

11246 36



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

**METODOLOGÍA DE ESTUDIO DE LOS
TRASTORNOS SEXUALES EN LA CLÍNICA DE
UROLOGÍA GINECOLÓGICA DEL INSTITUTO
NACIONAL DE PERINATOLOGÍA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**ESPECIALISTA EN:
UROLOGÍA GINECOLÓGICA**

**P R E S E N T A :
DR. JOSÉ MANUEL MADRAZO CABO**



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE...
FACULTAD DE...
U. N. A. M.

TUTOR: DRA. SILVIA RODRÍGUEZ COLORADO
CO-TUTOR: DR. JORGE KUNHARDT RASCH

[Firma manuscrita]



**ASESORES:
DR. FRANCISCO MORALES CARMONA
DRA. CLAUDIA SÁNCHEZ
DR. HÉCTO AVILA ROSAS**

MÉXICO, D. F.

2002

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

[Firma manuscrita]



DIRECCION DE ENSEÑANZA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Indice

1. Introducción (2).
2. Trastornos sexuales (4)
3. Trastornos sexuales debidos a disfunción del piso pélvico (9).
4. Objetivo (17)
5. Propuestas Metodológicas para el estudio de disfunciones sexuales en pacientes que acuden a Clínicas de Urología Ginecológica (17)
6. Conclusión (20)
7. Bibliografía (21)
8. Apéndice A (23)
9. Apéndice B (45)
10. Apéndice C (50)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Introducción

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El establecimiento de la pareja, su ciclo, la satisfacción marital y sexual son motivo de estudio de la psicología y la medicina, para ello la Organización mundial de la Salud (OMS) ha definido el concepto de 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 sexualidad con frecuencia es confundida con la palabra sexo. La palabra sexualidad se emplea con un significado más amplio, se define como un conjunto de caracteres sexuales anatómicos, fisiológicos, psicológicos, y sociales que se manifiestan en la conducta del individuo con otras personas (17,20).

La respuesta sexual se asemeja a otros procesos fisiológicos en la medida que pueden desencadenarse no solo mediante el contacto físico directo, sino a través del olfato, la vista, el pensamiento. Es una reacción que involucra a todo el organismo y en la que intervienen no solo los genitales sino los sentimientos, pensamientos y las experiencias previas de la persona (17).

Aunque generalmente el ciclo de la respuesta sexual tiene una pauta de progresión estable, puede experimentar grandes variaciones tanto en el caso del individuo, como en la relación de pareja. Cuando se presentan alteraciones en una de las fases de la respuesta sexual, o no se presenta en la manera esperada; se hablará de la existencia de una disfunción sexual, siempre y cuando, se presente en una forma persistente, recurrente y cause molestias a la persona o a su pareja (17).

Se ha conceptualizado a las disfunciones sexuales en base a un modelo trifásico de la respuesta sexual: deseo, excitación y orgasmo; y propone 7 disfunciones

para la mujer. En este modelo cada una de estas respuestas fisiopatológicas son entendidas como relativamente independientes, a diferencia de las conceptualizaciones unidimensionales anteriores en las que el orgasmo se consideraba como una consecuencia de la excitación sexual, este modelo ha tenido una amplia difusión, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (23) contempla dentro de los criterios diagnósticos, a las disfunciones sexuales femeninas de la siguiente manera: trastorno de deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo, trastorno de la excitación, trastorno orgásmica, trastornos sexuales por dolor como son dispareunia, vaginismo, y la disritmia, a continuación se expone un cuadro de dicha clasificación:

1. Trastornos del deseo sexual	a. Deseo sexual inhibido b. Trastornos por aversión al sexo
2. Trastornos de la excitación sexual	a. Trastornos de la excitación sexual en la mujer.
3. Trastornos del Orgasmo	a. Disfunción orgásmica femenina
4. Trastornos sexuales por dolor	a. Dispareunia b. Vaginismo
5. Trastorno sexual debido a una enfermedad médica.	a. Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a disfunción del piso pélvico b. Dispareunia femenina debido disfunción del piso pélvico. c. Otros trastornos sexuales femeninos debidos a disfunción del piso pélvico.

(20,23)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Trastornos sexuales:

Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por dolor asociado con la realización del acto sexual. El ciclo completo de la respuesta sexual puede dividirse en las siguientes fases:

1. Deseo: esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.
2. Excitación: esta fase consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios más importantes en el varón son la tumescencia peneana y la erección. Los cambios más importantes en la mujer son la vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos.
3. Orgasmo: Esta fase consiste en el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores, además contracciones de la pared del tercio externo de la vagina.
4. Resolución: Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general.

Los trastornos de la respuesta sexual pueden alterar una o más de las fases del ciclo sexual. Cuando se presentan varios trastornos, debe registrarse y describirse cada uno de ellos en cada paciente estudiada (23).

Se describen una serie de subtipos para señalar el inicio, el contexto y los factores etiológicos que se asocian con los trastornos sexuales. Si hay varios

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

trastornos sexuales, es necesario indicar cada uno de los subtipos. Estos subtipos no deben aplicarse al diagnóstico de trastornos sexual debido a una enfermedad médica o inducido por sustancias.

Para señalar la naturaleza del inicio del trastorno sexual, puede utilizarse uno de los siguientes subtipos:

De toda la vida. Este indica que el trastorno sexual ha existido desde el inicio de la actividad sexual.

Adquirido. Este indica que el trastorno sexual aparece después de un periodo de actividad sexual normal.

Para indicar el contexto en el que se presenta el trastorno sexual, puede usarse uno de los siguientes subtipos:

General. Este subtipo indica que la disfunción sexual no se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros.

Situacional. Este subtipo indica que la disfunción sexual se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros. Aunque en la mayoría de los casos las disfunciones se presentan durante la actividad sexual con una pareja, en otros puede ser apropiado identificar las disfunciones que se presentan durante la masturbación.

Puede usarse uno de los siguientes subtipos para indicar los factores etiológicos asociados al trastorno sexual:

Debido a factores psicológicos. Este subtipo se ha descrito para los casos en los que los factores psicológicos tienen gran importancia en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno, y las enfermedades médicas y las sustancias no desempeñan ningún papel en su etiología.

Debido a factores combinados. Este subtipo se ha descrito cuando: 1) los factores psicológicos desempeñan un papel en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno, y 2) la enfermedad médica o las sustancias contribuyen a la aparición del trastorno pero no son suficientes para constituir su causa. Cuando una enfermedad médica o el consumo de sustancias

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(incluso lo efectos secundarios de los fármacos) son suficientes como causa del trastorno, debe diagnosticarse *“trastorno sexual debido a una enfermedad médica”, para ello, debe basarse en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física* (23).

También se menciona que el funcionamiento sexual no es unifactorial sino multifactorial y que las fuentes de ansiedad pueden tener su origen tanto en conflictos enraizados en la etapa de desarrollo o en conflictos adquiridos como consecuencia de la problemática de pareja, muchas veces por ignorancia con respecto a la sexualidad, teniendo como factor común que independientemente de las razones, la disfuncionalidad sexual es sumamente destructiva para la integridad de las personas (19).

La interacción de las disfunciones sexuales y maritales han sido descritas por Masters y Johnson (14,15), quienes apuntan que las disfunciones sexuales son motivo de queja en una de cada tres parejas, el coito debe proporcionar intimidad emocional, el desafío del matrimonio consiste en integrar los aspectos sexuales y no sexuales de la relación. Los problemas en una de las áreas de la satisfacción marital se extiende rápido a los demás, una conflictiva no sexual perturba la satisfacción sexual y a la inversa. Debido a la influencia recíproca entre el sexo y el resto de la vida conyugal, la mayoría de las parejas si están satisfechas o insatisfechas en otras áreas. Se ha demostrado que la conducta sexual tiene mayor repercusión sobre la satisfacción marital que los factores de personalidad, existiendo importantes diferencias con respecto al género. En relación a la mujer se comprueba que cuando ésta rechaza la relación sexual se produce una correlación elevada con baja satisfacción marital en ambos miembros de la pareja, lo que no ocurre cuando el varón las rechaza (17).

Otro aspecto importante que interviene en la sexualidad es el autoconcepto, se menciona que existe una relación entre una imagen positiva de sí mismo y la

capacidad de tener relaciones íntimas. En el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) se han realizado estudios que evalúan estos aspectos. En un estudio realizado por el departamento de Psicología, a 300 mujeres que acudieron a la institución por razones no relacionadas con una disfunción sexual, de estas el 50% tenían algún tipo de disfunción y este grupo presentó un menor grado de autoconcepto positivo y relaciones maritales menos satisfactorias en comparación con las mujeres sin ningún tipo de disfunción sexual (t 4.66 y $P < 0.001$ y t -6.72 $P < 0.001$) (17,22).

Otro estudio realizado en el INPer por González (19), a 384 pacientes encontró que más del 50% de las mujeres presentaron algún tipo de disfunción sexual, y ellas presentaron una mayor prevalencia de ansiedad (25.2% VS 15.4% (sin disfunción sexual)), temores a la sexualidad (20% VS 6.5%), depresión (24% VS 14%). Estos datos muestran, que la disfunción sexual está asociada significativamente a depresión y ansiedad. Además se encontró a la disritmia y el deseo sexual hipoactivo como los trastornos sexuales más frecuentes (19).

Otro estudio realizado por Sánchez (20) en el INPer, demostró que las pacientes con disfunción sexual tenían menor información relacionada con el sexo y mayor prevalencia de traumas sexuales en la infancia.

