

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
PSICOLOGÍA.**



Tema: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en la esfera sexual de usuarias posmenopáusicas atendidas en consulta ginecológica. Centro de Salud Perla María Norori. León Marzo-Mayo del 2005.

Autores:

- ✚ Xochilt Oxiris Escobar Herrera.**
- ✚ Aída Gabriela Mosher Valle.**
- ✚ Carleth Isayana Torres Pravia.**

Tutores:

- Dra. María Lucrecia Palma.**
- Dr. Marcio Montoya A.**

León, 25 de Enero de 2006.

“A la libertad por la Universidad.”

Agradecimiento

A Dios, eterno guía y protector.

A nuestros padres, sin su apoyo, nada de esto sería posible.

A nuestros tutores: Dra. Ma. Lucrecia Palma Ruiz.

Dr. Marcio Montoya A.

Al Centro de Salud Perla María Norori, en especial al personal de las áreas de Ginecología y Estadística.

A los docentes de la Escuela de Psicología, por habernos ayudado en nuestra formación profesional.

A los amigos, dadores de fuerza, ánimo y alegría.

Dedicatoria

A Dios, por estar siempre con nosotras, por guiarnos y por permitirnos cumplir con la meta de profesionalizarnos.

A nuestros padres por cuidarnos y por brindarnos su apoyo incondicional para culminar nuestros estudios.

Índice

Introducción.....	1
Antecedentes.....	2
Planteamiento del Problema.....	4
Objetivos.....	5
Marco Teórico.....	6
Diseño Metodológico.....	37
Resultados.....	47
Discusión.....	52
Conclusiones.....	54
Recomendaciones.....	55
Referencias Bibliográficas.....	56
Anexos	

Tema:

Conocimientos, Actitudes y Prácticas en la esfera sexual de usuarias posmenopáusicas atendidas en consulta ginecológica. Centro de Salud Perla Maria Norori. León, Marzo-Mayo del 2005.

Resumen

El objetivo del presente estudio es determinar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas en la esfera sexual de usuarias posmenopáusicas atendidas en consulta ginecológica en el Centro de Salud Perla María Norori de la ciudad de León, en el período comprendido de Marzo a Mayo del 2005.

Se diseñó un estudio cuali-cuantitativo, con una población total de 37 usuarias posmenopáusicas en edades comprendidas de 50 a 66 años de edad. Se aplicó una entrevista semi-estructurada de forma individual y posteriormente se llevó a cabo la realización de un grupo focal.

Entre los datos más relevantes encontramos que:

Las participantes se identificaron con los signos y síntomas propios del proceso climatérico: cefalea, insomnio, dolores musculares, y bochornos. Además expresaron que no utilizan la Terapia Hormonal Sustitutiva.

Los Conocimientos que adquirieron las usuarias sobre Climaterio fueron transmitidos a través amistades y familiares, y un porcentaje menor lo obtuvieron a través de médicos o trabajadores de la salud.

La esfera sexual de las usuarias se ha visto afectada por malestares físicos (ardor vaginal y disminución de deseo sexual) y emocionales (nerviosismo e irritabilidad, estado de ánimo depresivo y falta de concentración). También experimentan sentimientos de desesperanza e inutilidad, entre otros.

La actitud de las usuarias hacia la posmenopausia fue negativa debido a los diferentes malestares. Por otro lado la mayoría refieren tener una actitud indiferente acerca la práctica de su sexualidad.

En el estudio se sugiere desarrollar en los Centros de Salud talleres educativos que brinden los conocimientos necesarios (físicos, psicosexuales) a las usuarias desde el inicio del climaterio y así enfrentar este proceso de forma plena y satisfactoria, permitiéndoles mejorar su calidad de vida y atravesar con actitud positiva las etapas posteriores.

Introducción:

La vida del hombre tiene un ciclo inevitable, cada una de las etapas cubre una función y tiene características determinadas.

El estudio de los cambios en la vida de la mujer se había centrado de manera definitiva alrededor del fenómeno menstrual. Así, la menopausia correspondía al final de la vida reproductiva y traía consigo el inicio de algunos cambios físicos, psicológicos, sociales y culturales.

Sin lugar a dudas, a pesar de los nuevos enfoques sobre los cambios en la vida de la mujer, estos, aún ponen a prueba su capacidad psíquica para llevar a cabo los ajustes psicológicos y sociales necesarios que le permitan mantener su equilibrio emocional y continuar su desarrollo, teniendo siempre en cuenta el cambio en la organización, estructura y enfoques de la vida, lo que comprende nuevos riesgos que antes no estaban contemplados.

Es importante tener en mente que la mujer menopáusica no ha perdido su sexualidad, tampoco se reduce demasiado su atractivo, si adopta un cuidado razonable. Lo único que ha cambiado es su capacidad de concebir.

En otras épocas, cuando la madurez era equiparada con la sabiduría, el arribo a esta etapa de la vida conllevaba una ganancia en respetabilidad. En la sociedad actual, en que la actividad, la eficiencia y la apariencia física son valores fundamentales, es más probable que la llegada de la menopausia se interprete como una pérdida. ^{2.} Sebastián Carranza Lira. *Atención integral del Climaterio* Mc Graw – Hill Interamericana. Páginas 311 – 320.

En Nicaragua hay más de 500 mil mujeres mayores de 40 años, quienes representan un 9% de la población total. Todas ellas son quienes se encuentran en etapa de climaterio y menopausia. ^{20.} Op. Cit. Página 14-17 Actualmente, en Nicaragua, no hay estudios donde se refleje la edad promedio, pero generalmente la menopausia se empieza a manifestar entre los 45-55 años.

El interés por abordar este tema surge por el hecho de habernos encontrado con escasa información al respecto, particularmente en el ámbito psicológico, lo que para el grupo refleja el poco interés que existe en abordar un aspecto de mucha trascendencia en la vida cotidiana de la mujer.



Antecedentes:

El interés por el síndrome menopáusico surgió hace poco tiempo, ya que anteriormente se consideraba un estado que la paciente debía sufrir como parte de su condición de mujer.

En un estudio multicéntrico de 11.373 mujeres de 39 a 59 años de edad, en las ciudades de Durango, Guadalajara, Monterrey y León (México); se encontró una media de 45.5 años para el establecimiento de la Menopausia. En el resto del mundo, la mayor parte de los estudios procede de los países industrializados.

En Estados Unidos, en 1996, se estimó la edad de la menopausia a los 49.7 años; aunque recientemente el “Menstruation and Reproductive History Study of Minnesota” informó una edad de 50.5 años y el Massachusetts Woman’s Health Study estimó su inicio a los 51.3 años, que coincide con lo expresado en Fundamentos de Medicina “Psiquiatría” de Yepes y Toro.

Existen pocos estudios que se refieran a la esfera sexual, hasta hace pocos años la sociedad había condenado a las personas mayores de 50 años a la asexualidad, y de hecho, era mal vista cualquier manifestación erótica en ellas. Fue a través de los estudios pioneros de Masters y Johnson que se comenzó a aceptar la sexualidad como un elemento muy importante en la salud integral de los seres humanos, independientemente de la edad que tengan. ^{2.} Carranza Lira. Atención integral del Climaterio Mc Graw – Hill Interamericana. Páginas 165 – 166.

El estudio de Brandt A. (Chile) demostró que el 74% de las mujeres entre los 40 y 44 años son sexualmente activas y disminuyen al 40% a la edad de 50 a 60 años. Además la frecuencia de coitos disminuye de 6 a 2.7 mensuales en los dos grupos.

En el estudio “Climaterio, familia y sexualidad”, hecho en Playa, Cuba en 1997 por Lugones Botell, Valdés y Pérez Piñero, se hicieron hallazgos relacionados con la afectación en la esfera sexual en pacientes posmenopáusicas entre los que destacan la evitación de las relaciones sexuales, disminución del deseo sexual, dolor a la penetración e insatisfacción, así como la incidencia significativa de síntomas psíquicos (ansiedad, depresión e irritabilidad).



En Latinoamérica se estima que hay alrededor de 37 millones de mujeres que están en la etapa climatérica, es decir, en una edad entre los 45 y los 64 años.

Según el estudio de Huerta y Colaboradores (México), los factores que se relacionan con la aparición de dificultades en la menopausia y posmenopausia son de diversa índole: familiares, el aspecto de efectividad con el cónyuge, y falta de comunicación con los miembros de la familia, pero la principal era la actividad negativa hacia la sexualidad. ². Carranza Lira. Atención integral del Climaterio Mc Graw – Hill Interamericana. Páginas 9 – 11.

En Nicaragua el nueve por ciento de la población femenina (516 mil mujeres) pertenece a este grupo. Debido a la falta de información y la vulnerabilidad física y emocional de la población femenina mayor de 40 años, la Asociación Nicaragüense de Climaterio y Menopausia (Ancym) se ha dedicado a realizar campañas educativas.

Los doctores nicaragüenses Ricardo Pineda, Francisco Luis Rodríguez y Martha Montenegro, que pertenecen a la Asociación Nicaragüense de Climaterio y Menopausia, recomiendan informar a la población femenina de nuestro país sobre los beneficios de usar un tratamiento seguro durante la menopausia, de tal manera que pueda mejorar su calidad de vida y principalmente, conservar su vida. La Ancym ha realizado campañas utilizando una serie de materiales educativos que han sido distribuidos a mujeres en diferentes sitios como farmacias, clínicas y hospitales, los cuales tienen como objetivo motivar a la mujer a visitar al ginecólogo para que este pueda darle apoyo y tratamiento seguro durante esta etapa de su vida con la terapia de reemplazo hormonal.



Planteamiento del problema:

Para muchas mujeres la menopausia marca el fin de la vida reproductiva y por ende el cese del ciclo menstrual, para otras es el inicio de una serie de malestares físicos y psicológicos propios de esta etapa de su vida. Sin embargo, los factores sociales son especialmente determinantes, ya que han regido la vida previa de la mujer e influido en la actitud hacia la sexualidad y a su valoración personal en general, además hace posible hallar una similitud entre su comportamiento sexual pre y posmenopáusico. Lo anteriormente señalado nos llevó a plantearnos lo siguiente:

¿Cuáles son los Conocimientos, Actitudes y Prácticas en la esfera sexual en usuarias posmenopáusicas que acuden al servicio de ginecología en el centro de salud Perla María Norori, durante los meses de Marzo, Abril y Mayo de 2005?



Objetivo general:

Determinar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas en la esfera sexual de usuarias posmenopáusicas atendidas en consulta ginecológica en el Centro de Salud Perla María Norori de la ciudad de León, en los meses de Marzo a Mayo de 2005.

Objetivos específicos:

1. Señalar los datos generales de las usuarias posmenopáusicas atendidas en consulta ginecológica.
2. Identificar el nivel de conocimiento de las usuarias posmenopáusicas sobre Climaterio.
3. Describir, desde el enfoque biopsicosocial, las diferentes situaciones que atraviesan las usuarias posmenopáusicas en el área sexual.
4. Establecer las actitudes de las usuarias posmenopáusicas respecto a su sexualidad.



Marco Teórico:

Habitualmente se utilizan indistintamente términos como menopausia y climaterio. El Comité Científico de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aconseja estas definiciones:

Menopausia: Es el cese permanente de las menstruaciones como consecuencia de la pérdida de la función ovárica. Es la última regla y se presenta, en promedio, entre los 47 y 50 años de edad en diferentes poblaciones, su diagnóstico sólo puede hacerse en forma retrospectiva cuando ha transcurrido un año de amenorrea. ^{2. Op. Cit. Páginas # 29-30.}

Premenopausia o climaterio: Es el término que abarca desde el período inmediatamente anterior a la menopausia, cuando empiezan las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y clínicas, orientativas de que se aproxima la menopausia, y dura como mínimo hasta el primer año siguiente a ésta. Es un concepto que abarca la transición de la edad fértil a la no fértil.

Posmenopausia establecida: Es el período que comienza a partir de la menopausia, pero no puede confirmarse hasta cumplir los siguientes 12 meses de amenorrea (falta de regla). Es un concepto que sólo puede delimitarse retrospectivamente.

Otros términos utilizados habitualmente son:

Menopausia natural: Es la que ocurre de forma espontánea, por el envejecimiento gradual del ovario.

Menopausia artificial: Es la provocada por la extirpación quirúrgica de los ovarios o por su destrucción secundaria a mecanismos físicos o químicos.

Menopausia precoz: La que ocurre antes de los 45 años.

Menopausia tardía: La que ocurre después de los 55 años.

Fisiología del climaterio

La palabra climaterio procede del griego Klimakteer (escalón, cambio drástico). Se produce por el cese de la función ovárica, implicando una brusca reducción en la producción de estrógenos. Es un proceso progresivo que se inicia mucho antes que se evidencien manifestaciones clínicas. ^{21.op. cit. páginas 1-6}



Premenopausia

- Ciclos regulares y acortados a expensas de la fase folicular que aparece sobre los 40 años.
- Cambios endocrinos: incremento de la Hormona Folículo Estimulante; en la menopausia aumenta también la Hormona Luteinizante (LH). En esta fase no hay variación en la producción de estrógenos.

Perimenopausia

- Disminuye el número de ciclos ovulatorios, que se hacen irregulares, alternándose ciclos ovulatorios con otros no ovulatorios.
- Aumento de los niveles de gonadotropinas: FSH y la LH. Los niveles de estrógenos son variables.

Posmenopausia

- Los folículos dejan de producir hormonas debido a que los niveles de estrógenos y progesterona son casi inapreciables. Suben los niveles de andrógenos de forma que el cociente entre estrógenos /andrógenos se modifica y pueden aparecer signos de hirsutismo.
- Los niveles de FSH ascienden hasta el agotamiento folicular y se estabilizan al año de la posmenopausia. La LH se estabiliza en los primeros meses tras la menopausia.

Manifestaciones clínicas

El déficit de estrógenos da lugar a diversos síntomas;

- A corto plazo:
 - ✓ Alteraciones neurovegetativas con síntomas vasomotores de sofocos, sudoración, insomnio y parestesias. Estos síntomas aparecen aproximadamente en el 75% de las mujeres.
 - ✓ Alteraciones psicológicas: con bajo estado de ánimo, tendencia a la depresión y pérdida de memoria.
- A medio plazo: aparecen consecuencias en los órganos y tejidos dependientes de la producción de estrógenos.



