

MÀSTER D'ESTUDIS DE DONES, GÈNERE I CIUTADANIA

Trabajo final de master

**LA DISFUNCIÓN SEXUAL
FEMENINA, UN PROBLEMA
DE SALUD
INFRADIAGNOSTICADO**

Castellano Madrid, Yolanda
Tutoras: Carme Bertrán y Dolors Juvinyà
Curso Académico 2016-2017

Índice

1. Introducción.....	5
1.1 Justificación.....	5
1.2 Marco teórico.....	9
1.2.1 Recorrido histórico sobre la sexualidad femenina.....	9
1.2.2 Las disfunción sexuales femeninas y masculinas.....	12
1.2.3 Abordaje terapéutico de la disfunción sexual femenina y masculina.....	17
1.2.4 La promoción de la salud y las disfunciones sexuales.....	20
2. Hipótesis.....	23
3. Objetivos.....	24
4. Metodología.....	25
4.1 Tipo de estudio.....	25
4.2 Ámbito de estudio.....	25
4.3 Población de estudio.....	29
4.4 Selección informantes.....	30
4.5 Elementos que se investigaron.....	30
4.6 Instrumento de recogida de información.....	30
4.7 Procedimiento.....	31
4.8 Análisis de información.....	34
4.9 Aspectos éticos.....	35
5. Resultados.....	36
5.1 Resultados relacionados con la identificación de las tipologías más frecuentes de disfunción sexual en la mujer.....	36

5.2 Resultados relacionados con el interés del personal sanitario por la salud sexual de las mujeres con disfunción.....	47
5.3 Resultados relacionados con la vivencia de la sexualidad de las mujeres....	52
6 Discusión.....	64
6.1 Limitaciones del estudio.....	75
6.2 Líneas de investigación.....	76
6.3 Aplicabilidad del estudio.....	77
7 Conclusiones.....	79
8 Bibliografía.....	82
9 Anexos.....	86

Agradecimientos

Quisiera agradecer este trabajo a todas las mujeres que han participado en él.

Algunas, aportando sus vivencias y experiencias más íntimas. Gracias a vosotras esta investigación tiene sentido.

Otras con su apoyo incondicional, su vitalidad y sus ánimos que, tras un año de trabajo donde, en ocasiones, la flaqueza anulaba el entusiasmo y las ganas de aprender que suelen caracterizarme, me han acompañado y guiado en el desarrollo de esta investigación y, en definitiva, en la vida.

Muchas gracias a todas por contagiarme de vuestro entusiasmo y hacerlo todo tan fácil!

Tengo mucha suerte de teneros!

Seguimos...

1. Introducción

“Los datos existentes muestran que la sexualidad femenina es más complicada a nivel biológico que la de los varones, se desarrolla de manera más difusa y se activa mediante claves que le son propias. La utilización, durante mucho tiempo, del funcionamiento sexual del varón como el patrón regulador normativo ha traído como resultado una visión de la sexualidad femenina más empobrecida y disfuncional”

(Carrasco, 2001)

1.1. Justificación

Este trabajo de investigación es fruto del interés por querer aprender y dar respuesta a las numerosas dudas y reflexiones planteadas en consulta de fisioterapia.

La fisioterapia es una ciencia de la salud definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1958 como la ciencia del tratamiento a través de medios físicos, ejercicio terapéutico, masoterapia y, según la Confederación Mundial por la Fisioterapia (WCPT), esta profesión sanitaria tiene como objetivo facilitar el desarrollo, mantención y recuperación de la máxima funcionalidad y movilidad del individuo o grupo de personas a través de su vida (WCPT, 2017).

Trabajo como fisioterapeuta desde 1996 y estoy especializada en Suelo Pélvico y, sus disfunciones, desde el año 2007. Durante todos estos años he tenido la oportunidad de compartir mi tiempo de trabajo con mujeres que han confiado sus problemas de salud en mi experiencia profesional.

Mi lugar de trabajo ofrece un espacio privilegiado para compartir experiencias, vivencias e inquietudes personales en un marco de confidencialidad, empatía y profunda sinceridad emocional. Muchas mujeres que han acudido a consulta por diferentes problemas físicos, describían y revelaban problemas sobre su sexualidad que afectaban a su calidad de vida y que, hasta entonces, no habían consultado con ningún personal

sanitario. La gran mayoría de mujeres me “alertaron” que ningún personal sanitario les había preguntado sobre su salud sexual. Así pues, compartiendo estos momentos se me despertó la curiosidad de conocer más e investigar sobre la sexualidad de la mujer y sus disfunciones. Las primeras búsquedas bibliográficas comparadas con las vivencias de la sexualidad de las mujeres de consulta evidenciaron que la disfunción sexual de la mujer es un problema de salud invisibilizado tanto a nivel social, como a nivel sanitario y científico.

A nivel social, se sigue viendo la satisfacción sexual de la mujer con desconfianza y preocupación. La invisibilidad histórica de la sexualidad femenina y la moralidad, principalmente, religiosa, ha provocado que muchas mujeres no puedan vivir su sexualidad de forma plena y satisfactoria.

En la construcción del género femenino suele darse por sentado que la mujer solo tiene un papel en función de la presencia de un hombre. La mujer no tiene sexualidad propia y su deseo sexual depende de un estímulo exterior. Al contrario que el varón, en el que el deseo propio e interior se acepta como algo normal del género masculino (Darder, 2014).

Así pues, para muchas mujeres y para la sociedad, en general, el deseo explícito de la mujer se sigue viendo como algo negativo.

Además, como se ha comentado anteriormente, tener una sexualidad plena y satisfactoria suele verse con desconfianza y desde un punto de vista lleno de prejuicios. Por lo que muchas mujeres que no sienten placer o su sexualidad está cargada de emociones y sensaciones físicas o psíquicas negativas, no son conscientes de que no tienen una buena salud sexual y, por tanto, no tienen una buena calidad de vida. Otras sí son conscientes, pero la falta de sensibilidad, conocimiento sobre sexualidad y

perspectiva de género del personal sanitario y, de la sociedad en general, hace que se sientan intimidadas o avergonzadas a la hora de explicarlo.

Sabemos también que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se pronuncia y describe sobre cómo debe ser la salud sexual “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” (OMS, 2017). Sin embargo, hoy en día, para muchas mujeres que nos acompañan en este trabajo, tener una buena salud sexual sigue siendo una utopía.

A nivel sanitario y científico, también existe una construcción social de la ciencia que ha estereotipado la sexualidad mediante mensajes negativos, ha basado su investigación, en muchas ocasiones, en falsos mitos que han condicionado la sexualidad de la mujer de una forma patriarcal y estereotipada siguiendo el patrón sexual del varón como normativo.

Por tanto, tanto a nivel social, como sanitario y científico la versión de la realidad de las mujeres ha importando y sigue importando muy poco.

Así pues, este trabajo tiene como objetivo principal visibilizar a aquellas mujeres que han sufrido y sufren algún tipo de disfunción sexual a lo largo de su vida y analizar si existe un infradiagnóstico.

Para ello, el trabajo de investigación pretende hacer hincapié y dar visibilidad sobre como percibe la mujer con disfunción sexual su sexualidad, en relación a las definiciones científicas normativas, como la expresa, en función de la atención del personal sanitaria y, en definitiva, como la vive y como repercute en su calidad de vida.

Con el resultado final de esta investigación, nos proponemos avanzar en un cambio del

enfoque de la sexualidad femenina y sus disfunciones, potenciando una nueva estructura sanitaria que favorezca la información y la formación del personal sanitario para prevenirlas, tratarlas y se potencie la comunicación entre usuarias y profesionales de la salud. Además se pretende empoderar a la mujer sobre su salud sexual, para que sea protagonista de su propia salud y pueda participar en la gestión de la misma.

1.2. Marco teórico

“La ciencia, que había postulado que estudiar al varón era estudiar al ser humano, ha tenido que cambiar sus paradigmas y empezar a reconocer que hay diferencias entre mujeres y hombre en la forma de enfermar, de manifestar los síntomas, en las causas de dolor, en la prevalencia de los diagnósticos y en el metabolismo de los fármacos, que tienen formas diferentes de actuar según el sexo biológico o según como interaccionan con la fase del ciclo menstrual. En la última década del siglo XX, las mujeres han empezado a ser estudiadas como personas, además de cómo seres reproductores y empiezan a ser visibles para la medicina en todas las especialidades ”

(Valls-Llobet, 2015)

1.2.1 Recorrido histórico sobre la sexualidad femenina

Durante muchos años la sexualidad de la mujer ha sido invisibilizada, manipulada, desconocida para las mismas mujeres e, incluso, perseguida.

Desde principios del siglo XVI, como si anteriormente las mujeres y los hombres no hubieran tenido sexo se despertó un enorme interés por todos los aspectos relacionados con la sexualidad (Valls-Llobet, 2012), que iniciaría en el siglo XVII el comienzo de una edad de represión, propia de las sociedades burguesas, y de la que quizá todavía hoy en día no estaríamos completamente liberados. A partir de ese momento, nombrar el sexo se convierte en algo difícil, incómodo y se establece la censura como forma de control. La pastoral católica impulsa su doctrina, la discreción es recomendada con más y más insistencia, se establece la confesión para imponer reglas de comportamiento y se postula en que el sexo no puede ser nombrado sin prudencia (Foucault, 2014).

Con la llegada y desarrollo del siglo XVIII, los discursos sobre el sexo proliferan pero sin dejar a un lado las reglas de las buenas maneras o la decencia. La sexualidad de la mujer solo se vincula al matrimonio o al lazo conyugal. El establecimiento del matrimonio como institución promueve el encuentro indispensable del hombre y de la mujer para la procreación y la formación de la familia como elemento de base social (Foucault, 2009).

La sociedad occidental se dedica a “estudiar científicamente” la sexualidad y es especialmente a partir del siglo XIX con el nacimiento de la “medicina oficial”, donde se construye el conocimiento sobre la sexualidad desde una visión completamente androcéntrica, que no tiene en cuenta a la mujer. De hecho, a principios de ese siglo en un congreso médico se llega a la conclusión que la mujer no tiene apetencias sexuales. La sexualidad de la mujer se establece con fines exclusivamente reproductivos en el marco de la obligación conyugal, mientras que la sexualidad del hombre es instintiva y se vincula al placer.

Entre finales del siglo XIX y principios del XX, Sigmund Freud (1856-1939)¹ considerado una de las principales figuras intelectuales del siglo XX, sigue la trayectoria de los científicos del XIX y acaba de construir una teoría sobre la sexualidad de la mujer colaborando en el oscurecimiento de la misma y negando aún más el reconocimiento de una sexualidad propia femenina. Según Freud, lo que le pasaba a la mujer se definía en referencia al hombre, que era tomado como modelo. Para Freud el único orgasmo maduro que se podía tener era el vaginal. La mujer no tenía sexualidad

¹ Médico neurólogo austríaco considerado padre del psicoanálisis y una de las figuras más influyentes del siglo XX

² Pionero en la investigación sexual humana en EEUU

propia, la mujer y su cuerpo no estaban “diseñadas” para el placer, por tanto, sufría un complejo de castración y una envidia de pene (Darder, 2014). Entre los años 50 y 60 investigadores como Alfred Kinsey (1894-1956)² y Masters y Johnson³ realizaron investigaciones sobre la sexualidad buscando patrones de respuesta sexual en las mujeres sin tener en cuenta, en principio, las teorías psicológicas y las cuestiones interpersonales (Chris Carey, 2006). Masters y Johnson, basándose en las observaciones de laboratorio sobre respuesta sexual, consideran que el acto sexual consta de cuatro estadios: excitación, meseta, orgasmo y resolución (Masters et Johnson, 1966). Hasta entonces a nadie se le hubiera ocurrido pensar si las mujeres podían experimentar más o menos placer que los hombres durante el acto sexual.

Más adelante, entre los setenta y ochenta, la psicóloga Helen Singer Kaplan (1929-1995)⁴ plantea nuevas investigaciones sobre la respuesta sexual femenina definiendo un modelo de excitación en tres estadios: deseo, excitación y orgasmo (Kaplan, 1979).

Tanto las investigaciones de Masters y Johnson como las de Kaplan fueron utilizadas para determinar las que siguen siendo, actualmente, las definiciones diagnósticas de la disfunción sexual femenina.

² Pionero en la investigación sexual humana en EEUU

³ La sexóloga Virginia Johnson (1925-2013) y el ginecólogo William Masters (1915-2001)

⁴ Psicóloga especialista en sexología y terapia sexual. Considerada una de las principales investigadores en disfunción sexual.

Pero se sabe que la ciencia no es neutra ni objetiva y, como la vida, no está exenta de ideología. La investigación científica sobre sexualidad de la mujer y sobre la mujer, en general, ha estado influenciada y, profundamente, marcada por el desarrollo patriarcal de la sociedad, de la salud y de la ciencia. La ciencia tradicional ha obviado las necesidades del cuerpo de la mujer y, en muchas ocasiones, no se ha realizado ciencia de la diferencia. Por tanto, las mujeres han sido durante muchos años e incluso siglos, invisibles para la ciencia (Valls-Llobet, 2011). De hecho, hasta la primera década del año 2000 se ha dedicado muy poca investigación a la sexualidad femenina.

1.2.2 Las disfunciones sexuales femeninas y masculinas

Actualmente se sigue sin consenso sobre la definición de “respuesta sexual normal” y el ciclo de la misma, aunque parece que la definición más aceptada es la propuesta por Basson⁵ en el año 2000, en la que la respuesta sexual de la mujer se entiende como un ciclo cerrado donde se conjugan una serie de elementos emocionales y biológicos. Además, dada la ausencia de definiciones estandarizadas sobre disfunción sexual hasta hace muy poco, existe una profunda controversia sobre la prevalencia de la disfunción sexual femenina (Amato, 2006).

A modo de ejemplo, las definiciones sobre la disfunción sexual femenina recogidas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) redactada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y tomada como referencia en la práctica clínica internacional (Apa, 2002), siguen basándose sobre el modelo de Kaplan. Es decir, a pesar de que la investigación presenta nuevos modelos de respuesta

⁵ Investigadora del Programa de Medicina de la UBC

sexual en los que se tienen en que las emociones van ligadas a la biología sexual, formando un conjunto indivisible, la disfunción sexual sigue definiéndose al modelo biológico de los años setenta.

