, en la calle y en todas las circunstancias

sociales, conforman la personalidad y todas las creencias, actitudes y conocimientos que tendrán profunda influencia en el comportamiento.

Las ideas religiosas muy ortodoxas, son causa de disfunciones en un número importante de pacientes; O' Connor y Stern (1972), encontraron en el 30 % de sus pacientes, un antecedente de educación represiva de la sexualidad y en el 25 %, que la sexualidad nunca era mencionada en sus familias. (23)

En México, se encuentra alguna o ambas situaciones en más del 80 % de los casos. En nuestro medio, desde pequeños se nos enseña que los genitales son una zona sucia que no puede tocarse, se debe ocultar y a la que incluso, no se permite nombrar. (2)

3.3.4 Etiología Por Problemas En La Pareja.

El reconocimiento de que las dificultades sexuales pueden estar vinculadas a las vicisitudes de la relación conyugal, es uno de los avances verdaderamente significativos dentro del ámbito de las ciencias de la conducta. El sistema, es muchas veces la fuente más importante de las disfunciones sexuales y el punto óptimo

para intervenir. Al tratar una disfunción sexual, el objetivo básico es la modificación del sistema sexual y marital.

En el nivel clínico, se ha hecho patente que cada uno de los miembros de la pareja, se haya en posición privilegiada para potenciar o destruir el placer y el funcionamiento sexual del otro. (15)

Entre los problemas más frecuentes dentro de la pareja se encuentran que, mientras más se incrementan las necesidades de la vida cotidiana, cada uno da menos y pide más. Al mismo tiempo, puesto que la vida presenta problemas de cada vez mayor complejidad, cada uno espera más del compañero. Se crea así un grado de dependencia en que simultáneamente aumentan las expectativas y fricciones.

Es muy importante en la vida de la pareja, en ese momento, la capacidad para establecer el equilibrio entre las necesidades propias y lo que le es demandado. Hay individuos que llegan al matrimonio o relación de pareja, buscando resolver necesidades no satisfechas, a la vez que tienen serias limitaciones en su capacidad de dar.

Son frecuentes las parejas en que ninguno acepta

acercamientos, que puedan significar compromiso afectivo y el establecimiento de un lazo simbiótico, así como la apatía, incompetencia eréctil o hipolubricación, que presentan quienes no desean o temen establecer un lazo de esta naturaleza.

Otro factor que puede alterar la respuesta sexual en una pareja, es el enojo o disgusto. Este puede provenir de diversas causas, entre otras, que se frustren diversas expectativas. En este caso, puede presentarse una disfunción, por la dificultad para responder a una persona hacia la cual se tiene disgusto o resentimiento. (2)

CAPITULO IV.

**INVESTIGACIONES REALIZADAS EN
PACIENTES HISTERECTOMIZADAS.**

4.1 INVESTIGACIONES REALIZADAS EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS.

A la fecha en México, hay muy pocas investigaciones en pacientes histerectomizadas, por lo que a continuación, se mencionan algunas de las investigaciones realizadas en otros países.

KAL TREIDER, WALLACE Y HOROWITZ (1979), escriben un artículo titulado "Un Estudio De Campo De El Síndrome De Respuesta Al Stress En Una Mujer Después De Una Histerectomía", exponen que el patrón de síntomas previamente delineados, como el síndrome de respuesta al stress en la salud mental, fue hipotetizado para ser provechoso en reacciones conceptualizadas al evento traumático en una paciente común no psiquiátrica.

(11)

COOPEN, BISHOP, BEARD, BARNARD Y COLLINS (1981), publican un artículo llamado "Histerectomía Hormonas Y Conducta: Una Perspectiva De Estudio", en el que nos mencionan que 60 mujeres premenopáusicas se valoraron antes y después de la histerectomía, ésta debida a hemorragias, fibromas o ambas. Las pacientes fueron asignadas al azar en dos grupos para recibir sulfato de estrógeno o tabletas placebo durante el experimento.

No se obtuvo ninguna evidencia. de que los grupos de

pacientes presentaron depresión o dificultades sexuales, relacionadas a la histerectomía. Además, en comparación con su línea de condiciones ginecológicas, todas las mujeres presentaron mejoría en su forma de ser, vigor y actividad sexual intacta. (8)

WILSON (1981), realiza un estudio llamado "Preparación Conductual Para La Cirugía: Beneficia O Daña". En esta investigación, se señala la elección de la cirugía en pacientes, que fueron preparadas para operarse con entrenamiento en relajación muscular, o con información acerca de sus sensaciones actuales y aquéllas que podrían experimentar.

La relajación redujo la permanencia en el hospital, así como el dolor y la utilización de medicamentos, e incrementó la fuerza, energía y niveles postoperatorios de adrenalina. Las variables de personalidad (negatividad, miedos y agresividad), fueron asociadas con las respuestas al dolor y relajación de las pacientes.

Las pacientes menos miedosas, fueron más beneficiadas por la relajación que las más miedosas. Las pacientes no agresivas, reaccionaron a la información con decremento de la permanencia hospitalaria y con incremento del dolor, medicación y adrenalina. Las pacientes agresivas, reaccionaron a la

información también con decremento de la permanencia hospitalaria, pero con decremento del dolor, medicación y adrenalina. En las pacientes que rechazaron la información, no se observaron cambios en la sensación de dolor, medicación y adrenalina. Con base en este hecho, se propone un modelo de catarsis-moderación, para explicar el beneficio de la relajación. Finalmente, este estudio sugiere que una preparación conductual, beneficia igualmente a las miedosas, agresivas y aquellas que se niegan a que se les practique una cirugía electiva. (39)

ZUSSMAN, SUNLEY Y BJORNSON (1981), publicaron un artículo con el nombre de "Respuesta Sexual Después De La Histerectomía-Ooforectomía, Estudios Recientes y Reconsideraciones De La Psicogénesis". Mencionan que, estudios llevados a cabo en la Universidad de King Dom, presentaron que del 33 % al 46 % de las mujeres, reportaron decremento en la respuesta sexual después de la histerectomía. (41)

KILKKU (1983), publicó un artículo titulado "Amputación Supravaginal Uterina Contra Histerectomía. Efectos En La Frecuencia Sexual y Dispareunia". El autor personalmente entrevistó y examinó, a 105 pacientes con histerectomía abdominal y a 107 pacientes con amputación supravaginal; primero preoperatoriamente y 6 semanas, 6 meses y un año después de la operación. A los 12 meses de seguimiento, el

porcentaje de pacientes fue del 99.5 %.

Esta investigación reportó la frecuencia coital y dispareunia, presentadas en las pacientes, utilizando la prueba de Mc Kewar de simetría y la prueba exacta de Fisher, para los análisis estadísticos.

Con respecto a la frecuencia coital ocurrida entre o dentro de los dos grupos, se encontró que no hubo cambios estadísticamente significativos. La dispareunia disminuyó en ambas operaciones, pero más en la amputación supravaginal. (18)

WEBB Y WILSON-BARNETT (1983), en un estudio que titularon "Autoconcepto, Apoyo Social E Histerectomía", describen detalladamente la recuperación de la histerectomía y la evaluación de una sesión de consejo experimental, dirigida específicamente al apoyo de las mujeres del proyecto y a la dirección de su propia recuperación.

Los objetivos principales en el proceso de recuperación son: el efecto de la operación en el autoconcepto de las mujeres y el posible rol del apoyo que reciben.

De manera contraria a las conclusiones de muchas investigaciones previas, las mujeres en este estudio no

presentaron evidencia de cambios desfavorables en el autoconcepto, los niveles de depresión fueron reducidos después de la operación y la mayoría de las mujeres estuvieron satisfechas, de que se les hubiera hecho la histerectomía. (37)

KRAAIMAAT Y VEENINGA (1984), investigaron los efectos de la histerectomía-ooforectomía y el stress en consideración a la inconformidad física y psicológica.

Los autores propusieron que las mujeres ooforectomizadas, reportan más quejas físicas y más pérdida frecuente del interés sexual, que un grupo control de mujeres colecistomizadas. Sin embargo, los resultados arrojaron en consideración general, que en ambos grupos se presentó inconformidad, ansiedad y complicaciones físicas con relación al stress. (20)

LOBB, SHANNON, RECER Y ALLEN (1984), realizaron un estudio llamado "Una Técnica Conductual Para Recuperarse Del Trauma Psicológico De La Histerectomía", mencionan que tres grupos de mujeres (n=10) que sufrieron histerectomía, fueron sujetos en una evaluación con retroalimentación con técnicas de relajamiento, aplicadas para recuperarse del trauma psicológico de la cirugía.

La variable dependiente manejada en esta investigación,

requiere de medicamentos para el dolor, unidades subjetivas de incomodidad y en muchas ocasiones el número de días del cuidado postoperatorio. Se observó que, estos factores fueron significativamente menores en el grupo que utilizó las técnicas de relajamiento y retroalimentación. (22)

GOULD Y WILSON-BARNET (1985), publican una investigación llamada "Una Comparación De La Recuperación Después De La Histerectomía Y Una Operación Cardíaca.", en la que exponen que, si bien los progresos del monitoreo son una actividad cuidadosa de todos los días, generalmente los métodos empleados permanecen relativamente sin desarrollarse. En el pasado, muchos estudios documentados en la recuperación física, tendieron a enfocarse en las complicaciones semejantes a la infección.

La satisfacción de las pacientes con progreso es pocas veces tomada en cuenta, aunque ello pueda proporcionar una reflexión acerca de esto. Por otro lado, son comparados en términos de ajuste psicológico, los efectos de la cirugía cardíaca y la histerectomía, llevados a cabo por lesiones benignas, así como el reinicio de sus actividades dentro y fuera del hogar.

Se observó mayor recuperación en las pacientes histerectomizadas, a pesar de los problemas residuales físicos

presentados en una minoría de ellas. En contraste, la recuperación de la cirugía cardíaca fue más difícil y con ganancia más lenta, como la esperada después de una cirugía mayor. (10)

LANIEC-MICHAND Y ENGELSMAN (1985), en su estudio "Ansiedad, Miedos y Depresión Relacionados A La Histerectomía", entrevistaron preoperatoriamente a 102 mujeres, que fueron histerectomizadas por razones ajenas al cáncer. De dicha población se seleccionaron 53 pacientes y se les aplicó la escala del estado de Spielberg de los rasgos de ansiedad (S.T.A.I.); se concluyó que las mujeres que tuvieron el mayor puntaje de ansiedad, fueron las que más se deprimieron antes y después de la operación. También se encontró similitud entre la depresión ocurrida, en las mujeres que tuvieron una histerectomía de emergencia y en mujeres que expresaron preoperatoriamente algunos miedos de posibles cambios en su vida sexual, después de la cirugía. (21)

SALTER (1965), realiza un estudio titulado "Síntomas Y El Potencial Del Dolor Psicológico De Pacientes Histerectomizadas", menciona que, la asociación entre problemas psicológicos y ginecológicos, ha sido altamente reconocida y ha recibido recientemente apoyo empírico. Así pues, fueron estudiadas 102 mujeres referidas a una clínica ginecológica, con una indicación para histerectomía por problemas

característicos no malignos; donde se observó una asociación entre síntomas ginecológicos, con ansiedad y depresión.

Se usó una escala de síntomas ginecológicos, empleando el componente principal de análisis, las escalas de autorrepresión del dolor de Keller-Sheffield y la escala de depresión de Zung.

La depresión, medida en correlación con quejas de fuerte hemorragia y coagulación, así como la ansiedad, medida en correlación con la menstruación dolorosa permanente, los niveles de ansiedad y los niveles de depresión, fueron estadísticamente significativos.

