



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional  
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Un análisis crítico del estudio de las Malformaciones  
congénitas del aparato genital femenino en la Psicología.

Reporte de Investigación teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

**Avelith Octaviano Gutiérrez.**

**Directora:** Mtra. Adriana Irene Hernández Gómez.

**Dictaminadores:** Mtra. Maribel Paredes Molina.

Mtra. Mirna Elizabeth Quezada.

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, Mayo, 2020





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 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.

## Tabla de contenido

|  |    |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN.  | 4  |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.  | 6  |
| JUSTIFICACIÓN.   | 8  |
| CAPÍTULO 1.  | 10 |
| Para comprender las malformaciones congénitas del aparato genital femenino.                        | 10 |
| 1.1 <i>¿Qué son las malformaciones congénitas?</i>   | 10 |
| 1.2 <i>Alteraciones ginecológicas en los conductos de Müller.</i>                                  | 11 |
| 1.3 <i>Tipos y Clasificación.</i>  | 12 |
| CAPÍTULO 2.  | 18 |
| Implicaciones fisiológicas de las malformaciones congénitas del aparato genital femenino.          | 18 |
| 2.1 <i>Preponderancia.</i>   | 18 |
| 2.2 <i>Endometriosis.</i>  | 18 |
| 2.3 <i>Epidemiología.</i>  | 19 |
| 2.4 <i>Etiopatogenia.</i>  | 19 |
| 2.5 <i>Sintomatología.</i>   | 21 |
| 2.6 <i>Dolor.</i>  | 21 |
| 2.7 <i>Características.</i>  | 21 |
| 2.8 <i>Infertilidad</i>  | 22 |
| 2.9 <i>Hemorragia uterina anormal</i>  | 23 |
| 2.10 <i>Hemorragias cíclicas</i>   | 23 |
| 2.11 <i>Obstrucción de órganos vecinos.</i>  | 23 |
| 2.12 <i>Manifestaciones poco frecuentes dependientes de la localización.</i>                       | 24 |
| CAPÍTULO 3.  | 26 |
| La experiencia vital de las mujeres con malformaciones congénitas del aparato reproductor femenino | 26 |
| 3.1 <i>La historia con el propio cuerpo.</i>   | 26 |
| 3.2 <i>La vivencia tras la intervención quirúrgica.</i>  | 28 |
| 3.3 <i>Psique-cuerpo.</i>  | 29 |
| 3.4 <i>Conflicto-psíquico.</i>   | 30 |
| 3.5 <i>Relación con los otros.</i>   | 31 |
| CAPÍTULO 4.  | 33 |
| En torno a la sexualidad   | 33 |
| 4.1 <i>Disentimiento de sexualidad.</i>  | 33 |

|   |    |
|---|----|
| <i>4.2 Respuestas de la actividad sexual.</i>           | 34 |
| <i>4.3 Situaciones psicósomáticas de la sexualidad.</i> | 35 |
| <i>4.4 Taxonomía de los problemas sexuales.</i>         | 36 |
| <i>4.5 Experiencia de la sexualidad con el otro.</i>    | 38 |
| DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES                                | 40 |
| Referencias.  | 46 |

# **UN ANÁLISIS CRÍTICO DEL ESTUDIO DE LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL APARATO GENITAL FEMENINO EN LA PSICOLOGÍA.**

## **INTRODUCCIÓN.**

El propósito de este trabajo teórico es poner a discusión las implicaciones que tiene la preponderancia del discurso biologicista dentro de la psicología en el estudio de las malformaciones congénitas del aparato reproductor femenino.

A lo largo de esta revisión, damos cuenta que hay un excesivo uso del discurso biologicista para el estudio y tratamiento de esta problemática dentro de la psicología. Considerando la naturaleza de la situación, es fundamental que la psicología recupere los estudios médicos; sin embargo, es también importante que se recuperen las experiencias de las mujeres que viven estas circunstancias. Observado que las malformaciones congénitas del aparato reproductor femenino residen principalmente un tratamiento médico, aun cuando hay estudios que muestran relación a problemas obstétricos con indicadores de diversas manifestaciones comórbidas.

Estudios consideran el impacto cognitivo, afectivo, conductual y sociocultural. Pues el útero continúa siendo un símbolo, que otorga identidad femenina (Solbrække & Bondevik, 2015; Gutiérrez y cols., 2012; Carr, 2015; Marañón, 1972) que amenaza a la condición de género, capaz de provocar pérdida de auto imagen (Carmona & Díaz, 2012; Urrutia y cols., 2013; Fernández, 2004) colmada de mitos y creencias aún muy arraigadas al constructo psicosocial (Merighi y cols., 2012; Rivera y cols., 2005) al estudiar la comorbilidad y el impacto psicológico (Bos-Branolte, 1991; Almanza, 1999; Alperin, 2006) en la sexualidad (González, 1998, Gómez, 2007; Master y cols., 1987; Sánchez y cols., 1997; González, 2002); sin embargo, poco se recuperan las experiencias singulares de las mujeres que viven estas circunstancias.

Este trabajo consta de 4 capítulos teóricos en los que se hace una revisión de la literatura para conocer el marco en el que se atiende a las mujeres con malformaciones del aparato genital femenino. El primer y segundo capítulo es una explicación biologicista, mientras que el tercero y cuarto capítulo es de argumento psicológico. El primer capítulo revisa las anomalías congénitas, sus alteraciones en los conductos de Müller y su clasificación. El segundo capítulo identifica las implicaciones fisiológicas de las malformaciones congénitas del aparato genital femenino, a partir de la preponderancia, endometriosis, etiopatogenia, su sintomatología, dolor, características, infertilidad, hemorragia uterina anormal, hemorragia cíclica y obstrucción de órganos vecinos (manifestaciones poco frecuentes dependiendo de su localización). En el tercer capítulo se hace una descripción de la experiencia vital de las mujeres con malformaciones del aparato genital femenino asociado o no a otros problemas obstétricos desde la Psicología y su implicación, que entrelaza la historia con el propio cuerpo, las vivencias tras la intervención quirúrgica, psique-cuerpo, conflicto psíquico y la relación con los otros. El cuarto capítulo nos habla del disentimiento de la sexualidad, respuestas de la actividad sexual, situaciones psicósomáticas de la sexualidad, taxonomía de los problemas sexuales y experiencias de la sexualidad con el otro.

Y a manera de conclusión las creencias convergen en el cuerpo, cruzando con la Historia de vida de estas mujeres. Para que un pensamiento se convierta en carne hace falta una creencia. Esto implica conocer y comprender la información de diversos factores como la cultura, la sociedad, la familia y la personalidad que se hereda y que no tiene que ver con los genes. Es decir, al configurarse las ideas, emociones, pensamientos, conductas e imágenes y si esto está deteriorado y no bien integrado, predispone un impacto emocional en correlación directa a la forma de ver y entender el mundo.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Es importante tener presente que la medicina contemporánea dispone de una serie de recursos que permiten discriminar, racionalizar y comprender mejor, desde una perspectiva científica, las alteraciones de las malformaciones congénitas del aparato genital femenino, cualquiera de estas incidencias puede resultar en una serie de alteraciones muy diversas. La embriología es uno campo disciplinario de la medicina que cuenta de ello, específicamente durante el desarrollo embriológico del aparato genital femenino que, al desarrollarse de manera errónea, provocan malformaciones que repercuten psíquica y físicamente en la mujer. No se trata de detallar desde el punto de vista médico-biologista, ni su origen, ni las estrategias o procedimientos de diagnóstico para definir las malformaciones congénitas del aparato reproductor femenino.

Lo que concierne al tema es tratar de discurrir cómo el entramado de categorías culturales que repercuten en la historia de vida de la mujer desde la psicología, referentes a las malformaciones congénitas del aparato genital femenino relacionadas o no a otros problemas obstétricos, y qué tanto incide el acompañamiento psicológico en estas mujeres, que experimentan situaciones emocionales que repercuten en sus creencias esas frases que utilizan como “verdades” universales, estos mandatos que hacen actuar a la mujer de un modo o de otro de forma automática. La mayoría de las creencias proceden de la familia y el resto de la sociedad por religión o cultura, cada una se adueña de esas creencias durante el resto de la vida y se van reafirmando con el tiempo y muy rara vez se cuestionan.

Cuando un pensamiento o idea surge es normal creer ese dominio, resultado de algo absoluto, sin detenerse a analizar y reflexionar que quizá se ha recibido del exterior. Posiblemente exista una lucha interna entre el sentir y deber ser; sin embargo, hay algo que se dice a sí misma, aquello que no le da un sentido de ser, un desasosiego que marca su feminidad, su función reproductiva, su sexualidad, más allá de la pertinencia estrictamente terapéutica y médica, aquello de lo que no se dice o se dice, pero no se escucha, siendo invisibilizado en la Psicología. Por lo tanto, la pregunta que guía este trabajo es: ¿qué implica

el dominio del discurso médico-biologicista sobre la concepción de las malformaciones congénitas del aparato genital femenino en el abordaje psicológico?



## JUSTIFICACIÓN.

El enfoque de la investigación está dado desde lo cualitativo teórico centrada en un análisis crítico del discurso biologicista en la Psicología, considerando a las malformaciones congénitas del aparato reproductor femenino y todo lo que implica en su historia de vida para el abordaje terapéutico. Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio (2006), sostienen que el enfoque cualitativo tiene un proceso que resulta inductivo, recurrente y analiza la realidad subjetiva lo que permite profundizar en ideas abriendo una riqueza interpretativa de lo que se busca estudiar.

Por un lado, la incidencia de anomalías Müllerianas se ha estimado de 1 en 200 casos, con un rango entre 0.1% y 3.8% (Croak & Gebbart, 2005) aunque su verdadera incidencia no es bien conocida por dos razones fundamentales: se han estudiado dentro de grupos heterogéneos (hemorragia uterina anormal, fértiles, infértiles, partos prematuros, hallazgos ocasionales) y con diferentes métodos de diagnóstico (Breech & Laufer, 1999). Asimismo, las anomalías Müllerianas son defectos de formación, defectos de fusión vertical, y defectos de fusión lateral de los ductos Müllerianos, con resultados como agenesia o disgenesia uterina, anomalías cérvico-vaginales y malformaciones uterinas (AFS, 1988).

Por otro lado, los estudios psicológicos muestran una combinación de grupos heterogéneos con padecimientos obstétricos variados e impresión manifiesta de diversos trastornos. Sin embargo, este discurso de estudio es carente y alejado de un tratamiento psicológico que reconfigura a la mujer.

Es importante enriquecer la visión psicológica más allá del discurso biologicista, pues este razonamiento habla muy poco sobre la experiencia afectiva, sentimental, emocional y sociocultural que configura a la mujer. Si bien hay un proceso biológico común en todas las mujeres, debemos reconocer que la vivencia es absolutamente singular. Por otro lado, es importante considerar las creencias que las mujeres configuran frente a estas problemáticas, ya que no sólo están basadas en sus experiencias, sino principalmente emergen de la ideología sobre la mujer y su cuerpo, fuertemente arraigada al machismo en nuestra cultura.

Cabe mencionar que se prescinde de la particularidad con la que cada persona vive, se concibe y se identifica, hasta producirse un daño en la esfera emocional que vulnera la integridad psíquica, pues las creencias convergen en el cuerpo. Por tal razón no es la naturaleza la que crea al sujeto como entidad fija, es la ideología, inevitablemente ligada a todo discurso enraizado por estas creencias, mandatos familiares y sociales rasgando la identidad, la feminidad, el género, la sexualidad etc., donde pudiera contribuir el psicólogo con actitud de escucha al permitir mayor cercanía para comprender los conflictos que aquejan a estas mujeres al deconstruir las emociones dolientes.

Consideramos que este tema es importante para la terapéutica psicológica, y por ello se vuelve doblemente importante analizar las formas en que la psicología mira e interviene sobre esta problemática, colocando nuevamente a la mujer como objeto-cuerpo biológico, sin permitir dar paso a las maneras en que las mujeres están atravesadas por una problemática que aparente únicamente ser del orden biológico, cuando toca la subjetividad completa de la mujer.