Parece, por tanto, que a la ciencia es resistente al cambio de modelo de salud que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera que la salud debe seguir un modelo positivista y/o biomédico social y debe entenderse como una promoción idealista de un estado de bienestar psíquico, físico y social (Valls-Llobet, 2011). Así pues, debe alejarse del modelo biomédico tradicional en el que solo tenía en cuenta el síntoma y no abordaba la salud de forma integral.

Este modelo biomédico ha provocado, históricamente, que las necesidades de la mujer no se hayan tenido en cuenta en la atención sanitaria. La supuesta neutralidad de la ciencia biomédica oficial no ha introducido la variable de la diferencia sexual y ha centrado los patrones de salud en el hombre.

La invisibilidad de la mujer para la atención sanitaria y para la ciencia ha provocado que sus problemas de salud sean confundidos, minimizados o incorrectamente diagnosticados, y que sus quejas sean interpretadas como quejas psicológicas o psicosomáticas (Valls-Llobet, 2012). Así pues, como se ha comentado con anterioridad la ciencia no es objetiva ni imparcial. Sus investigaciones van guiadas por los intereses políticos, económicos, ideológicos y sociales del patriarcado y, por tanto, la salud de la mujer no ha sido objeto de una investigación justa.

A pesar de los cambios y los avances de los últimos años en ciencia, la asistencia sanitaria y los profesionales de la salud siguen basando su actuación bajo el prisma de la visión androcéntrica que toma al varón como norma, en ausencia de una perspectiva de género que logre visibilizar a las mujeres y su salud no siga siendo ninguneada.

Así pues, para tratar la disfunción sexual de la mujer a lo largo de su vida, se tomarán de referencia las definiciones recogidas por la ciencia para identificar las disfunciones sexuales femeninas y masculinas, haciendo una adaptación del DSM-IV-TR en 2002 (Tabla 1).

Así, la alteración hipoactiva del deseo sexual es la deficiencia o ausencia persistente de fantasías o pensamientos sexuales o de receptividad a la actividad sexual. La falta de excitación es la incapacidad recurrente o persistente para conseguir o mantener una excitación sexual suficiente. La aversión al sexo es la aversión fóbica persistente o recurrente, con evitación del contacto sexual i la anorgasmia es la dificultad , retraso o ausencia de orgasmo tras una adecuada estimulación y excitación.

Por lo que se refiere a las disfunciones femeninas, según la evidencia científica disponible, se define la dispareunia como un dolor genital, persistente o recurrente, asociado a las relaciones sexuales con penetración ya sea superficial (dolor vulvar o vulvovaginal) o profunda, que provoca estrés o conflictos personales. La vulvodinia es una molestia crónica vulvar, frecuentemente de tipo quemazón, sin lesión visible y sin disfunción neurológica identificable. Finalmente, el vaginismo se define como un espasmo involuntario persistente o recurrente inducido por la estimulación sexual no coital, que imposibilita la introducción del pene, un dedo o cualquier otro elemento a nivel del introito vaginal (Walker, 2013).

Tabla 1: Clasificación adaptada de los trastornos sexuales femeninos (DSM-IV-TR, 2002)

Trastorno del deseo y la excitación sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Deseo sexual hipoactivo y falta de excitación - Trastorno por aversión al sexo
Trastorno del orgasmo	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno del orgasmo o anorgasmia
Trastorno sexual por dolor	<ul style="list-style-type: none"> - Dipareunia (superficial y profunda) - Vulvodinia - Vaginismo - Vestibulitis - Dolor sexual no coital

Fuente: Propia

En el caso del hombre se recogen las definiciones presentes en la tabla 2.

Las alteraciones del deseo sexual son aquellas en las que hay una reducción o ausencia de libido y deseo sexual, que causa distrés personal. Se estima una prevalencia mundial de un 10%, aunque no hay estudios recientes (FLAEDCM, 2003)

La anorgasmia masculina es la dificultad, retraso o ausencia de orgasmo tras una adecuada excitación, que causa distrés personal. No hay datos exactos sobre prevalencia de la anorgasmia. Barnas en 2004 realizó un estudio en hombres con prostatectomía⁶ y la anorgasmia afectaba al 37% de los varones.

La disfunción eréctil es la incapacidad para mantener una erección suficiente para mantener una relación sexual satisfactoria. La prevalencia aumenta con la edad, estimándose en un 20% en hombres menores de 40 años, un 50% en mayores de 50 años y hasta un 66% en mayores de 70 años (Herruti, 2004).

⁶ Cirugía para extirpar total o parcialmente la próstata como tratamiento del cáncer de la misma

La eyaculación precoz es la eyaculación recurrente que ocurre con una mínima estimulación, antes de lo deseado y sin control. Afecta entre un 16% y un 32% de los hombres (Rowland, 2004).

TABLA 2. Clasificación adaptada de los trastornos sexuales masculinos (DSM-IV-TR, 2002)

Trastorno del deseo y la excitación sexual	- Deseo sexual hipoactivo
Trastorno del orgasmo	- Trastorno del orgasmo o anorgasmia
Trastornos de erección y eyaculación	- Disfunción eréctil - Eyaculación Precoz

Fuente: Propia

En el caso de las DS femeninas, según Carey, las más frecuentes son la falta de deseo y excitación. Resulta difícil establecer una prevalencia y las encuestas publicadas afirman que entre un 10 y un 51% de las mujeres presentan deseo sexual inhibido.

No existe consenso en la variedad de términos para describir alteraciones del deseo sexual y la excitación. Tampoco existe un método de elaboración de preguntas y encuestas para identificar la falta de deseo sexual en la mujer. Así pues, la verdadera prevalencia de las alteraciones del deseo no es fácil de determinar, pero parece ser que son frecuentes (Carey, 2006).

Los estudios sobre los trastornos del orgasmo carecen de rigor metodológico y en muchos, queda limitada la fiabilidad de los hallazgos. También hay falta de definiciones consistentes y uniformes y tampoco hay una prevalencia clara que puede oscilar entre un 6 y un 22% según el estudio de McGloin del 2006 (McGloin, 2006).

Las DS relacionadas con dolor han sido poco conocidas y reconocidas hasta en estudios recientes, anteriormente se consideraban alteraciones puramente psicógenas. El trastorno del dolor sexual (TDS) es un tipo de disfunción sexual poco tratada que

supone un impacto significativo en las relaciones íntimas y la calidad de vida de las mujeres afectadas, con una prevalencia entre el 3,1% y el 26% de las mujeres que presentan disfunción sexual (Boardman, 2009).

Los TDS, dispareunia y vaginismo, han planteado grandes retos a los profesionales de la salud. Uno de los retos principales ha sido la controversia continua sobre como conceptualizar, definir y tratar estos trastornos.. La prevalencia de la dispareunia oscila entre un 8 y un 45% de las mujeres, la vulvodinia afecta entre un 15 y un 23% de la mujeres y el vaginismo entre un 5 y 6% (Carey, 2006).

1.2.3. El abordaje terapéutico de las disfunciones sexuales femeninas y masculinas

Los tratamientos de las disfunciones sexuales, según la evidencia científica disponible, son los siguientes:

Para las DS femeninas relacionadas como la falta de deseo sexual y excitación el abordaje terapéutico actual es básicamente psicológico, aunque debe hacerse con un enfoque pluridimensional y multidisciplinar, en el que se evalúen los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales y, se exploren los conflictos con la expresión de la propia sexualidad (Vall-llobet, 2012). En algunos estudios se recomienda el tratamiento hormonal, pero sin demasiada evidencia y sin estudios a corto, medio o largo plazo sobre sus posibles efectos adversos (Molero, 2016).

En la anorgasmia el abordaje es similar al anterior, pero suele añadirse el trabajo del fisioterapeuta, ya que la anorgasmia está relacionada con una disminución del tono muscular del suelo pélvico. En muchos casos, la musculatura perineal presenta un tono

tan pobre que no es capaz de contraerse ni de forma activa ni a través de las contracciones reflejas que conlleva un orgasmo⁷ (Bo, 2015) (Molero, 2016).

Tanto para la dispareunia como para la vulvodinia, la literatura científica indica que las mujeres con este tipo de patologías deberían ponerse en manos de un equipo multidisciplinar. En este caso, el equipo lo constituyen ginecólog@s, psicólog@s y fisioterapeutas. Las mujeres se someten a sesiones educativas con cada uno de los profesionales, que les impartirán información sobre la anatomía y la fisiología del dolor en el caso del/a ginecólogo/a. Además, si la causa es la sequedad vaginal el tratamiento médico suele combinar estrógenos locales, hidratantes vaginales y/o lubricantes. La psicóloga/el psicólogo se encarga de enseñar técnicas de relajación o mindfulness y, finalmente, el/la fisioterapeuta debe restablecer la normalidad funcional de la musculatura y del sistema fascial global y del suelo pélvico (que habitualmente sufre un aumento del tono o hipertonía), potenciar la conciencia corporal y contribuir a reeducar la percepción del dolor en el caso de que se haya cronificado (Brotto et al., 2015) (Molero, 2016).

El tratamiento de primera línea para el vaginismo debe ser el psicosexual. Será crucial una educación sexual que abarque de forma clara y rigurosa todos los aspectos de la sexualidad. La fisioterapia de suelo pélvico debe ser un complemento del tratamiento psicosexual, que deberá investigar y tratar los motivos que han causado y perpetúan la disfunción (Ramírez, et al., 2014). En el vaginismo suele existir un aumento del tono

⁷ El orgasmo femenino alcanza el clímax con contracciones reflejas de vagina, útero y recto, cuya duración depende de cada mujer

muscular del suelo pélvico o hipertonia y, por tanto, como ocurre con la dispareunia es necesario restablecer la normalidad funcional de toda la musculatura.

El enfoque de tratamiento para las DSM por falta de deseo o trastorno del orgasmo es, básicamente, psicosexual pero necesita de un enfoque multidisciplinar para diagnosticar correctamente la causa (Bo, 2015). Como ocurría con las DSF, en algunos estudios se recomienda el tratamiento hormonal, pero sin demasiada evidencia y sin estudios a corto, medio o largo plazo sobre sus posibles efectos adversos (Molero, 2016).

Según la evidencia disponible, el tratamiento de primera línea para la disfunción eréctil debería ser el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, mediante un/a fisioterapeuta. Aunque debe realizarse conjuntamente con otros tratamientos como los fármacos orales o las inyecciones intracavernosas (Bo, 2015).

Por último, los tratamientos de eyaculación precoz también necesitan abordaje multidisciplinar mediante terapia conductual, entrenamiento muscular, terapia psicosexual y farmacológica (Bo, 2015)(Molero, 2016).

Por lo que se refiere a la importancia del suelo pélvico en la disfunción sexual, comentar que, a pesar del aumento de investigación en los últimos 10 años, todavía falta mucha información para establecer protocolos de diagnóstico y tratamiento eficaces (Van Lankveld, 2010).

Estudios realizados por Reissing en 2005 indican que el 90% de las mujeres que tienen dolor durante las relaciones presentan patología del suelo pélvico, específicamente aumento del tono, falta de fuerza y restricción a la entrada de la vagina. La tensión empieza como reacción protectora ante el dolor a nivel del vestíbulo. Con el tiempo esta respuesta provoca un aumento del tono general del suelo pélvico. El aumento de tono, a su vez, incrementa la presión a nivel del vestíbulo durante el coito, aumentando todavía

más el dolor y, por lo tanto, también la reacción de protección (Reissing, 2005). Ante esta reacción de protección repetitiva se produce un desequilibrio muscular global de la pelvis y el complejo abdomino-lumbar, provocando dolor y alterando la calidad de vida de las mujeres.

Así pues, aunque es necesario realizar más estudios, parece que existe una relación entre el suelo pélvico, la pelvis, el conjunto abdomino-lumbar y las disfunciones sexuales.

1.2.4 La Promoción de la salud y las disfunciones sexuales

La carta de Ottawa (OMS, 1986) define la promoción de la salud como el proceso político y social global que incluye no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas a fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (Valls-Llobet, 2012). La promoción de la salud es un campo de salud pública que debe tener en cuenta la educación sanitaria, la educación en hábitos favorables a la salud y la creación de habilidades con relación al propio cuerpo, el entorno y la utilización saludable de los servicios sanitarios.

Para hacer un abordaje igualitario en salud, es necesario que la promoción de la salud sea enfocada con perspectiva de género. Así pues, no debe limitarse a las biología ni al medioambiente, sino que debe plantearse el entorno social, la clase social, las creencias, las condiciones de vida y trabajo y los recursos sociales existentes (Valls-Llobet, 2012).

La promoción de la salud para las disfunciones sexuales debe realizarse desde el abordaje de tres aspectos:

- El aspecto biológico que debe tener en cuenta los riesgos que producen mayor

morbilidad diferencial, especialmente los relacionados con los procesos vitales de las mujeres, como los embarazos, los partos, la menopausia e incluso la menstruación. A modo de ejemplo, la caída hormonal de estrógenos durante la menopausia es uno de los factores de riesgo del trastorno del deseo y la excitación sexual en la mujer.

El examen físico de la mujer y una historia clínica completa deben ser la guía para evaluar y detectar posibles disfunciones. Por tanto, es necesario que los profesionales sanitarios tengan formación biológica específica con perspectiva de género.

- El aspecto psicológico debe tener en cuenta que la mujer sufre más ansiedad, estrés y depresión que el hombre, debido a la lucha desde la infancia contra unas condiciones de invisibilidad e inferioridad que agotan la salud mental. Por ello es necesario prestar atención al exceso de medicalización del sexo femenino mediante psicofármacos y orientar las intervenciones para mejorar la autoestima, la capacidad de decisión y la asertividad (Valls-Llobet, 2012). Las DSF deben abordarse, por tanto, teniendo en cuenta el aspecto psicológico y valorar como vive y como siente la mujer su sexualidad.

- El aspecto social es el aspecto marcadamente diferencial de la promoción de salud con perspectiva de género. La mujer sufre una gran carga de trabajo, haciéndose además de la jornada laboral fuera de casa, de la mayoría del trabajo doméstico, del cuidado de los menores y de los mayores dependientes. Por tanto, el estrés físico y mental es muy grande, afectando a la calidad de vida las mujeres. La sexualidad femenina se verá condicionada, por tanto, por esta disminución de la calidad de vida generando que el deseo sexual y el disfrute de una sexualidad placentera no sea relajado ni forme parte de la cotidianidad.

Pero para realizar una promoción de la salud en sexualidad, de forma eficaz y eficiente, es necesario que los profesionales sanitarios estén motivados e interioricen la sexualidad

de forma positiva y fundamental del ser humano y la educación sexual como el recurso necesario para los pacientes (Molero, 2015) El profesional sanitario debe preguntar acerca de la satisfacción sexual de sus pacientes, especialmente cuando éstos se hallen en las etapas vitales susceptibles de empeorarla o cuando concurren enfermedades o tratamientos farmacológicos que la puedan alterar.