Los avances en cuanto al conocimiento de la sexualidad en las últimas décadas no han sido suficientes, pues los problemas en esta área siguen muy elevados, como se observó en este estudio en donde más de la mitad de la muestra capturada presentaba algún tipo de disfunción sexual: esto pone de manifiesto por lo tanto, que es importante el estudio de los factores que rodean la presencia de disfunciones sexuales para generar estrategias de tratamiento. Además es importante comentar, que las mujeres con disfunciones sexuales no demandan consulta por ese motivo, porque no lo consideran esto un problema o bien, por no considerar a la satisfacción sexual como algo importante en su vida, lo demuestra el número de disfunciones reportadas, en donde se indica que: o bien,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

desconocen la existencia de las mismas o, aprenden a vivir con ellas, aceptándolas como algo común dentro de su propia sexualidad (17,18).

La dignidad humana exige la búsqueda de aquellos factores que promueven o deterioran la salud reproductiva, no sólo en su aspecto gestacional, sino también en el sexual; el saber que la disfunción sexual puede interferir con estos principios, hará que pongamos más cuidado en atender y prevenir este tipo de problemas, ya que la sexualidad desempeña un papel muy importante en el ajuste emocional de la pareja y de la familia. Una vez detectado el problema disfuncional, conviene dirigir nuevas investigaciones hacia factores asociados con ella. En el marco de la práctica gineco-obstétrica, tener en cuenta qué realidades hacen mas integral la visión y el abordaje del fenómeno reproductivo humano, que con frecuencia solo se observan desde el campo biológico. Pensar en la reproducción humana, sin tener en cuenta la sexualidad, es operar todavía con criterios masificadores y enajenadores, olvidando lo que hay en la base de este hecho: "La riqueza de una sexualidad humana integral, es requisito indiscutible de salud emocional" (19,20).

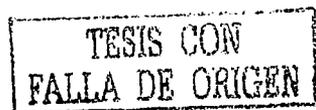
Trastornos sexuales debidos a disfunción del piso pélvico.

La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) ha expuesto la necesidad de estudiar más a fondo los aspectos de la función sexual y su relación con la disfunción del piso pélvico y el prolapso de los órganos pélvicos. Para esto, se requieren elementos de diagnóstico más precisos para distinguir entre algún tipo de trastorno sexual y una función sexual normal, lo cual, requiere de la colaboración de un equipo multidisciplinario. El estudio de las disfunciones sexuales femeninas se ha convertido en un área interesante y nueva de estudio en la medicina. Se ha estimado que la prevalencia de disfunciones sexuales son más frecuentes en las mujeres cuando se compara con los hombres (31% en hombres entre 18 y 59 años; 43-52% en mujeres con el mismo rango de edad) (11,20).

Las disfunciones sexuales son frecuentes en mujeres con síntomas urinarios o problemas de prolapso del piso pélvico. Como es bien conocido, existe una íntima relación entre la uretra la vejiga y del recto con la vagina, por lo que la presencia de alguna alteración estructural o funcional de estas estructuras, pueden predisponer a la presencia de Trastornos sexuales debidos a disfunción del piso pélvico (patología que se incluye en el rubro de "trastornos sexuales debidos a una enfermedad médica" DSM IV) (4,7,23).

Las enfermedades uroginecológicas pueden estar asociadas a tres variedades de las disfunciones sexuales:

1. Como una causa directa de los trastornos sexuales debidos a disfunción del piso pélvico, sin ningún antecedente sexual anormal previo.
2. Como una causa aparente, en este caso el desarrollo de *un problema uroginecológico puede ser convenientemente usado consciente o*



inconscientemente por la paciente para evitar el contacto sexual, en función de una disfunción sexual existente previamente.

3. Pueden darse el caso que las disfunciones sexuales estén relacionadas con la ansiedad y estrés y que originen, los problemas uroginecológicos (1).

Los trastornos sexuales pueden ser definidas como aquellos síntomas sexuales anormales que afectan las fases ó alguna fase del ciclo de respuesta sexual normal (23). Alvarez (20) definió como disfunciones sexuales las alteraciones persistentes en una o varias de las fases de la respuesta sexual que provocan problemas y molestias del individuo o la pareja. Otros autores, han definido la disfunción sexual femenina como aquella que se caracteriza por uno o más de los siguientes síntomas: sensación clitoral ausente o reducida, lubricación ausente o reducida, y dificultad o imposibilidad de experimentar el orgasmo. Esto incluye aquellos trastornos relacionados al deseo, orgasmo y los asociados con dolor, lo que ocasiona una gran angustia personal (1,13).

El estudio de las pacientes con trastornos sexuales debidos a disfunción del piso pélvico no es fácil, requiere de tener en mente diversos aspectos importantes, se requiere de la colaboración conjunta del Uroginecólogo y el Psicólogo con la finalidad de obtener un cuidadoso examen del estado actual de la paciente y de su personalidad, y garantizar la suficiente confianza en ella para conjuntar un buen diagnóstico y manejo (1).

Para lograr alcanzar este objetivo, se recomiendan los siguientes aspectos: realizar preguntas abiertas, evitar juicios, utilizar un lenguaje simple, aceptar los sentimientos de la paciente, observar su actitud (puede tratarse de mujeres reservadas o abiertas para tratar el problema), mostrar a la paciente que se cuenta con todo el tiempo y la disposición del médico para su atención y realizar el interrogatorio en un lugar privado que otorgue a la paciente el ambiente ideal

para expresar su problemática con la suficiente confianza y confidencialidad (1,15)

Esta bien demostrado que problemas uroginecológicos como la incompetencia del esfínter, un manejo quirúrgico no exitoso o padecimientos de difícil manejo pueden crear diversos trastornos sexuales, trastornos de ansiedad y estrés, promoviendo a su vez, patologías como lo es el detrusor inestable (DI) (3,6)

Los problemas uroginecológicos pueden afectar el ciclo de la respuesta sexual promoviendo diversos trastornos como son: la disminución en la frecuencia de la actividad sexual, pérdida del deseo, trastorno en la excitación sexual y anorgasmia, lo que puede traer consigo trastornos en la respuesta sexual del varón (9).

En 1979 Sutherst estudió 103 mujeres; en 48 (46%) los problemas urinarios afectaban su vida sexual, de ellas, 36 pacientes presentaron disminución en la frecuencia del coito y 12 refirieron ausencia de vida sexual. Se observó además, que las pacientes con detrusor inestable presentaban una mayor incidencia de trastornos sexuales, que aquellas que presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) (68.3% VS 20.6%) ($P < 0.001$). Otro estudio por el mismo autor confirmó hallazgos similares entre dicha comparación DI 60% VS IUE 29% (5).

Gianotten estudió 245 mujeres con incontinencia urinaria, de ellas, el 80% tenían vida sexual activa y el 34% incontinencia urinaria durante el coito con efectos negativos en su relación de pareja (1).

Se ha reportado pérdida urinaria durante el coito en el 45% de las pacientes que van a ser sometidas a procedimientos quirúrgicos anti-incontinencia, además, se sabe que la mayoría de las mujeres que tienen el diagnóstico de incontinencia de esfuerzo presentan incontinencia urinaria durante la penetración, a diferencia de

las pacientes que tienen detrusor inestable quienes presentan con más frecuencia incontinencia urinaria durante el orgasmo. En 1988 Hilton estudió a 400 mujeres en una clínica de urología, 77 (24%) mujeres reportaron la presencia de incontinencia urinaria durante el coito: dos tercios presentaron incontinencia urinaria durante la penetración y el resto presentó pérdida durante el orgasmo. En el primer grupo, 70% mostraron el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo y solo el 4% detrusor inestable, en el segundo grupo; 42% presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo y el 35% detrusor inestable. Solamente 2 pacientes de las 324 sexualmente activas reportaron de manera voluntaria la presencia de urgencia urinaria durante el coito (0.61%) (4,12).

Gordon (7) estudió a 100 mujeres que acudieron a la clínica de uroginecología, y observó, que ninguna paciente había consultado un médico por su problema sexual, y solo una paciente reportó voluntariamente su problema antes de la aplicación del cuestionario (1%) (7).

Walters en 1990, valoró a 63 mujeres con incontinencia urinaria (35 mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) y 28 con detrusor inestable (DI)) y 27 como grupo control. Demostró, que las pacientes con incontinencia urinaria presentaron una mayor incidencia de trastornos sexuales cuando se compararon con el grupo control. Además, las pacientes con incontinencia urinaria fueron significativamente menos activas sexualmente que las del grupo control; las pacientes con IUE reportaron una mayor incidencia de síntomas que interferían con el sexo por su problema urinario que las pacientes con DI (17/8 VS 6/11 (si/no)). Se detectó además, que las pacientes con DI presentaron un mayor porcentaje de dispareunia durante el coito (8/9 VS 9/16 IUE, VS 2/21 controles, (si/no)) (3).

Gordon valoró la relación entre los problemas sexuales y el resultado urodinámico en 100 mujeres que acudieron a la clínica de uroginecología,

TESIS CON
VALIA DE ORIGEN

encontrando que mujeres con DI ($p < 0.05$) y mujeres mayores de 60 años (9.09 ± 3.5 VS 13.0 ± 3.5), presentaron niveles menores en la escala de función sexual total que el resto de los grupos (mientras un mayor valor = mejor función sexual) (7).

La atrofia postmenopáusica puede ocasionar cistitis crónica, disuria, urgencia e infecciones de repetición que condicionan temor en la mujer postmenopáusica para el acto sexual. Las pacientes con problemas uroginecológicos que recibían terapia hormonal de reemplazo (THR) presentaron una mejor función sexual que las mujeres que no usaban THR ($P = 0.003$). Otro estudio, observó que mujeres mayores de 55 años que no recibían THR, presentaron menor respuesta sexual que aquellas que sí recibían THR (1,7,11).