Esto arguye, que el uso de una escala semejante de síntomas ginecológicos fuertes, ayuda a la predicción de problemas psicológicos en la actualidad. (30)

STEINER (1985), en una investigación con 133 mujeres histerectomizadas, obtuvo que el 34.2 % presentaban un alto nivel depresivo, ansiedad y pérdida de la libido. (31)

TANG (1985), En un estudio llamado "Reacciones De La Histerectomía De Emergencia", describe la recuperación de la histerectomía de emergencia en 18 pacientes chinas.

En este estudio nos dice que durante el periodo de recuperación, las pacientes experimentan miedo, depresión, cólera, incertidumbre, remordimientos y múltiples quejas somáticas. Por otro lado, la actividad sexual fue reducida y en el curso de la recuperación fue particularmente difícil para las pacientes, quienes fueron asintomáticas antes de la operación, quienes todavía quisieron tener más hijos y aquellas a quienes les faltó el apoyo familiar. Siendo estas últimas las que necesitaron continuo restablecimiento de confianza y amplias oportunidades para ventilar sus sentimientos.

Posteriormente ninguna de las pacientes tuvo secuelas psiquiátricas, que requirieran de la consulta de algún especialista después de la operación. Esto enfatiza que esas mujeres merecen reconocimiento, atención y seguimiento de sus reacciones y necesidades. (33)

WALBROEHL (1985), escribió un artículo titulado "Sexualidad En Pacientes Cancerosas", hace alusión de que la sexualidad en las pacientes con cáncer, se ve afectada durante la etapa aguda de la enfermedad. También contribuye a dicha afección, el estrés de la hospitalización, así como la amenaza específica de la cirugía. (35)

YOUNG Y HUMPREY (1985), en un estudio denominado "Métodos Cognitivos De Preparación De Mujeres Para La Histerectomía:

¿Ayuda Un Folleto?.", comentan que 30 mujeres que sufrieron histerectomía, fueron asignadas secuencialmente en 3 grupos iguales. A los primeros dos grupos les fueron enseñados métodos de control cognitivo sobre ansiedad; uno a través de un folleto detallado (grupo uno) y el otro verbalmente (grupo dos). El tercer grupo sirvió como control de atención-placebo.

Los dos grupos experimentales, reportaron menos dolor y angustia que el grupo control, quien permaneció agotado y fue más propenso al vómito postoperatorio. En conclusión, los autores encontraron que el folleto, no dio ni más ni menos beneficios que las técnicas verbales en los criterios que adoptaron. (40)

NGAN Y TANG (1986), en un artículo titulado "Aspectos Psicosociales De La Enfermedad Trofoblástica En Habitantes Chinas De Hong Kong", mencionan que, dicha enfermedad se presentó en mujeres jóvenes, que quisieron iniciar una familia y esperaban tener un embarazo normal. Esta enfermedad, que consiste en la degeneración placentaria, que impide el desarrollo embrionario, si es benigna, su indicación es legrado y si es maligna, su indicación es histerectomía, pudo ser tratada con agentes químico-terapéuticos y el subsecuente potencial reproductivo de estas mujeres no se veía afectado. Se observaron también diversos aspectos de este padecimiento, en comparación con otros tumores del tracto genital femenino. (27)

WEBB (1986), publica una investigación titulada "Establecimiento Profesional De Un Apoyo Social Para Pacientes Histerectomizadas". Dicho artículo describe un estudio de apoyo social, para mujeres que sufrieron histerectomía.

Los planes de la investigación fueron modificados, cuando las primeras entrevistas expusieron las necesidades de las mujeres y sus deseos de obtener información básica, acerca de la histerectomía.

Las modificaciones permitieron comparaciones, entre un grupo de mujeres que recibieron la información, como parte de la entrevista del estudio, y el segundo grupo que no recibió ayuda. Después de 3 semanas de la histerectomía, se presentaron diferencias significativas entre los dos grupos; y se observó que en el grupo que tuvo la información, existió menos hostilidad, pero más crítica acerca de sus tratamiento hospitalario.

El estudio también confirma resultados previos obtenidos por el mismo autor, de las generalidades del alto nivel de satisfacción, salud y reinicio de las actividades cotidianas después de la cirugía.

Tomando en cuenta el apoyo social profesional, se sugirió que el tiempo completo de las amas de casa, debe ser fundamentalmente aprovechado, para el apoyo de los cuidados debidos a su relativa soledad, con respecto a otras fuentes de apoyo que les den información errónea.

A pesar del reconocimiento de las limitaciones del estudio, algunos lineamientos son ofrecidos para intentar incrementar los niveles de instalación profesional, para dar apoyo social a las pacientes histerectomizadas. (38)

KILKKU, LEHTINEN, HIRVONEN Y GRONROOS (1987), en su artículo titulado "Histerectomía Abdominal Contra La Amputación Supravaginal Uterina: Factores Fisiológicos", exponen que, son investigadas las dolencias físicas de la histerectomía abdominal (n=105) y la amputación supravaginal uterina.

Entrevistaron personalmente a todos los sujetos antes de la operación y 6 semanas, 6 meses, un año y tres años después.

La proporción de mujeres sin síntomas físicos, se incrementó desde el 48.5 % al 67.7 % en el grupo de histerectomizadas ($p < 0.01$) y desde 53.3 % al 76.8 % en el grupo

de amputadas ($p < 0.001$).

La diferencia entre los dos grupos en la fase de 3 años, fue significativa ($p < 0.01$), ya que se presentaron síntomas como nerviosismo, irritabilidad y depresión; y decrementaron en el grupo de amputadas, pero no en el grupo de histerectomizadas. (19)

WALDEMAR, WERDELIN Y BOYSEN (1987), publican un artículo titulado "Síntomas Neurológicos E Histerectomía: Un Estudio Retrospectivo De La Prevalencia De La Histerectomía En Pacientes Neurológicas", presentan que, el 11 % de 272 mujeres entre 25 y 45 años de edad habían sufrido histerectomía, fueron admitidas consecutivamente en un departamento de neurología de 1980 a 1984. La población fue dividida en dos grupos, de acuerdo a la emisión del diagnóstico asociado con resultados neurológicos no objetivos. La frecuencia de la histerectomía fue del 14 %, comparado con el 5.4 %, en mujeres con un diagnóstico emitido que indicaba desórdenes neurológicos orgánicos.

La admisión de las pacientes, fue más frecuente en el servicio de ginecología que en el de psiquiatría. De esta manera, de 30 mujeres histerectomizadas, sólo 6 tuvieron cambios malignos o premalignos en el útero; siendo éstas las más significativas, puesto que en los 24 casos restantes la

extirpación del órgano no hubiera sido necesaria. Estos resultados sugieren que, los desórdenes de somatización fueron la causa fundamental para la histerectomía. (36)

CAPITULO V.

M E T O D O L O G I A .

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las pacientes posthisterectomizadas presentan disfunciones sexuales.

5.2 OBJETIVO GENERAL.

Determinar si la histerectomía está relacionada con disfunciones sexuales en las mujeres.

Se hace énfasis en que, para lograr un diagnóstico preciso, es necesario conocer que fase de la respuesta sexual está alterada y cómo afecta la expresión sexual de la persona y de la pareja.

El funcionamiento sexual deficiente requiere de un diagnóstico correcto, que no utilice etiquetas generales como "frigidez". El diagnóstico se basa en que cada síntoma psicosexual, es producto de diversos factores físicos y psicosociales, los cuales requieren de diferentes tipos de terapia.

5.3 TIPO DE INVESTIGACION.

El tipo de diseño que se realizó en esta investigación, es Cuasi-experimental Ex-post-facto, con comparación de 2 grupos.

5.4 HIPOTESIS.

5.4.1 Hipótesis Alternativa.

Existe diferencia significativa entre las disfunciones sexuales, que presentan las mujeres histerectomizadas y las mujeres no histerectomizadas.

5.4.2 Hipótesis Nula.

No existe diferencia significativa entre las disfunciones sexuales, que presentan las mujeres histerectomizadas y las mujeres no histerectomizadas.

5.5 DEFINICION DE VARIABLES.

5.5.1 Variable Independiente.

La variable independiente es: histerectomía abdominal.

Histerectomía abdominal es una intervención quirúrgica, a través de la cual se extirpa el útero total o parcialmente por vía abdominal.

5.5.2 Variable Dependiente.

La variable dependiente es: disfunciones sexuales.

Alvarez Gayou (1989), define las disfunciones sexuales como: "Alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas y molestias al individuo o pareja." (2)

Kaplan (1984), define las disfunciones sexuales como: "Transtornos psicósomáticos que impiden al individuo realizar el coito o gozar de él". (13)

5.6 DESCRIPCION DE LA MUESTRA.

La muestra de esta investigación está formada por 90 mujeres, de un servicio de ginecología, de las cuales, 30 mujeres sanas, sin afecciones ginecológicas, forman el grupo piloto; 30 mujeres posthisterectomizadas forman el grupo experimental y 30 mujeres sin histerectomía forman el grupo control.

5.6.1 Criterios De inclusión.

a) Grupo Piloto.

- 1) Mujeres sanas no histerectomizadas.

b) Grupo Experimental.

- 1) Pacientes posthisterectomizadas, que tengan de 6 a 12 meses de haber sido intervenidas.

c) Grupo Control.

- 1) Mujeres sanas no histerectomizadas.

5.6.2 Criterios De Exclusión.

Los criterios de exclusión, para los grupos piloto, experimental y control son:

- a) Mujeres que no tengan vida sexual activa.
- b) Mujeres sin hijos.
- c) Mujeres con enfermedades sistémicas, endócrinas, crónicas debilitantes y afecciones neurológicas.
- d) Pacientes con afecciones ginecológicas malignas.
- e) Pacientes que estén bajo tratamiento psicofarmacológico o de agentes alfa beta bloqueadores.
- f) Pacientes hipertensas o con diabetes mellitus.
- g) Pacientes con infecciones a nivel vaginal.
- h) Pacientes menopáusicas.

5.6.3 Variables Controlables.

Las variables controlables, aplicables a los tres grupos son:

- a) Escolaridad mínima: secundaria.
- b) Estado civil: casada o que viva con pareja.
- c) Religión: católica.
- d) Edad: de 30 a 50 años.

5.7 INSTRUMENTOS DE MEDICION.

5.7.1 Entrevista Semi Estructurada.

La Entrevista Semi Estructurada (ver APENDICE 3), se elaboró con los siguientes objetivos:

- a) Contar con una ficha de identificación por paciente, que sirvió para selección de la muestra, ya que se consideraron los criterios de inclusión y exclusión.
- b) Establecer rapport, para que la paciente diera respuestas verídicas a las preguntas contenidas en los instrumentos de

medición.

- c) Detección de problemas orgánicos, a nivel de aparato reproductor femenino.
- d) Conocer algunos aspectos emocionales de las mujeres.
- e) Conocer la dinámica familiar de las mujeres.
- f) Detectar disfunciones sexuales.

5.7.2 Cuestionario De Szpirman Para Evaluar Satisfacción Sexual En Mujeres.

El Cuestionario de Szpirman (ver APENDICE 4), tiene por objetivo valorar la satisfacción sexual en mujeres. Sus características psicométricas, relativas a confiabilidad y validez son: Coeficiente de validez 0.56 y coeficiente de confiabilidad $\alpha = 0.9224$.

El cuestionario está conformado por 18 reactivos y se califica por cada uno de los ítems, sacando porcentajes de cada una de las 5 alternativas de respuesta:

1. Totalmente de acuerdo.

2. De acuerdo.
3. Indiferente.
4. En desacuerdo.
5. Totalmente en desacuerdo. (32)

5.7.3 Cuestionario Para Evaluar Disfunciones Sexuales En Mujeres.

El cuestionario final, que se aplicó a los grupos piloto, experimental y control, se encuentra en el APENDICE 5.

