



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CARACTERISTICAS DE LOS PROBLEMAS SEXUALES EN
MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA SECUNDARIA
A PROBLEMA UROGINECOLOGICO

T E S I S

Que para Obtener el Título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

Presenta:

HORTENSIA ZAMANO SEGURA

Director de Tesis.

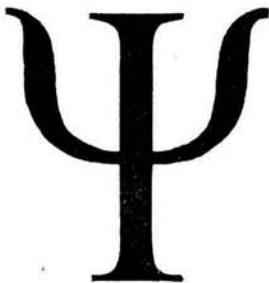
DR. FRANCISCO MORALES CARMONA



México, D.F.

EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.

2004





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.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por permitir mi formación profesional.

Expreso con afecto y admiración mi gratitud al Dr. Francisco Morales Carmona, quien me brindó la oportunidad de realizar este proyecto.

Al Instituto Nacional de Perinatología que me proporcionó las facilidades para lograr la información necesaria en la integración de éste trabajo.

A la Maestra Claudia Sánchez Bravo que fue mi asesora en quien encontré la consideración más solidaria y entusiasta para la realización de ésta Tesis.

A las Maestras: Asunción Valenzuela Cota, Blanca Elena Mancilla Gómez, Guadalupe Santaella Hidalgo y Patricia Bedolla Miranda quien con gran experiencia me indicaron un sin número de mejoras.

Reciban mi reconocimiento por su apoyo profesional y humano.

Dedicatorias

A mi madre Tomy
Con la más profunda admiración y respeto
Por su esfuerzo, tenacidad y disciplina
Para sobrevivir con éxito a la adversidad
Por ser un ejemplo de lucha y de trabajo consigo misma
Para ti mi gratitud

A mi esposo Benjamín
Hombre honesto y padre ejemplar, mi compañero de la vida
Con profunda e inalterable admiración y respeto
Como testimonio de las alegrías y las penas que hemos atravesado juntos
Cuento contigo como siempre
Cuentas conmigo siempre
Con amor

A Bengy e Itzel
Mis hijos adorados por sus cotidianas lecciones de independencia
Con la más firme esperanza de que la vida me permita
Compartir su sonrisa y merecer su respeto y cariño
Que Dios los Bendiga

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN.....	4
Capítulo I LA SEXUALIDAD HUMANA.....	8
A. Antecedentes	8
B. Respuesta sexual humana.....	12
C. Disfunciones sexuales.....	17
D. Algunas estrategias de abordaje para su tratamiento.....	19
Capítulo II. GÉNERO Y SEXUALIDAD.....	21
A. Definición de género.....	21
B. Papeles que se le atribuyen a los sexos.....	23
C. Algunos factores que constituyen la mediana edad y diferencia entre géneros.....	23
D. La menopausia como un proceso de duelo para la mujer.....	25
E. Otros cambios importantes	26
Capítulo III. PROBLEMAS UROGENITALES.....	28
A. Repercusión urogenital del climaterio y la edad.....	28
B. Continencia /Incontinencia urinaria.....	32
C. Clasificación.....	34
D. Prevalencia.....	38
E. Diagnóstico.....	41
F. Tratamiento.....	42
G. Incontinencia urinaria y sexualidad.....	43
Capítulo IV. METODOLOGÍA.....	48
A. Planteamiento del problema.....	48
B. Preguntas de Investigación.....	48
C. Justificación.....	48
D. Objetivos.....	49
E. Hipótesis.....	50
F. Variables.....	50
G. Unidades de observación.....	62
H. Población.....	62
I. Muestra.....	62
J. Tipo de estudio.....	63
K. Diseño estadístico.....	63
L. Criterios de inclusión.....	63

M. Criterios de exclusión.....	63
N. Criterios de eliminación.....	64
Ñ. Instrumento.....	64
O. Procedimiento.....	66
P. Tratamiento estadístico.....	67
Capítulo V. RESULTADOS.....	68
Capítulo VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	87
Capítulo VII. SUGERENCIAS APORTACIONES Y LIMITACIONES.....	99
BIBLIOGRAFÍA.....	102
ANEXO.....	106

RESUMEN

El Departamento de Uroginecología del Instituto Nacional de Perinatología ha reportado que, en las pacientes con incontinencia urinaria es común, la presencia de problemas sexuales. Por lo que, el presente trabajo tuvo el propósito de identificar y describir, los que se presentan antes del problema médico y los que se asocian a él. Lo que contribuirá a un diagnóstico más acertado que propicie la canalización al área correspondiente y permita un mejor abordaje en su tratamiento.

Situación, que permite reconocer la participación prioritaria y fundamental de la psicología, en el manejo de estos pacientes tanto a nivel informativo, educativo, como de intervención.

Para ello, se tomó una muestra no probabilística de 70 pacientes, en donde para ordenar los grupos se aplicó: la Historia Clínica Codificada para la Sexualidad femenina, HCCSF (Souza, Cárdenas, Montero y Mendoza, 1987), la clasificación de la disfunción sexual y de trastorno sexual debido a enfermedad médica se determinó de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995).

La muestra, se obtuvo mediante un proceso de selección por cuota capturada a lo largo del año 2003, fue un estudio exploratorio, descriptivo, transversal, y retrospectivo, con un diseño no experimental, comparativo, de una sola muestra, dividida en tres grupos y de observaciones independientes, se utilizó estadística no paramétrica para la descripción de las variables; socioeconómicas, ginecológicas y las relacionadas con la sexualidad.

Se encontró que a las disfunciones sexuales presentes antes del problema médico, les correspondió el 36% y a los trastornos sexuales asociados debiso al problema médico el. 64%.

Se concluye, que en la aparición de problemas sexuales participan factores de tipo cultural y social, en los cuales contribuyen las acciones del ambiente que inciden en el desarrollo sexual previo, que aunados a un problema uroginecológico, a los cambios propios del climaterio, parecen ser factores que agravan la disfuncionalidad sexual de las mujeres.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad, es un aspecto de primordial importancia en el desarrollo de la vida humana, ha sido considerada como materia de estudio en las últimas décadas y una de sus manifestaciones es el conocimiento de la respuesta sexual humana.

Ésto ha traducido en un trabajo interdisciplinario y un punto que ha llamado la atención es la presencia de trastornos sexuales y su relación con alguna enfermedad médica, como los secundarios a problemas uroginecológicos asociados a incontinencia urinaria, en donde: La Sociedad Internacional de continencia (1976.) señala varias formas clínicas y la define en un sentido general; como la condición en la cual, las pérdidas involuntarias de orina representan para la paciente un problema personal, social e higiénico, siendo dichas pérdidas objetivamente demostrables.

La presente investigación, se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología, Institución de tercer nivel de atención que está abocada a atender problemas que giran alrededor de la reproducción. La práctica clínica en el Departamento de Psicología, ha detectado un alto porcentaje de parejas que presentan problemas en el área sexual. Así estudios previos y exploratorios han buscado determinar la prevalencia y el porcentaje de disfunciones sexuales de la población femenina, atendida dentro del Instituto; dichos estudios han arrojado un resultado que muestra que de las mujeres estudiadas un 52% presenta una o más disfunciones sexuales, siendo el promedio de 2.25 disfunciones por mujer (Sánchez, Morales, González y Romo, 1977). Además de esta prevalencia es importante el poder detectar, cuál es la proporción de pacientes con disfunción sexual y/o trastorno sexual, el tipo del problema sexual y la relación que guardan con enfermedades médicas, como las relacionadas a problemas uroginecológicos.

El interés de emprender esta investigación nace a partir de que se ha observado que una de las dificultades a las que se enfrenta con mayor frecuencia la mujer, afectando en forma muy importante su vida sexual, social, ocupacional y familiar está relacionado con problemas uroginecológicos, enlazados con cambios anatómicos y funcionales del aparato urinario y piso perineal (Morfin, 1998). Estas alteraciones están asociadas con incontinencia urinaria, que en la mayoría de los casos, es el motivo principal que obliga a las mujeres a acudir con el médico, pero al realizar el diagnóstico, el desconocimiento de la asociación entre trastorno sexual debido a problema médico, y disfunción sexual presente antes del problema médico, donde podrían estar interviniendo factores psicosociales, ocasiona que se le preste poca atención a este aspecto permitiendo pasarlo por alto, siendo objeto prioritario de la psicología su tratamiento.

En el "INPer" de 8% a 12% de la consulta general, solicita atención por problemas uroginecológicos y en 1999, en una encuesta realizada a 336 mujeres en la sala de espera (pacientes y acompañantes), se encontraron los siguientes datos sobre la frecuencia de incontinencia urinaria: Mixta (46.51) esfuerzo (33.33%), urgencia (18.60%), e incontinencia por rebozamiento (1.56 %) (citado por Kunhardt & Velázquez, 2000) A este respecto, los datos epidemiológicos sugieren que los síntomas urinarios en la mujer tienen un origen multifactorial y que la edad juega un papel primordial pero además contribuye de manera importante la historia obstétrica.

Estos resultados, nos encaminaron a plantear el presente trabajo con la intención de profundizar en los diversos tipos de disfunciones sexuales presentes antes del problema médico y en los tipos de trastornos sexuales, (variable de desenlace) debido a la incontinencia urinaria (variable de clasificación), con el postulado de que procurando esta identificación, se podrá contar con un diagnóstico, que hará posible que la mujer con disfunción sexual sea canalizada al Departamento de Psicología, con el objeto de que cuenten con una asistencia focalizada. En donde es prioritaria y fundamental la participación del psicólogo. Así como, contar con la posibilidad de que la

paciente con trastorno sexual debido al problema médico reciba atención, respecto a su problema detectado. Ya que cuando la función sexual se convierte en un problema de cualquier tipo, puede ser fuente de ansiedad, angustia y frustración, lo que a menudo genera una sensación de malestar e insatisfacción en las relaciones interpersonales (Masters, Johnson & Kolodny, 1995).

Se ha revisado la literatura con la finalidad de entender el tema que nos ocupa y así obtener un panorama de lo que estamos estudiando, así que en los tres primeros capítulos, encontramos referencias teóricas en la que nos basamos y en los dos últimos capítulos están expuestos el análisis y conclusiones a las que llegamos.

En el capítulo I se aborda el tema de la sexualidad humana; desde la perspectiva de sus antecedentes y el establecimiento de algunos aspectos básicos, a través de la exposición de las primeras teorías, incorpora la respuesta sexual humana y su disfuncionalidad, la influencia de los primeros sexólogos y su repercusión en los criterios actuales sobre la sexualidad.

En el capítulo II se emprende el concepto de género y trata de presentar un panorama, sobre algunos de los factores que influyen en las diferencias de género que socialmente se establecen y cómo se relacionan con la vivencia de envejecer y enfermar, situación que evidencia su efecto en la sexualidad.

En el capítulo III se trata de hacer un recorrido en los cambios anatómicos y funcionales que acompañan al proceso de envejecimiento y que ocasionan una variedad de síntomas y síndromes uroginecológicos, además; contiene información sobre la función de la continencia urinaria, y cómo su alteración representa, como consecuencia la pérdida de orina que lleva asociados problemas sociales, sexuales, entre otros, que influyen en la calidad de vida del paciente.

En el capítulo IV se especifican las características de las variables estudiadas, la entrevista y el método utilizado en esta investigación que sustentado en la teoría conlleva a contestarnos las preguntas planteadas.

El capítulo V expone primero un análisis descriptivo de la muestra, luego se analizan los resultados obtenidos, describiendo las diferencias de las variables estudiadas entre los grupos.

En el capítulo VI se presentan la discusión y conclusiones a las que se llegaron.

Por último en el capítulo VII está destinado a presentar nuestras reflexiones, las sugerencias y portaciones que se originan a partir de los resultados obtenidos. Esta construcción metodológica, nos ha permitido tener una visión más cercana de que en la aparición de problemas sexuales, participan factores de tipo cultural y social, que inciden sobre todo en el desarrollo sexual previo tales como traumas infantiles y poca información sexual que aunados a un problema uroginecológico, parecen ser factores que agravan la disfuncionalidad sexual de las mujeres y que contar con un diagnóstico basado en ésta diferencia, permite sugerir la intervención interdisciplinaria del profesional en Psicología.

Cabe mencionar que existieron algunas limitaciones en la marcha de esta investigación por ejemplo; el hecho de que la paciente tuviera tiempo y disponibilidad de asistir al Departamento de Psicología para la aplicación de la entrevista el mismo día de su cita médica o el hecho de que al darle una segunda cita no asistiera, ya que regularmente no estaba interesada dando como resultado un bajo número de captura para la muestra.

LA SEXUALIDAD HUMANA

El objetivo del presente capítulo es; brindar un breve panorama sobre algunos conceptos que versan sobre la sexualidad humana, la influencia de los primeros sexólogos, su repercusión en los criterios actuales. Mostrar un panorama global del funcionamiento sexual, tratando de esquematizar los procesos fisiológicos que ocurren en las diferentes fases de la respuesta sexual, introducir y definir el concepto de disfunción sexual y algunas estrategias de abordaje para su tratamiento.

De esta manera podremos ir aproximandonos a la comprensión de los problemas sexuales de las mujeres, sector poblacional que nos ocupa en esta investigación.

A. Antecedentes

La sexualidad humana es un proceso evolutivo, una experiencia personal y una expresión del comportamiento" (Katchadourian, 1979).

A este respecto y bajo la premisa de que la sexualidad es un concepto social e histórico Foucault señala:

"La sexualidad no debe entenderse como una especie de supuesto natural que el poder trata de mantener bajo control, ni como un terreno oscuro que el conocimiento trata de revelar gradualmente. Sexualidad es el nombre que se da a un concepto histórico" (Foucault, 1979:105).

La historia nos muestra que las teorías y las prácticas sexuales varían según la época y el lugar. Así por ejemplo durante más de dos mil años, la religión desempeñó un papel de primer orden en la configuración de las nociones sobre el sexo, pero con el surgimiento en el siglo pasado de la ciencia de la

sexología, los trabajos científicos surgidos de esta época han repercutido en los criterios actuales sobre sexualidad y para comprenderla es indispensable estudiar su evolución desde sus orígenes. Se ha visto que a través de la historia se han llevado a cabo estudios sobre la conducta sexual y sus diferentes alteraciones, por ejemplo; Sigmund Freud (1856- 1939) médico vienes logró demostrar, la vital importancia que tiene la sexualidad en la existencia humana, estaba convencido de que la sexualidad era la fuerza primigenia que motivaba todos los actos humanos, enunció una teoría pormenorizada sobre el desarrollo psicosexual (Masters, Johnson & Kolodny, 1995) Freud, alumbró muchos conceptos novedosos en lo tocante a la sexualidad, ampliando así los horizontes abiertos por otros sexólogos como Kern (1973) y Soloway (1979).

Por esta misma época el médico Inglés Havelock Ellis (1859-1939) anticipó muchos de los temas, posteriormente abordados por Freud sobre la sexualidad infantil señalando que; la masturbación era una práctica común en ambos sexos y en todas las edades, rebatió la idea victoriana de que la mujer "decente" no sentía apetencia carnal, también subrayó el origen psicológico más que orgánico de numerosos trastornos sexuales, sus escritos versan sobre la variada naturaleza del comportamiento sexual humano, y ejercieron una influencia decisiva en los primeros sexólogos como el ginecólogo Theodore van de Velde (1926). Quien publicó un texto sobre técnicas sexuales.

En la segunda Guerra Mundial, se observaron transformaciones en los modelos de comportamiento incorporado al trabajo y a las fuerzas armadas. y durante el período conocido como la Gran depresión, la necesidad de subsistir, pareció prevalecer sobre la cuestión sexual. Al término de la segunda Guerra Mundial se producen en Europa y Estados Unidos transformaciones sociales y las mujeres se comprometen profesionalmente en la revolución sexual. Mujeres como Margaret Sanger (1922) quien se adentra en el movimiento por el control natal. Katharine Davis (1927) quien publicó artículos científicos sobre

la vida sexual de 2,200 mujeres y la Inglesa Marie Stopes quien escribió un manual matrimonial, favoreciendo cambios paralelos en materia sexual.

En los años de 1894 -1956 Alfred C. Kinsey, fundó con sus colegas el Instituto de Investigación Sexológica de la universidad de Indiana, incursionando en el terreno de la sexualidad humana, concluyendo que las entrevistas personales constituían una técnica prometedora para la obtención de datos sobre el comportamiento humano, sus informes se asentaban en extensas entrevistas personales y desde entonces, la investigación en la sexología se ha extendido en varias direcciones para dar respuesta a una gama de interrogantes.

Así, el tema del sexo empieza a tratarse con cierto desenfado, de tal forma que a las décadas de 1950 y 1960 se les han señalado como la época en que se inició la revolución sexual. Cuatro factores contribuyeron a este fenómeno; las píldoras anticonceptivas, el movimiento juvenil de protesta, un renovado auge del feminismo y una actitud más franca, en las manifestaciones de orden sexual, con todo, la sexualidad era un tema del que se hablaba con más profusión a la vez que aumentaba los estudios y las manifestaciones visibles al sexo.

Entre los pioneros más relevantes se mencionan a Masters y Johnson (quienes se apartaron de los métodos de Kinsey) médico y psicóloga respectivamente, mencionan que al hablar de sexualidad se están refiriendo a una dimensión de la personalidad y no exclusivamente a la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica, sostenían la hipótesis de que para adentrarse y comprender las complejidades de la sexualidad humana es necesario aprender anatomía y fisiología sexual además de manejar datos psicológicos y sociológicos, llegaron a la conclusión de que sólo podía esclarecerse el tema a través de un método de observación directa. En 1954 iniciaron una investigación científica cuyo objeto era analizar y registrar los pormenores físicos de la excitación sexual y para 1965 habían estudiado episodios de actividad sexual protagonizada por 382 mujeres y 312 varones a

ello siguió un trabajo científico titulado; "Human Sexual Response" (Masters, et al. 1995).

La importancia de esos hallazgos fue, que se mostró a la atención pública el conocimiento del ciclo de la respuesta sexual humana, ciclo que presentaron en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución, surgiendo posteriormente otro aporte de la psiquiatría con Helen S. Kaplan, (1977 y 1979) quien entre estos años, observó en la práctica clínica que varios pacientes no cumplían con los requisitos necesarios para insertarlos en algún rubro diagnóstico de los propuestos por Masters y Johnson. Por lo cual propone otro aporte al sumar la fase del deseo a la respuesta sexual, donde puedan incluirse específicamente los trastornos del deseo sexual". (Rubio, & Revuelta, 1994).

Desde que estos investigadores se adentraron a la investigación sexológica, el interés por la sexología humana se ha extendido en varias direcciones, para dar respuestas a una serie de interrogantes, originándose un fenómeno pluridimensional que comprende aspectos biológicos, psicosociales, conductuales, clínicos, morales y culturales en el abordaje del estudio de la sexualidad humana.

De hecho hoy en día, la sexualidad humana se ha convertido en uno de los temas más enigmáticos, interesando a los investigadores del comportamiento humano a hacer de este campo, su propósito de estudio.

A este respecto Katchadourian, plantea:

"La sexualidad es una cuestión demasiado compleja para que se la pueda abordar en su totalidad de una sola mirada".

Ya que impregna nuestros pensamientos y nuestras creencias en un sin número de direcciones, algunas veces sin que lo percibamos y que su contenido y los problemas que toca acarrear una gran carga emocional. (Katchadourian, 1979:8).

El surgimiento en el siglo pasado, de la ciencia de la sexología ha repercutido ampliamente en los criterios actuales sobre el sexo. Liguori & Szasz (1996) en su artículo "la investigación sobre sexualidad en México" señalan que se inició

hace aproximadamente 10 años y que ha respondido a diversas inquietudes: 1. Principalmente la epidemia de SIDA, 2. La persistencia de ciertos patrones culturales 3. El avance del movimiento de mujeres a nivel internacional y 4. El avance de las ciencias sociales y de la salud femenina. (Liguori & Szasz, 1996). Weeks (1994) opina que no tendría caso fragmentar el pasado en una serie de historias diversas, si éstas no sirvieran para alguna finalidad, señalando que un logro importante de "la nueva historia de la sexualidad" es que contribuye a nuestra comprensión del presente.

De la descripción de los puntos fundamentales de algunas teorías de la sexualidad humana, se concluye que el abordaje científico de la sexualidad humana necesita de un enfoque multidisciplinario, que contribuya a entender y abordar un aspecto de primordial importancia en el desarrollo de la vida humana: La sexualidad.

B. Respuesta sexual humana

Rubio & Revuelta, (1994) definen a la respuesta sexual como una serie de procesos fisiológicos que ocurren en el individuo y que tienen como objetivo principal responder a ciertos estímulos específicos, con la potencialidad de desencadenar un orgasmo.

Masters y Johnso (1995) refieren que la respuesta sexual humana es multidimensional y se alimenta de sensaciones e imágenes, del saber y del lenguaje, de los valores personales y culturales, así como de muchas otras fuentes que se combinan con nuestros reflejos biológicos, para crear una experiencia omnicompreensiva. Señalan, que para comprender las complejidades de la sexualidad humana es conveniente conocer las funciones de nuestra anatomía sexual, llaman estímulos sexuales, a los estímulos que provocan una respuesta sexual, y desde el punto de vista fisiológico pueden ser clasificados en: estímulos reflexogénicos; que activan las terminaciones nerviosas del área genital, las zonas que le rodean y las vísceras cercanas

como la vejiga o el recto, en su mayoría son de tipo táctil y producen una respuesta al activar las terminaciones nerviosas táctiles. y estímulos psicogénicos; que son recibidos por los órganos de los sentidos y en la corteza cerebral son interpretados como estímulos sexuales; ahí se generan nuevos impulsos que son enviados a la zona genital y al resto del organismo a través de la médula espinal generando la respuesta sexual, (Masters et al).

En este sentido (Álvarez, 1986) menciona que a la capacidad de respuesta sexual en un ser humano se le denomina estímulo sexual efectivo (ESE) y que estos estímulos inician en el organismo una serie de respuestas y cambios, tanto a nivel genital como sistémico, acompañados de percepciones subjetivas.

En la década de 1960 Masters & Jhonson, dieron a conocer los resultados de una investigación de la fisiología sexual basada en la observación directa en el laboratorio, los hallazgos de dicho estudio denotaban que la respuesta sexual humana podía describirse como un ciclo de cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Sumando posteriormente una quinta fase: El deseo, Actualmente sabemos que la fase de deseo se acompaña también de modificaciones específicas. (Masters, et al.).

Para efectos descriptivos, es conveniente utilizar el modelo del ciclo, teniéndose presente que las diversas fases no siempre están claramente diferenciadas entre sí y pueden experimentar grandes variaciones, tanto en el caso de un mismo individuo examinado en momentos diferentes como en relación de pareja, y que los rasgos esquemáticos de dicha respuesta varían notablemente, por ejemplo a veces la excitación es rápida desembocando prestamente el orgasmo o puede ir creciendo a lo largo de un evento por horas como una cena íntima.

También conviene tener presente que los procesos fisiológicos inherentes a la respuesta sexual, no son meros movimientos mecánicos aislados de los pensamientos y emociones sino que se integran en la participación e identidad

sexual de la persona como un todo. Indican, que durante la respuesta sexual del ser humano, se dan dos reacciones fisiológicas básicas:

la primera, es la vasoconstricción, supone un aumento de volumen de sangre concentrada en los tejidos corporales de los genitales y los senos de la mujer.

la segunda, es el aumento de de la tensión neuromuscular o miotonía, alude a una acumulación de energía en los nervios y los músculos, no sólo en la región genital, sino en todo el cuerpo en respuesta a la activación sexual.

