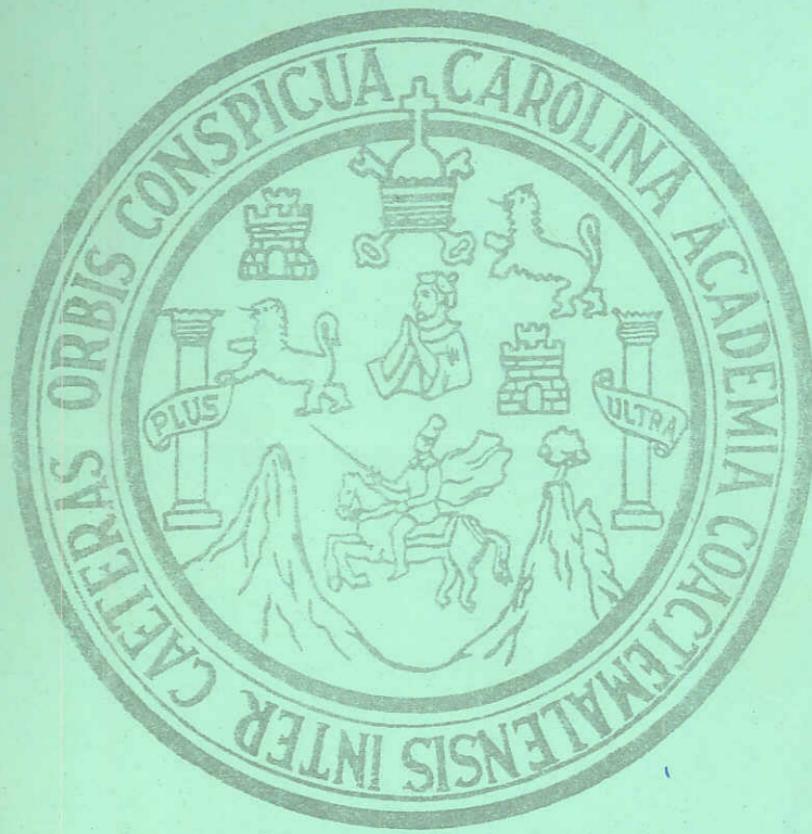


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"FACTORES ASOCIADOS A DISPARAUNIA
EN MUJERES EN EDAD FERTIL."



MAYRA LISSETTE COYOY OROZCO

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

I.	Introducción	1
II.	Definición del problema	2
III.	Justificación	3
IV.	Objetivos	4
V.	Revisión bibliográfica	5
VI.	Metodología	21
VII.	Presentación de resultado	27
VIII.	Ánalisis y discusión de resultados	34
IX.	Conclusiones	36
X.	Recomendaciones	37
XI.	Resumen	38
XII.	Referencias bibliográficas	39
XIII.	Anexos	41

I INTRODUCCION

Se llama dispareunia al coito doloroso y molesto para la mujer, presentándose antes, durante o después de la relación sexual.

Las causas que la producen son físicas y psíquicas; en las causas físicas se encuentran: las vulvares, vaginales y pélvicas, y en las causas psíquicas están: los factores del desarrollo, factores traumáticos y los factores de las relaciones. Al erradicar la causa se trata la dispareunia.

En Guatemala existe tabú, falta de educación y de cobertura para las disfunciones sexuales, dejando sin prevención los efectos secundarios que estas traen a la relación de pareja y al matrimonio, y posterior a ello a la sociedad.

En este estudio se determinó los factores orgánicos y psicológicos que se asocian a dispareunia, en 80 mujeres en edad fértil que consultan a la clínica de la Mujer, APROFAM Z.1, Ciudad de Guatemala. Se clasificó cada factor por entrevista dirigida y examen ginecológico; en algunos casos se contó con exámenes auxiliares como Papanicolaú, frotis, Gram y ultrasonido.

Obteniendo en el presente estudio que los factores orgánicos causan un 85% de dispareunia, un 2.5% es debido a los factores psíquicos y un 12.5% es una combinación de ambas, no se encontró ninguna paciente que estuviera ingiriendo antihistamínicos.

Los 3 factores orgánicos más frecuentes son: vaginitis con un 38.23%, seguida de un 22.05 % por vulvovaginitis, y en 3er. lugar por cistitis con un 20.59%. El factor psicológico más frecuente es: el factor traumático (violación) con un 66.67% de un 15% de la población en estudio.

Las pacientes con factores psicológicos se les refirió con un psicoterapeuta.

II DEFINICION DEL PROBLEMA

La sexualidad y función sexual son partes de la salud y el bienestar de la mujer; en la población general es frecuente la preocupación por la sexualidad y más aun si existe disfunción sexual (7).

La dispareunia es una de las disfunciones sexuales más frecuentes que atienden los ginecólogos. Se calcula que afecta cerca de dos terceras partes de las mujeres en algún momento de su vida, de las cuáles menos de la mitad consultan al médico sobre este problema, a pesar que el dolor durante la relación sexual puede ser sumamente molesto. Cuando el dolor real se va, puede persistir el recuerdo del dolor e intervenir con el placer. La experiencia repetida de dolor durante el coito puede ocasionar: tensión, ansiedad, dificultades interpersonales e intervenir con el placer, llegando a ocasionar alteración grave en la relación sexual y en la pareja (7, 15, 19, 10, 1).

La reacción sexual puede ser dislocada por efectos físicos, los cuales se encuentran divididos en tres: *Vulvares*: ocasionan dispareunia en la entrada de la vagina, pueden ser ocasionados por causa infecciosa, mecánica, immunológica o desconocida. *Vaginales*: causan dolor medio vaginal, pudiendo ser originado por causas congénitas o infecciosas. *Pélvicos*: ocasionan dolor por penetración profunda, pueden deberse a infecciones, aumento del útero, enfermedad gastrointestinal y adherencias post - quirúrgicas (11, 15, 10, 7, 19).

La causa psicológica es frecuente en el aparecimiento de dispareunia, como por ejemplo: los efectos negativos, los conflictos e inhibiciones psicológicas como: las experiencias inhibitorias en la etapa temprana de la vida, consecuencia de un ataque sexual, violación, coito repetido en presencia de enfermedad dolorosa y comunicación deficiente en la pareja. Para su tratamiento es necesario un diagnóstico eficiente sobre su causa y eliminar ésta (9, 8, 11, 19, 1).

En Guatemala no se ha realizado una investigación detallada sobre la dispareunia en mujeres en edad fértil, por lo que no se conoce el porcentaje de mujeres que la padecen, y se ignora las causas que mayormente se relacionan con ella.

III JUSTIFICACIÓN

El matrimonio es la base de la sociedad y de su eficiencia para educar a los hijos dependerá el futuro de la nación, por tal razón, es necesario que la pareja se encuentre unida y llevando una relación de satisfacción recíproca. Como la relación sexual es uno de los aspectos de la vida de la pareja, cualquier alteración de ella puede llevar a cambios de conducta y de actitud que puede alterar gravemente la relación de la pareja y posteriormente al matrimonio (10, 1).

Resultados de encuestas revelan que aproximadamente el 60% de las mujeres sufren de preocupaciones sobre su sexualidad. Para un 20% la relación sexual no es placentera, de un 15% a un 18% experimentan dolor en el coito y el 68% manifestaron estar satisfechas con la relación sexual a pesar de sus dificultades (7, 19).

De las disfunciones sexuales frecuentes en mujeres, una de las más frecuentes es la dispareunia; las mujeres que la padecen tienden a hablar con su compañero de ello, pero se estima que solo menos de la mitad de mujeres que la padecen acuden al médico (7, 19).

Cuando no se consulta por esta causa, rara vez el médico reconoce el problema, debido en parte a que la paciente, el proveedor de salud, o ambos, tienen resistencia a tratar este tópico debido a que para muchos médicos es incómodo hablar de problemas sexuales con sus pacientes (7, 19).

En encuestas efectuadas las pacientes esperan que su médico sea capaz de ayudarles con las preocupaciones relacionadas con el sexo (8, 15, 10, 7, 1). Por tal razón es necesario que se incluya en el interrogatorio preguntas sobre la sexualidad como parte sistemática de la historia ginecológica (7).

A pesar que las mujeres pueden tolerar un cierto nivel de disfunción sexual antes de considerarlo un problema o referir insatisfacción, es necesario poder brindarles tratamiento a las causas orgánicas y distinguir en qué momento las pacientes necesitan ser tratadas por un psicoterapeuta y de esta manera poder disminuir las consecuencias físicas, emocionales y conyugales que trae este problema a la paciente y a su pareja (19).

V REVISION BIBLIOGRAFICA

IV OBJETIVOS

A. GENERAL:

Identificar los factores asociados a dispareunia en mujeres en edad fértil que asisten a la Clínica de la Mujer, APROFAM zona 1.

