



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**“PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS
PROBLEMAS SEXUALES EN MUJERES CLIMATÉRICAS”
(ESTUDIO EXPLORATORIO)**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA GENERAL EXPERIMENTAL
P R E S E N T A
EVANGELINA ALDANA CALVA**

DIRECTOR DE TESIS:

DR. FRANCISCO ANTONIO MORALES CARMONA

MIEMBROS DEL COMITÉ:

DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN

DRA. LUISA ROSSI HERNÁNDEZ

DR. ROLANDO DÍAZ-LOVING

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS





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.

DEDICATORIAS

A mi padre, quien ya no está conmigo, pero quien me enseñó el amor a la vida y el respeto al trabajo.

A mi madre, por ser quien es y de quien admiro su fortaleza, ternura y comprensión.

A mi familia, Octavio, con quien elegí pasar mi vida y a quien agradezco su apoyo y comprensión incesante, a mis hijas Laura y Brenda, que son fuente de inspiración para ser mejor día a día.

A mis familiares, hermanos, cuñada, sobrinos y primas con quien recorro día a día la vida, compartiendo el amor y lealtad que nos une.

A Ma. Eugenia, por su acompañamiento y esfuerzo invertido para sacar adelante este trabajo, y con quien comparto objetivos y metas profesionales, además de su amistad.

A Cecy, Marco y Guillermo, por el compañerismo que nos une en el quehacer cotidiano.

A Bertha quien ha colaborado de manera incondicional a lo largo del trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A los pacientes de la Clínica de climaterio por su colaboración en este trabajo.

A las autoridades del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, por las facilidades otorgadas para este trabajo.

Al Dr. Francisco A. Morales Carmona, por su apoyo incondicional para la realización de este estudio.

A los asesores del Comité de Tesis: Dra. Sofía Rivera Aragón, Dra. Luisa Rossi Hernández, Dr. Rolando Díaz-Loving y Dr. Samuel Jurado Cárdenas, por su tiempo y valiosas aportaciones para enriquecer este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	III
I CLIMATERIO	1
1.1 Antecedentes Históricos	2
1.2 Fases del climaterio	8
II MANIFESTACIONES CLÍNICAS	10
2.1 Problemas de salud	13
III CAMBIOS EN EL CLIMATERIO	15
3.1 Cambios Biológicos	16
3.2 Cambios Físicos	23
3.3 La depresión como síntoma psicológico más frecuente en el climaterio	25
3.4 Factores psicosociales que interfieren en el estado emocional durante el climaterio	28
IV SEXUALIDAD.....	40
4.1 Historia de la sexualidad	41
4.2 Respuesta sexual humana	44
4.3 Sexualidad y climaterio	49
V DISFUNCIONES SEXUALES	57
5.1 Definición	58
5.2 Categorías Diagnósticas	58
5.3 Clasificación de las Disfunciones Sexuales	64
5.4 Investigaciones realizadas acerca de las Disfunciones y Trastornos Sexuales	72

VI TRASTORNOS SEXUALES	83
6.1 Definición	83
6.2 Clasificación	83
VII GÉNERO	88
7.1 Conceptos	89
MÉTODO	99
RESULTADOS	110
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	121
CONCLUSIONES	128
BIBLIOGRAFÍA	129
ANEXOS	145

RESUMEN

El climaterio, sin duda alguna, es una etapa complicada en sí misma, por la connotación psicosocial que tiene, además de que es un momento en la vida que permite que se evidencien o se exacerben una serie de síntomas, de los cuales algunos tienen su origen en esta etapa de vida, sin embargo, existen otros que han estado acompañando a la mujer siempre.

Las pacientes en climaterio con frecuencia refieren baja de la libido (deseo sexual inhibido), a lo cual la primera respuesta por parte de los especialistas de las instituciones de salud, es brindar una explicación basada en la premisa hormonal, la que refiere que existe una gama amplia de sintomatología que deriva del declive hormonal, por lo que la primera indicación es ofrecer un suplemento hormonal, sin llevar a cabo una búsqueda minuciosa del origen de este tipo de problema y en general de los problemas sexuales. El origen de este trabajo se da a partir de la observación del sobrediagnóstico y sobremedicación que las mujeres climatéricas toleran cuando presentan algún problema sexual.

Esta investigación estudió una muestra de 139 mujeres en etapa de climaterio, con un rango de edad de 40 a 60 años, todas pacientes de la clínica de climaterio del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, donde el objetivo general fue conocer ¿Cuáles son los problemas sexuales que la mujer en climaterio presenta y cuál es su frecuencia?, y los objetivos específicos fueron, conocer cómo se comportan algunas variables sociodemográficas como edad, estado civil, escolaridad, ocupación en la muestra estudiada; cómo se manifiestan algunas variables relacionadas con aspectos sexuales y ejercicio de la sexualidad; si existe relación entre la sintomatología depresiva y los problemas sexuales que la muestra presenta, si hay relación entre la información sexual, número de compañeros sexuales, disposición hacia la sexualidad y los problemas sexuales en las mujeres de esta muestra.

Los resultados obtenidos nos indican que este sector de la población presenta un rango amplio (1 a 5) de disfunciones sexuales, de las cuales la más frecuente es el deseo sexual inhibido, lo cual concuerda con las evidencias revisadas, además se encontró que la información sexual, el número de compañeros sexuales y la disposición hacia la sexualidad, son factores importantes que disminuyen el riesgo de presentar al menos una disfunción sexual.

De esto se concluye que existe la necesidad de continuar con estudios que permitan corroborar hipótesis sobre el funcionamiento sexual óptimo en la mujer en climaterio, así como profundizar en los aspectos psicosociales que influyen en esta problemática.

INTRODUCCIÓN

Como consecuencia de los cambios hormonales que ocurren en el climaterio, algunas mujeres presentan síntomas que afectan su calidad de vida. Sin embargo, esta etapa no siempre se ha relacionado con una base epidemiológica sólida, con diversos síntomas y procesos crónicos. Esta situación ha conllevado a que algunas mujeres se hayan medicado en exceso, un ejemplo claro de lo anterior es cuando refieren baja de la libido, o alguna disfunción sexual, y el área médica indica hormonales para su tratamiento, sin una exploración a fondo que indique el origen del problema, esto nos lleva a la reflexión de que a través del tiempo se ha perdido el interés por particularizar e indagar a fondo el origen de la problemática manifestada por cada una de las pacientes. Parte de lo anterior se debe al desarrollo vertiginoso que tiene la nueva biotecnología, y a la necesidad de estar al día. El aumento en la esperanza de vida, junto con los avances terapéuticos, se sitúan en un nuevo perfil epidemiológico de las personas de este grupo de edad (Grupo de trabajo de menopausia y potmenopausia, 2004).

En esta etapa de la vida de la mujer es importante diferenciar qué síntomas y problemas de salud están asociados con el cese de la función estrogénica y cuáles no. Asimismo, es fundamental conocer qué tratamientos e intervenciones son eficaces y seguros para evitar una medicina consumidora de doctrinas, tecnologías y fármacos foráneos (Grupo de trabajo de menopausia y potmenopausia, 2004; International Position Paper on Women`s, 2002; Nelson HD, Haney E, Humphrey L, Millar J, Nedrow A, Nicolaidis C, Vesco K, Walter M, Bougatsos C. & Nygren P., 2005).

Por lo que esta investigación tomó en cuenta la metodología propuesta por la Medicina Basada en Evidencias, con la finalidad de hacer una revisión sistemática de la literatura sobre el climaterio y las disfunciones sexuales que se presentan en esta etapa, para reconocer cuáles elementos intervienen en el desarrollo de las mismas, así como para plantear las recomendaciones sobre el diagnóstico e intervención de dichas disfunciones, y por último, para fundamentar los resultados obtenidos en este estudio.

Véanse los cuadros 1 y 2 del ANEXO 1, al final del trabajo, para conocer la clasificación de los niveles de evidencia, así como los niveles de recomendación utilizados en este trabajo para especificar la bibliografía revisada (lo cual aparece en el texto marcado con números romanos (evidencias) y letras (recomendaciones) en superíndice, junto a la bibliografía correspondiente).

Cabe señalar que al final de cada tema abordado en el marco teórico, aparecen las recomendaciones basadas en evidencias encontradas para cada uno, las cuales se resaltan en el texto con sombreado.

Esta investigación se presenta en cuatro apartados: Marco Teórico, Método, Resultados y Discusión y Conclusiones.

El Marco Teórico se divide en tres segmentos: el primero se refiere a todo lo relacionado con el climaterio y los principales puntos que lo conforman, su definición, sus manifestaciones clínicas y los cambios que se presentan en esta etapa de vida; el segundo está compuesto por los capítulos que hacen referencia a la sexualidad, disfunciones y trastornos sexuales; y el tercero corresponde a género.

En el capítulo de Metodología se hace una descripción de las características del estudio, de la muestra y de los instrumentos empleados, así como el tratamiento estadístico empleado para los resultados obtenidos.

En tanto que en el apartado de Resultados se divide en cuatro apartados: 1) análisis descriptivo de la muestra; 2) análisis de los resultados de los instrumentos de medición; 3) análisis de la historia clínica de sexualidad y, finalmente, 4) los resultados obtenidos del análisis estadístico de la historia clínica de sexualidad y otras variables.

Por último, se plantea la discusión que se generó a raíz de los resultados obtenidos y las conclusiones a las que se llegaron.

CAPÍTULO I

CLIMATERIO

En la vida sólo hay tres momentos importantes,

Nacer, vivir y morir.

No nos damos cuenta de que nacemos

Nos espanta la muerte

Y se nos olvida vivir...

La Bruyère.

El climaterio es una de varias etapas críticas por las que atraviesa la mujer a lo largo de la vida, siendo su característica principal el cese de la menstruación, conocido en la literatura como menopausia, ésta se considera un evento universal que se presenta en todas las mujeres y se trata de un evento fisiológico, sin embargo, el climaterio no sólo es un evento sino un proceso de vida, el cual abarca aproximadamente 20 años y que se caracteriza por una amplia gama de síntomas de toda índole, que van desde los fisiológicos, considerados como propios del envejecimiento, hasta los psicológicos y sociales (Alvarado, 2000; Ditkoff, 1991; Frank & Fink, 1994; Lamberts, Van den Beld y Van der Lely, 1977; Malacara, 1998; Morales, Díaz y Aldana, 1995; Santos, 2000).

En un inicio, se realizaron observaciones y estudios que hacían referencia sólo a la menopausia, llegándose a pensar que era de aparición brusca y que se caracterizaba simplemente por el cese de los ciclos menstruales, y que coincidía con el fin de la vida reproductiva, más tarde se encontró que la menopausia, perimenopausia o climaterio, a los cuales en ocasiones se les da un mismo uso, inician desde varios años antes de la amenorrea. Lo anterior ha permitido ver los avances no sólo en el área farmacológica, sino en otras áreas como la psicología, la cual ha mostrado interés por saber cómo se desarrolla la mujer en esta época de la vida. A través de la historia, las creencias y actitudes respecto a la menopausia se han modificado, ya que se le ha considerado desde una enfermedad y un signo de decadencia (siglo XIX) hasta una etapa de liberación (siglo XXI); (Zarate, 1998).

En las últimas décadas, el estudio del climaterio ha cobrado auge gracias al aumento en la esperanza de vida, la expectativa de vida para la mujer según estudios basados en la evidencia es de 81.7 años (International Position Paper on Women's, 2002), por lo que la mujer pasa una tercera parte de su existencia en esta etapa, por lo que es fundamental profundizar su estudio.

En el presente capítulo se brinda un recuento histórico de cómo la cultura médica ha percibido la menopausia (climaterio). También se resalta la diferencia e importancia entre menopausia y climaterio, y las fases en que se ha dividido el climaterio para lograr estudios de mayor especificidad.

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En la literatura se hace referencia a escritos de siglos pasados donde se mencionan algunos eventos sufridos por la mujer, los cuales al parecer están ligados de manera particular con la menopausia, esto no es extraño ya que ésta es tan vieja como la humanidad.

Botella en su libro: “La edad crítica” menciona el libro del Génesis en el cual se hacía referencia a la menstruación como una “impureza mensual”, en tanto que los egipcios de aquella época denominaban a las mujeres que ya no menstruaban “mujeres blancas”, en contraposición a las mujeres que menstruaban quienes eran definidas como “mujeres rojas”, (Botella 1990). En tanto que en 1998, Carranza Lira, en el libro “Atención Integral del Climaterio” realizó una síntesis de algunas notas y datos relevantes sobre el tema, los cuales hablan sobre algunas descripciones acerca de los síntomas presentados y referidos por la mujer en relación con la presencia de la menstruación y cese de la misma: Hipócrates planteaba que la mujer de aquella época estaba propensa a presentar turbaciones intermitentes ocasionadas por la sangre agitada al ser expedita, en este sentido él habla de la menstruación. En el siglo IV, a.C. Aristóteles refiere los efectos que produce la castración en los animales hembras; Oribasio (Siglo IV) fue uno de los pioneros en identificar los síntomas característicos propios de la mujer; Para el siglo XVI, el código Badiano, hacía referencia al uso de Acacpacquiltl para controlar lo que llamaban calor excesivo, lo que actualmente correspondería a los bochornos (Badiano, 1991).

De 1905 a 1936, Fichera, Kolde y Kon y Berblinger, realizaron estudios con animales castrados, encontrando alteraciones en la hipófisis (Carranza, 1998).

El interés por el estudio de la menopausia (climaterio) es relativamente reciente, llegando a considerarse un hallazgo del siglo XX. Quienes adoptaron por primera vez la menopausia como objeto de estudio fueron los médicos clínicos y en un inicio el interés sobre el climaterio y la menopausia era periférico, ya que se encontraba dentro de los procesos fisiológicos considerados como normales (Marañón Y Barnes señalaban: “La mujer normal no tiene síntomas patológicos, o bien éstos son tan leves que la mujer los reporta esporádicamente”) (Escobar, 2003). Para 1906, Marshal y Jolly, realizaron una investigación con mujeres castradas para conocer cuáles eran los síntomas que estas presentaban, y para 1922 Allen y Doisy realizan estudios más sofisticados en los que descubren la estrina, un principio activo del ovario, años después Doisy y Butenandt determinan la estructura química del estradiol, estriol y estrona (Ruíz, 1989).

Ya para la segunda mitad del siglo pasado se buscó una explicación científica sobre este fenómeno, pero no sin antes entender la función ovárica, el papel que desempeñan las hormonas, y su interrelación con otros sistemas y órganos.

De 1932 a 1951, se dio inicio al uso de hormonas ováricas, para la melancolía involutiva y en 1949 los estrógenos para la depresión y de 1934 a 1951 se continuó la sintetización de los estrógenos, el uso indiscriminado de estrógenos en la década de 1950 llevó a que 20 años después se señalaran los riesgos del uso de los mismos, llegando incluso a “satanizarlos” (Ruíz, 1989).

Para el decenio de 1980 surgieron los parches transdérmicos y se ventiló por vez primera el riesgo-beneficio del uso de los mismos (Ellerington, Whitcroft, Whitehead, 1994) y a fines del mismo decenio y principios del decenio de 1990 se inician los estudios multicéntricos y los metaanálisis para valorar los efectos de los hormonales y así establecer una relación causa-efecto en el riesgo de cáncer (Carranza, 1998). Finalmente, en 2006, se han encontrado guías especializadas de atención a la mujer en etapa de climaterio, en las cuales se intenta cubrir todas las áreas posibles con indicaciones específicas basadas en la evidencia.

La medicina ha realizado una gran labor en esta área, sin embargo, las explicaciones ofrecidas a partir del declive hormonal no son suficientes para describir este fenómeno en su totalidad, de tal suerte que permite a otras áreas (tal es el caso de la psicología) colaborar en la búsqueda de posibles factores que esclarezcan la conducta y actitud de la mujer, pensando en que su origen no radica en el decremento hormonal.

Uno de los preceptos de la medicina, así como de la psicología, sin duda alguna siempre ha sido entender, atender y tratar las posibles afecciones que presenta el ser humano, por lo que es importante mencionar que, en el campo de la psicología, el primer requisito es focalizar el problema a tratar.

El interés sistemático por conocer que pasa durante esta etapa de vida, es relativamente reciente, ya que es en la década de 1990 cuando se incrementan las investigaciones sobre el tema, esto surge como una necesidad de conocer los factores que interfieren en el proceso denominado climaterio, por lo que se considera natural encontrar, a partir de esta fecha hasta nuestros días, un sinnúmero de aproximaciones para lograr la definición más completa, ya que hasta antes del siglo pasado, se consideraba que era un estado que la mujer debía sufrir como parte de la condición de género (Ibarra, Diez, Ruiz, Coronado y Pacheco, 2001).

Los términos menopausia y climaterio aunque tienen un significado diferente es común que en la literatura especializada se empleen de manera indistinta (Zarate, 1998; Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004), pero no son lo mismo ni fisiológicamente ni como proceso, por lo que a continuación se presentan algunas definiciones de menopausia y climaterio.

Menopausia

“La menopausia es un evento fisiológico que se presenta en todas las mujeres y es universal. Ésta se diagnóstica en retrospectiva, una vez que han transcurrido 12 meses de no presentarse sangrado menstrual es decir, amenorrea, para lo cual no existe otra causa obvia, patológica o fisiológica” (Manzano, Artiles, Navarro, Pérez y Nodarse, 1998. p.106).

“La menopausia a pesar de ser sólo un síntoma propio del climaterio, y no una enfermedad, existen mujeres que desarrollan una serie de síntomas que generan la demanda de atención” (Fernández, 1999, p.20).

“Menopausia (del gr. menos, mes y el gr. Páusis, cesación). Según la OMS se define como el cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de 12 meses consecutivos de amenorrea sin causas patológicas” (Coutado, 2004, p. 1).

Climaterio

Definiciones que tienen su fundamento en el declive hormonal.

“Después de tres décadas de función menstrual ovulatoria, y aproximadamente a la edad de 40 a 45 años, disminuye la frecuencia de ciclos ovulatorios. Se inicia un período en el que disminuye la función ovárica (climaterio), el cual dura en ocasiones hasta 20 años y lleva a la mujer, a través de la disminución en su fecundidad a la menopausia (desaparición de la menstruación) además de algunas manifestaciones de atrofia tisular. Es probable que un factor en este cuadro evolutivo sea la menor producción de estrógenos y su descenso progresivo conduce a la pérdida sucesiva de muchas de las funciones dependientes de ellos” (INPer IER, 1990, p. 16).

“El climaterio y la menopausia se consideran dentro de los procesos psicofisiológicos, de causa endocrina, mediados por el estrés y con manifestaciones severas de éste” (Lugones, Quintana, y Cruz. 1997, p. 2).

“Es un fenómeno que suele presentarse en momentos de la vida donde comienza a hacerse manifiesto el proceso de envejecimiento” (Cano, 1998, p. 27).

“Este comprende tres fases: perimenopausia, menopausia y postmenopausia, de las cuales la primera, es decir, la perimenopausia, no está del todo definida aunque se considera que inicia con las primeras alteraciones menstruales o cuando se hacen presentes diversos síntomas clínicos, el climaterio como tal suele presentarse en momentos de la vida donde comienza a hacerse manifiesto el proceso del envejecimiento y tiene una duración aproximada de 20 años” (Navarro, Muñoz, Albert, Pellicer, Abad y Parrilla, 1998, p. 62).

“Período de vida de la mujer que transcurre entre los 45 y 65 años, se manifiesta poco tiempo antes de la última menstruación y continúa por varios años después” (Defey, Storch, Cardozo, Díaz y Fernández, 2000, p. 259).

“Etapa que precede inmediatamente a la menopausia, cuando comienzan los síntomas endocrinológicos, biológicos y clínicos precursores de ésta y el primer año siguiente a la misma” (Silva, Pérez, Medina y Molar, 2000: p. 2).

“El climaterio comienza varios años antes, de que se produzca la menopausia, incluye el período inmediatamente anterior a la menopausia (cuando comienzan las manifestaciones endocrinológicas y clínicas)” (Canto de Cetina y Polanco-Reyes, 1996, p. 228)

“El climaterio se define como el período de tiempo que se extiende desde la madurez hasta la senectud. Es una etapa de transición de carácter involutivo, durante la cual desaparecen las menstruaciones, se pierde la capacidad reproductora y tienen lugar ciertos cambios psicológicos, que se atribuyen a la disminución progresiva de la actividad de la función ovárica” (García-Viniegras y Maestre, 2003, p. 1).

“Climaterio (del gr. Klimater, escalón). Es el período de transición desde la etapa reproductiva hasta la no reproductiva, en el que se van a presentar un conjunto de fenómenos que acompañan al cese de la función ovárica de la mujer (perimenopausia)” (Coutado, 2004, p. 1).

“Período durante el cual se pasa de la vida reproductiva a la no reproductiva” (Rivas, Navarro y Tuero, 2006, p. 1).

Las siguientes definiciones toman en cuenta no solamente el declive hormonal, sino que rescatan otras áreas que también comprende el climaterio, como son lo social, lo cultural y, por supuesto, lo psicológico.

“Es una etapa de la vida que señala el término de la edad madura, tiene aspectos somáticos, socioculturales y psicológicos” (De la Fuente, 1992, p. 140).

“El climaterio deber ser considerado como un fenómeno físico, psicológico y emocional” (Río de la Loza, 1997, p. 29).

“Al cesar la función del ovario y la capacidad reproductiva, ocurre la privación hormonal y la mujer sufre cambios psicológicos” (Malacara, 1998, p. 5).

“Síndrome psicossomático-sociocultural y que sus síntomas, características y grado de complejidad varían en gran medida, dependiendo en parte del modo en que cada mujer haya vivido hasta ese momento, como en la salud física, psíquica, hijos, parejas, profesión, etc.” (Hurtado DMMT. en red. www.entorno medico-climaterio, consultado el día, 04-07-2007).

“Etapa que comienza en la perimenopausia y termina dos años después de la última menstruación, y se caracteriza por ser el inicio de los eventos biológicos, endocrinológicos, clínicos y psicológicos que marcan el fin de la etapa reproductiva” (Chávez- Ayala, Andrade-Palos y Rivera-Rivera 2002, p. 386).

Las definiciones de climaterio tienen algo en común, todas coinciden en el fin de la vida reproductiva, pero además esta última definición incluye elementos (además de los biológicos, los endocrinológicos, los clínicos y los psicológicos, en estos últimos se encuentra inmersa la cultura, la ideología, la educación, los aspectos psicológicos, el estado de salud y el estado emocional, etc.), que hasta hace algunas décadas no eran tomados en cuenta y que desempeñan un papel sumamente importante en la vida diaria de la mujer. Estos elementos son los que los profesionales en cada área debieran de trabajar con la finalidad de que la mujer modifique la percepción de lo que esta viviendo y de cómo lo esta asumiendo. Además la experiencia lograda a través de los años con este tipo de población nos permite conocer paradójicamente el gran desconocimiento que tienen la mujer sobre las etapas de vida y los cambios que éstas implican a todos niveles.

Para el presente trabajo tomaremos como base esta última definición, ya que se considera abarca los elementos que permiten explicar la actitud y conducta de la mujer en etapa de climaterio.

1.2 FASES DEL CLIMATERIO

A partir del estudio del climaterio, los especialistas se han encontrado con la necesidad de lograr una mayor especificidad en los elementos que conforman esta etapa de vida, la cual implica un rango amplio en años (aproximadamente 20). De tal manera que se llevó a cabo una clasificación de las fases que lo conforman, las cuales son:

1. Premenopausia.- Comprende desde el inicio de los eventos biológicos, endocrinológicos, clínicos y psicológicos que preceden a la menopausia hasta la terminación del primer año después de la misma. Los principales síntomas son; disminución de la capacidad reproductiva, irregularidades menstruales, parestias y parestesias, vértigo, náuseas, astenia, adinamia, fatiga muscular y alteraciones psíquicas (fatiga, cefalea, irritabilidad, mareo, en algunos casos depresión y ansiedad), estos últimos son síntomas transitorios.

2. Menopausia.- Se define de esta manera una vez que la mujer refiere seis meses de amenorrea, en esta fase se encuentran algunos síntomas de la fase anterior, en algunos casos se presentan exacerbados, se incorporan problemas como la atrofia visible de la piel y mucosas, caída de cabello, falta de atención, concentración, problemas en memoria, atrofia urogenital, y disminución de la libido (INPer IER, 1990).

Entre los factores que influyen para la presencia de la menopausia se encuentran:

- Genética
- Raza (se presenta a más temprana edad en las nórdicas y mediterráneas)
- Tabaquismo (genera que se manifieste más rápidamente)
- Otros (estado civil, trabajo, nivel socioeconómico, obesidad, uso de anticonceptivos hormonales, entre otros), (Lugones, et al., 1997).

3. Postmenopausia.- Periodo posterior a los 12 meses subsiguientes a la ocurrencia de la menopausia, algunas de las posibles complicaciones más severas son: envejecimiento, osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, crónico-degenerativas y la posibilidad de presentar Alzheimer (INPer IER, 1990; Lugones, et al., 1997; Maciel, Soto y Guiliarducci, 2002).

Una vez que se conoce cómo ha evolucionado el estudio del climaterio, y sus múltiples definiciones, desde las diferentes especialidades que han estudiado este fenómeno, también es importante estar al tanto de cuáles son las manifestaciones clínicas que se hacen presentes en esta etapa de vida, lo cual se plantea en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO II

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

*Esta es la gran paradoja de la vejez en la actualidad:
La longevidad ha sido un gran logro del desarrollo médico,
económico y social, pero indeseable y evitado por las personas.
Paulina Osorio, 2006*

Los síntomas que se presentan en la etapa de climaterio se dividen en cuatro tipos según su origen.

1. Fisiológicos. Síntomas vasomotores, sequedad vaginal y problemas de sueño (estos últimos se originan a partir de los síntomas vasomotores). Estos síntomas hacen hincapié en la importancia del funcionamiento ovárico y su decadencia en la producción de estrógenos, lo cual impacta de manera importante en la presencia o ausencia de síntomas.
2. Ginecológicos. Incontinencia urinaria, sangrado genital.
3. Mixtos. Disfunción sexual.
4. Psicológicos. Estado de ánimo, problemas cognoscitivos y síntomas somáticos.

Los factores que matizan estos síntomas son:

- a) Factores socioculturales. En este aspecto cobra importancia la cultura y la sociedad donde se desarrolle la mujer, ya que es la generadora y causante de que se asignen determinados roles a la mujer, y en este sentido se establecen conductas preestablecidas de las cuales dependerá la aceptación del grupo de pertenencia.
- b) Factores psicológicos.- Éstos son consecuencia de la estructura de personalidad, la cual se desarrolla desde los primeros días de vida y es moldeada por el medio en que se vive, esto es lo que finalmente determinara la actitud y la conducta de todo ser humano, y que, por ende, pone a prueba las herramientas con las que se cuenta para hacer frente a un estilo de vida (Morales, et al., 1995).

El climaterio es una etapa de la vida en la cual se presenta una variedad de síntomas que van desde los cambios físicos, sociales, culturales, hasta los de orden psicológico, y tienen una variación cultural y significativa de un país a otro, de una ciudad a otra y de una región a otra, y que a final de cuentas confrontan a la mujer con sus capacidades para realizar el ajuste psicológico y de conducta, necesarios para su equilibrio en la vida cotidiana y las relaciones interpersonales, y así ser capaz de continuar su desarrollo (Canto de Cetina y Polanco-Reyes, 1996; International Position Paper on Women's, 2002; Silva, Jiménez y Reyes, 2000).

La aparición de síntomas, así como su grado de severidad, se encuentran determinados por factores socioculturales, ambientales, estrés, contexto familiar, laboral, así como por factores psicológicos, entre otros. (Ferrer, 1996; Ferrer, 1999)

Los principales síntomas son:

1. Vasomotores.- Los síntomas vasomotores o sofocos son los más característicos del climaterio. Son definidos como una sensación subjetiva de calor que de manera habitual se asocia a la vasodilatación cutánea y sudoración, que sigue de un descenso de la temperatura corporal y aceleración transitoria de la frecuencia cardíaca. La duración va de segundos a varios minutos, la intensidad y frecuencia varía en cada mujer. Cuando éstos se presentan durante la noche y son intensos pueden alterar de manera importante el sueño, conllevando a cuadros de fatiga, irritabilidad, disminución de la concentración y problemas de memoria.

Estos síntomas aparecen en la perimenopausia y desaparecen a medida que la mujer se adentra en el climaterio, existen investigaciones que hacen referencia que entre 45 y 54% de las mujeres presentan este tipo de síntomas, y su presencia va de 5 meses a 6 años de duración. Se ha encontrado una estrecha relación causal entre la deficiencia de estrógenos y los síntomas vasomotores. (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004; Nelson, Haney, Humphrey, Millar, Nedrow, Nicolaidis, Vesco, Walter, Bougatsos & Nygren, 2005).

2. Vaginales. Los cambios hormonales inciden en los órganos que tienen receptores estrogénicos. A partir de la menopausia se produce una pérdida de elasticidad en la vulva y una reducción de actividad de las glándulas vaginales y del grosor del epitelio escamoso vaginal, dando como consecuencia una disminución de la lubricación vaginal y, en algunos casos, sequedad vaginal y dispareunia.

Los síntomas vaginales se asocian de manera directa con el decremento de estrógenos. Éstos a diferencia de los vasomotores, se hacen más severos a medida que la mujer tiene mayor edad. Existen reportes de que aquellas mujeres que presentan actividad sexual presentan menor atrofia vaginal (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004; Nelson, et al., 2005).

3. Urinarios. El problema de incontinencia urinaria es un problema complejo y multifactorial, en este caso la falta de estrógeno está ligada a la urgencia miccional, pero existen otros factores de mayor relevancia como son la paridad, los traumatismos durante los partos, el prolapso uterino y ciertos fármacos (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004).

Sin embargo, existe controversia acerca de si en verdad hay relación directa entre disminución de estrógenos e incontinencia urinaria (Nelson, et al., 2005).

4. Mamarios.- El dolor en senos tanto en la premenopausia como en la postmenopausia, es incierta, no obstante existen estudios de historia natural que refieren que la mastalgia disminuye con la menopausia, (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004; International Position Paper on Women`s, 2002).

5. Estado de ánimo.- Existen estudios prospectivos y estudios sistemáticos que refieren que no se ha encontrado una relación directa entre estado de ánimo (depresión, ansiedad, irritabilidad, llanto fácil) y menopausia, sin embargo, refieren que se ha hallado relación entre estado de ánimo y factores sociales, familiares, laborales, así como estados de ánimo previos (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. 2004; Nelson, et al., 2005).

6. Sexualidad.- Estudios refieren una asociación determinada entre aspectos de la sexualidad (como son, disminución del interés sexual, frecuencia del coito, así como lubricación vaginal) y menopausia, no obstante, los factores que influyen en la pérdida de interés son complejos y múltiples, los que influyen en gran parte de la sexualidad son los factores psicosociales, entre ellos, la experiencia sexual previa de cada mujer, su personalidad, nivel educativo, nivel de estrés, situación física y psicológica, así como los cambios en la relación de pareja y los sentimientos hacia la misma (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. 2004; Nelson, et al., 2005; International Position Paper on Women`s, 2002).

7. Esfera cognoscitiva. Con la edad disminuye de manera progresiva la capacidad cognoscitiva, la cual varía de una persona a otra. Los determinantes de esto son inciertos, sin embargo, parecería que la mujer está mayormente propensa a presentar o desarrollar Alzheimer que los hombres (Henderson, Guthrie, Dudley, Burger, Dennerstein, 2003; Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004; Nelson, et. Al., 2005). Estudios de historia natural sugieren una posible relación entre los estrógenos y la dificultad para la concentración y la pérdida de memoria. (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004; Nelson, et. al., 2005). No obstante otros estudios como el de Henderson y colaboradores. (2003) no detectaron relación alguna entre la edad y los problemas cognitivos, al igual que Meyer y colaboradores (2003), de acuerdo con datos del estudio Health Across the Nation (SWAN).

8. Memoria. Ésta no se afecta adversamente durante la fase de la perimenopausia o en los años posteriores a la menopausia. (Henderson, et al., 2003).

9. Músculo esqueléticos. Estudios de cohorte no han mostrado asociación entre menopausia y síntomas músculo-esqueléticos, a pesar de que gran porcentaje de mujeres durante el climaterio refieren rigidez y dolor articular. De igual manera no se ha mostrado que esto varíe en las diferentes fases del climaterio. Estudios como el PEPI (Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions Trial) no encontró mejoría en mujeres que presentan estos síntomas y que contaban con Terapia Hormonal de Reemplazo (THR). (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004).

2.1 PROBLEMAS DE SALUD

Se les llama problemas de salud en virtud del incremento de la población que cursa esta etapa, lo que genera mayor demanda por parte de los servicios de salud pública (Arzac, 2000; Clavillo, 2000).

Osteoporosis y riesgo de fractura. Ésta se caracteriza por una baja masa ósea y alteraciones de la microarquitectura del tejido óseo, lo que genera una disminución de la resistencia del hueso y un incremento de la fragilidad y susceptibilidad de fractura. Este problema es un

proceso crónico que se desarrolla con la edad y ésta relacionado con factores hereditarios, ambientales y de estilo de vida (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004).

El hueso es un tejido vivo que se desarrolla con la edad y después de conseguir su máximo desarrollo en la tercera década de la vida tiende de manera inevitable, gradual y lenta a perderse la masa ósea. Esto ocurre en etapas más tempranas en la mujer, y se acelera de modo considerable con la disminución de estrógenos.

La consecuencia más frecuente de la osteoporosis es la fractura y la morbimortalidad y los gastos que esto genera.

Las fracturas de cadera y vértebras presentan un patrón de aparición que es exponencial con la edad (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004).

Enfermedades cardiovasculares (ECV). Se caracteriza por tener una etiología multifactorial. Estudios de historia natural refieren que no existe una asociación directa entre deficiencia de estrógenos y problemas cardiovasculares, sin embargo, existen estudios en contraposición, que refieren que aún no se comprueba el efecto cardioprotector de los estrógenos, no obstante, son recomendables (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004).

Las manifestaciones clínicas que la mujer presenta derivan de una serie de cambios biológicos, los cuales tienen una interconexión con los cambios físicos y factores psicosociales que coinciden con la presencia del climaterio, tal como se describe en el próximo capítulo.

CAPÍTULO III

CAMBIOS EN EL CLIMATERIO

*“La crisis de la mediana edad,
aun cuando desencadene depresiones,
ansiedades, miedos o desesperaciones,
es un período de desafío del que emanan
símbolos de transformación teñidos
de un dulce veneno de nostalgia”*
Wilmer, Harry A.

En la actualidad, se ha dado singular relevancia al estudio del climaterio, accediendo a verlo no sólo como el período de transición de la fertilidad a la no fertilidad, de la producción de estrógenos a la no producción de éstos, sino como una etapa de vida que incluye no solamente cambios y variantes individuales en el área fisiológica, sino a nivel físico y psicológico, por lo que debe verse desde una postura actual de lo histórico y político de la posición psicosocial de la mujer, así como de la feminidad.

El declive hormonal derivado de la menopausia se asocia de manera general con los síntomas que la mujer pueda presentar ya sean de tipo físico o psicológico, los cuales a su vez pueden tener una duración de días, meses o incluso cronificarse y durar años, también pueden ser intermitentes, esto significa que pueden aparecer y desaparecer, o en algunas mujeres pueden ser regulares, es decir, constantes (Monge, 2005).

El climaterio, sin duda alguna, es un proceso propio del envejecimiento del organismo, por lo que es de esperarse que se manifiesten ciertos cambios y síntomas, de los cuales, algunos son adaptativos, y otros más se presentan como focos de alarma y que tienen una connotación clínica importante.

Debido a los cambios endocrinos, biológicos, físicos y psicológicos que la mujer presenta en el climaterio, es primordial entender el significado de salud como lo refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Estado de bienestar físico, mental y social total, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”.

En un inicio se creía que todos los cambios fisiológicos, corporales incluso emocionales, presentados en el climaterio estaban relacionados de manera directa con el declive hormonal, por lo que las explicaciones se basaban en los cambios hormonales, sin embargo, hoy en día existen estudios de mayor especificidad que permiten conocer primero de qué tipo son estos cambios y posteriormente, cuáles son las áreas que impacta y los síntomas emocionales asociados a éstas, ya que la sintomatología que acompaña al síndrome climatérico deriva de tres vertientes: a) disminución de la función ovárica, b) factores socioculturales y ambientales y c) factores psicológicos, por lo que en este capítulo se describirán los principales cambios biológicos, físicos y psicológicos, que presenta la mujer en climaterio.

3.1 CAMBIOS BIOLÓGICOS

El climaterio no es una entidad patológica, pero constituye una etapa de vida en la que el declive hormonal ovárico condiciona cambios (en la homeostasis y metabolismo intermedio de carbohidratos, lípidos y minerales, así como cambios estructurales en los tejidos hormona-dependientes), que resulta en condiciones patológicas asociado a las esferas cardiovasculares, ósea y urogenital. Aproximadamente a los 40 años de edad la función ovárica inicia su declive en la producción hormonal, principalmente la que se asocia a los estrógenos, lo que genera una serie de modificaciones fisiológicas, que se reflejan en síntomas: a) vasomotores (se presentan en 30% de las mujeres antes de la perimenopausia, es decir al inicio del trastorno menstrual), y en 70% de mujeres en la perimenopausia; b) neuropsíquicos (trastornos en el ritmo de sueño, con insomnio inicial, intermedio o tardío y se presenta aproximadamente en 20% de las mujeres, labilidad emocional como es irritabilidad y depresión, así como disminución de la libido) y c) síntomas somáticos, entre los que se incluyen mialgias, artralgias y fatiga. Éstos se manifiestan en la vida cotidiana, expresándose en la conducta y actitud de la mujer, y se hacen evidentes hacia los 45 años de edad (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004).

Dentro del climaterio, la menopausia determina el fin de la vida reproductiva de manera puntual, pero los eventos fisiológicos durante el climaterio son un tanto difíciles de diferenciar del proceso de envejecimiento, ya que se entrelazan, un ejemplo es la disminución de estrógenos que impacta de manera importante el estado afectivo y emocional

de la mujer además de la memoria, el sueño, capacidad de concentración y el sistema neuroendocrino, en tanto que el envejecimiento repercute de manera importante estructuras centrales como son: hipófisis, degeneración del tejido cerebral, alteración en el metabolismo y la concentración a nivel cortical; a nivel orgánico repercute en hipófisis, ovarios, y tejidos como: hígado, vasos sanguíneos, piel, tejido adiposo, huesos, vejiga, tracto urinario y genital (Zarate, 1998).