No es necesario **ser** un terapeuta sexual para abordar los problemas sexuales de las mujeres. Es necesaria una formación que capacite para dar respuesta a estas demandas, informando, orientando y derivando cuando sea necesario (Molero, 2016).

Una sexualidad informada y protegida ayudará a la mujer a disfrutar más de su intimidad. Uno de los puntos básicos para mantener una buena salud sexual es la higiene. También es necesario realizar chequeos ginecológicos, favorecer la masturbación para conocer el cuerpo a la perfección, conciliar mejor el sueño, fortalecer los músculos y aliviar el estrés.

La salud sexual debe entenderse como un aspecto esencial en la vida de una mujer. Tener una salud adecuada influye en su bienestar general. El sexo no debe entenderse como un medio para la reproducción, sino que tiene implicaciones muy profundas en su mente, su cuerpo y su vida. (Estrada, 2015).

Así pues, para abordar las DSF es necesario el asesoramiento individualizado para ofrecer a la mujer información y recomendaciones sobre el trastorno que se adapten a sus necesidades, forma de vida y adaptándose de forma dinámica según el proceso vital de la mujer.

2. Hipótesis

Las hipótesis que contempla esta investigación son:

1. Las mujeres reciben poca información sobre la existencia de disfunciones sexuales y las posibilidades de tratamiento que existen
2. El personal sanitario muestra poco interés para abordar las posibles disfunciones sexuales de las mujeres
3. Las mujeres sienten que la disfunción sexual no es un problema de salud o no es lo suficientemente importante como para consultar, por miedo a no ser entendidas, rechazadas o por tabú.

4. Objetivos

Objetivo general

Este trabajo tiene como objetivo principal analizar si existe un infradiagnóstico en mujeres que han sufrido y sufren algún tipo de disfunción sexual a lo largo de su vida.

Objetivos específicos

1. Identificar las tipologías más frecuentes de disfunción sexual en la mujer
2. Conocer si el personal sanitario se ha interesado por la salud sexual de las mujeres con disfunción
3. Analizar si, la mujer con disfunción, vive su sexualidad como un problema de salud, y como condiciona su calidad de vida.

5. Metodología

Tipo de estudio

Este trabajo se realizó en el marco de un estudio cualitativo, para describir las experiencias y situaciones de vida y nos permitiera realizar una recogida de información útil y práctica sobre las rutinas de la vida cotidiana y de la realidad social de las mujeres, su sexualidad y sus posibles disfunciones sexuales

Ámbito de estudio

El estudio se realizó en la población de Badalona, provincia de Barcelona.

Población de estudio

Las mujeres tenían edad comprendida entre los 32 y los 84 años, con residencia en la ciudad de Badalona.

Las mujeres que participaron en el trabajo de investigación se las seleccionó sin preguntar sobre el tipo de sexualidad que practicaban o si se sentían identificadas con algunas de las orientaciones sexuales, según las definiciones establecidas⁸.

No fue objeto de estudio la sexualidad de la mujer según la pareja o parejas que tuvieran o hubiesen tenido.

Se pretendía estudiar la sexualidad de la propia mujer y, solo si ella quería, que relatase quien o quienes eran sus parejas y si se identificaba con alguna forma de orientación sexual, que lo hiciera libremente; pero evitaré condicionarlo con las preguntas.

⁸ Asexual, bisexual, heterosexual, homosexual, pansexual o queer

Tampoco era objeto de estudio si existía una relación entre el nivel formativo o poder adquisitivo de la mujer con la sexualidad. Por tanto, no se preguntó a la mujer sobre su situación laboral o nivel de estudios. Como ocurría en el supuesto anterior, se dejó libremente a la mujer que lo expusiera si ella lo creía conveniente.

Aunque me hubiese gustado ampliar la muestra con mujeres transexuales e intersexuales, no tuve la oportunidad de recibir en consulta ni tratar a ninguna de ellas. Por tanto, todas las mujeres participantes tienen genitalidad femenina y no han recibido ningún tratamiento de cirugía íntima y/u hormonación.

Las mujeres que participaron en la investigación acudían a la consulta para realizar tratamiento fisioterápico por alguna patología relacionada con el suelo pélvico o con la región lumbopélvica.

La razón principal para elegir esta población es la relación y sinergia que existe entre la musculatura profunda abdominal y lumbar con la musculatura del suelo pélvico y, a su vez, la musculatura del suelo pélvico con las disfunciones sexuales (Lee, 2010)(Eliasson, 2008)(Bi, 2015)(Moon-Jeong, 2016).

La pelvis femenina es una región que comunica en dirección craneal con la cavidad abdominal y la zona lumbar. Desempeña funciones urogenitales (como la micción), digestivas (alberga la parte final del tubo digestivo) y sexuales-reproductoras. Desde el punto de vista filogenético, la pelvis ha evolucionado desde la cuadrupedia de nuestros ancestros hasta la bipedestación, lo que ha conllevado a cambios importantes en una de sus funciones más importantes, la gestación, y en el soporte del peso de las vísceras abdominales y pélvicas y los cambios de presión intraabdominal (Ramírez et al., 2014).

Tapizando caudalmente la pelvis femenina y masculina⁹, encontramos a un conjunto anatómico formado por musculaturas, fascias, tejido conjuntivo y ligamentos denominado Suelo Pélvico.

De todas las patologías que pueden afectar a la mujer, una de las que puede condicionar más su calidad de vida es sin duda la patología de suelo pélvico (Ramírez et al. 2015). Bajo la denominación “disfunciones del suelo pélvico” se incluyen una serie de cuadros clínicos entre los que se hallan la incontinencia urinaria¹⁰, la incontinencia anal¹¹, el prolapso de órganos pélvicos¹², urgencias y/o frecuencias miccionales¹³, varios síndromes de dolor crónico¹⁴, entre ellos la vulvodinia y el resto de disfunciones sexuales (Pessarrodona, 2012). A pesar de la gran variedad de disfunciones no existen datos claros de prevalencia e incidencia real.

⁹ Debido a que el presente trabajo de investigación está enfocado a la sexualidad femenina, solo hablaremos de la pelvis y estructuras anatómicas de la mujer

¹⁰ Pérdidas de orina involuntaria

¹¹ Pérdida de heces en forma de gas, líquida o sólida de heces

¹² Descenso de órganos pélvicos: uretra, vejiga, útero y/o recto

¹³ Aumento de la frecuencia para ir al baño, en número de veces y en rapidez. Se considera normal ir unas 7-8 veces al baño durante el día, en un intervalo de cada 2-3 horas y una vez máximo por la noche.

¹⁴ Dolor localizado en la pelvis, el periné o ambas zonas (incluyendo vísceras intrapélvicas), de más de 6 meses de evolución, y que puede tener repercusiones cognitivas, de comportamiento y sociales

Sí se sabe que el principal factor de riesgo de lesión del suelo pélvico es el embarazo y el parto (Bo, 2015). Básicamente por los cambios anatómicos y cambios hormonales que de un embarazo derivan, al trabajo de parto y a la instrumentalización del mismo; mediante fórceps, ventosas, palas y el corte quirúrgico conocido como episiotomía.

El suelo pélvico, como la pelvis, tiene diferentes funciones: sostiene las vísceras pélvicas, participa en el expulsivo del parto, participa en la función urinaria y fecal, participa en la función de estabilidad pélvica y de tronco junto al diafragma, la musculatura lumbar y abdominal y de su integridad depende una buena y satisfactoria función sexual.

Por tanto, muchas mujeres que acuden a la consulta de fisioterapia por un problema lumbar¹⁵, presentan una mala función de su suelo pélvico y, en la mayoría de casos, una deficiente función sexual. La patología de suelo pélvico y el dolor lumbar son conceptos que se encuentran relacionados (Bi et al., 2015) ya que, el suelo pélvico y el raquis lumbar son dos estructuras complejas que están íntimamente relacionadas. Es ampliamente conocido que forman parte del complejo anatómico funcional que denominamos CORE¹⁶, el cual se encuentra completado por el diafragma y por los músculos abdominales. Por lo tanto podemos afirmar que las estructuras que forman el suelo pélvico (SP) contribuyen de forma general a la estabilidad, flexibilidad y movimiento de nuestro cuerpo (Bi et al., 2015). Entonces, cualquier cambio en la estructura y/o función del SP afectará al resto de la musculatura del CORE. Además, la estabilidad pélvica, abdominal y lumbar está condicionada por la armonía

¹⁵ Lumbalgias o dolor lumbar en general

¹⁶ CORE: palabra inglesa que significa centro o núcleo

proporcionada por el buen funcionamiento de los músculos, estructura ósea y sistema neuronal. Todas las estructuras trabajan en sinergia, y en condiciones normales se produce una co-activación de los abdominales, cuando se realiza una contracción voluntaria del suelo pélvico y una activación de la musculatura lumbar proporcionando estabilidad a toda la pelvis y a todas sus estructuras, incluidas las vísceras pélvicas y todo el periné (Ghaderi et al. 2016)(Moon-Jeong, 2016).

En estos casos, como la patología “más preocupante” es el dolor lumbar, la mujer no suele consultar por problemas sexuales y el personal sanitario tampoco suele interesarse por esa función de su suelo pélvico.

Otras de las consultas frecuentes relacionadas con la mala función de suelo pélvico son problemas de incontinencia urinaria, fecal y urgencias miccionales. En estas mujeres, también suele acompañarse la mala función de suelo pélvico con algún problema de índole sexual. En cambio, tampoco es habitual que consulten por su problema sexual o que el personal sanitario las interroge.

Por último, solo una pequeña parte de las mujeres que acuden a consulta para preparar su embarazo y/o volver a la normalidad tras un parto consulta por un problema de disfunción sexual. De hecho en los grandes tratados o compendios de obstetricia, como Williams o Gallo no se recogen las disfunciones sexuales como posibles efectos del embarazo y el parto (Cunningham, 2009) (Gallo, 2015). Así pues, pocas mujeres después de un parto son interrogadas por el personal sanitario por su salud sexual.

Por tanto, estos tres grupos de mujeres, a priori, con un problema de disfunción sexual invisibilizado o no diagnosticado formaron parte de la muestra para ser entrevistadas en el trabajo de investigación.

Selección de las informantes

La muestra no es aleatoria, estas mujeres fueron seleccionadas por su tipología clínica para aportar información detallada a esta investigación.

Así pues, fue una muestra intencional y estratégica que no tenía por objetivo principal contabilizar o hacer una estadística del número de mujeres que presentaban una DS, el objetivo de seleccionar a estas mujeres fue obtener información y comprender toda la complejidad social que envuelve a una DS bajo la losa de la invisibilidad.

Elementos que se investigaron

Se investigó la información que poseía la mujer sobre las diferentes disfunciones sexuales femeninas, sus posibles tratamientos y, se comparó, con la información que poseía sobre las disfunciones sexuales y posibilidades de tratamiento en el hombre.

Además se exploró si el personal sanitario se había interesado por la salud sexual de las mujeres entrevistadas y, en el caso de que lo hiciera, de qué forma lo hizo.

Por último, se valoró como afectó la DS a la calidad de vida de la mujer, como la abordó y de qué manera vive su sexualidad.

Instrumento recogida de información

Se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas con preguntas de carácter abierto, para ofrecer una mayor adaptación a las necesidades de las mujeres entrevistadas y no limitar la exposición de sus vivencias.

La entrevista fue dirigida a responder las siguientes preguntas de investigación: ¿La disfunción sexual femenina está infradiagnosticada?

¿La mujer siente que el personal sanitario muestra interés por resolver y solucionar su disfunción?

¿Cómo afecta la disfunción sexual a la calidad de vida de la mujer?

La entrevista se dividió en dos partes, realizándose ambas durante el mismo día (Vargas, 2012). La primera parte estaba formada por preguntas abiertas abordando cuál era el conocimiento de éstas mujeres sobre el término y/o el concepto de disfunción sexual, su valoración personal sobre las DS y el conocimiento sobre los posibles tratamientos de las disfunciones sexuales femeninas y masculinas.

A continuación se detalla el guión de los primeros elementos de estudio relacionados con disfunción sexual femenina:

1. ¿Conoces alguna Disfunción Sexual Femenina? Cuáles?

▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬

2. ¿Conoces alguna Disfunción Sexual Masculina? Cuáles?

▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬

3. ¿Sabes si existe algún tratamiento para las Disfunciones Sexuales Femeninas? ¿Cuál?

▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬

4. ¿Sabes si existe algún tratamiento para las Disfunciones Sexuales Masculinas? ¿Cuál?

▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬

5. ¿Te ha preguntado alguna vez el personal sanitario sobre tu vida sexual? ¿Cuándo y qué personal sanitario?

▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬

6. Has tenido alguna vez o tienes una Disfunción Sexual?

▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬

Una vez finalizada la primera parte, se les expuso de manera breve las definiciones sobre disfunción sexual de mayor consenso según la evidencia científica tradicional y finalmente, se les reformuló las mismas preguntas, añadiendo aspectos sobre como

abordaba la DS la mujer o como afectaba a su calidad de vida y, finalmente, se pedía su opinión sobre los postulados de la ciencia y su propia experiencia.

A continuación exponemos el guión de los segundos elementos de estudio relacionados con la disfunción sexual femenina:

6B ¿Has tenido o tienes alguna Disfunción Sexual?

▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬

7. ¿Cómo abordaste o solucionaste el tema?

▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬

8. ¿Has consultado con el personal sanitario alguna vez tu Disfunción sexual? ¿Por qué? ¿Con quién?

▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬

9. ¿Cómo afectó o cómo afecta a tu calidad de vida la Disfunción Sexual?

▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬

10. ¿Qué consideras que es tener una vida sexual satisfactoria?

▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬

11. ¿Consideras que tener una buena salud sexual es sinónimo de tener una buena salud en general?

▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬

12. ¿Tienes una vida sexual satisfactoria?

▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬ ▬

Procedimiento

La realización de este trabajo presenta dos partes diferenciadas: una búsqueda bibliográfica minuciosa focalizada en las publicaciones en ciencias de la salud y ciencias sociales sobre la disfunción sexual femenina y el trabajo de campo con mujeres con disfunción sexual a través de entrevistas personalizadas.. La primera parte ha permitido establecer el marco teórico y explorar las teorías científicas y sociales actuales así como elaborar el contenido de las entrevistas. Y la segunda, la recogida de información a través de las entrevistas a las personas previamente seleccionadas.