Masters & Jhonson, proponen cuatro fases de la respuesta sexual humana y son:

1. Fase de excitación: La excitación es consecuencia de la estimulación sexual; que puede ser física, psicológica o una combinación de ambas. En el caso de la mujer la lubricación vaginal se presenta por la vasoconstricción de las paredes vaginales, la secreción vaginal se presenta primero en forma de gotitas aisladas que fluyen en sucesión humedeciendo la superficie interna de la vagina, conforme aumenta la lubricación, puede salirse del conducto y humedecer los labios y la abertura vaginal, la densidad, cantidad y olor de la lubricación vaginal varían mucho de mujer a mujer y en una misma mujer de un tiempo a otro, la lubricación de este órgano facilita la inserción del pene y la suavidad del movimiento de empuje evitando incomodidad o molestias durante el acto.

Otros dos cambios presentes en esta fase son: A. Los dos tercios interiores de la vagina se expanden, el cervix y el útero son empujados hacia arriba y los labios exteriores de la vagina se aplanan y se abren. B. Los labios interiores de la vagina se agrandan, el clítoris aumenta de tamaño como resultado de la vasoconstricción. Normalmente los pesones de la mujer se tornan rígidos, las venas de las mamas se hacen más visibles y puede producirse un leve agrandamiento de los pechos.

2. Fase de Meseta: En esta fase se dispone el terreno para conseguir el orgasmo estableciéndose como una fase de transición aquí se mantienen e intensifican altísimos niveles de excitación sexual variando su duración, en la

mujer se origina la llamada plataforma orgásmica originando una hinchazón de los tejidos y estrechando un 30 por ciento o más la abertura de la vagina, debido a la intensa vasoconstricción en el tercio interior de la vagina. También el útero se eleva y el clítoris se retrae contra el hueso púbico, la hinchazón de los labios internos origina la separación de los labios mayores, lo que facilita el acceso a la abertura de la vagina, en los labios internos se dan alteraciones de color; de un tono rosa a rojo encendido si no ha tenido hijo y de un rojo vivo a un tono vinoso oscuro si lo ha tenido, denominando a este cambio de color "piel sexual." Se produce un cambio cutáneo que provoca la aparición de manchas rojizas semejantes a las de sarampión llamado "rubor sexual" causado por alteraciones en el ritmo de aflujo sanguíneo justo por debajo de la superficie de la piel, suele iniciarse en la zona superior del abdomen extendiéndose por los senos y puede aparecer en cuello, piernas, rostro, espalda y nalgas.

3. Fase de orgasmo: Observaron que una vez que aparece esta "piel sexual" acompañada de los consiguientes cambios de color, si prosigue la estimulación se produce irremesiblemente el orgasmo también conocido como "clímax", siendo la fase más corta del ciclo de la respuesta sexual, lapso durante el cual las rítmicas contracciones musculares que se desencadenan producen una intensa sensación física seguida de un rápido relajamiento, liberando de golpe la tensión sexual acumulada. La sensación psicológica se manifiesta en un instate de goce y de suspensión de la actividad mental (la mente se repliega sobre sí misma para disfrutar de tan íntima experiencia) La variedad deriva de factores físicos y de una amplia gama de factores psicosociales no sólo en cada persona en particular sino en distintos momentos de un mismo individuo. El orgasmo en la mujer se caracteriza por contracciones simultáneas y rítmicas del útero, el tercio exterior de la vagina (la plataforma orgásmica) y el esfínter anal, siendo una respuesta global de todo el organismo.

4. Fase de resolución: En esta fase se invierten las alteraciones anatómicas y fisiológicas, acaecidas durante la etapa de excitación y meseta, ésta etapa se

da inmediatamente después del orgasmo. Por lo general en la mujer se da la posibilidad de alcanzar uno o más orgasmos sucesivos en un breve lapso, sin deslizarse por debajo del nivel de meseta de la última fase de excitación sexual, dependiendo de una estimulación sexual continuada y efectiva, como del interés sexual. Las contracciones musculares del orgasmo extraen la sangre de los tejidos, provocando la desaparición de la plataforma orgásmica, el útero retorna a su posición de reposo inactivo, desaparece la coloración de los labios, la vagina reduce su anchura y longitud y el clítoris vuelve a su tamaño y posición habituales. Si en una fase anterior del ciclo las mamas se agrandaron, ahora disminuye el tamaño y los tejidos de la aureola se distienden antes que los propios pezones, dando la impresión de que éstos han vuelto a ponerse erectos, la estimulación del clítoris, los pezones o la vagina puede resultar molesta o irritante durante la fase posterior al orgasmo. (Masters et al.).

Según el DSM-1V (1995) el ciclo completo de la respuesta sexual femenina puede dividirse en las siguientes fases:

1. Deseo: Esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.
2. Excitación: Esta fase consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos (vasocongestión generalizada de la pelvis, lubricación y expansión de la vagina, y tumefacción de los genitales externos).
3. Orgasmo: Esta fase consiste en el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores se producen contracciones (no siempre experimentadas subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina. El esfínter anal se contrae de manera rítmica.
4. Resolución: Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general, siendo capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente.

C. Disfunciones sexuales

Se ha citado que la sexualidad humana y sus diferentes alteraciones han sido objeto de estudio a lo largo del tiempo. Así, por ejemplo Masters, et al ofrecieron un modelo de la respuesta sexual humana y sus disfunciones, indicando que, al igual que sucede con otros procesos fisiológicos, cuando la función sexual discurre normalmente, se acepta como presupuesto básico que tiene que ser así y apenas se piensa en ello, pero cuando la función sexual se convierte en un problema de cualquier tipo, puede ser fuente de ansiedad angustia y frustración, lo que a menudo genera una sensación de malestar e insatisfacción en las relaciones interpersonales (Masters, et al. 1995).

Muchos autores hacen referencia a la definición de disfunción sexual, de éste modo Rubio & Martínez (1994) en su artículo titulado "Problemas de la sexualidad" indican, que las disfunciones sexuales son; problemas en el funcionamiento erótico de las personas que usualmente impiden el desarrollo de una vida erótica plena, el desarrollo de vínculos eróticos satisfactorios en las parejas y que muy frecuentemente deterioran la autoimagen y la autoestima de las personas, sus determinantes pueden encontrarse en una variedad de niveles de nuestra naturaleza humana, desde nuestra constitución biológica, psicológica, la naturaleza del vínculo de pareja y el ambiente social y cultural ante el erotismo.

Kaplan (1974) sin definir explícitamente lo aborda como la situación resultante de un acto sexual vivido no satisfactoriamente. Hogan (1978) las precisa como: problemas cognitivos, afectivos o conductuales que impiden que el individuo o la pareja tenga o disfrute coito satisfactorio y orgasmo.

Master, Johnson y Kolondy (1985) la exponen como las situaciones que menoscaban las respuestas físicas ordinarias en la respuesta sexual.

Hawton en (1985) agrega el elemento de persistente definiendola como el deterioro persistente de los patrones normales de interés y respuesta sexual y Álvarez Gayou (1986) las puntualiza como: alteraciones persistentes o recurrente de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas o molestias al individuo o a la pareja. También propone el término Disritmia, definiendolo como: "la insatisfacción persistente y recurrente de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual, en condiciones adecuadas y sin ninguna relación con problemas físicos. Stuntz (1988) expone que, las disfunciones sexuales son el deterioro (si la causa es física) o la inhibición (si la causa es psicológica) de uno o varios aspectos de la sexualidad que impiden la descarga de tensiones eróticas. Rubio (1994) las define como: una serie de síndromes en la que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social presentandose en forma persistente y recurrente. También propone la presencia de cuatro características presente en todas las disfunciones sexuales y son:

1. Son procesos de naturaleza erótica.
2. Sus resultados en torno a la calidad placentera de estas vivencias, así como las construcciones mentales alrededor de ella, son procesos que se consideran indeseables.
3. Son procesos que se presentan en forma recurrente y persistente en la vida erótica de las personas.
4. Se presentan en forma de síndromes es decir, como un grupo de síntomas que permiten la identificación de grupos de personas con síntomas similares, no así de las causas que los provocan.

En el Manual de Diagnósticos y Estadística de la Asociación psiquiátrica Americana, en su cuarta edición conocida como DSM - IV (1995) se presentan como una sección de trastornos aparte donde el concepto de síndrome es de vital importancia. En esta sección refiere que las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos

en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales (Los trastornos de la respuesta sexual pueden aparecer en una fase o más de la respuesta sexual).

D. Algunas estrategias de abordaje para su tratamiento

En 1970 Masters y Johnson, en su publicación; "Human Sexual Inadequacy" presentaban un enfoque al tratamiento de problemas sexuales, propiciando así el surgimiento de una nueva especialidad –la terapia sexual– surgiendo novedosos sistemas de terapia como los de la Dra. Helen S.Kaplan y el Dr. Jack Anon, estableciendo así una base en la que sustentar un método clínico aplicable a individuos con trastornos.

Con base en las investigaciones realizadas sobre las disfunciones sexuales se han generado estrategias para su abordaje y tratamiento, en México el trabajo profesional en el tratamiento de disfunción sexual tiene relativamente pocos años. Hasta antes de 1970, los tratamientos eran dirigidos por profesionales de la psiquiatría siguiendo un modelo tradicional es decir el tratamiento individual del paciente por un solo psicoterapeuta.

Con Master y Johnson se genera un modelo de tratamiento en donde se trabaja con parejas, proponen la presencia de dos terapeutas (hombre y mujer) en cooterapia. facilitando la cooperación y comprensión de ambas partes en la resolución de las tensiones y conflictos, otro dato importante es la integración de datos fisiológicos y psicosociales en la valoración del trastorno y en el tratamiento, (Masters, et al. 1995).

Otros enfoques terapéuticos importantes se encuentran en los métodos de la psiquiatra Kaplan (1974, 1979, 1989) quien integrando muchos de los métodos

de Masters y Johnson se ha ocupado extensamente del tratamiento de los trastornos sexuales.

Finalmente, una variedad de condiciones en la vida pueden interferir con la calidad de la sexualidad en los individuos y las parejas. Tal es el caso de numerosas enfermedades que pueden tener un efecto indeseado sobre la vida sexual como las relacionadas con problemas uroginecológicos que se manifiestan con disfunciones urinarias, siendo objeto de atención en la presente investigación.

GÉNERO Y SEXUALIDAD

El propósito, de este capítulo es definir el concepto de género y presentar un panorama sobre algunos de los factores que influyen en las diferencias de género que socialmente se establecen y cómo se relacionan con la vivencia de envejecer y enfermar, situación que evidencia su efecto en la sexualidad.

De esta forma, se aproximará a la comprensión de los roles y definiciones de género de las mujeres cuya edad se encuentra alrededor de la menopausia, sector poblacional que nos ocupa en esta investigación. Así como se intentará explicar cómo estos factores sociales afectan su vivencia de envejecer lo que permitirá aproximarnos a la forma en que socialmente están determinados los roles de género para estas mujeres.

A. Definición de género

El término género, circula en las ciencias sociales y en los discursos con una acepción específica y una intencionalidad explicativa. Dicha acepción data de la década del '50 con el investigador Jhon Money (1955) quien propuso el término "papel de género" para describir el conjunto de conductas atribuidas a los varones y las mujeres pero Robert Stoller (1968) estableció la diferencia conceptual entre sexo y género al exponer que el sexo queda determinado por la diferencia sexual inscrita en el cuerpo, mientras que el género se relaciona con los significados que cada sociedad le atribuye. La idea de que los hombres y mujeres nacen diferentes en lo psicológico así como en lo fisiológico, es un concepto muy arraigado, sin embargo, en época reciente algunos estudiosos han llegado a exponer que por lo menos gran parte de estas diferencias entre los sexos, son el resultado de conducta aprendida, del adiestramiento social y

aculturación, como McClelland citado en Burin, (1999) quien acepta que el adiestramiento social es muy importante para el desempeño de los papeles de uno y otro sexo.

Este autor se inclina a creer que las diferencias en las reacciones de hombres y mujeres indican que los sexos son diferente, pero acepta que hay un proceso de aprendizaje en tales diferencias que no tienen que invocar la anatomía, pues muy bien pueden explicarse por las diferentes metas que fijan nuestra sociedad. Así Parsons (1951) dice que la categorización de los seres humanos en dos sexos está biológicamente establecida, mientras que el significado que se atribuye a estas diferencias es algo que la niña o el niño van aprendiendo conforme crecen. Burin menciona que una de las ideas centrales, desde un punto de vista descriptivo es que:

“Los modos de pensar, sentir y comportarse de ambos géneros, más que tener una base natural e invariable, se deben a construcciones sociales y familiares asignadas de manera diferenciadas a mujeres y a hombres. Por medio de tal asignación, a partir de estadios muy tempranos en la vida de cada infante humano, unas y otros incorporan ciertas pautas de configuración psíquica y social que dan origen a la feminidad y a la masculinidad. Desde este criterio descriptivo lo definen la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y a hombres tal diferenciación es producto de un largo proceso histórico de construcción social, que no sólo produce diferencias entre los géneros femenino y masculino, sino que, a la vez, estas diferencias implican desigualdades y jerarquias entre ambos” (Burin & Meler 1999:20).

B. Papeles que se le atribuyen a los sexos

Los papeles que se atribuyen a los sexos muestran, lo que puede significar un papel asignado: un papel que no se ha elegido sino que otros han impuesto y en el que las tareas y las relaciones preordenadas están íntimamente ligadas a la conducta del papel. Es decir, el comportamiento que se espera de las mujeres.

Muchos estudiosos y observadores, han subrayado que un factor fundamental en el desempeño del papel de la mujer es su diversidad como Janeway, (1973) quien expone. Que a veces los distintos papeles de la mujer exigen diferentes reacciones al mismo tiempo y hace notar que esto tiene un efecto acumulativo en la estructura general de la índole de la mujer.

Janeway da gran valor a la multiplicidad de sus papeles a la flexibilidad y a la adaptabilidad, indica que esta variedad de actividades en la vida personal puede ser agradable y estimulante pero la mujer no la busca por iniciativa propia. Menciona que las destrezas de las mujeres están sujetas a las demandas de otras personas y a menudo para beneficio exclusivo de otras personas.(Janeway, E.1973).

C. Algunos factores que constituyen la mediana edad y la diferenciación entre géneros

A continuación se exponen algunos factores que constituyen la formulación psico-socio-cultural de los géneros, como se enlaza la explicación de éstos factores con su repercusión de la mediana edad en las mujeres que se encuentran alrededor de la menopausia.

1. Un primer criterio es la edad cronológica

Que conlleva cambios biológicos (de madurez biofisiológica) con cambios concomitantes en la posición social y la asunción de nuevos roles sociales definidos como de adultos.

Burin (1999) cita que quienes hacen periodizaciones en cuanto a la vida adulta sugieren que: Existe una adultez temprana, de los 30 a los 40 años, durante la cual se exigiría una cierta redefinición de los roles de género. Esto estaría dado porque en el período anterior los sujetos estaban predominantemente dentro del período educativo pero con el acceso al mercado de trabajo, la formación de una pareja el nacimiento del primer hijo, los roles se tipificaran más agudamente haciendo más patente las diferencias de género entre hombres y mujeres en donde se observa una distribución no igualitaria; las mujeres asumen las responsabilidades domésticas, se les aplica una moral más rígida, tanto en lo referido al desempeño del rol maternal, las tareas educativas, como el ejercicio de su sexualidad.

Con respecto al segundo período de la edad adulta, entre los 40 y 50 años aproximadamente, la mayoría de los investigadores destacan que ésta es la etapa de los grandes logros profesionales o sociales que llevan a los sujetos a sentirse autorrealizados o fracasados, y también desarrollan ciertos grados de introspección que los llevan a replantearse su identidad de género denominando a esto "los cambios de la mitad de la vida."

2. Cambios biológicos

Burin (1999) menciona que entre estos cambios resultan relevantes los factores biológicos, tales como la menopausia en las mujeres (punto que se ha expuesto en el capítulo III de esta investigación), o el descenso del nivel de testosterona en los hombres, dentro de un contexto de significación social, esto es teniendo en cuenta qué sentidos adquieren estos cambios biológicos para el sujeto femenino o masculino que los padece, cambios que pueden dificultar las relaciones sexuales; esto se volvería especialmente conflictivo si, tienen un concepto de la sexualidad predominantemente genital. Ramírez en Urrutia (1979) indica que:

"El ser humano no tan sólo es un conjunto de órganos sino que también es historia y cultura y que cualquier actitud extrema, ya aquella que limite la satisfacción genital, ya aquella que frustre la satisfacción procreativa,

necesaria e inevitablemente cobijan dentro de sí fuentes de patología que tarde o temprano se pondrán al descubierto.” (Ramírez 1979:135).

D. La menopausia como un proceso de duelo para la mujer

Con respecto a la menopausia que en su acepción estricta significa el cese de las reglas menstruales y también se enfatiza la pérdida de la capacidad reproductora donde el discurso médico hace incapié en los riesgos para la salud que entraña la menopausia destacando los riesgos de osteoporosis y de trastornos cardíacos debido al déficit estrogénico (tema analizado en el capítulo III). Debido a que los primeros sucesos de la menopausia suelen coincidir con la mediana edad en las mujeres se alude a la situación de pérdida donde Burin (1999) focaliza los procesos de duelo por las siguientes pérdidas: 1. del cuerpo juvenil, 2. de los padres juveniles y 3. de los deseos e ideales juveniles;

1. El duelo por pérdida del cuerpo juvenil, estas mujeres se enfrentan con el cambio de su imagen corporal. En estos casos, las representaciones sociales acerca del cuerpo femenino, con su énfasis sobre la belleza juvenil y la capacidad reproductora, imprimen en la subjetividad femenina la necesidad de otorgar nuevos sentidos a su cuerpo en transición.

2. En relación con los padres se encuentran con la realidad del envejecimiento, quizá la enfermedad y hasta la muerte probable de uno o ambos progenitores.

3. En cuanto al duelo por pérdidas de los deseos y los ideales juveniles, la mayoría han gestado deseos e ideales fuertemente orientados a la construcción de una pareja y una familia. Por otro lado también han creado ideales destinados a su desarrollo personal, intelectual, económicos, etc. Para ser desplegados en otros ámbitos más allá del contexto familiar o doméstico situación que entra en crisis en el caso de las mujeres de edad mediana ya que han organizado sus deseos amorosos en trono del amor

maternal y sus ideales de trabajo alrededor del trabajo reproductivo (Burin & Meler, 1999:224-26).

E. Otros cambios importantes

También Burin indica, que en la figura corporal se dan cambios importantes que pasan a ser un aspecto conflictivo de aceptación en una sociedad, donde el aspecto juvenil es un valor predominante. Así como la toma de consciencia de la temporalidad de la vida y de la muerte como una realidad personal, lo cual lleva a nuevas consideraciones acerca del tiempo del significado de de cada edad e incluso del sentido de la vida.

La perspectiva psicoanalítica hace alusión la imagen de mujeres con trastornos de carácter y personalidades distorsionadas por efectos de inadecuadas elaboraciones psíquicas ante esta pérdida, donde además, De la Garza (1993) subraya que tras de toda manifestación consiente existe un contenido latente inconsciente, mostrando así mismo la importancia de los cuidados parentales durante las primeras fases del desarrollo en el proceso de constituirmos en adultos sanos o enfermos emocionalmente.

Según lo expone Gomariz (1992) podría aceptarse que son reflexiones sobre género todas aquellas que se han hecho a lo largo de la historia del pensamiento humano acerca de los sentidos y las consecuencias sociales y subjetivas que tiene pertenecer a uno u otro sexo, por cuanto esas consecuencias, muchas veces entendidas como "naturales" no son sino formulaciones de género.

Así mismo a través de los Estudios de Género se puede entender cómo se van formulando las significaciones atribuidas al hecho de ser varón o ser mujer en cada cultura y en cada sujeto. Dichos estudios utilizan una perspectiva de

análisis de las diferencias en general, que denuncian la lógica binaria con que se perciben, en este caso la diferencia sexual, que analizan no sólo las relaciones de poder tradicionales entre el sistema de salud y las mujeres en tanto pacientes, sino también los dispositivos socio-historicos por los cuales las mujeres se tornaron sujetos fragilizados, vulnerables, seres enfermizos a quienes habría que cuidar mediante la medicalización de sus conflictos.

En el capítulo III se describen algunos cambios morfológicos así como las repercusiones que pueden incidir en las respuestas sexuales de las mujeres con edad que giran alrededor de la menopausia y climaterio.

III

PROBLEMAS UROGENITALES

En el presente capítulo, se tiene como objetivo explicar a que nos estamos refiriendo cuando hablamos de "problemas urogenitales", cuales son sus características, su tratamiento médico, los cambios anatómicos y funcionales y como están asociadas al proceso de envejecimiento, que a su vez ocasionan la pérdida de orina (su clasificación) que lleva a problemas sociales, sexuales entre otros, y que influyen en la calidad de vida de la paciente.

A. Repercusión urogenital del climaterio y la edad

La literatura indica, que hace un siglo la expectativa de vida para la mujer era de unos 48 años y podía sentirse afortunada si vivía algunos años más. Pero en la actualidad la expectativa de vida se ha incrementado en forma importante, los notables avances en la Salud Pública, han logrado un aumento de aproximadamente 30 años en la esperanza de vida femenina.

En países como México, ahora las mujeres viven hasta una tercera parte de su vida después de la menopausia y esto significa que vivirá de 20 a 30 años sin la capacidad de reproducción, estos años acarrearán una serie de problemas relacionados con el envejecimiento, lo cuales pueden ser de tal magnitud que empobrezcan su calidad de vida y el aparato urogenital no escapa al proceso general de envejecimiento. El descenso progresivo de los estrógenos circulantes, debido a la insuficiencia ovárica propia del climaterio, se manifiesta con disfunciones urinarias y problemas genitales de infección y dispareunia. (González, Santos. 1998).

Los estrógenos, no solo regulan el ciclo menstrual, sino que también protegen y ayudan a mantener en buen estado los huesos, las articulaciones, los órganos

reproductivos, los vasos sanguíneos, el corazón, además de determinar el estado de ánimo y controlan la distribución de grasa y el metabolismo de los alimentos sin embargo, a medida que va cesando la ovulación, la producción de estrógenos disminuye y la influencia de la testosterona, que esta presente en pequeñas cantidades en todas las mujeres aumenta, esto produce entre otros cambios en el cuerpo femenino, que el endometrio se vuelva más delgado, los ovarios se vuelvan rugosos y más pequeños, la vagina se vuelva más delgada y produzca menos mucosidad, el acortamiento de vagina lleva a cambios de posición de la uretra, lo cual unido a su propia atrofia y la de los tejidos de sostén se asocia a incontinencia urinaria de esfuerzo y mayor susceptibilidad a infecciones, ocasionando difíciles los años que le restan a una mujer.

A este respecto González S. (1998) refiere, que el tejido conectivo integrante importante de las fascias y músculos perineales que forman el piso perineal, por ser un tejido de sostén con abundante colágena, disminuye con el hipoestrogenismo, lo que reduce el soporte suburetral y condiciona la aparición de incontinencia."

Referente a esto Montoya (2000). en su artículo "principales problemas urogenitales y sus manifestaciones" Indica; que uno de los problemas a los que se enfrenta con mayor frecuencia la mujer, afectando en forma muy importante su vida familiar, social, ocupacional e incluso sexual, está relacionado con los cambios anatómicos y funcionales del aparato urinario bajo (porción constituida por la vejiga, la uretra y las fascias que las sostienen en donde su función primaria es la de almacenar y vaciar la orina), entre los síntomas comunes resultantes se encuentra; atrofia vaginal (es una condición que se encuentra siempre en la paciente con hipoestrogenismo sostenido) que conlleva a la dispareunia, e incontinencia urinaria. (Montoya, 2000).