Los principales órganos afectados debido a la disminución estrogénica son: piel y mucosas, músculos, cerebro, huesos y articulaciones, corazón y vasos sanguíneos. Los niveles sanguíneos disminuyen generando resequedad vaginal, motivo por el que, en algunas ocasiones, se presenta la dispaurenia, otra problema ocasionado por la falla estrogénica sin duda alguna es la afección en tejido conectivo, lo que ocasiona disminución en el soporte de los órganos pélvicos, y con ello se genera la incontinencia urinaria. Otros órganos que sufren cambios importantes en la etapa de climaterio son, los sexuales, en un primer momento se da una modificación importante en la mucosa vaginal y un acortamiento de la misma, generando una hipolubricación y pérdida de elasticidad en vagina, en cuanto a las mamas, debido a la deficiente producción de estrógenos, se desencadena una pérdida real de tejido mamario, conllevando a que los senos disminuyan volumen, en tanto que la caída se debe a la pérdida de elasticidad de la piel (Barrios y García, 1998).

Clasificación de los síntomas derivados del declive hormonal (Pacheco, 1994).

Síntomas tempranos:

a) Bochorno y sudoración.

Estos derivan de un desequilibrio en los centros vasomotores del hipotálamo y están caracterizados por aumento en la temperatura de la piel, pueden aumentar hasta 5° C durante las crisis que duran de 30 segundos a tres minutos, y se asocia a la reducción de la temperatura corporal central, ocasionada por la disminución súbita de estrógenos circulantes, lo que trae por consecuencia mecanismos de regulación del termostato central, consistentes en vasodilatación cutánea y sudoración. La mujer siente que el calor se desplaza por la parte superior de la cara; las manos se calientan y aparece un sudor fino en cara y cuello. A veces, puede haber mareo, náuseas, cefalea, palpitaciones y sudores nocturnos. Ocurren en

alrededor del 75% de las mujeres; 80% los tendrán por más de un año y, una de cada cinco, por más de cinco años. Oldenhave, (1993) indica que las mujeres con histerectomía, que conservan los ovarios presentan síntomas más agudos que aquellas menopáusicas normales de edad similar.

Recomendaciones basadas en la evidencia.

*El declive hormonal se asocia de manera directa con los síntomas vasomotores. Por lo que el uso de hormonas es recomendable para su tratamiento (Canadian Consensus Conference on Menopause, 2006, (IIB); (Internacional Position Paper on Women's, 2002) (IIB)

*Los síntomas a medida que aumentan su frecuencia, intensidad y severidad se transforman en problemas de tipo psicológico, afectando la vida cotidiana (Boulet, Oddens, Lehert, Vemer & Visser, 1994).

Cuando la sintomatología en esta etapa no es contenida, se puede convertir en un problema psicológico, ya que es disruptiva con la vida cotidiana.

b) Ansiedad, irritabilidad y cambios del estado de ánimo.

Las catecolaminas, principalmente los neurotransmisores hipotalámicos: dopamina y noradrenalina, son importantes para la modulación del estado de ánimo, el comportamiento, la actividad motora y la función hipotálamo-hipofisiaria. Con la edad, la actividad de la monoaminoxidasa (MAO) y de la catecol-o-metil transferasa (COMI) aumentan, mientras la captación neuronal de catecolaminas disminuye.

Los vasos cerebrales están inervados por neuronas noradrenogénicas que, estimuladas por noradrenalina o prostaglandinas, pueden resultar en vasoespasmo central, lo que conlleva a nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, depresión y pérdida de la memoria.

Recomendaciones basadas en la evidencia.

*Se han encontrado estudios donde los síntomas como depresión o estrés son diferentes en cada cultura, por lo que no pueden derivarse solamente de la deficiencia hormonal (Internacional Position Paper on Women's 2002) (IIB)

* En algunos casos se recomienda uso de estrógenos para tratamiento de la depresión lo cual no la elimina pero si funciona como soporte (Canadian Consensus Conference on Menopause, 2006) (IIB).

En toda investigación es necesario definir lo que es depresión para poder contextualizarla y realizar el diagnóstico correcto y, por consiguiente, brindar el tratamiento más adecuado.

c) Sueño.

La noradrenalina es el neurotransmisor predominante en los núcleos pontíneos superiores, los que controlan el sueño REM. La serotonina es el neurotransmisor predominante en los núcleos del pedúnculo cerebral que controlan el sueño profundo. Cuando la noradrenalina y serotonina disminuyen, la mujer se deprime. Las mujeres en menopausia duermen menos. Es decir, la presencia de estrógenos incrementa los niveles de neurotransmisores del sistema nervioso que regulan el sueño y el estado de ánimo. La evidencia refiere que la relación noradrenalina /serotonina en el cerebro está asociada a problemas de insomnio e hipersomnia. Dos de los principales desórdenes en el sueño son: falta de sueño e insomnio, estos se presentan en la perimenopausia y menopausia. (Canadian Consensus Canadiense, 2006).

Recomendaciones basadas en la evidencia.

* Dichos trastornos se relacionan con problemas vasomotores como son bochornos y sudoraciones, al mismo tiempo dichos problemas interfieren en la calidad de vida (Canadian Consensus Conference on Menopause, 2006) (II-B).

Deben abordarse de manera adecuada, si no se convierten en un problema que altera el estado emocional, impactando la salud mental.

Síntomas tardíos:

a) Vulvovaginitis y cistitis atrófica.

Éstos se deben a la deficiencia estrogénica sobre los epitelios estrógeno-dependientes. El epitelio estratificado vaginal se vuelve delgado y atrófico, dando como resultado sensación de sequedad, dispareunia, infecciones bacterianas y candidiásicas vaginales. Así mismo, empeoran inicialmente las distopias y la incontinencia urinaria. La uretritis y la cistitis atróficas dan lugar a infecciones urinarias recurrentes.

Recomendaciones basadas en la evidencia.

*Este es uno de los síntomas que se ha comprobado se derivado de problemas estrogénicos (Canadian Consensus Conferense on Menopause, 2006) (IIB); (Internacional Position Paper on Women´s 2002) (IIB).

En estos casos los tratamientos más adecuados quedan a cargo del área ginecológica.

B) Cambios en la piel

Los estrógenos aumentan la calidad higroscópica y reducen la adherencia de las fibras colágenas de los tejidos conectivos. En la dermis, aumentan la síntesis de ácido hialurónico dérmico. Mientras los estrógenos aumentan el contenido de líquido intracelular de los fibroblastos, la testosterona causa la proliferación fibroblástica. Con la edad, y por razones genéticas, las características químicas y la función del colágeno cambian, declinando alrededor 2.1% por años en la postmenopausia.

Se presentan atrofas en mama, por hipotrofia del tejido glandular, del tejido conectivo y de la piel, la mastopatía aumenta durante el climaterio, por lo que se hace necesario descartar neoplasias, principalmente en la mujer con riesgo.

c) Lípidos y sistema cardiovascular

Después de la menopausia, los estrógenos disminuyen rápidamente, mientras el cortisol producido por las suprarrenales no sufre variación. Las mujeres son relativamente inmunes a la enfermedad coronaria, hasta la menopausia, Los lípidos, incluyendo al colesterol y a los triglicéridos, son transportados en la circulación combinados con proteína, por lo que se les llama lipoproteínas. Las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) transporta triglicéridos y las lipoproteínas de baja densidad (LDL) transporta colesterol de hígado a la periferia para utilización o reserva. Las lipoproteínas de alta densidad (HDL) también transportan colesterol, pero, al parecer, de los tejidos periféricos al hígado.

El déficit de estrógenos en la postmenopausia permite el incremento del colesterol LDL y una predisposición a la enfermedad coronaria.

Recomendaciones basadas en la evidencia.

*En este caso los estrógenos se emplean como protectores para problemas cardiovasculares (Canadian Consensus Conference on Menopause, 2006) (IIB).

d) Osteoporosis

La osteoporosis consiste en la reducción de la masa ósea por unidad de volumen, lo que conlleva a la posibilidad de fracturas de diversos huesos, principalmente muñeca, columna y cadera. En la postmenopausia, la mujer pierde 35% de su cortical y 50% del hueso trabecular. Se pierde 0.3 a 0.5% por año entre las edades de 40 y 50 años, pero se acelera de 2 a 3% en la década que sigue a la menopausia.

Actualmente se consideran dos tipos de osteoporosis:

- Una compromete principalmente al hueso trabecular de la columna y la muñeca y es estrógeno-dependiente; afecta más a la mujer que al hombre, ocurre a menor edad y esta asociada con la menopausia; la pérdida de hueso trabecular es de 5 a 10% por año.
- Éste se relaciona con la edad, ocurre después de los 70 años, ocurre en ambos sexos, sin embargo, en estudios recientes se hace referencia a que los estrógenos también se relacionan, ya que la descalcificación en la mujer postmenopáusica continúa, por lo menos, los siguientes 20 años, lo que puede representar 25% para el hueso trabecular y 5 % para el cortical.

Recomendaciones basadas en la evidencia.

* La deficiencia estrogénica se encuentra ligada a la descalcificación y al riesgo de fractura (Internacional Position Paper on Women´s 2002) (IIB).

e) Aumento de peso

Estudios refieren que al menos 49% de las mujeres aumentan su peso corporal después de la menopausia, este varía de 2.5 a 5Kg y en otros casos hasta 29% del peso normal, estudios experimentales refieren un vínculo con la disminución de estrógenos, además de la disminución de la actividad de cierta manera propia de la misma edad.

Recomendaciones basadas en la evidencia.

*Las mujeres que reciben terapia hormonal de reemplazo tienen menor riesgo para hiperhomocisteinemia. (López, Carmona, Montalvo, López y Vital, 2005) (IIA).

El sobrepeso en esta etapa de vida es un factor de riesgo para desarrollar diabetes mellitus, por lo que la mujer debe seguir las recomendaciones del especialista, y en algunos casos, este debe estar apoyado por un psicólogo.

A continuación se presenta la clasificación de los síntomas generados por los cambios derivados de la modificación de los niveles hormonales, realizada por Martínez (2007).

Alteraciones neurovegetativas: sudoración, palpitaciones, parestesias, cefalea, insomnio, vértigo.

Alteraciones psicológicas: labilidad emocional, nerviosismo, irritabilidad, estado de ánimo depresivo, disminución de la libido.

Alteraciones genitourinarias: sequedad vaginal, dispareunia, prurito genital, tenesmo vesical, polaquiuria, disuria.

Recomendaciones basadas en la evidencia.

*Los signos como los síntomas en el climaterio tienen la necesidad de evaluarse desde varias perspectivas y no pueden asociarse solamente con el declive hormonal, por lo que depende también de la individualidad y de la raza a la que se pertenece (Nelson HD, Haney E, Humphrey L, Millar J, Nedrow A, Nicolaidis C, Vesco K, Walter M, Bougatsos C. & Nygren P, 2005) (IA).

*El climaterio puede relacionarse en algunos casos, no siempre, con síntomas, lo que en algunas ocasiones provoca abuso en el diagnóstico (Grupo de Trabajo de Menopausia y Postmenopausia, 2007) (IB).

*Existen problemas metodológicos en la investigación en climaterio para determinar los síntomas derivados del declive hormonal y aquellos que dependen de otros factores (Internacional Position Paper on Women's 2002. (IIB) (Canadian Consensus Conference on Menopause, 2006), (IIB).

Siempre debe realizarse un diagnóstico integral y contextualizar la sintomatología referida por la mujer, para conocer el origen de la misma.

3.2 CAMBIOS FÍSICOS

La decadencia de la función ovárica lleva primeramente a una fertilidad disminuida, y después a la menopausia, y de manera progresiva a manifestaciones de atrofia en tejidos y, finalmente, al envejecimiento.

Piel

La piel es uno de los órganos más complejos y grandes del cuerpo humano, y por ende ésta tiende a modificarse en la vejez; sin embargo, es importante diferenciar los cambios que son propios de la deficiencia hormonal y aquellos que tienen que ver con otros aspectos.

La piel se compone de una gran variedad de células, las cuales tienen diferente origen embriológico, hasta la fecha se encontrado una estrecha relación entre estrógenos y epidermis, en los fibroblastos y en los anejos cutáneos, glándulas sebáceas y folículos pilosos, por lo que el déficit estrogénico causa severos desórdenes en el tejido conjuntivo de la mujer, reflejándose principalmente en piel, huesos y vasos sanguíneos. De igual manera, este proceso genera problemas en tejidos internos como es el epitelio vaginal, ya que se sabe que éste es rico en receptores estrogénicos, los cambios son similares a los tejidos externos. Otros órganos afectados por este proceso son los músculos del piso pélvico y los ligamentos urogenitales. En esta época la piel es producto de la edad, el estado de salud y de la forma en que ha sido cuidada durante toda la vida (Vázquez, 1999).

Además de los cambios en la piel y músculos internos del cuerpo de la mujer generados por el déficit estrogénico, se encuentran lo que son propios de la vejez, entre ellos están los dermatológicos como son prurito, sequedad de piel no expuesta al sol, adelgazamiento o pérdida de cabello y uñas quebradizas (Bologna, Braverman, Rousseau y Sarrel, 1989; Monge, 2005).

Cabello

El número de cabellos por unidad de superficie disminuye, tanto en cabeza, pubis y brazos, aumentado en la barbilla, y labio superior, la respuesta es menor en las glándulas sudoríparas, las cuales producen sudor, ocasionando sequedad en el cuero cabelludo (Monge, 2005).

Masa ósea

Al disminuir el nivel de colágeno, la masa ósea sufre modificaciones las cuales pueden observarse a simple vista, aunado al problema de sobrepeso es factible que la mujer presente problemas de: postura, apariencia corporal, estos se hacen acompañar de síndromes dolorosos músculo-esqueléticos, Estas condiciones se presentan fundamentalmente por falta de elasticidad y atrofia muscular. Los problemas de postura más frecuentes son: flexión cervical (encorvamiento), aumento de xifosis, hiperlordosis lumbar, genu valgo, pie valgo, descenso de arco interior, hallux valgus, y deformidad en martillo de los dedos de los pies, éstos ocasionan dolor, fatiga, falta de habilidad y resistencia física (Ibarra, Díez, Ruiz, Coronado y Pacheco, 2001).

Obesidad

Debido a los cambios metabólicos y a la disminución de actividad, es factible que la mujer presente problemas de sobrepeso en esta etapa de la vida, estudios refieren que al menos 20% de las mujeres aumentan más de 2 kg y 29% llegan a tener un aumento mayor de 5 kg (Pacheco, 1994).

3.3 LA DEPRESIÓN COMO SÍNTOMA PSICOLÓGICO MÁS FRECUENTE EN EL CLIMATERIO

*“La cultura siempre determina
la naturaleza de la enfermedad”
Dalbert BD (1997)*

Las condiciones psicoemocionales, sociales y familiares de la mujer en climaterio ejercen un papel importante en el desenlace de síntomas de índole psicológico, dentro de éstos, los de tipo depresivo son los más frecuentes y van de cuadros leves a severos y de transitorios a crónicos. Sin embargo, está la contraparte que se refiere a que ciertos síntomas pueden estar presentes de manera cronicada o eventual antes del climaterio y que son los que van a matizar de manera particular la vivencia del mismo. Por lo anterior con las mujeres en etapa de climaterio se hace necesario realizar una investigación en retrospectiva y otra en prospectiva, de la siguiente manera: a) primero se deben explorar las posibles áreas de conflicto de estas mujeres, así como su estado de salud y los síntomas psicológicos asociados a éstas antes de que la mujer iniciara esta etapa, b) segundo hay que realizar una evaluación de los conflictos actuales, estado de salud y los posibles síntomas asociados a éstas. Lo anterior permite apreciar si los síntomas se derivan de esta etapa de vida como consecuencia del declive hormonal, o bien, son consecuencia del estilo de vida es decir de las relaciones interpersonales con la familia de origen, pareja, hijos, además de traumas en cualquier etapa de la vida, violencia de toda índole, así como problemas económicos, de productividad, y satisfacción personal, entre otros.

El climaterio, y en particular la menopausia, es algo más que el cese de la menstruación y la incapacidad para procrear, ya que las mujeres en esta etapa identifican la presencia de síntomas como melancolía, baja autoestima, soledad, irritabilidad, indiferencia personal, falta de motivación y de iniciativa, sentimientos de soledad, tristeza, devaluación, desconcierto, pérdida de control, miedo, los cuales no son sólo resultado de cambios fisiológicos, sino que tienen que ver con el reflejo de la cultura y el contexto de cada mujer (Kuntz, 1995; Nachtigall, 1998; Zárate, 1993).

La depresión es uno de los síntomas que con mayor frecuencia se puede observar en las investigaciones de la literatura especializada. Al respecto, Río de la Loza (1997), señala que la mujer en esta etapa presenta labilidad emocional, llanto fácil, insomnio, falta de comunicación, preocupación por la salud, necesidad de comprensión y apoyo, sin embargo, el síntoma que predomina es la depresión. Al respecto, Morales, Díaz y Aldana (1995) en un estudio de cohorte con 149 mujeres encontraron que de los 10 síntomas que más presentaron las mujeres de la muestra, seis eran de base psicológica y son: tristeza, irritabilidad, cansancio, depresión, insomnio, y llanto, y que las quejas somáticas referidas se encontraban en estrecha relación con estados emocionales depresivos.

Investigadores como Nachtigall, (1998); Kahn y colaboradores, (2001); Mojtabai & Olfson, (2004), indican que existe un aumento en el riesgo de presentar depresión durante el climaterio, si se cuenta con un historial de episodios depresivos previos. Tapia, Bravo, Meléndez y Gutiérrez, (2002), hacen referencia a una investigación realizada en el 2002, donde se encontró que existen aspectos socioculturales que correlacionan con psicopatología depresiva, así como con estados depresivos. En tanto que en un estudio realizado por Amore y colaboradores (2004), con 473 mujeres, los antecedentes de episodios depresivos fueron el mejor predictor para la depresión en la postmenopausia, además de esto, hallaron que otros eventos relacionados con la depresión en esta etapa fueron: eventos de vida, fase del climaterio, área donde se desarrolla la mujer, referente a la comunidad y nivel cultural.

Estudios de historia natural refieren que las mujeres que han presentado síntomas depresivos y ansiosos antes del climaterio, tienen mayor probabilidad de repetirlos; por otra parte, las relaciones laborales, presiones sociales, así como problemas familiares y de pareja se asocian con estados depresivos y ansiosos, por lo que el decline hormonal no explica el estado de ánimo en la mujer en climaterio, en particular en lo que se refiere a las relaciones de pareja y familia, esto, sin duda alguna, puede producir sintomatología de tipo ansioso o ambos (Grupo de Trabajo de Menopausia y Postmenopausia, 2004; International Position Paper on Women`s, 2002).

Las manifestaciones psíquicas son muy frecuentes en esta etapa, y que si bien no tienen porque conducir al deterioro de la salud mental, sí se traducen en una disminución de la satisfacción personal e influyen en muchos aspectos de la vida, así como en las relaciones personales y familiares. Aunado a estos están los problemas sociales generadores de estrés como la jubilación, economía, problemas laborales, entre otros, los cuales pueden potencializar los malestares antes mencionados, por lo que dos de cada tres mujeres desarrollan el síndrome climatérico, cuyos principales síntomas son: 1) clínicos: bochornos, insomnio, dolores articulares, cefalea, calambres y palpitaciones, 2) psicológicos: ansiedad, depresión e irritabilidad (Lugones, Valdés y Pérez, 2001). Pero, existen estudios que difieren de esto y que mencionan de manera específica que la causa principal de depresión en esta etapa es la deprivación estrogénica, como lo planteado en un estudio realizado con 315 mujeres en 2003 por Daly y colaboradores; lo que coincide con lo encontrado por Freeman y colaboradores, (2004) y Freeman y colaboradores, (2006).

Otros investigadores que tocan el tema de la depresión son Maartens y colaboradores (2001), quienes hallaron en un estudio realizado con 6648 mujeres, que dentro de los principales síntomas que éstas expresan en la menopausia se encuentra la depresión. Esto coincide con lo escrito por Bas y Fernández (2002), sobre la prevalencia de depresión en mujeres en climaterio, además refieren también como un síntoma psicológico a la ansiedad. Estas autoras mencionan que el climaterio no es un evento vital, sin embargo, concurre con acontecimientos vitales estresantes, por lo que las alteraciones psicológicas se relacionan de manera directa con factores psicosociales o socioculturales que funcionan como desencadenantes de procesos psicopatológicos, entre éstos se encuentran: enfermedad o muerte de los padres, viudez, conflictos de pareja, aparición o exacerbación de enfermedades crónico-degenerativas, síndrome del nido vacío, carencia de actividad laboral satisfactoria, así como proyectos de vida y temor al deterioro de la imagen corporal. Los síntomas psicológicos se dan entre 25 y 50 % de las mujeres en climaterio, y curiosamente este tipo de síntomas con frecuencia se presenta antes del cese de la menstruación, por lo cual los factores de tipo psicosocial son mejores predictores de síntomas psicológicos y somáticos, que la fase de climaterio por sí misma.

3.4 FACTORES PSICOSOCIALES QUE INTERFIEREN EN EL ESTADO EMOCIONAL DURANTE EL CLIMATERIO.

Cultura.

En la menopausia, además de presentarse síntomas vasomotores relacionados por la deprivación estrogénica, también se pueden presentar alteraciones psicológicas, emocionales y psicosomáticas (ansiedad, aumento de tensión, cambios en el estado de ánimo, depresión, irritabilidad, cansancio, insomnio, dificultad para concentrarse, ataques de pánico, cefalea, dolores articulares, palpitaciones, parestesias) no asociadas al hipoestrogenismo. Se ha observado que existe una variación en la presencia de estos síntomas, de una cultura a otra, (en la cultura latina entre 75 y 80% de las mujeres denotan síntomas, en tanto que, en otras culturas como la oriental, el porcentaje es mucho menor), la variación puede ser por: a) fisiología y b) por la percepción que tiene la mujer de sus síntomas (Canto, et.al., 1996), además los síntomas del climaterio no son universales, aunque en algunos casos obligan a la mujer a buscar ayuda tal es el caso de los síntomas vasomotores y los cambio de carácter (Pacheco, 1994).

En algunas culturas, el climaterio reporta beneficios a la mujer y espera de manera natural su llegada, mientras que para otras representa un estigma (el climaterio despierta un afecto negativo, en contraposición con la maternidad), llevando implícita una carga emocional negativa. El estudio de la mujer en esta etapa resulta complicado, ya que es difícil separar lo biológico de lo social, esto genera una paradoja, ya que si bien es cierto que se busca seccionar al ser humano para su estudio para una mejor comprensión de los fenómenos por los que pasa, también es cierto que éste no actúa de manera desintegrada, entendiendo entonces que la mujer es historia, cuerpo, mente y cultura (Casamadrid, 1997). Esta etapa de vida coincide con factores socioculturales que influyen en las emociones, además de que, por una parte, la mayoría desconoce los posibles cambios que se presentan y, por otra, pocas mujeres están preparadas para estos cambios, lo que favorece la presencia de conflictos psíquicos, es por esto que el climaterio debe considerarse como un fenómeno físico, psicológico y emocional (Río de la Loza, 1997). Aunado a esto están las expectativas respecto a la propia vida, lo que es una constante cultural y que modifica la forma de reportar y percibir los síntomas (Lolas, 1998).

Vieitez y colaboradores (2000), mencionan que las exigencias crecientes con la evolución sociocultural, han llevado a modificaciones en el rol femenino, por lo que la mujer debe desarrollar conductas y acciones relacionadas con el raciocinio, competitividad, discriminación analítica, especialidad, etc. Ante la pérdida de viejos roles y la adquisición cada vez más imperativa de otros nuevos, la mujer necesita de una estabilidad emocional especial, la cual durante el climaterio se ve comprometida, primero, por el declive hormonal y, segundo por problemas en las relaciones interpersonales (ya que afecta el componente psicológico). Lo anterior provoca que la mujer pueda exhibir sintomatología depresiva de origen biológico o reactivo situacional.

Para Dennerstein y colaboradores (2002), es indudable que los cambios que se presentan en la menopausia están influenciados de manera significativa por factores psicosociales.

Aunado a lo anterior, están las comparaciones que la mujer hace con los estándares de vida que había manejado con anterioridad, sobre todo con la productividad al servicio de los demás, donde van implícitas las capacidades físicas, mentales y estándares de belleza e imagen corporal (con frecuencia la pérdida de atractivo físico se asocia con la posibilidad de no recibir afecto). Todo esto genera una disminución en la satisfacción personal y, por tanto, trastoca la autoestima, ya que muchas veces lo más importante o lo único relevante en su vida era lo relacionado con la fertilidad y la crianza de los hijos, la mujer en climaterio de hoy es resultado de una cultura que la ha dejado indefensa, ya que además de perder la fertilidad, también se enfrenta a relaciones interpersonales poco gratificantes (Casamadrid, 1997; Dalbert, 1997; Lugones, et al., 1997).

Jiménez y Marván (2005), en un estudio cualitativo sobre el significado de la menopausia en mujeres en etapa adulta descubrieron que, además de factores estresantes como problemas de salud, disminución de la capacidad y habilidades, problemas económicos, cuidado de los padres, retiro laboral, cambios en la imagen corporal, redefinición de roles, muerte de familiares o amigos, etc. ; vale la pena mencionar otro que es el sentimiento de pérdida, el cual incluye la sensación de envejecimiento, pérdida de la fertilidad, la belleza y fortaleza física, todo esto, en algunos casos, hace que la mujer tenga sentimientos de tristeza e impotencia.

De manera importante, se resalta que aquellas mujeres que se dedican al hogar definen esta etapa llena de molestias, depresión, irritabilidad y vejez, en tanto que aquellas que desarrollan un trabajo fuera de casa la definen como una época de tranquilidad y madurez, esto se relaciona con la independencia económica, capacidad adquisitiva, satisfacción, duración, autoconfianza, interacción social, reto, pertenencia a un grupo y productividad. Así que el dedicarse al hogar de tiempo completo lleva a la mujer a que el único foco de atención sea la familia o su persona, lo que conlleva a darle demasiada importancia a pequeños problemas y cambios, y en la mayoría de casos darle mayor prioridad a su rol de madre, mismo que piensa que ha llegado a su fin cuando los hijos salen de casa. En esta investigación se concluye que: a) la menopausia es modelada, definida y construida en gran medida por la cultura, lo que determina en gran parte la actitud ante ésta. b) los medios masivos de comunicación desempeñan también un papel importante en la formación de actitudes hacia la menopausia y por lo general la muestran como una enfermedad o experiencia negativa. Por lo anterior, estudiar esta etapa de vida tomando en cuenta aspectos socioculturales, permite aportar elementos para un mejor abordaje de este tipo de mujeres, lo anterior coincide con lo escrito por Osorio, (2006).

El climaterio se encuentra estigmatizado en la cultura latina, ya que tiene connotaciones negativas, pues se emplea de manera peyorativa incluso en el núcleo familiar, esto en gran parte se debe al desconocimiento tanto de la mujer, como de los elementos que la rodean (Casamadrid, 1997).

Juventud y belleza. El climaterio tiene un impacto directo en el aspecto físico de la mujer, esto se debe a los cambios hormonales enzimáticos y los propios del envejecimiento, se produce el inicio del encanecimiento, se acentúan las líneas de expresión, cambios en la pigmentación de la piel, principalmente en cara y manos, el cuerpo tiende a una transformación y acumulación de tejido adiposo, con tendencia a la acumulación de grasa en cintura, cadera y vientre, lo anterior se presenta de manera externa, en tanto que a nivel interno se presentan síntomas como: dolores articulares, cansancio físico, etc., esto impacta de manera importante el estado emocional de la mujer, sobre todo en la cultura latina, donde la belleza física, así como la actividad, reciben una sobrevaloración, la cual se ve favorecida por la mercadotecnia y los medios de comunicación, los cuales tienen gran parte de

responsabilidad de que la mujer viva de esta manera los cambios en su físico, en particular en la piel, esto genera que la mujer en esta etapa se cuestione su aspecto físico relacionado internamente con la necesidad de aceptación del exterior, impactando de manera importante su autoestima y autoconcepto. Además de que juventud también es sinónimo de reproducción. La mujer en una cultura como la latina, inicia esta etapa en desventaja, ya que sencillamente es ser diferente a la mujer deseada por el sexo opuesto, al no cubrir con los requisitos de ser joven y bella. Esto deriva puramente de la cultura y la ideología (Aldana, 2002). La pérdida de atractivo físico afecta de modo directo la respuesta sexual, ya que la mujer puede evitar las relaciones sexuales por no sentirse atractiva.

Sexualidad. La manera en que la mujer practique su sexualidad, aun cuando se den los impulsos y los sustratos biológicos para ejercerla, dependerá del aprendizaje, el cual se basa en la clase étnica de pertenencia. La sexualidad siempre se ha visto bajo la jurisdicción de normas sociales, económicas, políticas, y religiosas de los grupos sociales, que la fueron normalizando y controlando a través de los siglos, para establecer la legitimidad de su ejercicio.

Mediante las relaciones sexuales, la mujer cubre necesidades de la más diversa índole, que van desde el placer o el descubrimiento de sensaciones, la necesidad de emociones de cercanía, comunicación, intimidad y de tipo psicológico como es el caso de la agresión, poder, sojuzgamiento, sadomasoquismo, hasta sentimientos de trascendencia espiritual, ya sea con su práctica o su abstinencia. Debido a la cultura y la educación en México, la sexualidad aún se ve como un medio para la procreación y no para la satisfacción personal.

En el climaterio, la mujer es propensa a sufrir una devaluación sexual, llegando a utilizarla como una explicación para su malestar con ella misma y su pareja. De acuerdo con la cultura latina, la influencia social occidental, tanto la sexualidad como la fertilidad, la juventud, la belleza física, el vigor y la fuerza, son los valores más preciados en la mujer, por lo que el prejuicio de la menopausia marca el fin del interés sexual, y por tanto, de la actividad erótica.

La sexualidad es una esfera importante para analizar en el climaterio, algunos especialistas con orientación psicodinámica consideran que el final de la menstruación funciona como detonante para que resurjan conflictos psicosexuales no resueltos en etapas anteriores (Canto y Polanco-Reyes, 1996).

Estado de ánimo. Aldana, Gómez, Morales y Gaviño, (2007), investigaron cuáles eran las áreas de vida que las mujeres en climaterio perciben como conflictivas, y que por ende afectan su estado emocional, encontrando 10 y éstas son: 1) relación con figuras parentales, 2) relación con la pareja, 3) relación con los hijos, 4) prejuicio social y roles, 5) síntomas, 6) reingreso a grupo de psicoterapia, 7) vida sexual, 8) interacción grupal y social, 9) temor a la muerte, soledad y vejez, y 10) autoestima, curiosamente la etapa de climaterio ocupó el lugar número 11. Dennerstein y colaboradores, (1999) hallaron que las características negativas para tener problemas en el estado de ánimo en la menopausia son: complicaciones premenstruales, actitud negativa hacia la menopausia, problemas de tabaquismo, poco ejercicio, no tener pareja y contar con un solo hijo, además de problemas de salud, problemas de pareja, problemas durante el día y estrés interpersonal. En tanto que los factores que favorecen un estado emocional estable son: buena autopercepción del estado de salud, deseos positivos hacia la pareja, buena relación de pareja y bajo nivel de estrés. En el 2000, nuevamente Dennerstein y colaboradores confirman que existe una relación directa entre estilo de vida y cambios emocionales durante el climaterio. Para el 2001, estos mismos autores describen que los factores que correlacionan de manera positiva para un estado emocional adecuado, además de los descritos anteriormente, son: eventos de vida positivos, trabajo gratificante o satisfactorio.

El estado de ánimo tendrá que analizarse a la luz de la cultura de pertenencia de cada mujer, ya que ésta permite matizar en gran parte este evento de vida, los siguientes factores son tan sólo algunos de los que intervienen en el estado de ánimo de las mujeres en climaterio:

- Pérdida de la menstruación, que implica la pérdida de capacidad reproductiva.
- La pérdida de juventud, aunada a las pérdidas interpersonales y sociales.

- Disminución de energía, de interés personal y social, y la baja de autoestima, relacionados con el envejecimiento y la crisis maduracional (la mujer en esta etapa busca explicar su actitud y conducta actual con base en estándares de vida en los que se ha desenvuelto y que le sirven como referencia, a partir de los cuales valora sus capacidades físicas, mentales, rasgos de belleza, etc. Esto concluye en una disminución de su satisfacción personal, lo que impacta de manera importante su autoestima) (Lugones, et al., 1997).
- Modificación en el rol materno y la distancia generacional con los hijos, así como la diferencia en las necesidades de los elementos que integran la familia (Otra de las áreas que se ve fuertemente impactada es el área familiar, ya que cuando es joven, la idea de concepción de un hijo da origen a una serie de expectativas hacia éste, que parten de la posibilidad del sexo que tenga, pasando por la conducta que se desea que presente, concluyendo con la necesidad de cubrir metas personales en los hijos o bien se les toma como continuación de su vida, esta es la historia por la que pasa todo ser humano, por lo que la mujer de ningún modo es la excepción. Por esto, cuando la mujer se percata de los cambios en los roles, actitudes y conductas de los integrantes de la familia, surge la necesidad de modificar la dinámica familiar, y esto le genera desconcierto).
- Cambio en la dinámica de pareja y/o reencuentro con la misma. En el aspecto de pareja surge un reencuentro y esto es un momento de desconcierto ya que existe un desconocimiento e insatisfacción como pareja, a lo cual la mujer brinda como primera explicación la etapa de climaterio, a la cual hace responsable (Aldana, 2000).
- Cuidado de personas mayores, en la mayoría de los padres o enfermedades de familiares cercanos (Río de la Loza, 1997).

Además del paso por esta etapa, implica grandes cambios en todos los sistemas y áreas de vida de la mujer, desde los internos (órganos) hasta los externos (cambios sociales), los cuales generan, colaboran o exacerban trastornos de índole psicológico, impactando el estado emocional, por lo que resulta difícil entonces identificar cuáles son producto de la deficiencia estrogénica, cuáles del envejecimiento y cuáles del estilo de vida (Zárate, 1993).

Manzano, Artiles, Navarro, Pérez y Nodarse (1998), encontraron que las mujeres que presentan una personalidad equilibrada, muestran satisfacción con su vida sexual, familiar y profesional, logran asumir con mayor tranquilidad los síntomas propios de la etapa, de tal manera que las características individuales de cada mujer, su personalidad, forma de enfrentar el proceso de envejecimiento, autoestima y nivel de satisfacción personal influyen en la percepción del climaterio y, por tanto, en su estado emocional.

Cárdenas, (2002), García-Viniegras y Maestre, (2003), Monterrosa, (2005), refieren que es importante la autoestima, ya que en la medida en que ésta sea mayor, la actitud y vivencias del climaterio serán más favorables. Se observa que el bienestar emocional en esta etapa de vida la está determinado por factores objetivos (condiciones económicas, sociopolíticas, culturales, ambientales que facilitan o entorpecen su pleno desarrollo) y subjetivas (valoraciones que la mujer hace de su propia vida y de esta etapa en particular), la satisfacción en estas últimas está influida por el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y las expectativas trazadas y los logros, que en relación con ellas, se van obteniendo a lo largo de su vida , lo que unido al componente emocional determinará el bienestar , esto finalmente entrelaza su entorno macro y microsial.

Por lo anterior, hay investigadores que sugieren que deben realizarse estudios con especificidad que permitan incorporar aspectos psicosociales definidos y conocer el papel que éstos desempeñan en el estado de ánimo, como es el caso de Deeks & McCabe, (2004). Quienes en un estudio con 304 mujeres encontraron que el rol social es importante para que la mujer presente bienestar emocional. En tanto que, Kripke, Jean-Louis, Elliott, Klauber, Rex, Tuunainen y Langer (2004), mencionan que otro factor importante en el estado emocional durante el climaterio es la raza. En algunas editoriales como la de la revista de *Climaterio* (2005), se plantea una combinación entre factores biológicos y culturales que determinan la naturaleza de la menopausia, algunos estudios de sociología refieren diferencias importantes entre las mujeres de áreas rurales y urbanas y entre sectores sociales y etnias, los cuidados que tiene cada una dependerá en gran medida de la situación económica que prevalezca dentro del contexto en el que se desarrolla, si bien es cierto que existen sectores o etnias que manifiestan menos quejas, esto no necesariamente quiere decir

que no perciban o sufran cambios en esta etapa de la vida, sino que no cuentan con los recursos para buscar atención, esto coincide con lo escrito por Siseles y Gutierrez (en red. www.aapec.org/trabcientificos/28.htm).

Los síntomas referidos en este momento de la vida, entre ellos los psicológicos, derivan de dos vertientes: a) reducción de estrógenos y b) estructura de personalidad, por lo que para explicar la sintomatología y conducta de la mujer, se debe buscar una explicación integral y no sólo pensar que la etiología deriva de una causa estrogénica, ya que lo significativo de la crisis en climaterio no son los cambios biológicos, aunque éstos sean su fundamento, el significado real radica en el carácter biográfico de la mujer, ya que esto permite interpretar esta etapa de vida como positiva o negativa (National Institutes of Health, 2005).

En la sociedad actual se observa como la mujer ubica fácilmente los cambios físicos (los cuales las introducen a una nueva etapa de vida llamada climaterio, que implica una serie de cambios adaptativos, que para muchas son disruptivos con su estilo de vida) ya que la piel así como la masa ósea sufren modificaciones, de estas las primeras son visibles a simple vista, haciendo evidente la vejez, impactando en el estado emocional, sin embargo no identifica sus necesidades personales (afecto).

De tal manera que la etapa de climaterio pone a prueba los elementos con los que cuenta la mujer para realizar ajustes a su estilo de vida, así como la forma en que los enfrenta, lo que finalmente le permitirá un equilibrio emocional que repercuta necesariamente en su conducta visualizada en la demanda de atención en los servicios de salud (Silva, et al., 2000; Silva, 2002).

Área laboral. Sin duda alguna surge también la preocupación por esta área, la que se divide en desempleo o jubilación de la mujer y/o de la pareja, situación que la puede poner en desventaja (económica o de poder) en el contexto familiar. (Casamadrid, 1997; Dalbert, 1997; Lugones, et al., 1997).

Rol de género. El climaterio se encuentra ligado de manera estrecha al rol de género, y desde mediados del decenio de 1970, la categoría de género se ha propuesto como parte fundamental de la realidad social, cultural e histórica del ser humano. Se dice que las mujeres

más vulnerables y que manifiestan mayor sintomatología son aquellas que han dedicado su vida al papel femenino tradicional, es decir al rol asignado socialmente, por lo que lo internalizaron como única fuente de satisfacción, en tanto que aquellas mujeres que no se instalan en este tipo de rol exhiben menos problemas. La presencia, frecuencia e intensidad de los síntomas que la mujer muestre en esta etapa, depende en gran medida de la forma en que ésta haga la evaluación de su vida. Por otra parte, la importancia de la sintomatología en gran parte de esta población la establece el evaluador, en este caso los especialistas (médico general, ginecólogo, sexólogo, endocrinólogo y psicólogo), por tal motivo es frecuente que así como algunas mujeres son sobrediagnosticadas, otras paradójicamente son ignoradas en el reporte de los síntomas que refieren. Lo anterior ya lo planteaba González, en 1996, coincide con lo referido por Romero, Soto y Guiliarducci, (2002).