Descripción Del Instrumento:

Dado que no se encontró ningún instrumento para evaluar disfunciones sexuales en mujeres, se procedió a elaborar uno, de acuerdo a las siguientes etapas:

- a) Elaboración de reactivos.

Se procedió a la construcción de los reactivos, basados en los diagnósticos mencionados por el Dr. Alvarez-Gayou (1989).

RECEIVED
MAY 1 1975
MEXICO

Se elaboraron 50 reactivos, 10 por cada una de las disfunciones, tomando en cuenta las diferentes fases de la respuesta sexual humana, y se procedió a entregarlos a jueces expertos en el tema, con el formato presentado en el APENDICE 1.

b) Validación por jueces.

Este cuestionario, se sometió al juicio de 10 jueces expertos en el tema. Como consecuencia de sus criterios, el cuestionario se modificó y se redujo a 38 reactivos, quedando como se muestra en el APENDICE 2.

c) Aplicación del cuestionario.

Esta última versión se aplicó a una población piloto, constituida por 30 mujeres sanas, sin histerectomía, con edades entre 30 y 50 años ($\bar{X} \pm DE$ 32.47, con $S=8.09$), sin ningún problema de tipo ginecológico.

Con una clave de calificación tentativa, se procedió a calificar los cuestionarios, para someterlos a un análisis de discriminación de reactivos, el 50 % de los sujetos que

obtuvieron más altas calificaciones, contra el 50 % de los sujetos que obtuvieron las calificaciones más bajas.

En este primer análisis, se encontraron los resultados que se muestran en la TABLA No. 1.

Se encontró que el ítem 9, no discrimina en absoluto, ya que su media fue igual a 0. También el ítem 6 presentó baja discriminación, pero en este caso, la \bar{X} del ítem fue diferente de 0 ($\bar{X}=0.62$).

Se vio que, con respecto a la clave tentativa, los reactivos 5, 16 y 23 tenían discriminación negativa.

La confiabilidad alcanzada por el cuestionario en estas condiciones es de $\alpha = 0.8986$.

Con base a lo anterior, se decidió eliminar el ítem No. 9 y recalificar el cuestionario, cambiando la clave de los reactivos 5 y 23, que son los que presentan mayor poder discriminativo, aunque negativo.

El ítem No. 16, al no ser discriminativo, se dejó para ver su comportamiento en la siguiente fase. Asimismo, el

T A B L A No. 1.

ITEM.	CLAVE.	\bar{X}	S	\bar{X}_s	S_s	\bar{X}_i	S_i	t
1	+	0.24	0.18	0.43	0.24	0.07	0.07	2.395
2	+	0.34	0.23	0.50	0.25	0.21	0.17	1.653
3	-	0.55	0.25	0.70	0.17	0.36	0.23	2.542
4	+	0.14	0.12	0.29	0.20	0.00	0.00	2.366
5	+	0.52	0.25	0.36	0.23	0.64	0.23	-1.578
6	+	0.62	0.24	0.64	0.23	0.64	0.23	0.000
7	+	0.34	0.23	0.50	0.25	0.21	0.17	1.653
8	+	0.24	0.18	0.43	0.24	0.07	0.07	2.395
9	+	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.000
10	+	0.24	0.18	0.43	0.24	0.07	0.07	2.395
11	+	0.31	0.21	0.50	0.25	0.14	0.12	2.190
12	+	0.45	0.25	0.70	0.17	0.14	0.12	4.460
13	-	0.21	0.16	0.43	0.24	0.00	0.00	3.240
14	-	0.10	0.09	0.14	0.12	0.07	0.07	0.615
15	+	0.28	0.20	0.50	0.25	0.07	0.07	2.851
16	+	0.20	0.20	0.21	0.17	0.36	0.23	-0.847
17	+	0.21	0.16	0.43	0.24	0.00	0.00	3.240
18	+	0.21	0.16	0.29	0.20	0.14	0.12	0.935
19	-	0.20	0.20	0.57	0.24	0.00	0.00	4.320
20	+	0.41	0.24	0.64	0.23	0.21	0.17	2.542
21	+	0.45	0.25	0.71	0.20	0.21	0.17	3.065
22	-	0.34	0.23	0.64	0.23	0.07	0.07	3.930
23	+	0.69	0.21	0.50	0.25	0.06	0.12	-2.190
24	+	0.34	0.23	0.57	0.24	0.14	0.12	2.646
25	+	0.55	0.25	0.93	0.07	0.21	0.17	5.517
26	+	0.41	0.24	0.64	0.23	0.21	0.17	2.542
27	+	0.30	0.24	0.79	0.17	0.00	0.00	7.165
28	+	0.28	0.20	0.36	0.23	0.14	0.12	1.351
29	+	0.34	0.23	0.64	0.23	0.00	0.00	5.020
30	+	0.48	0.25	0.79	0.17	0.14	0.12	4.460
31	+	0.41	0.24	0.79	0.17	0.00	0.00	7.165
32	+	0.24	0.18	0.43	0.24	0.00	0.00	3.240
33	+	0.17	0.14	0.29	0.20	0.00	0.00	2.366
34	+	0.34	0.23	0.64	0.23	0.00	0.00	5.020
35	+	0.24	0.18	0.43	0.24	0.00	0.00	3.240
36	+	0.66	0.23	0.79	0.17	0.57	0.24	1.247
37	+	0.38	0.24	0.64	0.23	0.14	0.12	3.153
38	+	0.24	0.18	0.50	0.25	0.00	0.00	3.742

\bar{X} = MEDIA DEL ITEM.

\bar{X}_s = MEDIA DEL GRUPO SUPERIOR.

S = VARIANZA.

\bar{X}_i = MEDIA DEL GRUPO INFERIOR.

Item No. 6 se mantuvo en el test, para el segundo análisis.

d) Determinación de confiabilidad, primera etapa.

Con el cuestionario formado ahora por 37 reactivos, se volvió a calcular la discriminación de los mismos y sus resultados se presentan en la TABLA No. 2.

En esta etapa se puede observar que ya todos los valores t son positivos, por lo que ya se puede pensar que la clave de calificación es adecuada, pero se encontró que los reactivos 6 ($t=0.435$), 16 ($t=0.000$) y 18 ($t=0.978$) no discriminaron.

El valor de alfa arrojado en esta etapa es de $\alpha = 0.9137$, el cual es superior al encontrado en la primera fase.

Con base a esto, se procedió a eliminar los reactivos 6, 16 y 18.

T A B L A No. 2.

ITEM.	CLAVE.	\bar{X}	S	\bar{X}_s	S _s	\bar{X}_i	S _i	t
1	+	0.24	0.18	0.55	0.25	0.00	0.00	3.633
2	+	0.34	0.23	0.64	0.23	0.09	0.08	3.228
3	-	0.55	0.25	0.82	0.15	0.18	0.15	3.869
4	+	0.14	0.12	0.36	0.23	0.00	0.00	2.507
5	-	0.48	0.25	0.64	0.23	0.27	0.20	1.840
6	+	0.62	0.24	0.64	0.23	0.55	0.25	0.435
7	+	0.34	0.23	0.64	0.23	0.18	0.15	2.445
8	+	0.24	0.18	0.55	0.25	0.00	0.00	3.633
9								
10	+	0.24	0.18	0.36	0.23	0.09	0.00	1.614
11	+	0.31	0.21	0.45	0.25	0.00	0.00	3.028
12	+	0.45	0.25	0.82	0.15	0.00	0.08	5.014
13	-	0.21	0.16	0.45	0.25	0.00	0.00	3.028
14	-	0.10	0.09	0.18	0.15	0.00	0.00	1.563
15	+	0.20	0.20	0.55	0.25	0.09	0.08	2.622
16	+	0.28	0.20	0.27	0.20	0.27	0.20	0.000
17	+	0.21	0.16	0.55	0.25	0.00	0.00	3.633
18	+	0.21	0.16	0.36	0.23	0.18	0.15	0.978
19	-	0.28	0.20	0.55	0.25	0.00	0.00	3.633
20	+	0.41	0.24	0.64	0.23	0.18	0.15	2.445
21	+	0.45	0.25	0.82	0.15	0.18	0.15	3.869
22	-	0.34	0.23	0.82	0.15	0.09	0.08	5.014
23	-	0.31	0.21	0.55	0.25	0.18	0.15	1.915
24	+	0.34	0.23	0.64	0.23	0.09	0.08	3.228
25	+	0.55	0.25	0.91	0.08	0.27	0.20	3.982
26	+	0.41	0.24	0.64	0.23	0.09	0.08	3.228
27	+	0.38	0.24	0.82	0.15	0.00	0.08	7.036
28	+	0.28	0.20	0.45	0.25	0.18	0.15	1.436
29	+	0.34	0.23	0.64	0.23	0.00	0.00	4.387
30	+	0.48	0.25	0.73	0.20	0.09	0.08	3.982
31	+	0.41	0.24	0.82	0.15	0.00	0.00	7.036
32	+	0.24	0.18	0.55	0.25	0.00	0.00	3.633
33	+	0.17	0.14	0.27	0.20	0.00	0.00	2.031
34	+	0.34	0.23	0.73	0.20	0.00	0.00	5.416
35	+	0.24	0.18	0.45	0.25	0.00	0.00	3.029
36	+	0.66	0.23	0.82	0.15	0.64	0.23	0.978
37	+	0.38	0.24	0.73	0.20	0.18	0.15	3.071
38	+	0.24	0.18	0.64	0.23	0.00	0.00	4.387

 \bar{X} = MEDIA DEL ITEM. \bar{X}_s = MEDIA DEL GRUPO SUPERIOR.

S = VARIANZA.

 \bar{X}_i = MEDIA DEL GRUPO INFERIOR.

e) Determinación de confiabilidad final del test.

Con el cuestionario formado ahora por 34 reactivos, se volvió a calcular la discriminación, encontrándose los valores que se muestran en la TABLA No. 3.

El valor de la confiabilidad α de Cronbach, en esta etapa es de: $\alpha = 0.9214$, este valor se considera como la confiabilidad final del test.

f) Análisis de validez.

Con los resultados de la versión con 34 reactivos, se efectuó un análisis factorial, por el método de componentes principales, encontrándose que el 40 % de varianza total, se explica con dos factores, ver TABLA No. 4.

La comunalidad del test es de 0.28, es decir, la validez interitem es de 28 %, que corresponde a la varianza explicada por el primer factor, por lo que se puede decir, que los reactivos miden un sólo factor relacionado con disfunción sexual, ver TABLA No. 5 y TABLA No. 6.

T A B L A No. 3.