Agrega Carranza (1998), que a nivel urinario, el hipoestrogenismo disminuye la colágena y que el epitelio uretral sufre atrofia, lo que se traduce en una menor continencia urinaria, y Salinas (2001), señala que la incontinencia de orina que afecta a las mujeres durante la menopausia suele tener un común denominador ya que se trata de mujeres que han tenido hijos, dice que el traumatismo que se produce en la zona pelviana durante el embarazo y en el momento del parto es el responsable de que posteriormente se manifieste una incontinencia urinaria de esfuerzo, por lo que se ha debilitado su musculatura perineal.

Sobre lo anterior Tanagho (1997) apunta que con bastante frecuencia se produce en las mujeres padecimientos adquiridos de la uretra femenina como la uretritis crónica que es uno de los problemas urológicos más padecido en las mujeres (la uretra distal suele albergar agentes patógenos, y el riesgo de infección puede incrementarse). Los síntomas se asemejan a los de cistitis, aunque la orina puede ser clara. Las molestias incluyen; sensación de ardor al orinar, polaquiuria (aumento de frecuencia miccional) y nicturia.

Tanagho en relación a la menopausia fisiológica (o quirúrgica) señala que se producen alteraciones regresivas (seniles) en el epitelio de la vagina, el cual se vuelve más bien seco y palido, ocurriendo alteraciones degenerativas semejantes en las porciones inferiores del sistema urinario, en cuanto a los músculos que forman el piso pélvico (perine) pierdan fuerza y elasticidad (debilidad o prolapso de piso pélvico) esto hace que se pueda producir prolapso de la vejiga y del útero, a medida que la uretra se vuelve menos elástica los órganos pélvicos como el recto, la vejiga y la uretra pierden elasticidad y tonacidad muscular y la posibilidad de que aparezca incontinencia urinaria aumenta.

Indica que la debilidad de los músculos del piso pélvico ocasiona que diferentes cantidades de orina puedan escaparse de la vejiga de manera involuntaria durante ciertas actividades deportivas, con la risa y/o relacionarse con aspectos de la función sexual generando trastornos sexuales, impactando así la calidad general de vida provocándoles buscar "estrategias" que les

permitan hacer frente a dicha situación. (como una actitud de aislamiento para evitar la vergüenza de un episodio de incontinencia). (Tanangho, (a). 1997).

De lo anterior, se entiende que los efectos del embarazo y el parto, sobre la zona pelviana, unido a los cambios hormonales y el propio envejecimiento de los tejidos, hace que en los años alrededor de la menopausia la mujer manifieste con mayor frecuencia síntomas de incontinencia de esfuerzo (en la que las pérdidas de orina están asociadas a cualquier actividad física o movimiento) o de vejiga hiperactiva (sensación repentina de ganas de orinar que obligan a ir al WC de forma urgente y/o necesidad de ir a orinar con más frecuencia de lo habitual tanto de día como de noche).

También se comprende que el climaterio, es frecuentemente acompañado de sintomatología y riesgos potenciales, por ejemplo: algunas enfermedades incapacitantes como la osteoporosis, la enfermedad cardiovascular, alteración de la memoria, los cambios en la piel y composiciones corporales y problemas urogenitales.

Por otro lado, la literatura apunta que desde hace años se han relacionado con la menopausia diversas manifestaciones clínicas (p. ej., síntomas vasomotores, hipotrofia urogenital y cambios psicológicos) en esta época de la vida se agudizan algunos padecimientos como neoplasias malignas, hipertensión arterial, diabetes, aterosclerosis, conflictos de tipo familiar y socioeconómico y alteraciones de conducta sexual, en donde es importante subrayar que estos últimos no dependen directamente de la privación hormonal, sino de factores psicológicos, así como del marco cultural en el que se desenvuelven.

Aunque la vivencia del climaterio y menopausia varía de mujer a mujer y de cultura a cultura según se demuestra en diversas encuestas y estudios. (Martínez & Vázquez, 2000).

B. Continencia / Incontinencia urinaria

La continencia, es la capacidad del sujeto para retener la micción hasta el momento en que puede vaciar su vejiga en un lugar adecuado, está mantenida por el esfínter uretral externo ayudado por los músculos del piso pélvico, el cuello vesical y el sello que forman la vascularidad uretral la colágena y la mucosa y la función de almacenamiento se lleva a cabo cuando la uretra se cierra y el músculo detrusor se relaja para acomodar la orina durante el llenado, en esta fase la presión de la uretra es mucho mayor que la de la vejiga, lo que permite que la orina se mantenga dentro, la presión de cierre uretral positiva facilita la continencia durante esta fase de llenado, cuando se dilata la pared vesical, el sistema nervioso central recibe señales de receptores que avisan al cerebro que la vejiga esta llena.

La porción baja del aparato urinario, esta constituida por; la vejiga, la uretra y fascias que las sostienen y su función primaria es la de almacenar y vaciar la orina. y esta función está controlada por la vía autónoma y por arcos somáticos del sistema nervioso central.

La vejiga, tiene sus propios mecanismos para contener un gran volumen de orina, es el esfínter interno, el principal freno que evita su salida, y cuando aumenta la presión en la vejiga, el esfínter externo y la musculatura del suelo pélvico contribuyen a contener la orina. (este control voluntario se pierde en la incontinencia).

En cuanto a la función de vaciado, ésta se facilita por la relajación de la uretra y la contracción del detrusor y comienza la micción debido a que la presión de cierre es negativa, es decir la presión de la uretra disminuye por la relajación de los esfínteres.

En la literatura encontramos abundantes definiciones de la Incontinencia urinaria, como la de Tanagho (1997), quien la define como: "la pérdida involuntaria de orina cuando la presión intravesical excede la presión uretral máxima". Indica que la incontinencia urinaria, es un gran problema de salud que

afecta en algún grado a alrededor de 10 millones de personas, y con frecuencia, los pacientes mayores de edad la aceptan como un signo de vejez y no solicitan ayuda médica.

También estima que en realidad es una manifestación de alguna enfermedad subyacente, que en ocasiones es transitoria y se resuelve de manera espontánea, pero que la mayoría de las veces es crónica y progresiva, apunta, que, la incontinencia transitoria ocurre después de un parto o se relaciona con infección vesical aguda y que la incontinencia urinaria crónica se debe a múltiples causas. (Tanagho, (b) 1997).

La Sociedad internacional de continencia (1976) define incontinencia como: "la falta de control voluntario sobre la micción y la defecación". e incontinencia urinaria, como: "la condición en la cual las pérdidas involuntarias de orina, representan para la paciente un problema personal, social e higiénico siendo dichas pérdidas objetivamente demostrables. Esta definición propuesta por la Sociedad Internacional de Continencia, organismo creado con la finalidad de estandarizar la terminología empleada en el tracto urinario bajo, incluye a todos los tipos de pérdidas involuntarias de orina que afectan a ambos sexos.

La incontinencia urinaria, afecta seriamente la vida de quien la padece provoca; úlceras en la piel, infecciones, pérdida de autoestima, aislamiento social y vergüenza. (Martínez, & Vázquez, 2000), el afectado tiene una necesidad imperiosa y repentina de orinar pero es incapaz de retener la orina, y los escapes pueden producirse; al estornudar, reír, realizar algún esfuerzo o ejercicio físico, esto supone un problema higiénico, social y psíquico, ya que influye en la actividad cotidiana del enfermo y reduce su calidad de vida. A esto, Pontenziani menciona que por motivos anatómicos es muy común en las mujeres posmenopáusicas y asevera que la incontinencia urinaria en sí, no es una enfermedad, sino una consecuencia de la alteración de la fase de llenado vesical que se presenta en numerosas enfermedades, en la que refiere el paciente como síntoma; la pérdida de orina, y que esta situación de

incontinencia urinaria, lleva asociados problemas higiénicos y sociales que contribuyen a deteriorar la calidad de vida del afectado, con influencia en el entorno familiar o de relación, en el grado de independencia, y abocando a una situación de aislamiento por la sensación de vergüenza, con pérdida de la autoestima e incremento de dependencia hacia terceras personas. (Pontenziani, 2002).

C. Clasificación de incontinencia urinaria

La Incontinencia urinaria puede clasificarse en congénita y adquirida. Las principales causas de incontinencia congénita son la extrofia de vejiga, ectopia uretral y malformaciones congénitas de la médula espinal.

Entre las causas adquiridas están las enfermedades o traumatismos de la médula espinal, la micción imperiosa, la incontinencia por estrés, disinergia del detrusor e incontinencia asociada a traumatismos quirúrgicos (Mocellini, 1989).

En la literatura se encuentra abundante información a cerca de la clasificación de la incontinencia urinaria a continuación se presenta algunas de ellas.

1. Incontinencia urinaria de esfuerzo

Pontenziani, refiere que: es la pérdida involuntaria de orina, cuando la presión intravesical excede y supera la presión máxima de cierre uretral, pero en ausencia de actividad contráctil del detrusor, y que se manifiesta cuando la paciente realiza un esfuerzo. Indica que este tipo afectará aproximadamente de 5% a 10 % de mujeres entre 35 y 65 años y que esta relacionada con debilidades del piso pélvico muscular, ocasionando hipermovilidad del cuello vesical, e hipermovilidad de uretra vesical (alterándose los ejes o los ángulos normales de estas estructuras) en un 85%, en donde el antecedente de partos vaginal es de gran importancia.

También indica que otro tipo de incontinencia urinaria de esfuerzo es deficiencia esfinteriana intrínseca, en donde sin importar la ubicación

anatómica del cuello vesical y uretra proximal hay una disfunción del mecanismo de cierre uretral, eventualidad (15%) que presentan algunas mujeres, por presentar: antecedentes quirúrgicos de curas anteriores de incontinencia urinaria, traumas perineo pelvianos, práctica de radioterapia pélvica, falla en niveles estrogénicos y cirugía extirpativa de ovarios. Puntualiza que la incontinencia urinaria de esfuerzo tiene una mezcla de ambas causales.

A este respecto Salinas (2001), expone que los dos principales factores de riesgo en la incontinencia de esfuerzo son; por un lado, el embarazo y los partos y por otro, la menopausia, etapa en la que el déficit estrogénico favorece la incontinencia, así como el envejecimiento, y que ciertas prácticas deportivas y la obesidad aumentan el riesgo de padecer episodios de incontinencia de esfuerzo.

Tanagho (1997) la señala como incontinencia urinaria de esfuerzo genuina o anatómica y explica que este tipo, se debe en un inicio a la hipermovilidad del segmento vesicouretral, secundaria a la debilidad del piso pélvico. Entre las manifestaciones básicas se encuentra un mecanismo esfinteriano intacto, soporte del piso pélvico débil y alguna anomalía anatómica. Refiere que se ve con frecuencia en mujeres de mediana edad (con embarazos repetidos y partos vaginales) y se debe a debilidad del piso pélvico y mal soporte de la unidad esfinteriana vesicouretral, respecto a su anatomía, indica que la estructura intrínseca del esfínter mismo es normal, sin embargo es menos eficaz por la excesiva movilidad y falta de apoyo. Por tanto los cambios anatómicos consisten en hipermovilidad o descenso de la posición del segmento vesicouretral (o una combinación de los dos factores).

2. Incontinencia urinaria de urgencia

Esta pérdida involuntaria de orina, sucede al no poder llegar al baño y siempre esta relacionada con una súbita urgencia urinaria, sus síntomas son: urgencia urinaria, frecuencia urinaria, incontinencia urinaria de urgencia y nocturna

(levantarse por las noches más de dos veces). Son desencadenadas por oír el agua correr, frío, lavarse las manos.

Pontenziani (2002) menciona que, es la pérdida involuntaria de orina, asociada con estados de hipersensibilidad de las terminaciones propioceptivas y nociceptivas de la pared muscular vesical por varios motivos como; inflamación de diversas etiologías, infecciones urinarias, antecedentes quirúrgicos, antecedentes de tratamientos quimioterapéuticos, antecedentes de radioterapia, cálculos, cistitis intersticial, y tumores entre otros.

Éste especialista señala que si es causada por enfermedad neurológica se denomina; vejigas hiperreflexica (Incontinencia urinaria refleja; pérdida involuntaria de orina que se produce por hiperreflexia del músculo detrusor vesical, que implica lesión neurológica, o por pérdida del tono uretral posterior a un daño de la médula espinal, por traumatismo o determinadas enfermedades). Si no es causada por enfermedad neurológica se denomina: Hiperactividad vesical.

Respecto a la Incontinencia de urgencia Tanagho (1997) menciona que, aquí las manifestaciones básicas son; inestabilidad del constrictor con esfínter y anatomía normales, sin neuropatía en donde la inestabilidad esfínteriana es menos frecuente y el goteo ocurre tanto por inestabilidad del constrictor con contracción espontánea como por inestabilidad esfínteriana con relajación, aunque esta última con menor frecuencia.

3. Incontinencia urinaria por rebosamiento o incontinencia paradójica

Es la pérdida involuntaria de orina asociada con vaciamiento vesical incompleto o deficiente, debido a una contractilidad disminuida del músculo detrusor o a abstracción de la salida vesical, ocasionando residuos urinarios con posibilidad de perder orina por rebosamiento, por tanto la orina se pierde de manera involuntaria al sobrepasarse la cantidad de orina que puede ser contenida dentro de la vejiga, donde el músculo de la vejiga (*detrusor*) pierde su

capacidad de contraerse eficazmente y queda siempre una cantidad considerable de orina dentro de la vejiga después de orinar.

Ésta se da en estados clínicos como; diabetes ó hipoglucemia, en donde se dañan las terminaciones nerviosas llevando a una ausencia de sensación de llenado vesical (y circunstancias obstructivas de salida vesical) que llevan a un flejamiento o agotamiento del músculo vesical "vejiga descompensada, no balanceada". Tanagho, aclara que se debe a una lesión obstructiva ó neuropática.

4. Incontinencia urinaria total (continua)

Es la pérdida urinaria continua, sin relación con esfuerzo, o con posicionamiento de la uretra proximal del cuello vesical. Siempre se tiene la vejiga vacía, no almacena orina, se presenta por la presencia de trauma obstétrico o quirúrgico sobre la uretra femenina (casos de alteración importante de de la inervación de la vejiga que afecte la contractibilidad de la vejiga).

5. Incontinencia urinaria funcional

No existen problemas orgánicos (no hay descenso rotacional del cuello vesical y de la uretra proximal no hay deficiencias uretrales intrínsecas) lo padecen pacientes con desordenes psiquiátricos o pacientes con trastorno de movilidad.

6. Incontinencia urinaria por causas orgánicas

Parte de la orina excretada, queda dentro de los sáculos ó divertículos al terminar de orinar y de manera accidental después se sale.

Se deben a Tanagho (1997) las siguientes clasificaciones:

7. Incontinencia neuropática.

Describe que este tipo varía según la lesión nerviosa. La incontinencia puede ser activa (hiperreflexia del constrictor) o pasiva (atonía del esfínter) y en ocasiones una combinación de las dos.

8. Incontinencia congénita

Subraya que esta se debe a malformaciones.

9. Incontinencia postraumática o iatrogénica

Señala que esta se relaciona con fractura de pelvis o con daño quirúrgico al esfínter, o tras uretrotomía interna extensa.

10. Incontinencia Fistulosa

Por último indica que la mayor parte de la causa es iatrogénica, ya sea por cirugía pélvica o vaginal.

Concluye que, cada uno tiene su propio mecanismo básico, si bien es frecuente una combinación de más de una de las variedades de incontinencia, además cita que algunos expertos clasifican la incontinencia en etapas: La etapa I y II dependen del grado de hipermovilidad y en general, se relaciona con el grado de pérdida de orina .

La etapa III no se relaciona tanto con la hipermovilidad, se debe a daño intrínseco del esfínter, la mayoría de las veces iatrogénico.

D. Prevalencia de Incontinencia Urinaria

En la población general entre los 15 y los 64 años de edad, la incontinencia urinaria afecta hasta a un 5% de los varones y a un 25% de las mujeres; una de cada 4 mujeres afirmará haber experimentado incontinencia en algún momento de su vida y mas de una mujer de cada 10 habrá percibido la incontinencia como un auténtico problema social o higiénico.

Aunque también la padecen niños y varones, la incontinencia urinaria afecta mayoritariamente a la población femenina. Robles, (2003) señala que afecta a mujeres de todas las edades, condiciones socioeconómicas y razas, y según explica España, (2000) la incontinencia puede presentarse a cualquier edad, apunta que más del 8% de las mujeres de entre 35 y 50 años manifiestan tener

algún episodio de incontinencia de forma habitual, porcentaje que se incrementa hasta el 12% a partir de los 55 años.

España, como Payne, (referido por Potenziani B. 2002) declaran que la prevalencia depende del tipo de población que este siendo estudiada, de circunstancias que rodeen al paciente y de acuerdo al tipo de incontinencia, sin embargo a pesar de que se ve en todos los estratos de la población y en todas las edades, son la mujeres y los ancianos quienes más la presentan.

Payne señala la frecuencia de la siguiente manera:

Género	Mujer	Hombre
Incontinencia urinaria de Esfuerzo:	50%	10%
Incontinencia urinaria mixta:	30%	20%
Incontinencia de urgencia:	20%	70%

Según Robles (2003) especialista del Departamento de Urología de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra, 50% de las mujeres sufre incontinencia urinaria en algún momento de su vida y en un 10% de ellas la pérdida de orina es significativa", asegura que; a pesar de su elevada prevalencia, se estima que en torno al 70% de los afectados nunca consulta por ella y de los que lo hacen la mayoría espera hasta 4 años.

Esto se debe a que, en muchas ocasiones, la incontinencia urinaria es asumida erróneamente como una consecuencia de la edad y no se le presta mayor importancia". Éste especialista reporta que teniendo en cuenta la edad de la paciente, se establece que, un 15% de las mujeres de 35 años, un 20% de las de 40 años, un 25% entre las que tienen 55 años y hasta un 45% en las de 65 años sufre incontinencia urinaria (Robles, 2003).

Referente a esto Kunhardt y Vélazquez (2000) En su artículo "Disfunción del Piso Pélvico" mencionan que; la incontinencia urinaria, es una condición común con una prevalencia de 8% a 40%", mencionan que, la mayoría de los autores consideran que sólo de 10% a 25% de todos los grupos de edad requieren tratamiento, también refieren que, afecta aproximadamente a 14% de las mujeres mayores de 30 años y que la proporción aumenta de forma directamente proporcional a la edad de la mujer, llegando a ser mayor de 40% en las mujeres de 60 años.

Pontenziani (2002) menciona que es el tipo de incontinencia urinaria de esfuerzo el que afectara principalmente a mujeres entre los 35 y 65 años y que está relacionada con debilidad del piso pélvico muscular, en donde la debilidad de los músculos del piso pélvico ocasiona que diferentes cantidades de orina puedan escaparse de la vejiga de manera involuntaria durante ciertas actividades (deportivas, con la tos, con la risa) y/o relacionarse con aspectos de la función sexual generando trastornos sexuales, impactando así la calidad general de vida provocándoles buscar "estrategias" que les permitan hacer frente a dicha situación. (como una actitud de aislamiento para evitar la vergenza de un episodio de incontinencia). Y que a mayor número de partos vaginales mayor incidencia de Incontinencia urinaria de esfuerzo, lo que no impide que haya mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo sin antecedentes obstétricos pero ésta última eventualidad es menos frecuente.

Se reporta que; 60% de los pacientes consideran la pérdida involuntaria de orina como algo inevitable, inclusive normal debido a la edad casi como una condición asociada a la vejez, un 65 % consideran los episodios de incontinencia como algo embarazoso y un 55% rechaza buscar tratamiento (Kunhardt. & Vélazquez, 2000).

A esto Salinas, señala que las estadísticas indican que más del 8% de las mujeres con edades comprendidas entre 35 y 50 años han tenido algún episodio de incontinencia (Salinas, 2001).

E. Diagnóstico

Todo esto afectará por supuesto la calidad de vida de la paciente afectada, por lo cual se considera que ante problemas uroginecológicos como el de la incontinencia urinaria se debe contar con un buen soporte divulgativo, en donde se logre que estas pacientes sean objeto de atención profesional más procedente, intentando que a cada una de ellas se les mejore su calidad de vida. Ya que resulta paradójico la gran incidencia de la incontinencia urinaria en todo el mundo y la cantidad de mujeres (alrededor del 50%), que no reportan al médico que presentan esta condición (Pontenziani B. 2000).

Se ha visto en los últimos decenios un incremento en el estudio y la investigación sistemática del climaterio motivado por el deseo de comprender claramente cómo la mujer vive este fenómeno aportando elementos provechosos que permiten realizar un diagnóstico más acertado y un mejor tratamiento. (Casamadrid, 1998).

Los cambios anatómicos y funcionales provocados por la disminución de los estrógenos circulantes que acompañan al proceso de envejecimiento ocasionan una enorme variedad de síntomas y síndromes uroginecológicos, que ameritan un estudio clínico minucioso para llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuados (González, Santos, 1998).

Para el diagnóstico de la incontinencia Urinaria Tangho precisa que es importante realizar una historia clínica detallada que incluya; tiempo de inicio, duración, antecedentes de cirugías previas, antecedentes obstétricos, medicamentos utilizados, hábitos dietéticos y enfermedades sistémicas (como la diabetes) que le ayuden a determinar el tipo de incontinencia, así como su grado, que puede ser mínimo, moderado, grave o completo. (Tangho.1997).

A este respecto Vigo y Wilks (1989) consideran como premisa fundamental el logro de un diagnóstico oportuno. definiendo incontinencia urinaria; la que se

produce sin deseo miccional alguno, desprevénidamente, ajena a todo anuncio perceptible subjetivo, indican que para la persona que pierde orina, poco le importa que su incontinencia sea de "esfuerzo" o "mixta" o de otro tipo, sólo sabe que está mojada, molesta en sociedad, humillada y obsesionada.

Opinan que esto obliga al profesional a hacer lo posible para comprender su importancia y valorar sus repercusiones, así como delinear las conductas aconsejables, determinando un orden en donde se encasillará la etapa o período evolutivo en que se encuentra la paciente afectada, también mencionan que para lograr dicho diagnóstico estos son algunos puntos importantes a considerar;

- a. Se debe valorar cualquier síntoma por trivial que parezca.
- b. Los procesos patológicos pueden ser clínicos o quirúrgicos.
- c. Hay patologías congénitas (malformación de diverso tipo y ubicación) y otras adquiridas (infecciones específicas e inespecíficas, traumatismos).
- d. Existen afecciones que tienen mayor incidencia en determinadas edades.

(En este punto señalan que en la mujer madura o añosa es favorecida la incontinencia urinaria al esfuerzo por alteraciones de la estática vesicouretral al ceder los elementos de sostén de los órganos pelvianos) que como se ha mencionado anteriormente esta relacionado con la menopausia entre otros detonantes y es en esta época donde se agudizan algunos padecimientos como conflictos familiares socioeconómicos y alteraciones de la conducta sexual los cuales no dependen directamente de la privación hormonal, sino de factores psicológicos y del marco cultural en el que se desenvuelven. (Vigo. & Wilks 1989).