- ✓ Alteraciones en el aparato genito – urinario: el déficit de estradiol produce una disminución en la turgencia tisular y la resistencia a la tracción. Hay receptores de estrógenos en la vejiga, trigono y uretra así como en los músculos del suelo pélvico y en la vagina.
- ✓ Los síntomas más evidentes son: incontinencia urinaria, urgencia miccional, infecciones de orina de repetición además de dispareunia por vaginitis atrófica.
- ✓ La calidad de vida de la mujer tiende a deteriorarse ya que pueden verse alteradas sus responsabilidades sociales.
 - A largo plazo: aparecen grandes consecuencias de cara a la salud.
- ✓ Las patologías más frecuentes son: osteoporosis, enfermedades cardiovasculares y alteraciones del Sistema Nervioso Central, como la disminución de las funciones cognitivas.
- ✓ El insomnio es otro de los síntomas frecuentes, en parte determinado por la disminución de estrógenos y por los sofocos nocturnos, por lo que mejora con el tratamiento de estrógenos. La acción de la terapia hormonal en atrofia urogenital intenta establecer de nuevo la impregnación estrogénica en grado similar al de la edad reproductiva. Dosis diarias de combinados estrogénicos, estrona, o estradiol transdérmico, son igualmente efectivos.^{21.op.cit páginas 1-6}

También se utilizan estas otras definiciones que resultan ser muy útiles para comprender el proceso completo:

Perimenopausia: Etapa del climaterio alrededor de la menopausia que comienza cuando aparecen los trastornos menstruales y endocrinos, y se prolonga hasta que puede asegurarse que realmente se presentó la menopausia, cuando ha transcurrido un año de amenorrea. Su duración es muy variable, dos a ocho años antes de la menopausia y un año posterior a ella. Algunos autores consideran esta etapa como transición a la menopausia o insuficiencia ovárica incipiente. ^{2. Op. Cit. Páginas #29-30}

Premenopausia: Parte del climaterio anterior a la Perimenopausia.

Posmenopausia: Tiempo del climaterio posterior al establecimiento de la menopausia.

El aparato urogenital no escapa al proceso general de envejecimiento, y el descenso progresivo de los estrógenos circulantes, debido a la insuficiencia ovárica propia del climaterio, se manifiesta con disfunciones urinarias y problemas genitales de infección y dispareunia.



El aparato urogenital es el sitio por excelencia donde el clínico, antes de conocer los receptores hormonales, encuentra cambios anatómicos y funcionales que alteran la actividad sexual de la mujer con el climaterio posmenopáusico.

Preocupaciones de la paciente sobre la menopausia:

Una amplia variedad de emociones suelen vincularse con cambios hormonales y corporales durante el proceso del climaterio.

La reacción de la paciente a la menopausia se puede ver afectada por otros factores, como estilo de vida y regulación genética del proceso del envejecimiento. La falta de fecundidad y de función menstrual que acompañan a la menopausia natural o quirúrgica puede tener un impacto sobre el sentido de bienestar de la mujer.

El médico debe ser sensible a la tensión emocional importante experimentada en potencia por estas pacientes, y encontrarse preparado para ofrecerle apoyo psicológico. Quizá se ignoren los signos sutiles de transición hacia la menopausia como un medio de negación para informar sus síntomas sorprendidos y potencialmente hormonales al médico que la atiende. A menos que pregunten de manera directa, muchos síntomas pueden pasar inadvertidos, lo que ocasionará retraso en el diagnóstico y tratamiento. ²⁰.

Op. Cit. Páginas 975-995

Terapia Hormonal de Reemplazo:

La terapia hormonal de reemplazo (THR) busca reestablecer “el ambiente” hormonal que se ha perdido, con la finalidad de aminorar y evitar las consecuencias inmediatas, mediatas y tardías propias del climaterio. (Ver figura 1).

Hay múltiples tipos de THR que pueden buscarse en estrógenos, progestágenos, o en combinaciones de ambos. Otros fármacos, como los andrógenos y los antiestrógenos, se han incluido dentro de la THR, pero no pueden ser considerados como terapias sustitutivas, ya que tales hormonas no son las que principalmente dejan de producirse.

Uno de los problemas más importantes es la aceptación y continuación de la THR. En diversos estudios, se ha destacado que 10% de las pacientes lo toman en forma intermitente, entre 20 y 30% nunca surten la receta, por otro lado, 80% de las que inician el tratamiento, lo suspenden a los 5 años.



El médico debe vigilar a la paciente y hacerla comprender los beneficios que recibe con la continuación del tratamiento, señalándole objetivamente los riesgos que corre, para evitar que genere miedos innecesarios.

También debe indicarle como percibirá la terapia y adecuar los esquemas para que los tolere, así como prevenirla sobre lo negativo de la propaganda de algunos laboratorios.

Ventajas

Las ventajas de la THR pueden considerarse a corto, mediano o largo plazos. A corto plazo, se encuentran la disminución o desaparición de los bochornos, el control de los trastornos menstruales, la mejoría en la libido, una mejor lubricación vaginal, la disminución del insomnio y la mejoría en el estado de ánimo. A mediano plazo, existe disminución en la pérdida de la masa ósea. ^{2. Op. Cit. Página 248-260}

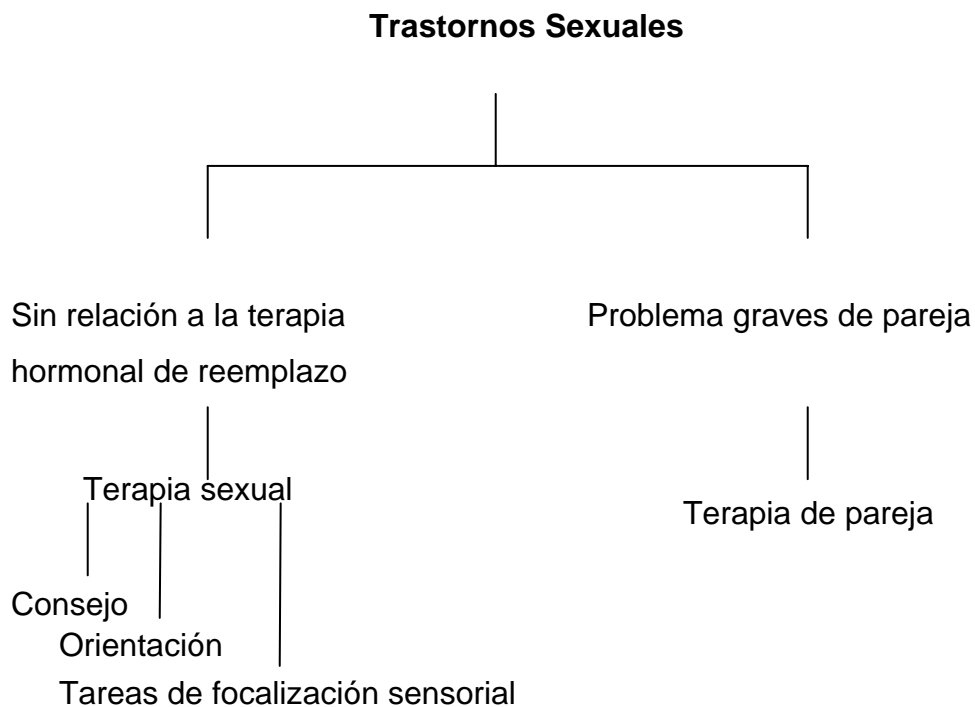


Figura 1: Tratamiento de los trastornos sexuales. ^{2. Op. Cit. Página #. 327.}



Disfunciones sexuales

Se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales.

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), disfunción sexual debido a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada. ⁹
Op. Cit. Páginas # 546-551

Los factores causativos en las dificultades sexuales de una mujer pueden ser orgánicos, por dificultades en sus relaciones interpersonales o psicológicos. Las causas orgánicas incluyen lesiones o deficiencias constitucionales en el sistema sexual, desequilibrio hormonal, trastornos del sistema nervioso, inflamación o lesiones de los órganos sexuales internos o externos y zonas aladañas, así como el uso excesivo de medicamentos y el proceso normal del envejecimiento.

Las causas más comunes y más importantes de la disfunción sexual femenina son las psicológicas, y típicamente problemas emocionales como la vergüenza, la culpabilidad, y el temor.

En las mujeres que tienen pensamientos conflictivos acerca del sexo, los sentimientos eróticos originan ansiedad. ¹¹ Op. Cit. Página # 349

Otros factores responsables del estado sexual refractario de una mujer son múltiples y muy variados. Ella puede esperar dolor físico del coito y por lo tanto tenerlo. Puede también temer el rechazo o la condena de su amante. ¹⁰ Op. Cit. Página # 349



Trastornos Sexuales 10. Op. Cit .página #600-603

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

1. **Deseo:** Consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlos a cabo.
2. **Excitación:** Consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos; en el hombre son la tumescencia peneana y la erección, en la mujer son la vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina y la tumefacción de los genitales externos.
3. **Orgasmo:** 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 el hombre, existe la sensación inevitable eyaculatoria, que va seguida de la emisión de semen. En la mujer producen contracciones (no siempre experimentadas subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina. Tanto en el hombre como en la mujer el esfínter anal se contrae de manera rítmica.
4. **Resolución:** Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante ella los hombres son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un período de tiempo variable. Por el contrario, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi instantáneamente.



Subtipos:

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

- **De Toda la Vida:** Este subtipo indica que el trastorno sexual ha existido desde el inicio de la actividad sexual.
- **Adquirido:** Este subtipo indica que el trastorno sexual ha aparecido después de un período de actividad sexual normal.

Para indicar el contexto identificar si es:

- **General:** Indica que la disfunción sexual no se limita a ciertas clases de estimulaciones, de situaciones o de compañeros.
- **Situacional:** Indica que la disfunción sexual se limita a ciertas clases de estimulaciones, de situaciones o de compañeros. El patrón situacional específico de la disfunción puede ayudar a realizar el diagnóstico diferencial.

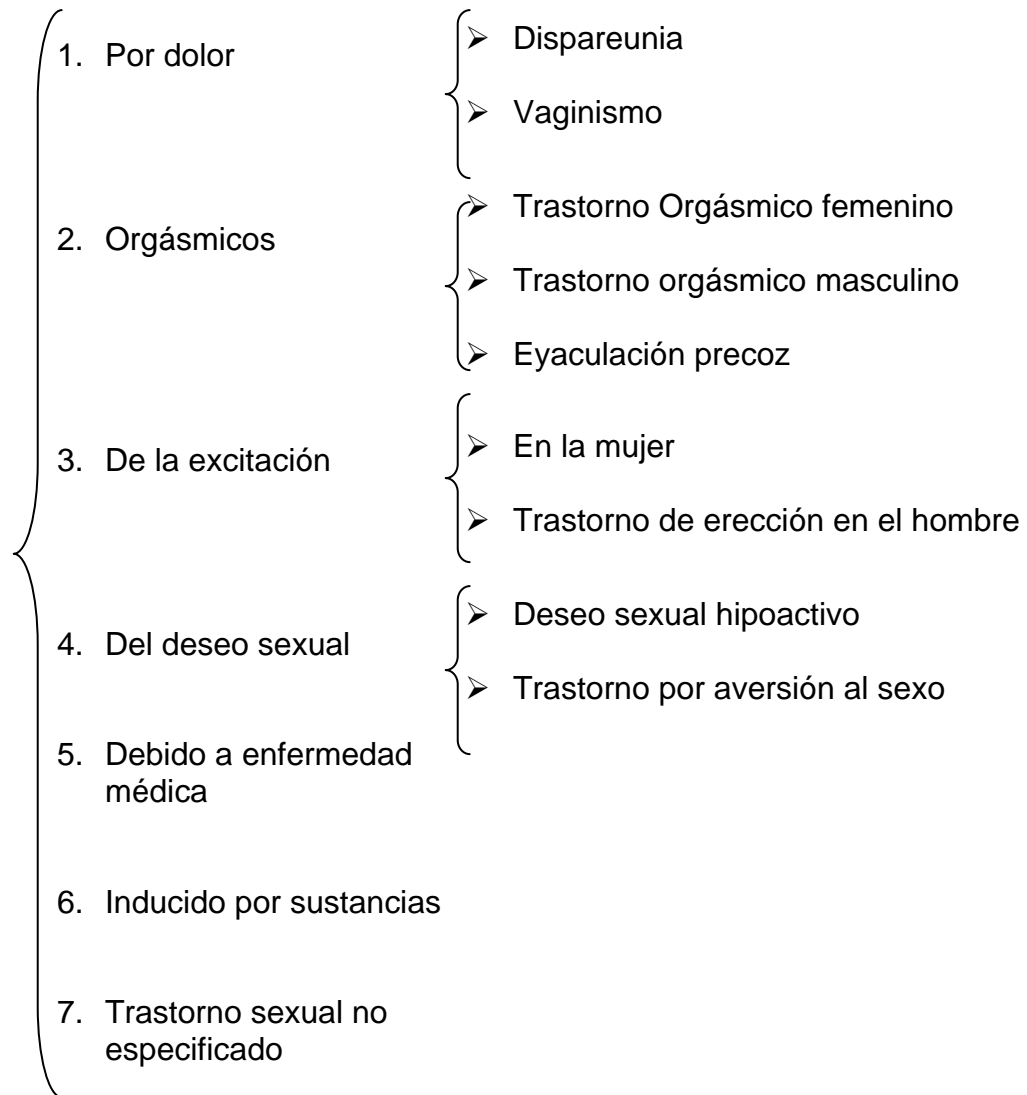
Para señalar los factores etiológicos, especificar: ^{10. Op. Cit. Página # 601}

- Debido a factores psicológicos, son de gran importancia en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia de trastornos, y las enfermedades médicas y las sustancias, no desempeña ningún papel en su etiología.
- Debido a factores combinados.
 1. Los factores psicológicos desempeñan un papel en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno.
 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.

Figura 2: Clasificación de los trastornos sexuales ^{10. Op. Cit. Página 608.}



Trastornos sexuales por dolor (en la mujer) ^{10.Op. Cit. Páginas # 621-623}

Dispareunia (no debida a enfermedad médica). (Ver figura 2).

- La característica esencial de este trastorno consiste en dolor genital durante el coito; puede aparecer también antes o después de la relación sexual.
Afecta tanto a hombres como a mujeres. El dolor puede describirse como superficial durante la penetración o como profundo ante los movimientos coitales.
- La intensidad de los síntomas comprende desde una sensación de leve malestar hasta un dolor agudo. Su curso tiende a ser crónico.

Subtipos: Señalar:

- Inicio (de toda la vida o adquirida).
- Contexto (general o situacional).
- Factores etiológicos (factores psicológicos o factores combinados).