B. ESPECIFICOS:

1. Identificar por medio de examen físico y estudios de gabinete, la presencia de causas orgánicas asociadas a dispareunia.
2. Describir los factores psicológicos que se encuentran asociados a la presencia de dispareunia.
3. Determinar la presencia de dispareunia asociada al uso de fármacos antihistamínicos y de fenotiazinas.

A. GENERALIDADES:

La misma naturaleza del hombre desde el inicio demandaba el compañerismo de una pareja. Según uno de los aforismos de Freud citados con mayor frecuencia define a la salud mental o madurez como la capacidad de trabajar y amar (1).

Siendo el matrimonio la forma de institucionalizar el amor con o sin la participación del clero, este es una relación formalizada en donde se reconoce las responsabilidades únicas y obligatorias en áreas del sexo, la intimidad y la participación conjunta. La idoneidad de la pareja consiste en complementarse el uno al otro en lo moral, corporal, y económicamente, el desequilibrio de uno de ellos lleva al alejamiento de la pareja (1).

Hasta tiempo reciente, las mujeres eran catalogadas como seres sexualmente inferiores al hombre (3, 15, 10). Ciertas autoridades estaban convencidas de que la mujer era incapaz de tener excitación sexual como es el caso de Freud (10). Durante la última década han ocurrido adelantos considerables en el conocimiento de la sexualidad femenina; hoy en día la mayor parte de las mujeres desean participar en forma activa en sus vidas sexuales y lo hacen; a pesar de estos cambios, todavía se mantienen mitos y conceptos erróneos en cuanto a la sexualidad femenina se refiere (3, 16, 15, 10).

B. ANATOMIA:

1. *APARATO REPRODUCTOR DE LA MUJER:*

El aparato genital de la mujer está compuesto de: 1) ovarios; 2) trompas uterinas; 3) útero; 4) vagina y vulva (7, 17).

a. *OVARIOS*: órganos que producen los óvulos, son en número de dos, uno derecho y uno izquierdo, tienen forma de ovoide, de consistencia firme, su color es blanco rosado. Estos miden aproximadamente 3.5 cm de altura, 2 cm de anchura y 1 cm de espesor. Estos se mantienen en su posición por el mesoovario y por los ligamentos lumboovárico, tuboovárico y uteroovárico (3, 5, 7, 17).

b. *TROMPAS UTERINAS*: o de Falopio, son dos conductos, que miden cada uno, de 10 a 14 cm de longitud, el diámetro exterior, mide aproximadamente 3 mm en el ángulo del útero, aumenta de dentro para fuera, alcanzando en su extremo de 7 a 8 mm. Estas se dividen en cuatro partes cada una las cuales son de dentro hacia fuera: porción intersticial, el istmo, la ampolla y el pabellón (5, 7, 17).

c. *ÚTERO*: este es el órgano destinado a contener al óvulo fecundado durante su evolución y a expulsarlo cuando llega a su completo desarrollo. Está situado en la cavidad pélvica, en la línea media, entre la vejiga y el recto, por encima de la vagina y por debajo de las asas intestinales y del colon ileopélvico. Tiene forma de cono truncado, en el cadáver es duro al tacto, considerándose más blando durante la vida; esta dividido en dos partes por un estrangulamiento llamado istmo, y sus partes son: el cuerpo y el cuello. En la nulípara, este mide en promedio 6.5 cm de longitud (3.5 cm para el cuerpo, 2.5 cm para el cuello y 1.5 cm para el istmo). Su anchura alcanza 4 cm a nivel del cuerpo y 2.5 cm a nivel del cuello; el espesor es de cerca de 3 cm. La dirección del útero es en anteflexión y anteversión. La pared uterina está compuesta por 3 capas, las cuales son, de afuera hacia dentro: una túnica serosa, una túnica muscular y una túnica mucosa (5, 7, 17).

d. *VAGINA*: es un conducto que se extiende desde el cuello uterino a la vulva. La longitud de la vagina es por término medio de 8 cm. La pared anterior, de 7 cm de longitud, es un poco más corta que la pared posterior, que alcanza los 9 cm. La vagina en su extremo inferior se abre en el fondo del vestíbulo. Este orificio es estrecho en la mujer virgen y ésta cerrado por un repliegue mucoso llamado himen. El himen es una membrana de espesor y forma variable, que se inserta en el borde mismo del orificio vaginal, a veces, este mismo himen cierra completamente el orificio vaginal, en el primer coito, se desgarra y los colgajos cicatriciales se llaman lóbulos himeneales (5, 7, 17).

Las secreciones vaginales normales están compuestas por secreciones vulvares de las glándulas sebáceas, sudoríparas, de Bartholin y de Skene locales, el trasudado proveniente de la pared vaginal, las células vaginales y cervicales exfoliadas, el moco cervical, los líquidos endometriales de los oviductos y microorganismos y los productos metabólicos (7).

e. *VULVA*: este es el nombre que se le da al conjunto de órganos genitales externos de la mujer. Está ocupada en el centro por una depresión media llamada vestíbulo, en cuyo fondo se abren la uretra y la vagina, y limitada a cada lado por dos repliegues cutáneos yuxtapuestos: el labio mayor por fuera y el labio menor por dentro. Los labios mayores son dos grandes repliegues cutáneos, alargados de delante hacia atrás, y miden aproximadamente 8 cm de longitud y 1.5 cm de altura, limitan por delante con una elevación media, llamada pubis o monte de Venus el cual limita hacia arriba con el abdomen. Los labios menores o ninfas, son dos pliegues cutáneos que miden en promedio 3 cm de longitud y 1 - 1.5 cm de altura, se unen por el extremo anterior a un órgano eréctil llamado clítoris el cual es análogo al pene. Dos glándulas están anexas a la vulva, llamadas: glándulas de Bartholin o glándulas vestibulares mayores, las cuales están situadas a cada lado de la mitad posterior del orificio vaginal; durante el período de actividad sexual, las glándulas miden por término medio 10 a 15 mm de longitud, 8 mm de altura y 5 mm de espesor (5, 7, 17).

2. *PERINÉ*:

El periné, o piso pélvico, es el conjunto de partes blandas que cierran hacia abajo la excavación pélvica. Está dividido en 3 planos los cuales solo serán mencionados en este trabajo: plano profundo (elevador del ano, isquiococcígeo), plano medio (transverso profundo, esfínter externo de la uretra), y plano superficial (esfínter externo del ano, el transverso superficial, el isquiocavernoso, el bulbocavernoso y el constrictor de la vulva) (17).

C. RESPUESTA SEXUAL FEMENINA:

1. GENERALIDADES:

Las emociones tienen componentes mentales y físicos. Suponen cognición (darse cuenta de la sensación), afectividad (sentimiento en sí mismo), cognación (impulso para entrar en acción), y cambios físicos (hipertensión, taquicardia y sudación). El hipotálamo y el sistema límbico son los que están intimamente relacionados con la expresión emocional y con el origen de las emociones. El éxito de la realización del acto sexual femenino depende tanto de la estimulación psicológica como de la estimulación sexual local, siendo mediado por factores ambientales y fisiológicos (2, 5, 7).

Igual que en el hombre, los pensamientos eróticos pueden provocar el deseo sexual en la mujer, dependiendo mucho de la educación de la mujer así como de su impulso fisiológico. El deseo sexual aumenta en proporción al nivel de secreción de hormonas sexuales, por lo que alcanza un máximo en la proximidad de la ovulación, debiéndose probablemente al alto nivel de estrógenos (2, 5).

El apareamiento es un fenómeno básico pero complejo, participando muchas partes del sistema nervioso. La cópula misma está compuesta por una serie de reflejos integrados en la médula y en las porciones inferiores del tallo cerebral. Los elementos conductuales, la copulación y los fenómenos coordinados que aparecen, son regulados en el sistema límbico y en el hipotálamo. En el hombre, las sensaciones sexuales se transmiten a los segmentos sacros de la médula espinal a través del nervio pudendo y del plexo sacro. Una vez estas señales han penetrado en la médula espinal sacra y lumbar, son responsables de las reacciones sexuales femeninas. El aprendizaje tiene una función en el desarrollo de la conducta de apareamiento; en los seres humanos las funciones sexuales se han vuelto muy encefalizadas y condicionadas por factores sociales y psíquicos (2, 5, 7).

2. CICLO DE LA REACCIÓN SEXUAL:

La mujer disfruta el ser cortejada. La estimulación de muchas áreas del cuerpo de la mujer puede producir la estimulación sexual: labios, senos,

glúteos, muslos y vulva; en la mayoría de mujeres, el clítoris es la parte más sensible de su anatomía, y la estimulación del clítoris produce la excitación sexual más importante y los orgasmos más intensos, otras áreas sensibles son los labios vulvares y en menor extensión la vagina. Aunque el tercio inferior de ésta reacciona al tacto, los dos tercios superiores de la misma son primordialmente sensibles a la presión (5, 7, 1).