La manera en que se vive esta etapa de vida varía de acuerdo con la composición y la dinámica familiar, los subsistema, límites y reglas que permiten observar el papel que cada elemento de la familia desempeña, así como el papel que la mujer desempeña en esa época, algunos ejemplos de familia son:

- Aglutinada: donde se asume o se ve obligada a asumir funciones que ya no le corresponden como el cuidado de los nietos, esto como consecuencia de carencias económicas, desempleo.
- Mujer cabeza de familia: papel que se asume ante la separación y viudez y donde funge como responsable (proveer atención y cuidados) de los demás elementos de la familia.
- Familia desligada: donde sólo un hijo se hace responsable de la mujer adulta.
- Familia uniparental o reconstituida: se da cuando regresan los hijos al hogar demandando techo, comida, afecto y atención, además de los cuidados de los hijos, donde la abuela pasa a ser madre sustituta, a quien se le exige desempeñar el rol de acuerdo con las costumbres de los que se reincorporan. En este mismo sentido, en ocasiones, quienes buscan asumir este rol son las mujeres climatéricas, con el afán de los hijos regresen, jugando el papel de salvadoras y el de victimas perpetuando de esta manera las relaciones de dependencia y codependencia.

Esto favorece que no se presente el síndrome del nido vacío, convirtiéndose en un estilo de vida natural.

- Familia equilibrada: existe el reconocimiento de derechos y responsabilidades y de los espacios personales con límites y normas establecidos, compartiéndose la ayuda, respeto y solidaridad.

Situaciones que favorecen esta etapa de vida:

- a) Experiencia, sabiduría y prudencia adquiridos.
- b) Actividad física, intelectual o productiva, lo que le facilita conservar autonomía, así como colaborar activamente en la dinámica familiar.
- c) Continuar con el aprendizaje sin importar la edad.
- d) Hábitos adecuados.

Situaciones que desfavorecen a la mujer en esta etapa:

La pérdida de estatus, pobreza, soledad (está la motivación por parte del exterior para que la mujer asuma papeles que no le corresponden (cuidado de los nietos), a cambio de recibir afecto y atención, es un medio donde debe compartir para merecer reconocimiento y afecto, pérdidas de seres cercanos, temor a la enfermedad, deterioro en la salud y aislamiento (en red. fmc.encolombia.com/medicina/menopausia/meno.300cambios)

Rivas y Navarro (2003), encontraron que aquellas mujeres que buscan ayuda ante la presencia de síntomas vasomotores y psicológicos, tienen mayor conocimiento sobre lo que es el climaterio y sus cambios, y aquellas que lo desconocen no buscan ayuda a pesar de presentar síntomas; parecería ser que para ellas es más importante cuidar de la familia que de ellas mismas, esto nuevamente habla de los roles sociales asignados, ya que existe una sobrecarga genérica que tiene un impacto negativo en la salud de la mujer. En el IV Congreso de Latino América de Climaterio y Menopausia celebrado en Argentina en el 2004, Rodríguez, Lorden, Rodríguez y Casalapro, presentaron una investigación donde encuestaron a 400 mujeres de las cuales, 67% no tenía conocimiento sobre lo que era el climaterio, 34% no conocía la Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH), 75% no sabía

distinguir entre síntomas físicos y psíquicos y a 42% le interesaba el apoyo psicológico en esta etapa de vida. Concluyendo que es necesario brindar mayor educación y realizar más trabajos interdisciplinarios.

Lo anterior lleva a la reflexión propuesta por Casamadrid, en 1997, de que es fundamental reconocer la conducta y la psique de la mujer para entender y contextualizar de manera adecuada la problemática referida, permitiendo entender de manera clara esta etapa de vida.

Recomendaciones basadas en la evidencia.

La terapia hormonal de reemplazo no tiene efectos benéficos sobre los síntomas psicológicos (Reymer & Morris, 2000) (IA).

*Para conocer de manera puntual el origen y evolución de la sintomatología en la pre y posmenopausia es necesario indagar sobre el estado de salud actual, variables de estilo de vida y factores psicosociales (Boulet, Oddens, Lehert, Vemer & Visser, 1994; International Position Paper on Women's, 2002) (IIB).

*La evaluación de la mujer en esta etapa debe incluir la exploración y comprensión de los factores psicosociales en la experiencia de vida y la menopausia. Los factores que se deben explorar son: estilo de vida, rol, propuesta de vida, relaciones interpersonales, libido, historia psicológica y funciones psicológicas presentes, así como imagen corporal y aspectos socioculturales (Deeks, 2004) (IIB) (Sommer, Avis, Meyer, Ory, Madden, Kegawe, Mouton, Rasor & Adler, 1999) (IIB).

*Las alteraciones en el estado de ánimo no han mostrado una relación causal con la pre y posmenopausia (Grupo de Trabajo de Menopausia y Postmenopausia, 2004) (IB).

*Se ha observado relación entre el estado de ánimo y factores sociales, familiares, laborales y las alteraciones previas del estado de ánimo (Grupo de Trabajo de Menopausia y Postmenopausia, 2004) (IB).

*Los síntomas psicológicos se asocian con problemas y eventos en la vida cotidiana (Hardy & Kuh, 2002) (IIB); (Río de la Loza y Alvarado, 2003) (IIB).

*Los síntomas psicológicos se asocian de manera particular con experiencias en la vida familiar (Hardy & Kuh, 2002) (IIB); (Río de la Loza y Alvarado, 2003) (IIB)

*Problemas de salud, condiciones sociales desfavorables, presencia de estresores, síntomas vasomotores severos etc, están asociados a síntomas psicológicos (Soares, 2004) (IIA).

*Aquellas mujeres víctimas de acoso o abuso sexual en cualquier etapa de la vida, así como de maltrato son propensas a presentar síntomas depresivos, también es importante conocer que la percepción de los síntomas depresivos dependerá de la cultura (Depresión, 2001) (IVB).

Para el manejo y diagnóstico de las mujeres en climaterio es necesario explorar su estilo de vida, su relación de pareja, de familia, su economía, redes de apoyo, sus relaciones interpersonales y su estructura de personalidad.

Los cambios y factores antes mencionados impactan de alguna manera la sexualidad en el climaterio y, en algunos casos, se puede observar cómo se modifica la respuesta sexual humana en esta etapa de vida, como lo muestran las investigaciones referidas en el capítulo subsecuente.

CAPÍTULO IV

SEXUALIDAD

*La sexualidad no es “natural”
sino que ha sido y es construida
Martha Lamas.*

El estudio de la sexualidad en México es relativamente reciente. El concepto de sexualidad siempre dependerá de la perspectiva que el investigador tenga, para luego entonces delimitarla, esto designa comportamientos, prácticas, hábitos en los cuales se involucra al cuerpo, relaciones sociales, conjunto de ideas, moralidades, discursos y significado que las sociedades y sus instituciones construyen en torno a los deseos eróticos y los comportamientos sexuales (Szasz y Lerner) (en red. www.Laneta.apc.org/cidral/lectura/sexualidad/texto1.htm).

La sexualidad es un tema que importa a todos, a la mujer, al hombre, al niño al adulto, así como a todos los profesionales, incluyendo los de la salud mental; no obstante un gran porcentaje de personas a nivel mundial tienen conocimiento mínimo acerca de la misma, esto se debe a infinidad de factores, entre los que se encuentran: los tabúes, los secretos, los mitos, verla con demasiada intimidad, una educación restrictiva, etc. A pesar de que la sexualidad es inherente al ser humano, éste desconoce la mayoría de veces lo que es una disfunción o un trastorno sexual, las primeras están ligadas casi siempre a mitos y demandas sociales que la sociedad impone al hombre y a la mujer respecto a su vida sexual, pero es una lucha desigual, ya que socialmente existen demandas, pero no se proporcionan los elementos o herramientas necesarias para un ejercicio sano y pleno de la sexualidad (Hernández y Reyes 2001).

La sexualidad es un fenómeno pluridimensional, que está determinado por el contexto donde se desarrolla el sujeto, ya que varía de acuerdo al contexto donde se desarrolla cada sujeto, así como por el momento histórico-social, por este motivo no es posible hacer generalizaciones sobre el tema.

4.1 HISTORIA DE LA SEXUALIDAD

Prehistoria- En ésta el sexo se ejercía de manera monogámico natural, posteriormente la monogamia era una manera de conservar el patrimonio familiar. Durante el judaísmo el matrimonio tenía como finalidad la descendencia y la esposa compartía a la pareja con otras esposas secundarias, pero si esta era infiel se le apedreaba (Vera-Gamboa, 1998).

En Egipto el incesto era permitido. Mientras que en Grecia la homosexualidad era tolerada entre adolescentes y adultos como una cuestión educativa, En tanto que en Atenas la mujer nunca podía andar sola, ya que éste era un privilegio de las prostitutas. La mujer en esa época era como un ciudadano de segunda y era la portadora de los hijos. En síntesis, se observa el dominio de la religión sobre la sexualidad reduciendo la conducta sexual a un fenómeno determinado sólo para la procreación (Calderone, 1978).

El patriarcado marca de manera importante la dualidad en lo sexual:

- La mujer queda como responsable de la reproducción, la educación y la hace evidente a través de los varones.
- Se da permisividad al varón y represión a la mujer, exigiéndosele que cuide su virginidad y, una vez casada, se le exige fidelidad.
- Doble imagen de la mujer: buena como esposa, madre y ama de casa y mala es aquella que se dedica al placer.
- Sexualmente se le otorga un doble significado. Aquel dentro de la producción como una forma lícita de ejercer la sexualidad, lo que socialmente es aceptado dentro del matrimonio y la familia, o bien el brindar placer a la pareja (Cerruti, 1992).

En la Edad Media la Iglesia reafirma su poderío a través de la necesidad del matrimonio monógamo para el contacto sexual. En esta época, se da origen a la Santa Inquisición que declara el instinto sexual como algo demoníaco. En el siglo XV tienen origen las enfermedades conocidas entonces como venéreas, las que se consideraron un castigo divino (Del Río Chiriboga, 1996; Instituto Mexicano de Sexología, 1995).

Para la época victoriana comprendida entre los siglos XVII y XIX, la masturbación se consideraba inapropiada y se asociaba con problemas de epilepsia. Richard Kraft (1822) refiere comportamientos sexuales etiquetándolos como patológicos, y se origina así el término desviación sexual. En ese momento todo acto sexual que no tuviera como finalidad la procreación se veía como “sexualidad anormal”. A Kraft-Ebing se le considera el padre de la sexología moderna, ya que se proclamó a favor de la comprensión y tratamiento de las desviaciones sexuales. Fue una época donde los comportamientos sexuales eran claramente preestablecidos por la clase social de pertenencia, y es entonces que la clase media presentaba una conducta donde la moral jugaba el papel principal. La religión curiosamente dio gran importancia a la familia, pero reconocían que el sexo era una desventurada necesidad, pero no que no debía disfrutarse. De tal suerte que se mezclaron mitos y miedos en las mujeres: “La mujer que disfruta muere joven” “El demandar demasiadas relaciones al hombre lo vuelve idiota”, esto se presentó sólo en la clase media y fue a través de la comunidad médica la cual era la depositaria de la moral de aquella época, en contraposición se encontraba la clase alta en la cual el amor libre era lo cotidiano. Esta época destacó por el puritanismo y represión sexual (Caruso, 1993; Masters, Johnson y Kolodny, 1988).

El inicio del modernismo sexual se da con Freud (1856-1939), médico de profesión quien destaca la importancia de la sexualidad en la vida de todo individuo, La teoría de personalidad que desarrolló tiene como punto angular la sexualidad, e introdujo el término “libido” como la energía de la que emanan todas las actividades de los hombres. Esto impactó al pueblo de Viena ya que afirmaba que todas las fobias y miedos tenían relación con las frustraciones sexuales. Esto surge como respuesta a las rígidas normas victorianas y se dice que con esto comienza el modernismo sexual (Masters, Johnson y, Kolodny, 1995).

En esos mismos años, el médico Havellock Ellis (éste es al estudio de la sexualidad lo que Einstein a la física moderna) reafirma lo dicho años antes respecto a que la masturbación enferma y refiere que el deseo sexual es igual para todos es decir hombres y mujeres, D. Lawrence (1885-1930) creía que la negación de la sexualidad era causa de problemas. Una de las primeras mujeres en hablar sobre el tema fue Marie Stopes (1880-1958) mencionó que el sexo debía de disfrutarse y no tener temores. Para 1922 y 1927, Margaret Sanger inicia en EUA el control de la natalidad. En tanto que la antropóloga Margaret Mead (1901-1978),

quien vivió en diferentes comunidades, compartía con el mundo sus experiencias, incluyendo el comportamiento sexual de diferentes etnias, y Geramine Creer (1939) hacía referencia al matrimonio convencional, y las actitudes que la mujer adoptaba debido a los estereotipos existentes en ese momento. El inicio del estudio sistemático de la sexualidad surgió con Alfred Kinsey, quien al no contar con datos confiables sobre la sexualidad, genera una investigación sobre las experiencias sexuales, la información se capturó mediante un cuestionario, y estos resultados lo llevan a ver que la conducta sexual era mayor a lo imaginado. Entre los hallazgos más importantes están:

- Más de 50% de los hombres a los 40 años ha mantenido relaciones extramaritales y más de 25% de las mujeres.
- De los hombres homosexuales 37% presentaron orgasmos desde la adolescencia hasta la vejez y en mujeres fue de 28%.
- Cerca de 20% de los hombres entre 30 y 35 años tenían relaciones sexuales con trabajadoras sexuales y esto aumentaba con la edad.
- Más de 60% de mujeres habían practicado la masturbación (Masters, et al., 1995; Vera-Gamboa, 1998).

Masters y Johnson, realizaron una de las aportaciones fundamentales en el estudio de la sexualidad al referir que “para conocer la sexualidad debería primero conocerse la fisiología y la anatomía”. Son los primeros en llevar a cabo estudios de laboratorio con sujetos con problemas y sin problemas sexuales, y publicaron los resultados en el libro “Respuesta Sexual Humana” en 1966, donde hacen hincapié en que tanto hombres como mujeres tienen la misma capacidad de respuesta sexual, y se propone también la curva de respuesta sexual con sus diferentes fases, además afirman que el deseo sexual no desaparece con la menstruación, embarazo o “menopausia” (Vera-Gamboa, 1998).

En los decenios de 1960 y 1970, Shere Hite hace referencia acerca de los resultados de sus estudios, diciendo que: “la sexualidad femenina se veía en función de la respuesta a la sexualidad masculina y coito y no como algo natural y propio”, lo interesante de esta investigadora era que por vez primera se involucraba lo que se conoce como sentimientos. Y finalmente en 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la sexualidad como parte integral de la salud del ser humano (Vera-Gamboa, 1998).

4.2 RESPUESTA SEXUAL HUMANA

Masters y Johnson, en el decenio de 1960, mediante las investigaciones realizadas estructuraron lo que hoy se conoce como respuesta sexual humana y sus disfunciones, y que para entender la sexualidad humana era necesario primero conocer su fisiología y su anatomía, además de tener conocimientos en el campo social y psicológico. Para exponer lo que se conoce como respuesta sexual humana fue necesario una investigación con 10000 personas, concluyendo que ésta se componía de cuatro fases: 1) excitación, 2) meseta, 3) orgasmo, y 4) resolución, tiempo después agregaron la fase de deseo (Masters, et al., 1995).

A la capacidad de respuesta sexual se le denomina estímulo sexual afectivo, estos estímulos generan tanto en el hombre como la mujer una serie de respuestas y cambios en los niveles genital y sistémico, y se hacen acompañar de percepciones subjetivas (Álvarez, 1986). Es importante aclarar que este esquema sirve para realizar estudios con mayor especificidad, pero el paso de una fase a otra no se observa con claridad, además de que varía de un individuo a otro.

Fase del deseo- “Esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarse a cabo” American Psychiatric Association, (1995). En ésta se combinan una serie de factores pertenecientes al individuo como son factores físicos, emocionales, culturales, sociales, de educación, ambientales y personales, los cuales van a determinar el grado de calidad de la respuesta sexual humana, por lo que se le considera el primer y principal elemento para que dicha respuesta se dé o no. En ésta se involucran las necesidades del individuo como: sentirse amado, deseado, seguro, y con capacidad de conquistar a alguien.

Masters y Johnson proponen una serie de vectores de los cuales depende la respuesta sexual humana, y las dividen en positivos y negativos.

Vectores que interfieren en la fase del deseo (Masters, et al., 1995).

<i>Vectores positivos</i>	<i>Vectores negativos</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Físicos • Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Físicos • Saciedad sexual • Fatiga • Adicciones • Enfermedades
<p style="text-align: center;">Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atracción • Detalles cognitivos • Fantasías sexuales • Estado de ánimo • Autoestima sexual • Receptividad circunstancial • Funcionamiento de pareja • Desarrollo previo de la sexualidad 	<p style="text-align: center;">Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Culpa o vergüenza sexual • Problemas de pareja • Enojo • Resentimiento • Problemas de personalidad • Distracciones mentales

Fase de excitación- “Esta fase consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios más importantes en la mujer son, la vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de vagina y la tumefacción de los genitales externos” American Psychiatric Association, (1995).

Es la etapa que precede al deseo, y al haber un estímulo sexual afectivo se inicia la fase de excitación (Masters, et al., 1995).

<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>
<p>Erección del pene El escroto tiende a engrosar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los testículos ascienden <p>Los pezones se muestran erectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se acelera el ritmo cardiaco, la presión y la tensión sanguínea neuromuscular general 	<p>Lubricación vaginal Expansión de dos tercios interiores de la vagina Se oscurece la pared vaginal Se hinchan los labios externos de la vagina Los labios anteriores se hacen más gruesos Cérvix y útero presentan un desplazamiento hacia arriba Erección de pezones Las mamas aumentan de manera ligera Aparece el rubor sexual Aumenta el ritmo cardiaco Se acelera la presión y la tensión sanguínea neuromuscular general.</p>

Alvarez-Gayou, (1986) refiere que de manera subjetiva esta fase se percibe como un momento de tensión placentera, haciendo cada vez mayor la excitación, con deseo de aumentar estímulos entre ellos las caricias. Esta fase determina lo que será la calidad de la respuesta sexual humana y la posibilidad de lograr el orgasmo.

Fase de la meseta- Se considera una fase de transición con un grado de excitación sostenido durante un tiempo corto. Los cambios de la fase anterior se intensifican. Esta fase en particular es muy breve, y depende en gran medida de la intensidad del deseo con el que se inició la relación sexual (excitación) (Masters, et al., 1995).

<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta la rigidez de la erección • La cabeza del pene se agranda • Los testículos aumentan de tamaño y se acercan más al cuerpo • En algunos aparece liquido preeyaculatorio • Rubor sexual • La respiración se hace superficial y rápida • Disminuye la agudeza visual y auditiva 	<ul style="list-style-type: none"> • La lubricación vaginal continua • Se forma la plataforma orgásmica en el tercio exterior de la vagina • El clítoris se retira bajo el capuchón clitorídeo • Los labios vaginales se hinchan y cambian de color • La respiración se hace superficial y rápida • Disminuye la agudeza visual y auditiva

Fase de 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. En la mujer se producen contracciones (no siempre experimentadas subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina. En ambos sexos el esfínter anal se contrae de manera rítmica” American Psychiatric Association, (1995). Esta fase tiene una duración de entre 3 y 15 segundos, produciéndose cambios físicos, la percepción subjetiva del orgasmo está influida por varios factores, pero se expresa como “una sensación explosiva e incontrolable de liberación de tensión y un máximo de placer, después de lo cual queda una sensación de tranquilidad total” (Sánchez, 2001).

<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>
<ul style="list-style-type: none"> • En próstata se presentan acentuadas contracciones rítmicas involuntarias, vesícula seminal, recto y pene, estas contracciones empujan el líquido seminal a través de la uretra, generalmente sobreviene la eyaculación poco después de comenzar las contracciones. • Los testículos quedan pegados al cuerpo • El rubor sexual alcanza el máximo color y expansión • Llegan al máximo el ritmo cardiaco, la presión sanguínea y el ritmo respiratorio. • Pérdida de control voluntario muscular 	<ul style="list-style-type: none"> • Inician contracciones rítmicas involuntarias de la plataforma orgásmica y el útero • El rubor sexual alcanza el máximo color y expresión • Llegan al máximo el ritmo cardiaco, la presión sanguínea y el ritmo respiratorio • Pérdida de control voluntario muscular

Fase de resolución- “Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediata” American Psychiatric Association, (1995). Fase en que el organismo regresa al estado de no excitación (en ambos sexos es una sensación de relajación).

<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida rápida de la erección del pene, regresando a su tamaño normal • Los testículos toman su posición natural, recobrando su tamaño normal • En el escroto aparecen sus pliegues escrutales • Pérdida de la erección de los pezones • Desaparece el rubor sexual • El ritmo cardiaco, la presión sanguínea, y el ritmo respiratorio regresan al estado previo a la excitación • Lo mismo ocurre con la agudeza visual y auditiva 	<ul style="list-style-type: none"> • El clítoris regresa a su tamaño normal • Desaparece la plataforma orgásmica • Los labios vaginales vuelven a su grosor, posición y color normal • La vagina regresa a su posición anterior a la excitación, al igual que el útero y el cérvix • Desaparece el rubor sexual • El ritmo cardiaco, la presión sanguínea, y el ritmo respiratorio regresan al estado previo a la excitación • Lo mismo ocurre con la agudeza visual y auditiva

Fase refractaria- en ésta el umbral de respuesta a un estímulo sexual es muy alto, se dice que éste es más corto en personas jóvenes, y este periodo es más amplio después de la primera relación durante un mismo día.

<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>
<ul style="list-style-type: none"> • El umbral de respuesta a un estímulo sexual es muy alto 	<ul style="list-style-type: none"> • El umbral de respuesta a un estímulo sexual es muy alto

Álvarez-Gayou, (1986) señala que algunos autores refieren cuatro diferencias entre el hombre y la mujer en la respuesta sexual humana: 1) la respuesta del hombre es más corta para alcanzar el orgasmo que en la mujer; 2) la mujer puede ser multiorgásmica; 3) la fase de resolución es más rápida en el hombre y 4) la fase refractaria es igualmente más larga en el hombre.

Helen Kaplan, (1976) citado en Idderden, (1987) consideró que la respuesta sexual humana es un ciclo trifásico:

- Fase de deseo- de orden cerebral
- Fase de excitación – de naturaleza vascular
- Fase orgásmica – de naturaleza muscular

Modificaciones en la respuesta sexual durante el climaterio (Kolodny, Master y Johnson, 1985).

Fase Excitación	<p>No conlleva aumento de tamaño de senos Persiste la sensibilidad en las mamas Disminuye la vasodilatación de las mamas Disminución en intensidad y frecuencia del rubor sexual Disminución de la elevación del tono muscular Disminución de la actividad secretoria de las glándulas de Bartolino</p>
Fase de Meseta	<p>Cambios leves o sin cambios en clítoris Pérdida de elasticidad y disminución de la expansión del órgano durante la cópula Disminución de la lubricación vaginal Disminución de la formación de la plataforma orgásmica Disminución de la elevación del útero dentro de la pelvis</p>
Fase orgásmica	<p>Decrecimiento de la tensión muscular Menor intensidad del orgasmo</p> <p>Nota: No siempre el orgasmo es tan intenso, hay autores que lo conceptúan como si “cada célula del cuerpo estallara con fuerza, en un anhelo de liberación”, es importante ya que si algunas mujeres no logran percibirlo de esta manera, puede presentarse un sentimiento de frustración y culpa por algo que no necesariamente tiene que ser tan intenso.</p>

Lo anterior ofrece una de tantas explicaciones de por qué se puede dar un cambio en la respuesta sexual humana, estas modificaciones pueden manifestarse en la disminución del deseo sexual, dolor durante el coito, evitación del mismo, así como disminución o evitación de las relaciones sexuales.

Ninguna interpretación sobre sexualidad y respuesta sexual humana es completa si no se conoce y se consideran las condiciones ocurrida en los varones durante esta etapa de vida, ya que éstos también muestran cambios en su respuesta sexual. La cultura es determinante debido a que en México se mantiene una cultura fálica, por lo que intentar explicar la sexualidad de la mujer en climaterio al igual que la de la pareja puede verse como un atentado a la integridad masculina, por lo que resulta más fácil atribuir todo al climaterio femenino (Masters, Johnson y Kolodny, 1987).

Los factores masculinos que interfieren en la respuesta sexual humana son:

- Monotonía de las relaciones sexuales
- Preocupaciones económicas del hombre
- Fatiga física y mental
- Exceso de comida y bebida
- Enfermedades mentales
- Enfermedades físicas
- Temor al desempeño sexual (González y Miyar, 2001; Masters & Johnson, 1990).

4.3 SEXUALIDAD Y CLIMATERIO

El tema de la sexualidad es una fuente inagotable de investigación y de lo cual existe mucho escrito, siempre matizado por los criterios, enfoques, puntos de vista, época, y contexto histórico del investigador y del investigado.

El deseo sexual en mujeres normales debe ser permanente a lo largo de la vida, sin embargo, éste varía con la edad. La sexualidad en la mujer climatérica se ve modificada y en algunos casos afectada por factores fisiológicos normales derivados del declive hormonal, entre los cambios locales que se presentan están: disminución de lubricación y elasticidad vaginal, adelgazamiento de la mucosa vaginal, engrosamiento de los labios y disminución en la erección de clítoris, el orgasmo puede darse de manera dolorosa y puede ser mas corto o no, así mismo, se tiene mayor susceptibilidad a infecciones vaginales. Pero el comportamiento sexual de la mujer no solo depende de lo fisiológico, ya que la sexualidad no solo es

biológica, o propia de los genitales, de la procreación, de las hormonas, del orgasmo o de las relaciones coitales, (Fierro, Rechkeher, Roamn, Fierro y Ruíz, 1997; Sala y González, 1999)

A la sociedad e incluso a algunos profesionales en salud, se les hace imposible pensar que la mujer en esta etapa tenga sentimientos, necesidades, sensaciones y relaciones de tipo sexual, lo cual se deriva de mitos y estereotipos culturales (González y Miyar, 2001).

Los cambios no sólo biológicos, ginecológicos, sexuales, sociales y psicológicos contribuyen de manera importante en la sexualidad femenina. Si bien es cierto que ésta no es lo más importante de la vida, si es parte angular, por lo que si ésta se encuentra cargada de ideas erróneas, la mujer puede perderse de vivencias placenteras.

La sexualidad entonces será retomada como el conjunto de condiciones, estructuras, fisiología, comportamiento y contexto sociocultural que permite el ejercicio de la relación sexual. Abarcando sentimientos, conducta, formas de expresión y relaciones interpersonales (Blümel, Araya, Riquelme, Castro, Sánchez y Gramegna, 2002; González y Miyar, 2001; Navarro y Artiles, 1996).

La respuesta sexual femenina en el climaterio debe entenderse desde un enfoque de género, ya que éste influye de manera determinante en ella; si bien es cierto que debido al climaterio, en relación con los estrógenos, la sexualidad se ve afectada, no tiene por que ser el fin de la vida sexual y sí podría ser una etapa en la que se disfrute de manera plena, ya que no existen riesgos de embarazo (González y Miyar, 2001).

Todas las mujeres tienen sentimientos, convicciones, creencias y actitudes hacia la sexualidad, pese a esto la experiencia al respecto es individual, debido a la historia de vida (traumas infantiles, como abuso sexual, hostigamiento, relaciones con los padres, cultura, ideología, educación, y normas del contexto de pertenencia, o sea las impuestas por la sociedad), por lo que no es posible entenderla sino existe un reconocimiento previo de su pluri-dimensionalidad; a) la dimensión personal que comprende la individualidad e irrepetible con otro ser, y la expresión del yo involucrado en la manifestación de este fenómeno, b) la dimensión de pareja, donde se incluyen objetivos de vida, se cubren

necesidades, y se puede presentar el placer o displacer con la pareja, es decir, una serie de vivencias con la pareja sexual, c) la dimensión familiar, donde está presente la reproducción y la comunicación con los hijos y, finalmente, d) la dimensión social, donde las normas existentes de la comuna, etnia o sociedad marcan el ritmo de la sexualidad (González y Miyar, 2001; Martínez, Torrientes y Paz, 2002).

“El hombre y la mujer, como especie, han logrado sobrevivir a los terremotos, las epidemias, a los horrores de la guerra y las enfermedades, y a todas las agonías del alma, pero desde el principio de los tiempos, su agonía más tortuosa ha sido, es y será la “tragedia del matrimonio” (González y Miyar, 2001; Schnabal, 1989).

Todos los seres humanos somos capaces de disfrutar de la sexualidad, sin embargo, casi nunca se nos enseña sobre los placeres sexuales y sobre todo de aquellos que se pueden recibir del propio cuerpo (que no sean los genitales), de igual modo, tampoco se prepara a las personas para dar placer a la pareja que no sea por medio del área genital, por lo que es común que, al hablar de placer sexual, se haga referencia de manera inmediata a la parte genital, y por esto es importante entender y aprender a descontextualizar la sexualidad y aprender a buscar placer a través de todo el cuerpo (González y Miyar, 2001; Martínez, et al., 2002).

Es común encontrar mujeres, sobre todo en etapa de climaterio, que emprenden sus relaciones sexuales de acuerdo con su experiencia pasada, brindando una buena imagen de ser una buena amante (hacer lo que la pareja decida), insistiendo sólo en el área genital. Existen parejas que no se detienen en los afectos en el momento de la relación, lo que a largo plazo genera una lejanía afectiva con la pareja. Es por esto que llega un momento en que la relación sexual carece de sentido, o más aún, se logra la relación sexual liberando tensión, pero generando sentimientos de frustración, enojo, insatisfacción y, en el peor de los casos, culpa por no complacer a la pareja. Durante el climaterio, al igual que en la adolescencia o en la edad adulta, la mujer requiere de afecto, comprensión, comunicación y cariño para llegar a tener una vida plena y particularmente, en la vida sexual, donde la respuesta sexual humana se ve modificada en los puntos ya mencionados con anterioridad, sin estos recursos, las dificultades serán mayores y más frecuentes en la mujer durante esta etapa. (González y Miyar, 2001).

Dennerstein y colaboradores, (1994) realizaron una investigación para conocer los cambios sexuales que presenta la mujer en el climaterio, encontrando que 31% refirió una disminución en el deseo sexual, estos resultados fueron similares a los obtenidos por Koster & Garde, (1994) en un estudio realizado en Dinamarca en el que 30 % de las mujeres mencionó tener una disminución del deseo sexual, sin embargo, un hallazgo importante fue que la frecuencia del mismo se relacionó de modo alto con la percepción que las mujeres tenían de su salud anterior y presente, así como con la disponibilidad de la pareja y el estatus social. Otro estudio realizado en Chile en 1995 reportó que a mayor edad (mas de 50 años), mayor probabilidad de que el deseo sexual disminuya (Brandt, citado en Blumel, 1995).

Fierro y colaboradores en 1997 realizaron una investigación con mujeres en climaterio, cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento y la actitud de la mujer hacia la sexualidad, encontrando que de una muestra de 106 mujeres, 75% no mantienen relaciones sexuales debido a la disminución del deseo sexual, 17% lo asocian a la dispaurenia y 1.9 % porque la pareja no tiene deseo sexual; en tanto que 5.7% lo atribuye a otros factores, Mientras que la falta de deseo sexual, 26.4% lo atribuyo a la edad, 5.7% a la dispaurenia, 3.8% a problemas de pareja, 1.9% a padecimientos, y 60.4 % no sabe. Respecto a si la pareja mantenía el deseo sexual 86.8% manifestó que su pareja era activamente sexual. Respecto a la pareja, 45.35% tenían algún padecimiento, 17% problemas en próstata, 9.4% enfermedades cardiovasculares y 3.8% problemas pulmonares. También encontraron que un alto porcentaje (77%) mantienen cortejo presexual, 64.2% la mujer nunca inició la relación sexual, muy por arriba de lo que refiere la literatura proveniente de Europa ya que en este rubro sólo se halló 13 % de la muestra estudiada.

Concluyeron que la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales se asocia a la baja del deseo sexual. De las pacientes 60% no tienen idea a qué se debe la disminución del deseo sexual. La iniciativa de las relaciones sexuales en la mujer en climaterio es mínima.

En el mismo rubro, Kinsey y colaboradores en 1953, realizaron un estudio con mujeres entre 51 y 80 años, los resultados obtenidos fueron: decremento del interés y actividad sexual (Kinsey, Pomeroy & Matin, 1953). Masters y Johnson estudiaron a 150 mujeres entre los 50 y 90 años y hallaron una disminución sexual después de los 60 años (Masters & Johnson,

1970). Halstrom y Samuelsson (1990) estudiaron a 497 mujeres mayores de 54 años, e informaron que a mayor edad mayor probabilidad de que la actividad y el deseo sexual disminuyan.

Al parecer, el deseo y el interés sexual se relacionan con la edad, principalmente en mujeres (Sarrel & Whitehad, 1985; Bachmann & Leiblum, 1993). Sin embargo, estudios longitudinales sugieren que los factores que interfieren en la actividad sexual son la disponibilidad, una pareja sexualmente activa y el estado de salud de ambos (Comfort & Dial, 1991; Dionko, Brown & Herzog, 1990).

La idea de que el deseo sexual de la mujer disminuye conforme se presenta la menopausia, se basa principalmente en conceptos antiguos de la relación entre sexualidad y fertilidad. Aún en la actualidad, existen especialistas que lo atribuyen a los cambios hormonales. En cambio otros grupos han optado por empezar a considerar otra serie de factores de índole social y cultural, de salud personal y de la pareja, enfermedades crónico-degenerativas y satisfacción sexual previa a esta etapa de vida (Dennerstein, Burrown & Word, 1980; Loster & Garde, 1993; Stone & Pearlstein, 1995). La depresión es un factor asociado a la disminución del deseo sexual (Loster & Garde, 1993; Martínez y Paz, 2005).

En cuanto a problemas de anorgasmia, un estudio encontró que 32% de mujeres posmenopáusicas hacían referencia a ésta, un porcentaje menor al hallado por Fierro y colaboradores, en 1997 que fue de 71%.

Los resultados obtenidos permiten hacer conjeturas sobre la importancia de los factores socioculturales sobre los procesos biológicos, así como las expectativas y actitudes de la mujer hacia esta etapa de vida, además de la percepción que tiene la mujer de su salud, actitudes frente a la sexualidad, estereotipos de roles femeninos, la no disponibilidad de la pareja, la comunicación y el ajuste en la relación de pareja (Sala y González, 1999).

Martínez y colaboradores (2002), llevaron a cabo un estudio con 253 mujeres en climaterio, con el objetivo de conocer el comportamiento de la sexualidad en la mujer en climaterio, y encontraron lo siguiente. De una muestra de 253 pacientes en climaterio, 87.7% refirieron no tener orgasmo, 12.2% sí tenía orgasmo, en cuanto a el deseo sexual, 89.3% no tenía deseo y

10.6% sí, el 93% de la muestra refirió que cuando no tenían deseo las parejas no las entendían, en tanto que 7% sí. De las mujeres 91.5% no buscaban solución a la disminución del deseo sexual y 8.4% sí. Aquellas mujeres con deseo sexual se sienten comprendidas por la pareja, lo que denota un ajuste como pareja, percibiéndose problemas de pareja en aquellas que no buscan dar solución a la disminución de la libido, ya que pensar que con la menopausia se termina la vida sexual, es falso, ya que, si bien es cierto que existe un enlentecimiento de la respuesta sexual, se puede continuar disfrutando de la sexualidad y alcanzar el orgasmo, llegando a la conclusión de que los trastornos sexuales (disfunciones sexuales) en la mujer en climaterio son resultado de un desequilibrio en los factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

Blümel y colaboradores, (2002), llevaron a cabo un estudio de cohorte con 534 mujeres en climaterio con edades de 40 a 64 años, el objetivo era evaluar algunas variables sobre la sexualidad, y encontraron que los trastornos sexuales aumentan con la edad, de la muestra las mujeres con un rango de edad entre 40-44 años 23% presentan trastorno sexual, contra 61.5% de las de 50-54. En el rango de 40-44 años de edad 13.13% presentan disminución del deseo, contra 46.7% de las de 50-54 años. Las mujeres de 40-44 años no manifestaron problemas de excitación, contra 43.8% del las de 50-54 años. Aquellas de 40-44 años, 6.7% presentaron anorgasmia contra 31.4% de las de 50-54 años. Finalmente, la dispareunia en mujeres de 40-44 años se detecto en 13.3%, mientras que en las de 50-54 años fue de 42.6%, ya que en este rubro 61.5% manifestó trastornos. Lo anterior coincide con lo planteado por Avis y colaboradores, (2000), en cuanto a que el estado de salud de ambos es importante para la presencia o ausencia de trastorno sexual, ya que la impotencia sexual de la pareja aumenta tres veces la posibilidad de presentar trastorno sexual, al igual que la menopausia.

Las disfunciones aumentan conforme a la edad, a pesar de que algunos especialistas refieren que la terapia de reemplazo hormonal es efectiva, esto está en duda, ya que las metodologías empleadas para hacer tal afirmación tienen deficiencias metodológicas (Borrisova, Kovatcheva, Shinkov & Vukov, 2001; Eskin, 2001; Khastgir & Studd, 2000; Omu & Al-Oattan, 1997).

Martínez y Paz, (2005), hicieron un trabajo cuya finalidad era identificar las molestias biopsicosociales que la vida cotidiana le causa a la mujer en relación con la sexualidad. En este trabajo hallaron que de una muestra de 280 mujeres en climaterio, 88.9 % referían disminución del deseo sexual y 96.8 % se sentían incomprendidas por la pareja, 86.1% discutían mucho y 83.2 estaban de mal humor las parejas, estos fueron los porcentajes sobresalientes en referencia a malestares referidos en la relación de pareja; en el rubro de malestar en la relación sexual fue el tener relaciones sexuales por complacer a la pareja con 51.4% mientras que 55% lo ocupó la resequedad vaginal. En cuanto a imagen y autoestima, se observó que 75% se percibe como luchadora, 68.8% como amistosa, 62.5% como agradable. En cuanto a violencia intrafamiliar, se descubrió que la crítica es lo más frecuente en estas mujeres con 68.2%, seguido de la burla con 37.5%. Los hallazgos son que la falta de contacto y vinculación con la pareja es parte de lo que genera la disminución del deseo sexual, los principales problemas en el área de pareja fueron la incompreensión, las peleas y el mal humor, éstos pueden asociarse con estrés, exigencias, responsabilidad, lo cual es idóneo y suficiente para romper con la armonía de la pareja. En este estudio, los roles asignados socialmente sobresalen, ya que se encontró que esta mujeres asumen conductas complacientes con la pareja, fungen como cuidadoras de otras personas lo que genera una sobrecarga y por ende cansancio, además de la poca participación social, lo que concuerda con el rol de ama de casa, lo cual limita el acceso a la vida pública. En este trabajo se destaca la disminución del deseo sexual, tal vez explicado por lo mencionado antes.