F. Tratamiento

Se ha mencionado que los músculos que forman el piso pélvico (perine) pierdan fuerza y elasticidad (debilidad, o Prolapso de piso pélvico) esto hace que se pueda producir prolapso de la vejiga y del útero. A medida que la uretra se vuelve menos elástica los órganos pélvicos como el recto, la vejiga y la uretra pierden elasticidad y tonacidad muscular y la posibilidad de que aparezca

incontinencia urinaria aumenta, estos músculos del suelo pelviano pueden fortalecerse con ejercicios especiales.y/o la cirugía también puede ser un recurso con un alto porcentaje de éxito. (Acta obstet Gineco Scand 2000 Jul; 79 (7) 598-603).

Salinas, (2001) advierte que el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo es fundamentalmente quirúrgico y se realiza para evitar, o al menos reducir, la hipermovilidad uretral que produce esta disfunción, señala que dicha intervención quirúrgica busca reintroducir el contenido herniario vésico uretral en el abdomen y que también puede intentar crearse un nuevo mecanismo de sostén, en determinados casos, la rehabilitación perineal puede ser de utilidad como primera medida terapéutica, señala que entre las mujeres, están más difundidos los ejercicios de rehabilitación de la musculatura abdominal posparto, por estética, que los de rehabilitación perineal. Sin embargo, la rehabilitación postparto sugiere debe empezar con ejercicios perineales antes que abdominales.

G. Incontinencia urinaria y sexualidad

Según explica Espuña (2000) responsable de la Unidad de Suelo Pélvico del Instituto de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico Universitario de Barcelona y co-responsable de Grupo Español de Suelo Pelviano de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) "Sentirse incontinente es razón suficiente para rechazar las relaciones sexuales, sin el factor añadido de sufrir pérdidas durante el coito." El miedo a desprender olor desagradable y la sensación de notar humedad en los genitales hace que las personas se retraigan en un tema que, ya de por sí, es tabú. Reporta que el 30% de las mujeres incontinentes que no mantienen relaciones sexuales, dicen que es por culpa de su problema de incontinencia urinaria, cifra que se incrementa en el caso de mujeres incontinentes sin pareja, entre las que el 34% elude tener relaciones sexuales precisamente por esta patología. El principal problema de la incontinencia urinaria, añade es la pérdida de autoestima debido al efecto

negativo que produce el sentirse incontinente y que afecta la propia imagen, en donde uno de los sentimientos más comunes en las personas con baja autoestima es el no considerarse sexualmente atractivas y ante la posibilidad de desprender un olor corporal que sea desagradable para la pareja y la dificultad de tener una imagen corporal "deseable" provoca que se busquen excusas para no mantener relaciones. (Espuña, 2000).

En este sentido un estudio realizado por González, Sánchez, Morales, Díaz y Valdéz muestran que las disfunciones sexuales están asociadas significativamente a depresión y ansiedad. (González, Sánchez, Morales, Díaz, & Valdez, 1999).

Espuña (2000) afirma que en realidad, una mujer incontinente no puede vestir como quiera no podrá llevar ropa ajustada ni de colores muy claros por temor a las pérdidas o porque en ocasiones utilizará métodos paliativos absorbentes, de igual forma apunta que; sólo el 10% de las mujeres incontinentes reconoce tener pérdidas de orina durante el acto sexual lo que no quiere decir que esta cifra se ajuste a la realidad, posiblemente es más frecuente, pero hay que reconocer que es difícil hablar de sexo con naturalidad.

Así, un estudio con 306 mujeres de la clínica "Marina Nacional" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del estado, realizado por Morales, indica que la demanda por problema sexual es baja (Morales, 1991).

Walter y Colaboradores (1990) en un estudio en el que llevaron a cabo dentro de un programa de incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos, reportaron que las pacientes con incontinencia urinaria de estrés e inestabilidad del detrusor (incontinencia mixta) se asocian con mayores reportes de disfunción sexual. y pacientes con inestabilidad del detrusor tenían menos vida sexual, siendo la principal causa patología urinaria, (Walters, Taylor, Schoenfeld, 1990).

Referente a esto Matthew, Barber y cols. (2002) realizaron un análisis secundario de tres estudios de programas de incontinencia urinaria y encontraron que aquellas pacientes con inestabilidad del detrusor tenían menos vida sexual siendo la principal causa patología urinaria, y las pacientes con incontinencia urinaria de estrés se consideraban como moderada a extremadamente preocupadas que su actividad sexual pudiera ocasionar pérdida de orina afectando su capacidad sexual.

Señalaron que las pacientes con incontinencia urinaria, que fueron tratadas con cirugía mejoró su seguridad durante las relaciones sexuales disminuyendo la inseguridad e incapacidad por pérdida de orina del 29% al 9% así como, también disminuyó en la terapia de comportamiento del 22% al 11%, y la terapia estrogénica no reportó diferencia. (Matthew, Visco, Wyman, Fantl, & Bump, 2002).

Weber y Cols. (1995) también reportan que la edad es un factor predictor importante en la actividad sexual satisfactoria, además de referirse que dentro de los tratamientos quirúrgicos la colporrafia posterior se asocia con decremento en la función sexual ya que hay un aumento de dispareunia. Concluyen que la disfunción sexual tiene muchas causas y que la incontinencia urinaria, y prolapso de órganos pélvicos influyen en la función satisfactoria, sin embargo refieren que deben desarrollarse nuevas formas de valoración que incluyan cuestionarios para entender que condiciones de la incontinencia urinaria, prolapso de órganos pélvicos y su tratamiento tienen sobre la función sexual. (Weber, Walters, Schover, & Mitchinson, 1995).

Al comparar síntomas relacionados con disfunción de piso pélvico con la localización y severidad coexistente con prolapso de órganos pélvicos. Ellerkmann y Cols, (2001), encontraron correlaciones débiles o moderadamente a un compartimiento específico. Los problemas de disfunción sexual fueron atribuidos principalmente a prolapso e incontinencia, encontrando en su estudio

una correlación entre la disfunción sexual y prolapso en los tres compartimentos. (Ellerkmann y otros, 2001).

Uno de los objetivos de la cirugía reconstructiva en el prolapso de órganos pélvicos e incontinencia urinaria Weber, Walters, y Piedmonte, (2000) mencionan que es el mantenimiento de la función sexual con preservación de la longitud y calibre vaginal ya que algunas publicaciones mencionan una alta prevalencia de disfunciones sexuales en mujeres de edad avanzada, siendo una de las más importantes la dispareunia.

Estos autores realizaron una investigación en donde a todas las pacientes que se les practicó una cirugía para corrección de órganos pélvicos y/o incontinencia urinaria les aplicaron un cuestionario pre y postquirúrgico sobre función sexual, encontraron que de 165 mujeres, 41% no eran sexualmente activas ni antes ni después de la cirugía (48% no tenían pareja, y 18% no tenían actividad sexual por su problema médico y 34% por otras causas). Y del 49% que sí eran sexualmente activas antes y después del tratamiento encontraron que la frecuencia de coitos no se modificó en el postquirúrgico. El 22% que tenían incontinencia urinaria durante el coito, de las cuales el 94% mejoraron la longitud vaginal, sin embargo no hubo cambio en el funcionamiento sexual.

En cuanto a la dispareunia previa a la cirugía se vio en el 8% y en el postquirúrgico en el 19% sin haber relación con la dimensión vaginal.

En relación al orgasmo el 59% no mostró ningún cambio. Y el reporte de satisfacciones en sus relaciones sexuales fue el 82% prequirúrgico satisfactorio y 89% postquirúrgico satisfactorio (Weber, Walters, & Piedmonte, 2000).

Así pues se ha descrito que existe una diversidad de causas que originan la pérdida involuntaria de orina, como estreñimiento, efectos secundarios de algún medicamento, radioterapia, algunos trastornos neurológicos con afectación medular, la inmovilidad de personas con enfermedades como polio y daños en

los esfínteres que controlan la micción por traumatismos o enfermedades. (Jaramillo N. 2000).

Sin embargo, la incontinencia que interesa para el desarrollo de este estudio es la relacionada con problemas de tipo uroginecológico, tal como ocurre en: la debilidad de los músculos que sostienen la vejiga en su lugar y problemas hormonales, producto de la edad (menopausia) por lo que nos adentraremos en la parte metodológica de esta investigación.

IV

METODOLOGÍA

A. Planteamiento del problema

La investigación bibliográfica señala, que son numerosos los problemas uroginecológicos que pueden producir trastornos sexuales. No obstante hay pocos datos sistemáticos referentes a las características de los trastornos sexuales producto de enfermedades uroginecológicas y muestran una gran variabilidad, probablemente se debe a las diferencias de los métodos de valoración, las definiciones empleadas y las características de la población estudiada.

Esto plantea la necesidad de realizar un estudio exploratorio que ayude a detectar la proporción y el tipo de problemas sexuales relacionados a incontinencia urinara, secundaria a problemas uroginecológicos, diferenciando cuando la paciente ya presentaba disfunción sexual y se agrega un trastorno sexual, debido a enfermedad médica y cuando solo aparece el trastorno sexual debido a enfermedad médica.

B. Preguntas de investigación

- 1.Cuál es la proporción de la población que presenta disfunciones y/o trastornos sexuales y que implicaciones socioeconómicas, ginecológicas y sexuales presenta?
- 2.Cuál es la proporción de la población que no manifiesta problemas sexuales ni antes ni con el problema médico y que implicaciones socioeconómicas, ginecológicas y sexuales presenta?

C. Justificación

La actividad del INPer esta abocada a atender problemas que giran alrededor de la reproducción humana y la atención básica es dirigida a mujeres, y mediante la práctica clínica en el área de ginecología, se ha detectado un alto

porcentaje que presenta problemas en el área sexual. Por lo que para el manejo psicológico, como servicio de apoyo a las pacientes, describir si estos fueron adquiridos antes de la enfermedad médica, si se presentan debido a ésta, o si ya estando presente la disfunción sexual se suma el trastorno sexual, formará un primer paso en la búsqueda de modelos de intervención congruentes con el origen del problema.

D. Objetivos

1. Objetivo general

Describir en una población de mujeres mexicanas, que acuden a una Institución de Salud (INPer) la proporción y los tipos de problemas sexuales que presentan las pacientes con incontinencia urinaria.

2. Objetivos específicos

- a. Identificar si los problemas sexuales en mujeres con incontinencia urinaria ya estaban presentes antes del problema médico o se presentaron como consecuencia de éste y en que proporción.

- b. Determinar que tipo de incontinencia urinaria propicia el desarrollo de un trastorno sexual.

- c. Establecer si las mujeres que ya tenían algún tipo de disfunción sexual son más proclives a presentar un trastorno sexual agregado y posterior al problema de incontinencia urinaria.

- d. Distinguir, cuáles son las implicaciones socioeconómicas, ginecológicas y sexuales que presentan las mujeres con disfunciones sexuales y trastornos sexuales, las que presentan sólo trastornos sexuales debido al problema de incontinencia urinaria y las que no presentan problemas sexuales.

e. Proponer un modelo de intervención médico y psicológico para resolver el problema sexual en mujeres con incontinencia urinaria dependiendo éste de; si el problema sexual ya estaba presente (disfunción sexual) o se desencadenó como consecuencia de la incontinencia (trastorno sexual debido a la enfermedad médica).

E. Hipótesis

H₁. Las mujeres con disfunción sexual presente antes de tener incontinencia urinaria tienen más posibilidades de presentar un trastorno sexual debido al padecimiento médico que las mujeres que tenían una respuesta sexual normal.

H₂. Las mujeres que presentan incontinencia urinaria mixta tendrán mayor posibilidad de presentar un trastorno sexual debido a la incontinencia por ser ésta la de mayor tiempo de evolución.

H₃. En mujeres incontinentes los trastornos sexuales debido al problema médico, más frecuentes serán la dispareunia, inhibición del deseo, trastorno de la excitación y trastorno del orgasmo.

F. Variables

1. Variable Independiente o de clasificación: Incontinencia urinaria.

A. Definición conceptual: En un sentido general es la condición en la cual, las pérdidas involuntarias de orina representan para la paciente un problema personal, social e higiénico, siendo dichas pérdidas objetivamente demostrables (Sociedad Internacional de Continencia 1976).

Tipos de incontinencia Urinaria;

a. Incontinencia genuina de esfuerzo: Pérdida involuntaria de orina cuando la paciente realiza un determinado tipo de esfuerzo (toser, estornudar, reirse, gritar, hacer ejercicios, levantar pesos entre otros desencadenantes)

b. Incontinencia de urgencia: Se define como la pérdida involuntaria de orina pero siempre relacionada a una súbita urgencia urinaria, es decir unas ganas imperiosas de orinar que ocasiona pérdida al no poder llegar a la sala de baño

c. Incontinencia mixta: Existe tanto incontinencia urinaria genuina de esfuerzo como incontinencia de urgencia.

d. Incontinencia por rebosamiento: Consiste en la pérdida involuntaria de orina al sobrepasarse la cantidad de orina que puede ser contenida dentro de la vejiga lo que condiciona pérdida en pequeñas cantidades.

B. Definición operacional: Diagnóstico determinado por el profesional del departamento de Uroginecología.

2 Variable Dependiente: Disfunción sexual sin relación a problema médico/ trastorno sexual debido a problema médico.

A. Definición conceptual:

Disfunción sexual: Éste se ha descrito para los casos en los que los factores psicológicos son de gran importancia en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno y las enfermedades médicas no desempeñan ningún papel en su etiología, se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Comprenden; disfunción del deseo sexual, disfunción por aversión al sexo. Disfunción de la excitación sexual, disfunción del orgasmo femenino, dispareunia y vaginismo. (D.S.M. IV) se incluye la disritmia descrita por Álvarez Gayou (1986).

Tipos de disfuncion sexual;

a. Disfunción del deseo sexual: La característica esencial es la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente y la alteración provoca malestar acusado o dificultades interpersonales no se puede explicar mejor por la presencia de otro trastorno del eje 1(excepto por otra disfunción sexual) y

no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia o a una enfermedad médica puede ser global ó situacional y abarcar todas las formas de expresión sexual o situacional y limitado a un compañero o a una actividad concreta. Existe poca motivación para buscar estímulos adecuados y una reducción de la frustración cuando se priva de la oportunidad de una relación sexual. Generalmente, estas personas no inician nunca la relación sexual y sólo la llevan a cabo a regañadientes, cuando es la pareja quien lo decide.

b. Disfunción de la excitación sexual en la mujer: La característica esencial es una incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la terminación de la actividad sexual. Provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje 1 (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ó a una enfermedad médica.

c. Disfunción por aversión: La característica esencial es la aversión al sexo y la evitación del contacto sexual genital con la pareja. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales. No se explica mejor por la presencia de otro trastorno del eje1 (Excepto otro trastorno sexual). La persona sufre ansiedad, miedo ó aversión a la hora de intentar una relación sexual.

d. Disfunción del orgasmo femenino (antes orgasmo femenino inhibido): La característica esencial es una ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonal. El trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje 1 (excepto otro

trastorno sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de un sustancia o una enfermedad médica.

e. Disfunción por dispareunia: La característica esencial consiste en dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual. En la mujer el dolor puede describirse como superficial durante la penetración o como profundo ante los movimientos coitales. La intensidad de los síntomas comprende desde una sensación de leve malestar hasta un dolor agudo. Este trastorno provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. No es debido exclusivamente a vaginismo o falta de lubricación. No se explica mejor por la presencia de trastorno del Eje 1 (excepto por otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica.

f. Vaginismo: La característica esencial es la contracción involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos. La contracción puede ser desde ligera (produciendo rigidez y malestar) hasta intensa (impidiendo la penetración). La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. No se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje 1 no es debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

g. Disrritmia: La característica esencial es la insatisfacción persistente o recurrente de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual, en condiciones adecuadas y sin relación a problemas físicos.

Trastorno sexual debido a enfermedad médica: La característica esencial es, la presencia de una alteración sexual de manera persistente o recurrente clínicamente significativa, que se considera producida exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Debe provocar malestar acusado ó dificultad en las relaciones interpersonales. Deben existir pruebas, ya sea a partir de la historia clínica, La exploración física o los hallazgos de laboratorio, de que la alteración se explica en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental. (DSM-IV) Comprenden; trastorno del deseo sexual, trastorno por aversión al sexo, trastorno de la excitación sexual, trastorno del orgasmo femenino. Dispareunia, y vaginismo (DSM-IV) se Incluye la disritmia descrita por Álvarez Gayou (1986).

Tipos de trastornos sexuales;

a. Trastorno del deseo sexual en la mujer debido a enfermedad médica: Cuando la disminución del deseo sexual se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica. La característica esencial es la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente y la alteración provoca malestar acusado o dificultades interpersonales.

b. Trastorno de la excitación sexual en la mujer debido a enfermedad médica: Cuando el trastorno sexual se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica. La característica esencial es una incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la terminación de la actividad sexual. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

c. Trastorno por aversión al sexo debido a enfermedad médica:

Cuando el trastorno sexual se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica: La característica esencial es la aversión al sexo y la evitación del contacto sexual genital con la pareja. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales. La persona sufre ansiedad, miedo ó aversión a la hora de intentar una relación sexual.

d. Trastorno orgásmico femenino debido a enfermedad médica,

antes orgasmo femenino inhibido: Cuando el trastorno sexual se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica. La característica esencial es una ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

e. Trastorno de dispareunia femenina debida a enfermedad médica:

Cuando se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica, la característica esencial consiste en dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, el dolor puede describirse como superficial durante la penetración o como profundo ante los movimientos coitales. La intensidad de los síntomas comprende desde una sensación de leve malestar hasta un dolor agudo. Este trastorno provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

f. Vaginismo debido a enfermedad médica: Cuando el trastorno sexual (vaginismo) se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica. La característica esencial es la contracción involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del

pene, los dedos, los tampones o los espéculos. La contracción puede ser desde ligera (produciendo rigidez y malestar) hasta intensa (impidiendo la penetración). La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

g. Disrritmia debida a enfermedad médica: Cuando la disrritmia se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica. La característica esencial es la insatisfacción persistente o recurrente de alguno de los miembros de la pareja por la diferencia en la frecuencia del deseo sexual, (Álvarez Gayou, 1986. p 66).

B. Definición operacional: Las respuestas afirmativas a las preguntas 138, 139, 140, 141, 142, 143, y 144 de disfunciones psicosexuales y las respuestas afirmativas a las preguntas 145, 146, 147, 148, 149, 150, y 151 de trastornos sexuales debido a enfermedad médica en la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (Souza, et al. 1987).

3. Variables socioeconómicas

Se registraron las siguientes variables socioeconómicas para identificar alguna asociación con la presencia de disfunciones sexuales.

Edad

A. Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde el nacimiento. (Diccionario Enciclopedia Salvat. 1983).

B. Definición operacional: Número de años de vida cumplidos que la entrevistada reporte al momento de la entrevista.

Estado civil

A. Definición conceptual: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. (Diccionario Enciclopedia Salvat. 1983).

B. Definición operacional: Estado conyugal o de convivencia que la entrevistada reporte al momento de la entrevista.

Años de escolaridad

A. Definición conceptual: Equivale a los años de asistir en un establecimiento docente (Diccionario de Ciencias Sociales, 1995).

B. Definición operacional: Número de años escolares cursados y concluidos a partir de el primero de primaria que la entrevistada reporte.

Ocupación

A. Definición conceptual: Dedicarse a un tipo de empleo (Diccionario de Ciencias Sociales, 1995).

B. Definición operacional: Acción que la entrevistada reporte como medida para obtener remuneración.

Religión

A. Definición conceptual: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social. (Enciclopedia COMBI Visual 1970).

B. Definición operacional: Doctrina divina a la que la entrevistada pertenezca según su afinidad o práctica.

Ingreso mensual

A. Definición conceptual: Entrar, depositar, colocar dinero mensual. (Diccionario de Ciencias Sociales, 1995).

B. Definición operacional: Respuesta elegida a los items de la pregunta # 24 HCCSF

4. Variables ginecológicas

Uso de métodos anticonceptivos

A. Definición conceptual: La decisión de un individuo o de una pareja a utilizar alguna técnica sobre el control de la natalidad (Masters y Johnson 1995).

B. Definición operacional: Respuesta elegida a los items de la pregunta no 112 HCCSF

Número de gestas;

A. Definición conceptual: Gestas; Aquel estado o condición en la que se encuentra la mujer desde el momento de implantación del huevo hasta que éste o sus distintos estadios evolutivos se expulsan, extraen o separan de ella (Baraibar, R.& carrera 1987).

B. Definición operacional: Respuesta en la cual la paciente informa el número de gestaciones experimentadas a la fecha de la entrevista.

Número de partos

A. Definición conceptual: Parto expulsión o extracción, por cualquier vía, de un feto de 500 gms o más de peso (o de 22 semanas de gestación o de 25 cm de longitud), vivo o muerto. (R. Baraibar y J.M. Carrera. 1987:2).

B. Definición operacional: respuesta en la cual la paciente informa el número de partos experimentados a la fecha de la entrevista.

Número de Abortos

A. Definición conceptual: Número de eventos en que la expulsión del huevo intrauterino ocurre dentro de las primeras 22 semanas de gestación. (independientemente de la existencia o no de vida, y de que el aborto sea espontáneo ó provocado). (I.M.S.S. 1994).

B. Definición operacional: Respuesta en la cual la paciente informa el número de abortos experimentados a la fecha de la entrevista.

Número de Cesáreas

A. Definición conceptual: "Operación cesárea" definida como la extracción del feto (vivo ó muerto), a través de una incisión abdominal en la pared uterina, siempre que el embarazo haya llegado a las 27 semanas o más. (Sociedad de Médicos del I.M.S.S. 1994).

B. Definición operacional: Respuesta en la cual la paciente informa el número de operaciones cesáreas experimentadas a la fecha de la entrevista.

Número de Óbitos

A. Definición conceptual: Óbito muerte fetal anteparto (sin causa), (Cerqueira, 1996).

B. Definición operacional: Respuesta en la cual la paciente informa el número de óbitos experimentados a la fecha de la entrevista.

5. Variables relacionadas con la sexualidad

Edad de primera experiencia sexual

A. Definición conceptual: Recuerdo de algún evento alusivo a temas sexuales que nunca antes habían experimentado (Masters, et, al.).

B. Definición operacional: Respuesta en la cual el paciente indica la edad de tal evento (no necesariamente coital).

Primera experiencia sexual con orgasmo/sin orgasmo

A. Definición conceptual; primer experiencia coital: Efectuar la cópula (pene vagina) por 1ª vez. **orgasmo:** Punto en que el cuerpo libera de golpe la tensión sexual acumulada, en lo que constituye el apogeo de la excitación sexual, comprende una dimensión psicosocial y otra fisiológica (Masters, et, al.).

B. Definición operacional: Respuesta en la cual la paciente afirma o niega haber experimentado orgasmo en la 1ª experiencia coital.

Número de compañeros sexuales estables

A. Definición conceptual: Número de compañeros sexuales a lo largo de vida con quien ha realizado el coito (Masters, et, al 1995).

B. Definición operacional: Respuesta que de la entrevistada al número de compañeros estables (relación mayor a dos años).

Experiencias infantiles traumáticas

A. Definición conceptual: Experiencia que provoca perturbación y ansiedad, generada en la niñez, relacionada de alguna manera con aspectos sexuales (Masters, et al.).

B. Definición operacional: Respuesta afirmativa o negativa que declara la entrevistada en la HCCCSF (Sousa, et al. 1987).

Información sexual antes de la pubertad

A. Definición conceptual: Transcurso mediante el cual se transmite información informal y formal con el fin de adquirir conocimientos actitudes, incluyendo aspectos y valores respecto al área sexual, así como los asociados al erotismo, identidad y sus cuestiones sociales. (Rubin L. 1986).