La fase inicial del ciclo de la reacción sexual es el *deseo*, seguido por cuatro fases sucesivas descritas originalmente por **Masters y Johnson**: *excitación, meseta, orgasmo y resolución*. Cada fase se puede ver afectada por envejecimiento, enfermedad, medicación, alcohol, sustancias ilícitas y factores de la relación (5, 15, 7, 1).

a. FASES DE LA REACCIÓN SEXUAL

i. FASE DESEO: es un estado de sensaciones objetivas que se puede desencadenar mediante indicios sexuales tanto internos (fantasías) como externos (compañero interesado), el deseo se ve influido por orientación sexual, preferencias, estado mental psicológico y situación ambiental (1, 2, 5, 8, 15).

ii. FASE DE EXCITACIÓN: mediada por el sistema nervioso parasimpático, y se caracteriza por sensaciones eróticas y aparición de lubricación en la vagina, vasocongestión. Taquicardia, respiración rápida, elevación de la presión arterial, aumento de calor, ingurgitación mamaria, tensión muscular generalizada, erección de pezones, moteado de la piel, rubor sexual, clítoris y labios vulvares se ponen tumefactos, vagina se alarga, distiende y dilata, y el útero se eleva y sale hacia arriba de la cavidad pélvica (1, 2, 5, 8, 15).

iii. FASE DE MESETA: aquí se intensifican la tensión sexual y las sensaciones eróticas, y la vasocongestión alcanza su intensidad máxima. La piel se pone moteada, las mamas se vuelven más ingurgitadas y los pezones se ponen más erguidos. Los labios vulvares se ponen más tumefactos y se vuelven de color rojo oscuro, y el tercio inferior de la vagina se hincha y engrosa para formar la plataforma orgásmica. El clítoris se pone tumefacto y se eleva, el útero se eleva por completo fuera de la pelvis (1, 2, 5, 8, 15).

iv. FASE ORGÁSMICA: es una reacción miotónica mediada por el sistema

nervioso simpático, esta es la más intensa y placentera sensación sexual. Se experimenta como descarga repentina de la tensión que se ha acumulado durante las etapas de excitación y meseta. Consiste en contracciones rítmicas reflejas múltiples, de los músculos que rodean la vagina, perineales, anales y de la plataforma orgásmica. Las contracciones son de 3 a 15 y duran aproximadamente 0.8 segundos. La mujer es multiorgásmica. Hay mujeres que experimentan contracciones uterinas durante el orgasmo (1, 2, 5, 8, 15).

v. FASE DE RESOLUCION: después de la descarga repentina de la tensión sexual producida por el orgasmo, las mujeres experimentan una sensación de relajación y bienestar. Los cambios producidos durante la excitación se invierten, y el cuerpo regresa a su estado de reposo. Hay descenso uterino, destumescencia del clítoris y descongestión de la vagina. Los labios vulvares requieren entre cinco y diez minutos para regresar a su estado de reposo (1, 2, 5, 8, 15).

D. DISFUNCIONES SEXUALES:

La respuesta sexual es dada por una serie de reacciones o fases sexuales (qué se expusieron con anterioridad). Cuando estas fases o cualquiera de ellas, sufre de deterioro el resultado es una disfunción sexual (9, 8, 15, 10, 7, 19, 6, 20). Cada una de las disfunciones sexuales tienden a tener mayormente una base psicológica en el que se cree que tienen un único factor: la angustia (9, 8, 15, 10, 7, 19, 6, 20). Aunque también se pueden ver afectadas por problemas físicos, enfermedades asociadas, envejecimiento, medicación, alcohol y sustancias ilícitas (9, 7, 19, 6, 20).

Las disfunciones sexuales son:

1. Trastornos de deseo sexual (deseo sexual hipoactivo o inhibido y aversión sexual).
2. Trastornos de la excitación sexual.
3. Trastornos orgásmicos.
4. Trastornos por dolor sexual (vaginismo y dispareunia).
5. Trastornos sexuales causados por problemas médicos generales y abuso de sustancias.

Cada trastorno se puede clasificar en:

1. De toda la vida o adquirido.
2. Generalizado (no se limita a un compañero).
3. Situacional.

E. DISPAREUNIA

Es llamada así a la realización del coito doloroso, molesto y difícil para la mujer; este es un dolor genital persistente o recurrente, antes, durante o después de la relación sexual, en ausencia de vaginismo; siendo éste más frecuente en la mujer que en el hombre (12, 3, 9, 11, 15, 10, 7, 19, 1, 6, 20).

Las causas se pueden dividir en físicas y psíquicas (aunque es mayor por estos últimos). Por tanto como se trata de un trastorno psicofisiológico, los factores tanto psicológicos como físicos deben considerarse al valorar a la paciente (9, 15, 11, 10, 7, 19, 1, 6, 20).

Las causas del dolor en los genitales externos son: vulvitis crónica, irritación e hipersensibilidad del clítoris, anillo himenal rígido, a tejido cicatrizal de episiotomía, a anomalía de Müller, vaginitis por Cándida, Trichomonas o Gardnerella, herpes genital, irritación por nebulizaciones, duchas o anticonceptivos. La causa más frecuente tratada con buenos resultados es la infección vaginal. Una causa frecuente es la lubricación inadecuada a causa de excitación sexual insuficiente y por la menopausia (la cuál no se tratara en el presente estudio) (15, 11, 10, 7, 19).

Las causas del dolor medio vaginal incluyen: vagina acortada congénita, cistitis intersticial, uretritis y enfermedad inflamatoria pélvica (15, 11, 10, 7, 19).

Las causas del dolor por penetración profunda pueden deberse a alargamiento y lubricación vaginales insuficientes, enfermedad inflamatoria pélvica crónica, endometriosis, útero fijo en retroversión, tumoración pélvica y aumento de tamaño del útero por miomas o adenomiosis, enfermedad intestinal inflamatoria, síndrome de colon irritable o relajación pélvica, quirúrgica (15, 11, 10, 7, 19).

Los factores psicológicos que contribuyen a la dispareunia son: factores del desarrollo, factores traumáticos y factores de las relaciones (8, 9, 10, 15, 7, 1, 6, 20).

1. FACTORES QUE CAUSAN DISPAREUNIA

a. CAUSAS FÍSICAS:

i. EPISIOTOMÍA MAL REPARADA

ii. ANOMALÍA DE MÜLLER:

En el embrión, los conductos de Müller fusionados, hace contacto con la pared dorsal urogenital para formar el tubérculo de Müller, donde estará localizado el himen. La placa vaginal desplaza al tubérculo luego se canaliza, comenzando desde el himen. Cuando no aparece el conducto se produce el himen imperforado, debido a defecto en la formación de tubérculo de Müller o cuando no se canaliza la placa vaginal (7).

iii. ULCERA GENITAL:

-Herpes genital: causado por el virus herpes simple el cuál produce vesículas mixtas agrupadas con úlceras pequeñas, recurrentes. Se confirma el diagnóstico mediante laboratorio; el cultivo es el método más sensible y específico. Debe de ser tratado con aciclovir (7)

iv. INFECCIONES VAGINALES:

-Vaginitis: ésta da síntomas de: prurito, ardor, dolor, hipersensibilidad y dispareunia. La vaginitis es un problema muy frecuente, los trastornos varían entre candidiasis vaginal, cervicitis por Chlamydia, vaginitis bacteriana y carcinoma cervical. Debe de diferenciarse entre cada trastorno, por lo que se debe usar: la valoración pH o las preparaciones con hidróxido de potasio y solución salina en fresco. Cuando se piensa en candidiasis crónica, puede ser útil el cultivo de levaduras. La tinción Gram es útil para demostrar la flora predominante e identificar a la Candida que no forma micelios, ésta se considera como una de las que mejor responde al tratamiento y, al alivio de

la dispareunia (7, 18). Comúnmente se puede confundir con la vestibulitis vulvar pero ésta última representa un problema para diagnosticarla (7, 18). La vaginitis atrófica es una disminución de la ecología vaginal, debido a la reducción de estrógenos, esta es experimentada por las mujeres luego de su menopausia (por lo que no será incluida en este estudio) (7). La vaginitis puede llegar a producir cervicitis, ya que puede afectar al epitelio escamoso y al epitelio glandular. Al epitelio escamoso lo afectan: Trichomonas, Candida y virus del herpes simple y al epitelio glandular lo afecta la Neisseria gonorrhoeae y Clamydia trachomatis (7)

-Vaginosis bacteriana: producida por Mycoplasma hominis, Gardnerella y bacterias anaerobias. Su diagnóstico se realiza por olor vaginal a pescado, secreciones vaginales de color grisáceo, pH mayor de 4.5 y se observan células indicio y leucocitos notablemente ausentes (7).