La sexualidad es parte importante de la calidad de vida en la mujer en climaterio, por tal motivo existe una la necesidad imperiosa de que los equipos interdisciplinarios de salud actúen en esta área, ya que la sexualidad tiene tantas dimensiones, que el estudio de la misma no puede existir sin la cooperación adecuada, en la cual se enmarca de manera relevante el respeto hacia el paciente y los otros especialistas, lo cual garantiza un mejor abordaje; en este sentido, es primordial ser flexible y creativo al momento de la intervención, ya que se tienen que desarrollar y aplicar conceptos útiles y actuales sobre la sexualidad, pues el punto angular es prever, no resolver. Por lo anterior, existe la necesidad de la especialización en el área para diferenciar el accionar del psicólogo (Gianotten, 2003).

Recomendaciones basadas en la evidencia.

*Los estrógenos afectan de manera indirecta la motivación sexual durante el climaterio (Canadian Consensus Conference on Menopause, 2006) (IIB).

*Los cambios en la esfera sexual no han mostrado una relación causal con la menopausia (Grupo de Trabajo de Menopausia y Postmenopausia, 2004) (IB).

*La disminución del deseo sexual deriva de múltiples causas, entre ellas, las fisiológicas, psicológicas y sociales (Bernhard, 2002) (IIA)

*La sexualidad femenina es compleja y trastocada por factores no hormonales, como es la intimidad emocional y la cultura (Kovalevsky, 2005) (IIC).

La sexualidad debe explorarse desde un contexto amplio, con la finalidad de contemplar la mayoría de los factores que intervienen en ella, para realizar un diagnóstico integral.

Es frecuente que se confundan los problemas de disfunción sexual con trastorno sexual que esta población presenta, por lo que es conveniente definirlos y entenderlos, para establecer el diagnóstico adecuado.

CAPÍTULO V

DISFUNCIONES SEXUALES

*Cada mujer vivirá su ciclo sexual, ovulación
Y menstruación, así como sus funciones
Procreativas, de acuerdo a su particular
historia personal.
Santiago Ramírez*

Dentro de lo que se conoce como trastorno sexual, las disfunciones sexuales constituyen la categoría diagnóstica más importante, y estas se caracterizan por una alteración en alguna de las fases de la respuesta sexual humana (Hernández y Reyes 2001)

Los conflictos de pareja o personales son los elementos que más frecuentemente causan la disfunción (estos están estrechamente ligados a ansiedad, presiones y estrés en la vida cotidiana), además de estos se encuentran factores de personalidad, y psicosociales como generadores de las disfunciones, es por esto que se dice que estas son fenómenos multideterminados, los cuales adquieren diferente significado, e importancia para cada elemento de la pareja, de acuerdo a su cultura, nivel educativo, nivel económico, etc., además existe un significado como unidad de pareja, este determinado por el momento histórico de la conformación de la misma, por lo que hablar de una sexualidad sana depende de cómo esta es vivida de manera personal y de cómo se vive como unidad de pareja, ya que la satisfacción sexual se encuentra ligada a la satisfacción conyugal, al interés, a la sensibilidad sexual, así como con la imagen propia (Hernández y Reyes 2001).

A pesar de que los medios de comunicación presentan mayor apertura para tocar y discutir la sexualidad, y las personas se muestran más abiertas y con menos temerosos, pudiendo discutir los temas antes censurados, todavía existe un gran desconocimiento sobre esta, particularmente en lo que se considera normal o anormal, tampoco se habla de la importancia que tiene la comunicación con la pareja en esta área, lo que hace necesario hacer estudios de mayor especificidad por medio de los profesionales del área, para puntualizar la importancia de la educación y la comunicación para el logro pleno de la sexualidad (Hernández y Reyes 2001)

5.1 DEFINICIÓN

Kaplan (1975) definió las disfunciones sexuales como: “Todos aquellos trastornos en los que problemas fisiológicos y psicológicos dificultan la participación o la satisfacción en las actividades sexuales. En general existe una disfunción sexual cuando alguna de las respuestas psicofisiológicas implicadas en el ciclo de la respuesta sexual, o la totalidad de ellas, no se producen o solamente se producen de manera parcial”

En el campo de la psicología se ha establecido que una “Disfunción Sexual se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y/o por la provocación de malestar y problemas interpersonales” – (American Psychiatric Association, 1995). Las disfunciones sexuales comprenden los trastornos del deseo sexual (por ejemplo, Deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo), trastornos de la excitación sexual (por ejemplo, Trastorno de la excitación sexual en la mujer), trastornos del orgasmo (por ejemplo, Disfunción orgásmica femenina) Trastornos sexuales por dolor (por ejemplo, Dispareunia y Vaginismo), presentándose estas como una alteración persistente y recurrente de una o varias fases de la respuesta sexual humana, que provocan problemas o molestias en el individuo o su pareja y su presencia no está asociada a ningún problema fisiológico.

5.2 CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

A lo largo del tiempo, los investigadores se han encargado de buscar los elementos que pueden lograr mayor claridad y especificidad en los estudios realizados sobre las disfunciones sexuales; estos elementos tienen que ver con el inicio, el contexto, el tiempo, la etiología, severidad, y causas de las disfunciones sexuales.

Una de las primeras clasificaciones fue la realizada por Masters y Johnson quienes tomaban en cuenta sólo componentes biológicos, para 1974 y 1979 Kaplan realiza una clasificación con base en el ciclo donde aparece la disfunción.

Hasta el decenio de 1970, los modelos teóricos más influyentes en el campo sexológico fueron psicodinámicos (Kaplan, 1974), el psicofisiológico (Master y Johnson, 1970) y el conductual (Wolpe y Lazarus, 1966). Actualmente, en el campo de la modificación de la conducta y la sexología se considera que los factores cognitivos tienen una importancia capital en las disfunciones sexuales (Carroles, 1985; Contraux, 1990; Lopicolo y Friedman, 1989; Wolfe y Walen, 1990;). Mientras que Lopicolo y Friedman (1989) proponen un modelo integrador en terapia (Ruíz y Cano, 2006).

Hoy en día la clasificación más conocida es la de la American Psychiatric Association (1995), donde se propone que las disfunciones sexuales pueden ser:

Para mostrar la naturaleza del inicio del trastorno sexual, puede emplearse uno de los siguientes subtipos:

De toda la vida- El trastorno sexual ha estado presente desde el inicio de la vida sexual.

Adquirido- Indica que el trastorno sexual aparece después de un período de vida sexual normal.

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

General- Se presenta en todo momento sin depender de cierto tipo de estimulación o compañero sexual.

Situacional- Indica que se limita a cierta clase de estimulación o compañero sexual

Para conocer su etiología se pueden emplear los siguientes subtipos:

Debido a factores psicológicos- Este subtipo se ha descrito para los casos en los que los factores psicológicos son de gran importancia en el inicio, la gravedad, exacerbación o la persistencia del trastorno, y las enfermedades médicas y las sustancias no desempeñan ningún papel en su etiología (American Psychiatric Association, 1995).

Debido a factores combinados- Este subtipo se ha descrito cuando: 1) los factores psicológicos desempeñan un papel en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno, y 2) la enfermedad médica o las sustancias contribuyen a la aparición del trastorno, pero no son suficientes para constituir su causa. Cuando una enfermedad médica o el consumo de sustancias (incluso los efectos secundarios de los fármacos) son suficientes como causa del trastorno, debe diagnosticarse trastorno sexual debido a una enfermedad médica y/o trastorno sexual inducido por sustancias (American Psychiatric Association, 1995).

En tanto que Carroles y Sanz (1991) proponen una clasificación tipológica combinando el análisis funcional de la conducta con las clasificaciones tipológicas tradicionales (Masters y Johnson, Kaplan, etc.), esto cobra importancia ya que contempla un espectro mayor del fenómeno (Hernández y Reyes, 2001).

Temporal- Es primaria si la función se da desde siempre, o secundaria si aparece a partir de un determinado momento.

Situacional- Se considera general si está en todas situaciones, o situacional si aparece en situaciones concretas.

Grado de severidad- Total si la afectación se da en un máximo nivel o parcial cuando la alteración es total orgánica o funcional dependiendo de las causas que están provocando la disfunción.

Etiología- Orgánica o funcional dependiendo de las causas que están provocando la disfunción.

Las disfunciones sexuales se clasifican según la fase de la respuesta sexual en la que se manifiestan, y éstas se dividen en orgánicas y no orgánicas (Hernández y Reyes, 2001).

Disfunciones sexuales orgánicas:

➤ Eficacia sexual requiere de un sistema reproductor sano, libre de defectos vasculares, hormonales y neurológicos.

➤ Esto significa que puede haber factores orgánicos que comprometen la función sexual.

Los neurolépticos - impotencia

- Antidepresivos, litio, haloperidol – excitación, orgasmo
- Andrógenos – aumentan deseo sexual
- Alcohol, anfetaminas, cocaína, marihuana (dosis pequeñas) -aumentan deseo sexual y dificultan la excitación.

Disfunciones sexuales no orgánicas:

➤ Causas remotas:

- Crianza y desarrollo en un contexto religioso, social y familiar inhibitoria y represiva de lo erótico, dando como consecuencia valores sexuales negativos, - puede funcionar como la base de la impotencia primaria, disminución orgásmica femenina o incapacidad para eyacular.
- Experiencia traumática o de fracaso en los primeros contactos sexuales puede provocar impotencia, disfunción orgásmica y vaginismo. Primeras experiencias en condiciones inadecuadas pueden provoca una eyaculación precoz.
- Atmósfera de relaciones interpersonales destructivas que bloquea el desarrollo de relaciones gratificadoras.
- Aspectos de personalidad neurótica como depresiones crónicas, pasividad, inseguridad, histeria, obsesiones, ansiedad, competitividad con el otro sexo, etc.

➤ Causas inmediatas:

- Cualquier fracaso sexual ocasional genera angustia, bloqueando el desempeño sexual.
- El temor al fracaso, la exigencia de un buen desempeño, la necesidad exclusiva de complacer al compañero, genera ansiedad destructora de la eficacia sexual y dificulta la percepción de los estímulos eróticos.
- Lo mismo ocurre con la vergüenza y culpa.

- Conflictos de pareja:
- Cualquier conflicto de pareja ya sea crónico o circunstancial puede ser la base de una disfunción sexual. (Celos, infidelidad, rechazo, resentimiento, envidia, mala comunicación, competitividad, conflicto de roles, problemas o desacuerdos económicos, crianza de los hijos, homosexualidad, entre otros, generan desconfianza, desacuerdos, agresividad y enojo, obstaculizando el desarrollo sexual óptimo y gratificante).

Master y Johnson hicieron referencia a los factores personales e interpersonales que influyen en la sexualidad (Hernández y Reyes, 2001).

Factores personales- Miedo a la intimidad, al dolor, a la pérdida de control, al rechazo, a enfermedades venéreas, al embarazo, anticipado la relación sexual, mitos, falta de información.

Factores interpersonales- Comunicación deficiente, lucha de poder, hostilidad hacia la pareja, desconfianza, falta de atracción física, diferencias en actitudes hacia el sexo o preferencias sexuales.

Hawton, en 1988, hace referencia a las causas psicológicas que predisponen, precipitan y que mantienen las disfunciones (Hernández y Reyes, 2001).

Agentes que predisponen- Educación moral y religiosa, deterioro de la relación paterno-filial, educación sexual inadecuada, experiencias de traumas infantiles, inseguridad en el rol psicosexual en los primeros años.

Agentes que precipitan- Parto, problemas generales en la relación de pareja, infidelidad, expectativas poco razonables, disfunción en la pareja, algún fallo esporádico, reacción a algunos trastornos orgánicos, edad, depresión, ansiedad, experiencias sexuales traumáticas.

Agentes que mantienen- Ansiedad ante la interacción sexual, anticipación del fallo o fracaso, sentimientos de culpabilidad, falta de atracción entre los miembros de la pareja, comunicación pobre entre los miembros de la pareja, problemas generales en la relación de pareja, miedo a la intimidad, deterioro en la autoimagen, información sexual inadecuada, no existencia de cortejo antes de coito, problemas de depresión, alcoholismo, anorexia, ansiedad, etc.

Agentes presentes en cualquiera de las tres categorías-

- Ansiedad o angustia asociada a interacciones sexuales.
- Falta de habilidad y conocimientos sexuales de ambos o cualquiera de los integrantes de la pareja
- Preocupación por complacer al otro, por lo que hay excesivo cuidado en el autodesempeño.
- Información sexual inadecuada
- Problemas para comunicar la sexualidad a los hijos.

Por otra parte Ruíz y Cano, hacen referencia a los factores interrelacionados que explican los trastornos sexuales (en red. www.psicologia-online.com., consultado el día 26-08-2007).

Historia de aprendizaje- Experiencia de la niñez y adolescencia (actitudes y conductas negativas de parte e los progenitores y otras figuras significativas hacia la sexualidad), modelo o fuentes de información de educación restrictivas o inadecuadas.

Factores físicos- Presencia de enfermedades físicas (crónicas y neurológicas) y uso de medicamentos.

Factores de relación- Papel del síntoma en la relación global de la pareja. A menudo el síntoma funciona como un elemento perturbador, pero también suele tener un propósito útil en el mantenimiento de la relación de pareja.

Factores cognoscitivos- Papel del nivel de conocimiento del individuo sobre la sexualidad (mayor en los hombres) deriva de la creencia irracional: “Debe ser enormemente sexual para ser un hombre de verdad” y la ansiedad femenina en la relación sexual suele derivar de la creencia irracional “Debo complacer a mi compañero para tener su aprobación”.

Recomendaciones basadas en la evidencia.

*La literatura muestra a la mujer mayor o de mediana edad como un víctima de su cuerpo y de los cambios hormonales, en lugar de ampliar el rango de explicaciones que contemple predictores significativos para los problemas sexuales (Seftel, 2005) (IIA).

*Es necesario distinguir entre pacientes con problemas sexuales (posible intervención médica) y pacientes enfermos con problemas sexuales (intervención interdisciplinaria) (Gianotten, 2003) (IVA).

Los especialistas tenemos la obligación de explorar de manera detallada la historia de vida sexual de las pacientes, para particularizar los diagnósticos y tratamientos, ya que un mismo problema puede tener los mismos síntomas y ser de origen diferente.

5. 3 CLASIFICACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

5.3.1 Disfunciones del deseo sexual

A. Deseo sexual hipoactivo o inhibido.

El deseo sexual es un componente de la actividad sexual que contiene más dificultades, sobre todo por el papel que desempeña el deseo sexual en los componentes psicológicos.

Deseo sexual hipoactivo.

Disminución o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual en forma persistente o recurrente (American Psychiatric Association, 1995).

Características diagnósticas.	<p>A esta disfunción también se le conoce como apatía sexual, falta de deseo sexual, o falta de interés por el sexo, Las personas con este problema comúnmente no tienen apetito sexual, no se sienten atraídos por el sexo opuesto y por la posibilidad de llevar a cabo relaciones sexuales o alguna conducta sexual en general. En estos casos, el individuo, a pesar de contar con todos los recursos y se encuentre disponible y su capacidad esté intacta, no busca gratificación sexual, además esto genera malestar y/o dificultades en las relaciones interpersonales.</p> <p>Presentan desinterés por realizar el coito, incluso por la masturbación, no se presentan o están en cantidad disminuida los pensamientos y fantasías sexuales, falta de atención al material erótico, y la no percepción del atractivo de la persona que puede ser compañero sexual, no se presenta la sensación de frustración. Las personas que presentan este problema casi nunca inician la relación sexual y cuando la realizan casi siempre son forzados, en contraposición, puede generar una demanda desmedida por parte de la pareja, dentro del margen de la normalidad pero en polos opuestos.</p> <p>“En la práctica clínica, las personas que acuden a consulta por problemas de deseo sexual lo hacen porque otra persona, su pareja sexual, no está satisfecha con su interés por el sexo y por los problemas que ocasiona en la relación”.</p> <p>El deseo sexual inhibido presenta una gama manifestaciones que van desde las personas que a pesar de contar con este problema son capaces de atender un estímulo sexual y experimentan excitación y orgasmo, hasta aquellas que muestran una indiferencia total, llegando a rechazar a la pareja. “En algunos casos, estas personas se prestan a mantener la relación sexual aunque no les atraiga en absoluto (es importante recordar que en esta disfunción sexual el funcionamiento sexual no está alterado). En otros casos, se tolera o soporta el contacto sexual para no perder a la pareja, esto es más frecuente en la mujer, utilizando mecanismos distractores durante el coito, pero haciendo uso también de mecanismos para que la pareja eyacule más rápidamente y así terminar el coito. “Este tipo de de solución genera un antagonismo y enojo contra la pareja que sí disfruta”.</p>
--------------------------------------	---

	<p>Además de estos pacientes, están los que evitan a toda costa el contacto, dificultando así las relaciones interpersonales.</p> <p>Las mujeres atribuyen este problema a su capacidad sexual y anatómica, y por parte del hombre el tener una pareja con este problema lo lleva al pensamiento erróneo de que esto es normal, ya que piensa que la mujer no es capaz de disfrutar las relaciones, ya que su papel es “proporcionar placer al hombre”.</p> <p>Para realizar un diagnóstico adecuado es necesario conocer si el deseo sexual inhibido es el problema principal o es la consecuencia de otro problema sexual que lo acompaña.</p>
<p>Subtipos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio: Toda la vida (primario- el problema ha estado presente a lo largo de la vida). • Adquirido (secundario- se desarrolla aun cuando en épocas pasadas el interés estaba presente, éste es más frecuente que el primario). • Contexto: general (Con todas las parejas en todo momento). situacional (secundario- se desarrolla aun cuando en épocas pasadas el interés estaba presente, éste es más frecuente que el primario). • Etiología: Factores psicológicos o combinados. • Deseo sexual selectivo (restringido a una sola persona, a un tipo de actividad sexual). • Factores involucrados: crianza represiva de lo erótico.
<p>Curso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Primario (de toda la vida) casi siempre da inicio en la pubertad, frecuentemente se presenta en la vida adulta • Secundario (en edad adulta) después de haber tenido interés sexual normal tiene relación con malestar psicológico relación con acontecimientos estresantes o problemas interpersonales pérdida de deseo sexual continua o esporádica, de acuerdo con factores psicológicos o relación de pareja. <p>Patrón de la disfunción cuando se tiene que hacer frente a problemas en la intimidad con la pareja, como con los compromisos.</p>
<p>Síntomas y trastornos asociados</p>	<p>El deseo sexual inhibido puede ser una disfunción o la consecuencia del malestar producido por las alteraciones de la excitación y el orgasmo, “algunas personas con problemas de inhibición pueden presentar excitación y orgasmo normal ante una estimulación sexual”.</p> <p>La causa de esta disfunción está asociada a trastornos de excitación sexual, así como a problemas para llegar al orgasmo.</p> <p>Esta disfunción puede ser grave, ya que algunas mujeres ante una situación de tipo sexual, pueden presentar crisis de angustia, con ansiedad extrema y terror.</p>
<p>Causas</p>	<p>Las causas más comunes para la presencia de la inhibición de deseo son las de índole psicológico y psicosociales, donde la autoestima, una autoimagen pobre, estados depresivos y ansiedad, pueden ser los generadores del miedo hacia la sexualidad y éstos a su vez puede estar relacionados con una educación rígida, donde la sexualidad tiene un carácter sucio y desagradable.</p> <p>Psicosis autistas, trastornos esquizofrénicos, trastornos graves de la personalidad, condicionamiento cultural, identidad psicosexual difusa, conflicto de identificación.</p> <p>También existe una relación directa con problemas de pareja, y antecedentes de violación y embarazos no deseados, engaños amorosos, etc., de igual manera, un trastorno sexual como puede ser la impotencia, puede desarrollar una disfunción de este tipo. La conducta rutinaria en la vida cotidiana también contribuye a generar esta disfunción, derivado de la reiteración y la rutina en las conductas y hábitos sexuales. “Esta reiteración sexuales se da por el gran peso a consideraciones culturales incorrectas, tales como que el marido es el que debe comenzar la relación, o que sólo hay una forma normal de llevar a cabo las relaciones sexuales” (Master, Johnson y Kolondy, 1995; Hernández y Reyes, 2001).</p>

Prevalencia	<p>Es una de las disfunciones que ha crecido con el transcurrir del tiempo en la población en general, llegando a manejar cifras generales donde se hace referencia que 10% los hombres la presentan, en tanto que el porcentaje manejado en las mujeres es de entre el 40 y 50% .</p> <p>El deseo sexual inhibido es uno de los motivos de consulta de las mujeres, no así en los hombres, quienes casi nunca acuden a consulta por este problema, esto puede estar relacionado con que la imagen que se la ha asignado al hombre es que siempre debe estar dispuesto para desempeñar una conducta sexual, pudiendo resultarle molesto e incluso humillante reconocer su falta interés o deseo sexual.</p>
Diagnóstico diferencial	<p>El deseo sexual hipoactivo o inhibido debe diferenciarse del:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno sexual debido a una enfermedad médica • Trastorno sexual inducido por sustancias <p>No efectuar diagnóstico si la disminución o interés sexual se explica mejor por la presencia de otros trastornos, como el caso de depresión mayor, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés, entre otros. Los problemas eventuales en el deseo sexual que no son recurrentes o que no se acompañan de malestar, o dificultades de relaciones interpersonales “no se consideran deseo sexual inhibido”.</p>

B. Trastorno por aversión al sexo

Aversión extrema persistente o recurrente, y con evitación de todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual (American Psychiatric Association, 1995).

Características diagnósticas.	<p>La característica principal es la evitación de todo contacto genital con la pareja, este tipo de disfunción en ocasiones puede catalogarse como fobia sexual, ya que se producen reacciones intensas como el incremento del ritmo cardiaco, sudoración intensa, aumento de tensión muscular, tan sólo con imaginar alguna actividad sexual.</p> <p>La mujer presenta ansiedad, miedo y/o aversión al momento de intentar la relación sexual, provocando malestar o problemas de relación con la pareja.</p> <p>Existen varios tipos de aversión sexual, estos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aversión a la secreción vaginal • Aversión a la penetración vaginal • Algunas mujeres pueden presentar repugnancia a todo tipo de conducta sexual, incluso los besos o caricias. <p>El malestar que puede presentar la mujer va desde ansiedad moderada, ausencia de placer, hasta un malestar psicológico extremo.</p>
Subtipos	<p>Esta puede ser de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toda la vida o adquirida • En contexto general o situacional • De causas psicológicas o de factores combinados
Curso	<p>Este se produce generalmente al final de la adolescencia y el comienzo de la edad adulta</p>
Síntomas y trastornos asociados	<p>Las mujeres pueden presentar formas graves de este trastorno, ante la situación de contacto sexual pueden presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crisis de angustia • Terror • Desmayos • Palpitaciones • Nauseas • Mareos

	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para respirar <p>Las estrategias empleadas por la mujer para evitar la situación de contacto sexual son: Acostarse pronto, viajar, discutir la imagen externa, tomar fármacos, llevar una vida con un ritmo acelerado como son actividades familiares, sociales y/o laborales.</p>
Causas	<p>Actitudes negativas hacia la sexualidad derivada de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Una educación rígida e inadecuada 2. Experiencias de violencia sexual 3. Presiones para ejercer la sexualidad o alguna actividad sexual no deseada por parte de pareja 4. Experiencias sexuales desagradables (Master, Johnson y Kolondy, 1995) 5. Angustia (producto de conflictos inconscientes, con origen en la primera infancia) 6. Miedo al desempeño sexual 7. Miedo al rechazo y vulnerabilidad a sucesos pasados (Kaplan, 1982) 8. Problemas de identidad de género (Hernández y Reyes, 2001)
Prevalencia	<p>Es un problema poco frecuente, especialmente en versiones extremas y de mucho menos prevalencia que los problemas de deseo sexual inhibido. Es más frecuente en mujeres que en hombres.</p>
Diagnóstico diferencial	<p>Este trastorno en ocasiones esta asociado con otras disfunciones como lo es la dispareunia, de ser así debe indicarse la presencia de los dos trastornos. Si la aversión al sexo se explica mejor por la presencia de otros trastornos, por ejemplo la depresión o estrés postraumático o trastornos obsesivos compulsivos, entre otros, entonces no se diagnostica como trastorno por aversión al sexo.</p> <p>Si este trastorno cumple con el criterio de fobia específica, no debe indicarse un diagnóstico adicional. En ocasiones se puede presentar aversión sexual ocasional, la cual no es acompañada de un malestar emocional, o no dificulta las relaciones interpersonales, entonces no se considera como trastorno por aversión al sexo.</p>

C. Impulso sexual excesivo (Hernández y Reyes, 2001).

Características diagnósticas	<p>En las mujeres se le conoce como ninfomanía, puede existir queja ocasional de un impulso sexual excesivo como un problema en sí mismo, y consiste en una demostración excesiva de deseo y necesidad de realizar el coito.</p>
Curso	<p>Este se presenta casi siempre al final de la adolescencia y al comienzo de la edad adulta.</p>
Diagnóstico diferencial	<p>Cuando éste es secundario a un trastorno del estado de ánimo se diagnostica como impulso sexual excesivo.</p> <p>Se diagnostica como impulso sexual excesivo cuando se presenta al inicio de la demencia.</p>

5.3.2 Disfunciones en la excitación sexual

A. Trastorno de la excitación sexual en la mujer

La excitación es una de las fases de la respuesta sexual humana, se caracteriza por cambios orgánicos fisiológicos aunados a la experiencia subjetiva de la excitación sexual de cada individuo. Estos cambios o reacciones pueden presentarse en órganos genitales como extragenitalmente. En la mujeres es de excitación, en el hombre son problemas de erección.

Trastorno de la excitación sexual en la mujer

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 (American Psychiatric Association, 1995).

Características diagnósticas	<p>En esta disfunción existe una incapacidad persistente, parcial o completa de obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la excitación sexual hasta la terminación de la actividad sexual, como la carencia de una sensación subjetiva de excitación sexual y de placer durante la actividad sexual. La presencia de esta alteración provoca malestar y genera problemas en la relación.</p> <p>Se diagnostica como trastorno de la excitación sexual cuando no existe otra disfunción que explique el evento, y tampoco existe la presencia de fármaco o consumo de sustancia que lo explique.</p>
Subtipos:	<p>Esta puede ser de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toda la vida o adquirida • En contexto general o situacional • De causas psicológicas o de factores combinados
Curso	A mayor edad mayor probabilidad de presentar esta disfunción.
Síntomas trastornos asociados	<p>Esta disfunción a menudo se hace acompañar del trastorno del deseo sexual y trastorno del orgasmo.</p> <p>La mujer puede presentar poca o nula sensación subjetiva de excitación sexual. La disfunción puede provocar dolor durante el coito, generando que evite el contacto sexual y altere las relaciones interpersonales y motivacionales.</p>
Causas	<p>Psicológicas- Ansiedad por el rendimiento sexual, exigencia ante la realización del acto, duelo por fallecimiento de un ser querido, crisis de separación o divorcio, conflictos posquirúrgicos, anticipación al fracaso y temor al compromiso.</p> <p>Causas inmediatas- Ansiedad o temor al fracaso sexual, presión desmedida por parte de la pareja, necesidad o deseo excesivo de complacer a la pareja, incapacidad para dejarse llevar por sentimientos eróticos.</p> <p>Relación de pareja- conflicto de pareja, ambiente antierótico, lucha de poder, problemas de comunicación, falta de estimulación adecuada, vínculos agresivos, discordia y problemas maritales.</p>
Diagnóstico diferencial	<p>Se diagnostica como trastorno de la excitación cuando no existe causa médica o fisiológica que lo acompañe.</p> <p>El trastorno de excitación sexual puede presentarse junto con otros trastornos sexuales como el trastorno del orgasmo, en estos casos es necesario anotar ambos trastornos.</p> <p>No es necesario codificarlo como trastorno de la excitación cuando no existe malestar emocional y no interfiere en las relaciones interpersonales, al igual que en los casos donde la alteración de la excitación se debe a una estimulación sexual no adecuada en cuanto a "objeto, intensidad y duración".</p>

5.3.3 Disfunción del orgasmo

A. Disfunción orgásmica femenina

Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal. (American Psychiatric Association, 1995).

Características diagnósticas	<p>De las disfunciones sexuales, ésta es la que se presenta con mayor variabilidad, ya que se han encontrado de entre cuatro a cinco manifestaciones distintas, “abarcando desde el orgasmo precoz hasta la ausencia completa del orgasmo, en especial durante la relación sexual, pasando por la situación del orgasmo retardado”.</p> <p>En la mujer casi nunca se observa la queja de un orgasmo rápido o precoz, y la principal queja es la dificultad para alcanzarlo.</p> <p>La característica principal es la ausencia o retraso del orgasmo persistente o recurrente, tras una fase de excitación normal, durante un a relación sexual que se considera adecuada en la estimulación, intensidad y duración. Su diagnóstico se basa en que la capacidad orgásmica es inferior a la correspondiente a la edad, la experiencia sexual y la estimulación, además de que esta alteración provoque malestar y afecte las relaciones interpersonales. Se diagnostica de esta manera siempre y cuando no exista disfunción que explique mejor el evento, además de que no se deba a una enfermedad médica o consumo de sustancias.</p>
Subtipos	<p>Esta puede ser de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toda la vida o adquirida • En contexto general o situacional • De causas psicológicas o de factores combinados
Curso	<p>Es más frecuente en mujeres jóvenes, en la mayoría de los casos están presentes siempre y pocas veces son adquiridos.</p>
Síntomas y trastornos específicos	<p>No existe asociación con rasgos específicos de personalidad y psicopatología con problemas de anorgasmia.</p> <p>Es frecuente observar que este tipo de problemas están relacionados con la estimulación inadecuada y, en algunos casos, la mujer cuenta con una pareja con problemas de eyaculación precoz. Algunas mujeres debido a este problema ven alterada la imagen corporal, autoestima y satisfacción en las relaciones, ya que piensan que son incapaces de excitar a su pareja.</p>
Causas	<p>Problemas de educación sexual, rigidez moral o puritanismo, experiencias traumáticas, falta de información, aspectos culturales, rol sexual, miedo a perder el control, y/o inadecuada estimulación de la pareja, problemas de comunicación sexual y de pareja, mala relación de pareja, violación, problemas en el estado de ánimo.</p>
Prevalencia	<p>La mujer se caracteriza por la lentitud y la necesidad de una mayor estimulación que el hombre, se sabe que entre 50 y 75% de las mujeres son incapaces de lograr el orgasmo a través de la estimulación exclusivamente coital, a este problema se le conoce como “anorgasmia coital” y es la queja más frecuente en la mujer.</p> <p>Esta disfunción deriva de causas psicológicas, la incidencia es del 95%.</p>
Diagnóstico diferencial	<p>La capacidad orgásmica aumenta con la edad, por lo que es más frecuente en mujeres jóvenes, en gran parte de las mujeres, esta disfunción ha estado presente siempre, por lo que pocas veces es adquirido.</p> <p>Una vez que la mujer logra conseguir un orgasmo, las causas para no volverlo a lograr pueden ser: problemas de comunicación sexual y de pareja, mala relación de pareja, violación, problemas en el estado de ánimo.</p>

5.3.4 Disfunciones sexuales por dolor.

A. Dispareunia

Dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual (American Psychiatric Association, 1995).

Para clasificar los distintos trastornos sexuales asociados o relacionados con el dolor, distintos autores han optado por una de las dos siguientes clasificaciones:

a) Con base en la zona genital donde se localiza el dolor, desde los genitales externos, hasta los órganos sexuales reproductores ubicados internamente.

b) Dolor genital persistente, o recurrente antes, durante y posterior a la relación sexual.

Características Diagnósticas	Su característica principal es dolor genital en la relación sexual, aunque éste puede estar presente antes o después del contacto sexual. Éste es típico de la mujer, pero puede presentarse también en el hombre. Esta disfunción en la mujer puede presentarse como ardor, quemadura, contracción o dolor cortante, localizada en la parte interna o externa de la vagina, en la región pélvica o en el abdomen. Dificulta las relaciones interpersonales, en ocasiones, puede explicarse por otra disfunción sexual.
Subtipos	Esta puede ser de: <ul style="list-style-type: none"> • Toda la vida o adquirida • En contexto general o situacional • De causas psicológicas o de factores combinados
Curso	Varía en cuanto a la frecuencia de una actividad sexual dolorosa, se puede presentar en todos los intentos de coitos, en algunas ocasiones o en alguna postura en especial. Casi todas las mujeres han presentado al menos en una ocasión dolor en el contacto sexual, sin embargo, para considerarse disfunción es necesario que sea persistente, recurrente o crónica.
Síntomas y trastornos específicos	El dolor experimentado al momento de la relación puede evitar las relaciones sexuales, en algunos casos altera o limita nuevas relaciones.
Causas	Deriva de una educación inadecuada, miedo a la relación o la penetración, de igual manera aprendizaje por experiencias traumáticas previas.
Prevalencia	La dispareunia, se presenta del 1 al 2% en mujeres adultas.
Diagnóstico diferencial	Este no debe diagnosticarse como tal si el problema deriva de una disfunción en la excitación. No se considera dispareunia cuando hay dolor ocasional durante el coito, no persistente ni recurrente, o cuando no acusa malestar ni dificultad en las relaciones interpersonales.

B. Vaginismo

Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere en el coito (American Psychiatric Association, 1995).

Características Diagnósticas	Su característica principal es la contracción involuntaria, de manera recurrente en los músculos perineales del tercio externo de la vagina, en la introducción del pene, dedos, tampones o los espéculos. Esta disfunción puede presentarse aun cuando la mujer no presente problemas en la excitación, y disfrute del juego sexual incluso alcanza el orgasmo. Este espasmo o contracción no causa dolor, pasando inadvertido en la mayoría de los casos. En ocasiones se producen espasmos en los músculos abductores de los muslos que impiden su separación.
Subtipos	Esta puede ser de: Toda la vida o adquirida En contexto general o situacional De causas psicológicas o de factores combinados
Curso	Esta disfunción puede adquirirse tempranamente en los primeros intentos o relaciones reales de coito, más todavía, en asociación con relaciones sexuales e interpersonales inadecuadas.
Síntomas y trastornos específicos	La respuesta sexual no está afectada a no ser que se produzca o se piense en la penetración. Esta disfunción impide la relación sexual, por lo que la actividad sexual se ve limitada, y afecta la relación interpersonal. Existen casos donde el coito no se consuma así como la infertilidad asociada a este problema. En algunos casos, el espasmo se prolonga pudiendo llegar a provocar dolor.
Causas	En la mayoría de casos se asocia a problemas psicológicos. El problema consiste en la aparición de un reflejo aprendido en una situación anterior, asociada a una experiencia de dolor ante una situación de relación sexual. También se asocia a la educación donde se culpabiliza la relación sexual, sentimientos de hostilidad o desagrado con respecto a la pareja, miedo al dolor que puede producir la penetración.
Prevalencia	Del 100% de personas que buscan ayuda por problema de disfunción sexual entre el 12 y 22% son por problemas de vaginismo.

5.3.5 Disfunciones derivadas de la relación de pareja

A. Disritmia

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 con problemas físicos (Álvarez-Gayou, 1986).

Este disfunción se considera más un problema de pareja que individual: por ello sus causas se relacionan con la dinámica de pareja o como producto de una disfunción en alguno de los miembros de la pareja, como es el deseo sexual hipoactivo.

Características diagnósticas	Incremento de la actividad sexual normal en uno de los miembros de la pareja, manifestada por la insatisfacción que provoca en el otro miembro de la pareja, que el otro desee, o no demasiado las relaciones sexuales.
Subtipos	Esta puede ser de: <ul style="list-style-type: none">• Toda la vida o adquirida• En contexto general o situacional• De causas psicológicas o de factores combinados

5.3.6 Baja de la libido

Se relaciona de modo más importante con los síntomas depresivos de pérdida del apetito, del interés en otra persona y afecto depresivo.

La disminución de la libido puede ser consecuencia de la poca motivación que se presenta en la depresión, lo que incluye la pérdida de interés y anhedonia, en el DSM-III se incluía este término como un equivalente de la anhedonia. Ontiveros y Valdez (1995).

Las alteraciones en la libido sexual podrían estar ocasionadas por una alteración fisiológica básica que se presenta durante los episodios depresivos.

5.4 INVESTIGACIONES REALIZADAS ACERCA DE LAS DISFUNCIONES Y TRASTORNOS SEXUALES

La mayoría de las disfunciones sexuales se deben a múltiples razones, ya que nunca tienen una sola causa, y éstas pueden presentarse en cualquier fase de la respuesta sexual humana véase el cuadro: Ciclo de la Respuesta Sexual Humana en el capítulo IV (American Psychiatric Association, 1995; Labrador, 1994; Masters, et al., 1995).

A continuación se mencionan sólo algunas de las investigaciones realizadas sobre el tema.

Sala y González, en 1995, realizaron un resumen sobre algunas investigaciones que refieren problemas sexuales en la menopausia (climaterio); Dennerstein y colaboradores en 1994, hallaron en un grupo de mujeres de 45 a 55 años de edad, que 12 meses antes de que se presentara el cese de la menstruación, 62% de las mujeres no presentaron cambios en el interés sexual, mientras que 31% reportó un decremento en el interés. En tanto que Koster & Garde, en el mismo año, trataron de conocer cómo se percibe el deseo sexual en el climaterio, en una muestra de 474 mujeres, donde 70% de ellas no revelaron cambio alguno en el deseo sexual durante el climaterio, en tanto que en aquellas mujeres que sí tuvieron cambios, no había relación con la ocurrencia de la menopausia, y la frecuencia del deseo sexual estaba relacionado con la percepción del estado de salud, disponibilidad de la pareja y nivel social. De manera particular, en una muestra de 800 mujeres suecas se encontró que el desinterés sexual se relaciona con la capacidad orgánica; pero un porcentaje de esta muestra mostró un aumento en el interés sexual y capacidad orgásmica; en un estudio realizado en Chile se obtuvo que la frecuencia coital se relaciona con la fase del climaterio que se vive, estos resultados resultaron similares a los referidos por Brandt en 1995.

Ontiveros y Valdez (1995), en su artículo acerca de los efectos secundarios de los antidepresivos en la función sexual, describen que, Mathew y colaboradores, Mathew & Weinman y Ruskin & Goldner, coinciden en que entre 50 y 90 % de individuos deprimidos tuvieron disminución en la actividad sexual, en tanto que Beck, en 1967, reportó que 67% de los sujetos deprimidos presentó pérdida del interés sexual. En 1973, Beaumont descubrió que la depresión afecta negativamente a 20 de cada 35 mujeres en la conducta sexual, otros de los síntomas sexuales asociados a la depresión son: reducción de la frecuencia de coitos, dispareunia y dificultades en el orgasmo.

Fierro y colaboradores (1997) encontraron en una muestra de 106 mujeres con un rango de edad de 40 a 80 años de edad, los siguientes problemas sexuales: dispareunia en 69.8%, incontinencia urinaria en 60.3%, y sequedad vaginal en 58.5%.