B. Definición operacional: Respuesta afirmativa o negativa que declara la entrevistada en la HCCCSF (Sousa, et al.).

Masturbación durante la adolescencia con orgasmo / sin orgasmo

A. Definición conceptual; masturbación: Toda forma de autoplacer sexual obtenido mediante cualquier tipo de estimulación física directa (Masters, et al.). **orgasmo:** Punto en que el cuerpo libera de golpe la tensión sexual acumulada, en lo que constituye el apogeo de la excitación sexual, comprende una dimensión psicosocial y otra fisiológica (Masters, et, al.).

B. Definición operacional: Respuesta afirmativa o negativa de la entrevistada al acto de autoestimular sus genitales durante la adolescencia.

Disposición hacia la sexualidad

A. Definición conceptual: Disposición; estado de ánimo para emprender y dar marcha a acciones (relativas a la sexualidad) (Diccionario Larousse 2000).

B. Definición operacional: Respuesta que la entrevistada elija a la pregunta No 119 de la HCCSF.

Quién propone (toma de iniciativa) la relación sexual frecuentemente

A. Definición conceptual: Iniciativa; acto de emprender o comenzar algo.

B. Definición operacional: Indicación que la entrevistada refiera respecto al acto de proponer la relación sexual más frecuentemente.

Participación en felatio

A. Definición conceptual: Contacto oral (lengua o boca) con los genitales masculinos en las relaciones sexuales (Diccionario de Psicología 1996).

B. Definición operacional: Respuesta afirmativa o negativa que declara la entrevistada en la HCCSF (Sousa, et al., 1987).

Participación en cunnilingus

A. Definición conceptual: Estimulación de los genitales externos de la mujer por contacto oral (Masters, Johnson y Kolodny, 1997).

B. Definición operacional: Respuesta afirmativa o negativa que declara la entrevistada en la HCCSF (Sousa, et al., 1987).

Participación en coito anal

A. Definición conceptual: Estimulación del ano durante la actividad sexual puede realizarse de distintas formas; con la mano, la boca o mediante el coito (Masters, Johnson y Kolodny, 1997).

B. Definición operacional: Respuesta afirmativa o negativa que declara la entrevistada en la HCCSF (Sousa, et al.).

Utilización de pornografía

A. Definición conceptual: Se considera toda forma de comunicación como ilustraciones o libros que muestren actitudes eróticas cuyo objeto es producir excitación sexual. (Webster's Collegiate Dictionary, 1980).

B. Definición operacional: Respuesta afirmativa o negativa que declara la entrevistada en la HCCSF (Sousa, et al. 1987).

G. Unidades de observación

Las unidades de observación fueron las pacientes con incontinencia urinaria secundaria a problema uroginecológico, reportados por el departamento de Uroginecología.

H. Población

Pacientes del INPer, Institución de 3er nivel de atención, en atención de incontinencia urinaria secundaria a problema uroginecológico en la Clínica de Uroginecología.

I. Muestra

Se capturó una sola muestra no probabilística de la población que ingresó a la clínica de Uroginecología del Instituto Nacional de Perinatología para su atención, en donde se estableció un diagnóstico médico y tratamiento indicado para cada caso, las pacientes que cubrieron todos los criterios de inclusión fueron enviadas al Departamento de Psicología. La muestra quedó conformada por 70 mujeres con diagnóstico de: Incontinencia urinaria, dividida en tres grupos:

Grupo 1. Mujeres con disfunción sexual y con trastorno sexual.

Grupo 2.- Mujeres con trastorno sexual.

Grupo 3.- Mujeres sin problema sexual.

Los cuales fueron determinados después de aplicar la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (HCCSF, Souza, et al.). Constituida por el número de pacientes que se capturaron a lo largo del año 2003.

J. Tipo de estudio

Se realizó un estudio de población, observacional, exploratorio, descriptivo, transversal y retrospectivo.

K. Diseño estadístico

Se realizó un estudio no experimental *ex-post-facto*, de una sola muestra dividida en tres grupos y de observaciones independientes.

L. Criterios de inclusión

Las pacientes se seleccionaron e integraron a la muestra bajo los siguientes criterios de inclusión:

1. Pacientes del Instituto Nacional de Perinatología.
2. Pacientes que acudieron por primera vez a la clínica de Uroginecología del INPer.
3. Pacientes con un diagnóstico previo de algún tipo de problema uroginecológico.
4. Pacientes con algún tipo de incontinencia urinaria.
5. Pacientes con pareja sexual.
6. Pacientes que hayan cursado educación primaria como mínimo.

M. Criterios de exclusión

1. Pacientes que tengan un diagnóstico previo de retardo mental o trastorno psicótico.
2. Pacientes que tengan problemas físicos que ocasionen trastornos de movilidad.
3. Pacientes que tuvieran un diagnóstico previo de enfermedad orgánica que pudiera condicionar las disfunciones sexuales tales como síndromes neurológicos, endocrinos, así como cardiopatías.

N. Criterios de eliminación

- A. Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- B. Pacientes que no concluyan la entrevista (HCCSF).

Ñ. Instrumento (H C C S F) Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (Souza, Cárdenas, Montero y Mendoza, 1987).

Los creadores citan que para detectar la gran cantidad de problemas de los que suelen ser portadores los pacientes, y en función de las dificultades inherentes a la exploración de esta área como puede ser la poca cantidad de tiempo disponible o la influencia por la ideología del personal encargado de la exploración, muchas veces quedan inexplorados síntomas importantes que dan como resultado que los datos puedan ser falseados o estar incompletos, derivados de la ignorancia o la distorsión, quedando muchas veces inexplorados síntomas importantes que influyen determinadamente en la conducta y la vida de las pacientes.

Ante la necesidad clínica organizacional de trabajar con rapidez, complementando una visión clara de problemas generalmente difíciles de tratar surge este formato el cual está diseñado con el propósito de explorar la psicosexualidad femenina. Basada en un diseño que complementa pero no suplente la actividad clínica y que uniforma los criterios para su comparación estadística intra e interinstitucional.

Los autores señalan que desde el punto de vista clínico, la exploración de la sexualidad no difiere de otra actividad que se realice con fines de investigación y donde sea necesario un proceso de rememoración de sucesos aparentemente olvidados. Indican que realizar una historia clínica de la sexualidad es un intento de reunir sistematizadamente los datos referentes a la condición biopsicosocial del ente humano así como su correlación con la patología concomitante o agregada.

El objetivo de la conformación de la HCCSF es la de tener una entrevista que represente ventajas técnicas prácticas, que permitan un modelo de abordaje y conducta que reduzca la posibilidad de juicios de valor y consolide el profesionalismo de ésta área, busca mejorar la calidad de los servicios explorando problemas generalmente difíciles de tratar.

La Historia se basa en un instructivo que define y explica conceptualmente los reactivos y la manera de hacer el interrogatorio, las respuestas admisibles, así como el procedimiento para señalarlas y su ubicación.

Su estructura consta de 15 capítulos con 170 reactivos, es un cuestionario diseñado para obtener información clara y precisa en un formato donde el informante reporta sus respuestas al entrevistador.

La aplicación se lleva a cabo aproximadamente en cuarenta y cinco minutos, implica un orden sistemático con una secuencia que va de lo superficial a lo profundo, de lo sano a lo patológico, hasta llegar a la exploración de la sexualidad y de la presencia o no de disfunciones sexuales; el riesgo de manipular la prueba es mínimo ya que el entrevistador requiere de un entrenamiento previo lo cual le capacita para responder a cualquier duda que presente la entrevistada.

Esta entrevista no es un instrumento psicológico, sus metas fundamentales son clínicas, pero pueden extenderse a la docencia y permiten, dada su sistematización, hacer comparaciones bioestadísticas que apoyen la investigación clínica.

Este documento detecta el diagnóstico clínico actual; sugiere su clasificación moderna; propone medidas terapéuticas; transmite la sensación de profesionalismo y responsabilidad. Su aplicación requiere de ciertos conocimientos previos respecto al diagnóstico y el manejo de problemas sexuales.

La constituyen los siguientes capítulos:

- 1.- Datos generales del aplicador.
- 2.- Datos generales del entrevistado.
- 3.- Motivo de estudio.
- 4.- Antecedentes familiares patológicos.
- 5.- Antecedentes personales no patológicos.
- 6.- Antecedentes personales patológicos.
- 7.- Problemas recientes.
- 8.- Antecedentes biopsicosociales de la sexualidad.
- 9.- Comportamiento sexual actual.
- 10.- Antecedentes terapéuticos.
- 11.- Estado actual de salud.

- 12.- Diagnóstico.
- 13.- Recomendaciones terapéuticas.
- 14.- Pronóstico.
- 15.- Comentarios y observaciones.

La historia esta diseñada para poder aplicarse a todos los individuos que demanden consulta por problemas de la sexualidad o sospechoso de caso, dentro de una unidad clínica y fuera de ésta, sin importar la edad, el lugar de residencia. Su estado socioeconómico, el estado civil u otros, a efecto de determinar si el entrevistado es portador o no de un problema actual de la sexualidad, además de alguna otra afectación. La validez de esta historia clínica fue realizada en la clínica Marina Nacional del ISSSTE para conocer la demanda de consulta por problemas sexuales de mujeres en edad fértil aplicandose a 306 pacientes y validándose por medio de jueces independientes.

O. Procedimiento

La investigación se realizó en el INPer, la captura de la muestra se llevó a cabo en el Departamento de Psicología con la colaboración del Departamento de Uroginecología, bajo el siguiente procedimiento:

Primero, Se realizó un entrenamiento profesional a efecto de desarrollar destrezas clínicas en la aplicación de la misma.

Segundo, se realizó una prueba piloto para estructurar mejor las aplicaciones, pudiendo detectar y resolver problemas con el método.

Una vez concluida dicha prueba piloto. A las pacientes que acudían por primera vez, al Servicio de Uroginecología y que cumplían con todos los criterios de inclusión, se les invito a participar dandoles a conocer la carta de consentimiento que el comité de ética establece como requisito para poder realizar la investigación.

Dicha carta especificó la finalidad de la investigación para la institución y sus beneficios para la paciente, que consistió en que; después de aplicar la Historia clínica se ofreció el servicio Psicológico profesional del Departamento en aquellos

casos, en los cuales se llegara a detectar algún problema de este tipo, señalándoles algunos riesgos que pudiera implicar dicha problemática y subrayándoles el aspecto voluntario y confidencial.

Luego de obtener el consentimiento de las pacientes y con un diagnóstico y tratamiento determinado por el médico se les trasladó al Departamento de Psicología, en donde en uno de los cubículos, después de establecer una relación empática adecuada, se procedió a la aplicación de la Historia Clínica Codificada de la sexualidad Femenina (HCCSF), llevándose a cabo en una sola sesión para evitar el riesgo de que la paciente no pudiera regresar. Esta muestra estuvo constituida por 70 pacientes que se capturaron a lo largo del año 2003.

P. Tratamiento estadístico

En cuanto al procedimiento estadístico, se utilizaron medidas de tendencia central, de resumen para la descripción de las variables socioeconómicas, las ginecológicas y las variables relacionadas con la sexualidad, así como para la descripción de las características de la muestra, se clasificaron y describieron en los tres grupos mencionados también se detectó la asociación entre la incontinencia urinaria y la frecuencia y tipo de trastorno sexual debido a enfermedad médica, por lo que se utilizó estadística no paramétrica.

RESULTADOS

Una vez concluida la muestra se presenta primero un análisis descriptivo, para lo que se emplearon medidas de tendencia central para comprender su distribución en las variables socioeconómicas, ginecológicas y las relacionadas con antecedentes sexuales tanto en la población como en cada grupo. El trabajo se ejecutó en el programa estadístico SPSS para Windows, versión 1. Luego se analizaron los resultados obtenidos describiendo las diferencias entre los grupos.

1. Distribución de la muestra en grupos

La muestra total de este estudio estuvo conformada por 70 mujeres, todas pacientes del Instituto Nacional de Perinatología con diagnóstico de incontinencia urinaria, la cual se dividió en 3 grupos:

Grupo 1 conformado por 32 mujeres, las cuales ya tenían disfunción sexual y ante la incontinencia urinaria se les agrega trastorno sexual, correspondiéndole el 46% de la población.

Grupo 2 conformado por 26 mujeres que antes del problema médico no tenían disfunciones sexuales y que ante el problema médico iniciaron uno o más trastornos sexuales, correspondiéndole el 37% de la población.

Grupo 3 conformado por 12 mujeres incontinentes que no presentaron problemas sexuales ni antes ni después de la Incontinencia urinaria, a las cuales les correspondió el 17% de la población estudiada. (ver figura 1).

Distribución de la muestra en Grupos

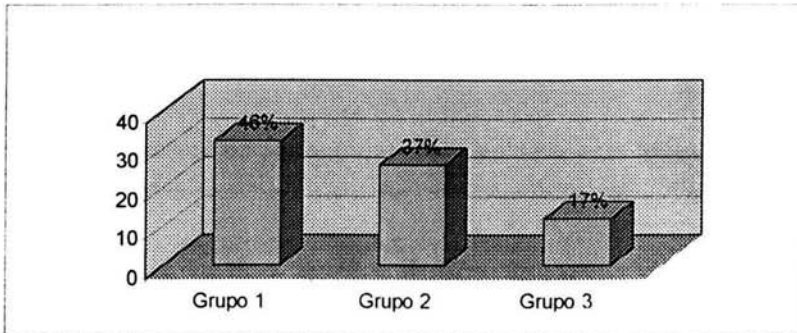


Figura 1

Se puede observar que alrededor de la mitad de la población estudiada fueron mujeres que manifestaron disfunción y trastorno sexual. En tanto que, casi una tercera parte de la población, sólo ante el problema médico presentó trastorno sexual y en menor proporción, se encontraron mujeres sin problemas sexuales ni antes ni después del problema médico.

2. Distribución de las variables socioeconómicas

A. De la muestra

Al hablar de la muestra, se observa que las edades fluctuaron entre los 21 y 59 años, con un promedio de 43 años. En donde la mayoría de las pacientes (84%) estaban casadas, 10% vivían en unión libre, y el resto declaró ser divorciada, ó soltera. El promedio escolar fue de 9.6 años. Se observaron los siguientes datos; amas de casa 69%, y contaban con un empleo 31% (17% se ocupaban al comerciό en pequeño y 14% reportó un actividad laboral formal). La religiόn que predominó fue la catόlica (83%) el resto se distribuyό entre protestante, ningύna u otra. En cuanto al ingreso mensual se registró de 0 a más de \$5000 y observandose el 30% de esta poblaciόn en el rango de \$1000 a \$2000, seguida del 29% en un rango de \$2000 a \$3000 las demás se distribuyeron en los rangos de \$3000 a \$5000 y un 11% cayeron en un rango de 0 a \$1000.

B. De los grupos

Vinculado a los grupos se encontró:

1. Grupo de mujeres incontinentes con disfunción sexual y con trastorno sexual debido a problema médico. (grupo 1)

El promedio de edad fue menor, refirió menor proporción de casadas así como menor proporción de ocuparse sólo a las labores del hogar, contaron con un promedio 10 años escolares y casi la mayoría profesaba la religión católica, más de la mitad del grupo caía en el rango de ingreso mensual de \$1000 a \$3000, seguida por 16% con un rango de \$3000 a \$4000, 12.5 % caía en un rango de 0 a \$1000 y sólo un 3% caía en un rango de \$5000 o más.

2. Grupo de mujeres incontinentes con sólo trastorno sexual (grupo 2)

En promedio fueron las de mayor edad, en el cual la mayoría estaban casadas y comparado con los otros grupos el promedio de escolaridad fue menor, más de la mitad se ocupaba al hogar, y en mayor proporción practicaban la religión católica.

Se encontró que, 61.5% contaba con un ingreso mensual de \$1000 a \$ 3000, seguida por el 19.2% que contaba con un rango de \$3000 a \$4000, y las demás se distribuyeron en 7.7% en un rango de 0 a \$1000 y de \$4000 a \$5000 y 3.8% a más de \$5000.

3. Grupo de mujeres incontinentes sin problemas sexuales (grupo3)

Se observó un promedio de edad de 42 años, en este grupo se advirtió mayor proporción de casadas, así como mayor proporción dedicabas sólo al hogar. En promedio contaron con más años escolares, fue menor la proporción de católicas. Se encontro que, 58.3% caían en un rango de ingreso mensual de \$1000 a \$3000, seguida por 25 % que caía en un rango de \$4000 a \$5000 y 16.7% caía en un rango de 0 a % \$1000. (Cuadro 1)

Cuadro 1 Promedios grupales de variables socioeconómicas

Muestra	Edad (años)	Casadas	Años escolares	Ocupación hogar	Religión católica	Ingreso mensual entre \$1000 y \$3000
Grupo 1	41.6	78.0%	10 años	63%	81.0%	56.0%
Grupo 2	45.6	88.0%	8 años	69%	92.0%	61.5%
Grupo 3	42	92.0%	11 años	83%	67.0%	58.3%

En este cuadro se puede observar que aún cuando la diferencia entre los grupos fue mínima, las mujeres con disfunción y con trastorno tuvieron menor promedio en; edad, casadas, y amas de casa. En cuanto a las mujeres con sólo trastornos sexuales, se advierte mayor promedio en; edad, católicas y contaron con menos años escolares. Respecto a las mujeres sin problemas sexuales se observa mayor proporción de casadas, amas de casa, años escolares y menor proporción de católicas.

3. Distribución de las variables Ginecológicas

A. de la muestra

La mayoría utilizó métodos anticonceptivos independientes al coito, (87%) menos de la décima parte optaron por métodos dependiente al coito, (8.6%) y fue mínima la parte que declaró no practicar algún método anticonceptivo (7.1%)

Se registraron 259 gestas que fluctuaron en un rango de 1 a 8, con un promedio de 3.7 hijos.

El número de partos fue 167 que correspondió 64% de las gestas fluctuando en un rango de 1 a 5 con un promedio de 2.6 partos.

Se presentaron 67 casos de abortos que correspondió 26% de las gestas y fluctuaron de 1 a 5 con un promedio de 2 abortos.

En cuanto a cesáreas se registraron 25 casos que correspondió 10% de las gestas y fluctuaron en un rango de 1 a 3 con un promedio de 1.5 cesáreas.

En tanto que la muestra no registró datos de óbitos.

B. de los grupos

1. Grupo de mujeres incontinentes con disfunción y con trastorno (grupo 1)

Eligieron métodos anticonceptivos independientes al coito (63%), dependiente al coito (34%) y ningún método (3%).

Comparandose con los otros dos grupos se observó menor proporción de parto vaginal y mayor proporción de abortos, advirtiendo que una décima parte culminó con operación cesárea.

2. Grupo de mujeres con sólo trastorno sexual (grupo 2).

Todas las mujeres eligieron el método anticonceptivo independiente al coito. Comparado con los otros grupos se encontró mayor proporción de parto vaginal, y menor proporción de aborto e igual que el grupo 1, presentó una décima parte que culminó a través de operación cesárea.

3. Grupo de mujeres incontinentes sin problemas sexuales (grupo 3)

Se encontró que 67% eligió métodos anticonceptivos independientes al coito, dependientes al coito (17%) y ninguno(16%).

De las gestas registradas más de la mitad se resolvieron via parto vaginal, casi una cuarta parte fueron abortos y menos de una decima parte se resolvió a través de operación cesárea. (ver cuadro 2).

Cuadro 2 Variables Ginecológicas grupales

Muestra	Gestas		Partos		Abortos		Cesáreas	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Grupo 1, disfunción y trastorno	121	100.0%	73	60.3%	36	29.8%	12	9.9%
Grupo 2, trastorno	97	100.0%	67	69.1%	20	20.6%	10	10.3%
Grupo 3, sin problema sexual	41	100.0%	27	65.9%	11	26.8%	3	7.3%

En este cuadro vale la pena señalar que aún cuando podría considerarse poca diferencia, al comparar a los grupos en cuanto al porcentaje de partos, se puede observar que es en el grupo 2 donde se reporta mayor proporción de parto vaginal (factor importante asociado a la incontinencia urinaria).

4. Distribución de las variables relacionadas con antecedentes sexuales

A. De la muestra

Respecto a la 1er experiencia sexual (no necesariamente coital) se encontró un promedio de 16 años de edad, casi tres cuartas partes del total de la muestra respondió no haber experimentado orgasmo en su primer experiencia sexual, a las que respondieron si haberlo experimentarlo les correspondieron el 21% y menos de una décima parte eligieron la respuesta; "no procede" para indicar que no lo recordaban.

En cuanto al número de compañeros sexuales estables, se observó que gran parte de la población reportó un compañero (84%), el resto se distribuyó de la siguiente manera: tres compañeros 7%, dos compañeros 6% y ningún compañero estable 3%.

A las mujeres que manifestaron algún evento sexual traumático en la infancia, les correspondió el 26%, las que declararon recibir recibir información sexual antes de la pubertad.11%, a las que manifestaron practicar masturbación durante la adolescencia 24%, donde es importante señalar que menos de la mitad reportó orgasmo (10 mujeres reportaron masturbación con orgasmo y 7 masturbación sin orgasmo).

B. De los grupos

1. Grupo de mujeres con disfunción sexual y con trastorno sexual (grupo 1)

Se observó un promedio de 16 años de edad en su 1er experiencia sexual (no necesariamente coital), la mayoría reportó un solo compañero sexual estable y menos de la cuarta parte del grupo manifestó masturbación durante la adolescencia. Comparado con los otros grupos, se encontró menor proporción de mujeres que declararon orgasmo en su 1er relación sexual y recibir información sexual antes de la pubertad, así como mayor proporción en declarar algún evento sexual traumático en la infancia.

2. Grupo de mujeres con sólo trastorno sexual (grupo 2)

también la mayoría manifestó un sólo compañero sexual estable. Comparado con los otros grupos se encontró mayor promedio en; edad en su 1er experiencia sexual (no necesariamente coital), mayor proporción en; mujeres que experimentaron orgasmo en su 1er relación sexual, recibir información sexual antes de la pubertad y masturbación durante ésta, en tanto que fue menor la proporción de mujeres en declarar algún evento sexual traumático en su infancia.

3. Grupo de mujeres incontinentes sin problema sexual (grupo 3)

Una cuarta parte del grupo declaró algún evento sexual traumático durante su infancia, menos de la cuarta parte del grupo manifestó: experimentar orgasmo en su primer relación sexual y recibir información sexual antes de la pubertad. Comparado con los grupos se encontró; menor promedio de edad en cuanto a su primer experiencia sexual (no necesariamente coita) así como menor proporción de mujeres

que durante la adolescencia practicaron masturbación y aunque fue poca la diferencia también se advirtió menor proporción en; haber tenido un sólo compañero sexual estable. (Cuadro 3).

Cuadro 3, Variables relacionadas con antecedentes sexuales en los grupos.

Muestra	1º Exp. sexual (no coital)	1º Exp. sexual con orgasmo	Un compañero sexual	Exp. traumática infantil	Información sexual	Masturbación durante la adolescencia
Grupo 1	16 años	16%	85%	31%	3%	19%
Grupo 2	18 años	31%	85%	19%	19%	35%
Grupo 3	13 años	17%	83%	25%	17%	17%

En este cuadro al comparar los resultados se puede observar algunas diferencias cualitativas entre los grupos.