-Vaginitis por Trichomonas: producidas por el parásito Trichomonas vaginalis, se puede acompañar de vaginosis bacteriana. Se diagnostica por una descarga vaginal profunda y abundante, purulenta, maloliente, acompañada de prurito vulvar, pH suele pasar de 5, se observa por microscopio Trichomonas móviles y aumento de leucocitos (7).

-Candidiasis vulvovaginal: Candida albicans causa de un 85 a 90% de las infecciones vaginales por levaduras. Su diagnóstico por secreción vaginal acuosa y densa de manera homogénea con característica de requesón. Puede existir dolor vaginal, dispareunia, prurito y ardor vulvar e irritación; el pH vaginal suele ser normal, microscópicamente se encuentran micelios o levaduras (7).

v. VESTIBULITIS VULVAR:

Fue descrita a principios de siglo, se describe como dolor intenso en la entrada vestibular o vaginal, hipersensibilidad a la presión localizada dentro del vestíbulo vulvar, y datos clínicos como eritema vestibular de diversos grados; produce ardor y dolor vulvar relacionado con dispareunia intensa a la entrada de la vagina; los datos exploratorios de este síndrome no son claros por lo que representa un problema para su diagnóstico. Este trastorno se presenta de dos formas: la primera se relaciona con una formación de asperza difusa o papiloma que afecta gran parte de los labios menores y la porción interna del vestíbulo. La segunda es una afección eritematosa lisa en parches, situados

principalmente en los orificios de los conductos de las glándulas de Bartholin y las vestibulares menores, apenas distal al anillo himenal e inferior a la uretra. El diagnóstico se puede realizar por la presencia de dolor intenso al intentar el tacto vaginal y los hallazgos físicos ya mencionados antes. No se han encontrado factores infecciosos ni factores inmunológicos causantes de vestibulitis vulvar, a excepción de la vestibulitis relacionada con HPV (virus del papiloma humano) (18).

vi. IRRITACION POR NEBULIZACIONES, DUCHAS O ANTICONCEPTIVOS:

Hay dos tipos de dermatosis de contacto: por irritantes y por alergenos. La respuesta a los irritantes más frecuentes es inmediata, con edema de aparición rápida y eritema con síntomas de prurito, hormigueo y ardor; la reacción varía en intensidad según el agente, la concentración y la sensibilidad cutánea, la reacción decrece gradualmente sin reexposición. La exposición repetida conduce a una dermatitis crónica. Entre los agentes que la producen se encuentran: jabones, desodorantes, cosméticos, anticonceptivos de barrera, desinfectantes, fragancias, productos para el cuidado de la piel, papel sanitario perfumado, toallas sanitarias y vehículos e ingredientes activos de medicamentos locales. La secreción vaginal, incontinencia y sudación se añaden al problema y hacen al vestíbulo vulvar, que no tiene capa protectora de queratina, susceptible a los irritantes (18).

Las reacciones alérgicas requieren 48 horas para desarrollarse después de la exposición inicial, pero duran semanas; los síntomas cutáneos, eritema y edema son producto de sustancias vasoactivas, principalmente histamina liberada por células cebadas. La eliminación de irritantes y alergénicos es la base para la resolución de la dermatitis por contacto (18).

vii. LUBRICACION INADECUADA:

Son atribuibles a la disminución de la lubricación vaginal los siguientes: el uso de antihistamínicos, fenotiazinas, el síndrome de Sjögren-Gougerot (xerodermosteosis), vaginitis por radiación y la diabetes mellitus. La causa más habitual está relacionada con la falta de excitación (4, 10).

viii. VÁGINA ACORTADA CONGENITA

ix. CISTITIS INTERSTICIAL:

La mayoría de mujeres que la sufren tienen de 40 a 60 años, no se ha identificado su causa, aunque generalmente se acepta una base autoinmunitaria. Los síntomas son micción frecuente y necesidad urgente de orinar intensa e incapacitante, nocturia, disuria y hematuria ocasional, frecuente el dolor suprapúbico, pélvico, uretral, vaginal o perineal y se alivia al vaciar la vejiga. El diagnóstico se realiza basándose en los síntomas y los datos cistoscópicos característicos (7).

x. SINDROME URETRAL:

Complejo sintomático que consiste en disuria, poliuria y necesidad urgente de orinar, presión suprapública y menos frecuente dispareunia, dolor vesical o vaginal, incontinencia urinaria, sensación de plenitud y dolor suprapúbico. Ausencia de anomalías de la uretra o vejiga. Su causa no es clara, se ha relacionado a infección subclínica, obstrucción uretral y factores psicogénos y alérgicos. Se debe incluir el examen físico y neurológico; el diagnóstico debe de realizarse con examen de orina, con el fin de descartar infección del tracto urinario (ITU), se debe realizar cultivos de uretra y descartar vaginitis. (7).

xi. URETRITIS:

Existe disuria por uretritis en donde se experimentan síntomas leves graduales, que se acompañan de descarga vaginal anormal o hemorragia relacionada con cervicitis concurrente. El examen físico puede revelar la presencia de cervicitis mucopurulenta o lesiones herpéticas vulvovaginales. Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae y virus del herpes genital pueden causar uretritis aguda. En el análisis de orina se puede encontrar piuria. Al interrogatorio las pacientes refieren disuria externa relacionada a veces con descarga vaginal y prurito y dispareunia. No hay piuria ni hematuria, poliuria ni la necesidad urgente de orinar (7).

xii. ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA:

La enfermedad inflamatoria pélvica se debe a microorganismos que colonizan el endocervix y que ascienden al endometrio y a las trompas de Falopio; esta inflamación se puede encontrar en el cuello uterino, endometrio, trompa de Falopio, ovario y fondo de saco de Douglas. Puede ser producida por Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia trachomatis y menos frecuente el Haemophilus influenzae, estreptococos del grupo A y neumococos, bacterias anaerobias, Gardnerella vaginalis. Su diagnóstico se basa en una tríada de

sintomas y signos de: dolor pélvico espontáneo y a la movilidad cervical, hipersensibilidad de los anexos y la presencia de fiebre. Se suele sugerir el uso de biopsia endometrial, sonografia y otras pruebas radiológicas. (7).

xii. ENDOMETRIOSIS:

Es un trastorno que se caracteriza por la presencia de tejido endometrial en focos ectópicos fuera del útero, se desconoce su causa y patogenia exacta. Se inicia con dismenorrea significativa durante la adolescencia o en la etapa temprana de la edad adulta, dispareunia central profunda y disquecia. A menudo existe antecedentes de hemorragia de la fase lútea o esterilidad, el dolor agudo suele ser premenstrual y menstrual. En el examen fisico se encuentra: hipersensibilidad en los cuadrantes inferiores, sensación nodular en el fondo de saco y en los ligamentos uterosacros. A menudo hay aumento de la sensibilidad en los ligamentos uterosacros y el fondo de saco, el cuál simula el dolor de la dispareunia profunda. El diagnóstico se realiza por ultrasonografia y la laparoscopia ofrecerá el diagnóstico definitivo. Puede acompañarse de útero en retroversión (7, 19, 13, 14).

xiv. TUMORACIÓN PELVICA:

-Adenomiosis: es llamado así al crecimiento del endometrio entre las fibras del músculo uterino, la dismenorrea, dispareunia, disquecia y metrorragia aumentan la probabilidad del diagnóstico de adenomiosis. Este trastorno a veces se observa en mujeres jóvenes adultas; la edad promedio suele ser de 40 años o más. En el examen fisico se puede encontrar el útero aumentado de tamaño de manera difusa, aproximadamente menos de 14 cm, con frecuencia es blando e hipersensible, sobre todo durante la menstruación. La movilidad del útero no se encuentra restringida, y no hay patología acompañante de los anexos. El diagnóstico es clínico, los estudios de imagen no son significativos (7).

xv. ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES:

-Síndrome de colon irritable: es una de las causas más frecuentes de dolor de la parte baja del abdomen y puede corresponder hasta con el 60% de los envíos al ginecólogo por dolor pélvico crónico; no se ha podido demostrar la causa de éste síndrome, se ha dicho que la hipersensibilidad o hiperalgesia viscerales son las causas del dolor. El síntoma predominante es el dolor abdominal, otros síntomas son la distensión abdominal, flatulencia excesiva, diarrea y estreñimiento alternados, aumento del dolor antes de las

evacuaciones, disminución del dolor después de las evacuaciones y dolor exacerbado por acontecimientos que aumentan la motilidad gastrointestinal, como dietas ricas en grasas, estrés, ansiedad, depresión y menstruación. El dolor es intermitente o constante del tipo de retortijón, y ocurre en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen. Al examen fisico se encuentra colon sigmoideo palpable hipersensible o malestar durante la inserción del dedo en el recto, lo mismo que presencia de heces duras en el recto. Su diagnóstico suele basarse en la historia clínica y en la exploración fisica aunque no son específicos. Los resultados de estudios de gabinete deben de ser negativos para poder diagnosticarla (7).