ITEM.	CLAVE.	\bar{X}	S	\bar{X}_s	S_s	\bar{X}_i	S_i	t
1	+	0.24	0.18	0.55	0.25	0.00	0.00	3.633
2	+	0.34	0.23	0.64	0.23	0.00	0.00	3.228
3	-	0.55	0.25	0.82	0.15	0.18	0.15	3.869
4	+	0.14	0.12	0.36	0.23	0.00	0.00	2.507
5	+	0.48	0.25	0.64	0.23	0.27	0.20	1.648
6								
7	+	0.34	0.23	0.64	0.23	0.18	0.15	2.445
8	+	0.24	0.18	0.55	0.25	0.00	0.00	3.633
9								
10	+	0.24	0.18	0.36	0.23	0.00	0.00	1.614
11	+	0.31	0.21	0.45	0.25	0.00	0.00	3.028
12	+	0.45	0.25	0.82	0.15	0.09	0.08	5.014
13	-	0.21	0.16	0.45	0.25	0.00	0.00	3.028
14	-	0.10	0.09	0.18	0.15	0.00	0.00	1.563
15	+	0.28	0.20	0.55	0.25	0.09	0.08	2.622
16								
17	+	0.21	0.16	0.55	0.25	0.00	0.00	3.633
18								
19	-	0.28	0.20	0.55	0.25	0.00	0.00	3.633
20	+	0.41	0.24	0.64	0.23	0.18	0.15	2.445
21	+	0.45	0.25	0.82	0.15	0.18	0.15	3.869
22	-	0.34	0.23	0.82	0.15	0.09	0.08	5.014
23	+	0.31	0.21	0.55	0.25	0.18	0.15	1.915
24	+	0.34	0.23	0.64	0.23	0.00	0.00	3.228
25	+	0.55	0.25	0.81	0.08	0.27	0.20	3.982
26	+	0.41	0.24	0.64	0.23	0.09	0.08	3.228
27	+	0.30	0.24	0.82	0.15	0.00	0.00	7.036
28	+	0.28	0.20	0.45	0.25	0.18	0.15	1.436
29	+	0.34	0.23	0.64	0.23	0.00	0.00	4.387
30	+	0.48	0.25	0.73	0.20	0.09	0.08	3.982
31	+	0.41	0.24	0.82	0.15	0.00	0.00	7.036
32	+	0.24	0.18	0.55	0.25	0.00	0.00	3.633
33	+	0.17	0.14	0.27	0.20	0.00	0.00	2.031
34	+	0.34	0.23	0.73	0.20	0.00	0.00	5.416
35	+	0.24	0.18	0.45	0.25	0.00	0.00	3.028
36	+	0.66	0.23	0.82	0.15	0.64	0.23	0.978
37	+	0.38	0.24	0.73	0.20	0.18	0.15	3.071
38	+	0.24	0.18	0.64	0.23	0.00	0.00	4.387

\bar{X} = MEDIA DEL ITEM.

\bar{X}_s = MEDIA DEL GRUPO SUPERIOR.

S = VARIANZA.

\bar{X}_i = MEDIA DEL GRUPO INFERIOR.

T A B L A No. 4

ITEM.	FACTOR I	FACTOR II
1	0.64	-0.37
2	0.60	-0.27
3	0.59	-0.30
4	0.32	0.70
5	0.19	0.37
6	0.44	0.20
7	0.64	-0.23
8	0.22	0.71
9	0.31	0.40
10	0.72	0.37
11	0.43	0.37
12	0.20	-0.33
13	0.56	-0.08
14	0.63	0.10
15	0.50	0.31
16	0.49	0.03
17	0.63	0.07
18	0.66	0.13
19	0.33	0.09
20	0.55	-0.31
21	0.62	0.43
22	0.50	-0.02
23	0.60	-0.10
24	0.36	-0.09
25	0.61	-0.27
26	0.50	0.90
27	0.71	0.05
28	0.60	-0.25
29	0.42	-0.59
30	0.69	0.16
31	0.50	-0.48
32	0.29	0.19
33	0.50	0.30
34	0.80	-0.29
	10.16	3.46

PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADO. 29.90 % 10.10 % ----> 40.00 %

TABLA No. 5.			
COMUNALIDAD TOTAL DEL TEST.			
ITEM	C	ITEM	C
1	0.364	18	0.394
2	0.312	19	0.184
3	0.380	20	0.283
4	0.118	21	0.378
5	0.033	22	0.220
6	0.170	23	0.660
7	0.372	24	0.112
8	0.050	25	0.333
9	0.110	26	0.310
10	0.536	27	0.496
11	0.176	28	0.315
12	0.062	29	0.135
13	0.274	30	0.483
14	0.354	31	0.195
15	0.320	32	0.081
16	0.220	33	0.281
17	0.363	34	0.570

2
 $h = 0.42$
 VALIDEZ = 20 %

TABLA No. 6.			
	PRIMERA ETAPA.	SEGUNDA ETAPA.	TERCERA ETAPA.
\bar{X}	12.93	12.52	11.41
S	61.37	69.15	66.93
KOEF. DE CRONBACH	0.8986	0.9137	0.9214

g) Separación de Subescalas.

ESCALA I.

Disfunción: Apatía sexual y disritmia.

Los reactivos que se consideraron, fueron los siguientes:

1. En la actualidad rechazo tener relaciones sexuales.
2. Me gustaría tener menos relaciones sexuales.
3. Sexualmente soy tan atractiva como antes.
5. Mi pareja desea hacer el amor con demasiada frecuencia.
7. Trato de evitar el contacto sexual con mi pareja.
20. Pienso en otras cosas cuando tengo relaciones sexuales.
23. En la actualidad mi vida sexual es monótona.

La confiabilidad que se obtuvo en esta escala es de $\alpha = 0.8193$.

ESCALA II.

Disfunción: Hipolubricación.

Los reactivos que se consideraron, fueron los siguientes:

4. Mi pareja no me excita como antes.
6. A menudo me preocupa mi desempeño sexual.
8. Mi pareja no me estimula lo suficiente para que tenga buena lubricación vaginal.
9. Mi lubricación vaginal es deficiente.
10. Me agradaría que mi pareja me estimulara más.
12. He notado que mi lubricación vaginal disminuye cuando ingiero cierto tipo de medicamentos.
13. Me siento contenta con las caricias que me brinda mi pareja antes de tener relaciones sexuales.
32. Cuando no estoy lubricada, siento dolor al momento de la penetración.

La confiabilidad que se obtuvo en esta escala es de $\alpha = 0.6936$.

ESCALA III.

Disfunción: Preorgasmia.

Los reactivos que se consideraron, fueron los siguientes:

15. Mientras más deseo el orgasmo, menos lo logro.
16. Me es difícil llegar al orgasmo.
17. Cualquier interrupción en el acto sexual termina con él.
18. Cuando estoy a punto del orgasmo, mi pareja no actúa adecuadamente.

21. Si mi pareja eyacula rápido ya no logro el orgasmo.
34. Desearía que mi pareja fuera más paciente cuando tenemos relaciones sexuales.

La confiabilidad que se obtuvo en esta escala es de $\alpha = 0.8154$.

ESCALA IV.

Disfunción: Anorgasmia.

Los reactivos que se consideraron, fueron los siguientes:

14. Mi pareja me satisface sexualmente.
19. Alcanzo el orgasmo antes que mi pareja.
22. Experimento orgasmos intensos.
24. Tengo sueños eróticos en donde alcanzo el orgasmo.
25. En la actualidad no tengo orgasmos.
26. Deseo que mejore la relación sexual con mi pareja.

La confiabilidad que se obtuvo en esta escala es de $\alpha = 0.5265$.

ESCALA V.

Disfunción: Dispareunia.

Los reactivos que se consideraron, fueron los siguientes:

11. Sufro de infecciones a nivel vaginal.
27. Siento dolor al realizar el acto sexual.
28. No tengo relaciones sexuales por temor al dolor.
29. Mi pareja es demasiado brusca al tener relaciones sexuales.
30. Después de la relación sexual me siento adolorida.
31. Padezco de infecciones a nivel aparato urinario.
33. He tenido intervenciones quirúrgicas a nivel vaginal.

La confiabilidad que se obtuvo en esta escala es de $\alpha = 0.8137$.

h) Análisis Interescala.

El coeficiente de confiabilidad, calculado entre subescalas fue de $\alpha = 0.8745$. El análisis factorial interescalas, reveló una estructura donde la comunalidad es de 0.63, es decir, se considerara que el coeficiente de validez interescalas es del 63 %.

El primer factor, explicó una varianza del 69 %, por lo que se puede afirmar que las 5 subescalas miden lo mismo: disfunción sexual.

Estas subescalas, son las que se utilizaron para la

fase empírica de la investigación.

5.8 PROCEDIMIENTO.

- a) Solicitud dirigida al Subdirector Médico, para obtener acceso al manejo de la población y expedientes del servicio de ginecología de un hospital.
- b) Búsqueda de expedientes, de las pacientes posthisterectomizadas, con un tiempo aproximado de 6 a 12 meses de su intervención quirúrgica.
- c) Solicitudes dirigidas al Coordinador de Enseñanza y al Jefe del Servicio de Ginecología, con el objeto de que proporcionara un lugar apropiado, para llevar a cabo las entrevistas con las pacientes del hospital.
- d) Concertar citas por vía telefónica, a nombre del hospital, directamente con la paciente, para que acudiera a consulta, para lo cual se contó con la autorización y el completo apoyo, de todos los servicios que fueron necesarios en el hospital (archivo, recepción, enfermería, áreas físicas como son: consultorio, aula y biblioteca, etc.).
- e) Realización de entrevistas con las pacientes. Se contó con

consultorio adecuado, que propició el control de variables extrañas. La duración de cada entrevista fue de aproximadamente una hora.

- f) Se procedió al llenado de la ficha de identificación, de cada una de las pacientes.
- g) Se efectuó la aplicación de los instrumentos de medición: Entrevista Semi Estructurada, Cuestionario De Szpirman Para Evaluar Satisfacción Sexual En Mujeres y Cuestionario Para Evaluar Disfunciones Sexuales En Mujeres.
- h) El tiempo que duró este procedimiento fue de tres meses y medio.

5.9 LIMITACIONES.

- a) Una de las limitaciones fue, que dado que no se encontró un instrumento para evaluar disfunciones sexuales en mujeres, se tuvo que elaborar uno.
- b) Otra limitante fue que, en México, existen pocas investigaciones a nivel psicosexual con pacientes histerectomizadas, por lo que se tuvo que recurrir a investigaciones extranjeras, para sustentar adecuadamente esta investigación.

CAPITULO VI.

**PRESENTACION DE ANALISIS DE
RESULTADOS.**

6.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Para comparar los grupos, se utilizó análisis de varianza simple para dos grupos.

A continuación se presentan los resultados para cada subescala disfuncional, donde se observa que se encontraron diferencias significativas entre grupos, con $p < 0.01$ (ver TABLA No.7 a TABLA No. 16) y para la evaluación de la satisfacción sexual (ver TABLA No. 17 y TABLA No. 18).

Posteriormente se muestra la gráfica sobre disfunción sexual, medias de los puntajes por grupo y subescala (ver GRAFICA No. 1), en la que se usa la siguiente nomenclatura:

AS = Apatía sexual.

HI = Hipolubricación.

PR = Preorgasnia.

AN = Anorgasnia.

DP = Dispareunia.

Finalmente se encuentra la gráfica de disfunción y satisfacción sexual, media de los puntajes por grupo, para pacientes con y sin histerectomia (ver GRAFICA No. 2).

 TABLA No. 7. MEDIAS Y DESVIACIONES.

 SUBESCALA I: APATIA SEXUAL Y DISRITHIA.

	GRUPO No. 1 EXPERIMENTAL.	GRUPO No. 2 CONTROL.
\bar{X}	2.23	0.90
S	2.09	0.98

 TABLA No. 8. RESUMEN DE ANOVA.

 SUBESCALA I: APATIA SEXUAL Y DISRITHIA.

FUENTE DE VARIANZA.	GL	SC	SCM	F
GRUPOS.	1	26.67	26.67	9.66 **
ERROR.	58	160.07	2.76	
TOTAL.	59	186.74		

 TABLA No. 9. MEDIAS Y DESVIACIONES.

 SUBESCALA II: HIPOLUBRICACION.

	GRUPO No. 1 EXPERIMENTAL.	GRUPO No. 2 CONTROL.
\bar{X}	3.33	2.30
S	1.87	1.35

 TABLA No. 10. RESUMEN DE ANOVA.

 SUBESCALA II: HIPOLUBRICACION.