# CAPÍTULO 1.

## **Para comprender las malformaciones congénitas del aparato genital femenino.**

### *1.1 ¿Qué son las malformaciones congénitas?*

La presente investigación teórica está centrada en un análisis crítico del discurso biologicista en la Psicología, considerando a las malformaciones congénitas del aparato reproductor femenino y todo lo que implica en su historia de vida.

Conforme a la OMS, las anomalías o malformaciones congénitas (MC), se deben a alteraciones en el desarrollo morfológico, estructural, funcional, o molecular que suceden durante la vida intrauterina. Sus repercusiones pueden ser: el aspecto estético, las alteraciones funcionales con secuelas transitorias o permanentes, e incluso la muerte. En otros casos las malformaciones son incompatibles con la vida. Estos defectos pueden ocurrir en uno o varios segmentos, órganos, aparatos o sistemas. Asimismo, las MC pueden hallarse externas y ser diagnosticadas fácilmente, mientras que las internas pueden sospecharse clínica y generalmente requieren de estudios rigurosos.

Para Opitz (1994), existen diferentes clasificaciones de las MC. Entre las más aceptadas están las siguientes:

- a) Malformación. Es la formación deficiente del tejido que resulta de un desarrollo anormal y de origen intrínseco.
- b) Deformación. Es originada por fuerzas mecánicas alteradas en un tejido normal; y que puede ser de origen intrínseco o extrínseco.
- c) Desorganización o ruptura. Es un defecto morfológico resultado de la alteración de un tejido previamente normal, de origen extrínseco.
- d) Displasia. Es la organización anormal de células que origina una alteración morfológica.

## ***1.2 Alteraciones ginecológicas en los conductos de Müller.***

Para Emans et al. (2000), las anomalías estructurales del aparato reproductor femenino se manifiestan en diferentes momentos cronológicos de la vida, la mayor parte de las anomalías de los genitales externos se manifiestan desde el nacimiento, en tanto que las anomalías obstructivas y no obstructivas del aparato reproductor se manifiestan no solo al nacimiento, sino durante la niñez, la pubertad, durante la menarca, en la adolescencia o en etapas posteriores de la vida.

Es así que Trejo et al. (2005), argumentan que el aparato reproductor deriva embriológicamente del seno urogenital y los conductos de Müller. El seno urogenital da lugar a la formación del vestíbulo, himen y tercios inferiores de vagina; mientras que los conductos de Müller derivan los dos tercios superiores de vagina, cérvix, útero y trompas de Falopio. Para el desarrollo de los conductos de Müller es necesario la ausencia del factor inhibidor de las estructuras Müllerianas que produce el testículo del embrión masculino. Generalmente las anomalías del aparato reproductor femenino son resultados de agenesia, hipoplasia, fusión vertical (anormalidades de la canalización como consecuencia del contacto anormal con el seno urogenital), fusión lateral (duplicación), o reabsorción (tabiques). De igual manera, estas anormalidades dan origen a una serie de síntomas y signos individualizados.

A veces es difícil diagnosticar y tratar las obstrucciones uterinas y vaginales combinadas. Aunque son raras, estas enfermedades constituyen un reto y muchas veces pasan por alto durante los primeros años de la adolescencia porque el dolor pélvico, las hemorragias irregulares y la secreción vaginal se atribuye a alteraciones funcionales (Emans y cols., 2000; Pinsonneault y cols., 1985).

Los primeros reportes de malformaciones müllerianas datan del año 300 ac. Columbo fue el primero en describir un caso de agenesia vaginal en el siglo XVI (Castillo-Sáenz, 2001). Con el paso de los años, se han publicado numerosas series de casos e informes aislados en todo el mundo. No fue sino hasta 1979 que la creciente inquietud por el entendimiento y tratamiento de las malformaciones del aparato genital femenino dio pie a que (Burri & Graziottin, 2015; Buttram & Gibbons, 1979), introdujeran la primera clasificación de las anomalías müllerianas (con referencia única a las uterinas); haciendo

omisión a las anomalías vaginales dado que estas podían existir de manera independiente o en asociación con otras anomalías müllerianas, pero que las vaginales no se clasificaban debido a su falta de asociación con la pérdida fetal. Este sistema sirvió de base para la clasificación de la Sociedad Americana de Fertilidad (AFS, por sus siglas en inglés), actualmente Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM) pues centra las bases en la anatomía del aparato genital femenino, especialmente en la anatomía uterina, publicada en 1988, aunque esta clasificación es la más aceptada y utilizada en todo el mundo (ver cuadro 1). Recientemente se propusieron otros dos sistemas de clasificación; por un lado Ación (2004), que planteó un nuevo sistema basado en el origen embriológico de los diferentes elementos del aparato genitourinario (ver cuadro 2), una propuesta novedosa a un sistema embriológico originalmente descrito y recomendado; y por otro lado Oppelt (2005), expuso el sistema vagina, cuello uterino, útero, anexos y malformaciones asociadas (VCUAM), fundamentado en la anatomía del sistema genital femenino, específicamente en la anatomía de cada órgano por separado (ver cuadro 3).

### 1.3 Tipos y Clasificación.

Cuadro 1. Clasificación de la Sociedad Americana de Fertilidad (AFS).

|           |                                       |  |
|-----------|---------------------------------------|--|
| Clase I   | Hipoplasia y agenesia                 | (a). vaginal, (b) cervical, (fúndica), (d) tubaria                   |
| Clase II  | Unicorne                              | (a). comunicante (b) no comunicante, (c) sin cavidad, (d) sin cuerno |
| Clase III | Didelfo                               |  |
| Clase IV  | Bicorne                               | (a). parcial, (b) completo   |
| Clase V   | Septado                               | (a). parcial, (b) completo   |
| Clase VI  | Arcuato                               |  |
| Clase VII | Relacionado con DEB (dietilelbestrol) |  |

Tomado de: American Fertility Society. (1998). The AFS classification of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Müllerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril*; 49:944-955

Cuadro 2. Clasificación clínica y embriológica de Ación.

1. Agenesia o hipoplasia de la cresta urogenital; útero unicorne con agenesia uterina, tubaria, ovárica y renal en el lado contralateral.

2. Anomalías mesonéfricas con ausencia de la abertura del conducto Wolffiano al seno urogenital y al nacimiento de las pelvicillas (y, por tanto, agenesia renal). La función “inductora” del conducto Wolffiano sobre el conducto mülleriano también falla, y generalmente existe una duplicidad útero-vaginal además de hemi-vagina ciega ipsilateral con agenesia renal, que se manifiesta clínicamente como:
  - a. Hematocolpos unilateral
  - b. Pseudoquiste de Gardner en la pared antero-lateral de la vagina
  - c. Reabsorción parcial del septo inter-vaginal, observado como un “ojal” en la pared anterolateral de la vagina normal, que permite acceso a los órganos genitales del lado de la agenesia renal
  - d. Agenesia vaginal o cérvico-vaginal unilateral completa, y [1] sin comunicación o [2] con comunicación entre ambos hemi-úteros (útero comunicante)
3. Anomalías müllerianas aisladas que afectan:
  - a. Conductos müllerianos: malformaciones uterinas comunes, como útero unicorne (generalmente con un cuerno uterino rudimentario), bicorne, septado y didelfo
  - b. Tubérculo mülleriano: atresia cérvico-vaginal y anomalías segmentarias, como septum vaginal transverso
  - c. Ambos conducto y tubérculo müllerianos (unilateral o bilateral): síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser
4. Anomalías del seno urogenital: anomalías de la cloaca y otras.
5. Malformaciones combinadas: anomalías wolffianas, müllerianas y cloacales

Tomado de: Ación, P., Ación M, Sánchez-Ferrer M. (2004). Complex malformations of the female genital tract. New types and revision of classification. Hum Reprod; 19:2377-2384.

Cuadro 3. Clasificación VCUAM (vagina, cuello uterino, útero, anexos y malformaciones asociadas) de Oppelt.

| <i>Vagina (V)</i> | <i>0</i> | <i>Normal</i>  |
|-------------------|----------|--|
|                   | 1        | a) Atresia parcial del himen<br>b) Atresia completa del himen    |
|                   | 2        | a) Vagina septada incompleta < 50%<br>b) Vagina septada completa |
|                   | 3        | Estresores del introito  |
|                   | 4        | Hipoplasia   |
|                   | 5        | a) Atresia unilateral<br>b) Atresia completa                     |

|                              |   |   |
|------------------------------|---|---|
|                              | S | 1) Seno urogenital (confluencia profunda)<br>2) Seno urogenital (confluencia media)<br>3) Seno urogenital (confluencia elevada) |
|                              | C | Cloaca  |
|                              | + | Otras   |
|                              | # | Desconocida   |
| Cuello uterino (C)           | 0 | Normal  |
|                              | 1 | Cuello uterino duplicado (doble)  |
|                              | 2 | a) Atresia / aplasia unilateral<br>b) Atresia / aplasia bilateral   |
|                              | + | Otras   |
|                              | # | Desconocido   |
| Útero (U)                    | 0 | Normal  |
|                              | 1 | a) Arcuato, b) septado < 50% de la cavidad uterina, c) septado > 50% de la cavidad uterina                                      |
|                              | 2 | Bicorne   |
|                              | 3 | Hipoplasia  |
|                              | 4 | a) Rudimentario unilateral o aplásico<br>b) Rudimentario bilateral o aplásico   |
|                              | + | Otras   |
|                              | # | Desconocidas  |
| Anexos (A)                   | 0 | Normal  |
|                              | 1 | a) Malformación tubaria unilateral, ovarios normales, b) malformaciones tubaria bilateral, ovarios normales                     |
|                              | 2 | a) Hipoplasia unilateral, b) hipoplasia / gonadal bilateral   |
|                              | 3 | a) Aplasia unilateral, b) aplasia bilateral   |
|                              | + | Otras   |
|                              | # | Desconocidas  |
| Malformaciones asociadas (M) | 0 | Ninguna   |
|                              | R | Renales   |
|                              | S | Esqueléticas  |
|                              | C | Cardiacas   |
|                              | N | Neurológicas  |
|                              | + | Otras   |
|                              | # | Desconocidas  |

Tomado de: Oppelt, P., Renner S. P, Brucker S, Strissel P. L, et al. (2005). The VCUAM (Vagina Cervix Uterus Adnex Associated Malformation) Classification: a new classification for genital malformations. Fertil Steril; 84:1493-1497

En revisiones de estudios actualizados, publicados en La Revista Latinoamericana (Chile y México) se encontró que en la población general la prevalencia de malformaciones Müllerianas fue del 6.7%, en la población infértil del 7.3%, y en pacientes con pérdida gestacional recurrente puede alcanzar el 16.7% (Santos & Martín, 2015; Jáuregui & Fuentes, 2013). De manera específica, las malformaciones müllerianas más frecuentes son: útero septado, bicorne, arcuato, didelfo, unicorne e hipoplasia uterina (Grimbizis y cols., 2001; Oppelt y cols., 2007), otras menos comunes son las derivadas del seno urogenital, como el septo vaginal y la atresia/displasia cérvico-vaginal, con una frecuencia de 0.1 a 3.8% (Khalid y cols., 2011). Estas malformaciones pueden aparecer de manera independiente o en asociación con las anomalías de los conductos müllerianos. Asimismo, es de vital importancia el diagnóstico temprano en los casos sintomáticos, que permitan un tratamiento quirúrgico, con el fin de evitar complicaciones ginecológicas y obstétricas, tales como: infertilidad, hematómetra, piometra, gestación ectópica en cuerno rudimentario y restricción de crecimiento intrauterino (Fernández y cols., 2012).

Por otro lado, un estudio transversal, observacional y descriptivo realizado por Vásquez et al. (2006), en el Hospital Infantil del Estado de Sonora, registró 264 adolescentes, que ingresaron por dolor abdominal de origen ginecológico, donde solo 23 casos (8.7%) se diagnosticó de malformación del aparato genital femenino. El tipo de malformación presente fue himen imperforado en 8 casos, útero bicorne en 6 casos, tabique vaginal en 4 casos, tabique uterino un caso, útero didelfo bicolis con tabique vaginal completo en 2 casos, útero unicorne con cuerno uterino no comunicado un caso y agenesia de cérvix y tercio superior vagina en un caso.