xvi. CONGESTIÓN PÉLVICA:

Se presenta en mujeres con llenado excesivo del sistema venoso de los órganos reproductores; las mujeres experimentan sensación de pesantez en la pelvis, con dolor que aparece primero durante la fase luteínica del ciclo menstrual o poco antes de la menstruación, con el tiempo los síntomas aumentan y al final es casi continuo. La mujer que la padece sufre de dispareunia profunda, primero relacionado con los momentos menstruales, después es casi continua. La dispareunia es más generalizada en la pelvis, y a menudo es un dolor sordo. El examen fisico proporciona datos sugerentes de dolor, el cuál causa la principal molestia cuando se palpan los ovarios por vía abdominal. La palpación transvaginal causa intenso dolor en la región del ligamento ancho. La ultrasonografia transvaginal puede, al final, comprobar que es un recurso diagnóstico razonablemente preciso para éste síndrome. Beard ha utilizado la venografía transuterina (7, 19).

xvii. ADHERENCIAS POST - QUIRURGICAS:

Se sugiere que su formación se inicia en las primeras semanas después de una operación. El dolor se inicia por lo menos dos a tres meses después de la intervención quirúrgica. El antecedente es más convincente cuándo una paciente lo relaciona con la posición. En el examen fisico es difícil demostrar de manera precisa el grado y tipo de adherencias. En estos casos se tiene sensación general de engrosamiento, disminución de motilidad de órganos pélvicos, o ambas cosas (7, 19).

b. CAUSAS PSICOLÓGICAS:

La disparesunia de causa psíquica o psicógena es mucho más frecuente. En ella no se encuentra ninguna causa anatómica que explique el dolor y las molestias. Los factores psicológicos que contribuyen con disparesunia son: la falta de tacto y de preparación por parte del varón en las primeras relaciones sexuales, historia de agresión y abuso sexual, físico y emocional (7, 19, 1, 6, 20). Estas se pueden dividir en:

i. FACTORES DEL DESARROLLO:

-Crianza que atribuyó al sexo sentimientos de culpa y vergüenza: es dada por el temor exagerado al coito, que le ha sido presentado como una cosa sucia, repugnante y dolorosa por la madre o cualquier otra persona, formación religiosa demasiado rígida e incompleta, que le hace considerar el coito como pecaminoso. En toda cultura existen tabúes o reglas que rigen el comportamiento sexual, que involucran a los sexos, parientes, generaciones y razas (11).

ii. FACTORES TRAUMATICOS:

- Abuso sexual durante la infancia: tiene un efecto profundo y prolongado durante toda la vida, suelen experimentar disfunción sexual y dificultades con las relaciones íntimas y la paternidad. Tienden a experimentar depresión, ansiedad crónica, ira, adicción, aislamiento social. Pueden desarrollar trastorno de estrés postraumático y tienden más a cometer suicidio (7).

- Violación: incluye empleo de fuerza física, engaño, intimidación, amenaza física, falta de consentimiento por incapacidad para otorgarlo, penetración oral, vaginal o rectal con un pene, un dedo o un objeto. Los efectos psicológicos consisten en miedo, desesperanza, incredulidad, choque, remordimientos, humillación, vergüenza, ira, autorreproches y culpabilidad. Se encuentran ansiosas, no se sienten seguras, tienen dificultades para dormir y experimentan pesadillas y diversos síntomas somáticos y el temor de ser violadas nuevamente (7).

iii. FACTORES DE LAS RELACIONES:

- Ira o resentimiento contra el compañero sexual (relación de la pareja): según Masters y Johnson se originan en la ansiedad por el propio desempeño de cada una de las partes de la pareja, lo que conduce a tensión debida a la

escasa comunicación de la pareja, falta de tacto y la poca preparación de la mujer en el coito (8, 11).

Es necesario saber que sólo puede realizarse un diagnóstico certero después de un meticuloso examen pélvico (10).

CUADRO # 1

VALORACIÓN DE DISPAREUNIA

<i>Conducta:</i>	<i>Técnica deficiente</i>
<i>Afecto:</i>	<i>Remordimientos, ira, miedo y vergüenza</i>
<i>Sensibilidad:</i>	<i>Lugar donde ocurre el dolor</i>
<i>Imaginación:</i>	<i>Aparecimiento de pensamientos o imágenes negativas que trastornan el disfrute sexual</i>
<i>Cognición:</i>	<i>Existencia de creencias disfuncionales o información errónea que desempeñan una función que socava la participación sexual</i>
<i>Aspectos interpersonales:</i>	<i>Comunicación de la pareja y la relación en lo sexual como no sexual</i>
<i>Fármacos:</i>	<i>Uso de fenotiacinas o antihistamínicos</i>

Fuente: Tratado de Ginecología de Novak. (7)

2. **TRATAMIENTO:**

La dispareunia puede relacionarse con factores orgánicos, de los cuales no todos pueden tratarse, pero el envío al psicoterapeuta ayuda porque las emociones y la conducta pueden hacer que persista el dolor. Es necesario informar a la paciente cuando no se puede dar tratamiento para el dolor físico. La causa física mejor tratada es la infección vaginal (7, 19).

La mejor manera de curar la dispareunia psicógena consiste precisamente en la eliminación de la causa psíquica que la creó y en la instrucción y preparación adecuada de la mujer, por lo que es necesario el reconocimiento de aquellos casos en los cuales la dispareunia es un síntoma de conflictos matrimoniales o emocionales, lo que dará la oportunidad de conseguir un tratamiento adecuado (11, 10).

VI **METODOLOGIA**

A. **TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de un estudio descriptivo - prospectivo, en el cual se evaluaron mujeres en edad fértil con dispareunia, que asisten a la Clínica de la Mujer APROFAM, durante los meses de mayo - junio de 1999, Ciudad, Guatemala.

B. **SUJETO DE ESTUDIO**

Mujeres en edad fértil qué asisten a la consulta externa de ginecología de la Clínica de la Mujer APROFAM.

Se eligió este grupo de mujeres por las siguientes razones:

- 1- Las mujeres en edad fértil padecen de dispareunia por causas orgánicas y psicológicas que son las causas que se desean estudiar.
- 2- A la Clínica de la Mujer acuden diariamente mujeres para ser tratadas de problemas ginecológicos, asociados con dispareunia.

C. **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

El tamaño de la muestra se definió sobre la base de la fórmula estadística

$$n = \frac{N (p . q)}{N - 1 \frac{d_2}{4} + (p)(q)}$$

En donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Número de pacientes que asisten con dispareunia a la clínica de APROFAM durante 1 año.

d = Precisión de 0.10

p y q = Prevalencia del daño en la población según encuesta piloto.

Así sea que:

$$n = 3,168 (0.22) (0.78)$$

$$\frac{3,168 - 1 \times (0.10)^2 + (0.22) (0.78)}{4}$$

$$n = 67.20 \text{ aproximado a } 70 + 10\% = 77$$

$$n = 77 \text{ aproximado a } 80$$

es decir el tamaño de la muestra es de 80 pacientes.

Nota: el valor de N es la precisión de la prevalencia de dispareunia, de 200 mujeres en edad fértil que consultaron a la Clínica de APROFAM durante el mes de marzo.

D. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se incluyeron en el estudio a:

- Mujeres en edad fértil (15 - 44 años).
- Pacientes que asisten por las tardes a la consulta externa de Ginecología de La Clínica De la Mujer APROFAM.
- Mujeres con vida sexualmente activa.
- Mujeres sin importar su estado civil.
- Pacientes que voluntariamente deseen colaborar en el estudio.

E. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluyeron del estudio a:

- Pacientes con diagnóstico previo de menopausia prematura.
- Pacientes que padezcan de vaginismo.
- Pacientes embarazadas.

F. ANTECEDENTES:

Se realizó una revisión de tesis de los últimos cinco años, sin encontrar trabajo alguno sobre los factores asociados a dispareunia en las mujeres en edad fértil.