FUENTE DE VARIANZA.	GL	SC	SCM	F
GRUPOS.	1	16.02	16.02	5.84
ERROR.	58	158.97	2.74	
TOTAL.	59	174.99		

TABLA No. 11. MEDIAS Y DESVIACIONES. SUBESCALA III: PREORGASHIA.		
	GRUPO No. 1 EXPERIMENTAL.	GRUPO No. 2 CONTROL.
\bar{X}	3.00	1.43
\bar{S}	2.03	1.54

TABLA No. 12. RESUMEN DE ANOVA. SUBESCALA III: PREORGASHIA.				
FUENTE DE VARIANZA.	GL	SC	SCM	F
GRUPOS.	1	36.82	36.82	10.93
ERROR.	58	195.37	3.37	
TOTAL.	59	232.19		

TABLA No. 13. MEDIAS Y DESVIACIONES. SUBESCALA IV: ANORGASHIA.		
	GRUPO No. 1 EXPERIMENTAL.	GRUPO No. 2 CONTROL.
\bar{X}	2.80	1.90
\bar{S}	1.76	1.37

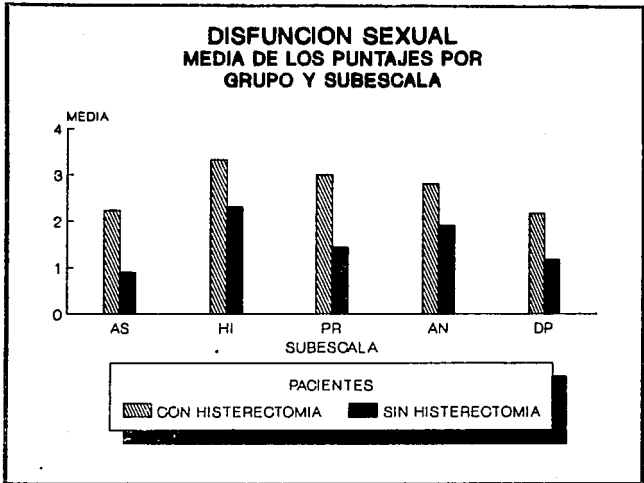
TABLA No. 14. RESUMEN DE ANOVA. SUBESCALA IV: ANORGASHIA.				
FUENTE DE VARIANZA.	GL	SC	SCM	F
GRUPOS.	1	12.15	12.15	4.71
ERROR.	58	149.50	2.58	
TOTAL.	59	161.65		

TABLA No. 15. MEDIAS Y DESVIACIONES. SUBESCALA V: DISFAREUNIA.		
	GRUPO No. 1 EXPERIMENTAL.	GRUPO No. 2 CONTROL.
\bar{X}	2.17	1.17
S	1.75	1.32

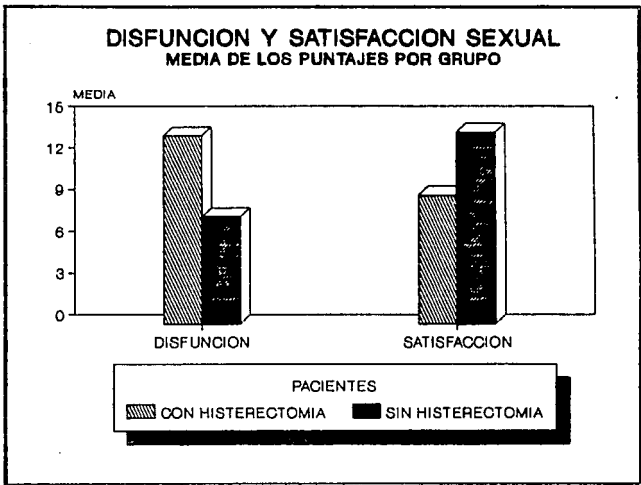
TABLA No. 16. RESUMEN DE ANOVA. SUBESCALA V: DISFAREUNIA.				
FUENTE DE VARIANZA.	GL.	SC	SCM	F
GRUPOS.	1	15.00	15.00	6.03
ERROR.	58	144.33	2.49	
TOTAL.	59	159.33		

TABLA No. 17. MEDIAS Y DESVIACIONES. VARIABLE: SATISFACCION SEXUAL.		
	GRUPO No. 1 EXPERIMENTAL.	GRUPO No. 2 CONTROL.
\bar{X}	13.77	9.23
S	2.99	4.44

TABLA No. 18. RESUMEN DE ANOVA. VARIABLE: SATISFACCION SEXUAL.				
FUENTE DE VARIANZA.	GL.	SC	SCM	F
GRUPOS.	1	306.27	306.27	20.02
ERROR.	58	858.73	14.81	
TOTAL.	59	1167.00		



GRAFICA No. 1.



GRAFICA No. 2.

CAPITULO VII.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.

7.1 CONCLUSIONES.

La función sexual, es uno de los mejores ejemplos de la llamada interacción mente-cuerpo, en la que intervienen tanto los factores originados por la perspectiva psicológica, como los que dependen de la integridad de las estructuras anatomofisiológicas, que interactúan en la operación de un patrón sexual funcional o disfuncional.

Una evaluación objetiva de las disfunciones psicosexuales, requiere de un enfoque multidisciplinario e integral, que evite límites absolutos entre el organicismo y psicologismo y reconozca la interacción de ambos factores.

En el presente trabajo se llegó a las siguientes conclusiones:

- a) En esta investigación se encontraron disfunciones sexuales en mujeres histerectomizadas, en las diferentes fases de la curva de la respuesta sexual humana. Las disfunciones que se encontraron fueron las siguientes: apatía sexual, hipolubricación, preorgasmia, anorgasmia y dispareunia.
- b) La satisfacción sexual en mujeres histerectomizadas es menor que la satisfacción sexual en mujeres no histerec-

tomizadas.

- c) Se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.
- d) Se tuvo la necesidad de elaborar un cuestionario para evaluar disfunciones sexuales en mujeres, ya que no se encontró un instrumento que las evaluara.
- e) El instrumento que se elaboró para evaluar disfunciones sexuales en mujeres, fue aprobado por jueces y posteriormente, fue sometido a un proceso estadístico, demostrando ser una prueba confiable, con un alto grado de consistencia interna ($\alpha=0.9214$), y coeficiente de validez interescaia de 63 %.

7.2 COMENTARIOS.

- a) El principal objetivo de esta investigación fue comprobar que si existe relación entre histerectomía y disfunción sexual, lo cual se realizó mediante la aplicación de los instrumentos de medición.
- b) En los resultados obtenidos, se observó que en lo referente a las disfunciones sexuales, se acepta la hipótesis

alterna, la cual dice que: existen diferencias significativas entre las disfunciones sexuales, que presentan las mujeres histerectomizadas y las mujeres no histerectomizadas,

- c) Comparando los resultados de esta investigación, con los resultados de estudios realizados en otros países, sabemos que la histerectomía sí tiene relación con las disfunciones sexuales que presentan las mujeres, y éstas se ubican dentro de las de origen psicógeno.

Zussman, Sunley y Bjornson (1981), en su artículo "Respuesta Sexual Después De La Histerectomía-Ooforectomía, Estudios Recientes Y Reconsideraciones De La Psicogénesis", mencionan que estudios llevados a cabo en la Universidad de King Dom, presentaron que del 33 % al 46 % de las mujeres, reportaron decremento en la respuesta sexual después de la histerectomía. (41)

Laniec-Michand y Engelsman (1985), en su estudio "Ansiedad, Miedos Y Depresión Relacionados A La Histerectomía", encontraron en las mujeres que se les iba a practicar histerectomía de emergencia, miedos de posibles cambios en su vida sexual después de la cirugía. (21)

Kilku (1983), en su estudio "Amputación Supravaginal

Uterina Contra Histerectomia, Efectos En La Frecuencia Sexual Y Dispareunia", encontró que con respecto a la frecuencia coital ocurrida entre dos grupos, no hubo cambios estadísticos significativos.

- d) En la presente investigación, realizada con un grupo de mujeres mexicanas, en 1990, sí se encontraron disfunciones sexuales en las distintas fases de la respuesta sexual humana.
- e) Conociendo que, la gran mayoría de las disfunciones sexuales en las mujeres histerectomizadas, tiene un origen psicógeno, se hace necesaria la intervención profesional del psicólogo, antes y después de la histerectomia.
- f) Es necesario que además de brindar orientación psicosexual a las mujeres histerectomizadas, esta orientación se haga extensiva a su pareja.
- g) Se sugiere que se elabore un estudio similar al presente, considerando a la pareja.

A P E N D I C E 1.

A.1 CUESTIONARIO PILOTO PARA SER CALIFICADO POR JUECES.

**CUESTIONARIO PILOTO
PARA SER CALIFICADO POR JUECES.**

Apreciable _____

Por medio de este conducto me permito solicitar a usted su valiosa cooperación como juez para la presente investigación, que tiene como uno de sus objetivos la elaboración y aprobación de un cuestionario que pretende evaluar ausencia o presencia de disfunciones sexuales en mujeres histerectomizadas.

Por lo que le pido lea con detenimiento cada reactivo y conteste si en su opinión profesional tal aseveración corresponde a lo que se pretende evaluar.

Anote un número dentro del paréntesis frente a cada reactivo correspondiente a la respuesta que mejor manifieste su evaluación, la escala a seguir es la siguiente:

1. Es un reactivo que mide perfectamente lo que se pretende medir.
2. Solo considero este reactivo como bueno.

3. Considero que este reactivo no es ni bueno ni malo.
4. En mi opinión este reactivo es malo.
5. Considero que este reactivo no tiene nada que ver con lo que se pretende medir.

Para su facilidad he dividido los reactivos tomando en cuenta el modelo de respuesta sexual humana del Dr. Alvarez Gayou.

Primera fase, estímulo sexual efectivo (ESE). Disfunciones sexuales: apatía sexual y disritmia. La apatía sexual se caracteriza por la falta de interés y pereza para responder a un estímulo sexual. La disritmia sexual está caracterizada por la insatisfacción que provoca a uno de los miembros de la pareja que el otro desee demasiado o no las relaciones sexuales (reactivos 1 a 10).

Segunda fase, excitación. Disfunción sexual: Hipolubricación. La hipolubricación se caracteriza por la ausencia o deficiencia de lubricación vaginal debido al decremento de la fase de excitación (reactivos 11 a 20).

Tercera fase, meseta. Disfunción sexual: preorgasnia. la preorgasnia se caracteriza por un incremento en la fase de meseta (reactivos 21 a 30).

Cuarta fase, orgasmo. Disfunción sexual: anorgasnia. Se entiende por anorgasnia la incapacidad para lograr el orgasmo (preguntas 31 a 40).

Disfunción sexual: Dispareunia. La dispareunia se refiere al coito doloroso o dificultoso, puede presentarse en cualquiera de las fases. (reactivos 41 a 50).

Por todo lo anterior, me permito solicitar a usted su apreciable ayuda y recordarle que su colaboración será de gran valor y utilidad en esta investigación.

Agradezco de antemano su atención.

A T E N T A M E N T E.

MARIA ESTELA MOLINA MONROY.

PASANTE DE PSICOLOGIA.