Al mismo tiempo, el himen imperforado presenta una frecuencia del 0.1 de todos los recién nacidos vivos, y se traduce como un hidrocolpos en niñas pequeñas y criptomenorrea en niñas púberes, el modo de aparición es variable y la asociación de otras malformaciones es singular. Estas malformaciones no suelen ser identificadas durante los primeros años de vida, ya que, por lo general, no se realizan una exploración cuidadosa de los genitales externos en la recién nacida o en la infancia. El diagnóstico temprano se realiza sólo cuando hay producción excesiva de moco cervical que, al acumularse, se comporta como un hidrocolpos (Baeza y cols., 1999). Cuando la malformación no es diagnosticada y no hay



crisis genital de la recién nacida, por lo general sigue un periodo asintomático hasta la pubertad, cuando se produce menarquia y las sucesivas menstruaciones, estas se comienzan a acumular en la cavidad vaginal, ya que existe un impedimento mecánico a su salida al exterior, a esto se le conoce con el nombre de criptomenorrea (Peláez, 1999).

Cabe destacar que la biología es importante a la hora de explicarnos esta configuración orgánica de quien la padece, durante los últimos años de acuerdo con los estudios realizados, su verdadera incidencia no es bien conocida por dos razones fundamentales; pues es frecuente que se encuentre dentro de grupos heterogéneos entre ellos: hemorragia uterina anormal, fértiles e infértiles, en partos prematuros, hallazgos ocasionales; y si bien las anomalías Müllerianas son defectos de formación, defectos de fusión vertical, y defectos de fusión lateral de los ductos Müllerianos, con resultados como: agenesia o disgenesia uterina, anomalías cervico-vaginales y malformaciones uterinas, entre otras clasificaciones. Sin embargo, las anomalías Müllerianas pueden estar presentes en pacientes que consultan por; amenorrea primaria, disfunción sexual, dolor, masas pélvicas, endometriosis, hemorragia uterina anormal, infección, aborto recurrente o espontáneo, menor capacidad reproductiva, partos prematuros en últimos casos morbilidad materna, sin embargo, ¿Qué intervención tiene la psicología, en estas mujeres?

Consuegra (2010) y Cosacov (2007), refieren que la subjetividad es entendida como lo propio del sujeto singular, que se construye en la trama intersubjetiva, desde las experiencias tempranas del ciclo vital, en la pertenencia obligada a los vínculos que son producidos y a su vez producen distintos tipos de subjetividad. Esta construcción implica una Singularidad, irreductibilidad, unicidad. Pues la imagen corporal: es lo que una persona piensa, siente, concibe, percibe, sabe y cree que es su cuerpo. Esta idea no sólo se limita al cuerpo en sí, sino que va más allá de éste. La definición de imagen corporal está íntimamente relacionada con la apariencia física y los aspectos cercanos a ésta, sin embargo, la relación está en la mente. La manera de como la mente concibe ese físico dividido en tres áreas: 1) Componente perceptual, comúnmente referido a cómo la persona percibe el tamaño de su cuerpo; 2) Componente subjetivo, relacionado con aspectos como la satisfacción, preocupación, evaluación del cuerpo, ansiedad, etc.; y 3) Componente conductual, es decir, cómo actúa la persona o cómo maneja su cuerpo. La imagen corporal que cada persona tiene

de sí misma se va moldeando desde la infancia. Hay básicamente dos factores que la van construyendo a lo largo de la vida: la historia personal de cada individuo y las influencias de su vida cotidiana. Es así que cuando la imagen real del cuerpo de una persona difiere de la “imagen” contenida en la mente se mantiene una distorsión de la imagen corporal. Mientras tanto es diferente la insatisfacción de la distorsión. Por lo general, muchas personas están insatisfechas con su cuerpo, pero no es común que una persona tenga una distorsión del mismo. Las distorsiones pueden alcanzar niveles patológicos; si los síntomas superan toda proporción “normal”, que puede tratarse de un trastorno dismórfico del cuerpo.

Sí existen diferencias individuales en la arquitectura de cada ser humano. Ese *Cognoscere* que se ha adquirido por crianza manifiesta por diferentes vías; percepción, atención, experiencia, creencias, lenguaje, emoción, metacognición, razonamiento, relaciones interpersonales, toma de decisiones, cultura..., que particulariza diferentes procesos psico-emocionales que se implican en el discurso de vida de cada mujer, al formar una serie de experiencias y secuelas psicológicas permanentes a tal grado de manifestar una gama de disfunciones y trastornos diversos pues los síntomas siempre tienen que ver con la forma de percibir el mundo, un mundo que amenaza la femineidad, la maternidad, la sexualidad etc., con raíces en las creencias duales de juicios y sufrimiento donde estas mujeres se configuran por su singularidad.

## CAPÍTULO 2.

### **Implicaciones fisiológicas de las malformaciones congénitas del aparato genital femenino.**

#### ***2.1 Preponderancia.***

Para Pérez (2007), la sintomatología es variable, la cual fluctúa entre amenorrea primaria, dispareunia, disfunción sexual, dolor, masas pélvicas, endometriosis, hemorragia uterina anormal, complicaciones obstétricas, infección, aborto recurrente espontáneo, partos prematuros, e incluso puede ser asintomática. Todas las anomalías de Müller se asocian con menor capacidad reproductiva en relación con mujeres normales, siendo las anomalías uterinas de fusión lateral con obstrucciones asociadas, las que siempre son sintomáticas. En cambio, las que no presentan obstrucciones, sólo son sintomáticas en la mitad de las veces, relacionándose con abortos recurrentes y con partos prematuros y descubriéndose por casualidad al practicar laparotomías o laparoscopias por otras causas. Por otro lado, el útero unicornio con cuerno rudimentario es el que se relaciona con los mayores riesgos de morbilidad materna y el útero septado por su parte, con las más altas tasas de aborto recurrente entre otros presentes se encuentran la esterilidad e infertilidad. Cabe destacar que la endometriosis es una consecuencia fisiológica presente y frecuente que pudiera permitir la presencia de un diagnóstico de malformación de los conductos müllerianos o estar asociado a otros problemas obstétricos (Gómez y cols., 1991); mientras tanto la Psicología pudiera encontrar información o provocar reflexión al preguntar ¿Cómo interpreta la mujer lo que está viviendo?, ¿cuál es su idea acerca de lo que le está sucediendo?, ¿cómo se siente ante la situación por la cual está pasando? etc., con el fin de profundizar más en la mente de la contraparte bióloga, comprender y/o conocer otros ángulos donde pudiera enriquecer aún más propiamente a la psicología.

#### ***2.2 Endometriosis.***

La endometriosis es la presencia de tejido funcional (estroma y glándulas) en localizaciones diferentes a la cavidad endometrial (Prentice, 2001). El Grupo Europeo de

endometriosis la definió como enfermedad sólo cuando existe evidencia de progresión con destrucción tisular y alteración de la fisiología, con o sin dolor (Audebert y cols., 1992). Los sitios donde con mayor frecuencia se localiza la endometriosis son el peritóneo pélvico, la superficie y el estroma del ovario, los ligamentos útero-sacros, el peritóneo del fondo de saco de Douglas y el tabique recto-vaginal. (Simón y cols., 1995; Mascaretti y cols., 2007; Stamatiou y cols., 2007). La presencia de tejido endometrial dentro del miometrio se denomina adenomiosis (endometriosis interna).

### **2.3 Epidemiología.**

La frecuencia de la enfermedad depende de la población estudiada y de los métodos diagnósticos utilizados. Se estima que la endometriosis está presente en un 21% de las pacientes a quienes se les practicó laparoscopia por infertilidad, un 6% de las mujeres a quienes se les realiza esterilización laparoscópica, un 15% de las pacientes con dolor abdominal y un 15% de las mujeres histerectomizadas por hemorragia uterina anormal (Simón y cols., 1995).

### **2.4 Etiopatogenia.**

*Menstruación retrógrada y flujo menstrual.* La endometriosis ocurre en mujeres que presentan diversos grados de obstrucción al flujo menstrual. Tal es el caso de las estenosis cervicales congénitas o adquiridas, alteraciones de la fusión de los conductos de Müller, atresia o agenesia del cérvix o de la vagina, y tabiques vaginales transversos. Sin embargo, los defectos del tracto genital inferior no son un prerrequisito para el desarrollo de la endometriosis, ya que se ha observado en mujeres con menstruación retrógrada por retroversión uterina. Por otro lado, el reflujo de tejido endometrial a través de las trompas uterinas ocurre en un 50 a 90% de mujeres sin anomalías anatómicas evidentes y es el mecanismo más aceptado de implantación ectópica de endometrio, postulado en 1927 por Sampson (Simón y cols., 1995).

*Inmunológico.* Se ha encontrado déficit de la respuesta inmune peritoneal en mujeres con endometriosis. Al parecer, la menstruación retrógrada es una circunstancia fisiológica y universal que permite la implantación intermitente de lesiones atípicas. Estas lesiones son

controladas y eliminadas por el sistema inmune peritoneal apareciendo lesiones típicas cicatriciales que serían una condición “natural” (Korninckx y cols., 1994). Cuando el sistema inmune tiene fallas o su capacidad fagocítica es saturada por un reflujo menstrual excesivo, como ocurre en la obstrucción anterógrada, los implantes progresan dando origen a la endometriosis “patológica” profunda y a los quistes endometriósicos. Los defectos inmunológicos explicarían por qué, a pesar de la alta frecuencia de reflujo menstrual fisiológico, sólo un 2 a 5% de las mujeres sanas desarrollan endometriosis.

*Metaplasia celómica.* El conducto de Müller y el epitelio germinal ovárico tienen el mismo origen embriológico de las superficies peritoneales pélvicas. Células indiferenciadas del epitelio germinal o del peritoneo pélvico podrían diferenciarse hacia células endometriales. Esta metaplasia sería inducida, entre otras cosas, por factores hormonales. La metaplasia celómica puede explicar algunos casos de endometriosis en etapa prepuberal o poco después de la menarquia en mujeres sin anomalías “müllerianas” y en hombres (Simón y cols., 1995).

*Teoría de la inducción.* Es una extensión de la metaplasia celómica que postula que el endometrio necrótico o desnaturalizado libera mediadores que inducen metaplasia en el tejido conectivo o en el epitelio celómico o que activan la mesénquima para producir endometriosis (Simón y cols., 1995).

*Teoría de los restos embrionarios.* La transformación de restos embrionarios de los conductos de Wolf o de Müller podría explicar algunos casos de endometriosis aislada localizada en el hilio ovárico (Simón y cols., 1995).

*Diseminación linfática o hematógena.* La presencia de endometriosis en sitios extraginecológicos, extraperitoneales y retroperitoneales se ha explicado por diseminación linfática o hematógena de células endometriales. (Stamatiou y cols., 2007).

*Implantes directos (transplante mecánico).* La presencia de endometriosis en cicatrices de cesárea o laparotomía y en región perineal después de episiotomías o curetajes puede explicarse por implantes directos de tejido endometrial durante el acto quirúrgico o el parto (Simón y cols., 1995).

## ***2.5 Sintomatología.***

La endometriosis causa un amplio espectro de manifestaciones clínicas. Las más frecuentes son dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia, infertilidad, hemorragia uterina y sangrados anormales (Garzón y cols., 2007). Sin embargo, la enfermedad puede ser asintomática y ser diagnosticada incidentalmente durante un acto quirúrgico.

## ***2.6 Dolor.***

El dolor es el síntoma más frecuente en las mujeres con endometriosis y produce profundas consecuencias emocionales y de comportamiento. La endometriosis se asocia con dismenorrea, dolor pélvico, hipogástrico y dorsal, dispareunia, dolor con la micción o con la defecación (disquecia), dolor con el ejercicio y dolor inguinal (Prentice, 2001). Este síntoma de endometriosis está presente en aproximadamente un 79% de las mujeres, seguido de dismenorrea (70%) y dispareunia (49%) (Matalliotakis y cols., 2007); por tanto, al realizar laparoscopia diagnóstica por dolor pélvico crónico (DPC) se encuentra endometriosis moderada a severa en un 30 a 50% de los casos. Aunque el DPC tiende a ser más prevalente y la dismenorrea más severa en endometriosis grados III y IV, su intensidad no guarda concordancia con la severidad de la enfermedad; puede ocurrir dolor importante con grados mínimos de endometriosis y encontrarse endometriosis severa en pacientes asintomáticas o con dolor leve a moderado. Sin embargo, la profundidad de la infiltración sí tiene relación con la severidad del dolor.