Criterios para el diagnóstico de Dispareunia:

- a. Dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en hombres como en mujeres.
 - b. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
 - c. La alteración no es debida únicamente a vaginismo o a falla de lubricación, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto disfunción sexual) y no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas o fármacos) o una enfermedad médica.
-
- Especificar tipo:
De toda la vida.
Adquirido.
 - Especificar tipo:
General.
Situacional.



- Especificar:
Debido a factores psicológicos.
Debido a factores combinados.

Vaginismo (no debido a enfermedad médica) ^{10. Op. Cit. Páginas #623-625} (Ver figura 2.)

Su característica esencial es la contracción involuntaria de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos.

En algunas mujeres sólo la idea de la penetración vaginal puede producir un espasmo muscular. La contracción puede ser ligera (produciendo rigidez y malestar) hasta intensa (impidiendo la penetración).

Una vez aparecido el trastorno, el curso es generalmente crónico (vaginismo de toda la vida), a no ser que mejore con tratamiento. El vaginismo adquirido puede aparecer de repente, en respuesta a un trauma sexual o a una enfermedad médica.

El trastorno se establece a menudo durante las exploraciones físicas ginecológicas de rutina, cuando la respuesta al examen físico pélvico es la contracción de la abertura vaginal.

Subtipos: Indicar

- Inicio (de toda la vida).
- Contexto (general o situacional).
- Factores etiológicos (factores psicológicos o factores combinados).



Criterios para el diagnóstico de Vaginismo:

- a. Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina que interviene en el coito.
- b. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
- c. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (por ejemplo, trastorno de somatización) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.
 - Especificar tipo:
De toda la vida.
Adquirido.

 - Especificar tipo:
General.
Situacional.

 - Especificar:
Debido a factores psicológicos.
Debido a factores combinados.

El trastorno se establece a menudo durante las exploraciones físicas ginecológicas de rutina, cuando la respuesta al examen físico pélvico es la contracción de la abertura vaginal.

Subtipos: Indicar

- Inicio (de toda la vida).

- Contexto (general o situacional).

- Factores etiológicos (factores psicológicos o factores combinados).



Trastornos Sexuales Orgásmicos (en la mujer)

Trastorno Orgásmico Femenino (antes: Orgasmo Femenino Inhibido) 10. Op. Cit. Páginas # 613-616 (Ver figura 2).

La característica esencial del Trastorno Orgásmico Femenino, es una ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo de la mujer, después de una fase de excitación sexual normal.

El diagnóstico debe basarse en la opinión médica de que la capacidad orgásmica femenina es inferior a la correspondiente a la edad, la experiencia sexual y la estimulación sexual recibida. El trastorno orgásmico puede ser más prevalente en mujeres jóvenes

Subtipos: Señalar

- Inicio (de toda la vida).
- Contexto (general o situacional).
- Factores etiológicos (factores psicológicos o factores combinados).

Criterios para el diagnóstico del Trastorno Orgásmico Femenino

a. Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. El diagnóstico del Trastorno Orgásmico Femenino debe efectuarse cuando la opinión médica considera que la capacidad orgásmica de una mujer es inferior a la que correspondería por edad, experiencia sexual y estimulación sexual recibida.

b. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

c. El Trastorno Orgásmico Femenino no se explica mejor por la presencia de otro trastorno de Eje I (excepto otro trastorno sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas o fármacos) o una enfermedad médica.

- Especificar tipo:
De toda la vida.
Adquirido.



- Especificar tipo:
General.
Situacional.
- Especificar:
Debido a factores psicológicos.
Debido a factores combinados.

Trastornos de la Excitación Sexual^{10. Op. Cit. Páginas # 608-610} (Ver figura 2).

Su característica esencial es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la terminación de la actividad sexual.

Algunas pruebas sugieren que el Trastorno de la Excitación Sexual en la Mujer se acompaña a menudo de trastornos del deseo sexual y de Trastorno Orgásmico Femenino. La mujer que sufre este trastorno puede tener poca o nula sensación subjetiva de la excitación sexual. El trastorno puede provocar dolor durante el coito, evitación sexual y alteraciones de las relaciones sexuales y matrimoniales.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno de la Excitación Sexual en la Mujer

- a. Incapacidad, persistencia o recurrencia, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.
- b. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- c. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno de Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas o fármacos) o una enfermedad médica.
 - Especificar tipo:
De toda la vida.
Adquirido.
 - Especificar tipo:
General.
Situacional.
 - Especificar:
Debido a factores psicológicos.
Debido a factores combinados.



Trastornos del Deseo Sexual:

Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo^{10.Op. Cit. Páginas #603-606} (Ver figura 2).

Su característica esencial es la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual. El deseo sexual disminuido puede ser global y abarcar todas las formas de expresión sexual o, situacional y limitado a un/a compañero/a o a un actividad sexual concreta (por ejemplo, el coito, pero no la masturbación).

Existe poca motivación para buscar estímulos adecuados y una reducción de la frustración cuando se priva a estos individuos de la oportunidad de una relación sexual. Generalmente, estas personas no inician casi nunca la relación sexual y sólo la llevan a regañadientes, cuando es la pareja quien lo decide.

La edad de inicio para los individuos con deseo sexual hipoactivo de toda la vida es la pubertad. Con más frecuencia, el trastorno se presenta en la vida adulta en relación con malestar psicológico, acontecimientos estresantes o problemas interpersonales.

La pérdida del deseo sexual puede ser continua o episódica según los factores psicológicos relacionados.

Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo:

- a. Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual en forma persistente o recurrente. El juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo que afectan a la actividad sexual.
 - b. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en la relación interpersonal.
 - c. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas o fármacos) o una enfermedad médica.
- Especificar tipo:
De toda la vida.
Adquirido.



➤ Especificar tipo:

General.

Situacional.

➤ Especificar:

Debido a factores psicológicos.

Debido a factores combinados

Trastorno por Aversión al Sexo. ^{10 Op. Cit. Páginas # 606-608} (Ver figura 2).

Su característica esencial es la aversión y la evitación activa del contacto sexual genital con la pareja. El individuo sufre ansiedad, miedo o aversión al momento de intentar una relación sexual con otra persona.

La aversión al contacto genital se centra en algún aspecto particular del sexo (por ejemplo, secreciones genitales, penetración vaginal) algunos individuos muestran repulsión por todos los estímulos de tipo sexual (incluso besos y/o contactos superficiales).

La intensidad de la reacción de un individuo frente un estímulo aversivo puede ir desde una ansiedad moderada y ausencia de placer, hasta un malestar psicológico extremo.

Subtipos: Identificar

➤ Inicio (de toda la vida o adquirido).

➤ Contexto (general o situacional).

➤ Factores etiológicos (factores psicológicos o factores combinados).

Criterios para el diagnóstico de Trastorno por Aversión al Sexo

- a. Aversión extrema persistente o recidivante hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.
- b. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en la relación interpersonal.
- c. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual).



- Especificar tipo:
De toda la vida.
Adquirido.
- Especificar tipo:
General.
Situacional.
- Especificar:
Debido a factores psicológicos.
Debido a factores combinados.

Tratamientos (Ver figura 3).

Dispareunia

Dependiendo del cuadro psicossomático producido, se indica la abstinencia coital, el enfoque sensorial y la psicoterapia de apoyo asociada a la terapia conductual o a la psicoterapia cognoscitiva.

El tratamiento puede abarcar técnicas médicas y quirúrgicas, así como la psicoterapia, debido a la presencia de barreras emocionales.

Las razones que dan las mujeres para no consumar sus matrimonios se refieren a que tienen miedo al dolor durante el coito, sus opiniones negativas con respecto al acto sexual o que sus maridos tienen una alteración física o sexual.

A menudo, la educación sexual apropiada o el tratamiento psicoterapéutico pueden aliviar las preocupaciones que rodean al coito marital. ^{11. Op. Cit. Página # 356}

Vaginismo

El tratamiento de este trastorno psicossomático consiste en la psicoterapia dinámica breve, y de soporte durante las tareas como el uso de dilatadores vaginales con tamaños progresivos, en tres niveles, hasta alcanzar el uso de uno equivalente al del tamaño del pene. ^{10. Op. Cit. Página # 266.}

La fase general de las terapias sexuales está indicada. Algunas veces, un anestésico local aplicado a la vulva, vagina e himen antes de la penetración resulta fructífero para reducir o eliminar el dolor. El terapeuta puede explicar la causa del vaginismo y quizá demostrarle al marido que la inserción inclusive del dedo en la vagina espástica producirá un gran sufrimiento.



En otro enfoque se estimula a la mujer a que se relaje lo más que le sea posible, tanto mental como físicamente, y tomar un baño de tina prolongado. Durante la técnica terapéutica, la mujer analiza en detalle sus sensaciones y lo que significan para ella. Después se incluye al cónyuge en el tratamiento, se le instruye a que examine la abertura vaginal de su mujer con una buena iluminación, y que inserte en la abertura la punta lubricada de un dedo. Cuando no ocurren espasmos musculares hasta el punto, la pareja se encuentra lista para la primera penetración peneana. ^{11. Op. Cit. Página # 355}

Esta primera penetración es muy importante. El pene debe estar bien lubricado y el hombre lo inserta con lentitud, mientras la mujer guía. El pene descansa dentro de la vagina algunos minutos y luego, con lentitud, se extrae. Los esposos permanecen abrazados comunicándose amor y calor, y hablando acerca de la experiencia, en tanto aprenden lo que es posible para hacer la siguiente penetración más fácil y placentera. ^{11. Op. Cit. Página # 355.}

Disfunción orgásmica

La terapia sexual consiste en la psicoeducación a la pareja, y la recomendación de técnicas de autodescubrimiento y masturbación a las mujeres que acepten esta práctica. La fase general de las terapias sexuales está indicada. ^{10. Op. Cit. Páginas # 265-266.}

Al principio del tratamiento, la mujer anorgásmica debe aprender que es un orgasmo, para lo cual se le explicará meticulosamente cómo se integra la respuesta sexual. Deberá emplear toda su fantasía durante su autoestimulación, ensayando diversos trucos para que pueda provocar el orgasmo.

En ocasiones es de gran utilidad permitir que la estimulación sexual llegue a cierto punto, detenerla, dejar que desaparezca y luego empezar de nuevo. ^{11. Op. Cit. Página. #352}

Durante cualquier actividad de la cópula se recomienda que la pareja tome varias pausas y permanezcan abrazados, acariciándose uno al otro. Para tener placer sexual completo durante el coito es deseable, o inclusive necesario el cambiar de posición coital. ^{11. Op. Cit. Página #352}

Algunas mujeres que alcanzan el orgasmo coital prefieren aún así el vibrador, la estimulación manual, la estimulación bucal o la estimulación con el agua. Algunas otras gustan de la estimulación con crema de vainilla o de chocolate, pero la lógica para el uso de ambas es la misma. ^{11. Op. Cit. Página # 352.}



Trastornos del deseo sexual:

El tratamiento se orienta a la identificación de la causa de evitación, a una fase psicoeducativa, al uso de técnicas de reducción de la ansiedad, enfoque sensorial y la terapia conductual o cognoscitiva. La terapia psicosexual breve, la cual utiliza una combinación de elementos psicodinámicos y conductuales, por sus resultados rápidos, es recomendable.

La fase general de la terapia sexual, está también indicada. ^{10. Op. Cit. Página #265.}

Se recomienda a las mujeres con estos padecimientos la autoexploración y la masturbación, para que así despierten sus respuestas sexuales. Los terapeutas hacen énfasis en que las mujeres que no responden al estímulo sexual pueden aprender a comunicar sus sentimientos al respecto abiertamente y a usar técnicas de placer. ^{11. Op. Cit. Página # 350}

Puede recomendarse a la mujer que utilice la posición coital superior, y que contraiga su musculatura pélvica durante el acto sexual, para que se produzcan sensaciones eróticas. Las metas de las experiencias sexuales deben ser no exigentes y orientadas al placer y a disminuir los mecanismos de defensa. ^{11. Op. Cit. Página # 351}

Trastornos Sexuales

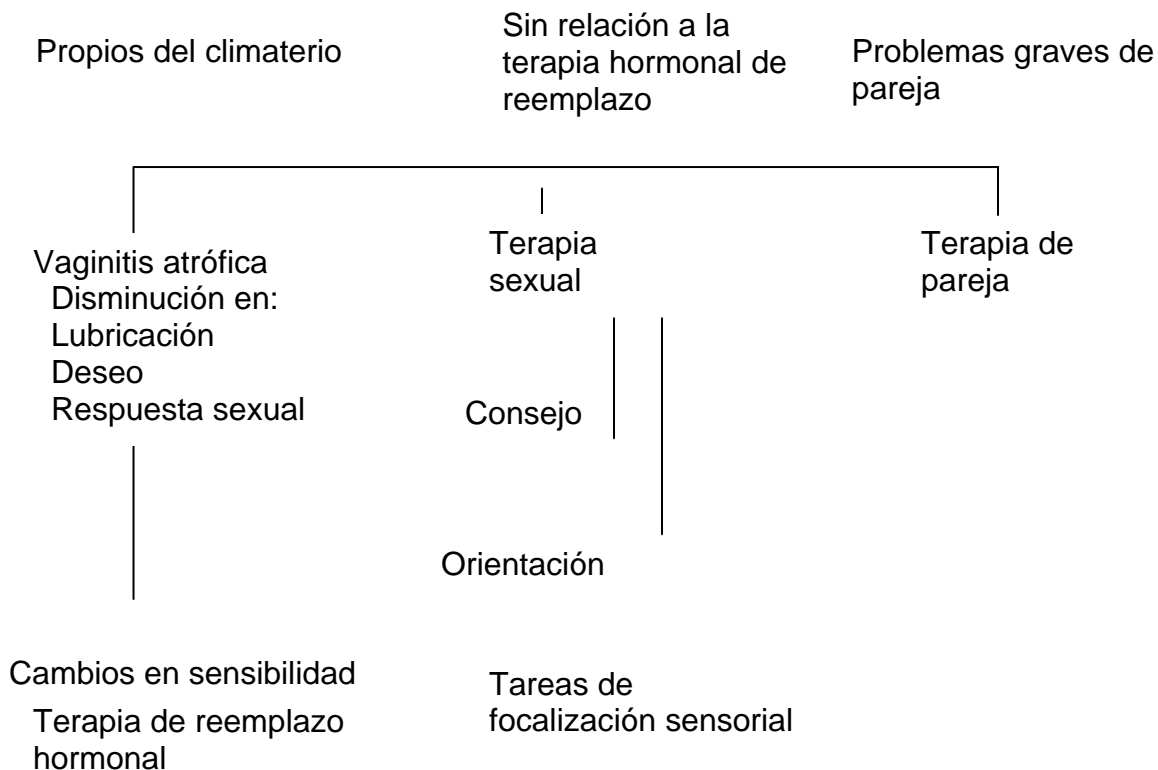


Figura 3: Tratamiento de los Trastornos Sexuales



Psicoterapias (Ver figura 3).