Lugones, Valdés y Pérez (1999), en una muestra de 105 mujeres en etapa de climaterio, hallaron que 35.7 % de mujeres en perimenopausia presentaron dispareunia, contra 61.5% en posmenopausia, en cuanto a la disminución del deseo sexual 43.1% de mujeres en

perimenopausia la presentaron en relación con 75% de mujeres en la posmenopausia; 40.4% de mujeres en perimenopausia y 84% de mujeres en posmenopausia, tuvieron evitación del contacto sexual.

En Chile, Calvin, en 2001, refiere que entre 50% y 60% de las sobrevivientes de violación experimentan severos problemas sexuales, incluyendo miedo al sexo, problemas de excitación sexual y funcionamiento sexual disminuido.

Datos refieren que cerca de 30% de las personas normales sufren alguna disfunción sexual durante la vida y sólo 10% de personas con problemas sexuales buscan ayuda de un especialista (Hernández y Reyes, 2001). Master y Johnson plantean que de 50% de parejas heterosexuales, 40% de los hombres habían presentado problemas de eyaculación o de erección, en algún momento de su vida, en tanto que 63% de las mujeres reportaron disfunción orgásmica o del deseo sexual. En esta misma línea, Hernández y Reyes (2001), hacen referencia a datos de Estados Unidos, donde se indica que 8% de los hombres tienen trastornos de la erección, cerca de 30% eyaculación precoz y aproximadamente 30% de las mujeres manifiestan deseo sexual hipoactivo, también mencionan un estudio español donde vieron que 35% de las mujeres y 15% de los hombres presentaron disfunción del deseo sexual inhibido, 40% de las mujeres mencionaron disfunción orgásmica, 4% Vaginismo y 4% dispareunia, mientras que 20% de los hombres presentaron problemas de erección y 13% eyaculación precoz. Es importante observar que de este estudio 40% de mujeres con problemas de deseo sexual inhibido buscaron ayuda en tanto que los hombres ninguno, las mujeres con disfunción orgásmica 30% buscó ayuda, 14% de las de dispareunia y 16% de las que presentó otro tipo de disfunción, mientras que en los hombres se observó que 42% buscaron ayuda de aquellos que presentaron problemas de erección y 31% de los que tenían eyaculación precoz, 75 % de los que mostraban problemas de impotencia y 14% de los que presentaron otro tipo de disfunción.

En un estudio transversal realizado en el 2002 en Chile por Blümel y colaboradores, quisieron conocer la prevalencia de las disfunciones sexuales en mujeres en climaterio, hallando que la disminución del deseo sexual aumenta con la edad y las mujeres más afectadas son las de 50 a 54 años con 47.8%, este porcentaje se incrementa a 55.3% en

mujeres de 60 a 64 años. En tanto que los problemas de excitación se manifiestan en un 44.95% en mujeres de 50 a 54 años, 10 años más tarde se incrementa a 46.8%, mientras que la incapacidad de presentar orgasmo se presenta en 35.3% de mujeres de 55-59 años y aumenta aunque en porcentaje mínimo (38.3%) en mujeres de 60 a 64 años. En cuanto a la dispareunia se encontró en 43.45% de la muestra en mujeres de 55-59 años y en 45.6% en mujeres de 60-64 años.

Otro estudio realizado en el 2002 por Martínez y colaboradores señala que en una muestra de 253 mujeres en etapa de climaterio, 89.3 % mencionaron tener deseo sexual hipoactivo, mientras que solamente 10.6 % dijo no tener este problema, de las mujeres que presentaron este problema 91.5% refirió no buscar una solución al problema y solamente el 8.4% sí querían una solución. En cuanto a el orgasmo, 87.7% mencionó no tenerlo y solamente 12.2% sí lo presentó.

En 2005, Martínez y Paz descubrieron que en una muestra de 280 mujeres en climaterio, 25.4% presentaron dispareunia, y 48% mostraba indiferencia hacia la pareja, 26.1% tenía deseo sexual hipoactivo, concluyendo que las relaciones sexuales y el placer sexual a esta edad está disminuido, y esto puede deberse a una alteración en los efectos de la sexualidad los que están formados por el deseo, la atracción y el enamoramiento, los cuales que se pueden alterar por factores relacionales y culturales, presentes en este grupo de mujeres. Además, está falta de comunicación de la mujer, ya que si la tiene ésta no es abierta, asumiendo una conducta de complacencia por patrones sociales asignados y obtenidos por ella.

Sánchez, Carreño, Martínez y Gómez (2003); Sánchez, Morales, Carreño y Martínez, (2005), encontraron en una muestra de 100 mujeres de entre 25 y 45 años con disfunción sexual, que 57% presentaron deseo sexual hipoactivo, 55% trastorno orgásmico, 49% disritmia, 36% dispareunia, 29% aversión al sexo, 22% trastorno de la excitación y 6% vaginismo. Este estudio permite determinar si la mujer y/o su pareja requieren atención psicológica. El estilo positivo de comunicación está asociado al funcionamiento con la pareja. El estilo de comunicación con la pareja se asocia la presencia de disfunciones sexuales, al igual que el

estilo reservado de comunicación. De igual manera, mantener un rol de sumisión (extremo rígido de la orientación femenina) y no ser asertiva asocia con las disfunciones sexuales.

En 2006, Sánchez, Carreño, Martínez y Gómez mencionan que en una muestra de 384 mujeres, 184 no presentaron disfunción sexual y 200 sí ostentaron al menos una disfunción sexual, y de éstas, 90 mujeres presentaron disritmia, 87 deseo sexual hipoactivo, 81 inhibición del orgasmo, 71 dispareunia, 57 inhibición de la excitación, 35 vaginismo y 34 aversión al sexo. De lo anterior se concluyó que es más frecuente la disfunción sexual en la mujer, 52% (de 200 mujeres) que en el hombre 38.8% (141). “Lo que lleva a pensar que es más restringida la sexualidad en la población femenina que en la masculina”, “Para el desarrollo de la sexualidad, es indispensable tener información sexual”, “Las experiencias sexuales traumáticas, además de ser más frecuentes en la mujer, se asocian a disfunciones sexuales, lo que no sucede en el hombre, ya que es menos proclive a este tipo de experiencias”.

Arena (2006) realizó una revisión sistemática sobre climaterio y la salud sexual, mencionando que es necesario, en un primer momento, considerar: a) la prevalencia de las disfunciones sexuales en las mujeres en climaterio oscila entre 30 y 40%, debido o agravado por la deficiencia hormonal, en tanto que entre 10 y 20% informan un incremento de la función sexual; b) no se pueden realizar generalizaciones sobre el declive de la función sexual en la mujer en etapa de climaterio; c) no hay que considerar la sexualidad en el climaterio desde la óptica de la respuesta sexual de la mujer en el apogeo de la edad reproductiva; d) los elementos de mayor diagnóstico son las variaciones respecto al estado anterior de presunta normalidad, propia de cada mujer. Por tanto, es un diagnóstico dinámico e individual. En cuanto a los síntomas clínicos de la disfunción sexual refiere que existen cinco cambios principales vinculados con el climaterio, estos son: 1) disminución global cuali y cuantitativamente de la respuesta sexual, 2) dispareunia, 3) menor actividad sexual, así mismo disminución de las fantasías sexuales, 4) declinación del deseo sexual y 5) disfunción del compañero sexual.

Al realizar este autor un análisis detallado de los síntomas referidos con mayor frecuencia en los estudios y aquellos que no eran tan frecuentes, y que sin embargo, estaban presentes, los resumió de la siguiente manera:

CLASIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN EL CLIMATERIO.

Criterios mayores	Criterios menores	Criterios accesorios
Deterioro de la respuesta sexual.	Disminución de las fantasías sexuales.	Hipotrofia de los órganos involucrados en la respuesta sexual.
Disminución de la libido (atracción y excitación sexual).	Disminución de los contactos eróticos (no coitales).	Deterioro de la autoestima y la autoimagen corporal.
Disminución del deseo sexual (crisis del deseo).	Cambios en la actividad y respuesta coital.	Disfunción sexual orgánica psicógena de la pareja.
Disminución del número y/o la calidad de los orgasmos.	Disminución de la satisfacción sexual.	Imposibilidad sexual de la pareja por enfermedad.
Disminución de la frecuencia coital.	Sensación de dificultad para alcanzar el clímax.	Enfermedad psicológica: ansiedad, depresión y estrés.
Disminución del interés sexual global.	Dispareunia (aparición o agravamiento).	Enfermedad orgánica o crónica: cáncer, cirugía, diabetes, etc.
Disminución de la lubricación vaginal pericoital.		

Por otra parte se mencionan las causas estadísticamente significativas de las variaciones en la respuesta sexual, empleando el método de regresión logística.

CAUSAS DE VARIACIONES DE LA RESPUESTA SEXUAL DURANTE EL CLIMATERIO

Causas de disminución de la respuesta sexual durante el climaterio.	%	Causas de incremento de la respuesta sexual durante el climaterio.	%
Disminución o ausencia de deseo sexual	18	Nueva pareja (en general más joven, pero no necesariamente)	22
Concepto cultural “No sexo a esta edad”	15	Mayor privacidad de la pareja (“por independencia mayor de los hijos”)	20
Ausencia de compañero sexual (divorcio, separación o viudez)	12	Pérdida del temor al embarazo (“Sensación de liberación”)	13
Ausencia de interés sexual en el compañero sexual	7	Mejor relación con su pareja (“Mayor tiempo para estar juntos”)	9
Respuesta sexual pobre, dificultosa o inadecuada	15	Terapia hormonal de reemplazo	7.3
Menopausia	6	Aumento del deseo sexual	2.5
Dispareunia	4	Otros	26.2
Otras	23		

Arena (2006) plantea el impacto que puede producir el declive hormonal en la respuesta sexual humana, de acuerdo con las investigaciones realizadas.

Fase de excitación. No se altera la latencia ni la intensidad de la erección del pezón, lo que sí disminuye con la edad es el aumento del tamaño mamario, existe una menor reacción vasodilatadora, ambos dependientes de los estrógenos. También la respuesta cutánea se ve involucrada, sobre todo al tórax, cara y cuello, de igual manera, se aprecia una disminución en la tensión muscular. Un dato importante es que la respuesta clitoridiana no se modifica, por lo que si ésta presenta cambios, entonces existen indicios de que se trata de un trastorno y no una disfunción sexual. Otro cambio debido a la edad es la coloración de los labios menores y la disminución de la capacidad del canal vaginal. Por otra parte, uno de los cambios más comunes es la lubricación vaginal.

Fase de meseta. La ingurgitación de la areola presenta menor intensidad, el enrojecimiento es menor en mujeres añosas, la respuesta miotónica disminuye, la fase de meseta es más lenta en el climaterio.

Fase de orgasmo. La presencia del orgasmo, si bien es menor en intensidad y duración, suele conservar sus tiempos y características en la mujer en climaterio, sin embargo, es importante considerar que existe un declinar físico.

Fase de resolución. Durante el climaterio aparecen de modo constante dos cambios: a) pérdida del enrojecimiento sexual, y b) desaparición de la tumefacción areolar propios de esta etapa.

De esto se concluye que existen cambios en la respuesta sexual a raíz de la menopausia, que quedarían de la siguiente manera.

CAMBIOS DE LA RESPUESTA SEXUAL TRAS LA MENOPAUSIA

Disminuyen	No se modifica
Frecuencia coital	Frecuencia de masturbación
Deseos y pensamientos sexuales	Frecuencia del orgasmo
Fantasías sexuales	Satisfacción postcoital
Lubricación vaginal	Placer de la sexualidad
Satisfacción sexual global	Excitación sexual frente a imágenes o fantasías
Dispareunia	Satisfacción de y con su pareja
Disconfort genitourinario postcoital	

Además de lo anterior es importante tomar en cuenta una serie de factores que se hacen presentes o que afloran gracias a la llegada del climaterio, en este caso se hace referencia a las modificaciones psicológicas producto del climaterio. Este aspecto es muy amplio, por lo que Arena, (2006) lo concreta diciendo que, aquellas mujeres que poseen una “adecuada” salud mental, psicológicamente aptas, independientes de su edad, gozarán de una sexualidad placentera, libre y plena, haciendo énfasis en que “difícilmente un factor biológico puro puede interponerse a una mujer psicológicamente sana y dispuesta a disfrutar de su sexualidad”.

Es importante que la mujer conozca los cambios que se presentarán, para que los asuma de la mejor manera, y que junto con la administración de las herramientas terapéuticas pueda contrarrestarlos, esto favorece en la mejora de la autoestima, potenciando su desarrollo personal y sexual.

El declive de la función ovárica impacta de manera importante a un sector de esta población, ya que conlleva a sentimientos negativos, de pérdida de la función y capacidad reproductiva, así como deterioro físico, desfeminización, pérdida de la juventud, etc., lo que se vive como un duelo, el cual muchas mujeres no superan, elevando el nivel de estrés.

El hecho de que la mujer se viva como menos femenina y por tanto menos atractiva, favorece que ésta tenga una actitud negativa hacia la sexualidad. No obstante es necesario tomar en cuenta que el climaterio es un desencadenante para que afloren trastornos psicológicos previos a esta etapa de vida.

Las modificaciones sin duda alguna obedecen al sustrato previo, individual de cada mujer, por lo que es imposible que el evento de vida denominado climaterio funja como corrector de desequilibrios previos, pero sí actúa como un elemento que exagera síntomas psicológicos, esto por que el perfil del climaterio tiene mecanismos que modifican hasta cierta medida la conducta y, por tanto la emoción o viceversa.

“Está demostrado que mujeres informadas desde antes de la menopausia, de los cambios corporales tienen una mejor manera de enfrentarlos..... La pérdida de la feminidad, afrontada desde el modelo de la mujer climatérica actual: activa, útil, desarrollada, sin duda

alguna mejora el perfil psicológico de la paciente impactando en su vida sexual..... Las mujeres que viven la menopausia con ansiedad, estrés, y/o depresión presentarán un deterioro en su desempeño sexual, que las llevará inexorablemente camino a disfunciones sexuales” (Arena, 2006).

La sexualidad de la mujer hasta hace pocas décadas se asociaba a una sola finalidad: la reproducción. Por lo que es entendible que la menopausia sea el punto clave a partir del cual la mujer pierda el sentido de ejercer su sexualidad y, por tanto, ésta desaparezca. Cerca de los 60 años 73% de las mujeres refieren una sexualidad insatisfecha cuyas causas son de orden biológico, pero también psicosocial y por supuesto relacional, estas disfunciones son explicadas por conflictos de pareja y por el comportamiento y actitud ante la sexualidad y, en algunos casos, la combinación de estos factores (Bas y Fernández, 2002).

Careaga (1998) plantea que el ser humano, ya sea hombre o mujer, asume su responsabilidad con respecto a su cuerpo y a la práctica sexual dependiendo en gran medida de del concepto de sexualidad que se tenga en el contexto en el que se desarrolla; existen comunidades en las cuales la sexualidad se niega o se ve como un tabú, ya que todo aquello que no sea parte de la norma, de una sociedad o una cultura, resulta amenazante para el individuo. Es por esto que es frecuente que se niegue que existe una sexualidad, sobre todo en las mujeres en climaterio o en aquellas que están en los límites con la senectud (esto fue un punto importante tratado en la Conferencia de Cairo en 1994, en la que se planteó la necesidad de reconocer que las prácticas sexuales atraviesan todo el ciclo de vida).

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) se determinó que la salud sexual está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no solamente a las cuestiones de reproducción y enfermedades de transmisión sexual, lo que implica desarrollar programas que resalten la parte de placer, poder, erotismo, etc. Es importante destacar que no es la teoría sino las acciones donde se manifiestan los prejuicios (Careaga, 1998).

Las prioridades de atención corresponden a problemas originados por condiciones sociales y políticas, como por el aprendizaje, cultura y desigualdad entre géneros. Los daños en la salud mental de la mujer: “denuncia un estado de cosas, una vida insatisfactoria, de presiones y

mandatos contradictorios, de exigencias inhumanas, falta de valorización, no reconocimiento de las propias necesidades, cansancio, falta de espacio personal y de autopostergación”. Los actos violentos y su aceptación social implícita constituyen para la mujer un recordatorio constante de su poco valor. En este sentido, un grupo de alto riesgo son los adultos mayores, debido a su posición de subordinación en la sociedad (Calvin, 2001).

En los últimos 30 años se han incrementado las investigaciones sobre el tema, lo que se refleja en mayor aceptación y preocupación por la sexualidad femenina, mayor libertad en la conducta sexual, mayor información y acceso a la misma, y avances científicos en el área de sexualidad. Hasta el momento no se ha podido establecer lo que es “normalidad” en la sexualidad humana, ya que por ser un fenómeno multideterminado, la sistematización se torna compleja, sin embargo, se han podido identificar tres factores principales:

- El contexto social y cultural en el que se desarrolla el sujeto.
- El criterio personal del sujeto varía según su cultura, las distintas sociedades, la religión y la época histórica, de tal modo que lo que era normal en una época pasa a considerarse anormal, o incluso patológico, en otra.
- Las contribuciones a la ciencia han modificado el comportamiento sexual, un ejemplo son los anticonceptivos orales en el decenio de 1970 (Hernández y Reyes, 2001).

Finalmente, las disfunciones sexuales se presentan en cualquier individuo, en forma independiente de la edad, sexo, raza, religión, estado civil, etc. Son muchas y diversas las causas que conllevan a los trastornos en la respuesta sexual, según Haslam (1982), 60% de los trastornos de la respuesta sexual humana se debe a problemas de ansiedad intensa, específica al encuentro sexual, en tanto que Verhulst y Heiman (1985), dividen en tres las causas de las disfunciones sexuales: 1) fisiológicas (ingesta de medicamentos), 2) psicológicas generales (problemas de pareja y de personalidad, así como tiempo y espacio donde se presentan) y 3) psicosexuales (problemas sexuales limitados a causas psicológicas independientes de la interacción sexual, preocupación por la separación, ansiedad constante, demandas o expectativas o asumir un rol pasivo (Pérez disponible en red, consultado el día, 18-05-2007).

Actualmente se mantienen los problemas para la evaluación de las disfunciones sexuales y los trastornos, ya que se conserva el uso de diagnósticos personales y no de pareja, la manera sistemática en que diagnostica el DSM-III tiene problemas de descripción, ya que deja mucho a la Interpretación del especialista, por otra parte, no hay instrumentos adecuados para realizar la valoración. Además de todo, existen problemas por la escasez de modelos explicativos de las disfunciones. Todo esto en muchos casos lleva a un sobrediagnóstico, en particular en este sector de la población, ya que parte del personal de salud determina un trastorno sexual causado por el declive hormonal, cuando en la mayoría de los casos se trata de disfunciones sexuales asociadas a factores interpersonales, sociales, culturales y de personalidad (Labrador, 2001).

Hay estudios de historia natural donde se hace referencia de que a medida que aumenta la edad se va perdiendo el interés sexual. Las diversas revisiones disponibles concluyen que existe una asociación entre determinados aspectos de la sexualidad (disminución del interés sexual, frecuencia del coito y lubricación vaginal) y la etapa del climaterio, sin embargo, los factores que influyen en esta pérdida del interés son múltiples y además complejos. De estos factores los más importantes son los psicosociales, entre ellos la experiencia sexual previa de cada mujer, su estructura de personalidad, su nivel educativo, el nivel de estrés, la situación física y psicológica, los cambios en la relación de pareja y los sentimientos hacia la misma (Myers, 1995).

*Los factores más importantes en la sexualidad son los psicosociales: Experiencia sexual previa de cada mujer, su personalidad, el nivel educativo, el nivel de estrés, la situación física y psicológica, los cambios en la relación de pareja y los sentimientos hacia la misma (Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004) (IB).

Es fundamental conocer qué intereses emocionales y materiales unen a la pareja, para entender la relación sexual que existe entre ambos, y establecer si es una condición patológica o no.

CAPÍTULO VI

TRASTORNOS SEXUALES

*La sexualidad podría ser una fuerza potencial
de elección, de cambio y de diversidad.
En cambio, la asumimos como un destino....
Jeffrey Weeks.*

6.1 DEFINICIÓN

Los trastornos sexuales se encuentran en otra clasificación y se definen como: “La característica esencial del Trastorno sexual debido a una enfermedad médica es la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa, que se considera producida exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica” (American Psychiatric Association, 1995). En este tipo de trastorno sexual puede presentarse dolor durante el coito, deseo sexual hipoactivo, trastornos del orgasmo, y debe provocar malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. Tienen que 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 médica.

El código diagnóstico y el término para un trastorno sexual debido a una enfermedad médica se seleccionan con base en el trastorno sexual predominante.

6.2 CLASIFICACIÓN

Características diagnósticas	Su principal característica es la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa, que se considera producida exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Provoca malestar o dificultad en las relaciones interpersonales. Deben existir pruebas de orden clínico y físico de que la alteración es producida por efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Para determinar si el trastorno sexual es debido únicamente a una enfermedad médica, el clínico debe verificar y averiguar si el trastorno se encuentra relacionado causalmente con ella a través de algún mecanismo fisiológico. Además, debe averiguar y juzgar si la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno sexual primario, un trastorno sexual inducido por sustancias u otro trastorno mental primario.
-------------------------------------	---

	<p>El diagnóstico o trastorno sexual se establece con el subtipo debido a factores combinados, cuando se considera que la combinación de factores psicológicos y la enfermedad médica por alguna sustancia desempeña un papel causal, aunque ninguna de estas causas sea suficiente para explicar el trastorno.</p>
Subtipos	<p>“El código diagnóstico y el término para trastorno sexual debido a una enfermedad médica se selecciona basado en el trastorno sexual predominante”. Usando los siguientes términos, en vez del “trastorno sexual debido a una enfermedad médica”</p> <p>Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a(indicar enfermedad médica). Este término se usa si en una mujer el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente (American Psychiatric Association, 1995).</p> <p>Trastorno de la excitación sexual en la mujer debido a(indicar enfermedad médica). Disfunción orgásmica femenina debido a(indicar enfermedad médica). Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal (American Psychiatric Association, 1995).</p> <p>Dispareunia femenina debido a(indicar enfermedad médica). Este término se usa si en una mujer el rasgo predominante es el dolor asociado al coito (American Psychiatric Association, 1995).</p> <p>Vaginismo debido a(indicar enfermedad médica). Aparición persistente o recurrente de espasmos voluntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere en el coito (American Psychiatric Association, 1995).</p> <p>Disritmia debido a(indicar enfermedad médica). 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 (American Psychiatric Association, 1995).</p>
Procedimiento de tipificación	<p>Al diagnosticar el trastorno el clínico debe indicar la enfermedad médica considerada como la causa de la disfunción.</p>
Enfermedades médicas asociadas	<p>Entre las enfermedades que pueden producir trastornos sexuales se encuentran las:</p> <p>a) Neurológicas (esclerosis múltiple, lesiones medulares, neuropatías, lesiones del lóbulo temporal)</p> <p>b) Endocrinológicas (la diabetes mellitus, hipotiroidismo, hiper-hipoadrenocortisolismo, hiperprolactinemia, estados hipogonadales, alteraciones hipofisarias)</p> <p>c) Vasculares y genitourinarias (trastornos testiculares, enfermedad de Peyronie, infecciones uretrales, complicaciones posprostatectomía, infecciones o lesiones genitales, vaginitis atrófica, infecciones vaginales y de los genitales externos, complicaciones posquirúrgicas, como cicatrices de la episiotomía, vagina reducida, cistitis, endometriosis, prolapso uterino, infecciones pelvicas, neoplasias)</p>
Diagnóstico diferencial	<p>El trastorno sexual debido a enfermedad médica debe diagnosticarse solamente si se puede explicar de manera completa por los efectos directos de una enfermedad médica. Si los factores psicológicos desempeñan también un papel en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno, el diagnóstico es <i>trastorno sexual primario</i> (con el subtipo debido a factores combinados).</p> <p>Cuando hay pruebas de consumo de una sustancia (reciente o prolongada), (fármacos incluidos), de abstinencia de una sustancia o exposición a un tóxico, y el trastorno se explica en su totalidad por lo efectos directos de la sustancia, debe diagnosticarse <i>trastorno sexual inducido por sustancias</i>.</p>

Los trastornos sexuales son:

A. Deseo sexual hipoactivo o inhibido en la mujer debido a .. (indicar enfermedad médica).

Este término se usa si en una mujer el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente (American Psychiatric Association, 1995).

Etiología: se deriva de tres vertientes, como son: alteraciones neurológicas, hormonales, metabólicas (endocrinos, como diabetes), insuficiencia renal, que pueden alterar los sustratos fisiológicos del impulso sexual, además de debilidad o dolor (Hernández y Reyes, 2001), baja producción de testosterona, adenomas productores de prolactina, hiperprolactinemia, enfermedades sistémicas (Sánchez, 2001).

Trastorno sexual inducido por sustancias: alcoholismo o drogadicción, uso de narcóticos y sedantes, antihipertensivos, psicotrópicos, antidepresivos, (Hernández y Reyes 2001; Sánchez, 2001).

B. Trastorno de la excitación sexual en la mujer debido a .. (indicar enfermedad médica).

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 (American Psychiatric Association, 1995).

Etiología: Algunos de los padecimientos asociados con este trastorno son: trastornos endocrinos (disminución de niveles de estrógeno durante la menopausia), disminución de lubricación durante la lactancia, insuficiencia renal y diabetes, entre otros (Hernández y Reyes, 2001).

Deficiente vascularización, lesiones medulares sacras, lesiones del nervio pélvico/pudendo, deficiencia estrogénica en las mujeres, baja producción de testosterona, hiperprolactinemia, neuropatía diabética y alcohólica, lesiones y tumoraciones medulares, esclerosis múltiple, deficiencia vitamínica, hipoestrogenismo, hipotiroidismo (Sánchez, 2001).

Trastorno sexual inducido por sustancias: Alcoholismo, drogadicción, antidepresivos tricíclicos, nerolépticos, antihipertensivos, antihistamínicos.

“Existen enfermedades médicas que pueden producir un efecto nocivo no específico sobre el deseo sexual, debido a: debilidad o dolor”

C. Disfunción orgásmica femenina debido a .. (indicar enfermedad médica).

Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal (American Psychiatric Association, 1995).

Etiología: Disgenecia de nervios pélvicos, neuropatía diabética o alcohólica, depresión, estrés crónico (Sánchez, 2001).

Trastorno sexual inducido por sustancias: uso de ansiolíticos, antidepresivos, benzodiazepinas, nerolépticos, antihipertensivos, opiáceos, etc. (Hernández y Reyes, 2001).

D. Dispareunia femenina debido a (indicar enfermedad médica).

Este término se usa si en una mujer el rasgo predominante es el dolor asociado al coito (American Psychiatric Association, 1995).

Etiología: Himen anormal o tabique vaginal (Sánchez, 2001).

Trastorno sexual inducido por sustancias: uso de flufenacina, tioridacina y la amoxapina (Hernández y Reyes, 2001).

E. Vaginismo debido a(indicar enfermedad médica).

Aparición persistente o recurrente de espasmos voluntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere en el coito (American Psychiatric Association, 1995).

Etiología: endometriosis, infección vaginal (Hernández y Reyes, 2001), Himen anormal o tabique vaginal (Sánchez, 2001).

Conocer estas categorías diagnósticas es útil para realizar un diagnóstico adecuado de los problemas sexuales que la mujer presenta en esta etapa, y evitar, asimismo, el sobrediagnóstico y la sobremedicación, ya que es una etapa susceptible de que los especialistas malinterpreten las manifestaciones clínicas, basándose en la premisa de que todo deriva del declive hormonal.

CAPÍTULO VII

GÉNERO

No se discute con el destino, o cedemos a sus poderes de fascinación o nos rebelamos. El reverso del destino es la conciencia, la libertad.
Octavio Paz.

El interés por los estudios de género se remonta al decenio de 1970, en Estados Unidos, por el movimiento feminista que pretendía entender y resaltar las diferencias sociales y culturales de lo biológico, el objetivo era distinguir que las características reconocidas como “feministas” no provenían de su sexo como se sobreentendía, rechazando con esto el determinismo biológico, el cual se encontraba implícito en los términos “sexo”, “diferencia sexual”. El manejo del concepto de género provocó una ruptura epistemológica de la forma en la que se había concebido a la mujer en la sociedad (Lamas, 1995).

Actualmente, existe un sinnúmero de escritos sobre el tema, donde la categoría de género se aborda desde diversos enfoques, observando que se le ha interpretado, simbolizado y organizado de diferentes formas.

Aun cuando el género fue producto de la lucha y reflexión de las mujeres, hoy en día se asume que tanto las mujeres como los hombres son producto de la cultura. Si bien es cierto que las mujeres se han vivido en desventaja frente a los hombres, éstos también han vivido bajo prejuicios derivados de las exigencias de la masculinidad. El interés por eliminar las desigualdades ha llevado a las ciencias humanas, sociales y, más recientemente, a las ciencias médicas, a examinarlas con un sentido más crítico, en pro de mejorar la vida de los seres humanos.

Los siguientes son sólo algunos conceptos que se han manejado sobre la categoría de género.

7.1 CONCEPTOS

Scout (1986) en Amelang y Nash (1990) menciona que el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos y el género es una forma primaria de las relaciones de poder, y el cual comprende cuatro elementos interrelacionados:

- a. Símbolos culturales disponibles que evocan representaciones múltiples, a menudo contradictorias.
- b. Los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los símbolos. Estos conceptos se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas que afirman categorías y unívocamente el significado de varón y mujer, masculino y femenino.
- c. Las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género: el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo segregado por sexos, las instituciones educativas, la política.
- d. La identidad, destacándose los análisis individuales –biografías- también existe la posibilidad de tratamientos colectivos que estudien la construcción de la identidad genérica en los grupos. Ésta muestra la identidad subjetiva e identidad de género.

Este autor cita a Bordieu quien entiende la categoría de género como un sistema perdurable de esquemas, sentimientos, pensamientos y acciones, esto es, una “subjetividad socializada”, por tanto, lo que la mujer haga no es otra cosa que las relaciones históricas depositadas en cada una ellas en forma de esquemas mentales y corporales de percepción, apreciación y acción. La cultura, el lenguaje y la crianza inculcan en las personas, normas y valores que con el tiempo se consideran normales.

Careaga (1996) define al género como una interpretación sociocultural de ser mujer u hombre, que cruza toda la vida. Es decir, que una persona nazca como mujer u hombre, lleva a que la sociedad determine cómo debe sentir, pensar, qué puede expresar o qué no puede expresar.

A partir de la condición anatómica, se ha conformado una justificación del comportamiento adscribiéndolo como propio de la naturaleza. De esta manera, se hace una asociación entre lo biológico y lo social que confunde, al considerarse que es “natural” que las mujeres sean de un modo y los hombres de otro.

En 1987, Beneria y Roldan en Guibert y colaboradores conciben como género: “la red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades, que a través de un proceso de construcción social, diferencia a los hombres de las mujeres”.

El propósito de este enfoque es llamar la atención sobre un aspecto de la realidad con frecuencia olvidada; “A la mayor parte de las mujeres sólo se les valora el trabajo productivo en virtud de su valor de intercambio, pero el trabajo reproductivo, que abarca la reproducción biológica y todas las actividades necesarias para garantizar el bienestar y sobrevivencia de los individuos que comparten el hogar, no es valorada, ya que es visto como natural”.

El género para Olivares y Ariza (1999) es un sistema de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores en torno a la diferencia sexual entre los seres humanos, que organiza la relación entre las mujeres y los varones de manera jerárquica, y asegura la reproducción humana y social. Como construcción social, el género es producto de una realidad objetiva y subjetiva, un orden que se impone a los individuos, y que ellos a su vez recrean constantemente, con base en los significados que proporcionan el lenguaje, la historia y la cultura.

Para Robledo y Rojas (2004), el género es el conjunto de ideas, creencias y representaciones sobre las mujeres y los hombres en las diversas culturas, así como los papeles, las prácticas y las relaciones sociales generalmente desiguales y jerárquicas, establecidas entre mujeres y hombres a través de:

- a. Las instituciones sociales: Estado, Iglesia y familia.
- b. Los sistemas simbólicos: lenguaje, costumbres y ritos
- c. Los sistemas de normas y valores: jurídicos, científicos y políticos.
- d. Las identidades subjetivas: formas de pensar, sentir y relacionarse.

Las mismas autoras refieren que para aplicar el género como categoría analítica, es importante concebir que:

- a. El género es relacional. Las relaciones se construyen socialmente entre mujeres y mujeres, hombres y hombres y mujeres con hombres.

Tienen un trasfondo de poder, ya que las diferencias entre hombre y mujer tienden a dar mayor valor a las características y actividades asociadas a lo masculino, generando una desigualdad en el poder, a pesar de que las mujeres no están libres de ejercer cierto poder por diferentes vías. Estas jerarquías también pueden establecerse entre personas del mismo género, tomando en cuenta factores como edad, clase social etc.

- b. El género es cambiante. Los papeles y relaciones no son estáticas y se modifican a lo largo del tiempo, siendo susceptibles a cambios por medio de intervenciones.
- c. El género desde un contexto tiende a ser específico. Las relaciones de género varían de acuerdo con los diferentes contextos determinados por la edad, la etnia, la clase, la cultura, la religión etc.
- d. Es institucionalmente estructurado. Las relaciones entre mujeres y hombres a nivel personal y privado, así como el sistema social, se apoyan en valores, legislación, religión, etc.

Para comprender de mejor manera este constructo es conveniente conocer de manera individual lo que es identidad, género y el significado de identidad de género, por lo que a continuación se presentan algunas definiciones al respecto.

I. Identidad

Cardoso (1971) en Alonso (2004), refiere la identidad respecto a la etnia, la cual define como “la afirmación de un nosotros frente a un los otros”, es una identidad que surge por oposición.

En tanto que Devereux, en 1975, en Alonso (2004), la explica como:

- Es aquello que hace diferente a un individuo de otro.
- Lo que hace a un sujeto único, son los rasgos que en su personal combinación son irrepetibles.

Ortigue (1985), en Alonso (2004), reconoce dos conceptos de origen diferente para la identidad de género:

- La noción antropológica, la cual propone que la identidad deriva de las relaciones colectivas de pertenencia a una comunidad, como la familiar, la lingüística o nacional, en éstas son importantes los identificadores sociales que utilizan referencias físicas y simbólicas.
- La noción freudiana, ésta plantea que la identidad deriva de relaciones individuales de reciprocidad en el diálogo o el intercambio, y es una identificación imaginaria o simbólica.

Algunos puntos en que coinciden los especialistas en el tema son:

1. La identidad se forma a partir de la singularidad, del “sí mismo único e irrepetible”, con base en una serie de rasgos, del reconocimiento de la diferencia del yo con respecto a los otros. Y de la identificación con los otros: etnia, grupo político, laboral, etc.
2. Se construye a partir de una autoadscripción, en ésta el sujeto posee la capacidad de reconocer el “yo soy” o “soy parte de”, y de la heteroadscripción, donde los demás determinan tú eres o tú eres parte de.
3. Identidad: una en tanto que es irreductible y compuesta se comprende en sí misma alteridad y diversidad.

4. Se construye en la interacción con los otros.
5. La identidad es transformable según las condiciones de cada vida (Alonso, 2004).

“La identidad connota un proceso multidimensional de interrelaciones, codeterminaciones e interdependencias que pone en cuestionamiento la identidad como categoría absoluta, esencialista y cerrada. No sólo esta anclada en lo biológico (como un factor de determinación), sino que además está definida , por un modelo normativo representacional organizado en un sistema sociocultural, que es hegemónico, ideológico, normativo, convencional y, en consecuencia, arbitrario, contingente y relativizado” Cabral y García (disponible en red. www.saber.ula.ve/db/saber/Edocs/grupos/gigesex/publicaciones/articulos/masculino-femenino.pdf. consultado el día 16-05-2007).

II. Género

El concepto de género surge en el decenio de 1960, como término específico de las ciencias sociales, empleado para referirse a los atributos asignados a cada cuerpo sexuado; la finalidad era delimitar que el sexo que es de origen biológico y el género de origen cultural, ya que en él que interviene el proceso de enseñanza-aprendizaje y pasa de una generación a otra. Jáuregui define la cultura como “todo aquello que no está determinado en las personas, no está determinado directamente por la biología y es transmitido por el aprendizaje y la educación”. Debido al alto grado de interiorización de la cultura, los individuos llegan a confundir lo biológico con lo cultural, por lo que a “la carga cultural asignada al sexo se le llama género” (Alonso, 2004).

Concluyendo, el género es:

- a. Una construcción cultural, no natural.
- b. Varía según la cultura, por lo que no es universal.
- c. Es una construcción histórica con sus variantes en cada época.

III. Identidad de género

A partir de 1921 inicia el estudio a profundidad de la identidad de género, derivado de la propuesta hecha por Freud sobre el desarrollo sexual de las niñas; una de las psicoanalistas actuales que aborda y analiza el tema es Emilce Dio Bleichmar, quien describe la construcción de la identidad de género en los primeros años de vida, y la plantea como una categoría compleja y articulada múltiplemente, que incluye:

- La atribución, asignación o rotulación de género: niño niña.
- La identidad de género: es el esquema ideoaectivo más primitivo, consciente e inconsciente de la pertenencia a un sexo y no al otro, y se conforma a través de la percepción que el niño tiene de su anatomía y fisiología de los órganos genitales, también de la actitud de los padres, hermanos y de los padres en relación con el género del niño, así como de la fuerza biológica, cuyo poder para modificar la acción del medio es relativo (Alonso, 2004).

La formación de la identidad de género tendrá que centrarse en la dimensión relacional de la individuación y los procesos de intersubjetividad, destacando la mediación de ciertos aspectos socio-institucionales en su conformación. Existe la necesidad de partir de una concepción de género como sistema de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores en torno a la diferencia sexual entre los seres humanos, que organiza la relación entre mujeres y hombres de manera jerárquica, y asegura la reproducción humana y social. Como construcción social, el género deriva de una realidad objetiva y subjetiva, un orden que se impone a los individuos, y que se recrea de manera continua, con base en los significados que proporcionan el lenguaje, la historia y la cultura, motivo por el cual, para su estudio, es preciso incorporar en el análisis la temporalidad diferencial de las transformaciones en las dimensiones objetiva y subjetiva, así como en la práctica y los actores. La influencia de los cambios en el acceso a recursos sobre las vivencias de los roles, las relaciones y las representaciones de género, no son automáticas, directas o unívocas. Están mediadas por una serie de aspectos (los contextos familiares, las redes sociales, por ejemplo), que pueden precipitar o retardar el impacto de lo estructural sobre lo individual, de las prácticas sobre las representaciones o viceversa.

La identidad de género se construye mediante el proceso de socialización desde el nacimiento tanto al hombre como a la mujer se les adscribe a una categoría, determinada por las diferencias anatómicas, ésta va acompañada de una asignación de género sustentada por el significado social proporcionado al nuevo ser, lo cual se manifiesta a través de actitudes y símbolos, como es el color de la ropa, adornos, juguetes, la forma de tratarlo corporalmente, etc., todo esto es lo que conforma el género masculino o femenino.