5. Distribución de las variables relacionadas con la sexualidad actual

A. de la muestra

1. Respecto a las variantes sexuales se encontró que, participaban en felatio y, cunnilingus 51%, coito anal 14% y en utilizar pornografía 13%.
2. Respecto a la disposición actual hacia la sexualidad. Se encontró que menos de la mitad de las mujeres de la población estudiada manifestó disposición de "desear y cooperar", una tercera parte declaró que, "no desea y coopera " seguida, por las que desean y no cooperan y en poca proporción se encuentra las que, "no desean y no cooperan" (ver figura No 2).

Distribución de: disposición actual hacia la Sexualidad de la población

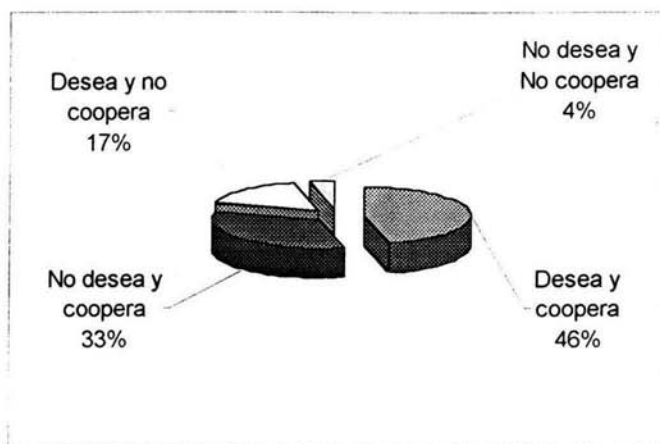


Figura 2

En esta gráfica se puede observar que la mayoría de los resultados de esta variable se concentran en dos disposiciones hacia la sexualidad que son: "desea y coopera" seguida por "no desea y coopera".

3. Respecto a quién propone la relación sexual frecuentemente en la población

Como se observa en la gráfica no 3 un poco de más de la mitad manifestó que su pareja tomaba la iniciativa sexual frecuentemente, casi un cuarto comparte la iniciativa y en menor proporción indica que sólo la paciente inicia el acercamiento sexual (ver figura No 3).

Distribución de la muestra; quién propone la relación sexual frecuentemente

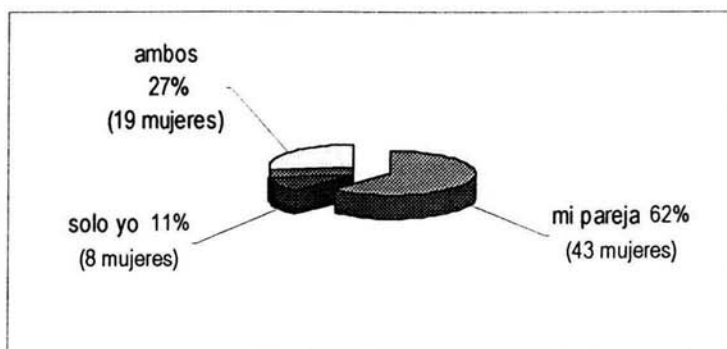


Figura 3

En esta gráfica se observa como se distribuye la iniciativa de la relación sexual en donde vale la pena señalar que más de la mitad de la población dejaba la propuesta amorosa sólo a la pareja.

B. De los grupos

1. Grupo de mujeres con disfunciones y trastornos sexuales (grupo 1)

En cuanto a las variantes sexuales se observó que más de la mitad del grupo participa en felatio y la mitad en cunilingus como parte de su actividad sexual regular. Al compararlo con los otros grupos se encontró: mayor proporción en; la iniciativa sexual la propone frecuentemente su pareja, en prácticas sexuales anales y en la utilización de pornografía en tanto que reportó menor proporción en la respuesta de "desear y cooperar".

2. Grupo de mujeres con sólo trastorno sexual (grupo 2)

Se encontró que más de la mitad del grupo declaró que, con frecuencia, solamente su pareja propone la relación sexual, menos de la mitad tiene disposición de "desear y cooperar", menos de una cuarta parte del grupo utiliza pornografía y en menor proporción las mujeres de este grupo comparado con los otros, reportaron

practicar felatio y cunnilingus, así como ninguna mujer participa en coito anal. (ver cuadro 6)

3. Grupo de mujeres sin problemas sexuales (grupo 3)

comparado con los grupos, se observó mayor proporción en; disposición de "desear y coopera", tomar por igual la iniciativa para la relación sexual y en participan en variantes sexuales como felatio y cunilingus como parte de su actividad sexual regular, en tanto que menos de la décima parte expresó participar en practicas de coito anal, además expresaron nunca utilizar pornografía (ver cuadro 4).

Cuadro 4, Distribución de variables relacionadas con la sexualidad actual en los grupos.

Muestra	disposición Desea y coopera	Sólo mi pareja propone la relación sexual	Si participa en felatio	Si participa en cunnilingus	Si participa en coito anal	Si utiliza pornografía
Grupo 1	31%	75%	53%	50%	28%	18%
Grupo 2	46%	65%	31%	39%	0%	12%
Grupo 3	83%	16%	75%	67%	8%	0%

Este cuadro muestra los resultados de los 3 grupos en donde al comparar los grupos se pueden observar algunas diferencias cualitativas referente a su sexualidad actual.

6. Distribución de tipo de incontinencia urinaria

A. en la muestra

Es importante señalar que en la muestra estudiada la mayoría de las mujeres fueron diagnosticadas entre incontinencia urinaria mixta y de esfuerzo. En donde se observa que, un poco más de la mitad presentó incontinencia urinaria mixta, (tanto incontinencia urinaria de esfuerzo como incontinencia de urgencia).

Menos de la mitad de esta muestra presentó; incontinencia urinaria de esfuerzo (donde la pérdida involuntaria de orina se presenta cuando la paciente realiza un determinado tipo de esfuerzo).

En tanto que a la incontinencia de urgencia (relacionada a una súbita urgencia urinaria) y a la incontinencia por rebosamiento (pérdida de orina al sobrepasarse la cantidad de orina que puede ser contenida dentro de la vejiga, que condiciona pérdidas en pequeñas cantidades), les correspondió sólo 7% y 1% respectivamente. (ver figura No 4).

Distribución del tipo de incontinencia Urinaria en la muestra

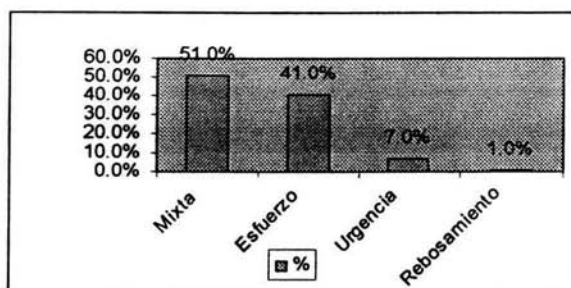


Figura 4

En esta gráfica se puede observar que en la población los tipos de incontinencia urinaria que reportaron mayor índice fueron; primero la incontinencia mixta, seguida por la incontinencia de esfuerzo y en menor proporción las incontinencias de urgencia y por rebosamiento.

B. En los grupos

1. Grupo de mujeres con disfunción y trastorno. (grupo 1).

Se encontró la misma proporción tanto de incontinencia urinaria mixta como de esfuerzo, mientras que la menor proporción correspondió a la incontinencia de urgencia. en tanto que no registró incontinencia por rebosamiento.

2. Grupo de mujeres con sólo trastorno sexual (grupo 2).

Se encontró que en más de la mitad de este grupo las mujeres fueron diagnosticadas con incontinencia urinaria mixta y alrededor de una tercera parte fue diagnosticada con incontinencia urinaria de esfuerzo y menos de una décima parte se diagnosticó con incontinencia urinaria de urgencia en tanto que tampoco registró incontinencia por rebosamiento.

3. Grupo de mujeres sin problemas sexuales (grupo 3).

Se encontró la misma proporción de incontinencia mixta como de esfuerzo (menos de la mitad respectivamente), menos de una décima parte contó con incontinencia de urgencia así como incontinencia por rebosamiento (ver cuadro 5)

Cuadro 5 Proporción y tipos de incontinencia urinaria en los grupos

Muestra	Incontinencia urinaria mixta	Incontinencia urinaria de esfuerzo	Incontinencia urinaria de urgencia	Incontinencia urinaria por rebosamiento	Total
Grupo 1, con disfunción y trastorno	47%	47%	6%	0%	100%
Grupo 2, solo Trastorno	62%	30%	8%	0%	100%
Grupo 3, sin problemas sexuales	42%	42%	8%	8%	100%

En este cuadro vale la pena resaltar que mientras los grupos 1 y 3 presentaron la misma proporción para las incontinencias mixta y de esfuerzo, en el grupo grupo 2 se encontró mayor proporción de incontinencia urinaria mixta, que incontinencia urinaria de esfuerzo.

7. Distribución y clasificación de los problemas sexuales

A. En la muestra

Los problemas sexuales se clasificaron en: disfunciones sexuales presentes antes del problema médico, correspondiéndole alrededor de una tercera parte, y trastornos sexuales debido al problema médico que, representaron alrededor de dos terceras partes del total de los problemas sexuales (Cuadro 6).

Cuadro 6 Proporción del tipo de problema sexual en la muestra

Tipo de problema sexual	Disfunción sexual		Trastorno sexual		Totales	
	#	%	#	%	#	%
Grupo 1, con disfunción y trastorno	66	36.2%	52	28.6%	118	64.8%
Grupo 2, sólo trastorno	0	0.0%	64	35.2%	64	35.2%
	66	36.3%	116	63.7%	182	100.0%

En este cuadro se puede observar, que los trastornos sexuales asociados al problema médico, ocuparon la mayor parte de los problemas sexuales encontrados en esta investigación.

B. En los grupos:

Como se puede observar en el cuadro 7 más de la mitad del total de los problemas sexuales de la muestra, se concentraron en el grupo 1 los cuales se clasificaron en; disfunciones presentes antes del problema médico y trastornos sexuales debido a la incontinencia urinaria. Un poco más de la tercera fueron sólo trastornos sexuales debido a la incontinencia urinaria y correspondió al grupo 2 en tanto que el grupo 3 fueron mujeres sin problemas sexuales ni antes ni después de la incontinencia urinaria.

Cuadro 7 Proporción y número del tipo de problema sexual en los Grupos 1 y 2

Tipo de problema sexual en la muestra	Disfunción sexual		Trastorno sexual		Total de problemas sexuales	
	#	%	#	%	#	%
Grupo 1	66	36.2%	52	28.6%	118	64.8%
Grupo 2	0	0.0%	64	35.2%	64	35.2%
Grupo 3	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

Es importante señalar que en el grupo 1, más de la mitad de los problemas sexuales que presentaron estas mujeres se clasificaron como disfunciones sexuales presentes antes del problema médico en donde intervienen factores; interpersonales, ambientales, y culturales; que se vieron agravados con la presencia de trastornos sexuales debido al problema médico. También vale la pena señalar que al comparar estos grupos se observa en el grupo 2 mayor proporción de trastornos sexuales debido a problema médico.

8 Distribución de las disfunciones sexuales y tipos de incontinencia urinaria diagnosticada .

Es importante señalar, que las siguientes disfunciones sexuales se encontraban ya presentes antes de que apareciera el problema médico, por lo que se presentan sólo para distinguir el tipo de incontinencia con el cual fueron diagnósticadas las mujeres al momento de su captura, distinguiendo el tipo de disfunción que reportaron.

Éstas disfunciones se presentaron sólo en el grupo denominado como grupo uno.

La mayor proporción correspondió a las que se les diagnóstico incontinencia urinaria mixta, seguida por mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, y en menor proporción a las mujeres con incontinencia urinaria de urgencia. Se encontró que,

las disfunciones sexuales que registraron mayor proporción fueron: disrritmia, disfunción del orgasmo, e inhibición del deseo y las que se presentaron en menor proporción fueron; vaginismo, aversión al sexo, disfunción de la excitación y dispareunia. (ver cuadro 8).

Cuadro 8: Distribución de las disfunciones sexuales y tipo de incontinencia urinaria

Inconti-nencia	Deseo Inhibido		Aversión		Excitación		Orgasmo		Dispareunia		Vaginismo		Dieritmia		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Mixta	4	6	4	6	3	5	8	12	4	6	2	3	11	0	36	55
De esfuerzo	8	12	0	0	3	5	8	12	2	3	0	0	5	8	26	39
De urgencia	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	4	6
	1															
	3	19.7	5	7.6	6	9.1	16	24.2	6	9.1	2	3.0	18	27.3	66	100

Éstas disfunciones no se deben al tipo de incontinencia urinaria diagnosticada.

9. Distribución de los trastornos sexuales relacionados al tipo de incontinencia urinaria

A. En la muestra

En el cuadro 9 se observa que del total de los trastornos sexuales, la mitad fueron reportados por mujeres con incontinencia urinaria mixta, menos de la mitad por mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo y menos de una décima parte por mujeres con incontinencia urinaria de urgencia en tanto que la Incontinencia urinaria por rebosamiento no reportó problema sexual (ver cuadro 9).

Cuadro 9. Distribución de los trastornos sexuales relacionados al tipo de incontinencia urinaria en la muestra

Tipo de Incontinencia urinaria en la población	Disfunción sexual		Trastorno sexual		Problema sexual	
	#	%	#	%	#	%
Mixta	36	19.7%	58	50%	94	51.6%
De esfuerzo	26	14.2%	49	42.3%	75	41.2%
De urgencia	4	2.1%	9	7.7%	13	7.1%
Por rebosamiento	0	0.0%	0	0%	0	0.0%
Totales	66	36 %	116	64%	182	100.0%

En este cuadro se observa la proporción de trastornos sexuales de la muestra y a que tipo de incontinencia urinaria se asociaron, en donde vale la pena señalar que aún cuando fue poca la diferencia fue mayor la proporción de trastornos sexuales asociados a la incontinencia urinaria mixta.

B. En los grupos

1. Grupo de mujeres con disfunción y con trastorno sexual (grupo 1)

En el cuadro 10 se puede apreciar la proporción de trastornos sexuales que se agregaron a las disfunciones que ya estaban presentes en este grupo, además también permite observar en que proporción se asocian al tipo de incontinencia urinaria.

Se identificaron 52 trastornos sexuales y fue poca la diferencia en la proporción de trastorno sexual entre incontinencia urinaria mixta y de esfuerzo, en tanto que no registró algún caso con incontinencia urinaria por rebosamiento.

Los trastornos sexuales que registraron mayor proporción fueron; dispareunia, inhibición del deseo, trastorno de la excitación y trastorno del orgasmo, y los de menor proporción fueron: vaginismo, aversión al sexo y disritmia. (ver cuadro 10).

Cuadro 10 Distribución de los trastornos sexuales en grupo 1 y tipo de incontinencia a la que se asociaron

Inconti Nencia	Deseo Inhibido		Aversión		excitación		Orgasmo		Dispareunia		Vaginismo		Disritmia		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Mixta	7	13	1	2	4	8	3	6	7	11	1	2	1	2	24	46
De esfuerzo	4	8	2	4	6	12	3	6	8	13	0	0	2	3	25	48
De urg.	1	2	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	3	6
	12	23.1	3	5.8	10	19.2	7	13.5	16	30.8	1	1.9	3	5.8	52	100

En este cuadro se observa poca diferencia respecto a los trastornos sexuales, entre las mujeres con incontinencia urinaria mixta y de esfuerzo así como también bajo porcentaje de trastornos sexuales asociado a la incontinencia urinaria de urgencia.

2. Grupo de mujeres con sólo trastorno sexual (grupo 2).

Este grupo alcanzó mayor proporción de mujeres con incontinencia urinaria mixta comparada con la de esfuerzo, baja proporción de incontinencia de urgencia (ver cuadro 7) y como se puede observar (en el cuadro 10) presentó 64 trastornos sexuales. En mayor proporción los trastornos sexuales se asociaron a la incontinencia urinaria mixta, seguidos por los que se asociaron con incontinencia urinaria de esfuerzo y poca proporción correspondió a aquellos que se asociaron a incontinencia urinaria de urgencia. Los trastornos sexuales que se registraron con mayor frecuencia fueron; dispareunia, trastorno del orgasmo, disritmia y trastorno de la excitación, en cuanto a los trastornos sexuales menos frecuentes fueron; vaginismo y aversión sexual (ver cuadro 11).

Cuadro 11: Proporción de trastornos sexuales y tipos de incontinencia urinaria en el grupo 2.

Inconti- nencia	Deseo Inhibido		Aversión		excitación		orgasmo		Dispa- reunia		Vaginismo		Disritmia		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Mixta 62%	8	13	0	0	5	8	7	11	7	11	0	0	7	11	34	53
De esfuerzo 30%	6	9	2	3	2	3	5	8	6	9	0	0	3	5	24	38
De urgencia 8%	1	2	1	2	1	2	0	0	2	3	1	2	0	0	6	9
100%	15	23.4	3	4.7	8	12.5	12	18.8	15	23.4	1	1.6	10	15.6	64	100

En este cuadro se puede apreciar mayor proporción de trastornos sexuales debido a incontinencia urinaria mixta, que los debido a incontinencia urinaria de esfuerzo, en mujeres que antes del problema médico no reportaron disfunción sexual.

3. Grupo de mujeres sin problemas sexuales (grupo 3).

Representó el 17% de la muestra (ver gráfica 1) el cual reportó no tener problemas sexuales, ni antes, ni asociadas a la aparición de su problema médico, (ver cuadro 1) registró igual proporción de incontinencia urinaria mixta y de esfuerzo además de presentar incontinencia urinaria por rebosamiento y de urgencia (ver cuadro 7).

VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

A. Discusión

El análisis de las variables dio resultados que permiten subrayar la importancia del hecho que conlleva a entender la aparición de los problemas sexuales, antes (disfunción sexual) y después (trastorno sexual) de un problema médico, con el objeto de diferenciarlos de manera clara y objetiva y así contribuir a un diagnóstico más acertado que permita un mejor abordaje en el tratamiento y propicie una canalización adecuada al área correspondiente que ayude a resolver el conflicto en menor tiempo.

Los puntos anteriores conducen a beneficiar la asignación de recursos tanto de la Institución como de la paciente. Para la Institución, el hecho de realizar una canalización objetiva, repercutirá en menor número de solicitudes de consulta y para la paciente implica menor gasto ya que la atención otorgada será enfocada al problema definido.

Los objetivos de ésta investigación se cumplieron al identificar que las mujeres de este estudio, reportaron un total de 182 problemas sexuales, de los cuales casi una tercera parte fueron disfunciones sexuales que ya estaban presentes de manera persistente o recurrente antes de que apareciera el problema médico y más de la mitad fueron trastornos sexuales que se presentaron asociados al problema médico (incontinencia urinaria secundaria a problema uroginecológico).

Esto indica una alta relación entre la aparición de trastorno sexual y problema uroginecológico, lo que permite inferir que en esta investigación se encontró mayor proporción de trastornos sexuales debido al problema médico, que disfunciones presentes antes de éste. (ver cuadro 6).

Como se señalaba en el cuadro 9, se observó mayor proporción de trastornos sexuales asociados a las incontinencias de orina; mixta y de esfuerzo, poca proporción asociados a incontinencia urinaria de urgencia y ninguna a incontinencia por rebosamiento.

En tanto como se ve en el cuadro 7 con poca diferencia se observa mayor índice de trastornos sexuales debido al problema médico, en el grupo de mujeres que antes de éste no tenían disfunciones sexuales.

Los resultados obtenidos permiten confrontar las hipótesis planteadas,

En donde se rechaza la H₁. Qué dice "Las mujeres con disfunción sexual presente antes de tener incontinencia urinaria tienen más posibilidades de presentar un trastorno sexual debido al padecimiento médico que las mujeres que tenían una respuesta sexual normal". Ya que como se mencionó en el párrafo anterior fue mayor el índice de trastornos sexuales debido al padecimiento médico en el grupo de mujeres que antes de la enfermedad tenían una respuesta normal.

En tanto que la H₂. Indica "Las mujeres que presentan incontinencia urinaria mixta tendrán mayor posibilidad de presentar un trastorno sexual debido a la incontinencia por ser ésta la de mayor evolución". se acepta, ya que como se ve en el cuadro 9 aún con poca diferencia se observó mayor proporción de trastornos sexuales que se debieron a la incontinencia urinaria mixta.

Respecto a la H₃. Que plantea: En mujeres incontinentes los trastornos sexuales debido al problema médico, más frecuentes serán la dispareunia, inhibición del deseo, trastorno de la excitación y trastorno del orgasmo se acepta, apoyándose en los resultados que se muestran en los cuadros 10 y 11 donde efectivamente se reconoce que dichos trastornos sexuales se encontraron, con más frecuencia.

A este respecto la literatura señaló que a medida que va cesando la reproducción de estrógenos la testosterona aumenta y aunado a una historia ginecológica de partos vaginales, produce una enorme variedad de síntomas y síndromes uroginecológicos, relacionados con cambios anatómicos y funcionales del aparato urinario bajo, entre éstos se encuentra la atrofia vaginal que conlleva a la dispareunia e incontinencia urinaria. (Montoya R.J. 2000).

Hablando del trastorno de Inhibición del deseo, según explica España, M. (2000) "sentirse incontinente es razón suficiente para rechazar las relaciones sexuales, sin el factor añadido de sufrir pérdidas de orina durante el coito". Refiere que el miedo a desprender olor desagradable y la sensación de notar humedad en los genitales hace que las mujeres se retraigan o busquen excusas para no mantener relaciones sexuales.

En cuanto al trastorno de la excitación, se ha documentado que el hipoestrogenismo ha atrofiado el epitelio vaginal y con ello dificultado la lubricación propia de la excitación, además tomando en cuenta que esta fase consiste en una sensación subjetiva de placer sexual, acompañada de cambios fisiológicos no es de extrañar que se observe que ante un episodio de incontinencia urinaria se de un efecto negativo que afecte la correcta respuesta sexual de la excitación, por lo que se puede explicar que se agrege el cuarto trastorno sexual: Trastorno del orgasmo.

Respecto a las disfunciones sexuales que no se deben a los efectos fisiológicos de una enfermedad se presentaron con mayor frecuencia; disritmia, disfunción del orgasmo, e inhibición del deseo. Estas disfunciones sexuales se hallan más relacionadas a factores de orden socioeconómico, con sus antecedentes sexuales, y con los relacionados con su sexualidad actual lo que reafirma la importancia de trabajar en la relación de pareja con al intención de atender este tipo de problemática.

El análisis de las variables socioeconómicas en la muestra permitió encontrar los siguientes datos:

La mayoría son casadas y se ocupan a las labores del hogar. Referente a su actividad laboral se puede inferir que sólo 3 de cada 10 realizan actividades económicas fuera del hogar. Esto permite reflexionar lo mencionado por Burin, (1999) quién expone la importancia de la asignación de papeles sociales.

El promedio de edad es de 43 años. Edad en la que se considera a la mujer climatérica, ya que se ha establecido con un criterio cronológico de 40 a 65 años

como la etapa del climaterio, y que el promedio de la menopausia es a los 45 años. Deteniéndose en este punto la muestra se encuentra muy cercana a este límite ya que el promedio de edad fue de 43 años. Etapa del envejecimiento de la mujer en que ocurren cambios endócrinos y somáticos y que se manifiestan con disfunciones urinarias. En este sentido se encontró que más de la mitad de la muestra fueron mujeres con incontinencia urinaria mixta, menos de la mitad con incontinencia urinaria de esfuerzo y en muy poca proporción las mujeres fueron diagnosticadas con incontinencia de urgencia y por rebosamiento. Relacionado a este tema González. Santos, (1998) afirma que los síntomas urinarios son, en un principio, multifactoriales, la edad, la historia obstétrica y los antecedentes de partos vaginales son de gran importancia, Montoya, R. (2000) agrega que las mujeres tienen un factor de riesgo y éste es que son mujeres que han tenido hijos por parto vaginal, por lo que se ha debilitado su músculo perineal, unido a los cambios hormonales y al propio envejecimiento de los tejidos.