## ***2.7 Características.***

Las características del dolor varían según la localización de los focos de endometriosis. En la endometriosis pélvica el dolor generalmente es de tipo peso, cólico, presión en el recto o dismenorrea. La dismenorrea es la forma más usual de presentación de la endometriosis; ocurre en un 50 a 90% de las pacientes y típicamente comienza uno o dos días antes o al inicio de la menstruación, aumenta de intensidad durante la misma y persiste durante los primeros días post-menstruales. Si la enfermedad progresa, el dolor tiende a ser constante e incapacitante (Simón y cols., 1995).

La localización del dolor puede ser central, hipogástrica o pélvica uni o bilateral. La dismenorrea se atribuye al exceso de prostaglandinas producidas por las lesiones endometriósicas. La dispareunia es generalmente de localización profunda y aumenta antes de la menstruación o en determinadas posiciones. Se presenta en un 25 a 40% de mujeres con endometriosis y ocurre frecuentemente cuando hay compromiso del tabique recto-vaginal, de ligamentos útero-sacos, nódulos o bloqueo del fondo de saco de Douglas o cuando se asocia a útero fijo en retroflexión. Puede acompañarse de disquesia por compromiso del tabique recto-vaginal o por fijación y retracción del intestino (Simón y cols., 1995). El dolor puede ser crónico con períodos de remisión o cíclico y localizarse en sitios donde hay masas endometriósicas (área umbilical, vagina, periné y cicatrices de cesárea o episiorrafia). Puede ocurrir dolor abdominal agudo súbito o dolor agudo sobre-agregado a dolor crónico en casos de ruptura de endometriomas, o torsión, obstrucción e infarto de órganos pélvicos y abdominales por adherencias o bridas. Otros tipos de dolor asociado con endometriosis incluyen neuralgias, dolores crónicos lumbares, de fosa obturatriz, sacros y del nervio femoral por compromiso neural (Simón y cols., 1995).

La endometriosis puede causar dolor por varios mecanismos: inflamación y liberación de prostaglandinas y otros mediadores; infiltración profunda con daño tisular, neural o perineural; distorsión anatómica por cicatrices, fibrosis, adherencias, retracciones o isquemia de órganos comprometidos; aumento de tensión intraquística, extravasación, exudación o ruptura de los endometriomas con estimulación de terminaciones nerviosas; y fijación de útero en retroflexión y de ovarios al saco de Douglas. Se piensa que las lesiones dolorosas son aquellas que involucran superficies peritoneales inervadas por nervios espinales periféricos, y no aquellas inervadas por el sistema nervioso autónomo (Lapp, 2000).

## ***2.8 Infertilidad***

La endometriosis puede ser un hallazgo único o concomitante durante la investigación de parejas infértiles. Cuando se practica laparoscopia por infertilidad de origen desconocido se encuentra endometriosis en un 30 a 60% de las pacientes. Varios mecanismos pueden ser responsables de la infertilidad asociada a la endometriosis: en la endometriosis avanzada se presenta obstrucción por inflamación, adherencias o alteraciones anatómicas que causan

factor tubo peritoneal, bloqueo o aislamiento del ovario, y dificultades para la captación tubárica del ovocito. En la endometriosis mínima se han postulado mecanismos como: disfunción ovulatoria, picos prematuros de LH, síndrome de folículo luteinizado no roto, alteraciones del líquido peritoneal con aumento del número, concentración y activación de los macrófagos, alteraciones de la fertilización, anticuerpos antiendometrio, supresión de la expresión de la  $\beta$ -3 integrina y posible aumento de la tasa de abortos espontáneos. La endometriosis también puede provocar alteración en la función sexual por dolor crónico y dispareunia (Simón y cols., 1995).

### ***2.9 Hemorragia uterina anormal***

La endometriosis puede asociarse con alteraciones del ciclo menstrual desde manchado premenstrual hasta hipermenorrea por disfunción ovulatoria. La adenomiosis se manifiesta clínicamente por dismenorrea, dispareunia e hipermenorrea (Simón y cols., 1995).

### ***2.10 Hemorragias cíclicas***

El tejido endometriósico es funcional y responde a la estimulación cíclica por los esteroides sexuales ováricos. Cuando ocurre la disminución cíclica de estradiol y progesterona, el tejido endometriósico puede presentar sangrados cíclicos. Se ha informado de la presencia de hematuria, rectorragia, sangrado umbilical y hemoptisis asociadas con endometriosis en dichas localizaciones (Simón y cols., 1995).

### ***2.11 Obstrucción de órganos vecinos.***

La endometriosis puede obstruir total o parcialmente los uréteres causando dilatación del sistema excretor urinario, pérdida silenciosa de la función renal o infecciones recurrentes (Stamatiou y cols., 2007) y el intestino delgado o el grueso por nodulaciones intraparietales, compromiso anular o por la formación de adherencias.



## ***2.12 Manifestaciones poco frecuentes dependientes de la localización.***

Las localizaciones distantes de la endometriosis pueden dar lugar a manifestaciones atípicas. Se ha informado cefalea, neumotórax catamenial recurrente, hemotórax, neuralgias y dolor sexual (Tanaka, 2007):

- El dolor sexual. El dolor durante el acto sexual o dispareunia es causa frecuente de la consulta en ginecología y en ocasiones especiales de la sexología. Un sinnúmero de afecciones la causan: las diversas clases de vulvitis, las alteraciones del capuchón clitoridiano, las vaginitis o vaginosis de diversa causa, bacterianas o micóticas, las cervicitis de variados orígenes, las endometriosis de diversas localizaciones, las malposiciones uterinas (versiones, flexiones o sus combinaciones), las alteraciones endometriales de parámetros por afecciones del aparato urinario bajo (estrechez uretral, carúnculas, cistitis de diversas causas), alteraciones anorrectales de variados orígenes y la patología del piso pélvico que obedece a un sinnúmero de causas. A todas estas afecciones cabe agregar las alteraciones de la lubricación vaginal, así como el vaginismo o espasmo y contractura de los músculos perivaginales.

Este discurso biologicista extenso y complejo de la ginecología y de la sexología, expone distintas disfunciones sexuales ubicadas en la alteración del deseo, de la excitación o del orgasmo, de igual manera, el dolor puede presentarse en la iniciación del acto sexual o durante todo el coito y se puede localizar en la vulva, la vagina, el periné o en el bajo abdomen. La imposibilidad de aliviar esta sintomatología genital y la presencia de dispareunia (Gómez y cols., 2007), tiende a alterar profundamente el estado de ánimo de la mujer y manifestar alta incidencia de ansiedad, depresión e intentos de suicidio (McKay, 2000); sin embargo, el abordaje de estas manifestaciones no es un campo exclusivo sino un trabajo interdisciplinario, al considerar el apoyo psicológico. Aunque es usual que las pacientes se resisten a aceptar ayuda psicológica, incluso ante la evidencia de labilidad emocional percibida. La propuesta de apoyo psicológico debe hacerse prudentemente. Ya lo decía Sócrates en el siglo IV a.C.: “si se interroga a los seres humano con buenas preguntas, se puede llegar a descubrir la verdad de las cosas”, que nos dice la Psicología acerca de estas

investigaciones, en el arte de hacer preguntas y correr el velo que encierra una dimensión ilimitada de oportunidades al explorar en la mente de estas mujeres en sus creencias sobre sus juicios y valores acerca su sexualidad y feminidad.

## CAPÍTULO 3.

### **La experiencia vital de las mujeres con malformaciones congénitas del aparato reproductor femenino**

#### ***3.1 La historia con el propio cuerpo.***

Al parecer no hay un abordaje específico o protocolo de intervención psicológica en pacientes con malformaciones müllerianas, junto al servicio Interdisciplinario (Pediatria, Ginecología, Obstetricia etc.); sin embargo, explora e investiga a diversos grupos heterogéneos con distintos padecimientos obstétricos y manifestaciones comórbidas.

Dentro de los estudios psicosociales cualitativos y cuantitativos revelan que el útero continúa siendo símbolo, que otorga identidad femenina personal y social a la mujer (Solbrække & Bondevik, 2015; Gutiérrez y cols., 2012). La extirpación uterina es percibida como una amenaza a su condición de género y capaz de provocar pérdida de autoimagen (Carmona & Díaz, 2012.), colmada de mitos y creencias aún muy arraigadas al constructo psicosocial (Merighi y cols., 2012; Rivera y cols, 2005). Mientras que la investigación cuasi experimental, concluye que, el útero tiene una relación directa en la respuesta emocional y mental de las mujeres, manifestándose cuando su sistema reproductivo se ve extirpado (Priya & Roach, 2013).

Urrutia et al. (2013), estudiaron la representación del útero y la cirugía en 52 mujeres histerectomizadas. El útero es señalado como un órgano asociado a mitos y creencias en la sexualidad de la pareja y el rol materno; a su vez la histerectomía es la extirpación total o parcial del útero. Afectando la imagen femenina y provocando en la mujer una sensación de vacío, de quedar "hueca" de que algo le falta y provocar problemas con la pareja como consecuencia de la histerectomía al reconocer sentimientos de tristeza, desánimo, falta de confianza, vergüenza y culpa, manifestando estrés y ansiedad. Por otro lado, es considerada como "alivio" dimensión que refleja la sensación de libertad en la sexualidad y la tranquilidad de no desarrollar un cáncer. Estos son relatados que confirman que el útero es pieza clave en

la esfera biológica y psicológica de la mujer vinculado social y culturalmente a la identidad femenina (Carr, 2015).

Otro estudio realizado por Bos-Branolte (1991), al estudiar el impacto psicológico en la exenteración pélvica por cáncer en 90 mujeres encontró que el 28% presentaba morbilidad psicopatológica; ansiedad, 34%; depresión, 28%; distorsión de la imagen corporal, 22%; autoestima, 36%; problemas en relación de pareja, 26% así mismo la localización tumoral en; ovario, 36%; cérvix, 21%; endometrio, 17% y por último, vulva 46%, entre ellas la historia de disfuncionalidad sexual, pérdida del deseo sexual, dispareunia, infertilidad, anorgasmia secundaria a la inhibición del deseo sexual, y lubricación disminuida, ingesta hormonales concomitante a la depresión, ansiedad y angustia.

Mientras tanto Fernández (2004), sostiene que, “no cabe duda de que la apariencia física juega un papel importante en nuestra sociedad, siendo considerado por muchos como un instrumento básico para alcanzar el éxito social y laboral. Pero más importante que la apariencia externa es el sentir emocional en relación con el propio cuerpo. La insatisfacción con la imagen corporal está asociada a una baja autoestima, pobre autoconcepto, problemas en la identidad de género, ansiedad interpersonal, problemas sexuales y trastornos depresivos”. Por tanto, se considera que no únicamente es la imagen externa la que se ve dañada en estas pacientes, dado que la percepción de sí misma involucra también el cómo se está viendo el cuerpo por dentro y si esta imagen interna está deteriorada y no bien integrada, predisponiendo así un impacto emocional.

Es por ello por lo que los cambios en cada una de estas dimensiones determinan diferencias individuales (Olivares, 2004). La influencia destructiva de la enfermedad y/o el tratamiento en la apariencia, podría venir determinada por la pérdida de partes del cuerpo, desfiguramiento, adaptación a prótesis o limitaciones en las habilidades funcionales. Estos cambios difieren en función del grado de observación, permanencia, controlabilidad y extensión las malformaciones müllerianas en correlación con; la histerectomía, la ooforectomía, la esterilidad, la infertilidad, el cáncer cérvicouterino y la sexualidad que lesiona la femineidad, sujeta a la individualidad de cada mujer y sus diferentes momentos cronológicos de la vida; determinantes en la calidad emocional futura. La más generalizada

es la percepción de una disminución de la autoestima, por sentir su propia imagen corporal alterada (dañada, incompleta y defectuosa), por lo que pueden sentirse sexualmente poco atractivas, lo que conlleva a una disminución del impulso sexual, con disminución igualmente de la respuesta sexual, del placer o el disfrute durante el acto sexual, que provoque en algunos casos, que la mujer se sienta asexual (González, 1998).