Se contactó con las informantes por dos vías: telefónica y personalizada. Aquellas mujeres que seguían en el momento de la entrevista tratamiento en la consulta, se les informó de manera personalizada del contenido y de la realización de la misma. Las mujeres que finalizaron su tratamiento y, en el momento de la entrevista, no asistían a la consulta se les llamó telefónicamente.

La entrevista se realizó en consulta o, si la mujer lo requería, en un espacio de su comodidad y confortabilidad.

Antes de realizar las entrevistas, se les facilitó e informó sobre la Ley de protección de datos, la confidencialidad de la entrevista y el consentimiento informado.

La entrevista tenía una duración variable con un mínimo de 15 minutos y sin tiempo límite máximo. De esta manera, la mujer podía exponer libremente sus reflexiones finales.

Durante la entrevista se tomaron notas de la mismas, con transcripción literal de las respuestas de las participantes y sin grabación de audio o vídeo.

Durante y después de la elaboración de la entrevista se confeccionó un fichero de datos para la introducción de la información durante la investigación. Se incluyeron los datos sociodemográficos de las entrevistadas y los elementos de estudio (Disfunción suelo pélvico, dolor lumbar y recuperación post-parto) que figuran en la tabla siguiente (Tabla 3).

Tabla 3. Elementos de estudio según la patología de consulta de las personas entrevistadas

	V1.Disfunción SP	V2.Dolor Lumbar	V3.Recuperación postparto
Adelina 84a	X		
Adelina 59a		X	
Agustina 61a	X		
Ana 44a			X
Ángela 67a		X	
Ascensión 67a	X		
Elena 32a			X
Fina 52a		X	
Inma 39a	X		
Lola 63a			
Loli 64a		X	
Lydia 65a		X	
MCarmen 55a	X		
María 73a		X	
Mati 58a		X	
Mireia 33a			X
Paquita 60a	X		
Silvia 35a			X
Teresa 56a		X	
Virginia 62a		X	

Tras el proceso de búsqueda de información y elaboración de entrevistas se recogió la información y se analizó de la manera que describiremos a continuación.

Análisis de la información

Tras la recogida de datos a través de la entrevista se realizó un análisis de datos categorial según el guión de los elementos de estudio anteriormente mencionados e

interpretativo, para analizar el contenido del material y profundizar en su contenido latente y en el contexto social donde se desarrolla el trabajo de investigación (Andreu, 2010).

Además se realizó un análisis sistematizado y exhaustivo para recoger las vivencias, dudas, incomodidades y formas sobre las respuestas y no-respuestas que habían (Cabruja, 2008).

El análisis se realizó pregunta por pregunta y, en función, de las hipótesis y objetivos planteados.

Aspectos éticos

Las mujeres que participaron en el trabajo de investigación, lo hicieron de manera voluntaria y, antes de empezar la entrevista, se les explicó que no es necesario contestar todas las preguntas de manera obligatoria pero que su respuesta había de ser lo más sincera posible. De esta manera, la recogida de datos analizaría las respuestas de estas mujeres y, también, las no respuestas.

Antes de iniciar la entrevista las mujeres debían firmar un consentimiento informado para autorizar formalmente su participación en ella (Anexo 1).

Toda la información recogida en la entrevista y los datos de las mujeres participantes fue y será tratada con fines exclusivamente de investigación (Anexo 2).

Los datos de las entrevistadas, al ser pacientes del Centre de Fisioteràpia Acros se trataron y se tratarán según la normativa vigente de la Agencia de Protección de Datos (Ley Orgánica 15/1999, del Real Decreto 1332/1994) (Anexo 3).

6. Resultados

La exposición de los resultados se presenta de forma categorizada según los objetivos.

6.1 Resultados relacionados con la identificación de las tipologías más frecuentes de disfunción sexual en la mujer

Para identificar las tipologías más frecuentes de disfunción sexual de la mujer se exploró el conocimiento de las entrevistadas sobre la existencia de DSF. La mayoría de las mujeres hicieron una búsqueda mental de sus vivencias personales, aportando una valiosa información sobre las disfunciones conocidas y, por tanto, descritas.

Muchas mujeres tuvieron dudas sobre la existencia de DSF, otras tenían claro que no conocían ninguna e, incluso, no sabían si habían sufrido algún tipo de disfunción o no. El conocimiento global sobre DSM era superior al expresado sobre DSF y el aporte global sobre la existencia de tratamientos se localizó, principalmente, en el tratamiento mediante fármacos de la DSM más reconocida.

- La mayoría de las mujeres no tienen claro si conocen alguna disfunción

Aportaciones de las informantes

Adelina, 84 V1

“No. Yo he vivido con mi marido siempre y nunca me han explicado nada. No he hablado nunca con nadie. Para mi ha sido una cosa muy respetuosa, de alcoba”

Inma, 39 V1

“No estoy segura. Yo tengo Esclerosis múltiple, pero no conozco quizás por la religión, la cultura o porque es un tabú. ¿Qué no sientes? ¿Por alguna enfermedad?”

María, 73 V2

“Sequedad, dolor, la falta de concentración, la sensación de no tener nunca necesidad de hacer el amor, ...a mi me han pasado esas cosas”

Adelina, 59 V2

“No. Aunque seguro que tiene que haber un montón, nunca lo había pensado. ¿La frigidez? Ahora que pienso de oír hablar a las personas mayores que se ponían a hacerlo porque les tocaba, porque el hombre quería y no porque les gustaba. ¿La sequedad?”

Agustina, 61 V1

“Seguramente sí, pero ahora no recuerdo”

Ana ,44 V3

“¿Sequedad es una disfunción? ¿O que a lo mejor no puedes sentir bien? ¿O que después de un parto se queda como corcho por la episiotomía? ¿Qué no puedes lubricar? La verdad es que no lo había pensado nunca, porque solo se habla de disfunción eréctil”

Paquita, 60 V1

“Pues no lo sé. ¿Qué no tienes ganas? ¿Sequedad?”

Silvia, 35 V3

“No. Bueno no lo sé. ¿Qué no te corres y eso, no?”

- Otras participantes tienen muy claro que no conocen ninguna disfunción sexual.

Aportaciones de las informantes

Ascensión, 67 V1

“No conozco. Que yo sepa no”

Fina, 52 V2

“No conozco”

Lola, 63 V2

“No conozco”

Loli, 64 V2

“No sé. Creo que Ninguna”

Lydia, 65 V1

“No sé de ninguna.”

MCarmen, 55 V1

“No conozco”

- La información recogida sobre el conocimiento de la existencia de DSM es más amplia que la obtenida sobre la DSF.

Aportaciones de las informantes

Ana, 44 V3

“Disfunción eréctil y eyaculación precoz. No sé si hay más”

Elena, 32 V3

“Sí disfunción eréctil y que no eyaculan”

Lola, 63 V2

“Sí. La eyaculación precoz, que no mantiene la erección. Mi marido por estrés en el trabajo le afectó y no podía. Así que tuvo que ir a la Seguridad Social para reconducirlo”

Lydia, 65 V1

“Sí. He hablado con amigas que dicen que a sus maridos no se le sube o que se corren demasiado rápido”

Mati, 58 V2

“Sí la impotencia”

MCarmen, 55 V1

“El gatillazo”

Silvia, 35 V3

“Que no se le levanta el miembro, que no llegan al orgasmo”

- Por lo que se refiere a la información que las mujeres tienen sobre los posibles tratamientos de DSF y DSM y el interés del personal sanitario por las DSF, la mayoría de los casos, desconocen la existencia de cualquier tratamiento para la mujer.

Aportaciones de las informantes

Ana, 44 V3

“Supongo que hay, pero no conozco”

Ángela, 67 V2

“No lo sé. Me imagino que sí pero no conozco”

Ascensión 67 V1

“No. Bueno no lo sé. Ahora que lo pienso tengo la libido muy baja. Sobre todo desde que me operaron con cuarenta y cuatro años de una histerectomía¹⁷. Se me quedó muy seco y siempre he pensado que si hubiera una pastilla, como la de los hombres pues iría muy bien.”

Fina, 52 V2

“No lo sé. A cierta edad se necesita algo que facilite la penetración, no?”

María, 73 V2

“Que yo sepa no. Los geles y los lubricantes para la sequedad?”

Teresa, 56 V2

“Supongo que alguna especie de Viagra® en femenino, aunque no creo que sirva de mucho. Algo de ejercicio o rehabilitación”

Virginia, 62 V2

“No. He oído que igual que en el hombre hay una pastilla, pero no la conozco”

- Algunas mujeres tienen claro que existen tratamientos pero solo los relacionan con problemas psicológicos y/o emocionales u otras enfermedades.

Aportaciones de las informantes

¹⁷ La histerectomía es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación del cuello, cuerpo, las trompas de Falopio y/o los ovarios. Existen varias razones para realizar la cirugía, la más común es el cáncer.

Agustina, 61 V1

“Puede pasar que la mujer no llegue al orgasmo, pero la mitad de las veces es culpa del marido. Hay que ir al sexólogo pero con pareja”

Mati, 58 V2

“Ir al terapeuta para problemas mentales o si tienen una DS por alguna enfermedad y toman fármacos como los de la diabetes”

- Otras participantes consideran que, a pesar de sí haber disfunciones, no hay tratamiento porque nada se puede hacer.

Aportaciones de las informantes

Loli, 64 V2

“Pues cuando no te apetece debería haber algo, pero solo queda mentalizarse porque hay que hacerlo”

Lydia, 65 V1

“Si se puede considerar una disfunción no llegar al orgasmo? Pero no hay tratamiento. No se puede hacer nada”

- Los resultados relacionados con la exploración del conocimiento sobre las diferencias de género en salud en el abordaje sanitario de las DSM y DSF, nos indican donde se ha establecido una mayor unanimidad y seguridad en las respuestas.

Aportaciones de las informantes

Adelina, 59 V2

“Lo único que se me ocurre es la Viagra®”

Ana, 44 V3

“sí la Viagra® que sale en los anuncios, en la radio, en los medios de comunicación y por internet. Pero de femenino nunca he visto nada”

Ascensión, 67 V1

“la Viagra®”

Lola, 63 V2

“Básicamente la Viagra®”

María, 73 V2

“Las pastillas”

Mireia, 33 V3

“la Viagra®”

Virginia, 62 V2

“Sé que hay pastillas, pero no sé si hay algo más que la Viagra®”

- Algunas mujeres también aportan su conocimiento sobre los tratamientos de las DSM derivadas de otras enfermedades: problemas de corazón y de próstata.

Aportaciones de las informantes

Ascensión, 67 V1

“A mi marido le recetaron Viagra® porque no tiene erección y no eyacula. Pero yo no quiero que la tome. Tiene problemas de corazón y es muy arriesgado”

Mati, 58 V2

“Yo diría que sí. Por próstata o por algún tipo de patología o por tratamiento con fármacos, debe haber pastillas. Y si es por estrés el tratamiento ha de ser por un terapeuta”

María, 73 V2

“Como en las enfermedades de próstata no tienen erección por los tratamientos hormonales y la radioterapia algo también debe de haber sí”

- La información recogida sobre si las mujeres entrevistadas sufren o han sufrido alguna vez una disfunción sexual muestra que la mayoría consideran que nunca la han tenido o, incluso, tienen dudas sobre si las han padecido o no.

Aportaciones de las informantes

Adelina, 59 V2

“Ahora no lo sé. Lo que te comentaba antes de la sequedad, pero como ahora no tengo relaciones no me preocupa”

Adelina, 84 V1

“No. Yo solo he estado con mi marido y no he tenido nunca nada”

Ana, 44 V3

“Creo que no, pero a veces sí tengo sequedad. Una vez después de tener candidas me quedó muy seco”

Ángela, 67 V2

“No nunca y en este momento prácticamente no tengo RS”

Ascensión, 67 V1

“No yo no. Ahora con los años tienes menos ganas y te cuesta ponerte, pero es normal”

Lola, 63 V2

“No.”

Loli, 64 V2

“No”

Lydia, 65 V1

“No he tenido nunca ninguna, pero no estoy segura de si alguna vez he tenido un orgasmo”

Mati, 58 V2

“En principio no”

MCarmen, 55 V1

“Yo creo que sí pero no estoy segura”

Silvia, 35 V3

“No”

Virginia, 62 V2

“Sino tener nunca ganas es una disfunción, la he tenido. Pero nunca he considerado el sexo como algo importante en la vida del matrimonio. Conozco gente que piensa que el sexo es fundamental en una pareja, pero yo no creo que sea esencial”

- Otras mujeres, en cambio, tienen muy claro que sí han tenido o tienen alguna DS, aunque algunas de ellas no supieron responder cuando inicialmente se les preguntó si conocían alguna DSF.

Aportaciones de las informantes

Agustina, 61 V1

“Ahora tengo un líquen y tengo muchísimo dolor, así que no puedo tener RS”

Fina, 52 V2

“Tengo temporadas que no me apetece nada”

Inma, 39 V1

“Si falta de sensibilidad y no poder llegar al orgasmo”

María, 73 V2

“Inapetencia, dolor y sequedad”

Paquita, 60 V1

“Hasta hace poco no podía porque me escocía. Me dolía”

Teresa, 56 V2

“Sí. En la actualidad no tengo deseo para tener RS y antes pocas veces llegaba al orgasmo”

- Resultados obtenidos tras compartir con ellas el conocimiento extraído de la búsqueda bibliográfica.