Además, se han estudiado los efectos negativos que posee la cirugía ginecológica en la función sexual. Se ha demostrado un deterioro en la función sexual de un 13 a 37% posterior a la realización de una histerectomía, quizás por acortamiento de la longitud vaginal lo que ocasiona dispareunia, cambios en las terminales nerviosas del plexo uterovaginal lo que promueve la ausencia de orgasmos internos, o sequedad vaginal promovida por falla ovárica posthisterectomía sin ooforectomía en premenopáusicas. Sin embargo, otros estudios han mostrado que el 34 al 70% de las pacientes mejoran su vida sexual posterior a una histerectomía, quizás, por mejoría en síntomas relacionados como dispareunia, dismenorrea y la desaparición del temor hacia una nueva concepción. Rhodes (21) estudió 1299 mujeres antes y 14 meses después de una histerectomía, reportó mejoría en síntomas como dispareunia, pérdida de la libido y sequedad vaginal, y observó a su vez, un aumento en la actividad sexual y orgasmos. Con todo esto, es evidente que existe controversia entre la relación que guarda la función sexual y el tratamiento que se puede ofrecer a las pacientes.

Pacientes operadas con cabestrillo presentaron disminución de la sensación vaginal en el 20% a los cuatro meses, lo cual, fue asociado con resultados bajos en los puntajes de actividad sexual; sin embargo, estos valores mejoraron posteriormente. Por otro lado, antes de la operación el 45% de las pacientes operadas presentaban incontinencia durante el coito, problema que fue resuelto con el procedimiento, mejorando los puntajes en actividad sexual. Por lo cual se recomienda informar a la pacientes de los posibles cambios en las sensaciones vaginales, a fin de aclarar el impacto final del procedimiento (12).

Hasta el momento se han elaborado diversos cuestionarios que valoran las disfunciones sexuales (22). En un trabajo presentado en el Curso de actualización en Sexología para profesores de Postgrado en Ginecología, el Dr. Souza (2) elaboró una historia clínica específica para la sexualidad; la versión femenina, consta de 15 capítulos con 187 reactivos, además; está estructurada para ser resuelta en base a una codificación computarizada. Dicha historia se realizó con la finalidad de integrar sistemáticamente las diferentes formas de abordaje, para efectos de obtener una información completa de su disfunción sexual y evitar errores propios de la paciente, del médico o de la relación de ambos que obstaculicen la consecución de un interrogatorio formal con tal de excluir errores y omisiones. Dicha historia, puede ser aplicada a todos los individuos candidatos ó con problemas, dentro de una unidad clínica y fuera de ella, sin importar la edad, lugar de residencia, estado socioeconómico o civil (2). Apéndice A

Esta historia mantiene una secuencia numérica, además de tener un orden sistemático, de lo general a lo particular, de lo sencillo a lo complejo, y de lo sano a lo patológico; su interpretación es a través de la descripción clínica. La secuencia se basa en el modelo médico tradicional, no es un instrumento psicométrico y requiere ser aplicado por personal previamente capacitado; el riesgo de distorsión de la prueba es mínimo ya que el psicólogo que está

aplicando el cuestionario resuelve cualquier duda que se presente. La HCCSF está dividida en 15 capítulos y 170 reactivos entre los que se encuentran los antecedentes biopsicosociales de la sexualidad, el comportamiento sexual actual y su descripción general tanto por síndromes clínicos específicos como por variantes sexuales no patológicas. Esta historia ya fue aplicada en el Instituto Nacional de Perinatología en un estudio de prevalencia de los problemas de disfunción sexual en la población que acude al mismo para su atención ginecológica u obstétrica (20,21).

En el Tercer Foro Anual de función sexual femenina celebrado en Boston Massachusetts en octubre de 2000 la Dra. Cindy Meston presentó una revisión de cuestionarios validados que evalúan adecuadamente la función sexual. Dentro de ellos, presentó de manera detallada un nuevo cuestionario auto-aplicable llamado "Índice de función sexual femenina" (FSFI) elaborado por el Dr. Rosen, el cual mostró una adecuada credibilidad en sus resultados y valora el ciclo completo de la respuesta sexual a fin de lograr discriminar desordenes entre mujeres sanas y enfermas (10,14). Apéndice B

Sin embargo, el conocimiento de la función sexual de mujeres con prolapso de órganos pélvicos o incontinencia urinaria es limitado. De manera reciente, líderes en el campo de la uroginecología y de la cirugía pélvica han promovido el desarrollo, validación y estandarización de escalas para evaluar la función sexual en relación con problemas de incontinencia urinaria o del piso pélvico (9).

Rogers y col (9) validaron un cuestionario auto-aplicable que mide la "función sexual en mujeres con incontinencia urinaria o prolapso de órganos pélvicos" (PISQ). Este cuestionario, valora tres dominios principales: conductual-emotivo, físico y de relación de pareja. Este cuestionario mostró una adecuada correlación con el cuestionario de "impacto en la incontinencia-7" (IIQ-7) que mide el impacto de la incontinencia urinaria en la vida social de la paciente y del

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cuestionario llamado "formato de historia sexual" (SHF-12), instrumento no específico pero validado para evaluar función sexual el cual ha servido como criterio standard (Apéndice C).

Con esto, recientemente se han ideado diversas formas de tratamiento encaminados de manera primordial, a la corrección del problema uroginecológico que van desde la fisioterapia, tratamiento médico, y el tratamiento quirúrgico, esto, con el seguimiento indispensable por parte del especialista en uroginecología y el psicólogo para lograr resolver de manera conjunta las agravantes de estos problemas que repercuten en la calidad de vida de una mujer, de su pareja y de su familia (1,8,11,13)

Con la información internacional se respalda, lo importante que es la participación del médico como auxiliar de los problemas de sexualidad, debido a que se ha demostrado, que cuando se aplican las historias sexuales rutinariamente, los problemas sexuales se detectan en las pacientes hasta en el 50%, en tanto que cuando no se realizan de rutina, escasamente se detecta el 10% de esta problemática. Históricamente, los resultados quirúrgicos de los procedimientos antincontinencia han sido evaluados en función del grado de continencia y algunos aspectos de calidad de vida, sin embargo, a los aspectos de salud sexual no se le han dado la debida importancia (2,12,13).

Objetivo

Exponer una propuesta metodológica que permita al personal de salud multidisciplinario que participa en el manejo de las mujeres que acuden a las Clínicas de Urología Ginecológica, realizar estudios que evalúen la frecuencia y las características de los trastornos sexuales de las mujeres con disfunción del piso pélvico y/o prolapso de órganos pélvicos.

Propuesta Metodológica para el estudio de disfunciones sexuales en pacientes que acuden a Clínicas de Urología Ginecológica

En el INPer aún no conocemos la frecuencia y las características de los trastornos sexuales debidos a disfunción del piso pélvico en las pacientes que acuden a la coordinación de urología ginecológica, seguramente, muchas de nuestras pacientes *no* refieren dichos problemas por razones que aún desconocemos y por lo tanto, no resuelven su problemática de manera integral.

Con esto, se requiere establecer métodos de estudio para analizar primero la magnitud del problema, y posteriormente, describir las características sexuales que presentan las pacientes que acuden a los servicios de Uroginecología.

La forma de recolectar esta información se explica de manera sencilla y detallada por la Dra. Pick (24), quien propone en su libro, la manera de recolectar la información requerida. Primeramente, es necesario conocer con claridad ¿Qué es lo que se quiere observar? En relación al marco teórico, será necesario valorar los siguientes aspectos en la Clínica Urología Ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. Conocer qué porcentaje de mujeres refieren de manera espontánea su problemática sexual.
2. Establecer qué tipo de trastorno sexual presenta la paciente.
3. Saber si existe alguna condición psicológica previa que explique la presencia de una disfunción sexual en las pacientes.
4. Determinar si el trastorno sexual es causado por disfunción del piso pélvico y/o el prolapsos de los órganos pélvicos.
5. Conocer si las disfunciones sexuales están relacionadas con la ansiedad y estrés que condicionan, los problemas uroginecológicos.

En este caso, ya que conocemos de manera clara qué es lo que deseamos valorar, se requiere contar con instrumentos validados que recolecten de manera clara estos aspectos.

En las ciencias sociales se utilizan tres tipos de métodos para recolectar información: a) cuestionarios, b) entrevistas y c) escalas. Para que estos instrumentos sean útiles deben ser válidos y confiables. En relación con este tema, existen cuestionarios que valoran los cinco puntos expuestos en el párrafo anterior, pero, aún no contamos con un instrumento validado que evalúe de manera conjunta dichos puntos. Hasta ahora, estos tres cuestionarios ya elaborados por otros autores que demostrado poseer la validación y confiabilidad requerida para su aplicación (2,9,10)

Un cuestionario se define, como un método para obtener información de manera clara y precisa, donde existe un formato estandarizado de preguntas y donde el informante reporta sus respuestas. Se pueden aplicar personalmente o por correo, a una o varias personas. Es decir, se le puede dar a cada persona individualmente, repartírselo a un grupo que se encuentre congregado en un lugar determinado, o enviarlo por correo.