### ***3.2 La vivencia tras la intervención quirúrgica.***

Para Almanza (1994), las pacientes que son sometidas a cirugías traumáticas presentan un alto grado de estrés que se extiende a lo largo de un continuum, abarcando desde sentimientos normales y comunes de vulnerabilidad, tristeza y miedo hasta problemas que pueden llegar a ser incapacitantes, tales como depresión, pánico, aislamiento social y crisis espiritual; que interfiere con la capacidad de afrontar efectivamente una enfermedad o una situación problemática en particular.

Por lo tanto, Contrada et al (1994), mencionan cuatro áreas para un abordaje que afecta la adaptación del paciente ante la cirugía: a) el peligro representado por la cirugía en sí misma, esto es, la amenaza de la ansiedad generalizada ya sea por incisión, amputación etc.; b) los efectos postoperatorios del procedimiento, tales como dolor, malestar, o reducida capacidad para la actividad física y la deambulaci3n; c) la incapacidad para reasumir los roles sociales deseables, como son actividades recreativas, deberes familiares y ocupaciones y d) aspectos asociados a la condici3n m3dica a largo plazo, registros de s3ntomas y signos de enfermedad, as3 como la expectativa de pr3ximas intervenciones m3dicas (radioterapia, quimioterapia, o cualquier otro tratamiento invasivo).

Tomando en cuenta lo anterior muy probablemente se observar3n trastornos de ansiedad, depresi3n; los cuales son exacerbados por procedimientos invasivos y mutilantes, aumentando a esto las complicaciones propias de dichos procedimientos, sometiendo a una confrontaci3n de amenaza de muerte, no obstante, una sensaci3n de incompletud, vac3o, inutilidad y desvalorizaci3n en estas mujeres con malformaciones m3llerianas. Impactando sobre su sexualidad, su capacidad reproductiva y su imagen corporal de ah3 pudiera desencadenar trastornos que pudieran afectar la personalidad que hasta cierto punto se cae en un terreno sensible e indefenso.

Es así que la intervención psicológica está integrada, en el servicio de atención médica de un modo inter/multidisciplinar, de ahí que para la psicología aborda el estilo de afrontamiento y el nivel de ajuste o adaptación del paciente ante el malestar y la experiencia va a depender: del grado de patología a nivel clínico; de los efectos de los tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia etc.); del nivel y modo de información que reciba; el apoyo social y de los recursos ambientales así como; de las competencias para hacer frente al estrés y; la disponibilidad de tratamientos psicológico en el área hospitalaria (Buceta & Bueno, 2000). Ahora bien, según los estratos sociales no todos los hospitales cuentan con psicólogos de la salud y no todas las mujeres manifiestan la misma configuración ideológica ante estos cambios corporales y comorbilidades asociadas.

### ***3.3 Psique-cuerpo.***

Las malformaciones müllerianas estén o no asociados a otros problemas obstétricos no siempre es encontrada de manera aislada sino como un cúmulo de signos y síntomas asociada a otras complicaciones.

Asimismo, dentro del acompañamiento psicológico con frecuencia se explica por causas, entrando a la dicotomía psique-cuerpo, pues el ser humano no es solo cuerpo o mente, sino los elementos psíquicos y físicos que se configuran en una sola unidad funcional, influenciado por aspectos socioculturales y ambientales del entorno que lo rodea, de tal forma que las malformaciones y otras complicaciones del aparato genital femenino debe ser vista integralmente en su aspecto bio-psico-social interrelacionado.

No solo se trata del síntoma, sino que se convierte en una enfermedad que afecta el estado físico, mental, emocional (con frecuencia depresión y ansiedad) y social (menor capacidad reproductiva, alternándose con supervivencia, la vida de pareja, la alta incidencia de disfunciones sexuales), y en general la interrelación con otras personas (familiares, amistades, trabajo, compañeros(as) de trabajo, etc.) (Gómez, 2007).

Como se puede apreciar estos malestares psicológicos cruzan con diversas categorías diagnósticas como depresión mayor, trastornos de ansiedad generalizada, trastorno del dolor génito-pélvico, trastornos de pánico y somatización, entre otras ya mencionadas; ha sido muy

difícil diferenciar las secuelas psicológicas relacionadas con la presencia del “síntoma de las malformaciones müllerianas”, la predisposición psicológica del malestar emocional y la relación significativa con la personalidad. También, dependerá de la severidad de las creencias basadas en la experiencia pues cada mujer tiene un patrón particular de reacción ante la patología dependiendo de su ser, intereses profesionales, relaciones íntimas, la imagen que tenga de sí misma, de su feminidad, de su presente y de su futuro.

### ***3.4 Conflicto-psíquico.***

Para Alperin (2006), existen algunos conflictos que inhiben el desarrollo de la intimidad, las respuestas más comunes a esta condición son manifestaciones de depresión, ansiedad, múltiples sentimientos de miedo a la pérdida del objeto, a la fusión misma y un prolongado estrés; cuando estas respuestas emocionales se extienden e incapacitan a las personas en varias áreas de su vida crea un conflicto interno. Al incrementar los prejuicios de una enfermedad o lesión incapacitante que daña la autoestima.

La confrontación con la idea de que no es posible tener un hijo biológico resulta más disruptora, ansiógena y compensa el sufrimiento en “la inferioridad en el órgano” que el malestar que se deriva de alguna propuesta de tratamiento asistido (Ardenti y cols., 1999).

Otro punto Freud (1925 pág. 276), menciona que cruza por ambigüedad al sustentar que: “de suerte que la masculinidad y la feminidad puras siguen siendo construcciones teóricas de contenido incierto”, pues escribe un ensayo titulado Sobre la sexualidad femenina, en donde recorre las dificultades que una niña atraviesa por el proceso del complejo de Edipo. Lo interesante de este texto es que al precisar que la niña conoce de entrada su castración, también reconocería “la superioridad del varón y su propia inferioridad”, ante lo que se resuelve por tres posibles vías: 1) Rechazo de la sexualidad; 2) Retiene una posición masculina que puede terminar en una elección de objeto homosexual y 3) Una configuración femenina, al tomar al padre como objeto. Finalmente, el trabajo menciona que “el psicoanálisis explica que, al contar con una única libido, a su vez esta cuenta con metas y modalidades de satisfacción activas y pasivas” (Freud, 1931 págs. 231, 232). Es por esta razón a lo largo del desarrollo de la aportación que realiza Freud en el campo de la sexualidad humana, se denota la ambigüedad que surge en el tema pues movidos por una única libido y

pulsión, los sujetos encuentran modalidades activas y pasivas y, por tanto, será un ir y venir de la masculinidad y feminidad como lo ha venido definiendo el mismo Freud (1931, pág. 241). Si bien es cierto que existen identificaciones en juego, es imposible no reconocer al inconsciente y al cuerpo puestos en juegos más allá de las manifestaciones biológicas.

Los acontecimientos más perjudiciales consisten en pérdidas de compromisos importantes. La amenaza se concibe como un daño o pérdida que todavía no ocurre, pero que se prevé. Aunque haya ocurrido, se considera igualmente amenazador, las posibles implicaciones negativas futuras que toda pérdida lleva consigo. Los sentimientos de impotencia o desesperanza, generados por el afrontamiento de escape-evitación, mezclados con sentimientos de vergüenza, culpa, dificultad en la toma de decisiones, revisten la vida psicológica de la intimidad de ser mujer y/o procrear vida. La explicación de la culpa con frecuencia tiene su origen en dos eventos fundamentales en la vida de la mujer; primero no cumplir con las expectativas sociales y segundo los mitos que se construye en torno a eventos de carácter sexual (la alteración del deseo, la excitación o del orgasmo).

La certeza de que estas malformaciones müllerianas asociadas o no a otros problemas obstétricos, dañan en forma determinante la imagen corporal que se instalará dentro del sistema de creencias, para darle sentido a un evento culposo dirigido a la representación de valía, provocando la pérdida de autoestima. Esto constituye un evento central en el conflicto psíquico que podría dar paso al proceso de sumisión frente a la problemática y el escape de la situación a la dependencia por el papel de género. A esta sumisión hace que este malestar se exprese con manifestaciones depresivas, ansiógenas y conflictivas relaciones. Al percibir pérdidas inexplicables de amistades, conflictos con la familia política, dificultades conyugales y finalmente llegando al aislamiento social.

### ***3.5 Relación con los otros.***

Hombres y mujeres construyeron su identidad de género determinada por una variedad de factores tanto intrínsecos al individuo como extrínsecos. Tan es así que la familia juega un papel fundamental en la enseñanza y construcción de la identidad de género de niños y niña, y aún más allá de la reproducción biológica son la reproducción sociocultural quienes



determinan en última instancia las percepciones individuales y comportamentales del individuo.

Para Bleichmar (1992), los rasgos descriptivos del modelo de feminidad más generalizados son: la sensibilidad, la complacencia, la dulzura (sin agresividad, ni competencias), la pasividad, la obediencia, la necesidad de contacto afectivo, la dependencia y la fragilidad, sin embargo si el cuerpo se considera un error o una cárcel, la mujer está convencida de que se tiene una identidad sexual diferente a la biología sexual de los genitales (externos e internos), mamas, distribución de vello y grasa, voz, figura corporal, etc.

Para Olavarría (2000), la procreación y el tener descendencia tienen significados diferentes para cada uno de los miembros de la pareja. Para las mujeres tener hijos suele ser sinónimo de desarrollo de su papel materno, de protección, afecto y educación, mientras que para los varones tiende a tener un significado más dirigido a sentimientos de poder, de patriarcado, de protección, de proveedor, de arribo a la plenitud de la hombría, como ente eminentemente masculino.

Por lo tanto, Bleichmar (1992), insiste que, en una relación de pareja, el hombre busca encontrar un reposo y refugio de las adversidades del mundo exterior, mientras que la mujer busca formar y reafirma su identidad continuamente, ya que tener una relación de pareja es de gran importancia para las mujeres. Dar y recibir amor, establecer y mantener lazos afectivos y cuidar a los demás, es la piedra angular de la autoestima de las mujeres. Esta fragmentación puede generar, inferioridad, un mayor grado de depresión y ansiedad, incluso iniciar un proceso de remordimiento y culpa, situación que le genere vergüenza, y cogniciones de autorreproche. Estas tendencias no tienen causas biológicas ni genéticas, sino que se debe a la forma en cómo las mujeres experimentan su feminidad.

## CAPÍTULO 4.

### En torno a la sexualidad

#### *4.1 Disentimiento de sexualidad.*

La sexualidad es una de las dimensiones del ser humano que históricamente ha creado conflicto para su estudio, ya que existen varias opiniones y enfoques respecto a su significado, su importancia y su relación con los otros.

Para Oelrich (2006), es una tarea compleja de ser abordada las disfunciones sexuales hasta el día de hoy. El diagnóstico de disfunciones sexuales (DF) se basa completamente en un juicio clínico, que debe tomarse en cuenta la edad y la experiencia del individuo, la frecuencia y la cronicidad del síntoma, el malestar subjetivo y el efecto sobre otras áreas de actividad del individuo. También menciona que se debe tenerse en cuenta el bagaje étnico, cultural, religioso del individuo, que, sin duda, influye en su deseo sexual, sus expectativas y su actitud ante las relaciones sexuales y el proceso de salud enfermedad.

Cualquier intervención en sexualidad (terapéutica, de promoción de la salud sexual o de prevención) ha de ser analizada desde una perspectiva holística. Los problemas o trastornos sexuales no suelen tener una única causa, por lo que hasta ahora habrá de considerarse diferentes determinantes.

Para conocer y tratar las diferencias o problemas sexuales en aquellas mujeres que se ven amenazados sus genitales o el sistema reproductivo por una configuración biológica diferente. Es probable que las repercusiones psicoemocionales involucren el género, la sexualidad y la feminidad. Pues cabe destacar que el rol de género es un posible factor asociado a la presencia de las disfunciones sexuales, ya que el género alude a una construcción sociocultural que resalta aspectos sociales, en el conjunto de cualidades biológicas, físicas, económicas, psicológicas, eróticas, políticas y culturales asignadas a los individuos según su sexo (Sánchez y cols., 2002). En ciertas condiciones la sexualidad femenina se percibe desde una perspectiva del cuerpo y su utilidad, basándose en las

modificaciones de éste y considerándolo como un cuerpo para otros, para la procreación o para el goce del hombre; reafirmando esta concepción de sexualidad para el otro, así también desde la cultura se exagera el aspecto sexual en la vida de una mujer en perjuicio de otras cualidades por desarrollar, impidiendo igualmente que esta sexualidad sea verdaderamente suya (Rivera, 1993), mientras que la feminidad abarca aspectos como sumisión, dependencia, afectividad y características ligadas al rol reproductivo, sin embargo una predominante necesidad de involucrarse con los demás (Díaz y cols., 2007). Mientras tanto esto cruza no sólo en lo físico sino en el discurso psicoemocional de cada mujer que se configura desde sus creencias.

#### ***4.2 Respuestas de la actividad sexual.***

A partir de los estudios de (Masters & Johnson, 1966; Kaplan, 1974), introdujeron la idea de que existe un ciclo de respuesta sexual humana, compuesta por 5 fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Este modelo de comportamiento facilita la comprensión de los cambios fisiológicos y anatómicos que se producen en uno y otro sexo durante la actividad sexual.

De tal manera que para entender cómo se reproducen las disfunciones sexuales (DS), es preciso conocer la biografía de cada persona pues los sentimientos y los comportamientos están íntimamente relacionados con el cuerpo.

También, el ser humano es permeable al entorno ambiente ecológico, social y cultural. Estos entornos actúan como moduladores de la sexualidad y condicionan en gran medida en los comportamientos de respuesta sexual. Está claro que el proceso hormonal también está motivado por los procesos fisiológicos y modulado por las biografías, así como los discursos sociales hegemónicos, normas, valores, principios, mandatos, creencias, símbolos etc.

Mientras tanto la disfunción sexual femenina según Munárriz (2001), está definida como alteraciones del deseo sexual y la excitación, dolor en la excitación o el orgasmo, lo que da un malestar significativo con un impacto en la calidad de vida. Aunque cada condición

específica puede estar definida y separada en términos clínicamente médicos, pues el deterioro es multifactorial e individual.

Sánchez et al. (2007), del Instituto Nacional de Perinatología, manifiestan un estudio de las distintas disfunciones sexuales femeninas y la relación con la ansiedad, con una población cautiva constituida por 200 pacientes, que asiste al INPER para su atención médica y al mismo tiempo presenta algún tipo de complicación gineco-obstétrica. Manifestando una frecuencia de las disfunciones sexuales en 182 pacientes: de los cuales el deseo sexual hipoactivo fue 31.87%, aversión al sexo 2.20%, trastornos de la excitación 17.58%, trastornos del orgasmo 23.08%, dispareunia 18.13% y vaginismo 7.14%. Asimismo, plantea que la sexualidad está fuertemente vinculada a las emociones, ya sea positivas, como la cercanía romántica y el amor, o negativas como la ansiedad, la culpa con respecto a la sexualidad, ser demasiado autocrítica o autoconsciente en relación con lo sexual, los cuales la ansiedad puede intensificar la respuesta sexual, o bien, afectarla. El análisis realizado en esta investigación clarificó la importancia de los niveles de ansiedad en la presencia de disfunciones sexuales pues la distinción entre ansiedad-estado, da una respuesta reactiva de tipo temporal ante una situación ansiógena mientras que la ansiedad-rasgo, dio una respuesta permanente, permitiendo identificar la particular relación que guarda ésta última con el trastorno de la excitación y el trastorno orgásmico femenino. Por lo que este estudio no le fue posible analizar cómo interactúan las distintas combinaciones de las disfunciones sexual, pues de acuerdo con la estadística es frecuente que una mujer presente más de una sintomatología.

De ahí que hay una carencia de estudios acerca de la voz de estas mujeres que viven una configuración distinta de su aparato reproductor, por lo que estudios lo asocian con otros malestares obstétricos, síndromes o trastornos que pueden afectar o no la calidad de vida según el grado de complicidad con otros órganos impactando la sexualidad.

#### ***4.3 Situaciones psicósomáticas de la sexualidad.***

Una de las disfunciones sexuales que se vuelven psicósomáticas son las anorgasmias, según Masters, Johnson y Kolodny (1987), al estimar que sólo un 5% de los problemas de anorgasmia se debe a causas orgánicas, siendo desencadenado el 95% restante por factores

psicológicos. Entre las causas orgánicas se pueden señalar diversas enfermedades: trastornos neurológicos, estados de carencia hormonal, lesiones o infecciones pélvicas, desgarros, deformaciones o trastornos de la vagina, el útero, las trompas de Falopio o los ovarios, infecciones en la vagina o el clítoris, enfermedades en la uretra o el ano, de cicatrices o incluso de enfermedades generales (diabetes, estados carenciales de estrógenos, etc.). Así mismo, cualquier estado físico que origine escasa lubricación vaginal (como consumo de antihistamínicos o de marihuana) puede llevar, indirectamente, a la aparición de molestias durante el coito. Por último, cabe señalar que el uso de determinadas cremas anticonceptivas, espermicidas, productos de higiene íntima, diafragmas o preservativos que provoquen irritación vaginal pueden motivar también la aparición de dolor coital.

Mientras tanto es relativa la vivencia y expresión de la sexualidad con conductas de distintos tipos, adaptadas a normas y valores de un contexto social o cultura, cabe mencionar que una conducta inadaptada no es, ni se supone necesariamente, la aparición de una disfunción sexual pues existen personas y grupos que pueden tener problemas sexuales tras ser víctimas de agresión sexual o privadas de su libertad sexual por algún tipo de discapacidad o por abolición del contexto (mutilación genital femenina).

Tan es así que las diferencias en el aparato reproductor femenino, asociada o no a otros problemas obstétricos, las respuestas subjetivas y fisiológicas sexuales de las mujeres no siempre son concordantes. Mientras algunas mujeres pueden sentir poca o ninguna activación sexual, sus cuerpos pueden realmente mostrar una respuesta de excitación sexual normal sin embargo, ya lo decía Freud (1890), “todos los estados anímicos son, en cierta medida, afectivos, y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos” por lo que existe una relación subjetiva de la que hay poca evidencia no solo en estas mujeres con diferencias anatómicas del aparato reproductor sino la ausencia de un proceso de configuración.

#### ***4.4 Taxonomía de los problemas sexuales.***

Para Abrantes (2001), en la Conferencia Internacional sobre las Disfunciones sexuales femeninas las clasificó en:

- I. Alteración del deseo sexual.
  - a) Deseo sexual hipoactivo: es la deficiencia o la ausencia persistente o recurrente de pensamiento o Fantasías sexuales y/o del deseo de realizar la actividad sexual, o receptividad para ella.
  - b) Aversión sexual: es la aversión fóbica persistente o recurrente al contacto sexual, que incluye su evitación.
- II. Alteración de la excitación sexual.
- III. Alteración del orgasmo.
- IV. Alteraciones relacionadas con el dolor durante el acto sexual:
  - a) La dispareunia es el dolor genital persistente o recurrente asociado con el acto sexual.
  - b) El vaginismo es el espasmo involuntario, persistente o recurrente, de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con la penetración vaginal.
  - c) El dolor no relacionado con el coito es el dolor genital persistente o recurrente inducido por estimulación sexual no costal según Munárriz (2001).

Mientras que Flores (2013), refiere que; La Federación Latinoamericana de Sociedades Sexológicas y Educación Sexual, centrada en “patologías del sexo”, las clasifica en:

1. Según su origen; genéticas, anatómicas (hermafroditismo verdadero, pseudohermafroditismo femenino) y cerebral de la fase anatómica (transexualismo primario, secundario, shemale/maleshe).
2. Patología de la función sexual: individual o pareja según situación estímulo, administrador, el método, frecuencia, respuesta, tiempo)
3. Otras patologías (aversión al sexo, dispareunia, anorgasmia, orgasmo doloroso, priapismo, dolor masturbatorio, koro, anhedonia orgásmica, anafrodisia, cefalea postcoital, incapacidad para el cortejo, euforia postcoital, síndrome de excitación persistente, congestión pélvica)

Tras esta disertación factores negativos como el temor, la culpa, la vergüenza y la tensión que tiene un efecto adverso para la capacidad del individuo en cuanto a su interés sexual y su configuración sexual que al mismo tiempo altera su funcionamiento asociada a factores predisponentes y precipitantes impidiendo reconocer la existencia de tal situación o experiencia: el temor y la negación de ser rechazada por la pareja, la culpa de haber nacido diferente, la vergüenza de tener un cuerpo marcado produce una tensión que con las demandas y estereotipos sociales le da un sentido de no pertenencia al clan.

#### ***4.5 Experiencia de la sexualidad con el otro.***

La sexualidad es una energía vital y originaria que envuelve a la persona integralmente, no es una cuestión de solo de genitalidad, cabe destacar, que al implicar a la persona entera se convierte en un lenguaje de expresiones y significados, sea cual sea la causa de los problemas o disfunciones sexuales, pueden ocurrir diferentes reacciones psicológicas frente al problema: bajo autoconcepto e insatisfacción marital, estilos de comunicación reservado y negativo, disminución de la comunicación marital, tendencia de presentar características de sumisión (Sánchez y cols., 1997), ansiedad, disminución de la confianza en sí misma, duda sobre sí misma, sentimientos de culpa, conmoción, incredulidad, negación a la posibilidad de menstruar y reproducirse ya no le sea posible, síntomas vegetativos, evitación o rechazo de la pareja, dificultad en la excitación, la creencia de que cualquier otra cosa que no sea coito no cuenta etc. Por lo que se puede experimentar irritabilidad, furia, culpa, duelo corporal, sensación de vacío de sí misma.

González (2002), las pacientes que durante la histerectomía se realiza ooforectomía pueden mostrar síntomas climatéricos a cualquier edad en que se realice la intervención quirúrgica, algunos de estos síntomas son la disminución de la libido y cambios atróficos de la vagina, los cuales son más propensos a producir molestias e incomodidades durante el coito y representan un impedimento para la actividad sexual. Los estados de ansiedad en estas pacientes pueden mostrar una alta dificultad sexual postoperatoria, pues la reacción del compañero sexual de la mujer sometida a este tipo de cirugías, es un factor determinante, pues los hombres identifican la pérdida del útero con la pérdida de la feminidad o la disminución de la libido, y suelen presentar conductas de evitación con sus parejas.

Estudio realizado Vega et al. (2014), determinó los factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. Al entrevistar a 110 mujeres donde el (59%) refirieron alguna disfunción sexual y el (41%) lo negó. Las alteraciones sexuales más frecuentes fueron: disminución en el deseo sexual (34,1%), disfunción eréctil de la pareja (22,7%), dispareunia y falta de excitación (20,5%), sexo referido como desagradable e incapacidad para llegar al orgasmo (13,6%), ansiedad por el desempeño sexual (6,8%) y eyaculación precoz (4,5%). El estudio mostró el aspecto emocional y psicológico no tuvo variantes. De los factores asociados llamó la atención por su frecuencia la edad y tener un trabajo fuera del hogar. El aspecto laborar fuera del hogar, fue el factor asociado a la disfunción femenina más frecuente después de la edad, probablemente el que la mujer juegue un doble rol en la dinámica familiar, ama de casa y trabajadora, provoque un cansancio físico y emocional que redunde en la calidad de la relación conyugal que ocasionan en una gran parte de la población femenina una disminución del deseo sexual, y por ende poca excitación, dispareunia y falta de orgasmo, por lo que refiere al sexo como desagradable.

Ya lo decía Marañón (1972), que la mujer debe ser madre y mujer, ante todo, con olvido de todo lo demás si fuere preciso y, por ello, por inexcusable obligación de su sexo; por lo que se entiende su miedo a perder lo único que le queda, su sexualidad, aunque esta sea cada vez más abundante en psicopatologías y disfuncionalidades psicológicas, resultado de la constante idealización a la que somete el ser humano a su conciencia, una progresiva neurosis hasta degradar en lo patológico.