Aportaciones de las informantes

Adelina, 84 V1

“Bueno al principio dolía, sobre todo la primera vez. Antes no había información y nadie te decía nada. Estuve en una casa sirviendo hasta los 12 años y eran muy religiosos, hablar de sexo estaba prohibido. Yo no he sido una persona de mucho sexo y solo lo hacía si a él le apetecía, porque tenía que hacerlo, porque sino parecía que estaba con otro hombre”

Adelina, 59 V2

“Uy pues ahora sí te lo afirmo. He tenido sequedad y dolor. Ahora que has dicho todas esas definiciones, claro que las conocía. Pero no las había dicho porque piensas que son cosas que no se hablan y que parece en que realidad no pasan, que no tienen importancia”

Ana, 44 V3

“Pues no he tenido mucha libido y he tenido sequedad y algo de molestias y dolor”

Ascensión, 67 V1

“Entonces sí he tenido. He tenido dolor y mucha sequedad. Incluso al hacer pipí me dolía y, a veces, tenía sangre en las paredes de la vagina”

Lola, 63 V2

“Hace cuatro años me operaron del Virus del Papiloma Humano y a raíz de eso necesito lubricantes para hacer el amor”

Loli, 64 V2

“A veces sí he tenido mucho dolor al hacerlo y quería que acabase pronto. Pero ahora no”

Lydia, 65 V1

“Pues confirmado. Yo nunca he tenido un orgasmo. Pero siempre he tenido ganas y tampoco me ha dolido nunca, pero no he llegado al orgasmo”

Mati, 58 V2

“Solo tengo sequedad vaginal ahora, pero por la edad”

MCarmen, 55 V

“Pues entonces sí. Tengo dolor a la penetración. Me operaron de una histerectomía y, desde entonces, tengo dolor. Me dijeron que al coser, la cavidad queda más pequeña y al tocar me molesta, pero no me dio solución”

Silvia, 35 V3

“Ahora que pienso sí hubo una temporada, justo después de dar a luz, que la vagina se cerró y no entraba nada. No podía tener relaciones. Pero acababa de nacer la niña y tenía otras prioridades”

Virginia, 62 V2

“Pues entonces sí. Dolor y falta de deseo. Nunca me ha apetecido”

- Destacar dos testimonios que reflexionan sobre su salud sexual y que entienden que han tenido alguna DS más de las principalmente descritas.

Aportaciones de las informantes

Fina, 52 V2

“Pues sí además estoy pensando que con una pareja que tuve hace mucho tiempo tenía dolor siempre, me hacía daño. Yo llegaba a casa, incluso, con sangre en la braguita”

Paquita, 60 V1

“Pues sí hace muchos años tuve muchas infecciones, cuando era más joven y no podía hacer nada. Ahora hace 10 años que no tengo la regla y sí que tengo mucha sequedad”

6.2 Resultados relacionados con el interés del personal sanitario por la salud sexual de las mujeres con disfunción

A continuación se exponen los resultados que muestran la relación existente entre el interés del personal sanitario por la sexualidad de la mujer y una orientación diagnóstica adecuada. El infradiagnóstico de una DSF surge de la falta de interés del personal sanitario en preguntar a las pacientes sobre su sexualidad, en mostrarles poco apoyo y en no hacerles partícipes de la información adecuada. Obtenemos información también sobre quienes son los profesionales de la salud con los que las mujeres hablan y exponen sus vivencias

- Los resultados muestran que el personal sanitario que parece haber interrogado más a las mujeres sobre su salud sexual ha sido en las visitas de revisión o postparto de ginecología, aunque a la gran mayoría nunca se les ha preguntado sobre su sexualidad y sus posibles disfunciones.

Aportaciones de las informantes

Adelina, 84 V1

“Nunca. Ellos no te escuchan mucho, no se preocupan. No se le da importancia y antes tampoco. Mi madre tuvo 12 hijos, eso sí era importante y no se sabía como evitarlo”

Ana, 44 V3

“No. Nunca”

Ángela, 67 V2

“El ginecólogo a veces, pero hace mucho tiempo. Si tenía relaciones”

Agustina, 61 V1

“No. Nunca. Fui yo por iniciativa propia a planificación familiar porque no llegaba al orgasmo”

Elena, 32 V3

“Nunca”

Loli, 64 V2

“Cuando hago revisiones, el ginecólogo me pregunta si tengo relaciones y cuántas pero ya está”

MCarmen, 55 V1

“No. Nunca”

Virginia, 62 V2

“Sí en las revisiones de ginecología, pero solo si tengo relaciones”

- Solo cuatro mujeres hablan del interés de otros profesionales de la salud por su salud sexual.

Aportaciones de las informantes

Ascensión, 67 V1

“Mi médico de cabecera porque hablamos mucho y hacemos mucha psicología”

Inma, 39 V1

“El neurólogo”

Mati, 58 V2

“En planificación familiar sí me preguntaron si tenía relaciones sexuales satisfactorias”

Silvia, 35 V3

“Mi fisioterapeuta”

- Algunas mujeres se enfrentaron al problema en silencio, solas o en pareja. La gran mayoría no consultaron con ningún profesional sanitario.

Aportaciones de las informantes

Adelina, 84 V1

“Nunca lo he comentado con nadie”

Ana, 44 V3

“Compré lubricante por mi cuenta. Lo consulté en la misma tienda, pero no fui a ningún otro sitio”

Ángela, 67 V2

“Nunca me planteé que tenía que solucionarlo. La dinámica que yo tengo ahora es así y no me representa un problema. No he tenido necesidad de consultarlo”

Ascensión, 67 V1

“Antes iba a la farmacia, porque veía los anuncios de la TV y allí compraba las pomadas. La pomada no me daba más ganas pero sí la tranquilidad de que no me iba a

hacer daño, entonces te relajas y disfrutas más. No lo he consultado con el especialista porque ellos no te hacen caso. Si es algo así te mandan a la farmacia y te apañas tu”

Fina, 52 V2

“No lo solucioné ni fui a ningún sitio nunca. Al final aquel chico y yo lo dejamos. Él sí que me decía que consultara pero a mi me daba vergüenza. Después de tener a mi hijo también me molesta con mi marido, porque creo que soy muy estrecha pero no lo he consultado”

Lola, 63 V2

“Yo pienso que la sequedad es por la edad, así que utilizo lubricante por mi cuenta”

María, 73 V2

“Nunca lo consulté ni nunca lo solucioné. Por vergüenza, por falta de información, nadie te dice nada y tiras con todo sola para adelante. Vives y haces las cosas porque tienes que hacerlas, pero no sientes nada. Para la sequedad utilizaba un poco de vaselina”

Silvia, 35 V3

“No hice nada. Solo esperar que pasara. Utilicé lubricante hasta que pasó”

Virginia, 62 V2

“No lo consulté ni lo abordé de ninguna manera nunca. A lo mejor me he equivocado porque siempre he pensado que el sexo no era importante. Me gustaba más la atracción que el sexo en sí. Eran cosas que no comentaba ni con mi marido, que era con quien tenía que solucionarlo. Pensaba que al resto no le importaba, que era algo mío”

- Algunas sí consultaron con el personal sanitario su problema y su experiencia fue bastante variable. Aunque, la mayoría, coinciden en que recibieron poco apoyo y poca información por parte del personal sanitario.

Aportaciones de las informantes

Adelina, 59 V2

“Fui al ginecólogo y en una revisión se lo comenté. Pero antes de ir ya me había informado por mi cuenta y utilizaba un aceite. Me costó mucho preguntarle porque me daba vergüenza, por miedo a lo que pensara el médico de mi”

Agustina, 61 V1

“Cómo no llegaba al orgasmo fui al sexólogo de planificación familiar. Tenía 19 o 20 años y él me dio libros para leer. Me fue muy bien y, al principio, mi pareja vino conmigo. Pero luego cuando yo empecé a espabilarme, cuando yo tomaba la iniciativa, mi pareja se acojonó y dejó de venir conmigo al sexólogo”

Inma, 39 V1

“Le comenté al neurólogo pero él no me dio ninguna solución. Solo me dijo que no dejara de hacerlo, pero que él creía que no podía darme ninguna solución. Así que con mi pareja, con mucha paciencia y aprendiéndome a conocer lo he ido solucionando”

Loli, 64 V2

“Se lo comenté al ginecólogo pero no me dio solución. Le dije que lo tenía muy reseco y me dolía y me mandó que preguntara en la farmacia. Así que estuve preguntando yo y me compré una crema”

Lydia, 65 V1

“Fui a una psicóloga porque un chico con el que salía me lo dijo, porque no llegaba al orgasmo, pero lo dejamos y entonces dejé de ir. Nunca me he masturbado y sigo sin tener orgasmos”

Mati, 58 V2

“Lo consulté a la ginecóloga y lo solucioné con lubricantes y mucha paciencia”

MCarmen, 55 V1

“Lo consulté con el cirujano pero me dijo que todo era normal por la cirugía y que no se podía hacer nada”

Paquita, 60 V1

“Fui al especialista, pero no me hicieron caso. Tuve que buscar e informarme donde ir. Pregunté a las vecinas y mi hijo buscó por internet. Me visitaron tres o cuatro y se pasaron la pelota de unos a otros, no acertaban con lo que tenía y me dijeron de hacer láser. Al final, con el tiempo se me ha ido solucionando, pero todavía no estoy bien del todo.”

Teresa, 56 V2

“Fui al médico (al sexólogo) una temporada, pero me cansé. Estaba muy lejos y no me solucionaba nada”

6.3 Resultados relacionados con la vivencia de la sexualidad de las mujeres

Los resultados que se presentan ponen de manifiesto como ha vivido la mujer su disfunción y como ha condicionado su calidad de vida. No se valora el síntoma en sí mismo, sino la percepción que tiene la mujer sobre su salud. También se expone como

relacionan la salud sexual con la salud, en general y, finalmente, se obtiene información sobre si tienen una sexualidad satisfactoria.

- Para algunas mujeres ha sido realmente traumático y han vivido la disfunción sexual como el signo de un deterioro importante de su calidad de vida.

Aportaciones de las informantes

Agustina, 61 V1

“Me sentía utilizada. Yo veía que él se lo pasaba bien y yo pensaba ¿Y yo que hago aquí?. No me gustaba y me sentía usada. Ahora con el líquen solo puedo masturbarme, así que suerte que no tengo pareja, porque sino sería una amargura”

Inma, 39 V1

“Pues muy mal. Para mi y para mi pareja. Hubo un momento en que era muy complicado. No lubricaba, tenía dolor, sangraba, ... Pasé unos momentos muy difíciles”

María, 73 V2

“Pues yo antes creía que era normal, pero claro que sí afecta a la calidad de vida, a las relaciones y a todo. Como nadie te dice nada, crees que es normal no estar bien, que le pasa a todo el mundo y no pides ayuda ni dices nada. La manera de vivir influye mucho. Antes no teníamos intimidad. Vivir siempre con alguien, con los abuelos, con la familia, todo eso te limita. Todo ocasiona problemas en la pareja, sobre todo estar siempre pendiente de los demás, de los hijos de los padres, ... y hace que no estés bien, que no tengas ganas, que no disfrutes”

Paquita, 60 V1

“Muy mal. Muy baja de moral. Siempre con el mismo problema, nadie lo soluciona y al final te agobias”

Virginia, 62 V2

“Sí las discusiones que tenía con mi pareja siempre eran por lo mismo. Cuando le decía que no, había mal rollo y discutíamos. Ahora pienso que para él el sexo era muy importante, pero para mí no. Pero eso nos afectaba y no estábamos bien”

- Para otras mujeres apenas les ha afectado en su calidad de vida. Algunas han esperado pacientemente que pasase, otras han aceptado el problema como algo que no puede solucionarse o, simplemente, no lo han considerado un problema.

Aportaciones de las informantes

Adelina, 59 V2

“No me afectó porque entre mi pareja y yo supimos encontrar el camino”

Ana, 44 V3

“Yo creo que no. Antes sí mantenía más relaciones que ahora, pero no me preocupa. No me afecta”

Ángela, 67 V2

“Para mí no representa ni un problema ni una necesidad. Estoy bien sin sexo y sin apetencia”

Ascensión, 67 V1

“No me ha afectado, porque yo soy una persona que no solo piensa en el sexo. Me conformo y soy feliz con lo que tengo. Hablando con mi marido, con cariños y besos. Al principio había mucha pasión, pero todo se va y aceptas lo que te viene. Ahora que mi marido no puede, lo quiero igual y sin esperar nada a cambio.”

Fina, 52 V2

“No. Les afecta a ellos más que a nosotras. Él se enfada cuando le digo que no, pero yo no estoy para satisfacer a nadie. Si él no se comporta bien conmigo con algunas cosas, pues entonces yo tampoco y no quiero”

Lola, 63 V2

“No me ha afectado”

Loli, 64 V2

“No yo estoy bien. No me voy a preocupar por eso. Además ya ha pasado”

Lydia, 65 V1

“No me ha afectado a la calidad de vida. Pero sí me gustaría llegar al orgasmo”

Mireia, 33 V3

“No. Todo depende del valor que le des a la sexualidad. Si para mi no es un problema no llegar al orgasmo, pero sí he disfrutado antes pues ya me sirve”

Silvia, 35 V3

“No le di importancia. Acababa de parir y pensé que ya se iría solo y así fue. Quizás si hubiera durado más, me hubiera preocupado, pero solo fueron unas semanas. Mi pareja lo entendía e iba con mucho cuidado”

- Información recogida sobre cómo entiende la mujer que debe ser una vida sexual satisfactoria. Se observa como una vida sexual placentera influye en la calidad de vida. Para la mayoría de las entrevistadas una vida sexual satisfactoria consiste en disfrutar con la pareja y compartirla exclusivamente con ella.

Aportaciones de las informantes

Agustina, 61 V1

“Yo hablo de estar en pareja. Lo primero es tener una relación buena y luego practicar sexo regularmente, pero cuando a uno le apetece”

Adelina, 59 V2

“Sobre todo la plenitud que puedes tener con tu pareja. Te das cuenta a lo largo del tiempo, pero no al principio. Porque al principio no tienes libertad para cambiar hábitos por miedo a lo que piensen de ti”

Adelina, 84 V1

“Qué tu estés bien con tu pareja. Qué se entiendan los dos, que estés de acuerdo con las cosas que te gustan y con las que no. Pero como antes no se explicaba nada, pues tampoco hablábamos entre nosotros. Mi marido es una persona que no puedes consultarle las cosas porque no las sabe explicar. SI yo le hubiera preguntado, no hubiese sabido darme una explicación. Antes no se explicaba nada”

Ana, 44 V3

“Qué te lo pases bien. Qué disfrutemos los dos. No sé nunca me había planteado estas cosas”

Ángela, 67 V2

“El sexo no es solo penetración. Hacer el amor es un conjunto de cosas con tu pareja, que hacen que te sientas bien. No es solo físico. Yo ahora no tengo sexo y no lo necesito. Para mi es más importante el entorno, el ambiente que no el aspecto físico de una relación”

Ascensión, 67 V1

“Me gustaría que los dos funcionáramos bien, al menos una vez al mes”

Fina, 52 V2

“Pasarlo bien. Disfrutar. Pero para ver como se lo pasa él bien y yo no pues prefiero no hacerlo”

Inma, 39 V1

“Pues disfrutar del momento con tu pareja. No tener estrés, que no sea una obligación”

Lydia, 65 V1

“Estás viva. Sin sexo te apagas. Las parejas que no tienen sexo, se separan. Es muy importante el sexo en una pareja. Estás feliz y contenta”

MCarmen, 55 V1

“Mantener RS con tu pareja y que sea satisfactorio y sino lo es, pues tener comprensión los dos”

Paquita, 60 V1

“Encontrarte bien contigo misma y que te traten bien”

Teresa, 56 V2

“Tener relaciones y que te lo pases bien”

Virginia, 62 V2

“Ahora no tengo pareja y estoy muy bien. Pendiente del trabajo y de mi”

- Solo alguna mujer ha desvinculado la RS satisfactoria con tener una pareja

Aportaciones de las informantes

Elena, 32 V3

“Disfrutar como mujer. No tener dolor. Tener deseo y si se acompaña de pareja mejor, pero sino no pasa nada”

Lola, 62 V2

“Disfrutar. Si lo tomas como una obligación, no se puede disfrutar nunca. Yo soy una persona que sino tengo RS frecuentes y satisfactorias, se me enciende una lucecita de alerta de que algo no está bien. Cada persona busca una cosa. La RS debe ir acompañada de cariño y respeto”

Mati, 58 V2

“Qué tus expectativas y deseos se cumplan”

Mireia, 33 V3

“Qué tu estés cómoda en el momento y lo disfrutes. Qué seas libre de hacer lo que quieras y no sea una obligación”

Silvia, 35 V3

“Hacerlo semanalmente. Estar muy lubricada y llegar al orgasmo”

- Aunque no todas coinciden en esta afirmación, la mayoría de las mujeres indican que tener una buena salud sexual, tiene relación con tener una buena salud en general.

A continuación, se muestran los resultados sobre como tener una buena salud sexual, las hace sentir mejor, en general.

Aportaciones de las informantes

Agustina, 61 V1

“Sí y tanto! Física y emocionalmente. Estás satisfecha, plena, te gustas y estás muy bien”

Elena, 32 V3

“Sí porque si tienes problemas de dolor sexual, por ejemplo, eso te genera mala salud y mala calidad de vida”

Lola, 63 V2

“Favorece para tener una buena salud mental, para estar mejor. Claro que influye”

Loli, 64 V2

“Claro. Todo ayuda. Disminuyen las preocupaciones y estar mejor”

Lydia, 65 V1

“Yo creo que sí es muy importante. Es importante la cantidad y la calidad. Estás más feliz, más contenta”

Mati, 58 V2

“Pienso que sí, aunque conozco gente que tiene la abstinencia como opción y, al menos, parece que están aparentemente bien. Pero para mí sí tiene mucha relación. Te encuentras mejor y más feliz”

Paquita, 60 V1

“Yo creo que sí. Si hay buena RS, ayuda a que la relación de pareja vaya mejor. Si no tienes RS es como vivir con un amigo y hay mucha gente así. Pero yo necesito estar bien en todos los sentidos”

Silvia, 35 V3

“Sí porque al día siguiente me levanto como una persona nueva”

- En cambio, para otras mujeres no es importante. No tiene relación tener una buena RS con tener una buena salud en general

Aportaciones de las informantes

Ana, 44 V3

“No creo. Ahora tengo pocas ganas pero estoy bien”

Ángela, 67 V2

“No necesariamente. El hecho de tener RS no te hace estar mejor en otras cosas”

Ascensión, 67 V1

“Yo prefiero tener una buena salud. Para tener una buena sexualidad, hace falta penetración y mi marido necesitaría pastillas. Pero tiene problemas de corazón y a mi me da miedo, así que prefiero que no las tome y esté bien. Con que nos queramos es suficiente”

Fina, 52 V2

“No creo que tenga nada que ver. Yo me encuentro bien y no tengo muchas ganas. Depende mucho de cómo estés con tu pareja. Si hay cariño, amor, ...pero yo ahora no estoy dispuesta”

María, 73 V2

“Pues creo que no. Mi marido está inútil total hace muchos años y para mi no es necesario. Nos hemos adaptado”

Teresa, 56 V2

“No necesariamente, pero puede ayudar”

Virginia, 62 V2

“No tiene nada que ver. Ahora no tengo nada y estoy muy bien como estoy”

- Por último, se obtiene información sobre la salud sexual actual de las mujeres y, con ello, muchas mujeres se ofrecen a explicar aspectos de su sexualidad que antes no habían contado.

Aportaciones de las informantes

Adelina, 59 V2

“Ahora mismo no. Esta conversación hace 10 años no la hubiera tenido. Éramos muy obtusos y el tema del sexo no se podía tocar por el qué dirán. Entre nosotras no

hablábamos, era un espacio reservado para la pareja. Ahora veo que todo este tema es muy interesante e incluso pienso que de la masturbación solo se habla del hombre. Y de la mujer qué?”

Adelina, 84 V1

“Ahora no tengo y estoy más tranquila que unas pascuas. A veces me lo pasaba bien y otras mal. Tenía que hacerlo si él quería. Tampoco he estado con otro hombre que no sea mi marido, no hubiera podido. Estoy contenta porque antes nunca había hablado de este tema con nadie la verdad. Te puedo contar más cosas?...”

Agustina, 61 V1

“Ahora no tengo pareja, pero cuando tengo ganas me lo monto sola, sin nadie”

Ana, 44 V3

“Ahora voy cansada y no lo haga mucho. Pero en vacaciones todo está mejor, hay aire acondicionado y no tengo tanto sueño. Nunca me habían hecho esta pregunta. Tendré que empezar a pensar, ...”

Ángela, 67 V2

“No sé que contestar. No tengo relaciones, pero aparentemente sí. Nunca me había planteado esta pregunta”

Ascensión, 67 V1

“Diría que regular. No puede ser satisfactoria. Antes sí lo era. Sabes? Con estas preguntas me has hecho pensar en algo que había olvidado y que me hizo pasarlo muy mal hace un tiempo. Cuando me hicieron la histerectomía, se decía que me iba a quedar vacía. Qué palabra más fea! Te hace sentir que no eres digna! No se puede asustar así a la gente. Pensaba que mi marido se iba a perder, que no iba a sentir nada. Cuando tuve sexo después de la cirugía y vi que sí sentía y mi marido también fue como

una liberación. Pero nadie nos informó de nada y yo lo pasé muy muy mal. Por qué cuando te operan no te informan de lo que puede pasar? Por suerte ahora tenemos internet y podemos buscar información. Pero antes no había nada. Estábamos perdidas”

Inma, 39 V1

“Sí. Me gustaría ser más activa, pero sí. El cansancio me puede...”

Loli, 64 V2

“Sí muy bien. La cantidad va a rachas. A veces dos semanas seguidas y otras, una vez al mes. Estamos cansados. Pero estoy muy bien.”

Lydia, 65 V1

“Ahora nada, no estoy con nadie. Me has hecho pensar mucho...”

Mati, 58 V2

“La verdad es que sí. Nunca he estado con monjas ni he tenido una familia represiva y eso te facilita mucho la vida. Siempre he tenido libertad para hacer lo que quisiera”

MCarmen, 55 V1

“Ahora mismo no. Desde la intervención no puedo. Pero mi pareja es maravillosa, es comprensivo y cariñoso y no tenemos ningún problema”

Mireia, 33 V3

“Voy a rachas. Porque sino encuentro a nadie con quién esté cómoda no lo hago. La sexualidad no es prioritaria”

Paquita, 60 V1

“Ahora sí. He tenido sequedad vaginal, pero ahora está mejor. Estoy bien”

Silvia, 35 V3

“Sí. Me gustaría hacerlo más veces pero nos quedamos dormidos. Vamos muy cansados”

7. Discusión

La discusión se presenta según los objetivos planteados en la investigación.

Tras el análisis de los datos recogidos se observa como la mayoría de las mujeres tienen respuestas dubitativas y plagadas de inseguridad ante las tipologías de DSF y la existencia de tratamientos. A la mayoría de las mujeres nunca les han informado sobre ello. Así pues, muchas de ellas hacen una búsqueda en sus vivencias personales para poder dar una respuesta a la pregunta. Mujeres como Adelina 84a, Inma 39a y María 73a son capaces de enumerar DSF a partir de su experiencia vital. Otras mujeres, como Ana 44a, Adelina 59a, Paquita 60a o Silvia 35a, también son capaces de enumerar disfunciones, pero bajo la sombra de la duda y sin tener claro si esos términos se consideran disfunción o no. A pesar de la evidente falta de información que las mujeres poseen, es curioso como la mayoría, sin saberlo, sí podrían enumerar cuáles son las DS más frecuentes.

Algunas entrevistadas como Ascensión 67a, Fina 52 a, Loli 64a o MCarmen 55a, en cambio, tienen muy claro que no conocen la existencia de ninguna DSF. De estas mujeres resulta muy interesante contrastar la información que nos facilitan al principio de la entrevista con la que pueden explicarnos después, tras exponerles las DS y los tratamientos más frecuentes que recoge la bibliografía (Valls-Llobet, 2012)(Molero, 2016).

Pero lo que resulta más sorprendente es como tras explicarles a las mujeres las definiciones de DSF, según la terminología científica (Apa, 2002), la gran mayoría se identifican con disfunciones que antes fueron incapaces de enumerar.

Es demoledor comprobar como gran parte de las mujeres entrevistadas han sufrido dolor en algunos o en muchos momentos de sus relaciones sexuales y no solo no lo han consultado, sino que la mayoría de ellas no lo han identificado como un problema. Aunque sobre este tema reflexionaremos más tarde al analizar la información relacionada sobre como valoran su calidad de vida las mujeres con disfunción.

Volviendo al análisis sobre la información que poseen las mujeres sobre la terminología y los tratamientos en disfunciones sexuales y, retrocediendo al marco teórico de nuestro trabajo, se habla de cómo la ciencia ha construido la sexualidad de la mujer en función del patrón normativo del varón (Darder, 2014). Provocando que la sexualidad de la mujer quedase invisibilizada o en un segundo plano. Esta falta de reconocimiento se refleja en cómo las entrevistadas son capaces de diferenciar y enumerar las DSM de las DSF. Si con las DSF había dudas en las respuestas, en algunas DSM como la disfunción eréctil o, incluso la eyaculación precoz, no hay ninguna indecisión al responder. La mayoría de las mujeres pueden identificarlas como DSM sin ningún atisbo de duda.

Está claro, por tanto, sobre qué disfunciones se recibe más información.

En cuanto a los tratamientos para las DSF y DSM que las mujeres conocen, ocurre algo similar que con el conocimiento sobre la existencia de las disfunciones. La información que las mujeres poseen ante los tratamientos de DSF es dudosa y cargada de incertidumbre. Mujeres como Ana 44a, Adelina 59a, Ángela 67a o MCarmen 55a creen que sí debe de existir algún tipo de tratamiento, pero son incapaces de identificarlo. Otras encuentran respuesta a la posibilidad de tratamiento en la mujer comparándolo con lo que sí conocen, los fármacos para la DSM (Bo, 2015)(Molero, 2016). Creen que en la mujer debe de haber algo parecido a lo que sí saben que existe en el hombre. Por

tanto, vemos nuevamente como la sexualidad sigue el patrón normativo del varón.

Las únicas mujeres que pueden contestar enumerando algún tipo de tratamiento en DSF se inclinan por los productos que pueden comprarse en farmacias y de los que, como ya se verá más adelante, han comprado por iniciativa propia y, prácticamente, sin asesoramiento del personal sanitario.

Por último, en cuanto a tratamiento sobre DSM, me gustaría destacar que las veinte mujeres entrevistadas nombraron el tratamiento farmacológico estrella de la disfunción eréctil. Volvemos a constatar sobre qué tratamientos o, incluso, sobre cual es la sexualidad de la que, indiscutiblemente, se tiene más información.

Pero como se comentaba anteriormente, es necesario transmitir a lo largo de la entrevista información para comprobar cuáles son realmente las DSF más frecuentes.

Mujeres como Ascensión 67a, Fina 52 a, Loli 64a o MCarmen 55a, que al principio de la entrevista contestaron que no conocían ninguna DSF, quizás ahora, porque el desarrollo de la entrevista facilita un clima de confortabilidad y tras la información recibida, hacen una introspección de sus vivencias personales y sí identifican problemas de salud sexual propios de una DSF. Este tipo de situaciones, de empatía y de confidencialidad fue una de las razones que me llevó a elegir el formato de un estudio cualitativo junto a la entrevista personalizada, para investigar más exhaustivamente sobre la DSF y su posible infradiagnóstico. Considero que un cuestionario no ofrece el mismo ambiente de confortabilidad que una entrevista y, tratando de investigar, un tema tan íntimo como la DS y con el objetivo de obtener la máxima información, es necesario cuidar al máximo el lugar de trabajo y la forma de estudio.

Una muestra de ello, es la información que nos facilitan mujeres como Ascensión 67a,

Lola 63a, Loli 64a, Lydia 65a, Mati 58a o Silvia 35a que contestan con cierta seguridad que no han tenido ni tienen ninguna DS o como Adelina 59a, Ana 44a, MCarmen 55a, Virginia 62a, o Fina 52a, que no están seguras si las han tenido. En cambio, como se comentaba anteriormente, al exponerles la información científica publicada al respecto son capaces de ponerles nombre a disfunciones sexuales que han vivido y/o experimentado.

Es decir, la mayoría de mujeres sufren o han sufrido DS y no han podido identificarlas como tal porque desconocían que eso que ellas estaban pasando era una disfunción y podía tratarse.

Así pues, volvemos a poner en evidencia la falta de información sobre sexualidad que sufren las mujeres.

Vemos, por tanto, que existe un abismo entre los tipos de disfunciones y tratamientos más frecuentes que las mujeres pueden describir al principio de la entrevista, con lo que, tras recibir información y realizar una introspección, son capaces de enumerar posteriormente.

En definitiva, comprobamos que la mujer ha recibido y recibe poca información sobre sexualidad. La mujer no conoce qué disfunciones existen y tampoco cuáles son los tratamientos más eficaces para poderlas paliar o solucionar.

Por último, me gustaría destacar los testimonios de Ascensión 67a, Adelina 59a, Adelina 84a y María 73a. Las cuatro mujeres son muy explícitas y muestran de forma clara su disconformidad con la información recibida. Hay una frase muy gráfica que se repite en toda la entrevista: *“Antes nadie te decía nada. Nadie te informaba de nada”*. Para no alejarnos del objetivo de este trabajo, no entraremos en un análisis del contexto histórico en el que vivieron estas mujeres su sexualidad en edad de descubrimiento y

despertar sexual, pero es necesario recordar que todas ellas vivieron en un clima político profundamente dictatorial, patriarcal y misógino. A todas ellas les tocó vivir situaciones personales de profunda represión y desinformación, convirtiendo su sexualidad y su vida entera en un tabú.