**CUESTIONARIO PILOTO PARA
EVALUAR DISFUNCIONES SEXUALES
EN MUJERES.**

1. Algunas veces rechazo tener relaciones sexuales. ()
2. Me gustaría tener relaciones sexuales con menor frecuencia de lo que las tengo ahora. ()
3. Sexualmente ya no me siento tan atractiva. ()
4. Ya no considero a mi pareja sexualmente muy excitante. ()
5. Mi pareja y yo tenemos relaciones sexuales muy rara vez. ()
6. En general, yo no deseo tener relaciones sexuales cuando mi pareja lo desea. ()
7. Mi pareja y yo, en general estamos en desacuerdo con la frecuencia de nuestras relaciones sexuales. ()
8. Pienso que mi pareja desea hacer el amor con demasiada frecuencia y eso me molesta. ()
9. A veces pienso que trato de evitar el contacto sexual con mi pareja. ()
10. Es raro que espontáneamente sienta necesidad de tener relaciones sexuales. ()
11. A menudo me preocupa mi desempeño sexual. ()
12. Frecuentemente tengo que usar cremas o jaleas locales en el momento de tener relaciones sexuales. ()
13. Con mucha frecuencia pienso que mi lubricación

- vaginal se ve alterada al momento de la relación con mi pareja. ()
14. Creo que mi lubricación vaginal es deficiente. ()
15. Me agradaría que mi pareja me estimulara más o por más tiempo. ()
16. He notado que mi lubricación vaginal disminuye cuando ingiero cierto tipo de medicamentos. ()
17. Creo que mi pareja no me estimula lo suficiente para que tenga buena lubricación vaginal. ()
18. Frecuentemente sufro de infecciones a nivel vaginal. ()
19. Rara vez me siento contenta con las caricias que me brinda mi pareja antes de hacer el amor. ()
20. Cuando mi pareja no me estimula lo suficiente, no se hace presente la lubricación vaginal. ()
21. A menudo tengo la sensación de que la relación sexual con mi pareja, se prolonga demasiado. ()
22. Con mucha frecuencia mi pareja no me satisface sexualmente. ()
23. Casi siempre percibo que, por el tiempo que dura la relación sexual con mi pareja disminuye mi lubricación vaginal. ()
24. Creo que algunas veces percibo la urgencia de alcanzar el orgasmo, pero por más que trato, no lo logro experimentar en toda su intensidad. ()
25. Me es difícil llegar al orgasmo. ()
26. Ultimamente he sentido que el orgasmo es evidente pero no lo llego a alcanzar. ()

27. Me agradaría que mi pareja fuera más sensible a mis deseos cuando estoy a punto de alcanzar el orgasmo, pues sin esto no lo logro. ()
28. Rara vez alcanzo el orgasmo antes que mi pareja. ()
29. Durante la relación sexual con mi pareja, pierdo en algún momento el interés en lo que está haciendo o sucediendo. ()
30. Algunas veces siento que estoy a punto de lograr el orgasmo, mi pareja eyacula y pierdo la sensibilidad. ()
31. Rara vez experimento orgasmos intensos. ()
32. Con frecuencia pienso que mi vida sexual es monótona. ()
33. Por lo común no obtengo satisfacción sexual con mi pareja. ()
34. A menudo me es difícil llegar al orgasmo. ()
35. Rara vez he sentido un orgasmo en la relación con mi pareja. ()
36. Creo que a mi pareja se le dificulta dejarme satisfecha sexualmente. ()
37. A menudo deseo que mejore nuestra relación sexual, pues no obtengo suficiente placer. ()
38. Creo que la técnica que utilizamos mi pareja y yo en nuestras relaciones sexuales, no es adecuada, ya que no favorece el que yo llegue al orgasmo. ()
39. Generalmente mi pareja eyacula de manera rápida sin que yo logre un orgasmo. ()

40. Casi nunca tengo sueños eróticos en donde alcance el orgasmo. ()
41. Frecuentemente siento dolor al realizar el acto sexual. ()
42. Prefiero no tener relaciones con mi pareja por temor al dolor. ()
43. Creo que mi pareja es demasiado brusca al tener relaciones sexuales. ()
44. Después de la relación sexual me siento adolorida y fatigada. ()
45. Me molesta físicamente el hecho de tener relaciones sexuales sin que tenga lubricación vaginal. ()
46. Con frecuencia padezco de infecciones a nivel del aparato urinario. ()
47. A menudo percibo dolor en la vagina al ser penetrada. ()
48. He tenido algunas intervenciones quirúrgicas a nivel vaginal. ()
49. Desearía que mi pareja fuera más paciente cuando tenemos relaciones sexuales. ()
50. Creo que mi lubricación vaginal es poca y esto dificulta la penetración, por lo que existe dolor. ()

A P E N D I C E 2.

A.2 CUESTIONARIO PILOTO PARA SER EVALUADO ESTADIS-
TICAMENTE.

**CUESTIONARIO PILOTO PARA
EVALUAR DISFUNCIONES SEXUALES
EN MUJERES.**

INSTRUCCIONES:

Lea con detenimiento cada una de las preguntas y conteste lo más exacto que pueda, tachando la letra que corresponda a su respuesta, (F) si es falsa y (V) si es verdadera.

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. En la actualidad rechazo tener relaciones sexuales. | (F) | (V) |
| 2. Me gustaría tener menos relaciones sexuales. | (F) | (V) |
| 3. Sexualmente soy tan atractiva como antes. | (F) | (V) |
| 4. Mi pareja no me excita como antes. | (F) | (V) |
| 5. Mi pareja desea hacer el amor con demasiada frecuencia. | (F) | (V) |
| 6. Tengo necesidad de tener relaciones sexuales. | (F) | (V) |
| 7. A menudo me preocupa mi desempeño sexual. | (F) | (V) |
| 8. Trato de evitar el contacto sexual con mi pareja. | (F) | (V) |
| 9. En la actualidad tengo que usar cremas o jaleas locales al tener relaciones | | |

sexuales	(F)	(V)
10. Mi pareja no me estimula lo suficiente para que tenga buena lubricación vaginal.	(F)	(V)
11. Mi lubricación vaginal es deficiente.	(F)	(V)
12. Me agradaría que mi pareja me estimulara más.	(F)	(V)
13. Sufro de infecciones a nivel vaginal.	(F)	(V)
14. He notado que mi lubricación vaginal disminuye cuando ingiero cierto tipo de medicamentos	(F)	(V)
15. Me siento contenta con las caricias que me brinda mi pareja antes de tener relaciones sexuales.	(F)	(V)
16. Tengo la sensación de que las relaciones sexuales se prolongan demasiado.	(F)	(V)
17. Mi pareja me satisface sexualmente.	(F)	(V)
18. Mi lubricación vaginal se mantiene igual durante la relación sexual.	(F)	(V)
19. Mientras más deseo el orgasmo, menos lo logro.	(F)	(V)
20. Me es difícil llegar al orgasmo.	(F)	(V)
21. Cualquier interrupción en el acto sexual termina con él.	(F)	(V)
22. Cuando estoy a punto del orgasmo, mi pareja no actúa adecuadamente.	(F)	(V)
23. Alcanzo el orgasmo antes que mi pareja.	(F)	(V)

- | | | |
|---|-----|-----|
| 24. Pienso en otras cosas cuando tengo relaciones sexuales. | (F) | (V) |
| 25. Si mi pareja eyacula rápido ya no logro el orgasmo. | (F) | (V) |
| 26. Experimento orgasmos intensos. | (F) | (V) |
| 27. En la actualidad mi vida sexual es monótona. | (F) | (V) |
| 28. Tengo sueños eróticos en donde alcanzo el orgasmo. | (F) | (V) |
| 29. En la actualidad no tengo orgasmos. | (F) | (V) |
| 30. Deseo que mejore la relación sexual con mi pareja. | (F) | (V) |
| 31. Siento dolor al realizar el acto sexual. | (F) | (V) |
| 32. No tengo relaciones sexuales por temor al dolor. | (F) | (V) |
| 33. Mi pareja es demasiado brusca al tener relaciones sexuales. | (F) | (V) |
| 34. Después de la relación sexual me siento adolorida. | (F) | (V) |
| 35. Padezco de infecciones a nivel aparato urinario. | (F) | (V) |
| 36. Cuando no estoy lubricada, siento dolor al momento de la penetración. | (F) | (V) |
| 37. He tenido intervenciones quirúrgicas a nivel vaginal. | (F) | (V) |
| 38. Desearía que mi pareja fuera más paciente cuando tenemos relaciones sexuales. | (F) | (V) |

A P E N D I C E 3.

A.3 ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA.

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA.

NOMBRE _____ No. _____
DOMICILIO _____ TELEFONO _____
EDAD _____ ESCOLARIDAD _____
OCUPACION _____ ESTADO CIVIL _____
RELIGION _____ No. DE EMBARAZOS _____
No. DE PARTOS _____ No. DE ABORTOS _____
No. DE LEGRADOS _____ No. DE CESAREAS _____
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO _____
OPERACION REALIZADA _____
_____ FECHA DE OPERACION _____
FECHA DE ENTREVISTA _____ HORA _____

ESTADO ACTUAL:

1. ¿Cómo se ha sentido desde que le practicaron la histerectomía hasta el momento? _____

ACTITUDES DE LA PACIENTE HACIA LA HISTERECTOMIA:

2. ¿Qué sintió cuando el médico le dijo que la iban a operar? _____

3. ¿Le explicaron en que consistía la operación? _____

4. ¿Cómo se sintió tanto física como emocionalmente cuando despertó de la anestesia y le dijeron que ya no tenía matriz? _____

5. ¿Qué piensa en este momento acerca de la histerectomía? _____

ACTITUDES DE LA FAMILIA HACIA LA PACIENTE:

6. ¿Existen diferencias en su relación familiar antes y después de la histerectomía? _____

7. ¿Qué opinó su familia al saber que la iban a operar? _____

8. ¿Qué reacciones tuvieron después de que la operaron? _____

9. ¿Ha sentido algún tipo de apoyo de parte de su familia después de la cirugía? _____

10. ¿Cómo se sintió usted ante ellos? _____

SEXUALIDAD.

11. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación? _____

12. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____

13. ¿Cómo fue su primera relación sexual? _____

14. ¿Ha cambiado de pareja en sus relaciones sexuales? _____

15. ¿Si ha cambiado, con qué frecuencia? _____

16. ¿Cuánto tiempo después de la operación tardó en reiniciar su vida sexual? _____

17. ¿Qué sentía al pensar en la reanudación de sus relaciones sexuales? _____

18. ¿Presentó alguna molestia en particular en sus primeras relaciones sexuales? _____

19. ¿Que sentimientos tuvo al percibirse otra vez como una mujer sexualmente activa? _____

20. ¿Cómo percibía a su compañero antes y después de la cirugía, sexualmente hablando? _____

21. ¿Tuvo algún problema para reintegrarse a su empleo o a sus actividades cotidianas? _____

22. OBSERVACIONES. _____

A P E N D I C E 4.

A.4 CUESTIONARIO DE SZPIRMAN PARA EVALUAR SATISFACCION
SEXUAL EN MUJERES.

**CUESTIONARIO DE SZPIRMAN PARA
EVALUAR SATISFACCION SEXUAL EN
MUJERES.**

NOMBRE _____ No. _____

FECHA DE ENTREVISTA _____ HORA _____

INSTRUCCIONES:

Lea con detenimiento cada pregunta y conteste lo más exacto que pueda, seleccionando sólo una alternativa para cada planteamiento. Encierre en un círculo frente a cada pregunta el número de la respuesta que usted considera describe mejor su forma de sentir, de la siguiente manera:

- 1. Totalmente de acuerdo (TA)
- 2. De acuerdo (A)
- 3. Indiferente (I)
- 4. En desacuerdo (D)
- 5. Totalmente en desacuerdo (TD)

TA A I D TD

1. Usualmente estoy contenta

con mi vida sexual.