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la revisión bibliográfica que se tomó para este trabajo relativo a las malformaciones congénitas del aparato reproductor femenino, en la incidencia de las anomalías müllerianas, desde el enfoque biologicista se observó escasez de datos que se refieren específicamente al tema. Se presupone, derivados por asociación de otros padecimientos obstétricos con manifestaciones similares, que la mujer puede presentar en el transcurso de su desarrollo como: hemorragia uterina anormal (dismenorrea e hipermenorrea), histerectomía, ooforectomía, esterilidad, infertilidad, cáncer cérvico-uterino, disfunción sexual, así como las muestras de casos específicos (Garzón y cols., 2007; Matalliotakis y cols., 2007; Simón y cols., 1995; Fernández y cols., 2012; Prentice, 2001). Estadísticamente se encontraron datos dispares sobre el contexto donde se realizaron las investigaciones.

En primer lugar, las anomalías müllerianas pueden presentarse en diferentes momentos cronológicos de la vida que van desde el nacimiento, durante la niñez, la pubertad, durante la menarca, en la adolescencia o en etapas posteriores (Emans y cols., 2000; Pinsonneault y cols., 1985; Vásquez y cols., 2006; Baeza y cols., 1999; Peláez, 1999). Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia del acompañamiento psicológico en estos padecimientos ni el abordaje en sus diferentes etapas tanto como para la familia como para la paciente.

De estos datos parten la idea de que las anomalías müllerianas pueden estar presentes en pacientes que consultan por otros motivos de salud comprometiendo la salud sexual y reproductiva, incluso, con consecuencias de morbilidad materna en muchos casos, todo ello con presencia sintomática o asintomática (Pérez, 2007; Gómez, 2007; Gómez y cols., 1991; Santos & Martín, 2015; Jáuregui & Fuentes, 2013; Simón y cols., 1995).

Con relación a la intervención quirúrgica en casos que lo ameriten, el profesional de la salud mental se inserta en grupos de atención inter/multidisciplinar, con la finalidad de atender las implicaciones psicoemocionales que la paciente presenta antes, durante y después de la intervención. Asimismo, se menciona que las pacientes que son sometidas a cirugías traumáticas presentan un alto grado de estrés, registrando sentimientos normales y comunes

de vulnerabilidad, tristeza y miedo hasta problemas que pueden llegar a ser incapacitantes, tales como depresión, pánico, aislamiento social, sensación de riesgo y temor a morir; que interfiere con la capacidad de afrontar efectivamente una enfermedad o una situación problemática en particular al presentar irritabilidad, enojo, furia, negación. Por otro lado, en procedimientos invasivos y mutilantes, las pacientes pueden presentar, sensación de inutilidad, fragmentación, vacío sin ningún valor en su feminidad impactando en la sexualidad, la capacidad reproductiva e imagen corporal, así como pensamientos negativos entorno a la intervención quirúrgica (Almanza, 1994; Buceta & Bueno, 2000; Carmona & Díaz, 2012; Contrada y cols., 1994).

Ahora bien, de acuerdo al contexto y estrato socioeconómico al que pertenece la persona, enfrenta otro reto de no ser atendida en sus necesidades emocionales, ya que no todos los hospitales cuentan con psicólogos dentro de los grupos de atención inter/multidisciplinar y no todas las mujeres manifiestan la misma configuración ideológica ante estos cambios corporales y comorbilidades asociadas.

Otro punto importante para considerar es el simbolismo que se le ha otorgado al útero. Estudios psicosociales indican que el útero otorga identidad femenina personal y social a la mujer, asimismo su extirpación es percibida como una amenaza a su condición de género produciendo diversos trastornos en el estado de ánimo, afectación importante en las relaciones afectivas y de pareja; con incidencias en las disfunción de la respuesta sexual, (inhibición o pérdida del deseo sexual, lubricación disminuida, anorgasmia, dispareunia, vaginismo) ideación suicida (Urrutia y cols., 2013; González, 2002; Marañón, 1972; Bos-Branolte, 1991; González, 1998; Fernández, 2004; Mckay, 2000; Gómez y cols., 2007; Solbraekke & Bondevik, 2015; Gutiérrez y cols., 2012; Carr, 2015; Merighi y cols, 2012; Rivera y cols., 2005). En este sentido, el útero es un órgano asociado a mitos y creencias ideológicas que estigmatiza la sexualidad de la pareja y el rol materno ya que se considera pieza clave en la esfera biológica, reproductiva y psicológica de la mujer vinculado social y culturalmente a la identidad femenina.

Asimismo, en las estructuras familiares existen factores invalidantes ante la presencia de una configuración biológica diferente que amenaza los genitales o el sistema reproductor. Estas ideas tienen un soporte cultural y sistemático de demandas y expectativas funcionales

de género que organiza el *modus vivendi* de un clan o familia, por tanto, la mujer debe someterse para evitar ser objeto de incomodidad, confusión, burla, pena, castigo, culpa, aberración, incertidumbre, humillación, exclusión a través de insultos, rechazo, gritos, sarcasmos, engaños, manipulación, y desprecio minando la autoestima de quien sufre.

En concreto, la familia y la sociedad no deja de jugar un papel fundamental en la enseñanza y construcción de la identidad de género, la femineidad desde el nacimiento, y aún más allá de la reproducción biológica es la reproducción sociocultural que determina en última instancia las percepciones individuales y comportamentales del individuo. En el que se construye; una red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a los hombres de las mujeres. Una mujer es completamente mujer si se tiene pareja e hijos. Una mujer sin hijos será media mujer. Un útero que no da hijos da problemas. Considerado como un cuerpo para otros, para la procreación para el goce del hombre.

Por tanto, la procreación y el tener descendencia tienen significados importantes al construir una pareja, ya que las expectativas de un hijo presentan el vínculo principal para perpetuar un apellido o familia, pues la idea de no tener un hijo biológico debido al padecimiento genera comportamientos negativos y ansiógenos en la esfera social, de pareja y personal. Estudios psicosociales en la reproducción humana evidencia el conflicto psíquico que enfrenta algunas mujeres ante esta situación, como ejemplo, los pensamientos de inferioridad del órgano femenino (Ardenti y cols., 1999; Bleichmar, 1992; Olavarría, 2000; Priya & Roach, 2013).

En relación a la vivencia y la expresión de la sexualidad, se observó que es relativa, la persona con presencia de anomalías Müllermanas que adapta conductas regida por normas, juicios, educación y valores de un contexto sociocultural. En la especie humana, la sexualidad tiene tres fines principales: el placer, la afectividad y perpetuar la especie. Las personas con problemas de infertilidad presentan altas probabilidades de experimentar: depresión, ansiedad, síntomas de estrés postraumático, falta de concentración, miedo, ausencia de atracción física, disfunciones sexuales, frustración, furia, irritabilidad, problemas de pareja, índices bajos de la labilidad en la esfera afectiva, autoestima baja y autoconcepto bajo, sumisión, dificultad para disfrutar lo que anteriormente hacía, descontrol en la ingesta de

alimento, excesiva dependencia (pareja, familia y amigos), incremento en la necesidad de aprobación, insomnio, llanto, tristeza al no cumplir las expectativas familiares, el malestar incrementa cuando la paciente vive con culpa y vergüenza, incapacidad de disfrutar una relación sexual bajo un programa de reproducción asistida (sólo tener relaciones sexuales únicamente con el objetivo de lograr el embarazo) (Ardenti y cols., 1999; González, 1998, Gómez, 2007; Master y cols., 1987; Sánchez y cols., 1997; González, 2002 Rivera, 1993; Marañón 1972; Alperin, 2006; Díaz y cols., 2007). Ante estos eventos de la vida cotidiana, estas mujeres están expuestas a sufrir modificación e inestabilidad en sus estados anímicos y creencias arraigadas; sin embargo, no hay una reconfiguración terapéutica de estas subjetividades.

Otra particularidad es la etiología médica al estar asociada a factores predisponentes y precipitantes. Por causa de cuestión fisiológica sujeta a diferentes consecuencias médicas por yatrogenia o negligencia clínica por mala *praxis* y, por el contrario, la severidad del daño en sí del problema biológico donde los sistemas (urinario, excretor, óseo etc.) se encuentren comprometidos; sin embargo, su tasa de complicaciones es baja, según la estadística médica, pues vendría dada por diferentes síntomas, de modo que también, se tiene presente, no mencionarlo no evita que no se manifieste. Como se ha dicho, puede ser por diferentes causas: psicógenas, orgánicas, farmacológicas, quirúrgicas, sociofamiliares o combinadas. Por tal razón, estos malestares suelen manifestarse combinados, una disfunción de origen orgánico puede terminar en otra de origen psicógeno y a la inversa, pero nunca una sola.

Bajo esta visión bio-psico-social, la sintomatología afecta el estado físico, mental, emocional, conductual, socioambiental y las relaciones interpersonales en el ser humano, construida por estructuras ideológicas con base en las tradiciones, convencionalismos, y buenos valores morales al cual se haya introyectado en el contexto cultural de pertenencia, afectando los intereses profesionales y personales, los vínculos afectivos socio familiares y el concepto sobre de sí misma.

De manera que el rol del terapeuta es acompañar. Rescatar, la vivencia y la voz de estas mujeres. Estos datos que hacen posible contrastar la base empírica y que al mismo tiempo se hacen necesarios al evidenciar el proceso terapéutico al deconstruir y reconfigurar estos nudos emocionales simbólicos que son parte de lo que no se escucha o se escucha, pero

pasa por alto; por lo que existe un abismo de evidencia en la relación de la subjetividad que cruza estas historias de vida.

Se estima que esta mirada, la psicología, profundice en los aspectos presentados, contribuya a la divulgación y a la creación de una psicología que enriquezca la labor terapéutica en la reconfiguración psicoemocional ante la experiencia de las malformaciones congénitas del aparato genital femenino (anomalías müllerianas). Como siempre partiendo de un conocimiento, compromiso, posicionamiento ético, así como un entrenamiento de observación y de escucha ante las problemáticas. La escucha como herramienta indispensable, en toda labor de atención (terapéutica, acompañamiento, consejería etc.) que permite ser hospitalaria con la voz del que habla, con su problemática, con su demanda alejado de los juicios del terapeuta.

A manera de conclusión, Las creencias convergen en el cuerpo. Para que un pensamiento se convierta en carne hace falta una creencia. Esto implica conocer y comprender diversos factores como la cultura, la sociedad, la familia y la personalidad que al mismo tiempo se aprende y se hereda información que no tiene que ver con los genes sino con la ideología. Mas bien el ambiente conforma las historias, pues las emociones están en correlación directa en la forma de ver y entender al mundo. Si se cambia el ambiente emocional, se reescribe la Historia.

*“La psicología tradicional se muestra a menudo muy parca o totalmente silenciosa a propósito de las cuestiones más profundas e importantes para las mujeres: lo arquetípico, lo instintivo, lo sexual y lo cíclico, las edades de las mujeres, la manera de actuar de una mujer, su sabiduría y su fuero creador”.*

*(Pinkola; 1998).*

*“Se ha dicho que la vida me ha tratado con dureza y a veces me he quejado en mi corazón porque muchos placeres de la experiencia humana me han sido retirados.*

*Si mucho me ha sido negado, muchísimo se me ha dado”*

*Helen Keller.*

## Referencias.

- Abrantes, M., Freitas M, Dimenstein M. (2001). Discurso sobre sexualidad y salud reproductiva en usuarias del Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer en el Municipio de Natal, Brasil. *Revista Mujer Salud: Red de Salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe*, pág. 3-15.
- Acién, P., Acién M, Sánchez-Ferrer M. (2004). Complex malformations of the female genital tract. New types and revision of classification. *Hum Reprod*, 19:2377-2384
- Almanza, J. (1994). Psico-oncología: El abordaje psicosocial integral del paciente con cáncer (Artículo de revisión). *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría: Número especial*: 35-43
- Alperin, R. M. (2006). Impediments to intimacy. *Clinical Social Work Journal*, 34, 559-572.
- American Fertility Society. (1988). The AFS classification of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Müllerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril*, 49:944-955.
- Ardenti, R., Campari C, Agazzi L. y Battista G. (1999). Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization; exploratory survey of an Italian sample. *Human Reproduction*, 14, 31263132.
- Audebert, A., Bäckstrom T, Barlow DH, et al. (1992) Endometriosis 1991: a discussion document. *Hum Reprod*; 7: 432-435.
- Baeza, H. C, González Z, Ramírez G, García C. (1999). Himen imperforado. Una causa poco común de criptomenorrea. *Acta pediátrica México* pág. 80-176
- Bleichmar, E. (1992). La depresión en la mujer. España. *Temas de hoy*.
- Bos-Branolte, G. (1991). Gynaecological cancer: a psychotherapy group. En M. Watson (Ed.), *Cancer patient care: Psychosocial treatment methods*. Cambridge University Press.
- Breech, L, Laufer M. R. (1999). Developmental abnormalities of the female reproductive tract. *Obstet Gynecol* pp. 44-150.
- Burri, A. & Graziottin, A. (2015). Cross-cultural differences in women's sexuality and their perception and impact of premature ejaculation. *Urology*, 85(1), 118-124.
- Buttram, V. & Gibbons W. (1979). Müllerian anomalies: a proposed classification (an analysis of 144 cases). *Fertil Steril*, 32:40-46.