1. La Historia Clínica Codificada para evaluar la Sexualidad Femenina (HCCSF), instrumento validado debe ser aplicado por una persona entrenada por un experto, este ya ha sido aplicado en población mexicana. Dicho instrumento evalúa los puntos de estudio 2,3 y 5.
2. Cuestionario llamado "Índice de función sexual femenina" (FSFI), instrumento validado, autoaplicable, que evalúa el 2º punto de manera específica, dicho instrumento no ha sido aplicado en población mexicana (10).
3. Cuestionario, de "función sexual en mujeres con incontinencia urinaria o prolapso de órganos pélvicos" (PISQ), instrumento validado, autoaplicable, que evalúa el 4º y el 5º punto de análisis, dicho instrumento no ha sido aplicado en población mexicana (9).

A pesar de contar con instrumentos ya validados para evaluar los aspectos requeridos, será necesario realizar una prueba piloto en el caso del segundo y tercer cuestionarios propuestos para verificar, si la traducción obtenida de la información original es la correcta (con un traductor experto) y precisar si las pacientes entienden con claridad las preguntas aplicadas.

Esto es, debido a que estos últimos cuestionarios son autoaplicables y se requiere por lo tanto que sean claros y autoexplicativos con la finalidad que no se requiera de ayuda para contestarlos. Además, al informante se le deberán explicar los objetivos de la investigación, por lo que otorgar una carta de consentimiento informado es necesaria antes de su aplicación.

Conclusión

Resulta clara la necesidad de evaluar los trastornos sexuales ocasionados por la disfunción del piso pélvico en las pacientes que acuden a las clínicas de Urología Ginecológica para poder promover, un tratamiento integral, a fin de no olvidar que: "Detrás de cada mujer con un problema de salud, existe una persona que siente y espera de nosotros, no solo profesionalismo, sino también interés y calidez en nuestro obrar médico".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Stanton S, Monga A. *Clinical Urogynaecology 2000* Churchill Livingstone . London-Edinburgh-New York-Philadelphia-St Louis-Sydney-Toronto 2000. Second Edition
2. Souza M, Cárdenas J, Montero L. Historia clínica codificada para la sexualidad femenina. *Ginec Obstet Mex* 1987;55:277-287
3. Walters M, Taylor S, Schoenfeld S. Psychosexual study of women with detrusor instability. *Obstet Gynecol* 1990;75:22-6.
4. Hilton P. Urinary incontinence during sexual intercourse: a common, but rarely volunteered, symptom. *Br J Obstet Gynaecol* 1988;95:377-81
5. Sutherst JR. Sexual dysfunctional and urinary incontinence *Br J Obstet Gynaecol* 1979;86:387-8
6. Frewen WK. An objective assessment of the unstable bladder of psychosomatic origin *Br J Urol* 1978;50:246-9
7. Gordon D, Groutz A, Sinai T, Wiezman A, Lessing J, David M, Aizenberg D. Sexual function in women attending a urogynecology clinic. *Int Urogynecol J* 1999;10:325-328
8. Bo K, Talseth T, Vinsnes A. Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:598-603.
9. Rogers R, Kammerer-Doak D, Villarreal A, Coates K, Qualls C. A new instrument to measure sexual function in women with urinary incontinence or pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:552-8.
10. Deanestein L. Third Annual female sexual function forum: new perspectives in the management of female sexual dysfunction. Conference Report Boston, Massachusetts October 26-29,2000.
11. Sharlip I. Evaluation of female sexual dysfunction. American Urological Association 95th Annual Meeting April 29, 2000.
12. Kerr L. Female urology highlights from the 95th annual meeting of the American Urological Association April 29,2000.
13. Disfunción Sexual Femenia (FSD). Urometrics. Dirección internet. <http://WWW.urometrics.com/espanol/fsd.html>
14. Masters W, Johnson V. *The sexual response cycle en: Human sexual Response*. Little, Brown First Edition 1996; pags 3-8 U.S.A.
15. Masters W, Johnson V. *Incompatibilidad sexual humana*. Inter- médica. 2ª edición. 1970. ST Louis Missouri. U.S.A.
16. Kaplan H. Enfermedades y drogas que pueden menoscabar la libido En: *Evaluación de los trastornos sexuales. Aspectos médicos y psicológicos*. Edic. Grijalbo. 1ª edición. 1985; pags 285-292 Barcelona - Buenos Aires - México D.F.
17. Sánchez C, Carreño J, González G, González I. Autoconcepto y satisfacción marital en mujeres con disfunción sexual. 1997;11,190-6.

18. Morales F. Demanda de consulta por problemas sexuales de mujeres en edad fértil de la clínica Marina Nacional ISSSTE. Tesis de Especialidad. UNAM, Facultad de Medicina, México D.F. 1991.
19. González G, Sánchez C, Morales F, Díaz R, Valdez A. Niveles de ansiedad y depresión en mujeres con y sin disfunción sexual: estudio comparativo. *Rev Mex Psicol* 1999;16:17-23.
20. Sánchez C, Morales F, González G, Souza y Machorro M, Romo M. Prevalencia y tipos de disfunción sexual femenina. 1997;4:174-8.
21. Rhodes J, Kjerulff K, Langenberg P, Guzinski G. Hysterectomy and sexual functioning *JAMA* 1999;282:1934-1941.
22. Derogatis L, Melisaratos N. The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. *J sex Mar Ther* 1979;5:244-81.
23. Pichot P, López-Ibor J, Valdés M. *DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson 1ª edición. Barcelona. 1995
24. Pick S. *Cómo investigar en Ciencias Sociales*. Ed. Trillas. 5ª edición, México. 1994.

Apéndice A

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
DIRECCION DE INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

HISTORIA CLINICA CODIFICADA DE LA SEXUALIDAD FEMENINA

DATOS GENERALES:

A. Número de la entrevista

B. Número del expediente

CAPITULO I

Datos generales del aplicador:

1. Fecha: día ___ mes ___ año ___

2.

Nombre: _____

	apellido paterno	apellido materno	nombre
--	------------------	------------------	--------

3. Sexo: M F

4. Edad: ___ años cumplidos

5. Estado civil:

Soltero (1)

Casado (2)

Viudo (3)

Divorciado (4)

Unión libre (5)

Separado (6)

Otro, especificar

(7)

6. Profesión:

Médico (1)

Psicólogo (2)

Trabajador social (3)

Enfermero (4)

Otro, especificar

(5)

7. Categoría:

Interno de post-grado (1)

Residente (2)

Adscrito (3)

Otro, especificar

(4)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

8. Servicio:
- Psicología (1)
 - Ginecología (2)
 - Urología (3)
 - Medicina interna (4)
 - Psiquiatría (5)
9. Motivo de la aplicación:
- Investigación (1)
- Docencia (2)
 - Ambos (3)
 - Otros, especificar (4)
-

3130-29/A

10. Lugar de aplicación:
- Consulta externa (1)
 - Hospitalización (2)
 - Urgencias (3)
 - Otro, especificar (4)
-

11. Forma de aplicación:
- Directa (1)
 - Indirecta (2)
 - Ambas (3)

12. Ocasión/aplicación
- Primer contacto (1)
 - Subsecuente (2)

CAPITULO II

Datos generales del entrevistado:

13. Nombre:

apellido paterno	apellido materno	nombre
------------------	------------------	--------

14. Edad: ___ años cumplidos

15. Sexo: M F

16. Estado civil

- Soltero (1)
 - Casado (2)
 - Viudo (3)
 - Divorciado (4)
 - Unión libre (5)
 - Separado (6)
 - Otro, especificar (7)
-

17. Lugar de origen (donde pasó los 10 primeros años de su vida): México. D.F. (1)

Estado, especificar

(2) Otro, especificar

(3) Otro, especificar

18. Años de escolaridad: _____

19. Ocupación (fecha de la entrevista):

Profesional	(1)
Empresario	(2)
Burócrata	(3)
Empleado iniciativa privada	(4)
Comercio en pequeño	(5)
Oficio mayor (obrero)	(6)
Oficio menor (asistente)	(7)
Labores domésticas	(8)
Empleado esporádico	(9)
Desempleado	(10)
Estudiante	(11)
Hogar	(12)
Otro, especificar	

(13) _____

20. Si trabaja, ¿Cuántas horas al día dedica a esta actividad?

3130-29/B

21. Si estudia, ¿Cuántas horas al día dedica a esta actividad?

22. Religión:

Católica	(1)
Protestante	(2)
Testigo de Jehová	(3)
Ninguna	(4)
Otra, especificar	

(5) _____

23. ¿Con quién vive actualmente?:

Solo	(1)
Cónyuge	(2)
Cónyuge e hijos	(3)
Cónyuge, hijos y otro familiar	(4)
Hijos sin cónyuge	(5)
Otros familiares	(6)
Padres	(7)
Otro, especificar	

(8) _____

Nivel socioeconómico

24. Ingreso mensual:

- 0 a 1000 \$ (1)
 1000 a 2000 \$ (2)
 2000 a 3000 \$ (3)
 3000 a 4000 N\$ (4)
 4000 a 5000 \$ (5)
 5000 o más \$ (6)
 Ingreso per cápita al mes

¿Cuántas recámaras tiene su casa?

¿Cuántas personas promedio duermen en cada recámara?

¿Cuenta con una recámara para ud. y su pareja?