Referente a esto se observó que en las 70 pacientes incontinentes examinadas en el presente estudio se registraron 259 gestas que fluctuaron de a 1 a 8 con una media de 3.7 gestas., además del promedio edad, la proporción de partos vaginales reportados son datos que coinciden con la literatura. (consultar cuadro 2).

Los especialistas refieren que los cambios anatómicos y funcionales del aparato urinario afectan de manera importante su vida sexual, y en este sentido se encontró que las mujeres de este estudio, reportaron un total de 182 problemas sexuales, de los cuales más de la mitad fueron trastornos sexuales que se presentaron asociados a problema uroginecológico a raíz de la Incontinencia Urinaria (ver cuadro 6). Por lo que se observó una alta relación entre la aparición de trastorno sexual debido a problema uroginecológico.

El análisis de las variables relacionadas con sus antecedentes sexuales, permitió observar lo que a continuación se presenta:

La literatura estudiada indica en cuanto al abuso sexual infantil que, procurar aleccionar a los niños en materia de sexualidad durante sus años de formación

puede ayudar a protegerlos contra posibles eventos traumáticos sexuales que pueden persistir a lo largo de la vida convirtiéndose en factores principales motivantes de posteriores trastornos sexuales (Masters y Jhonson 1995). Lo cual puede ser una explicación a la alta prevalencia de problemas sexuales antes o después de un problema físico como lo reportaron: Sánchez, Morales , González, souza y Machorro (1999). En el resultado de esta investigación se observa una gran proporción de mujeres que no recibieron información sexual antes de la pubertad y casi una cuarta parte de la población reportó alguna vivencia infantil traumática.

Respecto a la masturbación en la adolescencia Kinsey y colaboradores, (1953) detectaron una incidencia entre las chicas del 20%. En otro estudio Sorenson, (1973) observó el 39 %, y en fechas más próximas Kolodny, (1980) obtuvo datos de 580 mujeres entre los 18 y los 30 años que indicaban que más de las tres cuartas partes se habían masturbado durante la adolescencia lo que subraya la tendencia que se observó en los años 80's hacia el aumento de la masturbación en las muchachas adolescentes. A pesar de esta pauta de conducta observada, en esta investigación menos de una cuarta parte de la muestra, las mujeres declararon masturbarse durante la adolescencia en donde vale la pena señalar que sólo la mitad de ésta proporción refirió orgasmo en ésta práctica.

El análisis de las variables relacionadas con su sexualidad actual en la muestra permitió observar:

Mientras la información de que se dispone indica que, en los pasados cuarenta años las técnicas sexuales matrimoniales han experimentado cambios destacables. Por ejemplo, mientras que la sexualidad bucogenital no era practicada por una gran proporción de hombres y mujeres casados, (Kinsey 1979). En la actualidad una mayoría de personas casadas han integrado la felación y el cunnilingus en su repertorio sexual, como lo manifiesta Hunt, (1975).

Sin embargo en este sentido la muestra reportó un índice menor al citado, ya que menos de la mitad de la muestra declaró utilizar las técnicas combinadas de felatio y cunnilingus como parte de su actividad sexual regular. De igual forma, al referirse a

coito anal Gebhard y Johnson, (1979) en un informe sobre los primeros volúmenes de Kinsey y colaboradores informaron que menos de 9% de los individuos casados tenía experiencia en este tipo de acto sexual. A modo de contraste, en el estudio de Hunt, (1975) se encontró casi el 25% de las mujeres casadas y la encuesta de Redbook, Levin, (1975) reportó el 43% .

No obstante los datos citados, en esta investigación se encontró que sólo el 14% practicaban o habían practicado el coito anal (ver cuadro 3).

El resultados del análisis de las variables relacionadas con su sexualidad actual en la muestra, permite observar los siguientes datos:

Sánchez, (2001) indica que no hay una sola manera de gozar de la sexualidad; las técnicas sexuales implican, como tantos otros elementos, una comunicación en la que cada miembro de la pareja traslada al otro la sensación de lo que le produce placer y de lo que no le agrada, esto no sólo varía de una mujer a otra, sino la misma mujer puede desear diferentes estímulos en distintas ocasiones, la relación sexual es algo más que una cópula mecánica, en ella intervienen los sentimientos, talentos deseos y actitudes expresados en la interrelación física que contribuyen de forma determinante en la calidad de la experiencia compartida.

Relativo a la disposición hacia lo sexual en la muestra se observó que, menos de la mitad manifestó disposición de "desear y coopera" y una tercera parte cooperaba aunque no deseaba. Aquí es importante destacar que, el índice de mujeres que solían dejar la iniciativa amorosa a sus parejas frecuentemente, fue mayor que la que se observó cuando ambos manifestaban o iniciaban el acercamiento sexual. (ver figura 2). El lenguaje de acercamiento sexual es un juego de caricias y respuestas donde la verbalización también tiene un papel importante. Por lo que estos resultados pueden ser un indicador de la vulnerabilidad de la vida sexual de las mujeres con un pobre desarrollo sexual.

En cuanto a los grupos se observó lo siguiente:

Al comparar el grupo de mujeres con disfunciones y con trastornos (grupo 1) con el grupo de mujeres sin problemas sexuales (grupo 3).

Se encontró que las diferencias entre estos dos grupos fueron en términos de modos de vida. Así notamos que en el aspecto laboral el grupo 1 reportó; mayor proporción de mujeres que indicaron combinar sus responsabilidades domésticas con un trabajo remunerado, menor proporción de las que sólo se dedicaban a las labores domésticas y menor proporción declararon estar casadas. Estos datos pudieran indicar que en este grupo existe menos estabilidad ya que al no tener pareja estable y la baja escolaridad con la que cuentan, además del trabajo doméstico se ven en la necesidad de buscar empleo fuera del hogar.

A diferencia del grupo 3 que tuvo mayor proporción de mujeres casadas, dedicadas sólo al hogar y menor proporción de mujeres que cuentan con trabajo remunerado por lo que podría inferirse que no cuentan con ingresos propios y dependen totalmente del ingreso económico de la pareja.

Otras diferencias cualitativas que se encontraron al comparar la entrevista de las mujeres de estos dos grupos son las relacionadas con la sexualidad actual las cuales examinaremos a continuación:

El grupo de mujeres con disfunción y con trastorno sexual (grupo 1) fue el grupo que en mayor proporción practicó coito anal y tuvo mayor proporción de mujeres que declararon utilizar ilustraciones u otro tipo de material de pornografía con la intención de provocar excitación sexual.

En la literatura se indica que, en las relaciones sexuales un elemento de tradición es que el hombre tome la iniciativa y que la mujer sea receptiva y responda al impulso de su pareja, las mujeres del grupo 1 dan cuenta de esto al declarar en mayor proporción, que es su pareja quien toma la iniciativa frecuentemente.

También la literatura indica que cuando el deseo sexual está disminuido, generalmente no inician la relación sexual y sólo la llevan a cabo cuando es la pareja quien lo decide. (DSM-IV), Relacionado con esto se observó que fueron mujeres con

menos disposición de "desear y cooperar" lo que hace pensar que como consecuencia de esto la función sexual puede convertirse en un problema lo que genera una sensación de malestar e insatisfacción en las relaciones interpersonales ya que tienen que ver con elementos como; el sentirse querida, la disposición y apertura, tanto de la pareja como de la paciente. Deteniéndose en este punto es importante subrayar que el grupo 1 reportó disfunciones sexuales antes del problema médico y que entre las disfunciones sexuales que se registraron con mayor frecuencia fue; la disritmia. Además de disfunción del orgasmo e inhibición del deseo, Por la baja disposición hacia lo sexual y la alta proporción de respuesta de que, sólo su compañero inicia el acercamiento amoroso surge la idea de que estas mujeres ubican las relaciones sexuales en un marco de obligación o dimensiones de una relación de pareja antes que el goce propio, lo cual impide que disfruten esta actividad como una parte inherente de la expresión de los afectos en la sexualidad y de la vida en pareja. A diferencia de las mujeres del grupo 3 quienes participaban en mayor proporción en la iniciativa amorosa y también observaron mayor proporción de mujeres con disposición de "desear y cooperar" además a diferencia del grupo 1 manifestaron nunca practicar coito anal.

Al analizar los resultados de el grupo de mujeres con disfunciones y con trastornos (grupo 1) y compararlo con las mujeres del grupo con sólo trastornos sexuales debido al problema médico (grupo 2).

Se observa de manera importante que el grupo 1 reportó menor proporción de mujeres que en su primer relación sexual tuvieron orgasmo así como menor proporción recibieron información sexual antes de la pubertad.

Es sabido que el silencio en la educación respecto a la sexualidad hace que las mujeres aprendan en la práctica casi por ensayo y error y tengan una primera experiencia sexual pobre o a veces cargada de dudas, factor importante en las dificultades para alcanzar el placer en la vivencia de la sexualidad. Por lo que se puede pensar que el desconocimiento, la falta de familiaridad con el tema sexual las

hace vulnerables al no saber manejarse en esta situación lo que conduce a posibles riesgos de eventos traumáticos sexuales en la infancia.

También el grupo 1 registró mayor proporción de reporte de evento sexual traumático. A este respecto la literatura indica que evidentemente, la conducta sexual que convierte en víctima a un infante, permite afirmar que deja secuelas de peso y de riesgo situación que puede llevar a una vida sexual adulta severamente restringida en muchas áreas de su vida, que revela una posible conflictiva emocional que en la mayoría de los casos pudiera requerir de atención psicológica Kaplan, (1990).

En tanto que las mujeres del grupo 2 que presentaron sólo trastorno sexual debido al problema médico, respondieron en mayor proporción; si haber recibido información de tipo sexual antes de la pubertad, tener menor dimensión de evento sexual traumático y mayor proporción que en la primer relación sexual experimentaron orgasmo.

Al analizar los resultados del grupo de mujeres con trastorno sexual debido al problema médico (grupo 2).y compararlo con el grupo de mujeres sin problemas sexuales (grupo 3). Se encontró lo siguiente:

Las diferencias entre estos grupos se puntualizan en que el grupo 2 observa mayor proporción de católicas, mayor edad en la primera experiencia no necesariamente coital, .Es significativo señalar que registraron mayor porcentaje de incontinencia urinaria mixta, en donde vale la pena resaltar que fueron mujeres que en promedio tuvieron más edad y respecto a esto encontramos en la literatura que, en la pérdida involuntaria de orina es alto el porcentaje de pacientes que lo consideran como algo inevitable, inclusive normal, debido a la edad, casi como una condición asociada a la vejez y que lo considera como algo vergonzoso y rechazan buscar tratamiento médico (Pontenziani B.C. 2000). Lo que podría explicar que la incontinencia urinaria que presenta este grupo sea de mayor evolución.

Respecto a este grupo que no presentó disfunciones y sólo ante el problema médico presentó trastornos sexuales (grupo 2), resulta interesante observar que fueron mujeres que se viven con más ejercicio sexual, las cuales refirieron mayor información sexual y tuvieron menos vivencias infantiles traumáticas, y más mujeres reportaron haber practicado masturbación durante la adolescencia, por lo que no es extraño encontrar que fueron las que en mayor proporción tuvieron orgasmo en la primera relación sexual, en donde se puede observar de manera clara que, efectivamente los trastornos sexuales se pueden presentar con y a pesar de tener una sexualidad satisfactoria previa ya que éstos, como refiere la literatura son causadas por padecimientos de origen médico, en estos casos se puede esperar que una vez que reciban atención médica adecuada a cada caso, el trastorno sexual disminuya o en el mejor de los casos desaparezca.

A diferencia del grupo 3 en donde se observó tener menos mujeres católicas, ser más jóvenes al momento de tener su primer experiencia sexual no necesariamente coital, reportar menor proporción de mujeres que en la adolescencia practicaron masturbación, también se observa mayor proporción de prácticas de felatio y cunnilingus y aún cuando es poca la diferencia mayor proporción de años escolares. Es interesante señalar que en el grupo de mujeres sin problemas sexuales (grupo 3) a pesar de que cuentan con experiencias sexuales traumáticas en la infancia, poca información sexual y bajo autoconocimiento corporal comparadas con los grupos se encontró en relación a las variables relacionadas con su vida sexual actual las siguientes diferencias cualitativas: refirieron una mayor apertura a las variantes sexuales, así como una mayor participación en la toma de decisiones al ejercerla y una alta disposición ante lo sexual como "desear y cooperar." Factores que les permiten ante un problema médico no tener alteraciones en su vida sexual.

Vale la pena señalar que este registró más mujeres casadas dedicadas al hogar. Aquí creemos que es conveniente considerar o tomar en cuenta las redes de apoyo debido a que son elementos que nos pueden presentar la explicación de grupo que ha sido denominado como el de "sin problemas sexuales". En estos casos, pudiera ser relevante estudiar más a fondo lo que sería la relación de pareja, y factores de orden psicológico y cultural.

Los resultados observados en este grupo de mujeres incontinentes permite inferir que la declinación hormonal y/o el cese del ciclo reproductivo no representa la terminación de la gratificación sexual.

B. Conclusiones:

1. La mujer es un ser biopsicosocial y su comportamiento sexual lo determinan factores biológicos, sociales y psicológicos que interactúan con las acciones del medio ambiente de una manera muy estrecha, por tanto no puede excluirse de su estudio ninguno de ellos, ni puede darse soluciones parciales o fragmentadas.
2. La cultura además de la historia personal y la estructura psíquica de la mujer, matizan y en ocasiones determinan su respuesta sexual.
3. La información sexual temprana es determinante para el desarrollo de la sexualidad.
4. La incontinencia urinaria es un problema que aunado a los factores antes señalados acarrea menor funcionalidad sexual afectando su calidad de vida sexual.
5. Se corroboró lo que sugiere la literatura respecto a que el número de partos es un factor de riesgo para tener incontinencia urinaria.
6. En la aparición de problemas sexuales se conjuntan factores de tipo cultural y social, en los cuales participan de manera importante las acciones del ambiente y características psicológicas que dependen sobre todo del desarrollo sexual previo.
7. Reconocer e Identificar si los problemas sexuales se presentan antes del problema médico, permite sugerir de mejor manera su canalización para su tratamiento.

8. Contar con un diagnóstico oportuno hará posible que las mujeres sean objeto de atención oportuna.

9. Las mujeres que ya presentan algún tipo de disfunción sexual tienen mayor frecuencia de presentar algún tipo de trastorno sexual a raíz del problema uroginecológico.

10. En aquellas pacientes que señalan problemas en el ejercicio de la sexualidad éstos, se complican más en mujeres donde las vivencias infantiles traumáticas están presentes.

11. La presencia de disfunción sexual en la mujer es un factor que indica que ella y tal vez su pareja necesitan atención psicológica.

12. Independientemente de la incontinencia urinaria de que se trate, las mujeres con una actitud más favorable hacia el sexo y mayor información sexual, tenderá a presentar menos problemas sexuales durante esta época de la vida.

13. Las mujeres con menos inhibiciones tienden a desarrollar una sexualidad más placentera, en donde factores de tipo psicológico y culturales se conjuntan.

14. En aquellas pacientes que presentaron disfunciones sexuales, llama la atención que en ningún caso fue motivo de consulta.

VII

SUGERENCIAS, APORTACIONES Y LIMITACIONES

A. Sugerencias

1. Realizar una investigación con una muestra mayor para ver la incidencia de este tipo de problema.
2. Al mismo tiempo que sería pertinente la aplicación de instrumentos psicológicos los cuales pudieran explicar el origen y/o la exacerbación de las disfunciones y/o trastornos sexuales.
3. Se sugiere tener injerencia en la aplicación de instrumentos de escala de ansiedad o depresión ya que se conocen que son factores determinantes en el ejercicio de la sexualidad, puesto que la depresión invade en el deseo sexual disminuyéndolo mientras que la ansiedad bloquea o paraliza la capacidad del ejercicio de la sexualidad.
4. Otro punto importante a explorar sería lo referente a satisfacción marital y sexual ya que va de la mano con la relación sexual.
5. Sería recomendable hacer la correlación entre el inicio de la vida sexual con la aparición de problemas sexuales a futuro (disfunción o trastorno) tanto en poblaciones sin problema médico o con otro tipo de problema médico.

B. Aportaciones

1. Es sabido que la incontinencia urinaria secundaria a problema uroginecológico, aunados a la edad y al climaterio pueden generar trastornos sexuales, pero al realizar un diagnóstico, el desconocimiento de la asociación entre; disfunción sexual y trastorno sexual debido a problema médico, hace que a este primer aspecto se le ponga poca atención, en cambio puede favorecer el pasar por alto sus consecuencias y dejar sin atención a las mujeres con este tipo de problema siendo objeto prioritario de los psicólogos atenderla.
2. El ofrecer recomendaciones concretas para mejorar las mediciones existentes a partir de la disponibilidad de información sobre la aparición de problemas sexuales de las mujeres, con incontinencia urinaria, puede conducir a beneficiar la asignación de recursos, tanto de la institución como de la paciente. Para la institución, el hecho de realizar una canalización objetiva, repercutirá en menor número de solicitudes de consulta y para la paciente implica menor gasto ya que la atención otorgada será enfocada al problema definido.
3. Identificar la disfunción sexual sin relación a problema médico, permitirá la canalización al Departamento de Psicología, procurando que las pacientes tengan una intervención temprana e integral orientada a una asistencia más focalizada.
4. Una vez teniendo la posibilidad de contar con ésta identificación podría conformarse grupos en donde a las pacientes con este tipo de problemas se les proporcione intervención psicológica, referente a la adaptación de su cuerpo a los cambios hormonales, envejecimiento, y enfermedades asociadas a esto, que permita entender que estos hechos no excluyen el derecho al placer.
5. Se espera que después de la intervención médica, el trastorno sexual debido a problema médico se resuelva, en su defecto la persistencia de éste sugerirá la canalización de la paciente al Departamento de Psicología, lo que ofrece una

posibilidad terapéutica de apoyo en la reacción de ajuste, puesto que el trastorno sexual no se puede manipular en todas las pacientes de la misma manera. Implementando así alternativas que pueden considerarse en el tratamiento integral de la mujer.

6. En la búsqueda de propuestas y alternativas de intervención que beneficien a las pacientes con esta enfermedad tal vez ayude a elaborar una guía fundamental dirigida a este tipo de pacientes que explique la asociación de sus trastornos sexuales debido a la enfermedad médica, centrandose en los obstáculos que bloquean el desempeño sexual y auxiliarlos a entenderlos y manejarlos.

C. Limitaciones

La limitante en este estudio fue que, es un estudio descriptivo y nuestras diferencias fueron sólo cualitativas, sería conveniente hacer otro tipo de diseño que permitiera hacer comparaciones entre grupos y estudiar factores asociados, además de comparar este tipo de población con otra que presentara otros problemas médicos.

Otra limitante, como se mencionó en la introducción, se refirió al hecho de que la paciente pudiera consentir asistir al Departamento de Psicología, el mismo día de su cita médica ó asistiera a una cita posterior, para la aplicación de la entrevista dando como resultado un bajo número de captura para la muestra.

Bibliografía

1. Acta obstet Gyneco Scand 2000. Jul; 79 (7) 598-603
2. Álvarez, Gayou J, 1986. *Sexoterapia integral*.: Interamericana DF, México
3. American Psychiatric Association, 1995. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* D.S.M. 1V Barcena Mason 505-551p.
4. Baraibar, R. & Carrera, J. 1987. *Nomenclatura y sistemática de la patología perinatal, Tratados de Obstetricia Dexeus* Tomo II. Deseux S. & Carrera M, editores: Salvat Editores, S.A. 1-3 p. Barcelona
5. Burin, M. & Mele, r I. 1999. *Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. : Paidós psicología profunda 19-21 211-233 p. Buenos Aires
6. Casamadrid, Pérez. J. 1998. *Aspectos psicológicos y sociales. Atención integral del climaterio* Comp. Por: Sebastian Carranza lira.: Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. 153-164 p. DF, México
7. Carranza, Lira. S. 1998. *Cuadro clínico y diagnóstico: Atención Integral del Climaterio* Comp. Por: Sebastian Carranza lira. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V 22-26 p. . DF, México
8. Cerqueira, M.J. 1996. *Muerte fetal anteparto. Riesgo Elevado_Obstétrico* Comp. por Lluís Cabero Roura.L.: MASSON, S.A. 367-381 p. Barcelona, España
9. De la Garza, T. 1993. *El climaterio sus perturbaciones psiquicas y psicomaticas* Boletín Informativo Asociación Mexicana del Noroeste Para el Estudio del Climaterio A. C. 1-4-p.
10. Ellerkmann, R., Cundif, W.Mielick, C. nihira M. Leffer.K. and Bent, E.2001. *Correlation of Symptoms With Location and Severity of Pelvic Organ Prolapse* American Journal Obstet and Gynecol ; 185:1332-8
11. Espuña, M. 2000. *Incontinencia Urinaria* En Red . Disponible en : [www://.minusva/2000.com/literatura/articulos/incontinencia.urinaria.html](http://www.minusva/2000.com/literatura/articulos/incontinencia.urinaria.html)
12. Foucault, M. 1979. *History of Sexuality: An Introduction*. Londres: Allen Lane. vol. 1, 105 p.
13. Gonzalez, G. Sánchez, C. Morales, F. Diaz, R. y Valdez, A. 1999.. *Niveles de ansiedad y depresión en mujeres con y sin disfunción sexual: Estudio comparativo*. Rev.Mex. Psicol. 16: 17-23

14. González, Santos, J. 1998. *Repercusión urogenital del climaterio y la edad En Atención Integral de el Climaterio* Comp. por: Sebastian Carranza Lira Mc. Graw Hill Interamericana 177 -184 p. DF, México
15. Henry, S. Leonard.1957 *An Introduction to Principles of right Reason* Henry Holt and Company, 271 p.
16. James, A. McBurney y Ernest J. Wrage, 1953. *The Art of good Speech* Prentice Hall Inc., pág. 155
17. Janeway, E. 1973. *El lugar de la Mujer en el mundo del hombre* Extemporáneos.:Capítulo 7, 115-127 p. México
18. Jaramillo, N. Agosto 2000. adaptado por las guías AHCPDR .En Red:
 Disponible en: <http://www.contusalud.com/website/folder/sepa-enfermedades-incontinencia.html>
19. Katchadourian, H. 1979. *La Sexualidad Humana* : Fondo de Cultura Económica. 7-45 p. DF, México
20. Kundhart, R. & Velázquez, S. 2000. *Disfunción del piso pélvico En: Climaterio Estudio, diagnóstico y tratamiento* José Manuel Septien González, editor Intersistemas S. A. de C. V. DF, 213-220 p. México
21. Liguori, A. I. & Szasz, I. 1996. *La investigación sobre la sexualidad en México* INPer, Pernitología Reprod hum Vol 10 No 2:Abril-Junio, 1996; 10:89-99 México
22. Martínez. De velasco V. J.E. 2000. *Calidad de vida en el climaterio En:Climaterio Estudio,.Diagnóstico y tratamiento* José Manuel Septién Gozáles, editor 28-33 p. DF; México
23. Masters W, Johnson, V. & Kolodny. 1995. *La Sexualidad Humana* Grijalbo. Vol 1, Vol 3 Barcelona:
24. Matthew, et al. 2002 *for the Continence Program for women Research Group. Sexual Function in women with Urinary Incontenence and Pelvic Organ Polapse.* Obstet Gynecol 2002; 99: 281-7
25. Montoya, R.2000. *Principales problemas urogenitales y sus manifestaciones En Climaterio Estudio, diagnóstico y tratamiento* José Manuel Septien González, editor Intersistemas S. A. de C. V. 158-169 p. México