En referencia al interés del personal sanitario hacia el abordaje de las DS en las mujeres era necesario interrogar directamente a la mujer sobre quién había sido el personal sanitario que se había interesado por su salud sexual.

Veíamos como es en la consulta de revisión de ginecología donde la mujer había sido interrogada alguna vez por su sexualidad. Aunque, llama la atención como algunas de las entrevistadas percibieron la pregunta de su especialista sin interés en su salud sexual. Es decir, mujeres como Ángela 67a, Loli 64a y Virginia 62a solo fueron interrogadas sobre si tenían relaciones sexuales, pero no sobre la calidad de las mismas.

Esta información cuestiona profundamente si la calidad de la salud sexual de la mujer es relevante para el personal sanitario.

Hay un grupo de mujeres que hablaron de otros profesionales donde habían consultado su disfunción. Ascensión 67a, Mati 58a o Silvia 34a consultaron en centros de planificación familiar o, puntualmente, con su fisioterapeuta o con su médico de cabecera y confirman que sí se sintieron atendidas.

Al resto de mujeres ningún personal sanitario, les había interrogado sobre su salud sexual.

Vemos, por tanto, como parece que el personal sanitario, en general, muestra poco interés sobre la sexualidad de la mujer.

Es necesario, por tanto, analizar si cuando las mujeres tuvieron alguna DS lo abordaron a través del sistema sanitario.

Observamos como fueron muy pocas las mujeres que consultaron con personal sanitario, cuando presentaron algún problema de salud sexual y, en la mayoría de casos, cuando lo hicieron no se sintieron debidamente escuchadas y atendidas.

Llama poderosamente la atención como la mayoría de las mujeres solucionaron sus disfunciones solas o con su pareja. Mujeres como Inma 38a, Adelina 59a o MCarmen 55a buscaron y encontraron la comprensión en sus parejas y junt@s buscaron la solución.

La mayoría tomaron la iniciativa y se informaron sobre las posibles soluciones que había, pero siempre por su cuenta sin la guía ni el asesoramiento de ningún personal sanitario. Los problemas de sequedad que describen, los solucionaron informándose por su cuenta en farmacias o a través de la publicidad de los medios de comunicación, como Ana 44a que fue sola a preguntar a la farmacia. O incluso mujeres como Loli 64a, que a pesar de consultarlo, no recibió el asesoramiento médico esperado y al final fue ella la que preguntó por cuenta propia.

Unas dejaron pasar el tiempo, como Silvia 35a, esperando que la evolución natural que tiene toda enfermedad siguiera su curso. Ella esperó que su vaginismo se solucionara solo y como así fue, no tuvo necesidad de consultar. Otras lo hicieron con resignación, como María 73a, porque no sabía a quien consultar o donde ir, nadie le había informado de nada. Vemos nuevamente, como podemos volver a destacar la falta de información que reciben las mujeres sobre sexualidad.

Otras mujeres como Fina 52a o Virginia 62a, no lo consultaron nunca porque ni siquiera se plantearon que deberían consultarlo.

La sexualidad para ellas era algo tan íntimo y tan tabú que consideraban que a nadie les importaba lo que les pasara, que era un tema exclusivamente “suyo”. Ángela 67a, en cambio, no consultó la sequedad vaginal porque para ella no representaba un problema. Ella ha encontrado el equilibrio sin sexualidad y no le importa. Algo parecido describe Teresa 56a, ella tiene falta de deseo y apetito sexual, pero para ella tampoco representa un problema. Lo consultó con un psicólogo pero se cansó de las visitas porque no tenía ningún interés en solucionar nada. Es decir, para ella la “no sexualidad” no representa un problema.

De los testimonios de Ángela 67a y Teresa 56a sobre el interés del personal sanitario sobre su sexualidad, encontramos puntos en común con el tercer objetivo que discutiremos a continuación.

Pero antes de pasar al último punto de la discusión, me gustaría hacer una reflexión.

Si anteriormente se destacaban los testimonios de cuatro mujeres que se quejaban sobre la falta de información de su generación, vemos como actualmente el interés que muestra el personal sanitario sobre la sexualidad femenina sigue siendo escaso y la mujer sigue recibiendo muy poca información.

En cambio, la mujer “actual” no reivindica que “*Nadie le informa de nada*”. Debemos plantearnos, por tanto, qué ocurre para que no se muestre esta disconformidad.

Parece que la mujer, como describe Ascensión 67a o Ana 44a, a pesar de no recibir demasiada información, puede buscar y encontrar medios para obtenerla a través de internet o de los medios de comunicación.

Parece también que a pesar de la desinformación, la sexualidad puede vivirse hoy en día de forma menos represiva. Y la disminución de la represión favorece que la mujer tenga

mayor autonomía e iniciativa para buscar soluciones a sus problemas. Mujeres como Paquita 60a nos informan que han acudido ellas solas a varios especialistas, se ha informado y ha indagado sobre quienes podían proporcionarle una solución a su problema.

Tras esta discusión, parece que el personal sanitario no mostraba en las mujeres de generaciones anteriores a la actual y sigue, sin mostrar demasiado interés sobre el bienestar sexual de la mujer de hoy en día; hasta el punto que la mujer no considera necesario consultar. ¿Por qué? Intentaremos dar respuesta a esta pregunta a continuación.

Parece que algunas de las mujeres entrevistadas sienten que la disfunción sexual no es un problema de salud o no es lo suficientemente importante como para consultar, por miedo a no ser entendidas, rechazadas o por tabú.

Pero para corroborarlo es necesario saber si las DS afectaron a la calidad de vida de estas mujeres, de qué forma, qué consideran que es tener una vida sexual satisfactoria y si encuentran alguna relación entre tener una buena salud, en general, con tener una buena salud sexual.

De los testimonios recogidos para investigar el interés que mostraba el personal sanitario, ya nos avanzaron muchas mujeres el por qué no consultaron nunca con un profesional sanitario su problema de salud sexual. Como se comentaba anteriormente, algunas mujeres como Adelina 59a, Adelina 84a, Ascensión 67a y María 73a dejaron claro que no consultaron por tabú o por vergüenza. Otras creyeron que su problema de salud sexual no era suficientemente importante para consultar como Ana 44a o Silvia 35a.

Es muy interesante comprobar como algunas mujeres comentaban que su problema de salud sexual no afectó a su calidad de vida porque no consideran que fuese un problema o porque supieron convivir con él sin tener sensación de falta de bienestar.

Son claros ejemplos de ello los testimonios de Adelina 59a, Adelina 84a, Ana 44a, Ángela 67a, Ascensión 67a, Lola 63a, Loli 64a, Lydia 65a y Silvia 35a. En cambio, todas coincidían que tener una buena salud sexual influye en tener una buena salud, en general, como recogía la OMS en 2017.

Si estas informaciones se analizan de manera superficial, podrían parecer contradictorias. Pero si seguimos el modelo biopsicosocial de la medicina actual, se puede comprobar como el estado de bienestar y la calidad de vida, en general, no dependen de la existencia de un problema o un síntoma. Tal y como afirma Valls-Llobet en su ensayo “Mujeres, Salud y poder”, la calidad de vida depende de la percepción que tiene cada persona de encontrarse bien, de su propia salud y de su bienestar psicológico general (Valls-Llobet, 2011) (OMS, 2017). Y para muchas mujeres, tener un entorno de pareja satisfactorio, basado en la comprensión y el cariño, palia la afectación de la calidad de vida en casos de DS.

Así pues, casos como Adelina 59a, que tenía claros problemas de sequedad vaginal, gracias al apoyo de su pareja supo encontrar el camino para solucionarlo sin que afectara a su calidad de vida.

Silvia 35a aceptó que su problema era derivado del post-parto inmediato y, como sus prioridades en ese momento eran otras y su pareja lo compartió, no le dio importancia y tampoco afectó a su calidad de vida.

Ascensión 67^a nos comenta que su problema de falta de lubricación, no le afectó a su calidad de vida porque se conformaba. Porque para ella la sexualidad es otra cosa, no es

el coito en sí, no es solo penetración. La sexualidad es estar bien con tu pareja, sentirte querido, atendido y comprendido. Ella tiene claro que prefiere tener buena salud y que la salud sexual no es determinante para ello.

Testimonio muy similar es el que nos ofrece Ángela 67a, ella no mantiene relaciones sexuales desde hace años y no afecta a su calidad de vida. En cambio, para ella el sexo no es importante y, por tanto, considera que tampoco influye tener relaciones sexuales satisfactorias con tener una buena salud general. No tener sexo tampoco afecta a la calidad de vida de mujeres como Teresa 56a y Virginia 62^a. Para ellas no tener sexo es una forma de vida, sin ninguna repercusión para su bienestar o salud general.

El proceso de escritura de este trabajo ha abierto en mi nuevas formas de entender la sexualidad y, si me permiten, el “neologismo” de no-sexualidad. Para muchas mujeres, no tener deseo sexual no afecta a su calidad de vida. No practicar sexo es una forma de vida, sin perjuicio de su salud en general y sin repercusión en su calidad de vida. Así pues, resulta confuso determinar científicamente una disfunción como la “falta de deseo”, cuando para algunas mujeres no lo es. ¿Podría considerarse, por tanto, la definición científica aceptada sobre la “falta de deseo” como una imposición patriarcal? ¿Cuál sería la “falta de deseo” disfuncional real para una mujer?.

Otro concepto que me ha llamado poderosamente la atención ha sido “el dolor” en las RS. También está definido como una disfunción, pero para muchas mujeres, a pesar de sí afectar a su calidad de vida, no lo han considerado como un problema en su vida sexual. ¿El dolor de la mujer está silenciado? ¿Es, por tanto, el dolor de la mujer una de las formas más evidentes de invisibilización?

Como ya se detectó al inicio de esta discusión, para mujeres como Ascensión 67a, Fina

52 a, Loli 64a, María 73a o MCarmen 55a tener dolor en las relaciones sexuales no lo consideran, a priori, un problema. Resultaría interesante que para las mujeres entrevistadas que han tenido RS con dolor, se pudiera medir con la escala EVA¹⁸ y comparar con otras situaciones que nada tienen que ver con la sexualidad, dónde han sentido dolor y sí consultaron con algún profesional de la salud. De esta manera, podríamos valorar si el dolor sentido en las RS no les limitó la calidad de vida por su aceptación o resignación o, sencillamente, porque el imaginario popular ha perpetuado que una mujer sienta dolor durante el acto sexual es normal y no debe considerarse patológico.

Sin desviarnos del tema de investigación, pero para hacer una comparación que nos ayude a entender la pasividad científica, social y médica del dolor en la mujer, me remitiré a la dismenorrea¹⁹(Valls-Llobet, 2011). Durante años el dolor menstrual no se ha tenido en cuenta como patológico en la mujer e, incluso, se le ha dedicado poca investigación llegando a considerar popularmente como algo inevitable o normal. Solo en los últimos años se han realizado estudios de calidad para evidenciar el origen del dolor en la dismenorrea y lo relacionan con: una isquemia o una tensión ligamentaria y nerviosa de los úterosacros, puede derivarse por el aumento de presión intrateurina y/o una sensibilización central y del sistema visceral, que condiciona una hiperalgesia y cambios en la modulación del dolor, tras años de dolor repetitivo

¹⁸ EVA Escala Visual Analógica para medir el dolor

¹⁹ Dolor intenso o moderado en la pelvis y/o zona abdominal y lumbar, que aparece en la mujer antes o durante la menstruación

menstrual (Moon-Jeong, 2016)(Demirtürk, 2015) (Kutsch, 2016).

Parece, por tanto, que el dolor que sufre la mujer durante el acto sexual (en la gran mayoría de casos durante la penetración llevada a cabo en una relación heteronormativa) popular y socialmente se considera normal o no requiere abordaje médico y/o sanitario.

Así pues, para finalizar la discusión diremos que las disfunciones sexuales definidas por la literatura científica parece que no afectan, para muchas mujeres, a su calidad de vida o, incluso, no lo consideran a priori un problema de salud. En la mayoría de casos, porque carecen de la información suficiente como para percibirlo, en otros casos porque cuando lo han consultado no se han sentido lo suficientemente atendidas y también porque la represión social, política y médica que desde siempre ha envuelto y sigue envolviendo la sexualidad de la mujer, ha ocasionado que la mujer viva su sexualidad como un tabú o como algo íntimo, personal y sin esperanza de que la comunidad sanitaria pueda o quiera hacer algo por ella.

Para poder disfrutar de una sexualidad sana, propia y libre de prejuicios, es necesario que la mujer se sienta libre de las ideologías desvalorizantes del patriarcado.

La única forma para desmontar la estructura patriarcal es, primero, reconocer su implacable influencia en tod@s nosotr@s y, segundo, formarnos e informarnos para que la mujer pueda decidir sobre su propia sexualidad y obtener la autonomía necesaria para tener una buena calidad de vida.

Limitaciones del estudio

Tras todos los datos recogidos y el análisis de la información obtenida nos encontramos con algunas limitaciones que han condicionado los resultados del mismo.

La muestra recogida debería ampliarse por edades, para así poder hacer una comparativa generacional de la evolución de la información que poseía la mujer y la que actualmente posee.

Al tratarse de una muestra intencional en una consulta de fisioterapia, puede condicionar los resultados de la investigación. Por tanto, es necesario ampliar la muestra entre el resto de profesionales de la salud.

Tanto la entrevista, como la recogida y el análisis de datos ha sido realizada por la investigadora, por lo que a pesar de la pretendida objetividad de la investigación es inevitable impregnar el análisis de mis propias creencias como profesional sanitaria.

Es necesaria más evidencia científica sobre la prevalencia de la disfunción sexual real en la mujer. No hay datos fiables ni publicaciones con muestra representativa de los últimos diez años.

Líneas de investigación

Esta investigación podría guiar diferentes líneas de investigación sobre la DSF.

La principal, es evidenciar qué DSF existen y cuáles son las DSF más frecuentes.

Es necesario promover investigaciones sobre la sexualidad femenina, sin seguir el patrón normativo del varón ni la sexualidad del hombre como valor normalizador.

La sexualidad de la mujer debe ser investigada con perspectiva de género y deben tenerse en cuenta todos los indicadores específicos de morbilidad femenina, como el

dolor. Muchas de las DS en la mujer tienen un componente orgánico y una lesión palpable de los tejidos. Por tanto, clasificar las DSF según la APA y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, limita el diagnóstico y el abordaje de tratamiento de dichas disfunciones. Así pues, es necesario realizar estudios que tengan en cuenta a la mujer en su globalidad y se sustituya, definitivamente, la visión biomédica de la salud por el abordaje bio-psico-social.