CAPITULO III

Motivo de estudio

25. Razón de la entrevista:

- Investigación (1)
 Interconsulta (2)
 Iniciativa propia (3)
 Otras, especificar

(4)

26. Impresión diagnóstica del envío

CAPITULO IV

Antecedentes familiares patológicos

27. Diabetes

No (1)

Sí, especificar

(2)

28. Alcoholismo

No (1)

Sí, especificar

(2)

3130-29/C

29. Cáncer

No (1)

Sí, especificar

(2)

30. Cardiovasculares

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

No (1)

Sí, especificar

(2)

31. Padecimientos endocrinológicos

No (1)

Sí, especificar

(2)

32. Padecimientos psiquiátricos

No (1)

Sí, especificar

(2)

33. Padecimientos respiratorios

No (1)

Sí, especificar

(2)

34. Padecimientos dermatológicos

No (1)

Sí, especificar

(2)

35. Alergias

No (1)

Sí, especificar

(2)

36. Padecimientos digestivos

No (1)

Sí, especificar

(2)

37. Padecimientos psicossomáticos

No (1)

Sí, especificar

(2)

38. Migraña

No (1)

Sí, especificar

(2)

39. Padecimientos inmunológicos

No (1)

Sí, especificar

(2)

40. Padecimientos de transmisión sexual

No (1)

Sí, especificar

(2)

41. Padecimientos de vías biliares

No (1)

Sí, especificar

(2)

42. Farmacodependencia

No (1)

Sí, especificar

(2)

43. Padecimientos sexuales

No (1)

Sí, especificar

(2)

44. Padecimientos neurológicos

No (1)

Sí, especificar

(2)

45.

Padecimientos genéticos

No (1)

Sí, especificar

(2)

3130-29/D

46. Padecimientos congénitos

No (1)

Sí, especificar

(2)

47. Padecimientos vasculares

No (1)

Sí, especificar

(2)

48.

Otros

CAPITULO V

Antecedentes personales patológicos

49. Alcoholismo

No (1)

Sí, especificar

(2)

50. Diabetes

No (1)

Sí, especificar

(2)

51. Cáncer

No (1)

Sí, especificar

(2)

52. Cardiovasculares

No (1)

Sí, especificar

(2)

53. Padecimientos endocrinológicos

No (1)

Sí, especificar

(2)

54. Padecimientos psiquiátricos

No (1)

<p style="text-align: center;">TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>
--

Sí, especificar

(2)

55. Padecimientos respiratorios

No (1)

Sí, especificar

(2)

56. Padecimientos digestivos

No (1)

Sí, especificar

(2)

57. Alergias

No (1)

Sí, especificar

(2)

58. Padecimientos psicossomáticos

No (1)

Sí, especificar

(2)

59. Migraña

No (1)

Sí, especificar

(2)

60. Padecimientos inmunológicos

No (1)

Sí, especificar

(2)

61. Padecimientos de las vías biliares

No (1)

Sí, especificar

(2)

3130-29/E

62. Padecimientos de transmisión sexual

No (1)

Sí, especificar

(2)

63. Padecimientos dermatológicos

No (1)

Sí, especificar

(2)

64. Padecimientos quirúrgicos

No (1)

Sí, especificar

(2)

65. Padecimientos sexuales

No (1)

Sí, especificar

(2)

66. Padecimientos urinarios
 No (1)
 Sí, especificar _____
- (2) _____ 67.
- Padecimientos traumáticos
 No (1)
 Sí, especificar _____
- (2) _____
68. Tabaquismo
 No (1)
 Sí, especificar _____
- (2) _____ 69.
- Farmacodependencia
 No (1)
 Sí, especificar (2)
70. Padecimientos infecciosos
 No (1)
 Sí, especificar _____
- (2) _____ 71.
- Padecimientos en la piel
 No (1)
 Sí, especificar _____
- (2) _____
72. _____
- Otros _____

CAPITULO VI

Antecedentes personales no patológicos

73. Higiene personal
 Buena (1)
 Regular (2)
 Mala (3)
74. Higiene habitacional
 Buena (1)
 Regular (2)
 Mala (3)
75. Alimentación
 Tres veces al día (1)
 Menos de tres veces al día (2)
76. ¿Come carne o sustitutos de la misma?
 ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
77. ¿Come fruta?
 ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

3130-29/F

78. ¿Come verduras?
 ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
79. ¿Come leguminosas (frijol, habas lentejas, etc.)?

- ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
80. ¿Consumes lacteos?
- ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
81. ¿Consumes cereales (Pan, tortillas, arroz)?
- ¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
82. Uso del tiempo libre
- | | |
|-------------------------|-----|
| Actividades recreativas | (1) |
| Actividades culturales | (2) |
| Actividades deportivas | (3) |
| Ninguna | (4) |
| Ambas, especificar | |
- (5) _____

CAPITULO VII

Problemas recientes

83. ¿Durante el último año de su vida ha experimentado algún problema grave en alguna de las siguientes áreas?

- | | |
|-----------------|------|
| a) Salud | (1) |
| b) Económico | (2) |
| c) Familiar | (3) |
| d) Pareja | (4) |
| e) Laboral | (5) |
| f) Ginecológico | (6) |
| g) Obstétrico | (7) |
| h) Emocional | (8) |
| i) Sexual | (9) |
| j) Otro | (10) |

84. Explique brevemente cuál fue

CAPITULO VIII

Antecedentes de biopsicosociales de la sexualidad

85. Experiencias sexuales traumáticas infantiles:

- | | |
|-----------------|-----|
| No | (1) |
| Sí, especificar | |

(2) _____

Edad _____

86. ¿Recibió información sobre la menstruación?

- | | |
|----------------------|-----|
| Ninguna | (1) |
| Padre(s) | (2) |
| Maestro | (3) |
| Amiga | (4) |
| Otro(s) familiar(es) | (5) |
| Sacerdote | (6) |
| Otro, especificar | |

(7) _____

3130-29/G

87. ¿Recibió información sobre relaciones sexuales y sus variantes no patológicas y patológicas antes de la pubertad?

No (1)

Sí, especificar

(2) _____

88. Edad de aparición de los caracteres sexuales secundarios:

Antes de los 8 años (1)

De 8 a 10 años (2)

De 10 a 12 años (3)

De 12 a 14 años (4)

De 14 a 16 años (5)

Después de los 16 años (6)

89. Edad de la menarca _____

90. Recuerdo que tiene acerca de su primera menstruación

91. Ritmo menstrual

Regular (1)

Irregular (2)

92. Síntomas acompañantes de la menstruación

No (1)

Sí, especificar

(2) _____

93. Masturbación durante la adolescencia

Con orgasmo (1)

Sin orgasmo (2)

No procede (3)

94. Frecuencia masturbatoria durante la adolescencia

Entre 1 y 2 veces por semana (1)

Entre 3 y 4 veces por semana (2)

Entre 5 y 6 veces por semana (3)

Más de 7 veces por semana (4)

No procede (5)

95. Edad de inicio de la masturbación _____

96. Motivo para realizar su sexualidad:

Reproducción (1)

Satisfacción (2)

Afecto (3)

Autoafirmación (4)

Ambas, especificar

(5) _____

Otro, especificar

(6) _____

97. Temores hacia la sexualidad y lo sexual:



No (1)
 Sí, especificar

(2)

98. Edad de la primera experiencia sexual (No necesariamente coital)

99. ¿La primera experiencia sexual fue voluntaria?

Sí (1)
 No, especificar (2)

3130-29/H

100. ¿Sexo de la pareja de su primera experiencia sexual?

Hombre (1)
 Mujer (2)
 Otro, especificar

(3)

Edad de la pareja de esa experiencia _____
 Vínculo de unión con esa pareja

101. ¿Su primera experiencia sexual dejó alguna consecuencia?

No (1)
 Sí, especificar

(2)

102. Su primera experiencia coital fue:

Con orgasmo (1)
 Sin orgasmo (2)
 No procede (3)

103. Edad de inicio de la actividad coital _____

104. La desfloración sucedió:

Adecuadamente (1)
 Inadecuadamente (2)
 No procede (3)

105. Actividad sexual durante la menstruación:

Siempre (1)
 Ocasionalmente (2)
 Nunca (3)

106. Actividad masturbatoria durante la menstruación:

Siempre (1)
 Ocasionalmente (2)
 Nunca (3)

107. Episodios de dolor durante el coito:

Al inicio de éste, no impide el coito (1)
 Al inicio de éste, impide el coito (2)
 Durante el coito (3)

- Al final del coito (4)
 No procede (5)
108. Número de compañeros sexuales no estables (relación menor a dos años) _____
109. Sexo de los compañeros sexuales referidos:
 Masculino (1)
 Femenino (2)
 Ambos, especificar _____
- (3) _____
 No procede (4)
110. Número de compañeros sexuales estables (Relación mayor a dos años) _____
111. Sexo de los compañeros sexuales referidos:
 Masculino (1)
 Femenino (2)
 Ambos, especificar _____
- (3) _____
 No procede (4)
112. Uso de métodos anticonceptivos:
 Dependientes del coito, especificar _____
- (1) _____
 Independiente del coito, especificar _____
- (2) _____
 No procede (3)

3130-29/I

113. Tiempo transcurrido entre el inicio de la vida sexual activa y el embarazo:
- Menos de 1 año (1)
 De 1 a 2 años (2)
 De 3 a 4 años (3)
 De 5 a 6 años (4)
 De 7 a 8 años (5)
 De 9 a 10 años (6)
 Más de 10 años (7)
 No procede (8)
114. Datos ginecoobstétricos (indicar con número):
 Gestas _____
 Partos _____
 Abortos _____
 Cesáreas _____
 Obitos (muerte fetal) _____
 Mortinatos (muerte perinatal) _____
115. Edad y sexo de los hijos en orden cronológico de mayor a menor

116. Productos con defecto al nacimiento:
 No (1)
 Sí, especificar _____

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

(2)

Sexo del producto M F

117. Repercusión sexual negativa del embarazo:

- Ninguna (1)
- Durante el embarazo (2)
- Postparto (3)
- Postaborto (4)
- Postcesárea (5)
- No procede (6)

118. Repercusión sexual negativa de la menopausia:

- No (1)
- Sí, especificar

(2)