1 2 3 4 5

2. A menudo pienso que desearía

mejorar la calidad de nuestra

	TA	A	I	D	TD
relación sexual.	1	2	3	4	5
3. Algunas veces siento que mi pareja demuestra poco entusiasmo por el sexo.	1	2	3	4	5
4. Me agrada hablar con mi pareja de nuestra vida sexual.	1	2	3	4	5
5. Desearía que mi pareja fuera más sensible a mis deseos, cuando tenemos relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
6. En general me siento sexualmente satisfecha con mi pareja.	1	2	3	4	5
7. Me gustaría tener relaciones sexuales con más frecuencia de lo que las tenemos ahora.	1	2	3	4	5
8. Pienso que el sexo es algo maravilloso.	1	2	3	4	5
9. Siento que mi pareja y yo nos comunicamos bien en materia sexual.	1	2	3	4	5
10. Me agradaría que mi pareja fuera más romántica en nuestra relación sexual.	1	2	3	4	5
11. Con mucha frecuencia pienso que mi vida sexual es monótona.	1	2	3	4	5

	TA	A	I	D	TD
12. Desearía que mi pareja fuera más paciente cuando hacemos el amor.	1	2	3	4	5
13. Por lo general disfruto la relación sexual con mi pareja.	1	2	3	4	5
14. Desearía que mi pareja pudiera comunicar más abiertamente sus gustos en nuestros encuentros sexuales.	1	2	3	4	5
15. Me gusta la forma de hacer el amor, de mi pareja.	1	2	3	4	5
16. Me agrada sentir que mi pareja disfruta el sexo tanto como yo.	1	2	3	4	5
17. Por lo común me satisfacen los momentos del día y de la noche en que mi pareja y yo, tenemos relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
18. A menudo deseo que mi pareja sea más cariñosa cuando hacemos el amor.	1	2	3	4	5

A P E N D I C E S.

A.5 CUESTIONARIO PARA EVALUAR DISFUNCIONES SEXUALES EN MUJERES.

CUESTIONARIO PARA EVALUAR
DISFUNCIONES SEXUALES EN
MUJERES.

NOMBRE _____ No. _____

FECHA DE ENTREVISTA _____ HORA _____

INSTRUCCIONES:

Lea con detenimiento cada una de las preguntas y conteste lo más exacto que pueda, tachando la letra que corresponda a su respuesta, (F) si es falsa y (V) si es verdadera.

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. En la actualidad rechazo tener relaciones sexuales. | (F) | (V) |
| 2. Me gustaría tener menos relaciones sexuales. | (F) | (V) |
| 3. Sexualmente soy tan atractiva como antes. | (F) | (V) |
| 4. Mi pareja no me excita como antes. | (F) | (V) |
| 5. Mi pareja desea hacer el amor con demasiada frecuencia. | (F) | (V) |
| 6. A menudo me preocupa mi desempeño sexual. | (F) | (V) |
| 7. Trato de evitar el contacto sexual con mi pareja. | (F) | (V) |

- | | | |
|---|-----|-----|
| 8. Mi pareja no me estimula lo suficiente para que tenga buena lubricación vaginal. | (F) | (V) |
| 9. Mi lubricación vaginal es deficiente. | (F) | (V) |
| 10. Me agradaría que mi pareja me estimulara más. | (F) | (V) |
| 11. Sufro de infecciones a nivel vaginal. | (F) | (V) |
| 12. He notado que mi lubricación vaginal disminuye cuando ingiero cierto tipo de medicamentos. | (F) | (V) |
| 13. Me siento contenta con las caricias que me brinda mi pareja antes de tener relaciones sexuales. | (F) | (V) |
| 14. Mi pareja me satisface sexualmente. | (F) | (V) |
| 15. Mientras más deseo el orgasmo, menos lo logro. | (F) | (V) |
| 16. Me es difícil llegar al orgasmo. | (F) | (V) |
| 17. Cualquier interrupción en el acto sexual termina con él. | (F) | (V) |
| 18. Cuando estoy a punto del orgasmo, mi pareja no actúa adecuadamente. | (F) | (V) |
| 19. Alcanzo el orgasmo antes que mi pareja. | (F) | (V) |
| 20. Pienso en otras cosas cuando tengo relaciones sexuales. | (F) | (V) |
| 21. Si mi pareja eyacula rápido ya no logro el orgasmo. | (F) | (V) |
| 22. Experimento orgasmos intensos. | (F) | (V) |

- | | | |
|---|-----|-----|
| 23. En la actualidad mi vida sexual es monótona. | (F) | (V) |
| 24. Tengo sueños eróticos en donde alcanzo el orgasmo. | (F) | (V) |
| 25. En la actualidad no tengo orgasmos. | (F) | (V) |
| 26. Deseo que mejore la relación sexual con mi pareja. | (F) | (V) |
| 27. Siento dolor al realizar el acto sexual. | (F) | (V) |
| 28. No tengo relaciones sexuales por temor al dolor. | (F) | (V) |
| 29. Mi pareja es demasiado brusca al tener relaciones sexuales. | (F) | (V) |
| 30. Después de la relación sexual me siento adolorida. | (F) | (V) |
| 31. Padezco de infecciones a nivel aparato urinario. | (F) | (V) |
| 32. Cuando no estoy lubricada, siento dolor al momento de la penetración. | (F) | (V) |
| 33. He tenido intervenciones quirúrgicas a nivel vaginal. | (F) | (V) |
| 34. Desearía que mi pareja fuera más paciente cuando tenemos relaciones sexuales. | (F) | (V) |

NOTA: Esta información se maneja de manera confidencial.

A P E N D I C E 6.

A.6 VOCABULARIO MEDICO.

VOCABULARIO MEDICO.

- Adenomioma.**- Es un tumor benigno y por lo tanto de crecimiento lento, indolente, que no compromete el estado general y no produce transtornos notables.
- Carcinoma.**- Crecimiento maligno del tejido de la epidermis y derivados como las glándulas.
- Cervix.**- Cuello del útero.
- Dismenorrea.**- Menstruación difícil y dolorosa. La regla puede acompañarse de la expulsión de una parte de la mucosa uterina (dismenorrea membranosa).
- Distócico.**- Si distocia significa dificultad del parto, distócico sirve para indicar el parto difícil, laborioso, que constituye una distocia.
- Endometrio.**- Mucosa que recubre el útero.
- Endometriosis.**- Presencia de endometrio en sitios anormales.
- Fistula.**- Comunicación anormal entre dos superficies o cavidades del organismo.
- Hiperplasia.**- Es el desarrollo (plasia) excesivo (anormal) de un tejido u órgano, producido por causas congénitas o adquiridas (por ejemplo, inflamación).
- Hiperplásico.**- incrementa su volumen por el aumento de número de células que lo constituyen, las cuales conservan su volumen normal.
- Laparotomía.**- Incisión quirúrgica de la pared abdominal y del peritoneo.
- Metástasis.**- Es el proceso de imigración de una afección patológica de una parte a otra de nuestro cuerpo, a través de la circulación sanguínea o linfática.

Mioma.- Tumor del tejido muscular.

Neoplasia.- Es la formación (plasia) de un tejido nuevo (neo), tanto normal como patológico; por ejemplo, el tejido cicatricial o el tejido atípico de un tumor benigno o maligno.

Ooforectomía.- Es la extirpación de un ovario.

Peritoneal (cavidad).- Es el espacio comprendido entre la hoja externa o parietal y la interna o visceral del peritoneo. Normalmente es un espacio virtual, ya que las dos hojas peritoneales están adosadas.

Peritoneo.- Es aquella membrana serosa que con su hoja externa (peritoneo parietal) tapiza la superficie interna de las paredes abdominales y con su hoja interna (peritoneo visceral) reviste los órganos abdominales intraperitoneales (estómago, intestino, hígado, etc.).

Prolapso.- Caída o descenso de un órgano o de una parte de órgano a consecuencia de la relajación de sus medios de fijación.

Sarcoma.- Crecimiento maligno del tejido mesodérmico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 01.- Alcocer Pérez, M. J. "Disfunción Sexual Femenina". México: Edit. del Autor, 1983.
- 02.- Alvarez-Gayou, J. L. "Sexoterapia Integral". México: Editorial El Manual Moderno, 1989, (1a. Ed., 2a. Reimp.).
- 03.- Benson, R. "Diagnóstico Y Tratamiento Ginecoobstétricos". México: Editorial El Manual Moderno, 1989, (5a. Ed.), pp. 442-458, 914.
- 04.- Borrajo, F. "Histerectomia Abdominal". México: Instituto Nacional De Perinatología (investigación), 1987.
- 05.- Cole P. "Elective Hysterectomy". Am. J. Obstet Gynecol, 1977, 129: p. 117.
- 06.- Coppen, A., Bishop, M., Beard, R. J., Barnard, G. J., Collins, C. W. "Hysterectomy, Hormones And Behavior. A Prospective Study". Lancet, 1981, JAN; 17, 1 (8212): pp. 126-128.
- 07.- Easterday, Ch., Grines, D., Rigs, J. "Hysterectomy In The United States". Obstet Gynecol, 1983; 11: pp. 2-3.
- 08.- Ellis A., Abrahms, E. "Terapia Racional Emotiva (TRE)". México: Editorial Pax, 1986, (1a. Ed., 2a. Reimp.).
- 09.- Freud, S. "Obras Completas". Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1981, (4a. Ed., Tomos I, II y III).
- 10.- Gould, D., Wilson-Barnet, J. "A Comparision Of Recovery Following Histerectomy And Major Cardiac Surgery". J. Adv. Nurs, 1985, JUL; 10 (4): pp. 315-323.
- 11.- Kaltreider, N. B., Wallace, A., Horowitz, M. J. "A Field Study Of The Stress Response Syndrome. Young Women After Histerectomy". Jama. 1979, OCT: 242 (14): pp. 1499-1503.
- 12.- Kaplan, H. S. "Manual Ilustrado De Terapia Sexual". México: Editorial Grijalbo, 1983.

- 13.- Kaplan, H. S. "La Nueva Terapia Sexual". Madrid: Edit. Alianza, 1984, (Tomos I y II).
- 14.- Kaplan, H. S. "La Evaluación De Los Transtornos Sexuales". Barcelona: 1985, (1a. Ed.).
- 15.- Kaplan, H. S. "Transtornos Del Deseo Sexual". Barcelona: Editorial Grijalbo, 1987, (3a. Ed.).
- 16.- Kaplan, H. S. "Disfunciones Sexuales". México: Editorial Grijalbo, 1989.
- 17.- Karchner, K. S. "Bosquejo Histórico De La Ginecología Y Obstetricia En México". Revista De Perinatología, 1989, 3: p.58.
- 18.- Kiiikku, P. "Supravaginal Uterine Amputation Vs. Hysterectomy. Effects On Coital Frequency And Dispareunia". Acta Obstet. Gynecol. 1983, SCAND; 62 (2): pp. 141-145.
- 19.- Kiiikku, P., Lehtinen, V., Hirvonen, T., Gronroos, M. "Abdominal Hysterectomy Vs. Supravaginal Uterine Amputation: Psychic Factors". Acta Obstet. Gynecol, 1987, SCAND; 62 (2): pp. 153-160.
- 20.- Kraaijaat, F. W., Veeninga, A. T. "Life Stress And Hysterectomy-Oophorectomy". Mauritas, 1984, DEC; 6 (4): pp. 319-325.
- 21.- Lalinec-Michaud, M., Engelsman, F. "Anxiety, Fears And Depression Related To Hysterectomy". Can. J. Psychiatry, 1985, FEB; 30 (1): pp. 44-47.
- 22.- Lobb, M. L., Shannon, M. C., Recerg, S. L., Allen, J. B. "A Behavioral Technique For Recovery From The Psychological Trauma Of Hysterectomy". Percept. Mot Skills, 1984, OCT; 59 (2): pp. 677-678.
- 23.- Masters, W. H., Johnson, V. E. "Incompatibilidad Sexual Humana". Buenos Aires: Editorial Intermédica, 1981.
- 24.- Masters, W. H., Johnson, V. E. "Respuesta Sexual Humana".

Buenos Aires: Editorial Intermédica, 1981.