G. VARIABLES A ESTUDIAR:

- Dispareunia
- Causas orgánicas
- Causas psicológicas
- Fármacos antihistamínicos

VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
DISPAREUNIA	Dolor antes, durante o después de la relación sexual.	Dolor antes, durante o después de la relación sexual, referido en la entrevista	Nominal	Entrevista dirigida	Sí No
CAUSAS PSICOLOGICAS	Factores emocionales que provocan disfunción sexual por medio de somatización.	Presencia de factores psicológicos, del desarrollo, traumáticos y de las relaciones.	Nominal	Entrevista dirigida, de la pregunta 8 a la 22.	Presente Ausente
CAUSAS ORGANICAS	Factores anatómicos, infecciosos y neoplásicos, que pueden provocar disfunción sexual.	Detección por medio del examen físico y/o examen de gabinete, de alteraciones anatómicas, físicas, neoplásicas e infecciosas.	Nominal	Entrevista dirigida, examen físico, frotis, Gram, Papanicolau y USG. De la pregunta 23 a la 30	Presente Ausente
FARMACOS ANTIHISTAMÍNICOS	Fármaco inhibidor competitivo reversible interacción de la histamina con los receptores H1.	Uso de fármacos antihistamínicos, (antagonistas H1) asociados a disparesunia en ausencia de causas orgánicas y/o psicológicas.	Nominal	Entrevista dirigida, pregunta número 24	Sí No

H. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

- Se procedió a interrogar a cada paciente que consultó por las tardes a las clínicas de ginecología, de las cuales se tomaron en cuenta las que cumplieron con los criterios de inclusión del presente estudio.
- Previa información y autorización de la paciente, se procedió a efectuar en privado, una entrevista dirigida a cada una de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión para el presente estudio.
- La entrevista dirigida constó de 3 partes; la primera constó de 7 preguntas (pregunta 1 a la 7) donde se interrogó sobre los antecedentes de disparesunia. La segunda parte constó de 15 preguntas (de la pregunta 8 a la 22) donde se interrogó sobre los aspectos psicológicos de la paciente. La tercera parte constó de 8 preguntas (de la pregunta 23 a la 30), estaba dividida en los antecedentes de la paciente y examen físico.
- Posterior a la entrevista, las pacientes que refirieron disparesunia, se les realizó un examen ginecológico, donde se determinó por clínica el origen anatómico de la disparesunia; el examen ginecológico fue efectuado por médicos gineco - obstetras que laboran en la Clínica de la Mujer APROFAM. Posterior al examen físico, se le ordenó a la paciente, la realización del examen de gabinete, que se consideró pertinente, según fue el caso de cada paciente.
- Realizados los exámenes de gabinete sugeridos a cada una de las pacientes, se evaluó el resultado de cada uno de ellos, esto se realizó de dos maneras: 1) en la reconsulta de la paciente a la clínica. 2) se buscó los resultados de los exámenes de las pacientes que no acudieron a reconsulta, estos se buscaron en el archivo de Microbiología, Citología y USG.
- Al tener los resultados de la entrevista, examen físico y exámenes de gabinete; se procedió a dar un diagnóstico a cada paciente.
- Reunidas las 80 pacientes con disparesunia, se procedió a recopilar y tabular cada diagnóstico de las pacientes estudiadas, datos extraídos de la entrevista, examen físico y resultados de los exámenes de gabinete que se realizaron.

- Los resultados se presentan en cuadros y gráficas, acompañados de análisis y discusión de resultados.
- Se presenta el informe final a la Unidad de Tesis para su corrección y aprobación.

J. RECURSOS:

1. - *Materiales:*

1.a. *Físicos:*

- Clínica de la Mujer APROFAM.
- Bibliotecas de: a) Universidad de San Carlos de Guatemala
b) APROFAM
- Gram y frotis
- Ultrasonografía
- Papanicolau
- Papeleta de cada paciente en estudio.

1.b. *Económico:*

- Monto aproximado de Q.600.00 de gastos generales (no incluye los gastos de exámenes de gabinete efectuados a las pacientes, ya que éstos fueron financiados por cada paciente).
- Impresión de tesis Q.800.00

2. - *Humanos:*

- 3 médicos ginecólogos.
- Personal de enfermería de la Consulta externa de la Clínica de la Mujer APROFAM.
- Personal de ultrasonografía, patología y microbiología.

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

TABLA No. 1

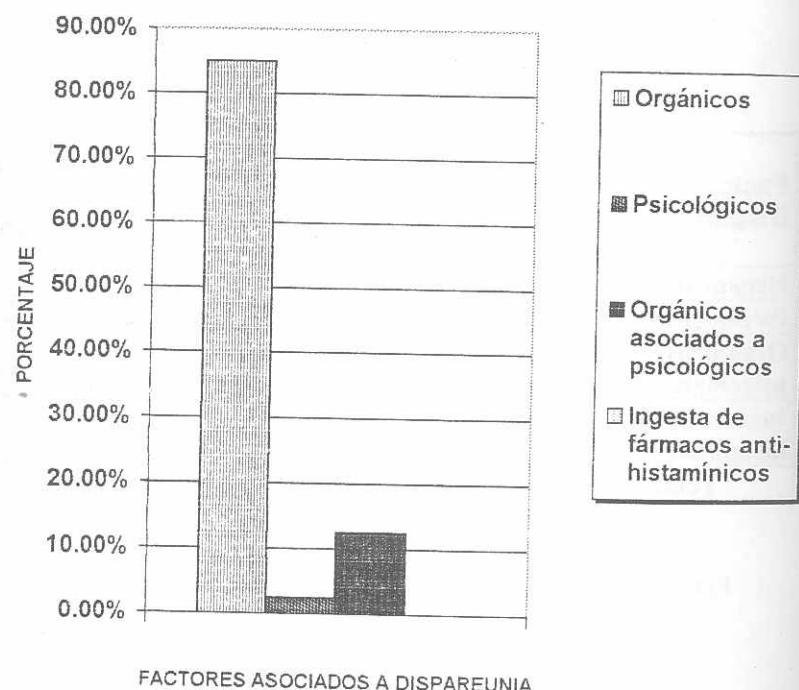
FRECUENCIA DE FACTORES QUE SE ASOCIAN A
DISPAREUNIA, EN 80 MUJERES EN EDAD FERTIL, QUE
CONSULTARON A LA CLINICA DE LA MUJER APROFAM Z.1,
CIUDAD GUATEMALA, MAYO - JUNIO 1999.

Factores Asociados a Disparesunia	Número de Pacientes con Disparesunia	
	No.	porcentaje
Orgánicos	68	85.0%
Psicológicos	2	2.5%
Orgánicos asociados a psicológicos	10	12.5%
Ingesta de fármacos anti- histamínicos	0	0
Total	80	100.0%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 1

FRECUENCIA DE FACTORES QUE SE ASOCIAN
A DISpareunia EN 80 MUJERES EN EDAD
FERTIL, QUE CONSULTAN A LA CLINICA DE LA
MUJER APROFAM Z. 1, CIUDAD GUATEMALA,
MAYO - JUNIO 1999.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

TABLA No. 2

FACTORES ORGANICOS QUE SE ENCONTRARON EN 68
MUJERES EN EDAD FERTIL, QUE CONSULTARON A LA CLINICA
DE LA MUJER APROFAM Z. 1, CIUDAD GUATEMALA,
MAYO - JUNIO DE 1999.

Factores Orgánicos	Numero de Pacientes con Dispareunia No.	Porcentaje
Adherencias pélvicas	2	2.94%
Anticonceptivos locales	4	5.88%
Cervicitis	13	19.12%
Cistitis	14	20.59%
Climaterio (vaginitis atrófica)	1	1.47%
Colon irritable	2	2.94%
Diabetes	4	5.88%
Vaginitis química (duchas vaginales)	5	7.35%
Endometriosis pélvica	1	1.47%
Enfermedad inflamatoria pélvica	3	4.41%
Episiotomía mal reparada	2	2.94%
Fibromatosis uterina	3	4.41%
Ovario quístico	3	4.41%
Vaginitis	26	38.23%
Vulvitis	5	7.35%
Vulvovaginitis	15	22.05%

Fuente: boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 2
FACTORES ORGANICOS QUE SE ENCONTRARON
EN 68 MUJERES EN EDAD FERTIL QUE
CONSULTARON A LA CLINICA DE APROFAM Z.1,
CIUDAD GUATEMALA, MAYO-JUNIO 1999.

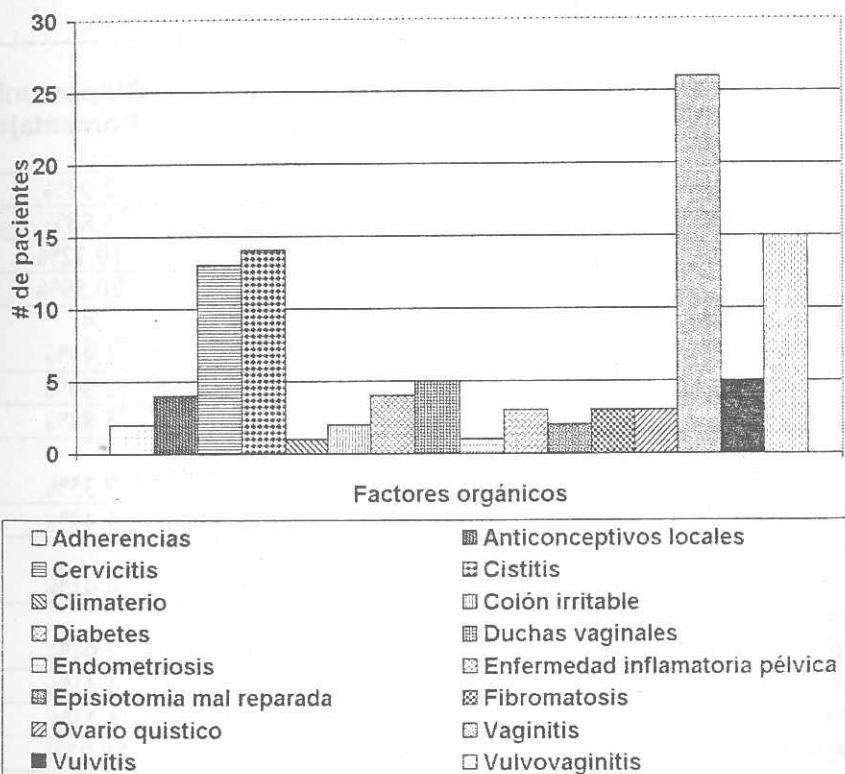


TABLA No. 3

FACTORES PSICOLOGICOS ASOCIADOS A DISPARUEÑIA
EN 12 MUJERES EN EDAD FERTIL QUE CONSULTARON A
LA CLINICA DE APROFAM Z. 1, CIUDAD GUATEMALA,
MAYO - JUNIO DE 1999.

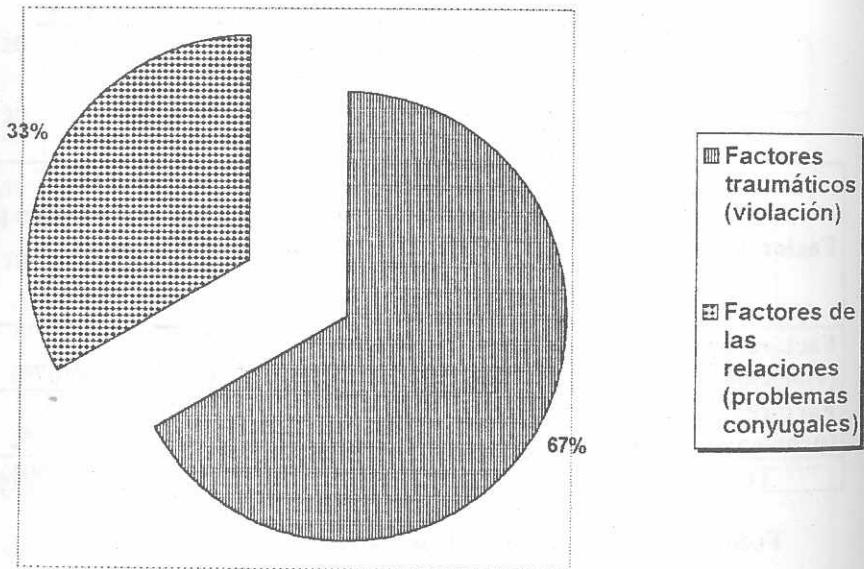
Factores Psicológicos	Número de pacientes con disparueña que padecen de factores psicológicos	
	No.	%
Factores traumáticos (violación)	8	66.67%
Factores de las relaciones (problemas conyugales)	4	33.33%
Total	12	100.00%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Fuente: Boleta de recolección de datos.

VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

GRAFICA No. 3
FACTORES PSICOLOGICOS ASOCIADOS A
DISPAREUNIA EN 12 MUJERES EN EDAD FERTIL QUE
CONSULTARON A LA CLINICA DE APROFAM Z. 1,
CIUDAD GUATEMALA, MAYO-JUNIO 1999.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

Se encontró en 80 mujeres que padecen disparesunia, que el 85% tienen factores orgánicos, un 2.5% tienen factores psicológicos y un 12.5% tienen combinación de ambos. Según la teoría las causas más frecuentes son las psicológicas (7). Aunque es comprensible la cantidad de factores orgánicos que se encontró en este grupo de mujeres, ya que la mayoría de mujeres que acuden a la Clínica de APROFAM, son ginecologicas-sintomáticas (tabla 1).

Del 85% de las mujeres que padecen de factores físicos, se encontraron 16 diferentes factores, entre los 5 más frecuentes se encuentran: vaginitis con un 38.2%, vulvovaginitis con un 22%, cistitis con un 20.6%, cervicitis con un 19.2% y vulvitis y el uso de irritantes vaginales (vaginitis química por duchas vaginales) con un 7.3% cada uno. La causa más frecuente de vaginitis y vulvovaginitis es la infección por Cándida albicans, la cual es la mejor tratada de todas las infecciones genitales (7); lo que en general representa ventaja a las mujeres que las padecen ya que también el resto de infecciones vaginales y de vejiga son fáciles, rápidas y seguras de tratar. (cuadro 2).

El resto de los factores orgánicos de manera descendente son: anticonceptivos locales y diabetes (por resequedad vaginal) diagnosticada con un 5.9% cada uno; enfermedad inflamatoria pélvica, ovario quístico y fibromatosis uterina con un 4.4% cada uno; adherencias pélvicas, episiotomía mal reparada y colon irritable diagnosticado con un 2.9% cada uno; y por último climaterio (por disminución de lubricación vaginal) y endometriosis con un 1.5% cada uno. De lo anterior podemos mencionar que para el manejo de las causas es necesario: suspender el uso de anticonceptivos locales, usar lubricantes las mujeres diabéticas y mujeres que se encuentran en el climaterio (ya que estos dos factores disminuyen la lubricación vaginal), tratamiento de infecciones en mujeres que padecen de enfermedad inflamatoria pélvica, control de dieta en mujeres con colon irritable, y tratamiento quirúrgico para los casos que lo ameriten, como es el caso de las mujeres que padecen de ovario quístico, fibromatosis uterina, episiotomía mal reparada y endometriosis. Por fortuna el total de estos factores orgánicos, todos son posibles de tratar (7).

Del 15% de las mujeres que padecen dispareunia debido a factores psicológicos, se encontró que un 66.7% es debido a violación y un 33.3% a problemas conyugales, lo que representa a 8 y 4 mujeres respectivamente de la población en general (tabla # 3). De estas mujeres, según lo encontrado en la entrevista el 41.6% siente repulsión total por el sexo, el 25% siente una satisfacción regular por la relación sexual y un 33.3% refiere satisfacción a pesar de lo ocurrido. Lo anterior se relaciona con encuestas antes realizadas, donde se encontró que la mayoría de las mujeres siente satisfacción sexual a pesar del dolor (7).

Cada una de las mujeres ultrajadas expresaron el necesitar ayuda para superar lo que les ocurrió y las mujeres con problemas conyugales están de acuerdo en luchar por su matrimonio. Por lo que a cada una de estas mujeres se les refirió con el psicoterapeuta.

IX CONCLUSIONES

1. Se encontró que los factores que más se relacionan con dispareunia son los factores orgánicos, con un 85% de frecuencia y en segundo lugar los factores psicológicos con un 15%.
2. Se identificó que el 85% de las pacientes padecen de causas orgánicas; siendo las más frecuentes de ellas: vaginitis, vulvovaginitis, cistitis y cervicitis; siendo las menos frecuentes el climaterio y la endometriosis.
3. Se identificó que el 15% de las pacientes padecen de factores psíquicos, siendo en su mayoría causados por factores traumáticos (violaciones) y por factores de la pareja (problemas conyugales).
4. Se encontró que el 12% de las pacientes tienen tanto factores psíquicos como factores físicos.
5. No se encontró ninguna paciente que estuviera ingiriendo medicamentos antihistamínicos.

X RECOMENDACIONES

1. Capacitar a médicos generales y gineco-obstetras, sobre cada una de las disfunciones sexuales, en especial sobre el diagnóstico y tratamiento de la dispareunia.
2. Educar a las mujeres sobre sexualidad, disfunciones sexuales y asesorar respecto al tratamiento de éstas.
3. Brindar ayuda psicológica a todas aquellas mujeres que han sido víctimas de violación física y emocional.

XI RESUMEN

En el presente estudio se identificaron los factores que se asocian a dispareunia en 80 mujeres en edad fértil que consultaron a la Clínica de la mujer APROFAM Z. 1, Ciudad Guatemala. Para ello se realizó una entrevista dirigida a cada una de las pacientes en estudio, ayudándose para el diagnóstico de: examen ginecológico, USG, Papanicolaú y frotis vaginal; según ameritaba el caso. El estudio se realizó durante el período de mayo - junio de 1999.

Según los resultados obtenidos el 85% de las pacientes padecen de factores orgánicos, un 2.5% de factores psíquicos y un 12.5% presentan ambos factores. No se encontró ninguna paciente que estuviese tomando fármacos antihistamínicos.

Entre las causas más frecuentes encontradas en las 80 pacientes, están las vulvo-vaginitis con un 67.65% y la cistitis con el 20.59%, las cuáles son de fácil y seguro tratamiento.

Las pacientes que presentaron factores psicológicos fueron referidas al psicoterapeuta.

XII BIBLIOGRAFIA

1. Bkowden, CH.L. y A.G. Burstein, Bases Psicosociales de la Atención Médica, México D.F., Limusa, 1990.
2. Ganong, W.F. Fisiología Médica, 15 va. Ed. México D.F., Manual Moderno, 1996.
3. Gómez, A. Mujer y Sexualidad Descubrir los caminos, Revista de la Red Salud/ISIS Internacional, 1995, Ab - Jun (2): 31 - 50.
4. Goodman, A. G. , et al. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, 8va. Ed. México D.F., Panamericana, 1991, pag. 1,751 (381-391; 573-575).
5. Guyton A.C. Tratado de Fisiología Médica, 9na. ed. México D.F., Interamericana, 1997.
6. Isselbacher, K.J. et al. Harrison: Principios de Medicina Interna, 13va. ed. Madrid, Interamericana, 1994. Vol. 1 (pp 315-316).
7. Jones H. W. et al Tratado de Ginecología de Novak, 12 va. Ed., México D. F., Interamericana 1997.
8. Kaplan, H. S. Manual ilustrado de terapia sexual, México D.F., Grijalbo, 1983.
9. Kaplan, H. S. Trastornos del Deseo Sexual, 3 era. Ed. Barcelona, Grijalbo, 1982
- 10.-Kolodny R. C. et al. Tratado de Medicina Sexual, Barcelona, Salvat 1983, pag. 551 (pp 146-149).
- 11.-López, P.O. et al. Diccionario de la Vida Sexual, Barcelona, Distein.

- 12.-Montagne D. K. Disorders of Male Sexual Function, Chicago, Year Book Year Publishers, 1988.
- 13.-Oral, E. Et al. Endometriosis, Clínicas Obstetricas y Ginecológicas, 1997, vol. 2.
- 14.-Peisner, D.B. et al, Selección de aparatos, Clínica Obstetrica y Ginecológicas, 1996, Marz 1.
- 15.-Pernoll, M.L. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos, 6ta. ed. México D.F.,Manual Moderno, 1993.
- 16.-Red de Salud de la Mujer Latinoamericana y del Caribe. Iniciandose sexualmente, Revista Mujer Salud, 1996, Oct - Dic (4) : 35 - 64.
- 17.-Rouviére H. y A. Delmas. Anatomía Humana, 9na. ed. Barcelona, Masson, 1991. Tomo 2 (pp 605-640; 655-659).
- 18.-Sharp, H.C. Vaginitis, Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, 1993, (1).
- 19.-Steege, J.F. et al, Ginecoobstetricia, Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, 1997, Sep Vol 3.
- 20.-Wyngaardeen, J.B. et al. Cecil: Tratado de Medicina Interna, 19a. ed. México D.F. Interamericana, 1994. Vol. 2 (pp 1596).

XIII ANEXO

FACTORES ASOCIADOS A DISpareunia
EN MUJERES EN EDAD FERTIL

Responsable: Mayra Coyoy.

ENTREVISTA DIRIGIDA

Nombre de la paciente: _____
Edad: _____ Estado civil: s c v Escolaridad: _____
Etnia: _____ Religión: _____ Profesión: _____

PRIMERA PARTE:

1. Siente dolor al tener relaciones sexuales (coito):
sí _____ no _____
2. Hace cuánto tiempo empezó a sentir dolor en la relación sexual:
desde la primera relación sexual _____ después de la primera relación sexual _____
después de su primer parto vaginal: _____
especifique: menos de una semana _____ menos de un mes _____ de 1 - 6
meses _____ de 6 meses a 1 año _____ más de un año _____
3. En qué momento de la relación sexual siente el dolor:
Antes de la penetración _____ Durante el acto sexual _____
Después del acto sexual _____
4. El dolor se presenta en todas las relaciones sexuales:
sí _____ no _____

5. En qué sitio siente el dolor:
 La superficie de su parte (vagina): _____
 Adentro de su parte (vagina): _____
 En el estómago (abdomen bajo): _____
6. Le ha comentado a su compañero sobre el dolor:
 sí _____ no _____
7. Ha acudido al médico por ayuda:
 sí _____ no _____
- SEGUNDA PARTE:**
8. A que edad obtuvo sus primeros conocimientos sexuales:
 antes de los 10 años _____ de 10 a 12 años _____ de 13 a 15 años _____
 de 16 a 18 años _____ de 18 a 20 años _____ mayor de 20 años _____
9. La información sexual que usted obtuvo, quién se la dio:
 mamá _____ papá _____ hermanos _____ tíos _____ maestros _____
 amigos _____
10. Como le afectó esa información sexual:
 miedo _____ temor _____ asombro _____ alarma _____
 no le afectó _____
11. A qué edad tuvo sus primeras sensaciones sexuales:
 menor de 8 años _____ 8-10 años _____ 10-12 años _____ 12-15 años _____
 15-18 años _____ mayor de 18 años _____ nunca las ha tenido _____
12. Como fueron sus primeros juegos eróticos:
 manoseos _____ frottes vaginales: con el miembro viril _____ con las manos _____
13. Le agrado esta forma de inicio sexual:
 un poco _____ regular _____ bastante _____ no le gustó en lo absoluto _____
14. A que edad tuvo su primera experiencia sexual:
 antes de los 12 años _____ 12-15 años _____ 15-18 años _____
 18-20 años _____ 20-25 años _____ mayor de 25 años _____
15. Estaba preparada para ese momento: si:
 casi nada _____ un poco _____ regular _____ bastante _____ no _____
 había que hacerlo _____

16. Cuál fue el resultado de su primer experiencia sexual:
 satisfactoria _____ agradable _____ mas o menos agradable _____
 con deseos de repetirla _____ dolorosa _____ traumática _____
 sin deseos de repetirla _____
17. La primera experiencia sexual fue con su consentimiento:
 sí _____ no _____
 especifique _____
18. En la actualidad como es su relación sexual:
 satisfactoria _____ no satisfactoria _____
19. Si su relación no es satisfactoria responda: Porque cree usted:
 - usted no quiere tener relación sexual con su marido: _____
 - su marido es el que no desea tener relación sexual con usted: _____
 - ninguno de los dos tiene deseos: _____
 especifique _____
20. Si existe insatisfacción ha hablado con su pareja de ello:
 sí _____ no _____
21. Han buscado ayuda
 sí _____ no _____
22. Le gustaría recibir ayuda
 sí _____ no _____
- TERCERA PARTE:**
23. Sufre de alguna enfermedad:
 cuál es _____
24. Toma alguno de estos medicamentos:
 antihistamínicos _____ fenotiacinas _____
25. Tiene alguno de estos malestares:
 sí _____ no _____
 estreñimiento o diarrea cuando está nervioso _____
 flujo vaginal _____
 ardor vulvar _____
 picazón vulvar _____
 irregularidades con su menstruación _____

26. Utiliza algunos de estos productos: sí no

jabones vaginales _____
duchas vaginales _____
anticonceptivos locales _____

EXAMEN FISICO: si existe el hallazgo marcar con una x

27. Vulva:

mucosa:

normal _____
roja viva _____
excoriada _____
purulenta _____
irritación _____
cicatriz defectuosa de episiotomía _____
lesión de HPV clínico _____
quiste o abceso de glándula de Bartholín _____

clítoris:

ulcerado _____

himen:

imperforado _____

uretra:

al ordeñar expulsa secreción purulenta _____

vulva:

ulceraciones (lesiones herpéticas) _____

otros: _____ especifique: _____

28. Vagina y cuello del útero

flujo vaginal _____
ulceraciones _____
cervicitis _____
otros: _____ especifique: _____

29. Pélvico

Palpación abdominal

Presencia de masa pélvica _____
Sensación de dolor _____
Otros _____ especifique: _____

30. Exámenes de gabinete: sí resultado

Frotis y Gram _____
Papanicolau _____
USG _____

Comentario: _____

Diagnóstico: _____