No procede (3)

CAPITULO IX

Comportamiento sexual actual

a) Descripción general

119. Disposición actual hacia la sexualidad (no es referido exclusivamente al coito)

- Desea y coopera (1)
- Desea y no coopera (2)
- No desea y coopera (3)
- No desea y no coopera (4)
- No procede (5)

120. Preparación higiénica para la relación sexual:

- No (1)
- Sí (2)

3130-29/J

121. Ubicación más frecuente de la relación sexual:

- En casa (1)
- Fuera de casa (2)
- Ambos, especificar

(3)

No procede (4)

122. Posición más frecuente para la relación coital:

- Mujer boca arriba-hombre encima (1)
- Hombre boca arriba-mujer encima (2)
- Mujer arrodillada y agachada-hombre atrás (3)
- Hombre y mujer sentados (4)
- Hombre y mujer de pie (5)
- Todas sin predominio (2 o más de las anteriores) (6)
- Otra, especificar (7)

No procede

(8)

123. Horario predominante de la relación sexual:
- | | |
|--------------------|-----|
| Matutino | (1) |
| Vespertino | (2) |
| Nocturno | (3) |
| Ambos, especificar | |
- (4) _____
- No procede (5)
124. ¿Quién propone la relación sexual más frecuentemente?:
- | | |
|------------|-----|
| Mí pareja | (1) |
| Sólo yo | (2) |
| Ambos | (3) |
| No procede | (4) |
125. La proposición de la relación sexual se hace preferentemente:
- | | |
|--------------------|-----|
| De manera verbal | (1) |
| Paraverbal | (2) |
| Ambas, especificar | |
- (3) _____
- No procede (4)
126. Las condiciones ambientales para la relación sexual son:
- | | |
|------------------------------|-----|
| Cómodas y satisfactorias | (1) |
| Cómodas e insatisfactorias | (2) |
| Incómodas y satisfactorias | (3) |
| Incómodas e insatisfactorias | (4) |
| No procede | (5) |
127. La relación sexual se realiza preferentemente:
- | | |
|--------------------|-----|
| Vestidos | (1) |
| Desnudos | (2) |
| Semivestidos | (3) |
| Ambas, especificar | (4) |
| No procede | (5) |
- b) Síndromes clínicos específicos
- Trastornos de la identidad de género

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3130-29/K

128. ¿En el curso de los últimos dos años presenta malestar e inadecuación con su sexo anatómico o deseo de liberarse de sus genitales y vivir como miembro del otro sexo?

No	(1)
Sí	(2)

Parafilias

129. ¿En el curso de los cinco últimos años ha usado objetos inertes como método preferencial o exclusivo que suplen la relación sexual?

No (1)

Sí (2)

130. ¿En el curso de los cinco últimos años ha usado ropa del sexo opuesto de manera repetida y persistente para obtener excitación sexual o se frustra cuando tal conducta es interferida?

No (1)

Sí (2)

131. ¿En el curso de los cinco últimos años ha llevado a cabo relaciones sexuales con animales o tiene la fantasía al respecto, como método preferido o exclusivo para alcanzar excitación sexual?

No (1)

Sí (2)

132. ¿En el curso de los cinco últimos años ha tenido relaciones sexuales o fantasías de ellas con niños de edad prepuberal, como método preferido o exclusivo para alcanzar excitación sexual?

No (1)

Sí (2)

133. ¿En el curso de los cinco últimos años ha realizado actos de exposición de sus genitales ante desconocidos sin intento posterior de efectuar relaciones sexuales, y ello como método preferencial o exclusivo para alcanzar excitación sexual?

No (1)

Sí (2)

134. ¿En el curso de los cinco últimos años ha observado repetida y subrepticamente a la gente cuando se desnuda o lleva a cabo relaciones sexuales sin buscar relacionarse con los observados y ello como método preferido o exclusivo para alcanzar satisfacción sexual?

No (1)

Sí (2)

135. ¿En el curso de los cinco últimos años ha participado deliberada o intencionalmente de modo repetido en actividades sexuales que lesionan, humillan o atormentan y ello con objeto de alcanzar satisfacción sexual?

No (1)

Sí (2)

3130-29/L

136. ¿En el curso de los cinco últimos años ha producido sufrimiento psicológico o físico repetida e intencionalmente a una pareja sexual, causándole lesiones o combinando sufrimiento corporal con la excitación y ello

con el fin de satisfacerse sexualmente?

No (1)

Sí (2)

137. ¿En el curso de los últimos cinco años ha buscado alcanzar satisfacción sexual de modo preferido o exclusivo con el uso de enemas u otros objetos inertes, mensajes telefónicos obscenos, o relación sexual con cadáveres?

No (1)

Sí (2)

Disfunciones psicosexuales

138. ¿En el curso de últimos cinco años ha presentado inhibición persistente y profunda del deseo sexual sin relación a problemas físicos?

No (1)

Sí (2)

139. ¿En el curso de los cinco últimos años ha presentado aversión extrema, persistente o recurrente al sexo y evitación de todos o casi todos los contactos sexuales genitales, en condiciones adecuadas y sin relación a problemas físicos?

No (1)

Sí (2)

140. ¿En el curso del cinco últimos años ha habido insatisfacción persistente o recurrente de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual, en condiciones adecuadas y sin relación a problemas físicos?

No (1)

Sí (2)

141. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado fracaso completo en mantener la lubricación y la tumefacción de la excitación sexual, hasta el final del acto sexual, bajo condiciones adecuadas para ello y sin relación a problemas físicos?

No (1)

Sí (2)

142. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado inhibición recurrente y persistente del orgasmo, tras una fase de excitación normal, en condiciones adecuadas para ello y sin relación a problemas físicos?

No (1)

Sí (2)

143. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado dolor genital recurrente y persistente asociado a la práctica de la actividad coital y sin relación a problemas físicos?

No (1)

Sí (2)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3130-29/M

144. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado espasmos involuntarios recurrentes y persistentes en el tercio externo de la vagina, que interfirieran con el coito y sin relación a problemas físicos?

No (1)
Sí (2)

Trastornos sexuales debidos a enfermedad médica.

145. ¿A raíz de una enfermedad médica ha presentado inhibición persistente y profunda del deseo sexual?

No (1)
Sí (2)

Indicar enfermedad médica _____
Tiempo de evolución _____

146. ¿A raíz de una enfermedad médica ha presentado aversión extrema, persistente o recurrente al sexo y evitación de todos o casi todos los contactos sexuales genitales, en condiciones adecuadas?

No (1)
Sí (2)

Indicar enfermedad médica _____
Tiempo de evolución _____

147. ¿A raíz de una enfermedad médica ha habido insatisfacción persistente o recurrente de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual, en condiciones adecuadas?

No (1)
Sí (2)

Indicar enfermedad médica _____
Tiempo de evolución _____

148. ¿A raíz de una enfermedad médica ha presentado fracaso completo en mantener la lubricación y la tumefacción de la excitación sexual, hasta el final del acto sexual, bajo condiciones adecuadas para ello?

No (1)
Sí (2)

Indicar enfermedad médica _____
Tiempo de evolución _____

149. ¿A raíz de una enfermedad médica ha presentado inhibición recurrente y persistente del orgasmo, tras una fase de excitación normal, en condiciones adecuadas para ello?

No (1)
Sí (2)

Indicar enfermedad médica _____

Tiempo de evolución _____

150. ¿A raíz de una enfermedad médica ha presentado dolor genital recurrente y persistente asociado a la práctica de la actividad coital?

No (1)

Sí (2)

Indicar enfermedad médica _____

Tiempo de evolución _____

3130-29/M

151. ¿A raíz de una enfermedad médica ha presentado espasmos involuntarios recurrentes y persistentes en el tercio externo de la vagina, que interfieran con el coito?

No (1)

Sí (2)

Indicar enfermedad médica _____

Tiempo de evolución _____

Homosexualidad egodistónica

152. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado excitación heterosexual persistentemente débil o nula y ello interfiere significativamente para iniciar o mantener relaciones heterosexuales?

No (1)

Sí (2)

153. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado molestia ante la práctica regular de las relaciones homosexuales, siendo ésta una fuente persistente de malestar emocional?

No (1)

Sí (2)

c) Variantes sexuales no patológicas

¿Ha realizado o participa como parte de su actividad sexual regular alguna de las siguientes preguntas?