Terapia de Pareja: A veces se detecta que la problemática central está propiamente en el vínculo marital, de tal manera que predominan más bien las razones emocionales. Para darse en forma satisfactoria, la relación sexual habitualmente necesita un ambiente emocional cálido, aunque existen algunas parejas que mantienen relaciones sexuales gratificantes, con todo y que su vínculo se encuentre deteriorado.

No es raro que éste síntoma coincida con problemas sexuales en el varón, sobre todo en cuanto a su potencia, o bien con un desapego sexual de la pareja, motivado por una baja en el deseo sexual de él, o por desviar su interés hacia otro lado.

También es importante valorar la calidad afectiva de la relación, ya que en un vínculo donde predominan las hostilidades y los resentimientos, será difícil mantener una relación sexual satisfactoria. Otro factor extrínseco importante lo constituyen las expectativas socioculturales, que con respecto a la actividad sexual de la mujer de esa edad se tengan en la comunidad donde viven. 2. Op. Cit. Páginas # 320-324.

Dentro de los factores intrínsecos a considerar, son fundamentales los relacionados con la disminución en los niveles hormonales de estrógenos y andrógenos, así como lo puede ser la depresión, ya que una de las manifestaciones depresivas es la pérdida de la libido. Sin embargo, como los síntomas físicos pueden causar depresión, es muy probable que la falta de lubricación vaginal y la dispareunia, provoquen una confusión con respecto a los propios deseos y más bien un rechazo a cualquier actividad sexual, que resulta insatisfactoria y hasta dolorosa.

Por esto, es muy importante realizar una semiología sexual adecuada e investigar la presencia o ausencia de síntomas físicos en el área sexual, así como su intensidad; la frecuencia de deseo sexual, culmine o no en actividad sexual; la frecuencia y la calidad de la fantasía sexual; la frecuencia y variedad de la actividad autoerótica y heteroerótica, la presencia o no de órganos simples o múltiples en todas estas situaciones.

Sólo mediante un análisis cuidadoso, tanto de los factores extrínsecos como de los intrínsecos, será posible lograr una idea clara de cuál o cuáles son las causas que alteran las funciones sexuales de cada una de las personas y de este modo, encausar las propuestas terapéuticas. 2. Op. Cit. Páginas # 29-30.



Otro de los factores más frecuentes que afectan de manera especial la vida personal y de la relación de la climatérica es la disminución del deseo sexual. Se sabe que la disminución en las concentraciones de estrógenos circulantes provoca como consecuencia inevitable una vaginitis, que da por resultado dispareunia.

Hay muchos elementos que deben considerarse alrededor de este problema femenino, ya que la sexualidad es una amalgama de factores intrínsecos y extrínsecos. Un factor extrínseco básico a tomar en cuenta es la viabilidad de una pareja para la paciente.

Tratamiento de los Trastornos Sexuales: (Ver figura 3).

La sexualidad humana comprende al menos tres grandes áreas interdependientes entre si:

- Un componente anatomafisiológico
- Un componente psicocomportamental
- Un componente sociocultural

El primero se relaciona con los órganos sexuales y su funcionamiento, las pulsiones primarias y la respuesta sexual.

El segundo se refiere a la orientación e identidad de género, la conducta sexual y los sentimientos y emociones básicas relacionadas con la sexualidad.

El tercero tiene que ver con las ideas valores, usos y costumbres sexuales dentro de una sociedad determinada.

La conducta sexual humana, más que la simple expresión mecánica de lo instintivo, está determinada por la compleja interacción de múltiples factores individuales y extra individuales, está mediada por la relación con la pareja, por las circunstancias vitales y por el entorno social y cultural.

La sexualidad de cada ser se articula con otros factores de su personalidad, con su constitución biológica y con su imagen individual. Incluye la percepción de ser hombre o mujer y refleja las experiencias evolutivas de orden sexual a lo largo del ciclo vital. La forma de expresar la sexualidad representa un rasgo distintivo del sujeto.^{17. Op. Cit. Página295}

A menudo, las matrices de los aspectos sexuales y parasexuales son un reflejo de la relación general de la pareja. Las mismas luchas de poder, los mecanismos de defensa, la capacidad de intimidad o distanciamiento, las exigencias, las posturas sádicas o masoquistas, las actitudes infantiles o parentales, e incluso la misma aptitud para arruinar los goces propios o



del compañero en el preciso instante de su disfrute, pueden prevalecer también en el área sexual.

Una discordia grave, acompañada por lo común de una hostilidad básica, anula toda posibilidad de un buen funcionamiento sexual. En estas situaciones desafortunadas, se deben atender antes que nada, aquellos factores que crean la interacción global negativa. ^{2.} Op. Cit. páginas #29-30

Terapia sexual: Cuando las mujeres tienen antecedentes de una relación sexual satisfactoria previa, cuentan con un compañero sexual empático, no presentan alteraciones graves de la personalidad o una depresión clínica y no corresponden a la terapia hormonal de reemplazo, será necesario canalizarlas con un profesional en terapia sexual. Tal vez con el sólo hecho de explicar sus dudas y aflicciones y examinar sus actitudes y valores con respecto a su sexualidad actual, sea suficiente para tranquilizarlas y mejorar su acercamiento sexual.

De no ser así, se pueden emplear las técnicas descritas para el tratamiento de la frigidez, estas consisten básicamente en una terapia de pareja, que incluye ejercicios de focalización sensorial, estimulación genital y coitos sin exigencias. Estos ejercicios pretenden lograr, en un ambiente libre y relajado, la recuperación de la sensualidad y encontrar los tiempos, los estímulos y las formas necesarias que permitan a la mujer y a la pareja adaptarse con éxito a su nueva situación sexual.

El uso de lubricantes vaginales suele ser de gran utilidad para eliminar la dispareunia y facilitar las condiciones fisiológicas del coito.

En ocasiones, el hecho de lograr la cooperación de la pareja para afrontar las tareas sexuales con éxito mejora en forma importante de la relación misma al lograr placer, comunicación, intimidad y aumentar la autoestima de ambos.



Relaciones de pareja:

1. Enamoramiento y amor:

De acuerdo al Dr. M. Scott Peck (The Road Less Traveled), el amor es “la voluntad de extender el ser de uno mismo con el propósito de nutrir el crecimiento espiritual de uno mismo o de otra persona”.

Uno de los factores que distingue el “amor” de “lo que parece amor” es el propósito consciente o inconsciente del que ama o del que no ama.

Según Peck, el amor es un proceso circular: El amor cambia a aquel que ama en un proceso que se extiende a sí mismo, si lo logra con éxito se ha convertido en alguien con una existencia más amplia.

El acto de amor es siempre de autoevaluación; ambos en la pareja crecen. Al amar a otra persona, nuestro amor sólo se hace verdadero a través de la voluntad.

El amor no es enamorarse, cuando alguien se enamora siente que ama en una forma intensa a la otra persona. Pero dos problemas son de inmediato aparentes:

- Enamorarse es una inclinación sexual, una experiencia que sólo permite sentirnos enamorados cuando estamos sexualmente motivados.
- Enamorarse es, invariablemente, un fenómeno temporal.

No es que se deje de amar a la persona con la cual nos enamorarnos, pero el éxtasis siempre pasa, la luna de miel siempre termina.

En algunos sentidos, enamorarse es un acto de regresión. Emerger con el otro nos permite volver al tiempo en que estábamos con nuestras madres. Al sentir esta unión volvemos a vivir el sentimiento de omnipotencia.

Pero la falta de realidad de estos sentimientos es similar a la falta de realidad del niño de dos años que se siente dueño del mundo.

Y como la realidad vence las fantasías de omnipotencia del bebé, la realidad se impone de la misma forma y afecta a la pareja que se siente enamorada.



Tarde o temprano la voluntad individual se impone. Por ejemplo: él querrá tener sexo, ella no; él querrá ahorrar dinero en el banco, ella querrá gastarlo en una lavadora. Él simpatizará con sus amigos, pero ella no. Ambos comprenderán que no son uno.

De esta forma, las fronteras del ego regresan a su lugar. Ambos enamorados se “caen” del amor, se desenamorán. Y nuevamente son seres independientes que empiezan a disolver sus vínculos o a iniciar una verdadera relación amorosa.

Enamorarse: Es un colapso parcial y temporal de nuestros límites. El enamorarse tiene muy poco que ver con experiencias espirituales que permiten desarrollar el ser interior. ⁴ Enciclopedia Sexual Ilustrada. III Tomo Ediciones Alay. 1998. Páginas 33 – 39.

Peck considera que enamorarse podrá ser una respuesta genética determinada para incrementar las posibilidades de apareamiento que ayudan a la supervivencia de la especie humana, basándose en las características sexuales del enamoramiento, así el sentimiento nos tiene que proporcionar la ilusión de que va a durar para siempre, y la ilusión es alimentada por el mito del amor romántico (“por cada hombre joven en el mundo, hay una mujer ideal para él y viceversa”), lo que causa que grandes cantidades de individuos sufran por la imposibilidad de que sus vidas se conformen a la irrealidad del mito.

Por ejemplo: La Sra. A. se somete a su marido por el sentimiento de culpa. Dice: “Yo en realidad no amaba a mi marido cuando me casé con él. Yo no lo engaño, así que ahora no tengo por qué quejarme”.

La Sra. D., terriblemente deprimida, entra a la psicoterapia y dice: “No sé que me pasa, tengo un matrimonio perfecto, pero...” Sólo meses después puede aceptar que ya no está enamorada de su marido y que, sin embargo, esto no significa que ha cometido un terrible error”.

Incluso las parejas que deciden mantenerse juntas aun cuando ya no están enamoradas, se mantienen atadas al mito del enamoramiento. Creen que si actúan como si estuvieran enamorados tal vez el amor romántico regresará. Se apoyan en sus opiniones y asumen actitudes de solidaridad. Creen que la unidad es una señal de la relativa salud de su matrimonio.



2. Amor y dependencia:

En las relaciones de dependencia no hay elección ni libertad, por que el amor es el libre ejercicio de la decisión. Dos personas se aman a sí mismas sólo cuando son capaces de vivir la una sin la otra, sin embargo han decidido mantenerse juntas.

Peck define la dependencia como la incapacidad de un individuo para funcionar en forma adecuada si carece del activo cuidado y la atención constante de otra persona.

La dependencia en adultos físicamente sanos es patológica. Es la manifestación de una enfermedad mental o de un defecto.

3. La vía hacia el verdadero amor:

Al amar algo, introducimos una parte de ese objeto en nosotros mismos. Lo que transpira en el amor es un gradual crecimiento del propio yo, una gradual incorporación hacia dentro de un mundo exterior y una disminución y adelgazamiento de las fronteras de nuestro propio ego.

La atracción sexual y el amor, aunque pueden suceder simultáneamente, son fenómenos independientes. Hacer el amor no es un acto de amor. Sin embargo, el acoplamiento sexual y en especial el orgasmo, e incluso la masturbación, están asociados con la ruptura de las fronteras del ego y con el éxtasis, éste puede ser incrementado compartiéndolo con una persona que es amada.

La iluminación verdadera, el verdadero crecimiento espiritual, sólo puede ser alcanzado por el persistente ejercicio del verdadero amor.

4. El amor no exigente:

El psicólogo Abraham Maslow expuso que el ser humano jerarquiza sus necesidades en este orden:

- Necesidades Fisiológicas.
- Necesidades de Seguridad.
- Necesidades Amorosas.
- Necesidades de Estima.
- Necesidades de Realización.

Maslow explicó que cada necesidad exige ser llenada sólo cuando las antecedentes han sido satisfechas. La secuencia se cumple en ese orden durante las dos primeras décadas de la vida.



Las necesidades sexuales pueden volverse urgentes, antes que las amorosas, por que son puramente fisiológicas. Pero cuando las necesidades amorosas aparecen, tiende a acompañarse con las primeras y aquellas se transforman en una necesidad de recibir y dar, tanto bienestar físico como emocional.

El amor que comienza como exigencia de ser amado, con el transcurso del tiempo deviene, según Maslow, en amor no exigente, así ha propuesto distinguir esos tipos de amor entre el “amor deficiencia” (amor-D) y el “ser amor” (amor-S).

- Amor-D: Exige al compañero o compañera llenar un vacío o sanar una herida. Su motivación básica es el egoísmo.
- Amor-S: Es amor por el ser de otra persona, amor no exigente, no egoísta. Puede ser, por esa razón, gratificado y saciado.

El amante tipo S es quien realmente se preocupa por quien ama. Un importante aspecto de esta preocupación es querer que la otra persona se desarrolle y crezca como individuo.

El amante conservador no quiere que nada cambie en su relación; manifiesta así, una reacción irracional y egoísta, si bien comprensible, tras experimentar el éxtasis en la unión amorosa.

Otro concepto desarrollado por Maslow, resulta muy importante para comprender la relación entre amor y sexualidad: el de las “Experiencias Pico”, según él, estas experiencias pueden sobrevenir en circunstancias variadas y conllevan sentimientos de bienestar, unificación, totalidad e integración. Por ejemplo: una madre que amamanta a su bebé o un amante al momento de un orgasmo.

Psicólogos como Abraham Maslow y Wilhelm Reich nos han enseñado que el amor que se lleva a su culminación física (la cópula) es una experiencia que confiere a los seres humanos un sentido de plenitud y totalidad.⁴ Enciclopedia Sexual Ilustrada. III Tomo Ediciones Alay. 1998. Páginas 40 – 47.

5. Amor y comunicación:

5.1 Noviazgo:

El noviazgo debe ser, en rigor, una relación preparatoria del matrimonio. En la práctica se acepta, sin embargo, que puede ser una relación afectiva temporal y no conducir, necesariamente, al matrimonio.



El noviazgo puede ser una etapa vital en el aprendizaje amoroso. Cuando la relación afectiva se confirma, el trato y la comunicación en pareja se intensifican de forma tal que cuando las posibilidades del noviazgo son aprovechadas al máximo, la garantía del éxito matrimonial es considerable.

Lo mejor del noviazgo es que permite a los compañeros intimar y complementar sus necesidades afectivas e, inclusive, sexuales. Es importante que entre los novios haya comunidad de intereses, de ideales, de educación, cultura y compatibilidad sexual.

5.2 Preparación Matrimonial:

El matrimonio afecta tanto a la salud mental y física de los contrayentes como a su porvenir económico y social y al de sus hijos.

Entre los padecimientos que hacen poco recomendable la unión conyugal con una persona se cuentan los siguientes:

- Alcoholismo y Adicciones:

El alcohólico es un enfermo que debe seguir un tratamiento adecuado para curarse antes de optar por la vida matrimonial.

El impedimento se aplica a otras clases de adicción como en el caso de las drogas. Ninguna persona debe casarse antes de librarse de esos males.

- Homosexualismo:

Dado que uno de los fines del matrimonio es la procreación de la familia, las tendencias homosexuales no cumplen con ese fin, lo que lo vuelve una contradicción para el casamiento, viéndolo desde el punto de vista de casarse para procrear.

- Epilepsia:

No es un impedimento para el matrimonio si la enfermedad se controla con un tratamiento eficaz.

- Esquizofrenia y otros padecimientos mentales:

Son, en principio, una fuerte contraindicación para el matrimonio. La esquizofrenia tiende a presentarse en forma crónica, con temporadas agudas. La psicosis maniaco-depresiva es un caso menos serio, a pesar de su carácter generalmente hereditario, sus manifestaciones pueden controlarse mediante terapia.



5.3 Ensayos Prenupciales:

Nada perturba tanto las relaciones de pareja, sobre todo los matrimonios, como la ignorancia en materia sexual.

Es indiscutible que la cópula prematrimonial ayuda al éxito y la felicidad de los cónyuges. Los jóvenes no sólo deben aprender a amar, sino a hacer el amor. Si lo hacen antes del matrimonio es menos probable que surjan incompatibilidades sexuales en la pareja.

Lo anterior se prueba con los estudios que al respecto hiciera Kinsey, en los que encontró que las mujeres con experiencia sexual previa al matrimonio tenían más posibilidades de conseguir orgasmos con sus maridos.

Una persona que disfruta una vida sexual plena, sin problemas por sentimientos de culpa o frustración, puede concentrarse y funcionar con mayor eficacia en actividades no sexuales.⁴

Enciclopedia Sexual Ilustrada. III Tomo Ediciones Alay. 1998. Páginas 51 – 55.

6. La vida en pareja:

El encanto de la vida en pareja es frágil y para conservarlo hay que infundirle a la relación gentileza y cuidados.

Es una preocupación saludable de muchas parejas tratar de mantener su relación con el mismo entusiasmo y calor de los primeros años.

También, es comprensible que una relación sexual de muchos años lleve, en algún momento, a la saciedad.

En cuanto a la práctica sexual, la pareja debe, para mantener su relación viva, experimentar con los diversos estilos de cópula y tratar de introducir sorpresas, de tiempo en tiempo, en la relación íntima.

La rutina doméstica o laboral puede vencer a alguno o ambos miembros de la pareja, y esto es lo peor que puede suceder. Un hombre y una mujer que se aman y viven juntos deben estar siempre dispuestos a emprender actividades nuevas y reconfortantes.

Es normal que la vida en pareja lleve a la formación de un hogar, que debe procurar ser sólido y agradable, sobre todo si la pareja tiene hijos.

La comunicación y la colaboración son factores fundamentales para mantener una relación de pareja satisfactoria. Cuando algo va mal entre compañeros, no hay que callar la molestia ni asumir actitudes indiferentes, hay que buscar la causa del problema y tratar de solucionarlo juntos.



Hay que dejar bien claro algunas cosas sobre la relación sexual para prevenir decepciones que conducen, en los casos más graves, a la separación:

- El interés mutuo no se pierde si en la vida sexual entran variaciones satisfactorias y hay entrega total de ambos compañeros.
- Callar las insatisfacciones y los temores sólo conduce a las relaciones tensas o desgastadas. La pareja debe discutir abiertamente sus problemas y acudir a un especialista si fuese necesario.
- La edad no es inconveniente para disfrutar la sexualidad. Una práctica constante posibilita el goce erótico hasta edades muy avanzadas, una vez adaptado el cuerpo a los cambios que los años conllevan.
- Nunca debe permitirse que el acto sexual se convierta en algo rutinario. Esto ocasiona frustraciones e insatisfacciones que amenazan una relación de pareja. ^{4. Enciclopedia Sexual Ilustrada.}

III Tomo Ediciones Alay. 1998. Páginas 58 – 59.

7. El Matrimonio:

Es la unión legal, y a menudo sacramental, de dos personas para compartir su vida, sus bienes y formar una familia. En ella deben intervenir ocho elementos básicos:

- Comunicación: El matrimonio debería ser un diálogo, si consideramos la cantidad de tiempo que los esposos pasarán juntos.

Los contrayentes deben asegurarse, por otra parte, que pueden estar cómodos al compartir momentos en silencio. La conversación compulsiva suele no ser un deseo de comunicarse, sino una forma de encubrir el miedo al vacío.

- Afecto: No es suficiente con que dos personas sientan pasión recíproca para casarse. Deben gustarse en otros aspectos.

¿Dos enamorados deben o no demorar el momento de su unión sexual hasta descubrir si realmente se gustan como personas? Esto es importante, por que el amor erótico puede desarrollarse sin un vínculo afectivo entre los compañeros sexuales.

Una relación de pareja debe fundarse, primariamente, en el afecto, antes de que el apasionamiento anule toda capacidad de juicio.

- Intereses Compartidos: Hacer cosas juntos implica tener intereses compartidos. Esto puede existir antes del matrimonio y ser causa de la unión de la pareja. Tal condición se desarrolla, con mucha frecuencia, dentro del matrimonio, cuando un cónyuge adopta los intereses del otro.



Esto es necesario para que la comunicación pueda establecerse con respecto a esas preocupaciones y gustos compartidos.

- **Compatibilidad Sexual:** El buen acoplamiento erótico de una pareja complementará y fortalecerá los lazos afectivos que los llevaron a unirse.
- **Entusiasmo:** La vida y el matrimonio están para ser disfrutados, no meramente sobrellevados.

Tener este sentido vital es una cualidad invaluable en ambos compañeros.

Una pareja debe mantener un acercamiento entusiasta a la vida, y buscar y desarrollar nuevos medios de disfrutar juntos.

El Filósofo René Descartes estaría de acuerdo con mantener esta cualidad en el amor, pues decía: “Ser incapaz de entusiasmo es señal de mediocridad”.

- **Un acercamiento constructivo a los problemas:** Problemas, dificultades y tensiones surgen hasta en el mejor de los matrimonios. Si esos inconvenientes no son tratados con inteligencia y voluntad constructiva, pueden causar un serio daño a la relación.
- **Crecimiento Mutuo:** El crecimiento, el cambio y el desarrollo son necesarios para la vida. Esperar que la gente permanezca siempre igual, evidencia sentimientos de inseguridad e incapacidad de adaptación a un mundo cambiante. Los esposos hallarán deleite en el crecimiento y desarrollo del otro cónyuge. 4. Enciclopedia Sexual Ilustrada. III Tomo Ediciones Alay. 1998. Páginas 60 – 63.

- **Juegos Sexuales:** La herencia recibida a través de los primeros años, la acumulamos para bien o para mal. Al llegar a adulto y buscar pareja a fines de las exigencias personales, los juegos sexuales se convierten en intereses de conquista solamente en la primicia, es decir novios, amantes, o en los primeros años de pareja, después se convierten en situaciones molestas y aburridas, monótonas y sin valores, ni criterios, generalmente es el hombre el que cambia los primeros criterios, ya que la mujer mantiene la ilusión y la fantasía con su pareja y cuando se da cuenta que ya se perdió la “chispa del juego sexual” ha pasado mucho tiempo y cambiado su carácter y su sensibilidad, convirtiéndose en insatisfecha y dolorosamente frustrada, y inhibiéndose total o parcialmente al acto sexual.



En general esa situación, genera grandes cambios en la sociedad, como por ejemplo: infidelidad, hijos sin hogar, suicidio, violencia, rencores, odios y frustraciones, que generan en algunos de su propio género, por lo tanto, es una sociedad viciada y con muchos errores, que desprotegen el desarrollo del primer grupo social, como es la familia. Procuremos no ver los Juegos Sexuales como anticipo del acto sexual, si no como la base de mantener el ejemplo del amor y la unidad en la pareja con fantasía, creatividad, respeto y meta. ^{12. Op. Cit. Página 93.}

Tal vez con el sólo hecho de explicar sus dudas y aflicciones y examinar sus actitudes y valores con respecto a su sexualidad actual, sea suficiente para tranquilizarla y mejorar sus acercamientos sexuales.

En ocasiones, el hecho de lograr la cooperación de la pareja para afrontar las tareas sexuales con éxito mejora en forma importante la relación misma, al lograr placer, comunicación, intimidad y aumentar la autoestima de ambos. Lo anterior permite preparar el terreno para afrontar otro tipo de problemas que la pareja pueda tener y que, eventualmente, se encubran con el distanciamiento sexual. ^{2. Op. cit. página.#326}

Es importante tener claro que en esta edad, la vivencia anterior de la sexualidad influye en la actual, y si esta, se ha vivido sólo como una influencia biológica, como una carga, o como una culpa, o si el cúmulo de experiencias negativas, han empobrecido el desarrollo de la sexualidad, la persona por ende, rechazará o inhibirá el deseo placentero del desarrollo sexual normal humano.

Sin embargo, si la sexualidad se ha vivido como algo placentero, creativo y digno de ser compartido, los problemas eventuales de esta etapa serán resueltos satisfactoriamente y la sexualidad seguirá su curso normal, aunque los encuentros, cantidad o frecuencias sexuales, se hallan disminuido. Eso no significa que se han perdido las facultades de erección o vitalidad orgásmica, si no que se están dando cambios biológicos importantes en nuestra naturaleza, más reposados y estos deben estar a la par de lo psicológico, para no caer en desesperanza, ansiedad o frustraciones de decadencia. ^{12. Op. Cit. Páginas 52 – 53}



Diseño Metodológico

Tipo de Estudio: Cual-cuantitativo.

Área de Estudio: Centro de Salud Perla María Norori, ubicado en el Reparto Emir Cabezas, correspondiente a la zona sur-oeste de la ciudad de León.

Universo: 62 consultas ginecológicas de usuarias posmenopáusicas hechas durante los meses de Marzo, Abril y Mayo del año 2005.

Población: 37 usuarias posmenopáusicas atendidas en consulta ginecológica.

Método de Recolección de datos: Se elaboró una lista de pacientes de 50 a 70 años a partir de las usuarias encontradas en la hoja de registro de consulta del médico ginecólogo del centro de salud, quien autorizó y facilitó el acceso a estos registros. Se tomaron en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y sesgos para mejorar la confiabilidad del estudio.

Criterios de Inclusión:

- Usuarias posmenopáusicas que asisten a consulta ginecológica en el centro de salud Perla María Norori de la ciudad de León (área urbana) en el período comprendido de Marzo a Mayo de 2005
- Que tengan vida sexual activa.
- Que el informante clave no tenga vínculo familiar con las usuarias.
- Usuarias que reciban o recibieron Terapia Hormonal Sustitutiva (**THS**).

Criterios de Exclusión:

- Todas las usuarias que no asistan a consulta ginecológica en el centro de salud Perla María Norori y que pertenezcan al área rural de la ciudad de León.
- Vida sexual inactiva.
- Todas las usuarias que acudieron antes y después de los meses de Marzo, Abril y Mayo, 2005.

Sesgos:

Deben tomarse en cuenta algunos aspectos para garantizar la confiabilidad del estudio; entre estos tenemos:

- El estado de salud de las usuarias, ya que algunas padecen traumas o enfermedades que no les permiten reunirse con facilidad o trasladarse.
- La formación de las usuarias, lo que podría facilitar la creencia en mitos o informaciones erróneas transmitidas por otras personas (padres, familiares y amistades), que convierten muchos aspectos sobre el tema en tabú, lo que dificultaría la libre expresión de opiniones.
- Las dificultades para la localización de las usuarias, debido a direcciones inexistentes o domicilios no conocidos, lo que retrasaría considerablemente el proceso investigativo.



- El factor tiempo, ya que las usuarias realizan actividades que demandan gran parte de horarios hábiles durante la semana, debiéndose modificar los días y horarios de reunión para adecuarlos a la agenda de las usuarias y del grupo de investigación.
- Las usuarias que tengan vínculos familiares; podría limitar la información obtenida.



Consideraciones Éticas

Se utilizó la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; específicamente los siguientes principios:

1. La investigación Biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente.
2. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.
3. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos.
4. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.
5. Se deben tomar las precauciones adecuadas y disponer de las instalaciones óptimas para proteger (al sujeto implicado) de las posibilidades, incluso remotas, de lesión, incapacidad o muerte.
6. Evitar dos extremos, presentar tecnicismos que obstaculicen la claridad informativa, o el excesivo detalle en la información, que lejos de aclarar puede asustar y alejar, produciendo angustia o desesperación.
7. El investigador debe mantener la mayor confidencialidad, pues es difícil predecir cómo interpretarán o utilizarán otros las respuestas de los sujetos consultados.



Procedimiento

Se localizaron las direcciones de las 37 usuarias que constituyen la población, utilizando sus expedientes, a partir de eso, se encontraron 10 usuarias sin número de expediente y 3 sin domicilio conocido.

Localizadas las usuarias restantes (24), se acudió a cada domicilio y se presentaron los investigadores, informándoles sobre cómo se obtuvieron sus datos (nombre y dirección), se les explicó brevemente sobre los objetivos de la presente investigación. Se solicitó, entonces, su autorización para entrevistarlas, destacando que su participación era totalmente voluntaria y que la información obtenida sería confidencial y utilizada sólo para fines investigativos.

Además se les entregaron dos cartas, una de presentación y otra para solicitar consentimiento, si aceptaban la entrevista (3 rechazaron ser entrevistadas), leídas las cartas, firmaban el consentimiento informado.

Se realizaron 21 entrevistas, pero 5 fueron descartadas, pues se descubrió, en el transcurso de la entrevista, que 5 usuarias no cumplían con uno de los criterios de inclusión.

Una vez recopilada la información obtenida en las entrevistas, se procedió a la planificación y organización del grupo focal sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en la esfera sexual de usuarias posmenopáusicas atendidas en consulta ginecológica.

Se tomaron en cuenta elementos como:

- ❖ Accesibilidad al lugar, privacidad, horario (adecuado y consensuado con las usuarias).
- ❖ Autorización para grabar en audio-cassette y anotar. (Se les explicó la función del escribano y el moderador, así como la del facilitador y sobre la importancia que tenía guardar la información que allí se obtuviera, para un mejor análisis posterior).

Se elaboró una guía metodológica en la que se incluían varios aspectos en los que era necesario profundizar:

- ❖ Conocimientos sobre Climaterio.
- ❖ Calidad de la relación de pareja y prácticas de la sexualidad
- ❖ Actitudes hacia la posmenopausia y hacia la sexualidad.



Además se elaboró una lista de invitación al grupo focal, tomando en cuenta dos factores básicos:

- a.) Usuaris con vida sexual activa.
- b.) Deseo de participación voluntaria.

Se invitó a las usuarias escogidas por escrito y además se les solicitaba su firma para la hoja de recibo de invitación una vez que les fue entregada dicha invitación. Del total de usuarias convocadas (16) dos de ellas no desearon participar, dos restantes acusaron no poder asistir en la fecha propuesta, de forma tal que se esperaba un total de 12 participantes. Sin embargo, en la fecha prevista y a la hora indicada se presentaron únicamente 8 usuarias, quienes participaron gustosamente y facilitaron valiosa información.

Plan de Análisis: Se utilizaron dos técnicas para la recolección de datos:

- a) Una entrevista semi-estructurada donde se recogieron variables como:
 - Datos Generales (edad, estado civil, escolaridad y ocupación).
 - Conocimientos sobre Climaterio.
 - Relación de pareja.
 - Evaluación emocional y psicológica.

- b) Un grupo focal cuya guía metodológica abordaba aspectos como:
 - Conocimientos sobre Climaterio.
 - Calidad de la relación de pareja.
 - Prácticas de la Sexualidad.
 - Actitudes hacia Sexualidad y Posmenopausia.

Para el procesamiento y análisis de los datos obtenidos en la entrevista se utilizó el programa estadístico Epi Info y se elaboraron tablas con los resultados para su mejor comprensión.

En el análisis del grupo focal se utilizaron las cintas de audio y las anotaciones hechas para obtener los datos más relevantes producto de la discusión hecha en el grupo y contrastar así algunos aspectos importantes.



Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Escala
Datos Generales	Información general de la usuaria que permita identificarla y localizarla de forma eficaz y rápida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombres y apellidos. 2. Edad. 3. Dirección. 4. Estado civil. 5. Escolaridad. 6. Ocupación.
Conocimientos de las usuarias sobre Climaterio.	Información de las usuarias en lo relativo a su condición actual y a la identificación de síntomas y/o afectaciones del proceso climatérico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Hace cuántos años tuvo usted su último período menstrual? 2. A continuación se mencionarán algunos síntomas físicos. ¿Cuáles ha padecido usted con más frecuencia? 3. Si marcó una o más de las opciones anteriores, ¿Acudió al médico para contrarrestar los malestares? 4. ¿Su médico le ha prescrito algún tratamiento para contrarrestar los malestares? 5. ¿Ha recibido o está recibiendo terapia hormonal sustitutiva (T.H.S)? 6. ¿Ha obtenido usted información sobre Climaterio de alguna de las siguientes fuentes?



		7. ¿Considera usted que tiene los conocimientos suficientes sobre Climaterio?
Relación de pareja.	Forma en que se desarrolla la interacción entre ambos en la intimidad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo encuentra usted sus relaciones sexuales? 2. ¿A qué le llama usted una relación sexual satisfactoria / insatisfactoria? 3. ¿Cuántas veces ha tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses? 4. ¿Cuándo tuvo esas relaciones hubo satisfacción? 5. ¿Alcanzó el orgasmo durante esas relaciones? 6. ¿Ha experimentado algún tipo de actividad sexual? 7. ¿Ha tenido usted alguna de estas dificultades? 8. Si ha tenido alguna dificultad de las mencionadas anteriormente, ¿Ha asistido al médico y se lo ha comentado? 9. ¿Considera usted que tiene los conocimientos necesarios sobre la práctica de su sexualidad?



<p>Evaluación Emocional y Psíquica.</p>	<p>Afectaciones en la esfera emocional y del estado de ánimo de las usuarias y su repercusión en la relación con su pareja y en su vida cotidiana.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál de los siguientes estados de ánimo ha experimentado usted? 2. A continuación mencionaremos una lista con algunos sentimientos, ¿Con cuál se identifica más? 3. ¿Cómo encuentra usted, sentimentalmente, si relación de pareja? 4. ¿A qué le llama usted una buena o mala relación sentimental con su pareja? 5. Si marcó una o varias de las últimas cuatro preguntas, ¿le sería de alguna ayuda ser atendida por un psicólogo? 6. ¿Cómo es su actitud respecto a la posmenopausia? 7. ¿Cómo es su actitud con respecto a la práctica de su sexualidad?
---	--	--



Matriz de Descriptores

Criterios de Análisis según el marco de referencia.	Componente 1	Componente 2	Componente 3
Criterio 1	¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las usuarias posmenopáusicas sobre Climaterio?	¿Cuáles son las diferentes situaciones que atraviesan las usuarias posmenopáusicas en la esfera sexual?	¿Cómo es la actitud de las usuarias con respecto a la posmenopausia y a la sexualidad?
Criterio 2	¿Sufren las usuarias posmenopáusicas malestares físicos característicos del proceso, están informadas al respecto?	¿Las relaciones sexuales que sostienen las usuarias son o no satisfactorias?	¿Qué sentimientos expresan las usuarias a causa de las afecciones sufridas en este proceso? ¿Las afectan o no?
Criterio 3	¿Han recibido atención médica para superar los molestares físicos? ¿Han recibido o no terapia Hormonal Sustitutiva?	¿Qué tipo de malestares físicos se han presentado al iniciar o mantener un contacto sexual (dolor, disminución de deseo, irritación y / o ardor vaginal)?	¿Cómo es su estado de ánimo, afecta la calidad de sus contactos íntimos y la comunicación con su pareja?



Matriz de Obtención de Información

Descriptor por Objetivos específicos	Fuente	Técnica	Instrumento
¿Cuál es el nivel de conocimiento de las usuarias tienen sobre el Climaterio?	Informante clave y usuarias posmenopáusicas.	Entrevista. Grupo focal. Observación.	Entrevista semi –estructurada. Guía para el grupo focal.
¿Cuáles son las diferentes situaciones que atraviesan las usuarias posmenopáusicas dentro de la esfera sexual?	Usuarias Posmenopáusicas.	Entrevista. Grupo Focal. Observación.	Entrevista semi –estructurada. Guía para el grupo focal.
¿Cómo es la actitud de las usuarias posmenopáusicas con respecto a la posmenopausa y la esfera sexual?	Usuarias Posmenopáusicas.	Entrevista. Grupo Focal. Observación.	Entrevista semi –estructurada. Guía para el grupo focal.



Resultados

- Entrevista:

- I. Datos Generales:

Las edades de las usuarias posmenopáusicas oscilan entre los 50 y los 66 años, siendo la media de 55 años. (Ver Anexos, cuadro nº 1).

Respecto al estado civil de las usuarias se encontró que:

El 56.25% son acompañadas, un 37.5% son casadas; y el 6.25% se encuentran separadas, aunque, actualmente están reiniciando relación con un nuevo compañero. (Ver Anexos, cuadro nº 2).

El nivel de analfabetismo es del 31.25%, sin embargo, 8 de las 16 usuarias entrevistadas tienen un nivel de escolaridad primario (50%); se encontró, en un porcentaje menor (12.5%), la formación técnica y el nivel de secundaria alcanza un total equivalente al 6.25% de las entrevistadas. (Ver Anexos, cuadro nº 3).

La ocupación de las usuarias se distribuye en un 87.5% para las amas de casa y un 12.5% son costureras. (Ver Anexos, cuadro nº 4).

- II. Conocimientos de las usuarias sobre climaterio:

En este apartado se encontró que:

En igual porcentaje (43.75%), las usuarias tienen un período de 1 y 10 años, respectivamente, de haber experimentado su último período menstrual y solamente el 12.5% de ellas lo vivió hace cinco años. (Ver Anexos, cuadro nº 5).



Las usuarias manifiestan sentir malestares propios de los síntomas físicos que se experimentan durante el climaterio: el 75% de las usuarias sufren insomnio, un 62.5% de las mujeres consultadas mencionaron cefalea y dolores musculares; los bochornos se presentan en un 56.2% de las entrevistadas, el 50% de las usuarias sufre parestesias, el 43.7%, sudoración. Las palpitaciones se manifiestan en el 37.5% de las usuarias consultadas y un 25% padece resequedad vaginal; sin embargo, 12.5% de las usuarias señalaron no sentir ninguno de estos síntomas físicos. (Ver Anexos, cuadro nº 6).

El 75% de las usuarias ha recibido tratamiento ginecológico para contrarrestar los diferentes malestares físicos y el restante 25% no ha tenido esa atención (Ver Anexos, cuadro nº 7); lo que contrasta con el resultado obtenido al consultarles sobre el uso de Terapia Hormonal Sustitutiva (THS), ya que el 56.25% de las usuarias dijeron que no la han utilizado y solamente el 43.8% afirmó utilizarla o haberla utilizado. (Ver Anexos, cuadro nº 8).

El 93.75% de las usuarias ha obtenido información acerca del climaterio a través de familiares y amistades. El 50% han sido informadas por médicos y trabajadores de la salud; el 31.25% se ha informado por medio de la radio o la televisión y el 25% a través de medios escritos (revistas o periódicos). (Ver Anexos, cuadro nº 9).

III. Relación de Pareja:

El 68.75% de las consultadas refirió que sus relaciones sexuales son satisfactorias, un 31.25% de ellas afirmó lo contrario. (Ver Anexos, cuadro nº 10).

En las relaciones satisfactorias un 31.25% de las mujeres lo afirmó así por que se sienten complacidas, el 25% se sienten comprendidas, y comparten igual valor porcentual la buena comunicación y la buena condición física (6.25%).(Ver Anexos, cuadro nº 11).

Por el contrario, en las relaciones insatisfactorias, los malestares físicos tienen la mayor incidencia con el 12.5%, el 6.25% de las usuarias señala la mala comunicación y en igual porcentaje (6.25%) señalan la falta de privacidad, la disminución del deseo sexual y sólo complacer al compañero. (Ver Anexos, cuadro nº 11).

En lo relativo a la frecuencia de encuentros sexuales de las usuarias posmenopáusicas, el 37.5% lo practica una vez al mes, el 31.25% una o dos veces al mes; dos o tres veces por semana el 18.75% y en un 12.5% sólo una vez por semana. (Ver Anexos, cuadro nº 12).



Las usuarias refieren sentirse satisfechas después de una relación sexual siempre, para el 31.25% de los casos; e igualmente, alguna vez y muy raras veces (31.25% ambos); un restante 6.25% manifestó no sentirse satisfecha nunca. (Ver Anexos, cuadro nº 13).

En contraste, el 43.75% de las usuarias posmenopáusicas dijo haber alcanzado el orgasmo algunas veces y un 31.25% de ellas muy raras veces. A pesar de ello, un 18.75% de las encuestadas manifestó que siempre lograban el orgasmo y un 6.25% afirmó que nunca habían logrado llegar al orgasmo. (Ver Anexos, cuadro nº 14).

La mayoría de las usuarias (87.5%) tienen como única actividad sexual las de tipo heteroerótico, el 43.75% tienen sueños o fantasías y ninguna (0%) tiene actividad de tipo autoerótico. (Ver Anexos, cuadro nº 15).

Las dificultades sexuales que enfrentan las usuarias son el ardor vaginal en el 62.5% de los casos, la disminución del deseo sexual se presentó en un 50% de las entrevistadas, un restante 43.7% mencionó padecer irritación vaginal y un mínimo 6.25% no padece ninguna dificultad. (Ver Anexos, cuadro nº 16).

Aunque todas las usuarias acuden a consulta ginecológica, solamente el 43.7% afirmó comentarle al médico sobre las dificultades en las relaciones sexuales y el 56.25% respondió que no se lo han comentado al médico. (Ver Anexos, cuadro nº 17).

IV. Evaluación Emocional y Psíquica.

Los estados de ánimo que prevalecen en las usuarias durante el climaterio son:

Para el 81.25% de las entrevistadas, irritabilidad y nerviosismo, estado de ánimo depresivo en 75% de las usuarias consultadas y para el 37.5% la dificultad de concentración y el 31.25% de las usuarias experimentan ansiedad. (Ver Anexos, cuadro nº 18).

El 62.5% de las usuarias posmenopáusicas entrevistadas experimentan sentimientos de desesperanza, el 50% de las consultadas padece sentimientos de inutilidad, en igual porcentaje (43.75%) incompetencia e inseguridad, pero sólo el 31.25% de ellas refieren sentimientos de frustración y únicamente el 6.25% de las consultadas no se identificaron con ninguno de los sentimientos mencionados. (Ver Anexos, cuadro nº 19).



Las usuarias consultadas valoran su relación sentimental como buena (62.5%) por que hay comunicación, comprensión, confianza y respeto; mientras el 37.5% la valora como mala por causa de la infidelidad, abandono y falta de apoyo. (Ver Anexos, cuadro nº 20).

Al preguntarles si desean recibir atención psicológica, el 56.25% de las usuarias desean ser atendidas y el 43.75% de las usuarias dijo que no les gustaría ser tratadas. (Ver Anexos, cuadro nº 21).

La actitud de las usuarias hacia la posmenopausia es indiferente para el 43.75% de ellas e igual porcentaje afirma inclinarse hacia la actitud negativa (43.75%), mientras el 12.5% manifestó poseer una actitud positiva. (Ver Anexos, cuadro nº 22).

El 50% de las usuarias entrevistadas manifestó tener una actitud indiferente hacia la práctica de su sexualidad, el 37.5% mostró una actitud positiva y sólo el 12.5% expresó tener una actitud negativa. (Ver Anexos, cuadro nº 23).

- Grupo focal:

Las usuarias posmenopáusicas manifestaron que los síntomas que más padecen son: nerviosismo (**“El nervio me daba cólera”**), cefalea (**“Me duele mi cabeza, me duele el cerebro”**), parestesias (**“Se me dormía la mitad del cuerpo”**, **“Yo sí, me dan adormecimientos”**) dolores musculares (**“Me duele el cuerpo”**), insomnio (**“Yo no dormí toda la noche”**) y sofocos (**“Se me baja de paso la presión, se me baja y se me sube, siento unos fogazos”**, **“A veces siento unos fogazos en los pies”**) y son más agudos por la mañana, principalmente los dolores musculares y cefalea.

Otro aspecto abordado fue el uso de la Terapia Hormonal Sustitutiva (THS), la mayoría comentó que no la utiliza debido a diferentes factores, por un lado el factor económico, lo cual les dificulta el acceso a la misma y por el otro el rechazo al tratamiento alegando lo siguiente: **“Produce cáncer de mamas”** **“Me hace subir de peso”**. Sin embargo las que si la utilizan expresaron que sí les ha ayudado a disminuir algunos malestares como el insomnio, cefalea y dolores musculares así como mejorar su estado anímico (**“Me ayudó bastante”**).

Respecto a la información que tienen sobre el climaterio, la mayoría expresaron que ha sido transmitida a través de familiares y amistades así como por el médico, refiriendo que para ellas climaterio es: **“Una enfermedad del mismo cuerpo que te ataca tus debilidades”**, **“Una etapa normal de la vida que a algunas las afecta más que a otras de acuerdo a su metabolismo”**, **“la Menopausia es todo eso que se te acaban tus días y eso; dan ganas de llorar, aunque no le hagan nada... uno se siente como agredido”**, **“Yo no lo considero una enfermedad, es algo normal en nosotras las mujeres, es como cuando nos viene la regla”**.



Acerca de la relación de pareja la consideran satisfactoria, ya que hay buena comunicación, respeto, y sobretodo comprensión. Sin embargo al ahondar en la parte íntima admitieron que sí se han visto afectadas por los malestares que se presentan antes y durante la relación sexual, dentro de los que más se destacan tenemos: disminución del deseo sexual (“**Ya somos unas mujeres gastadas, por parir y por estar con tu marido**”) y ardor vaginal (“**Como un chile, era una chistata...**”) lo que por ende les lleva a disminuir la frecuencia y el nivel de satisfacción sexual, además cabe recalcar que la parte emocional se ha visto afectada principalmente por estados de ánimo depresivos, nerviosismo e irritabilidad.

Expresaban que: “**Todo me da ganas de llorar**”, “**Por nada lloro**” “**Yo no puedo ver cosas emocionantes por que lloro**”. Así como también manifestaron sentimientos de inutilidad, desesperanza y frustración “**Ya no sirvo para nada**”, “**Ya estoy gastada**”.

Al indagar sobre cómo ha influido en sus vidas la posmenopausia, la mayoría mostró una actitud indiferente a esta etapa (“**No estaba preparada, pero ni modo**”), otras, de acuerdo al nivel de información que tenían, eran más positivas (“**Yo no lo tomo como una enfermedad, el doctor dijo que hay que sobrellevarla**”; “**El médico dijo que no sería grave**”), sin embargo, algunas manifestaron actitudes negativas (“**Me ha causado muchos problemas, le pido al Señor que no vaya a perder mi paciencia**”).

En lo relativo a la actitud de las usuarias acerca de la práctica de su sexualidad, igual se obtuvieron diferentes respuestas, unas mostraron una actitud indiferente (“**No tuve ningún cambio... el hombre siempre desea**”), también se observó que la actitud negativa predominaba en algunas de las usuarias, ya que en vez de mejorar, empeoró, pues disminuyó el deseo, o señalan a la edad como un obstáculo (“**No me da deseo**”, “**ahora dormimos separados, como hermanitos**”, “**Ya no estoy para eso, estamos gastadas**”).

La actitud positiva fue manifestada por las usuarias al referir que podían continuar con su vida sexual normalmente, pues se sentían bien con su pareja, y deseaban estar con ellos (“**Si no es grave, si eso dice el médico, todo normal**”, “**Como lo desea el hombre, lo desea la mujer también**”).



Discusión

Las mujeres de este estudio, refieren que padecen algunos malestares físicos propios del proceso (parestesias, cefalea, insomnio, dolores musculares, bochornos) y comentaban sentir mayor incomodidad por las mañanas durante una semana (aproximadamente), lo que confirma lo expuesto por S. Carranza Lira: “En la posmenopausia se presentan una serie de cambios en todo el organismo provocado por el hipoestrogenismo, lo que genera signos y síntomas de diferente intensidad”.^{10. Op. Cit. Pág.19}

También afirmaron no saber lo suficiente sobre el climaterio y sobre la práctica sexual, lo que afecta su actitud, gran parte de las entrevistadas mostró una actitud negativa e indiferente; lo cual consideramos que se debe al nivel socioeconómico y la información que tienen al respecto; esto se refuerza con lo expuesto en la teoría psicosocial sobre factores etiológicos del proceso menopáusico citado por Yepes y Toro: “A su vez, el nivel educativo y los factores socio económicos influyen sobre la experiencia en la menopausia, se ha observado que las mujeres menopáusicas con menor educación y de niveles socioeconómicos más bajos presentan mayor frecuencia e intensidad de los síntomas durante la menopausia que las mujeres que viven en condiciones más ventajosas”.^{11. Op. Cit. Págs. 321-322}

Aunque todas las usuarias entrevistadas conocen la Terapia Hormonal Sustitutiva (THS), la mayoría no la utiliza por diversas razones. Una de ellas es el factor económico, ya que debido a su condición socioeconómica y teniendo en cuenta el costo del tratamiento, es muy difícil iniciarlo y mantenerlo. Otro de los factores importantes es el rechazo al uso de la THS, ya sea debido a creencias erróneas que producen temor o por los efectos secundarios que generan los tratamientos hormonales. En términos populares, “le temen más al remedio que a la enfermedad”.

De acuerdo a la literatura “la Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) proporciona una mejor calidad de vida a la mujer al controlar los síntomas molestos como bochornos y atrofiaciones genitales como la sequedad vaginal e incrementa los niveles de colágeno disminuyendo los cambios drásticos en la piel, beneficio que se verá reflejado en un mejoramiento de la autoestima de la mujer”.^{7.Op Cit. Pág.13-14 .}



Las usuarias se han visto afectadas por diferentes dificultades en el área sexual, tanto físicas (ardor vaginal y disminución del deseo sexual) como emocionales (nerviosismo e irritabilidad, estado de ánimo depresivo y dificultad de concentración), lamentablemente, el temor y la pena hacen que la mayoría no se lo comente a su médico, ni a su pareja y es entonces que la vida sexual, en vez de mejorar, empieza a decaer, hasta llegar al desinterés.

Las relaciones sexuales las consideran satisfactorias, aunque la frecuencia es mínima (una vez al mes) para la mayoría.

“La capacidad de la mujer no se pierde con la edad, sólo disminuye la intensidad en el mismo modo que otras funciones vitales”⁷.Op Cit. Pág.13, por eso, “cuando una mujer aprende a conseguir el orgasmo, es poco frecuente que pierda la capacidad, a no ser que exista una comunicación sexual pobre, problemas de relación con la pareja, un acontecimiento traumático”.⁸.Op. Cit. Págs.613-616

Las usuarias manifestaron tener una buena relación sentimental con su pareja, pues existe comunicación, comprensión, confianza y respeto. Además expresaron que les sería de gran ayuda ser atendidas por un psicólogo para mejorar su relación de pareja y dificultades emocionales. Según la Enciclopedia Sexual Ilustrada “la mujer se encuentra muy vulnerable ocasionando una fuerte ansiedad y depresión con la llegada de los cambios hormonales y factores psicológicos como el miedo a envejecer”.¹⁴ Op Cit. Págs.50-51 Para Yepes y Toro “casi toda mujer experimenta un periodo depresivo relacionado con la pérdida del potencial reproductivo”.². Op. Cit. Pág.322



Conclusiones

A pesar de la escasa formación académica de la mayoría de las usuarias posmenopáusicas consultadas, éstas son capaces de elaborar (de forma muy sencilla) con sus propias palabras el concepto del climaterio, aunque no distinguen sus etapas, para ellas existe la menopausia solamente.

Las usuarias posmenopáusicas son capaces de identificar signos y síntomas característicos del proceso climatérico y de la última de sus etapas, por ejemplo: insomnio, cefalea, dolores musculares, bochornos, parestesias, palpitaciones, entre otros.

Los conocimientos han sido adquiridos a través de los mensajes que reciben de los distintos medios de comunicación (radio, televisión, revistas, o periódicos) y de las breves orientaciones o aclaraciones hechas por parte de los médicos. También han obtenido información por parte de familiares y amistades.

Las usuarias que no utilizan Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) expresaron agudización de los síntomas físicos. La mayoría no la utiliza por causas de distinta índole (económica y cultural).

Las usuarias se han visto afectadas en el área sexual de forma física (ardor vaginal y disminución del deseo sexual) y emocional (nerviosismo e irritabilidad, estado de ánimo depresivo y dificultad de concentración).

Indudablemente, todos los elementos señalados anteriormente (nivel sociocultural, malestares físicos y emocionales, el aspecto económico, los problemas de pareja) determinan la actitud negativa de las usuarias hacia el climaterio y la indiferencia en lo que respecta a la práctica sexual.



Recomendaciones

A la Facultad de Ciencias Médicas:

1. Exponer los resultados de este estudio a la Escuela de Psicología, con el fin de diseñar un plan de intervención en coordinación con la dirección de la carrera, e implementarlo en Centros de Salud y Hospitales, de tal manera que las mujeres posmenopáusicas puedan recibir una atención integral en base su estado Físico-Emocional y los estudiantes de Psicología la posibilidad de practicar y ayudar a la comunidad desde un centro asistencial.

Al Ministerio de Salud Pública: (Programas de atención a la mujer y de Educación):

1. Desarrollar talleres educativos en los Centros de Salud y Hospitales, que brinden los conocimientos necesarios (físicos y psicosexuales) a las usuarias acerca del climaterio, permitiéndoles enfrentar de manera más saludable y satisfactoria esta etapa de su vida.

2. Facilitar la atención terapéutica para fortalecer la autoestima a nivel individual y de pareja, así como los grupos de auto ayuda, lo cual les permitirá a las usuarias expresar las dificultades que enfrentan durante este proceso.

3. Brindarle capacitaciones al personal médico en Hospitales y Centros de Salud, donde se les proporcionen las herramientas necesarias para el abordaje integral a las usuarias.

A las Usuarias posmenopáusicas:

1. Comentar a su médico cualquier malestar físico o emocional ligado al Climaterio, no deben temer, ni avergonzarse, es un período normal, y el médico está capacitado para comprender y atender cualquier problemática física o bien puede referirle para que reciba atención emocional si ese fuese su caso.

2. Intente dialogar y compartir con su pareja cualquier dificultad que enfrente, es mejor buscar soluciones que guardar incomodidades.

3. Acuda siempre a su consulta ginecológica programada, es más fácil atenderle si se lleva un control y seguimiento de su condición climatérica.



Referencias Bibliográficas

1. Benson. Manual de Ginecología y Obstetricia. Mc.Graw Hill.10 edición.2003.
2. Carranza Lira Sebastián, MD. Atención Integral del Climaterio. Mc Graw-Hill Interamericana. 2002.
3. Enciclopedia Sexual Ilustrada. II Tomo Ediciones Alay. 1998.
4. Enciclopedia Sexual Ilustrada. III Tomo Ediciones Alay. 1998
5. Gindín, León Roberto, Dr. Centro de Educación, Terapia e Investigación en Sexualidad. (C.E.T.I.S.) articulo 8 de Abril / 2004 .consulta 10 Junio de 2005.
6. Gaerria Trespalacios doctor Jaime, Hernán Vélez, A., William Rojas, M., Jaime Borrero R., Jorge Rastrope M., Ricardo José Toro Greiffenstein, Luis Eduardo Yepes Roldán. Conducta Sexual, Trastornos Sexuales y de la Identidad de Género. Fundamentos de Medicina “Psiquiatría”. Corporación para Investigaciones Biológicas (C.I.B.) Medellín, Colombia. 2004.
7. Hendelson M. Patricia. Qualitative Research for Health Programmes. Division of Mental Health. World Health Organization. Geneva. 1994.
8. Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos, Baptista Lucio, Pilar. Metodología de la Investigación. 2º edición. Mc Graw-Hill. Impreso en México .Mayo 2001.
9. Lugones Botell, Miguel, Valdés Sánchez, Sagli y Pérez Pinero, Julia. Climaterio Familia y Sexualidad. Revista cubana de Medicina General Integral volumen 15 número 2 Marzo – Abril 1999.
10. Lezcano R.T., Rodríguez R., Gonzáles, Ferrer J. Estudios de los Trastornos Psíquicos y Somáticos que inciden en el climaterio. Revista Cubana de Medicina General Integral. Volumen 9 número 2. 1993.
11. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV. T.R) Editorial Masson 2002.
12. McCary, J. L. Manual Moderno Sexualidad Humana. 5ta Edición. 1996.
13. Molina Cabezas, Eudilia. La Pareja y lo que no se dice del Sexo. 1ª edición Managua. Fondo Editorial CIRA. 2000.
14. Novak Edmundo R., Tratado de Ginecología. Mc.Graw Hill, 13ª edición. 2003.



15. Piñeiros, M, Rodríguez, C. Perfil comparativo de dos grupos de mujeres menopáusicas alrededor de factores asociados con su sintomatología. Tesis de Pregrado. Colombia. 1999.
16. Somner Bárbara, Somner Robert. La investigación del comportamiento, una guía práctica con técnicas y herramientas. Oxford University México S.A. de C.V. 1ª edición en español. 2001.
17. Toro, Ricardo José, Yepes, Eduardo. Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. 4ª edición. Corporación para Investigaciones Biológicas (C.I.B.), Medellín, Colombia. 2004.
18. Toro, Ricardo José, Yepes, Eduardo. Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. 3ª edición. Corporación para Investigaciones Biológicas (C.I.B.), Medellín, Colombia. 2000.
19. Zárate A., Mc.Gregor C., Menopausia y Cerebro. Aspectos Psicosexuales y Neurohormonales de la mujer Climaterica. México D.F., Trillas 1997.
20. www.laprensa@.com.ni/2003/mayo26. Suplementos Comerciales –Artículos- Climaterio: antesala de una vida más plena. De la (ANCYM). consulta 16 julio de 2005.
21. www.menopausia.com Menopausia, Dr. Caballero Pelegrín. Artículo. Consulta 4 julio 2005.
22. [www.durg-lauab .es/miembros/icf/ECI/Helsinki.pdf](http://www.durg-lauab.es/miembros/icf/ECI/Helsinki.pdf). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Consulta 2 junio 2005.