26. Morales, H. 1999.. *Demanda de consulta por problemas sexuales de mujeres en edad fértil de la clínica de "Marina Nacional" ISSSTE*, tesis de especialidad UNAM facultad de Medicina México D.F.
27. Morfin, J. 1998. *Urología en el climaterio en: Climaterio femenino* PACGO 1, Ginecología libro 1. Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia . 67-75 p.
28. Palacios, G. & Menéndez, C. 1993. *Alteraciones del tracto urinario bajo y menopausia En: Climaterio y Menopausia*. Madrid
29. Potenziani, B. Julio Cesar. 2002. *Incontinencia Urinaria*.(En red). Disponible en: Website:urologiaaldia.com. Centro Medico de Caracas. <http://www.soveuro.com.ve/svunuevo/pages/infalpublico.html>
30. Ramírez, S. En Urrutia , E. 1994. *Patrones culturales en la vida genital y procreativa de la mujer, particularmente en México*. En: *Imagen y Realidad de la Mujer*. SEP Diana: 134-13 p. México.
31. Rubio, E. 1994. *Introducción al estudio de la sexualidad humana: los problemas sexuales*.En: *Antología de la Sexualidad Humana*. (Ed.) CONAPO : Miguel Ángel Porrúa. tomo 1, 41-44 p. México
32. Rubio, E. & Revuelta, S. 1994. *Fisiología del erotismo Humano* *Antología de la Sexualidad Humana*. (Ed.). CONAPO: Miguel Ángel Porrúa tomo 1, 479 480 p. México
33. Rubio, E. & Martínez D. 1994. *Las disfunciones sexuales* .En *Antología de la Sexualidad Humana*. CONAPO (Ed.): Miguel Angel Porrúa tomo III, 203 241 p. México
34. Robles, J.E. 2003. *Curso de Formación en Incontinencia urinaria*, organizada por el Departamento de Urología de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra En red . Disponible en <http://www.unav.es/cun/noticias/030151.html>
35. Salinas, J.(2001) Parto e Incontinencia Urinaria En Red . Disponible en: <http://www.viatusalud.com/documento.asp?ID=>
36. Sánchez, C., Morales, F., González, G., Souza, M. & Romo, M. 1997. *Prevalencia y tipos de Disfunción Sexual Femenina*. Revista Psicopatología 17 (4), 174-178 Madrid:.
37. Samsøe G: Urogenital aging: a hidden problem. Am J. Obstet Gynecol. 1998:178-245-9

38. Sociedad de Médicos Cirujanos 1994. del Hospital de Gineco-obstetricia No. Uno-Cuatro del Intituto Mexicano del Seguro Social. *Procedimientos en Obstetricia* p- 49
39. Souza, Cárdenas, Montero & Mendoza. 1987. *Historia Clínica Codificada para la sexualidad*. Revista de Ginecología y Obstetricia de México, 55, 277-287
40. Tanagho, E. 1997. *Incontinencia urinaria En Urología general* El Manual Moderno 545- 557 p. México
41. Tanagho, E . 1997. *Padecimientos de la Uretra Femenina En Urología General*, El Manual Moderno 505-507 p.México
42. Vigo, N.J., Wilks, F. E, Mocellini, J-A, . Hereño, C. R. & Scorticati H.. 1989. El estudio Clínico urológico y los síndromes En Urología_El Ateneo, cap 6, 49- 59 p. Argentina:
43. Walters MD, Taylor S, Schoenfeld LS. 1990. *Psychosexual study of women with detrusor instability*. *Obstet Gynecol*;75:22-6
44. Weber A.M. et al. 2000. *Sexual function and Vaginal Anatomy in Women Before and after Surgery for Pelvic Organ Prolapse and Urinary Incontinence*;1610-15
45. Weber A.M. 1995. *Sexual function in women with ueterovaginal prolapse and urinary incontinence*. *Obstet Gynecol* 85:483-7.
46. Webster, S.K., J.E. Bauman y R. C. Kolondy. 1978. *The Biochemistry of Dysmenorrhea*. Saint Louis University, Saint Louis Missouri.
47. Weeks, Jeffrey. 1994. *La sexualidad e historia: reconsideración* CONAPO (Ed.) Antología de la Sexualidad Humana.: Miguel Ángel Porrúa tomo 1, 179-199 p. México

ANEXO

(4) _____

8. Servicio:
- Psicología (1)
 - Ginecología (2)
 - Urología (3)
 - Medicina interna (4)
 - Psiquiatría (5)

9. Motivo de la aplicación:

- Investigación (1)
- Docencia (2)
- Ambos (3)
- Otros,

especificar

(4) _____

3130-

29/A

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

(4) _____

11. Forma de aplicación:

- Directa (1)
- Indirecta (2)
- Ambas (3)

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

CAPITULO II

Datos generales del entrevistado:

13.

Nombre: _____

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

14. Edad: _____ años cumplidos

15. Sexo: M F

16. Estado civil

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

especificar

(7) _____
17. Lugar de origen (donde paso los 10 primeros años de su vida): México. D.F. (1)
Estado, especificar

(2) _____
Otro, especificar

(3) _____ 18. Años de escolaridad: _____

19. Ocupación (fecha de la entrevista):

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

(13) _____
20. Si trabaja, ¿Cuántas horas al día dedica a esta actividad? _____

3130-

29/B

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

22. Religión:

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

(5) _____
23. ¿Con quién vive actualmente?:

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

Padres (7) especificar
 Otro, _____

(8) _____
 Nivel socioeconómico

24. Ingreso mensual:

0 a 1000 N\$	(1)				
1000 a 2000 N\$	(2)				
2000 a 3000 N\$	(3)				
3000 a 4000 N\$	(4)				
4000 a 5000 N\$	(5)				
5000 o más N\$	(6)				

Ingreso per cápita al
 mes _____

¿Cuántas recámaras tiene su
 casa? _____

¿Cuántas personas promedio duermen en cada
 recámara? _____

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

CAPITULO III

Motivo de estudio

25. Razón de la entrevista:

Investigación (1)

Interconsulta (2)

Iniciativa propia (3)

Otras, _____

especificar

(4) _____

26. Impresión diagnóstica del
 envío _____

CAPITULO IV

Antecedentes familiares patológicos

27. Diabetes

no (1)

Si, especificar _____

(2) _____

28. Alcoholismo

No (1)

Si, especificar (2) _____

29/C

29. Cáncer

No (1)

Si,

especificar

(2)

30. Cardiovasculares

No (1)

Si,

especificar

(2)

31. Padecimientos endocrinológicos

No (1)

Si,

especificar

(2)

32. Padecimientos psiquiátricos

No (1)

Si,

especificar

(2)

33. Padecimientos respiratorios

No (1)

Si,

especificar

(2)

34. Padecimientos dermatológicos

No (1)

Si,

especificar

(2)

35. Alergias

No (1)

Si,

especificar

(2)

36. Padecimientos digestivos

No (1)

Si,

especificar

(2)

37. Padecimientos psicossomáticos

No (1)

Si,

especificar

(2)

38. Migraña

No (1)

Si,

especificar

(2)

39. Padecimientos inmunológicos

No (1)

Si,

especificar

(2)

40. Padecimientos de transmisión sexual
 No (1)
 Si, especificar
 (2) _____
41. Padecimientos de vías biliares
 No (1)
 Si, especificar
 (2) _____
42. Farmacodependencia
 No (1)
 Si, especificar
 (2) _____
43. Padecimientos sexuales
 No (1)
 Si, especificar
 (2) _____
44. Padecimientos neurológicos
 No (1)
 Si, especificar
 (2) _____
45. Padecimientos genéticos
 No (1)
 Si, especificar
 (2) _____
- 29/D 3130-
46. Padecimientos congénitos
 No (1)
 Si, especificar
 (2) _____
47. Padecimientos vasculares
 No (1)
 Si, especificar
 (2) _____
48. Otros _____

CAPITULO V

Antecedentes personales patológicos

49. Alcoholismo
 No (1)
 Si, especificar
 (2) _____
50. Diabetes
 No (1)

	Si,		especificar
(2)	<hr/>		
51.	Cáncer		
	No	(1)	
	Si,		especificar
(2)	<hr/>		
52.	Cardiovasculares		
	No	(1)	
	Si,		especificar
(2)	<hr/>		
53.	Padecimientos endocrinológicos		
	No	(1)	
	Si,		especificar
(2)	<hr/>		
54.	Padecimientos psiquiátricos		
	No	(1)	
	Si,		especificar
(2)	<hr/>		
55.	Padecimientos respiratorios		
	No	(1)	
	Si,		especificar
(2)	<hr/>		
56.	Padecimientos digestivos		
	No	(1)	
	Si,		especificar
(2)	<hr/>		
57.	Alergias		
	No	(1)	
	Si,		especificar
(2)	<hr/>		
58.	Padecimientos psicossomáticos		
	No	(1)	
	Si,		especificar
(2)	<hr/>		
59.	Migraña		
	No	(1)	
	Si,		especificar
(2)	<hr/>		
60.	Padecimientos inmunológicos		
	No	(1)	
	Si,		especificar
(2)	<hr/>		
61.	Padecimientos de las vías biliares		
	No	(1)	
	Si,		especificar
(2)	<hr/>		

29/E

62. Padecimientos de transmisión sexual

No (1)

Si,

especificar

(2)

63. Padecimientos dermatológicos

No (1)

Si,

especificar

(2)

64. Padecimientos quirúrgicos

No (1)

Si,

especificar

(2)

65. Padecimientos sexuales

No (1)

Si,

especificar

(2)

66. Padecimientos urinarios

No (1)

Si,

especificar

(2)

Padecimientos traumáticos

No (1)

Si,

especificar

(2)

68. Tabaquismo

No (1)

Si,

especificar

(2)

Farmacodependencia

No (1)

Si, especificar (2)

70. Padecimientos infecciosos

No (1)

Si,

especificar

(2)

Padecimientos en la piel

No (1)

Si,

especificar

(2)

72.

Otros

CAPITULO VI

Antecedentes personales no patológicos

73. Higiene personal

Buena (1)

Regular (2)

Mala (3)

74. Higiene habitacional

Buena (1)

Regular (2)

Mala (3)

75. Alimentación

Tres veces al día (1)

Menos de tres veces al día (2)

76. ¿Come carne o sustitutos de la misma?

¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

77. ¿Come fruta?

¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

3130-

29/F

78. ¿Come verduras?

¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

79. ¿Come leguminosas (frijol, habas lentejas, etc.)?

¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

80. ¿Consume lácteos?

¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

81. ¿Consume cereales (Pan, tortillas, arroz)?

¿Cuántos días de la semana? (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

82. Uso del tiempo libre

Actividades recreativas (1)

Actividades culturales (2)

Actividades deportivas (3)

Ninguna (4)

Ambas,

especificar

(5) _____

CAPITULO VII

Problemas recientes

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

a) Salud (1)

b) Económico (2)

c) Familiar (3)

d) Pareja (4)

- e) Laboral (5)
- f) Ginecológico (6)
- g) Obstétrico (7)
- h) Emocional (8)
- i) Sexual (9)
- j) Otro (10)

84. Explique brevemente cual fué _____

—

—

CAPITULO VIII

Antecedentes biopsicosociales de la sexualidad

85. Experiencias sexuales traumáticas infantiles:

No (1)

Si, especificar

(2) _____

Edad _____

86. ¿Recibió información sobre la menstruación?

Ninguna (1)

Padre(s) (2)

Maestro (3)

Amiga (4)

Otro(s) familiar(es) (5)

Sacerdote (6)

Otro, especificar

(7) _____

3130-

29/G

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

No (1)

Si, especificar

(2) _____

88. Edad de aparición de los caracteres sexuales secundarios:

Antes de los 8 años (1)

De 8 a 10 años (2)

De 10 a 12 años (3)

De 12 a 14 años (4)

De 14 a 16 años (5)

Después de los 16 años (6)

89. Edad de la menarca _____
90. Recuerdo que _____ tiene acerca de su primera
menstruación _____

91. Ritmo menstrual

Regular (1)

Irregular (2)

92. Síntomas acompañantes de la menstruación

No (1)

Si, _____ especificar

(2)

93. Masturbación durante la adolescencia

Con orgasmo (1)

Sin orgasmo (2)

No procede (3)

94. Frecuencia masturbatoria durante la adolescencia

Entre 1 y 2 veces por semana (1)

Entre 3 y 4 veces por semana (2)

Entre 5 y 6 veces por semana (3)

Más de 7 veces por semana (4)

No procede (5)

95. Edad de inicio de la masturbación _____

96. Motivo para realizar su sexualidad:

Reproducción (1)

Satisfacción (2)

Afecto (3)

Autoafirmación (4)

Ambas, _____ especificar

(5) _____

Otro, _____ especificar

(6) _____

97. Temores hacia la sexualidad y lo sexual:

No (1)

Si, _____ especificar

(2) _____

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

99. ¿La primera experiencia sexual fue voluntaria?

Si (1)

No, especificar (2)

29/H

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

Hombre (1)

Mujer (2)

Otro, especificar

(3)

Edad de la pareja de esa experiencia _____

Vínculo de unión con esa

pareja _____

101. ¿Su primera experiencia sexual dejó alguna consecuencia?

No (1)

Si, especificar

(2)

102. Su primera experiencia coital fue:

Con orgasmo (1)

Sin orgasmo (2)

No procede (3)

103. Edad de inicio de la actividad coital _____

104. La desfloración sucedió:

Adecuadamente (1)

Inadecuadamente (2)

No procede (3)

105. Actividad sexual durante la menstruación:

Siempre (1)

Ocasionalmente (2)

Nunca (3)

106. Actividad masturbatoria durante la menstruación:

Siempre (1)

Ocasionalmente (2)

Nunca (3)

107. Episodios de dolor durante el coito:

Al inicio de este, no impide el coito (1)

Al inicio de este, impide el coito (2)

Durante el coito (3)

Al final del coito (4)

No procede (5)

108. Número de compañeros sexuales no estables (relación menor a dos años) _____

109. Sexo de los compañeros sexuales referidos:

Masculino (1)

Femenino (2)

Ambos, especificar

(3)

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

3130-

29/I

113. Tiempo transcurrido entre el inicio de la vida sexual activa y el embarazo:

- Menos de 1 año (1)
- De 1 a 2 años (2)
- De 3 a 4 años (3)
- De 5 a 6 años (4)
- De 7 a 8 años (5)
- De 9 a 10 años (6)
- Mas de 10 años (7)
- No procede (8)

114. Datos ginecoobstétricos (indicar con número):

- Gestas _____
- Partos _____
- Abortos _____
- Cesáreas _____
- Obitos (muerte fetal) _____
- Mortinatos (muerte perinatal) _____

115. Edad y sexo de los hijos en orden cronológico de mayor a menor

116. Productos con defecto al nacimiento:

- No (1)
- Si, especificar

(2) _____

Sexo del producto M F

117. Repercusión sexual negativa del embarazo:

- Ninguna (1)

- Durante el embarazo (2)
 Postparto (3)
 Postaborto (4)
 Postcesárea (5)
 No procede (6)
118. Repercusión sexual negativa de la menopausia:
 No (1)
 Si, especificar
 (2) _____
 No procede (3)

CAPITULO IX

Comportamiento sexual actual

a) Descripción general

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

- Desea y coopera (1)
 Desea y no coopera (2)
 No desea y coopera (3)
 No desea y no coopera (4)
 No procede (5)
120. Preparación higiénica para la relación sexual:
 No (1)
 Si (2)

3130-

29/J

121. Ubicación más frecuente de la relación sexual:
 En casa (1)
 Fuera de casa (2)
 Ambos, especificar
 (3) _____
 No procede (4)
122. Posición más frecuente para la relación coital:
 Mujer boca arriba-hombre encima (1)
 Hombre boca arriba-mujer encima (2)
 Mujer arrodillada y agachada-hombre atrás (3)
 Hombre y mujer sentados (4)
 Hombre y mujer de pie (5)
 Todas sin predominio (2 o mas de las anteriores) (6)
 Otra, especificar
 (7) _____

- No procede (8)
123. Horario predominante de la relación sexual:
- | | | |
|------------|-----|-------------|
| Matutino | (1) | |
| Vespertino | (2) | |
| Nocturno | (3) | |
| Ambos, | | especificar |

(4)

No procede (5)

124. ¿Quién propone la relación sexual mas frecuentemente?:

Mi pareja	(1)
Solo yo	(2)
Ambos	(3)
No procede	(4)

125. La proposición de la relación sexual se hace preferentemente:

De manera verbal	(1)
Paraverbal	(2)
Ambas,	

especificar

(3)

No procede (4)

126. Las condiciones ambientales para la relación sexual son:

Cómodas y satisfactorias	(1)
Cómodas e insatisfactorias	(2)
Incómodas y satisfactorias	(3)
Incómodas e insatisfactorias	(4)
No procede	(5)

127. La relación sexual se realiza preferentemente:

Vestidos	(1)
Desnudos	(2)
Semivestidos	(3)
Ambas, especificar	(4)
No procede	(5)

- b) Síndromes clínicos específicos
Trastornos de la identidad de género

3130-

29/K

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

No (1)
Si (2)

Parafilias

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

No (1)
Si (2)

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

No (1)
Si (2)

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

No (1)
Si (2)

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

No (1)
Si (2)

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

No (1)
Si (2)

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

No (1)
Si (2)

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

No (1)

Si (2)

3130-

29/L

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

No (1)

Si (2)

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

No (1)

Si (2)

Disfunciones psicosexuales

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

No (1)

Si (2)

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

No (1)

Si (2)

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

No (1)

Si (2)

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

No (1)

Si (2)

142. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado inhibición recurrente y persistente del orgasmo, tras una fase

de excitación normal, en condiciones adecuadas para ello y sin relación a problemas físicos?

No (1)

Si (2)

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

No (1)

Si (2)

3130-29/M

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

No (1)

Si (2)

Trastornos sexuales debidos a enfermedad médica.

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

No (1)

Si (2)

Indicar enfermedad médica _____

Tiempo de evolución _____

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

No (1)

Si (2)

Indicar enfermedad médica _____

Tiempo de evolución _____

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

No (1)

Si (2)

Indicar enfermedad médica _____

Tiempo de evolución _____

148. ¿A raíz de una enfermedad médica ha presentado fracaso

completo en mantener la lubricación y la tumefacción de la excitación sexual, hasta el final del acto sexual, bajo condiciones adecuadas para ello?

No (1)

Si (2)

Indicar

enfermedad

médica _____

Tiempo de evolución _____

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

No (1)

Si (2)

Indicar

enfermedad

médica _____

Tiempo de evolución _____

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

No (1)

Si (2)

Indicar

enfermedad

médica _____

Tiempo de evolución _____

3130-29/M

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

No (1)

Si (2)

Indicar enfermedad médica _____

Tiempo de evolución _____

Homosexualidad egodistónica

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

No (1)

Si (2)

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

- No (1)
Si (2)
- c) Variantes sexuales no patológicas
¿Ha realizado o participa como parte de su actividad sexual regular alguna de las siguientes preguntas?
154. Felatio
No (1)
Si (2)
155. Cunnilingus
No (1)
Si (2)
156. Coito anal
No (1)
Si (2)
157. Sexo en grupo
No (1)
Si (2)
158. Uso de parafernalia sexual (Enemas, vibradores y otros instrumentos diseñados para lograr la excitación)
No (1)
Si (2)
159. Consumo de alcohol y/o drogas
No (1)
Si (2)
160. Bisexualidad
No (1)
Si (2)
161. Pornografía
No (1)
Si (2)
162. Homosexualidad egosintónica
No (1)
Si (2)

3130-

29/N

163.

Otro,

especificar _____

164. Actitud de la pareja ante el problema diagnosticado:

- Cooperación (1)
Rechazo (2)
Ambivalencia (3)
Ignorancia (4)
No procede (5)

CAPITULO X

Antecedentes terapéuticos

165. La paciente ha recibido tratamiento:

Médico (1)

Quirúrgico (2)

Psicológico (3)

Psiquiátrico (4)

Ambos,

especificar

(5)

Automedicación (6)

Otro,

especificar

(7)

No procede (8)

166. El tratamiento lo recibió en:

Consulta externa (1)

Hospitalización (2)

Ambos,

especificar

(3)

Otros,

especificar

(4)

No procede (5)

167. Duración del tratamiento:

De 1 a 2 consultas (1)

De 3 a 5 consultas (2)

De 6 a 10 consultas (3)

De 11 a 20 consultas (4)

De 21 a 30 consultas (5)

De 31 a 40 consultas (6)

Más de 40 consultas (7)

No procede (8)

Privado _____

Institucional _____

Ambos _____

Otro _____

168. Resultados del tratamiento:

Se eliminó la sintomatología (1)

Se modifico parcialmente la sintomatología (2)

La sintomatología continua como tal (3)

Se agravó la sintomatología (4)

No procede (5)

29/Ñ

CAPITULO XI

Estado actual de salud

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

- | | | |
|-------------------------|-----|-------------|
| Adolescente embarazada | (1) | |
| Embarazo de alto riesgo | (2) | |
| Esterilidad | (3) | |
| Pérdidas, | | especificar |
| (4) _____ | | |
| Climaterio | (5) | |
| Problema ginecológico | (6) | |
| Trastorno sexual | (7) | |
| Otros, | | especificar |
| (8) _____ | | |
170. _____ Describe brevemente _____
-
-
-
-

CAPITULO XII

Diagnóstico

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

	Anterior	Actual
Trastornos de la identidad en la infancia	(1)	(1)
Transexualismo	(2)	(2)
Trastorno de la identidad sexual atípica	(3)	(3)
Fetichismo	(4)	(4)
Transvestismo	(5)	(5)
Zoofilia	(6)	(6)
Paidofilia	(7)	(7)
Exhibicionismo	(8)	(8)
Voyeurismo	(9)	(9)
Masochismo sexual	(10)	(10)
Sadismo sexual	(11)	(11)

Parafilia atípica	(12)	(12)
Inhibición del deseo sexual	(13)	(13)
Inhibición de la excitación sexual	(14)	(14)
Inhibición orgásmica	(15)	(15)
Dispareunia funcional	(16)	(16)
Vaginismo funcional	(17)	(17)
Disrritmia	(18)	(18)
Aversión al sexo	(19)	(19)
Disfunción psicosexual atípica	(20)	(20)
Homosexualidad egodistónica	(21)	(21)
En estudio	(22)	(22)
No procede(se ignora, no tuvo)	(23)	(23)
Ambos, especificar		(24)
(24) _____		

—

3130-

29/0		
Otros, especificar		(23)
(23) _____		

—

CAPITULO XIII

Recomendaciones terapéuticas

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

- Solo información general (1)
- Orientación profesional (2)
- Farmacoterapia (3)
- Terapia conductual (4)
- Psicoterapia (5)
- Tratamiento quirúrgico (6)
- Interconsulta (7)
- Canalización (8)
- No procede (9)
- Ambas, especificar

(10) _____
Otra, especificar

(11) _____

CAPITULO XIV

Pronóstico

173. Evaluación global de la severidad:

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

especificar

- (8) _____ (9)
No procede

CAPITULO XV

Comentarios y observaciones

174. La información fué relatada por:

- La paciente (1)
- La paciente y su pareja (2)
- Otro,

especificar

- (3) _____

175. Credibilidad de la información:

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

176. Actitud de la paciente ante el
interrogatorio _____

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

3130-