Esto lleva a concluir la identidad como conciencia de sí, resultado del fenómeno sociocultural que condiciona la experiencia de vida. La identidad se construye a través de un proceso de interacción activa, no de una asimilación pasiva ni unidireccional, con la posibilidad de transformarse. El problema principal radica en que estas interacciones se dan en un contexto de relaciones asimétricas entre los sexos que son relaciones de dominancia de donde es difícil salir (pero no imposible), sin caer en conflictos individuales y/o sociales.

IV. Rol de género

La asignación de género es lo que define la educación que cada individuo recibirá para poder responder a su rol social, esta demanda es de acuerdo con las expectativas sociales del contexto de pertenencia, y lo que se debe hacer y se espera que haga, así como lo que está permitido y no en cada ser, acorde con el hecho de ser mujer u hombre.

El rol de género se estructura por un conjunto de expectativas que la sociedad mantiene respecto al hombre y la mujer y que están reforzadas por la presión social. La función de esta presión social es orientar el comportamiento de acuerdo con su rol, a las niñas se les pide “siéntate bien”, “las niñas no dicen malas palabras”, “las niñas bonitas no se enojan”, éstos son sólo algunos ejemplos de frases que se emplean de forma común para reafirmar los roles. Estas frases de apariencia inofensiva, por una parte, dirigen a la persona a realizar determinada conducta y, por otra, son trasmisoras de valores, implicando que el comportarse de una manera predeterminada genera ser aceptada y, de hacerlo, implica el rechazo. Es así como a partir de estas frases se van introyectando los roles de la mujer y del hombre (Artiles, Navarro y Manzano, 1998; Cabral y García. 2000).

El género forma parte de las variables más importantes dentro de la organización social, de tal manera que es imposible no percatarse de esta categoría.

En general ser varón o mujer en la sociedad occidental significa estar fijados/as a modelos de masculinidad y feminidad congelados y cristalizados en estereotipos sexuales y pautas de comportamiento dicotómicas: opuestas o “complementarias” (Cabral y García, 2000).

SER MASCULINO	SER FEMENINO
ESTEREOTIPO. Fuerte, inteligente, racional, activo, agresivo, dominante, asertivo, rudo, productivo, independiente, fuerte, decidido, seguro, estable, competitivo, persistente, etc.	ESTEREOTIPO. Débil, bella, emocional, intuitiva, pasiva, sumisa, coqueta, tierna, delicada, reproductiva, dependiente, obediente, receptiva, tolerante, paciente, insegura, inestable, colaboradora, voluble, cambiante, etc.
ESTEREOTIPOS QUE LOS ENCASILLAN EN:	ESTEREOTIPOS QUE LAS ENCASILLAN EN:
<p>El desempeño de roles instrumentales que los llevan a:</p> <p>Entrenarse en actividades como luchar, ganar, atacar, mirar, tocar, conquistar, vencer, dominar, controlar, expresar su sexualidad, ser fiel.</p> <p>Orientarse hacia la vida pública y la realización social, motivarse al logro, al éxito, a tomar decisiones.</p> <p>Ser proveedor, protector, servido, obedecido, y de poseer el poder, la fuerza y la violencia. Lo que significa construir la masculinidad bajo el “machismo” como expresión exagerada de masculinidad, con el deseo y necesidad de afirmarse constantemente como hombre ante los demás hombres y ante las mujeres, probando la hombría y su virilidad.</p>	<p>El desempeño de roles expresivos y de servicio que las llevan a:</p> <p>Postergarse, esperar, sacrificarse, perder, defenderse, limitarse, dejarse conquistar, someterse, mostrarse, reprimir, negar o distorsionar su sexualidad, ser fiel, ayudar, seducir.</p> <p>Orientarse hacia la intimidad, construir su vida en el espacio privado y doméstico, ser responsable de la crianza de los hijos, limitando su realización personal en la familia y en el hogar.</p> <p>Ser receptiva, protegida, servir, obedecer.</p> <p>Ser objeto de abusos de poder, maltrato y violencia.</p> <p>Lo que significa construir la feminidad en torno a los ejes de la maternidad como máxima realización e ideal del deber ser femenino, a la servidumbre voluntaria, entrega y dependencia de los otros en lo emocional, afectivo, sexual, económico y social; albergar sentimientos de desesperanza aprendida y sentirse dueña de la culpa.</p>

V. Género y sexualidad

El significado que la mujer le otorga al sangrado menstrual es sumamente importante, ya que se asocia con la capacidad reproductiva y, por tanto, a la realización de ser mujer mediante la maternidad y, en caso de no serlo, se contempla como una posibilidad en tanto que ésta esté presente, y porque de manera inconsciente es la forma de realizarse como mujer.

Se considera que el climaterio genera un impacto importante, que está ligado a factores sociales y personales, lo que se acentúa en mujeres que han desempeñado un rol de género tradicional (Del Campo y Berlanga, 1998).

En la actualidad, el rol de la mujer se ha modificado por necesidades de orden social, es por ello que es posible observar de manera más frecuente cómo las mujeres desempeñan tareas que anteriormente se creían estaban circunscritas a los varones, la tarea primordial designada a la mujer, sin duda alguna, era la crianza, estar a disposición de la pareja, así como realizar las labores del hogar (Fernández, 1999).

Para algunas mujeres, el proceso de maduración o crecimiento psicológico resulta difícil, ya que existe una mala comprensión sobre éste, puesto que se le entiende como la búsqueda de la perfección, mas la realidad no es ésta. En psicología, el proceso de maduración psíquica requiere de hacer conciencia de los problemas que se tienen, para que mediante la reflexión y la aceptación de su responsabilidad, se desarrollen potenciales anteriormente descuidados, para generar así, la posibilidad de cambios en las áreas pertinentes. Lo anterior nos lleva a la reflexión de que la lucha por la igualdad de derechos y oportunidades para las mujeres, ha ampliado la visión de la sociedad respecto al abordaje de todas las etapas de la vida de la mujer, entre ellas el climaterio.

La mujer durante la vida adulta, la mayor parte de su tiempo la invierte en el cuidado de los demás, es decir vive para otros, sin embargo, la llegada del climaterio la desconcierta, pues lo vive como un proceso amenazante, donde prevalece la inseguridad, el miedo, la angustia, la preocupación por los demás y por el futuro, por el estado de salud, lo cual se manifiesta con síntomas depresivos, tristeza, desánimo, falta de interés por lo cotidiano, aspectos negativos que terminan afectando su calidad de vida.

Llegar a esta etapa, para gran parte de las mujeres implica pensar que no tienen nada más que aportar, pensando incluso que es demasiado tarde planear metas u objetivos de vida, por lo que se predisponen para esperar un deterioro rápido del estado físico, intelectual y emocional. Esto derivado de las prácticas y concepciones, tanto positivas y negativas, manejadas por la mujer. Y como producto de una socialización estructuran su personalidad, su identidad, los valores y las normas. Estos aspectos se reflejan en la forma de asumir su sexualidad, la cual en algunos casos se encuentra asociada con culpa, miedo, inseguridad, lo que en ocasiones se traduce en anorgasmia, dispareunia e insatisfacción sexual. Aquellas mujeres que asumen su sexualidad de manera abierta, segura y libre no sólo la disfrutan, sino también se sienten satisfechas en otras áreas de su vida.

Además es en este momento de la vida cuando se presentan cambios que forman parte del envejecimiento, del cual existen mitos, estereotipos y prejuicios construidos socialmente, entre ellos que “la vida sexual desaparece con la menopausia”, “el climaterio genera muchos problemas”, “el climaterio es el fin de la plenitud”, “las mujeres en climaterio son pasivas y afectivas tanto social como individualmente”, “las climatéricas son mujeres histéricas, deprimidas y desérticas”, etc., esto permite observar como se devalúa a las mujeres en proceso de climaterio. Las mujeres en climaterio están insertas en un proceso de socialización para ser objetos sexuales y no sujetos de deseo; al aprender a ser “femeninas” aceptaron como natural que su placer, su cuerpo, su sexualidad y su vida fuesen controladas desde afuera por “otros” (Lewis, 2003)

Recomendaciones basadas en la evidencia.

Es necesario desconstruir mitos y viejos roles y constituir otros nuevos, para enfrentar la sexualidad en esta etapa de vida de forma positiva, digna, libre y con derecho al placer (Lewis, 2003) (IVA).

Es determinante identificar y erradicar los mecanismos socioculturales que constituyen los mitos, estereotipos opresores y discriminantes que limitan la vida de las mujeres en la menopausia, para enfrentar este período con serenidad y naturalidad (Lewis, 2003) (IVA).

Parte del trabajo de los especialistas consiste en desarrollar o proporcionar las herramientas necesarias para que la mujer reinterprete su vida y puedan modificarse los patrones establecidos culturalmente.

MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Sobre las evidencias científicas encontradas en la literatura especializada, se observa que los cambios fisiológicos que la mujer presenta en el climaterio en algunas ocasiones impactan la esfera sexual, sin embargo, es importante conocer si estos problemas son generados por el declive hormonal o por otros factores de tipo psicosocial, como relación de pareja, educación, información sexual, etc. Por lo que esta investigación pretende conocer los factores asociados a los problemas sexuales en el climaterio. De lo anterior se desprenden las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son los problemas sexuales que la mujer en climaterio presenta y cuál es su frecuencia?, ¿Cómo se comportan algunas variables sociodemográficas como edad, estado civil, escolaridad, ocupación en la muestra estudiada?, ¿Cómo se comportan algunas variables relacionadas a aspectos sexuales y ejercicio de la sexualidad?, ¿Existe relación entre la sintomatología depresiva y los problemas sexuales que la muestra presenta?, ¿Existe relación entre la información sexual, número de compañeros sexuales, disposición hacia la sexualidad y los problemas sexuales en las mujeres de esta muestra?

JUSTIFICACIÓN

Como parte de la misión del Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes está el capacitar recursos humanos de alto nivel de competencia profesional en el campo de la medicina ginecológica. Su visión es ser el centro nacional rector de la investigación, el cual, basado en la ética y el humanismo, realice acciones que reflejen beneficios específicos para la población mexicana. En este sentido, el Departamento de Psicología del INPerIER tiene como objetivo desarrollar líneas de investigación clínica asociadas a las diferentes etapas de vida de la mujer, y mejorar su calidad de vida.

Las mujeres que ingresan al INPerIER y se encuentran en etapa de climaterio, pasan a formar parte de la clínica de climaterio y menopausia de dicha institución, por consiguiente, se encuentran bajo atención médica. En esta clínica, el cuerpo médico lleva a cabo una exploración del estado de salud, sobre todo de tipo fisiológico, el cual se hace acompañar de

un conteo hormonal, para conocer el nivel de estrógenos que cada mujer tiene, para con esto llegar a un diagnóstico.

Las pacientes con frecuencia refieren una serie de complicaciones y síntomas como consecuencia de la etapa de vida, entre estos problemas se encuentran los reportes de la baja de la libido (entendida como la disminución del deseo sexual), de acuerdo con informes de la jefatura de la clínica mencionada, cerca de 50% de las mujeres que asisten a consulta dicen presentar problemas en el deseo sexual. En estos casos, es frecuente encontrar que se les trata con hormonales, si bien es cierto que existen algunos síntomas que mejoran, una parte considerable de los mismos se mantiene a pesar de los hormonales, entre ellos, la disminución del deseo sexual; esto tiene que ver, por una parte, con que el área médica detecta síntomas aislados y, en ocasiones, no existe el tiempo suficiente para averiguar a profundidad el origen de los síntomas manifiestos por las pacientes, entre ellos los de tipo sexual, los cuales no sólo se explican desde la fisiología, sino que tienen implicaciones de tipo emocional. Es en este sentido, que el psicólogo se aboca a averiguar, estudiar y contextualizar los factores emocionales asociados al climaterio, y más específicamente, aquellos asociados a los problemas de tipo sexual. Es por esta razón que surge la necesidad de conocer.

El problema de sobrediagnóstico de las disfunciones sexuales puede asociarse con el desconocimiento, así como el poco empleo de instrumentos que sean sensibles para medir el fenómeno. Por lo anterior, en este trabajo, se empleó la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (HCCSF). La cual explora la psicosexualidad femenina y va de lo general a lo particular, detectando el problema sexual (disfunción o trastorno sexual), así como la etiología del mismo en caso de ser referido, esto sin duda alguna repercute en el costo-beneficio tanto de la paciente como de la institución. Es en este momento donde el psicólogo tiene un papel fundamental con estas mujeres, ya que al realizar un diagnóstico adecuado sobre las áreas afectadas genera una planeación sobre el trabajo psicoterapéutico que se llevará a cabo, impactando de esta manera la sintomatología en un primer momento y, posteriormente, el estilo de vida que estas mujeres tienen.

Los resultados obtenidos nos permitirán conocer el impacto que tiene la educación, las experiencias de vida, la ideología, la cultura y el género en la sexualidad, que es punto angular en la vida de todo ser humano. Además de que mediante la revisión basada en evidencias se contribuye a desmitificar que la sexualidad está basada en la premisa hormonal.

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer los problemas sexuales que presenta la mujer en climaterio, así como su frecuencia, en una muestra de mujeres del INPer IER.

Objetivos Específicos

- Conocer el comportamiento de las variables sociodemográficas: edad, escolaridad, etapa de climaterio, ocupación, estado civil, vida reproductiva (gestas, paras, abortos, óbitos e hijos vivos).
- Conocer algunos aspectos sobre la vida sexual (edad de la menarca, edad de la primera experiencia sexual, edad de la primera experiencia coital, número), además de información sobre la menstruación, traumas infantiles, masturbación durante la adolescencia y temores hacia la sexualidad.
- Conocer aspectos del ejercicio de la sexualidad (propuesta de la relación sexual, condiciones ambientales y disposición hacia la sexualidad).
- Conocer la percepción de la frecuencia y severidad de la baja de la libido en la muestra estudiada.
- Conocer la prevalencia de las disfunciones sexuales:
 - Deseo sexual hipoactivo o inhibido.
 - Aversión al sexo
 - Trastorno de la excitación sexual en la mujer.
 - Disfunción orgásmica femenina.
 - Dispareunia.
 - Vaginismo.
 - Disritmia

- Conocer la prevalencia de los trastornos sexuales:
 - Deseo sexual hipoactivo o inhibido en la mujer debido a(indicar enfermedad médica).
 - Trastorno de la excitación sexual en la mujer debido a (indicar enfermedad médica).
 - Disfunción orgásmica femenina. debido a(indicar enfermedad médica).
 - Dispareunia femenina debido a(indicar enfermedad médica).
 - Vaginismo debido a(indicar enfermedad médica).
- Conocer la relación entre estado depresivo y problemas sexuales.
- Conocer la relación entre información hacia la sexualidad, número de compañeros sexuales, disposición hacia la sexualidad y los problemas sexuales en las mujeres de esta muestra.

VARIABLES

Presencia o ausencia de disfunciones y/o trastornos sexuales

<i>Presencia o ausencia de disfunción sexual</i>	<i>Definición conceptual.</i> Las disfunciones sexuales son alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual, que provocan problemas y molestias al individuo o pareja (Álvarez Gayou, 1986).
	<i>Definición operacional</i> Son las respuestas afirmativas en la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (Souza. 1987).
<i>Presencia o ausencia de trastorno sexual</i>	<i>Definición conceptual</i> La característica esencial del trastorno sexual debido a una enfermedad médica es la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa, que se considera producida exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica” (American Psychiatric Association, 1995).
	<i>Definición operacional</i> Son las respuestas afirmativas en la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (Souza, 1987).

Variables sociodemográficas

<i>Edad</i>	<i>Definición conceptual</i> Tiempo que una persona ha vivido a partir del nacimiento. La cronológica es la edad de una persona medida en años (Anguiano, 1992).
	<i>Definición operacional</i> Es la respuesta que proporciona el sujeto, en años, al rubro correspondiente en la ficha de identificación en el Cuestionario de Sexualidad (Souza, Cárdenas, Montero y Mendoza, 1987).
<i>Años de Escolaridad</i>	<i>Definición conceptual</i> Equivale a los años de asistir a la escuela y trae a la mente toda la gama de actividades que se lleva a cabo en la escuela (Diccionario de Ciencias Sociales, 1995).
	<i>Definición operacional</i> Ultimo grado de estudio que el entrevistado informa en el rubro correspondiente en el Cuestionario de Sexualidad (Souza, Cárdenas, Montero y Mendoza, 1987).
<i>Estado Civil</i>	<i>Definición conceptual</i> Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles (Pascual y Echave, 1994).
	<i>Definición operacional</i> Situación legal referida por los entrevistados en el rubro correspondiente en el Cuestionario de Sexualidad (Souza, Cárdenas, Montero y Mendoza, 1987).
<i>Ocupación</i>	<i>Definición conceptual</i> Trabajo, oficio o actividad en que uno emplea el tiempo (Pascual y Echave, 1994).
	<i>Definición operacional</i> Es el período en años que el sujeto informa en el rubro correspondiente en el Cuestionario de Sexualidad (Souza, Cárdenas, Montero y Mendoza, 1987).
<i>Baja de la libido</i>	<i>Definición conceptual</i> Baja de la energía sexual o impulso sexual (Sánchez, 2001).
	<i>Definición operacional</i> La respuesta de la presencia de este síntoma en La encuesta de los 35 síntomas referidos con mayor frecuencia en la literatura sobre climaterio sin importar la severidad y la frecuencia (Morales, Díaz y Aldana, 1995).
<i>Masturbación</i>	<i>Definición conceptual</i> Consiste en excitar con la mano los genitales propios o de la pareja, se obtenga o no el orgasmo (Quijada, 1983).
	<i>Definición operacional</i> Es la respuesta afirmativa que el sujeto informa en el rubro correspondiente en el Cuestionario de Sexualidad (Souza, Cárdenas, Montero y Mendoza, 1987).

<i>Información Sexual</i>	<i>Definición conceptual</i> Es el proceso vital mediante el cual se adquiere y se transforman, informal y formalmente, conocimientos, actitudes, y valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde los aspectos biológicos, aquellos relativos a la reproducción, hasta todos los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos (Corona, 1994).
	<i>Definición operacional</i> Respuesta afirmativa que el entrevistado informa en el rubro correspondiente en el Cuestionario de Sexualidad (Souza, Cárdenas, Montero, y Mendoza, 1987).
<i>Experiencias Infantiles Sexuales Traumáticas</i>	<i>Definición conceptual</i> Choque emocional que deja una impresión duradera en la mente, especialmente en el subconsciente y que, en este caso, su origen tiene que ver con algún aspecto sexual (Anguiano, 1992).
	<i>Definición operacional</i> Es la respuesta afirmativa que el entrevistado informa en el rubro correspondiente en el Cuestionario de Sexualidad (Souza, Cárdenas, Montero, y Mendoza, 1987).
<i>Temores frente a la sexualidad</i>	<i>Definición conceptual</i> Temor: ansiedad relacionada con una situación de peligro específica, anticipación de un acontecimiento con gran miedo (English, y English, 1997). Sexualidad: Dimensión de la personalidad, es decir, abarca todos los planos del ser sexual (Masters, Johnson y Kolondy, 1982).
	<i>Definición operacional</i> Es la respuesta afirmativa que el entrevistado informa en el rubro correspondiente en el Cuestionario de Sexualidad (Souza, Cárdenas, Montero, y Mendoza, 1987).

UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Las unidades de observación para detectar las disfunciones y trastornos sexuales las conforman cada una de las respuestas que las mujeres aporten a la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (HCCSF) (Souza, 1987), así como todas y cada una de las de las categorías de disfunciones definidas por Álvarez-Gayou, (1986) y todos y cada uno de los trastornos sexuales que define el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 1995) y son:

Disfunciones	
<i>Trastorno por aversión al sexo.</i>	Aversión extrema persistente o recurrente, y con evitación de todo o prácticamente todos los contactos sexuales genitales con una pareja sexual (Álvarez-Gayou, 1986).
<i>Trastorno de la excitación sexual en la mujer.</i>	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 (Álvarez-Gayou, 1986).
<i>Disfunción orgásmica femenina.</i>	Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal (Álvarez-Gayou, 1986).
<i>Dispareunia.</i>	Dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual (Álvarez-Gayou, 1986).
<i>Vaginismo.</i>	Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere en el coito (Álvarez-Gayou, 1986).
<i>Disritmia.</i>	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 con problemas físicos (Álvarez-Gayou, 1986).
<i>Baja de la libido</i>	“Libido” Término latino que significa “deseo”, “el deseo sexual es un estado mental normalmente activo insatisfecho, de intensidad variable, creado por estímulos externos (modalidad sensorial) o internos (fantasías, recuerdos, cognición) que inducen a sentir o necesitar o a querer cometer una actividad sexual (normalmente con el objeto de deseo) para satisfacer esa necesidad (Levin, 1994). Baja de la energía sexual o impulso sexual (Sánchez, 2001).
Trastornos	
<i>Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a (indicar enfermedad médica).</i>	Este término se usa si en una mujer el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente (American Psychiatric Association, 1995).
<i>Trastorno de la excitación sexual en la mujer debido a indicar enfermedad médica).</i>	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 (American Psychiatric Association, 1995).
<i>Disfunción orgásmica femenina debido a (indicar enfermedad médica).</i>	Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal (American Psychiatric Association, 1995).
<i>Dispareunia femenina debido a (indicar enfermedad médica).</i>	<i>Este término se usa si en una mujer el rasgo predominante es el dolor asociado al coito (American Psychiatric Association, 1995).</i>
<i>Vaginismo debido a (indicar enfermedad médica).</i>	Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere en el coito (American Psychiatric Association, 1995).

TIPO DE ESTUDIO

Estudio exploratorio, descriptivo, de campo.

DISEÑO

Estudio no experimental, diseño de una sola muestra, dividido en cuatro grupos con observaciones independientes.

POBLACIÓN

La población se compone de mujeres pacientes del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, quienes pertenecen a la clínica de climaterio y menopausia de dicha institución.

MUESTRA

Se capturó una muestra de 139 mujeres en etapa de climaterio de origen natural, estas mujeres se captaron en la clínica de climaterio del INPer IER. El procedimiento de selección fue por cuotas y de observaciones independientes, así mismo, la muestra se dividió en cuatro grupos: Grupo 1. Con disfunción sexual, 2. Con trastorno sexual, Grupo 3. Con disfunción y trastorno sexual y Grupo 4. Sin problemas sexuales; estos grupos se conformaron como consecuencia de la presencia o ausencia de disfunciones y/o trastornos sexuales, diagnosticados con base en la Historia Clínica de la Sexualidad Femenina.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a. Ser pacientes del INPer.
- b. Edad de 40-60 años.
- c. Pacientes con estudios mínimos de educación primaria, para la comprensión de los instrumentos.
- d. Pacientes con relación de pareja como mínimo de seis meses.
- e. Participación voluntaria (carta de consentimiento)

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a. Pacientes que contaran con un diagnóstico de patología psiquiátrica (paranoia, esquizofrenia, entre otros) en el expediente de dicha institución.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- a. Entrevistas incompletas: En algunos casos la paciente a pesar de aceptar colaborar, durante la entrevista desiste de su cooperación y al quedar incompleta la entrevista los datos para la investigación quedan truncados.

INSTRUMENTOS

Encuesta de 35 síntomas. Esta encuesta se construyó en el Instituto Nacional de Perinatología en 1990, por el Departamento de Psicología, la búsqueda fue dirigida por el Dr. Francisco Morales Carmona. La pretensión era conocer cuáles eran (en ese momento a nivel de la literatura especializada en el área) los síntomas que las mujeres reportaban en las investigaciones y cual era la frecuencia, para ver si existía una correlación entre los síntomas citados por las pacientes del INPer. Esta encuesta consta de dos apartados, el primero permite conocer los datos generales de la paciente como: Nombre, Edad, Estado civil, Clasificación socioeconómica según el INPer, Ocupación, Fase del climaterio en la que se encuentra la mujer, Antecedentes de cirugías en ovarios y/o matriz. El segundo apartado está dirigido a detectar la presencia o ausencia, la severidad y la frecuencia de todos y cada uno de los 35 síntomas de los que consta la encuesta. Esta encuesta es de autoaplicación, por lo que se requiere que la paciente escriba y lea, o sea que tenga un mínimo de estudios de primaria, la duración aproximada de la aplicación fue de 15 minutos (actualmente se está concluyendo el muestreo para su validación y confiabilidad) (Aldana, Morales, Gómez y González, 2007 en proceso). ANEXO 2

Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (HCCSF). Ésta se realizó con la finalidad de explorar la psicosexualidad femenina. Los autores refieren 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 anamnesis. 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 ideológica del personal encargado de la exploración, dan como resultado que en la exploración de esta área los datos pueda falsearse o estar

incompletos, derivados de la ignorancia o la distorsión, por lo que muchas veces pueden quedar inexplorados síntomas importantes que influyen de manera determinante en la conducta y en la vida de los pacientes. El objetivo de la conformación de la HCCSF es tener una entrevista que represente ventajas técnicas prácticas que permitan a su vez un modelo de abordaje y conducta que reduzca la posibilidad de juicios de valor y consolide el profesionalismo de esta área, así como buscar una mejora en la calidad de los servicios, explorando problemas generalmente difíciles de tratar (Souza, 1987).

La HCCSF consta de 15 capítulos con 170 reactivos, se trata de un cuestionario diseñado para obtener información clara y precisa, la aplicación la lleva a cabo personal capacitado y el informante lo responde, su aplicación requiere aproximadamente de una hora, el orden de la historia es sistemático, con una secuencia que va 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, además de ser entrenado previamente, responderá a cualquier duda que presente el informante. Las metas fundamentales de esta historia (no es un instrumento psicológico) son clínicas, se pueden extender a la docencia y permiten, dada su sistematización, hacer comparaciones bioestadísticas que apoyan la investigación clínica (Souza, 1987). ANEXO 3

La validez de esta historia clínica fue realizada en la Clínica Marina Nacional del ISSSTE, con el propósito de conocer la demanda de consulta por problemas sexuales de mujeres en edad fértil, se aplicó a 306 pacientes y se validó por medio de jueces independientes.

Capítulos de los que consta la HCCSF		
Datos generales del aplicador	Datos generales del entrevistado	Motivo del estudio
Antecedentes familiares patológicos	Antecedentes personales patológicos	Antecedentes personales no patológicos
Problemas recientes	Antecedentes biopsicosociales de la sexualidad	Comportamiento sexual actual
Antecedentes terapéuticos	Estado actual de salud	Diagnóstico
Recomendaciones terapéuticas	Pronóstico	Comentarios y observaciones

PROCEDIMIENTO

La investigación se realizó en el INPer. La captura se llevó a cabo en el Departamento de psicología con la colaboración de la Clínica de Climaterio y Menopausia. Para pertenecer a la muestra, las pacientes cumplieron con los criterios de inclusión requeridos. Antes de la aplicación de los instrumentos se les informó sobre el estudio que se realizaría y la finalidad del mismo, aclarando que no era obligatoria su participación, y que ésta tampoco se encontraba sujeta a las condiciones externas del departamento de psicología, posteriormente se les pidió que firmaran la carta de consentimiento informado (ANEXO 4), en la cual se indicaba en que consistía el estudio, así como los beneficios y riesgos, también la confidencialidad de los datos, esto es requisito de toda investigación realizada en dicha institución. La aplicación de estos instrumentos la hizo una psicóloga entrenada en el manejo de los mismos, en un cubículo de consulta externa, con una duración aproximada de una hora.

RESULTADOS

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico, primeramente, se emplearon medidas de resumen para la descripción de los datos, posteriormente se utilizó χ^2 para la comparación de grupos (Levin, 1979).

Los resultados obtenidos en la muestra de la presente investigación son los siguientes:

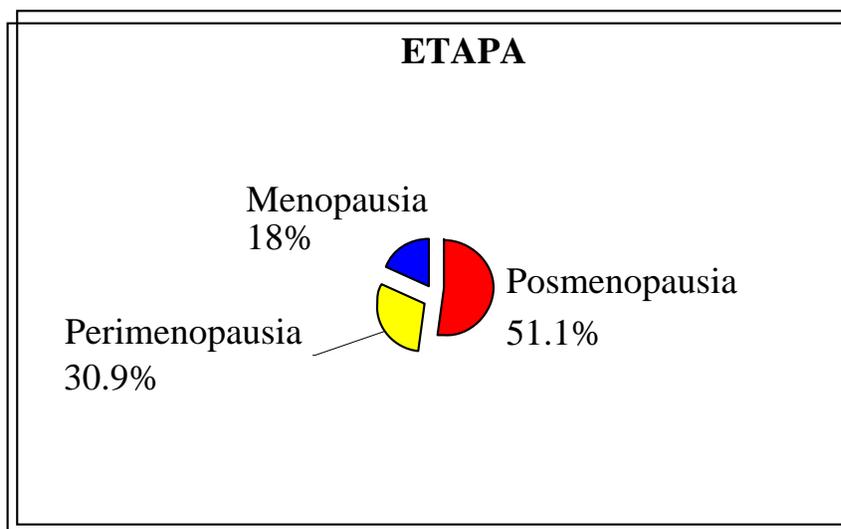
A. Análisis descriptivo de la población

Como se aprecia en los resultados obtenidos en la estadística descriptiva, las mujeres de la muestra se ubicaron en un promedio de edad de 49.27+ 5.20 años, todas ellas situadas en el rango para que se consideren dentro de la etapa de climaterio, ya que para esta investigación se seleccionó un intervalo de vida de 20 años, el cual iba de los 40 a 60 años, por lo que los resultados nos permiten apreciar de manera amplia este proceso, en la medida en que las pacientes se distribuyeron de la siguiente manera: 30.9 % en la premenopausia, 18% en la menopausia y 51.1 % en la postmenopausia (véase Tabla 1 y Gráfica 1).

Tabla. 1

<i>VARIABLE</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>
Edad (40-60 años)	49.27	5.20

Gráfica. 1

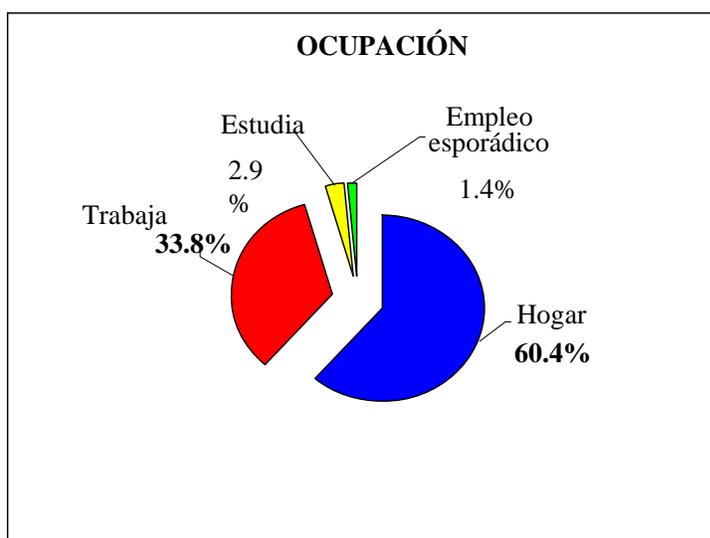


En escolaridad, se observa un promedio de años de estudio de 9.75 ± 3.37 ; mientras que con respecto a la ocupación, los porcentajes se distribuyeron de la siguiente manera: 60.4% se dedicaba al hogar y 33.8% a trabajar. Estos porcentajes son similares a los del estado civil, ya que 80% eran mujeres casadas ya sea por lo civil, religioso o ambos, 12% contaban con pareja estable aun sin vivir juntos y 8% vivían en unión libre (véase Tabla 2 y Gráficas 2, 3).

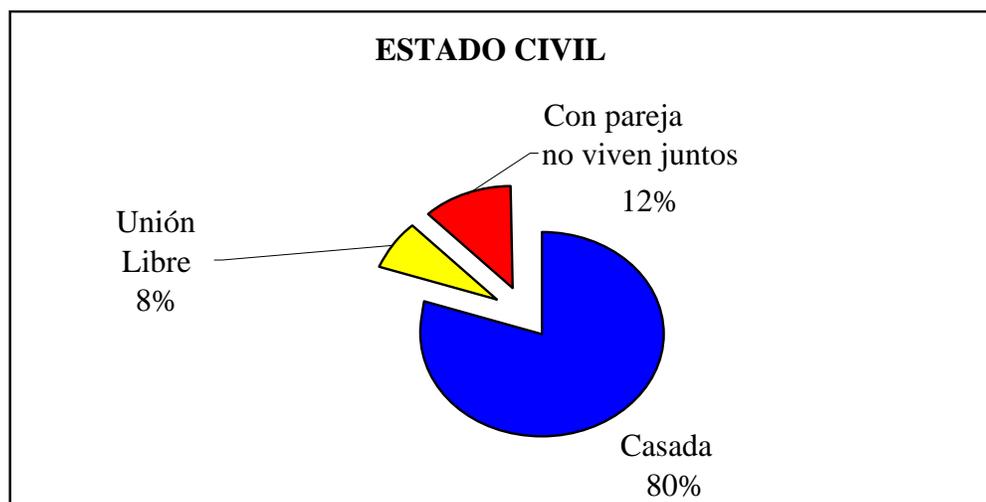
Tabla. 2

VARIABLE	X	DE
Escolaridad (6-19 años)	9.75	3.37

Gráfica. 2



Gráfica. 3



En la historia de vida reproductiva se encontró un rango de gestas de 1 a 5, mientras que las paras se presentaron en un rango de 1 a 4, mostrando un mínimo de óbitos y abortos, en cuanto al número de hijos vivos reportados al momento de la investigación variaron de 1 a 4 (véase Tabla 3).

Tabla. 3 VIDA REPRODUCTIVA

<i>CATEGORÍA</i>	N	X	DE
GESTAS	139	3.53	1.862
PARAS	139	2.24	1.751
ABORTOS	139	.72	1.007
OBITOS	139	.06	.323
HIJOS VIVOS	139	2.59	1.483

B. Análisis de la historia clínica de sexualidad:

Se indagaron algunos aspectos relacionados con la sexualidad, encontrando lo siguiente:

La edad de la menarca se ubicó dentro del promedio en que se presenta en la población en general, que es entre los 12 y 14 años de edad, mientras que la primera experiencia sexual, la cual no comprende el contacto sexual, se presentó entre los 13 y 23 años de edad, en cuanto al primer contacto sexual que sí comprendía el contacto coital, éste se dio entre los 16 y 24 años, respecto al número de compañeros sexuales esto varió de 1 a más de 4 parejas en el transcurso de su vida, hasta el momento de la investigación (véase Tabla 4).

Tabla. 4 VIDA SEXUAL

<i>CATEGORÍA</i>	N	X	DE
EDAD DE LA MENARCA	139	12.42	2.120
EDAD DE LA PRIMERA EXPERIENCIA SEXUAL	139	18.27	4.851
EDAD DE LA PRIMERA EXPERIENCIA COITAL	139	20.40	4.504
NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	139	2.12	2.298

Respecto a la información sobre la menstruación, 69.8% refirió no haber tenido ninguna información, en tanto que el 19.5% mencionó que sí tuvo información y provenía de los padres y maestros y el 10.7% restante la obtuvo de familiares, amigos y otras personas. En cuanto a la información sobre las relaciones sexuales, se halló que 89.2% refirió no haber contado con ninguna información, mientras que el 10.8% sí tuvo información.

En lo que respecta a los traumas infantiles, 71.9% no mencionan haber tenido experiencias de este tipo, pero el 28.1% sí.

Mientras que para la masturbación durante la adolescencia, 82.7% refiere no haberla experimentado y el 10.8% que la experimentó alcanzó un orgasmo, en tanto que el 5% no presentó orgasmo y el 1.4% menciona no saber qué es un orgasmo, por lo cual no pudo referir su experiencia al respecto.

Referente a los temores hacia la sexualidad, 49.6% presentó temor y el 50.4% no refirió haber tenido temor de ningún tipo al ejercer su sexualidad.

En cuanto al ejercicio de la sexualidad, se dividió en tres rubros: disposición hacia la sexualidad, propuesta de la relación sexual y condiciones ambientales, donde se puede apreciar que el mayor porcentaje (45%) refirió desear y cooperar en el momento de la relación sexual, 32 % no desea la relación sexual, sin embargo, coopera, y 13% no desea y además no coopera, mientras que el menor porcentaje se encuentra en el rubro de desea pero no coopera. En tanto que en el rubro de la propuesta sexual, un alto porcentaje (61%) refiere

que la propuesta corre por parte de la pareja, 26.6% se da por parte de ambos y solamente 5% de las veces la relación es propuesta por la mujer. Finalmente, las condiciones ambientales se distribuyeron de la siguiente manera: 57% menciona que al momento de la sexualidad las condiciones ambientales son cómodas y satisfactorias, 23% las califica como cómodas e insatisfactorias, 10.8% dice que son incómodas e insatisfactorias y 8% menciona que a pesar de ser incómodas son satisfactorias (véase Tabla 5).

Tabla. 5 EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD

<i>DISPOSICIÓN HACIA LA SEXUALIDAD</i>	f	%
Desea y coopera	63	45.3%
Desea y no coopera	12	8.6%
No desea y coopera	45	32.4%
No desea y no coopera	19	13.7%
<i>PROPUESTA DE LA RELACIÓN SEXUAL</i>	F	%
Pareja	86	61.9%
Paciente	16	11.5%
Ambos	37	26.6%
<i>CONDICIONES AMBIENTALES</i>	F	%
Cómodas y satisfactorias	80	57.6%
Cómodas e insatisfactorias	32	23.0%
Incomodas y satisfactorias	12	8.6%
Incomodas e insatisfactorias	15	10.8%

C. Análisis de los resultados de los instrumentos de medición:

Se analizó la sintomatología depresiva, observando que 64% rebasó el límite de corte del instrumento de la escala de autoaplicación de depresión Zung (EAMD), el cual es de 44 puntos o más, esto quiere decir que este porcentaje se encontraba con un puntaje positivo de depresión. En tanto que el 36 % no presentó depresión. Tabla 6.

Tabla. 6 DEPRESIÓN

<i>PUNTO DE CORTE</i>	<i>DIAGNÓSTICO</i>	f	%
43 o menos	No depresión	50	36%
44 o más	Depresión	89	64%

En la encuesta de 35 síntomas, la cual detecta baja de la libido, se obtuvo que 37.5% de la muestra refirió la presencia de la baja de la libido y el grado de percepción del mismo fue de severo, en tanto que 20.2% lo vivió como leve 17.3% lo refirió como moderado y solamente 35 pacientes de la muestra de 139 refirió no presentar este problema (véase Tabla 7).