Una segunda línea de investigación debería realizar más estudios para evidenciar las relaciones existentes entre la musculatura del suelo pélvico, la musculatura abdomino-lumbar y las disfunciones sexuales. Aunque hay estudios que muestran una relación y una sinergia entre las tres, falta evidencia científica y faltan datos para determinar la fisiopatología de las DS y su relación con las estructuras mencionadas.

Otra línea de investigación podría recoger el análisis de las creencias sociales sobre la sexualidad femenina actuales e incluso, como ha ido cambiando la información facilitada entre generaciones.

También sería interesante investigar qué influencia tienen las redes sociales, internet y los medios de comunicación sobre el imaginario popular de la sexualidad femenina, qué información transmiten y de qué forma la hacen llegar.

Por último, se podría ampliar el estudio recogiendo datos sobre la información y la formación que el personal sanitario recibe sobre la sexualidad femenina y, como en el caso de la mujer, entrevistarlo para conocer su interés sobre la sexualidad, sus inquietudes, dudas y creencias.

Aplicabilidad del estudio

El estudio pretende visibilizar la disfunción en la mujer, pero para ello es necesario

diseñar intervenciones para informar a la mujer sobre su sexualidad, sus posibles disfunciones y los tratamientos existentes. Es necesario integrar la salud sexual dentro de los planes de promoción sanitaria, para realizar un abordaje sobre la salud general en todas sus perspectivas.

Esta investigación podría favorecer el consultar a las mujeres sobre su sexualidad, sus prioridades y sus necesidades. De esta forma, se podrían definir las prioridades de investigación reales

Este trabajo ha sido una vía de libre expresión para la mujer sobre su sexualidad, por ello puede compartirse como medio de formación para que otras mujeres puedan compartir las experiencias y las vivencias de las entrevistadas. Compartir experiencias resulta profundamente enriquecedor para ampliar conocimiento y estimular las inquietudes del resto de mujeres.

El estudio puede favorecer, también, el empoderamiento del personal sanitario para formarse sobre sexualidad y poder así prevenir, derivar, diagnosticar y/o tratar las diferentes disfunciones de manera precoz y efectiva. La relación entre las pacientes y el sistema sanitario debería ser continua, para que el personal sanitario sea el profesional de primera línea para atender las demandas relacionadas con la sexualidad y realizar una promoción en la salud adecuada.

8. Conclusiones

A pesar de la prevalencia de disfunción sexual en los testimonios recogidos, existe un infradiagnóstico en mujeres que han sufrido y sufren algún tipo de disfunción sexual a lo largo de su vida.

La gran mayoría de las mujeres entrevistadas en este trabajo, nunca han tenido un diagnóstico médico acerca de su disfunción. Provocando que, un gran número de ellas ni siquiera fuesen conscientes de que las tenían.

Si bien, la mujer de hoy recibe más información que las mujeres de generaciones pasadas parece que el aumento de la cantidad de información recibida no va ligada con la calidad de la misma. Por ello, vemos como las mujeres entrevistadas, que sí fueron diagnosticadas, prácticamente no recibieron asesoramiento para orientar su tratamiento de forma adecuada.

Por tanto, la mujer no dispone de información científica sobre su sexualidad ni sobre las posibles vías de prevención y tratamiento, porque no hay evidencia que la respalde ni interés en formular nuevos estudios con un abordaje más sensible a los problemas propios de su género.

Las tipologías más frecuentes de disfunción sexual en la mujer son la falta de deseo y aquellas disfunciones que tienen relación con el dolor.

La “falta de deseo” y el “dolor” en las relaciones sexuales, ponen en evidencia la necesidad de revisar la terminología científica sobre DS y sus definiciones, como punto de partida para una investigación actualizada, justa e igualitaria sobre la sexualidad femenina en todas sus formas.

Todas somos diferentes y, por tanto, nuestra sexualidad debe alejarse de la globalidad. Así pues, la sexualidad de la mujer debe investigarse y vivirse abarcando todas las formas de diversidad

La sexualidad femenina parece que sigue sin ser un tema prioritario sobre la salud de la mujer.

El personal sanitario se ha interesado por la salud sexual de las mujeres con disfunción de forma variable pero, en general, muestra poco interés sobre su salud sexual. De hecho, la gran mayoría de las mujeres entrevistadas jamás han sido preguntadas sobre si tenían una sexualidad satisfactoria. Aunque, con el presente trabajo de investigación, no podemos obtener una razón concluyente al por qué de esta falta de interés, es necesario aumentar la formación sanitaria sobre la salud de la mujer, en general, para dotar al personal sanitario de las herramientas necesarias con las que sea capaz de dar una respuesta eficaz a las demandas de sus pacientes sobre DS y favorecer la sensibilización. Solo así realizará un papel proactivo en la detección de pacientes con disfunciones sexuales y favorecerá que éstas puedan consultar sobre cuestiones relacionadas con la sexualidad.

La mujer con disfunción, vive su sexualidad como un problema de salud que condiciona su calidad de vida.

De hecho, todas las mujeres de este trabajo vieron afectada, de alguna forma, su calidad de vida por una disfunción sexual.

Es innegable, que una mujer con disfunción sexual ve mermada su calidad de vida y, por tanto, no puede disfrutar de un estado de bienestar pleno.

Así pues, la única forma de mejorar la calidad de vida y la salud sexual de las mujeres es combatir el infradiagnóstico, potenciando una investigación de calidad con perspectiva de género, incentivando al personal sanitario para se forme y muestre interés sobre la sexualidad de sus pacientes y empoderando a la mujer con información rigurosa para que explore y disfrute de su sexualidad de forma libre, autónoma y plural.

9. Bibliografía

- Amato, Paula. (2006). Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Categorías de la disfunción sexual femenina. Volumen 33 Número 4. Barcelona: Masson
- Ándreu, Jaime. (2010). Las técnicas de Análisis de contenido: una revisión actualizada.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DS-IV-TR. Barcelona: editorial Masson, 2002
- Barnas, Jean et al. (2004). The prevalence and nature of orgasmic dysfunction after radical prostatectomy. *BJU Int.* 94 (4), 603-605
- Bi, Xen et al. (2013). Pelvic floor muscle exercise for chronic low back pain. *Journal of INTERNATIONAL MEDICAL RESEARCH.*
- Boardman, Louis (2009). Sexual pain. *Clin Obstet Gynecol.* Dec; 52(4):682-90.
- Bo, Kari. (2015). Evidence-based physical therapy for the Pelvic Floor. *Bridging science and clinical practice.* Edinburg: Elsevier
- Brotto, Laura et. al, Impact of multidisciplinary vulvodynia program on sexual functioning and dyspareunia. *J Sex Med*, 2015, vol.12, 238–247
- Cabruja Ubach, Teresa (2008). ¿Quién teme a la psicología feminista? Reflexiones sobre las construcciones discursivas de profesores, estudiantes y profesionales de psicología para que cuando el género entre en el aula, el feminismo no salga por la ventana. *Pro -Posições*, 19 (2), 25-46.. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pp/v19n2/a04v19n2.pdf>
- Chris Carey, J. (2006). Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Disfunción sexual. Volumen 33 Número 4. Barcelona: Masson

- Cunningham, Adam (2009). Willians. Ginecología. Méjico: The McGraw-Hill
- Darder, Mireia. (2014). Nacidas para el placer. Instinto y sexualidad en la mujer. Barcelona: Rigden Institut Gestalt
- Demirtürk, Fran et al. (2015). A Comparison of reflexology and connective tissue manipulation in participants with primary dismenorrhea. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*.
- Eliasson, Karen., Elfving, B., Nordgren, B., & Mattsson, E. (2008). Urinary incontinence in women with low back pain. *Manual Therapy*, 13(3), 206–212.
- Estrada, Itzari. (2015). Prevención y promoción para la salud femenina. Disponible en: <https://prezi.com/0e2o1kfd28jx/prevencion-y-promocion-para-la-salud-femenina/>
- Flick, Uwe. (2005). Qualitative Research in Sociology in Germany and the US—State of the Art, Differences and Developments. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 6(3). Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/17/37>
- First Latin American Erectile Dysfunction Consensus Meeting. (2003)
- Foucault, Michel. (2009). Historia de la sexualidad. El cuidado del sí. Madrid: Grupo editorial siglo veintiuno.
- Foucault, Michel. (2014). Historia de la sexualidad. La voluntad del saber. Madrid: Grupo editorial siglo veintiuno.
- Ghaderi, Fariba et al. (2016). Effects of Stabilization Exercises Focusing on Pelvic Floor Muscles on Low Back Pain and Urinary Incontinence in Women. *Female Urology, Urodynamics, Incontinence, and Pelvic Floor Reconstructive*

Surgery

- Gallo, Manuel. (2015). Efectos del embarazo y parto sobre el suelo pélvico. Colección de medicina fetal y perinatal. Venezuela: Amolca
- Herruti, Robin et al. (2004). Prevalence of erectile dysfunction among Young adults; results of a large-scale survey. *J. Sex. Med.* 1, 284-291.
- Kutsch, Jan. Et al. (2016). Altered brain connectivity in dysmenorrhea: Pain modulation and motor cortex.
- Lee, Diane. (2011). *The Pelvic Girdle: An integration of clinical expertise and research*, 4e. Toronto: Elsevier
- McGloin, Lisa. (2006). *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Disfunción orgásmica*. Volumen 33 Número 4. Barcelona: Masson
- Molero, Francisca. (2016). *Curso de Salud sexual. Disfunciones sexuales: detección, enfoque y tratamiento*.
- Moon-Jeong, Kin. Et al. (2016). The effect of lumbar-pelvic alignment and abdominal muscle thickness on primary dysmenorrhea. *J.Phys.Ther.Sci.*
- Moon-Jeong, Kin et al. (2016) The relationship between pelvic alignment and dysmenorrhea. *J.Phys.Ther.Sci.*
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud sexual*. Recuperado de http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- Pessarrodona, Albert (2012). *Dolor pélvico crónico. Suelo Pélvico*.
- Ramírez, Inés., Blanco, Laia., Kauffmann, Stephanie. (2014). *Rehabilitación del suelo pélvico. Práctica clínica basada en la evidencia*. Madrid: editorial médica panamericana

- Reissing, Eva et al. (2005). Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*
- Rowland, David et al. (2004). Self-reported premature ejaculation and aspects of sexual functioning and satisfaction. *J. Sex. Med.* 1 (2), 225-232.
- Valls-Llobet, Carme. (2011). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra
- Valls-Llobet, Carme. (2012). *Mujeres Invisibles*. Barcelona: Liberdúplex, S. L. U.
- Valls- Llobet, Carme. (2015). *Sanitat, gènere i LGTB. La Salut, dret en venda?*. Barcelona: Nous Horitzons. Any 54
- Van Lankveld, Jean et al. (2010). Women's Sexual Pain Disorders. *J Sex Med.* 7(1):615-631.
- Vargas Jiménez, Ileana. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. The interview in the qualitative research: trends and challengers. *Calidad en la Educación Superior*, 3(1), 119-139. Disponible en: <http://web.uned.ac.cr/revistas/index.php/caes/article/view/94/100>
- Walker, Carolina. (2013). *Fisioterapia en Obstetricia y Ginecología*. Barcelona: Masson
- World Confederation for Physical Therapy. (2017). Description of physical Therapy. London: WCPT. Recuperado de <http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACIÓN

La entrevista está diseñada para evaluar y analizar las disfunciones sexuales de la mujer. Las preguntas irán dirigidas a valorar la calidad de vida de una mujer con disfunción sexual, sus inquietudes, dudas y preocupaciones.

Además, se interrogará sobre el interés que ha mostrado el personal sanitario sobre la salud sexual de la mujer

CONSIDERACIONES

Las respuestas pueden ser abiertas y no son de obligada respuesta. Cada mujer entrevistada decide qué y cómo quiere contar las características de su salud sexual.

LA ENTREVISTADA

La mujer es totalmente libre para describir si se siente cómoda o no en la entrevista y demandará de forma verbal toda información que necesite para entender toda la estructura de la entrevista.

La entrevistada declara que:

He recibido y comprendido la información verbal sobre la entrevista, pudiendo realizar cuantas preguntas he considerado oportunas.

Que en cualquier momento puedo revocar este consentimiento. En consecuencia:

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA ENTREVISTA

Firma

La entrevistadora declara que he facilitado la información adecuada a la entrevistada y dado respuesta a las dudas planteadas.

Firma

ANEXO 2. COMPROMISO.CONFIDENCIALIDAD

Yo, Yolanda Castellano, alumna del Máster de Mujeres, Género y Ciudadanía de la UB

INFORMA

Que toda la información recogida en la entrevista y los datos de las mujeres participantes serán tratados con fines exclusivamente de investigación.

Mi compromiso es que dicha información:

- Será tratada únicamente con fines de investigación
- Bajo ningún concepto serán identificadas las entrevistadas

Badalona, 27 de junio de 2017

ANEXO. PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER GENERAL

Fecha:.....

Nombre:.....

Fecha de Alta:.....

CENTRE DE FISIOTERÀPIA ACROS (CFACROS) informa que dispone de un fichero automatizado con datos de carácter personal y también de un archivo documental general que contiene datos personales.

La finalidad de su creación, existencia y mantenimiento es el tratamiento de los datos con la única finalidad de dar cumplimiento a los lícitos objetivos y eficaz realización de la actividad sanitaria de CFACROS.

Los destinatarios de la información son profesionales de CFACROS, así como los estamentos oficiales que por la ley soliciten la cesión de datos.

Por ello, el abajo firmante da su consentimiento para que CFACROS, cumpliendo con la normativa vigente de la Agencia de Protección de Datos (Ley Orgánica 15/1999, del Real Decreto 1332/1994), almacene todos los datos informáticos medicoquirúrgicos recabados que se generen durante su tratamiento o estancia médica.

En todo caso, el abajo firmante tiene la facultad de ejercer de derecho de oposición, acceso, rectificación y cancelación dentro del ámbito reconocido por la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, mediante lo que dispone el Real Decreto 1332/1994 de 20 de junio.

Asimismo, nos autoriza el uso de su correo electrónico para que CFACROS le haga partícipe de las conferencias y cursos que CFACROS realiza.

Para cualquier aclaración, puede dirigirse a CFACROS, Avda. Morera, 90 08915 Badalona.

Firmado.....

DNI.....