- 25.- McCary, J. L., McCary, S. P. "Sexualidad Humana De McCary". México: Editorial El Manual Moderno, 1984, (4a. Ed., 1a. Reimp.).
- 26.- Monroy Ananelli De Velasco. "Principios De Terapia Sexual". México: Editorial Grijalbo, 1988, (1a. Ed.).
- 27.- Ngan, H. Y., Tang, G. W. "Psychosocial Aspects Of Gestational Trophoblastic Disease In Chinese Residents Of Hong Kong". J. Reprod. Med., MAR; 31 (3): pp. 173-178.
- 28.- Reich, W. "La función Del Orgasmo". Buenos Aires: Edit. Paidós, 1974.
- 29.- Ridley, J., Te Linde, R. "Cirugía Ginecológica". México: Nueva Editorial Interamericana, 1978, pp. 10-69.
- 30.- Salter, J. R. "Gynecological Symptoms And Psychological Distress In Potential Hysterectomy Patients". J. Psychosom. 1985, RES; 29 (2): pp. 155-159.
- 31.- Steiner. "Psychiatric Sequelae To Gynaecological Distress In Potential Hysterectomy Patients". Journal Of Psychosom Research, 1985, Vol. 29: pp. 155-159.
- 32.- Szpirman De Scherson, E. "Elaboración De Un Cuestionario Para Evaluar Satisfacción Sexual". México: Edit. Del Autor, 1989, pp. 146-154.
- 33.- Tang, G. W. "Reactions To Emergency Hysterectomy". Obstet. Gynecol, 1985, FEB; 65 (2): pp. 206-210.
- 34.- Van De Velde, Th. "El Matrimonio Perfecto". México: Editorial Diana, 1974, (8a. ed.).
- 35.- Walbroehl, G. S. "Sexuality In A Cancer Patients". Am. Fam. Physican, 1985, JAN; 31 (1): pp. 153-158.
- 36.- Waldemar, G., Werdelin, L., Boysen, G. "Neurologic Symptoms And Hysterectomy: A Retrospective Survey Of The

Prevalence Of Hysterectomy In A Neurologic Patients".
Obstet. Gynecol, 1987, OCT; 70 (4): pp. 559-563.

- 37.- Webb, C., Wilson-Barnet, J. "Self-Concept, Social Support And Hysterectomy". Int. J. Nurs Stud, 1983, 20 (2): pp. 97-107.
- 38.- Webb, C. "Professional And Lay Social Support For Hysterectomy Patients". J. Adv. Nurs, 1986, MAR; 11 (2): pp. 166-177.
- 39.- Wilson, J. F. "Behavioral Preparation For Surgery: Benefit Or Harm?". J. Behav. Med., 1981, MAR; 4 (1): pp. 79-102.
- 40.- Young, L., Humprey, M. "Cognitive Methods Of Preparing Women For Hysterectomy: Does A Booklet Help?". Br. J. Clin. Psychol, 1985, NOV; 24 (Pt 4): pp. 303-304.
- 41.- Zussman, L., Zussman, S., Sunley, R., Bjorson, E. "Sexual Response After Hysterectomy-Oophorectomy: Recent Studies And Reconsideration Of Psychogenesis". Am. J. Obstet. Gynecol, 1981, AUG; 140 (7): pp. 725-729.

B I B L I O G R A F I A .

- **** Ahued, A., Lowenberg, F. E., Pineda, G. E. "Morbilidad En Histerectomía Abdominal Informe De 500 Casos". Ginec. Obstet. México, 1984, 52: p. 327.
- **** Alvarez-Gayou, J. L. "La Condición Sexual Del Mexicano". México: Editorial Grijalbo, 1985, (3a. Ed.).
- **** Anderson, J., Durston, B. H., Poole, M. "Redacción De Tesis Y Trabajos Escolares". México: Editorial Diana, 1986, (1a. Ed., 12a. Reimp.).
- **** Arias Galicia, F. "Técnica De La Investigación En Ciencias De La Administración Y Del Comportamiento". México: Editorial Trillas, 1986, (3a. Ed.).
- **** Baena Paz, G. "Instrumentos De Investigación". México: Editores Mexicanos Unidos, 1985, (11a. Ed., 5a. Reimp.).
- **** Bastin, G. "Diccionario De Psicología Sexual". México: Edit. Herder, 1979.
- **** Beck, A. "Ticiti". México: Sociedad Médica Del Centro Materno Infantil, 1977, Núm. 1: pp. 9-17.
- **** Benson, R. C. "Aspectos Psicológicos De La Práctica Médica En Ginecología Diagnóstico Y Tratamientos Ginecoobstétricos". México: Editorial El Manual Moderno. 1989, pp. 1049-1075.
- **** Bosch Garcia, C. "La Técnica De La Investigación Documental". México: Editorial Trillas, 1985, (11a. Ed.).
- **** Brainer, L. "Diccionario Enciclopédico De Medicina". Barcelona: Edit. J. I. M. S., 1980, (4a. Ed.).
- **** Brown Gabrielle. "El Nuevo Celibato. Un Ensayo Sobre La Abstinencia Sexual". Barcelona: Ediciones Grijalbo, 1982, (1a. Ed.).
- **** Castelazo, L. "Sensibilidad Sexual Y Cirugía Ginecológi-

- ca". "Práctica De Obstetricia". México: Edit. La Prensa Médica Mexicana, 1971. (7a. Ed.), p. 756.
- **** Comfort, A. "El Placer De Amar". Barcelona: Editorial Blume, 1978.
- **** Comfort, A. "The Joy Of Sex, Guia Ilustrada Del Amor". México: Editorial Grijalbo, 1989.
- **** Dennis, L., Hassol, J. "Psicología Evolutiva". México: Nueva Editorial Interamericana, 1986, pp. 297-300.
- **** "D.S.M. III, Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales". Barcelona: Edit. Masson, 1987: pp. 275-298.
- **** Diaz-Guerrero, R., Salas, M. "El Diferencial Semántico Del Idioma Español". México: Editorial Trillas, 1975, pp. 11-105.
- **** "Diccionario Etimológico De Las Ciencias Médicas". México: Salvat Editores, 1982. (11a. Ed.).
- **** Downie, N. M., Heath, R. W. "Métodos Estadísticos Aplicados". México: Edit. Haria, 1970.
- **** Dr. Anónimo. "Confesiones De Un Ginecólogo". Barcelona: Ediciones Grijalbo, 1980, (4a. Ed.).
- **** Eichenlaub, J. E. "Los Problemas Sexuales De La Pareja. Cómo Reconocerlos Y Superarlos". México: Editorial Pax, 1989, (1a. Ed., 31a. Reimp.).
- **** Freud, S. "Esquema Del Psicoanálisis". Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1938, (V. XXII), pp. 143-145, 199-208.
- **** Gilbert, H., Roche, C. "Historia Ilustrada De La Sexualidad Femenina". México: Editorial Grijalbo, 1989.
- **** Guilhot Marie Aimee, Letwe, A. "Terapia Sexual De Grupo". México: Editorial Pax, 1988.

- **** Helman, J. R., Lopiccio, J. "Para Alcanzar El Orgasmo". México: Editorial Grijalbo, 1990.
- **** Huges, E., Facog, M. "Terminología En Obstetricia Y Medicina". Barcelona: Salvat Editores, 1975.
- **** Jeffcoate, N. "Ginecología". Buenos Aires: Editorial Integ médica, 1979, (4a. Ed.), pp. 847-852.
- **** Johnson, J. E., Cristman, N. J., Stitt, C. "Personal Control Interventions: Short - And - Long - Term Effects On Surgical Patients". Res. Nurs, Health, 1985, JUN; 8 (2): pp. 131-145.
- **** Kahn Ladas, A., Whipple, B., Perry, J. D. "El Punto G". México: Editorial Grijalbo, 1986.
- **** Kerlinger, F. "Investigación Del Comportamiento. Técnicas Y Metodología". Editorial Interamericana, 1985, (2a. Ed.), pp. 396-403.
- **** Kitzinger, S. "La Mujer Y Su Experiencia Sexual". Barcelona: Circulo De Lectores, 1985, pp. 231-237, 297-303.
- **** Koken, S. "Una Vida Sexual Más Feliz". México: Editores Mexicanos Unidos, 1990.
- **** Krant, M. J. "Psychosocial Impact Of Gynecologic Cancer". Cancer, 1981, JUL 15; 48 (2 Suppl.): pp. 608-612.
- **** Lafería, J. J. "Deseo Sexual Inhibido Y Disfunción Orgás-mica". Clin Obstet Gynecol, 1984, 27: p. 945.
- **** Lake, T., Hills, Ann. "Infidelidad. Anatomía De Las Relaciones Extraconyugales". Barcelona: Ediciones Grijalbo, 1980. (1a. Ed.).
- **** Laplanche, J., Pontalis, J. B. "Diccionario De Psicoanálisis". Barcelona: Editorial Labor, 1987.
- **** Lerer, M. L. "Sexualidad Femenina. Mitos, Realidades Y El

- Sentido De Ser Mujer". México: Editorial Hermes, 1967, (1a. Ed. Mèx.).
- **** Lowen, A. "Narcisismo". México: Editorial Pax, 1967.
- **** Mac Kinnon, R. A., Michels, R. "Psiquiatría Clínica Aplicada". México: Nueva Editorial Interamericana, 1985, (9a. Reimp.).
- **** Masters, W. H., Johnson, V. E. "El Vínculo Del Placer". México: Editorial Grijalbo, 1983.
- **** Mattingly, R., Te Linde, R. "Carcinoma Invasor Del Cervix". Ginecología Operatoria. Barcelona: Edit. El Ateneo, 1980, (5a. Ed.), pp. 606-654.
- **** Mattingly, R., Te Linde, R. "Evolución Histórica De La Cirugía Pélvica". Ginecología Operatoria. Barcelona: Edit. El Ateneo, 1980, (5a. Ed.), pp. 3-11.
- **** Mattingly, R., Te Linde, R. "Miomias Del Útero". Ginecología Operatoria". Barcelona: Edit. El Ateneo, 1980, (5a. Ed.), pp. 164-194.
- **** Novak, E. "Tratado De Ginecología". México: Editorial Interamericana, 1961, (6a. Ed.), pp. 43-51.
- **** Nuñez, J. "Tratado De Ginecología". México: Edit. Asociación De Médicos Del Hospital De Ginecología Y Obstetricia Núm. 3. I.M.S.S., 1986, (3a. Ed.), pp. 629-637.
- **** Offit Avodah K. "El Yo Sexual". Badalona, España: Ediciones Grijalbo, 1979, (1a. Ed.).
- **** Rattner, J. "Psicología Y Psicopatología De La Vida Amorosa". México: Editorial Siglo XXI.
- **** Reich, W. "La Revolución Sexual". México: Ediciones Roca, 1976.
- **** Rossenvaser, E. "Tratado De Obstetricia". Buenos Aires: Edit. Médica Pan-American, 1964, (Vol. III), pp. 572-573.

**** Russel, M. D. "Texto De Ginecologia". México: Edit. La Prensa Médica Mexicana, 1984, pp. 550-556.

**** Saierno, V. E. "Ginecologia Psicosomática". Buenos Aires: Editorial Paidós, 1968.

**** Siegel, Sidney. "Estadística No Paramétrica". México: Editorial Trillas, 1983.

**** Streat, H. S. "La Pareja Infiel". México: Editorial Pax, 1986.

**** Tamayo, M. "El Proceso De La Investigación Científica. Fundamentos De Investigación". México: Editorial Limusa, 1985, (1a. Ed., 5a. Reimp.).

**** Watson, J., Pierfedelci, L. "Enfermería Ginecológica Y Obstétrica". México: Edit. Harla, 1981, pp. 481-485.

--: TESIS PROFESIONALES --:

MECANOGRAFIA E IMPRESION

Campeche No. 156 , ---- Col. Roma

México, D. F. ---- 06700

564-3954 ★ 584-8153