- Buceta, J. M. & Bueno A. M. (2000). Intervención psicológica en trastornos de la salud. Madrid. Dynkynson. Cap. 9
- Carmona, V. & Díaz R. (2012). Proceso de adaptación en la mujer histerectomizada según la teoría de Callista Roy. Rev Paraninfo Digit, 16. Disponible en: <http://www.indexf.com/para/n16/201d.php>
- Carr, S. V. (2015). Psychosexual health in gynecological cancer. Int J Gynecol Obstet, 131(2): S159-63. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729215003859>
- Castillo-Sáenz, L. (2011). Malformaciones müllerianas. En: GarzaLeal JG, Bustos-López HH, editores. Cirugía endoscópica en ginecología. México: Panamericana, 71-79.
- Consuegra, A. N (2010). Diccionario de Psicología. Bogotá. 2ª Ed. Ecoe.
- Contrada, R., Levanthal E. y Anderson J. (1994). Psychological preparation for surgery: Marshalling individual and social resources to optimize self-regulation. En Maes, Levanthal y Johnston. *International review of health psychology*. New York. John Wiley and Sons.
- Corsacov, E. (2007). Diccionario de términos técnicos de la Psicología. Argentina. 3era Ed. Brujas.
- Croak, A, Gebbart J. B. (2005). Congenital anomalies of the female urogenital tract. J Pelvic Med Surg pp. 81-165
- Díaz, L., Rocha T, & Rivera S. (2007). La instrumentalidad y expresividad desde una perspectiva psico sociocultural. México, Porrúa.
- Emans, S. J, Laufer M, Goldstein D. (2000). Anomalías estructurales del aparato reproductor femenino. Ginecología en Pediatría y la Adolescente. Interamericana. McGraw-Hill pág.33-76
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Psicooncología, España. 1(2-3): 169-80.
- Fernández, M, Pardo M, Leal E, García M, Moral J. (2012). Útero unicornio con cuerno rudimentario no comunicante en la adolescencia. Prog Obstet Ginecol, 55(3):146-9.
- Flores, A. (2013). Federación Latinoamericana de Sociedades Sexológicas y Educación sexual, FLASSES, Centrada en las Patologías del Sexo. Montevideo, Uruguay.



- Freud, S. (1890). Tratamiento psíquico (Tratamiento del alma). Buenos Aires. Amorrortu Ediciones. Vol. 1 pág. 112-132.
- Freud, S. (1925). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. Buenos Aires. Amorrortu Ediciones. En Obras Completas Vol. 19 págs. 259-276.
- Freud, S. (1931). Sobre la sexualidad femenina. Buenos Aires. Amorrortu Ediciones. En Obras Completas Vol. 21 págs 223-244.
- Garzón, C. D, Gallego J. (2007). Endometriosis. En: Texto de Ginecología. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Departamento de Obstetricia y Ginecología. Bogotá, Colombia. NET Educativa Editorial; 157-164
- Gómez, P. I. (2007). Dolor pélvico crónico en la mujer. En: Texto de Ginecología. Universidad Nacional de Colombia. 1ª Edición; 165-179
- Gómez, P. I, Chalela J. G, Gaitán H. (2007). Vulvodinia: Clasificación, etiología, diagnóstico y tratamiento. Revisión sistemática. Rev Col Obst Ginec; 58 (3): 222-231.
- Gómez, P. I, Medina A, Fernández R, Riaño J. (1991). Experiencia clínica de dolor pélvico crónico en Bogotá, primeros 100 casos. Rev Mex Ginecol Obst; 59 (1): 63
- González, L. I. (1998). Sexualidad femenina después de histerectomía. Rev. Sexología y Sociedad;4(11).
- González, L. I. (2002). Ginecología y sexualidad. Rev. Cuba Med Gen Integr;18(3).
- Grimbizis, G. F, Camus M, Tarlatzis B. C, Bontis JN, Devroey P. (2001). Clinical implications of uterine malformations and hysteroscopic treatment results. Hum Reprod Update, 7:161-164
- Gutiérrez, A. A, Soto M-T. U, Suazo D. J, Solovera S. S, Salas M. J. L, Espinoza C. F. (2012). El significado de la histerectomía para un grupo de hombres chilenos parejas de histerectomizadas. Rev da Esc Enferm da USP, 46(6):1334-9. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342012000600008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000600008&lng=es&tlng=es)
- Hernández Sampieri, R., Fernández C. C. & Baptista L. (2006). Metodología de la investigación. México D.F.; McGraw Hill, pág. 2

- Jáuregui, R. A, Fuentes J. A. (2013). Estado actual de la clasificación, diagnóstico y tratamiento de las malformaciones müllerianas. *Ginecol Obstet Mex.*, 81(1):34-46
- Kaplan, H. (1974). *Manual ilustrado de terapia sexual*. Barcelona, Grijalbo.
- Khalid, E, Jalil S, Anwar T, Nausheen S. (2011). Congenital female lower genital tract abnormalities: two years experience in a tertiary care hospital. *Pak J Surg*, 27:44-49.
- Korninckx, P. R, Oosterlynck D, D'Hooghe T, et al. (1994). Deeply infiltrating endometriosis is a disease whereas mild endometriosis could be considered a non-disease. *ANYA*; 734: 333-341.
- Lapp, T. (2000). ACOG issues recommendations for the management of endometriosis. *Am Fam Physycian*; 62: 1431-1434.
- Marañón, G. (1972). *Ensayos sobre la vida sexual*. En *Obras completas*, ed. Alfredo Juderías, 10 vols. Madrid: Espasa-Calpe, vol. VIII, pp. 247-345.
- Mascaretti, G., Di Berardino C, Mastracola N, et al. (2007). Endometriosis: rare localizations in two cases. *Clin Exp Obstet Gynecol*; 34: 123-125.
- Master, W. H, Johnson V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston, Brown.
- Masters, W. H, Johnson, V. E., Kolodny, R. C. (1987). *La sexualidad humana*. Barcelona. Grijalbo.
- Matalliotakis, I. M, Cakmak H, Fragouli Y. G, et al. (2007). Epidemiological characteristics in women with and without endometriosis in the Yale series. *Arch Gynecol Obstet*. [Epub ahead of print].
- McKay, M. (2000). Vulvodynia. In: Steege J, Metzger D, Levy B (eds). *Chronic pelvic pain an integrated approach*. W.B Saunders Company; 192-199
- Merighi, M. A. B, de Oliveira D se M, de Jesus M. C. P, Hoga L. A. K, Pedroso A. G de O. (2012). Experiencias e Expectativas de Mulheres Submetidas a Histerectomia. *Texto e Context Enferm*, (3):608-15. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300016)
- Munárriz, R., Rodríguez R, Puigvert A, Pmeroi J. (2001). Tratamiento de la disfunción sexual femenina, pág. 28-36.
- Oelrich, P. (2006). *Evaluación en la función sexual en mujeres en edad reproductiva*. Tesis Doctoral Obstétrica y Puericultura. Universidad Austral de Chile.

- Olavarría, J. (2000). Ser padre en Santiago. En: Fuller N, editor. *Paternidades en América Latina*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú. p. 74-100.
- Olivares, M. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana España*; 22: 29-48.
- OMS. Anomalías Congénitas. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/>
- Opitz, J. M. (1994). Association and syndromes: terminology in clinical genetics and birth defects epidemiology: comments on Khoury, Moore and Evans. *Am J Med Genet*, 49:14-20.
- Oppelt, P., Renner S, Brucker S, Strissel P, et al. (2005). The VCUAM (Vagina Cervix Uterus Adnex Associated Malformation) Classification: a new classification for genital malformations. *Fertil Steril*, 84:1493-1497.
- Oppelt, P., Von-Have M, Paulsen M, Strissel P, et al. (2007). Female genital malformations and their associated abnormalities. *Fertil Steril*, 335-342.
- Peláez, M. J. (1999). Alteraciones anatómicas de los genitales. *Ginecología infanto/juvenil. Salud Reproductiva del Adolescente* pág. 35-51.
- Pinsonneault, O., Goldstein D. (1985). Obstructing malformations the uterus and vagina. *Fertil Steril* pág. 44-241.
- Prentice, A. (2001). Regular review: Endometriosis. *BMJ*; 323: 93-95
- Priya, P., Roach E. J. (2013). Effect of pre-operative instruction on anxiety among women undergoing abdominal hysterectomy. *Nurs J India*, 104(6):245-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24974525>
- Rivera, A., Martins M, Bedone A. (2005). Significado de retirada del útero para las mujeres; un estudio cualitativo. *Rev Assoc Med Bras*. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v51n5/a18v51n5.pdf>
- Rivera, F. (1993). Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados *Ciencia y Enfermería*.
- Sánchez, C, Bravo J, Carreño M, Espíndola H. Anzures T. (2007). Las distintas disfunciones sexuales y la relación con la ansiedad rasgo-estado. Instituto Nacional de Perinatología. Departamento de Psicología. Universidad Iberoamericana. México. Vol. 15 núm. 1 pp.52-59

- Sánchez, C, Bravo J, Carreño M, Martínez S. (2002) Disfunción Sexual Masculina y su Relación con el rol de Género y Asertividad. Perinatología y Reproducción Humana, cap. 16 pág. 247-254.
- Sánchez, C, Carreño J, González G, González I. (1997). Autoconcepto y satisfacción marital en mujeres con disfunción sexual. Perinatología Reproducción Humana, 11:190-7.
- Santos, C. Martín M. (2015). Hallazgos en resonancia magnética de las malformaciones uterovaginales: datos imprescindibles previos a una intervención quirúrgica. Rev Chile Obstet Ginecol, 80(1):84-90
- Simón, C., Nezhat C. et al. (1995). Endometriosis. Cuadernos de Medicina Reproductiva; pág. 389.
- Solbrække, K. N, Bondevik H. (2015). Absent organs Present selves: Exploring embodiment and gender identity in young Norwegian women's accounts of hysterectomy. Int J Qual Stud Health Well-being, 10:1-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4417683/>
- Stamatiou, K., Petrakos G, Alevizos A, et al. (2007). Endometriosis of ureter-induced recurrent urinary tract infections in a premenopausal woman—case report. Clin Exp Obstet Gynecol; 34: 63-64.
- Tanaka, T. (2007). Long-term personalized GnRH agonist therapy without estrogen supplementation for recurrent endometriotic catamenial pneumothorax. Case report. Clin Exp Obstet Gynecol; 34: 179-181.
- Trejo, E. C, Carranza L. S. y cols. (2005). Malformaciones congénitas del aparato reproductor. Manual de normas y procedimientos en ginecología “Luis Castelazo Ayala”. 110-113
- Urrutia, M. T, Araya A, Flores C, Jara D, Silva S, Lira M. J. (2013). Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas. Rev Chil Obstet Ginecol, 78 (4): 262-8. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775262013000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262013000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Vasquez, P. E., Rojo Q, Vargas S, Gómez R, López C. (2006). *Malformación del Aparato Genital Femenino en la Adolescencia*. Servicio de Medicina del Adolescente.

Vicepresidenta Zona Norte de la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia. AMSA. A.C. Departamento de Ginecología Obstetricia HIMES.

Vega, G. M., Flores P, Ávila J, et al. (2014). Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Querétaro, México. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhog/v79n2/art03.pdf>