154. Felatio

No (1)

Sí (2)

155. Cunnilingus

No (1)

Sí (2)

156. Coito anal

No (1)

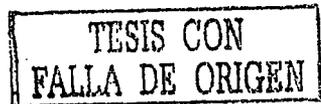
Sí (2)

157. Sexo en grupo

No (1)

Sí (2)

158. Uso de parafernalia sexual (Enemas, vibradores y otros instrumentos diseñados para lograr la excitación)



- No (1)
 Sí (2)
159. Consumo de alcohol y/o drogas
 No (1)
 Sí (2)
160. Bisexualidad
 No (1)
 Sí (2)
161. Pornografía
 No (1)
 Sí (2)
162. Homosexualidad egosintónica
 No (1)
 Sí (2)

3130-29/N

163. Otro, especificar

-
164. Actitud de la pareja ante el problema disgnosticado:
- | | |
|--------------|-----|
| Cooperación | (1) |
| Rechazo | (2) |
| Ambivalencia | (3) |
| Ignorancia | (4) |
| No procede | (5) |

CAPITULO X

Antecedentes terapéuticos

165. La paciente ha recibido tratamiento:

- | | |
|--------------------|-----|
| Médico | (1) |
| Quirúrgico | (2) |
| Psicológico | (3) |
| Psiquiátrico | (4) |
| Ambos, especificar | (5) |

-
- | | |
|-------------------|-----|
| Automedicación | (6) |
| Otro, especificar | (7) |

-
- | | |
|------------|-----|
| No procede | (8) |
|------------|-----|

166. El tratamiento lo recibió en:

- | | |
|--------------------|-----|
| Consulta externa | (1) |
| Hospitalización | (2) |
| Ambos, especificar | (3) |

-
- | | |
|--------------------|-----|
| Otros, especificar | (4) |
|--------------------|-----|

-
- | | |
|------------|-----|
| No procede | (5) |
|------------|-----|

167. Duración del tratamiento:

De 1 a 2 consultas	(1)
De 3 a 5 consultas	(2)
De 6 a 10 consultas	(3)
De 11 a 20 consultas	(4)
De 21 a 30 consultas	(5)
De 31 a 40 consultas	(6)
Más de 40 consultas	(7)
No procede	(8)

Privado _____

Institucional _____

Ambos _____

Otro _____

168. Resultados del tratamiento:

Se eliminó la sintomatología	(1)
Se modificó parcialmente la sintomatología	(2)
La sintomatología continúa como tal	(3)
Se agravó la sintomatología	(4)
No procede	(5)

3130-29/Ñ

CAPITULO XI

Estado actual de salud

169. Describa el motivo por el cual ingresa al Instituto:

Adolescente embarazada	(1)
Embarazo de alto riesgo	(2)
Esterilidad	(3)
Pérdidas, especificar	(4)

Climaterio	(5)
Problema ginecológico	(6)
Trastorno sexual	(7)
Otros, especificar	(8)

170. Describa brevemente

CAPITULO XII

Diagnóstico

171. Indique diagnóstico de la condición que ameritó tratamiento y la impresión diagnóstica actual:

Anterior

Actual

Trastornos de la identidad en la infancia	(1)
(1)	
Transexualismo	(2)

(2)	
Trastorno de la identidad sexual atípica	(3)
(3)	
Fetichismo	(4)
(4)	
Transvestismo	(5)
(5)	
Zoofilia	(6)
(6)	
Paidofilia	(7)
(7)	
Exhibicionismo	(8)
(8)	
Voyeurismo	(9)
(9)	
Masoquismo sexual	(10)
(10)	
Sadismo sexual	(11)
(11)	
Parafilia atípica	(12)
(12)	
Inhibición del deseo sexual	(13)
(13)	
Inhibición de la excitación sexual	(14)
(14)	
Inhibición orgásmica	(15)
(15)	
Dispareunia funcional	(16)
(16)	
Vaginismo funcional	(17)
(17)	
Disrritmia	(18)
(18)	
Aversión al sexo	(19)
(19)	
Disfunción psicosexual atípica	(20)
(20)	
Homosexualidad egodistónica	(21)
(21)	
En estudio	(22)
(22)	
No procede(se ignora, no tuvo)	(23)
(23)	
Ambos, especificar	(24)
(24)	

(23)

CAPITULO XIII

Recomendaciones terapéuticas

172. Indique el manejo que debe recibir la condición a tratar:

Solo información general	(1)
Orientación profesional	(2)
Farmacoterapia	(3)
Terapia conductual	(4)
Psicoterapia	(5)
Tratamiento quirúrgico	(6)
Interconsulta	(7)
Canalización	(8)
No procede	(9)
Ambas, especificar	(10)
<hr/>	
Otra, especificar	(11)

CAPITULO XIV

Pronóstico

173. Evaluación global de la severidad:

Paciente asintomática	(1)
Solo amerita manejo individual	(2)
Amerita manejo de pareja	(3)
Amerita manejo familiar	(4)
Amerita manejo grupal	(5)
Requiere interconsulta	(6)
Requiere canalización	(7)
Ambos especificar	(8)

No procede	(9)
------------	-----

CAPITULO XV

Comentarios y observaciones

174. La información fue relatada por:

La paciente	(1)
La paciente y su pareja	(2)
Otro, especificar	(3)

175. Credibilidad de la información:

Buena	(1)
Regular	(2)
Pobre	(3)

176. Actitud de la paciente ante el interrogatorio

177. Observaciones a la forma y contenido de la información obtenida

3130-29/P

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Apéndice B

CUESTIONARIO SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas son acerca de los sentimientos y respuesta sexual en las últimas 4 semanas. Favor de responder las siguientes preguntas honesta y claramente como sea posible. Las respuestas serán totalmente confidenciales. Al responder estas preguntas, se requieren las siguientes definiciones:

Actividad sexual incluye caricias, juego sexual, masturbación y coito vaginal.

Relación sexual se define como la penetración o entrada del pene a la vagina.

Estimulación sexual incluye juego sexual con una pareja, auto-estimulación (masturbación) o fantasía sexual.

FAVOR DE ESCOGER UNA SOLA RESPUESTA POR PREGUNTA.

El deseo o interés sexual es una sensación que incluye la necesidad de tener una experiencia sexual, sentimiento recíproco ante la iniciación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías acerca de tener relaciones sexuales.

1. En las últimas 4 semanas ¿Cuántas veces ha sentido deseo o interés sexual?
 - 5=Casi siempre o siempre.
 - 4=La mayor parte del tiempo (más de la mitad del tiempo)
 - 3=A veces (casi la mitad del tiempo)
 - 2=Unas pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
 - 1=Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿cómo estima su nivel o grado de deseo o interés sexual?
 - 5=Muy alto
 - 4=Alto
 - 3=Moderado
 - 2=Bajo
 - 1=Muy bajo

La excitación sexual es una sensación que incluye tanto aspectos físicos y mentales. Incluye sensación de calor en los genitales, lubricación o contracciones musculares.

3. En las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha sentido excitación sexual durante la actividad o relación sexual?

- 5=Casi siempre o siempre
- 4=La mayor parte del tiempo (más de la mitad del tiempo)
- 3=A veces (casi la mitad del tiempo)
- 2=Unas pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
- 1=Casi nunca o nunca

4. **En las últimas 4 semanas, ¿cómo estima su nivel de excitación sexual durante la actividad o relación sexual?**
- 0=No actividad sexual
 - 5=Muy alto
 - 4=Alto
 - 3=Moderado
 - 2=Bajo
 - 1=Muy bajo
5. **En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan segura está acerca de ponerse excitada durante la actividad o relación sexual?**
- 0=No actividad sexual
 - 5=Muy alto
 - 4=AltoModerado
 - 3=Moderado
 - 2=Bajo
 - 1=Muy bajo
6. **En las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces se ha sentido satisfecha con su excitación sexual durante la actividad o relación sexual?**
- 0=No actividad sexual
 - 5=Casi siempre o siempre
 - 4=La mayor parte del tiempo (más de la mitad del tiempo)
 - 3=A veces (casi la mitad del tiempo)
 - 2=Unas pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
 - 1=Casi nunca o nunca
7. **En las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha estado lubricada durante la actividad o relación sexual?**
- 0=No actividad sexual
 - 5=Casi siempre o siempre
 - 4=La mayor parte del tiempo (más de la mitad del tiempo)
 - 3=A veces (casi la mitad del tiempo)
 - 2=Unas pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
 - 1=Casi nunca o nunca
8. **En las últimas 4 semanas, ¿qué tan difícil ha sido lubricarse durante la actividad o relación sexual?**
- 0=No actividad sexual
 - 5=Extremadamente difícil o imposible

- 4=Muy difícil
- 3=Difícil
- 2=Levemente difícil
- 1=No difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿qué tanto mantiene su lubricación hasta terminar la relación sexual?

- 0=No actividad sexual
- 5=Casi siempre o siempre
- 4=La mayor parte del tiempo (más de la mitad del tiempo)
- 3=A veces (casi la mitad del tiempo)
- 2=Unas pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
- 1=Casi nunca o nunca

10. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan difícil es mantener su lubricación hasta terminar la relación sexual?

- 0=No actividad sexual
- 5=Extremadamente difícil o imposible
- 4=Muy difícil
- 3=Difícil
- 2=Levemente difícil
- 1=No difícil

11. En las últimas 4 semanas cuándo lleva a cabo estimulación sexual o relación sexual, ¿con qué frecuencia alcanza el orgasmo?

- 0=No actividad sexual
- 5=Casi siempre o siempre
- 4=La mayor parte del tiempo (más de la mitad del tiempo)
- 3=A veces (casi la mitad del tiempo)
- 2=Unas pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
- 1=Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas cuándo lleva a cabo estimulación sexual o relación sexual, ¿qué tan difícil es para usted alcanzar el orgasmo?

- 0=No actividad sexual
- 5=Extremadamente difícil o imposible
- 4=Muy difícil
- 3=Difícil
- 2=Levemente difícil
- 1=No difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo durante la relación sexual?

- 0=No actividad sexual
- 5=Muy satisfecha
- 4=Moderadamente satisfecha



3=Igualmente satisfecha e insatisfecha

2=Moderadamente insatisfecha

1=Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecha ha estado con la cercanía emocional entre usted y su pareja durante la actividad sexual?

0=No actividad sexual

5=Muy satisfecha

4=Moderadamente satisfecha

3=Igualmente satisfecha e insatisfecha

2=Moderadamente insatisfecha

1=Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecha ha estado con su relación sexual y su pareja?

0=No actividad sexual

5=Muy satisfecha

4=Moderadamente satisfecha

3=Igualmente satisfecha e insatisfecha

2=Moderadamente insatisfecha

1=Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecha ha estado con toda su vida sexual?