Tabla. 7 ENCUESTA DE SÍNTOMAS (BAJA DE LA LIBIDO)

<i>FRECUENCIA Y SEVERIDAD</i>		%		
No se presentó		25.2%		
		%	f	%
Leve	Pocas veces	7.2%	10	20.2
	Algunas veces	6.5%	9	
	Frecuentemente	6.5%	9	
Moderado	Pocas veces	2.9%	4	17.3
	Algunas veces	8.6%	12	
	Frecuentemente	5.8%	8	
Severo	Pocas veces	5.85	8	37.5
	Algunas veces	3.6%	5	
	Frecuentemente	28.1%	39	

N= 104 caso

N= 35 no caso

En la muestra se identificó la presencia de problemas sexuales, los cuales se dividen en dos categorías, de acuerdo con el diagnóstico obtenido mediante la Historia Codificada de la Sexualidad Femenina, estas categorías son: disfunciones sexuales y trastornos sexuales, las cuales pueden manifestar la misma sintomatología, sin embargo, su origen es diferente.

El número de pacientes de la muestra que presentaron disfunción sexual fueron 115, independientemente de padecer algún trastorno sexual. Mientras que 70 pacientes de la muestra tuvieron trastorno sexual independientemente de presentar alguna disfunción sexual.

La distribución de la frecuencia de las disfunciones sexuales fue la siguiente: el deseo sexual inhibido y la disritmia tuvieron el mismo porcentaje, 51.8%, disfunción orgásmica femenina 47.5%, trastorno de la excitación, 44.6%, dispareunia, 43.2%, y en porcentajes considerablemente más bajos, vaginismo y aversión al sexo, 23.7% y 15.1% respectivamente.

Respecto a los trastornos sexuales, el más frecuente fue también el deseo sexual hipoactivo con 27.3%, trastorno de la excitación y dispareunia con 18.7%, en tanto que la disfunción orgásmica y el vaginismo se encontró en 9.4%, respectivamente (véase Tabla 8).

Tabla. 8 FRECUENCIA DE LAS DISFUNCIONES Y LOS TRASTORNOS SEXUALES

<i>DISFUNCIÓN</i>	F	% %
Deseo sexual inhibido	72	51.8
Disritmia	72	51.8
Trastorno de la excitación sexual en la mujer	62	44.6
Disfunción orgásmica femenina	66	47.5
Dispareunia	60	43.2
Vaginismo	33	23.7
Aversión al sexo	21	15.1
TRASTORNOS	F	%
Deseo sexual hipoactivo	38	27.3
Trastorno de la excitación	26	18.7
Disfunción orgásmica femenina	13	9.4
Dispareunia	26	18.7
Vaginismo	13	9.4

Los trastornos sexuales, de acuerdo con lo referido en la Historia Codificada de la Sexualidad Femenina, derivaron de: 41.4% del declive hormonal, 28.5% surgen a raíz de la histerectomía, y 8.5% la causa fue algún problema presentado por la pareja, y en 5.71% su presencia se debe a infecciones en vías urinarias, incontinencia urinaria y algún accidente en las pacientes de la muestra respectivamente, otra de las causas de los trastornos fue la ingesta de medicamentos en 2.85%, y el uso de dispositivo en 1.42% (véase Tabla 9).

Tabla. 9

Causa	F	%
Declive hormonal	29	41.42
Histerectomía	20	28.57
Infección en vías urinarias	4	5.71
Incontinencia urinaria	4	5.71
Ingesta de medicamentos	2	2.85
Accidentes en la mujer	4	5.71
Problemas en la pareja	6	8.57
Uso de dispositivo intrauterino	1	1.42

De acuerdo con la presencia de disfunciones y trastornos sexuales detectados en la Historia Codificada de la Sexualidad Femenina, la muestra se dividió en cuatro. El grupo I, conformado por aquellas mujeres que contaban con disfunción sexual (f=54), el grupo II con trastorno sexual (f=9), El grupo III con ambos problemas (f=61) y finalmente el grupo IV, aquellas pacientes que no presentaron ninguno de los dos problemas (f=15), (véase Tabla 10).

Tabla. 10 PREVALENCIA DE DISFUNCIONES Y O TRASTORNOS SEXUALES

GRUPO I Con disfunción		GRUPO 2 Con trastorno		GRUPO 3 Con ambos		GRUPO 4 Sanas	
f	%	f	%	f	%	f	%
54	38.8	9	6.4	61	43.9	15	10.8

Disfunciones sexuales. $X = 2.78$ DE 2.153

Trastornos sexuales $X = 1.10$ DE 1.53

D. Análisis estadístico de la historia clínica de sexualidad y otras variables:

Análisis de las variables: Información sexual y Disfunción sexual.

Se detectó que existe una relación entre la información y la no presencia de disfunciones sexuales, con una $\chi^2 = .000$ y $g = 2$ (véase Cuadro 1).

Cuadro 1

		Información hacia la sexualidad		TOTAL
		No	Sí	
Sanas .00	Count	9	6	15
	Expected Count	13.4	1.6	15.0
	Std. Residual	-1.2	3.4	
Disfunción y trastorno	Count	57	6	63
	Expected Count	56.2	6.8	63.0
	Std. Residual	.1	-.3	
Ambos	Count	58	3	61
	Expected Count	54.4	6.6	61.0
	Std. Residual	.5	-1.4	
Count		124	15	139
Expected Count		124.0	15.0	139.0

$$gl = 2$$

$$\chi^2 = .000$$

Análisis de las variables: Número de compañeros sexuales y Disfunción sexual.

El número de compañeros sexuales también relacionó con la ausencia de disfunciones sexuales, encontrándose que aquellas mujeres que tuvieron cuatro o más compañeros sexuales no presentaron disfunción sexual, con una $\chi^2=.030$ y $gl = 4$ (véase Cuadro 2).

Cuadro. 2

		Número de compañeros sexuales			TOTAL
		1	2-3	4>	
Sanas .00	Count	3	8	4	15
	Expected Count	8.0	5.4	1.6	15.0
	Std. Residual	-1.8	1.1	1.9	
Disfunción y trastorno	Count	33	25	5	63
	Expected Count	33.5	22.7	6.8	63.0
	Std. Residual	-.1	.5	-.7	
Ambos	Count	38	17	6	61
	Expected Count	32.5	21.9	6.6	61.0
	Std. Residual	1.0	-1.1	-.2	
Count		74	50	15	139
Expected Count		74.0	50.0	15.0	139.0

$gl = 4$

$\chi^2=.030$

Análisis de las variables: Disposición actual hacía la sexual y disfunción sexual.

La disposición hacia la sexualidad también relacionó con la ausencia de disfunción sexual, ya que aquellas mujeres que desean y cooperan en la relación sexual no presentaron disfunción sexual alguna, con una $\chi^2 = .016$ y $gl = 6$ (véase Cuadro 3).

Cuadro.3

		Disposición actual hacía la sexualidad				TOTAL
		Desea y Coopera	Desea y No coopera	No desea coopera	No desea y no coopera	
Sanas .00	Count	13	0	0	2	15
	Expected Count	6.8	1.3	4.9	2.1	15.0
	Std. Residual	2.4	-1.1	-2.2	.0	
Disfunción y trastorno	Count	28	6	19	10	63
	Expected Count	28.6	5.4	20.4	8.6	63.0
	Std. Residual	-.1	.2	-.3	.5	
Ambos	Count	22	6	26	7	61
	Expected Count	27.6	5.3	19.7	8.3	61.0
	Std. Residual	-1.1	.3	1.4	-.5	
	Count	63	12	45	19	139
	Expected Count	63.0	12.0	45.0	19.0	139.0

$$gl = 6$$

$$\chi^2 = .016$$

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los datos demográficos como son edad, años de escolaridad, estado civil y ocupación, concuerdan con la época en que estas mujeres fueron educadas, ya que como se sabe a mediados del siglo pasado y un poco antes, el papel que la mujer desempeñaba estaba totalmente determinado, existiendo la creencia de que la mujer no debía estudiar, ya que al casarse encontraría alguien quien la mantendría y no se vería en la obligación de buscar empleo en el cual era indispensable, contar con cierto nivel educativo. Ya que trabajar se consideraba propio del varón. A pesar de que estas variables no se asociaron con las disfunciones sexuales en el presente trabajo, es relevante mencionar que estos datos sugieren un tipo particular de población, ya que se puede inferir que tienen rasgos o características idiosincráticas concernientes a la educación de mediados del siglo pasado, la cual se distinguía por componentes patriarcales, donde la mujer se pensaba como una persona que tenía como objetivo primordial la maternidad y la crianza de los hijos (Cabral y García en red, consultado el día 17-05-2007; Casamadrid, 1997; Dalbert, 1997; Lewis, 2003; Lugones et al., 1997).

Lo anterior se refuerza con los datos obtenidos en la historia obstétrica, lo que coincide al mismo tiempo con las políticas sociodemográficas del país en esa época, donde se engrandecía a la mujer múltipara; esto se relaciona con el número de hijos vivos. Sin embargo, esto ha cambiado con el tiempo, ya que en un estudio realizado en 1995 por Morales y colaboradores en una muestra de la misma institución, la paridad era diferente, ya que había mujeres que incluso habían tenido nueve hijos, estos resultados nos muestran las modificación que se han presentado con el tiempo, y que probablemente tiene que ver con que cada vez hay más acceso a la información sobre la anticoncepción. Por otra parte, creemos que la actuación educativa y reproductiva de la mujer se asocia con el género y la identidad de género, el cual tiene que ver con el pensar, sentir y actuar de la mujer, ya que como sabemos, esto no se asimila o se internaliza pasivamente, sino que se construye intersujétivamente de manera activa, se recrea, resignifica, decodifica, interpreta y transforma, tanto cognitivamente como afectiva y motivacionalmente; donde no se puede minimizar la importancia de la persona. Por lo que para entender el por qué este tipo de

población tiene estas características, es necesario contextualizar al sujeto en la historia -y su historia- y no limitarse a la explicación causal de una relación individuo-sociedad.

En la dimensión psicológica de la identidad, como en otros procesos subjetivos, es trascendental comprender la interacción de procesos psicológicos (cognitivos, motivacionales, afectivos/emocionales y conductuales) en un contexto sociohistórico que le da sentido incluso a la identidad cultural. De lo contrario, sería mutilar la integración que connota la identidad como proceso en construcción multidimensional, donde lo psicológico, si bien define la identidad en cuanto a percepción del yo, este yo es posible gracias a los otros/as en el mundo, como lo mencionan (Cabral y García en red, consultado el día 17-05-2007; Casamadrid, 1997; Dalbert, 1997; Lewis, 2003; Lugones et al., 1997).

En cuanto al estado emocional, se aprecia que un porcentaje importante (64%) de la muestra presentó depresión, de acuerdo a las condiciones de la escala de Zung, lo que habla de que probablemente las mujeres viven esta etapa de vida como un proceso amenazador, en donde prevalece la inseguridad, el miedo y la angustia, preocupación por el futuro y estado de salud, entre otras cosas, lo que en algunas se manifiesta como síntomas depresivos o depresión. Lo anterior tiene que ver no sólo con cambios fisiológicos, sino que también son un reflejo de la cultura y el contexto de cada mujer. Además, otros factores que pueden estar asociados con esta sintomatología, sin duda alguna, es la muerte y/o enfermedades de personas cercanas, problemas de pareja, economía, empleo, enfermedad personal, entre ellas, enfermedades crónico-degenerativas, por lo que se sugiere indagar estas variables en futuras investigaciones. El porcentaje encontrado en esta investigación concuerda con los datos obtenidos por Bas y Fernández (2002), quienes señalan que entre 25 y 50% de las mujeres en climaterio manifiesta algún síntoma de tipo psicológico. Estos resultados también son similares a los encontrados en 1995 por Morales, Díaz y Aldana, quienes refieren que las mujeres en climaterio responden positivamente a suficientes síntomas como para caer en una clasificación diagnóstica de trastorno depresivo, recalcando que la población climatérica es esencialmente una población deprimida (70.79%).

Respecto a la libido, en la encuesta de 35 síntomas se observó que, este es uno de los síntomas más comunes en este sector de la población y los factores que se cree están

asociados son: el declive hormonal, ya que al presentarse éste se modifica el funcionamiento fisiológico, sin embargo, si esta fuese la causa se esperaría que pasara máximo un año para que se reestableciera el funcionamiento sexual, pero si este problema se ha cronificado, entonces se piensa que tiene que ver con variables psicosociales, y tal vez esto se relaciona más con que la mujer en este momento se percibe menos atractiva, lo que genera que inhiba su deseo sexual, ya que para algunas de ellas, la sexualidad esta íntimamente ligada con juventud y belleza, puesto que en la sociedad latina, la juventud y belleza están sobrevaloradas. Otro factor que pudiera estar relacionado con la disminución del deseo sexual, es la percepción que la paciente tiene de su estado de salud pasado y presente, además de posibles conflictos maritales. Los resultados obtenidos en esta investigación contrasta con lo encontrado en estudios en otras culturas como la europea, donde Dennerstein (1994) halló lo opuesto a la presente investigación, y refiere que 62% de las mujeres no muestran cambios en el interés sexual, mientras que Koster y Garde, (1994), detectaron que 70% de las mujeres no revelaron cambio alguno en el deseo sexual durante el climaterio. Lo anterior hace pensar que la disminución de la libido pudiera corresponder además a un estereotipo cultural asignado “por decreto” a la menopausia, que a una realidad biológica absoluta y constante. Asimismo, es importante recordar que esta muestra presentó un alto nivel de depresión, y que, a pesar de no haberse encontrado correlación alguna con las disfunciones sexuales, pudiera estar impactando la actividad sexual.

En tanto, la primera experiencia sexual, así como el empleo de métodos anticonceptivos, está relacionado con el momento sociohistórico en que estas mujeres nacieron y fueron educadas.

Dado que el objetivo de esta investigación fue conocer la prevalencia de todas y cada una de las disfunciones y trastornos sexuales, así como las características de los problemas sexuales referidos, a continuación se analizan los resultados obtenidos en este trabajo.

En cuanto a la prevalencia de disfunciones y trastornos sexuales, se observó que 38% de la muestra presentó disfunción sexual, 6.4% trastorno sexual y 43.9% ambos problemas, y solamente 10.8% no manifestó ninguno de ambos problemas, sin duda alguna los problemas sexuales, ya sean disfunciones y/o trastornos sexuales, forman parte de la sintomatología del

climaterio, por lo que es importante tomar en cuenta que cada mujer experimenta su sexualidad de manera particular, ya que ésta deriva de experiencias personales que son matizadas por la influencia cultural e ideológica, por lo que no podemos conocer la sexualidad sin reconocer su carácter pluridimensional. Para el análisis de la misma es conveniente indagar sobre la dimensión personal, la dimensión de pareja, donde existe una manifestación de vivencias, goce, placer o displacer personal y con la pareja, de familia, donde está presente la reproducción y la comunicación filial y, finalmente, la dimensión social, donde están a cada momento las normas sociales.

Cabe señalar que las pacientes (grupo 1) que presentan sólo disfunción sexual son independientes de aquellas que pertenecen al grupo (3), donde se encuentran las pacientes que padecen ambos problemas, por lo que sumando ambos grupos se obtiene un total de 115 pacientes, las cuales son las que tienen al menos una disfunción sexual. En cuanto a los trastornos sexuales, 70 pacientes que tuvieron al menos un trastorno.

En cuanto a la frecuencia de disfunciones sexuales, se observó que la más común fue el deseo sexual inhibido, en 51.8% de la muestra; estos porcentajes son similares a los referidos por Lugones y colaboradores (1999), al respecto, Blümel (2002) menciona que las más afectadas por esta disfunción son aquellas mayores de 60 años, en tanto Hernández y Reyes (2001) puntualizan que este tipo de trastorno se duplica en la población femenina. Esta disfunción es la más mencionada por las mujeres en etapa de climaterio, y algunos aspectos ligados a ésta son: el deterioro en la relación de pareja, donde la abstinencia sexual o la inhibición del deseo son empleadas como una manera de vengarse del otro, o como una forma de ejercer poder, sin percatarse del daño o molestia que se generan en ellas mismas; también es consecuencia del declive hormonal, pero esta explicación no procede una vez que ésta se ha cronificado, por lo que se hace necesario indagar otras variables sociodemográficas.

La disritmia fue reportada por 51.8% de la muestra, sin embargo, es necesario entender que más que una disfunción como ésta debe considerarse un problema de pareja, ya que se relaciona con la falta de coincidencia en los tiempos para que se dé el ejercicio de la sexualidad, por lo que en muchos casos, se asocia o se refleja en el deseo sexual hipoactivo.

El trastorno de la excitación lo manifestaron 44.6% de las pacientes, al respecto, Sánchez y colaboradores (2003, 2005) encontraron un porcentaje menor (22%) de este tipo de disfunción en población abierta; en cuanto a la disfunción orgásmica el porcentaje fue de 47.5%, Martínez y colaboradores (2002) hallaron el doble de porcentaje de este tipo de problema (89.3%), y con porcentajes menores (63%) los siguen las investigaciones de Hernández y Rodríguez (2001) y Sánchez y colaboradores (2003, 2005) con un porcentaje de 55%, esto es opuesto a lo que puntualiza Blümel y colaboradores, ya que ellos hallaron sólo 6.7%, mientras que en un estudio en Suecia se menciona que las mujeres en climaterio señalaron un aumento tanto en interés sexual como en la capacidad orgásmica. Sin embargo, en otro país de primer mundo como Estados Unidos esta disfunción se presentó en 40% de su muestra. Esto pudiera asociarse con la cultura en la que se desarrolla cada mujer.

La dispareunia se manifestó en 43.2% de la muestra, este porcentaje es similar al encontrado por Blümel y colaboradores (2002) (42.6%), pero menor al de Fierro y colaboradores (1997), (69.8%), y Lugones y colaboradores (1999), (61.5%), y el vaginismo se encontró en 23.7%, este porcentaje es mayor al referido por Sánchez y colaboradores (2006) en población abierta, que es de 17.5% y el de Hernández y Reyes (2001), (4%) y Sánchez y colaboradores (2003-2005) con (6%). Lo anterior puede deberse a que a pesar de que existe una notable evolución en la farmacología, pocas son las mujeres, al menos en esta muestra, que pueden acceder a los medicamentos, como consecuencia de una mala economía, ya que la mayoría de ellas dependen económicamente de la pareja, por otra parte, la falta de información sobre el tema, es otro factor que coadyuva a que se mantengan este tipo de problemas, ya que existen muchos mitos sobre la sexualidad, entre los que se encuentra: “la sexualidad es propia de gente joven”, “una mujer adulta no debe sentir placer”, “en el climaterio es normal que se presenten problemas sexuales”, por tal motivo al presentar estos problemas, la mujer no es capaz en muchos casos de considerarlos como tales, ya que siempre lo han vivido en esta situación, y mucho menos se atreven a hablar al respecto, ya sea con un especialista o gente que pudiera orientarla, y por eso es que sólo a través de instrumentos especializados estos pueden detectarse. Además, se plantea la hipótesis de que estas mujeres sean violentadas físicamente por la pareja durante las relaciones sexuales, o bien sean tratadas como un objeto sexual, y que esto sea lo que genera estas disfunciones.

Finalmente, el porcentaje de aversión al sexo fue de 15.1%, el cual es menor al obtenido por Sánchez y colaboradores (2003, 2005), (29%); en este caso es necesario conocer de manera individual la historia de la sexualidad y los posibles abusos sexuales que las mujeres han presentado, además de conocer cómo han sido educadas en este aspecto, ya que en general los conocimientos sobre sexualidad en la mujer van cargados de sentimientos culpa y de temores, los cuales se apropió a lo largo de su vida, generando un simbolismo y una ideología que matizará su propia conducta.

Con respecto a los trastornos sexuales, se observó que 27.3% tenían deseo sexual hipoactivo, 18.7% trastorno de la excitación, 9.4% disfunción orgásmica, 18.7% dispareunia y 9.4% vaginismo. Las mujeres de la muestra asociaron estos trastornos a: 41.42% al declive hormonal, 28.57% a problemas de histerectomía, 5.71% a infecciones en vías urinarias, 5.7% a incontinencia urinaria, 2.85% a ingesta de medicamentos, 5.71% accidentes en ellas mismas, 8.57% a problemas de pareja y 1.42% a uso de dispositivo intrauterino. Como se puede observar, los resultados concuerdan con lo que la literatura refiere respecto a estos problemas, ya que se señala que el origen de los mismos se debe a causas médicas y/o uso de sustancias empleadas, esto está corroborado con lo que las mujeres identificaron como generador de este problema, al respecto podemos observar que, sin duda alguna, la depresión estrogénica es un factor importante, sin embargo, existen indicadores que sugieren la necesidad de investigar sobre los posibles problemas de salud que presenta la pareja y que se reflejan en la actividad sexual.

Se realizó un análisis estadístico de las disfunciones sexuales y algunas variables que se consideraron importantes de acuerdo con la literatura revisada.

Referente a la información sobre las relaciones sexuales, se observó una asociación inversa con la posibilidad de presentar disfunciones sexuales, ya que contar con información al respecto funciona como protector para no presentar disfunciones sexuales. Esto concuerda con lo referido por González y Miyar (2001) y Martínez y colaboradores (2002), quienes mencionan que los todos los seres humanos son capaces de disfrutar de su sexualidad, no obstante, casi nunca se les enseña sobre los placeres sexuales y todo aquello que pueda recibirse del propio cuerpo, y que no se refiera a los genitales; ya que en la cultura latina, la

sexualidad está “genitalizada” (es decir, que gira alrededor de los genitales), fuera de contexto afectivo y mucho menos del placer en la mujer; esto puede llegar a ocasionar que la relación sexual carezca de sentido, lo que provoca frustración, enojo, etc., y provoca la presencia de disfunciones sexuales. Sin duda alguna, otros de los posibles factores asociados con este problema son de índole social y cultural.

Respecto al número de compañeros sexuales, se halló una relación positiva entre aquellas mujeres que no presentaron ni trastornos ni disfunciones sexuales y un número mayor de parejas, donde se hace hincapié, a que si bien es cierto que la sexualidad se modifica con la edad, también es verdad que esto depende de factores psicosociales como: la experiencia sexual previa de cada mujer, su personalidad, el nivel educativo, el nivel de estrés, la situación física y psicológica, los cambios en la relación de pareja y los sentimientos hacia la misma.

En la disposición hacia la sexualidad se observa una relación positiva, donde aquellas mujeres que desean y cooperan son aquellas que tienen menor probabilidad de presentar alguna disfunción o trastorno sexual. Esto nos habla de que la manera de vivir la sexualidad de la mujer depende de cómo en este caso ha estructurado su personalidad, su identidad y los valores y normas mediante los cuales se rigen, lo que nos lleva a pensar que las mujeres que son pasivas en su sexualidad son aquellas que han vivido en un rol de género tradicional (Lewis, 2003).

CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas presentadas en la muestra concuerdan con el momento en que nacen y se educan estas mujeres.

La depresión, a pesar de ser un síntoma frecuente en este sector de la población, según lo revisado en la literatura y que concuerda con los resultados, no se relacionó con las disfunciones o trastornos sexuales presentados en la muestra.

La disminución de la libido fue la disfunción sexual más frecuente en la muestra, como era de esperarse por haberse empleado un instrumento que es de tamiz, donde se señala la presencia del problema pero no su origen.

Algunas variables como la masturbación, traumas infantiles, entre otras, que en la literatura se menciona su relación con disfunciones sexuales, en la muestra no se encontró ninguna relación significativa con ellas.

Finalmente, aquellas mujeres que cuentan con información sexual a edades tempranas, que tienen deseo y cooperan durante la relación sexual y que además han explorado su sexualidad con más de una pareja, tienen en efecto protector para no presentar disfunciones sexuales.

Por otra parte, la presencia de trastornos sexuales se asocia exclusivamente con padecimientos médicos y de salud en la mujer como en la pareja.

Es importante continuar con estudios que permitan corroborar hipótesis sobre el funcionamiento sexual óptimo en la mujer en climaterio.

Los resultados obtenidos permiten plantear modelos de intervención específicos, en este tipo de población.

BIBLIOGRAFÍA

- Aldana, C.E. (2002). Climaterio. *Psicología de la Reproducción Humana un Enfoque Integral*. México. 165-190. **IV B**
- Aldana, C.E. y Gómez, L.M.E. (2007). Criterios para la elaboración de guías de intervención psicológica. *Perinatología y Reproducción Humana*. 21(1):11-21. **II B**
- Aldana, C.E., Gómez, L.M.E., Morales, C.F. y Gaviño, G.F. (2007). Síntomas psicológicos en un grupo de mujeres en etapa del climaterio, antes y después de un proceso psicoterapéutico. *Ginecología y Obstetricia de México*. 75:268-276. **II B**
- Aldana, C.E., Gómez, L.M.E., Sánchez, P.M.A. y Gaviño, G.F. (2007). Áreas de conflicto en mujeres en la etapa del climaterio en dos grupos de psicoterapia. *Ginecología y Obstetricia de México*. 75:332-340. **II C**
- Alonso, G.C. (2004). La construcción de la identidad de género, un enfoque antropológico. *Caleidoscopio*. 8(16): 41-67). **II C**
- Alvarado, D.A. (2000). Envejecimiento y climaterio. (Ed. Septién GJM). *Climaterio*. México: Intersistemas. 10-17. **II B**
- Álvarez-Gayou, J. (1986). *Sexoterapia Integral*. México: Interamericana. **IV B**
- Amelang, J. & Nash, M. (1990). “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. (En *Historia y género*). Las Mujeres en la Europa Moderna y Contemporánea. Valencia. Edicions Alfons el Magnànim. 1053-1075. **IV B**
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (DSM IV), 4ª. ed. Madrid. Masson. **IV B**
- Amore, M., Di Donato, P., Papalini, A., Berti, A., Palareti, A., Ferrari, G., Chirico, C. & De Aloysio, D. (2004). Psychological status at the menopause transition: an Italian epidemiological study. *Maturitas*. 48(2):115-124. **II B**
- Arena, F.J.O. (2006). Influencia del climaterio y la terapia hormonal de reemplazo sobre la sexualidad femenina. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 71(2):141-152. **II B**

- Artiles, V.L., Navarro, D.D.A. y Manzano, O.B.R. (1998). Género, categoría de impacto en la criticidad del síndrome climatérico. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 14(16):527-32. **II B**
- Arzac, P.P. (2000). Osteoporosis posmenopáusica. (Ed. Septién GJM). Clímatario. México. Intersistemas. 119-133. **II B**
- Avis, N.E., Stellato, R., Crawford, S., Johannes, C. & Longcope, C. (2000). Is there an association between menopause status and sexual functioning? *Menopause*. 7(5):297-309. **II B**
- Bachmann, G.A. & Leiblum, S.R. (1993). Sexuality in sexual and the older woman. *Clin Geriatr Med*. 9: 87-105. **II B**
- Badiano, J.L. (1991). *Libellus de Medicina Libus Indorum Herbis*. México. F.C.E. **IV B**
- Bas, S.P. y Fernández, G.M. (2002). Prevención de los trastornos psicológicos en la menopausia. (en red) Disponible en www.psiquiatria.com/congreso. **II B**
- Bernhard, L. (2002). Sexuality and sexual health care for women. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 45(4): 1089-1098. **II B**
- Blumel, J.E. (1995). Menopausia, orientación, diagnóstico y terapéuticas. Santiago de Chile. P. 91-100. **IV B**
- Blümel, M.J.E., Araya, M.H., Riquelme, O.R., Castro, D.G., Sánchez, E.F. y Gramagna, S.G. (2002). Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. *Revista de Medicina de Chile*. 130(10):1131-1138. **II B**
- Bologna, J.L., Braverman, I.M., Rousseau, M.E. & Sarrel, P.M. (1989). Skin changes in menopause. *Maturitas*. 11: 295-304. **II B**
- Borrisova, A.M., Kovatcheva, R., Shinkov, A. & Vukov, M. A. (2001). Study of the psychological status and sexuality in middle-aged Bulgarian women: significance of the hormone replacement therapy (HRT). *Maturitas*. 39: 177-83. **II B**
- Botella, L.J. (1990). La edad crítica, clímatario y menopausia. España. Salvat. **IV B**

- Boulet, M.J., Oddens, B.J., Lehert, P., Vemer, H.M. & Visser, A. (1994). Climateric and menopause in seven South-east Asian countries. *Maturitas*. 19(3). 155-156. ^{II B}
- Cabral, B.L. y García, C.T. Masculino/Femenino...¿Y yo? Identidad o identidad de género. (en red) Disponible en www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/grupos/gigesex/publicaciones/articulos/masculino-femenino.pdf. consultado el día 17-05-2007. ^{II C}
- Calderone, M. (1978). Historical perspectives on the human sexuality movement: hindsight, insights and foresights. In: Rosenzweig N, Pearsell F. (Ed. Sexual Education for the Health Professional). New York: Grune & Stratton; 5-22. ^{IV B}
- Calvin, P.M.E. (2001). Género, salud mental y violencia. Gobierno de Chile Ministerio de salud. Servicio Nacional de la Mujer. 1-7. ^{II B} Cambios en la dinámica de la familia cuando uno de sus miembros es anciano. Revista de menopausia. (en red) Disponible en fmc.encolombia.com/medicina/menopausia/meno6300cambios. ^{II B}
- Canadian Consensus Conference on Menopause. (2006). Update. Vol.18. ^{II B}
- Cano, S.A. (1998) Aspectos endocrinos del proceso climatérico. Cuadernos de Medicina Reproductiva. Climaterio y Menopausia. España: Medica Panamericana. 27-60. ^{II B}
- Canto, C.T.E. y Polanco, R.L. (1996). Climaterio y menopausia. Las consecuencias biológicas y clínicas del fallo ovárico. *Revista Biomédica*. 7(4): 227-236. ^{IV B}
- Cárdenas, O.A.S. (2002). Conocimiento, autoestima y actitud de la mujer ante el climaterio. *Climaterio*. 6(31):2-16. ^{II B}
- Cardoso, R. (1971). "Identidad étnica, identificación y manipulación". *América Indígena*. 31(4). ^{II C}
- Careaga, P.G. (1996). Las Relaciones entre los géneros en la salud reproductiva. México: UNICEF. ^{IV B}
- Careaga, P.G. (1998). Sexualidad y Género. México. ^{IV B}
- Caruso, K.S. (1993). Female sexuality and sexual counseling. *Curr Prob Obstet Gynecol Féertil*. 1993; 16:107-34. ^{IV B}

- Carranza, L. S. (1998). Introducción. (Ed. Carranza LS). Atención Integral del Climaterio. México: Interamericana. 1-4. **II B**
- Casamadrid, P.J. (1997). Climaterio y cultura. *Climaterio*. 1(1). Pp.24-28. **IV B**
- Cerruti, B.S. (1992). Sociedad y sexualidad. En: Sexualidad Humana. Aspectos para desarrollar docencia en educación sexual. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1992. p.27-67. **IV B**
- Clavello, F.A. (2000). Enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial. (Ed. Septién GJM) *Climaterio*. México. Intersistemas. 99-105. **II B**
- Cohen, L.S., Soares, C.N., Vitonis, A.F., Otto, M.W. & Harlow, B.L. (2006). Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. *Arch Gen Psychiatry*. 63(4): 385-390. **II B**
- Comfort, A. & Dial, L.K. (1991). Sexuality and aging: an overview. *Clin Geriatr Med*. 1-13. **II B**
- Coutado, M.A. (2004). Menopausia y terapia hormonal. Guías clínicas en Atención primaria. 4(9). (en red) Disponible en fisterra.com. **IV B**
- Chávez-Ayala, R., Andrade-Palos, P. y Rivera-Rivera, L. (2002). Validación de un cuestionario para la medición de las creencias sobre el climaterio. *Salud Pública de México*. 44(5):385-391. **II B**
- Dalbert, D.B. Enfoque holístico del climaterio. (1997). *Revista Nuestro Hospital*. 1(2). **II B**
- Daly, R.C., Danaceau, M.A., Rubinow, D.R. & Schmidt, P.J. (2003). Concordant restoration of ovarian function and mood in perimenopausal depression. *Am J Psychiatry*. 160: 1842-1846. **II B**
- Defey, D., Storch, E., Cardozo, S., Díaz, O. y Fernández, G. (2000). Climaterio femenino: necesidades psicológicas y cuidado de la salud. *Climaterio*. 3(17):259-266. **II B**
- Deeks, A.A. (2004). Is this menopause? Women in midlife- psychosocial issues. *Aust Fam physician*. 33(1): 889-893. **II B**

- Deeks, A.A. & McCabe, M.P. (2004). Well-being and menopause: an investigation of purpose in life, self-acceptance and social role in premenopause, perimenopause and postmenopausal women. *Qual Life Res.* 13(2):389-398. ^{II B}
- Dennerstein, L., Burrow, G.D. & Word, C. (1980). Hormones and sexuality: the effect of estrogens and progestogens. *Obstet Gynecol.* 1980; 56: 316-22. ^{II B}
- Dennerstein, L., Dudley, E., Guthrie, J. & Barrett-Connor, E. (2000). Life satisfaction, symptoms, and menopausal transition. *Medscape Womens Health.* 5(49). ^{II B}
- Dennerstein, L., Lehert, P., Burger, H. & Dudley, E. (1999). Mood and the menopausal transition. *Journal Nerv Ment Dis.* 187(11):685-691. ^{II B}
- Dennerstein, L., Lehert, P., Dudley, E. & Guthrie, J. (2001). Factors contributing to positive mood during the menopausal transition. *J Nerv Ment Dis.* 189(2): 84-89. ^{II B}
- Dennerstein, L., Lehert, P. & Guthrie, J. (2002) The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. *Arch Womens Ment Health.* 5(1):15-22. ^{II B}
- Dennerstein, L., Smith, A.M., Morse, C.A. & Burger, H.G. (1994). Sexuality and the menopause. *Journal Psychosom-Obstet. Gynaecol.* 15(1): 59-66. ^{II B}
- De la Fuente, R. (1992). El Ciclo Vital. Psicología Médica. México Fondo de Cultura Económica. 138-147. ^{IV B}
- Del Río Chiriboga, C. (1996). Sida y enfermedades de transmisión sexual. En McCary S, Álvarez-Gayou JL, Del Río C, Suárez JI. (Ed. Sexualidad Humana). México: El Manual Moderno; 1996. p. 363-82. ^{IV B}
- Depresión lo que toda mujer debe saber. (2001). National Institute of Mental Health. (en red) Disponible en. (www.nimh.nih.gov). ^{IV B}
- Dionko, A.C., Brown, M.B. & Herzog, A.R. (1990). Sexual function in the elderly. *Arch Intern Med.* 150: 197-200. ^{II B}
- Ditkoff, E.C. (1991). Estrogens improve psychological in asymptomatic postmenopausal women. *Obstet. Gynecol.* 78:991-995. ^{II B}

- Ellerington, M.C., Whitcroft, S.I.J. & Whitenead, M.I. (1994). Therapeutic and preventive aspects of estrogen and progesterone therapy. (Ed. Lorraine J). *Comprehensive management of menopause*. New York: Springer-Verlang. 269-285. ^{II B}
- Escobar, G.C.E. (2003). Menopausia, tiempo para repensarla. *IATREIA*. 16(2). Pp.168-73. ^{IV B}
- Eskin, B.A. (2001). Hormona replacement therapy and sexual response in postmenopause and geripause. *Obstet Gynecol*. 97(4). ^{II B}
- Faba, B.G. y Sánchez, M.M. (2001). La colaboración Cochrane en México. *Anales Medicos Asociación*. Med Hosp. ABC. 46(3): 130-136. ^{IV B}
- Fernández, V.E. (1999). Menopausia, problema médico, social y económico. (Eds. Pellicer A y Simón C). *Cuadernos de Medicina Reproductiva. Climaterio y Menopausia*. España: Medica Panamericana. 13-25. ^{IV B}
- Ferrer, B.J. (1996). Útero y THS. En *Curso de formación continua en climaterio*. Madrid. Arán. 0-7. ^{II B}
- Ferrer, B. J. (1999). Repercusiones clínicas a corto plazo: síndrome vasomotor y psiconeurobiológico. (Ed. Pellicer A y Simón C.). *Cuadernos de Medicina Reproductiva. Climaterio y Menopausia*. España: Medica Panamericana. 113-136. ^{II B}
- Fierro, D., Rechkeher, A., Roamn, W., Fierro, L. y Ruíz, M. (1997). Sexualidad y menopausia. *Ginecología y Obstetricia*. 43(1):41-8. ^{II B}
- Frank, B.C. y Fink, D.J. (1994). Psychiatric myths of the menopause. (In Eskin BA). *The menopause comprehensive management*. New York. McGraw Hill Inc. 74-91. ^{IV B}
- Freeman, E.W., Sammel, M.D., Liu, L., Gracia, C.R, Nelson, D.B. & Hollander, L. (2004). Hormones and menopausal status as predictors of depresión in womwn in transition to menopause. *Arch Gen Psychiatry*. 61(1):62-70. ^{II B}
- Freeman, E.W., Sammel, M.D., Lin, H. & Nelson, D.B. (2006). Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 63(4):375-82. ^{II B}

- García-Viniegras, C.R. y Maestre, P.S. (2003). Climaterio y bienestar psicológico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 29(3). **II B**
- Gianotten, W.L. (2003). Sexology in the 21 century: areas, professions and tasks. *Europ. J. of Sexol; Sexologies*; 45: 33-37. **IV B**
- Gómez, N.M. (1999). Procesos psicológicos del envejecimiento. *Climaterio*. 2(11):207-214. **IV B**
- González, D.L. (1996). Aspectos bio-psico-socio-familiares del climaterio. *Revista colombiana de menopausia*. (en red) Disponible en www.encolombia.com/ASPECTOS_BIO-PSICO_MENO2-1.HTM **IV B**
- González, L.I. y Miyar, P.E. (2001). Respuesta sexual en la mujer climatérica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 17(4):390-394. **IV B**
- Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. (2004). Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria y Centro de Cochrane Iberoamericana. 2004. **II B**
- Guibert, R.W., Prendes, L.M.C., González, P.R. y Valdés, P.E.M. (1999). Influencia en la salud del rol de género. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 15(1):7-13. **IV B**
- Hallstrom, T. & Samuelsson, S. (1990). Changes en women's sexual desire en middle life: The longitudinal study of women en Gothenburg. *Arch Sex Behav*. 19:259-269. **II B**
- Hardy, R. & Kuh, D. (2002). Does early growth influence timing of the menopause? Evidence from a British birth cohort Human Reproduction. 17(9):2474-2479. **II B**
- Henderson, V.W., Guthrie, J.R., Dudley, E.C., Burger, H.G. & Dennerstein, L. (2003). Estrogen exposures and memory at midlife: a population-based study of women. *Neurology*. 60:1369-1371. **II-2. II B**

- Hernández, V. y Reyes, C. (2001). Disfunciones sexuales no orgánicas. Avizora. Argentina. (en red) Disponible en: www.avizora.com/publicaciones/sexualidad_humana/textos/disfunciones_no_organ. ^{II B}
- HOMO, (1993). Anthropological aspects of the age at menopause. 44: 263-277. ^{IV B}
- Hurtado de Mendoza. (en red) Disponible en. [www. Entorno medico/climaterio](http://www.entorno-medico.com/entorno-medico/entorno-medico-climaterio). ^{IV B}
- Ibarra, L.G., Diez, G.M.P., Ruíz, C.T.E., Coronado, Z.R. y Pacheco, G.R. (2001). Factores biopsicosociales de la rehabilitación durante la menopausia. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación* 13(1):5-8. ^{II B}
- Idderden, D. (1987). Sexualidad durante la menopausia. *Clin Med Norteam*. 1:84. ^{IV B}
- Instituto Mexicano de sexología. (1995). La sexualidad en la historia. Documento inédito. ^{IV B}
- Instituto Nacional de Perinatología. (1990). Manual de Normas y procedimientos de Ginecología, INPer. Mexico. ^{IV B}
- International Position Paper on Women`s. Health and Menopause A Comprehensive Approach. National Institute of Health. NIH No. 02-3284 Julio 2002. ^{IV B}
- Jiménez, S.L.M., Marván, G.M.L. (2005). Significado psicológico de la menopausia en mujeres en la etapa adulta media. *Psicología y Salud*. 15(1):69-76. ^{II B}
- Kahn, D.A., Moline, M.L., Ross, M.A., Altshuler, L.L. & Cohen, S.L. (2001). Depresión during the transition to menopause: A Guide for patients and families. *Expert Consensus Guideline Series*. ^{IV A}
- Kaplan, H. (1990). La nueva terapia sexual. México. Alianza. ^{IV B}
- Khastgir, G. y Studd, J. (2000). patients' Outlook, experience, and satisfaction with hysterectomy, bilateral oophorectomy, and subsequent continuation of hormona replacement therapy. *Am J Obstet Gynecol*. 183:1427-33. ^{II B}
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B. & Martin, C.E. (1953). Et al. At. Sexual Behavior in the human female. Philadelphia, WB. Saunders. ^{IV B}

- Kolodny, R.C., Master, W. H. y Johnson, V.E. (1985). Tratado de Medicina Sexual. La Habana ed. Científico-técnico 1985:77-83. ^{IV B}
- Koster, A. & Garde, K. (1994). Sexual desire of middle age women. A prospective study of women born in 1936. *Ugeskr-laeger*. 156(11):1631-1635. ^{II B}
- Kovalevsky, G. (2005). Female sexual dysfunction and use of hormone therapy in postmenopausal Women seminars in Reproductive Medicine. 23(2):180-187. ^{II B}
- Kripke, D.F., Jean-Louis, G., Elliott, J.A., Klauber, M.R. & Rex, K.M. (2004) Tuunainen A, Langer RD. Ethnicity, sleep, mood, and illumination in postmenopausal women. *BMC Psychiatry*. 4(8). (en red) Disponible en www.biomedcentral.com/1471-244X/4/8. ^{II B}
- Kuntz, C.H.R. (1995) Menopause and emotions: Making Sense of Your Feelings When Your Fellings Make no Sense. *CAN MED ASSOOC J*. 152(4). ^{IV B}
- Labrador, F.J. (1994). Disfunciones sexuales. Madrid: FUE. ^{IV B}
- Labrador, F.J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*. 13 (3):428-441. ^{II B}
- Lamas, M. (1995). Algunas dificultades en el uso de la categoría género. *La Ventana. Revista de estudios de género*, No.1, Universidad de Guadalajara. 1-23. ^{IV B}
- Lamberts, S.W., Van, den Beld, A.W. & Van der Lely, A.J. (1997). The endocrinology of aging. *Science*. 278:419-424. ^{II B}
- Lewis, C.H.D. (2003). Climaterio y Menopausia, una mirada de género. *Revista de Ciencias Sociales*.(III-IV):107-112. ^{II B}
- Lolas, S.F. (1998). Las ciencias sociales como discurso de la salud reproductiva. El ejemplo del climaterio femenino. *Cad. Saude Publ*. 14(1):131-134. ^{IV B}
- López, A.M., Carmona, N.L.P., Montalvo, V.I., López, D.J. y Vital, R.V.S. (2005). Concentraciones séricas de vitaminas antioxidantes y vitaminas relacionadas con el metabolismo de la homocisteína durante la posmenopausia. *Ginecología y Obstetricia de México*. 73: 117-123. ^{II B}

- Loster, A. & Garde, K. (1993). Sexual desire and menopausal development. A prospect. study of Danish woman born in 1936. *Maturitas*. 16:10-60. **II B**
- Lugones, B.M., Quintana, R.T.Y. y Cruz, O.Y. (1997). Climaterio y Menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. *Revista Cubana Medicina General Integral*. 13(5):494-505. **II B**
- Lugones, B.M., Valdés, D.S. y Pérez, P.J. (1999). Climaterio, familia y sexualidad. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 15(2): 134-139. **II B**
- Lugones, B.M., Valdés, D.S. y Pérez, P.J. (2001). Caracterización de la mujer en la etapa de climaterio II. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 27(1). pp. 22-7. **II B**
- Maartens, L.W., Leusink, G.L., Knottnerus, J.A., Smeets, C.G. & Pop, V.J. (2001). Climateric complaints in the community. *Fam Pract*. 18(2): 189-94. **IV B**
- Maciel, R.G., Soto, B.A. y Guilarducci, M.C. (2002). Mejor calidad de vida para la paciente en el climaterio. (en red) Disponible en. www.psiquiatria.com/congreso. **II B**
- Malacara, H.J.M. (1998). Epidemiología. (Ed. Carranza LS). Atención Integral del Climaterio. México: Interamericana. 5-18. **II B**
- Manzano, O.B.R., Artiles, V.L., Navarro, D.D.A., Pérez, P.J. y Nodarse, A. (1998) Modelo de atención a la mujer climatérica (MACLI). *Revista Cubana de Obstetricia de Ginecología*. 24(2):105-11. **I B**
- Martínez, C.H.J.C. (2007). Menopausia y climaterio. Avances en Ginecología: Una mirada al futuro. Boletín informativo de laboratorios Janssen-Cilag, S.A de C.V. **IV B**
- Martínez, C.V. y Paz, A.P. (2005). Estudio de la sexualidad en la mujer en el período climatérico. *Revista Cubana de Ginecología*. 2005. 31(3). **II B**
- Martínez, C.V., Torrientes, H.B. y Paz, A.P. (2002). Comportamiento de la sexualidad en la mujer de la edad mediana. *Revista Cubana de Ginecología*. 28(1). **II B**
- Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1970). Human sexual inadequacy. London, JA. Churchill. **IV B**
- Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1990). Respuesta Sexual Humana. La Habana: Ed. Científico-técnica. 221-32. **IV B**

- Masters, W.H., Johnson, V.E. y Kolodny, R.C. (1987). La Sexualidad Humana. La Habana: Ed. Científico-técnica, 90-106, 285 (Edición Revolucionaria). ^{IV B}
- Masters, W.H., Johnson, V.E. & Kolodny, R.C. (1988). Perspectivas de la sexualidad. En: La sexualidad humana. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1988. p.9-32. ^{IV B}
- Masters, W.H., Johnson, V.E. & Kolodny, R.C. (1995). La Sexualidad Humana. (Vols. 1-3) (13 ed.). Barcelona. Grijalbo. ^{IV B}
- Meyer, P.M., Powel, L.H. y Wilson, R.S. (2003). A population-based longitudinal study of cognitive in the menopausal transition. *Neurology*. 61(6):801-806. ^{II-2}
- Mojtabai, R. & Olfson, M. (2004). Major depression in community-dwelling middle aged and older adults: prevalence and 2 and 4 year follow-up symptoms. *Psychol Med*. 34:623-634. ^{II B}
- Monge, D.S. (2005). Programa de calidad de vida en la menopausia. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo Conductual*. 3:28-56. ^{IV B}
- Monterrosa, C.A. (2005) ¿Qué hacer en la atención primaria de la mujer en menopausia y climaterio?. *Med UNAB*. 8(2): 137-146. ^{II B}
- Morales, C.F., Díaz, F.E. y Aldana, C.E. (1995). Síntomas somáticos durante el climaterio, asociados con estados depresivos. *Perinatología y Reproducción Humana*. 9(2):85-92. ^{II B}
- Myers, L.S. (1995). Methodological review and meta- análisis of sexualyty and menopause research. *Neurosci Biobehav Rev*. 19:331-341. ^{IB}
- Nachtigall, L.E. (1998). The symptoms of perimenopause. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 41(4):921-927. ^{II B}
- National Institutes of Health State-of-the-science Conference Statement: Management of Menopause-related Symptoms. (2005) *Ann Intern Med*. 142(12): 1003-1013. ^{II B}
- Navarro, D. y Artiles, L. (1996). La menopausia. II Parte. *Revista de Sexología Social*. 2(6):32. ^{IV B}

- Navarro, J., Muñoz. M., Albert. C., Pellicer, A., Abad, L. y Parrilla, J.J. (1998). Perimenopausia: Problemática general, anticoncepción, fertilidad y técnicas de reproducción asistida. *Climaterio y Menopausia. Cuadernos de Medicina Reproductiva. Panamericana.* 4 (2). Pp. 61-84. ^{II B}
- Nelson, H.D., Haney, E., Humphrey, L., Millar, J., Nedrow, A., Nicolaidis, C., Vesco, K., Walter, M., Bougatsos, C. & Nygren, P. (2005). Management of Menopause-Related Symptoms. Evidence Report / Technology Assessment No. 120. (Prepared by the Oregon Evidence-Based Practice Center, under Contract No. 290-02-0024.) AHRQ Publication No. 05-E016-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March. ^{II A}
- Oliveira, O. y Ariza, M. (1999). Un recorrido por los estudios de género en México: consideraciones sobre áreas prioritarias. "Taller Género y Desarrollo". Montevideo, Uruguay. ^{IV B}
- Oldenhave, A., Jaszman, L.J.B. & Haspels, A.A. (1993). Impact of menopause on well being: a survey based on 5213 women aged 39 to 60 years old. *Am. J. Obstet. Ginecol.* (168): 722-780. ^{II B}
- Omu, A.E. & Al-Oattan, N. (1997). Effects of hormona replacement therapy on sexuality in postmenopausal women in a mideast country. *J Obstet Gynaecol Res.* 1997; 23: 157-64. ^{II B}
- Ontiveros, S.B. y Valdez, A.M. (1995). Efectos secundarios de los antidepresivos en la función sexual. *Salud Mental.* 18(1):61-70. ^{II B}
- Osorio, P. (2006) Exclusión generacional: La tercera edad. *Revista Mad.* Departamento de Antropología. Universidad de Chile. 14. (en red) Disponible en www.revistamad.uchile.cl/14/osorio.pdf. ^{IV B}
- Pacheco, R.J. (1994). Climaterio y Menopausia. *Ginecología y Obstetricia.* 40(1). ^{II B}
- Pérez, F.M. Sexualidad humana y causas de disfunción sexual. *Revista de la Facultad de medicina. Universidad de los Andes.* 1(3) Venezuela. (en red Consultado el día 18-05-2007). ^{II B}

- Revista de climaterio. editorial. (2005). Mujeres en la postmenopausia: un grupo creciente. 8(46): 145-46. ^{IV B}
- Rymer, J. & Morris, E.P. (2000). Menopausal symptoms. *BMJ*. 321:1516-1519. ^{IA}
- Río de la Loza, C.M.F. (1997). Trastornos neuropsíquicos relacionados con el climaterio. *Climaterio*. 1(1):29-34. ^{IV B}
- Río de la Loza, C.M.F. y Alvarado, G. (2003). Alteraciones psicoemocionales en la mujer en climaterio: *Climaterio*. 6(34):166-175. ^{IV B}
- Rivas, A.E. y Navarro, D.D. (2003). Factores relacionados con la demanda de atención médica para el climaterio. *Revista Cubana de Endocrinología*. 14(3). ^{II B}
- Rivas, A.E., Navarro, D.D. y Tuero, I.A.D. (2006). Factores relacionados con la demanda de atención médica durante el climaterio. *Revista Cubana de Endocrinología*. 17(2). ^{II B}
- Robledo, V.C. y Rojas, B.M.I. (2004). Género: Salud-enfermedad elementos para entender su relación. *Revista CONAMED*. 9(1):12-17. ^{IV B}
- Rodríguez, R.E., Lorden, M.A, Rodríguez, R.D. y Casalaspro, P.M. (2004). Enfoque medico psicológico de la paciente en climaterio. IV Congreso Latino Americano de Climaterio y Menopausia. (en red) Disponible en. Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio-Trabajos científicos. ^{II B}
- Romero, G.M., Soto, B.A. y Guiliarducci, M.C. (2002) Mejor calidad de vida para la paciente en climaterio (en red) Disponible en: www.psiquiatria.com/congreso. ^{IV B}
- Ruiz, D.J.R. (1989). Climaterio criterios actuales. En Karchmer S (ed). Temas selectos en reproducción humana. México, D.F. Diseño y Publicidad: 789-802. ^{IV B}
- Ruíz, S.J.J. y Cano, S.J.J. Manual de Psicoterapia Cognitiva. (en red) Disponible en: www.psicología-online.com. ^{IV B}
- Sala, S. y González, S. (1999). Climaterio y Menopausia. II Parte. La sexualidad en el climaterio. *Revista de Sexología y Sociedad*. 5 (3):17-19. ^{II B}

- Sánchez, B.C. (2001). Estudio comparativo e identificación de algunos factores de riesgo individuales y de pareja en mujeres con disfunción sexual. Tesis de Maestría en Psicología General Experimental. Facultad de Psicología:U.N.A.M. ^{II B}
- Sánchez, B.C., Carreño, M.J., Martínez, R.S. y Gómez, L.M.E. (2003). Comunicación marital y estilo de comunicación en mujeres con disfunción sexual. *Perinatología y Reproducción Humana*. 17(2): 91-101. ^{II B}
- Sánchez, B.C., Carreño, M.J, Martínez, R.S. y Gómez, L.M.E. (2005). Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: Comparación de género en una muestra de la ciudad de México. *Salud Mental*. 28(4):74-80. ^{II B}
- Sánchez, B.C., Carreño, M.J., Martínez, R.S. y Gómez, L.M.E. (2006).. *Salud Mental*. 28(4):74-80. ^{II B}
- Sánchez, B.C, Morales, C.F., Carreño, M.J. y Martínez, R.S. (2005). Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. *Perinatología y Reproducción Humana*. 19(3-4):152-160. ^{II B}
- Sánchez, M.M. (2001).La medicina basada en evidencias en México: ¿Lujo o necesidad? Anales Medicos Asociación. *Med Hosp. ABC*. 46(2):97-103. ^{IV B}
- Santos, G.J. (2000). Climaterio y su universo. (ed. Septién G.J.M.). Climaterio. México. Intersistemas. 1-9. ^{II B}
- Sarrel, P.M. & Whitehad, M. (1985). Sex and menopausal: Defining The Sigues. *Maturitas*. 217-24. ^{II B}
- Schnabal, S. el hombre y la mujer en la intimidad. La Habana: Ed. Científico-Técnica, 1989 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). A guideline developers' handbook. 2004. Disponible en: www.sign.ac.uk. ^{IV B}
- Seftel, L. (2005). Low sexual desire in midlife and older women: Personality factors, psychosocial development, present sexuality. American Urological Association. 174(1): 263-264. ^{II B}

- Seifer, D.B., Gardiner, A.C., Ferreira, A.K. & Peluso, J.J. (1996). Apoptosis as a function of ovarian in women undergoing in vitro fertilization. *Fertil Steril*. 66: 593-598. ^{II B}
- Silva, L.D., Pérez, R.E., Medina, S.A. y Molará, G.H. (2001). Información, autoestima y respuesta adaptativa. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México (en prensa). ^{IV B}
- Siseles, N.O. y Gutierrez, A.P. (en red) Disponible en: www.aapec.org/trab_cientificos/28.htm. ^{II B}
- Silva, C.O.M.A. (2002). Conocimiento, autoestima y actitud de la mujer ante el climaterio. *Climaterio*. 6(31). ^{II B}
- Silva, L.D., Jiménez, C.F. y Reyes, R.G. (2000). Conocimiento y auto-cuidado durante el climaterio. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México. ^{IV B}
- Soares, C.N., Joffe, H. & Steiner, M. (2004). Menopause and Mood. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 576-591. ^{II B}
- Sommer, B., Avis, N., Meyer, P., Ory, M., Madden, T., Kegawa, S.M., Mouton, C.H., Rasor, N.O.N. & Adler, S. (1999). Attitudes Towards Menopause and Aging Across Ethnic/ Racial Groups. 61(6):868-879. ^{II B}
- Soto, M. y Rada, G. (2003). Formulación de preguntas en medicina basada en la evidencia. *Revista de Medicina de Chile*. 131: 1202-1207. ^{IV B}
- Souza, M., Cárdenas, J., Montero, M.C. y Mendoza, L. (1987). Historia Clínica de la Sexualidad Femenina. *Ginecología y Obstetricia de México*. 55: 277-287. ^{IV B}
- Stone, A.B. y Pearlstein, T.B. (1995). Valoración y tratamiento de cambios de talante, sueño, función sexual vinculados con la menopausia. *Clinicas de Ginecología y Obstetrics*. ^{II B}
- Szasz, I. y Lerner, S. Sexualidad en México – algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. (en red) Disponible en: <http://www.laneta.apc.org/cidhal/lectura/sexualidad/texto1.htm>. ^{IV B}

- Tapia, L.H., Bravo, L.M., Meléndez, M.J.D. y Gutiérrez, C.E. (2002). Depresión mayor y menopausia. Un estudio controlado. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 35(3): 138-145. ^{II B}
- Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Revista Biomédica*. 9(2):116-121. ^{II B}
- Vieitez, A., López, M.A., Boullosa, O., Illa, G., Márquez, C. y Pérez, S. (2000). Depresión climatérica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 9(2). ^{II B}
- Vazquez, F. (1999). Repercusiones clínicas a medio plazo atrofia cutánea-mucosa. (Ed. Pellicer A. y Simón C.). Cuadernos de Medicina Reproductiva. Climaterio y Menopausia. España: Medica Panamericana. 138-144. ^{II B}
- Zárate, A. (1993). Algunas Recomendaciones Terapéuticas en el Manejo Médico de la Menopausia. *Revista de la Facultad Medicina. UNAM*. 36 (2):103-106. ^{IV B}
- Zárate, A. (1998) Longevidad y menopausia. (Eds. Zárate A. y MacGregor C.). Menopausia y Cerebro. México: Trillas. 13-32. ^{II B}
- Zung, W. & Dirham, N.A. Self Rating Depresión Scale. *Center Archives of General Pschyatry*. 12(3): 63-70. ^{IV A}

ANEXOS

ANEXO 1

*No cabe duda alguna de que
Decidir desde el conocimiento es mejor
Que hacerlo desde la ignorancia
Albert J. Jovell Fernández
(Jovell F, 1997)*

En las últimas décadas se ha hecho necesario realizar trabajos basados en la evidencia científica. Esta perspectiva se ha manifestado en diferentes áreas profesiones como: medicina, odontología, enfermería, salud pública, fisioterapia, educación, recursos humanos, trabajo social, así como en psicología. Esta última, al igual que las demás disciplinas, tiene la obligación de analizar de manera crítica la información existente en el área, con la finalidad de seleccionar la que es idónea para la toma de decisiones con respecto a la atención de las pacientes, de tal manera que ha tratado de adoptar el enfoque de la Medicina Basada en Evidencias (Sánchez, 2001).

La Medicina Basada en Evidencia (MBE) se define como “..La integración de la mejor evidencia de la investigación con la pericia clínica y los valores del paciente...” (Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg & Haynes, 2000) y es una metodología que proporciona los elementos necesarios para realizar un diagnóstico objetivo, y proporcionar el tratamiento eficaz para el padecimiento.

La Medicina Basada en Evidencias se debe tomar como: “una serie de actitudes hacia la práctica y aprendizaje de la medicina, que ofrece una perspectiva sobre la manera como se toman las decisiones relacionadas con la salud, tanto individual como poblacional..... la finalidad ofrecer al individuo y a la sociedad atención médica de calidad.....utilizando las estrategias diagnósticas terapéuticas más efectivas, de acuerdo a los recursos disponibles” (Sackett & colaboradores, (2000); Sánchez, 2001 y Evidence-Based Medicine Working Group, (1992).

La práctica de la MBE se estructura en cinco pasos:

1. Elaboración de una pregunta clínica relevante (bien estructurada, su origen esta en un problema clínico real)
2. Búsqueda de la mejor evidencia científica actual disponible (habilidad en el manejo de herramientas electrónicas principalmente bases de datos en Internet),
3. Análisis crítico de la información encontrada.
4. Utilización de la información evaluada críticamente en la solución del problema clínico en el paciente que generó la pregunta, o en situaciones similares subsecuentes, para darle un sentido a la búsqueda y análisis de la información científica publicada.
5. Evaluación de todo el proceso (utilidad de la información para el problema clínico planteado, evaluación personal objetiva de la práctica de la medicina y de cómo podemos mejorar nuestro desempeño y la calidad de la atención que se brinda). (Sánchez, 2001; Soto y Rada, 2003).

La psicología ha tratado de adaptar las herramientas confiables que esta metodología propone para ofrecer información proveniente de datos empíricos y contrastados y que junto con el juicio del experto faciliten y aseguren un diagnóstico y tratamiento válidos, en pro de la paciente.

La sistematización del diagnóstico en este caso de las disfunciones sexuales se torna complejo, debido a que su origen es multideterminado. Esto ha generado en muchas ocasiones el sobrediagnóstico, conllevando a una serie de intervenciones médicas, que no siempre son las más afortunadas, de ahí la necesidad de realizar una búsqueda basada en evidencias para poder generar claridad y conocer de manera más cercana los elementos que interfieren en una sexualidad sana y plena.

Lo indicado sería que las instituciones de salud tanto públicas como privadas elaboren guías de práctica clínica nacionales y locales, haciendo uso de esta metodología para evitar sesgos, es

decir, prescribir tratamientos basados en las opiniones individuales y de grupo de expertos, sin considerar las recomendaciones basadas en la evidencia. (Sánchez, 2001).

Lo anterior genera condiciones favorables para que las decisiones médicas puedan estar claramente fundamentadas, al grado de asegurar un margen de seguridad y éxito apropiados, evitar riesgos o errores en lo posible. (Faba y Sánchez, 2001).

Niveles de Evidencia de los estudios de investigación.

Nivel	Descripción
I++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de Estudios Aleatorizados Controlados (ECA, por sus siglas en inglés), o ECA con muy poco riesgo.
I+	Metaanálisis bien conducidos, revisiones sistemáticas de ECA. O ECA con muy poco riesgo de sesgo.
I-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ECA, o ECA con alto riesgo de sesgo.
II++	Revisiones sistemáticas de alta calidad, estudios de casos y controles o estudios de cohorte Estudios de cohorte o de casos y controles de alta calidad, con pocos factores de confusión o sesgos o sus posibilidades y una alta probabilidad de que la relación sea casual.
2+ II+	Estudios de cohorte o de casos-control bien conducidos, con pocos factores de confusión sesgos. o sus posibilidades y una probabilidad moderada de que la relación sea casual.
2-III-	Estudios de cohorte o de casos-control con alto riesgo de confusión, sesgos, o sus posibilidades y un riesgo significativo de que no haya relación causal.
3 III	Estudios no analíticos, ejemplo, informe de casos clínicos o series de casos.
4 IV	Opinión de expertos.

Aldana CE y Gómez LME. Criterios para la elaboración de las guías de intervención psicológica. *Perinatal Reprod Hum* 2007; 21(1):11-21.

Grados de recomendación de los estudios de investigación propuestos por la Red de Guías Intercolegiales escocesas, 2004.

Grado	Descripción
A	Existe al menos un metaanálisis, una revisión sistemática o un ECA clasificado como 1++, que se puede aplicar directamente a la población objetivo; o bien, se dispone de una revisión sistemática de ECA o un cuerpo de evidencia consistente, principalmente de estudios clasificados como 1+, directamente aplicables a la población objetivo en donde se ha demostrado la consistencia general de los resultados.
B	Hay un cuerpo de evidencias que incluyen estudios clasificados como 2++, directamente aplicables a la población objetivo y una demostración general de la consistencia de los resultados; o bien, existe evidencia extrapolada de estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Existe un cuerpo de evidencias que incluyen estudios clasificados como 2+, directamente aplicables a la población objetivo y se tiene una demostración general de la consistencia de los resultados; o bien, se dispone de evidencias sobre la extrapolación de estudios clasificados como 2++.
D	Nivel de evidencia 3 o 4; o bien, existe evidencia de la extrapolación de estudios clasificados como 2+

Tomado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). A guideline developers' handbook. 2004. Disponible en: www.sign.ac.uk

ANEXO 2

FICHA DE CLIMATERIO

FECHA _____ NO. EXPEDIENTE _____
 NOMBRE _____ DIRECCION _____
 EDAD _____ EDO. CIVIL _____ CUPACION _____
 ESCOLARIDAD _____ CLASIFICACION _____
 EDAD DE MENARCA _____ NO. DE PAREJAS _____

ETAPA CLIMATERICA

PREMENOPAUSIA () MENOPAUSIA () POSTMENOPAUSIA ()

INTERVENCION QUIRURGICA

OVARIOS () HISTERECTOMIA () LIGADURA TUBARIA ()

TIEMPO EN MESES _____

SINTOMATOLOGÍA

EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS QUE SINTOMAS HA PRESENTADO Y CON QUE INTENSIDAD.

SINTOMAS	SEVERIDAD					
	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO	
BOCHORNOS			1 2 3	1 2 3	1 2 3	
SUDORACION NOCTURNA			1 2 3	1 2 3	1 2 3	
CEFALEAS			1 2 3	1 2 3	1 2 3	
PARESTESIAS			1 2 3	1 2 3	1 2 3	
CALAMBRES			1 2 3	1 2 3	1 2 3	
MAREOS O ZUMBIDO DE OIDOS			1 2 3	1 2 3	1 2 3	
PALPITACIONES			1 2 3	1 2 3	1 2 3	
LIPOTIMIAS			1 2 3	1 2 3	1 2 3	
IRRITABILIDAD			1 2 3	1 2 3	1 2 3	
TRISTEZA			1 2 3	1 2 3	1 2 3	

APATIA	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
INSOMNIO	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
CANSANCIO/ADINAMIA	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
SENTIM. DE MINUSVALIA	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
LABILIDAD EMOCIONAL	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
CRISIS DE LLANTO	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
DEPRESION	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
DESADAPTACION A SU AMBIENTE	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
REDUCCION DE LA LIBIDO	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
DISPAREUNIA	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
DOLOR EN ESPALDA BAJA	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
DOLORES MUSCULARES	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
APARICION DE VELLO FACIAL	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
PIEL SECA	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
SEQUEDAD VAGINAL	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
PRURITO VULVAR	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
INCONTINENCIA URINARIA	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
SANGRADO GENITAL	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
MASTODINIA	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
DOLORES ARTICULARES	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
TRASTORNOS GASTRO- INTESTINALES	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
DOLOR DE HUESOS Y COLUMNA VERTEBRAL	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
AUMENTO DE PESO	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
DISMINUCIÓN DE PESO	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3
OTROS	ENF/MED	AUSENTE	LIGERO	MODERADO	SEVERO
			1 2 3	1 2 3	1 2 3

ANEXO 3 **INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA**
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
HISTORIA CLÍNICA CODIFICADA DE LA SEXUALIDAD FEMENINA

DATOS GENERALES:

- A. Número de la entrevista _____
 B. Número del expediente _____

CAPITULO I

Datos generales del aplicador:

1. Fecha: día ____ mes ____ año ____
2. Nombre: _____

	apellido paterno	apellido materno	nombre
--	------------------	------------------	--------
3. Sexo: M F
4. Edad: _____ años cumplidos
5. Estado civil:

Soltero	(1)
Casado	(2)
Viudo	(3)
Divorciado	(4)
Unión libre	(5)
Separado	(6)
Otro, especificar	(7) _____
6. Profesión:

Médico	(1)
Psicólogo	(2)
Trabajador social	(3)
Enfermo	(4)
Otro, especificar	(5) _____
7. Categoría:

Intento de post-grado	(1)
Residente	(2)
Adscrito	(3)
Otro, especificar	(4) _____
8. Servicios:

Psicología	(1)
Ginecología	(2)
Urología	(3)
Medicina interna	(4)
Psiquiatría	(5)
9. Motivo de aplicación:

Investigación	(1)
Docencia	(2)
Ambos	(3)
Otro, especificar	(4) _____

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 primeros 10 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 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 a esta actividad? _____

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

22. Religión:

Católica (1)

Protestante (2)

Testigo de Jehová (3)

Ninguna (4)

Otro, especificar (5) _____

23. ¿Con quien vive actualmente?:

Solo (1)

Cónyuge (2)

Cónyuge e hijos (3)

Cónyuge, hijos y otro familiar (4)

Hijos sin cónyuge (5)

Otros familiares (6)

Padres (7)

Otro, especificar (8) _____

Nivel socioeconómico

24. ingreso mensual:

0 a 1000 N\$ (1)

1000 a 2000 N\$ (2)

2000 a 3000 N\$ (3)

3000 a 4000 N\$ (4)

4000 a 5000 N\$ (5)

5000 ó más (6)

Ingreso per capita al mes _____

¿Cuántas recamaras tiene su casa? _____

¿Cuántas personas promedio duermen en cada recámara? _____

¿Cuenta con una recamara 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. 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 psicósomáticos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
38. Migraña
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
39. Padecimientos neurológicos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
40. Padecimiento 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) _____
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) _____
51. Cáncer
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
52. Cardiovasculares
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
53. Padecimientos endocrinológicos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
54. Padecimientos psiquiátricos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
55. Padecimientos respiratorios
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
56. Padecimientos digestivos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
57. Alergias
 No (1)
 Si, especificar (2) _____

58. Padecimientos psicósomáticos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
59. Migraña
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
60. Padecimientos inmunológicos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
61. Padecimientos de vías biliares
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
62. Padecimiento 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) _____
67. Padecimientos traumáticos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
68. Tabaquismo
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
69. Fármacodependencia
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
70. Padecimientos infecciosos
 No (1)
 Si, especificar (2) _____
71. 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)

78. ¿Come verduras?

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

79. ¿Come leguminosas (fríjol, 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)
- Otras, 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 fue _____

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) _____

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

- No (1)
 Si, especificar (2) _____

88. Edad de aparición de los caracteres sexuales secundarios:

- Antes de los 8 años (1)
 De los 8 a los 10 años (2)
 De los 10 a los 12 años (3)
 De los 12 a los 14 años (4)
 De los 14 a los 16 años (5)
 Después de los 16 años (6)

89. Edad de la menarca _____

90. Recuerdo que tiene 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 del inicio de la menstruación _____

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?
- No (1)
 - Si, especificar (2) _____
100. ¿Sexo de la pareja de su primera experiencia sexual?
- Hombre (1)
 - Mujer (2)
 - Otro, especificar (3) _____
 - Edad de la pareja de esa experiencia _____
 - Vinculo de esa unión con esa pareja _____
101. ¿Su primera experiencia sexual dejo alguna consecuencia?
- No (1)
 - Si, especificar (2) _____
102. Su primer 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. Episodio de dolor durante el coito:
- A inicio de este, no impide el coito (1)
 - A inicio de este, impide el coito (2)
 - Durante el coito (3)
 - Al final del coito (4)
 - No procede (5)

108. Numero de compañeros sexuales no estables (relaciones menor a dos años) _____
109. Sexo de los compañeros sexuales referidos:
- | | |
|--------------------|-----------|
| Masculino | (1) |
| Femenino | (2) |
| Ambos, especificar | (3) _____ |
| No procede | (4) |
110. Numero 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) _____ |
113. Tiempo transcurrido entre el inicio de la vida sexual activa y el embarazo:
- | | |
|-----------------|-----|
| Menos de 1 años | (1) |
| De 1 a 2 años | (2) |
| De 3 a 4 años | (3) |
| De 5 a 6 años | (4) |
| De 7 a 8 años | (5) |
| De 9 a 10 años | (6) |
| Más de 10 años | (7) |
| No procede | (8) |
114. Datos ginecoobstétricos (indicar con numero):
- | | |
|-------------------------------|-------|
| Gestas | _____ |
| Partos | _____ |
| Abortos | _____ |
| Cesáreas | _____ |
| Óbitos (muerte fetal) | _____ |
| Mortinatos (muerte perinatal) | _____ |
115. Edad y sexo de los hijos en orden cronológico de mayor a menor:
-
116. Producto con defecto al nacimiento:
- | | |
|-----------------|-----------|
| No | (1) |
| Si, especificar | (2) _____ |
| No procede | (3) |
117. Recuperación 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 VIII

Comportamiento sexual actual

a) Descripción general:

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

- | | |
|-----------------------|-----|
| Ninguna | (1) |
| Desea y coopera | (2) |
| Desea y no coopera | (3) |
| No desea y coopera | (4) |
| No desea y no coopera | (5) |
| No procede | (6) |

120. Preparación higiénica para la relación sexual:

- | | | |
|-----------------|-----|-------|
| No | (1) | |
| Si, especificar | (2) | _____ |

121. Ubicación mas frecuente de la relación sexual:

- | | | |
|--------------------|-----|-------|
| En casa | (1) | |
| Fuera de casa | (2) | |
| Ambos, especificar | (3) | _____ |
| No procede | (4) | |

122. Posición mas frecuente para la relación sexual:

- | | | |
|--|-----|-------|
| 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 más frecuentemente?

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

125. La posición de la relación sexual se hace preferentemente:
- | | |
|--------------------|-----------|
| De manera verbal | (1) |
| Para verbal | (2) |
| Ambas, especificar | (3) _____ |
| No procede | (4) |
126. las condiciones ambientales para la relación sexual son:
- | | |
|------------------------------|-----|
| Cómodas y satisfactorias | (1) |
| Cómodas e insatisfactorias | (2) |
| Incomodas y satisfactorias | (3) |
| Incomodas 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

128. ¿En el curso de los últimos dos años presenta malestar e inadecuación con su sexo anatómico o deseo de librarse de 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 repetitiva 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 tienen o tienen 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 fantasía 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 ha realizado actos de exposición des sus genitales ante desconocidos sin intento posterior de efectuar relaciones sexuales y con 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 repetitiva y subrepticamente a la gente cuando se desnuda o lleva a cabo relaciones sexuales sin buscar relaciones sexuales con los observados y con 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 deliberadamente o intencionalmente de modo repetitivo en actividades sexuales que lesionan, humillan o atormentan y con objeto de alcanzar satisfacción sexual?

No (1)

Si (2)

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 con ello el fin de satisfacerse sexualmente?

No (1)

Si (2)

137. ¿En el curso de los cinco últimos 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 los 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 de los 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 de 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 actividad coital y sin relación a problemas físicos?

No (1)

Si (2)

144. ¿En el curso de los últimos cinco años ha presentado dolor genital recurrente y persistente en el tercio externo de la vagina, que interfieren con el coito y sin relación a problemas físicos?

No (1)

Si (2)

Trastorno sexuales debido 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 y 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 de la relación 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 _____

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 persistente débil o nula y ello interfiere significativamente para iniciar o mantener relaciones sexuales?

No (1)

Si (2)

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

No (1)

Si (2)

c) variantes sexuales no patológicas

¿Has 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 egisintónica
 No (1)
 Si (2)
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

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 de tratamiento:
- | | |
|---|-----|
| Se elimino la sintomatología | (1) |
| Se modifiko parcialmente principalmente la sintomatología | (2) |
| La sintomatología continúa como tal | (3) |
| Se agravo la sintomatología | (4) |
| No procede | (5) |

CAPITULO XI

Estado actual de salud

169. descripción del motivo por el cual ingresa al instituto:
- | | | |
|-------------------------|-----|-------|
| Adolescente embarazada | (1) | |
| Embarazo de alto riesgo | (2) | |
| Esterilidad | (3) | |
| Perdidas, especificar | (4) | _____ |
| Climaterio | (5) | |
| Problema geocológico | (6) | |
| Trastorno sexual | (7) | |
| Otros, especificar | (8) | |

170. describa brevemente _____

CAPITULO XII

Diagnóstico

171. indique diagnostico de la condición que amerito tratamiento y la impresión diagnostica actual:

	Anterior	Actual
Trastorno 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)
Voyerismo	(9)	(9)
Masoquismo sexual	(10)	(10)
Sadismo sexual	(11)	(11)
Parafilia atípica	(12)	(12)
Inhibición del deseo sexual	(13)	(13)
Inhibición de la excitación sexual	(14)	(14)
Inhibición orgásmica	(15)	(15)
Dispaurenia funcional	(16)	(16)
Vaginismo funcional	(17)	(17)
Disritmia	(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) _____
<hr/>		
Otros, especificar	(25)	(25) _____
<hr/>		

CAPITULO XIII

Recomendaciones terapéuticas

172. Indique el manejo que debe recibir la situación 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 asintomático (1)
- Solo amerita manejo individual (2)
- Amerita manejo de pareja (3)
- Amerita manejo familiar (4)
- Amerita manejo grupal (5)
- Requiere interconsulta (6)
- Requiere canalización (7)
- Ambos, especificar (8) _____
- No procede (9)

CAPITULO X

Comentarios y observaciones

174. La información fue resultada 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 _____

ANEXO 4

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

CARTA DE CONSENTIMIENTO

YO _____
(Nombre del participante o de su representante legal)

Declaro libremente que estoy de acuerdo en participar; contestando los instrumentos psicológicos que requiere esta investigación, cuyo objetivo, es conocer los problemas sexuales que presenta la mujer en la etapa de vida llamada climaterio, con la finalidad de obtener un diagnóstico fino. Esto me beneficiaría porque de ser necesario podría solicitar la atención psicológica de manera oportuna y evitar así la presencia de trastornos emocionales posteriores.

Se me ha invitado a participar en el estudio en el conocimiento de que no padezco ningún trastorno psiquiátrico ni retraso mental que me impidan responder los cuestionarios.

Es de mi conocimiento que los investigadores me han ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de firmar la presente, no hubiese expresado o surja durante el desarrollo de la investigación. Así mismo existe la posibilidad de que en caso de solicitar atención psicológica esta me será brindada.

Se hace de mi conocimiento que la duración de aplicación de los cuestionarios que conteste es aproximadamente de una hora.

Se me ha manifestado que puedo retirar mi consentimiento de participar en cualquier momento sin que ello signifique que la atención médica se me proporcione, se vea afectada por este hecho.

Se me ha informado que participar en este estudio no repercutirá en el costo de la atención médica que se me deba brindar y que toda la información que se otorgue sobre mí será confidencial.

Para los fines que se estime conveniente, firmo la presente junto al investigador que me informó.

México D.F. a _____ de _____ del 200__.

PARTICIPANTE: _____
NOMBRE FIRMA

TESTIGO 1

Nombre: _____
Domicilio: _____
Parentesco: _____

TESTIGO 2

Nombre: _____
Domicilio: _____
Parentesco: _____

INVESTIGADOR: Evangelina Aldana Calva.
Departamento de Psicología (torre e investigación 1er piso)
Tel: 55 – 20 – 99 – 00 Ext. 147

3130-60