ANEXOS

ENTREVISTA

La presente entrevista tiene por objeto obtener información valiosa sobre aspectos específicos referidos a algunas dificultades en la esfera íntima en mujeres posmenopáusicas. Han sido formuladas muy respetuosamente y no pretenden ofender o incomodar a ninguna entrevistada. Agradecemos de antemano su colaboración.

I. Datos generales

1. Nombre y Apellido: _____
2. Edad: _____
3. Dirección: _____
4. Estado Civil:
 - 4.1 Acompañada: _____
 - 4.2 Casada: _____
 - 4.3 Viuda: _____
 - 4.4 Separada: _____
5. Escolaridad:
 - i. Analfabeta: _____
 - ii. Primaria: _____
 - iii. Secundaria: _____
 - iv. Técnica: _____
 - v. Universitaria: _____
6. Ocupación: _____

II. Conocimientos de las usuarias posmenopáusicas sobre el proceso climatérico

1. ¿Hace cuántos años tuvo usted su período menstrual?
 - i. 1 año _____
 - ii. 5 años _____
 - iii. 10 años _____
2. A continuación se mencionarán algunos síntomas físicos. ¿Cuáles ha padecido usted con más frecuencia?
 - i. Bochornos _____
 - ii. Sudoración _____
 - iii. Palpitaciones _____
 - iv. Cefalea _____

- v. Insomnio _____
- vi. Dolores musculares _____
- vii. Resequedad Vaginal _____
- viii. Parestesia _____
- ix. Ninguno _____
- x. Otros _____

3. Si marcó 1 o más de las opciones anteriores ¿Acudió al médico para contrarrestar los malestares?

- i. Si _____
- ii. No _____

4. ¿Su médico le ha prescrito algún tratamiento para contrarrestar los malestares?

- i. Si _____
- ii. No _____

5. ¿Ha recibido o está recibiendo terapia hormonal sustitutiva?

- i. Si _____
- ii. No _____

6. ¿Ha obtenido usted información sobre posmenopausia de alguna de las siguientes fuentes?

- i. Médicos o trabajadores de la salud _____
- ii. Familiares y amistades _____
- iii. Revista o periódicos _____
- iv. Radio o Televisión _____

7. ¿Considera usted que tiene los conocimientos suficientes sobre Climaterio?

- i. Si _____
- ii. No _____

III. Relación de pareja

1. ¿Cómo encuentra usted sus relaciones sexuales?

- i. Satisfactorias _____
- ii. Insatisfactorias _____

2. ¿A qué le llama usted una relación sexual satisfactoria o insatisfactoria?

3. ¿Cuántas veces ha tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses?

iii. 1 vez por semana _____

iv. 2 ó 3 veces por semana _____

v. 1 ó 2 veces al mes _____

vi. 1 Vez al mes _____

vii. Otro _____

4. ¿Cuándo tuvo esas relaciones hubo satisfacción?

i. Siempre _____

ii. Alguna Vez _____

iii. Muy raras veces _____

iv. Nunca _____

5. ¿Alcanzó el orgasmo durante esas relaciones?

i. Siempre _____

ii. Alguna Vez _____

iii. Muy raras veces _____

iv. Nunca _____

6. ¿Ha experimentado otro tipo de actividad sexual?

i. Autoeróticas (usted misma) _____

ii. Heteroeróticas (con su pareja) _____

iii. Sueños o fantasías sexuales _____

7. ¿Ha tenido usted alguna de estas dificultades?

i. Dolor durante la penetración _____

ii. Disminución del deseo sexual _____

iii. Irritación vaginal _____

iv. Ardor vaginal _____

8. Si ha tenido alguna dificultad de las mencionadas anteriormente. ¿Ha asistido al médico y se lo ha comentado?

i. Si _____

ii. No _____

9. ¿Considera usted que tiene los conocimientos necesarios sobre la práctica de su sexualidad?

i. Si _____

ii. No _____

IV. Evaluación Emocional y Psíquica

1. ¿Cuál de los siguientes estados de ánimo usted ha experimentado?

i. Estado de ánimo depresivo _____

ii. Ansiedad _____

iii. Irritabilidad y nerviosismo _____

iv. Dificultad de concentración _____

2. A continuación mencionaremos una lista con algunos sentimientos que se presentan en el climaterio. ¿Con cuál se identifica más?

i. Sentimiento de frustración _____

ii. Sentimiento de culpa _____

iii. Sentimiento de inutilidad _____

iv. Sentimientos de desesperanza _____

v. Sentimientos de incompetencia _____

vi. Sentimientos de inseguridad _____

vii Ninguno _____

3. ¿Cómo encuentra usted sentimentalmente su relación de pareja?

i. Buena _____

ii. Mala _____

4. ¿A qué le llama usted una buena o mala relación sentimental con su pareja?

5. Si marcó una o varias de las 4 últimas preguntas. ¿Le sería de alguna ayuda ser atendida por un psicólogo?

i. Si _____

ii. No _____

6. ¿Cómo es su actitud con respecto a la posmenopausia?

i. Positiva _____

ii. Negativa _____

iii. Indiferente _____

7. ¿Cómo es su actitud con respecto a la práctica de su sexualidad?

i. Positiva _____

ii. Negativa _____

iii. Indiferente _____

Firma _____

GUÍA METODOLÓGICA / GRUPO FOCAL

I. Síntomas y Malestares - Conocimientos

1. Lista de síntomas: Se identificaron con la mayoría. ¿Qué otros malestares se presentaron aparte de los mencionados?
2. ¿En qué momento del día eran más frecuentes? ¿Cuánto duraban? (horas, días, semanas).
3. ¿A qué atribuían los malestares?
4. ¿Visitaban al médico a causa de los malestares?
5. ¿A alguna de ustedes se le recomendó Terapia Hormonal Sustitutiva?
6. ¿Alguna de ustedes me puede decir en que la ha ayudado la Terapia Hormonal Sustitutiva? ¿En qué les ha afectado?
7. ¿Por cuánto tiempo la han usado?
8. ¿Qué palabras usarían para describir que es menopausia y posmenopausia?

II. Relación de pareja:

1. En una parte de la entrevista se abordó el tema de la relación de pareja y se les preguntó cómo encontraban sus relaciones sexuales con su pareja, a lo que la mayoría respondió que satisfactoria:

Me gustaría que me hablaran sobre lo que para ustedes es satisfactorio.

2. Se les preguntó si habían tenido dificultades durante la relación sexual. Antes de visitar al médico, ¿a qué atribuían estas dificultades?

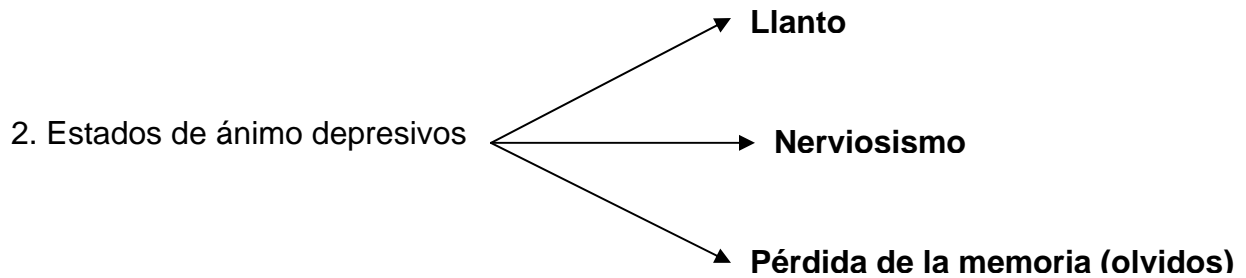
3. ¿A qué atribuyen ustedes la disminución del deseo sexual?

4. ¿Qué cambios han observado con respecto a su relación de pareja a partir de que se les retiró su período menstrual?

5. ¿Qué palabras utilizarían para describir una buena / mala relación de pareja?

III. Evaluación Emocional:

1. Actualmente, ¿Cómo es su estado de ánimo?



3. ¿Cómo ha afectado este estado de ánimo su relación de pareja y su vida familiar?

4. ¿Qué elementos creen ustedes que afectan o perjudican la relación de pareja?

IV. Conocimientos y Actividades:

1. ¿Sabían ustedes si la posmenopausia les traería dificultades en sus contactos sexuales y con su pareja?

2. Ustedes señalaron en la entrevista que su actitud respecto a la posmenopausia es positiva, negativa o indiferente, ¿Qué les hace pensar de esta forma?

Tablas de Resultados:

Cuadro nº 1: Edades de las usuarias posmenopáusicas:

Edad	Frecuencia	Porcentaje
50-55	11	68.75%
56-61	3	18.75
62-67	2	12.5
Total	16	100.0%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.

Cuadro nº 2: Estado civil de las usuarias.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Acompañada	9	56.25%
Casada	6	37.5%
Separada	1	6.25%
Total	16	100.0%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.

Cuadro nº 3: Nivel de escolaridad de las mujeres posmenopáusicas:

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	5	31.25%
Primaria	8	50%
Secundaria	1	6.25%
Técnica	2	12.5%
Total	16	100.0%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.

Cuadro nº 4: Ocupación:

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	14	87.5%
Costurera	2	12.5%
Total	16	100.0%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.

Cuadro nº 5: Ausencia de Períodos Menstruales:

Ultimo Período	Frecuencia	Porcentaje
Diez años	7	43.75%
Cinco años	2	12.5%
Un año	7	43.75%
Total	16	100.0%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.

Cuadro nº 6: Síntomas Físicos que experimentan las Usuarias:

Síntomas Físicos	Frecuencia	Porcentaje
Insomnio	12	75%
Cefalea	10	62.5%
Dolor Musculares	10	62.5%
Bochornos	9	56.2%
Parestesia	8	50%
Sudoración	7	43.7%
Palpitaciones	6	37.5%
Resequedad Vaginal	4	25%
Ninguno	2	12.5%
Otros	2	12.5%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.

Cuadro nº 7: Tratamiento Ginecológico:

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Sí	12	75%
No	4	25%
Total	16	100.0%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.

Cuadro nº 8: Uso de Terapia Hormonal Sustitutiva:

Terapia Hormonal Sustitutiva.	Frecuencia	Porcentaje
Sí	7	43.8%
No	9	56.25%
Total	16	100.0%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM

Cuadro nº 9: Fuentes de adquisición de información sobre climaterio.

Información	Frecuencia	Porcentaje
Médicos y Trabajadores de la Salud	8	50%
Familiares y Amistades	15	93.75%
Revistas o Periódicos	4	25%
Radio o Televisión	5	31.25%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM

Cuadro nº 10: Relaciones Sexuales:

Relaciones Sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Satisfactorias	11	68.75%
Insatisfactorias	5	31.25%
Total	16	100.0%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.

Cuadro nº 11: Consideraciones que tienen las usuarias posmenopáusicas sobre su relación de pareja (satisfactoria/insatisfactoria):

SATISFACTORIA	Frecuencia	Porcentaje
Buena comunicación.	1	6.25%
Buena condición física.	1	6.25%
Complacida.	5	31.25%
Comprendida.	4	25%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.

INSATISFACTORIA	Frecuencia	Porcentaje
Mala comunicación	1	6.25%
Malestares físicos	2	12.5%
Satisfacerlo sólo a él	1	6.25%
Falta de privacidad	1	6.25%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.

Cuadro nº 12: Frecuencia de la práctica sexual de las mujeres posmenopáusicas.

Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje
Dos o tres por semana	3	18.75%
Una o dos veces al mes	5	31.25%
Una vez al mes	6	37.5%
Una vez por semana	2	12.5%
Total	16	100.0%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias

Cuadro nº 13: Nivel de satisfacción de las usuarias posmenopáusicas en sus relaciones sexuales.

Hubo Satisfacción	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	5	31.25%
Alguna vez	5	31.25%
Muy raras veces	5	31.25%
Nunca	1	6.25%
Total	16	100.0%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias.

Cuadro nº 14: Durante la práctica sexual de las usuarias, se llegó al orgasmo:

Orgasmo	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	3	18.75%
Algunas veces	7	43.75%
Muy raras veces	5	31.25%
Nunca	1	6.25%
Total	16	100.0%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.

Cuadro nº 15: Tipo de actividad sexual en mujeres posmenopáusicas:

Actividad Sexual	Frecuencia	Porcentaje
Auto erótica	0	0%
Heteroerótica	14	87.5%
Sueños o fantasías	7	43.75%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM

Cuadro nº 16: Dificultades sexuales en mujeres posmenopáusicas:

Dificultades	Frecuencia	Porcentaje
Ardor vaginal	10	62.5%
Disminución del deseo sexual	8	50%
Irritación Vaginal	7	43.7 %
Ninguno	1	6.25%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.

Cuadro nº 17: Comunican al médico sobre dificultades sexuales

¿Le ha comentado al médico?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	7	43.7%
No	9	56.25%
Total	16	100.0%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.

Cuadro nº 18: Estados de ánimo:

Estado de ánimo	Frecuencia	Porcentaje
Depresivo	12	75%
Dificultad de concentración	6	37.5%
Irritabilidad y nerviosismo	13	81.25%
Ansiedad	5	31.25%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.

Cuadro nº 19: Sentimientos de las Usuarias Posmenopáusicas:

Sentimientos	Frecuencia	Porcentaje
Desesperanza	10	62.5%
Frustración	5	31.25%
Inseguridad	7	43.75%
Inutilidad	8	50%
Incompetencia	7	43.75%
Ninguno	1	6.2%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.

Cuadro nº 20: Evaluación de las mujeres posmenopáusicas acerca de su relación de pareja:

Relación de pareja (sentimentalmente).	Frecuencia	Porcentaje
Buena	10	62.5%
Mala	6	37.5%
Total	16	100.0%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.

Cuadro nº 21: Deseos de recibir atención psicológica por parte de las usuarias:

Atención Psicológica	Frecuencia	Porcentaje
Sí	9	56.25%
No	7	43.75%
Total	16	100.0%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.

Cuadro nº 22: Actitud de las mujeres posmenopáusicas en relación a la etapa del Climaterio:

Actitud a la etapa del climaterio	Frecuencia	Porcentaje
Indiferente	7	43.75%
Negativa	7	43.75%
Positiva	2	12.5%
Total	16	100.0%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.

Cuadro nº 23: Actitud de las usuarias posmenopáusicas acerca de la práctica de su sexualidad:

Actitud Sexualidad	Frecuencia	Porcentaje
Indiferente	8	50.0%
Negativa	2	12.5 %
Positiva	6	37.5%
Total	16	100.0%

Fuente: Entrevista CAP en la esfera sexual de usuarias PM.