0=No actividad sexual

5=Muy satisfecha

4=Moderadamente satisfecha

3=Igualmente satisfecha e insatisfecha

2=Moderadamente insatisfecha

1=Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿qué tanto ha experimentado molestia o dolor durante la penetración vaginal?

0=No se intentó relación sexual.

5=Casi siempre o siempre

4=La mayor parte del tiempo (más de la mitad del tiempo)

3=A veces (casi la mitad del tiempo)

2=Unas pocas veces (menos de la mitad del tiempo)

1=Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿qué tanto ha experimentado molestia o dolor después de la penetración vaginal?

0=No se intentó relación sexual.

5=Casi siempre o siempre

4=La mayor parte del tiempo (más de la mitad del tiempo)

- 3=A veces (casi la mitad del tiempo)
 2=Unas pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
 1=Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿cómo estima su nivel de molestia o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- 0=No actividad sexual
 5=Muy alto
 4=Alto
 3=Moderado
 2=Bajo
 1=Muy bajo

Los puntajes en los dominios individuales y el puntaje del total de la escala del cuestionario pueden ser distribuidos en un análisis por computadora. Para obtener el total de los puntaje de los dominios individuales se deberá realizar la suma de cada una de las preguntas de dicho dominio y multiplicarlo por el factor del dominio correspondiente como lo indica la tabla 1. Con esto se sumará el total de cada uno de los dominios para obtener el total final de la valuación. Es importante resaltar que un resultado de cero en algún dominio indica ausencia de actividad sexual durante el último mes.

Tabla 1

Dominio	Preguntas	Score	Factor	Score Mínimo	Score Máximo
Desco	1,2	1-5	0.6	1.2	6.0
Excitación	3,4,5,6	0-5	0.3	0	6.0
Lubricación	7,8,9,10	0-5	0.3	0	6.0
Orgasmo	11,12,13	0-5	0.4	0	6.0
Satisfacción	14,15,16	0 (o 1) -5	0.4	0.8	6.0
Dolor	17,18,19	0-5	0.4	0	6.0
Total					36

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
 DE LA BIBLIOTECA

Apéndice C

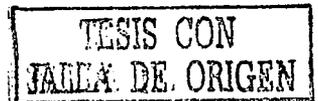
Cuestionario de la función sexual en mujeres con incontinencia urinaria o prolapso de órganos pélvicos” (PISQ).

La siguiente es una lista de preguntas acerca de su vida sexual y la de su pareja. Toda la información expuesta es estrictamente confidencial. Sus respuestas confidenciales serán usadas únicamente para ayudar a médicos a entender mejor que es importante para la vida sexual de sus pacientes. Por favor llene la respuesta que mejor se adapte a usted. Mientras contesta el cuestionario, considere su sexualidad durante los últimos 6 meses

¡Gracias por su ayuda!

1. ¿Con qué frecuencia usted y su pareja tienen relaciones sexuales o actividad sexual?
 - Todos los días
 - 1 a 3 veces por semana
 - 1 a 3 veces al mes
 - Menos de una vez al mes
 - Nunca
2. ¿Con qué frecuencia usted desea tener relaciones sexuales o actividad sexual?
 - Todos los días
 - 1 a 3 veces por semana
 - 1 a 3 veces al mes
 - Menos de una vez al mes
 - Nunca
3. ¿Su pareja tiene problemas de erección que afecte su vida sexual?
 - Siempre
 - Usualmente
 - Algunas veces
 - Casi nunca
 - Nunca
4. ¿Su pareja tiene problemas de eyaculación precoz que afecte su vida sexual?
 - Siempre
 - Usualmente
 - Algunas veces
 - Casi nunca
 - Nunca
5. ¿Se satisface (tiene orgasmo) cuando se masturba?
 - Siempre
 - Usualmente
 - Algunas veces
 - Casi nunca
 - Nunca

- No me masturbo
6. ¿Se satisface (tiene orgasmo) cuando tiene relaciones sexuales con su pareja?
 Siempre
 Usualmente
 Algunas veces
 Casi nunca
 Nunca
7. ¿Se satisface (tiene orgasmo) cuando es acariciada por su pareja?
 Siempre
 Usualmente
 Algunas veces
 Casi nunca
 Nunca
8. Se ha dado cuenta de los siguiente cuando tiene sexo con su pareja: su respiración y su pulso se incrementan, se lubrica su vagina, siente usted placer en sus mamas y en el área genital?
 Siempre
 Usualmente
 Algunas veces
 Casi nunca
 Nunca
9. ¿Se siente usted sexualmente excitada (hacia una excitación mayor) cuando tiene actividad sexual con su pareja?
 Siempre
 Usualmente
 Algunas veces
 Casi nunca
 Nunca
10. ¿Qué tan frecuentemente siente usted deseo sexual? Estos sentimientos pueden incluir el deseo de tener sexo, planeación de tener sexo, frustración por la falta de sexo, etc...
 Diariamente
 Semanalmente
 Mensualmente
 Menos de una vez al mes
 Nunca
11. ¿Experimenta usted dolor durante la relación sexual?
 Siempre
 Usualmente
 Algunas veces
 Casi nunca
 nunca
12. ¿Siente usted que su vagina esta tan "seca" que la relación sexual no se presenta?



- Extremadamente seca
Bastante seca
Regularmente seca
No muy seca
Nunca me siento seca
13. ¿Siente usted que el canal vaginal es tan estrecho que la relación sexual no sucede?
Extremadamente estrecha
Bastante estrecha
Regularmente estrecha
No muy estrecha
Nunca me siento estrecha
14. ¿Su pareja le refiere que su vagina es muy estrecha?
Siempre
Usualmente
Algunas veces
Casi nunca
Nunca
15. ¿Usted evita la actividad sexual debido a la longitud de su vagina?
Siempre
Usualmente
Algunas veces
Casi nunca
Nunca
16. ¿Evita usted la relación sexual debido a la presencia de un "bulto" en la vagina (sea la caída de la vejiga, el recto o la vagina)?
Siempre
Usualmente
Algunas veces
Casi nunca
Nunca
17. ¿Opta usted por el sexo oral o anal debido a que las relaciones sexuales son incómodas por alguna razón?
Siempre
Usualmente
Algunas veces
Casi nunca
Nunca
18. ¿Presenta usted incontinencia urinaria con la actividad sexual?
Siempre
Usualmente
Algunas veces
Casi nunca
Nunca
19. ¿Presenta usted incontinencia anal con la actividad sexual?

- Siempre
Usualmente
Algunas veces
Casi nunca
Nunca
20. ¿El temor de incontinencia (urinaria o anal) restringe su actividad sexual?
Siempre
Usualmente
Algunas veces
Casi nunca
Nunca
21. ¿Si siente usted apenada debido a que la presencia de incontinencia restringe su actividad sexual?
Siempre
Usualmente
Algunas veces
Casi nunca
Nunca
22. ¿En general, que tan satisfecha se siente usted en sus relaciones sexuales con su pareja?
Siempre
Usualmente
Algunas veces
Casi nunca
Nunca
23. ¿En general, que tan satisfecho cree usted que su pareja esta con sus relaciones sexuales?
Siempre
Usualmente
Algunas veces
Casi nunca
Nunca
24. ¿Qué tan satisfecha se encuentra usted con la variedad de actividades sexuales que realizan en la vida cotidiana?
Siempre
Usualmente
Algunas veces
Casi nunca
Nunca
25. ¿Cuándo usted tiene sexo con su pareja, tiene usted reacciones emocionales negativas tales como temor, disgusto, vergüenza o culpabilidad?
Siempre
Usualmente
Algunas veces
Casi nunca

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Nunca
26. ¿Qué tan a menudo se siente usted satisfecha después de una relación sexual?
- Siempre
Usualmente
Algunas veces
Casi nunca
Nunca
27. ¿Qué tan a menudo es usted capaz de alcanzar el orgasmo?
- Siempre
Usualmente
Algunas veces
Casi nunca
Nunca
28. ¿Comparado con orgasmos que usted ha presentado en el pasado, que tan intensos ha sido sus orgasmos en los últimos 6 meses?
- Mucho menos intenso
Menos intenso
Con la misma intensidad
Más intenso
Mucho más intenso
29. Por favor complete la siguiente pregunta: en mis relaciones, yo inicio la actividad sexual hacia una relación sexual completa...
- Siempre
Usualmente
Algunas veces
Casi nunca
Nunca
30. ¿Usted evita la relación sexual debido a vergüenza?
- Siempre
Usualmente
Algunas veces
Casi nunca
Nunca
31. Usted piensa que su pareja evita la relación sexual con usted debido a su problemas de "bolas" (sensación de vejiga, recto o vagina caída)?
- Siempre
Usualmente
Algunas veces
Casi nunca
Nunca

Los puntajes fueron calculados en relación con el puntaje total de cada pregunta: 0=símple a 4=nunca, con la excepción de la pregunta 5, la cual presenta una escala de 0=siempre a 5= no se masturba. Los puntajes de cada factor individual fueron calculados sumando los puntajes de cada pregunta.

Puntajes evaluados de manera inversa fueron usado para las preguntas: 1,2,5,6,7,8,9,10,22,23,24,26,27 y 29. El primer factor contiene las preguntas 1,2,5,6,7,8,9,10,22,23,24,26,27 y 29; el factor 2 contiene las preguntas 11,13,16,17,18,19,20,21,25 y 30; el factor tres contiene las preguntas 3,4,14,15,28 y 31. Para calcular el puntaje final tomando en consideración valores no estimados, el autor del cuestionario calculó la suma multiplicando el número de preguntas por el promedio de las preguntas respondidas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN