

UNIVERSIDAD DE GRANADA

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA



Tesis Doctoral

Revisión y adaptación cultural del cuestionario de síntomas, actitudes y trastorno emocional en clínica obstétrico-ginecológica, de Salvatierra y Cuenca.

Paula Quesada Lupiáñez

Granada, Julio 2011

UNIVERSIDAD DE GRANADA

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA



Tesis Doctoral

Revisión y adaptación cultural del cuestionario de síntomas, actitudes y trastorno emocional en clínica obstétrico-ginecológica, de Salvatierra y Cuenca.

Paula Quesada Lupiáñez
Granada, Julio 2011

Directores:
Dr. Jesús Florido Navío
Dr. Francisco Jiménez Bautista
Dr. Juan de Dios Luna del Castillo

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Paula Quesada Lupiáñez
D.L.: GR 2325-2012
ISBN: 978-84-9028-213-7

*A mi madre y a mi padre y
a la circunstancia de ser madre
de Ángela y Gabi.*

AGRADECIMIENTOS

Me siento muy agradecida a todos los miembros del equipo del proyecto de investigación que ha dado como resultado esta Tesis. A mis tutores *Jesús Florido* por plantearme este tema, a *Paco Jiménez* por estar ahí siempre y por todas sus palabras de ánimo, a *Juan de Dios Luna* por aceptar mi petición de ser el profesional que trate la parte estadística de este trabajo; desde que os conocí profesionalmente tuve claro que erais las personas con las que compartir este trabajo. A *Graci Maroto* por las aportaciones metodológicas y en enfoque de género y por responder siempre que este proyecto te ha necesitado, a *Marian Gómez*, por ser mi compañera a lo largo de todo este trabajo. Gracias por vuestra implicación comprometida y por haber hecho realidad mi sueño.

Al *Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Granada*, especialmente a *Paquita García*, *Juanjo Fernández* y *Ana Díaz*, personal del área administrativa, así como a las y los profesionales que forman el *Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Cecilio*, por haberme hecho sentir como si nunca me hubiera ido. A *Marta López*, profesional del área administrativa del *Departamento de Bioestadística de la Facultad de Medicina*. También quiero agradecer a *Rafael Olivares*, *Ángel Gutiérrez*, *José Carlos Ruiz* y *Camila Higuera*s, bibliotecarios de la *Universidad de Granada* y de la *E.A.S.P.*, por las estrategias de búsqueda planteadas y por la gran aportación en la adquisición de artículos bibliográficos. Sin este grupo humano esto no hubiera sido lo mismo.

Para este trabajo ha sido imprescindible la colaboración de: *África Caño* y *Enriqueta Barranco* por su apoyo en la búsqueda de profesionales del ámbito de la ginecología y la obstetricia con experiencia y proximidad en la atención a la mujer desde la sensibilidad del género; la participación de profesionales del centro de salud de Cartuja, *José Andrés López* y *Salvador Cárdenas* y del centro de salud La Caleta, *Silvia Garzón* y *Nicolás Najem* por el apoyo recibido en la búsqueda de las mujeres que han sido entrevistadas. De igual manera mis agradecimientos al grupo profesional del centro de salud La Caleta por su participación en el pilotaje del cuestionario y de modo muy especial a *Ana Montañéz* y *Rafa García*.

Mi gratitud a *Juanma Jiménez* por su actitud cercana y asertiva en los momentos difíciles del inicio de este trabajo y a *Jacqueline Gualda* por su calidad profesional, implicación y compromiso como miembro del grupo FIBAO; también a todas aquellas personas que con su cariño y apoyo me han acompañado a lo largo de este proyecto y especialmente a mis hijos *Ángela* y *Gabi* por su ayuda con las nuevas tecnologías.

Por último quiero expresar mi agradecimiento a la vida que me está tocando vivir. “*La vida es un viaje, el viaje de aventurarse a amar, a querer, a arriesgarse, es el viaje que más vale y el que menos vemos*”.

**Revisión y adaptación cultural del cuestionario de
síntomas, actitudes y trastorno emocional en
clínica obstétrico-ginecológica,
de Salvatierra y Cuenca.**

Paula Quesada Lupiáñez

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1-8
Capítulo I. Objeto de estudio y Metodología de la investigación	9-60
I.1. Definición del objeto de la investigación	9
I.2. Problema de investigación	15
I.3. Preguntas, hipótesis y objetivos	15
I.3.1. Pregunta central de la investigación	15
I.3.2. Hipótesis	15
I.3.3. Objetivos	16
I.4. Metodología, técnicas y fuentes	17
I.4.1. Metodología	17
I.4.2. Técnicas	22
I.4.2.1. Cualitativas	22
a) Variables de estudio	22
b) Análisis inicial del cuestionario de Salvatierra y Cuenca	24
c) Panel experto	26
d) Equipo investigador	36
e) Consulta a profesionales expertas	38
f) Entrevistas	40
I.4.2.2. Cuantitativas	46
a) Variables del cuestionario preliminar	46
b) El cuestionario preliminar	47
c) El muestreo de la población objeto del estudio	53
d) Método estadístico	57
I.4.3. Fuentes	58
I.4.3.1. Indirectas	58
I.4.3.2. Directas	58
Capítulo II Género, Mujeres y Salud	61-114
II.1. Un análisis del género	63
II.1.1 El género como categoría de análisis	63
II.1.2 El feminismo en la España de los años setenta y su evolución	65

II.1.3 Evolución cultural y social desde los años setenta a nuestros días	68
II.1.4 Evolución de los roles sociales en las últimas décadas	73
II.1.5 Determinantes sociales y la salud	77
II.2 Mujeres, Salud y el Cuestionario	84
II.2.1 La salud de las mujeres	84
a) Patologías obstétrico-ginecológicas desde el punto de vista psicosomático	84
b) El síntoma en psicosomática. Su manifestación en clínica obstétrico-ginecológica	104
II.2.2 El cuestionario como herramienta de aproximación clínica	109
Capítulo III Resultados	115-262
III.1. Del proceso de construcción de la escala	116
III.1.1 Análisis inicial del cuestionario de Salvatierra y Cuenca	116
III.1.2 Panel experto	128
III.1.3 Equipo investigador	142
III.1.4 Asesoramiento por profesionales expertas	146
III.1.5 Entrevistas	149
III.2. Del proceso de validación de la escala	162
III.2.1. Características de la respuesta al cuestionario	162
III.2.2. Características sociodemográficas	163
III.2.2.1. Descriptiva general	163
III.2.2.2. Distribución en los grupos de la muestra	172
III.2.2.3. Relación con la variable dependiente	177
III.2.3. Resultados para las dimensiones relacionadas con sintomatología ginecológica	184
III.2.3.1. Pelvialgia	184
III.2.3.2. Malestar menstrual	196
III.2.3.3. Anticoncepción y miedo al embarazo	200
III.2.4. Resultados para las dimensiones de otros aspectos de la salud de la mujer	207
III.2.4.1. Sexualidad	207
III.2.4.2. Rol de la mujer	230
III.2.4.3. Malestar emocional	241
III.2.5. Análisis multivariante	258

Capítulo IV Discusión	263-288
IV.1. De la metodología cualitativa	263
IV.2. De la metodología cuantitativa	264
IV.3. De los resultados cualitativos	267
IV.4. De los resultados cuantitativos	270
IV.4.1. De las variables sociodemográficas.	270
IV.4.2. Para las dimensiones relacionadas con sintomatología ginecológica.	274
IV.4.2.1. La pelvialgia	274
IV.4.2.2. Malestar menstrual.	279
IV.4.2.3. Anticoncepción y miedo al embarazo.	280
IV.4.2.4. Sexualidad.	281
IV.4.2.5. Rol de la mujer.	284
IV.4.2.6. Malestar emocional.	286
CONCLUSIONES	289-300
I. De la revisión sociocultural y desde la perspectiva de género, del cuestionario de Salvatierra y Cuenca.	289
II. De la adaptación sociocultural y desde la perspectiva de género, del cuestionario de Salvatierra y Cuenca.	290
LIMITANTES DEL ESTUDIO	301
LÍNEAS DE AVANCE	302
RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN	303
BIBLIOGRAFÍA	305
ANEXOS	
Anexo I. Herramienta para el análisis de contenido y forma del cuestionario de Salvatierra y Cuenca	321
Anexo II. Hoja informativa para los miembros que forman el "grupo experto" en la investigación.	323

Anexo III. Guión para las dimensiones debatidas en el “grupo experto”	326
Anexo IV. Definición de los nudos o categorías de análisis de las dimensión debatidas en “grupo experto”	333
Anexo V. Guión entrevista a mujeres.	338
Anexo VI. Perfiles mujeres entrevistadas	342
Anexo VII. Listado de variables	345
Anexo VIII. Cuestionario de Salvatierra y Cuenca y Cuestionario Preliminar	347
Anexo IX. Dimensiones y preguntas del cuestionario de Salvatierra y Cuenca.	365
Anexo X. Preguntas sugeridas por las mujeres entrevistadas.	369
Anexo XI. Índice de cuadros, figuras y gráficos	373
Anexo XII. Índice de tablas	375

ÍNDICE DE SIGLAS

AFUD: American Foundation for Urological Diseases.

A.P.A: American Pyschiatric Association.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades.

DEA: Diploma de estudios avanzados.

DSM- IV: Manual Diagnóstico Estadístico de los trastornos mentales propuesto por la Asociación Psiquiátrica Americana.

E.A.S: Encuesta andaluza de salud

E.A.S.P: Escuela andaluza de salud pública.

e: embarazadas.

EE.UU: Estados Unidos.

E.S.O: Educación Secundaria Obligatoria.

E.G.B: Enseñanza General Básica.

F.I.B.A.O: Fundación Pública Andaluza para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental.

gg: ginecológicas.

I.E.A: Instituto de Estadística Andaluz.

I.E.C.A: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.

I.M.E: Índice Médico Español.

I.S.O.C: Ciencias Sociales y Humanidades.

O.M.S: Organización Mundial de la Salud.

O.N.U: Organización de Naciones Unidas.

O.I.T: Organización Internacional del Trabajo.

pf: planificación familiar.

PRIME- MD: Primary Care Evaluati3n of Mental Disorders.

S.E.G.O: Sociedad Espa1ola de Ginecolog1a y Obstetricia.

S.P.M: S1ndrome premenstrual.

T.P.M: Tensi3n premenstrual.

T.C.A: Trastornos de la conducta alimentaria.

U.E: Uni3n Europea.

VdG: Violencia de g1nero.

W.H.O: World Health Organization.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

«A nivel inconsciente, el conocimiento considerado como un intruso, como un invasor, puede ayudarnos a comprender el arcaico complejo de emociones conflictivas que se apiñan en torno al niño que se asoma a un mundo de secretos, a lo desconocido; en torno al sentimiento de algunas mujeres, de contradicción entre feminidad y conocimiento atrevido; en torno a los sentimientos del oprimido acerca del conocimiento como prerrogativa de su dueño; en torno al temor que el hombre religioso siente acerca del conocimiento como invasor de la jurisdicción de los dioses; todo esto es peligroso y produce daño. El conocimiento, en cuanto tal, puede ser un acto de autoafirmación» (Maslow, 2007: 95).

Una de las grandes revoluciones sociales producidas en la segunda mitad del siglo XX ha sido el cambio en la situación de hombres y mujeres en el trabajo (Artazcoz, 2002). El trabajo tanto productivo (remunerado) como reproductivo (no remunerado) tiene unas complejas relaciones con el género y con la salud (Durán, 1992: 57-79). La falta de equilibrio en las atribuciones del trabajo reproductivo es causa de sobrecarga y estrés para las mujeres. La mujer como cuidadora de hijos/as y personas mayores, experimenta más problemas emocionales y de salud general (Morris, 1991: 69-74).

Las mujeres, por razones varias, tuvieron mucho que ver en los cambios de la España entre 1975 y 1982, siendo protagonistas activas generando una sociedad hoy más justa, más equilibrada y más libre sentando las bases para que se produzcan cambios importantes y avances en materia legal (Toboso, 2009: 97). El postmodernismo como ideología de nuestro tiempo se fragua en el contexto de la crisis de la modernidad y de las sociedades industriales de Occidente que le servían de infraestructura. La modernidad líquida es un tiempo sin certezas, sus sujetos, que lucharon durante la ilustración por poder obtener libertades civiles y deshacerse de la tradición, se encuentran ahora con la obligación de ser libres.

Como rasgos de la modernidad, en la segunda mitad del siglo XX, resalta el cambio en la situación de hombres y mujeres en el trabajo, tanto en la composición del mercado laboral como en los roles y responsabilidades de ambos en el ámbito doméstico.

El trabajo productivo como el reproductivo tienen complejas relaciones con el género y la salud. Las ocupaciones están claramente matizadas por los roles sociales y éstos dependen de la

socialización de mujeres y hombres. Esta socialización incorpora actitudes y comportamientos diferentes que generan inequidades en la división por sexo del trabajo y del poder. Son desigualdades injustas e innecesarias que hacen que hombres y mujeres perciban su salud y enfermen de forma diferente. Las personas nacen del sexo femenino o masculino y se construyen en un sistema de género como resultado de asumir ideologías que legitiman las desigualdades.

Las personas que nacen de sexo femenino, mediante sus procesos de socialización incorporan actitudes y comportamientos, asumen ideologías que legitiman las desigualdades y aprenden a convivir en un sistema de género.

El lenguaje y el comportamiento social son interdependientes, cada uno de ellos influye en el otro como si se tratase de las dos serpientes de la fábula que se devoran mutuamente por la cola. La vulnerabilidad de hombres y mujeres está orientada por los conflictos que se generan a partir de la asunción de roles, construidos socialmente e interiorizados mentalmente.

Hay que incorporar a la mente de manera global, el esquema verdadero de ser humano, mujer o varón, como complejo inseparable de instintos, sensaciones, afectos y reflexiones, cuya ubicación no es posible efectuar por separado. La medicina requiere estudiar a la mujer con una visión global, como ser “mente-cuerpo” nutriéndose de las aportaciones conceptuales y teóricas de la psicosomática. A partir de la investigación social conocemos realidades sociales diferentes que nos van a permitir diagnosticar necesidades y problemas a los que haya que darle una respuesta práctica.

La contribución de la asistencia sanitaria a la salud de los sujetos es algo controvertido, lo que sí resulta evidente es que sus aportaciones van dirigidas más a la calidad de vida que a la cantidad. En las prácticas sanitarias, los y las profesionales, para tomar decisiones sobre la atención a sus pacientes, necesitan disponer de información actualizada sobre la causa de su problema y así poder establecer las mejores estrategias en cuanto a tratamientos y motivarlos al uso de los recursos disponibles.

Frente a esta realidad, se hace necesario crear propuestas de cambio generando información sobre la situación y los determinantes de las inequidades de género en el ámbito de la salud.¹ En la práctica sanitaria, los y las profesionales, para tomar decisiones sobre la atención a sus pacientes, necesitan disponer de información actualizada sobre la causa de su problema. En noviembre de 1987 es publicado en la *Revista Española de Obstetricia y Ginecología* “*El Cuestionario de síntomas, actitudes y trastorno emocional en clínica obstétrico-ginecológica*”, elaborado por Vicente Salvatierra, Concepción Cuenca, Jesús Florido y Francisco Moreno. Creemos que los cambios culturales de estos últimos veinte cuatro años pueden estar condicionando lo que medía este test; por ello pretendemos revisar este instrumento y adaptarlo a las nuevas formas de manifestarse socialmente cada una de las dimensiones que lo conforman.

¹ Equidad de Género en Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud.

Por todo ello, cada uno de los investigadores que componen el grupo que ha trabajado dentro de esta Tesis Doctoral, ha tenido el propósito de generar una puerta hacia el futuro de las mujeres que padecen pelvialgia, envuelta en ideas sin prejuicios y que parte de un camino andado por una y otros, camino que, como vamos a ir descubriendo a lo largo de todo el informe, se aproxima bastante al contexto que rodean estas situaciones y que nos ha permitido confiar en nuestros propios pasos.

Los profesionales que en algún momento hemos realizado investigación o estamos inmersos en algún estudio en la actualidad, sabemos que ésta pretende indagar sobre el problema de estudio buscando la lente que mejor capte el tema que queremos tratar. Esta finalidad determina en el grupo investigador la búsqueda del mejor diseño metodológico dentro del área de conocimiento de la antropología cultural y a la naturaleza del objeto de investigación. En este caso, la pluralidad metodológica de técnicas cualitativas y cuantitativas nos aporta trabajar con significados y con porcentajes asegurando una mirada flexible y adaptada al campo de estudio.

Estudiar áreas relacionadas con actitudes y trastornos emocionales expresados por mujeres que acuden a clínicas obstétrico-ginecológicas, no es tarea fácil. Cada mujer es diferente de otra en sí misma, es un ser nuevo con actitudes y emociones diferentes condicionadas por el rol social desempeñado. Todo ello conduce al equipo investigador a un nivel de responsabilidad y de compromiso muy elevado, con el objeto de que el resultado final de esta investigación sea útil, tanto para las mujeres como para las personas que las atienden en sus malestares. Este trabajo de investigación ha sido apoyado económicamente por la Junta de Andalucía, Consejería de Salud, en su convocatoria en BOJA nº 149 con fecha 30/07/2007, para proyectos de investigación y subvenciones para la financiación de la investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud en Andalucía.

La hipótesis general es que El cuestionario de Síntomas, Actitudes y Trastorno Emocional en clínica Obstétrico-Ginecológica, elaborado por Salvatierra y Cuenca en 1987, se ha quedado desfasado para medir las alteraciones psicósomáticas en usuarias de estos servicios, debido a los cambios en los factores socioculturales ocurridos en las últimas décadas.

Los objetivos de este trabajo nos deben conducir al conocimiento de las percepciones y manifestaciones sintomáticas de las mujeres en las áreas de estudio del cuestionario. El objetivo general es estudiar socioculturalmente el cuestionario de Síntomas, Actitudes y Trastorno Emocional en clínica Obstétrico-Ginecológica, elaborado por Salvatierra y Cuenca en 1987.

Impregnar de “mirada de género” la investigación, entre otras características, significa hacer partícipes del proceso de investigación y de los resultados de la misma a las actrices a las que se les va aplicar los resultados obtenidos. En el caso que nos lleva son las mujeres, que demandan la atención de estos servicios especializados, las que deben opinar y reflexionar sobre los contenidos y las construcciones verbales de la herramienta que estamos diseñando.

En virtud de la responsabilidad asumida por el equipo y la perspectiva en la que hemos envuelto esta investigación, decidimos los cuatro capítulos que componen este trabajo, a lo largo de los cuales vamos desmadejando el cuestionario de Salvatierra y Cuenca para reconstruirlo y ubicarlo en un contexto sociocultural actual, en el que está inmersa la mujer.

Destacamos los siguientes capítulos, de la siguiente forma:

- *El capítulo I*, presenta el *Objeto de estudio y Metodología de la investigación* - nos permite posicionar al lector en los entresijos del objeto de esta investigación, aproximándole a las bases teóricas que definen la relación entre el género y la salud, como una relación injusta e innecesaria.

Tomando como referencia las indicaciones metodológicas de Argimón Pallás (2004) para la adaptación transcultural de un cuestionario, nos proponemos en primera instancia, sumergirnos en el cuestionario de Salvatierra y Cuenca para reconocer y conocer el por qué de su contenido. A partir de ello llegamos a conseguir una construcción teórica y mental que nos orienta el abordaje metodológico en la creación de un nuevo cuestionario. En ningún momento dudamos que era imprescindible contar con la participación, el apoyo y la colaboración de ginecólogos y ginecólogas, pues su práctica profesional diaria los colocaba en el mejor lugar como conocedores de las necesidades de las mujeres que acuden a sus consultas y, además, ser difusores de sus prácticas clínicas.

La construcción de este andamiaje metodológico se compone de técnicas cualitativas centradas en: *la composición multidisciplinar del equipo investigador, panel experto, profesionales expertas en género y entrevistas a mujeres usuarias del Sistema Sanitario Público Andaluz*. La conjunción de estas técnicas nos permiten estudiar el contenido y la forma del cuestionario de 1987, analizando las dimensiones que lo conforman, permitiendo sumergirnos en el conocimiento sociocultural sobre el que fue construido y así poder incorporar los nuevos contextos que configuran los comportamientos de la mujer, todo ello envuelto en una mirada de género.

Completa todo el proceso de diseño y construcción del cuestionario, la fase de validación psicométrica a la que se somete, en el ámbito andaluz y en una muestra final de 645 mujeres que acuden a centros Hospitalarios y de Atención Primaria en demanda de los servicios de planificación familiar, control de embarazo y ginecología general. Mediante las técnicas de análisis Descriptivo, Bivariante, Factorial y Multivariante conocemos las variables que mejor definen a la mujer con malestar pélvico y así poder decidir la composición y ordenamiento de las dimensiones y preguntas que le van a dar contenido y forma al nuevo cuestionario.

- *El Capítulo II. Marco teórico de la investigación* donde exponemos un recorrido amplio sobre aquellas áreas o temáticas, que el equipo investigador y la bibliografía revisada, nos orientan como influyentes en las mujeres. Con tal fin se realiza una incursión en el concepto de

género como categoría de análisis; se plasma el feminismo de los años setenta en España, como movimiento social reivindicativo que ha generado un marco en el que se construye un importante corpus teórico de crítica social que permite analizar científicamente la desigualdad entre hombres y mujeres; los movimientos sociales se presentan como ayudas poderosas a la transformación de la sociedad, de esta manera las mujeres han tenido mucho que ver en los cambios de la España entre 1975 y 1982, siendo protagonistas activas generando una sociedad hoy más justa, más equilibrada y más libre.

La evolución de los roles sociales respectivos de mujeres y hombres nos llevan a comprender la relación entre los sexos a partir de estudiar la historia humana como la relación social entre las clases, es importante considerar los cambios significativos en los roles respectivos de hombres y mujeres a la luz de cambios fundamentales en el modo de producción que afectan y conforman la producción en la familia; la salud de mujeres y hombres es diferente y desigual, diferente porque hay factores biológicos que se manifiestan de forma diferente y desigual porque hay otros factores, en parte explicados por el género, que afectan de forma injusta la salud de las personas; las necesidades de salud de las mujeres han sido desatendidas al no contemplar en los modelos de salud, que sus condiciones de salud tienen que ver con lo que ocurre a través del ciclo vital y no exclusivamente debida a los problemas de salud reproductiva.

Esta contextualización nos hace un recorrido sobre paisajes socioculturales tradicionales, acercándonos al pensamiento social contemporáneo. Por otra parte, nos dota de conocimientos teóricos y prácticos, en el área de la ginecología y obstetricia, que forman parte del constructo de este cuestionario, y nos aporta el marco teórico de la psicopatología como síntoma para reflexionar y comprender sus manifestaciones.

- En el *Capítulo III. Los Resultados de la investigación* se presentan en dos apartados, el primero corresponde a la construcción del cuestionario y el segundo a su validación científica.

En el primer apartado de construcción, al indagar sobre el contenido y la forma del cuestionario de Salvatierra y Cuenca, se reconoce una base fundamentada en la interpretación de las teorías del psicoanálisis en el contexto sociocultural y médico de los años setenta. El análisis lingüístico y de género nos evidencia imágenes culturales construidas desde un contexto androcéntrico, donde el hombre es el modelo a reproducir; globalmente la alteración emocional de la mujer se asocia directamente con el neuroticismo. A través de la construcción de los discursos en las sesiones de los/las profesionales expertos/as en ginecología, se evidencian imágenes culturales que contienen la definición y denominación de las dimensiones y preguntas, estos primeros resultados nos conducen al reconocimiento de la diversidad en la sexualidad, la utilización de anticoncepción, en la percepción y manifestación de los malestares emocionales, etc. El marco de la diversidad, de la diferencia, de la individualidad, etc., lo completan las reflexiones y las aportaciones de las agentes -mujeres- que pulen los resultados obtenidos en las diferentes áreas y que se materializan en el cuestionario preliminar.

El segundo apartado de resultados que tiene que ver con la validación del cuestionario, nos muestra cómo las técnicas cuantitativas empleadas describen cada una de las variables estudiadas, reconoce aquellas que se relacionan con la variable dependiente, pelvialgia, y recoge los factores construidos en las áreas de malestar menstrual, sexualidad y malestar emocional. Por último, nos presenta los resultados de un análisis multivariante, modelo para la pelvialgia que se construyó a partir de variables por las que se debía controlar, grupo y edad, y por las variables que estaban asociadas en los análisis bivariantes con la pelvialgia.

Una vez elaborados los resultados, hemos considerado pertinente generar un capítulo de *Discusión - Capítulo IV-* que nos conduzca a la toma de decisiones sobre la composición y la forma del cuestionario final.

Así mismo, hemos realizado a modo de conclusiones, una síntesis de cuáles son los aportes más importantes de esta tesis doctoral: se explora el dolor pélvico dando la posibilidad que se clasifique en su fase aguda o crónica. También se estudia la interrelación entre el ciclo menstrual y el dolor pélvico y se caracteriza la menstruación como fuente de problemas. La sexualidad ha sido adaptada desde el modelo de interacción de componentes fisiológicos, psicológicos e interpersonales. Para finalizar decir que se reconocen, la situación laboral, la sobrecarga y la satisfacción con la vida de las mujeres como indicadores de la repercusión que el rol social ejerce sobre los malestares algícos.

Además desarrollamos el pertinente apartado de bibliografía y los anexos que consideramos de cierta utilidad.

Igualmente, deseáramos que esta tesis doctoral fuese utilizada por parte de los agentes y actores sociales, mujeres y clínicos así como por representantes de organismos institucionales, con el objeto de que cumpla el fin último para el que fue elaborada y es que sus resultados sean útiles para las mujeres que tienen estos malestares y para los clínicos que se encuentran diariamente en posición de encontrar y orientar la mejor práctica. Tenemos la confianza de que esta tesis reporte esperanza, transfiera conocimiento y genere estrategias que sean de utilidad y aplicabilidad en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía (y por ende en el resto de España).

Por último, al final de esta introducción nos gustaría incluir lo que el sociólogo francés Alain Touraine, Premio Príncipe de Asturias de Comunicación y Humanidades 2010, compartido con Zygmunt Bauman, pretende identificar en su libro, *Después de la crisis, por un futuro sin marginación*. Valgan estos apuntes a modo de orientación sobre las áreas de análisis del contenido: los agentes sociales, golpeados por la crisis económica y social, pueden sufrir tanto una exclusión social creciente, como ser testigos de una aceleración de la mutación cultural. En resumen, los años venideros oscilarán entre la catástrofe y la refundación (Touraine, 2011).

Si, como podremos comprobar en esta investigación, el contexto sociocultural ha sufrido grandes cambios en las últimas décadas, es a partir de este momento de crisis visibilizada social y globalmente a partir del año 2007, donde se van a generar cambios sociales que no sabemos muy bien hacia dónde van a dirigir al ser humano. José Luís Sampedro manifiesta su preocupación en el diario El Mundo con estas declaraciones que hace en la 70 edición de la Feria del Libro, 2011: *El mundo, el cosmos -que también incluye el caos, el desequilibrio- sigue adelante y nosotros estamos en él, pero lo que más perturba es que los hombres no estamos del todo humanizados, civilizados. La técnica y la ciencia han evolucionado mucho pero seguimos sin saber convivir en el planeta los unos con los otros* (Sampedro, 2011: 65).

Podemos atrevernos a pensar que estamos viviendo una situación social en la que se ha generado una brecha amplia entre el desarrollo científico-tecnológico y el posicionamiento social de las personas. Los humanos, culturalmente hablando, no evolucionan tan deprisa, no les da tiempo a generar los valores y el posicionamiento que necesitan para llevar a buen uso los avances en esas áreas. Quizás estaría bien que reflexionáramos sobre ello y desarrolláramos aquello para lo que estamos preparados en asumir desde un contexto social y cultural determinado. Ello no significa que no deba existir una brecha entre el desarrollo de la ciencia y el del ser humano, sólo que esta separación debe ser adecuada a la evolución, a la reflexión y con ello a un desarrollo sostenible y social (económico, político y cultural).

Para Alain Touraine las categorías impuestas por las revoluciones liberales que desembocaron en el Estado de Bienestar, donde se reemplaza lo que uno era por lo que uno hacia, han sido sustituidas por categorías culturales, como ser hombre o mujer, judío o palestino. Los individuos vuelven a definirse por lo que son, a través de criterios de etnicidad, sexo o religión. Elementos que, para Touraine tienen un carácter bélico y potencian una lógica de enfrentamiento que un Estado cada vez más débil es incapaz de impedir. Los problemas ecológicos y de la mujer, entre otros, requieren un nuevo tipo de vida económica y social (Touraine, 2011: 12)

METODOLOGÍA

Capítulo I

Objeto de estudio y Metodología de la investigación

En este capítulo vamos a mostrar el objeto de esta investigación fundamentado en los cambios socioculturales en mujeres y hombres producidos en el último tercio del siglo XX y el periodo transcurrido del presente siglo. Desembocamos en la pregunta central de investigación que nos conduce a identificar los factores que han condicionado que el cuestionario de Salvatierra y Cuenca (Salvatierra et alii, 1987) se haya quedado obsoleto con el paso del tiempo. Para ello utilizamos técnicas cualitativas que exploran realidades humanas singulares (panel experto, entrevistas semi-estructurales, etc.) y las completamos con técnicas cuantitativas (especialmente encuestas) que nos permiten una relación lineal entre los datos, hasta verificar la hipótesis de estudio. Para sumergirse en este campo de estudio las fuentes indirectas documentales se han ajustado con la información de fuentes directas, y estas averiguaciones nos han permitido explorar los entresijos de este trabajo y responder a las preguntas planteadas.

I.1. DEFINICIÓN DEL OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN

Una de las grandes revoluciones sociales producidas en la segunda mitad del siglo XX ha sido el cambio en la situación de hombres y mujeres en el trabajo (Artazcoz, 2002). Las modificaciones se han producido tanto en la composición del mercado laboral como en el debate introducido sobre los roles y responsabilidades de unas y otros en el ámbito doméstico.

El trabajo tanto productivo (remunerado) como reproductivo (no remunerado) tiene unas complejas relaciones con el género y con la salud (Durán, 1992). Este enfoque contempla que las ocupaciones son claramente matizadas por los roles sociales y estos dependen del género. Las mujeres han dejado de orientarse preferentemente hacia la vida en pareja y han comenzado a hacerlo hacia el mercado laboral sin que se haya producido una adaptación de las dos principales esferas de la vida social: *el trabajo remunerado y la vida familiar*.

La falta de equilibrio en las atribuciones del trabajo reproductivo es causa de sobrecarga y estrés para las mujeres. Las desigualdades en los trabajos reflejan la forma en que mujeres y hombres percibirán su salud y enfermarán, en las conductas y estilos de vida y finalmente, en la utilización de servicios sanitarios (Cleary et alii., 1983; Rohlf et alii., 1997; García, 2004).

La mujer como cuidadora de hijos/as y personas mayores, experimenta más problemas emocionales y de salud general (Morris et alii., 1991). En un contexto en que la mujer española se incorpora de forma decidida al mercado laboral, los hombres continúan sin asumir la corresponsabilidad en el cuidado del hogar. El trabajo remunerado es habitualmente a tiempo completo, la población anciana crece y los recursos comunitarios para el cuidado de la familia son escasos; surge la preocupación por el posible efecto de la sobrecarga de trabajo y la dificultad para conciliar las responsabilidades familiares y laborales en la salud de las trabajadoras (Artazcoz, 2002).

Las personas que nacen de sexo femenino, mediante sus procesos de socialización incorporan actitudes y comportamientos, asumen ideologías que legitiman las desigualdades y aprenden a convivir en un sistema de género.

La base de la relación entre género y desarrollo de la salud es la visión de una sociedad más equitativa, con una distribución más justa de los recursos y beneficios de ese desarrollo y con una mayor participación de las mujeres —especialmente las de los sectores menos privilegiados— en las decisiones que afectan al bienestar común.

Las inequidades² que existen en la división por sexo del trabajo y del poder en la sociedad se reflejan en desigualdades injustas e innecesarias entre hombres y mujeres, por lo menos, en cuatro ámbitos de la salud:

1. El estado de salud.
2. El acceso a atención de acuerdo con necesidad.
3. El financiamiento de la atención de acuerdo con capacidad de pago.
4. La distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder en la gestión de la salud.

Frente a esta realidad, se hace necesario crear propuestas de cambio generando información sobre la situación y los determinantes de las inequidades de género en el ámbito de la salud³.

A medida que en las sociedades desarrolladas se ha ido reduciendo la mortalidad prematura, los indicadores de “cantidad de vida” (por ejemplo: *la esperanza de vida*), han ido perdiendo sensibilidad para monitorizar el estado de salud de la población. Siempre ha sido controvertida la estimación de la contribución de la asistencia sanitaria a la salud de los sujetos, pero resulta evidente que una buena parte de las intervenciones se dirigen más a la calidad que a

2 La equidad de género se refiere a la justicia en el tratamiento de hombres y mujeres, según sus necesidades respectivas. A partir de este concepto se pueden incluir tratamientos iguales o diferentes aunque considerados equivalentes en términos de derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades.

3 Equidad de Género en Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud.

la cantidad de vida, que dicha ganancia es muy valorada por la población y subyace en las preferencias sociales (Casas et alii., 2001).

En la práctica sanitaria, los y las profesionales, para tomar decisiones sobre la atención a sus pacientes, necesitan disponer de información actualizada sobre la causa de su problema así como de la estrategia de tratamiento más eficaz y preferente por la/el usuaria/o y los recursos disponibles orientados a una asistencia de calidad fundamentada en los avances e innovaciones de los servicios prestados por el sistema sanitario. Por ello resulta necesario incorporar instrumentos de medición que faciliten la racionalidad en la toma de decisiones.

En noviembre de 1987 es publicado en la *Revista Española de Obstetricia y Ginecología* “*El Cuestionario de síntomas, actitudes y trastorno emocional en clínica obstétrico-ginecológica*”, elaborado por Vicente Salvatierra, Concepción Cuenca, Jesús Florido y Francisco Moreno. Consta de 85 preguntas distribuidas en 10 subescalas referidas a malestar menstrual, dolor pelviano, sexualidad negativa, miedo al embarazo y la contracepción, rechazo del papel femenino, vasolabilidad, hipoestronismo, alteración emocional y, por último, ansiedad y depresión. El objetivo es identificar diferencias en los diversos cuadros ginecológicos y facilitar una orientación acerca de la situación psicosomática de las pacientes obstétrico-ginecológicas (Salvatierra et alii, 1987).

Creemos que los cambios culturales de estos últimos veinte años pueden estar condicionando lo que medía este test; por ello pretendemos revisar este instrumento y adaptarlo a las nuevas formas de manifestarse socialmente cada una de las dimensiones que lo componen.

I.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La antropología se ha ceñido principalmente a apreciar las modalidades prácticas de los cambios. Ha distinguido entre la evolución social, como transformaciones que una sociedad sufre durante un largo periodo, y el cambio social que se observa durante un tiempo relativamente breve (Pizza, 2007).

La presión que ejercen los movimientos sociales para que se realicen los cambios es muy importante en las transformaciones, materializándose en resultados diversos que parten de proyectos iniciales.

Las “situaciones revolucionarias” sobre las que Sartre reflexionó, designaban un momento durante el cual las conductas ya no obedecían a las reglas precedentes y adoptaban formas que, después, parecían insólitas. Visto principalmente desde el exterior, es posible apreciar en estas situaciones préstamos del pasado e innovaciones conscientes o involuntarias. En la confusión que crea este tipo de situaciones se mezclan pasado y presente, proyectos racionales y

comportamientos incomprensibles, actitudes contradictorias, en resumen signos heteróclitos cuya dinámica y sentido parecen difíciles de definir (Pizza, 2007).

El filósofo y científico Thomas Kuhn dio a paradigma su significado contemporáneo cuando lo adoptó para referirse al conjunto de prácticas que definen una disciplina científica durante un período específico de tiempo. El define a un paradigma como:

1. Lo que se debe observar y escrutar.
2. El tipo de interrogantes que se supone hay que formular para hallar respuestas en relación al objetivo.
3. Cómo tales interrogantes deben estructurarse.
4. Cómo deben interpretarse los resultados de la investigación científica.

Kuhn consideró a los paradigmas como realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica. En “Estructura de las Revoluciones Científicas” relata que *el historiador de la ciencia puede sentirse tentado a proclamar que cuando cambian los paradigmas, el mundo mismo cambia con ellos. Guiados por un nuevo paradigma, los científicos adoptan nuevos instrumentos y buscan en lugares nuevos. Lo que es todavía más importante, durante las revoluciones los científicos ven cosas nuevas y diferentes al mirar con instrumentos conocidos y en lugares en los que ya habían buscado antes. Por consiguiente, en tiempos de revolución, cuando la tradición científica normal cambia, la percepción que el científico tiene de su medio ambiente debe ser reeducada, en algunas situaciones en las que se ha familiarizado, debe aprender a ver una forma nueva* (Kuhn, 2004: 176-177).

Las mujeres, por razones varias, tuvieron mucho que ver en los cambios de la España entre 1975 y 1982, siendo protagonistas activas generando una sociedad hoy más justa, más equilibrada y más libre sentando las bases para que se produzcan cambios importantes y avances en materia legal (Toboso, 2009). El siglo XX es considerado por muchos el siglo de las mujeres. Éstas salieron de su aislamiento tradicional para incorporarse a los espacios públicos y laborales, incluso algunas autoras y autores van más lejos y hablan de revolución de la mujer. Si entendemos por revolución un proceso de transformación social, que afecta fundamentalmente a personas oprimidas, no cabe duda de que la mujer, sometida a lo largo de la historia, ha protagonizado una revolución, pero con matices, porque las revoluciones generalmente han desencadenado procesos violentos y cortos en el tiempo y la de las mujeres, si es que ha existido, ha sido pacífica y tras casi un siglo de lucha todavía no ha concluido (Toboso, 2009).

El campo de la sexualidad, que estaba fuertemente normatizado por las estructuras legales y religiosas con discursos moralizantes, pasa a ser un campo de placer para las mujeres que ha generado cambios en el matrimonio y en la maternidad pasando de ser una obligación a una opción.

El año 1975 es declarado Año Internacional de la Mujer con la finalidad de promover la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. El feminismo ha puesto de manifiesto que el simple hecho de ser una mujer ha implicado tener un tipo particular de experiencia social y, por ende, histórica (Ortiz, 2006). Hombres y mujeres se construyen como seres sociales en base a la relación que establecen el uno con la otra, generándose un significado imaginario de mujer y hombre que es diferente en cada país, en cada etnia o grupo social. Estas posiciones subjetivas son el resultado de la interacción sujeto-sexo-género que se plasman en representaciones psíquicas condicionadas por los deseos, las fantasías, etc., y son cambiantes a lo largo de la vida del ser humano.

El postmodernismo como ideología de nuestro tiempo se fragua en el contexto de la crisis de la modernidad y de las sociedades industriales de Occidente que le servían de infraestructura. No busca la verdad tal y como se ha entendido históricamente, sino que, cambiando la noción tradicional de ésta, intenta crearla. Si el lenguaje se considera de manera tradicional, como medio de expresión, resulta inevitable suponer la existencia de un significado anterior al uso del significante. Sin embargo, la pérdida del fundamento deja al signo lingüístico sin un referente objetivo; a pesar de ello, el lenguaje no pierde con ello su valor. Es posible seguir utilizando los significantes sin su referencia objetiva; el lenguaje goza de autonomía y la totalidad de las palabras forman un sistema, el sistema del lenguaje (Castilla, 1996).

La modernidad líquida es un tiempo sin certezas. Sus sujetos, que lucharon durante la ilustración por poder obtener libertades civiles y deshacerse de la tradición, se encuentran ahora con la obligación de ser libres. Hemos pasado a diseñar nuestra vida como proyecto y performance. Más allá de ello, del proyecto, todo sólo es un espejismo. La cultura laboral de la flexibilidad arruina la previsión de futuro, deshace el sentido de la carrera profesional y de la experiencia acumulada. Por su parte, la familia nuclear se ha transformado en una “relación pura” donde cada “socio” puede abandonar al otro a la primera dificultad. El amor se hace flotante, sin responsabilidad hacia el otro, siendo su mejor expresión el vínculo sin cara que ofrece la Web. Las instituciones no son ya anclas de las existencias personales. En decadencia el Estado de bienestar y sin relatos colectivos que otorguen sentido a la historia y a las vidas individuales, surfamos en las olas de una sociedad líquida siempre cambiante, incierta y cada vez más imprevisible (Bauman, 2004).

El lenguaje y el comportamiento social son interdependientes, cada uno de ellos influye en el otro como si se tratase de las dos serpientes de la fábula que se devoran mutuamente por la cola. Los hábitos sociales, la forma, la conducta, el repertorio de valores convenidos en los que la sociedad vive inmersa, tienen un reflejo directo en el lenguaje y a través de él se transmiten los hábitos culturales de generación en generación, su influencia en la mentalidad y comportamiento de los hablantes resulta decisiva. Distintas culturas emplean distintos lenguajes y distintos lenguajes conforman distintas culturas (García, 1977).

Las imágenes que reciben las niñas y niños acerca del varón y la mujer, a través de las palabras que oyen y aprenden, que a su vez proceden de los arquetipos masculino y femenino incorporados en la cultura heredada, dirigen la sociedad en grado considerable; los sentimientos y las actitudes de sus miembros. La sociedad está viviendo una enorme contradicción, por una parte, el ansia de igualdad y dignificación es creciente y, por otra, continuamos comportándonos según pautas sociales discriminatorias; existe una falta de coherencia entre lo que se acepta a nivel de principios y lo que, realmente se pone en práctica (García, 1977).

La vulnerabilidad de hombres y mujeres está orientada por los conflictos que se generan a partir de la asunción de roles, construidos socialmente e interiorizados mentalmente. Varias autoras (Begoña López, 2002; Pilar Blanco, 2004; cf.: Velasco, 2009) explicitan que la violencia de género y los abusos sexuales afectan a la salud de las mujeres negativamente de forma crónica, así como el papel de cuidadora y de soporte de cuidados (García, 2004). Por otra parte, estas cargas de roles producen trastornos mentales, somatizaciones y dolores sin causa orgánica (Velasco et alii, 2007).

Hay que incorporar a la mente de manera global, el esquema verdadero de ser humano, mujer o varón, como complejo inseparable de instintos, sensaciones, afectos y reflexiones, cuya ubicación no es posible efectuar por separado. El ser humano es una unidad, el cuerpo, la mente, los sentimientos, la conducta interpersonal y el espíritu son todas manifestaciones de una esencia única. Es posible conocerse y comprenderse en todos esos niveles, y cuanto más cada persona se conoce más libre es de determinar la propia vida (García, 1977).

La medicina requiere estudiar a la mujer con una visión global, como ser “mente- cuerpo” nutriéndose de las aportaciones conceptuales y teóricas de la psicósomática. Este análisis valorativo hace necesario la incorporación de instrumentos actualizados que examinen la relación entre las manifestaciones sintomáticas expresadas por la mujer y los factores que puedan estar condicionándolas.

A partir de la investigación social conocemos realidades sociales diferentes que nos van a permitir diagnosticar necesidades y problemas a los que haya que darle una respuesta práctica. De todo lo anterior se sigue la conveniencia, por no decir la necesidad, de adaptar a la mujer del siglo XXI el cuestionario de Salvatierra y Cuenca de 1987, ello nos va a permitir comprender como interaccionan unos factores con otros y poder servir de soporte en la entrevista clínica y en la mejor elección terapéutica.

I.3. PREGUNTAS, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Un cuestionario es un proceso estructurado de recogida de información a través de la cumplimentación de una serie predeterminada de preguntas. Estructurado significa que a todas las personas participantes se les formulan las mismas preguntas de la misma forma y en la misma secuencia. La finalidad es conseguir la máxima fiabilidad en la información.

Desde el punto de vista sociocultural, un salto cuantitativo y cualitativo en el tiempo, puede estar modificando la información que recoge un cuestionario elaborado a la luz de otro contexto histórico, poniendo en cuestionamiento tanto su utilidad actual como la fiabilidad y validez. Nos proponemos adaptar culturalmente el cuestionario de Salvatierra y Cuenca sobre “Síntomas, Actitudes y Trastorno Emocional en clínica Obstétrico-Ginecológica”, utilizando como base de estudio el elaborado por estos profesionales de la Ginecología y la Obstetricia en el año 1987. Esta investigación pretende dar respuesta a las siguientes preguntas que desarrollamos a continuación.

I.3.1. Pregunta central de la investigación:

Podemos destacar la pregunta principal que constituye el eje central de esta investigación:

- ¿Qué factores han condicionado que el cuestionario de Salvatierra y Cuenca se quede obsoleto para medir los síntomas, actitudes y trastorno emocional en las mujeres que acuden a clínica obstétrico-ginecológica en el siglo XXI?

Algunas preguntas secundarias de la investigación:

- ¿Qué aspectos de las mujeres recoge el cuestionario inicial, que puedan estar influyendo en los malestares ginecológicos?
- ¿Cómo el cuestionario recogía las manifestaciones sintomáticas de los sentires de las mujeres?
- ¿Por qué es necesaria la incorporación de la perspectiva de género para adaptar culturalmente el cuestionario a las mujeres con problemas ginecológicos?
- ¿Cuáles son los factores condicionantes de los malestares ginecológicos de las mujeres que debe recoger el cuestionario final?

I.3.2. Hipótesis

Partiendo de la definición de hipótesis que hace Pardinas: “*la hipótesis es una proposición anunciada para responder tentativamente a un problema*” (Pardinas, 1978), pretendemos que los objetivos planteados nos ayuden a confirmar nuestras hipótesis:

a) Hipótesis general:

- El cuestionario de Síntomas, Actitudes y Trastorno Emocional en clínica Obstétrico-Ginecológica, elaborado por Salvatierra y Cuenca en 1987, se ha quedado desfasado para medir las alteraciones psicosomáticas en usuarias de estos servicios, debido a los cambios en los factores socioculturales ocurridos en las últimas décadas.

b) Hipótesis específicas:

- *Primera*: las dimensiones del cuestionario inicial están planteadas como factores condicionantes en los malestares ginecológicos.
- *Segunda*: algunas manifestaciones sintomáticas ginecológicas de las mujeres están influenciadas por el contexto sociocultural condicionando los modelos explicativos del estado de salud de las mujeres.
- *Tercera*: la salud de mujeres y hombres es diferente y es desigual. Diferente porque hay factores biológicos que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad. Desigual porque hay otros factores, explicados en parte por el género, que afectan de una manera injusta la salud de las personas (Rohlf et alii, 2000).
- *Cuarta*: el cuestionario actualizado en su contenido y forma será útil para identificar los factores determinantes de los malestares ginecológicos de las mujeres.

I.3.3. Objetivos

Los objetivos de este trabajo nos deben conducir al conocimiento de las percepciones y manifestaciones sintomáticas de las mujeres en las áreas de estudio del cuestionario, para con ello y utilizando la técnica de “espejo”, poder apoyarlas en su autoconocimiento y en la toma de decisiones, sobre los tratamientos diferentes a los que puede acceder en la mejora de su estado de salud o bienestar personal. Los objetivos propuestos son los siguientes:

a) Objetivo general:

- Estudiar socioculturalmente el cuestionario de Síntomas, Actitudes y Trastorno Emocional en clínica Obstétrico-Ginecológica, elaborado por Salvatierra y Cuenca en 1987.

b) Objetivos específicos:

- Estudiar el contenido y la forma del cuestionario obstétrico-ginecológico.
- Analizar los aspectos susceptibles de mantener, eliminar o incorporar, según las evidencias científicas y las aportaciones de las técnicas cualitativas empleadas.
- Adaptar el contenido del cuestionario, incorporando la perspectiva de género, a los cambios socioculturales acaecidos en las últimas décadas.
- Realizar una validación psicométrica a partir de la fiabilidad y la validez del instrumento.

I.4. METODOLOGÍA, TÉCNICAS Y FUENTES

En los siguientes apartados vamos a desarrollar el marco metodológico dónde nos movemos, la explicación de las técnicas que hemos desarrollado y las fuentes utilizadas para realizar estas Tesis Doctoral.

I.4.1. Metodología

La metodología de investigación siempre está sujeta a la elección de la lente que mejor capte el tema que queremos tratar, o lo que es lo mismo, ajustar el diseño metodológico a la naturaleza del objeto de investigación. En cualquier caso, la pluralidad metodológica, trabajar con significados o porcentajes, o sea, con técnicas cualitativas o cuantitativas, asegura una mirada flexible y adaptada al campo de estudio.

Glaser y Strauss desarrollan la Teoría Fundamentada en 1967 como método para derivar sistemáticamente teorías sobre el comportamiento humano y el mundo social con una base empírica (Glaser y Strauss, 1967). La Teoría Fundamentada es una metodología de análisis, unida a la recogida de datos, que utiliza un conjunto de métodos, sistemáticamente aplicados, para generar una teoría inductiva sobre un área sustantiva que alude a un tipo de construcción teórica, surgido de los datos obtenidos o generados por quien investiga y sobre un aspecto específico de la realidad humana objeto de estudio.

Esta teoría se utiliza en investigación cualitativa dando cuenta de realidades humanas singulares a partir de los procesos de recolección de datos de la investigación en curso. Su proceso dinámico y abierto conduce a la construcción de una teoría formal o general con una perspectiva relativamente estática y cerrada por su apego a la generalidad.

Este método, de comparación constante, se basa en cuatro estrategias:

1. Un interrogatorio sistemático a través de preguntas generativas, que buscan relacionar conceptos.
2. Un muestreo teórico, tal que las unidades que van conformando el trabajo de campo se van generando en torno al desarrollo de la investigación.
3. Los procedimientos de categorización o codificación son sistemáticos.
4. El proceso va dirigido a conseguir un desarrollo conceptual sólido, no solamente descriptivo.

En investigación la utilizan con el objetivo de crear categorías teóricas a partir de los datos y analizar las relaciones relevantes que hay entre ellas. La teoría surge de la interacción con los datos aportados por el trabajo de terreno, el análisis cualitativo de los datos es el proceso no matemático de interpretación con el propósito de descubrir conceptos y relaciones y organizarlos en esquemas teóricos explicativos. Un estudio de teoría fundamentada comienza con una pregunta general, las características o atributos del objeto de estudio es lo que llamaríamos variables que surgen en el análisis y no deben imponerse *a priori*. Es un proceso circular de crecimiento continuo donde se produce un entrelazamiento entre la recolección de datos, la codificación, el análisis e interpretación de la información, lo cual refleja el carácter holístico de la investigación cualitativa.

La etnografía, como método cualitativo tiene la capacidad de retratar las actividades y perspectivas de los actores sociales (Hammersley y Atkinson, 1994). Su credibilidad exige que sean aplicadas las reglas relacionadas con la fiabilidad y la validez: mientras que la fiabilidad se relaciona con la replicabilidad de los descubrimientos científicos -exige que un investigador/a que utilice los mismos métodos que otra/o llegue a idénticos resultados-, la validez concierne a su exactitud -¿el personal científico observa o mide realmente lo que cree observar o medir? ¿en qué medida los constructos y postulados abstractos creados, perfeccionados o comprobados por miembros de una investigación son aplicables a más de un grupo?- (Goetz y LeCompte, 1988).

Igualmente la etnografía⁴ con su doble perspectiva *emic* (actor) y *etic* (observador) nos va a permitir centrar el problema de estudio de forma diacrónica, es decir, identificando los cambios culturales inherentes a la sociedad del momento y justificando la actualización cultural del cuestionario de Salvatierra y Cuenca de 1987.

4 La etnografía es un intenso proceso de interacción social que tiene como objetivos la producción y diseminación de conocimientos antropológicos (Hammersley y Atkinson, 1994).

Realizar una revisión y adaptación cultural de un cuestionario sobre síntomas, actitudes y trastorno emocional de las mujeres, que acuden a clínica obstétrico-ginecológica, no es tarea fácil. Estamos hablando de un sujeto, mujer, que no es algo general, cada una de ellas manifiesta una particularidad que la hace muy diferente de otras, siendo en sí misma, un ser nuevo. Incorporamos mayor riqueza individual al tema cuando además nos referimos a actitudes y emociones, éstas son sólo de cada una de ellas como ser individual y de nadie más, por el hecho de formar parte del grupo de los seres humanos; y si además queremos añadir en todo el proceso investigador, aquellos factores que pueden estar condicionados por el rol social desempeñado por unas y otros. Bueno, que ni decir tiene que todo ello nos conduce a un nivel de responsabilidad y compromiso de todas las personas que componen el equipo investigador y que marca el desarrollo de la investigación desde sus comienzos.

Como marco metodológico de análisis del cuestionario de Salvatierra y Cuenca, para conseguir un instrumento adaptado transculturalmente, se ha utilizado el de la traducción-retraducción (Figura I.1.) de Argimón (2004). Con las indicaciones metodológicas nos proponemos conocer si los conceptos se operativizan de igual modo en un momento cultural que en otro. Es esencial conocer qué significado tienen los conceptos y cómo se expresan en la cultura pasada y así poder reconocer similitudes y diferencias en la actual (Argimón et alii., 2004)

Deben realizarse traducciones de los conceptos más que literales. La persona o personas que traducen el cuestionario deben ser perfectos conocedores de los contextos culturales tanto pasados como actuales, así como de los contenidos del cuestionario inicial y de su propósito ya que hay términos que pueden tener significados distintos según el momento sociocultural en el que se aplique.

A partir de esta primera incursión en el cuestionario, es conveniente que un panel experto evalúe la equivalencia conceptual y su adaptabilidad, en este momento histórico, a las características de las mujeres objeto de estudio, generándose una nueva versión consensuada por el equipo investigador. También es conveniente realizar una revisión del cuestionario por un grupo de población general formado por usuarias de diferentes características sociodemográficas con la finalidad de llegar a un acuerdo sobre los *ítems* a incluir, el orden de las dimensiones a explorar y evaluar la comprensión y la redacción de las preguntas.

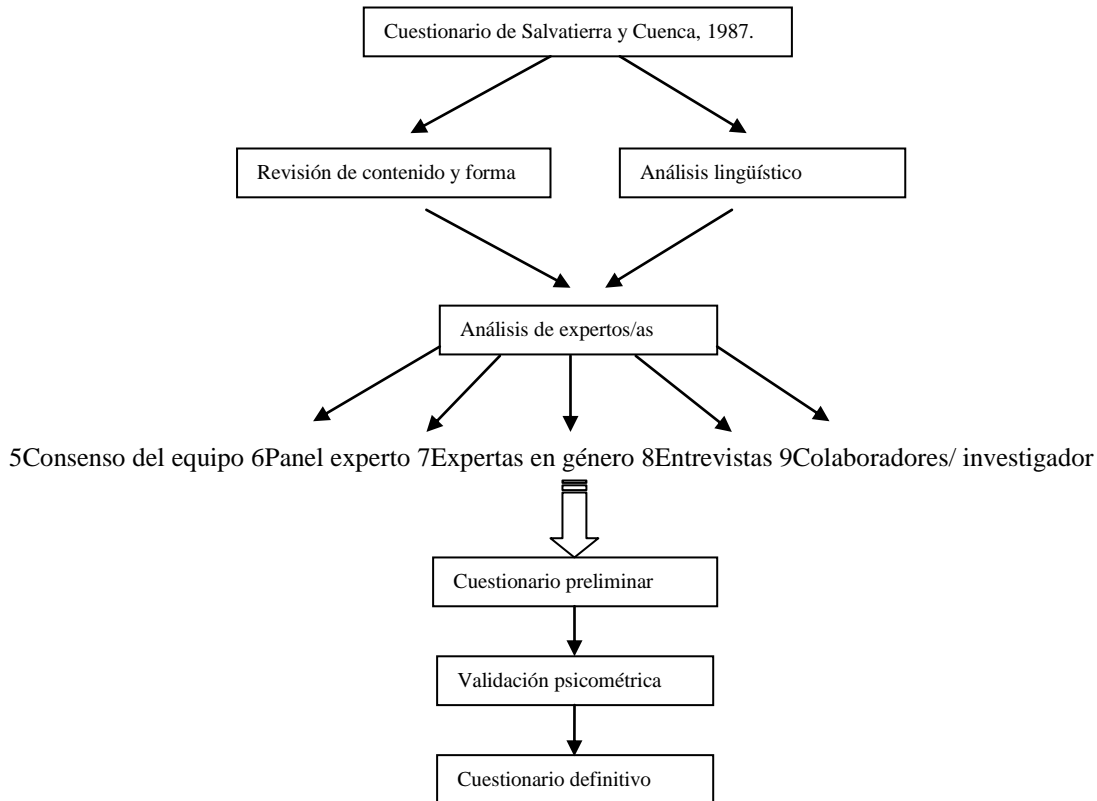
A partir de toda esta información, se consensua una versión preliminar sobre la que debe realizarse un estudio piloto en una muestra de mujeres de características similares a la de la población a la que se administrará el cuestionario, para poder evaluar su comprensión y viabilidad. Una vez obtenida la versión final, deben comprobarse sus propiedades psicométricas en una muestra representativa de la población objeto de estudio, dónde se comprobará su validez y fiabilidad en la cultura imperante del momento (Argimón et alii., 2004).

En este trabajo de investigación que tiene por objetivo el estudio sociocultural del cuestionario de Síntomas, Actitudes y Trastorno Emocional en clínica Obstétrico-Ginecológica, elaborado por Salvatierra y Cuenca en 1987, el cuestionario inicial se ha revisado en su contenido y forma por dos profesionales del ámbito de la obstetricia y la ginecología, uno de ellos participó en su elaboración, validez y aplicación en el momento histórico que envuelve a los años 80 y otro le sigue dando uso en la actualidad.

Paralelamente se ha sometido a una revisión lingüística tanto de los términos utilizados como del contenido teórico-conceptual y sociocultural de las preguntas que lo componen. Completando esta fase previa a la generación de un nuevo cuestionario, un grupo diverso de expertos y expertas han realizado sus aportaciones analíticas a la construcción de las definiciones armonizando el contenido en los casos en los que existían diferentes expresiones al mismo concepto, la generación de preguntas exploratorias con claridad y naturalidad para las diferentes dimensiones de estudio, la adaptación de las mismas a las necesidades sentidas por las mujeres. Paralelamente a todo el proceso, entre los diferentes miembros del equipo investigador, se han discutido todas las aportaciones hasta alcanzar el consenso que cristalizó en un cuestionario preliminar, que ha sido sometido a un estudio piloto entre mujeres con diferentes niveles socioculturales para valorar la comprensibilidad del cuestionario y la factibilidad de su administración.

Una vez obtenida la versión final, se comprueban las propiedades psicométricas y la fiabilidad y validez en el medio en el que va a ser utilizado.

Figura I.1. Esquema del proceso de adaptación transcultural de un cuestionario.



Fuente: Elaboración propia a partir del proceso de adaptación transcultural de un cuestionario de Argimón y Jiménez, 2004.

Se realiza esta investigación fundamentándonos en el área de conocimientos de la antropología cultural¹⁰ intentando comprender el significado de los fenómenos culturales tal y como los entienden los propios actores sociales (positivismo) y describir y explicar los cambios encontrados en términos exógenos a la misma (enfoque interpretativo).

5 *Equipo investigador*: equipo multidisciplinar formado por profesionales de las áreas de enfermería, ginecología y obstetricia, antropología, bioestadística, psicología y sociología.

6 *Panel experto*: profesionales medicas/os especialistas en obstetricia y ginecología.

7 *Expertas en género*: profesionales docentes universitarias en materias de género y salud.

8 *Entrevistas*: a usuarias de las consultas de ginecología y obstetricia del sistema público de salud.

9 *Colaboradores/as*: especialistas en ginecología y obstetricia que realizan la pasación del cuestionario en cada una de las provincias andaluzas.

10 Antropología cultural estudia los seres humanos de forma comparativa y holística (biología, sociedad, lenguaje, cultura, presente y pasado), ocupándose del estudio de las semejanzas y diferencias culturales de los grupos humanos (Kottak, 1994).

1.4.2. Técnicas

I.4.2.1. Cualitativas

La perspectiva metodológica cualitativa, en primera instancia, provoca una dosis de incredulidad, puesto que todo lo que sean lenguajes o percepciones resulta un material extraño. Nos emplaza a utilizar un tipo de lente capaz de observar los fenómenos menos visibles y más difíciles de expresar a través del lenguaje formalizado de un cuestionario. Cualitativo implica centrarnos en el discurso del sujeto para que nos “narre” acerca del objeto de estudio que nos interesa indagar; no equivale a discursos “individuales” sino a las interacciones entre sujetos, dado que estamos inmersos en un haz de relaciones sociales de las que queremos saber a través de las opiniones y de la experiencia que se nos narra. Este es el objetivo de la perspectiva cualitativa: captar las diferentes formas de nombrar la sociedad por parte de los individuos, pero tomando a éstos como actores sociales, no como sujetos aislados.

a) Variables de estudio

Las preguntas del cuestionario de síntomas, actitudes y trastorno emocional en clínica obstétrica-ginecológica, publicado en la Revista Española de Obstetricia y Ginecología en 1987, se referían a síntomas menstruales, dolor pelviano, actitud ante la sexualidad, embarazo, contracepción y feminidad, vasolabilidad, hipoestronismo y alteración emocional incluyendo escalas de ansiedad y depresión.

A medida que fuimos analizando el contenido de esta publicación, y realizando las reflexiones pertinentes, reconocimos que la mayoría de las dimensiones estudiadas podían seguir estando relacionadas con los malestares ginecológicos de la mujer, aún en la actualidad. Sin embargo, desde la primera incursión en el contenido teórico identificamos que las dimensiones implicadas en el estudio de la menopausia de la mujer, tendrían que estar exentas en el cuestionario que íbamos a diseñar, pues a lo largo de éstos últimos años esa fase del ciclo vital ha sido muy estudiada por esta disciplina generando cuestionarios específicos para tal fin (*Escala Cervantes*: Palacios et alii, 2004). Otro aspecto que quedó evidente a nuestra observación fue el amplio estudio de la mujer en el ámbito de las emociones a través de varias dimensiones (alteración emocional, ansiedad, depresión), hecho que nos llevó a plantearnos construir una sola dimensión exploratoria de este área de la mujer.

Al reflexionar sobre la posibilidad de la aparición en el tiempo de otros contextos en la vida de la mujer que pudieran condicionar sus malestares, consideramos que tanto la violencia de género como los trastornos de la conducta alimentaria podían estar implicados directamente. Este análisis, que en principio fue el resultado de la experiencia profesional del grupo investigador, lo corroboraron las fuentes exploradas y las técnicas cualitativas utilizadas, llegando a determinar y definir conceptualmente las siguientes variables que componen el cuestionario preliminar:

- *Sexualidad*: Se explora la conducta sexual a través del deseo, el orgasmo, la satisfacción, el autoconocimiento, la presencia o no de dolor y la frecuencia de las relaciones sexuales; así como la concepción que tiene la mujer sobre su sexualidad a partir de los sentimientos de culpa, miedo y vergüenza. También se indaga sobre las prácticas sexuales y la relación de pareja.
- *Malestar menstrual*: Recoge aspectos centrados en la exploración de la intensidad del cuadro menstrual a través de la aparición del dolor y las repercusiones que éste genera sobre los días de cama que guarda la mujer, el tratamiento que toma, el absentismo laboral o de estudios así como en otras actividades sociales (relación, amigos, cine, teatro, etc.).
- *Pelviaalgia crónica*: Es el dolor en bajo vientre de más de seis meses de evolución. Se sustenta en la anamnesis para caracterizar el dolor a través de la persistencia, localización y otras cualidades propias que lo definen. Se completa el diagnóstico explorando el uso de tratamientos y las derivaciones para la exploración de otros posibles órganos causales (urología, digestivo, óseo, locomotor, etc.).
- *Anticoncepción y miedo al embarazo*: Engloba aspectos relacionados con la utilización de anticonceptivos y el conocimiento o percepción que la mujer tiene del método a través de la satisfacción, eficacia y efectos sobre la salud. Además, recoge el miedo a un embarazo no planificado.
- *Rol de la mujer*: Indaga ámbitos de la vida de la mujer que afectan a su salud y que contemplan su globalidad: percepción de su salud, calidad de vida, situación de convivencia, autopercepción de sobrecarga, el trabajo doméstico, el trabajo productivo, apoyos formales e informales y la distribución que tiene de su tiempo personal.
- *Malestar emocional*: Con esta dimensión averiguamos el estado emocional de la mujer identificando posibles trastornos del sueño, la alimentación y la vida social; estados de irritabilidad y tristeza, así como enfermedades y tratamientos psicológicos.
- *Trastornos de la conducta alimentaria*: Esta dimensión investiga la relación de la mujer con su propio cuerpo, identificando una preocupación excesiva por su peso corporal y el aspecto físico.
- *Violencia de género*: Esta dimensión se indaga a partir de la relación de pareja mediante dos preguntas de la versión corta en español del cuestionario *Woman Abuse Screening Tool* que miden la relación de pareja y la capacidad de resolución

de conflictos dentro de la misma. También se incorpora la exploración de la soledad por los resultados obtenidos en las entrevistas a mujeres.

b) Análisis inicial del cuestionario de Salvatierra y Cuenca de 1987

– Revisión de contenido y forma

Se diseña una matriz (Anexo I) de elaboración propia a partir de la “Guía para la elaboración de un protocolo de estudio” y de “Diseño de cuestionarios” de Arguimón Pallás y Jiménez Villa (Arguimón et alii., 2004). Se estudian las partes fundamentales que componen el cuestionario: la justificación, los objetivos, metodología, resultados y conclusiones, con el objeto de identificar el desarrollo y adaptarlo al momento actual. Este trabajo se hizo de manera sincrónica tal que al contenido teórico de cada una de las partes se le hicieron aportaciones para el diseño del nuevo cuestionario.

El estudio pormenorizado de la publicación del cuestionario del 1987 nos ayuda a tener una visión más amplia del mismo y a entender la intencionalidad de las personas que lo elaboraron y su aplicabilidad. Para ello planteamos un abordaje complementario a través de dos entrevistas a dos ginecólogos, uno participó en su elaboración y otro utiliza el cuestionario en consulta en la actualidad. La recogida de información se realizó sobre las preguntas, que debido a los cambios sociales y culturales acaecidos en los últimos tiempos, quedan fuera de nuestra lógica actual. Las entrevistas se desarrollaron en abril de 2008 y el análisis de su contenido en marzo. Los datos obtenidos de las dos personas entrevistadas se presentan simultáneamente en cada una de las preguntas realizadas excepto en aquéllas en las que la entrevistadora reconoce que los entrevistados no aportan información relevante.

– Análisis lingüístico y de género

Grandes reflexiones han llevado a la filosofía e historia de la ciencia a incorporar elementos teóricos de otras áreas para examinar el papel del lenguaje en la construcción social del conocimiento y, en algunos casos, a someter a examen las prácticas lingüísticas y semióticas de la comunidad científica (Sánchez, 2003).

Las aportaciones del entramado discursivo que se genera entre las teorías científicas y los pensamientos sociales dominantes, ponen de manifiesto el trasvase que se produce entre áreas sociales aparentemente separadas. La simbología y las metáforas de género de la ciencia impregnan su manera de conceptualizar y de construir los fenómenos naturales. Y, en la medida en que éstas se asumen como descripciones neutras y objetivas del mundo natural, la integración invisible de presupuestos generizados en el lenguaje de la ciencia, pueden a su vez, reforzar tales presupuestos en la sociedad (Sánchez, 2003).

En la relación entre el lenguaje y el mundo, aquel se manifiesta como un código que refleja de un modo u otro, el mundo de las cosas. En estas transparencias del lenguaje, se enmascara la complejidad de las relaciones entre el mundo referencial, conceptualización y lenguaje (Marchal y Ribery, 1982, cf.: Sánchez, 2003).

Para identificar la posible existencia de sesgos de género en el lenguaje del cuestionario de Salvatierra y Cuenca, analizaremos desigualdades de género a través del reconocimiento del sexismo lingüístico a partir de sus principales problemas: *generalizaciones imprecisas* (utilizar el masculino para englobar ambos sexos), desigualdad de trato por *uso de términos que reflejan estereotipos sociales* (atribuir determinados roles sociales a un determinado sexo) y la *invisibilidad* (omitir la presencia de uno de los dos sexos) que oculta desigualdad de roles sociales (Ruiz-Cantero et alii., 2006:161-165). También nos vamos a apoyar en García Meseguer quien dice que *los sesgos de género se producen en el lenguaje cuando uno de los dos sexos recibe un tratamiento discriminatorio respecto al que recibe el otro. Pueden ser sesgos léxicos, por vocablos o expresiones, o gramaticales, por construcción de frases que, de forma más o menos patente, resultan discriminatorias por razón de sexo*. Además, debemos saber que, siguiendo al mismo autor, *los hábitos sociales, la forma de conducta y el repertorio de valores convenidos en los que la sociedad vive inmersa, tienen un reflejo directo en el lenguaje. Y a su vez, cómo el lenguaje es el vehículo principal de la comunicación humana y, por ello, el medio por el que se transmiten los hábitos culturales de generación en generación, su influencia en la mentalidad y comportamiento de los hablantes resulta decisiva* (García Meseguer, cf.: García, 1997: 15).

Otra herramienta de análisis del sesgo lingüístico consiste en utilizar *la regla de la inversión* definida ésta en el *Seminario de Estudios Sociológicos de la Mujer* y que consiste en cambiar el término mujer por varón, esposa por marido, etc., y ver qué sucede. Podemos comprobar cómo esta técnica nos revela que no se utilizarían las mismas preguntas para las mujeres que para los hombres, o no puntuarían de la misma manera, o medirían cuestiones diferentes.

El cuestionario de Salvatierra y Cuenca (1987) pretende proporcionar información sobre la mujer que acude a clínica obstétrico-ginecológica, en las áreas de malestar menstrual, pelvialgia crónica, sexualidad negativa, miedo al embarazo y a la contracepción, rechazo del papel femenino, vasolabilidad, hipoestronismo, alteración emocional, ansiedad y depresión.

Considerando que la cuestión fundamental es que el cuestionario valore a la mujer mediante un lenguaje claro y no ambiguo exento de un tratamiento discriminatorio, se analizan las descripciones de las dimensiones y las preguntas seleccionadas en base a la identificación de posibles sesgos de género en su lectura.

c) Panel experto

- Formación del panel experto. ¿Por qué elegimos esta técnica grupal?

Aproximarnos a la denominada “realidad social”, algo abstracto e inasible, entraña hacerlo a través de las representaciones colectivas, expresadas por los actores sociales por medio de “sus” opiniones y explicaciones. De este modo el grupo experto tiene la intención de visualizar una situación y convertirla en una nueva categoría de percepción, en suma, discutir un tema (objeto de la investigación). El discurso aquí no es un mero vehículo de información, sino la materia prima de la investigación, (Goffman, 1963).

El grupo experto se formó por seis profesionales del área de conocimientos de la obstetricia y la ginecología, sin limitación de edad y con criterio de paridad en su composición (tres hombres y tres mujeres). Para responder a la cuestión básica de la *representatividad*, nos hemos basado en principios estructurales, tal que no nos interesa saber cuántos miembros del grupo mantienen un determinado discurso, sino cómo se articulan internamente los *diferentes* discursos existentes sobre la realidad que es nuestro objeto de estudio.

Hemos buscado homogeneidad entre las características de sus componentes, combinándola con una heterogeneidad que incite a la discusión. Se contó con personas expertas que desempeñaban distintos roles profesionales y estilos interactivos también diferentes (líder, saboteador, colaboradora, etc.), manteniendo una *simetría* en el grupo combinándose las respectivas posiciones de cada participante facilitando así el discurso. La composición del grupo que configuraba nuestro diseño se realizó en base a unas variables, tal que unos miembros habían participado en pasar el cuestionario inicial allá por los años ochenta, otros profesionales desarrollaban su actividad asistencial tanto en el ámbito de la atención primaria como en el ámbito hospitalario público y otros en el ámbito privado.

Igualmente, se consideró la trayectoria profesional de cada uno de sus miembros tanto en el área asistencial como en la docente, avalándoles sobrada experiencia en consultas de planificación familiar, temas de sexualidad, atención al parto y en el diagnóstico y resolución de problemas álgicos ginecológicos. Todas estas personas son sabedoras, por la observación que acompaña a la experiencia, de la gran red causal o relacional que puede rodear a los malestares expresados por las mujeres, y todas ellas están deseosas y con un gran nivel de motivación en encontrar herramientas que puedan apoyar todo el proceso generador de este tipo de dolencia femenina.

En la selección de este grupo de ginecólogos y ginecólogas, hemos contado con la aportación informativa y sugerente de dos mujeres informantes clave que trabajan en el área de la ginecología y obstetricia y que tienen incorporada, en sus diferentes funciones, la perspectiva de género.

A través de un listado inicial aportado por ambas, de modo independiente, se hizo una selección primera en base a los objetivos que el trabajo tiene planteados y en base a la disponibilidad de cada componente. En este aspecto tenemos que decir, que todos los miembros consultados en primera instancia aceptaron de buen grado, con entusiasmo y compromiso su participación desinteresada como miembro experto y manifestaron de forma reiterativa su interés y necesidad de construir una herramienta que les apoye en la tarea, a veces frustrante, de dar solución a dolencias de la mujer que tanto les condiciona su vida personal, familiar y social.

Por otra parte hemos considerado importante que estén representadas en el grupo varias provincias andaluzas, ámbito de estudio de este trabajo. Con esa intención hemos incorporado a una profesional de la provincia de Málaga, a un profesional de la provincia de Almería y a cuatro de la provincia de Granada, localidad donde se desarrolla el trabajo de investigación.

– Perfil del profesional experto

Incorporamos como miembros del grupo experto personas que participaron en la elaboración o pasación del cuestionario de Síntomas, Actitudes y Trastorno Emocional en clínica obstétrico-ginecológica de Salvatierra y Cuenca de 1987, profesionales del área de ginecología y obstetricia que aporten al análisis la mirada de género, algunas de ellas pertenecientes a distintas provincias andaluzas y todas recomendadas por las informantes clave.

Cuadro I.1. *Características de los miembros del panel experto.*

Nombre	Ámbito de trabajo	Experiencia	Provincia
Milagros Cruz Martínez	Hospital San Cecilio de Granada, en obstetricia, enfermedades autoinmunes sistémicas y su relación con el embarazo y la reproducción. En atención al puerperio.	*Asistencial: 21 años de actividad profesional *Docente: profesora asociada de la Universidad de Granada en el departamento de ginecología, impartiendo la asignatura de “Ciencias de la Salud”. *Investigación: en las mismas áreas de trabajo.	Granada
Estanislao Beltrán Montalbán	Jefe de Sección del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Cecilio.	*Asistencial: 30 años de médico adjunto en el servicio de obstetricia y ginecología del Hospital San Cecilio. Actividad asistencial en consulta externa del consultorio del Zaidín, Granada. *Docencia: 30 años de profesor ayudante y 5 de profesor asociado en la Facultad de Medicina de Granada en el área de “Medicina de la reproducción y endocrinología”. *Investigación: ha desempeñado tareas de investigación que le han llevado a escribir 23 capítulos de libros, 50 artículos de revistas y 45 ponencias.	Granada
Raquel Escudero Rivas	Hospital San Cecilio. Servicio de Obstetricia y Ginecología.	*Asistencial: 9 años en el Hospital San Cecilio. *Docencia: colaboración con la Universidad de Granada en la formación práctica del alumnado de medicina durante 8 años. Puntualmente participación como docente en un curso “Urgencias en obstetricia y ginecología”. *Investigación: es miembro de un grupo de trabajo sobre “aspectos innovadores en salud reproductiva de la mujer” desde 2005.	Granada
Pedro Abad Prados	Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Servicio de Obstetricia y Ginecología.	*Asistencial: 23 años de ginecólogo en el Hospital Torrecárdenas y 4 años en el Hospital San Cecilio de Granada. *Investigación: ha trabajado en la línea de investigación sobre la menopausia.	Almería
Felisa García Peña	En un centro privado medico realizando actividades de planificación familiar.	*Asistencial: durante 25 años realiza su función asistencial en un centro privado. Durante 16 años sus actividades se desarrollaron en la sanidad pública. Sus áreas de trabajo son en planificación familiar y salud sexual de la mujer.	Málaga
Pedro Clavero Salvador	Servicio de Ginecología del Hospital San Cecilio de Granada.	*Asistencial: durante 38 años realiza funciones asistenciales en los servicios de ginecología, obstetricia y planificación familiar. *Docencia: profesor de la fundación Iavante de la Consejería de Salud, en técnicas avanzadas médicas. *Investigación: en obstetricia, ginecología, cirugía, etc.	Granada

Fuente: Elaboración propia.

– Fase previa al desarrollo del panel experto

Una vez terminado nuestro diseño, elegidas la composición del grupo y el número de sesiones, elaboramos un listado de temas a tratar en base a los objetivos de la investigación y de lo que esperábamos del grupo en concreto. Los temas tratados en principio fueron los que facilitaban, en ese ámbito común, el conocimiento del cuestionario inicial, para ir entrando de manera más exhaustiva, en la contextualización social de cada una de las dimensiones. Para las siguientes sesiones decidimos saltarnos el orden de presentación de las dimensiones incluidas en el cuestionario inicial, abordando la *sexualidad* en primer lugar, pues el equipo investigador consideró que es el eje central de las relaciones humanas y a partir de ella quedan condicionadas el resto de dimensiones a las que sí le mantuvimos, en los debates, su orden de aparición en el cuestionario inicial (malestar menstrual, pelvialgia crónica, miedo al embarazo y la contracepción, rechazo del papel femenino, vasolabilidad, hipoestronismo, alteración emocional, ansiedad y depresión).

Previo a cada sesión se realizó una revisión documental de la dimensión sobre la que versara la conversación, seguidamente se consensuó el contenido con el miembro del equipo, conocedor de ese tema en cuestión. Con el resultado, se elaboró un documento escrito que se le entregó a cada miembro del grupo experto, previo a la sesión correspondiente. Cada sesión se desarrolló con un esquema de presentación en *power point*, como hilo conductor del debate, dinamizando los contenidos con confirmaciones o negaciones aproximándonos a una conversación cotidiana del objeto de estudio.

– Convocatoria de las sesiones

La convocatoria de las y los profesionales para su participación en las diferentes sesiones, en unos casos se realizó por teléfono y en otros de forma personalizada. A todo el grupo se le dio en mano o se le mandó por correo electrónico la hoja informativa para los miembros que forman el panel experto (Anexo II) elaborada por el grupo investigador, para tal fin. El contenido de este documento incluyó la presentación de los investigadores, los motivos por los que había sido elegido miembro del grupo experto, las características de sus componentes y los objetivos que pretendíamos con la adaptación del cuestionario. Indicaba de forma explícita en qué consistía su participación y se le aportaban las herramientas metodológicas para llevarla a cabo. También se puso en su conocimiento el lugar de las sesiones, su número y duración. Los días de celebración de las mismas quedaron determinados tras el consenso de todos los miembros del grupo experto. El número de sesiones se definió en base a los avances y el consenso obtenido a lo largo del proceso de análisis.

Foto I.1. *Sala de sesiones de la séptima planta del Hospital San Cecilio de Granada donde se realiza la consulta a expertos/as.*



Fuente: Elaboración propia.

Los encuentros grupales se celebraron en Granada, por ser la provincia a la que pertenecían mayor número de miembros. Las sesiones se desarrollaron en la séptima planta del Hospital San Cecilio de Granada, en la sala de juntas, durante los días 9 de Mayo, 30 de Mayo y 13 de Junio de 2008, a las 17:30 horas. La duración de las sesiones fue de 1 hora y 30 minutos.

– Desarrollo y procedimiento metodológico de las sesiones

En los momentos iniciales al encuentro grupal, hicimos una buena acogida para que los y las participantes se sintieran a gusto y se rompiera, en la medida de lo posible, la artificialidad del contexto. Utilizamos, para este preámbulo, el tiempo que hay entre la llegada de la primera y última persona participante. Previo a ello, la moderadora y la observadora, adaptaron la sala de forma cómoda tanto en la distribución del espacio como de la luz, con el objeto que se viera bien el contenido de las presentaciones por todo el grupo. Se cuidó la colocación que alternara miembros del género femenino con los del género masculino, pues lo creímos oportuno en tanto en cuanto podía influir en la construcción del discurso.

Para todas las sesiones grupales, se mantuvo una persona del grupo investigador como moderadora, sobre la que recayó el peso del desarrollo de cada sesión y otra haciendo la función de observadora de cuestiones que se podían escapar y que son importantes para el análisis, como gestos, miradas de complicidad, etc.; además, se responsabilizó de poner las grabadoras en el punto adecuado que recogieran todas las intervenciones, de cambiar la cinta a la grabadora manual (llevamos dos grabadoras: una manual y otra digital para mayor seguridad), y de entregar el material escrito a cada miembro como soporte para la preparación de la próxima sesión.

Foto I.2. *Profesionales que componen el grupo experto.*



Fuente: Elaboración propia.

- Contenido de cada sesión

Primera sesión: 9 de mayo de 2008.

Conociendo la importancia que tiene el nivel de motivación adquirido por el grupo desde la primera sesión, para la continuidad exitosa de todo el proceso del panel experto, seguimos el siguiente orden de intervención:

- Presentación de la investigación utilizando la hoja informativa para los miembros que forman el “grupo experto”. Se les informó de la composición del grupo investigador y características de cada uno de sus miembros, del objetivo de la investigación así como del por qué había sido elegido miembro experto. Se les habló de las diferentes sesiones y en qué iban a consistir cada una así como de su participación específica.
- Se realizó una ronda para la presentación de cada una de las personas que componen el grupo experto y se les agradeció su participación así como la generosidad con la que aceptaron intervenir a cambio de nada.
- La moderadora presentó el índice del contenido de esa sesión e informó de su grabación e incorporó un pequeño recordatorio de la importancia de hablar alto y claro, de no pisar las intervenciones para posteriormente poder realizar la transcripción y un análisis completo y detallado del discurso.
- Dejado un espacio para las preguntas posibles demandadas por el grupo, iniciamos la fase de *contenido* (Anexo III) correspondiente a esta sesión facilitando que el

grupo desarrolle su propio discurso. Partimos de la presentación de las partes del cuestionario inicial: justificación, objetivos, muestra, dimensiones que contiene con las definiciones y preguntas que exploran cada dimensión, así como el formato en el que se diseñó el cuestionario. Del grupo experto, de forma espontánea y con bastante contundencia, parten opiniones que vinculan los temas, otras que ratifican o rechazan los más controvertidos, en definitiva, nos hacemos conscientes de que la polémica que suscita el contenido de nuestra investigación, nos iba a ayudar a construir un discurso que partía de sus acciones y de sus experiencias.

- La clave de un buen comienzo y buena parte de la responsabilidad de que el grupo desarrolle una dinámica correcta, es iniciarlo con un *referente de apertura* suficientemente sugerente como para que motive la participación, y lo bastante neutro como para que no sesgue el discurso, para ello las preguntas utilizadas fueron:
 - ¿Qué utilidad puede tener esta herramienta en el futuro?
 - ¿Qué significa o implica incorporar la perspectiva de género?
 - ¿Veis oportuno un cuestionario como apoyo al diagnóstico clínico y así poder tener un conocimiento más integral de la mujer?
 - ¿Las dimensiones, recogen las características biológicas de la mujer (sexo)?
 - ¿Creéis que definen los roles, relaciones, características de personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder relativo socialmente construido (género) que la sociedad asigna a ambos sexos de manera diferenciada?
 - ¿Se han valorado los comportamientos, aspiraciones y necesidades de la mujer de la misma manera que si hubieran sido del hombre (igualdad de género)?
- La moderadora, en todo momento, acompañó el discurso del grupo, devolviéndoles las preguntas que hacían al respecto del tema de la investigación, cuidando los gestos y la entonación de las intervenciones, ayudando a la participación de todos sus miembros y conduciendo el discurso en función de las aportaciones de sus componentes y de los objetivos planteados. Ello requiere una gran concentración por parte de esta persona del equipo, pues tiene que tener en la

cabeza los temas que interesan además de valorar aquellos que se han tratado de modo suficiente o no, buscando frases del grupo desde las que se puedan retomar. Todo este proceso concluyó en un consenso grupal sobre lo discutido, reconociéndose porque el grupo repite las mismas ideas sin introducir nuevas.

- Para terminar esta sesión, se agradeció al grupo su participación y se les suministró una carpeta con material escrito sobre los temas que versaría la próxima sesión: sexualidad negativa, malestar menstrual, pelvialgia crónica. El material se componía de los diferentes resultados conceptuales obtenidos en la revisión documental realizada por los miembros del equipo investigador en base a los diferentes modelos de estudio: biomédico, psicosomático, psico-social y antropológico.

Segunda sesión: 30 de mayo de 2008.

En esta sesión, la distancia entre las personas observadoras y observadas está reducida, por el efecto positivo de la sesión anterior, favoreciendo la reproducción de un discurso “cotidiano” mediante la conversación. El objetivo era utilizar la comunicación y las relaciones, para integrar los contenidos sobre sexualidad, malestar menstrual y pelvialgia crónica, creando un contexto interactivo que nos llevara al consenso conceptual de aquellas áreas más relevantes en cada una de las dimensiones y que habría que recoger en el cuestionario final a través de las preguntas elaboradas para tal fin. Se construyó el siguiente hilo conductor:

- Presentación en *power point* de los aspectos a tratar en cada dimensión, basándose en los documentos que se les facilitó en la sesión previa. Todas las dimensiones se iniciaron con la siguiente pregunta: ¿Qué objetivos queréis cubrir con esta dimensión en base a vuestra necesidad diagnóstica y que a su vez recoja los aspectos causales más importantes desde el conocimiento integral de la mujer? Terminaron con la revisión del contenido del cuestionario inicial para cada una de las dimensiones analizadas procediendo a evaluar las preguntas y decidiendo las que mantendríamos así como las que suprimiríamos.

Específicamente para la dimensión “sexualidad” se debatieron una serie de aspectos relacionados con la conducta sexual y las causas de las disfunciones sexuales. Para “malestar menstrual” realizamos una serie de preguntas-repuestas que, entre otros aspectos, exploraba los conocimientos y actitudes hacia el ciclo menstrual y variables relacionadas con el rol de la mujer. También delimitamos el término que mejor podía definir el malestar menstrual. El contenido temático de la dimensión “pelvialgia crónica” versó sobre aspectos sintomáticos y su relación con el área afectivo-conductual (Anexo III).

Cerramos la sesión con los agradecimientos merecidos para el grupo y sentidos por los miembros del equipo investigador. En esta ocasión, el material a revisar, previo a la tercera reunión, recopiló información bibliográfica sobre las dimensiones “miedo al embarazo y la contracepción” y “rechazo del papel femenino”. Tenemos que resaltar el entusiasmo manifestado por los miembros del grupo, expresando su gran interés por lo que podría acontecer en el próximo encuentro sobre las dimensiones a tratar, este hecho pone de manifiesto la profesionalidad comprometida de cada participante. Gracias otra vez.

Tercera sesión: 13 de junio de 2008.

Previo al desarrollo de este tercer grupo experto y con el objetivo de elaborar su contenido, se convocó a todo el equipo investigador para:

- Realizar análisis de las sesiones grupales ejecutadas hasta el momento, profundizando en las preguntas planteadas para cada dimensión, en los aspectos explorados y en las conclusiones obtenidas.
- Se expuso el desarrollo de las dimensiones a tratar en este tercer encuentro: “rol femenino”, “embarazo y contracepción”.
- Se valoró proponer al grupo experto si mantendrían o no, en el nuevo cuestionario, las dimensiones “vasolabilidad” e “hipoestronismo”.
- Teniendo en cuenta la importancia de la parte del cuestionario que contempla de modo global aspectos emocionales de la mujer, fundamentales en los malestares ginecológicos (“alteración emocional”, “ansiedad” y “depresión”), el grupo investigador se contestó a las siguientes preguntas: ¿cómo tratamos estas dimensiones? ¿cómo se las presentamos al grupo expertos para llegar a consenso? El resultado formó parte del esquema en *power point* que presidió esta sesión grupal.
- También se reflexionó sobre la posibilidad de incorporar dimensiones nuevas (“trastornos de la conducta alimentaria” y “violencia de género”) que pueden tener una influencia transversal en las dolencias ginecológicas expresadas por las mujeres y que en el momento en que se elaboró el cuestionario inicial no tenían la relevancia o el peso social que hoy tienen. Decidimos trasladar al grupo nuestras inquietudes e inseguridades sobre estos temas y recoger sus afirmaciones o negaciones como personas expertas en la práctica profesional diaria.

El desarrollo de esta sesión siguió el esquema acordado por el equipo investigador:

- Pasado el preámbulo de los saludos, se constató que los traslados de los miembros de otras ciudades no habían tenido mayores contratiempos ante las tormentas y cortes de carreteras acaecidos, así como que el compromiso adquirido estuvo por encima de los efectos adversos. Podemos concluir, por lo observado, que llegados a este punto de la investigación, los expertos y expertas se consideran miembros activos e integrantes de este trabajo, cómplices de los resultados obtenidos y de la aplicabilidad en el apoyo a la salud de las mujeres.
- La presentación en *power point* se inició, como en las sesiones anteriores, con las siguientes preguntas: ¿Qué objetivos queréis cubrir con esta dimensión, en base a vuestra necesidad diagnóstica y que a su vez recoja los aspectos causales más importantes desde el conocimiento integral de la mujer? y concluyó con la revisión del contenido del cuestionario inicial para cada una de las dimensiones analizadas procediendo a evaluar las preguntas y decidiendo las que mantendríamos así como las que suprimiríamos.

En “contracepción y miedo al embarazo” realizamos una serie de preguntas-respuestas que exploran la actitud ante la reproducción, el miedo al embarazo y los métodos anticonceptivos. El contenido de la dimensión “rechazo del papel femenino” versó sobre los sentires y los condicionamientos que pueden estar relacionados con el hecho de ser mujer (Anexo III).

El área de “depresión y ansiedad” se debatió a partir de un esquema con preguntas genéricas facilitando la elaboración del discurso, en base a la experiencia y acciones del grupo experto. Seguidamente analizaron qué preguntas consideraban reveladoras del estado anímico de la mujer, tanto en ansiedad como en depresión, a partir de una batería de preguntas extraídas del Stai (1970) y Beck (1961) respectivamente. Por último y de modo reiterativo a todas las dimensiones, volvimos sobre el cuestionario inicial valorando una por una la oportunidad o inoportunidad de las preguntas exploratorias del estado emocional de la mujer que acude a la clínica obstétrico-ginecológica (Anexo III).

Para indagar sobre la oportunidad o no de incluir en el cuestionario preguntas que versen sobre los “trastornos de la conducta alimentaria” y sobre posible “violencia de género” utilizamos el siguiente esquema (Anexo III):

- a) ¿Incluiríais estas dimensiones en el cuestionario?
- b) ¿Con qué preguntas las exploraríais?

– Análisis del panel experto

En este proceso seguimos los pasos de realización y grabación de las sesiones, transcripción de las mismas por persona experta a la que se le pagó su trabajo, análisis de contenido (Anexo IV), descripción de los resultados obtenidos, conclusiones y actualización del contenido y la forma del cuestionario de Salvatierra y Cuenca.

d) Equipo investigador

La redundancia y contraste científico con otros investigadores son criterios básicos en la metodología cualitativa (Murillo et alii., 2006). Basándonos en este principio se constituye el equipo investigador con la idea de que la multidisciplinariedad de sus componentes, sea un factor relevante en todo el proceso de la investigación y especialmente a la hora de analizar y consensuar resultados para la toma de decisiones; esto consiste en “*hacer hablar*” a nuestros conceptos teóricos y poder explicarnos los acontecimientos que van evidenciando la investigación. La actitud reflexiva nos permite poner en tela de juicio nuestras bases teóricas y cuestionar y redefinir los objetivos cualitativos.

La doctoranda junto con el grupo investigador asesor, son quienes marcan los pasos en todo el proceso de investigación. Este equipo se forma para el desempeño de un doble rol: como equipo experto en el “saber-hacer” y como equipo reflexivo en la toma de decisiones. Este equipo inter y transdisciplinar, lo forman profesionales expertos/as en las diferentes disciplinas. En el área de estudio de la ginecología y obstetricia general, Jesús Florido Navío, y de modo más especializado, en aquellas que se aproximan a la psicósomática y que se pueden poner de manifiesto a partir de dolencias obstétrico-ginecológicas concretas. Una profesional experta en género del ámbito de la psicología, Gracia Maroto Navarro, se ocupa de la tarea difícil de incorporar a la investigación, desde sus inicios, una metodología de trabajo con perspectiva de género.

Con la misma potencia metodológica requiere ser tratado todo el diseño de análisis estadístico. Nuestro experto en esta materia, Juan de Dios Luna del Castillo, está implicado en el proyecto desde la elaboración del protocolo de la investigación, pasando por su participación en el análisis de los resultados cualitativos que determinarán la construcción del contenido del nuevo cuestionario, así como, todos sabemos y de modo imprescindible, en el proceso de validación del mismo. Para completar los requerimientos metodológicos con un enfoque antropológico de la investigación, contamos con Francisco Jiménez Bautista, profesional de gran experiencia tanto en el desarrollo de todo el proceso de investigación etnográfica como en el procedimiento de elaboración del texto escrito.

Una vez constituido el equipo, creímos necesario “reflexionar” sobre el significado de tratar la investigación, en todas sus fases, con *mirada de género*, qué pensamos cada miembro

sobre esta perspectiva de trabajo y qué teorías son las más adecuadas para analizar nuestro objeto de estudio. Ello implica evitar lagunas en la información recogida y en las decisiones tomadas que nos puedan dificultar el uso del análisis de género. Con tal fin se aportó bibliografía a los miembros del equipo en las áreas de: *Género como determinante de la salud: conceptos claves y modelos explicativos*, *Desigualdades de género en el estado de salud y en la atención sanitaria*, *Investigación en salud con enfoque de género*. Este contenido bibliográfico se diseñó a partir de los conceptos teórico-prácticos recibidos por la doctoranda en el curso *¿Cómo incorporar el enfoque de género como herramienta de trabajo en salud?* (2007), impartido en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y coordinado por M^a del Mar García Calvente.

Cabe mencionar y exponer la participación e incorporación al equipo de una profesional de la rama de la sociología, María Ángeles Gómez Quintanilla, en calidad de personal contratado con los fondos financieros de la Consejería de Salud, que le han sido concedidos al proyecto. A esta profesional la abalan en su curriculum amplios conocimientos y experiencias en disciplinas y trabajos relacionados con la mujer. El primer objetivo que nos planteamos en sus comienzos, como miembro del equipo investigador, fue su formación en las disciplinas consideradas pilares básicos de la investigación (conocimientos en obstetricia y ginecología, revisiones bibliográficas, utilización de técnicas cualitativas). Paralelamente a esta fase de formación, ha colaborado en todas las actividades propias de cada objetivo de la investigación constituyéndose en persona clave para todo el proceso investigador.

Creemos importante, como equipo, hacer huecos en el engranaje operativo de la investigación para el debate interno y así no precipitarnos en las fases de consenso y toma de decisiones, pues una investigación es demasiado compleja como para eludir esta parte en el proceso. Por ello, seguidamente, vamos a exponer el procedimiento de relación y coordinación de todos sus miembros en las distintas fases del estudio.

Se han realizado sesiones de coordinación y seguimiento conjuntas y otras individualizadas. Las reuniones conjuntas se han convocado por la doctoranda, para informar de los resultados obtenidos en alguna de las fases del proceso, así como cuando la toma de decisiones requirió una visión global de todos sus miembros. Las sesiones individuales han servido para darle contenido a cada una de las actividades metodológicas del proyecto, incorporando aportaciones expertas de cada miembro y el análisis crítico en la mejora de los resultados y los cambios aportados se han extendido al conjunto del equipo. En todo este proceso de coordinación y seguimiento, tanto la profesional contratada como la doctoranda, han realizado un trabajo codo con codo, en las convocatorias de reuniones, en la preparación de sesiones de trabajo y en el proceso informativo.

La distribución de las reuniones a lo largo de los casi cuatro años de duración de la investigación, se han organizado fundamentalmente en relación a los objetivos a desarrollar. Durante el año 2008 el objetivo de revisión y adaptación cultural del cuestionario requirió

sesiones grupales orientadas al desarrollo de las diferentes técnicas cualitativas: panel experto, entrevistas y consultas a profesionales expertas. Este grupo investigador no ha olvidado, en ningún momento, la importancia de la perspectiva cualitativa para conocer los discursos de los actores sociales. En este trabajo han sido esenciales las aportaciones de los miembros integrantes de las técnicas aplicadas y esta circunstancia ha obligado a un continuo revisar los abordajes específicos de cada una, sin perder de vista el objeto de estudio. Los resultados de contenido y significado conforman un primer cuestionario y hacen que este grupo adopte un gran protagonismo para el análisis de cada una de las dimensiones y los *ítems* que la componen. El trabajo reflexivo concluye en la creación de un cuestionario preliminar consensuado, dispuesto a pasar la validación psicométrica.

El proceso evolutivo nos incorpora en el año 2009 de la investigación, con el objeto de llevar a cabo la validación psicométrica del cuestionario preliminar en la Comunidad Autónoma Andaluza. Las sesiones de los y las profesionales que manejan esta investigación, se orientan fundamentalmente, a la identificación, captación e incorporación de médicos y médicas que trabajan en clínica obstétrico-ginecológica, como miembros colaboradores. Su trabajo consistió en facilitar la autocumplimentación del cuestionario por las mujeres que acudieron a cada uno de los servicios que describe la muestra: *planificación familiar, embarazo y ginecología general*.

En segunda instancia, los esfuerzos se encaminaron al apoyo y el seguimiento de la pasación de los cuestionarios y a resolver los problemas inherentes a la misma. Paralelamente, se diseñó la base de datos pertinente y se incorporaron los cuestionarios integrantes de la fase del pilotaje; ello nos permitió reconocer las disonancias entre la base y las variables e incorporar los reajustes necesarios. Concluido el proceso de recogida de la muestra se realiza una primera exploración de los resultados, obteniendo información sobre su distribución y así, orientar las indagaciones analíticas de los mismos. En este proceso los y las profesionales conversaron sobre las variables de interés y las preguntas que las exploran, consensuando un cuestionario definitivo, objeto último, de esta investigación.

No menor importancia tiene explicar, para ser leído, el contenido de este trabajo. En la creación de un texto divulgativo donde las cosas sean explicadas de manera que todos las puedan comprender, requiere cierta habilidad, pero sobre todo práctica. Con esta intención, cada persona del equipo ha ido incorporando las indicaciones metodológicas para cada una de las partes del informe investigador. Gran parte de esta actividad se desarrolla en el transcurso del año 2010 y en la primera mitad del 2011.

e) Consulta a profesionales expertas

Siendo fieles a la definición de la metodología cualitativa, como proceso circular donde los hechos acontecidos te sugieren nuevas intervenciones para completar el desarrollo del objetivo planteado en la investigación, el cuestionario preliminar se fue conformando sin perder de vista

sus dos objetivos fundamentales: que sea útil para el/la profesional de ginecología y obstetricia en su uso en la consulta diaria y que recoja las necesidades de las mujeres que acuden a clínica obstétrico-ginecológica. Con tal fin se realizaron las siguientes intervenciones:

- El cuestionario preliminar fue devuelto a los miembros del grupo experto, con la intención de que conocieran el resultado de sus esfuerzos y realizaran un análisis de contenido identificando si estaban recogidas sus necesidades y sus aportaciones; paralelamente se les pidió que plasmaran nuevas sugerencias para el objetivo del mismo.
- El cuestionario se facilitó, mediante correo electrónico, a los colaboradores y colaboradoras seleccionados/as en cada provincia andaluza para la pasación y validación, con el objeto de que fuera revisado tanto en su contenido como en su forma y realizar las aportaciones adecuadas para su buena cumplimentación.
- En el esfuerzo constante de que el cuestionario final quede construido con la mirada de género, identificamos a dos mujeres profesionales, una de la rama de la psicología y otra de la rama de la antropología¹¹, expertas en género y sexualidad, con el objeto de revisar el cuestionario e identificar en su contenido sesgos de género.

A la luz de los resultados aportados por el grupo experto, las y los colaboradoras/es, y las mujeres entrevistadas, el equipo investigador toma la decisión de incorporar en el nuevo cuestionario las dimensiones de trastornos de la conducta alimentaria y violencia de género. En este proceso de construcción de contenido, se identifican dos fuentes de información clave que nos puedan orientar sobre los aspectos a explorar en las mujeres para ambas dimensiones: en la dimensión violencia de género consultamos con Isabel Pérez Ruíz¹² y en la de trastorno de la conducta alimentaria con Amelia Martínez Moreno¹³. Para llegar a la identificación y desarrollo de las preguntas que podríamos incorporar al cuestionario, seguimos el siguiente procedimiento:

11 *Paloma Ruiz Román*, profesional de la Escuela Andaluza de Salud Pública y docente del Máster en Estudios de las Mujeres y de Género en el ámbito europeo (GEMMA) ambas actividades son realizadas en Granada y *Silvia García Hernández* enfermera y antropóloga, DEA en temas de lesbianismo.

12 *Isabel Pérez Ruíz*, actualmente profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública, siendo sus líneas de investigación y docencia en torno a las desigualdades de género en la salud de las mujeres, centrándose en los últimos años en el estudio e investigación de la violencia de género. Es autora y editora del libro “Medición de la Violencia contra la mujer. Catálogo de instrumentos” (Granada, 2007).

13 *Amelia Martínez Moreno*, psicóloga especialista en Trastornos de Alimentación y Sexóloga fue nuestra persona experta para el contenido de la dimensión trastornos de la conducta alimentaria. La avala trabajar con la Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia (ADANER) desde 1999, durante un periodo de 3 meses trabajó en el Hospital Niño Jesús de Madrid con *Gonzalo Morandé* - psicólogo-psiquiatra- y desde el año 2000 también realiza actividades de psicóloga en el ámbito privado, atendiendo a personas afectadas de TCA; trabaja coordinadamente con profesionales nutricionista y psiquiatra, ambos especialistas en la atención a personas con esta afectación.

- Pusimos en sus conocimientos el contenido del cuestionario de Salvatierra y Cuenca elaborado en 1987.
- Seguidamente les explicamos los objetivos de esta investigación y el desarrollo que había tenido hasta el momento.
- Por último les informamos, en cada caso respectivamente, de las nuevas dimensiones que queríamos incorporar (VdG y TCA).

f) Entrevistas

Como técnica cualitativa la entrevista tiene la virtud de abrir las puertas de la vida de la entrevistada, quien a través de un diálogo confidencial, construye un discurso compartido, organizado y mediado por quien entrevista. Para ello se construye un estado de intimidad y de reflexión proporcionando un discurso sobre los modos en que “los informantes se ven a sí mismos y a su mundo” (Balcazar et alii, 2007: 59).

Entre las diversas modalidades de la entrevista cualitativa seleccionamos la semi-estructurada manejando una guía que focaliza los ámbitos de interés temático que nos interesaba explicitar en la construcción del nuevo cuestionario.

En consideración al número de entrevistas definimos cinco perfiles partiendo de algunas variables condicionantes en la construcción del discurso buscado, permitiéndonos, según Habermas, el acceso a los mundos objetivos, sociales y subjetivos (Habermas, cf.: Reguillo 1998).

- Variables para la construcción de los perfiles y su justificación:
 - o *Uso de la consulta de ginecología.* Se hace necesario entrevistar a mujeres que acuden a los servicios sanitarios hacia los que va dirigido el cuestionario.
 - o *Zona de residencia (Granada) y centro de atención sanitaria (Caleta/Cartuja).* Las entrevistas se realizan en Granada por la mayor accesibilidad. Incorporar dos ámbitos de atención sanitaria responde al interés de recoger las necesidades de mujeres de diferentes niveles socioeconómicos, pues el centro de salud de Cartuja atiende a una población en desventaja social.
 - o *Orientación sexual: heterosexuales y homosexuales.* Hemos estimado conveniente captar las voces de mujeres con diferentes comportamientos sexuales, en un intento de ampliar la heterogeneidad de sexualidades diferenciadas.

- *Estado civil*: soltera / soltera con vida en pareja /casada. Con la inclusión de esta variable recogemos la repercusión que puede tener el estado de convivencia de la mujer respecto al contenido del cuestionario.
- *Estudios*: estudios primarios/estudios medios/estudios superiores. Esta variable recoge la manifestación de los sentires condicionados por el nivel cultural.
- *Edad*: intervalos de 16-25 años/ 26-49 años. Consideramos oportuno dividir la muestra en dos intervalos de edad tal que quedaran representadas las mujeres jóvenes y las mujeres adultas.
- *Jornada laboral*: jornada doméstica/doble jornada. Para recoger la posible influencia de la doble carga laboral de la mujer, característica de la actualidad social, incluimos estas variantes.
- *Violencia de género*: víctima de violencia de género/no víctima de violencia de género. Conociendo la relación directa entre malestares ginecológicos y violencia de género se hace necesario la incorporación de esta variable y la visión de mujeres que estén inmersas en dichas situaciones.

– Objetivos de la entrevista

El objetivo general de las entrevistas fue aproximar el cuestionario a los sentires de las mujeres y si se reconocían atendidas en su globalidad, así como conocer la valoración que hacen del cuestionario preliminar respecto de la comprensión de las preguntas y la posibilidad de añadir o eliminar algunas. Los objetivos específicos fueron:

- Identificar si las preguntas eran acertadas o no.
- Eliminar preguntas que consideraran inadecuadas.
- Sugerir e incluir nuevas preguntas.
- Valorar si les incomodaba el lenguaje y la redacción empleada.
- Conocer si la respuesta a la pregunta corresponde con el objetivo del enunciado.

– El guión de las entrevistas se presenta en el Anexo V.

– Desarrollo de la entrevista

Para la identificación de las mujeres que iban a ser entrevistadas se contó con la participación de informantes clave. Consideramos informante clave en este estudio al profesional sanitario perteneciente al Centro de Salud de Cartuja o de La Caleta, ambos ubicados en la provincia de Granada, que desarrollaban sus actividades asistenciales en el ámbito sanitario al que pertenecían las mujeres entrevistadas. Esto significa que existía un vínculo usuarias/profesionales motivador para la participación en el proyecto de investigación.

La localización de los informantes clave se realizó a través de la doctoranda que con anterioridad había realizado su trabajo en el Centro de Salud de Cartuja y en la actualidad en el de La Caleta, por ello vinculada profesionalmente a ambos centros.

Los perfiles definidos para las mujeres entrevistadas fueron presentados previamente a cada informante clave en una reunión para tal fin, seguidamente y tras un tiempo de búsqueda, identificaron a las mujeres, les informaron del por qué son elegidas, entrevistándose aquellas que manifestaron una actitud positiva para colaborar. De esta forma se configuró una muestra de cinco mujeres.

Antes de comenzar la entrevista propiamente dicha, situamos a la mujer respecto al objeto de la investigación, las características del cuestionario, el por qué han sido elegidas y en qué iba a consistir su participación a lo largo de todo el proceso. Se les informó de la grabación de la entrevista para posteriormente ser transcrita y analizar su contenido con detalle. Se les dio algunas indicaciones, como hablar claro y fuerte, no decir su nombre para que guarde el anonimato y se les tranquilizó sobre la confidencialidad de la información obtenida.

Iniciamos el proceso con las variables sociodemográficas y así identificar el perfil de la entrevistada. A continuación realizamos preguntas directas para cada una de las dimensiones incluidas en el cuestionario, al finalizar cada dimensión se les pidió que se expresaran sobre la idoneidad de la misma y sugirieran propuestas.

Las dimensiones de nueva incorporación, violencia de género y trastornos de la conducta alimentaria, en las cuatro primeras entrevistas, no contenían preguntas exploratorias por lo que se les interrogó sólo sobre la idoneidad de su incorporación al cuestionario, la importancia de las mismas, y sobre aquellos aspectos que podrían orientar al profesional de ginecología para su conocimiento, sin que las mujeres se sientan incomodadas.

Hay que resaltar la diferencia metodológica utilizada en el desarrollo de la entrevista E4. Según Balcazar (2007) *el discurso que se produce es el resultado de una forma de interactuar entre la persona que es entrevistada y la que la entrevista* (Balcazar et alii., 2007) En este caso esta regla encuentra su aplicabilidad, fueron las características particulares de experiencias vividas

de la mujer entrevistada la que condujo que el proceso consistiera más en pasarle el cuestionario que en recoger su opinión al respecto, como queda reflejado en los objetivos planteados para el desarrollo de las entrevistas. El resultado obtenido nos lleva a pensar que el cuestionario se adapta bien para el estudio de la mujer en su globalidad y que ésta se siente identificada a través del desarrollo del mismo.

Las entrevistas se realizaron entre los meses de noviembre de 2008 y febrero de 2009, en función de las posibilidades de los informantes clave de contactar con las mujeres y la disponibilidad de éstas para ser entrevistadas.

– Cambios en el guión

La primera entrevista que realizamos tuvo carácter de entrevista en profundidad que es generadora de un discurso como resultado de la interacción que se produce entre quien entrevista y la informante, y que se construye a partir de las experiencias de la última. Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el propio investigador/a es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista. El rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas.

La estructura del guión planteado para la primera entrevista fue de preguntas abiertas y se hizo de forma poco dirigida. El encuentro entre la entrevistadora y la entrevistada se llevó a cabo en el domicilio de la informante, con el objeto de establecer un acercamiento que permitiera un ambiente de comodidad en el que, el relato de la persona entrevistada sea el resultado de la comprensión detallada del contenido de la entrevista y el reflejo de sus experiencias y perspectivas.

Al finalizar esta entrevista la analizamos, tomamos decisiones respecto a su duración, al orden como estaban planteadas sus dimensiones y sobre el desarrollo de preguntas algo más cerradas con el objeto de aplicar los cambios a las cuatro entrevistas restantes.

La sexualidad es un terreno calificado como muy íntimo y personal, incluso para algunos aun hoy, tema tabú; consideramos más acertado preguntar por esta dimensión al final del cuestionario cuando la entrevistada lleva un tiempo opinando y hablando sobre el resto de las dimensiones. Creímos más oportuno romper el hielo con preguntas de carácter general para pasar a las dimensiones que hacen referencia a malestares ginecológicos concretos.

Acortamos el número de preguntas y dirigimos la entrevista, aproximándola a un instrumento más estructurado, con preguntas idénticas para todas las entrevistadas, asegurando que los resultados nos dieran información concreta y evitando que la entrevistada se dispersara

transmitiendo información no relevante para los objetivos de la investigación.

Suprimimos las preguntas abiertas de todas las dimensiones menos las de trastornos de la conducta alimentaria y violencia de género. El guión se modificó iniciándolo con preguntas socio-demográficas seguidas de aquellas referentes a cada uno de los temas para la elaboración del cuestionario.

En la última entrevista las dimensiones de violencia de género y trastornos de la conducta alimentaria se exploraron con preguntas específicas que nos recomendaron las expertas en estos temas.

- Perfiles de las mujeres entrevistadas (Anexo VI).
- Análisis de las entrevistas.

El proceso de análisis de las entrevistas siguió la siguiente secuencia:

- Realización y grabación de la entrevista.
- Transcripción.
- Análisis de contenido.
- Resultados.
- Conclusiones.
- Incorporación de las conclusiones al cuestionario preliminar.

Realización y grabación de la entrevista

La grabación se llevó a cabo con dos grabadoras para asegurar la recogida de la información en caso de que alguna de ellas fallara.

Transcripción

Las transcripciones de las entrevistas se han realizado por una profesional experta en la materia a la que se la ha remunerado su trabajo.

Análisis de contenido

Para el análisis de contenido utilizamos el programa Nudist Nvivo 8.0 y definimos categorías de análisis (en el programa Nudist se llaman nudos) a cada una de las dimensiones del cuestionario. Los nudos se han generado a partir de la transcripción, la lectura y codificación de la entrevista y son entendidos como el conjunto de párrafos referidos a una misma idea general, que se crean desde los datos obtenidos atendiendo a la categoría definida previamente.

La codificación ha dado como resultado los siguientes nudos libres:

- Malestar menstrual
- Pelvialgia crónica
- Contracepción
- Malestar emocional
- Rol
- Sexualidad

En cada uno de los nudos anteriormente nombrados, se recoge la opinión de la entrevistada respecto a los temas que se van a abordar en el cuestionario, incluyendo las sugerencias sobre la dimensión en sí y las preguntas que se podrían hacer.

– Violencia de Género y Trastornos de la Conducta Alimentaria

Las opiniones referentes a las dimensiones violencia de género y trastornos de la conducta alimentaria se recogen de manera general en las cuatro primeras entrevistas. La quinta mujer entrevistada contesta a preguntas específicas elaboradas para explorar estas dimensiones.

I.4.2.2. Cuantitativas.

La metodología cuantitativa es aquella que permite estudiar la información, empleando típicamente técnicas estadísticas, de manera numérica ya sea en términos de resumen o en toda su extensión. El punto fuerte de esa metodología es la posibilidad de generalización de sus resultados, siempre que sea adecuado el muestreo llevado a cabo. Pues en la base de este proyecto estaba no sólo la construcción de un cuestionario sino además todo el proceso de depuración y validación del mismo, procesos para los que se empleó un procedimiento claramente cuantitativo que junto con técnicas estadísticas permitiera alcanzar el objetivo recién enunciado dentro de una estrategia: comprender el problema que se afronta, definir los grupos que se van a comparar y decidir cuál será el tratamiento o análisis al que se someterán los datos (Perea-Milla, 1998).

Atendiendo a esto, presentaremos en primer lugar el producto del procedimiento cualitativo seguido, que son los *ítems* o variables que componían el cuestionario preliminar, explicando las razones de su selección.

a) Variables del cuestionario preliminar

Para el proceso de identificación y selección de las variables, utilizamos el modelo socio-cultural, explicativo de las desigualdades en salud, de Margaret Denton et alii., 2004.

Cuadro I.2. *Variables según modelo de los determinantes sociales*

Socio-estructurales	Comportamentales	Psicosociales
Ingresos	Actividad física	Eventos vitales críticos
Educación	Tabaco	Estresores crónicos
Status ocupacional y de empleo	Alcohol	Recursos psicológicos
Apoyo social	Alimentación	Autoestima
Situación marital	Ocio-Descanso	Estilos de afrontamiento
Estructura/Rol familiar		Demanda-Control
Edad		

Fuente: Denton et alii., 2004.

Incorporamos variables relacionadas con los modelos conceptuales explicativos de las relaciones de género, salud y desigualdad: modelos biológicos-genéticos y socio-culturales. Para ello se extrajeron de la bibliografía consultada, todas las variables que reúnen este criterio y se construyó un listado, en primer lugar fue cribado por personas del equipo investigador y posteriormente por miembros del panel experto (Anexo VII).

Las variables empleadas para la investigación se seleccionaron bajo el criterio “aquellas que repercuten en que lo biológico y lo social interactúen en diferentes aspectos de la salud”. Por otra parte hay que tener en cuenta que, en el campo de la salud, la biología juega como factor de

confusión, por tanto, la equidad de género en materia de salud, debe apoyarse en la ausencia de sesgo; para ello se hizo un examen detallado del contenido de la equidad de género y lograr que el sesgo no se disfrazara de diferencia biológica “natural”. El género parece influir en los riesgos de mortalidad y morbilidad debido a las diferencias en exposición y en vulnerabilidad.

Adoptamos la pelvialgia crónica como variable dependiente por ser el problema clínico psicosomático más importante en la ginecología y porque las dificultades con los diagnósticos perpetua que sea uno de los cuadros clínicos más desconcertantes y uno de los más difíciles de tratar (Navarro et alii., 1989; Grace et alii., 2004; Romao et alii., 2009; Trípoli et alii., 2011). Este hecho sigue siendo así desde la época de Vicente Salvatierra y Concepción Cuenca (Salvatierra et alii., 1987), constituye entre el 10% y el 30% de todas las consultas ginecológicas atendidas (Vargas-Romero, 1987; Domínguez, 1996; Grace et alii., 2004) y alrededor de la mitad de estas mujeres permanecen sin ser diagnosticadas (Grace et alii., 2004; Weijenborg et alii., 2007).

Atendiendo a todo eso los grandes epígrafes de variables en el cuestionario fueron:

- *Variable dependiente*: La dimensión del cuestionario que engloba la pelvialgia.
- *Variables independientes* compuestas por el resto de las dimensiones del cuestionario: malestar menstrual, sexualidad, anticoncepción y miedo al embarazo, rol de la mujer, malestar emocional, trastornos de la conducta alimentaria y violencia de género.
- *Variables sociodemográficas*: Año de nacimiento, edad, número de partos anteriores, estado civil y situación de convivencia, nivel de estudios terminados, ocupación y categoría profesional, tipo de contrato, jornada laboral, número de horas trabajadas a la semana, tipo de religión que profesa.

b) El cuestionario preliminar (Anexo VIII).

El contenido y el constructo del cuestionario se generó a partir de los resultados detallados en los tres primeros objetivos de la investigación, que nos aportaron información consensuada sobre las variables y dimensiones de estudio, así como del formato y ordenación lógica del cuestionario en lo referente a los *ítems* y dimensiones. Todo ello da como resultado una versión preliminar del cuestionario consensuada por el equipo investigador.

La composición del cuestionario constó de una portada introductoria a la autocumplimentación del mismo donde se recogen características referentes a la fecha, provincia, centro sanitario y departamento en el que es atendida la mujer. Igualmente quedó reflejado el grupo de la muestra que pertenecía, de embarazadas, planificación familiar o consulta ginecológica, dato que rellena el/la profesional que la atiende. En la página posterior se presenta

un formulario de consentimiento informado para la participante.

El cuestionario contiene preguntas construidas de forma muy diversa porque explora múltiples áreas de la mujer y cada una de ellas muy diferentes en sí misma, requiriendo una elaboración que permita recoger la información para la que el cuestionario ha sido elaborado, que es contemplar a la mujer en su globalidad y que este conocimiento global pueda orientar al especialista en la toma de decisiones. En el mismo contexto se han planteado escalas de respuestas diversas y variadas unas de otras, con el objeto de poder recoger los aspectos concretos que le interesan al personal de ginecología para su valoración y que reflejan, a su vez, la diferencia individual que conforma a cada mujer.

El cuestionario de Salvatierra y Cuenca constaba de 85 preguntas y 10 dimensiones que tras el proceso de adaptación se ha concluido en 73 preguntas y 8 dimensiones. El orden de las dimensiones responde a la necesidad de recoger en un primer momento los malestares específicos por los que acuden las mujeres a la consulta, y seguidamente explorar otras áreas que puedan estar condicionándolos. Para las preguntas se ha partido del orden establecido del cuestionario de Salvatierra y Cuenca, de las aportaciones realizadas por miembros del panel experto, el consenso del equipo investigador, las consultas a profesionales expertas y las entrevistas a mujeres.

Una vez desarrollada la metodología cualitativa explicada en el apartado correspondiente en esta investigación y aplicados los resultados obtenidos, se configura un cuestionario preliminar de síntomas, actitudes y trastorno emocional. El cuestionario es autocumplimentado, no sobrepasando las 12 páginas para que no resulte demasiado pesado y decidan no rellenarlo (Dillman, 1978).

El contenido del cuestionario se resuelve con 73 preguntas exploratorias de las dimensiones que lo componen, seguidas de 10 que describen el perfil sociodemográfico. A continuación presentamos las 8 dimensiones consensuadas, su definición exploratoria y el número de preguntas que la conforman:

- *Pelviaalgia crónica*: dolor en bajo vientre de más de seis meses de evolución. Se sustenta en la anamnesis para caracterizar el dolor a través de la persistencia, localización y otras cualidades propias que lo definen. Se completa el diagnóstico explorando el uso de tratamientos y las derivaciones para la exploración de otros posibles órganos causales (urología, digestivo, óseo, locomotor, etc.). Esta dimensión se explora a través de las preguntas de la 1 a la 11, ambas inclusive y que en el cuestionario quedan recogidas entre la página 3 y 4.
- *Malestar menstrual*: con las preguntas 12, 13 y 14 del cuestionario en la página 4, se recogen aspectos centrados en la exploración de la intensidad del cuadro menstrual a través de la aparición del dolor y las repercusiones que éste genera

sobre los días de cama que guarda la mujer, el tratamiento que toma, el absentismo laboral o de estudios que genera, así como en otras actividades sociales (relación, amigos, cine, teatro, etc.).

- *Anticoncepción y miedo al embarazo*: engloba aspectos relacionados con la utilización de anticonceptivos y el conocimiento o percepción que la mujer tiene del método a través de la satisfacción, eficacia y efectos sobre la salud. Además recoge el miedo a un embarazo no planificado. La página 5 la integran las 6 preguntas diseñadas para esta dimensión (15, 16, 17, 18, 19 y 20).
- *Sexualidad*: se explora la conducta sexual a través del deseo, el orgasmo, la satisfacción, el autoconocimiento, la presencia o no de dolor y la frecuencia de las relaciones sexuales; así como la concepción que tiene la mujer sobre su sexualidad a partir de los sentimientos de culpa, miedo y vergüenza. También se indaga sobre las prácticas sexuales y la relación de pareja. Corresponde a las 24 preguntas que van desde la 21 a la 44, ambas inclusive, dar respuesta a las áreas exploratorias de esta dimensión. Su ubicación se encuentra en las páginas 6, 7 y parte de la 8.
- *Violencia de género*: esta dimensión se indaga a partir de la relación de pareja mediante dos preguntas de la versión corta en español del cuestionario *Woman Abuse Screening Tool* que miden la relación de pareja y la capacidad de resolución de conflictos dentro de la misma. También se incorpora la exploración de la soledad por los resultados obtenidos en las entrevistas a mujeres. Tres preguntas exploran esta dimensión (45, 46 y 47) en página 8.
- *Rol de la mujer*: indaga ámbitos de la vida de la mujer que afectan a su salud y que contemplan su globalidad: percepción de su salud, calidad de vida, situación de convivencia, autopercepción de sobrecarga, el trabajo doméstico, el trabajo productivo, apoyos formales e informales y la distribución que tiene de su tiempo personal. Las preguntas destinadas a tal fin van desde la 48 a la 54, ambas inclusive, y que se ubican en la página 8 y 9 del cuestionario.
- *Malestar emocional*: con el abanico de preguntas relatadas entre las páginas 9 y 10, que van desde la 55 a la 69, averiguamos el estado emocional de la mujer identificando posibles trastornos del sueño, la alimentación y la vida social; estados de irritabilidad y tristeza, así como enfermedades y tratamientos psicológicos.
- *Trastornos de la conducta alimentaria*: esta dimensión investiga la relación de la mujer con su propio cuerpo, identificando una preocupación excesiva por su peso

corporal y el aspecto físico, a través de las preguntas 70, 71, 72 y 73 de la página 10.

Las 10 preguntas que componen el perfil sociodemográfico quedan reflejadas en las páginas 11 y 12 del cuestionario.

Antes de empezar con el procedimiento de validación propiamente dicho hemos de señalar que el proceso seguido para la construcción del cuestionario nos asegura la denominada validez lógica, es decir que el todo o los *ítems* del cuestionario miden lo que dicen medir (Arguimón et alii., 2004). Esta investigación en su enfoque cualitativo, nos ha permitido a lo largo del desarrollo de sus tres primeros objetivos, aproximarnos a situaciones profesionales y de las mujeres objeto de estudio facilitándonos un acercamiento para explorar las experiencias sociales y culturales, desde la subjetividad, generando un modelo de cuestionario con dimensiones y preguntas adaptadas al sujeto de estudio. Por eso siendo un cuestionario sobre la pelvialgia (crónica o no) tiene dimensiones que sabemos que están asociados fuertemente con ella, malestar menstrual, malestar emocional, rol de la mujer, etc. y que para una persona no introducida en la materia podrían resultar rechazables, no así para los profesionales que participaron en los grupos de discusión y para las pacientes de la patología que mostraron claramente que la pelvialgia se extiende a diversas esferas del mundo de la mujer y, si se me permite la expresión, impregna la vida de la mujer en muchos extremos, más allá del dolor pélvico.

El cuestionario fue sometido a un proceso de pilotaje en el que se pasó a una muestra de 30 mujeres con el objeto de detectar fallas en la redacción de las preguntas, ubicaciones erróneas de las mismas y tasa de respuesta a ellas como indicador de falta de validez de las mismas.

Tras el proceso de pilotaje se llevaron a cabo las siguientes correcciones en el cuestionario:

1. En la primera página se le incorporó un apartado informativo sobre el distrito sanitario y el centro de salud al que pertenecía este trabajo de investigación así como el hospital de referencia, además se incluyó al final de la página un apartado que recogiera el servicio en el que se autocumplimentaba el cuestionario.
2. Se cambió el orden de la dimensión malestar menstrual que estaba en primer lugar, y paso a ocupar esta la dimensión pelvialgia crónica, que inicialmente estaba en segundo. La decisión se tomó en base a que consideramos mejor partir de un dolor genérico en el bajo vientre para seguidamente indagar específicamente en la descripción del dolor causado por malestar menstrual y evitar las posibles confusiones que pudieran generar el orden de las dimensiones.

3. A la pregunta *¿Desde cuándo le duele?* le incorporamos la categoría “hace menos de 6 meses”, pasando a tener, de tres categorías de respuesta, cuatro. Ello se decidió en base a la definición de pelvialgia que utilizamos como referencia.
4. A la pregunta *¿Ha consultado usted otras veces por esos mismos dolores?*, se le elimina la categoría NS/NC, pues en todos los casos en los que manifestaron tener dolor en el bajo vientre, las mujeres sabían muy bien si habían o no consultado por esos dolores. La categoría de NS/NC no la marcó ninguna mujer con dolor.
A la pregunta *¿Se le inflama el vientre?*, se le cambiaron las categorías de respuesta “muy frecuentemente y frecuentemente” por las de “siempre y casi siempre” homogeneizando de esta manera las respuestas del cuestionario.
5. En la dimensión, anticoncepción y miedo al embarazo, la pregunta *Si utiliza algún método para evitar el embarazo, marque los que correspondan*, se le cambió el enunciado por considerarlo más directo y claro *¿Utiliza algún método para evitar el embarazo?* (Marque los que correspondan).
6. Las categorías de respuesta “muy frecuentemente y frecuentemente” de la pregunta *¿Siente usted que el método anticonceptivo que utiliza le perjudica su salud?* se sustituyeron por “siempre y casi siempre”, por la misma razón que hemos indicado con anterioridad.
7. En la pregunta *¿Mantiene usted relaciones sexuales?* se le suprime la categoría NS/NC, porque consideramos que no es necesaria de mantener, pues o se tienen relaciones sexuales o no se tienen, tal como ponen de manifiesto los resultados encontrados en el pilotaje.
8. La pregunta *¿Está usted satisfecha con los orgasmos que experimenta en sus prácticas sexuales?* se redujo de esta manera *¿Está usted satisfecha con los orgasmos que experimenta?*, consideramos que especificar “en sus prácticas sexuales” era redundante.
9. Seguido a la pregunta 25 del cuestionario preliminar, se ponía una indicación: En el caso de que haya contestado usted que TIENE DOLOR, marque con una cruz todas las opciones posibles de la siguiente pregunta. P26: *Ese dolor se produce...* y con las diferentes categorías de respuesta se pretendía caracterizar el dolor en cuanto a su frecuencia, localización y en qué momento de la penetración vaginal aparece. La construcción de esta pregunta hacía complejas las respuestas por lo que elaboramos una pregunta para cada aspecto que pretendíamos explorar del dolor, de modo independiente y sí consecutivas unas de otras. De este modo la indicación que seguía a la pregunta 25 se sustituyó por la siguiente: Si usted contesta que no tiene NADA DE DOLOR pase a la pregunta 29.

10. En la pregunta *¿Con qué frecuencia realiza usted prácticas sexuales?*, se cambió el orden de las respuestas a partir de una lógica secuencial de más a menos.
11. *¿Está usted satisfecha con la frecuencia de sus relaciones sexuales?* es una pregunta en la que se sustituyen las cuatro categorías de respuesta “siempre, casi siempre, casi nunca, nunca” por dos SI/ NO, conduciendo a la mujer a construir una respuesta clara evitándole así refugiarse en el “casi siempre”, como evidenciaron los resultados obtenidos en el pilotaje.
12. La pregunta *¿Usted ha utilizado, utiliza o utilizaría la masturbación como práctica sexual?* ha sido reelaborada en su enunciado, pues una misma pregunta no puede explorar aspectos diferentes. También se suprimieron las cuatro categorías de respuesta por una respuesta dicotómica. El resultado ha sido el que sigue: *¿Utiliza la masturbación como práctica sexual?*, SI/NO.
13. En la pregunta *¿Le resultan agradables las prácticas sexuales que realiza?*, se incorpora una categoría de respuesta más “la mayoría” generando una secuencia lógica de intervalos de cantidad que van de más a menos: todas, la mayoría, algunas, ninguna.
14. Utilizando el mismo criterio que para el enunciado anterior, se incorporó una nueva categoría de respuesta “bastante tensión” a la pregunta, *En general ¿ cómo describiría usted su relación de pareja?*, la categoría “bastante dificultad” a la pregunta *Usted y su pareja resuelven sus discusiones con...* y en el caso del ítems *¿Siente soledad en la convivencia con su pareja?* se incluyó la categoría “bastante soledad”.
15. Se incorporó un subrayado, acentuando con ello la importancia de indicar el número de personas que requieren un cuidado especial, en la pregunta *Hay alguna persona en la casa que requiera un cuidado especial por alguno de estos motivos:...*
16. *En el último año, diría usted que su estado de salud ha sido....* en esta pregunta las categorías de respuesta pasan de seis a cuatro igualándola a la sistemática de número de respuestas planteadas para la mayoría de los ítems del cuestionario.
17. Igual criterio que para la pregunta anterior se aplica en la siguiente *¿Cómo de satisfecha se siente con su vida?*
18. En la pregunta *¿Está usted recibiendo en la actualidad apoyo psicológico o tratamiento psiquiátrico?*, se elimina la categoría NS/NC por razones ya explicitadas con anterioridad.
19. A la pregunta *¿Le aterroriza subir de peso?* Se le elimina la categoría NS/NC y en las preguntas *¿Cómo de satisfecha se siente con su imagen corporal?* y *¿Cómo de satisfecha*

se siente con su peso corporal?, se elimina una categoría de respuesta pasando de cinco a cuatro, por las mismas razones que se ha tomado esta determinación en otros enunciados.

20. En el grupo de variables sociodemográficas, se añaden el *Año de nacimiento* y el *Número de partos anteriores*. La primera necesaria para hacer estudios de seguimiento y la segunda en base a las referencias bibliográficas que relacionan el malestar pélvico con el número de partos que ha tenido la mujer. La variable *Ocupación* se reorganiza utilizando algunas categorías recogidas para la Encuesta Andaluza de Salud, 1999. En el caso de que las mujeres marquen *Trabajar fuera*, se les pide posicionarse en una categoría profesional y así poder construir una variable de clase social utilizando la propuesta de clase social en base a la ocupación y el nivel de responsabilidad de las personas, elaborada por Antonia Domingo Santiago y Jesús Marcos Alonso (Domingo et alii., 1989) . Para el *Tipo de contrato*, las diez categorías de respuesta se reducen a la mitad recogiendo las más frecuentemente contestadas en el pilotaje (indefinido, temporal, interinidad o sin contrato) y manteniendo la opción “Otros” para respuestas como a tiempo parcial, o temporal, etc. En la variable *Jornada laboral*, se especificó con más detalle para la “jornada continua” el momento del día en que se produce (mañana, tarde o noche).

c) El muestreo de la población objeto del estudio

– Población y ámbito de estudio

La población objeto de estudio es el conjunto de mujeres andaluzas de entre 16 y 49 años, que consultan a servicios de Obstetricia-Ginecología de la Comunidad Andaluza. A ellas se accedería a través de todas las mujeres que utilizaran los servicios de Obstetricia-Ginecología de la Comunidad Andaluza durante los meses de abril a noviembre del año 2009. Esta restricción temporal se hizo para asegurar la factibilidad del estudio que en ningún caso puede considerarse muy extenso en el tiempo. Los servicios en los que nos centramos fueron los de Atención al Embarazo, de Planificación Familiar y los de Ginecología General. La razón de haber elegido estos tres servicios, cuando es en los servicios de Ginecología General donde se pueden encontrar más casos de pelvialgia, es debido a la necesidad de disponer de mujeres que no tengan pelvialgia, sin duda mucho más frecuentes en los otros dos servicios, además de la necesidad de completar la muestra en los plazos fijados en el proyecto.

Como criterios de exclusión empleamos: 1) Toda mujer, que tras haberle dado a leer la hoja de consentimiento informado, decide no participar en la investigación, 2) Mujeres con embarazo de alto riesgo y 3) Mujeres que acuden a clínica ginecológica por problemas oncológicos y de reproducción, por entender que estos procesos generan una sobrecarga psicológica muy grande y representan una población minoritaria de los eventos ginecológicos.

- Diseño de la muestra

La muestra sobre la que se llevó a cabo el estudio fue una muestra consecutiva de la población señalada. El tamaño muestral calculado fue de 595 pacientes, empleando la regla de tener, al menos, 7 personas por cada *ítem* de la escala (Osborne et alii, 2004). La muestra final obtenida fue de 725 cuestionarios autocumplimentados, de los cuales 53 se eliminaron por errónea cumplimentación detectada en base a encontrar hojas enteras en blanco a continuación de hojas completamente rellenas o por inconsistencias patentes en las respuestas, resultando un tamaño muestral final de 672. No obstante la variable dependiente del estudio fue contestada por 645 mujeres, 96% de mujeres de la muestra, por lo que ese será el número que aparezca más en el estudio.

La muestra fue una muestra estratificada por cada uno de los 8 departamentos de Obstetricia y Ginecología de mayor tamaño de la Comunidad Autónoma Andaluza: Hospital Torrecárdenas de Almería, Complejo Hospitalario de Jaén, Hospital Universitario de Puerto Real de Cádiz, Hospital Reina Sofía de Córdoba, Hospital San Cecilio de Granada, Hospital Infanta Elena de Huelva, Hospital Materno Infantil de Málaga y el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, proponiéndola con el mismo número en todas las provincias.

Revisando las asistencias en las consultas del año 2006, los porcentajes representativos de los servicios elegidos serían: 30% embarazos que no sean de riesgo, 15% planificación familiar y 55% ginecología general excluyendo oncología y reproducción. Cuando los servicios de atención al embarazo y planificación familiar estaban ubicados en centros de atención primaria, fue a través de ellos donde se recogió la muestra para ambos grupos.

La afijación de la muestra fue proporcional al número de casos que se presentaron, de las patologías reseñadas, en el año 2007, en cada uno de los departamentos antes mencionados. La extracción de la muestra se hará de manera sistemática, sobre las pacientes que lleguen a partir de la fecha indicada, hasta completar cada una de las submuestras. La fase completa de la recogida de datos se llevó a cabo desde el mes de abril de 2009 hasta noviembre del mismo año.

Cuadro I.3. *Resumen de la Ficha Técnica de la administración del cuestionario preliminar.*

Ficha técnica	
Ámbito	Comunidad Autónoma Andaluza.
Universo	Mujeres de entre 16 y 49 años que consultan a servicios de Obstetricia y Ginecología.
Muestra	El tamaño muestral es de 725 mujeres de las cuales 53 se eliminan por una no adecuada cumplimentación del cuestionario quedando un tamaño muestral real de 672.
Muestreo	Muestreo sistemático (consecutivo) estratificado para cada uno de los ocho departamentos de Obstetricia y Ginecología de mayor tamaño de la Comunidad Autónoma Andaluza.
Tipología	Cuestionario autocumplimentado en las consultas de Obstetricia y Ginecología, por las usuarias de edades comprendidas entre 16 y 49 años.
Fecha del trabajo de campo	Durante los meses de abril a noviembre del año 2009.
Procesamiento informático y estadístico	La incorporación de los datos de los cuestionarios a la base estadística se fue realizando paralelamente a la administración del mismo, iniciándose en el mes de abril de 2009 y terminándose en noviembre del mismo año. El análisis estadístico finalizó en Mayo del 2011.

Fuente: Elaboración propia.

Tras el trabajo de campo se dispuso de 672 encuestas que se distribuyeron por provincia y tipo de servicio, de la siguiente manera.

Tabla I.1. *Distribución de la Muestra por Provincias y Servicios.*

Provincias	Servicios o departamentos							
	Embarazadas		Ginecología		Planificación		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Almería	28	35,44	51	64,56	0	0,00	79	11,76
Cádiz	25	43,10	21	36,21	12	20,69	58	8,63
Córdoba	0	0,00	72	98,63	1	1,37	73	10,86
Granada	53	28,65	87	47,03	45	24,32	185	27,53
Huelva	29	29,90	56	57,73	12	12,37	97	14,43
Jaén	33	33,33	54	54,55	12	12,12	99	14,73
Málaga	9	42,86	12	57,14	0	0,00	21	3,13
Sevilla	19	31,67	30	50,00	11	18,33	60	8,93
Total	196	29,17	383	56,99	93	13,84	672	100,00

De esta tabla se desprenden claramente tres resultados: primero, la distribución global de los casos por servicio es fuertemente parecida a la que se pretendía muestrear, 30% de embarazos, 55% de consultas de Ginecología General y un 15% de consultas de planificación familiar; la distribución por provincias no es uniforme, como se pretendía originariamente, estando sobre-representada la provincia de Granada que era la más accesible y fuertemente subrepresentada la provincia de Málaga y también, aunque menos, las de Cádiz y Sevilla; por último la distribución por provincias y servicios está muy desequilibrada dándose las mayores diferencias en Almería y Málaga, donde no hay datos de planificación familiar, y en Córdoba donde no hay datos de planificación familiar ni de embarazadas.

– Trabajo de campo.

El trabajo de campo se llevó a cabo durante los meses de abril a noviembre del año 2009. Los centros sanitarios dónde se desarrollaron la pasación de los cuestionarios fueron los definidos en el apartado de diseño de la muestra, para cada una de las provincias de la Comunidad Autónoma Andaluza.

El procedimiento seguido durante la fase de administración de los cuestionarios fue:

- Una vez identificado cada profesional colaborador de la investigación para cada provincia, se les informó por teléfono de su función, que consistiría en informar a la mujer que acude a cada consulta en cuestión, de la existencia del cuestionario, su objetivo y ofrecerle la libre elección de autocumplimentarlo o no.
- Seguidamente se les realizó una visita a la provincia y lugar de trabajo de cada colaborador para darle el número total de cuestionarios que debían ser autocumplimentados, explicarles insitu el contenido del mismo e identificar y consensuar el procedimiento metodológico que iban a utilizar durante la cumplimentación de este por la usuaria.
- Paralelamente al proceso de pasación se realizó seguimiento telefónico de la misma, de los factores adversos que podían ir surgiendo así como del número total de cuestionarios que se habían rellenado.
- Una vez concluida la cumplimentación de la totalidad de los cuestionarios correspondientes a cada profesional colaborador, se acudió de nuevo a la provincia andaluza concreta para recoger el material terminado. Si en algún caso restaban algunos cuestionarios para ser pasados, estos fueron enviados al grupo investigador, por la empresa de transporte SEUR, a cobro revertido.

Como hemos podido observar en la Tabla I.1. las provincias de Málaga, Cádiz y Sevilla tienen un número menor de cuestionarios cumplimentados de los planteados en el diseño muestral para todas las provincias; en los tres casos, el factor que condicionó el hecho estuvo relacionado con la salud de los colaboradores. Con el fin de que esta circunstancia no repercutiera en el tamaño muestral planteado inicialmente, las personas del grupo investigador que se responsabilizaron del seguimiento de la pasación de los cuestionarios, paliaron este problema aumentando el número de cuestionarios para la ciudad de Granada, ciudad con mayor accesibilidad por ser el lugar de residencia de las personas que investigan. Se llevó a cabo la pasación en los diferentes servicios de planificación, embarazo y ginecología, accediendo a las

usuarias a través de las salas de espera. Como nexo de unión con estas mujeres, la profesional de referencia de cada servicio nos presentaba al grupo de mujeres que ocupaba la sala y se establecía el acercamiento necesario que nos permitiera, de modo individual, explicarles el objeto del trabajo, las características del cuestionario y su libertad para participar o no.

d) Método Estadístico.

Con objeto de alcanzar los objetivos del presente trabajo se realizó un análisis estadístico que se puede resumir en lo siguiente:

1º) Para cada una de las variables del cuestionario se aplicó un análisis descriptivo atendiendo, en primer lugar, a su distribución de frecuencias y, en el caso en que fue necesario, a las medidas básicas de resumen: media, cuartiles, desviación típica, etc.

2º) La comparación de cada uno de los *ítems* de la escala con la pelvialgia y con el grupo que representaba el dispositivo del que se extrajo la muestra de mujeres, se llevó a cabo de una doble manera, cuando la variable era cualitativa, mediante el análisis de la tabla de contingencia oportuna usando o el test exacto de Fisher o su generalización para el caso de Tablas rxs, y en el caso de que la variable fuera numérica, empleando el análisis de la varianza de una vía seguido de las comparaciones por parejas entre grupos cuando este dio significativo.

3º) Para el caso de varias escalas que figuraban en el cuestionario ejecutó un análisis factorial con extracción de factores por componentes principales reteniendo los factores que tenían un autovalor mayor que 1. Tras ello, se efectuó una rotación varimax identificando los factores a través de las saturaciones de los diferentes *ítems* que en ellos fueron superiores a 0.30; se eliminaron aquellos *ítems* que presentaban comunales inferiores a 0.40. Establecidas las diferentes subescalas se midió su consistencia interna empleando el Alfa de Cronbach tanto global de la subescala como el resultante de la eliminación de cada uno de los *ítems* de la misma.

4º) El análisis multivariante final enfrentó, las variables que habían sido significativas en los diferentes análisis bivariantes ya señalados y aquellas por las que se deseaba controlar, con la presencia o no de la pelvialgia, mediante una regresión logística binaria y con la pelvialgia dividida en aguda y crónica mediante una regresión multinomial. En ambos casos se aplicó el test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow y se extrajeron, como resultados de los análisis, las razones del producto cruzado (*odds ratios*) con sus intervalos de confianza y el nivel de significación alcanzado el test de independencia.

Los paquetes estadísticos empleados en todos los análisis fueron el *SPSS 15.0* y *STATA 1.1*

I.4.3. Fuentes

I.4.3.1. Fuentes Indirectas

Como fuente indirecta de base, utilizamos el cuestionario de Salvatierra y Cuenca, 1987 publicado en la Revista Española de Obstetricia y Ginecología (Salvatierra et alii., 1987).

Para la construcción de esta investigación, se ha reconocido de gran importancia realizar una revisión bibliográfica a partir de una estrategia de búsqueda que nos permitiera identificar aquellas fuentes documentales más relevantes para el objeto de estudio. Con tal fin se pidió colaboración a Rafael Jesús Olivares Castillo, bibliotecario jefe del servicio de la Facultad de Documentación y Comunicación de la Universidad de Granada que generó la siguiente estrategia de búsqueda en PubMed: ("*Behavior and Behavior Mechanisms*" [MAJR] OR "*Behavioral Disciplines and Activities*"[MAJR] OR "*Mental Disorders*" [MAJR] OR "*Psychological Phenomena and Processes*"[MAJR]) AND "*Female Genital Diseases and Pregnancy Complications*"[MAJR] AND "*Questionnaires*"[MAJR]. Dando lugar a 80 entradas.

Seguidamente se completa la búsqueda bibliográfica explorando bases de datos españolas IME, ISOC utilizando las siguientes palabras clave: *psicosomática, obstetricia, ginecología, cuestionario, enfermedad de la mujer.*

- Al combinar *psicosomática, obstetricia, ginecología* y *cuestionario* se encontraron 0 resultados.
- Con los términos *psicosomática, obstetricia* y *ginecología* se obtuvieron 0 resultados.
- La palabra clave *cuestionario* generó una salida en IME y otra en ISOC.
- Al introducir el término *enfermedad de la mujer* salen 20 entradas en la base de datos de ISOC y 114 en IME.

Por último, la estrategia de búsqueda realizada en la base Silver-Plateur (Medline):

#1 (female genital diseases)and(psychol),* que generó 154 registros.

De toda la bibliografía identificada en las bases de datos se hizo una selección documental, primero en relación al título, segundo a partir de la información aportada en los resúmenes y por último con la lectura de todas las partes de los documentos encontrados.

I.4.3.2. Fuentes directas

Las primeras fuentes directas a las que nos aproximó este trabajo fueron dos profesionales del ámbito de la obstetricia y ginecología. Uno de ellos, Jesús Florido Navío que había participado en el año 1987 en la construcción del cuestionario de Salvatierra y Cuenca, por tanto

era una pieza clave para entrevistar y poder conocer el contexto profesional y sociocultural en el que se diseñó la herramienta. La información aportada por este profesional, desde el principio, fue de gran valía para poder comprender los entresijos de contenido y forma del cuestionario y poder responder a las preguntas ¿por qué exploran esas dimensiones y no otras? y ¿por qué a través de la formulación de esas preguntas? Para el grupo investigador era muy importante poder palpar con el mayor detalle posible el marco teórico que llevó a la elaboración del cuestionario de Salvatierra y Cuenca. El otro profesional al que nos referimos, Fermín Criado Enciso, motivó nuestro interés porque aún en la actualidad estaba haciendo uso de dicho cuestionario en su clínica obstétrico-ginecológica, fundamentalmente para trabajos de investigación.

El número de componentes de las fuentes directas se fue ampliando progresivamente en base a los requerimientos metodológicos que la investigación iba suscitando. El grupo de profesionales que conforman el panel de expertos y expertas deconstruyen el cuestionario de Salvatierra y Cuenca para volver a construirlo a la luz de la realidad del momento en la práctica clínica obstétrico-ginecológica.

No dejando de lado en ningún momento uno de los objetivos principales de este trabajo, y es que el cuestionario sea útil para las mujeres que acuden a clínica obstétrico-ginecológica, se elaboraron cinco perfiles de usuarias de los servicios sanitarios para ser entrevistadas con el objeto de aproximar el contenido y la forma del cuestionario preliminar a sus propias necesidades.

De forma permanente se fueron realizando aportaciones constantes al cuestionario en construcción: las personas colaboradoras en la pasación del cuestionario preliminar a nivel andaluz plantearon sugerencias sobre el cuestionario resultante del panel experto, también se fue revisando por profesionales expertas en identificar sesgos de género en la construcción de las preguntas y en el contenido de las dimensiones. El proceso se completó con el resultado obtenido de dos entrevistas informales a mujeres de gran reconocimiento profesional en las áreas de violencia de género y trastornos de la conducta alimentaria, que apoyaron la incorporación de estas dos nuevas dimensiones.

Por último, el cuestionario final como resultado del análisis de los datos cuantitativos obtenidos en el proceso de validación y el consenso profesional de las personas que componen el grupo investigador.

MARCO TEÓRICO

Capítulo II

Género, Mujeres y Salud

Según Harding el género como categoría de análisis integra tres componentes fundamentales: uno estructural que hace referencia a las formas de organización social y división del trabajo, el simbólico se expresa mediante atributo asociado a dos formas ideales de ser humano y el componente individual afecta la identidad de las personas. Las personas, las mujeres, construyen su identidad subjetiva poniendo en juego constante la estabilidad del género, este no es una categoría natural sino que puede ser desmentida y transformada según el esquema social (Harding, 1986, cf.: Ortiz, 2006).

La antropología estudia principalmente los cambios que se producen a nivel sociocultural. Estas transformaciones están generadas por grupos de presión que designan el proceso histórico y que generan avances y retrocesos en los comportamientos y actitudes.

El feminismo de los años setenta en España lidera la lucha contra la discriminación que sufrían las mujeres; fue la incorporación de millones de mujeres al mercado laboral lo que contribuyó al cambio social y económico del país, aunque este proceso ha estado sujeto a avances y retrocesos. Las identificaciones de mujeres y hombres en la esfera de lo social, la relación y el vínculo con los otros y otras, han generado comportamientos diferentes en unas y otros. El modelo tradicional basado en la construcción de una familia a través del matrimonio y la procreación pasa a transformarse en un modelo multifuncional de ambos, con funciones domésticas para los hombres, visibles, y roles maternantes con los hijos e hijas. Los roles de género contemporáneos están basados en ideales igualitarios teniendo el amor como horizonte apoyándose en mantener el interés del otro.

A finales del siglo XX y principios del XXI, en las sociedades occidentales se pasa del capitalismo productivo al de consumo donde el modelo de vida está basado en el valor de lo material y la riqueza. Mantener la felicidad permanentemente y acumular posesiones es significado de éxito y felicidad (Conde, 2000; Moreno, 2000).

Cuando hablamos de procesos psicosociales debidos a la forma de vida de hombres y mujeres, estos procesos son de género y pueden imprimir vulnerabilidad, dando lugar a una salud de ambos desigual y diferente. Diferente porque hay factores biológicos que se manifiestan de forma diferente en la salud y desigual porque, los riesgos de enfermar, están explicados en parte por el género. La vulnerabilidad para las mujeres y para los hombres procede del conflicto que se

genera en la asunción de roles. Los malos tratos o violencia de género son procesos de alta vulnerabilidad para ellas; en el caso de ellos la vulnerabilidad está condicionada por la caída del rol como sostenedor de la familia y de la relación de propiedad con la mujer. Sin embargo la transición de género ha traído procesos protectores procedentes de la salida de relaciones de poder/subordinación.

Las necesidades de las mujeres han sido desatendidas porque los modelos de salud estaban centrados en los hombres. Los problemas de salud no parten sólo de su función reproductiva sino también de la variabilidad de las condiciones a las que está sometida a través del ciclo vital. Los distintos comportamientos en el uso de servicios sanitarios o en la verbalización de los problemas de salud y el peor estado de salud de las mujeres se explica en buena parte por unos roles sociales determinados por el sexo, más desfavorable para ellas (Lennon, 1995 y Ferrer-Pérez et alii., 1997).

En este marco de análisis presentamos las patologías obstétrico-ginecológicas que tienen que ver con la pelvialgia crónica, malestar menstrual y disfunción sexual desde una visión de la mujer como sujeto integral, con sus emociones, fantasías y conflictos inconscientes y no como un sistema de órganos. Esta concepción de la interacción entre mente y cuerpo necesita la colaboración de dos disciplinas, una la ginecología y otra el psicoanálisis generando así un terreno privilegiado de conocimiento para la aproximación psicosomática a este ámbito de estudio.

Partiendo de las premisas de que la investigación genera una forma de discurso científico que trata de averiguar la verdad y que la investigación social permite obtener nuevos conocimientos en el campo de las realidades sociales a partir del uso de diferentes instrumentos, el cuestionario de Salvatierra y Cuenca que utilizaron en 1987 para el estudio de pacientes obstétrico-ginecológicas, puede ayudarnos a comprender la interacción entre diferentes dimensiones proporcionando un perfil de salud que puede ser aplicado a una población seleccionada.

El contenido teórico de este marco de estudio se presenta en dos partes: la primera que incluye el género como categoría de análisis, el feminismo en la España de los años setenta y su evolución, la evolución cultural y social desde los años setenta a nuestros días, la evolución de los roles sociales en las últimas décadas y determinantes sociales y la salud. La segunda parte hace referencia a la salud de las mujeres desde las patologías obstétrico-ginecológicas y sus manifestaciones psicosomáticas y el cuestionario como herramienta de aproximación clínica.

II.1 UN ANÁLISIS DEL GÉNERO

II.1.1 El género como categoría de análisis

Joan Wallace Scott (1999) expone que quienes quisieran codificar los significados de las palabras librarían una batalla perdida, porque las palabras, como las ideas y las cosas que están destinadas a significar, tienen historia.

La definición de género de Scott articula varios elementos: el género es la organización social de las relaciones entre los sexos, que incluyen relaciones de poder, y, sobre todo, el género es la forma primaria de significación de relaciones de poder. Para Scott, *el género debe ser redefinido y reestructurado junto con una visión de la igualdad política y social que incluya no solamente al sexo sino también a la clase y la raza*. El interés por las clases sociales, la raza y el género apuntan en primer lugar al compromiso de que la historia incluya circunstancias de la gente oprimida y un análisis del significado y de la naturaleza de su opresión, y en segundo lugar, entender que las desigualdades de poder están organizadas por lo menos sobre estos tres ejes (Scott, 1999).

El concepto, o categoría, de género integra tres componentes fundamentales: un componente estructural que hace referencia a las formas de organización social y división del trabajo; un componente simbólico que se expresa en nuestra sociedad mediante atributos asociados a dos formas ideales de ser humano y que se aplica tanto a personas como a cosas y conceptos abstractos. Y por último, un componente individual que afecta a la identidad de las personas y a la forma en que éstas se reconocen a sí mismas y a sus propios cuerpos (Harding en Ortiz, 2006).

Lo que la definición de Scott sugiere es que el género se construye en varios niveles superpuestos y que, por tanto, no es exclusivo de un solo campo de análisis. Desde la división socio-sexual del trabajo, las interacciones sociales, las estructuras institucionales, la producción cultural y las representaciones del género que ésta ofrece a los niveles simbólicos de la cultura que asigna los valores que componen el género, este se construye con la superposición de capas diferentes pero permeables unas a otras. La construcción del género no se puede pensar, pues, en términos de una secuencia ordenada de acontecimientos o fenómenos explicativos que dé prioridad a una clase de acontecimientos sobre otros. Se trata más bien de pensarla en términos de niveles distintos con funcionamientos propios pero interrelacionados entre sí. (Sánchez, 2003).

Las personas, las mujeres, construyen su identidad subjetiva poniendo constantemente en juego la estabilidad del género, a través de la negociación o de la resistencia a normas, comportamientos, discursos que definen masculinidad y feminidad, a lo largo de sus vidas y a lo largo de su historia. La identidad generizada es el resultado de esa contienda que, en función de la

eficacia de fuerzas sociales variadas, da al género una apariencia sustancial, controlando lo que es permitido, lo que es deseable, lo que es normal, lo que es femenino... (Sánchez, 2003).

El concepto de género constituye un salto cualitativo importante en la teoría feminista. Nace de la necesidad, por parte de las mujeres feministas de los años setenta, de encontrar una herramienta teórica que permitiera repensar en términos políticos la obviedad con la cual nuestra cultura da por sentado que hombres y mujeres están en un determinado lugar social porque ese es supuestamente su lugar natural, que su identidad social como mujer u hombre es una identidad natural (Sánchez, 2003).

El concepto de género parte, pues, del deslindamiento entre lo que es definido como el sexo biológico, que, en occidente al menos, está caracterizado fundamentalmente por la posesión de unos órganos genitales femeninos o masculinos, y lo que nuestra cultura considera como los atributos propios de cada uno de los sexos y que definen su identidad socio-sexual. Una perspectiva de género permite establecer que las categorías mujer y hombre son categorías construidas histórica, cultural y socialmente a través de todo los procesos implicados en la socialización de los individuos y que la adscripción hipostática de feminidad y masculinidad a esas categorías es una anexión arbitraria (Sánchez, 2003).

Pero la perspectiva de género implica también una visión problematizada de las relaciones sociales entre mujeres y hombres. La manera de pensar la feminidad de las mujeres y la masculinidad de los hombres es, a su vez, lo que estructura la práctica de las relaciones sociales entre los sexos y las dinámicas sociales en torno a dichas relaciones. Esa construcción binómica no es tomada como una construcción simétrica y pone de manifiesto que, por el contrario, las categorías mujer, hombre, feminidad y masculinidad son elaboradas de tal manera que cada una de ellas adquiere un estatus diferente en una relación de jerarquía. Lo masculino, asociado a cultura, razón, fuerza, se coloca en posición de dominio frente a lo femenino, asociado a naturaleza, sentimiento, debilidad. Esa asimetría da lugar a una posición subyugada del colectivo de las mujeres, permitiendo así los procesos de dominación, explotación, subordinación o exclusión que tejen las relaciones sociales. La perspectiva de género es, pues, una opción teórica comprometida con la acción política feminista: pretende concienciar y transformar esas relaciones.

Implica también que unas y otros estén organizados de la única manera posible para hacer lo que hacen y estar donde están (Guillaumin, 1992). El género construido es lo que otorga a las diferencias anatómicas un significado que soporta no una mera explicación de la estructura social sino la justificación de la desigualdad social entre hombres y mujeres.

Si las categorías mujer y hombre no son categorías naturales pueden ser desmentidas, desestabilizadas y transformadas, alterando de esta manera el esquema social que sobre esa categoría se articula (Sánchez, 2003).

Si el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder es porque se le da a una categoría fabricada culturalmente el estatus de un dato natural. Un dato que sería el principio de todo. Ese fabricado cultural al que constantemente se invita a las mujeres a adecuarse es la prueba de verdad a la que las mujeres no pueden sustraerse para *ser*. Los rasgos físicos y psicológicos asociados a la categoría mujer son rasgos, se dice, naturalmente vinculados al *ser mujer*. Un dato natural no es cuestionable, ni controvertible. Es natural y punto. La definición naturalista de mujer no es sino una definición social. Social, porque determina el lugar que deben de ocupar las mujeres en la sociedad; social, porque cumple la función social de enmascarar el origen de la dominación (Sánchez, 2003).

El término androcentrismo se refiere a las formas de conocimiento y supone utilizar en cualquier investigación o análisis una perspectiva que surge de la experiencia social masculina, especialmente de la experiencia social de varones occidentales, blancos y de clase media. El androcentrismo implica la identificación de lo masculino con lo humano en general y, a su vez, la equiparación de lo humano en general con lo masculino, lo que lleva consigo constituir lo masculino en la norma. El androcentrismo afecta al método científico y a su aplicación y ha estado y está presente en todas las ramas de la ciencia (Ortiz, 2006).

Las distintas formas de entender el género determinan tanto el objeto del trabajo de investigación como el tipo de preguntas y respuestas que en torno al objeto de estudio se articulan (Sánchez, 2003).

El poder explicativo y político de la categoría analítica de género depende de la forma de acercarse a otras categorías como sexo, cuerpo, identidad, sexualidad, raza, y, sobre todo, naturaleza. Depende también de cómo se agencien esas categorías dentro de un esquema global que haga emerger sus significados e implicaciones sociales. Donna Haraway piensa que *esto se puede lograr con investigaciones “articuladas, diferenciadas, responsables, localizadas y consecuentes”* (Haraway, 1995: 250).

II.1.2 El feminismo en la España de los años setenta y su evolución

A nivel internacional la consecución del voto y todas las reformas que trajo consigo habían dejado relativamente tranquilas a las mujeres; sus demandas habían sido satisfechas, vivían en una sociedad legalmente cuasi-igualitaria y la calma parecía reinar en la mayoría de los hogares. Sin embargo se acercaba un nuevo despertar de este movimiento social, la obra de Simone de Beauvoir es la referencia fundamental del cambio que se avecina. Tanto su vida como su obra son paradigmas de las razones de un nuevo resurgir del movimiento (De Miguel, 1995).

A finales de los años sesenta, unas reivindicaciones que se extendieron al conjunto de las sociedades occidentales y que se plasmaron en una serie de movimientos sociales y de protesta, cuestionaron con vigor la organización social de las sociedades capitalistas. En ese marco se

empieza a construir un importante corpus teórico de crítica social que permite analizar científicamente la desigualdad entre mujeres y hombres en dichas sociedades (Sánchez, 2003).

Los sesenta fueron años de intensa agitación política. Las contradicciones de un sistema que tiene su legitimación en la universalidad de sus principios, pero que en realidad es sexista, racista, clasista e imperialista, motivaron a la formación de la llamada Nueva Izquierda y diversos movimientos sociales radicales como el movimiento antirracista, el estudiantil, el pacifista y el feminista. Las feministas armadas de herramientas de las teorías del marxismo, psicoanálisis y el anticolonialismo acuñaron conceptos fundamentales para el análisis feminista como el de patriarcado, género y casta social (De Miguel, 1995).

El activismo de los grupos radicales se centró en multitudinarias manifestaciones, marchas de mujeres, actos de protesta y sabotaje que ponían en evidencia el carácter de objeto y mercancía de la mujer en el patriarcado. Otras actividades de consecuencias enormemente beneficiosas para las mujeres fueron, la creación de centros de ayuda y autoayuda como espacios propios para estudiar y auto-organizarse; también desarrollaron una salud y una ginecología no patriarcales, animando a las mujeres a conocer su propio cuerpo (De Miguel, 1995).

El movimiento feminista de los setenta en España no fue mayoritario. Desarrolló un importante activismo donde se hacía de todo, incluyendo servicios asistenciales como centros clandestinos de planificación familiar o asesorías para asistencia jurídica a las mujeres. Hay que recordar que en los años setenta, por ejemplo, la prescripción de anticonceptivos era un delito tipificado en el Código Penal. Había actividades especializadas en diferentes problemas, grupos más teóricos y otros enfocados a temas concretos como la legislación o la violencia y las agresiones sexuales (Martínez et alii., 2009).

Una de las características más significativas del movimiento feminista de los años setenta fue su capacidad de llevar la lucha, contra la discriminación que sufrían las mujeres en España, a otras organizaciones como los sindicatos y organizaciones políticas. Este hecho se debe a que este movimiento se forjó en el marco de la oposición al franquismo y la movilización para recuperar la democracia (Martínez et alii., 2009).

En diciembre de 1975, hubo una primera coordinación en un acto clandestino en Madrid, con cierto carácter fundacional. En 1978 distintos grupos se agruparon para constituir la Plataforma de Organizaciones Feministas, las demandas que plantearon iban en torno a los derechos individuales, a los anticonceptivos, al divorcio, el aborto o la coeducación (Martínez et alii., 2009).

Con el fin de lograr la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres y la plena integración de éstas en todos los sectores de la vida social, se produce la declaración del año 1975 como Año Internacional de la Mujer. Este elemento movilizador y las declaraciones políticas de

los portavoces de los Grupos Parlamentarios Socialista y Comunista, expresando la voluntad de colaborar en la elaboración de una Constitución que salvaguarde los derechos humanos y garantice la igualdad entre mujeres y hombres, precedieron a las reformas legislativas en relación con la igualdad que se han enmarcado en la Constitución de 1978 como punto de partida y que se ha prolongado en el tiempo hasta nuestros días (Pelayo, 2009).

En el 27º Congreso del PSOE, en diciembre de 1976, se insiste en que el principio de Igualdad de sexos esté presente en todos los acuerdos y sea uno de los objetivos fundamentales del partido, enmarcándose en una serie de objetivos. Dentro del proceso productivo: coeducación en todos los niveles educativos, formación profesional para mujeres adultas, entre otros. Dentro de la familia: creación de servicios de guardería, comedores, aprobación de una ley de divorcio basada en la no voluntariedad de convivencia, etc. En el ámbito de la sexualidad: desaparición de los delitos de adulterio, establecimiento de los medios idóneos para la información y difusión de la educación sexual y la planificación familiar. (Arnedo, 2009).

La incorporación de millones de mujeres al mercado laboral contribuyó al cambio social y económico del país. Las asociaciones feministas, conscientes de la importancia que tenía la incorporación de la mujer al empleo, plantearon la igualdad laboral como objetivo prioritario. En 1977 se organizaron las I Jornadas de la Mujer Trabajadora en las que se recogieron testimonios de explotación y discriminación laboral. En 1980 el Estatuto de los Trabajadores reconoció la igualdad en el trabajo de hombres y mujeres estableciendo idénticos derechos, al aceptar como un principio universal la idea de que “a igual trabajo igual salario” (aceptado por la OIT, UE, y ONU) (Toboso, 2009).

En enero de 1988 en el 31º Congreso del Partido Socialista se aprueban los textos que apoyan y potencian las *medidas de acción positiva* para estimular la contratación de mujeres por las empresas, su adecuada orientación profesional y los programas de reciclaje, así como la defensa de la política de reparto del trabajo asalariado y reproductivo (Alberdi, 2009: 235).

Las mujeres por razones varias han tenido mucho que ver en los cambios que se han puesto en marcha en España siendo protagonistas activas. Gracias a ellas la sociedad hoy es más justa, más equilibrada, y más libre, sentando las bases para que la igualdad sea una realidad, generando cambios importantes y avances en materia legal como queda evidente en la ley de divorcio de 1981, la legalización parcial del aborto en 1985, y la aprobación de las Leyes contra la Violencia de Género de 2004, de matrimonios homosexuales en 2005 y de Igualdad en 2007 (Toboso, 2009). Por último en marzo de 2010 se aprueba la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, con el objeto de abordar la protección y garantía de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de manera integral, así como establecer una nueva regulación de la interrupción involuntaria del embarazo fuera del Código Penal, garantizando los derechos de autonomía y libertad de las mujeres sin descuidar el interés en la protección en la vida prenatal.

A pesar de la contribución específica que ha hecho la mujer al cambio social, ni siquiera el dato histórico de constituir el Presidente del gobierno, José Luís Rodríguez Zapatero, en marzo del año 2005 el primer gobierno paritario de nuestra historia, no ha sido suficiente para que las mujeres se sientan confortables en la realidad que viven, por cuanto que la realidad se revela muy tozuda (Pelayo, 2009). Si analizamos la vida política desde la perspectiva de género, podemos ver dos aspectos básicos: la escasa presencia de las mujeres en la dirección de asuntos políticos, y las dificultades en el reconocimiento y eliminación de los obstáculos que impiden la plena participación política de las mujeres, el *techo de cristal* (Alberdi, 2009).

La consabida revolución inacabada y la ayuda a otras mujeres justifica la revitalización de un movimiento feminista renovado, que mantenga alerta a la sociedad para asegurar que este proceso no tiene vuelta atrás y que ayude a tomar conciencia a las mujeres, aún sometidas, de que su situación es injusta y proviene de una construcción cultural e histórica que es posible deconstruir (Toboso, 2009).

Las expectativas del movimiento feminista están dirigidas hacia problemas nuevos: el incremento de la prostitución, el acceso de las mujeres al empleo no ha ido paralelo al reparto familiar y social del trabajo doméstico, y de modo particular el cuidado de la infancia y de los mayores dependientes. Los empresarios en general, ante la contratación de la generación de mujeres mejor preparadas, aún se siguen haciendo la misma pregunta que hace treinta años: si piensan tener descendencia. Por otra parte constatamos la concentración en las inmigrantes de todas las formas de discriminación de género: violencia, pobreza y desempoderamiento, que cuestionan la universalidad del discurso igualitario del feminismo y su carácter interclasista. Para terminar, decir, que la incidencia social de las organizaciones feministas ha disminuido, en parte porque se ha sustituido por las políticas institucionales, pero también porque ha perdido legitimación, unidad y carácter reivindicativo (Pérez, 2009).

II.1.3 Evolución cultural y social desde los años setenta a nuestros días

La antropología se ha ceñido principalmente a apreciar las modalidades prácticas de los cambios. Ha distinguido entre la evolución social, como transformaciones que una sociedad sufre durante un largo periodo, y el cambio social que se observa durante un tiempo relativamente breve (Pizza, 2007).

Los movimientos sociales ayudan poderosamente a las transformaciones de las sociedades por su agrupamiento en torno a objetivos precisos más o menos realizados según ritmos y modalidades diversas. El grupo de presión que actúa bajo formas distintas en diversas instancias para modificar los proyectos iniciales contribuye, cada uno a su manera, a las transformaciones del proceso histórico (Pizza, 2007).

Las “situaciones revolucionarias” sobre las que Sartre reflexionó tanto, designaban un momento durante el cual las conductas ya no obedecían a las reglas precedentes y adoptaban formas que, después, parecían insólitas. Visto principalmente desde el exterior, es posible apreciar en estas situaciones préstamos del pasado e innovaciones conscientes o involuntarias. En la confusión que crea este tipo de situaciones se mezclan pasado y presente, proyectos racionales y comportamientos incomprensibles, actitudes contradictorias, en resumen signos heteróclitos cuya dinámica y sentido parecen difíciles de definir (Pizza, 2007).

El proceso de emancipación de las mujeres comenzó en Europa a principios del siglo XX y se aceleró tras la Segunda Guerra Mundial cuando las mujeres, que habían reemplazado a los hombres en las fábricas y las empresas, se negaron a abandonar su empleo y volver a su hogar. El siglo XX es considerado por muchos el siglo de las mujeres. Una afirmación con grandes dosis de optimismo, pero no vacía de contenido, ya que en la mayoría de los países del entorno occidental, al avanzar el siglo, las mujeres salieron de su aislamiento tradicional para incorporarse a los espacios públicos y laborales, incluso algunos autores van más lejos y hablan de revolución de la mujer. Si entendemos por revolución un proceso de transformación social, que afecta fundamentalmente a las personas oprimidas, no cabe duda de que la mujer, sometida a lo largo de la historia, ha protagonizado una revolución, pero con matices, porque las revoluciones generalmente han desencadenado procesos violentos y cortos en el tiempo y la de las mujeres, si es que ha existido, ha sido pacífica y tras casi un siglo de lucha todavía no ha concluido (Toboso, 2009).

En España el proceso ha estado sujeto a avances y retrocesos porque, si bien las bases legales para favorecerlo se sentaron durante la Segunda República, el régimen franquista utilizó todo los resortes legales, educativos y propagandísticos a su alcance para someterlas de nuevo y obligarlas a replegarse al ámbito doméstico (Toboso, 2009).

En la década de los setenta muchas mujeres llegamos a la universidad. Una generación muy numerosa permitió que llegaran a la universidad miles de hijas de madres, que en la mayoría de los casos, no habían estudiado y habían tenido muchos hijos en una familia patriarcal estricta. Pertenecíamos al boom demográfico de postguerra y aterrizamos en las aulas en plena efervescencia del movimiento estudiantil antifranquista (Martínez et alii., 2009).

Ser feminista en los años setenta era muchísimo más difícil que ahora: respecto a la derecha franquista, por razones obvias, y respecto a la izquierda, porque la actitud general era luchar primero por lo principal y luego por las derivadas. Lo principal era, naturalmente, la democracia, y en general las principales fuerzas de izquierda nunca se llegaron a creer entonces que “lo de las mujeres” afectara a la calidad de la democracia y al modelo de la modernización que se planteaba para el país. En realidad, nosotras tampoco lo sabíamos muy bien. Nuestros compañeros de izquierda habían sido educados en unos años en los que la identidad de las mujeres, de sus madres, se había identificado con las tareas de esposas y madres destinadas

esencialmente a su cuidado, o sea, al de nuestros compañeros de izquierda, bajo la dirección del padre, que era el que tenía, cuando los tenía, estudios y conocimiento y siempre más autoridad (Martínez et alii., 2009).

Este sencillo planteamiento nos lo habían enseñado rezongando, también a nosotras, nuestras propias madres, inculcándonos que fracasaríamos estrepitosamente en la vida si no teníamos éxito con los hombres, llegábamos vírgenes al matrimonio y, por mucha carrera que tuviéramos, conseguíamos formar una familia en la que ser buenas madres y esposas. Llegamos a la universidad con el bagaje esquizofrénico de no querer parecernos a ellas, pero completamente adoctrinadas sobre lo que no podíamos dejar de hacer en ningún caso (Martínez et alii., 2009).

A pesar de su escasa presencia su voz no dejó de oírse y las mujeres participaron activamente en los debates más importantes a través de la Plataforma de Organizaciones Feministas de 1978. La Plataforma planteó objetivos a corto plazo dirigidos a promover la inmediata liberación de la mujer y emprender acciones directas para conseguir la excarcelación de las condenadas durante la dictadura por cuestiones relacionadas con la propaganda de anticonceptivos, abortos o adulterio que aún cumplían condena (Toboso, 2009).

Durante la elaboración del anteproyecto constitucional, la Plataforma presentó al presidente de las Cortes un documento programático de mínimos: igualdad entre las personas garantizada por el Estado; mayoría de edad para todos y todas a los 18 años; derecho al desarrollo de la afectividad y la sexualidad; matrimonio civil y posibilidad de disolverse; igualdad entre los cónyuges; acceso a medios de control de la natalidad; coeducación y educación laica y gratuita; y derecho a un trabajo digno y remunerado en igualdad de condiciones para mujeres y hombres (Toboso, 2009).

La sexualidad tuvo mucha importancia, fue uno de los mayores revulsivos para una sociedad en la que la sexualidad estaba fuertemente regulada desde el sistema legal, la familia y la religión, cuyas normas y discursos moralizantes adscribían al cuerpo de las mujeres interpretaciones y códigos culturales que fijaban el comportamiento sexual de hombres y mujeres (Montero, 2009). Los debates iban en torno a acabar con la doble moral sexual y conseguir para las mujeres el mismo derecho a buscar el placer y disponer de su cuerpo que les estaba permitido a los hombres (Alberdi, 2009). Los avances científicos en la contracepción comenzaron a ofrecer, en aquellos años, la posibilidad de separar la sexualidad y la reproducción con el fin de tener el autocontrol sobre tu propio cuerpo y hacer desaparecer la moral tradicional que identificaba el comportamiento personal y sexual de las mujeres con el honor y la rectitud moral, y que no les permitía prácticamente ninguna opción a decidir libremente en el plano de la vida familiar y de las relaciones sexuales (Montero, 2009: 282).

Esta negación de la sexualidad iba pareja a una ideología oscurantista definida en masculino, que avalaba el poder que los hombres ejercían sobre las mujeres en las relaciones

sexuales y personales (Foucault, cf.: Sánchez, 2003); las mujeres eran consideradas como seres carentes de sexualidad aunque fueran objeto de deseo del hombre. Quienes manifestaban su sexualidad eran estigmatizadas como mujeres de conductas “desviadas”, “pecadoras” y “peligrosas”; eran las malas mujeres. Frente a ellas estaba el otro y dicotómico estereotipo de las “buenas” mujeres que debían constreñir su sexualidad a satisfacer el deseo sexual del varón, a aceptar la imposición del “débito conyugal”, o a sobrellevar las relaciones sexuales en aras a la procreación y la formación de la familia (Montero, 2009: 283).

Defender la sexualidad como un campo de placer para las mujeres requería enfrentarse al ejercicio de poder y control de los hombres, propiciar el conocimiento del propio cuerpo explorando todas sus posibilidades y criticando un modelo sexual patriarcal que reduce la sexualidad a la genitalidad y la penetración como única expresión de la misma (Montero, 2009: 284).

Estos cambios han generado comportamientos diferentes de las mujeres relacionados con el matrimonio y la maternidad que se han ido acentuando en el comportamiento de las generaciones jóvenes abandonando las normas sexuales tradicionales (Alberdi, 2009: 206-209).

Paralelamente a la discusión del proyecto constitucional, el colectivo feminista reivindicó la despenalización de los anticonceptivos y la legalización del divorcio y el aborto como medidas urgentes. La primera cuestión se aceptó sin problemas, suponía reconocer una práctica habitual, pues desde hacía años muchas mujeres utilizaban la “píldora” para controlar su natalidad (Toboso, 2009: 93), otras utilizaban el “método ogino” a cuyo amparo nacieron no pocos niños y niñas (Montero, 2009: 285).

Los grupos feministas organizaron centros de planificación familiar incluso antes de las reformas que legalizaron los anticonceptivos con su despenalización en 1978. Cuando los primeros gobiernos democráticos propusieron la introducción de la planificación familiar en la Seguridad Social se pusieron en contacto con los centros feministas para realizar, a partir de ellos, una especie de transición, adoptando sus programas y métodos de trabajo (Alberdi, 2009: 207).

Los avances conseguidos en planificación familiar redujeron en gran medida el miedo a un embarazo no deseado. No es una coincidencia que las reivindicaciones de los anticonceptivos estuviera ligada a la exigencia del derecho al aborto como otra cara de la misma moneda, tal que “anticonceptivos para no abortar, aborto libre para no morir”. Los abortos realizados en aquellos años estaban al amparo de una hipocresía social que dejaba de manifiesto las enormes desigualdades entre las mujeres que tenían recursos económicos y acudían a médicos que cobraban entre 80.000 y 300.000 pesetas de la época o viajaban al extranjero para realizarlo; y mujeres que no disponían de ese dinero interrumpiendo el embarazo de forma clandestina y poniéndose en manos de aborteros y aborteras que lo realizaban en pésimas condiciones

higiénicas y sanitarias, o bien introduciéndose ellas mismas agua jabonosa y alcohol en la vagina, lejía y detergente, o agujas de coser (Montero, 2009).

Al romper con el determinismo biológico, la capacidad reproductiva de las mujeres y la maternidad pasa de ser una obligación o un imperativo de la naturaleza o divino, a convertirse en una posibilidad y una opción. Ya no se trataba de “aceptar los hijos que venían”, sino de decidir qué es lo que cada una quiere. El motivo principal para mantener a las mujeres en el espacio privado empieza a presentar algunas fisuras. Esto es lo que le preocupa a gran parte de la clase médica, pues como dice el psiquiatra López Ibor *el problema no es tanto de la píldora como de la sexualidad en su totalidad: de la contracepción se pasa a la masturbación, al aborto, al adulterio, a la unión institucionalizada entre homosexuales* (Montero, 2009: 285).

Sin duda, la discusión más problemática fue la relativa al aborto, por ello, inicialmente las feministas, incluso las más radicales, fueron reticentes a proponer una ley de aborto libre, conscientes de que podría volverse contra ellas en particular y contra el movimiento en general. Sin embargo, el proceso celebrado en Burgos a finales de 1979 contra diez mujeres y un varón, acusados de haber practicado abortos o haber abortado para los que el fiscal solicitaba más de cien años de prisión, terminó uniendo las fuerzas de los diversos grupos feministas, que reconocieron la necesidad de legislar sobre esta materia. La primera ley de despenalización parcial del aborto se aprobó en 1983, pero no pudo entrar en vigor hasta 1985 debido al recurso de inconstitucionalidad interpuesto por el grupo parlamentario de Coalición Popular (Toboso, 2009).

La aprobación de estas medidas era fundamental, pues la experiencia demuestra que la igualdad legal no es suficiente si no viene acompañada de libertad, y la libertad de la mujer ha pasado históricamente por su autonomía económica, que es tanto como decir por su incorporación al mercado laboral, una cuestión que tradicionalmente se ha visto condicionada por la maternidad, de ahí la necesidad de controlarla. Pudieron retrasar su maternidad en un momento en el que el uso de anticonceptivos empezaba a extenderse, redujeron drásticamente el número de hijos e hijas y buscaron fórmulas para permanecer en su empleo, tras el nacimiento de éstos. La incorporación de millones de mujeres al mercado laboral contribuyó al cambio social y económico del país (Toboso, 2009).

Queríamos ser independientes económicamente, pero a la vez teníamos impresos los mandatos de nuestra socialización escolar y familiar referentes a la importancia capital y responsabilidades derivadas de formar una familia. Con este doble propósito muchas mujeres como nosotras arribaron al mundo laboral, al funcionariado, siguieron trabajando en los sindicatos y en las organizaciones sociales, se incorporaron a los partidos políticos (Martínez et alii., 2009).

La incorporación de las mujeres al mercado laboral se hizo con un enorme coste y esfuerzo. En primer lugar porque se encontraron con la hostilidad de los varones, que creían que les iban a arrebatar el empleo. En segundo lugar, porque el trabajo remunerado no las liberó de las

tradicionales cargas familiares, por lo que una inmensa mayoría asumió una doble jornada, y finalmente porque la igualdad laboral ha sido más teórica que real ya que la mentalidad, y sobre todo la compaginación del trabajo fuera y dentro del hogar, ha limitado la promoción profesional de las mujeres. (Toboso, 2009).

De manera que las mujeres por razones varias tuvieron mucho que ver en los cambios de la España entre 1975 y 1982, siendo protagonistas activas generando una sociedad hoy más justa, más equilibrada y más libre sentando las bases para que se produzcan cambios importantes y avances en materia legal: agilización de la ley del divorcio, ampliación de la del aborto y aprobación de las leyes de igualdad, de violencia de género y de matrimonios homosexuales; en el terreno educativo: cada día acuden más mujeres a la universidad y tienen mejores resultados; en el ámbito laboral: cada día más mujeres tienen un trabajo remunerado; en acceso a la política: en la última legislatura hemos tenido un gobierno paritario y una vicepresidenta del gobierno y el número de alcaldesas, concejales y diputadas ha crecido de forma significativa. (Toboso, 2009).

En interminables reuniones y debates llegamos a la conclusión de que las mujeres teníamos cerebro y por tanto reducir nuestra vida al ámbito de la reproducción era, además de injusto y disfuncional, francamente frustrante, para las interesadas claro. Siempre nos ha parecido un fastidio esta práctica tan habitual de identificar a las mujeres como un colectivo más, junto a la juventud, los discapacitados o las minorías raciales. España no ha sido históricamente un país de vanguardia en la igualdad entre los sexos, sino más bien todo lo contrario. España estaba intentando mirar por encima de Los Pirineos a países con democracias avanzadas, pues era el territorio de donde venían los turistas, las películas y los libros prohibidos (Martínez et alii., 2009).

II.1.4 Evolución de los roles sociales en las últimas décadas

El feminismo ha puesto de manifiesto que el simple hecho de ser una mujer ha implicado tener un tipo particular de experiencia social y, por ende, histórica. Para comprender la relación entre los sexos es necesario comprender la historia humana como la relación social entre las clases, es importante considerar los cambios significativos en los roles respectivos de mujeres y hombres a la luz de cambios fundamentales en el modo de producción, pues afectan y conforman la producción en la familia y por tanto en los roles respectivos de hombres y mujeres (Ortiz, 2006).

Para comprender el lugar que tiene el sexo en el sistema biopsicosocial, consideramos que el cuerpo es portador de la diferencia anatomo-fisiológica que determina la adscripción a un sexo biológico. Podemos decir que existe un extremo corporal de hembra y otro extremo de macho intercalados por una gama continua de variaciones de cuerpo sexual, los intersexos, debido a motivos genéticos, biológicos y sociales diversos. Bajo esta conceptualización, se concibe el sexo corporal como un continuum que es necesario visualizar, porque el supuesto dimorfismo sexual

aparece como la norma heterosexual hegemónica (Butler, 2001), que deja excluida a las minorías sexuales, las cuales no son formas patológicas, sino de la normalidad humana (Velasco, 2009).

En la esfera de lo social, la relación y el vínculo con los otros y otras nos adscriben a identificaciones de mujeres y hombres. Estas identificaciones se construyen en la socialización primaria dentro de la familia en relación con las personas y funciones significativas (madre, padre, abuelo, hermana, hermano, etc.) y en el encuentro exogámico con el otro sexo en la adolescencia, así como en la posterior socialización secundaria, la escuela, la calle... Hoy día, los medios de comunicación tienen un alto potencial en la socialización secundaria transmitiendo modelos y normas. Así, hombres y mujeres se construyen como experiencia social que añade significados imaginarios al estado corporal de macho-hembra. Los signos sociales que se imprimirán serán distintos para mujeres de una etnia, o de un país, o de una clase social diferente. No hay una forma universal de ser mujer y hombre (Velasco, 2009).

Dentro de estas identificaciones aprendemos a representar los roles sociales correspondientes. Así los roles de género son los papeles y funciones que la sociedad asigna a cada posición sexual. Son recubrimientos imaginarios, los aprendemos, tendemos a representarlos y nos identificamos con ellos y van cambiando según cambian las concepciones sociales del momento (Velasco, 2009).

El tercer registro que conforma el sistema sujeto-sexo-género es el psíquico donde se trata de posiciones subjetivas femeninas y masculinas. Las representaciones psíquicas son construcciones no idénticas a la realidad, mediatizadas por el deseo, la fantasía, el lugar que ocupamos con respecto al otro, al otro sexuado, y los afectos que ese lugar nos provoca (Velasco, 2009).

En la medida en que lo imaginario se transforma en simbólico, por el paso de la interiorización de las representaciones sociales a representaciones psíquicas y sus producciones de identidad, las posiciones femeninas y masculinas son posiciones subjetivas, como tales pueden ser cambiantes de un momento a otro en la vida de una persona (Velasco, 2009).

Durante el siglo XVIII, la masculinidad no era diferente de la de la feminidad; ciertas figuras masculinas y femeninas se convirtieron a la vez en símbolos públicos que representaban la nación. Sin embargo, las mujeres como símbolos nacionales no representaban normas válidas de carácter general, como las virtudes que proyectaba la masculinidad, sino más bien las cualidades maternas de la nación. A principios del siglo XIX las mujeres retrocedieron y fueron confinadas a la esfera doméstica asignándoles la labor de dirigir la casa y educar a las hijas e hijos; no tenía lugar en la vida pública (Mosse, 2000).

Este modelo tradicional se enclava en el contexto y organización social de la revolución industrial y el capitalismo productivo. La organización social de los sexos se basó en la división

sexual del trabajo, mediante relaciones jerarquizadas con la asignación del espacio público y el trabajo productivo a los hombres, y el espacio doméstico y el trabajo reproductivo a las mujeres, penetrando estas funciones en el ideal de feminidad y masculinidad. Que los hombres se hayan hecho cargo del mundo público ha ido acompañado de que sean los depositarios de la propiedad, transmitida en la familia por vía paterna. Las mujeres han quedado colocadas como una propiedad de los hombres, y quien tiene la propiedad y el dinero tiene el poder (Velasco, 2009).

El papel asignado al hombre en el rol tradicional masculino está relacionado con el mandato fundamental que éste debería cumplir y que sería mantener signos de potencia, para estar en disposición de tener a la mujer en propiedad sosteniendo una posición de superioridad sobre ella. Para ello tenía que cumplir con atributos de ser fuerte, activo, independiente, autónomo, en definitiva, capaz. De forma homóloga el rol tradicional de las mujeres se apoyaba en el mandato de mantener signos de carencia para sostener una posición inferior al hombre y estar en falta para recibir de él, en una relación de pertenencia y subordinación. Los atributos supuestos de las mujeres eran la pasividad, receptividad, emocionalidad, abnegación, capacidad, sacrificio y entrega, dependencia, sumisión, resignación (Velasco, 2009).

El juego intersubjetivo está determinado por las posiciones interiorizadas, en el que el hombre es el sujeto activo de la relación siendo la mujer un objeto de sus deseos y finalidades, quedando borradas sus posibilidades de realización subjetiva a excepción de la maternidad. Para el hombre, la mujer es el objeto que completa su narcisismo con el “tener” a la mujer. La propiedad de este objeto le valida como hombre. La familia es la estructura social básica en la que se mantiene esta relación de poder y su transmisión (Velasco, 2009).

Hombre y mujer tradicionales establecen sus relaciones en figuras disociadas. Para el hombre la mujer legítima, real o potencial madre de sus hijos/as, transmisora de su patronímico, garante de su honor manteniendo clara su propiedad en exclusiva, no ha de estar sexualizada, es objeto subordinado y no debe tener deseo activo, tampoco deseo sexual (Velasco, 2009).

A lo largo del siglo XX, el modelo tradicional fue subvertido debido al cambio social que produjo la incorporación de las mujeres a la educación, al trabajo y a la vida pública. La estructura del vínculo entre mujeres y hombres ya no se basa en crear una familia mediante un contrato matrimonial, sino en formar una pareja, que pasa a ser el núcleo social básico. La pareja se constituye con los motivos del amor, la satisfacción de necesidades íntimas y para compartir y crear una familia no jerarquizada, en la que ambos contribuyen al mantenimiento y son propietarios en principio, en igualdad de condiciones. En este proyecto de unión que implica a ambos, la pareja no es permanente sino que dura lo que dura el amor, o lo que dura la crianza de los hijos, o hasta que se produce divergencia de proyectos, o hasta que uno de los dos, o ambos, desea y decide establecer el vínculo con otra persona. La unión de pareja puede ser también entre personas del mismo sexo. Tener hijos o hijas ya no es un mandato, es electivo y cuando se tienen, son un producto del proyecto en común (Velasco, 2009).

Lo que caracteriza a los roles que desempeñan hombres y mujeres en la pareja, es la multifuncionalidad de ambos. A los hombres se le añaden funciones domésticas, que al no ser remuneradas y socialmente invisibles, pueden hacer dejación y no cumplir. Además, los hombres acceden a roles maternantes con las hijas e hijos y también de cuidado hacia su compañera. Las mujeres, sin abandonar las funciones de su antiguo rol doméstico y maternal, se añaden funciones sociales y trabajo productivo y funciones paternas de ley, decisiones y educación de la prole. Ello las lleva a recibir más sobrecarga multifuncional en caso de que su compañero evada las suyas (Velasco, 2009).

A finales del siglo XX y en el transcurso del siglo XXI, la sociedad occidental se caracteriza por el paso del capitalismo productivo al de consumo. Esta organización socioeconómica conlleva el desplazamiento de los valores e ideales sociales hacia la realización individual a través del éxito personal y social, cuyos indicadores principales son la capacidad de consumo de bienes materiales y el confort (Velasco, 2009).

En el modelo de vida basado en el valor de lo material y la riqueza, el hedonismo, la felicidad permanente, se trata de acumular posesiones constantemente renovables que significan el éxito y la felicidad (Conde, 2000; Moreno 2000). Estar bien, pasarlo bien, tener un entorno de posesiones y seguridad material, éxito en el trabajo, amigos incondicionales, familia perfecta, goce inexcusable, sexualidad siempre activa, resistencia a ultranza contra la enfermedad, belleza y juventud permanente, etc. La competitividad entre individuos se convierte en un valor (Velasco, 2009).

Debido a este mandato de éxito material, el cuerpo es ahora el que representa al individuo. No es un cuerpo habitado por su historia (Tubert, 2001), sino un cuerpo construido frente al espejo que son las imágenes de los cuerpos de los otros y que se nos ofrecen como modelos (Velasco, 2005). Por tanto, a través de la imagen propuesta socialmente, se reflejarán los signos del éxito, la belleza y el disfrute, y esto es lo que produce efecto en los trastornos de la imagen corporal, paradigma de vulnerabilidad de género contemporáneo (Velasco, 2009).

En este contexto, el núcleo social básico ahora ya no es la familia, ni la pareja, sino el individuo. Los individuos se unen en pareja para cooperar en los proyectos individuales de ambos. Se trata de uniones no jerarquizadas, en las que el valor prioritario es la libertad individual (Velasco, 2009).

Caracteriza a los roles de género contemporáneos ideales igualitarios. Es la generación de jóvenes actuales que se han socializado en un contexto crítico y alerta contra la asignación de roles subordinados a unas y de poder a otros. Por ello, los roles son ya multifuncionales e igualitarios para los sexos. La diferencia por sexos que no se encuentra en los roles reaparece determinante en la imagen del cuerpo; el ideal masculino de belleza es fuerte y potente y el femenino es débil, infantil y enfermizo. Las exigencias e ideales sociales para personas de

cualquier sexo son la realización y el éxito personal, profesional, apareciendo en el panorama el éxito sexual visible, que no figuraba hasta ahora sino de forma sigilosa en la masculinidad tradicional. Los problemas empiezan cuando aparece competitividad y rivalidad entre ambos sexos, que puede venir asociada a los diferentes desarrollos y logros de cada uno (Velasco, 2009).

El vínculo en la subjetividad que guía la intimidad de la pareja, tiene el amor como horizonte, apoyándose en mantener el interés del otro, y este interés tiene mucho que ver con el interés y satisfacción sexual. La inmediatez y el individualismo, ponen el amor en un aprieto, al ser prioritarias la libertad individual y los logros personales, tramar vínculos más permanentes y poco prácticos con el otro es más problemático. Un motivo de conflicto es el deseo asincrónico de maternidad o paternidad, tener hijas e hijos es un proyecto individual como cualquier otro. Las formas de convivencia también han cambiado, parejas hetero, homosexuales, con o sin descendencia, conviviendo o no, monoparentales o reconstituidas, dan lugar a diferentes alianzas afectivas y de cooperación. La red de amigos/as puede ser el vínculo y apoyo que antes cumplía la familia. A menudo se cambia más de pareja que de amistades (Velasco, 2009).

En todos estos procesos, hay algunas consecuencias conflictivas que producen vulnerabilidad, tras cada separación la persona tiene que re-identificarse en soledad y después volver a recrearse en identificación con una nueva pareja (Velasco, 2009).

Como último modelo que determina roles sociales tenemos el de género igualitario. Es el modelo de horizonte tanto de las generaciones adultas como de las más jóvenes. Se trata de relaciones comprometidas entre los sexos en pie de igualdad social e íntima. Posiblemente la pareja igualitaria, que puede incluir personas de cualquier sexo y orientación sexual, sea el modelo protector de género, ya que la vulnerabilidad procede en última instancia de las relaciones de poder, y de las relaciones que objetalizan a uno de ambos y de las contradicciones entre los ideales sociales y los personales (Velasco, 2009).

II.1.5 Determinantes sociales y la salud. Factores psicosociales determinantes de salud

La salud de mujeres y hombres es diferente y es desigual. Diferente porque hay factores biológicos que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad. Desigual porque hay otros factores, explicados en parte por el género, que afectan de una manera injusta la salud de las personas (Rohlf et alii., 2000).

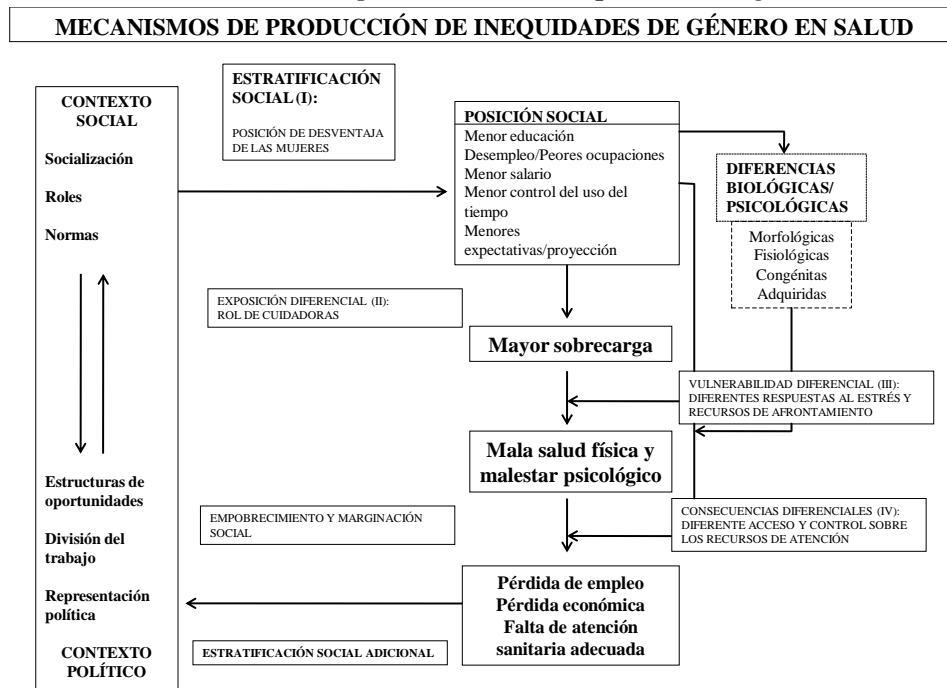
Los modelos conceptuales más utilizados para explicar diferencias y desigualdades en los roles desempeñados por hombres y mujeres se pueden identificar en dos tipos:

a. Los biológicos-genéticos que propugnan que las diferencias sexuales biológicas entre mujeres y hombres se traducen en diferencias genéticas, hormonales y fisiológicas, factores que marcarían riesgos de enfermar diferenciales.

b. Los modelos socioculturales determinados por las coyunturas sociales y políticas, los que determinan las normas reguladoras de los comportamientos de las personas en todas las esferas: doméstica, ocupacional-profesional, cuidados, aptitudes, ocio, etc. (Scott, 1988 y García, 2004).

Los distintos comportamientos en el uso de servicios sanitarios o en la verbalización de los problemas de salud y el peor estado de salud de las mujeres se explica en buena parte por unos roles sociales determinados por el sexo, más desfavorable para ellas. (Lennon, 1995 y Ferrer-Pérez et alii., 1997).

Cuando los procesos psicosociales son debidos a las formas de vida como hombres y mujeres, son procesos psicosociales de género que pueden imprimir vulnerabilidad. Los distintos modelos de género dan lugar a los estereotipos sociales de género, que presuponen una forma de funcionar de mujeres y hombres, y por tanto, influyen en lo que sanitarios y sanitarias esperan de las y los pacientes que atienden y en el método de atención clínica llevada a cabo, dando lugar a los sesgos de género en la atención. (Velasco, 2009).

Cuadro II.1. *Mecanismos de producción de inequidades de género en salud.*

Fuente: E.A.S.P. Curso sobre incorporación del enfoque de género como herramienta de trabajo en salud. Modelos explicativos de las desigualdades de género en salud M^a del Mar García Calvente; 2007.

La vulnerabilidad para las mujeres y para los hombres procede del conflicto que se genera en la asunción de roles de ambos. En el caso de la mujer que desempeña un rol de género tradicional, la vulnerabilidad procede de las limitaciones del rol al imponer la reclusión en el espacio doméstico y la relación de dependencia tanto económica como emocional en la que queda. Mabel Burin (1994), en un estudio realizado en 1992, sobre las subjetividades vulnerables en mujeres por factores de distintos modelos de género, llama “estados tóxicos” a esas situaciones de aislamiento y estar en función de otros, en la que apenas hay disponible alguna vía de realización. (Velasco, 2009).

Los malos tratos o violencia de género y los abusos sexuales, son procesos de alta vulnerabilidad que afectan a la salud de las mujeres de forma crónica (López, 2002; Blanco, 2004, cf.: Velasco, 2009); así mismo, por la función de cuidadora y soporte de los otros, tanto personas dependientes o independientes (hijos, hijas, marido, personas mayores, etc.) (García, 2004). Su actividad procede de las personas a su cargo, esto produce un desequilibrio que conlleva carencia de proyectos propios, lo que contribuye a un vacío subjetivo. Estas cargas del rol dependiente y de cuidadora fueron los procesos psicosociales más frecuentes encontrados en mujeres con trastornos mentales comunes, somatizaciones y dolor sin causa orgánica en consultas de atención primaria (Velasco et alii, 2007). Por ejemplo, hay momentos en que una mujer sometida a la función de cuidadora y dañada claramente por ello, no puede delegar, buscar ayuda, etc.) porque se siente culpable de hacerlo, se siente mala madre o mala esposa. O si está sometida a malos tratos por la

pareja, tarda en sentirse con derecho o capaz de dejarlo o denunciarlo, porque se siente obligada a permanecer (Velasco, 2009).

Otros conflictos que generan vulnerabilidad en la mujer para cumplir con su ideal, son los conflictos de pareja, separación, malas relaciones, la infertilidad, o las pérdidas de embarazo, así como el rechazo a un embarazo (Velasco, 1995, cf.: Velasco, 2009). A todo ello se le puede sumar la carga de culpabilidad por la idea de ser “mala madre” si el resultado de la educación de los hijos e hijas no es la deseada, o si éstos tienen problemas o incluso enfermedades (Velasco, 2009).

Para los hombres la vulnerabilidad procede de los efectos de la necesidad de mantener siempre posiciones de potencia y de propiedad sobre la mujer. En las caídas del rol de sostenedor de la familia y de la relación de propiedad con la mujer, cae su autoestima. Los conflictos de pareja fueron el primer proceso psicosocial en hombres asociados a síndromes de malestar. Es más propio de la posición masculina tradicional reaccionar ante ello con agresividad, violencia y consumo de tóxicos, pudiendo derivar en somatizaciones y estados de ansiedad y depresivos. El imperativo de mantener siempre una potencia sexual disponible y su asociación simbólica con la posición de potencia en general, hace que cualquier caída simbólica de esa potencia, como pérdida del trabajo, abandono de la mujer, desvalorización social, o incluso el envejecimiento, pueda repercutir también en impotencia sexual, lo cual conlleva a su vez estados anímicos muy vulnerables (Velasco, 2009).

La transición de género ha traído a mujeres y hombres procesos protectores procedentes de la salida de relaciones de poder/subordinación. Es un factor de protección principal para la salud de las mujeres, la autonomía e independencia a través de vías de realización como el trabajo, el saber, el encuentro con los otros y la participación en la vida pública. Para los hombres son factores de protección para la salud, la liberación de la carga de mantenimiento del poder y la potencia a ultranza, acceder a la sensibilidad y la afectividad antes vedada, el acceso a una paternidad maternante con posibilidad de vivir la ternura, cuando antes era sólo paternidad autoritaria (Velasco, 2009).

Pero la transición conlleva también procesos de vulnerabilidad que proceden de la acumulación de funciones y roles y de la coexistencia de ideales contradictorios antiguos y nuevos que conllevan a veces desajustes y desencuentros en las relaciones (Velasco, 2009). Los conflictos de pareja son el primer problema psicosocial asociado a síndrome de malestar en hombres y el segundo en malestares de mujeres. Están envueltos en la alta demanda mutua de los miembros de la pareja en transición, la demanda de amor, la exclusividad y permanencia aún por imperativos antiguos, son expectativas que han recaído sobre la pareja. La cooperación esperada para hacer avanzar los proyectos personales no se produce de forma igualitaria. Los peores conflictos preceden de la decepción del amor, de la ruptura de la fidelidad, de las sobrecargas

funcionales de la mujer y de la falta de compromiso para la paternidad/maternidad (Velasco, 2009).

La doble jornada (trabajo remunerado y doméstico) y triple jornada laboral (trabajo remunerado, doméstico y cuidado de dependientes) es un proceso de vulnerabilidad de alto impacto en las mujeres transicionales. Muy especial impacto para las mujeres tienen las nuevas formas de relación entre ambos sexos que arrojan el resultado de nuevas estructuras familiares: doble jornada laboral con carga monoparental en soledad, en las que la mujer sufre una sobrecarga al acumular, el trabajo remunerado, el avance en su profesión, el sostén de la casa y de hijas e hijos, etc. y todo ello en soledad afectiva (Artazcoz, 2007, cf.: Velasco 2009). Una parte de mujeres encuentran obstáculo social al avance de la carrera laboral en el problema del *techo de cristal*, que radica en la subjetividad que sustenta el mandato social (Velasco, 2009).

Para muchas mujeres, la maternidad sigue siendo una expectativa y un deseo, pero debe encontrar su lugar en medio de todos los demás proyectos vitales, con lo cual tienden a retrasarlo; ese retraso y a veces imposibilidad de la maternidad da lugar a la aparición de frustraciones. Las mujeres en esta transición de género pueden sufrir también la caída del ideal de “buena madre” por problemas con los/las hijos/as y también puede sufrir las dificultades en el paso de etapa del ciclo vital que exigen redefinir la feminidad (Velasco, 2009).

Para los hombres la vulnerabilidad está asociada fundamentalmente a los conflictos de pareja que surgen, cuando ante situaciones en las que el hombre queda en pie de igualdad con su pareja y pierde el ideal de ser sostenedor de la familia. Por otra parte la mujer espera de él una implicación emocional como sujeto, para la que no tiene modelo. Estas situaciones derivan en tres efectos: la inhibición, propia de hombres con recursos personales y que quedan a la espera de encontrar el ideal o el modelo para seguir; en segundo lugar está el uso de la prostitución, que le lleva a practicar una relación con la mujer como objeto sexual permitiéndole tener temporalmente una fantasía de potencia, compensando un poco la impotencia que siente ante la mujer sujeto; la violencia es el tercer efecto utilizado como recurso por hombres psíquicamente más atávicos, que independientemente de la clase social, reaccionan con agresividad ante la mujer sobre la que sienten que pierden el poder (Velasco, 2009).

Probablemente el cambio de género más significativo del siglo XXI, es en la feminidad y la masculinidad. Sin duda, la caída del orden patriarcal ha hecho caer las definiciones de lo que es un hombre o una mujer y se han multiplicado las opciones de identidades sexuales. ¿Qué es la feminidad y la masculinidad?, ahora es una incógnita y es claro, en cualquier caso, que son construcciones culturales, que varían según el momento y según cómo lo interpretan sus portadores y portadoras (Velasco, 2009).

El proceso de vulnerabilidad de mayor impacto en el modelo contemporáneo procede del modelo corporal. Una parte del ideal de feminidad se ha focalizado en el cuerpo, en la imagen y

es donde la dicotomía de género toma forma. Para la mujer el ideal de feminidad se asocia a delgadez extrema que además es infantilizada, tierna, etérea, fantástica, que coloca de nuevo a la “fémica” en un lugar objetal, inferior, pasivo, expectante para ser tomada y protegida. Por otro lado, ha de conjugarse con un imaginario de objeto sexual, una imagen seductora, sexy, extravagante... (Gabriela Buzzatti y Anna Saltes, 2001; cf.: Velasco, 2009).

Estos modelos están contribuyendo a los trastornos de la imagen y la alimentación (Silvia Tubert, 2001 y 2005; cf.: Velasco, 2009), esclavizando a las mujeres que tienen apoyada su realización en la consecución de la imagen de éxito. Es protector de esta situación tener otras vías de socialización como el trabajo, saber, creación, maternidad... (Velasco, 2009).

El ideal de cuerpo masculino es fuerte, en acción, magnético, y también si empre seductor, sexy y lujoso. Seguirlo conlleva empuje al consumo, a la dieta, a cuidados estéticos, la actividad física y a la cirugía plástica. Se puede acompañar también de insatisfacción con el propio cuerpo, la vigorexia, y estados de ansiedad y depresión (Velasco, 2009).

La protección en cuanto al género, se relaciona siempre con la ruptura de posiciones de poder/subordinación y alcanzar posiciones subjetivas igualitarias entre los sexos. En el modelo de género igualitario, por el momento, no podemos identificar factores o procesos de vulnerabilidad de género, sin embargo, las personas que lo siguieran podrán seguir estando expuestas a otros factores psicosociales como la soledad, las pérdidas, el desarraigo, la exclusión social y factores socioeconómicos, nivel de estudios, situación laboral, etnia y cultura de origen, todos ellos factores psicosociales de riesgo para la salud (Velasco, 2009).

Cuadro II.2. *Modelo de los determinantes de la salud de la mujer. Arber, 1997*

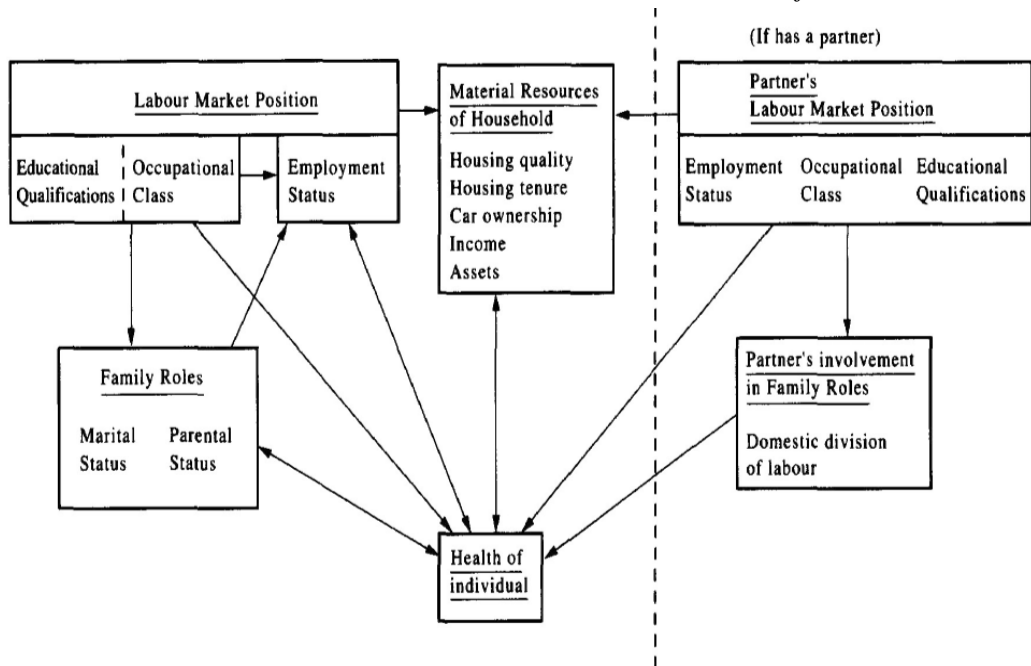


Fig. 1. Model of factors influencing women's health.

Fuente: Carmen Borrel (2007). *Género, clase social y salud*. En: Incorporar el enfoque de género como herramienta de trabajo en salud. Desigualdades de género en el estado de salud y en la atención sanitaria.

II.2 MUJERES, SALUD Y EL CUESTIONARIO

II.2.1 La salud de las mujeres

Las necesidades particulares de las mujeres han sido desatendidas como resultado de modelos de salud centrados en los hombres. Sus necesidades son el resultado de una amplia variedad de condiciones de salud de las mujeres que ocurren a través del ciclo vital, y no exclusivamente a los problemas de salud reproductiva¹⁴.

a) Patologías obstétrico-ginecológicas desde el punto de vista psicosomático, consideradas en el cuestionario de Salvatierra y Cuenca: pelvialgia crónica, malestar menstrual, disfunción sexual.

– *Pelvialgia crónica*

Según el documento de consenso de la S.E.G.O. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) (2002) el dolor pélvico crónico o pelvialgia crónica es la queja de un cuadro doloroso en la porción inferior del abdomen, región sacra o periné que tiene una duración superior a seis meses. Aunque hace años se exigía, para catalogar este cuadro, una duración superior a un año, últimamente se ha acortado el plazo y cada vez más autores y autoras se inclinan por los seis meses como tiempo suficiente para darle entidad de crónico. En este concepto podemos incluir cuadros con remisiones temporales pero que mantienen cierta constancia en el tiempo como, por ejemplo, los dolores cíclicos. Aunque el origen de este dolor puede ser muy variado, es importante la referencia por la paciente del interior de la pelvis para descartar de entrada el origen osteoarticular o neurológico. La presencia de dispareunia, esterilidad, o relación con el ciclo son cuestiones importantes a tener en cuenta como referencia del origen ginecológico del problema. Aparte de los aspectos ginecológicos, serán de especial interés los síntomas digestivos, urinarios (disuria) generales (astenia, cefaleas, febrícula) y vasculares (S.E.G.O., 2002).

Para Nuria Domínguez la descripción del dolor se puede hacer según tres áreas: la *duración* que hace referencia a cualquier tipo de dolor pélvico que dure seis meses o más, la *anatomía* narra el dolor pélvico crónico que carece de aparente causa física suficiente para explicar el dolor, en cuanto al *área afectivo conductual*, el dolor va acompañado de modificaciones en la actividad física, laboral, sexual y estado anímico de la mujer afectada (Domínguez, 1996).

14 Curso *Desigualdades de género en salud*. En II Experta en género y salud. Coordinado por María del Mar García Calvente, 2009-2010.

El dolor pélvico crónico supone para el/la especialista un duro reto que incluso lo puede llevar a la frustración profesional (Navarro et alii., 1989). Esto se explica por la complejidad de las estructuras englobadas en esta región anatómica, por su rica inervación, con componentes viscerales simpáticos y parasimpáticos y por la multitud de cuadros sintomáticos que engloban la manifestación de este dolor. Por tanto nos vamos a encontrar con un cuadro multicausal, tal que a la hora del diagnóstico de este síndrome doloroso, nos debe llevar a tener en cuenta todas las estructuras que se encuentran en la pelvis. Unas de ellas pertenecientes a los órganos que conforman el aparato reproductor de la mujer, otras a la estructura urológica, al sistema gastrointestinal, o a los componentes neuromusculares y traumáticos, así como, a aquellos factores causales que pueden estar dependiendo de trastornos del sistema metabólico como anemias. En todos ellos hay que analizar la importancia del papel de los aspectos psicológicos y sociales que llegan a jugar en el desarrollo y la perpetuación de un dolor de estas características (Vidal et alii, 2000).

La importancia del problema deriva de dos cuestiones: por un lado, de la magnitud del problema, ya que afecta aproximadamente de un 10% a un 30% de todas las consultas ginecológicas, es responsable del 10% al 35% de las laparoscopias y del 12% de las histerectomías (Domínguez, 1996; Vargas-Romero, 1987) y, por otro, de la propia cronicidad del cuadro, por lo que en muchas ocasiones la paciente ya ha sido estudiada por otros especialistas ginecólogos o no, y habitualmente ha tenido distintos diagnósticos y ha hecho diferentes tratamientos sin haber conseguido un resultado claro. En pocos cuadros como este se impone una anamnesis lo más pormenorizado posible, sin ningún tipo de prisas, en la que es fundamental que la paciente describa el dolor, el tipo, la localización, la irradiación, las agravaciones, las mejorías, etc. (S.E.G.O., 2002).

En un estudio realizado por Vargas Moreno en 1987 sobre 50 pacientes que consultaron por dolor pélvico ginecológico en clínica hospitalaria, se pudo observar que el mayor porcentaje de casos estaba comprendido en las edades de 21 a 30 años y los menores porcentajes se obtuvieron en mujeres con edades inferiores a 21 años y mayores de 50. Al estudiar la clase socioeconómica, en la clase social baja y en el grupo de mujeres de menor nivel educativo se agruparon el mayor número de casos que presentaban el dolor pélvico. Este malestar crónico se observó en mayor porcentaje en múltiparas y nulíparas, con pareja, con una menarquía temprana entre los 9 y 13 años y ciclos menstruales anormales en el 44% de los casos, estando relacionado éste con la aparición del dolor en el 38% de los casos. La localización más frecuente del dolor fue en fosas ilíacas. En cuanto a los antecedentes quirúrgicos encontrados en estas pacientes señalamos la cesárea, ooforectomía, legrado, histerectomía y esterilización tubárica (Vargas-Romero, 1987).

El síntoma doloroso que acompaña a este cuadro clínico no se presenta casi nunca solo, con gran frecuencia se acompaña de otra sintomatología crónica, como el insomnio, cefalea,

síntomas neurovegetativos, deficiente sexualidad, fobias diversas y depresión. Esta sintomatología multicausal, en muchos casos, la paciente no la expresará de modo natural y espontáneo al clínico, el cual debe explorar a través de la anamnesis la vida psicosocial de la mujer tratando de identificar factores en los que el dolor esté incidiendo (Navarro et alii., 1989). Una de las áreas exploratorias fundamentales de conocer, en esa situación de malestar que envuelve a la mujer, es la sexualidad y los conflictos que puedan estar surgiendo entre la pareja o en cualquier otro ámbito relacional, así como posibles antecedentes que hayan podido incidir en su estado emocional.

La pelvialgia crónica sin causa orgánica demostrable es un motivo frecuente de consulta ginecológica y ha sido atribuida a muchas alteraciones no consideradas clásicamente por la patología ginecológica (Parrilla et alii, 1979).

A lo largo de la historia son múltiples las teorías que han querido explicar la etiopatogenia del síndrome de pelvialgia crónica. Podemos resumirlas en teorías organicistas que tienen como causa el varicocele, la parametritis, la congestión pelviana, alteraciones neurálgicas y el síndrome de Allen y Masters, teorías basadas en alteraciones de la sexualidad, teorías nerviosas y teorías psicológicas (Allen y Masters, 1955). Prill, en 1954 abogó por la multiplicidad etiopatogénica de la pelvialgia crónica. El autor alemán diferenció cuatro grupos de pacientes que podían explicar todas y cada una de las teorías que intentaban justificar el origen de esta patología (Prill, 1954).

Un primer grupo, constituido por mujeres que se quejan de dolor lumbosacro, cansancio y cefalea cervical. El tacto de las paredes y de la pelvis mostraba gran sensibilidad, singularmente la cara posterior de la sínfisis púbica y la cara anterior del sacro, así como las articulaciones sacroilíacas. Estos casos los explica la “osteopatía ovárica” de Burckhart-Socin, la cual es favorecida por una insuficiencia ovárica secundaria, aunque parece más seguro atribuirlo a lesiones osteoarticulares producidas durante el parto.

Otras pacientes con dolor profundo con dispareunia marcada y en las que se provoca intenso dolor al presionar el fondo de Douglas y movilizar el cérvix uterino con retracción y endurecimiento de los parametrios, especialmente los posteriores. El tacto rectal es particularmente molesto. La causa es la “parametropatía espástica” de Martius.

El tercer grupo lo componen aquellas mujeres con dolores y molestias difusas y profundas con sensación de malestar y ocupación pélvica, acompañadas de variada sintomatología (disuria, leucorrea, etc.) en las que se encuentra engrosamiento uterino, retroflexión, empastamiento anaxial, coloración congestiva del tracto vaginal y con frecuencia, cervicitis. Prill considera estos casos como típicos de “congestión pelviana”.

El cuarto y último grupo serían aquellas mujeres que señalan el bajo vientre como la zona dolorosa, pero no se llega a la localización de la sensación álgida, e incluso el tacto vaginal es indoloro. En este caso hablaríamos de “neuralgia” (Cotte, 1929, cf.: Jiménez y Rosas, 1987).

Jiménez y Rosas realizan un estudio de investigación sobre el comportamiento psicológico en 50 mujeres que padecen pelvialgia crónica y utilizan un grupo control formado por 30 mujeres procedentes de las consultas de ginecología general y planificación familiar. Toda la muestra fue sometida a un protocolo de investigación somática que recogía variables de tipo socioeconómico, antecedentes personales relacionados con el ciclo menstrual y el parto, variables de sexualidad y anticoncepción así como otras variables encauzadas a la caracterización del dolor y a identificar otros síntomas asociados a otros órganos abdominales. En los resultados obtenidos en el estudio se caracterizaron dos grupos de pacientes con pelvialgia crónica, bien diferenciados: el primero, fue denominado mujeres con “pelvialgia crónica funcional”, compuesto por 31 mujeres (62% de los casos) en las que no se encontró ningún tipo de alteración patológica, de ellas un porcentaje bajo de mujeres con congestión pelviana, el 25% presentaba patología ósea pero que desde el punto de vista ortopédico no se explica la pelvialgia y en un 22,58% existe un proceso infeccioso de cérvix o vía urinaria que cede, el cuadro álgico, tras ser sometida al tratamiento oportuno; el segundo grupo fue denominado “pelvialgia crónica orgánica” formado por 19 mujeres de las cuales el 57,89% estaban dentro de la denominada “patología clásica” generada por pequeños focos endometriósicos, ligeras anexitis crónica, pequeños quistes foliculares y síndrome adherencial; la causa manifiesta de dolor en el 21% de los casos fue el varicocele y en el mismo porcentaje el síndrome de Allen y Masters (Jiménez y Rosas, 1987).

Podemos dar por sabido el carácter multicausal del cuadro de algia pélvica, a partir del planteamiento teórico etiopatogénico recogido de los estudios exploratorios presentados en este documento. Varios son los estudios cuyos objetivos se han orientado a explicar la multifactorialidad del cuadro clínico. En un trabajo de investigación realizado por Florido (Florido et alii, 1988), previo a la realización de laparoscopia por pelvialgia crónica, se estudia a las mujeres desde el punto de vista psicológico y sexual. Las pacientes con genitales internos normales presentaron una mayor tasa de rechazo de embarazo, sexualidad más insatisfactoria, tendencia a la culpabilidad e inestabilidad, respecto del grupo de lesiones orgánicas, que se reveló como el más estable desde el punto de vista psicosexual (Florido et alii, 1988). Por otra parte, Navarro (1989) realiza un trabajo de investigación en 118 mujeres afectadas de dolor pélvico crónico, sistemáticamente laparoscopiadas para su correcto diagnóstico, en confrontación con un grupo control de 35 mujeres de semejante edad y medio social, sin dolores crónicos. La información se recogió a través de un protocolo que indagaba aspectos psico-socio-sexuales relacionados con la esfera de la sexualidad de la paciente, del trabajo, presentación de conflictos importantes, la identificación de algún sufrimiento significativo en alguna época de su vida y el padecimiento de enfermedades psiquiátricas fundamentalmente depresión o neurosis obsesivas. Como conclusiones de esta investigación, la población de mujeres estudiada presenta una incidencia elevada de insomnio, dispareunia, trabajo excesivo, sexualidad insatisfactoria,

antecedentes de neurosis, existencia de conflictos graves o prolongados. Las mujeres con algias pélvicas crónicas presentan diferencias significativas sobre el grupo control respecto a, la acumulación de conflictos prolongados, neurosis, depresión y deficiente sexualidad. El grupo con endometriosis respecto al grupo control presenta diferencias significativas en cuanto a la mayor frecuencia de trabajo excesivo y de conflictos prolongados, pero no en cuanto a la mayor frecuencia de neurosis o de sexualidad insatisfactoria (Navarro et alii., 1989).

En la revisión sistemática de publicaciones, realizada por Jones et alii. (2002), sobre la relación que existe entre la calidad de vida y las enfermedades ginecológicas benignas, parece evidenciar que las mujeres con dolor pélvico crónico informan de una peor calidad de vida en relación con su salud y Domínguez (1996) apunta sobre la necesidad de estudiar la relación del dolor pélvico crónico con la incapacidad laboral y días de baja así como la necesidad de realizar estudios sobre los costes económicos directos e indirectos que genera esta patología (Domínguez, 1996).

Los resultados obtenidos en estos estudios deben utilizarse en la práctica clínica ginecológica, como una aproximación hacia la búsqueda de las causas para el diagnóstico del dolor pélvico; una búsqueda con un enfoque multidisciplinar (Vidal et alii., 2000) y que debe ser completada con una anamnesis y pruebas diagnósticas y exploratorias (Navarro et alii., 1989).

La evaluación del dolor pélvico crónico se iniciará con una batería de preguntas orientadas a la caracterización del dolor, antecedentes personales y familiares, a la investigación de factores medioambientales y profesionales y antecedentes de abuso sexual. Junto a estos, los antecedentes relativos a la historia ginecológica de la mujer evaluada se entrevistarán previamente a la exploración física ginecológica, encaminada a determinar con la máxima precisión la localización del dolor y sus manifestaciones anatomofisiológicas. Concluiremos los pasos a seguir para una correcta valoración de este cuadro álgico, la realización de exploraciones complementarias analíticas, radiológicas, ecográficas y, en caso de necesidad, la laparoscopia como instrumento diagnóstico fundamental en la evaluación del dolor pélvico crónico (Domínguez, 1996).

– *Malestar menstrual*

Al realizar una revisión bibliográfica sobre malestar menstrual lo primero que observamos es la diversidad de términos sinónimos que pueden llegar a caracterizarla. Así nos encontramos denominaciones como malestar menstrual, dolor menstrual, dismenorrea o menalgia, síndrome premenstrual (Larroy, 1989).

Este fenómeno que afecta a un número muy elevado de mujeres (Martín, 1988, cf.: García 2006), puede ser estudiado por diferentes modelos:

- Modelo biomédico: se basa en las fluctuaciones hormonales anormales o excesivas que acaban en estados anímicos igualmente anormales, que requieren de tratamiento médico (Frank, 1931; Dalton et alii., 1987; Schmidt et alii, 1998; cf.: García, 2006).
- Modelo psicosomático: no se teoriza anormalidad ovárica alguna y en su lugar argumenta que existe algo de la psicología de la mujer (contradicciones internas) que causan intensificación de los cambios que se producen normalmente en su ciclo ovárico (García, 2006).
- Modelo psico-social: reconoce a los factores externos los causantes de las molestias de la mujer. Asegura que son las creencias negativas sobre la menstruación los que la conducen a desarrollar expectativas negativas en una determinada fase del ciclo (Marván y Escobedo, 1999; Marván y Cortés-Iniestra, 2001; Marvan et alii, 2001 y 2002; cf.: García 2006).
- Modelo antropológico: estudia la construcción social del Síndrome Premenstrual (SPM): “la cultura determina qué grupos de signos y síntomas son reconocidos como enfermedad, de manera que experiencias fisiológicas similares serán descritas como enfermedad en algunas culturas pero no en otras”. Johnson (1987) y Rodin (1992) afirman que mientras las experiencias premenstruales son reales, su construcción como enfermedad es específicamente cultural (Johnson, 1987; Rodin, 1992, cf.: García, 2006).

El síndrome premenstrual se ha convertido en un problema clínico y para las mujeres, pues más de tres cuartas partes de todas padecen síntomas (Martín, 1988; cf.: García 2006). Al ser un trastorno exclusivamente de este grupo poblacional se le resta importancia. Stein en 1978 comenta *si por arte de magia comenzasen a ser los hombres, y no las mujeres, los que menstruasen y sufrieran dismenorrea, es muy probable que el Congreso de los Estados Unidos fundara, con carácter de urgencia, un Instituto Nacional para el Estudio de la Dismenorrea, destinado a la búsqueda de técnicas que eliminasen los dolores menstruales* (Stein, 1978, cf.: García, 2006).

Las actitudes recogidas por Bayés et alii, (1987) en un estudio realizado con universitarias dismenorreicas en 1987, evidencia en general, que a los profesionales a los que se habían dirigido estas pacientes no mostraban ningún interés por estas consultas. En la mayoría de los casos se limitaban a responder que el dolor menstrual era un suceso normal, que remitía con el tiempo o con la llegada de descendencia; en otros casos se limitaban a recetar algún fármaco (Bayés et alii., 1987).

Al nombrar los malestares menstruales se puede utilizar términos diferentes que comparten características comunes y otras complementarias. Así podemos hablar de dismenorrea como cualquier disfunción relacionada con el ciclo menstrual, ya fuera retraso o desaparición de la menstruación (amenorrea); dolor y molestias durante la menstruación (menalgia), cambios en la duración o intensidad de la hemorragia, etc. (Larroy, 1989). La irregularidad en el ciclo menstrual determina las actividades sociales ya que no permite prepararse ni higiénica ni psicológicamente para la menstruación (Almendro et alii, 1991). Tejerizo et alii. (2001) definen dismenorrea como un síndrome doloroso, generalmente de tipo cólico en la parte inferior del abdomen que precede o acompaña a la menstruación (Tejerizo et alii., 2001; Almendro et alii., 1991; García, 2002a). Por lo regular, se produce en mujeres jóvenes nulíparas con resultados normales en el examen pélvico, que es uno de los trastornos más frecuentes de las adolescentes, y puede representar entre el 48% y el 90% de todas las consultas realizadas por éstas, provocando su intensidad y frecuencia altos índices de absentismo escolar y laboral; por lo que la dismenorrea se considera un problema de salud pública en la población adolescente (Clayton, 2008; García, 2002b).

Para García Laborda (2002a) la dismenorrea es un término que procede del griego y significa flujo menstrual o menstruación dificultosa. Es un dolor pélvico, en la zona más baja del abdomen, recurrente, que causa estrés físico y psíquico (Almendro y Martínez, 1991; Callizo y Cerdán, 1991; Gómez y Martínez, 1991, García, 2002a).

Definiríamos ciclo menstrual como el conjunto de acontecimientos fisiológicos (causados por factores hormonales, cervicales, neurológicos, contracciones uterinas y la influencia de las prostaglandinas) y psicológicos (Denney y Gerrard, 1981; cf.: Gómez y Martínez, 1991). La psicobiología estudia la relación estrecha entre los cambios hormonales y psicológicos. El fenómeno de la menstruación es multidimensional ya que se dan en él toda una serie de influencias recíprocas que no son sólo biológicas o psicológicas sino también sociales (vertientes antropológicas y culturales) (Gómez y Martínez, 1991).

Según su intensidad la dismenorrea se puede clasificar en (Clayton, 2008; García, 2002a):

- *Formas leves*, cuando su duración sobrepasa un día y no existe sintomatología sobreañadida.
- *Formas moderadas*, cuando el dolor persiste 2 ó 3 días y se acompaña de náuseas, malestar, irritabilidad y/o diarrea.
- *Formas severas*, cuando se prolonga más allá de 2-7 días, el dolor es intenso, se acompaña de otra sintomatología e impide desarrollar una actividad normal.

Clasificación de la dismenorrea según su origen:

Dismenorrea primaria: dismenorrea en la que no existe una causa orgánica demostrable. Es una entidad asociada con ciclos ovulatorios (Callizo y Cerdán, 1991; García, 2002a; Gómez y Martínez, 1991).

Dismenorrea secundaria: dismenorrea asociada con diferentes condiciones patológicas: endometriosis, adenomiosis, enfermedad pélvica inflamatoria, tumores, estenosis cervical, anomalías uterinas, congestión pelviana y dispositivo intrauterino (Callizo y Cerdán, 1991; García, 2002, Gómez y Martínez, 1991).

En la dismenorrea primaria los factores psicológicos y el factor cervical considerados antes como factores etiopatogénicos importantes, han perdido valor como causa fundamental de la dismenorrea (García, 2002a), valorándose actualmente de manera preponderante el papel de las hormonas y de las prostaglandinas (Almendro y Martínez, 1991; Gómez y Martínez, 1991; García, 2002a). Otros síntomas asociados con la menstruación, como cefalea, náuseas y vómitos, dolor lumbodorsal y diarrea, se pueden explicar por la entrada de las prostaglandinas y sus metabolitos en la circulación sistémica.

La dismenorrea secundaria se inicia varios días antes de la aparición del sangrado menstrual y puede persistir en mayor o menor grado durante toda la menstruación (Gómez y Martínez, 1991; Sule et alii., 2007).

En la dismenorrea primaria, en los casos en que el proceso dismenorreico se manifiesta con dolor leve, la simple información a la paciente sobre los fenómenos naturales de la menstruación —psicoterapia— basta para mejorarla. El tratamiento para el resto de las mujeres que presentan dismenorrea primaria se basa en dos vías terapéuticas fundamentales (García, 2002b): medicamentos anovulatorios e inhibidores de la síntesis de prostaglandinas. Este cuadro ginecológico interfiere en la actividad habitual (García, 2002b) y en la vida familiar (Gómez y Martínez, 1991) de estas mujeres; siendo la principal causa de pérdida de horas de trabajo y escuela en las menores de 30 años (García, 2002b; Tejerizo et alii., 2001). Produce del 3,7% al 10% (García, 2002b) del absentismo laboral total, que hasta en un 10% puede ser de uno a tres días de trabajo (Almendro y Martínez, 1991; Sule et alii., 2007; Tejerizo et alii 2001).

En la dismenorrea secundaria: la exploración física y ecográfica de los genitales internos es obligada. La sospecha diagnóstica de endometriosis, siendo ésta la causa más frecuente, obliga a realizar una laparoscopia exploradora. La presencia de infecciones ha de ser descartada en todas las mujeres con actividad sexual (Gómez y Martínez, 1991; Sule et alii., 2007).

Un método adecuado de registro de la dismenorrea debe incluir (García, 2002b):

- Definición y caracterización del dolor.
- Estudio de las respuestas psicofisiológicas y cognitivas del individuo a los estímulos (estrés-dismenorrea).
- Valorar antecedentes y consecuentes del dolor (causas que puedan inducir a que el problema sea mantenido).
- Repercusión del dolor en las actividades de la paciente.

La mayoría de los estudios que tienen como objeto el malestar menstrual y los factores asociados, son de tipo epidemiológico en lugar de antropológico (Cénac et alii., 1987; Van Den Akker et alii., 1995; Yu et alii., 1996; MacMaster et alii., 1997; Sveinsdóttir, 1997, cf.: Ohde et alii., 2008). Por ello, sus resultados sugieren que las experiencias físicas y emocionales que las mujeres de otras culturas comunican, son similares a las de las mujeres de los estudios estadounidenses y británicos (Ohde, 2008). Éstas describen una enfermedad reconocida, pero que es una construcción de su país y hay que decir que las investigaciones también forman parte del proceso de construcción social. Por otra parte los resultados no dejan de estar limitados debido a las respuestas de los cuestionarios clásicos que son demasiado rígidos para adaptarse a las características culturales y lingüísticas de las poblaciones estudiadas (García, 2006; Clayton, 2008; Ohde, 2008).

Realmente existe una confusión sobre el SPM en la literatura médica así como un fallo constante en la identificación de una causa biológica a pesar de llevar 60 años de intentos; cosa que sugiere que hay algo especial en el SPM que lo distingue de otras condiciones médicas (García, 2006). Sin embargo, en la dismenorrea primaria asociada a ciclos ováricos, se valoran como factores etiopatogénicos importantes preponderantes, el papel de las prostaglandinas. Esta dismenorrea se debe a contracciones miométriales inducidas por prostaglandinas que provienen del endometrio secretor. La caída brusca de los valores de progesterona al final del ciclo sería responsable de un incremento en la tasa local, en el aparato genital interno, de la síntesis de prostaglandina y que éstas solas o en combinación con la vasopresina serían responsables del cuadro clínico al reducir el flujo uterino y generar una contractilidad uterina excesiva (Tejerizo et alii, 2001).

Sin duda la gran beneficiaria del SPM es la industria farmacéutica. En la actualidad tanto tratamientos hormonales como serotoninérgicos son usados para tratarlo, tal que a las mujeres que acuden a consulta de ginecología se les aplica tratamiento hormonal, mientras que las que acuden a psiquiatría son tratadas con medicamentos serotoninérgicos (Eriksson et alii., 2002, cf.: García, 2006). Casualmente la compañía farmacéutica Eli Lilly fabrica las dos líneas de medicamentos (García, 2006).

En cuanto a los medios de comunicación, los artículos que llegan a un público más amplio, son los que tienden a presentar el SPM como una experiencia negativa con un número limitado de síntomas, muchos de ellos contradictorios y un número igualmente elevado de tratamientos, la mayoría de dudosa efectividad (Chrisler y Levi, 1990 cf.: García, 2006).

Los análisis socio-políticos más claros sobre SPM se pueden encontrar en la colección de ensayos feministas de autoras como Sophie Laws (1990), Mari Rodin (1992), Emily Martin (1988) y Andrea Eagan (1988), (García, 2006).

Martin (1988): “SPM es una manera de expresión de la angustia de la mujer, resultado de su posición oprimida en la sociedad capitalista americana. Las mujeres han internalizado las creencias sobre feminidad y patología y buscarán ayuda médica en lugar de amenazar las tradiciones de la cultura occidental” (Martin, 1988).

Sophie Laws (1990): “para esta autora todas las mujeres menstruantes experimentan cambios cíclicos de muchos tipos, aunque no constituyen ni son signo de enfermedad alguna, simplemente forman parte de la mujer como ser humano. La experiencia premenstrual no siempre ha estado descrita como una enfermedad, ¿por qué hemos escogido describir las experiencias premenstruales como enfermedad en el siglo XX?”. ¿Quién se beneficia de esta categorización? (García, 2006):

- Desde el punto de vista médico, las propias mujeres que se sienten tomadas en consideración por el estamento, viéndose libres de las molestias.
- Según Laws (1990) son los hombres los que se benefician ya que las mujeres una vez tratadas médicamente vuelven a responder al estereotipo de mujer de temperamento suave, plácido y sin exigencias con la que se casaron.
- Según Martin (1988), el beneficiario principal sería el patriarcado, mediante el mantenimiento de las mujeres en la familia y en las formas de producción capitalista. De esta manera las mujeres son animadas a controlar sus cuerpos para poder caber en una sociedad diseñada por y para los hombres.
- Para Laws (1990), la tensión premenstrual (TPM) emerge en los años del movimiento de liberación de la mujer y emplaza la causa de los problemas de ésta en sus propios cuerpos en lugar de en el exterior, o sea, en las relaciones sociales de poder.
- Para Nicolson (1995), afirma que un concepto medicalizado del SPM representa una explicación atractiva para las mismas mujeres y justificar su opresión así como la relativa falta de logros comparadas con los hombres.

¿Qué experimentan realmente las mujeres? (García, 2006).

- Sea cual sea la realidad de las mujeres, el SPM es un constructo social y precisamente la fuerza de esto hace difícil el conocer qué es lo que realmente experimentan.
- Hay que saber lo que sienten realmente las mujeres acercándonos a la información útil de las propias protagonistas, a través del análisis de los discursos que nos aportan las técnicas cualitativas; viendo la persona como una participante activa en su propia experiencia, en lugar de un organismo pasivo.
- Es importante poner atención a las personas que las rodean teniendo en cuenta a los hombres que nos pueden dar una visión diferente del fenómeno y muy enriquecedora y complementaria.
- Según Sophie Laws (1990), la manera en la que la menstruación es entendida puede reflejar la forma en la que las mujeres están situadas en cualquier estructura social.
- *Sexualidad: disfunción sexual*

El término “sexualidad” es un término que apareció tardíamente, a principios del siglo XIX. Se ha establecido el uso de la palabra en relación con diferentes fenómenos: aquellos que cubren tanto los mecanismos biológicos de la reproducción como las variantes individuales o sociales del comportamiento; el establecimiento de un conjunto de reglas y normas, en parte tradicionales, en parte nuevas, que se apoyan en instituciones religiosas, judiciales, pedagógicas, médicas; cambios también en la manera en que los individuos se ven llevados a dar sentido y valor a su conducta, a sus deberes, a sus placeres, a sus sentimientos y sensaciones, a sus sueños (Foucault, 1987).

La experiencia de la sexualidad es un resultado de la historia, de prácticas históricas. La sexualidad existe y siempre ha existido, es un invariante humano; lo que, sin embargo, ha ido cambiando a lo largo de la historia son los diversos puntos de vista, las diferentes maneras de tratarla y de vivirla (Larrauri-Max, 2000).

La sexualidad es una expresión esencial de las relaciones interhumanas, representando la atracción psicofísica de la pareja la base de la vida en común de nuestra sociedad. Ni la sexualidad puede tratarse de forma unilateral como esquema de estímulo-reacción, ni se le puede considerar bajo el punto de vista de la fertilidad o de la simple asociación. Por lo tanto, los

matíces fisiológicos y psicopatológicos sólo representan un aspecto parcial de la conducta sexual humana (Acién, 2004).

Todas las facetas del comportamiento sexual, inmersas en el mundo de los instintos y de los sentidos, están sometidas a un complejo de factores religiosos, intelectuales, emotivos, educativos y ambientales (Usandizaga y De La Fuente, 2004).

Según Rosío Córdova Plaza (2003) las teorías sobre sexualidad se pueden concentrar en tres grandes grupos. Estos grupos estarían conformados por teorías que responden a la concepción esencialista, a la concepción cultural y a la construccionista (Córdova, 2003).

La concepción esencialista centra la atención en los aspectos biológicos otorgándole total importancia a la biología, la fisiología hormonal y las funciones innatas de la selección natural. De tal manera que, la sexualidad en cada persona vendría determinada por condicionantes biológicos exclusivamente. Este acercamiento favorece una idea altamente medicalizada del sexo, que resalta los aspectos fisiológicos y fija rangos estadísticos sobre lo que debe ser el comportamiento sexual normal y sano, tanto en el plano físico como en el psicológico (Córdova, 2003).

La concepción cultural coloca la sexualidad en la capacidad reproductora, pero incluyendo en sus postulados las influencias culturales. Lo social no solo influye en lo biológico sino que está por encima y ello se demuestra en las diferentes interpretaciones y modelos de las sociedades existentes (Córdova, 2003). La concepción cultural se basa en la amplia diversidad de manifestaciones e interpretaciones sociales de la sexualidad, para incidir en la influencia y supremacía de los factores sociales sobre los biológicos. Sin embargo, dicha concepción entiende que la sexualidad es un impulso elemental universal y biológicamente determinado que se canaliza mediante el proceso de enculturación hacia ciertas conductas socialmente deseables. Así, al despojarse de sus adornos culturales, el fin último de la sexualidad es la reproducción, y la actividad heterosexual es su expresión fundamental (Vance, 1989).

La llamada perspectiva construccionista, propone descartar los esencialismos y considera a la sexualidad como una construcción social donde el proceso enculturativo proporciona no sólo las normas y los comportamientos, sino los estímulos y los elementos satisfactorios (Córdova, 2003). La necesaria activación social de las capacidades sexuales no sólo hace posible su ejercicio, sino que delimita y constriñe de manera naturalizada la clase de experiencias eróticas que se encuentran al alcance de los sujetos (Córdova, 2003). De ello se deriva que la relación entre actos y significados sexuales no es fija, y que una práctica fisiológicamente igual puede ser entendida y regulada de muy diversas maneras, en función de los esquemas de pensamiento desde los cuales se esté evaluando (Vance, 1989; Weeks, 1998).

Por otra parte la visión constructivista de la sexualidad contempla tanto los aspectos biológicos como los culturales a la hora de definirla. Dentro de esta concepción se encuentran aquellas teorías que han conseguido identificar y reconocer, en los comportamientos sexuales, factores e influencias implícitas que derivan de la norma social imperante.

Siguiendo a Foucault, Weeks y Rubin, fundamentalmente, habremos de contemplar las numerosas fuerzas que intervienen en la conformación de la sexualidad (la economía, la política, la religión o las grandes ideologías como el psicoanálisis, los sistemas educativo, legal y sanitario) y su imbricación con instituciones “privadas” como pueden ser el matrimonio, la familia, el cuidado de la prole, el hogar, la intimidad y el amor (Osborne, 1995).

Todas las personas nos relacionamos sexualmente y esta forma de relación es controlada o regulada por la sociedad en la que vivimos. Cada sociedad tiene unos modelos en materia de sexualidad, en el que se toleran o prefieren unas conductas sexuales y otras se prohíben o rechazan. Estos modelos sexuales hacen que cada sociedad imponga sus normas, que suelen ser decididas por los que dirigen la moral y utilizan sus propios criterios para justificar cada uno de los modelos. Sin embargo, no son duraderas e inamovibles, sino que van cambiando y evolucionando a lo largo de los años, al mismo ritmo que las distintas sociedades y la humanidad en general ¹⁵.

Por tanto, la forma en que vivimos nuestra sexualidad, depende en gran parte de la sociedad a la que pertenecemos, y más aún del ambiente en el que nos movemos o vivimos. La sexualidad es una dimensión humana, que es variada y compleja, evoluciona y cambia continuamente. Por lo tanto es necesario que cada época y cada persona potencie y desarrolle su propia capacidad sexual¹⁶.

El esencialismo sexual está profundamente arraigado en el saber popular de las sociedades occidentales, que consideran al sexo como algo eternamente inmutable, asocial y transhistórico. Dominado durante más de un siglo por la medicina, la psiquiatría y la psicología, el estudio académico del sexo ha reproducido el esencialismo. Todas estas disciplinas clasifican al sexo como una propiedad de los individuos, algo que reside en sus hormonas o en sus psiques. El sexo puede, indudablemente, analizarse en términos psicológicos o fisiológicos, pero dentro de estas categorías etnocientíficas, la sexualidad no tiene historia ni determinantes sociales significativos (Foucault 1980).

¹⁵ *Las dimensiones de la sexualidad*. <http://sexoysalud.consumer.es/las-dimensiones-de-la-sexualidad>. [Consultado el 17/04/2008].

¹⁶ *Las dimensiones de la sexualidad*. <http://sexoysalud.consumer.es/las-dimensiones-de-la-sexualidad>. [Consultado el 17/04/2008].

Foucault (1980) argumenta que los deseos no son entidades biológicas preexistentes, sino que, más bien, se constituyen en el curso de prácticas sociales históricamente determinadas. Hace hincapié en los aspectos de la organización social generadores de sexo, más que en sus elementos represivos, al señalar que se están produciendo constantemente sexualidades nuevas, y señala la existencia de una falta de continuidad importante entre los sistemas de sexualidad, basados en el parentesco y las formas más modernas (Villegas et alii. 1993).

La sexualidad se constituye en la sociedad y en la historia y no está unívocamente determinada por la biología, no puede entenderse en términos puramente biológicos, la ideología sexual juega un papel crucial en la experiencia sexual (Foucault 1980).

Los tres ejes que constituyen la sexualidad son: la formación de los saberes que a ella se refieren, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad (Foucault 1987).

En sexualidad, hablar de autopercepción y autoconocimiento, es hablar del cuerpo. Conocer nuestro cuerpo es muy importante, ya que con él vamos a vivir una gran parte de esta sexualidad que nos ocupa. Decimos una gran parte, porque evidentemente, nuestra mente también es importante ya que es quién va a distinguir qué cosas de las que sentimos son agradables y placenteras y cuáles no. Conocer nuestros genitales es importante porque nos ayuda a conocernos más y mejor y este conocimiento nos hace sentir que tenemos control sobre nosotras mismas¹⁷.

El cuerpo, el cerebro, los genitales y el lenguaje son todos necesarios para la sexualidad humana, pero no determinan ni sus contenidos, ni las formas concretas de experimentarlo, ni sus formas institucionales. Más aún, nunca encontramos al cuerpo separado de las mediaciones que le imponen los significados culturales (Rubin, 1984).

La concepción del propio cuerpo influye en la calidad de vida sexual de cada individuo. La sexualidad es una dimensión humana que abarca todo cuanto somos. Nuestra mente y nuestro cuerpo son sexuados, y es en ambos dónde se asienta la sexualidad, de ahí la importancia de que los conozcamos bien, de sentirnos bien con ambos y de conocer nuestras posibilidades reales. La mente nos permite pensar, soñar, fantasear, aprender el cómo queremos vivir con nuestro cuerpo, y de aquí parte el aspecto erótico de nuestra sexualidad¹⁸.

Existen muchas y diversas comprensiones acerca de la sexualidad y los derechos sexuales. En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS), convocó a un grupo de especialistas de diversas regiones para que elaboraran unas definiciones básicas. De aquel encuentro surgieron

17 *Las dimensiones de la sexualidad*. <http://sexoysalud.consumer.es/las-dimensiones-de-la-sexualidad>. [Consultado el 17/04/2008].

18 *Las dimensiones de la sexualidad*. <http://sexoysalud.consumer.es/las-dimensiones-de-la-sexualidad>. [Consultado el 17/04/2008].

resultados de nuevas definiciones de sexualidad y derechos sexuales: “la sexualidad es un aspecto fundamental del hecho de ser humano a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, el vínculo afectivo y la reproducción. Se experimenta y se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede abarcar todas estas dimensiones, no siempre se experimentan o se expresan todas. La sexualidad es influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales” (Jolly e Ilkcaracan, 2008).

Dentro de estas definiciones básicas, la OMS desarrolla que los derechos sexuales abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, los documentos internacionales sobre derechos humanos y otras declaraciones de consenso. Entre ellos se encuentra el derecho de toda persona, sin coacción, discriminación ni violencia a (Jolly e Ilkcaracan, 2008):

- Alcanzar el nivel más elevado posible de salud en relación con la sexualidad, incluido el acceso a servicios de atención de la salud sexual y reproductiva.
- Buscar, recibir e impartir información sobre la sexualidad.
- Recibir educación sexual.
- Que se respete su integridad física.
- Elegir pareja.
- Decidir si ser o no sexualmente activa.
- Mantener relaciones sexuales de mutuo acuerdo.
- Contraer matrimonio de mutuo acuerdo.
- Decidir si tener o no descendencia y cuándo.
- Llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera.

El ejercicio responsable de los derechos humanos exige que toda persona respete los derechos de las demás. En el párrafo 96 de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, de la Plataforma de Acción de Beijing, se reconoce que los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exige el consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual (Jolly e Ilkcaracan, 2008).

La conducta sexual humana tiene una expresión psicofisiológica característica consistente en un conjunto de cambios físicos y mentales que incluyen alteraciones del estado de conciencia y sensaciones generales muy gratificantes. A su conjunto se le viene llamando respuesta sexual (Masters y Johnson, 1978, cf.: S.E.G.O., 2005).

El ciclo de respuesta sexual femenina se divide en cinco fases: de deseo, de excitación, de meseta, de orgasmo y de resolución. Estas fases se acompañan de cambios somáticos generales y psíquicos donde se combinan los propios del ejercicio con los de activación neurovegetativa asociados a la respuesta de estrés. Así durante la excitación se produce un aumento progresivo de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la ventilación pulmonar hasta alcanzar su máximo en el orgasmo, decayendo rápidamente después de éste. También suele producirse una reacción de sudoración de intensidad variable (Exton et alii., 1999, cf.: S.E.G.O, 2005).

La fase de deseo es la única en la que la respuesta fisiológica no está muy clara ya que ésta se suele identificar a través de las cogniciones de contenido sexual que tiene una persona y también de la disposición para participar en actividades sexuales (Carrasco, 2001). Se admite que la excitación sexual de la mujer puede obtenerse por estímulos psicógenos y somatógenos, los psicógenos pueden ser lecturas, sonidos, imágenes, o simplemente fantasías, los estímulos somatógenos sólo son eficaces en situaciones psíquicas apropiadas (Acién, 2004).

En la excitación, uno de los indicadores es la aparición de la lubricación vaginal. En la fase de meseta se agudizan los cambios de la anterior y aparecen otros nuevos, entre los más característicos de esta etapa se encuentra el estrechamiento del tercio externo de la vagina por el engorde de las paredes. Aparecen contracciones rítmicas en la zona del útero, la plataforma orgásmica vaginal y en el esfínter rectal durante la fase de orgasmo (Carrasco, 2001; Florido et alii, 2005). Masters y Jonson afirman que no hay orgasmo si la mujer no presenta contracciones registrables del tercio externo de la vagina y la reacción de arrugamiento areolar con falsa erección de pezones (Acién, 2004). Los cambios fisiológicos y anatómicos adquiridos se desvanecen en la fase de resolución (Carrasco, 2001; Florido et alii, 2005).

Desde que comenzaron a desarrollarse los estudios sobre la sexualidad humana y las alteraciones asociadas al funcionamiento sexual, han sido numerosas las propuestas de taxonomía de las disfunciones sexuales. La revisión de los distintos sistemas clasificatorios propuestos revela que, la mayoría se apoyan en criterios específicamente fisiológico para diagnosticar un problema, dejando fuera factores que juegan un papel fundamental en la vivencia de la sexualidad, como son los aspectos cognitivos y afectivos. Por último es importante destacar la indefinición que suele acompañar a muchos de los trastornos, al carecer de datos normativos que sirvan de referencia. El diagnóstico reposa en gran medida en el juicio clínico del profesional con la carga de arbitrariedad y subjetividad que ello conlleva (Carrasco, 2001).

Entre los sistemas de clasificación más utilizados destacan el Manual Diagnóstico Estadístico de los trastornos mentales propuesto por la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) propuesto por la OMS (Carrasco, 2001; Florido et alii., 2005). Desde la sexología se ha empleado con mayor frecuencia el sistema descriptivo multiaxial orientado al problema. No obstante, la que puede resultar más útil dentro

del ámbito de la ginecología, es la propuesta por el grupo de estudio American Foundation for Urological Diseases (AFUD) (Basson et alii., 2003, cf.: S.E.G.O 2005).

Según el DSM- IV, las disfunciones sexuales son definidas como alteraciones en alguno de los procesos del ciclo de la respuesta sexual o dolor asociado a la relación sexual. Un elemento determinante a la hora de diagnosticar un trastorno en este área, será la presencia de niveles acusados de malestar personal y de dificultades interpersonales provocadas por dicha alteración (Carrasco, 2001).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades se habla de una disfunción sexual de origen no orgánico, cuando la persona no puede participar en una relación sexual deseada, siendo necesario para el diagnóstico que la disfunción haya estado presente más de seis meses. A diferencia del DSM-IV, no se menciona como criterio para el diagnóstico las posibles dificultades interpersonales que la disfunción puede generar (Carrasco, 2001).

La clasificación de la AFUD 2003 tiene la particularidad de evitar el clásico modelo lineal de respuesta sexual masculina para centrarse en las últimas revisiones acerca de la respuesta sexual de la mujer, donde se propone un modelo más circular, que en parejas de larga duración, no comenzaría por el deseo sino por la intimidad, de tal forma que la excitabilidad puede preceder al deseo a diferencia de la respuesta sexual clásica donde el deseo siempre era anterior a la excitabilidad (Florido et alii, 2005).

En términos generales suele conocerse como disfunción sexual la presencia de perturbaciones de la respuesta correcta en las relaciones sexuales (Usandizaga y De La Fuente, 2004).

Hablamos de trastornos del deseo sexual cuando este está disminuido, inhibido o bien hay una aversión sexual manifiesta. Estas mujeres tienen poco interés por la estimulación sexual, conservan su capacidad para excitarse sexualmente y lograr un orgasmo si su pareja la estimula adecuadamente. Hay que tener presente los cambios fisiológicos de la mujer a lo largo del ciclo vital y la duración de la pareja (Basson et alii, 2003, cf.: S.E.G.O, 2005). Es la disfunción más frecuente y la más difícil de tratar. Las causas más habituales que la producen son enfermedades crónicas en general, depresión, stress, temor al embarazo, enfermedades de transmisión sexual, antecedentes de abuso sexual, inexperiencia de uno o ambos compañeros. El tratamiento de estas pacientes requiere terapia individual para corregir la causa y consejo, por terapeuta sexual (Molina, 2008).

El deseo sexual inhibido es la ausencia o pobreza de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. El juicio del clínico tendrá en cuenta factores que como la edad y el contexto de la vida del individuo afectan a cada uno de sus componentes. Se conoce como aversión sexual aquella actitud que trata de evitar todo contacto sexual. Desde el

punto de vista terapéutico, debe tenerse en cuenta que la causa más frecuente de disfunción en la fase de excitación sexual de la mujer es la ineptitud estimuladora de la pareja, y por tanto, en este aspecto habrá que incidir (Acién, 2004).

El trastorno de la excitación sexual en la mujer según la propuesta de la AFUD 2003, está dividido en cuatro subtipos (S.E.G.O, 2005):

- Ausencia o marcada disminución de la excitación sexual y del placer con cualquier tipo de estimulación sexual a pesar de existir lubricación genital y otros signos fisiológicos propios de un proceso excitatorio.
- Ausencia o deterioro de la excitabilidad genital que se manifiesta por una mínima tumefacción y lubricación genital además de sensibilidad reducida a las caricias vulvares.
- Ausencia o marcada disminución de la excitación sexual y el placer con ausencia de ingurgitación y lubricación genital con cualquier tipo de estimulación sexual.
- Espontánea, molesta y no querida excitación genital en ausencia de interés sexual y deseo. La excitación no es aliviada por uno o más orgasmos, persistiendo horas e incluso días.

Existe alteración orgásmica cuando a pesar de la presencia de libido y de la excitación no se produce el orgasmo o es muy poco frecuente, hasta el punto de quejarse de inadecuación sexual. Los grandes niveles de tensión sexual que no culminan en orgasmo, especialmente cuando la estimulación es prolongada, pueden dar como resultado congestión pélvica, frustración, irritabilidad o depresión (Priest, 1987).

La disfunción orgásmica se puede plantear en distintas situaciones: la incapacidad para experimentar orgasmo sola o con pareja, orgasmos poco frecuentes, o bien la necesidad de excesiva estimulación para conseguirlo (Barbach, 1991, cf.: S.E.G.O, 2005).

La disfunción orgásmica femenina se caracteriza por el retraso persistente o recurrente del orgasmo o ausencia del mismo, después de una fase de excitación sexual normal que genera tensión y dificultades interpersonales. La falta de orgasmos o anorgasmia primaria (nunca han tenido un orgasmo) se presenta en un 5 a 10% de las mujeres y es más frecuente que la anorgasmia secundaria o adquirida. La causa psicológica más usual de anorgasmia es la autoobservación durante la fase de excitación que se acompaña de ansiedad y pensamientos distractores, negativos o de baja autoestima. También son causas de anorgasmia problemas afectivos con la pareja, depresión, fármaco-dependencia, enfermedades médicas crónicas,

trastornos neurológicos, etc. El tratamiento generalmente está dirigido a controlar la causa subyacente y programas de ayuda con terapeuta sexual (Molina, 2008).

Otras de las disfunciones sexuales se refieren a los trastornos por dolor, siendo el vaginismo y la dispareunia las más habituales, ambas susceptibles de tratamientos médicos por parte de la ginecología (Audra, 2008).

Vaginismo es la contracción involuntaria, recurrente o persistente de los músculos del piso pélvico que rodean el tercio exterior de la vagina cuando se intenta penetración con el pene, un dedo, un tapón higiénico o un espéculo. Es un reflejo involuntario que se desencadena por alguna de estas acciones reales o imaginarias. Puede ser global, cuando se presenta ante todo tipo de intento de penetración vaginal, o situacional, caso en el cual lo único que no puede realizarse es el coito (A.P.A. 2000; W. H. O. 1992; Audra, 2008).

Muchas mujeres tienen deseo sexual normal, lubricación vaginal y orgasmos normales con la masturbación, pero son incapaces de efectuar el coito. Este trastorno es relativamente raro y afecta al 1% de las mujeres. Puede ser una reacción condicionada a una experiencia desagradable, como abuso sexual, exploraciones pélvicas dolorosas o inicio de relaciones sexuales traumáticas. Puede ocurrir de manera secundaria a ortodoxia religiosa, preocupaciones sobre la orientación sexual, miedo a la penetración, conceptos erróneos de su propia anatomía, miedo al dolor físico. Otras causas menos comunes son trastornos médicos, endometriosis, infecciones, himen imperforado. Como la causa del vaginismo suele ser psicofisiológica en la mayoría de los casos, estas pacientes no deben ser sometidas a intervenciones quirúrgicas para aumentar el tamaño del introito vaginal a menos que tengan alguna alteración anatómica que sea susceptible de corrección. La intervención en el vaginismo tiene como objetivo eliminar el espasmo vaginal involuntario (Audra, 2008).

El abordaje tanto diagnóstico como terapéutico del vaginismo es complejo y precisa un enfoque multidisciplinar donde están implicadas la ginecología, la psicología, sexología, psiquiatría y fisioterapia. El diagnóstico debe comenzar con una adecuada historia clínica que nos oriente hacia una determinada etiología. La exploración física será fundamental en el diagnóstico aunque resulta dificultosa y en algunos casos imposible debido al espasmo de la musculatura pélvica. En estos casos se puede valorar la actividad muscular del suelo pélvico mediante estudio electromiográfico. Para completar el cuadro diagnóstico es preciso una valoración psicológica (Reissing et alii, 2004; Cabello-Santamaría, 2002, cf.: S.E.G.O., 2005).

El abordaje terapéutico más usado en sexología clínica consiste en la desestabilización sistemática descrito por Masters y Johnson (Masters et alii., 1970, cf.: S.E.G.O., 2005). Se trata de evocar la imágenes de la situación temida en estado de relajación hasta conseguir disminuir la angustia que provocan. Para facilitar este proceso es útil la combinación con otras terapias como la sexual (Masters et alii, 1970; Cabello-Santamaría, 2002, cf.: S.E.G.O., 2005).

La dispareunia etimológicamente viene a significar “mal coito o coito dificultoso” siendo un término acuñado por Barnes en 1874 para referirse a una entidad que englobara todos los procesos dolorosos que interfieren con el coito (Barnes, 1874, cf.: S.E.G.O., 2005). En el DSM-IV- TR se define como dolor genital recurrente o persistente asociado con el coito que causa considerable distrés e interfiere en las relaciones interpersonales y no es exclusivamente debida a vaginismo o falta de lubricación, a los efectos de algunas sustancias o a una enfermedad médica general (Florido et alii, 2005).

La clasificación de dispareunia según su localización (Savatierra et alii, 1989; García et alii, 1990, cf.: S.E.G.O., 2005) puede ser de entrada o superficial si se refiere a los genitales externos, o vaginal si la paciente la refiere al conducto de la vagina, o profunda en la que la paciente habla de dolor que se despierta en la pelvis al chocar el pene con algo.

Para la ginecología la dispareunia es sobre todo un síntoma de una alteración genital pero también puede ser la expresión de un problema sexual que tenga su origen en un conflicto psicológico, y por tanto, sólo desde una óptica psicosomática podremos tratar adecuadamente a la paciente. El estudio diagnóstico de la dispareunia se realiza con la inspección de la vulva y la exploración de la vagina a lo que hay que acompañar con pruebas complementarias analíticas, ecográficas o laparoscópicas. Tan importante como la exploración ginecológica es la evaluación psicológica y de la sexualidad de la mujer, cobrando especial importancia las relaciones con la pareja y su medio familiar (S.E.G.O., 2005).

Estas alteraciones, bien clasificadas de forma continua y no rigurosa, no son independientes entre sí. Por tanto, es esencial realizar una historia completa para definir con precisión la importancia del problema (Priest, 1987; Kaneko, 2001, cf.: S.E.G.O., 2005).

El tratamiento consiste en el diagnóstico adecuado de la causa y el manejo de la misma (Florido et alii, 2001, cf.: S.E.G.O., 2005; Molina, 2008). Para las pacientes con alteraciones de los músculos del piso pélvico, que produzcan dispareunia, la fisioterapia pélvica es una opción poco invasiva y sin efectos colaterales que puede aliviar los síntomas asociados a esta disfunción (Molina, 2008).

La sexualidad es una dimensión humana que abarca todo cuanto somos. Nuestra mente y nuestro cuerpo son sexuados, y es en ambos dónde se asienta la sexualidad, de ahí la importancia de que los conozcamos bien, de sentirnos bien con ambos, de conocer nuestras posibilidades reales. La mente nos permite pensar, soñar, fantasear, aprender el cómo queremos vivir con nuestro cuerpo, y de aquí parte el aspecto erótico de nuestra sexualidad (Villegas et alii, 1993).

La sexualidad hace posible también, que en una época determinada de nuestras vidas nos planteemos tener descendencia. La decisión de tenerla, es importante y debemos ser nosotras las que tomemos esa decisión y no dejarlo en manos del azar. En resumen, la sexualidad posee la

función de relacionarnos con nosotras mismas y los demás y se caracteriza por la búsqueda del placer, la afectividad, la comunicación y complementaria de la reproducción, ayudando al ser humano a mantener su equilibrio interior y personal (Villegas et alii, 1993).

Centrándonos en la sexualidad como función de reproducción complementaria, la maternidad como vínculo biológico-social es hasta cierto punto el eslabón cultural perdido, secuestrado por las civilizaciones patriarcales. Las mujeres españolas tienen cada vez menos hijas e hijos con más tecnología y las tasas de intervencionismo médico y hospitalario en el embarazo, parto y crianza, están por encima de los márgenes estimados necesarios por la OMS que ya ha dado la voz de alarma por las graves consecuencias iatrogénicas (Aler, 2008).

La reciente aprobación por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo de la *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud* (noviembre 2007), coordinada por el Observatorio de la Salud de la Mujer, da respuesta a la situación de la sociedad española denunciada por colectivo de mujeres y madres usuarias de los servicios sanitarios y pone de manifiesto la voluntad política de transformación (Aler, 2008).

En Andalucía se propone mediante el *Proyecto de humanización de la atención perinatal*, un modelo de atención al proceso de nacer más humanizado utilizando una tecnología que garantice la seguridad de la madre y el niño o niña recién nacida, que sea compatible con la participación de las mujeres y sus parejas en el proceso del nacimiento de sus hijas e hijos.

b) El síntoma en psicósomática. Su manifestación en clínica obstétrico-ginecológica.

En psicósomática hay tres grandes líneas de desarrollo: la primera representada por la Escuela de Chicago, cuyo rasgo más destacado es el intento de relacionar distintos cuadros clínicos con ciertos perfiles psicológicos; la segunda es la Escuela Argentina que hace referencia a que la sintomatología psicósomática es la expresión de pulsiones reprimidas, que se escenifican en el cuerpo; la Escuela de París se encuentra en tercer lugar, rompe el molde preexistente y entiende el enfermar somático como la consecuencia de una conjunción de factores de orden genético, ambiental, hábitos de vida y también de fallos estructurales del aparato psíquico en su trabajo de mentalización (Alarcón et alii, 2005).

Manuel de Miguel (2005) plantea que la mayor o menor mentalización tiene que ver con la etiopatogenia de los procesos del enfermar psicósomático, pues parece realista huir de los excesos que se han cometido en la concepción clásica donde se interpretaba todo; pero también de una posición radicalmente defensora de la ausencia de todo proceso mental de representación o defensivo, detrás de los síntomas somáticos (Alarcón et alii., 2005).

Se da por aceptado, desde que P. Marty y la Escuela de París lo establecieron, el hecho de que hay un déficit de representaciones detrás de la patología psicósomática, incluso entendemos

que es justamente esta ausencia de representaciones la que está detrás de la creación del síntoma. Se trataría concretamente de la ausencia o mejor, un déficit de representación de un afecto o un movimiento pulsional; tanto uno como otro tienen una parte de expresión somática y una de representación mental (Alarcón et alii, 2005).

Los rasgos físicos cambian según el momento vital y las identificaciones en las que cada cual se coloca, las cuales dejan sus huellas en el cuerpo. La pulsión es la energía psíquica que escribe sobre el cuerpo las representaciones mentales. Las formas, los gestos, incluso, los síntomas expresan la representación psíquica de la que proceden. La plasticidad del cuerpo es debida al efecto mental de las vivencias sobre la materia corporal, mecanismo éste, mal conocido, que es también el mecanismo del efecto psicósomático (Velasco, 2009).

Los síntomas son metáforas que simbolizan la representación o conflicto mental de la que proceden. Por ejemplo, es conocido el experimento sobre los desencadenantes de crisis asmática en niños/as alérgicos/as a los gatos; basta con hacerles creer que hay un gato en la habitación para que se desencadene la crisis, es decir, basta la representación mental del gato para desencadenar el efecto somático, y esto se debe al significado subjetivo que el gato tiene, no a lo que éste es en realidad (Velasco, 2009).

La pulsión (energía psíquica que usa el deseo para alcanzar la satisfacción), que no es vehiculizada revierte sobre el propio cuerpo y escribe sobre él y sobre sus órganos el dolor y los símbolos que no puede representar de otra manera. Los síntomas son una metáfora de aquello vivido que no puede ser simbolizado. Tanto síntomas anímicos o de la conducta, como síntomas físicos, pueden ser símbolo de los conflictos que no pueden ser pensados y expresados con palabras (Velasco, 2009).

El efecto psicósomático es precisamente esto: una idea con su correspondiente afecto, pasa a la esfera de lo real, se escribe en el cuerpo en forma de síntoma (a veces incluso de una lesión de órgano), y pasa así a ser un símbolo de aquello que no ha podido tomar el camino de su expresión mental (Pierre Marty, 1992; David Nasio, 1996; cf.: Velasco, 2009). El dolor psíquico se transforma en dolor físico (Velasco, 2009).

Cuando el propio cuerpo no alcanza una representación simbólica, psíquica, que lo haga existir mentalmente para el sujeto, o esa existencia parece amenazada, es presa de alteraciones vegetativas. Esta interacción psico-somática permite entender otro aspecto de los factores determinantes de la salud: el factor subjetivo o de la experiencia vivida que se somatiza, ya sea en trastornos funcionales, en las innumerables formas de dolor o en lesiones de órganos (Velasco, 2009).

Hoy día, los marcos teóricos de la biomedicina tienden a omitir todo lo que se refiere a la esfera psíquica. Estamos en un momento cultural en que el organicismo es hegemónico y existe

una dificultad importante para aproximarse al conocimiento “psi”, muy especialmente si se refiere a la subjetividad y al inconsciente. Un efecto de esta situación es el concepto de “embodiment” de la teoría ecosocial (Nancy Krieger, 2001; cf.: Velasco, 2009). Habla de la incorporación de lo social directamente en los cuerpos, omitiendo el paso intermedio para que esto ocurra, que es a través de los procesos mentales. Todos los efectos de los determinantes sociales sobre la salud que se estudian desde la teoría ecosocial, van demostrando la relación entre los determinantes sociales y la salud. Pero si queremos entender por qué camino el hecho social toma cuerpo, hace falta comprender que es internalizado en la esfera psíquica, desde la que actúa sobre el cuerpo (Velasco, 2009).

El futuro de la medicina en general y del campo de la obstetricia y la ginecología en particular, requiere tener una visión de la mujer como sujeto integral, con sus emociones, fantasías y conflictos inconscientes y no como un sistema de órganos (Mimoun y Maggioni, 1999). La ginecología psicosomática se puede considerar como una subespecialidad que precisa nutrirse del ámbito de estudio de la obstetricia y la ginecología. La ginecología psicoanalítica estudia, como indica su nombre, la interacción entre mente y cuerpo de las diversas patologías obstétricas y ginecológicas. Gran número de patologías, frecuentes en la obstetricia y ginecología, como síndrome premenstrual, dolor ginecológico crónico, dificultad con la contracepción, problemas de sexualidad, trastornos del comportamiento alimentario, requieren un nuevo afrontamiento a las luces de la psicosomática (Mimoun y Maggioni, 1999).

En una primera aproximación, la ginecología se ocupa de la pelvis, del perineo, del estudio del estado afectivo, de la sexualidad y la emotividad; explora temas importantes de la vida, de la sexualidad, de la muerte y de las generaciones. El psicoanálisis se ocupa del conocimiento de la psique humana. Ambas disciplinas aportan un terreno privilegiado de conocimiento para la aproximación psicosomática a este ámbito de estudio (Mimoun y Maggioni, 1999).

La psicosomática no es una nueva especialidad médica. Cuando hablamos de ella estamos entrando en un límite muy estrecho entre presentar una concepción simple y tranquilizadora de la relación cuerpo-mente, distorsionada, y fundamentada en un sistema de relaciones lineal en sentido único (Mimoun y Maggioni, 1999). Sin embargo, la aproximación psicosomática en ginecología es una tendencia, una orientación, un modo de ser, una modalidad de trabajo que pretende comprender la ginecología en su globalidad. Cuando una paciente se presenta con un problema ginecológico es necesario recordar su historia de la infancia, de la vida profesional, conyugal y sexual, a la vez que se realiza la anamnesis médica. Tener en consideración la “GINECOLOGÍA PSICOSOMÁTICA”, significa esforzarse en superar la diferenciación entre lo orgánico y lo psíquico. El ámbito del intercambio cuerpo-mente es siempre parte del ámbito psicosomático, tanto que esta influencia recíproca puede formar un círculo vicioso en cuanto al estado psicológico negativo a lo largo del transcurso de la enfermedad (Mimoun y Maggioni, 1999).

En la paciente ginecológica es generalmente preocupante su síntoma somático; a partir del propio síntoma se establece la relación médico-paciente para iniciar el alivio y es necesario ser consciente de que la demanda real de la enfermedad no coincide necesariamente con el síntoma que presenta. La patología emotiva, unida a la orgánica, evidencia a menudo de las repercusiones sobre la vida de la mujer que puede manifestarse con una “alteración del ciclo o de la menstruación, con crisis de espasmos, de angustia, de dolor”, etc. Es importante comenzar a entender estos trastornos como la manifestación del conflicto entre la mujer y la emoción expresada por ella. En este tipo de situaciones el tratamiento terapéutico hacia la mujer debe ser médico específicamente, sin cerrar la puerta a aquellos que se aproximen a una atención de su emotividad (Mimoun y Maggioni, 1999).

El diagnóstico etiológico resta importancia a la atención psicosomática, quedándose ésta sin tratar; por ejemplo, una endometriosis que oculta un profundo conflicto psicológico. No se trata de etiquetar a la paciente como emotivamente frágil o que vivió un conflicto más o menos oculto, para separarla de la verdadera enfermedad orgánica y ser derivada a un profesional fuera del ámbito médico. En este tipo de paciente la palabra es un resorte fundamental de aproximación a su situación, a través del diálogo establecido entre la mujer y el/la profesional sanitario se equilibra el resultado entre la expresión subjetiva del síntoma por la paciente y la batería de datos de screening objetivos (Mimoun y Maggioni, 1999).

Un hecho continuamente repetido a lo largo de la bibliografía psiquiátrica y particularmente psicosomática, es el de la presencia mayoritaria de la mujer, como sexo afectado y principales consumidoras de los servicios de salud mental (Seva-Díaz, 1984; Donner, 2003). El hecho de que la mujer consulte más por algún problema psiquiátrico ha sido relacionado por algunos con una mayor predisposición para reconocer sentimientos inespecíficos de malestar como problemas emocionales (Paykel, 1991). En estudios en los que se compara población homogénea, es decir, cuando las variables sociales son controladas y minimizando su efecto, las diferencias según el género, para estos trastornos menores, tienden a desaparecer (Jenkis y Clare, 1985; Alonso-Fernández, 1988).

En un estudio realizado por Glover et alii, (2002) con el objeto de evaluar el distrés experimentado por mujeres que acuden a las consultas ginecológicas externas, investiga las causas de angustia y explora la experiencia propia de las mujeres. Se llevó a cabo un sondeo por cuestionarios a 197 usuarias que acuden a las consultas ginecológicas externas, y se realizaron análisis cuantitativos y cualitativos. Los resultados obtenidos fueron que el 35% de las mujeres mostraban niveles clínicos de ansiedad, el 13% tenían depresión clínicamente manifiesta y la mitad mostraron sentirse angustiadas. En cuanto a los sentimientos, expresaron una gama amplia de los mismos y emociones encontradas. Las mujeres tenían poco sentido del control personal y sentían incertidumbre sobre sus problemas ginecológicos. La coincidencia de ambos tipos de estrés, como los cambios de vida y las consecuencias directas del problema ginecológico, eran predictivos de pronóstico de ansiedad. El análisis cualitativo sugería cuatro formas en las que las

mujeres experimentaban su propio distrés y el problema ginecológico: a) los trastornos ginecológicos eran una causa directa del distrés, b) los trastornos ginecológicos causaban el estrés indirectamente a través de reacciones al diagnóstico y al tratamiento, c) los trastornos ginecológicos causaban el distrés debido a su impacto en las relaciones, la vida social y la propia identidad, y d) el distrés no estaba relacionado con los trastornos ginecológicos. Los resultados resaltan la diversidad y complejidad de las experiencias de las mujeres y respaldan la necesidad de un conocimiento más profundo del distrés en este grupo para cubrir sus necesidades adecuadamente y de forma oportuna (Glover, et alii, 2002).

En el año 1998, al norte de Suecia, se realiza un trabajo de investigación sobre mujeres que acuden a consulta ginecológica. El objeto fue establecer la relación existente entre las dolencias ginecológicas y síntomas físicos expresados por este grupo poblacional y la prevalencia de trastornos psiquiátricos. El número de mujeres que participaron en el estudio fueron 1013; la prevalencia de depresión y ansiedad se evaluó con anterioridad con el Primary Care Evaluación of Mental Disorders (PRIME- MD). Se encontró que el 27,2% de las mujeres tenían síntomas de depresión y el 12,1% de ansiedad (Inger et alii., 2001). Ambos trastornos mentales eran significativamente más comunes entre aquellas mujeres que buscaban asistencia sanitaria por dolor abdominal, las que realizaban visitas más frecuentes y sin cita previa, y aquellas que eran hospitalizadas por algún problema grave. Todos los síntomas físicos señalados en el cuestionario del PRIME- MD eran más comunes entre mujeres con un diagnóstico psiquiátrico que las pertenecientes al grupo control (Bixo et alii., 2001). En un estudio de seguimiento (caso control) realizado en el mismo ámbito, con el propósito de estudiar el uso de la atención sanitaria por parte de pacientes con un trastorno psiquiátrico, que acuden a clínica ginecológica, seguido durante un periodo de 3 años (1998-2001), se encuentra que las pacientes diagnosticadas con cualquier trastorno de ansiedad concertaban bastantes más citas con la/el ginecóloga/o y eran hospitalizadas mucho más a menudo que las pacientes del grupo control. El grupo de mujeres con diagnóstico de trastorno de ansiedad o depresión, visitaban significativamente más a menudo al personal de asistencia sanitaria independiente de la/el ginecóloga/o y recibían asesoramiento por teléfono y/o carta significativamente más a menudo que las pacientes del grupo control. Además, las que tenían diagnóstico de depresión y/o ansiedad eran remitidas a otros especialistas médicos más a menudo que las mujeres del grupo control (Malmenström et alii., 2006).

En el Hospital General de San Francisco (EE. UU.) se realiza un estudio sobre mujeres que acuden a consulta pública de ginecología y que están en un riesgo de desarrollar desordenes psiquiátricos. Ya que las mujeres de ingresos económicos bajos y minorías étnicas utilizan poco los servicios médicos de salud mental, es importante entender mejor sus preferencias y obstáculos ante tratamientos. A la muestra de 105 mujeres se les preguntó acerca de su preferencia por la medicación, la psicoterapia, y clases psicoeducacionales, así como por los obstáculos percibidos para usar estos servicios. La mayoría presentaron un perfil similar en cuanto al tratamiento de salud mental, manifestando mayor interés por la terapia individual y las clases generales de psicoeducación sobre salud y estrés; el menor interés fue expresado por la terapia de grupo y la

medicación. En cuanto a las barreras instrumentales para utilizar los servicios, las mujeres pusieron de manifiesto la carencia del dinero, del transporte, y del cuidado de los/las niños/as así como las relacionadas con el “estigma” que esta enfermedad imprime, tales como el miedo a la vergüenza y al rechazo (Alvidrez y Azocar, 1999).

Desde el punto de vista de género, la depresión es más frecuente en mujeres que en hombres; aproximadamente hay tres mujeres depresivas por un hombre depresivo. En este resultado intervienen múltiples factores: de personalidad, biológicos (muy relacionado con el ciclo hormonal femenino) y factores sociales. Los cambios producidos en el rol social de la mujer (De Santiago et alii, 1993) y la socialización del hombre, volviéndose más sensible y expresivo de factores afectivos, han generado que esta diferencia se haya reducido. Podemos admitir que en estas patologías, naturaleza y cultura (De Santiago et alii, 1993) se potencian recíprocamente, resultando muy difícil establecer delimitaciones cuantitativas (Alonso-Fernández, 1988).

Cuando unimos los factores mujeres y depresión, éstas tienen más amenazada una adecuada calidad de vida y el mantenimiento de la vida familiar. El número de estudios de investigación destinados a determinar la prevalencia e incidencia de la depresión en mujeres, no es muy elevado, siendo muy pocos los realizados en países en desarrollo y casi ninguno en el mundo árabe (Chaaya et alii., 2003).

II.2.2 El cuestionario como herramienta de aproximación clínica.

En los años sesenta, el radicalismo político que acompañó los movimientos sociales, políticos e intelectuales contribuyó al desarrollo de una crítica social hacia la ciencia, resquebrajando una profunda fe en la idea de que la ciencia es portadora en sí misma de progreso social (Sánchez, 2003). Abre una brecha importante en el corazón mismo del quehacer científico: “¿Qué hay en la actividad científica que convierte su producción en conocimiento?” (Keller, 1998, cf.: Sánchez, 2003).

Para Foucault la ciencia es un espacio donde se ejerce un combate por la verdad que en nuestras sociedades está centrado sobre la forma del discurso científico y sobre las instituciones que lo producen. No se trata sólo de averiguar cuál es el poder que pesa sobre la ciencia desde el exterior sino de cómo el poder circula y se proroga a través de los enunciados que la ciencia define como verdaderos, de cómo el poder penetra en los cuerpos exhortando a los individuos a adecuarse a esa verdad, a cumplir sus exigencias (Foucault, 1980).

El discurso científico tiene un interés político especial en el combate en torno a la verdad, porque, le permiten hacer circular efectos de poder de un modo continuo, ininterrumpido, adaptado e individualizado en el cuerpo social entero. Estas reflexiones han llevado a la filosofía e historia de la ciencia a incorporar elementos teóricos de otras áreas para examinar el papel del

lenguaje en la construcción social del conocimiento y, en algunos casos, a someterse a examen las prácticas lingüísticas y semióticas de la comunidad científica (Sánchez, 2003).

La investigación social se define como el proceso que, utilizando el método científico, permite obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social (investigación pura) o permite estudiar una situación social para diagnosticar necesidades y problemas a los efectos de aplicar los conocimientos con finalidades prácticas (investigación aplicada) (Delgado y Gutiérrez, 1994).

Existen dos precisiones importantes sobre la acción investigadora. En primer lugar, es sistemática, es decir, está basada en relaciones lógicas fiables y no únicamente en creencias personales. Por otra parte, duda de si los resultados obtenidos son significativos y apunta las limitaciones inherentes a la investigación (Delgado y Gutiérrez, 1994).

Para el desarrollo de estas investigaciones hay pocos instrumentos de formación potentes, pues generalmente plantean dificultades de medida y no son aptos para establecer generalidades científicas. Entre ellos tenemos la encuesta que según García Ferrando (1986), es un instrumento para la investigación social. Se realiza sobre una muestra representativa de un colectivo más amplio, que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con el fin de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población de estudio (García, 1986).

El cuestionario es un proceso estructurado de recogida de información a través de la cumplimentación de una serie predeterminada de preguntas. Estructurado significa que a todas las personas participantes se les formulan las mismas preguntas, de la misma forma y en la misma secuencia. Una manera de obtener información a través de un cuestionario es que el/la usuario/a sea quien lo cumplimente (autocumplimentado). Las ventajas de un cuestionario autocumplimentado son que, al no mediar la persona que entrevista, no se introducen sesgos por el procedimiento de formulación de las preguntas ni por el modo de registrarlas; la contestación es más cómoda para la persona encuestada y permite, en grupos muy definidos, darle el cuestionario personalmente a cada individuo y recogerlo un tiempo después. Como desventajas, el cuestionario autocumplimentado requiere un mínimo grado de escolarización y capacidad de lectura, por otra parte hay una incapacidad de clarificar preguntas o respuestas, no permite observar respuestas emocionales y presenta inseguridad sobre quién responde y si lo hace solo (Argimon y Jiménez, 2004).

Un cuestionario puede ayudar a comprender la interacción entre diferentes dimensiones (multidimensional) proporcionando un perfil de salud que puede ser aplicado a una población seleccionada, como complemento a la historia clínica y evaluación de un tratamiento médico (Casas et alii., 2001).

Georgina L. Jones et alii. (2002), realizan un estudio que tiene por objetivo la medición de la calidad de vida en mujeres con enfermedades ginecológicas benignas comunes. Para ello hacen una revisión sistemática de publicaciones que identifican el impacto de los síntomas y tratamiento de estas enfermedades en el estado de salud e informan sobre los tipos y propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados (Jones et alii., 2002).

Los instrumentos utilizados para medir la calidad de vida de las mujeres con endometriosis, menorragia, dolor pélvico crónico y síndrome del ovario poliquístico fueron: Short Form-36, que explora la función física, el rol emocional y sus limitaciones, la energía y la vitalidad, relación social, salud mental, autopercepción de la salud, el dolor corporal; Nottingham Health Profile estudia, en primera instancia, la movilidad, el dolor, la energía, el sueño, el malestar emocional, aislamiento social, y en segundo lugar, el trabajo, los cuidados del hogar, vida social, vida domestica, sexualidad, y áreas de ocio y tiempo libre; Psychologic General Well-Being Index indaga síntomas de ansiedad y depresión, satisfacción, autocontrol, estado de salud, vitalidad; Medical Outcomes examina el funcionamiento físico y social, la movilidad, el estrés y el cansancio y fatiga; Short Form-12 investiga la función física y el rol físico, el rol emocional, la energía y la vitalidad, la salud mental y salud percibida, dolor corporal y cambios en la salud; European Quality of life Scale averigua la movilidad, los autocuidados, el rol, actividades familiares y de ocio, afrontamiento del dolor. Los resultados encontrados en esta revisión sistemática documental parecen poner de manifiesto que las mujeres con dolor pélvico crónico y enfermedades asociadas con el dolor pélvico, como la endometriosis, tienen una peor calidad de vida relacionada con la salud (Jones et alii., 2002).

Salvatierra et alii. (1987) presentan un cuestionario para emplearlo en pacientes obstétrico-ginecológicas con preguntas referidas a síntomas menstruales, dolor pelviano, actitud ante la sexualidad, embarazo, contracepción y feminidad, vasolabilidad, hipoestronismo, alteración emocional, ansiedad y depresión. El resultado se obtiene a partir de un estudio de investigación que reúne las siguientes características:

La “justificación del estudio” se basa en la *utilidad para detectar alteraciones psicosomáticas en mujeres y completar una anamnesis tipificada en Ginecología*. “El objetivo” que se plantean es *una cuantificación semiobjetiva de las alteraciones de las pacientes, con la posibilidad de comparación entre diversos grupos y apreciar la acción de los tratamientos*. Para ello utilizan un diseño descriptivo de ámbito local. El tiempo de aplicación transcurrió desde 1978, donde fue autoadministrado a 343 casos, hasta 1987 completando la muestra en 2.000 mujeres. Definen “caso” a las *mujeres con trastornos ginecológicos patológicos (amenorrea secundaria, perimenopausia, perimenopausia con hemorragias, mujeres histerectomizadas)*. El “grupo control” lo forman alumnas de enfermería, de medicina y embarazadas primigrávidas normales que acudían en el quinto-séptimo mes a los cursos de Educación Maternal.

En la elaboración del cuestionario utilizaron el siguiente procedimiento: reducción del Cornell FN-2 original de 100 preguntas identificando 32 de éstas especialmente relevantes (no definen el proceso utilizado). En una muestra de 293 mujeres han investigado la correlación estadística entre la puntuación total y la correspondiente a los 32 *ítems* hallando un coeficiente de Pearson de +0.850, por lo que concluyen equivalencia entre ambos. Incorporan cuestiones relativas a la vasolabilidad a través de la lista de síntomas del síndrome endocrino-vegetativo de Curtis y Kruger. Las preguntas sobre carencia estrogénica menopáusica son obtenidas del repertorio de Blatt Menopausal Index. Por último incluyen preguntas acerca de la percepción de la mujer sobre su función menstrual, pelvialgia crónica, conducta sexual, actitud ante el embarazo y la contracepción, así como sobre la posición de la mujer ante el papel femenino tradicional.

Las dimensiones que desarrollan en el cuestionario son diez: malestar menstrual, algia pélvica, sexualidad negativa, miedo al embarazo y a la contracepción, rechazo del papel femenino tradicional, vasolabilidad, hipoestronismo, alteración emocional (neuroticismo), ansiedad y depresión. 85 preguntas con respuestas dicotómicas (SI, NO) exploran estas dimensiones. Todos los *ítems* se puntúan si la respuesta es SI, excepto los correspondientes al 1, 3, 27, 30, 36, 37, 39, 40, 58, 82, 84, que se puntúan si la respuesta es NO (Anexo VIII).

El *nivel socioeconómico, el nivel educativo y la edad* son las “variables sociodemográficas” que recoge el estudio. Las dimensiones las operativiza de la siguiente forma:

- *Malestar menstrual.* Define la capacidad de la mujer para autoobservarse y registrar sus propios problemas, llevar un control deficiente de la menstruación, estima la percepción de ésta como algo anormal y molesto, o no. También caracteriza la irregularidad de la regla en cuanto a escasez y abundancia.
- *Pelvialgia crónica.* Identifica un origen funcional del dolor pélvico.
- *Sexualidad negativa.* Se mide la frecuencia o satisfacción coital, así como el rechazo y la frustración sexual y conyugal.
- *Miedo al embarazo y a la contracepción.* Contempla la ansiedad ante una posible gestación no deseada.
- *Rechazo del papel femenino.* Revela el rechazo de la posición tradicional de la mujer y cierta nostalgia por un papel masculino.
- *Vasolabilidad.* Evidencia leucorrea y mal olor vaginal.
- *Hipoestronismo.* Recoge síntomas vasomotores.
- *Alteración emocional.* Reúne síntomas psicósomáticos, ansiedad, depresión y neuroticismo.
- *Ansiedad.* Se refiere a síntomas ansiosos.
- *Depresión.* Alude a síntomas significativos de depresión.

Los “instrumentos de medida” que exploran las dimensiones son: Cornell FN-2 Index en su forma abreviada, lista de síntomas del síndrome endocrino-vegetativo de Curtis y Kruger,

Blatt Menopausal Index, ítems del cuestionario de Beck (1961). El “análisis estadístico” empleado tiene el objeto de calcular *los límites de normalidad añadiendo dos veces la desviación típica a la media y tomando como anormal la puntuación inmediatamente superior. Para transformar las puntuaciones individuales de cada escala en porcentajes, se ha tomado la media del grupo control como el valor 50 y cada desviación típica como 10. De esta manera los valores por encima de 2 desviación típica se transforman en porcentajes por encima del 70%; así le asignamos un tanto por ciento a cada punto y la comparación entre escalas se facilita al usar valores relativos en lugar de absolutos. La transformación permite la construcción de una curva o perfil que orienta a primera vista acerca de las características de una mujer determinada.*

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto los siguientes perfiles de mujeres:

- *Las embarazadas primigrávidas normales (19-30 años de edad) que acudían al 5º-7º mes de embarazo a los cursos de Educación Maternal, tenían las puntuaciones más bajas tanto globales como en las diferentes escalas.*
- *Tanto las estudiantes de medicina como de enfermería presentaron puntuaciones más elevadas.*
- *En mujeres con amenorrea secundaria y perimenopausia, las puntuaciones del cuestionario fueron significativamente más elevadas que en el grupo control. El grupo de amenorrea secundaria por estrés presentó mayores índices de malestar menstrual, de sexualidad negativa y de alteración emocional; menos acentuados los valores de vasolabilidad, ansiedad y depresión.*
- *En las mujeres con perimenopausia con hemorragias, además de presentar malestar menstrual, sexualidad negativa y escalas de afectación psíquica, puntúan muy alto en pelvialgia, miedo al embarazo e hipoestronismo.*
- *Los valores obtenidos en mujeres histerectomizadas presentan un perfil patológico en hipoestronismo, alteración emocional, ansiedad y depresión, y puntuaciones elevadas de pelvialgia, rechazo a la sexualidad y miedo al embarazo.*

Las conclusiones obtenidas en este trabajo se materializan en que *un cuestionario autoadministrado equivale a realizar una anamnesis tipificada, evitando el efecto distorsionador del entrevistador/a. Es absolutamente necesaria la validación empírica aplicando el cuestionario a diversos grupos y comprobando su capacidad discriminatoria. El cuestionario proporciona información directa acerca de determinados síntomas y actitudes, que facilitan el conocimiento de la paciente, y abren la puerta al esclarecimiento, en un interrogatorio posterior, de ciertos problemas y trastornos.*

RESULTADOS

Capítulo III

Resultados

Teniendo en cuenta que el análisis cualitativo es el proceso de descomponer los datos en sus componentes constituyentes para revelar sus temas y patrones característicos vamos a utilizar la estrategia de análisis de Wolcott que descompone este método en tres tipos: descripción, análisis e interpretación. Wolcott (1994) expone que *la interpretación es el umbral entre el pensar y el redactar en el cual el investigador trasciende los datos reales y el análisis cuidadoso, comenzando a explorar lo que se puede hacer a partir de ellos*. Este proceso nos rigió el estudio sobre lo que se dijo y el cómo se dijo, llevándonos a reconstruir los mundos sociales y escribirlos, estableciendo una relación entre quien escribe y quienes leen. Para completar la investigación, los resultados cuantitativos nos permiten examinar los datos de manera numérica con las herramientas aportadas por el campo de la estadística, evidenciando si entre los elementos del problema de investigación existe una relación causa-efecto.

Este capítulo se presenta en dos apartados, uno corresponde al área cualitativa de la investigación y cuenta los resultados obtenidos con las diferentes técnicas empleadas y otro, a la cuantitativa que incluye la información descriptiva de la muestra y del análisis factorial aplicado.

III.1. DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA.

III.1.1 Análisis inicial del cuestionario de Salvatierra y Cuenca de 1987

a) Revisión de contenido y forma

El análisis de la publicación de la Revista Española de Obstetricia y Ginecología de 1987, nos ha permitido una primera aproximación identificando las diferentes partes que se desarrollan en el cuestionario como son las dimensiones, las preguntas correspondientes a cada una de ellas (Anexo IX), la forma de evaluar las contestaciones a esas preguntas, la muestra y sus características y los instrumentos de medida utilizados.

El proceso de revisión se completa con los resultados de las entrevistas a dos ginecólogos. Para interpretar su contenido por los lectores de este documento decimos que “E1” corresponde a la persona entrevistadora, “Entrevistado” a la persona que participó en la elaboración del cuestionario inicial y “G” al ginecólogo que en la actualidad sigue utilizando el cuestionario en la consulta.

El ginecólogo (G) nos cuenta que para él el cuestionario sigue siendo muy útil, que lo utiliza como instrumento ginecológico al estudiar a las mujeres de Granada con una visión más amplia.

E1. ¿Y cree usted que la finalidad del cuestionario hoy sería la misma?

G: sí, actualmente, lo sigo utilizando. O sea, que para mí es un instrumento bastante válido teniendo en cuenta que casi todos los cuestionarios que se utilizan para el estudio de las mujeres, casi todos son extranjeros adaptados a España. Pero éste está totalmente diseñado en España y adaptado a un tipo de mujer, en este caso también, a la mujer en Granada.

G: (...) Hoy día la tónica es, en los grandes hospitales, (...), ir a resolver (...) necesidades inmediatas (...) y entonces lo que...El espíritu de muchas maternidades es...estu... no estudiar a las mujeres sino simplemente si hay que operarlas, operarlas y se acabó. Y no ocuparse del tema psíquico de estas mujeres (...).

E1. cree usted que es muy necesario, ¿no? ese...

G. para mí es muy necesario (...).

Según el “Entrevistado” el cuestionario tiene una base fundamentada en la interpretación de las teorías del psicoanálisis en el contexto sociocultural y médico de los años setenta. Se trataba de dar explicación a la aparición de cierta sintomatología de pelvialgia crónica a través del conflicto psicológico. Para ello el cuestionario explora síntomas que tienen que ver con las actitudes de la mujer hacia la sexualidad, la gestación, el embarazo o el papel femenino tradicional.

Entrevistado: (...) Entonces, esto era un problema apasionante en el sentido de que se le daba una explicación fundamentalmente desde el punto de vista psicológico o psicopatológico. Es que bueno, le gente podría tener conflictos de tipo psicológicos y tal que se expresaba de acuerdo con el psicoanálisis o la teoría psicoanalítica de la conversión, se convertía el síntoma psicológico o el conflicto psicológico en un síntoma somático y concretamente en la pelvialgia. Y a partir de ahí ellos empezaron a estudiar la psicología psicosomática, (...).

Entrevistado: Entonces eso a muchas mujeres les crea tensión existencial muy fuerte y eso se intenta explorar ahí. De tal manera que se tiene en cuenta por un lado aspectos ginecológicos, por otro lado la estabilidad psicológica y por otro lado, las actitudes fundamentales de la mujer ante temas esenciales, la reproducción, sexualidad y embarazo, incluso del papel femenino tradicional.

En la dimensión malestar menstrual, al respecto de la pregunta 1 ¿Lleva usted una cuenta exacta de las fechas de sus reglas?, el *Entrevistado* cuenta que Salvatierra y Cuenca interpretaban negativamente que una mujer no llevara la cuenta exacta de su regla, y lo relacionaban con una percepción negativa de su cuerpo.

E1. (...) la pregunta número 1, contestar negativamente supone un indicio de control deficiente. ¿Por qué se considera negativo que una mujer no tenga cuenta exacta de sus reglas?

Entrevistado: sí, sí. Bueno, porque el que una mujer lleve cuenta de sus reglas se considera positivo desde el punto de vista ginecológico. Quiere decir, que es una mujer que tiene una relación con su aparato genital normal, pues porque sabe cuando tiene la regla.

E1. Y, ¿por qué se relaciona la capacidad de autoobservación con el registro de la regla? (...).

Entrevistado: si la mujer lleva su regla más o menos controlada significa que tiene una relación buena con su propio cuerpo. Ahora si no tiene ni idea de cómo son sus reglas pues... bueno, es la interpretación que hacen Salvatierra y Cuenca, (...).

E1. sí porque ellos están diciendo que si no tiene un control sobre su regla no tienes una percepción positiva sobre ti misma. Así es como ellos lo interpretan. ¿Y hoy en día se considera...? ¿Si tú no tienes un control sobre tu regla? ¿Cómo se considera eso?

Entrevistado: ¿hoy en día? (...) Porque si dice la cuenta exacta pues a lo mejor la gente no lleva apuntado exactamente el día, pero más o menos sabe cuando les va a venir la regla. A mí me parece que la formulación tiene que ser un poco distinta. (...).

Las preguntas 10 ¿Preferiría no tener la regla porque lo considera un inconveniente?, 11 ¿Se asustó cuando tuvo la regla por primera vez? y 29 ¿Tiene muchísimo miedo de quedar embarazada?, exploran el rechazo del papel femenino tradicional. Según el *Entrevistado* en ellas se relaciona la biología de la mujer con su papel social tal que considera la menstruación, el embarazo y el amamantamiento respectivamente, como el hecho *sine qua non* de ser mujer. Las mujeres que tienen un rechazo a su papel femenino tienen crisis mensuales con la regla, no quieren quedarse embarazadas ni amamantar a sus hijos/as. Este enjuiciamiento se hace al amparo

de las teorías psicoanalíticas de aquel tiempo.

E1. en las preguntas 10 y 11, preferiría no tener la regla porque lo considera un inconveniente...

Entrevistado: porque la menstruación es una de las manifestaciones típicas de ser mujer. Entonces, la interpretación que se hace es que si las mujeres...Una mujer que no está conforme con ser mujer...Este texto tiene también su origen en las teorías psicoanalíticas en el tiempo, ¿me entiendes? La menstruación es la demostración inequívoca de que eres mujer. Entonces las mujeres que tienen un rechazo a su papel de mujer van a sufrir una crisis mensual cuando tienen la regla porque es la regla la que les recuerda que son mujeres. De ahí la formulación de la pregunta. (...) Entonces, si una persona dice si es que no quisiera ver la regla nunca más. Está diciendo yo no quisiera ser mujer nunca más.

E1. entonces, según ellos que una mujer se asuste cuando tenga la regla por primera vez está revelando...

Entrevistado: (...) Revela (...) que esta mujer no recibió una información. Y el hecho de no recibir una información muchas veces tiene que ver con que ella no se procuró esa información. Entonces, como que ella prefería ignorar el tema. (...) Yo creo que eso es la filosofía que ellos le han...

E1. ¿en la pregunta la 29 por qué se incluye dentro del rechazo al papel femenino el miedo a quedar embarazada? ¿Por qué es negativo que una mujer tenga miedo a quedar embarazada?

Entrevistado: bueno, porque una de las características esenciales de la mujer típico es; por un lado tener la regla, ya lo hemos dicho; y lo siguiente es quedarse embarazada; y lo siguiente amamantar a sus hijos. Eso es algo que los varones no pueden hacer aunque quieran ¿me entiendes? Entonces, una manera de rechazar ser mujer es no querer quedarse embarazada. Lo mismo con dificultad para amamantar a sus hijos, igual.

El *Entrevistado*, se sorprende de que forme parte de la dimensión “rechazo del papel femenino” una pregunta directa sobre las relaciones sexuales (pregunta 30 ¿Le apetecen las relaciones sexuales?). Lo justifica pensando que hipotéticamente, si a una mujer no le apetece las relaciones sexuales podría estar relacionado con que no cumple bien con su papel de mujer, en un contexto heterosexual, por tanto para ella sería una percepción muy negativa del ser mujer. Discurso paralelo surge con la pregunta 35 ¿Cree usted que la mujer lleva la peor parte en la relación sexual? Para el entrevistado “G” estas preguntas no corresponden con la forma de ver la sexualidad la mujer de hoy día.

E1. ¿Igualmente con la pregunta número 30?

Entrevistado: no, esa es la que hemos hablado antes.

E1. está dentro de la dimensión de rechazo al papel femenino.

Entrevistado: ¿no está dentro de sexualidad?

E1. no, está dentro del rechazo al papel.

Entrevistado: ¿30?

E1. entonces, también quería preguntarle por la lógica...

Entrevistado: mira eso para mí es una sorpresa pero probablemente por lo mismo. Porque

tener relaciones sexuales en aquel contexto, es tener relaciones sexuales heterosexuales y con otra persona de otro sexo porque tú eres del sexo que eres. Pienso yo que va por ahí la idea.

EI. la pregunta es si le apetecen las relaciones sexuales.

Entrevistado: yo hubiera puesto esto en la dimensión de actitud hacia la sexualidad lógicamente.

(...)

Entrevistado: claro. Hombre, se entiende que si a usted le apetece tener relaciones sexuales cumple bien con su papel de mujer pero si es que no.

(...)

Entrevistado: hombre, tú imagínate si una mujer te dice: es que las mujeres llevan la peor parte por ser mujer. Tú estás vertiendo ahí una imagen muy negativa del ser mujer. ¿Por el hecho de ser mujer las mujeres van a tener peor parte en la sexualidad, por el hecho de ser mujer? Pues si dices que sí es que tienes... es que para ti ser mujer es una cosa muy negativa. ¿Entiendes? El sexo, vamos. Un hombre y una mujer se meten en la cama y por el hecho de ser mujer ya lleva la peor parte. Chica tú tienes una imagen de mujer muy negativa.

EI. claro, ¿está rechazando...?

Entrevistado: lo que significa ser mujer.

G: bueno, eso seguramente es un concepto pues digamos algo antiguo de aquella época.

Porque hoy día la mujer tiene otra idea u otro convencimiento sobre su sexualidad. Entonces, a lo mejor no está exactamente visto así por la mujer de hoy día.

Las tres preguntas que se muestran a continuación indagan el cumplimiento del papel femenino tradicional. P. 39 ¿Cree que es mejor atender la casa y la familia que trabajar fuera en un empleo?, P. 40 ¿Desea usted educar a sus hijos de la misma manera que su madre la educó a usted?, P. 42 ¿Cree que es mejor tener hijos varones que hijas? El *Entrevistado* explica que contestar a las preguntas de forma negativa significa un rechazo del papel femenino y de forma positiva estar de acuerdo con la esencia de ser mujer. “G” expresa que las preguntas corresponden con una época diferente a la actual.

EI. la pregunta 39...dice: ¿cree que es mejor...?

Entrevistado: ¿atender la casa y la familia...?

(...)

Entrevistado: dice...¿cree que es mejor atender la casa que trabajar fuera en un empleo? Y la mujer dice: no, no, no, eso no es mejor. Pues eso ya significa un rechazo del papel femenino. Esto es tremendo porque no es así. O, ¿desea usted que su madre la eduque de la misma manera...? Dice: no. O sea, eso significa ya salirse del tiesto, y salirse del tiesto ya es rechazar el papel femenino. Pero yo ya cuando hablaba de esto siempre decía el papel femenino tradicional.

EI. claro, claro.

Entrevistado: esto es rechazar el papel femenino tradicional pero cuando se escribió esto ni siquiera se decía el papel femenino tradicional. Yo creo que ellos tenían la idea de que la mujer que decía que sí yo quiero quedarme en mi casa y tal, era una mujer que estaba muy de acuerdo con la esencia de ser mujer.

G: pero ya le digo eso sí está en relación con lo que se podía pensar en aquella época. Antes

la mujer tenía, digamos, como primu moden, la prole y hoy día no es así. Hoy día prefiere realizarse laboralmente que el otro papel único y exclusivo de la prole.

E1. la pregunta 42...

(...) Entrevistado: Y en la 42 una persona que dice que es mejor tener varones que niñas, de entrada, sin otra explicación, sin otro argumento. Otra cosa es decir: mire usted en esta sociedad... es verdad que los varones cobran un salario mayor que las mujeres... Pues sí que es verdad, eso es así. ¿usted preferiría? Claro, desde el punto de vista laboral yo preferiría tener un varón que una niña, porque claro... No de entrada. ¿usted cree que es mejor tener un varón que una niña? sí, sí.. En conjunto, la valoración que estoy haciendo de lo que es ser mujer es negativa. Yo creo que sí.

G: sí, sí, claro. Porque realmente hay mujeres que piensan que ellas no son...digamos que los que viven bien son los hombres y que la mujer tiene una serie de problemas que no tienen los hombres.

La sexualidad negativa se estudia con la P.18 ¿Las molestias que usted tiene comenzaron después que se casó? Los informantes relacionan las molestias con el casamiento porque en aquella época no se concebían las relaciones sexuales fuera del matrimonio, por tanto es fiable preguntar por las relaciones sexuales haciéndolo de manera indirecta.

E1. la pregunta 18.

Entrevistado: ¿las molestias que usted tiene comenzaron después desde que se casó? Esto está dentro de sexualidad negativa. Bueno, desde que se casó... Esto está dentro del mismo contexto. En aquella época la gente tenía relaciones sexuales habitualmente cuando se casaba. Difícilmente la gente tenía relaciones sexuales habituales antes de casarse. Entonces, es relacionar mis molestias con la sexualidad pero preguntado de una manera indirecta.

E1. claro, porque realmente...

Entrevistado: hoy día no se haría eso. Hoy día el contexto sería si usted tiene molestias desde que se casó es por convivir con esa persona. Y no por el sexo. Porque el sexo ya no está ligado a la convivencia de esa forma. Hoy día si tú preguntas eso estás relacionándolo con la pareja. ¿Usted tiene molestias desde que se casó? Entonces es por la convivencia con esa persona, no por el sexo porque sexo tendría antes o después. Pero no. Pero es que entonces convivir con una persona significaba tener sexualidad con esa persona. Por eso está formulada así.

G: sí, sí. Porque realmente hay que ver si esas molestias corresponden a un cuadro de dispareunia. Es decir, unas relaciones sexuales dolorosas, si ella antes... Cuando se hizo el cuestionario no era frecuente como hoy las relaciones sexuales prematrimoniales. Entonces claro, se suponía que si no había relaciones sexuales antes del matrimonio, después de casarse si las relaciones eran dolorosas, a qué podía ser debido pues realmente a que haya una patología que dificulte esas relaciones.

Según los entrevistados con la pregunta 27 ¿Tiene relaciones sexuales más de una vez a la semana? se comete un sesgo al homogeneizar a todas las mujeres bajo un “tipo” e igualmente a toda la población activa sexualmente respecto a una frecuencia estándar asegurando que la baja frecuencia supone un problema de insatisfacción sexual.

E1. ¿la pregunta número 27?

Entrevistado: sí. ¿Tiene relaciones sexuales más de una vez a la semana? Hombre si no tiene relaciones sexuales más de una vez a la semana y es una persona que tiene una vida sexual activa pues se entendía que había una actitud negativa hacia la sexualidad. Ahí había un problema hacia la sexualidad. ¿Por qué? Pues porque la media de relaciones sexuales en gente con pareja estable y tal es como mínimo una vez a la semana, debería de ser.

El *Entrevistado* sobre las preguntas 33 ¿Sueña a veces con relaciones amorosas y se excita sin querer? y 34 ¿Se ha satisfecho usted sola alguna vez? interpreta que el sueño erótico y la masturbación son dos manifestaciones de una mujer con sexualidad negativa. Para “G” el discurso corresponde a una época; hoy día estas prácticas sexuales no son extrañas.

E1. ¿la pregunta número 33?

Entrevistado: 33, sueña a veces...sueña con relaciones sexuales. La 33 es sexualidad negativa. Se entiende que una persona que no se realiza en su sexualidad tal pues para ella los sueños eróticos serían un refugio de esa sexualidad negativa. Esa es la filosofía de la pregunta.

E1. igualmente la siguiente pregunta, ¿no? cuando preguntan si se ha satisfecho sexualmente.

Entrevistado: claro, una persona que recurre a la masturbación es porque en la relación heterosexual no... Esa es la lógica.

G: Hay que tener en cuenta el contexto en el que se hizo el cuestionario a lo que hoy día es. Porque hoy día hay una mayor o mejor educación sexual. O por lo menos unos conocimientos más amplios en cuanto a este tema. Y hoy día pues no es muy llamativo o extraño el que una mujer se masturbe. Pero en aquella época, no porque no se hiciera sino porque realmente no se comentaba o no se facilitaba ese tipo de relaciones.

La pregunta 43 de forma indirecta, intenta averiguar si la mujer acepta su rol en la sociedad y por extensión en la pareja. Se incluye en sexualidad negativa porque se confunde y equipara la sexualidad de la mujer a la relación de pareja, así nos lo expone el *Entrevistado*.

E1. ¿la 43?

Entrevistado: ésta: ¿cree que su marido podría portarse mejor con usted?

E1. está dentro de sexualidad negativa.

Entrevistado: claro, porque si se queja de que su marido no se porta bien con ella es que tienen malas relaciones en la sexualidad... (...) Pero en aquella época se mezclaba tanto una cosa con la otra...

E1. eso era un rechazo....

Entrevistado: claro, como tengo rechazo a la sexualidad rechazo a mi marido. No, mire usted...Lo que pasa que mi marido es un desastre. Pero eso no significa una actitud negativa hacia el sexo. Vamos, ni de asomo. Es de la pareja. Pero date cuenta como aquí se confunde la pareja con el sexo.

La pregunta 85 ¿Le desagradan los hombres? es una pregunta que proviene de otro cuestionario y al ser estudiada se considera idónea para explorar tanto la sexualidad negativa como la alteración emocional. Esta pregunta lo que pretende medir es la posibilidad de una orientación sexual diferente a la heterosexual, considerando esta última como la “normal” y sana, por ello se repite en la dimensión alteración emocional. Bajo este criterio una mujer lesbiana está considerada como una mujer con sexualidad negativa y también con alteración emocional.

E1. la 85. Está dentro de las dimensiones...está dentro de la dimensión sexualidad negativa pero también dentro de alteración emocional...

Entrevistado: (...) Pero claro, estamos desde un concepto en que la única sexualidad es la heterosexual. Entonces, si una persona dice que le desagradan los varones. Pues ya está diciendo que no quiere tener sexo con nadie.

E1. eso se incluye dentro de la sexualidad negativa, pero ¿por qué se incluye también dentro de alteración emocional?

Entrevistado: eso no sé yo por qué lo ha incluido esta señora. Debió pensar esta señora o ellos, la pareja, debió pensar que una persona que dice eso en general no tiene una personalidad muy normal.

(...)

Entrevistado: (...) Más o menos lo que pensamos ahora, ¿no? ¿Cómo me van a desagradar a mí los hombres? Incluso una persona, una mujer aunque sea lesbiana diría pero a mí ¿por qué me van a desagradar los hombres? Pues no. No me acostaré con ellos pero no me desagradan. ¿Entiendes? Y sin embargo, seguro que en aquella época más de uno diría... ¡jui!

Las manifestaciones de las personas entrevistadas sobre la pregunta 28 que explora el miedo al embarazo, ¿se retira su marido antes de terminar el acto sexual para evitar el embarazo?, consideran que está formulada para obtener información sólo sobre aquellas mujeres heterosexuales casadas, que utilizan esta práctica, como método anticonceptivo y por ende como rechazo a un embarazo.

E1. igualmente con la pregunta 28, ¿por qué se incluye en la dimensión miedo al embarazo?

Entrevistado: porque es utilizar un método anticonceptivo el coito interrumpido. Es que en aquella época el coito interrumpido era el método anticonceptivo que más utilizaba la gente. Luego, la gente que utilizaba ese tipo de anticonceptivo estaba rechazando el embarazo. Es que no quería quedarse embarazada.

b) Análisis lingüístico y de género

A continuación se presentan los resultados del análisis de las dimensiones y preguntas del cuestionario que en su contenido se detectan sesgos de género y así aplicar la perspectiva de género en su reelaboración.

– Descripción y análisis de las dimensiones

Malestar menstrual (explorada con 9 preguntas).	
<u>Descripción:</u> <i>El cuestionario se inicia con una pregunta que revela la capacidad de la mujer para autoobservarse y para registrar sus problemas, al interrogar acerca de si lleva una cuenta exacta de las fechas de menstruación. La respuesta negativa se puntúa como indicio de control deficiente. Las restantes preguntas van orientadas a estimar la percepción de la menstruación por la mujer como algo anormal y molesto, o no. Hay tres preguntas concretas acerca de la escasez, abundancia o irregularidad de la regla, que pueden concordar o no con la realidad. La cuantía de la pérdida o de la irregularidad debe tratar de aclararse en la anamnesis y en la exploración.</i>	
<u>Lenguaje con sesgo de género:</u> <i>(...) revela la capacidad de la mujer para autoobservarse y para registrar sus problemas, al interrogar acerca de si lleva una cuenta exacta de las fechas de menstruación.</i>	<u>Resultado del análisis:</u> A nivel global es una definición que predetermina la percepción de la mujer sobre la menstruación. Identificamos un trato discriminatorio al relacionar la “capacidad de la mujer” con llevar una cuenta exacta de las fechas de menstruación.

Sexualidad negativa (explorada con 8 preguntas).	
<u>Descripción:</u> <i>Dos cuestiones muy claras son puntuadas si la respuesta es NO, denunciando baja frecuencia de coito e insatisfacción coital. Las otras 6 preguntas se valoran cuando la contestación es positiva. La elección de estas preguntas se ha hecho empíricamente. La pregunta 85 (¿le desagradan los hombres?), la pregunta 99 del Cornell FN-2 ha sido extensamente estudiada por nosotros (Cuenca y Salvatierra, 1976) y constituye un indicador fiel de insatisfacción y rechazo sexual. Las restantes cuestiones persiguen el descubrimiento de frustración sexual y conyugal.</i>	
<u>Lenguaje con sesgo de género:</u> <i>(...) denunciando baja frecuencia de coito e insatisfacción coital.</i> <i>La pregunta 85 (¿le desagradan los hombres?) (...) constituye un indicador fiel de insatisfacción y rechazo sexual.</i>	<u>Resultado del análisis:</u> La valoración de la sexualidad de la mujer se reduce al estudio de las relaciones sexuales coitales y por ende conyugales. El término “denunciando” es un término peyorativo. Reducen la sexualidad de la mujer a las relaciones coitales. Utilizando la regla de la inversión a un hombre nunca se le preguntaría ¿le desagradan las mujeres? en una consulta de urología. Por otra parte se detecta un trato discriminatorio en cuanto a contemplar otras prácticas y relaciones. El término “indicador fiel” define la concepción de la época en tanto que la mujer es la responsable única de la funcionalidad de la sexualidad en la pareja.

Rechazo del papel femenino (explorada con 8 preguntas).	
<u>Descripción:</u> <i>Cuatro de las preguntas de esta escala (35, 39, 40 y 42) son bastante directas, revelando un rechazo de la posición tradicional de la mujer, y cierta nostalgia por un papel masculino. Las cuatro restantes son más discutibles, aunque tratan de poner de manifiesto una insatisfacción todavía más radical con la feminidad.</i>	
<u>Lenguaje con sesgo de género:</u> <i>(...) revelando un rechazo de la posición tradicional de la mujer, y cierta nostalgia por un papel masculino.</i> <i>Las cuatro restantes son más discutibles, aunque tratan de poner de manifiesto una insatisfacción todavía más radical con la feminidad.</i>	<u>Resultado del análisis:</u> Esta descripción está construida partiendo de la hipótesis de que la mujer no se siente bien con el hecho de “ser” mujer. Parte de un contexto androcéntrico, donde el hombre es el modelo imperante de satisfacción personal. Además equiparan la construcción de la feminidad a partir de las características biológicas con la posición que la mujer ocupa en la sociedad. Pretende poner de manifiesto la insatisfacción de la mujer por el hecho de ser mujer y estar valorada en contraposición al hombre como ser socialmente reconocido. Este párrafo evidencia la falta de valor social de la mujer en relación con el rol hegemónico del hombre y oculta desigualdades de roles sociales.

Alteración emocional (explorada con 32 preguntas).	
<u>Descripción:</u> <i>Los 32 ítems aquí considerados constituyen una escala de “neuroticismo”, de acuerdo con Cerdá (1968) y nuestros propios estudios. Muchos de ellos aparecen en otras escalas, y podrían haber sido despreciados, pero nos han parecido conveniente mantener el Cornell FN-2 Index, aunque fuera en forma abreviada, con fines comparativos. Tal como está compuesto reúne síntomas psicósomáticos, junto a otros de ansiedad, depresión y neuroticismo en sentido estricto.</i>	
<u>Lenguaje con sesgo de género:</u> <i>(...) neuroticismo en sentido estricto.</i>	<u>Resultado del análisis:</u> Globalmente, la definición asocia la alteración emocional de la mujer con el neuroticismo, ello nos podía llevar a concluir: mujer alterada emocionalmente/mujer neurótica. Es un término peyorativo en el ámbito coloquial y se ha utilizado históricamente para descalificar a las mujeres.

- *Análisis de las preguntas*

Preguntas de malestar menstrual	Análisis
Pregunta 1. <i>¿Lleva usted una cuenta exacta de las fechas de sus reglas?</i>	Esta pregunta puntúa si la respuesta es NO, lo que indica que un control deficiente sobre las fechas exactas de la regla es considerado un hecho negativo. En aquella época el control de la regla estaba directamente relacionado con la reproducción.

Preguntas de alteración emocional	Análisis
Pregunta 85: <i>¿Le desagradan los hombres?</i>	Esta pregunta lleva implícita la formación de pareja sólo entre hombres y mujeres. Puntúa si la respuesta es SI, considerando ésta como resultado de una alteración emocional.

Preguntas de miedo al embarazo y a la contracepción	Análisis
Pregunta 28: <i>¿Se retira su marido antes de terminar el acto sexual para evitar el embarazo?</i>	Pregunta 28. Contempla esta práctica solamente dentro del matrimonio y fundamenta la relación sexual en la eyaculación del hombre, considerada en aquel momento histórico, final del acto sexual.
Pregunta 36: <i>¿Su marido y usted están de acuerdo en no tener más hijos?</i>	Pregunta 36. Hace uso de una generalización imprecisa, utilizando el masculino para referir a ambos sexos. Presupone la maternidad como fruto de un matrimonio entre un hombre y una mujer ignorando las otras posibilidades de maternidad como son una pareja del mismo sexo o sin pareja.
Pregunta 37: <i>¿Cree usted que los médicos deberían prescribir medios para no tener hijos si se les pide?</i>	Pregunta 37. Utiliza el masculino para englobar ambos sexos y omite la presencia de las mujeres en la medicina.
Pregunta 38: <i>¿Tiene miedo a tomar píldoras para no tener niños?</i>	Pregunta 38. Aplica el término masculino para hablar de niños y niñas.

Preguntas de sexualidad negativa	Análisis
<p>Pregunta 18: <i>¿las molestias que usted tiene comenzaron después de que se casó?</i></p> <p>Pregunta 33: <i>¿Sueña a veces con relaciones amorosas y se excita sin querer?</i></p> <p>Pregunta 34: <i>¿Se ha satisfecho sexualmente usted sola alguna vez?</i></p> <p>Pregunta 43: <i>¿Cree que su marido podría portarse mejor con usted?</i></p> <p>Pregunta 85: <i>¿Le desagradan los hombres?</i></p>	<p>Pregunta 18. Aplicando la regla de la inversión, no se le preguntaría a un varón si tiene molestias relacionadas con la sexualidad después de que se casó, pues al hombre se le da por hecho las relaciones previas al matrimonio y la aparición de posibles molestias asociadas.</p> <p>Pregunta 33. El sin querer denota que el deseo en las mujeres en las relaciones amorosas no está contemplado. Esta pregunta puntúa si la respuesta es SI, por lo tanto, el cuestionario considera negativo que una mujer tenga sueños eróticos. Aplicando la regla de la inversión: socialmente no se considera pernicioso que el hombre tenga sueños amorosos y se excite durante los mismos, por lo tanto, tampoco se utilizaría esta pregunta para saber si el hombre tiene una sexualidad negativa.</p> <p>Pregunta 34. Esta pregunta puntúa si la respuesta es SI considerando la masturbación de la mujer como una práctica de sexualidad negativa. Aplicando la regla de la inversión, no puntuaría, es decir, la masturbación en el hombre está considerada como una práctica sexual positiva.</p> <p>Pregunta 43. Esta pregunta puntúa si la respuesta es SI, lo que denota que la mujer no tiene sexualidad propia, está a expensas de las necesidades y deseos del hombre. Si hacemos la conversión cambiando marido por mujer y le hacemos esta pregunta a un hombre, difícilmente conseguiremos averiguar si tiene alguna disfunción sexual o si su sexualidad es negativa, según se define en el cuestionario, porque en el caso de utilizar el término “mujer” no haría alusión al sexo sino a su comportamiento en otras áreas de convivencia. Por otro lado, en el contexto social en el que se desarrolla el cuestionario, no se establece una relación directa entre sexualidad y relación de pareja, ni se reduce, en el caso del varón, la actividad sexual al matrimonio.</p> <p>Pregunta 85. Si la mujer responde SI a la pregunta, puntúa, y es considerada con sexualidad negativa. Aplicando la regla de la inversión, sustituimos hombres por mujeres y lo que averiguamos es si la persona que contesta es misógina y no si tiene una sexualidad negativa.</p>

Preguntas de rechazo al papel femenino tradicional	Análisis
<p>Pregunta 10: <i>¿Preferiría no tener la regla porque lo considera un inconveniente?</i></p> <p>Pregunta 11: <i>¿Se asustó cuando tuvo la regla por primera vez?</i></p> <p>Pregunta 35: <i>¿Cree que la mujer lleva la peor parte en la relación sexual?</i></p> <p>Pregunta 39: <i>¿Cree que es mejor atender la casa y la familia que trabajar fuera en un empleo?</i></p>	<p>Pregunta 10. Esta pregunta puntúa si la respuesta es SI dando por hecho que considerar la regla como un inconveniente es porque está rechazando la posición social de la mujer.</p> <p>La formulación negativa de la pregunta induce a pensar en la regla como un problema.</p> <p>Con las preguntas 10 y 11 se trata de medir el rechazo a una posición social desigualitaria entre los sexos a través de aspectos fisiológicos de la mujer.</p> <p>En las preguntas que no se puede aplicar la regla de la inversión (sustituir varón por mujer) porque las connotaciones fisiológicas a las que conduce no lo permiten, podríamos utilizar una estrategia parecida y preguntarle al hombre por algo referente a su biología. Ejemplo: <i>¿desearía no tener la regla porque lo considera un inconveniente?</i> por <i>¿desearía no tener barba porque lo considera un inconveniente?</i>; se hace visible el absurdo de la pregunta pues sería un error considerar al hombre que no quiere tener barba, para no tener que afeitarse, como un varón que rechaza su masculinidad o su esencia masculina suponiendo además, que tiene nostalgia por ser mujer.</p> <p>Pregunta 35. Esta pregunta puntúa si la respuesta es SI. Esto indicaría que la mujer no acepta el papel femenino que la sociedad le impone como receptora pasiva de la relación sexual coital.</p> <p>Si sustituimos la palabra hombre por mujer, la pregunta carecería de sentido y no sabríamos qué se pretende averiguar con ella.</p> <p>La pregunta 39 pone de manifiesto el rol socialmente atribuido a la mujer. Puntúa si la respuesta es NO, con lo cual está penalizando el trabajo productivo de la mujer.</p> <p>En el caso de hacer la pregunta a un hombre y contestar NO, no estaría penalizado sino todo lo contrario, estaría potenciando el rol social que se le ha asignado. Nunca sería un indicador de rechazo de su masculinidad sino de refuerzo.</p>

Preguntas de rechazo al papel femenino tradicional	Análisis
<p>Pregunta 40: <i>¿Desea usted educar a sus hijos de la misma manera que su madre la educó a usted?</i></p> <p>Pregunta 42: <i>¿Cree que es mejor tener hijos varones que hijas?</i></p>	<p>Pregunta 40. Esta pregunta puntúa si la respuesta es NO. Perpetúa estereotipos sociales atribuyendo la educación de las hijas e hijos a las madres, establece como negativo no educar a niños y niñas para roles diferenciados socialmente y nos transmite la idea de que no educar de esta manera es rechazar “ser mujer”.</p> <p>Al utilizar “hijos” como genérico de ambos sexos realiza generalizaciones imprecisas.</p> <p>Pregunta 42. Esta pregunta puntúa si la respuesta es SI. Plasma un valor discriminatorio entre hijos e hijas, además interpreta como indicador del rechazo o aceptación del papel femenino la preferencia por uno u otro sexo.</p> <p>Sigue utilizando la palabra “hijos” como genérico y encontramos que tener preferencia por el nacimiento del sexo varón indica rechazar el papel de mujer en la sociedad, lo que puede ser explicado como la toma de conciencia de que existen desigualdades que perjudican claramente a un sexo y por ello puede tener esta preferencia para la prole. Por lo tanto, esto significaría no estar de acuerdo con el papel femenino tradicional lo que le haría puntuar y alejarse de la normalidad según este cuestionario.</p>

III.1.2 Panel experto

a) Resultados de la primera sesión del grupo experto

Respecto a la utilidad del cuestionario de Salvatierra y Cuenca (1987), contestando los/as expertos/as a la pregunta *¿qué utilidad puede tener esta herramienta en el futuro?*, manifiestan la importancia del formato, extensión y escala de medida, para que pueda ser cumplimentado por la paciente con facilidad e interpretado por el/la profesional de ginecología en el tiempo destinado a cada consulta. Coinciden de forma unánime, que el cuestionario puede servir para hacer diagnóstico clínico frente al dolor, poder tener un conocimiento integral de la mujer y apoyar la toma de decisiones sobre la adecuación o no de aplicar medidas quirúrgicas para la resolución del problema.

E5. A mí el cuestionario me parece fantástico, fantástico. Quiero decir, un cuestionario, si consiguierais diseñar un cuestionario auto-administrado que, realmente, expresara, ...no

solamente los síntomas sino la vivencia que de los síntomas que tienen las pacientes (...).

E2. Yo creo que de la estructura es de lo primero que hay que partir. Hay muchas cosas que modificar del cuestionario para que al final salga una cosa que sea clínicamente útil. (...).

E2. La mujer entra en la consulta; ...ya con el cuestionario hecho. Eso sólo tiene hecho el 90% de la anamnesis que un médico necesita hacer de una mujer, pero es que además, un cuestionario bien hecho, solo echándole un vistazo rápido, tú tienes tres o cuatro diagnósticos hechos, (...).

E1. (...) cabe la posibilidad de que estuviera dirigido a ver qué fiabilidad tienen nuestros diagnósticos clínicos...Tengo este grupo de mujeres y este grupo de mujeres. Las que contestan, las que tienen esta puntuación en esta área resulta que después haciéndoles (...) ecografías vaginales, laparoscopia, ésta tiene una endometriosis. Sin embargo, las que no tienen esta puntuación no tienen una endometriosis... (...).

En el análisis de las dimensiones que componen el cuestionario los/las expertos/as consideran que hay preguntas dirigidas exclusivamente a mujeres en fase menopáusica y que en general incluye una gran heterogeneidad en su diseño.

E1. Porque el cuestionario tiene dominios, áreas, llámale X y tal, que algunas de ellas no son superponibles, quiero decir, cuando hablamos de áreas vasomotoras, hay una serie de preguntas que están dirigidas claramente a una mujer premenopáusica o menopáusica que no tiene nada que ver con otro tipo de preguntas, entonces, es excesivamente heterogéneo.

Al iniciar el debate al hilo de la pregunta ¿qué significa o implica incorporar la perspectiva de género en el cuestionario?, el grupo experto plantea que al estar trabajando con mujeres, estamos trabajando con perspectiva de género. Una vez contextualizado por la investigadora 1 a lo que nos referimos cuando hablamos de perspectiva de género, las personas expertas se centran en analizar el contenido y la forma de las preguntas considerando que en ello es donde hay que hacer el esfuerzo para evitar los sesgos de género. Por último, incorporan la reflexión sobre la ausencia en el cuestionario de la mujer como ser individual que tiene trabajo fuera de casa, ocio y tiempo libre, no solamente actividades propias del trabajo doméstico.

E1. (...) Es decir, ¿vamos a intentar un cuestionario donde el sesgo de género esté absolutamente... o lo máximo minimizado? ¿Qué se pretende con esto?... , porque eso no podemos evitarlo en cuanto a que solo vamos a tener pacientes femeninas. Nosotros tenemos mujeres y va a ser dirigido a mujeres este cuestionario, estrictamente. (...) Habría que hacer mucho hincapié y afinar mucho para que no tenga el mínimo de sesgo de género (...).

E6. Hablando un poco de los roles de la mujer en la sociedad actual, yo creo que también el cuestionario falta por preguntar mucho acerca de la mujer. O sea, se pregunta mucho acerca de la mujer como madre, como esposa, como amante pero no se pregunta nada o se pregunta poco sobre la mujer como persona individual, como profesional, como que tiene vida fuera de la familia, tiempo libre, ocio, no hay nada acerca de esas cuestiones. Yo creo que ahora es importante actualizarlo también.

E3. Seguramente las preguntas habrían sido totalmente diferentes.

b) Resultados segunda sesión grupo experto

En esta sesión se abordan los temas de sexualidad, malestar menstrual y pelvialgia crónica.

– *Sexualidad negativa*

El grupo experto considera relevante el estudio de la conducta sexual de la mujer a través de preguntas que nos dieran información sobre la presencia o no de dolor en las relaciones sexuales, el orgasmo, el deseo y fundamentalmente a través de la satisfacción de la mujer en sus relaciones sexuales. En cuanto a la frecuencia podemos decir que esta variable parece perder peso como indicador de satisfacción, todo el grupo considera que la frecuencia no está relacionada con la satisfacción.

E6.- Explorar la conducta sexual se refiere a frecuencia, satisfacción, a través de todo eso...

Invest.- Bien. ¿Tendríamos entonces, E5, que explorar también las siguientes: el dolor, el deseo, el orgasmo...?

E1.- Ya, pero es que entonces este dominio tendría una pregunta ¿está usted satisfecha con sus relaciones sexuales? Me sobra todo lo demás.

E5.- Es que yo creo que este dominio debería tener esa pregunta fundamentalmente. Es mi opinión personal.

E5.- Yo creo que sí. Más bien que la frecuencia que es una cosa...creo que sí.

Invest 2.- El número de veces implicaría unos niveles de satisfacción.

E5.- No lo veo claro.

E6.- Yo tampoco lo veo eso claro.

E1.- Yo creo que no hay una relación directa.

E6.- Es que si contesta que sí, está contenta...

Las causas de las distintas disfunciones sexuales de las mujeres suelen ser varias y están muy relacionadas con muchos otros aspectos. Los/as especialistas suelen diferenciar entre causas orgánicas y causas no orgánicas. La relación de pareja y concepción de la sexualidad de la mujer son las dos variables que condicionan la aparición de disfunciones sexuales según los expertos y expertas. Son las principales y más importantes cuestiones a tener en cuenta a la hora de ayudar a la mujer.

E1.- (...) Quiero decir, una pelvialgia crónica define ya un tipo de sexualidad, clarísimo; muchas de ellas van ligadas ya a dispareunia.

E5: Y luego hay aspectos puramente psicológicos, no sé si decir psicoanalíticos o psicosomáticos que son otra serie de asuntos, de constructos mentales que las mujeres tienen y que condicionan (...)

E5.(...) eso requiere de un buceo en su vida social, en su vida de pareja, en su relación con su marido o su lo que sea, con los hijos, con su papel en la vida. Eso, además, es una cosa que está muy correlacionada con todo lo demás. El sexo es una cosa que, esto es el sexo y aquí está la raya...no, no, el sexo es una cosa que impregna toda la relación con el mundo de

la gente, entiendo yo.

E1.- Hay mujeres que te van a decir que están de acuerdo con la frecuencia de relaciones que tienen y a lo mejor son anorgásmicas. Les da igual, a mí, con que mi pareja me solicite (...).

E5.- Otra cosa es... para mí, lo más importante sea la actitud de la mujer y la relación de pareja.

Según el grupo son muchos los aspectos que determinan la concepción de sexualidad de la mujer, la actitud, culpa, autoconocimiento, prácticas sexuales, relación de pareja son aspectos que entran dentro de la sexualidad y que serían necesarios explorar.

Invest 4.- ¿Tú lo estas explorando, por ejemplo, a través de la actitud de la mujer ante la sexualidad?

E5.- Naturalmente. Habremos de explorar más cosas, aparte de esas, pero desde luego esas cosas sí.

Invest 4.- ¿de miedo, de culpabilidad, de vergüenza?

E5.- Por supuesto que sí. Naturalmente.

Invest 4.- Entonces, respecto al autoconocimiento ¿os parece importante? ¿lo exploraríamos? El conocimiento pleno sobre su cuerpo, sus posibilidades sexuales ¿es importante eso?

E6.- A mí me parece importante.

E1.- Si, si.

Finalmente en la sesión, tras la reflexión sobre todos los aspectos anteriores sobre la sexualidad de la mujer, se retomaron las preguntas del cuestionario de Salvatierra y Cuenca para esta dimensión y llegar a un consenso sobre cuáles son las que exploran de manera más acertada aquellas cuestiones que han sido destacadas como necesarias y útiles, y que deben estar dentro del cuestionario.

Invest 4.- Vale. La siguiente: ¿le producen molestias o dolor las relaciones sexuales?

E5.- Si, esa la dejo

E6.- Si.

E1.- Obviamente, si.

Invest 4.- Vale. ¿Alcanza generalmente satisfacción completa en las relaciones sexuales?

E5.- También. La dejamos.

E6.- Yo, si se contesta sí o no ¿Cómo puntúa? Es que es diferente si dices: la mujer se masturba. En el cuestionario original era negativo. Entonces, ahora quizá sea al revés. Si la mujer contesta que sí es que es positivo. Entonces, sí sería bueno...

E5.- (...) si realmente una mujer pues tiene un impulso sexual real, tiene fantasías, o se masturba o llega al fin a excitarse de una forma, en fin... y no lo hace con su marido, es decir, tiene una frigidez, tiene una anorgasmia con su esposo, eso puede resultar marcador de que existe un problema de relación de pareja en ese sentido.

E1.- Correcto, correcto.

E5.- En ese sentido puede tener ese interés el mantener la pregunta, pero ya una vez

descartado las otras cosas, desde luego.

Otras preguntas quedaron descartadas por distintos motivos: por estar fuera del contexto social actual, por no tener ningún tipo de utilidad para el personal sanitario en cuestión y no revelar información sobre ningún aspecto de la mujer para su estudio.

Invest 4.- La primera pregunta es ¿las molestias que usted tiene comenzaron después que se casó?

E5.- Es que eso ya hoy... no la mantendría.

E1.- No, no.

E6.- Eso está más en relación con las relaciones prematrimoniales no con el aumento de las relaciones después de casarse. Digo yo que hoy en día no significa que las relaciones sean después del matrimonio, vaya.

Invest 4.- Entonces, pasamos a la siguiente. ¿Tiene relaciones sexuales más de una vez a la semana? ¿La mantendríamos?

E5.- Bueno, si luego nos queda muy largo, esa la quitamos.

E1.- Si.

Invest 4.- ¿Sueña a veces con relaciones amorosas y se excita sin querer? ¿la mantendríaís?

E5.- No

E1.- No

E6.- Pues yo esta no lo tengo muy claro que estuviera en relación con el deseo, que explore el deseo, pero la mujer puede tener deseo y tener sueños.

– Malestar menstrual

Los/las expertos/as, al iniciar la sesión preguntando sobre los objetivos que quieren cubrir con esta dimensión, a través de la aplicación del cuestionario, suscitan un debate sobre la confusión que existe tanto sobre el término que lo define (malestar menstrual, síndrome premenstrual,..), como sobre los contenidos del mismo. Seguidamente se va entrando en la identificación de los aspectos que integraría esta dimensión siendo el dolor el síntoma central condicionado por factores psicosociales, así como náuseas, vómitos, mareos, diarrea, herpes labial, distensión abdominal, calambres, pinchazos. Se concluye con el consenso sobre el término que mejor recogería el concepto (malestar menstrual).

E1. Exactamente. Es que tú fíjate. Tengo sinónimos: malestar menstrual, dolor menstrual, dismenorrea, síndrome premenstrual... o sea, mezcla unas historias aquí.

E5. La confusión terminológica yo creo que es una confusión muy general.

E5. Pero yo, de entrada, el malestar menstrual lo definiría como el dolor de la regla y todo el cortejo sintomático relacional (...).

E5. Los factores psicosociales y tal, vale.

E5. Náuseas, vómitos, mareos.

E6. Si, o calambres, pinchazos, dolor.

Invest1. ¿Creéis que podemos entrar ya en ver en qué términos nos podríamos quedar?

- E1. Malestar menstrual, desde luego, parece lo más universal, ...*
E6. Es un término más amplio.

Para explorar la connotación social que rodea al malestar menstrual, la investigadora lo centra en creencias y actitudes hacia la menstruación, aumento de las emociones, cambios en el estado de ánimo y condicionamientos en sus actividades diarias. Las expertas y expertos consideran importante simplificar este ámbito centrándolo en la exploración de la intensidad del cuadro a través de la aparición del dolor y las actuaciones que este genera sobre los días de cama que guarda la mujer, el tratamiento que toma, el absentismo laboral o de estudios que genera, así como su repercusión en otras actividades sociales (relación, amigos, cine, teatro, etc.)

Invest1.(...) podríamos enfocar la connotación social. Por ejemplo, a ver, estudiando las creencias y actitudes hacia el ciclo menstrual mediante un listado de síntomas, un listado de síntomas que recogiera tanto los malestares físicos que le produce a la mujer como el aumento en las emociones, como el cambio en el estado de ánimo y también en el condicionamiento de sus actividades y sus encuentros sociales.

E1. La connotación social. Aquí hay que intentar simplificar cuando se está explorando este ámbito, al menos yo, primero le pregunto si le duele, intento saber que intensidad tiene ese dolor, que eso está en relación a lo incapacitante que es.

E5. La forma usual de explorar eso es preguntar por el nivel de incapacidad laboral o si es estudiante, cuanto días dejas de ir a clase.

E1. Sí, pero con el Ibuprofeno me calmo; y otras que se meten en la cama.

E1. Claro, de ahí te dicen que vas a la cama, ni vas a la cena con los amigos el sábado, ni al teatro (...) pues no está para ningunas mimbres.

Los expertos y expertas dejan muy claro, que reflejar en el cuestionario el tiempo que dedica la mujer a actividades ocupacionales, tanto laborales como domésticas y de ocio y tiempo libre, les daría un conocimiento interesante de la misma, pero que en ningún momento le condicionaría ni el enfoque diagnóstico ni terapéutico. También tienen una opinión unánime sobre que la pregunta ¿te disgusta la menstruación?, no refleja la actitud de la mujer sobre la misma.

(...) Invest1. ¿tendríamos que identificar las actividades ocupacionales tanto laborales como domésticas, de ocio y tiempo libre a la que la mujer le dedica parte de su tiempo?

E5. Es que no es que no sea interesante la respuesta porque habla mucho de cuál es la situación de esa mujer en relación con el mundo...

E5. ...no creo que tenga relación, o por lo menos, no creo que tenga una utilidad para nosotros ni que le podamos ofrecer nada.

E5. Pero no es que eso vaya a condicionar el enfoque ni diagnóstico ni terapéutico, por nuestra parte. O sea, desde ese punto de vista, yo esa pregunta no la mantendría.

E1. A una mujer le puede disgustar la menstruación y no ser dismenorréica, simplemente le puede disgustar el hecho de estar cinco días...

Al plantearle al grupo experto el hecho de que la vivencia de la primera menstruación y/o los acontecimientos vitales puedan ser factores condicionantes del malestar menstrual, concluyen que son aspectos importantes a explorar, porque alrededor del dolor menstrual hay una serie de factores culturales e historias vividas que lo matizan. Consideran importante explicar la actuación de los tratamientos para que la mujer se implique en el proceso y se lo administre bien.

E5. Eso puede condicionar. Yo creo que muchas veces la actitud de la propia niña hacia la regla, y a lo mejor eso puede condicionar dismenorreas esenciales, pero tampoco veo yo eso como...

E1. Es tan cultural, es tan cultural.

E5. Que es muy interesante explorar esto.

E6. Sí, pero no en esta encuesta.

E5. Las vivencias, evidentemente, van a ser por otras cosas. Yo, mi experiencia, no he conseguido identificar nunca (...) acontecimientos que generen condición que diga: a partir de este momento yo tengo la dismenorrea; yo nunca...

E5. Yo se lo explico a todas para que, además, sepan cómo tienen que hacer el tratamiento porque lo hacen mal generalmente.

Al sugerirle al grupo experto, si estaría bien explorar la actitud del hombre ante la regla a través de la mirada de la mujer; el desconcierto es generalizado, pues no consideran que esté relacionado con la vivencia que ésta tenga de la menstruación. Lo consideran más un tema sociológico de una sociedad machista que ha generado autoinculpación a la mujer.

E5. A ver, a ver, a ver... Eso de la mirada y la menstruación ¿que quiere decir?, a ver.

E6. ¡Qué significa!

E1. Si nos remontamos, si hacemos análisis histórico, bueno, como la sociedad ha sido siempre machista, claro,...

E1. Las propias mujeres expresan, quiero decir, es un grado de auto inculpación inconsciente... he estado mala...y yo le digo: perdone, usted no ha estado mala, ha tenido la regla....

Las/los profesionales expertas/os tiene claro que al explorar la repercusión de la menstruación sobre el trabajo productivo-reproductivo, nos cuantificaría la intensidad de esa dismenorrea a través del absentismo. También hay unanimidad sobre la necesidad de explorar el uso de tratamientos anteriores o actuales para el mismo fin. Sin embargo, no consideran necesario unir al cuestionario un protocolo de diagnóstico clínico y no entran a debatir la satisfacción de la usuaria de ginecología en relación a la atención recibida.

Invest1. ¿A través de la intensidad de la dismenorrea valoraríamos este absentismo?

E1. Y al revés. El absentismo nos valoraría la intensidad.

Invest1. ¿Deberíamos preguntar sobre tratamientos actuales o anteriores?

E1. Si, si, si. Eso lo hacemos siempre.

Invest1. ¿Sería importante asociar un protocolo diagnóstico clínico al resultado del

cuestionario?

E6. (...) yo creo que con las conclusiones que hemos hecho, ya se saca más o menos un diagnóstico...

Invest.1. (...) El problema de la insatisfacción de la usuaria en relación a la atención recibida por el sistema de salud.

E1. ¿Por qué plantea esta pregunta aquí? No la entiendo.

Por último, al volver a analizar la pertinencia de las preguntas del cuestionario de Salvatierra y Cuenca, los miembros del grupo manifiestan de forma contundente que mantendrían las siguientes: ¿tiene que tomar calmantes por los fuertes dolores durante la regla?, ¿tiene que guardar cama?; el resto las consideran adecuadas para síndrome premenstrual, patrón menstrual, pero no para malestar menstrual.

Invest1. ¿Tiene que tomar calmantes por los fuertes dolores durante la regla?

E1. Ah, sí. Esas hay que hacerlas.

Invest1. ¿Tiene que guardar cama?

E5. Si. También se lo preguntamos.

E5. Ahí hay preguntas de dolor, del malestar menstrual, de dismenorrea, preguntas de patrón menstrual, eso es un totum revolutum que hay aquí ¿no?

– Pelvialgia crónica

En el inicio del debate sobre los objetivos que quieren cubrir los ginecólogos y ginecólogas con el cuestionario al explorar la dimensión pelvialgia crónica, todos tienen muy claro que sería fundamental poder discriminar entre causa orgánica o funcional. Ponen de manifiesto que para el diagnóstico de la pelvialgia crónica es fundamental la anamnesis, que en principio se centraría en la caracterización del dolor a través de la persistencia, localización, y otras cualidades propias que lo definen y se completaría con la exploración de antecedentes quirúrgicos. Para completar el diagnóstico se realizaría derivación a otros servicios en la búsqueda de posibles órganos causales (urología, digestivo, óseo, locomotor, etc.). Los componentes del grupo indican que los factores de personalidad y medioambientales pueden tener una repercusión relevante en este cuadro clínico.

E5. Yo, si hubiera una pregunta que me pudiera diferenciar entre aquellas pautas de pelvialgia crónica que son orgánicas y aquellas pautas que no lo son (...).

E1. (...) que no es una dismenorrea que son otras cosas, una pelvialgia, que le duele por la mañana, por la tarde, por la noche, los jueves, cuando tiene la regla y cuando no, ...

E5. La anamnesis ahí es muy, muy, muy importante. Quizá es lo más importante.

E6. (...) que es muy importante la anamnesis y mis preguntas fundamentales son: dónde le duele, hacia adónde, desde cuando...

E5. Repercusión emocional de una molestia o de un dolor. Eso tiene una causa psicósomática casi siempre, casi siempre.

E5. Y descartar patología orgánica, es decir, descartar hister, descartar endometriosis...

E5. Que tratamiento, lo que a ella le ha aliviado o lo que no le ha aliviado, porque bueno.

E5. Es que por los antecedentes quirúrgicos hay que preguntar siempre porque los problemas adherenciales son una de las causas fundamentales (...)

Invest1. ¿Algún otro síntoma?

E5. La sintomatología digestiva, la urinaria, la locomotora...

E5. (...) y desde luego aquí, los factores de la personalidad, los factores psicoambientales yo creo que juegan un papel muy, muy, muy importante en la interpretación.

Las expertas y expertos analizarían el área afectivo-conductual que puede estar asociada a este malestar ginecológico incorporando preguntas sobre la sexualidad, condicionantes de la vida laboral y familiar. Por otra parte, entienden que la actitud de la mujer evidencia la complejidad del cuadro diagnóstico.

E5. (...) A lo mejor no es de un modo específico preguntando específicamente sobre la sexualidad, o con la vida laboral y familiar o sobre tal, pero sí, por lo menos en términos generales,...

E5. ver hasta qué punto eso realmente dificulta su vida, su percepción de su calidad de vida, su actividad sexual, su vida laboral, todo eso forma parte de la misma cosa. Es decir, nos ayuda a interpretar la gravedad y el dolor. (...)

Invest1. Tú comentaste (...): yo veo entrar a una mujer por la puerta y era... como llevas mucho tiempo trabajando y es así.

E5. Es la actitud conforme entra.

E6. La manera como se expresa (...)

E5. (...) cosas perfectamente banales pues bueno, te las cuentan como algo tremendo, algo temible (...). (...) hablan de que hay una personalidad de que posiblemente pueda intervenir luego en la pelvialgia o en la sintomatología. (...)

Al estudiar las preguntas del cuestionario de Salvatierra y Cuenca, los expertos y expertas verbalizan la poca idoneidad de las mismas de modo general; mantendrían: ¿La han visto otras veces por los dolores de ovario y de vientre sin encontrar alivio?, ¿Las molestias que Vd. tiene comenzaron después de algún parto?, ¿Se le inflama muchísimo el vientre de modo habitual? Reformularían: ¿Se le hincha el vientre normalmente? Por último, desarrollarían preguntas exploratorias del dolor y su relación con la actividad física, las alteraciones del tránsito intestinal y si han realizado o realizan tratamiento para su malestar.

Invest1. Volviendo al cuestionario inicial, la pregunta, la quitaríamos ¿tiene dolores y molestias en los riñones desde hace tiempo?

E6. Si. Yo las veo difusas.

E1. Las haría más simples, exploraría el dolor.

E5. Quizá la 15 a lo mejor. ¿La han visto otras veces?

E6. Yo es que la 19 la veo más relacionada desde cuando empezó el dolor.

E6. Si, a lo mejor la 20 reformulada de otra forma para ver que te diera más.

E5. ...y a continuación ¿se le hincha el vientre normalmente?

E6. O la alteración del tránsito también.

Invest1. ¿Alguna cosa incorporarías tú...?

E6. La actividad física, que ya hemos comentado. Y si hace tratamiento.

E5. Yo, lo que echo en falta, no sé si hay alguna pregunta de tipo psicológico, de tipo, en fin, para...

Invest1. Mira, está esta dimensión de alteración emocional, dimensión emocional y está ansiedad y depresión.

c) Resultados tercera sesión grupo experto

Esta tercera sesión versa sobre el miedo al embarazo y a la contracepción, rechazo del papel femenino, depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria y violencia de género.

– Miedo al embarazo y a la contracepción

Para las expertas y expertos la primera pregunta de esta dimensión iría orientada a identificar la utilización o no de anticonceptivos, conocer el origen de la toma de decisiones respecto al uso y tipo de método, identificar quien lo propuso (médico/a, pareja, etc.), si se ha tenido en cuenta los deseos y necesidades de la mujer y si se le ha dado la información necesaria. El grupo experto considera que la satisfacción, la eficacia y los efectos sobre la salud de los anticonceptivos son importantes para su estudio y para constatar la percepción que tiene la mujer de los mismos.

E1. Lo primero que hay que saber es que tipo de anticoncepción hace la mujer y, a partir de ahí, tendríamos que analizar otro tipo de aspectos, si está satisfecha con el método, desde dónde se decidió ese método, si fue al ginecólogo o al médico de cabecera y le dijo: yo no me quiero quedar embarazada y directamente le dijo tómame este anticonceptivo sin preguntar mucho más sobre qué desea o no la mujer.

E6.- Pues yo veo importante en el tema de la contracepción si la mujer está satisfecha con el método anticonceptivo que está utilizando, y si no lo utiliza pues darle información sobre ese tipo de, sobre los métodos.

E6.- Es que con la satisfacción yo creo que también exploramos la eficacia, la efectividad, la comodidad de la mujer con el método. Yo creo que ahí la satisfacción ya engloban un montón de cosas, un montón de variables, o los efectos secundarios que ella...

Invest 1.- La eficacia. ¿Estás tranquila con el método que usas?

E1.- Podría ser un poco más explícita en el sentido de si tienes seguridad en cuanto a la eficacia del método en relación con los embarazos.

E3.- Exactamente. Alguna pregunta relacionada con estás tranquila de que no te vas a quedar embarazada.

Todo el grupo considera que la actitud de la mujer ante la reproducción debe ser explorada, pero diferenciando entre anticoncepción y deseos de no tener más hijos e hijas, pues son dos áreas diferentes. Respecto al miedo al embarazo los y las expertas proponen abordar el tema teniendo en cuenta la edad de las mujeres, ya que la posibilidad de quedar embarazada sin

planificarlo tiene consecuencias diferentes.

E3.- Si, pero son dos preguntas diferentes. Siempre que hablamos de anticoncepción, uno es el deseo de concepción, de quedarte embarazada otra vez, o el deseo de no tener más hijos o de espaciar los hijos, es decir, que son dos conceptos diferentes.

E1.- Es que la primera pregunta básica sería esa, si es un deseo anticonceptivo en el momento o si sus deseos reproductivos ya están satisfechos. Eso es lo primero antes de seguir con cualquier otra pregunta.

E3.- Pues yo vuelvo a decir lo mismo. Creo que para mí, lo de la edad es fundamental en las mujeres. Yo creo que quizá las chicas más jóvenes son las que tienen más miedo al embarazo y las mujeres maduras quizá están más seguras de lo que utilizan.

La mayoría de las preguntas del cuestionario inicial en esta dimensión han sido eliminadas por no considerarlas acertadas en la práctica clínica. Sólo proponen mantener dos, cambiando la forma de redacción, no condicionando las respuestas y elaborándolas de forma más abierta y directa.

Invest 1.- ¿Su marido y usted están de acuerdo en no tener más hijos?

E1.- Su marido y usted. Estamos hablando ya de pareja y tal. ¿Sabes lo que te digo? El cuestionario está conformado para una mujer un poco arquetípica.

E3.- Pareja pueden ser dos mujeres.

E6.- Sí, es verdad, pareja.

Invest 1.- ¿Ha tenido usted dificultades para amamantar a sus hijos?

E6.- ¿Qué tiene que ver un embarazo con luego, la lactancia? Ya, hoy día, yo creo que no está...

Invest 1.- (...) ¿Ha tenido usted malos embarazos?

E3.- Yo no pondría malos embarazos. Como mucho sería buenos o malos embarazos.

E1.- ¿Cómo han sido sus embarazos?

Invest 1.- (...) ¿Ha sufrido usted mucho en los partos?

E3.- Igual. Ya está la palabra sufrimiento, otra vez negatividad.

E1.- Cómo han sido sus partos es diferente que ha sufrido en sus partos.

E3.- Pero, ¿tú crees que una mujer tiene miedo al embarazo pensando en que tuvo dificultades para amamantar a sus hijos?

– Rechazo del papel femenino

Al inicio de la sesión los y las expertas no consideran que la mujer, hoy día, rechace su papel femenino ni que el rol social esté directamente relacionado con los malestares ginecológicos. Por otra parte, llegan al acuerdo de estudiar a la mujer teniendo en cuenta su integralidad.

E6.- Yo es que creo que es muy complicado porque, hoy en día, el rechazo del papel femenino... En todo caso, una mujer se puede quejar de que tenga mucha carga familiar, o

que esté estresada por la familia, por los niños, si tiene personas a su cargo, pero rechazar el papel femenino, hoy día, yo creo que no está muy claro. (...) La mujer no va a estar en desacuerdo con ser mujer. Puede estar en desacuerdo (...), no tiene ayuda o apoyo por parte de su pareja, o está separada a lo mejor y tiene los niños.

E1.- Claro que estamos hablando de ginecología, porque son mujeres. Yo solo veo mujeres. Entonces, me interesa la mujer así, en toda su globalidad.

Durante un proceso dubitativo, los miembros del grupo reconocen la necesidad de explorar los factores que condicionan la vida y la salud de las mujeres: percepción de su salud, calidad de vida, núcleo familiar y cargas familiares, la sobrecarga, el trabajo doméstico, el trabajo productivo, apoyos formales e informales y la distribución que tiene de su tiempo de ocio.

Invest 1.- (...) ¿Creemos que tendríamos que explorar cómo se siente de sobrecargada? (...)

E3.- Yo creo que eso no nos afecta a nosotros. Pero vamos, ese es mi punto de vista.

E6.- Yo creo que las preguntas que, a lo mejor, pueden ir saliendo como sobrecargada en cuanto a la vida familiar, en cuanto a su presión social, personas a su cargo, es que a lo mejor todo eso está dentro de una dimensión que sería ansiedad-depresión, no tanto como rechazo de papel femenino. No sé yo como explorar esa dimensión hoy día.

E1. (...) La calidad de vida, a través de las preguntas que planteas yo diría que sí, que en este cuestionario claro que habría que explorar (...)

Invest 1.- (...) ¿Cómo le afecta el trabajo doméstico? ¿Creéis que tendríamos que explorarlo en esta dimensión y en este cuestionario?

E6.- Claro, si estamos hablando de la sobrecarga y todo eso, es fundamental.

Invest 1. (...) ¿Exploraríamos, entonces, el núcleo familiar? Como por ejemplo, la composición de éste, número de personas que viven en su casa, la distribución por sexos, personas menores de 15 años, mayores de 65, personas discapacitadas.

E1.- Todas. Eso es importantísimo, me parece.

E3.- Yo vuelvo a decir lo mismo. Si es para hablar de la mujer integral, por supuestísimo. (...)

Invest 1.- ¿Exploraríamos los apoyos formales e informales que recibe?

E1. Te va a dar datos, te va a dar datos, (...)

E3.- Mira, (...), yo todas esas preguntas en ginecología solo haría dos. Una, ¿Trabaja dentro de la casa y fuera? (...) Siguiente pregunta, ¿Le ayudan en las tareas de la casa? (...)

E1.- Me parece acertado. Probablemente eso de un perfil.

Para el grupo experto la definición del cuestionario de Salvatierra y Cuenca no es la más adecuada, porque la explicación de los comportamientos sociales de la mujer, en esta dimensión, se basan en su biología y no en los condicionantes que socialmente tiene.

E1. Entonces, son dos conceptos diferentes. Una mujer puede tener, y hay preguntas de esas que estaban típicas del cuestionario de si le gusta o no tener la regla; una historia es el rechazo a aquellas facetas que tienen que ver, necesariamente, con la condición femenina como es la menstruación y otra cosa es el rechazo que tú juegas como mujer, donde te ha colocado la sociedad, en fin (...) el por qué la mujer está colocada donde está, es porque el

hombre la ha colocado ahí.

El grupo decide no mantener ninguna pregunta del cuestionario de Salvatierra y Cuenca para esta dimensión, tan sólo una que hace alusión al trabajo fuera y dentro de la casa que habría que reformular.

Invest 1. ¿Preferiría no tener las reglas porque lo considera un inconveniente?

E6.- Yo es que esta pregunta no la veo relacionada con el rechazo del papel femenino.

Invest 1.- La siguiente. ¿Se asustó cuando tuvo la regla por primera vez?

E3.- Yo la quitaría totalmente.

E6.- Si, yo también. Yo también porque la primera vez el miedo, yo qué sé; tampoco explora ahí un rechazo.

Invest 1.- ¿Le apetece a usted las relaciones sexuales? sería la anterior.

E6.- Pues esto no estaría mal en el contexto, quizá, de lo que hablábamos el otro día de la sexualidad, frecuencia, satisfacción y todo eso.

Invest 1.- ¿Cree que es mejor atender la casa y la familia que trabajar fuera en un empleo?

E6.- Bueno, formularla de otra manera que quede: si ella está contenta con su reparto de tareas dentro y fuera del hogar.

E3.- O, ¿no le importa a usted trabajar fuera además de en su casa?

– *Depresión y ansiedad*

En esta dimensión el debate se centra en resaltar la relación directa que existe entre el dolor crónico, la ansiedad y la depresión, y en la aparición de éstos malestares en periodos concretos dentro del ciclo vital de la mujer como son la menopausia, el embarazo y el puerperio.

E3.- (...) La depresión o la ansiedad habría solo tres campos que a mí me influiría o pienso que me pueden influir. Uno, la menopausia, otro, en el puerperio y otro, en las pelvialgias.

E1.- El dolor crónico y depresión están íntimamente ligados.

Según el grupo, la manera de desenvolverse la mujer en consulta, y las quejas sobre su vida cotidiana son manifestaciones indirectas de su estado de ánimo. Completan su valoración con preguntas directas sobre enfermedades y tratamientos psicológicos y su entorno social.

E3.- Pues nada, la actitud. Es que es nada más tú verla entrar y sentarse, ya con la actitud que tiene ya sabes por dónde va.

E1.- No me va a hablar nada de su dolor y tal. Toda su historia es ¡vaya un mogollón que tiene con su Paco! Su Joshua le está dando un tormento, es la segunda vez en este mes que lo llama el tutor del colegio para decirle no sé cuánto, está hasta las narices de la jefa (...).

E1.- Yo, las dos preguntas que he dicho: si tiene algún tipo de enfermedad y si eso no me da los suficientes datos, qué tipo de medicación toma. (...).

Al analizar la batería de preguntas presentada al panel experto, que explorarían mejor el estado ansioso-depresivo de la mujer, estos destacan las relacionadas con: el sueño, la alimentación y la tristeza (el llanto).

E1.- Por ejemplo, “no lloro más de lo que solía” ¿por qué? Necesariamente se supone que lloraba mucho y que tal. Esa hay que reformularla. Un segundito. “Duermo tan bien como siempre” está dando por sentado que duerme bien. (...)

E3.- O sea, es que el apetito, hay gente que dice: a mí se me cierra la boca del estómago. Y gente que dice: yo no paro de comer en cuanto que tengo problemas. (...).

E6.- Pues yo la pregunta: “no lloro más de lo que solía” pues a lo mejor la reformularía pero no la quitaría.

Al estudiar las preguntas de esta dimensión del cuestionario de Salvatierra y Cuenca, el grupo experto concluye que mantendría unas y reformularía otras.

Invest 1. (...) ¿Se figura habitualmente un futuro muy negro y un porvenir muy malo?

E1. Creo que son preguntas que inducen. (...)

Invest 1. ¿La asaltan a veces ideas de que le va a suceder algo malo?

E3. Si.

E6. Yo si la dejaría así.

Invest. ¿Le desaniman muchísimo las pequeñas preocupaciones y los disgustos?

E3. Muchísimo no diría.

– *Trastornos de la conducta alimentaria*

El grupo experto dice que para la inclusión o no de esta dimensión y la construcción de la batería de preguntas que la compongan se tendría que preguntar a una unidad de trastornos de alimentación. También indican que este trastorno es más frecuente en mujeres jóvenes, sin embargo, apoya el conocimiento integral de la mujer y, desde el punto de vista ginecológico, provoca trastornos de la regla.

E1.- Yo ahí me iría a una unidad de trastorno de la alimentación a que la gente que maneja ese tema y que se supone que está más familiarizada con ese tema, me asesorara.

E3.- Creo que te han, digo lo mismo que antes, los trastornos del comportamiento alimentario creo que eso está muy dirigido a una edad. La edad en la frecuencia. No digo yo que una mujer de 50 años no pueda tener un trastorno alimentario, pero por la frecuencia va a ir dirigida a una gente bastante más joven. Entonces, hacerle preguntas a una mujer de cuarenta y tantos de eso, no lo veo yo muy bien.

E3.- (...) si es para una encuesta integral de la mujer, me parece correcto. Si es desde el punto de vista ginecológico, tendría que ver más con los trastornos de la regla por aquello de haber perdido la gente con la anorexia y demás y la pérdida de la regla.

- *Violencia de género*

Los miembros del panel experto al abordar este tema construyen un discurso con verbalizaciones que indican que la relación de pareja tiene una implicación directa con la felicidad, que también los hijos e hijas son miembros familiares maltratadores, que la violencia psíquica está más escondida que la física y que éste es un problema que se evidencia cada vez más.

E1.- Hombre! La relación de las mujeres que tienen pareja, la relación de pareja en general, tiene una implicación directa en su nivel de felicidad, de cómo se encuentra y, claro, y los casos extremos donde la historia llega al maltrato físico, pues evidentemente.

E3.- Pero la violencia de género física es la que vemos en la tele pero la violencia psíquica es mucho más frecuente y está mucho más escondida y no sólo la realiza la pareja.

E3.- Yo te digo que hoy en día la violencia de género, de la pareja, física, que es un problema que lo estamos viviendo y cada vez sale más, puedes olerla antes. Pero yo, no sé; porque quizá me relaciono ya no a nivel profesional que también me relaciono a ese nivel, sino a nivel de la vida diaria, con padres ahora mismo con hijos adolescentes, y los adolescentes ahora, no todos ni por supuesto, pero ahora muchísimos adolescentes están ejerciendo violencia, maltrato psicológico hacia sus padres.

III.1.3 Equipo investigador

Las decisiones tomadas por este grupo de profesionales versan sobre las dimensiones del cuestionario, la utilidad y forma del mismo.

a) Eliminación, mantenimiento e inclusión de nuevas dimensiones y adecuación de éstas al momento cultural que vive la mujer y las evidencias que se encuentran en la bibliografía.

- Las dimensiones “vasolabilidad” e “hipoestronismo” quedan excluidas del cuestionario porque existen cuestionarios validados dirigidos a mujeres pre y menopáusicas y además la muestra de estudio no las contempla.
- El término “sexualidad negativa” ha sido sustituido por “sexualidad” ya que los aspectos que los expertos y expertas han considerado necesarios estudiar en esta dimensión son tanto positivos (deseo, satisfacción, orgasmo, autoconocimiento, prácticas sexuales, relación de pareja) como negativos (dolor, culpa, miedo, vergüenza) por ello propone un término neutro que englobe todos las áreas de esta dimensión.
- “Malestar menstrual” es el término que se mantiene igual que en el cuestionario de Salvatierra y Cuenca. Las expertas y expertos lo consideran el más idóneo de todos los

planteados (dolor menstrual, síndrome premenstrual, dismenorrea o menalgia, patrón menstrual, malestar menstrual).

- El término “pelvialgia crónica” se mantiene ya que no da lugar a confusión en las revisiones bibliográficas, en las sesiones de grupo experto ni en las reuniones con el grupo investigador.
- Los/las expertos/as cuestionan el término “miedo al embarazo y a la contracepción” por los cambios sociales acaecidos. Consideran que hay que centrarse más en la exploración de la anticoncepción, pues el miedo al embarazo ha quedado reducido debido las políticas y los avances planteados desde las instituciones en los últimos tiempos. A la luz de estas aportaciones, el equipo nombra la dimensión como “anticoncepción y miedo al embarazo” dándole mayor peso exploratorio a la primera.
- El grupo experto considera que en la actualidad la mujer no está en desacuerdo con ser mujer. Su desacuerdo está relacionado con sentirse estresada, con la carga familiar y laboral y con la falta de apoyo por parte de la pareja; todos ellos factores que componen el rol social que se le atribuye a la mujer. Por ello el equipo investigador decide cambiar el término “rechazo del papel femenino” por el de “rol de la mujer”.
- Las tres dimensiones: “alteración emocional”, “ansiedad” y “depresión” han quedado refundidas en una, “malestar emocional” tal que el grupo experto considera que la persona que atiende a la mujer no va a hacer un diagnóstico de ansiedad-depresión, sino una valoración del estado de ánimo y su posible derivación a profesionales de salud mental.
- El equipo investigador decide incorporar en el cuestionario dos nuevas dimensiones: Violencia de Género (VdG) y Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Ambas por la incidencia que tienen sobre la mujer, la repercusión directa en su estado de salud general y en la manifestación de malestares ginecológicos. Además nos apoyamos en las consultas realizadas a profesionales expertas en la materia, Isabel Pérez Ruíz para VdG y Amelia Martínez Moreno para TCA.

b) Contenido teórico de las dimensiones y la forma en que son exploradas en el cuestionario:

- *Sexualidad*

El equipo decidió explorar esta dimensión con una batería de preguntas amplia que discrimine las conductas sexuales ya que las mujeres tienen comportamientos sexuales diferenciados y la pregunta la reconocen como suya en función de su vivencia y realidad.

Las personas investigadoras consideraron importante que el cuestionario incluyera preguntas que exploraran la relación de pareja en relación con la sexualidad y la sexualidad de forma independiente.

El debate sobre si explorar o no la frecuencia en las relaciones sexuales, dividió el equipo en dos. Unos miembros sostenían que era un indicador de satisfacción sexual y de buena relación con la pareja, frente a otros que expresaban que, a día de hoy, por cómo están constituidas las relaciones sexuales, no existe tal relación. Se tomó la decisión de incluirla con el criterio de que al cruzarla con otras variables, podía ofrecer información relevante.

La homosexualidad no la discuten los miembros del panel experto, sin embargo el equipo investigador debatió la inclusión de esta “opción sexual” dentro del cuestionario y la decisión fue elaborar una dimensión de sexualidad lo suficientemente amplia y flexible que englobara las sexualidades de todas las mujeres.

Otro aspecto de la sexualidad que le interesa al equipo investigador conocer está en relación con las actitudes y la actividad sexual de las mujeres como base de un posible conflicto, objetivo fundamental a reconocer en esta dimensión.

– *Malestar menstrual*

En cuanto al malestar menstrual se decide, que al no ser objetivable, la única manera de medirlo es por lo que le reporta a la mujer. Se decidió cuantificar este malestar a partir del dolor y a través de los efectos indirectos sobre las alteraciones en la vida laboral, repercusiones en la vida familiar y cambios de conducta en las actividades de ocio.

– *Pelviaalgia crónica*

Tanto a los miembros del panel experto como al grupo investigador, la preocupación al debatir esta dimensión, se centra en poder reconocer el dolor pélvico con causa orgánica y diferenciarlo de otro que no la tiene. Se concluye, que independientemente de la causa, el dolor existe y puede estar siendo afectado por una causa visible determinada por alteraciones psicológicas o por factores estresores del ámbito familiar y laboral. Todos ellos pueden afectar de forma independiente o estar asociados.

– *Malestar emocional*

Esta dimensión se construye sobre el marco teórico reflexivo del grupo investigador, partiendo de la concepción de que hay muchos síntomas ginecológicos que generan alteración emocional (ej: bulto en la mama), y a su vez, el malestar emocional genera diferentes expresiones

de los síntomas ginecológicos, sin embargo, es más difícil demostrar que el estado de depresión y ansiedad sea la causa del malestar ginecológico.

– *Rol de la mujer*

Caracterizar a la mujer en cuanto a cómo se percibe ella en su rol social, es uno de los objetivos de los miembros de este grupo de trabajo. Consideraron importante, reflejar dos áreas fundamentales relacionadas con el desempeño social de la mujer: una orientada a explorar las cargas y sobrecargas percibidas en relación con las actividades que realiza, y otra, que ponga de manifiesto la calidad de vida percibida por la mujer.

– *Anticoncepción y miedo al embarazo*

El grupo investigador se plantea explorar la anticoncepción en sí misma, a partir de la satisfacción con el método, efectos adversos, y seguridad, y no como rechazo a un embarazo. Independientemente se sigue manteniendo en este cuestionario una pregunta sobre el miedo al embarazo.

– *Trastornos de la conducta alimentaria y violencia de género*

Estas dos dimensiones quedaron construidas con las aportaciones de cada profesional experta para cada materia y quedan reflejadas en el apartado de resultados correspondiente a “Asesoramiento de profesionales expertas”.

c) Utilidad y forma del cuestionario

Una de las preocupaciones del grupo a lo largo de todo el proceso de esta investigación ha sido, que el cuestionario tenga una utilidad práctica tanto para la mujer como para el profesional especialista. Los/las investigadores/as insisten en que este cuestionario debe tener la función de completar la información y orientar al ginecólogo/a en su toma de decisiones, ofreciéndole *feedback* a la mujer sobre los factores que pueden condicionar la intensificación de sus síntomas, y permitirle un “efecto espejo”, facilitando objetivar aquella sintomatología no orgánica que en una entrevista se recoge de forma subjetiva.

Otro aspecto a tener en cuenta para potenciar el uso del cuestionario es la comodidad en su estructura, la inteligibilidad de sus preguntas y un tiempo fácilmente asumible en su cumplimentación. Todas estas variables han sido discutidas y consensuadas por el grupo investigador en cada momento de la construcción del cuestionario, generando un cuestionario preliminar con 73 preguntas distribuidas en las siguientes dimensiones: pelvialgia crónica (11), malestar menstrual (3), anticoncepción y miedo al embarazo (6), sexualidad (24), violencia de género (3), rol de la mujer (7), malestar emocional (15), trastornos de la conducta alimentaria (4).

III.1.4 Asesoramiento por profesionales expertas

El cuestionario preliminar ha sido revisado por miembros del panel experto, por los colaboradores y colaboradoras que han participado en la pasación en las distintas provincias andaluzas, y por expertas en identificar sesgos de género. Paralelamente se ha contado con el asesoramiento de una experta en violencia de género y otra en trastornos de la conducta alimentaria para el diseño del contenido de estas dimensiones de nueva inclusión.

a) Seguidamente presentamos las aportaciones realizadas por miembros del panel experto y las colaboradoras y colaboradores. Versaron sobre el contenido del cuestionario preliminar, los enunciados de las preguntas y además, reconocieron temas complejos de contemplar en el mismo, seleccionaron indicadores importantes para explorar e incorporaron preguntas nuevas:

Dimensiones	Preguntas sugeridas	Otras aportaciones
Malestar menstrual	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Le duele la regla? - ¿Tiene habitualmente que tomar analgésicos para el dolor de regla? - ¿Tiene que renunciar a planes de ocio -viajes, deportes, etc.- a causa de la regla? 	<p><i>Nota: la regla es la menos regla de las reglas, pero la palabra regla ha venido marcando el devenir de las vidas reproductivas de las mujeres. Desde el feminismo hemos de ir alejando la idea de normalidad a través de una “regla” aunque esta no exista y haya sido provocada con fármacos, como es el caso del uso de anticonceptivos hormonales. Es más correcto como herramienta de género hablar de menstruaciones.</i></p>
Pelvisalgia crónica	<p><i>Pregunta clave: ¿Siente frecuentemente dolor en el bajo vientre sin que pueda encontrar alivio?</i></p> <p><i>¿Le aparecen antes o después de la regla?</i></p>	<p><i>En caso de responder sí, se responde el capítulo, en caso de responder no pase al siguiente capítulo.</i></p>
Anticoncepción y miedo al embarazo	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué método anticonceptivo utiliza? <i>Preservativo</i> <i>Píldora anticonceptiva</i> <i>Parche</i> <i>Anillo</i> <i>Diu</i> <i>Ligadura de trompas</i> <i>Vasectomía</i> <i>Marcha atrás</i> 	<p><i>El término contracepción es un anglicismo incorrecto en el castellano, sería anticoncepción.</i></p>

Dimensiones	Preguntas sugeridas	Otras aportaciones
Sexualidad	<p>- <i>¿Alcanza el orgasmo con frecuencia en sus prácticas sexuales?</i></p> <p>- <i>¿Tiene molestias o dolor con la penetración vaginal? Si la respuesta es Sí, tendríamos que identificar la localización, (se referirá al lugar en el que la mujer tiene la percepción dolorosa, puede ser en introito, paredes vaginales, zona baja del abdomen, etc.) del dolor:</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Posterior</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Al inicio</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Concomitante</i></p> <p>- <i>Cuando no siente deseo para implicarse en prácticas sexuales:</i></p> <p><i>1. Lo dice abiertamente. 2. Utiliza subterfugios (cansancio, dolor de cabeza, etc...).</i></p> <p>- <i>Si no siente deseo ¿De quién piensa que es la responsabilidad?</i></p> <p><i>1. De usted. 2. De su pareja. 3. De ambos.</i></p> <p>- <i>¿Consideras que tienes una buena relación sexual con tu pareja?</i></p> <p>- <i>¿Se siente cómoda en la intimidad con su pareja?</i></p>	<p><i>Creo que debe hacerse una pregunta directa sobre masturbación</i></p>

b) Las profesionales expertas en género identificaron sesgos en esta área, centrando su análisis tanto en la formulación de las preguntas como en el contenido al que aluden, obteniendo los siguientes resultados:

- *En todo caso la pregunta podría plantearse de otra manera, de manera que el orgasmo no definiera el valor de la práctica sexual. Ej: ¿Está satisfecha con los orgasmos que experimenta en sus relaciones sexuales?*
- *¿Tiene molestias o dolor con las relaciones sexuales coitales? Eliminaría la palabra “coitales” ya que da como sobreentendido que la relación es hombre-mujer así como pene-vagina. ¿Y las otras opciones? ¿Siempre es un pene el que se introduce en la vagina?*
- *¿Con qué frecuencia mantiene relaciones sexuales? Esta pregunta también es muy peligrosa. ¿A partir de qué media o criterio se establecen niveles buenos o malos de frecuencia? ¿Cómo se establece que una frecuencia es positiva o negativa para todas las mujeres? En todo caso se podría medir la satisfacción en cuanto a la frecuencia. Ej: ¿Está satisfecha con la frecuencia de sus relaciones sexuales?*

- *¿Considera que come: mucho, poco o normal? No elegiría esta pregunta. Alguien puede considerar que come mucho o poco y su alimentación ser adecuada.*
- *¿Ha tenido alguna vez ansiedad o nerviosismo y se ha medicado? De nuevo planteo que un gran número de personas habrá tenido ansiedad o depresión a lo largo de su vida. ¿Necesariamente influye de alguna manera? ¿No sería más positivo preguntar en presente y relacionarlo con lo que se está intentando medir?*
- *¿Las amistades que tienes las has elegido: tú o tu pareja? (Me gusta esta pregunta, es importante)*

c) Resultados aportados por las profesionales expertas en violencia de género y trastornos de la conducta alimentaria:

Isabel Pérez Ruiz llegó a la conclusión de que para los objetivos de este cuestionario, la escala que mejor exploraría la VdG sería la versión corta en español de Woman Abuse Screening Tool, y que la forman estas dos preguntas (Ruiz, Plazaola, Escribá y Jiménez, 2005):

- *En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?*
R: Mucha tensión Alguna tensión Sin tensión
- *Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:*
R: Mucha dificultad Alguna dificultad Sin dificultad

Para TCA, Amelia Martínez Moreno ve muy justificado incorporar esta dimensión en el nuevo cuestionario porque:

- En la anorexia desaparece la regla, debido a la desnutrición y la ansiedad.
- En la bulimia, no desaparece totalmente, hay periodos de temporalidad en que desaparece, aunque no hay desnutrición pero sí ansiedad.
- Por otra parte, Amelia dice que la primera consulta que se hace por estas mujeres y sus madres, es al ginecólogo/a, antes de diagnosticar el trastorno primario de desnutrición y anorexia.

La experta asegura que están relacionadas con los TCA, las siguientes dimensiones o preguntas del cuestionario de Salvatierra y Cuenca:

- *¿Te supone un problema el hecho de tener la regla? porque a estas mujeres les supone un gran problema.*
- La dimensión *miedo al embarazo* porque tienen pánico a quedarse embarazadas.

- *¿Se siente sobrecargada?* porque son personas perfeccionistas con baja autoestima y una hiperactividad; descansan sólo dos o tres horas al día.
- En la dimensión de *malestar emocional*, la *irritabilidad* y la *tristeza*, porque están directamente relacionadas con las personas que tienen TCA. Tienen una correlación positiva.

Amelia, como resultado del debate, concluyó que estas preguntas podrían ser discriminatorias en la exploración de TCA:

- *¿Cómo te sientes con tu cuerpo?* (Con respuestas no concluyentes y con un gradiente de respuesta)
A gusto Intranquila Asco Vergüenza Miedo

Amelia considera que una mujer con TCA va a contestar asco, vergüenza o miedo.

- *¿Te aterroriza subir de peso?* Si No

Por otra parte, considera que las personas con estos trastornos sienten terror a coger unos gramos más y comenta que en alguna parte de la historia o del cuestionario tiene que quedar recogida el peso, la talla y el índice de masa corporal (IMC), teniendo en cuenta que un IMC <17, ya es indicativo de una anorexia restrictiva.

III.1.5 Entrevistas

Una primera parte de resultados construida por el discurso de las entrevistadas (E1, E2, E3 y E5) recoge la valoración del cuestionario preliminar en cuanto a las dimensiones, la oportunidad o no de las preguntas, la redacción y el lenguaje utilizado. Las aportaciones de la entrevistada E4 corresponden a las respuestas en relación a su vivencia personal para cada dimensión y las preguntas que la forman.

a) Resultados de las entrevistas E1, E2, E3, E5

- *Sexualidad*

Sólo una de las mujeres entrevistadas no encuentra relación entre sexualidad y los malestares ginecológicos, la mayoría considera que es importante en el cuestionario sacar información sobre la satisfacción de las relaciones sexuales, del orgasmo, la relación de pareja y el nivel de satisfacción con la misma, si existen molestias en las relaciones sexuales o dolor, el conocimiento de su propio cuerpo y si hay algún problema en el entorno social de la mujer que pueda estar afectándole.

E1.- (...) yo he tenido mucho malestar con lo que ha sido la menstruación y lo he pasado fatal, pero eso no me ha afectado a mi vida sexual (...).

E1.- Si, no, vamos, a nivel personal no creo que la sexualidad afecte a eso, a temas patológicos de ginecología.

E1.- Pues que preguntaran que si sus relaciones sexuales son satisfactorias, si le resultan molestas o... (...)

E1.- Claro, es que el deseo te puede faltar por eso, porque tu entorno no sea agradable (...). Cualquier cosa que te haya pasado durante el día, tu entorno, tu trabajo, tu... sobre todo la pareja, que te encuentres bien o no físicamente. Entonces, pues preguntas, todas las relacionadas con esos aspectos.

I.- (...) en cuanto a la relación de pareja en la sexualidad, esta pregunta ¿Te sientes sexualmente satisfecha con tu pareja? ¿Tú crees (...) que es importante (...)?

E3.- Si. Es importante.

I.- (...) ¿Qué pregunta te parecería a ti normal?

E5.- (...) hablar de sus relaciones, del orgasmo, del placer, de su satisfacción, de si está satisfecha.

I.- Se lo preguntaría directamente ¿no? si tiene dolores...

E5.- (...) si tiene dolores y ya (...).

E5.- (...) Si tiene conocimiento de su cuerpo, de su sexualidad, yo creo que es una pregunta muy simple, si ella tiene conocimiento de toda su sexualidad, si está satisfecha, si está contenta con su sexualidad y todo.

Entre las mujeres entrevistadas una pone el acento sobre la sexualidad como presencia de deseo sexual y comunicación en la pareja; ambos indicadores de buena o mala relación de pareja y que, para ella, está directamente relacionada con la frecuencia. Sin embargo, para dos de ellas la frecuencia en las relaciones sexuales no es tan importante.

E3.- Pero sobre todo con la comunicación. Cuando no hay comunicación la relación se va...va mal.

E3.- (...) Se supone que cuando dos personas se entienden pues la verdad es que hay deseo también.

E1.- La frecuencia... es que claro, varía en función de que lleves más o menos tiempo en pareja o de, no sé, de cómo llegues de cansada de tu trabajo, o de la carga que tengas en la casa. Eso no es... no lo veo yo muy importante la frecuencia, es más importante la calidad.

I: Y sobre la frecuencia ¿te parece importante?

E2.- No, porque igual puedes estar unos días que puedes estar más, vamos.

El discurso generado alrededor de los sentimientos que acontecen en la sexualidad lo ponen de manifiesto dos entrevistadas, tal que, una expresa que los sentimientos de culpa te los crea tu pareja y que es importante preguntar por los miedos y por la existencia de posibles experiencias traumatizantes y otra añade que cuando ocurre la violencia de género, aparecen sentimientos de culpa-miedo y no de vergüenza.

E1- (...) el sentimiento de culpa casi te lo crea la pareja que tengas. Puedes tener una pareja que te cree sentimientos de culpa o, sin embargo todo lo contrario, que te haga la vida sexual tan agradable que qué culpa vas a tener, todo lo contrario(...).

I.- ¿(...) le harías preguntas para saber cuáles son sus miedos, a qué tiene miedo respecto al sexo?

E1- Sí, sí, claro, pero eso ya más bien enfocado por experiencias, (...) que haya tenido, traumatizantes.

E3.- Te sientes culpable, sí, de algo que no hayas hecho bien. (...).

E3.- Pues no sé. Es que piensas muchísimas cosas. No sé qué decirte en este momento. Pues a lo mejor que has sido, no sé, menos cariñosa o... son muchísimas cosas que te dan miedo.

E3.- Cualquier mujer que haya pasado por lo mismo que yo puede pensar igual.

I.- Y vergüenza, ¿en algún momento sientes?

E3.- No. Ninguna.

En cuanto a las prácticas sexuales el discurso generado es contrapuesto, considerando una entrevistada que hay que identificar si éstas son libres y agradables mientras que otra considera no hacer preguntas al respecto.

E1.- No sé. Que si sus relaciones sexuales, sus prácticas sexuales son unas prácticas libres y si son agradables para la pareja y para la persona, para la mujer en concreto, y no sé qué más.

I.- ¿Y qué le preguntarías para saber qué conoce ella sobre sus propias apetencias sexuales, o no sé, sobre su propia sexualidad?

E2.- Pues qué cosas le gustan a ella más, o si ella conoce todos los ámbitos que pueden haber, o yo qué sé, algo así ¿no?, vamos, porque si tú conoces lo que a ti te gusta es porque tú ya has experimentado.

I.- Vale. ¿Y le preguntarías sobre las prácticas sexuales que realiza?

E2.- No.

Al entrevistar a las mujeres sobre la adecuación o no de las preguntas del cuestionario que componen esta dimensión, a la mayoría les parecen adecuadas las preguntas directas, una de ellas expresa incomodidad con las preguntas relacionadas con el deseo sexual, la masturbación, las prácticas sexuales y la frecuencia, así como los sentimientos de culpa-miedo-vergüenza, que en caso de explorarlos se haría a través de preguntas indirectas.

I.- Y ¿para el orgasmo? ¿Cómo te gustaría que te preguntaran para saber el ginecólogo si tienes orgasmos o no, si tienes problemas o no?

E1.- Pues directamente. Yo creo que las mujeres de hoy pues directamente. (...)

E2.- Pues así, si tienes apetito sexual, o algo así.

E5.- Sí. Yo creo que todo lo que se pregunte es importante de forma clara (...).

I.- Vale. ¿Le preguntarías sobre la masturbación?

E5.- No.

I.- Vale. Sobre sus prácticas sexuales ¿Crees que habría que preguntar algo sobre prácticas sexuales?

E5.- No.

I.- *Cómo le preguntaría tú a una mujer para saber si tiene sentimientos de culpa respecto a su sexualidad o respecto a las relaciones sexuales o prácticas sexuales que realiza.*

E5.- *Sentimiento de culpa, no. Al preguntarle si se siente satisfecha con las relaciones, si se siente que llega al orgasmo, si está satisfecha. Yo creo que ahí te está respondiendo también a eso (...).*

I.- *Vale. ¿Y respecto a la vergüenza que pueda sentir o los miedos que pueda tener respecto a la sexualidad, a las relaciones sexuales, a las prácticas?*

E5.- *No. No sé. No le preguntaría sobre eso.*

I.- *Vale. Y ¿Crees que es importante preguntarle sobre la frecuencia de las relaciones sexuales?*

E5.- *No sé. No, no creo.*

I.- *Si, si ellas sienten culpa cuando tienen relaciones.*

E2.- *Igual le molestaría ¿no?*

I.- *¿Crees que esa pregunta puede resultar incómoda?*

E2.- *Si.*

– *Malestar menstrual*

Todas las mujeres entrevistadas dicen que hay que explorar el dolor y sus características de intensidad, duración, momento en el que aparece, de dónde viene, así como sus consecuencias en la vida cotidiana, en el trabajo, en la relación de pareja, si es necesario guardar cama o reposo y/o hacer tratamiento.

E1.- *Sobre el dolor pues no sé, sobre la intensidad o cuántos días de la menstruación se produce ese dolor, si es solo al principio, si es todos los días, si es más o menos controlable, si afecta a su vida cotidiana, a su trabajo o a su relación. Preguntar en ese sentido.*

I.- *Sobre los días de cama, por ejemplo, ¿le preguntaría?*

E1.- *Si, si tiene que guardar cama, incluso si le afecta laboralmente, si tiene que cogerse alguna baja.*

E2.- *Sí, porque hay meses que te duele y hay meses que no te duele, o si te duele más fuerte o te duele menos. Entonces, para saber más que nada el tipo de dolores que tienes tú, o simplemente no es dolor, es malestar, el dolor de espalda, por ejemplo.*

E3.- *No es un problema tener la regla pero sí es un problema cuando todos los meses tienes un dolor fuerte. Yo, por ejemplo, antes no tenía mucho dolor, que ahora la cosa parece que está más estabilizada, pero he tenido mucho dolor pero ha sido a causa de una endometriosis.*

E5.- *Hombre! Si tiene esos dolores pues también le preguntaría qué tratamiento le puede poner para evitar esos dolores tan fuertes.*

Una entrevistada considera importante identificar si la mujer encuentra comprensión y ayuda en el hogar para aquellas actividades que tiene que dejar de realizar y otra refiere que no es importante preguntar en el cuestionario por la repercusión del dolor en las actividades de ocio.

E1.- Pues, no sé, si no es solo en el trabajo sino que en la casa no encuentra comprensión con ese tema, colaboración en el hogar cuando una no pueda...en fin, no sé, no sabría qué más.

I.- Y sobre las actividades de ocio ¿Tú crees que es importante que se sepa también, que por ejemplo, la ginecóloga sepa que por esos dolores que tú sufres tienes que dejar de hacer lo más simple del mundo u ocio, por ejemplo, que no puedas ir al cine, no puedes salir a dar un paseo? ¿Tú crees que eso es importante?

E5.- Eso no lo veo yo que es importante.

– Pelvialgia crónica

Todas las entrevistadas expresan la necesidad de preguntar sobre el dolor y sus características y la mayoría reconoce la importancia de explorar el tránsito intestinal. En dos casos le dan importancia a saber sobre si el problema es hereditario, si lo han estudiado otros/as especialistas, si la mujer tiene antecedentes quirúrgicos, si tiene relación con el estado de ánimo, la actividad física e informarse sobre si sigue o no algún tratamiento.

E1.- Para conocer el tipo de dolor que es, la frecuencia, la intensidad, si desaparece y al rato vuelve... no sé, es que no sé. Pues todo lo que esté relacionado con ese dolor, si le quita el apetito, si le hace vomitar, si tiene diarreas. Es que ese dolor es así.

I.- ¿Y le preguntarías si tiene alteraciones de tránsito, si tiene diarreas, si tiene cólicos, si tiene...?

E2.- Hombre, claro, porque eso puede causar una cosa más grave.

E1.- Pues no sé, si eso tiene algún tipo de carácter hereditario, o si a su madre o su abuela, o las mujeres de su familia lo han padecido...(...).

I.- ¿Y sobre antecedentes quirúrgicos, o sea, operaciones?

E5.- También es importante porque puede ser consecuencia de una operación.

E1.- Si. Ya te digo, todos los antecedentes quirúrgicos o si tiene algo que ver con su estado de ánimo, pues todo, o incluso, pues o de llevarla a otro especialista.

I.- ¿Le preguntamos si tiene relación con la actividad física?

E5.- Si. Si puede ser importante.

E5.- También. Si tiene esos dolores tan fuertes le preguntaríamos el tratamiento que, si ha seguido algún tratamiento, si sigue algún tratamiento o cree que es importante que se le pusiera un tratamiento.

– Anticoncepción y miedo al embarazo

Las mujeres entrevistadas sugieren aportaciones distintas y complementarias para explorar esta dimensión. Una indica que preguntemos sobre el uso de anticonceptivos, si causan alguna molestia, si son eficaces, si perjudican a algunos aspectos de su vida y si la mujer está dispuesta a asumir los riesgos de tomarlos. Otra sugiere que sería importante saber si la mujer ha cambiado en varias ocasiones de método y si está satisfecha con él.

E1.- Se podría hablar sobre qué temas son los que, o sea, qué métodos son los que están usando, si les va bien o si les está causando algún efecto secundario aunque sea solo a nivel de relación con la pareja, porque hay métodos que te pueden molestar al tener las relaciones sexuales o, incluso, perjudicarte en tu salud (...).

E2.- Hombre, los efectos secundarios porque yo sé que hay unos métodos que igual te hace tener un dolor más fuerte, o un cambio hormonal o, simplemente, te hace tener fatigas. Entonces, simplemente le preguntaría que qué síntomas siente uno en el momento en que la está tomando, si nota algo.

E2.- Que anticonceptivos usa y si has cambiado varias veces de anticonceptivos porque puede que haya tenido varios porque yo, por ejemplo, he tenido varios.

Otra de las mujeres entrevistadas le da importancia a explorar las necesidades y deseos sobre los métodos anticonceptivos, conocer quien ha tomado la decisión en el método elegido y si tiene miedo al embarazo no planificado, por otra parte no ve importante preguntar por los deseos reproductivos. Una nueva entrevistada incorpora al discurso la necesidad de explorar como se está usando el método y la última entrevistada ve adecuado preguntar por el deseo de tener hijos/as. En general, creen que las preguntas directas serían las más adecuadas para explorar esta dimensión.

I.- Cuando tú recibes el cuestionario, ¿te gustaría que te preguntaran quién ha elegido el método?

E2.- Claro. O el ginecólogo o tú misma porque te lo ha dicho cualquier amiga, o vecina o lo que sea, vamos.

I.- (...) ¿Te gustaría que te hicieran una pregunta sobre qué método te gustaría usar?

E2.- Si.

I.- (...) ¿Crees que es importante que preguntemos en el cuestionario alguna pregunta para saber si desea o no tener hijos la mujer?

E2.- Si hay otra pregunta por detrás que incluya eso, si. Si no, no.

I.- Y ¿crees que es importante que le preguntemos si existe miedo a un embarazo no planificado o planeado?

E2.- Si.

E3.- Porque, hoy en día, lo que es los anticonceptivos, la píldora (...) hay que saber si, (...) verdaderamente, la gente lo toma bien.

E2.- Si. A mí me gustan las cosas así de claras porque hay gente que igual no se enteran. También hay que pensarlo así ¿no? ya que preguntas algo importante pues, directamente.

E5.- Pues yo creo que todo esto se lo preguntaría de la forma más clara.

- Rol de la mujer

Para algunas de las mujeres entrevistadas es importante preguntar en la exploración de esta dimensión por las características del trabajo fuera del hogar, tal que si es gratificante, si se sienten valoradas así como si les genera más o menos cansancio. Respecto al trabajo doméstico indagarían sobre los apoyos que reciben y si se les valora el trabajo que realizan. También quieren

que se les pregunte sobre el tiempo que dedican al ocio.

I.- (...) Sobre el trabajo que tienes fuera de casa, el trabajo productivo ¿qué te gustaría que te preguntaran?

E2.- Si te gusta, si los salarios que tienes porque depende del horario que tienes pues así puedes tener un cansancio o no. Si estás a gusto en el trabajo. Cosas así.

E1.- Qué tipo de relación tiene con sus compañeros o con sus jefes, si es un trabajo gratificante a nivel personal y si se siente valorada o querida por tus compañeros, porque es importante al estar tantas horas con ellos que casi es la segunda familia. (...).

E1.- Si, si. También se puede valorar si recibe más o menos ayudas más o menos en el hogar porque si no tiene ocio ninguno, pues eso, si tiene algunas actividades fuera de lo que son su trabajo y el hogar, si tiene actividades personales que le permita, pues eso, hacer cosas que le gusta y llenar su tiempo de ocio (...)

E2.- Pues, qué satisfacción tengo yo misma con mi trabajo de casa o, cómo me lo valoran el trabajo de casa.

Para dos de las personas entrevistadas, indagar sobre el núcleo familiar no parece ser necesario. Y en cuanto a las preguntas que recogerían la percepción de salud y la calidad de vida, una entrevistada apoya su inclusión en esta dimensión y otra no considera muy importante recoger la calidad de vida y sí la percepción de salud de la mujer.

I.- ¿Sería importante saber cuántas personas viven en la casa habitualmente?

E3.- No tiene nada que ver.

I.- ¿Y crees que hay que preguntarle sobre el núcleo familiar, su familia?

E5.- Uf. Hombre! Yo no sé si eso puede repercutir en algún malestar físico de la mujer pero, bueno. No es nada que no se le podría preguntar.

I.- Y sobre calidad de vida y demás ¿Le preguntarías algo?

E5.- Bueno, sí. Su calidad de vida, si es buena.

E5.- Si, porque al hablar de estos temas y al hablar con una mujer siempre es importante saber la opinión que tiene ella sobre ella, sobre su salud, sobre su cuerpo. Siempre.

I.- ¿A ti te parece importante preguntarle a la mujer sobre cómo se percibe así misma sobre la salud?

E2.- Pues cómo te ves tú misma con tu salud, o sea, si, contigo misma. Si te ves con buena salud, si te ves...

I.- Para saber cómo se percibe ella su calidad de vida.

E2.- ¿Cómo calidad de vida?

I.- En el tipo de vida, cómo valora ella su calidad de vida.

I.- ¿Y te parece importante?

E2.- Hombre, no muy importante, la verdad.

– *Malestar emocional*

En su totalidad las mujeres entrevistadas consideran que pueden estar relacionados con los malestares emocionales los trastornos del sueño y hábitos alimenticios así como la vida social y la elección de las amistades.

E2.- Pues que si tienes por las noches falta de sueño, que si cuando pillas el sueño tienes, por ejemplo, pesadillas o, porque muchas veces eso afecta, o simplemente no puedes dormir. (...).

E1.- Si. También es importante saber si come en exceso o en defecto o qué tipos de alimentos le gusta, no sé, le preguntaría por qué alimento se inclinaría, por fruta, por dulces, porque eso también te puede hacer conocer a la persona, conocer a la mujer y saber... (...).

E3.- Intentar cambiar tu vida. Si llevas una vida que te está... que te sientes mal pues intentar cambiarla para mejor, por lo menos en el sueño, en la alimentación que es fundamental, en lo social pues si no sales pues salir más. Estás estresada pues intentar cambiar algunas cosas para que no tengas tanto estrés.

E1.- Pues no sé. Pues si tiene amigos o solamente se relaciona con la familia y sus compañeros de trabajo, si sus horas libres o sus fines de semana se relaciona con otro tipo de personas, si sus amistades las ha elegido ella o las ha elegido su pareja, si las han elegido entre los dos, (...).

E2.- Pues así. Si ella frecuenta a gente fuera de las personas de su casa o de las personas fuera de su trabajo. Algo así.

E5.- Si, pero todo viene con lo mismo. Si tiene una buena vida, una vida social, no tiene por qué tener una tristeza. Pero si la tiene si es importante o preguntarle por qué la tiene.

Siguen aportando las entrevistadas que explorarían la irritabilidad preguntando sobre qué cosas le hacen perder los nervios, también indagarían en la tristeza y recabarían información sobre las enfermedades mentales. Hay que decir que a una entrevistada le resultan incómodas preguntas que aborden las enfermedades y tratamientos psicológicos.

E1.- Pues qué cosas le hacen perder los nervios un poco, si son pequeñas cosas o son grandes problemas, si sabe mantener la calma o si con pequeños problemas le hacen perder la paciencia (...).

E5.- Hombre! Su estado emocional cómo es, por qué se irritaría y de qué forma.

E2.- Pues que si ella, la mayor parte del tiempo, se siente frustrada, irritada ¿no? entonces, o que si se siente con pena, para saber más o menos el estado que tiene. Yo creo que es importante eso.

E1. (...) Y si tiene tristeza, pues si cree que tiene algún problema que le puede causar tristeza, si ese problema piensa ella que sea solucionable o no (...).

I.- ¿Y sobre si ha tenido enfermedades psicológicas anteriormente, crees que deberíamos preguntarlo? Algún trastorno psicológico, depresión diagnosticada con tratamientos.

E3.- Si, en las preguntas anteriores que hemos visto, esa va también acompañada con las anteriores.

E2.- No, igual, a lo sumo, le podría preguntar de lo de si tiene algún trastorno o algo, que si ella ha pensado ir a algún psicólogo para desahogarse y si ese psicólogo le ha mandado

algún tratamiento por que le falte algo. De una manera muy, que no lo toque mucho como si fuera médico porque si no, sienta mal. Es como si tú piensas que estás loca, por ejemplo.

– *Violencia de género y trastornos de la conducta alimentaria*

A una de las entrevistadas no le gustaría que le preguntasen sobre aspectos relacionados con la violencia de género, otra considera que es un tema delicado, que hay que tener cautela al preguntarlo y que se podía reconocer a través de otras preguntas. Una tercera entrevistada indica que es el tema más importante de todos los que se tratan en el cuestionario. Globalmente es bien aceptada por el grupo de mujeres la exploración de la conducta alimentaria preguntando sobre una dieta sana y si se sienten bien con su cuerpo y con su peso.

I.- Sí. En un cuestionario qué crees tú que sería importante preguntar para saber, claramente, si está siendo maltratada o no está siendo maltratada. ¿Se te ocurren algunas preguntas así?

E2.- Es que no sé ni cómo preguntaría. A mí, es que no me gustaría que me lo preguntasen, vamos. Es que no tengo ni idea de cómo decírtelo, francamente.

E5.- Hombre, eso es delicado. Lo de la violencia de género es una forma, es más delicado de preguntarlo y no todo el mundo, a lo mejor, te contestaría abiertamente. Pero al preguntarle también sobre el estado emocional, sobre la tristeza, sobre las relaciones con su pareja, yo creo que si contestara con sinceridad te puede estar contestando a eso (...).

E3.- Pues la verdad, la verdad, es que le doy yo más importancia a lo último que me has dicho.

I.- A ver, lo último qué es para ti.

E3.- Si, que en el otro aspecto, las relaciones y lo que es mi vida funciona bien, pero es algo que está ahí, que he pasado no hace mucho lo de la violencia, y si quieres pues hablamos de eso.

E2.- Hombre, si te preguntasen cuántas veces comes al día, por ejemplo, igual sabes perfectamente si comes bien o si comes mal. Y si come una dieta sana. Igual así sabes, más o menos, si come bien o si tiene algún trastorno.

E5.- Pues también al preguntarle antes por su alimentación, si lleva una alimentación equilibrada, a las horas que come, pues también se le preguntaría así de que, si ella se siente también bien con su cuerpo, con su peso, si come bien, si come comida equilibrada, una dieta sana.

Al explorar la opinión de una entrevistada sobre las preguntas incorporadas en el cuestionario para violencia de género: ¿Cómo describiría usted su relación con su pareja? y ¿Usted y su pareja resuelven sus discusiones con mucha dificultad, alguna dificultad o sin dificultad? ella responde, en relación con su vivencia, con mucha dificultad y con mucha tensión. Además para ella es importante explorar el sentimiento de soledad en la convivencia.

I. – (...) hemos seleccionado dos preguntas para poder explorar esta parte del cuestionario, y una es, a ver qué piensas tú, en general ¿Cómo describiría usted su relación con su pareja? Y la respuesta sería: Mucha tensión, Alguna tensión o Sin tensión. Y la otra sería: ¿Usted y su

pareja resuelven sus discusiones con mucha dificultad, alguna dificultad o sin dificultad? ¿A ti que te parecen esas dos preguntas?

E3.- ¿Por lo que yo he tenido antes, por lo que yo he vivido?

E3.- Pues, con mucha dificultad.

I.- Tú contestarías con mucha dificultad en las discusiones y ¿la relación con tu pareja? Con mucha tensión, alguna tensión, sin tensión.

E3.- Con mucha tensión.

E3.- (...) Porque yo creo que ya más que las relaciones, lo que más molesta y lo que más duele es tener a una persona en la que tú quieras hablar con ella, que quieras resolver un problema y que no puedas, que te sientas sola.

b) Seguidamente presentamos los resultados obtenidos con la Entrevistada 4

Esta mujer inicia la entrevista haciendo una descripción del malestar que siente en el bajo vientre. Lo define como un dolor constante, persistente e intenso, a pesar de tomar calmantes, localizado en los ovarios.

I.- (...) ¿el malestar tuyo en qué consiste?, si tú quieres.

E4.- Pues consiste en muchos dolores, muchísimos. Y todo me viene de aquí.

E4.- Si, donde están los ovarios. Ahí es donde lo tengo todo.

I.- Y ¿desde cuándo tienes tú ese dolor?

E4.- Pues llevo ya dos meses.

I.- (...) . ¿Y no se te quita con nada?

E4.- Con nada, así me tome Buscapina, me tome Enantiun, me tome Neobrofen. Me tome lo que me tome, se me calma pero a los cinco minutos me vuelve a bajar.

Para ella, las reglas son dolorosas y muy duraderas, hasta un mes, causándole incomodidad y miedo. Esto le ocurre desde que está utilizando implante subcutáneo hormonal, que según refiere, no le causa ningún beneficio y lo quiere dejar. El método lo ha elegido su madre sin contar con su opinión, porque no quiere que tenga descendencia. Ella prefiere tomar pastillas anticonceptivas porque le parecen seguras y cree que le irían bien. Siente miedo a quedarse embarazada.

E4.- Pues la regla a mi me dura, me dura un mes.

I.- Y manchar tanto ¿en qué te perjudica?

E4.- En que me agobia mucho estar nada más con una compresa poniéndola y quitándola, poniéndola y quitándola, me agobia de tal manera que no, que puede conmigo. Y yo tengo mucho susto porque yo no sé lo que es. Y yo, pues claro, me creo que puede ser cáncer, que me puedo morir, y con 23 años que voy a cumplir, no es plan de dejar a mi madre ahora huérfana de una hija, de una hija chica.

I.- Te duele más con el Implanón.

E4.- Por eso quiero quitármelo y una vez que ya me lo quite ya no me lo quiero poner más.

E4.- Si. Que no solamente contaran con mi madre, que contara conmigo el médico, no con mi madre, porque la que me aguanta aquí soy yo.

I.- Y por tu gusto ¿qué método utilizarías?

E4.- Yo, pastillas.

I.- A ti, el miedo al embarazo ¿es un miedo grande o es un miedo regular?

E4.- Es un miedo muy grande.

Refiere estar en tratamiento psiquiátrico desde hace once años para los “nervios” y la depresión, que le están causando conductas poco sociales. Toma trece pastillas diarias para estar tranquila, hacer vida con normalidad o dormir, y visita al psiquiatra cada dos meses. También se relaja andando, limpiando o escuchando música; a veces tiene ganas de morirse.

E4.- ¿Una vez...? pero si llevo ya una pila de años yendo al psiquiatra.

E4.- Pues llevo ya once años.

I.- (...) ¿qué te han dicho que tienes?

E4.- Los nervios.

I.- (...) ¿para qué te están dificultando esos nervios?

E4.- Pues en volverme arisca, borde, antipática...de muchas maneras.

I.- Y el dormir, el sueño ¿Cómo lo tienes?

E4.- El sueño, pues me han tenido que poner, mandar, bueno, me ha tenido que meter en la tarjeta (...), Diacepán porque es con lo único que duermo.

E4.- Me tomo tres pastillas y con eso duermo. Eso más las otras, porque en total serían trece pastillas.

E4.- Ando para descargar los nervios.

I.- (...) Y ¿Qué más haces para descargar esa tensión?

E4.- Me pongo a escuchar mi música.

E4.- Yo sí, hay días que me quiero morir.

I.- ¿Te quieres morir? Pero tú has dicho antes que no querías.

E4.- Que no quería porque por mi madre pero me pongo a pensar y con todo lo que llevo encima, le entra a la gente ganas de morirse. Y más a mí que yo he vivido mucho, que he pasado mucho y he padecido mucho.

En su entorno social no tiene amigas, la única persona que le hace sentir tranquila es su madre, es una persona muy importante en su vida. No ha trabajado nunca fuera de casa a causa de su minusvalía.

I.- ¿Amigas tienes?

E4.- Ninguna.

I.- Pero estar cerca de tu madre para ti es importante.

E4.- (...). Ella es como mi ángel de la guarda, me protege para todo, para lo bueno, para lo malo, para todo me protege.

I.- ¿Has trabajado alguna vez fuera de la casa?

E4.- Porque estoy cobrando una paga que me paga mi padre de “mantención” y al tener la minusvalía, no puedo.

Su situación personal es muy dura y también su infancia lo fue. La pérdida de su abuelo le afectó mucho y luego fue víctima de una violación. La percepción de su propia salud es muy mala y su satisfacción con la vida, nos dice, es su sobrina de cuatro años. No se dedica tiempo a sí misma.

E4.- Por eso pillé depresión, se murió mi abuelo y pillé depresión, intentó mi cuñado, un ex cuñado que yo tenía que está muerto, intentó violarme. Luego, estuve con un amigo de mi primer novio, me violó. Me echó algo en la bebida y me violó. Entonces, yo he vivido una infancia que es que no se la deseo ni a mi peor enemigo.

I.- (...) tu estado de salud tú cómo dirías que es. (...)

E4.- Muy malo.

I.- Y ¿tu satisfacción en la vida?

E4.- Mi sobrina.

I.- (...) ¿No dedicas nada de tiempo para ir a la peluquería, para cuidarte tu aspecto físico, para ir de tiendas, para...? ¿No dedicas parte del tiempo para ti misma?

E4.- Para mí...yo no.

E4.- Porque yo veo eso una tontería.

Respecto a la sexualidad verbaliza que no ha tenido nunca un orgasmo, no suele disfrutar en las relaciones sexuales, además le producen dolor. Ese dolor le ha provocado miedos, falta de deseo y hace que no mantenga relaciones sexuales desde hace meses. No practica la masturbación porque le da asco.

E4.- No, porque como no mantengo tampoco relaciones sexuales, que no lo hago, que como tengo lo que tengo, ya me da hasta pánico de hacerlo con mi novio. Me da hasta pánico.

I.- ¿No sientes deseo por tener relaciones sexuales?

E4.- No.

I.- ¿Has llegado alguna vez al orgasmo?

E4.- No.

I.- Entonces, ahora mismo, no mantienes ningún tipo de relación sexual. ¿Y dolores has tenido alguna vez al tener relaciones?

E4.- Sí, muchísimas.

I.- Vale, vale. Tú tienes miedo con las relaciones ahora mismo.

E4.- Mucho.

I.- Muy bien. ¿Tú te has masturbado alguna vez?

E4.- Nunca.

I.- ¿Por qué no?

E4.- Me ha dado asco.

Completando el área de sexualidad esta mujer dice que la vergüenza es algo que ha ido desapareciendo en ella al conocer más a su novio. La relación de pareja la describe como buena a pesar de no mantener relaciones sexuales y vivir separados. Nos comenta que se siente cómoda con él y que resuelven bien los problemas.

I.- *Y vergüenza, ¿has sentido vergüenza?*

E4.- *(...), la primera vez y la segunda. Ya, la tercera, se me quitó porque como ya lo conocía más, estaba más con él y vivía con él y todo, pues sí, se me quitó la vergüenza.*

E4.- *Ahora mismo nos separamos porque él era de una manera y yo era de otra, porque éramos muy diferentes, pero estamos juntos y yo no hago nada con él.*

I.- *(...) ¿Tú te sientes cómoda con esa pareja, cuando estás con él? ¿Tú te sientes cómoda con él?*

E4.- *Sí, yo sí.*

I.- *(...) Si tenéis algún problema lo habláis.*

E4.- *Claro.*

I.- *(...) os entendéis, ¿no?*

E4.- *Nos entendemos bien.*

c) Preguntas sugeridas por las mujeres entrevistadas

En el Anexo X se presentan cada una de las preguntas aportadas por la entrevistada E2 en relación con las dimensiones sexualidad, anticoncepción y miedo al embarazo, rol de la mujer y malestar emocional. También aquellas sugeridas por la entrevistada E1, como resultado de la valoración que realiza del cuestionario de Salvatierra y Cuenca y de las nuevas incorporaciones tras las sesiones del grupo experto.

III.2. DEL PROCESO DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA.

III.2.1. Características de la respuesta al cuestionario.

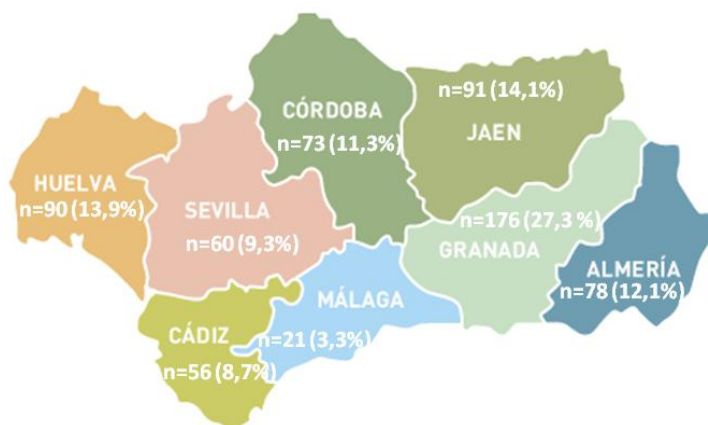
La muestra final fue de 725 cuestionarios, de los cuales 53 se eliminaron por mala cumplimentación considerando ésta, aquellos cuestionarios que excedían la edad de 49 años, se rellenaban de forma incompleta (sólo una o dos páginas de todo el cuestionario) o bien aquellos que se cumplimentaban en su totalidad de forma ilógica, resultando un tamaño muestral final de 672; no obstante, como la variable dependiente del estudio fue contestada por 645 mujeres, este es el número sobre el que se realiza la validación.

La validación del cuestionario se realizó en cada una de las 8 provincias andaluzas distribuidos según la siguiente tabla.

Tabla III.1. *Distribución por Provincias de la Muestra de Estudio.*

Provincias	Cuestionarios que componen la muestra	
	n	%
Almería	78	12,09
Cádiz	56	8,68
Córdoba	73	11,32
Granada	176	27,29
Huelva	90	13,95
Jaén	91	14,11
Málaga	21	3,26
Sevilla	60	9,30
Total	645	100,00

Gráfico III.1. *Distribución por Provincias de la Muestra de Estudio.*



Fuente: Elaboración propia.

De los 645 cuestionarios que en última instancia conforman la muestra, 333 (52%) se han pasado en centros hospitalarios y 312 (48%) en centros de atención primaria.

Ya hemos citado en el apartado de metodología la distribución del muestreo en tres grupos de mujeres diferentes, obteniendo como resultado 185 cuestionarios cumplimentados por mujeres embarazadas ($e=28,68\%$), 85 por las que acuden a consulta de planificación familiar ($pf=13,18\%$) y 375 ($gg=58,14\%$) cuestionarios por el grupo de mujeres que son atendidas en ginecología.

Tabla III.2. *Distribución de la Muestra en los Grupos de Estudio (e, pf y gg).*

Grupos de la muestra	n	%
Embarazadas	185	28,68
Planificación familiar	85	13,18
Ginecológicas	375	58,14
Total	645	100,00

III.2.2. Características sociodemográficas.

III.2.2.1. Descriptiva general de las variables sociodemográficas.

Recordemos, antes de seguir adelante, que el número de mujeres en muestra es de 645, dato frente al que se hará el cómputo de valores faltantes. También debemos explicar que las preguntas de respuestas múltiples comprendidas en el cuestionario presentan en cada tabla correspondiente, una distribución porcentual que tiene que ver con el número de casos que han respondido esa opción, pudiendo ser que hayan contestado más de una respuesta como corresponde al concepto de respuestas múltiples; por tanto la sumatoria de los porcentajes para todas estas variables, podrán ser mayores del 100%.

En primer lugar, y antes de llevar a cabo el análisis descriptivo de cada una de las variables incluidas en el epígrafe de sociodemográficas, incorporamos la siguiente tabla en la que aparece el número y porcentaje de valores faltantes para cada una de ellas.

Tabla III.3. *Valores Faltantes en las Variables Sociodemográficas.*

Sociodemográficas	Valores faltantes	
	Nº	%
Edad	21	3,36
Número de partos anteriores	100	15,50
Estado civil y situación de convivencia	27	4,19
Nivel de estudios terminados	30	4,65
Ocupación	30	4,65
Categoría profesional	145	27,31
Tipo de contrato	152	28,63
Jornada laboral	156	29,38
Número de horas trabajadas a la semana	169	31,83
Religión que profesa	268	41,55

La edad media de las 624 mujeres que autocumplimentan la variable edad en este estudio, es de 34,1 años con una desviación estándar de 7,58; la edad mínima fue de 16 años y la máxima de 49.

En la tabla III.4. se recoge la distribución de la variable edad año a año y podemos ver que hay un 11,22 % de mujeres de entre 16 y 25 años correspondiendo a adolescentes y jóvenes; también observamos que la mayoría de los casos se agrupan en el intervalo comprendido entre los 26 y 39 años, edad de madurez en la que se producen las decisiones importantes de estabilidad emocional; las personas deciden vivir en pareja, tener descendencia, etc.

Tabla III.4. *Distribución de Frecuencias de la Edad.*

Edad	n	%			
16	3	0,48	33	40	6,41
17	3	0,48	34	39	6,25
18	7	1,12	35	21	3,37
19	4	0,64	36	30	4,81
20	9	1,44	37	30	4,81
21	4	0,64	38	18	2,88
22	7	1,12	39	15	2,40
23	11	1,76	40	18	2,88
24	10	1,60	41	14	2,24
25	12	1,92	42	24	3,85
26	22	3,53	43	8	1,28
27	31	4,97	44	25	4,01
28	28	4,49	45	15	2,40
29	30	4,81	46	13	2,08
30	29	4,65	47	19	3,04
31	36	5,77	48	10	1,60
32	26	4,17	49	13	2,08
			Total	624	100,00

Con objeto de usar la edad en posteriores análisis se cortó en dos categorías, \leq de 30 y >30 , generando dos grupos con valores porcentuales de 33,65% y 66,35% respectivamente, como podemos comprobar en la tabla III.5.

Tabla III.5. *Edad Recodificada en Dos Categorías, ≤ 30 y >30 .*

Grupo de edad	n	%
≤ 30 años	210	33,65
>30 años	414	66,35
Total	624	100,00

Si atendemos a la paridad, encontramos que alrededor de la mitad de las mujeres estudiadas (41,28%) no han tenido ningún parto frente al 22,57% que tienen una hija/o y el 28,44% dos descendientes. En la tabla III.6. se detalla la distribución de esta variable.

Tabla III.6. *Distribución del Número de Partos.*

Número de partos anteriores	n	%
0	225	41,28
1	123	22,57
2	155	28,44
3	34	6,26
4	5	0,92
5	1	0,18
6	2	0,37
Total	545	100,00

Para este análisis de la paridad se consideran los valores de 0 a 3 hijos, colapsando en 3 las categorías 4, 5 y 6 por el escaso número de casos. La tabla III.7. pone de manifiesto la distribución de la paridad recodificada.

Tabla III.7. *Número de Partos Recodificada.*

Número de partos anteriores	n	%
0	225	41,28
1	123	22,57
2	155	28,44
3-6	42	7,71
Total	545	100,00

En cuanto al estado civil medido como situación de convivencia destaca, como era de esperar, una mayor proporción de mujeres que están casadas y conviven con pareja en la actualidad (60,52%), resultados que se reflejan en la tabla III.8.

Tabla III.8. *Distribución del Estado Civil y Situación de Convivencia.*

Estado civil y situación de convivencia	n	%
Soltera conviviente actualmente con pareja	96	15,53
Soltera no conviviente actualmente con pareja	92	14,89
Casada conviviente actualmente con pareja	374	60,52
Casada no conviviente actualmente con pareja	3	0,49
Separada o divorciada conviviente actualmente con pareja	20	3,24
Separada o divorciada no conviviente actualmente con pareja	14	2,27
Viuda conviviente actualmente con pareja	3	0,49
Viuda no conviviente actualmente con pareja	8	1,29
Otros	8	1,29
Total	618	100,00

Dividiendo a la muestra en dos grupos de mujeres, las que conviven o no con su pareja en la actualidad, obtenemos una variable dicotómica (convive con alguien en pareja, no convive con alguien en pareja), cuya distribución de frecuencias se presenta en la tabla III.9.

Tabla III.9. *Situación de Convivencia Recodificada.*

Situación de convivencia	n	%
Convive con alguien en pareja	493	79,77
No convive con alguien en pareja	125	20,23
Total	618	100,00

El análisis del estado civil clásico formado por las categorías: soltera, casada, separada o viuda, agrupa en mayor porcentaje a las mujeres casadas con un 61%, reduciéndose a la mitad cuando nos referimos al grupo de solteras (31,72%), lo que es congruente con la forma de construirse socialmente las relaciones de pareja. En la tabla III.10. se presenta el estado civil clásico.

Tabla III.10. *Distribución del Estado Civil Clásico.*

Estado civil clásico	n	%
Soltera	196	31,72
Casada	377	61,00
Separada	34	5,50
Viuda	11	1,78
Total	618	100,00

La variable nivel de estudios genera una distribución descendente, de la población estudiada, de mayor a menor porcentaje a medida que pasamos de la categoría primaria y ESO/EGB con un 31,71%, hasta un 16,74% de mujeres que han terminado la licenciatura universitaria.

Tabla III.11. *Distribución del Nivel de Estudios Terminados.*

Nivel de estudios terminados	n	%
Sin estudios	28	4,55
Primaria y ESO/EGB	195	31,71
Bachiller/Formación profesional	176	28,72
Diplomada universitaria	110	17,89
Licenciada universitaria o superior	103	16,75
Otros	3	0,49
Total	615	100,00

Agrupando las mujeres que no tienen estudios en la categoría Primaria y ESO/EGB así como asignando los tres casos de la respuesta otros a la categoría Bachiller/Formación profesional, obtenemos una nueva variable “nivel de estudios terminados recodificada” que se utilizó para los consiguientes análisis.

Tabla III.12. *Distribución del Nivel de Estudios Terminados Recodificadas las Variables.*

Nivel de estudios terminados	n	%
Primaria y ESO/EGB	223	36,26
Bachiller/Formación profesional	179	29,11
Diplomada universitaria	110	17,89
Licenciada universitaria o superior	103	16,75
Total	615	100,00

La pregunta que explora la ocupación de la mujer está elaborada con la opción de respuesta múltiple, siendo mayor el valor total de las frecuencias de respuesta que el del número de casos. Como resultados obtenidos se resaltan que, algo más de la mitad de las mujeres trabajan fuera del hogar y el 41,14% son amas de casa. En la tabla III.13. se presenta la distribución numérica correspondiente a las categorías que se estudian.

Tabla III.13. *Distribución de las Ocupaciones Según el N° Total de Casos (n=615).*

Ocupación	Frecuencias	% Casos
Trabaja fuera del hogar	372	60,49
Ama de casa	253	41,14
En paro	84	13,66
Estudiante	55	8,94
Otros	21	3,41
Jubilada/Pensionista	5	0,81
Incapacidad/Invalidez permanente	5	0,81

Una nueva variable se construye a partir de la ocupación. Para ello, en primer lugar se estudian los 21 casos recogidos en la categoría otros (empresaria, incapacidad temporal, trabajos temporales, cuidadora de mi madre, doy clases, agricultora, baja temporal, excedencia) y se les asigna una de las restantes respuestas que definen la ocupación. En segundo lugar se reagrupan la totalidad de las respuestas generando cuatro grupos excluyentes: uno engloba a las mujeres que han contestado que sólo son amas de casa, el segundo lo componen aquellas que sólo han marcado la opción trabaja fuera del hogar y en tercer lugar están los casos que han simultaneado las respuestas de ser ama de casa y trabajar fuera del hogar. Por último en la categoría otros, se incluyen los casos que han respondido alguna de las restantes opciones (en paro, estudiante, jubilada/pensionista, incapacidad/invalidez permanente). Esta nueva variable se utilizó para relacionarla con otras en los análisis posteriores y en la tabla III.14. se recoge su distribución.

Tabla III.14. *Distribución de las Ocupaciones Recodificadas.*

Ocupación recodificada	n	%
Ama de casa	114	18,54
Trabaja fuera del hogar	270	43,90
Ama de casa y Trabaja fuera del hogar	75	12,20
Otros	156	25,37
Total	615	100,00

El análisis de la categoría profesional referida a las mujeres que trabajan fuera, pone de manifiesto que los mayores porcentajes se concentran en trabajadoras cualificadas con un 22,02% y en las categorías administración y auxiliares con un 18,13%. También se observa en la tabla III.15. un 8,81% de trabajadoras no cualificadas, un 5,96% de altas funcionarias/profesoras/jefas y oficiales y un 1,30% de directivas, ejecutivas.

Por otra parte, debemos decir que el total de valores faltantes corresponden con el cómputo de mujeres que son exclusivamente amas de casa y aquel número de casos donde se condensan otras ocupaciones como estudiante, en paro, jubilada/pensionista, etc.

Tabla III.15. *Categoría Profesional de las Mujeres que Trabajan Fuera del Hogar (n=386).*

Categoría profesional	n	%
Altas funcionarias/profesoras/jefas y oficiales	23	5,96
Administración y auxiliares	70	18,13
Subalterna y conserje	9	2,33
Directiva, ejecutiva	5	1,30
Técnicas y mandos intermedios/profesora	34	8,81
Trabajadora cualificada	85	22,02
Trabajadora no cualificada	34	8,81
Empresaria con asalariados/as	13	3,37
Empresaria sin asalariados/as (panadera, agricultora, taxis	18	4,66
Profesional liberal (abogada, economista, etc.)	16	4,15
Otros	79	20,47

Una nueva variable se obtiene al agrupar las ocupaciones y categorías profesionales en seis clases sociales según la propuesta elaborada por Antonia Domingo Santiago y Jesús Marcos Alonso. Clase social I (Altas funcionarias/profesoras/jefas y oficiales, Directiva, ejecutiva, Profesional liberal), Clase social II (Técnicas y mandos intermedios/profesora), Clase social III (Administración y auxiliares, Trabajadora cualificada), Clase social IV (Empresaria con asalariados/as, Empresaria sin asalariados/as), Clase social V (Trabajadora no cualificada) y Clase social VI (Otros: amas de casa, jubiladas/pensionistas, etc).

Una cuarta parte de las mujeres que cumplimentan la pregunta referida a la categoría profesional, pertenecen a la clase social III desempeñando trabajos con cualificación, administración y auxiliares; el 44,78% corresponde a la categoría VI que agrupa, entre otras, a las mujeres que son amas de casa. A la categoría I de clase social corresponden el 6,63% de las mujeres de la muestra. La distribución de esta nueva variable se presenta en la tabla III.16.

Tabla III.16. *Distribución de la Variable Clase Social Construida a partir de las Ocupaciones y la Categoría Profesional.*

Clase social	n	%
I	40	6,63
II	28	4,64
III	141	24,05
IV	25	4,15
V	99	16,42
VI	270	44,78
Total	603	100,00

De los 380 casos agrupados en la pregunta que hace referencia al tipo de contrato destaca que, alrededor de la mitad de las mujeres tienen un contrato indefinido. En el otro extremo encontramos que el 8,95% de ellas trabajan sin ningún contrato.

Debemos decir que no se consideran valores faltantes en esta pregunta aquellos casos de mujeres que son amas de casa. En la tabla III.17. se recoge la distribución de esta variable.

Tabla III.17. *Distribución Tipo de Contrato Laboral.*

Tipo de contrato	n	%
Indefinido	181	47,63
Temporal	108	28,42
Interinidad	18	4,74
Sin contrato	34	8,95
Otros	39	10,26
Total	380	100,00

Si atendemos a la jornada laboral, se puede decir que el 39,36% de los 376 casos del total, trabajan en jornada de mañana, seguido en valor porcentual por la jornada partida (25,80%) y el trabajo a turnos (17,8%). La menor proporción de la distribución, como se puede observar en la siguiente tabla, corresponde con la jornada continua nocturna.

De igual modo que para la variable anteriormente estudiada, el grupo de mujeres formado por las que tienen como ocupación ser ama de casa, no son consideradas datos faltantes para el análisis de esta variable.

Tabla III.18. *Distribución de la Jornada Laboral.*

Jornada laboral	n	%
Jornada continua de mañana	148	39,36
Jornada continua de tarde	25	6,65
Jornada continua nocturna	1	0,27
Jornada reducida	16	4,26
Jornada partida	97	25,80
Trabajo a turnos	67	17,82
Otras	22	5,85
Total	376	100,00

El análisis del número de horas trabajadas a la semana destaca, como es de esperar por la normativa laboral existente, que los grupos más numerosos se concentran entre 35 y 45 horas trabajadas, representando su sumatoria al 61,43% del total de la muestra de 363 casos. Por este motivo y para reducir la dispersión de los resultados obtenidos, se construye una variable con tres intervalos de horas trabajadas, uno condensa a las mujeres que trabajan menos de 35 horas, otro aglutina a aquellas que dedican de entre 35 y 45 horas a la jornada laboral semanal y por último el grupo de casos que dedican más de 45 horas al trabajo semanal. Nuevamente debemos recordar que las mujeres de ocupación amas de casa no computan en los valores totales de esta variable.

Tabla III.19. *Distribución del Número de Horas Trabajadas a la Semana, Recodificada.*

Número de horas trabajadas a la semana	n	%
<35h	102	28,10
35-45h	223	61,43
>45h	38	10,47
Total	363	100,00

La variable tipo de religión que profesa, se explora con una pregunta abierta. Para el análisis, se generan cuatro grupos de respuestas: las mujeres que profesan la religión católica, las que se denominan ateas, las que expresan que no profesan ninguna religión y el resto se recogen en la categoría otras (la mía, no te interesa, testigo de jehova). Obtenemos una nueva variable con cuatro categorías de respuestas, catolicismo, ateísmo, ninguna y otras. Recordemos que el porcentaje de casos faltantes a esta pregunta es mayor, lo que condiciona fuertemente su uso. La tabla III.20. muestra los resultados de esta nueva variable.

Tabla III.20. *Distribución de la Variable Tipo de Religión que Profesa.*

Tipo de religión que profesa	n	%
Catolicismo	301	79,86
Ateísmo	11	2,93
Ninguna	61	16,18
Otras	4	1,07
Total	377	100,00

III.2.2.2. Distribución de las variables sociodemográficas en los tres grupos de la muestra: mujeres embarazadas (e), las que acuden a la consulta de planificación familiar (pf) o al servicio de ginecología (gg).

La edad. El análisis de la varianza de una vía dio como resultado diferencias significativas en las medias entre unos grupos y otros. Por ello, empleada la metodología de Bonferroni de comparaciones por parejas, podemos decir que hay diferencias de edad entre los tres grupos, siendo las mujeres de consulta ginecológica, en promedio, mayores que las de pf y éstas mayores, en promedio, que las del grupo de embarazadas.

Tabla III.21. *Valores Medios de Edad para los Diferentes Grupos de la Muestra.*

Grupo	Edad					P
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	
Grupo						0,0001
e	178	31,55	4,60	18	45	
pf	81	33,39	7,02	16	47	
gg	365	35,45	8,48	16	49	
Total	624	34,07	7,57	16	49	

Agrupando a las mujeres en ≤ 30 años y > 30 , el análisis de esta variable edad recodificada en relación con los grupos de la muestra presenta una distribución cuyas diferencias no tienen significación estadística. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla III.22.

Tabla III.22. *Distribución de la Edad Recodificada entre los Grupos de la Muestra.*

Grupo	Edad recodificada						P
	≤ 30		> 30		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Grupo							0,601
e	64	35,96	114	64,04	178	100,00	
pf	24	29,63	57	70,37	81	100,00	
gg	122	33,42	243	66,58	365	100,00	
Total	210	33,65	414	66,35	624	100,00	

Número de partos anteriores. La paridad está asociada significativamente al grupo de la muestra al que pertenece cada caso ($p < 0,0001$). Una vez revisados los residuos, el porcentaje de 0 partos anteriores es superior en las embarazadas que en las de gg y de éstas sobre las pf (en todos los casos $p < 0,001$); en el caso de 2 partos anteriores el porcentaje en las embarazadas es significativamente menor que en los otros dos grupos. En los otros casos no hay diferencias significativas.

Tabla III.23. *Distribución del N° de Partos Anteriores entre los Grupos de la Muestra.*

Grupo	Número de partos anteriores										p
	0		1		2		3-6		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
											0,0001
E	106	65,43	42	25,93	12	7,41	2	1,23	162	100,00	
Pf	12	16,90	20	28,17	33	46,48	6	8,45	71	100,00	
Gg	107	34,29	61	19,55	110	35,26	34	10,89	312	100,00	
Total	225	41,28	123	22,57	155	28,44	42	8,80	545	100,00	

Estado civil y situación de convivencia. Esta variable se distribuye alcanzando unas diferencias significativas entre los tres grupos de la muestra en el sentido de que el estado civil casada y conviviendo con pareja, es la situación mayoritariamente adoptada por las mujeres del estudio, adquiriendo un peso diferente según al grupo que nos refiramos, siendo el 71,59% en las embarazadas, el 57,69% para pf y del 55,77% en gg.

Tabla III.24. *Distribución del Estado Civil y Situación de Convivencia Entre los Grupos de la Muestra.*

Estado civil y situación de convivencia	Grupos										p
	E		pf		gg		Total				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
											0,001
Soltera conviviente con pareja	35	19,89	13	16,67	48	13,10	96	15,53			
Soltera no conviviente con pareja	10	5,68	11	14,10	71	19,51	92	14,89			
Casada conviviente con pareja	126	71,59	45	57,69	203	55,77	374	60,52			
Casada no conviviente con pareja	1	0,57	0	0,00	2	0,55	3	0,49			
Separada o divorciada conviviente con pareja	3	1,70	3	3,85	14	3,85	20	3,24			
Separada o divorciada no conviviente con pareja	0	0,00	4	5,13	10	2,75	14	2,27			
Viuda conviviente con pareja	1	0,57	0	0,00	2	0,55	3	0,49			
Viuda no conviviente con pareja	0	0,00	1	1,28	7	1,92	8	1,29			
Otros	0	0,00	1	1,28	7	1,92	8	1,29			
Total	17	100,00	78	100,00	364	100,00	618	100,00			

Al relacionar la nueva variable, situación de convivencia recodificada, con las mujeres embarazadas, las que acuden a planificación familiar y aquellas que demandan la consulta ginecológica, se muestra una asociación altamente significativa ($p < 0,0001$), en el sentido de que, para todos los grupos, es mayoritaria una situación de convivencia en pareja. Cabe resaltar en el grupo de embarazadas que la gran mayoría de las mujeres (93,75%) conviven en pareja. La distribución de esta variable se presenta en la tabla III.25.

Tabla III.25. *Distribución de la Situación de Convivencia Recodificada Entre los Grupos de la Muestra.*

Grupo	Situación de convivencia recodificada								p
	Convive con alguien en pareja		No convive con alguien en pareja		Total		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
e	165	93,75	11	6,25	176	100,00			0,0001
pf	61	78,21	17	21,79	78	100,00			
gg	267	73,35	97	26,65	364	100,00			
Total	493	79,77	125	20,23	618	100,00			

La distribución del estado civil clásico entre los tres grupos de la muestra se recoge en la tabla III.26. Siguiendo la tendencia de la variable anterior, para todos los grupos, la mayor probabilidad es de estar casada ($e=72,16\%$, $pf=57,69\%$ y $gg=56,32\%$). Cabe destacar que alrededor del 26% de mujeres están embarazadas en situación de soltería, también se observa que en los grupos de pf (8,97%) y en gg (6,59%) hay mayor número de mujeres separadas que en e (1,70%). Las diferencias encontradas entre estas dos variables son significativas para un valor $p=0,006$.

Tabla III.26. *Distribución del Estado Civil Clásico entre los Grupos de la Muestra.*

Grupo	Estado civil clásico								Total	p		
	Soltera		Casada		Separada		Viuda				n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%				
e	45	25,57	127	72,16	3	1,70	1	0,57	176	100,00	0,006	
pf	25	32,05	45	57,69	7	8,97	1	1,28	78	100,00		
gg	126	34,62	205	56,32	24	6,59	9	2,47	364	100,00		
Total	196	31,72	377	61,00	34	5,50	11	1,78	618	100,00		

Nivel de estudios terminados. La variable nivel de estudios recodificada en comparación con los diferentes grupos de la muestra, presenta diferencias significativas para un valor $p < 0,0001$. Estas diferencias ponen de manifiesto un elevado porcentaje de licenciadas en el grupo de embarazadas (26,86%). Cuando nos referimos al grupo de pf los casos se concentran en el nivel de estudios de bachiller/formación profesional (44,87%) y en gg en el de primaria y ESO/EGB para un 41,44%.

Por otra parte cabe resaltar la distribución descendente entre las mujeres que acuden a clínica ginecológica y el nivel de estudios, tal que a mayor nivel de estudios menor número de mujeres acuden a estas consultas. La tabla III.27. muestra los resultados de esta variable.

Tabla III.27. *Distribución del Nivel de Estudios Recodificado entre los Grupos.*

	Grupos								p
	e		pf		gg		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Nivel de estudios terminados recodificada									0,0001
Primaria y ESO/EGB	46	26,29	27	34,62	150	41,44	223	36,26	
Bachiller/Formación profesional	43	24,57	35	44,87	101	27,90	179	29,11	
Diplomada universitaria	39	22,29	7	8,97	64	17,68	110	17,89	
Licenciada universitaria o superior	47	26,86	9	11,54	47	12,98	103	16,75	
Total	175	100,00	78	100,00	362	100,00	615	100,00	

Ocupación. El análisis de la ocupación en relación con los grupos, pone de manifiesto diferencias sin significación estadística. Los resultados de esta variable se presentan en la tabla III.28.

Tabla III.28. *Distribución de las Ocupaciones Recodificadas en los Tres Grupos.*

	Grupos								p
	e		pf		gg		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ocupación recodificada									0,368
Ama de casa	31	17,71	14	17,95	69	19,06	114	18,54	
Trabaja fuera del hogar	87	49,71	30	38,46	153	42,27	270	43,90	
Ama de casa y Trabaja fuera del hogar	23	13,14	9	11,54	43	11,88	75	12,20	
Otros	34	19,43	25	32,05	97	26,80	156	25,37	
Total	175	100,00	78	100,00	362	100,00	615	100,00	

Hay que decir, antes de seguir el análisis de las variables sociodemográficas en relación con los grupos, que para las variables categoría profesional, tipo de contrato y jornada laboral no se ha realizado dicha comparación por el volumen de datos faltantes generando poca fiabilidad en sus resultados, por lo que se ha decidido no emplearlas en este análisis.

Número de horas trabajadas a la semana. En el número de horas trabajadas en relación con los grupos, los valores medios alcanzados no presentan diferencias con significación para los tres grupos de la muestra (e, pf y gg).

Tabla III.29. *Valores Medios del N° de Horas Trabajadas entre los Grupos de la Muestra.*

Grupos	Número de horas trabajadas a la semana					p
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	
e	112	35,17	10,09	5	50	0,200
pf	42	32,07	10,66	4	48	
gg	209	35,27	11,11	4	80	
Total	363	34,87	10,78	4	80	

De igual modo se comporta la distribución de la variable horas trabajadas a la semana recodificada con los grupos de la muestra, para un valor $p < 0,200$.

Tabla III.30. *Distribución del N° de Horas Trabajadas Recodificada entre los Grupos.*

N° de horas trabajadas a la semana recodificada	Grupos								p
	e		pf		gg		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<35h	30	26,79	16	38,10	56	26,79	102	28,10	0,200
35-45h	72	64,29	25	59,52	126	60,29	223	61,43	
>45h	10	8,93	1	2,38	27	12,92	38	10,47	
Total	112	100,00	42	100,00	209	100,00	363	100,00	

Clase social. En la tabla III.31. se puede comprobar la distribución entre los diferentes grupos de la muestra y la clase social construida a partir de la ocupación y la categoría profesional de las mujeres que trabajan fuera del hogar. Las diferencias encontradas no presentaron significación estadística.

Tabla III.31. *Distribución de la Clase Social Construida entre los Grupos.*

Clase social	Grupos								p
	e		pf		gg		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
									0,062
I	16	9,20	6	7,79	18	5,11	40	6,63	
II	12	6,90	1	1,30	15	4,26	28	4,64	
III	46	26,44	20	25,97	75	21,31	141	23,38	
IV	11	6,32	2	2,60	12	3,41	25	4,15	
V	24	13,79	9	11,69	66	18,75	99	16,42	
VI	65	37,36	39	50,65	166	47,16	270	44,78	
Total	174	100,00	77	100,00	352	100,00	603	100,00	

Tipo de religión que profesa. Para esta variable, no se va a realizar cruce con otras propias del análisis estadístico debido al volumen de datos faltantes.

III.2.2.3. Relación de las variables sociodemográficas con la variable dependiente pelvialgia.

El siguiente paso fue construir la variable pelvialgia con las respuesta a las dos primeras preguntas del cuestionario, P1 ¿Siente dolor en el bajo vientre sin que pueda encontrar alivio? y P2 ¿Desde cuándo le duele? Ello nos permitió conceptualizar tres tipos de categorías: no pelvialgia, pelvialgia aguda y pelvialgia crónica. El subapartado b) del apartado III.2.3.1. contiene la información explicativa de la definición de esta variable de estudio.

a) Pelvialgia Si/No.

En las tablas III. 32, 33 y 34 se recogen los resultados de las variables sociodemográficas que no presentan asociación estadística con la variable pelvialgia. Podemos decir que la edad, situación de convivencia, el estado civil clásico, el tipo de contrato, ocupación recodificada y la clase social no están asociadas a padecer esta patología.

Tabla III.32. *Valores Medios de la Edad entre Padecer o No Pelvialgia.*

	Edad					p
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	
Pelvialgia						0,116
No	307	33,5	7,61	16	49	
Si	317	34,5	7,52	16	49	
Total	624	34,0	7,57	16	49	

Tabla III.33. *Relación de las Variables Edad Recodificada, Situación de Pareja Recodificada, Estado Civil Clásico y Tipo de Contrato entre Padecer o No Pelvialgia.*

	Pelvialgia						p
	No		Si		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Edad recodificada							0,141
<=30	112	53,33	98	46,67	210	100,00	
>30	195	47,10	219	52,90	414	100,00	
Total	307	49,20	317	50,80	624	100,00	
Situación de convivencia							0,507
Convive en pareja	240	48,68	253	51,32	493	100,00	
No convive en pareja	65	52,00	60	48,00	125	100,00	
Total	305	49,35	313	50,65	618	100,00	
Estado civil clásico							0,211
Soltera	103	52,55	93	47,45	196	100,00	
Casada	180	47,75	197	52,25	377	100,00	
Separada	14	41,18	20	58,82	34	100,00	
Viuda	8	72,73	3	27,27	11	100,00	
Total	305	49,35	313	50,65	618	100,00	
Tipo de contrato							0,159
Indefinido	101	55,80	80	44,20	181	100,00	
Temporal	52	48,15	56	51,85	108	100,00	
Interinidad	13	72,22	5	27,78	18	100,00	
Sin contrato	15	44,12	19	55,88	34	100,00	
otros	17	43,59	22	56,41	39	100,00	
Total	198	52,11	182	47,89	380	100,00	

Tabla III.34. *Relación de las Variables Ocupación Recodificada y Clase Social entre Padecer o No Pelvialgia.*

	Pelvialgia						p
	No		Si		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Ocupación recodificada							0,123
Ama de casa(AC)	55	48,25	59	51,75	114	100,00	
Trabaja fuera del hogar(TF)	148	54,81	122	45,19	270	100,00	
AC+TF	33	44,00	42	56,00	75	100,00	
Otros	69	44,23	87	55,77	156	100,00	
Total	305	49,59	310	50,41	615	100,00	
Clase social							0,141
I	45	51,72	42	48,28	87	100,00	
II	23	69,70	10	30,30	33	100,00	
III	75	51,72	70	48,28	145	100,00	
IV	13	52,00	12	48,00	25	100,00	
V	18	41,86	25	58,14	43	100,00	
VI	124	45,93	146	54,07	270	100,00	
Total	298	49,42	305	50,58	603	100,00	

Las variables sociodemográficas recodificadas paridad y nivel de estudios, están asociadas al padecimiento de la pelvialgia. Las diferencias encontradas al relacionar la variable paridad con el padecimiento de la pelvialgia son significativas para un valor $p=0,006$. Estas diferencias muestran que, las mujeres que han parido dos veces tienen más probabilidad de tener pelvialgia en el 61,29% de los casos.

También hay una asociación clara y significativa entre el nivel de estudios y la pelvialgia. Al analizar la distribución se observa que el grupo de mujeres con mayor probabilidad de tener esta patología son las de primaria y ESO/EGB con un 61,68% y las de menor el grupo de mujeres que han terminado bachiller/formación profesional (4,72%). Cabe resaltar la distribución ascendente de los porcentajes encontrados en el grupo de casos con no pelvialgia, de tal manera que a medida que aumenta el nivel de estudios, las probabilidades de no padecer este problema se elevan proporcionalmente.

Los resultados de estas dos variables y su relación con la pelvialgia se muestran en la tabla III.35.

Tabla III.35. *Relación entre las Variables N° de Partos Anteriores y Nivel de Estudios Terminados con Padecer o No Pelvialgia.*

	Pelvialgia						p
	No		Si		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Número de partos anteriores							0,006
0	128	56,89	97	43,11	225	100,00	
1	62	50,41	61	49,59	123	100,00	
2	60	38,71	95	61,29	155	100,00	
3-6	22	52,38	20	47,62	42	100,00	
Total	272	49,91	273	50,09	545	100,00	
Nivel de estudios terminados							0,00005
Primaria y ESO/EGB	85	38,12	138	61,88	223	100,00	
Bachiller/Formación profesional	90	50,28	89	4,72	179	100,00	
Diplomada universitaria	65	59,09	45	40,91	110	100,00	
Licenciada universitaria o superior	64	62,14	39	37,86	103	100,00	
Total	304	49,43	311	50,57	615	100,00	

El número de casos del estudio en el que se relacionan las horas trabajadas con la variable dependiente, las medias obtenidas para estas dos variables presentan diferencias significativas, $p=0,030$, siendo para el grupo de no pelvialgia un número medio de horas trabajadas superior (36,0 con una desviación estándar de 9,00) en relación al grupo de mujeres con pelvialgia (33,6, con una desviación estándar de 12,31).

Tabla III.36. *Relación entre el N° de Horas Trabajadas a la Semana y Padecer o No Pelvialgia.*

	Número de horas trabajadas a la semana					p
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	
Pelvialgia						0,030
No	188	36,0	9,00	6	60	
Si	175	33,6	12,31	4	80	
Total	363	34,8	10,78	4	80	

Esta relación asociativa desaparece cuando se estudia la variable nueva de horas trabajadas (<35 horas, entre 35 y 45 y más de 45 horas a la semana) y la pelvialgia. Los resultados obtenidos se presentan en la tabla III.37.

Tabla III.37. *Relación entre el N° de Horas Trabajadas a la Semana Recodificada y Padecer o No Pelvialgia.*

Número de horas trabajadas a la semana...	Pelvialgia						p
	No		Si		Total		
	n	%	n	%	n	%	
							0,153
<35h	45	44,12	57	55,88	102	100,00	
35-45h	124	55,61	99	44,39	223	100,00	
>45h	19	50,00	19	50,00	38	100,00	
Total	188	51,79	175	48,21	363	100,00	

b) No pelvialgia y pelvialgia de tipo agudo o crónico.

Al comparar los valores medios de la variable numérica edad con los diferentes tipos de pelvialgia, obtenemos que las diferencias obtenidas entre los tres grupos son significativas estadísticamente, $p < 0,0001$, en el sentido de que las mujeres con pelvialgia crónica tienen una edad media mayor (35,61) en comparación con las otras dos categorías, siendo las edades medias para los casos de pelvialgia aguda de 31,43 y de 33,58 en las mujeres que no padecen esta patología. Los resultados para la variable edad se recogen en la tabla III.38.

Tabla III.38. *Relación de la Edad Media con los Tipos de Pelvialgia.*

	Edad					p
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	
Pelvialgia						0,0001
No	307	33,58	7,61	16	49	
Aguda	81	31,43	7,06	16	49	
Crónica	236	35,61	7,38	16	49	
Total	624	34,07	7,57	16	49	

Se mantiene también, de forma, clara la asociación ($p < 0,001$) entre el padecimiento de pelvialgia y la variable edad recodificada construida a partir de realizar un corte de casos en las mujeres con 30 años o menos y aquellas que tienen más de esta edad. Esta decisión se toma en base a que a partir de los 30 años aumentan las patologías ginecológicas que pueden estar implicadas con la pelvialgia (endometriosis, procesos infecciosos, etc) Los resultados muestran que el 42,27% de las mujeres mayores de 30 años padecen pelvialgia crónica frente al 29,05% de los casos en el grupo de mujeres menores de esta edad.

Tabla III.39. *Relación de la Variable Edad Recodificada, (≤ 30), > 30) entre No Padecer Pelvialgia o que sea de Tipo Agudo o Crónico.*

Edad	Pelvialgia								p
	No		Aguda		Crónica		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
≤ 30	112	53,33	37	17,62	61	29,05	210	100,00	0,001
> 30	195	47,10	44	10,63	175	42,27	414	100,00	
Total	307	49,20	81	12,98	236	37,82	624	100,00	

La paridad está asociada con el sufrimiento de pelvialgia, $P < 0,002$, en el sentido de que las mujeres con dos partos previos tienen una proporción menor de ausencias de pelvialgias que los otros números de partos previos y como consecuencia las mujeres que tienen dos partos previos tienen una mayor probabilidad de tener pelvialgia crónica que las otras.

Tabla III.40. *Relación de la Variable Paridad entre No Padecer Pelvialgia o que sea de Tipo Agudo o Crónico.*

Paridad	Pelvialgia								p
	No		Aguda		Crónica		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
0	128	56,89	35	15,56	62	27,56	225	100,00	0,0002
1	62	50,41	20	16,26	41	33,33	123	100,00	
2	60	38,71	15	9,68	80	51,61	155	100,00	
3-6	22	52,38	3	7,14	17	40,48	42	100,00	
Total	272	49,91	73	13,39	200	36,70	545	100,00	

Como se puede comprobar en las tablas III. 41 y 42, cuando la variable dependiente se agrupa en tres categorías (no tener pelvialgia, pelvialgia aguda o pelvialgia crónica), no se asocia con las variables sociodemográficas situación de convivencia, estado civil clásico, tipo de contrato, ocupación recodificada y clase social.

Tabla III.41. *Relación entre las Variables Situación de Convivencia, Estado Civil Clásico y Tipo de Contrato con Padecer o No Pelvialgia.*

	Pelvialgia								p
	No		Aguda		Crónica		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Situación de convivencia									0,757
Convive en pareja	240	48,68	62	12,58	191	38,74	493	100,00	
No convive en pareja	65	52,00	16	12,80	44	35,20	125	100,00	
Total	305	49,35	78	12,62	235	38,03	618	100,00	
Estado civil clásico									0,279
Soltera	103	52,55	24	12,24	69	35,20	196	100,00	
Casada	180	47,75	51	13,53	146	38,73	377	100,00	
Separada	14	41,18	2	5,88	18	52,94	34	100,00	
Viuda	8	72,73	1	9,09	2	18,18	11	100,00	
Total	305	49,35	78	12,62	235	38,03	618	100,00	
Tipo de contrato									0,406
Indefinido	101	55,80	21	11,60	59	32,60	181	100,00	
Temporal	52	48,15	13	12,04	43	39,81	108	100,00	
Interinidad	13	72,22	0	0,00	5	27,78	18	100,00	
Sin contrato	15	44,12	4	11,76	15	44,12	34	100,00	
Otros	17	43,59	4	10,26	18	46,15	39	100,00	
Total	198	52,11	42	11,05	140	36,84	380	100,00	

Tabla III.42. *Relación de las Variables Ocupación Recodificada y Clase Social con Pelvialgia Aguda o Crónica.*

	Pelvialgia								p
	No		Aguda		Crónica		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ocupación recodificada									0,198
Ama de casa(AC)	55	48,25	18	15,79	41	35,96	114	100,00	
Trabaja fuera del hogar(TF)	148	54,81	32	11,85	90	33,33	270	100,00	
AC+TF	33	44,00	7	9,33	35	46,67	75	100,00	
Otros	69	44,23	21	13,46	66	42,31	156	100,00	
Total	305	49,59	78	12,68	232	37,72	615	100,00	
Clase social									0,150
I	45	51,72	9	10,39	33	37,93	87	100,00	
II	23	69,70	4	12,12	6	18,18	33	100,00	
III	75	51,72	19	13,10	51	35,17	145	100,00	
IV	13	52,00	4	16,00	8	32,00	25	100,00	
V	18	41,86	2	4,65	23	53,49	43	100,00	
VI	124	45,93	39	14,44	107	39,63	270	100,00	
Total	298	49,42	77	12,77	228	37,81	603	100,00	

Para la variable, número de horas trabajadas a la semana, los valores medios obtenidos son iguales para las tres categorías de la variable pelvialgia. De igual manera, cuando se estudia el número de horas reagrupado, los resultados obtenidos no presentan diferencias estadísticamente significativas. Estas distribuciones se recogen en las tablas III. 43 y 44.

Tabla III.43. *Relación entre el N° de Horas Trabajadas a la Semana y los Tipos de Pelvialgia.*

	Número de horas trabajadas a la semana					p
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	
Pelvialgia						0,080
No	188	36,01	9,00	6	60	
Aguda	40	34,85	10,96	8	54	
Crónica	135	33,28	12,70	4	80	
Total	363	34,87	10,78	4	80	

Tabla III.44. *Relación entre el N° de Horas Trabajadas Recodificada y los Tipos de Pelvialgia.*

Número de horas trabajadas recodificada	Pelvialgia								p
	No		Aguda		Crónica		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<35h	45	44,12	12	11,76	45	44,12	102	100,00	0,404
35-45h	124	55,61	24	10,76	75	33,63	223	100,00	
>45h	19	50,00	4	10,53	15	39,47	38	100,00	
Total	188	51,79	40	11,02	135	37,19	363	100,00	

En la distribución del nivel de estudios entre los distintos tipos de pelvialgia, se encuentran diferencias significativas. Estas diferencias ponen de manifiesto, que para todas las categorías de estudios, las probabilidades de sufrir pelvialgia crónica son mayores que para el padecimiento de la pelvialgia aguda, para un valor $p < 0,0001$. Esta distribución se recoge en la tabla III.45.

Tabla III.45. *Relación entre el Nivel de Estudios Terminados y los Distintos Tipos de Pelvialgia.*

Nivel de estudios terminados	Pelvialgia								p
	No		Aguda		Crónica		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Primaria y ESO/EGB	85	38,12	32	14,35	106	47,53	223	100,00	0,0001
Bachiller/Formación profesional	90	50,28	18	10,06	71	39,66	179	100,00	
Diplomada universitaria	65	59,09	21	19,09	24	21,82	110	100,00	
Licenciada universitaria o superior	64	62,14	7	6,80	32	31,07	103	100,00	
Total	304	39,43	78	12,68	233	37,89	615	100,00	

III.2.3. Resultados para las dimensiones relacionadas con sintomatología ginecológica.

III.2.3.1. Pelvialgia.

a) Descriptiva general de la variable pelvialgia.

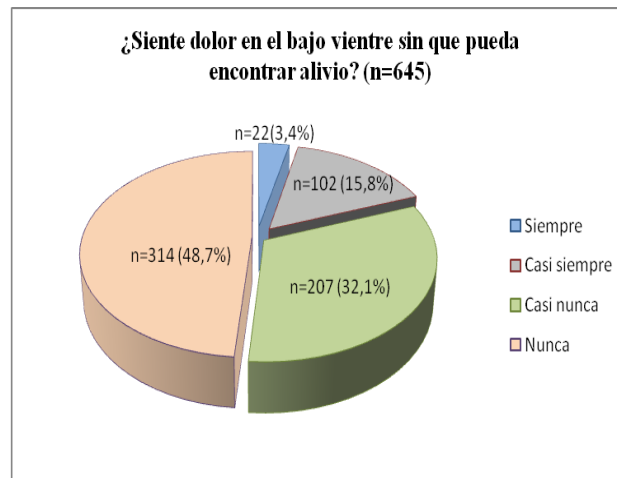
El análisis descriptivo de las 11 preguntas que construyen esta dimensión está orientado a identificar el dolor pélvico, su intensidad, la relación con el ciclo menstrual y la utilización de calmantes en su alivio. También pretende reconocer la relación del dolor con molestias en la orina e inflamación en el vientre.

Para construir la tabla de valores faltantes de la variable pelvialgia se toma como referencia muestral a 331 mujeres que contestan a la pregunta número 1 del cuestionario que siempre, casi siempre o casi nunca tienen dolor en el bajo vientre sin que pueda encontrar alivio. Este hecho se debe a la indicación que se le da a la usuaria de que en caso de marcar la opción nunca siente dolor en el bajo vientre, pase a la pregunta 12, que corresponde con otra dimensión de estudio.

Tabla III.46. *Valores Faltantes en las Variables de Pelvialgia.*

Pelvialgia	Valores faltantes	
	Nº	%
P2. ¿Desde cuándo le duele?	49	14,80
P3. ¿Ha consultado usted otras veces por esos mismos dolores?	15	4,53
P4. ¿En qué servicio del sistema de salud ha consultado?	191	57,70
P5. Marque la intensidad del dolor...	24	7,25
P6. ¿El dolor tienen relación con el ciclo menstrual?	33	9,96
P7. Las molestias que usted tiene comenzaron después de:...	211	63,74
P8. ¿Se le inflama el vientre?	21	6,34
P9. ¿Toma calmantes para ese dolor?	23	6,94
P10. Habitualmente, ¿los calmantes le quitan el dolor?	115	34,74
P11. ¿Tiene molestias al orinar?	27	8,15

La pregunta número 1 del cuestionario, ¿Siente dolor en el bajo vientre sin que pueda encontrar alivio? se contestó por 645 usuarias que autocumplimentaron el cuestionario, resultando un 51,30% de mujeres que manifiestan dolor en el bajo vientre siempre, casi siempre o casi nunca, frente al 48,70% que contestan nunca. En el gráfico III.2. se presenta la distribución de esta pregunta.

Gráfico III.2. *Distribución Muestral de la Pregunta Número 1 del Cuestionario.*

La pregunta 2 del cuestionario ¿Desde cuándo le duele? es contestada por 282 mujeres de las 331 que han manifestado en la pregunta anterior que siempre, casi siempre o casi nunca sienten dolor en el bajo vientre. El 70,56% de este subgrupo de la muestra revelan un rango de dolor que va desde más de seis meses y hasta más de 2 años frente al 29,43% que refieren un dolor de 6 meses o menos. Tenemos que decir que hay un total de 49 casos que habiendo contestado que tienen dolor en el bajo vientre en la pregunta número 1, no han respondido a esta. Los resultados de esta pregunta se recogen en la tabla III.47.

Tabla III.47. *Distribución de la Pregunta 2 del Cuestionario.*

P.2. ¿Desde cuándo le duele?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Hace 6 meses o menos	83	29,43
Hace más de 6 meses y hasta más de 2 años	199	70,56
Total	282	100,00

En la tabla III.48. se presentan las mujeres que han consultado otras veces por el dolor de localización en bajo vientre, siendo el 43,99% de los 316 casos que han cumplimentado esta pregunta.

Tabla III.48. *Distribución de la Pregunta 3 del Cuestionario.*

P.3. ¿Ha consultado usted otras veces por esos mismos dolores?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Si	139	43,99
No	177	56,01
Total	316	100,00

El servicio del sistema de salud que recibe un elevado porcentaje de demandas por este tipo de malestar es ginecología, con un 87,23%, de consultas realizadas, seguido del 15,82% en la especialidad de digestivo y un 8,63% en urología. En la tabla III.49. se presenta la distribución de esta pregunta de respuestas múltiples, por lo que como se puede observar, la sumatoria porcentual total es superior a 100.

Tabla III.49. *Distribución de la Pregunta 4 del Cuestionario (n=140).*

P.4. ¿En qué servicio del sistema de salud ha consultado?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Ginecología	123	87,23%
Urología	12	8,63%
Digestivo	22	15,83%
Otros	12	8,63%

El ítem número 5 explora la intensidad del dolor en el bajo vientre a partir de un rango de intensidad de 0 a 7. La distribución de la tabla III.50. describe que alrededor del 50% de las mujeres valoran la intensidad del dolor entre 3 y 4.

Tabla III.50. *Distribución de la Intensidad del Dolor Localizado en el Bajo Vientre.*

P.5. Marque la intensidad del dolor 0 1 2 3 4 5 6 7, en la que 0 significa nada de dolor y 7 dolor insoportable.		
Intensidad	Frecuencia	Porcentaje
0	2	0,65
1	22	7,17
2	55	17,92
3	75	24,43
4	62	20,20
5	45	14,66
6	25	8,14
7	21	6,84
Total	307	100,00

Una nueva variable se obtiene considerando para el análisis el nivel 5, 6 y 7 de respuesta como dolor alto, las puntuaciones 3 y 4 moderado y para dolor leve la agrupación de los niveles de intensidad 2, 1 y 0. Como se muestra en la tabla III.51. algo menos de un 50% de las mujeres manifiestan tener un dolor moderado, una cuarta parte lo califican de leve y otra cuarta parte de los casos lo describen como de intensidad alta.

Tabla III.51. *Distribución de la Intensidad del Dolor una vez Recodificada la Variable.*

P.5. Intensidad del dolor recodificada		
Intensidad	Frecuencia	Porcentaje
Leve	79	25,74
Moderada	137	44,63
Alta	91	29,64
Total	307	100,00

En la construcción de la pregunta 6 del cuestionario ¿El dolor tiene relación con el ciclo menstrual?, las dos últimas categorías se redactaron, por error, de igual modo (me duele antes de la menstruación). La intención fue nombrar la última categoría de respuesta como “me duele después de la menstruación”, por lo que para el análisis de los resultados obtenidos se unificaron en una sola (me duele antes de la menstruación). Cabe resaltar que la distribución porcentual obtenida de la totalidad de mujeres que la contestan (298), alrededor de las tres cuartas partes manifiestan que el dolor no guarda relación con el ciclo menstrual. También hay que recordar que esta pregunta es de respuestas múltiples.

Tabla III.52. *Distribución de la Relación del Ciclo Menstrual con el Dolor (n=298).*

P.6. ¿El dolor tiene relación con el ciclo menstrual?		
Respuestas	Frecuencias	% Casos
No guarda relación con el ciclo menstrual	202	67,56
Me duele a mitad del ciclo menstrual	82	27,76
Me duele antes de la menstruación	174	58,19

La pregunta 7 de la dimensión pelvialgia, Las molestias que usted tiene comenzaron: después de un parto, después de iniciar relaciones sexuales o por cualquier otra causa que queda recogida en la opción de respuesta, otros, es una pregunta que permite más de una respuesta y pone de manifiesto para el 63,33% de los 120 casos que la contestan que las molestias en el bajo vientre comenzaron después de iniciar relaciones sexuales, siendo para el 36,67% un parto el motivo de la aparición de este malestar.

Tabla III.53. *Distribución de la Pregunta Número 7 del Cuestionario (n=120).*

P.7. Las molestias que usted tiene comenzaron después de:		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Después de un parto	44	36,67
Después de iniciar las relaciones sexuales.	76	63,33
Otros	92	42,99

Al 64,84% de las mujeres que manifiestan molestias en el bajo vientre, se les inflama el vientre siempre o casi siempre. La distribución de la pregunta 8 del cuestionario se describe en la tabla III.54.

Tabla III.54. *Distribución de la Pregunta ¿Se le Inflama el Vientre?*

P.8. ¿Se le inflama el vientre?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	70	22,58
Casi siempre	131	42,26
Casi nunca	73	23,55
Nunca	36	11,61
Total	310	100,00

En los resultados de la pregunta número 9 ¿Toma calmantes para este dolor?, podemos observar que el mayor porcentaje de usuarias (51,30%) se agrupa en la segunda opción de respuesta tomando calmantes algunos días a la semana, seguido del 32,79% que no toma nunca este medicamento.

Tabla III.55. *Distribución de la Pregunta 9.*

P.9. ¿Toma calmantes para este dolor?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Todos los días	12	3,90
Algunos días a la semana	158	51,30
Algunos días al mes	37	12,01
Nunca	101	32,79
Total	308	100,00

Al valorar la eficacia de los calmantes preguntándole a la mujer si estos habitualmente le quitan el dolor, se obtiene que aproximadamente en el 80% de los casos el dolor remite con el tratamiento. La tabla III.56. muestra los resultados.

Tabla III.56. *Distribución de la Pregunta 10 de la Dimensión Pelvialgia.*

P.10. Habitualmente, ¿los calmantes le quitan el dolor?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	57	26,39
Casi siempre	125	57,87
Casi nunca	28	12,96
Nunca	6	2,78
Total	216	100,00

El síntoma, molestias al orinar, no lo presentan la gran mayoría de las mujeres. Este está prácticamente ausente para el 87,83% de los casos, respondiendo que casi nunca o nunca hay presencia de este síntoma. En la siguiente tabla se recogen los resultados de esta pregunta.

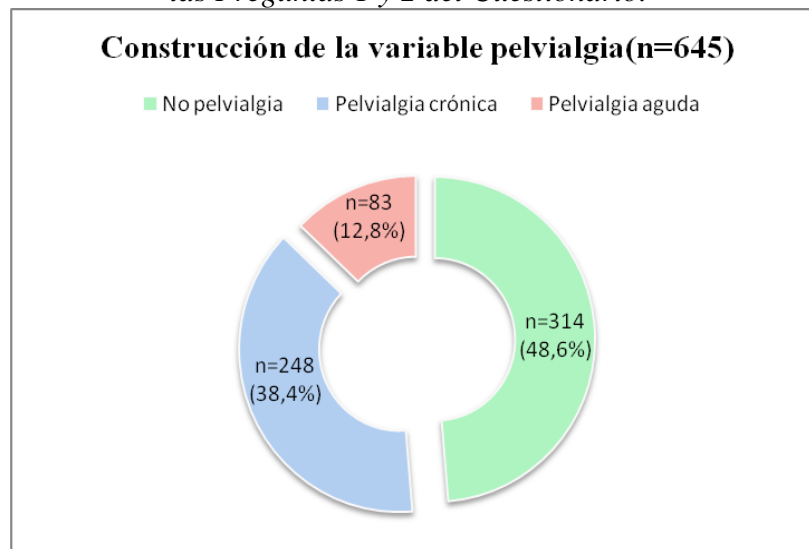
Tabla III.57. *Distribución de la Pregunta ¿Tiene Molestias al Orinar?*

P.11. ¿Tiene molestias al orinar?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Muy frecuentemente	3	0,99
Frecuentemente	34	11,18
Casi nunca	116	38,16
Nunca	151	49,67
Total	304	100,00

b) Definición de la variable pelvialgia aguda y crónica y su distribución en los tres grupos de la muestra.

Según el documento de consenso de la S.E.G.O. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) (2002) el dolor pélvico crónico o pelvialgia crónica es la queja de un cuadro doloroso en la porción inferior del abdomen, región sacra o periné que tiene una duración superior a seis meses. Las dos preguntas del cuestionario que exploran este dolor son la P1 ¿Siente dolor en el bajo vientre sin que pueda encontrar alivio? y P2 ¿Desde cuándo le duele? Las respuestas a estas preguntas nos permiten reconocer mujeres con pelvialgia y sus diferentes tipos. Aquellos casos que contestan siempre, casi siempre o casi nunca a la primera pregunta y que expresan que ese dolor lo tienen desde hace más de 6 meses forman el grupo de mujeres con pelvialgia crónica, las que contestan que el dolor tiene una frecuencia de siempre, casi siempre o casi nunca y se manifiesta desde hace 6 meses o menos constituyen el grupo de mujeres con pelvialgia aguda. El tercer grupo aglutina a los casos que no padecen pelvialgia y corresponde a las mujeres que contestan a la primera pregunta que nunca tienen dolor en el bajo vientre sin que puedan encontrar alivio. Fueron añadidas al grupo de la pelvialgia crónica las mujeres que habiendo contestado siempre, casi siempre o casi nunca a la presencia de dolor, no marcaron sin embargo ningún tiempo, obteniéndose así una variable que tenía ligeramente sobrerrepresentada la categoría de la pelvialgia crónica.

Gráfico III.3. *Construcción de la Variable Pelvialgia a Partir de los Resultados Obtenidos en las Preguntas 1 y 2 del Cuestionario.*



Una vez construida la variable pelvialgia, se analizó su distribución en los tres grupos que conforman la muestra, respecto al padecimiento o no de la patología estudiada, ello nos permitió explicar unas diferencias significativas por grupo para un valor $p=0,007$. La distribución porcentual de la muestra pone de manifiesto, como era de esperar, que la pelvialgia se encuentra como patología más frecuente, entre el grupo de mujeres ginecológicas en relación con pf y e (56,53%, 45,88% y 43,24% respectivamente). Llama la atención, al observar los datos, que en la distribución de los casos de no pelvialgia en relación con los grupos, los valores porcentuales adoptan una presentación inversa en relación con los de sí pelvialgia, en el sentido que las mujeres con más probabilidad de no padecer esta dolencia son las embarazadas (56,76%) seguidas de aquellas que acuden a pf (54,12%) y en último lugar las pertenecientes al grupo de ginecológicas con un porcentaje del 43,47%. Estos resultados se presentan en la tabla III.58.

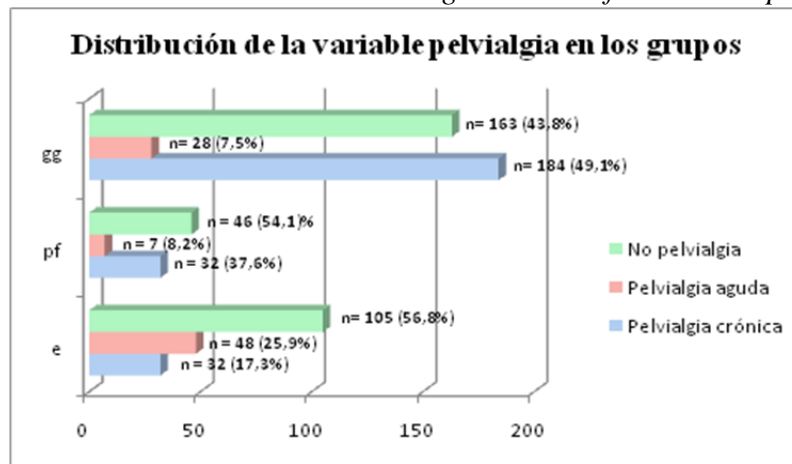
Tabla III.58. *Distribución de Pelvialgia Si/No en los tres Grupos de la Muestra.*

La variable pelvialgia	Grupos						Total	p
	e		pf		gg			
	n	%	n	%	n	%		
No	105	56,76	46	54,12	163	43,47	314	48,68
Si	80	43,24	39	45,88	212	56,53	331	51,32
Total	185	100,00	85	100,00	375	100,00	645	100,00

Enfrentando a las mujeres de los grupos de embarazadas, mujeres de planificación y las que acuden a clínica ginecológica con los diferentes tipos de pelvialgia, se puede comprobar una distribución en la que existe asociación entre los grupos y las tres categorías de la variable de estudio, para un valor $p < 0,0001$. Este efecto se produce en el sentido de que las mujeres embarazadas tienen más proporción de pelvialgia aguda (25,95%) que las mujeres pertenecientes a los grupos de pf y gg. Por otra parte se observan diferencias en la distribución de los casos de pelvialgia aguda y crónica para los grupos de pf y gg de tal modo que los porcentajes de pelvialgia crónica son mayores en gg (49,07%) que en pf (37,65%).

Los resultados descritos se recogen en el siguiente gráfico.

Gráfico III.4. *Distribución de la Variable Pelvialgia en los Diferentes Grupos de la Muestra*



c) Distribución de las preguntas que componen la dimensión pelvialgia en los tres grupos de la muestra: mujeres embarazadas (e), las que acuden a la consulta de planificación familiar (pf) o al servicio de ginecología (gg).

P1. ¿Siente dolor en el bajo vientre sin que pueda encontrar alivio? Pregunta asociada al grupo de la muestra al que pertenece cada caso, para un valor $p < 0,001$. Al analizar las respuestas se observa que tanto para el grupo de embarazadas como de ginecológicas la distribución porcentual aumenta a medida que pasamos de la categoría siempre hasta nunca. Por otra parte se puede decir que en mayor proporción (4,53%) las mujeres que acuden a clínica de ginecología sienten siempre dolor en el bajo vientre en relación con los otros dos grupos de estudio (2,16% para e y 1,18% en pf). En la tabla III.59. se presentan los resultados de la distribución para los diferentes grupos de la muestra.

Tabla III.59. *Distribución de la Pregunta 1 en los Grupos de la Muestra.*

P.1. ¿Siente dolor en el bajo vientre sin que pueda encontrar alivio?	Grupos								p
	e		pf		gg		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Siempre	4	2,16	1	1,18	17	4,53	22	3,41	0,001
Casi siempre	20	10,81	6	7,06	76	20,27	102	15,81	
Casi nunca	56	30,27	32	37,65	119	31,73	207	32,09	
Nunca	105	56,76	46	31,73	163	43,47	314	48,68	
Total	185	100,00	85	100,00	375	100,00	645	100,00	

La P2 ¿Desde cuándo le duele? Esta pregunta se distribuye alcanzando unas diferencias significativas entre los tres grupos de estudio ($p < 0,0001$). Dada la formulación de la pregunta y la ordenación de las respuestas, parece oportuno aglutinar los casos en dos categorías para su análisis: hace 6 meses o menos y hace más de 6 meses. Como podemos observar en la tabla III.60. la pelvialgia aguda tiene mayor probabilidad de presentarse (70,59%) en el grupo de embarazadas que en el de pf (23,33%) y gg (15,22%); en el caso de la crónica esta es más frecuente entre las mujeres que acuden a consulta de ginecología (70,57%) que en los otros dos grupos de la muestra.

Tabla III.60. *Distribución de la Pregunta nº 2 entre los Grupos.*

P.2. ¿Desde cuándo le duele?	Grupos								p
	e		pf		gg		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hace 6 meses o menos	48	70,59	7	23,33	28	15,22	83	29,43	0,0001
Más de 6 meses	20	29,41	23	76,67	156	84,78	199	70,57	
Total	68	100,00	30	100,00	184	100,00	282	100,00	

P3 ¿Ha consultado usted otras veces por esos mismos dolores? A través de esta pregunta averiguamos si las mujeres han consultado a los profesionales por esas molestias, y los porcentajes de consulta encontrados fueron significativamente más altos para gg (51,47%) seguido de pf (31,43%) y e (29,87%) para un valor $p < 0,001$.

Tabla III.61. *Distribución de la Pregunta 3 entre los Grupos.*

P.3. ¿Ha consultado usted otras veces por esos mismos dolores?	Grupos								p
	e		pf		gg		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Si	23	29,87	11	31,43	105	51,47	139	43,99	0,001
No	54	70,13	24	68,57	99	48,53	177	56,01	
Total	77	100,00	35	100,00	204	100,00	316	100,00	

P4 ¿En qué servicio del sistema de salud ha consultado? Los resultados encontrados al relacionar esta pregunta de respuestas múltiples con los grupos que conforman la muestra ponen de manifiesto que no existe asociación estadística entre las dos variables estudiadas.

Tabla III.62. *Distribución de la Pregunta 4 del Cuestionario entre los Grupos.*

P.4. ¿En qué servicio del sistema de salud ha consultado?	Grupos									
	e		pf		gg		Total		Chi2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ginecología	15	75,00	11	91,66	97	77,60	123	78,34	7,011	0,090
Urología	1	5,00	1	8,33	10	8,00	12	7,64	0,358	1,000
Digestivo	4	20,00	0	0,00	18	14,40	22	14,01	2,665	0,792
Total	20	100,00	12	100,00	125	100,00	157	100,00		

P5 Marque la intensidad del dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 en la que 0 significa nada de dolor y 7 dolor insoportable. Esta pregunta numérica alcanza unos valores medios diferentes para los tres grupos de la muestra. Las diferencias encontradas en los valores medios de dolor son estadísticamente significativas, $p < 0,001$, en el sentido de que la manifestación dolorosa es superior en el grupo de mujeres que acuden a ginecología (3,91), frente al 3,44 en el grupo de pf y 3,12 para las embarazadas.

Tabla III.63. *Distribución de la Intensidad del Dolor en los Grupos.*

Grupo	Marque la intensidad del dolor 0 1 2 3 4 5 6 7					P
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	
e	73	3,12	1,48	0	7	0,001
pf	34	3,44	1,48	1	6	
gg	200	3,91	1,67	0	7	
Total	307	3,67	1,64	0	7	

P6 ¿El dolor tiene relación con el ciclo menstrual? Como podemos observar en las diferentes respuestas construidas para esta pregunta, la primera y la última se repiten (me duele antes de la menstruación), por lo que en el análisis no vamos a considerar los valores correspondientes a la última categoría ya que suponemos que al estar puesta en el cuestionario en último lugar, es la que ha podido inducir a error los valores encontrados. Teniendo esto en cuenta se puede decir que, se asocia con los grupos la opción de “no guarda relación con el ciclo”, $p < 0,001$, siendo en el grupo de embarazadas dónde el porcentaje de casos es mayor (58,73%) frente a la proporción en los dos grupos restantes (26,50% en gg y 19,44% para pf). La tabla III.64. recoge estos resultados.

Tabla III.64. *Distribución de la Pregunta 6 entre los Grupos de la Muestra.*

P.6. ¿El dolor tiene relación con el ciclo menstrual?	Grupos									
	e		pf		gg		Total		Chi2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Me duele antes de la menstruación	21	33,33	19	52,78	93	46,50	133	44,48	4,50	0,421
No guarda relación con el ciclo	37	58,73	7	19,44	53	26,50	97	32,44	25,86	0,001
Me duele a mitad del ciclo menstrual	9	14,29	9	25,00	65	32,50	83	27,76	8,08	0,070
Me duele antes de la menstruación	1	1,59	4	11,11	36	18,00	41	13,71	11,14	0,015

P7 Las molestias que usted tiene comenzaron después de un parto o después de iniciar las relaciones sexuales. Como se desprende de la tabla III.65. el resultado del análisis de esta pregunta con los diferentes grupos que componen la muestra no presenta asociación estadística.

Tabla III.65. *Distribución de la Pregunta 7 entre los Grupos.*

P.7. Las molestias que usted tiene comenzaron después de:	Grupos									
	e		pf		gg		Total		p	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Después de un parto	5	26,32	9	47,37	30	36,59	44	36,67	0,400	
Después de iniciar las relaciones sexuales.	14	73,68	10	52,63	52	63,41	76	63,33		
Total	19	100,00	19	100,00	82	100,00	120	100,00		

P8 ¿Se le inflama el vientre? Las diferencias porcentuales encontradas ante esta pregunta son significativas con un valor $P < 0,0001$. El valor porcentual es creciente partiendo del grupo de embarazadas en el que siempre o casi siempre se le inflama el vientre en el 33,80% de los casos, seguido del 65,72% para las mujeres en planificación y un 75,49% a las usuarias de ginecología.

Tabla III.66. *Distribución de la Pregunta ¿Se le Inflama el Vientre? entre los Grupos.*

P.8. ¿Se le inflama el vientre?	Grupos									
	e		pf		gg		Total		p	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Siempre	7	9,86	8	22,86	55	29,96	70	22,58	0,0001	
Casi siempre	17	23,94	15	42,86	99	48,53	131	42,20		
Casi nunca	26	36,62	11	31,43	36	17,65	73	23,55		
Nunca	21	29,58	1	2,86	14	6,86	36	11,61		
Total	71	100,00	35	100,00	204	100,00	310	100,00		

P9 ¿Toma calmantes para este dolor? La mayoría de los casos, para todos los grupos, se aglutinan en tomar calmantes algunos días a la semana, siendo el valor porcentual mayor para las ginecológicas seguido de las mujeres que acuden a planificación y en tercer lugar las embarazadas. Estas diferencias son altamente significativas con un valor $P < 0,00001$. La tabla III.67. muestra las diferencias encontradas.

Tabla III.67. *Distribución de la Pregunta 9 entre los Grupos de la Muestra.*

P.9. ¿Toma calmantes para este dolor?	Grupos								p
	e		pf		gg		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Todos los días	0	0,00	4	11,11	8	3,98	12	3,90	0,0001
Algunos días a la semana	24	33,80	16	44,44	118	58,71	158	51,30	
Algunos días al mes	7	9,86	3	8,33	27	13,43	37	12,01	
Nunca	40	56,34	13	36,11	48	23,88	101	32,79	
Total	71	100,00	36	100,00	210	100,00	308	100,00	

P10 Habitualmente, ¿los calmantes le quitan el dolor? Como se podía pensar, la eficacia de los calmantes no está asociada a pertenecer a uno u otro grupo de la muestra.

Tabla III.68. *Distribución de la Pregunta Número 10 del Cuestionario con los Grupos.*

P.10. Habitualmente, ¿los calmantes le quitan el dolor?	Grupos								p
	e		pf		gg		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Siempre	11	29,73	7	29,17	39	25,16	57	26,39	0,590
Casi siempre	22	59,46	14	58,33	89	57,42	125	57,87	
Casi nunca	2	5,41	2	8,33	24	15,48	28	12,96	
Nunca	2	5,41	1	4,17	3	1,94	6	2,78	
Total	37	100,00	24	100,00	155	100,00	216	100,00	

P11 ¿Tiene molestias al orinar? Este síntoma urinario, en la muestra de mujeres de este estudio, no está asociado a pertenecer al grupo de embarazadas, de planificación o ginecológicas. La tabla III.69. recoge la distribución de esta pregunta.

Tabla III.69. *La Pregunta ¿Tiene Molestias al Orinar? Distribuida en los Grupos.*

P.11. ¿Tiene molestias al orinar?	Grupos								p
	e		pf		gg		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Siempre	0	0,00	0	0,00	3	1,49	3	0,99	0,060
Casi siempre	4	5,80	6	17,65	24	11,94	34	11,18	
Casi nunca	24	34,78	7	20,59	85	42,29	116	38,16	
Nunca	41	59,42	21	61,76	89	44,28	151	49,67	
Total	69	100,00	34	100,00	201	100,00	304	100,00	

III.2.3.2. Malestar menstrual.

a) Descriptiva general de la variable malestar menstrual.

Recordemos de nuevo, antes de seguir adelante, que el número de mujeres en muestra es de 645, dato frente al que se hará el cómputo de valores faltantes. En primer lugar, y antes de llevar a cabo el análisis descriptivo de cada una de las variables incluidas en el epígrafe de malestar menstrual, incorporamos una tabla en la que aparece el número y porcentaje de valores faltantes para cada una de ellas.

Tabla III.70. *Valores Faltantes en las Variables de Malestar Menstrual.*

Malestar menstrual	Valores faltantes	
	Nº	%
P12. Le supone un problema la menstruación	27	4,19
P13. Le duele la menstruación	22	3,41
P14. Cuando tiene la menstruación tiene necesidad de:		
P14_1: Tomar calmantes	45	6,98
P14_2: Guardar cama	143	22,17
P14_3: Dejar sus responsabilidades	142	22,02
P14_4: Renunciar al ocio	139	21,55

El análisis descriptivo de las 3 preguntas que construyen esta dimensión está orientado a reconocer el malestar menstrual como problema, identificar la frecuencia del dolor y las repercusiones que genera sobre la administración de calmantes, la necesidad de guardar cama para su alivio, así como la renuncia de responsabilidades y actividades de ocio.

La pregunta número 12 del cuestionario, ¿Le supone un problema la menstruación? fue cumplimentada por 618 mujeres. Podemos decir que al 35,92% la menstruación les supone un problema siempre o casi siempre frente al 64,08% que casi nunca o nunca les genera problema. En la tabla III.71. se presenta la distribución de los resultados obtenidos.

Tabla III.71. *Distribución de la Pregunta 12 del Cuestionario.*

P.12. ¿Le supone un problema la menstruación?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	82	13,27
Casi siempre	140	22,65
Casi nunca	231	37,38
Nunca	165	26,70
Total	618	100,00

La pregunta 13 del cuestionario ¿Le duele la menstruación? Como se puede observar el 54,09% de los casos han manifestado que siempre o casi siempre les duele la menstruación frente al 45,91% que han respondido casi nunca o nunca.

Tabla III.72. *Distribución de la Pregunta ¿Le Duele la Menstruación?*

P.13. ¿Le duele la menstruación?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	149	23,92
Casi siempre	188	30,18
Casi nunca	214	34,35
Nunca	72	11,56
Total	623	100,00

Del total de la muestra descrita en la tabla III.73. alrededor de la mitad de las mujeres tienen la necesidad de tomar calmantes con la menstruación, siempre o casi siempre (48%); para el 9,76% es necesario guardar cama; dejan sus responsabilidades el 8,35% y el 19,17% renuncian al ocio.

Tabla III.73. *Distribución de la Pregunta 14 del Cuestionario.*

Respuestas	P.14. Cuando tiene la menstruación tiene necesidad de:									
	Siempre		Casi siempre		Casi nunca		Nunca		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
14_1: Tomar calmantes	145	24,17	143	23,83	170	28,33	142	23,67	600	100,00
14_2: Guardar cama	8	1,59	41	8,17	104	20,72	349	69,52	502	100,00
14_3: Dejar sus responsabilidades	8	1,59	34	6,76	113	22,47	348	69,18	503	100,00
14_4: Renunciar al ocio	26	5,14	71	14,03	125	24,70	284	56,13	506	100,00

b) Análisis factorial del malestar menstrual.

b.1. Análisis factorial con las preguntas del cuestionario de malestar menstrual.

Hecho el análisis factorial para las diferentes preguntas del malestar menstrual (p12, p13, p14_1, p14_2, p14_3, p14_4) se obtuvo que las seis se agrupaban en un único factor (aquel que tenía un autovalor mayor que 1), que acogía al 66,32% de la varianza global.

Por tanto la suma de las puntuaciones de malestar (ordenadas de menor a mayor) nos da una escala de malestar menstrual que tiene las propiedades psicométricas que aparecen a continuación. El alfa de Cronbach global es de 0,8870 que puede calificarse de alto hablando de una fuerte consistencia entre los seis *ítems* que forman la escala. Esa consistencia se ve reforzada observando la tabla III.74. en la que todos los *ítems* guardan una correlación alta con la

puntuación global y todas las alfa de Cronbach, eliminado los ítems, son muy parecidas a la global.

Tabla III.74. *Correlación de las preguntas de malestar menstrual.*

Ítems malestar menstrual	Valores de correlación ítems malestar menstrual			
	Observaciones	Signo	Correlación Ítem-test	Alfa Cronbach
p12	618	+	0,7809	0,8653
p13	623	+	0,8217	0,8572
p14_1	600	+	0,8376	0,8647
p14_2	502	+	0,7497	0,8751
p14_3	503	+	0,7474	0,8807
p14_4	506	+	0,8555	0,8573
A. Cronbach global				0,8870

b.2. Descriptiva de las puntuaciones en la escala construida de malestar menstrual.

La distribución de la escala de malestar menstrual aparece en la tabla III.75. de menos a más malestar. En la tabla siguiente aparecen las medidas básicas de resumen de la escala de malestar menstrual, siendo la media de 11,7 con desviación estándar de 4,32. Además los cuartiles tiene el valor $C_1=8$, $C_2=11$ y $C_3=15$.

Tabla III.75. *Puntuaciones de la Escala de Malestar Menstrual en Nuestra Muestra.*

Puntuación	Puntuaciones de malestar menstrual		
	Frecuencias	%	% Acumulado
6	46	9,39	9,39
7	32	6,53	15,92
8	58	11,84	27,76
9	70	14,29	42,04
10	29	5,92	47,96
11	37	7,55	55,51
12	37	7,55	63,06
13	23	4,69	67,76
14	30	6,12	73,88
15	30	6,12	80,00
16	21	4,29	84,29
17	16	3,27	87,55
18	19	3,88	91,43
19	14	2,86	94,29
20	10	2,04	96,33
21	8	1,63	97,96
22	5	1,02	98,98
24	5	1,02	100,00
Total	490	100,00	

Tabla III.76. *Medidas Básicas de Resumen de la Escala de Malestar Menstrual.*

Medidas de resumen de malestar menstrual				
Observaciones	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo
490	11,7	4,32	6	24

b.3. Asociación entre la puntuación de malestar menstrual y los distintos tipos de pelvialgia.

Las puntuaciones medias de malestar menstrual no son iguales para la pelvialgia. Fueron significativamente distintas ($p < 0,0001$) en el sentido de que las mujeres que no padecen pelvialgia tienen, en promedio, un malestar menstrual menor (10,2 con una desviación estándar de 3,41) que las mujeres que padecen esta dolencia (valor medio de 13,2 y 4,16 de desviación estándar).

Tabla III.77. *Asociación entre la Puntuación de Malestar Menstrual y Pelvialgia Si/No.*

Puntuaciones medias de malestar menstrual						
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	p
Pelvialgia						0,0001
No	244	10,2	3,41	6	21	
Si	246	13,2	4,61	6	24	

Ocurrió lo mismo en la relación entre el malestar menstrual medio y la pelvialgia desdoblada en sus dos modalidades de aguda y crónica dando las diferencias una significación de $p < 0,0001$. Estas diferencias radican entre las mujeres sin pelvialgia y las mujeres que presentan algún tipo de esta, ya sea aguda o crónica. Sin embargo no hay diferencias estadísticas de malestar menstrual medio entre los dos grupos de mujeres con algún tipo de pelvialgia, aguda o crónica ($p = 0,403$). En la tabla III.78. se presentan estos resultados

Tabla III.78. *Asociación entre la Puntuación de Malestar Menstrual y los Diferentes Tipos de Pelvialgia.*

Puntuaciones medias de malestar menstrual						
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	p
Pelvialgia						0,0001
No	244	10,2	3,41	6	21	
Aguda	67	12,5	5,15	6	24	
Crónica	179	13,4	4,39	6	24	

III.2.3.3. Anticoncepción y miedo al embarazo.

a) Descriptiva general de la variable anticoncepción y miedo al embarazo.

Antes de seguir adelante debemos recordar que el número de mujeres en muestra es de 645, dato frente al que se hará el cómputo de valores faltantes. En primer lugar, y antes de llevar a cabo el análisis descriptivo de cada una de las variables incluidas en el epígrafe de anticoncepción y miedo al embarazo, incorporamos una tabla en la que aparece el número y porcentaje de valores faltantes para cada una de ellas.

Tabla III.79. *Valores Faltantes en las Preguntas de Anticoncepción y Miedo al Embarazo.*

Anticoncepción y miedo al embarazo	Valores faltantes	
	Nº	%
P16. ¿Está usted satisfecha con el método o los métodos que utiliza?	116	17,98
P17. ¿Considera usted seguro el método que utiliza para evitar el embarazo?	105	16,28
P18. ¿Siente usted que el método que utiliza le perjudica su salud?	113	17,52
P20. ¿Tiene usted miedo a quedarse embarazada en la actualidad?	45	6,95

Las 6 preguntas que exploran esta dimensión describen en su análisis los métodos que se utilizan para no tener descendencia, su eficacia, el nivel de satisfacción hacia ellos y si generan algún efecto adverso hacia la mujer.

La pregunta número 15 ¿Utiliza algún método para evitar el embarazo? pone de manifiesto que el preservativo masculino es el método más utilizado (40,99%), la píldora anticonceptiva cubre al 19,78% de las mujeres ante un posible embarazo y un porcentaje similar (20,26%) no utilicen ningún método para no procrear. En la tabla III.80. se presenta la distribución de las respuestas a esta pregunta.

Tabla III.80. *Distribución de la Utilización de los Métodos Anticonceptivos (n=627).*

P.15. ¿Utiliza algún método para evitar el embarazo?		
Respuestas	Frecuencias	% Casos
Preservativo masculino	257	40,99
Ninguno	127	20,26
Píldora anticonceptiva	124	19,78
Dispositivo intrauterino	67	10,69
Marcha atrás	41	6,54
Vasectomía	33	5,26
Ligadura de trompas	29	4,63
Anillo vaginal	28	4,47
Parches anticonceptivos	13	2,07
Métodos naturales	8	1,28
Preservativo femenino	3	0,48
Implante subcutáneo	2	0,32
Píldora del día después	2	0,32
Diafragma	1	0,16

P.16. ¿Está usted satisfecha con el método o los métodos que utiliza? Como podemos observar en los datos que se presentan en la tabla III.81. la gran mayoría de las mujeres (81,85%), se siente satisfechas con el método anticonceptivo que utilizan frente al 18,14% que refieren estar insatisfechas.

Tabla III.81. *Distribución de la Pregunta 16.*

P.16. ¿Está usted satisfecha con el método o los métodos que utiliza?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Muy satisfecha	207	39,13
Bastante satisfecha	226	42,72
Bastante insatisfecha	47	8,88
Muy insatisfecha	49	9,26
Total	529	100,00

P.17. ¿Considera usted seguro el método que utiliza para evitar el embarazo? Tal y como se recoge en la tabla III.82. para el 83,71% de las mujeres que cumplimentan esta pregunta, el método anticonceptivo que utilizan para evitar el embarazo, es seguro.

Tabla III.82. *Distribución de la Pregunta 17.*

P.17. ¿Considera usted seguro el método que utiliza para evitar el embarazo?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Muy seguro	217	40,19
Bastante seguro	235	43,52
Bastante inseguro	50	9,26
Muy inseguro	38	7,04
Total	540	100,00

P.18. ¿Siente usted que el método que utiliza le perjudica la salud? Prácticamente la totalidad de las mujeres que forman parte de la muestra en esta pregunta (92,11%), no siente perjuicio para su salud con los métodos anticonceptivos que utilizan, frente al 7,89% de los casos que ponen de manifiesto que siempre o casi siempre sienten que el método les perjudica la salud.

Tabla III.83. *Distribución de la Pregunta 18.*

P.18. ¿Siente usted que el método que utiliza le perjudica la salud?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	18	3,38
Casi siempre	24	4,51
Casi nunca	115	21,62
Nunca	375	70,49
Total	532	100,00

P.19. ¿Cree que el método que utiliza le está afectando negativamente a algunos aspectos de su vida? El número total de mujeres que responden a esta pregunta es de 159 y generan una distribución que pone de manifiesto que al 42,14% el método anticonceptivo que utiliza le produce molestias, a un 32,70% le afecta en su estado emocional, el 21,38% en la relación de pareja y para un 19,50% la afectación que genera es sobre el aspecto físico. La tabla III.84. presenta estos resultados.

Tabla III.84. *Distribución de la Pregunta 19 (n=159).*

P.19. ¿Cree que el método que utiliza le está afectando negativamente a algunos aspectos de su vida?		
Respuestas	Frecuencias	% Casos
Relación de pareja	34	21,38
Produce molestias	67	42,14
Afecta al aspecto físico	31	19,50
Condiciona el estado emocional	52	32,70
Otros	15	9,43

En los resultados encontrados en la pregunta 20 ¿Tiene usted miedo a quedarse embarazada en la actualidad? podemos observar que alrededor de un 29% de mujeres tienen miedo a quedarse embarazadas siempre o casi siempre.

Tabla III.85. *Distribución de la Pregunta ¿Tiene usted Miedo a Quedarse Embarazada en la Actualidad?*

P.20. ¿Tiene usted miedo a quedarse embarazada en la actualidad?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	110	18,33
Casi siempre	64	10,67
Casi nunca	128	21,33
Nunca	298	49,67
Total	600	100,00

b) Relación de las preguntas que componen la dimensión anticoncepción y miedo al embarazo con pelvisalgia y si esta es de tipo agudo o crónico.

Para comprobar la posible relación entre la dimensión Anticoncepción y miedo al embarazo y padecer o no pelvisalgia, se aplicó a la muestra el test Chi2. Seguidamente se presentan las tablas para los resultados obtenidos en cada una de las preguntas que construyen la dimensión anticoncepción y miedo al embarazo, simultaneando para la misma pregunta, la tabla que presenta la relación que se establece con la variable pelvisalgia y aquella que corresponde a los diferentes tipos. Como se puede observar, no hay diferencias significativas para ninguna de las relaciones estudiadas.

Para la pregunta 15. ¿Utiliza algún método para evitar el embarazo? En esta pregunta de respuestas múltiples, la única diferencia entre las mujeres que tienen pelvialgia y las que no tienen se da en el uso de la vasectomía, con una significación de $p=0,049$, lo suficientemente cercana a 0,05 y más con el número de comparaciones que se están haciendo como para que tal resultado sea achacado al azar.

Con respecto a las mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo, como se puede ver al final de la tabla, no se encuentran diferencias significativas. En la tabla III.86. se presenta la distribución de esta pregunta para cada uno de los métodos estudiados.

Tabla III.86. *Distribución de la Utilización de Métodos Anticonceptivos en Relación con la Pelvialgia.*

P.15. ¿Utiliza algún método para evitar el embarazo?	Pelvialgia						Chi2	p
	No		Si		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Preservativo masculino	127	51,42	126	49,80	253	50,60	0,130	0,718
Píldora anticonceptiva	65	26,32	58	22,92	123	24,60	0,775	0,379
Dispositivo intrauterino	27	10,93	39	15,42	66	13,20	2,193	0,139
Marcha atrás	19	7,69	18	7,11	37	7,40	0,061	0,805
Vasectomía	10	4,05	21	8,30	31	6,20	3,885	0,049
Anillo vaginal	17	6,88	11	4,35	28	5,60	1,519	0,218
Ligadura de trompas	11	4,45	16	6,32	27	5,40	0,856	0,355
Parches anticonceptivos	8	3,24	5	1,98	13	2,60	0,787	0,375
Métodos naturales	4	1,62	4	1,58	8	1,60	0,001	0,973
Preservativo femenino	1	0,40	2	0,79	3	0,60	0,312	0,577
Implante subcutáneo	1	0,40	1	0,40	2	0,40	0,000	0,986
Píldora del día después	0	0,00	2	0,79	2	0,40	1,960	0,161
Diafragma	1	0,40	0	0,00	1	0,20	1,026	0,311
Ninguno	62	20,06	65	20,44	127	20,26	0,014	0,907

Al diferenciar los casos de pelvialgia en las categorías aguda o crónica, para la utilización de la vasectomía se sigue manteniendo una relación asociativa, $p=0,005$. Hay que resaltar que este método se emplea en los casos crónicos nueve veces más que en los agudos y más del doble en relación con las mujeres que no padecen esta dolencia.

Tabla III.87. *Distribución de la Utilización de Métodos Anticonceptivos en Relación con la No Pelvialgia, Pelvialgia Aguda y Pelvialgia Crónica.*

P.15. ¿Utiliza algún método para evitar el embarazo?	Pelvialgia								Chi2	p
	No		Aguda		Crónica		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Preservativo masculino	127	51,42	33	51,56	93	49,21	253	50,60	0,237	0,888
Píldora anticonceptiva	65	26,32	20	31,25	38	20,11	123	24,60	3,976	0,137
Dispositivo intrauterino	27	10,93	6	9,38	33	17,46	66	13,20	4,921	0,085
Marcha atrás	19	7,69	7	10,94	11	5,82	37	7,40	1,888	0,389
Vasectomía	10	4,05	1	1,56	20	10,58	31	6,20	10,573	0,005
Anillo vaginal	17	6,88	3	4,69	8	4,23	28	5,60	1,538	0,464
Ligadura de trompas	11	4,45	2	3,13	14	7,41	27	5,40	2,573	0,276
Parches anticonceptivos	8	3,24	2	3,13	3	1,59	13	2,60	1,233	0,540
Métodos naturales	4	1,62	2	3,13	2	1,06	8	1,60	1,298	0,522
Preservativo femenino	1	0,40	0	0,00	2	1,06	3	0,60	1,209	0,546
Implante subcutáneo	1	0,40	0	0,00	1	0,53	2	0,40	0,336	0,845
Píldora del día después	0	0,00	0	0,00	2	1,06	2	0,40	3,304	0,192
Diafragma	1	0,40	0	0,00	0	0,00	1	0,20	1,026	0,599
Ninguno	62	20,06	18	20,99	48	20,25	127	20,26	0,034	0,983

Para la pregunta 16. ¿Está usted satisfecha con el método o los métodos que utiliza? Las tablas III. 88 y 89, muestran que la satisfacción con el método anticonceptivo utilizado no se relaciona estadísticamente con la pelvialgia y sus diferentes tipos.

Tabla III.88. *Distribución de la Pregunta 16 del Cuestionario y Padecer o No Pelvialgia.*

P.16. ¿Está usted satisfecha con el método o los métodos que utiliza?	Pelvialgia						p
	No		Si		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Muy satisfecha	93	38,27	97	39,27	190	38,78	0,329
Bastante satisfecha	110	45,27	103	41,70	213	43,47	
Poco satisfecha	16	6,58	27	10,93	43	8,78	
Nada satisfecha	24	9,88	20	8,10	44	8,98	
Total	243	100,00	247	100,00	490	100,00	

Tabla III.89. *Distribución de la Pregunta 16 y No Padecer Pelvialgia o si esta es de tipo Agudo o Crónico.*

P.16. ¿Está usted satisfecha con el método o los métodos que utiliza?	Pelvialgia								p
	No		Aguda		Crónica		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Muy satisfecha	93	38,27	24	37,50	73	39,89	190	38,78	0,568
Bastante satisfecha	110	45,27	29	45,31	74	40,44	213	43,47	
Poco satisfecha	16	6,58	5	7,81	22	12,02	43	8,78	
Nada satisfecha	24	9,88	6	9,38	14	7,65	44	8,98	
Total	243	100,00	64	100,00	183	100,00	490	100,00	

Para la pregunta 17. ¿Considera usted seguro el método que utiliza para evitar el embarazo? Podemos observar en los resultados que no hay ninguna relación de esta pregunta con el padecimiento de la pelvialgia y las diferentes formas de presentarse.

Tabla III.90. *Distribución de la Pregunta 17 entre Padecer o No Padecer Pelvialgia.*

P.17. ¿Considera usted seguro el método que utiliza para evitar el embarazo?	Pelvialgia						p
	No		Si		Total		
	n	%	n	%	n	%	
							0,985
Muy seguro	101	41,22	105	41,34	206	41,28	
Bastante seguro	114	46,53	116	45,67	230	46,09	
Bastante inseguro	19	7,76	22	8,66	41	8,22	
Muy inseguro	11	4,49	11	4,33	22	4,41	
Total	245	100,00	254	100,00	499	100,00	

Tabla III.91. *Distribución de la Pregunta 17 entre la Patología Pelviálgica y sus Tipos.*

P.17. ¿Considera usted seguro el método que utiliza para evitar el embarazo?	Pelvialgia						p		
	No		Aguda		Crónica			Total	
	n	%	n	%	n	%		n	%
									0,588
Muy seguro	101	41,22	24	37,50	81	42,63	206	41,28	
Bastante seguro	114	46,53	27	42,19	89	46,84	230	46,09	
Bastante inseguro	19	7,76	8	12,50	14	7,37	41	8,22	
Muy inseguro	11	4,49	5	7,81	6	3,16	22	4,41	
Total	245	100,00	64	100,00	190	100,00	499	100,00	

Para la pregunta 18. ¿Siente usted que el método que utiliza le perjudica su salud? De nuevo, como en las preguntas anteriores, no hay relación estadística de esta pregunta y las manifestaciones clínicas de la pelvialgia. Las tablas III. 92 y 93, ponen de manifiesto este resultado.

Tabla III.92. *Distribución de la Pregunta Número 18 y Padecer o No Pelvialgia.*

P.18. ¿Siente usted que el método que utiliza le perjudica su salud?	Pelvialgia						p
	No		Si		Total		
	n	%	n	%	n	%	
							0,839
Siempre	9	3,70	8	3,20	17	3,45	
Casi siempre	10	4,12	14	5,60	24	4,87	
Casi nunca	52	21,40	57	22,80	109	22,11	
Nunca	172	70,78	171	68,40	343	69,57	
Total	243	100,00	250	100,00	493	100,00	

Tabla III.93. *Distribución de la Pregunta Número 18 y la Pelvialgia y sus Diferentes Presentaciones.*

P.18. ¿Siente usted que el método que utiliza le perjudica su salud?	Pelvialgia								p
	No		Aguda		Crónica		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
									0,934
Siempre	9	3,70	3	4,76	5	2,67	17	3,45	
Casi siempre	10	4,12	3	4,76	11	5,88	24	4,87	
Casi nunca	52	21,40	14	22,22	43	22,99	109	22,11	
Nunca	172	70,78	43	68,25	128	68,45	343	69,57	
Total	243	100,00	63	100,00	187	100,00	493	100,00	

Para la pregunta 19. ¿Cree que el método que utiliza le está afectando negativamente a algunos aspectos de su vida? Para esta pregunta de respuestas múltiples, los resultados obtenidos demuestran que las molestias provenientes del método utilizado no están asociadas a la pelvialgia.

Tabla III.94. *Distribución de la Pregunta 19 y el Padecimiento de Pelvialgia.*

P.19. ¿Cree que el método que utiliza le está afectando negativamente a algunos aspectos de su vida?	Pelvialgia						Chi2	p
	No		Si		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Produce molestias	28	44,44	37	43,53	65	43,92	0,012	0,912
Condiciona el estado emocional	23	36,51	22	25,88	45	30,41	1,931	0,165
Relación de pareja	14	22,22	16	18,82	30	20,27	0,259	0,611
Afecta al aspecto físico	9	14,29	21	24,71	30	20,27	2,431	0,119

Tabla III.95. *Distribución de la Pregunta 19 y No Padecer Pelvialgia o si esta es de Tipo Agudo o Crónico.*

P.19. ¿Cree que el método que utiliza le está afectando negativamente a algunos aspectos de su vida?	Pelvialgia									
	No		Aguda		Crónica		Total		Chi2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Produce molestias	28	44,44	10	45,45	27	42,86	65	43,92	0,057	0,972
Condiciona el estado emocional	23	36,51	5	22,73	17	26,98	45	30,41	2,070	0,355
Relación de pareja	14	22,22	5	22,73	11	17,46	30	20,27	0,538	0,764
Afecta al aspecto físico	9	14,29	7	31,82	14	22,22	30	20,27	3,360	0,186

Para la pregunta 20. ¿Tiene usted miedo a quedarse embarazada en la actualidad? Las dos tablas siguientes muestran que el miedo al embarazo no está asociado a la pelvisalgia.

Tabla III.96. *Distribución del Miedo al Embarazo entre Pelvisalgia No/Si.*

P.20. ¿Tiene usted miedo a quedarse embarazada en la actualidad?	Pelvisalgia						p
	No		Si		Total		
	n	%	n	%	n	%	
							0,059
Siempre	38	15,57	61	24,21	99	19,96	
Casi siempre	25	10,25	31	12,30	56	11,29	
Casi nunca	63	25,82	60	23,81	123	24,80	
Nunca	118	48,36	100	39,68	218	43,95	
Total	244	100,00	252	100,00	496	100,00	

Tabla III.97. *Distribución del Miedo al Embarazo entre No Pelvisalgia, Pelvisalgia Aguda o Pelvisalgia Crónica.*

P.20. ¿Tiene usted miedo a quedarse embarazada en la actualidad?	Pelvisalgia								p
	No		Aguda		Crónica		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
									0,188
Siempre	38	15,57	12	19,67	49	25,65	99	19,96	
Casi siempre	25	10,25	7	11,48	24	12,57	56	11,29	
Casi nunca	63	25,82	15	24,59	45	23,56	123	24,80	
Nunca	118	48,36	27	44,26	73	38,22	218	43,95	
Total	244	100,00	61	100,00	191	100,00	496	100,00	

III.2.4. Resultados para las dimensiones de otros aspectos de la salud de la mujer.

III.2.4.1. Sexualidad

a) Descriptiva general de la variable sexualidad.

Recordemos que el número de mujeres en muestra es de 645, dato frente al que se hará el cómputo de valores faltantes. En primer lugar, y antes de llevar a cabo el análisis descriptivo de cada una de las variables incluidas en el epígrafe de sexualidad, incorporamos una tabla en la que aparece el número y porcentaje de valores faltantes para cada una de ellas. Debemos explicar que los valores faltantes de las preguntas p26, p27 y p28 se calculan teniendo presente que 342 mujeres pasan directamente de la p25 a contestar la p29 por no experimentar nada de dolor con las prácticas sexuales con penetración. Por otra parte para la p35 era de esperar ese volumen de datos faltantes debido a la formulación de la pregunta y los sentimientos que explora.

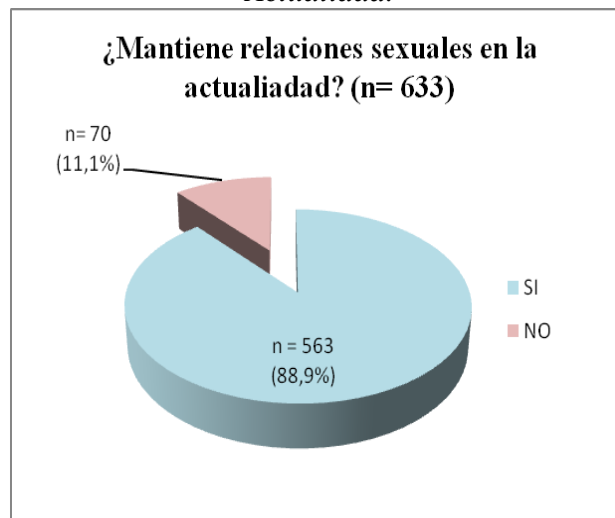
Tabla III.98. *Valores Faltantes en las Preguntas de la Variable Sexualidad.*

Sexualidad	Valores faltantes	
	N°	%
P21. ¿Mantiene usted relaciones sexuales en la actualidad?	12	1,86
P22. ¿Le apetecen las relaciones sexuales?	20	3,10
P23. ¿Alcanza usted el orgasmo en sus prácticas sexuales?	23	3,57
P24. ¿Está usted satisfecha con los orgasmos que experimenta?	27	4,19
P25. En las prácticas sexuales con penetración vaginal tiene dolor...	22	3,41
P26. Ese dolor se produce...	7	2,50
P27. Ese dolor se localiza...	8	2,84
P28. Ese dolor aparece...	8	2,84
P29. ¿Con qué frecuencia realiza usted prácticas sexuales?	36	5,58
P30. ¿Está usted satisfecha con la frecuencia de sus relaciones sexuales?	29	4,50
P31. ¿Utiliza la masturbación como práctica sexual?	29	4,50
P32. ¿Se siente cómoda con su pareja en las relaciones íntimas?	32	4,96
P33. ¿Le resultan agradables las prácticas sexuales que realiza?	26	4,03
P34. ¿Se siente cómoda cuando mantiene relaciones sexuales?	29	4,50
P35. ¿Cuándo tiene usted relaciones sexuales aparecen algunos de estos sentimientos?...	466	72,24
P36. ¿Tiene usted deseo sexual?	30	4,65
P37. ¿Se siente culpable cuando le apetecen las relaciones sexuales?	34	5,27
P38. ¿Se siente culpable cuando no tiene deseo sexual?	37	5,74
P39. Cuando no tiene deseo para implicarse en las prácticas sexuales, indíquenos las ...	55	8,52
P40. ¿Se siente sexualmente satisfecha con su pareja?	47	7,29
P41. ¿Está cómoda con su pareja en las relaciones sexuales?	39	6,05
P42. ¿Considera usted que tiene una buena relación sexual con su pareja?	43	6,67
P43. La comunicación con su pareja es...	45	6,98
P44. ¿Cómo de satisfecha se siente usted con su actividad sexual?	44	6,82
P45. En general, ¿cómo describiría usted su relación de pareja?	53	8,22
P46. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con...	46	7,13
P47. ¿Siente soledad en la convivencia con su pareja?	54	8,37

La dimensión sexualidad contiene 24 *ítems* específicamente referidos a ella y que arrojan indicadores sobre relaciones sexuales, relaciones de pareja en las prácticas sexuales, deseo y satisfacción sexual.

La distribución de la pregunta 21 ¿Mantiene usted relaciones sexuales en la actualidad? señala que alrededor del 90% de las mujeres de la muestra mantienen relaciones sexuales.

Grafico III.5. *Distribución de los Casos de Mujeres que Mantienen Relaciones Sexuales en la Actualidad.*



En el análisis de la pregunta *¿Le apetecen las relaciones sexuales?* identificamos que al 77,44% de las 625 mujeres que la cumplimentan, les apetecen las relaciones sexuales siempre o casi siempre frente al 22,56% que no les apetece nunca o casi nunca. En la tabla III.99. se presenta su distribución.

Tabla III.99. *Distribución de la Pregunta de Sexualidad n° 22.*

P.22. ¿Le apetecen las relaciones sexuales?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	124	19,84
Casi siempre	360	57,60
Casi nunca	121	19,36
Nunca	20	3,20
Total	625	100,00

Como podemos observar en los datos que se presentan en la tabla III.100. y que hacen referencia a la pregunta *¿Alcanza usted el orgasmo en sus prácticas sexuales?*, más de dos tercios de las mujeres (87,46%) alcanzan el orgasmo siempre o casi siempre.

Tabla III.100. *Distribución de la Pregunta 23 de Sexualidad.*

P.23. ¿Alcanza usted el orgasmo en sus prácticas sexuales?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	220	35,37
Casi siempre	324	52,09
Casi nunca	67	10,77
Nunca	11	1,77
Total	622	100,00

En el análisis de la satisfacción con los orgasmos, P24. ¿Está usted satisfecha con los orgasmos que experimenta?, prácticamente la totalidad de las mujeres (91,26%) responden que están satisfechas. Estos resultados se recogen en la tabla III.101.

Tabla III.101. *Distribución de la Pregunta 24 de Sexualidad.*

P.24. ¿Está usted satisfecha con los orgasmos que experimenta?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	311	50,32
Casi siempre	253	40,94
Casi nunca	43	6,96
Nunca	11	1,78
Total	618	100,00

Como era de esperar, los resultados encontrados en la pregunta 25 (En las prácticas sexuales con penetración vaginal tiene...dolor) ponen de manifiesto que el dolor no es una constante en las prácticas sexuales con penetración vaginal de tal modo que las tres cuartas partes de las mujeres, experimentan poco o nada de dolor.

Tabla III.102. *Distribución de la Pregunta 25.*

P.25. En las prácticas sexuales con penetración vaginal tiene:		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Mucho dolor	12	1,93
Bastante dolor	44	7,06
Poco dolor	225	36,12
Nada de dolor	342	54,90
Total	623	100,00

La siguiente pregunta que se analiza (P26. Ese dolor se produce...) y que explora la frecuencia del dolor, está dirigida a los casos que han respondido a la pregunta anterior mucho dolor, bastante dolor y poco de dolor. La tabla III.103. describe su distribución.

Tabla III.103. *Distribución de la Pregunta 26.*

P.26. Ese dolor se produce:		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	17	6,20
Casi siempre	102	37,23
Casi nunca	155	56,55
Nunca	0	0,00
Total	274	100,00

Al identificar la localización del dolor que se produce con las prácticas sexuales con penetración vaginal, se observa en los datos que recoge la tabla III.104. que los porcentajes encontrados para los dos posibles puntos de afectación dolorosa, son similares.

Tabla III.104. *Distribución de la Pregunta 27 (n=273).*

P.27. Ese dolor se localiza		
Respuestas	Frecuencias	% Casos
En la entrada de la vagina	146	53,48
En el bajo vientre	141	51,65

Otra pregunta que caracteriza el dolor es la número 28 del cuestionario (Ese dolor aparece...). De los casos que contestaron esta pregunta un 51,10% manifestaron tener dolor al inicio de la penetración, el 45,59% durante la penetración y para un 18,75% las molestias dolorosas aparecen después de la penetración vaginal. En la tabla III.105. se presentan los resultados de esta distribución.

Tabla III.105. *Distribución de la Localización del Dolor en la Penetración (n=273).*

P.28. Ese dolor aparece		
Respuestas	Frecuencias	% Casos
Al inicio de la penetración	139	51,10
Durante la penetración	124	45,59
Después de la penetración	51	18,75

En cuanto a la distribución de la frecuencia en las prácticas sexuales, la tabla III.106. describe los porcentajes para cada opción de respuesta donde se puede observar que la mitad de las mujeres realizan prácticas sexuales más de una vez a la semana y una cuarta parte una vez por semana.

Tabla III.106. *Distribución de la Frecuencia en las Prácticas Sexuales.*

P.29. ¿Con qué frecuencia realiza usted prácticas sexuales?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
más de una vez por semana	302	49,59
una vez por semana	177	29,06
menos de una vez por semana	90	14,78
menos de una vez al mes	40	6,57
Total	609	100,00

La pregunta 30 explora la satisfacción con la frecuencia de las relaciones sexuales y tal y como se recoge en la tabla III.107. alrededor de tres cuartas partes de las mujeres manifiestan satisfacción con dicha frecuencia.

Tabla III.107. *Distribución de la Satisfacción con la Frecuencia de las Relaciones Sexuales.*

P.30. ¿Está usted satisfecha con la frecuencia de sus relaciones sexuales?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Si	492	79,87
No	124	20,13
Total	616	100,00

En la tabla III.108. se describe que la masturbación es una práctica sexual utilizada por el 65,10% de las mujeres frente al 34,90% que no hacen uso de ella. Este resultado se obtiene con la pregunta 31 ¿Utiliza la masturbación como práctica sexual?

Tabla III.108. *Distribución de la Pregunta 31.*

P.31. ¿Utiliza la masturbación como práctica sexual?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Si	215	34,90
No	401	65,10
Total	616	100,00

Agrupando los casos para la pregunta ¿Se siente cómoda con su pareja en las relaciones íntimas?, en aquellos que dan por respuesta siempre o casi siempre, podemos decir que un 97,88% de las mujeres se sienten cómodas con sus parejas en las relaciones sexuales. Este resultado lo recoge la tabla III.109.

Tabla III.109. *Distribución de la Pregunta 32 de Sexualidad.*

P.32. ¿Se siente cómoda con su pareja en las relaciones íntimas?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	450	73,41
Casi siempre	150	24,47
Casi nunca	12	1,96
Nunca	1	0,16
Total	613	100,00

Para la pregunta 33 ¿Le resultan agradables las prácticas sexuales que realiza?, se obtiene como resultado, tal cual se presenta en la tabla III.110. que al 90,15% de las mujeres les resultan sus prácticas sexuales agradables todas o la mayoría , para un 9,69% sólo le resultan agradables algunas de ellas y en un caso, ninguna práctica sexual le resulta agradable.

Tabla III.110. *Distribución de la Pregunta 33.*

P.33. ¿Le resultan agradables las prácticas sexuales que realiza?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Todas	304	49,11
La mayoría	254	41,03
Algunas	60	9,69
Ninguna	1	0,16
Total	619	100,00

De nuevo se vuelve a obtener un valor alto en porcentaje cuando indagamos sobre la comodidad ante las relaciones sexuales a través de la P34. ¿Se siente cómoda cuando mantiene relaciones sexuales?, tal que para el 95,78% de las mujeres, esta comodidad se produce siempre o casi siempre.

Tabla III.111. *Distribución de la Pregunta 34 del Cuestionario.*

P.34. ¿Se siente cómoda cuando mantiene relaciones sexuales?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	373	60,55
Casi siempre	217	35,23
Casi nunca	23	3,73
Nunca	3	0,49
Total	616	100,00

La pregunta 35 pretende estudiar los sentimientos negativos que experimenta la mujer cuando tiene relaciones sexuales explorando el miedo, la vergüenza, la culpa y la indiferencia a partir de un enunciado con respuestas múltiples. La tabla III.112. describe que de 179 mujeres que han respondido, un 21,23% sienten miedo con sus prácticas sexuales, el 37,43% vergüenza, la culpa es un sentimiento que se manifiesta en el 7,26% de los casos, siendo la indiferencia con un 41,90% el sentimiento que más frecuentemente evoca la mujer.

Tabla III.112. *Distribución de Algunos de los Sentimientos que Experimenta la Mujer en las Relaciones Sexuales (n=179).*

P.35. ¿Cuándo tiene usted relaciones sexuales aparecen algunos de estos sentimientos?		
Respuestas	Frecuencias	% Casos
Miedo	38	21,23
Vergüenza	67	37,43
Culpa	13	7,26
Indiferencia	75	41,90

De la totalidad de la muestra que contesta a la pregunta ¿Tiene usted deseo sexual?, unas tres cuartas partes de las mujeres sienten deseo sexual siempre o casi siempre, seguido de un 19,35% que manifiestan que casi nunca tienen deseo y en un 1,63% nunca. En la tabla III.113. se presenta estos resultados.

Tabla III.113. *Distribución del Deseo Sexual.*

P.36. ¿Tiene usted deseo sexual?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	81	13,17
Casi siempre	405	65,85
Casi nunca	119	19,35
Nunca	10	1,63
Total	615	100,00

Las respuestas a la pregunta 37 sobre la culpabilidad ante la apetencia de relaciones sexuales revelan que el 89,53% de las mujeres nunca experimentan sentimiento de culpa cuando tienen apetito sexual. Estos resultados se describen en la tabla III.114.

Tabla III.114. *Distribución de la Pregunta 37.*

P.37. ¿Se siente culpable cuando le apetecen las relaciones sexuales?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	3	0,49
Casi siempre	9	1,47
Casi nunca	52	8,51
Nunca	547	89,53
Total	611	100,00

La pregunta 38 ¿Se siente culpable cuando no tiene deseo sexual? pone de manifiesto que en el 19,41% de los casos, este sentimiento aflora siempre o casi siempre.

Tabla III.115. *Distribución de la Pregunta 38.*

P.38. ¿Se siente culpable cuando no tiene deseo sexual?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	29	4,77
Casi siempre	89	14,64
Casi nunca	150	24,67
Nunca	340	55,92
Total	608	100,00

De la totalidad de mujeres que contestan a la pregunta 39, Cuándo no tiene deseo para implicarse en las prácticas sexuales, indíquenos las conductas que utiliza:..., una elevada mayoría (80%) expresan abiertamente su falta de deseo. En algunos casos (18,47%) utilizan excusas y en otros se autorresponsabilizan de la falta de deseo (10,85%). La tabla III.116. presenta la distribución de los mecanismos que utiliza la mujer cuando no tiene deseo para implicarse en las prácticas sexuales.

Tabla III.116. *Distribución de la Pregunta 39 de Sexualidad (n=590).*

P.39. Cuándo no tiene deseo para implicarse en las prácticas sexuales, indíquenos las conductas que utiliza:		
Respuestas	Frecuencias	% Casos
Lo dice abiertamente	472	80,00
Utiliza excusas (cansancio, dolor de cabeza,..)	109	18,47
Piensa que la responsabilidad de la falta de deseo es suya	64	10,85
Piensa que la responsabilidad de la falta de deseo es de su pareja	17	2,88
Piensa que la responsabilidad de la falta de deseo es de ambos	23	3,90
No expresa su falta de deseo por temor a ser rechazada	19	3,22
No expresa su falta de deseo por no sentirse diferente a las demás	5	0,85
No expresa su falta de deseo porque piensa que eso es una enfermedad	1	0,17
No expresa su falta de deseo por compasión hacia su pareja	19	3,22
Otros	7	1,19

Para valorar el grado de satisfacción sexual de la mujer en relación con su pareja, se ha utilizado una escala de 0 a 7 y se ha dividido en tres grupos considerando un nivel alto de satisfacción las puntuaciones de 6 y 7, un nivel medio cuando las respuestas son de 4 y 5 y para nivel bajo los valores que oscilan entre 3 y 0. De esta forma podíamos decir que tres cuartas partes de las mujeres que han autocumplimentado esta pregunta tienen una satisfacción alta, algo menor a una cuarta parte (20,57%) refieren un grado medio en su satisfacción sexual con su pareja y para el 5,02% de casos la satisfacción es baja.

La tabla III.117. recoge la distribución porcentual para cada valor de la escala.

Tabla III.117. *Distribución de la Satisfacción Sexual con la Pareja.*

P.40. ¿Se siente sexualmente satisfecha con su pareja?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
0	3	0,50
1	5	0,84
2	5	0,84
3	17	2,84
4	36	6,02
5	87	14,55
6	134	22,41
7	311	52,01
Total	598	100,00

En el 97,85% de las mujeres que han contestado la pregunta 41 ¿Está cómoda con su pareja en las relaciones sexuales?, la comodidad se presenta siempre o casi siempre. En un 2,15% de los casos casi nunca se percibe esta comodidad y no hay ninguna mujer que manifiesta que nunca siente comodidad con su pareja en las relaciones sexuales.

Tabla III.118. *Distribución de la Pregunta 41*

P.41. ¿Está cómoda con su pareja en las relaciones sexuales?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	423	69,80
Casi siempre	170	28,05
Casi nunca	13	2,15
Nunca	0	0,00
Total	606	100,00

La pregunta 42 ¿Considera usted que tiene una buena relación sexual con su pareja? presenta una distribución en la que podemos observar que el 93,19% de las mujeres, contestan como buena siempre o casi siempre la relación sexual, frente a un 6,81% que casi nunca o nunca tienen una buena relación sexual con su pareja.

Tabla III.119. *Distribución de la Pregunta 42 del Cuestionario.*

P.42. ¿Considera usted que tiene una buena relación sexual con su pareja?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	318	52,82
Casi siempre	243	40,37
Casi nunca	38	6,31
Nunca	3	0,50
Total	602	100,00

Al referirnos a la comunicación entre la pareja, explorada por la pregunta 43 del cuestionario, el 5,16% de las mujeres refieren una mala o muy mala comunicación. En el otro extremo se posicionan el 94,83% con una comunicación muy buena o bastante buena. Se describe esta distribución porcentual en la tabla III.120.

Tabla III.120. *Distribución de la Comunicación.*

P.43. La comunicación con su pareja es:		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Muy buena	296	49,33
Bastante buena	273	45,50
Mala	29	4,83
Muy mala	2	0,33
Total	600	100,00

Para el análisis de los resultados obtenidos en esta pregunta compuesta por una escala numérica de 0 a 7 que valora el grado de satisfacción de la mujer con su actividad sexual, se aplica el mismo criterio de agrupación de los resultados que para la pregunta 40 del cuestionario considerando un nivel alto de satisfacción los porcentajes referidos a las puntuaciones de 6 y 7, un nivel medio cuando las respuestas son de 4 y 5 y para nivel bajo los valores que oscilan entre 3 y 0. De esta forma podemos decir que un 68,22% de las mujeres tienen un nivel alto de satisfacción, un 24,13% un nivel medio y para el 7,65% del valor total de casos la satisfacción es baja. La tabla III.121. recoge la distribución porcentual para cada valor de la escala.

Tabla III.121. *Distribución de la Satisfacción en la Actividad Sexual.*

P.44. ¿Cómo de satisfecha se siente usted con su actividad sexual?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
0	3	0,50
1	8	1,33
2	12	2,00
3	23	3,83
4	42	6,99
5	103	17,14
6	140	23,29
7	270	44,93
Total	601	100,00

En los resultados de la pregunta 45, En general, ¿cómo describiría usted su relación de pareja?..., se puede observar un aumento progresivo del porcentaje en relación con el valor total a medida que se distribuyen los resultados desde la categoría de respuesta mucha tensión hasta sin tensión. Los valores extremos corresponden con un 1,52% para el grupo de mujeres que expresan que la relación con su pareja discurre con mucha tensión frente a un 62,33% que refiere no tener tensión en ese tipo de relación.

Tabla III.122. *Distribución de la Pregunta 45.*

P.45. En general, ¿cómo describiría usted su relación de pareja?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Mucha tensión	9	1,52
Bastante tensión	27	4,56
Alguna tensión	187	31,59
Sin tensión	369	62,33
Total	592	100,00

Igual distribución ascendente en los resultados obtenemos para la pregunta 46 del cuestionario que explora la dificultad en la resolución de las discusiones entre la pareja. Tal como ponen de manifiesto los datos reflejados en la tabla III.123. un 2,17% de mujeres han contestado que tienen mucha dificultad para resolver sus discusiones de pareja, un 6,01% bastante, para el 37,4% este tipo de situaciones trascurren con alguna dificultad y en el 54,42% de los casos sin dificultad.

Tabla III.123. *Distribución de la Pregunta nº 46 del Cuestionario.*

P.46. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Mucha dificultad	13	2,17
Bastante dificultad	36	6,01
Alguna dificultad	224	37,40
Sin dificultad	326	54,42
Total	599	100,00

Para la pregunta número 47 ¿Siente usted soledad en la convivencia con su pareja? los resultados obtenidos reflejan un patrón ascendente en la distribución porcentual semejante al encontrado en las preguntas 45 y 46 del cuestionario. Hay que decir que el 62,61% de estas mujeres no sienten ninguna soledad frente al 5,41% que manifiestan mucha o bastante soledad en la convivencia con su pareja.

Tabla III.124. *Distribución de la Soledad en la Convivencia de Pareja.*

P.47. ¿Siente usted soledad en la convivencia con su pareja?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Mucha soledad	8	1,35
Bastante soledad	24	4,06
Alguna soledad	189	31,98
Ninguna soledad	370	62,61
Total	591	100,00

b) Análisis factorial de la dimensión sexualidad.

b.1. Análisis factorial con las preguntas del cuestionario de sexualidad.

Para llevar a cabo el análisis de la validez de constructo de las preguntas del cuestionario de sexualidad se realizó un análisis de componentes principales de las preguntas p22 p23 p24 p25 p29 p30 p31 p32 p33 p34 p36 p37 p38 p40 p41 p42 p43 p44 p45 p46 p47 del cuestionario, que eran las preguntas que atendían a la dimensión sexualidad. Como las preguntas diferían en su forma de presentación, se decidió recodificarlas para trabajar con ellas sobre una base homogénea. La mayoría de las preguntas estaban en una escala de Likert de 1 a 4 de menor a mayor gravedad de problema y esas preguntas (p22 p23 p24 p29 p32 p33 p34 p36 p41 p42 p43) se recodificaron en sentido inverso de mayor a menor gravedad del problema para que las escalas resultaran en términos de menor a mayor bienestar y/o complementariedad en la de sexualidad. Las preguntas p30 y p31 que eran de respuesta binaria fueron recodificadas, en primera instancia pasando a una puntuación de 1 a 4, la p30 de manera inversa, por las razones previamente aducidas y la p31 de manera directa puesto que así se asociaba con el resto de las variables del constructo. Por último las variables p40 y p44, codificadas de entrada de manera directa, pero en una escala de 0 a 7 fueron codificadas en una escala de 1 a 4 según el siguiente esquema: al 0 se le hizo corresponder el 1, al 1 se le hizo corresponder el 1,5, al 2 el 2, al 3 el 2,5, al 4 el 3, y así sucesivamente hasta que al 7 le correspondió el 4.

El primer resultado obtenido fue que, tras la extracción por componentes principales se extrajeron cinco factores con autovalor mayor que 1, resumiendo entre todos el 60,13% de la varianza del conjunto de las variables en nuestra muestra. Todas las comunialidades fueron superiores a 0,30 por lo que no se eliminó ninguna de las variables del cuestionario y se llevó a cabo la rotación de los factores con objeto de conseguir una mejor identificación de los cinco factores encontrados.

Los resultados de la rotación en términos de los factores obtenidos se detallan en la tabla siguiente, en la que ha de resaltarse que los porcentajes de varianza explicada por cada uno de los factores va descendiendo empezando en el 17,40% para el primer factor y finalizado en 9,20% para el quinto.

Tabla III.125. *Resumen de los Factores Extraídos Después de la Rotación con el Porcentaje de Varianza Explicada por cada uno de ellos.*

Resumen de los 5 factores extraídos de sexualidad			
Factor	Varianza	Porcentaje varianza	Porcentaje varianza acumulada
F1: Valoración de la conducta sexual	3,65317	0,1740	0,1740
F2: Relación y comunicación con la pareja	2,75770	0,1313	0,3053
F3: Deseo sexual	2,15670	0,1027	0,4080
F4: Disconfort sexual	2,12666	0,1013	0,5092
F5: Frecuencia en la actividad sexual	1,93209	0,0920	0,6013

Las saturaciones de cada una de las variables en cada uno de los factores, es decir los coeficientes de correlación de cada una de esas variables con cada uno de los cinco factores, se presentan en la tabla siguiente, habiéndose eliminado de la misma aquellas saturaciones que se consideraron bajas, o sea aquellas que eran inferiores a 0,30. En la tabla III.126. se presentan los distintos factores marcados con colores diferentes.

Tabla III.126. Saturaciones de cada una de las Preguntas de Sexualidad en los Cinco Factores.

Variable	Saturaciones en los factores de sexualidad				
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
p22			0,7920		
p23	0,8271				
p24	0,8105				
p25			0,4050	0,4154	
p29			0,3156		0,6864
p30					0,7292
p31			-0,3939		0,4182
p32	0,4868			0,5095	
p33	0,5589			0,4008	
p34	0,5058			0,4650	
p36			0,7566		
p37				0,7332	
p38			0,4736	0,4436	
p40	0,5869	0,3237		0,3214	0,3465
p41	0,5313	0,3046		0,4682	
p42	0,5301				0,3356
p43		0,5784			
p44	0,5533	0,3007			0,4450
p45		0,7021			
p46		0,8140			
p47		0,7430			

El primer factor está formado por los ítems, de mayor a menor saturación en él, p23 p24 p40 p33 p44 p41 p42 y p34. Dados los ítems que lo forman no sería arriesgado denominar a este factor como de puntuación en valoración de la conducta sexual que podría estar asociado con la idea de sexualidad como conjunto de disposiciones, inclinaciones y prácticas relacionadas con la obtención de placer sexual.

El segundo factor está formado por las preguntas p46 p47 p45 y p43 y se asoció con la relación y comunicación con la pareja.

El tercer factor estaría formado por los ítems p22 p36 y p38 y podríamos decir que este factor habla claramente del deseo sexual.

El cuarto factor está formado por la p37 p32 y p25, tiene que ver con la culpa ante el deseo sexual, la comodidad en las relaciones íntimas y el dolor con la penetración vaginal, por ello hemos decidido denominarlo disconfort sexual.

El quinto factor estaría integrado por los ítems p29 p30 y p31 y está muy relacionado con la frecuencia en la actividad sexual.

Los cinco factores obtenidos no tienen la misma consistencia interna como se puede ver en las tablas III.127, 128, 129, 130 y 131 dónde se presentan los alfas de Cronbach.

Tabla III.127. *Correlación de las Preguntas que Componen el Factor de Valoración de la Conducta Sexual.*

Valores de correlación F1: valoración de la conducta sexual				
Ítems sexualidad	Observaciones	Signo	Correlación ítem-test	Alfa Cronbach
p23	622	+	0,6792	0,8858
p24	618	+	0,7607	0,8756
p33	619	+	0,7633	0,8723
p34	616	+	0,7323	0,8751
p40	598	+	0,7847	0,8685
p41	606	+	0,7453	0,8736
p42	602	+	0,7813	0,8690
p44	601	+	0,8155	0,8655
Alfa de Cronbach global				0,8873

Tabla III.128. *Correlación de las Preguntas que Componen el Factor de Relación y Comunicación con la Pareja.*

Valores de correlación F2: relación y comunicación con la pareja				
Ítems sexualidad	Observaciones	Signo	Correlación ítem-test	Alfa Cronbach
p43	600	+	0,7122	0,7418
p45	592	+	0,7394	0,7315
p46	599	+	0,8140	0,6781
p47	591	+	0,7960	0,6800
Alfa de Cronbach global				0,7652

Tabla III.129. *Correlación de las Preguntas que Componen el Factor de Deseo Sexual.*

Valores de correlación F3: deseo sexual				
Ítems sexualidad	Observaciones	Signo	Correlación ítem-test	Alfa Cronbach
p22	625	+	0,8021	0,4684
p36	615	+	0,7952	0,4360
p38	608	+	0,7558	0,7741
Alfa de Cronbach global				0,6502

Tabla III.130. *Correlación de las Preguntas que Componen el Factor Disconfort Sexual.*

Valores de correlación factor 4				
Ítems sexualidad	Observaciones	Signo	Correlación ítem-test	Alfa Cronbach
p25	623	+	0,7847	0,3712
p32	613	+	0,6575	0,2354
p37	611	+	0,5688	0,3220
Alfa de Cronbach global				0,3955

Tabla III.131. *Correlación de las Preguntas que Componen el Factor de Frecuencia de Actividad Sexual.*

Valores de correlación F5: frecuencia de actividad sexual				
Ítems sexualidad	Observaciones	Signo	Correlación ítem-test	Alfa Cronbach
p29	609	+	0,6514	0,1375
p30	616	+	0,7346	0,0598
p31	616	+	0,6483	0,6440
Alfa de Cronbach global				0,3737

La consistencia de los dos primeros factores es de las que pueden considerarse altas, 0,8853 y 0,7652, lo que habla de que estos dos factores serían consistentes de la escala y por tanto los más fiables en su uso. El tercer factor presenta una consistencia media 0,6502, que también lo hace fácilmente utilizable. Sin embargo los dos últimos factores, 4 y 5, muestran consistencias muy bajas lo que hablaría de que los *ítems* integrados en ellos no se asocian lo suficientemente fuerte; ello puede ser debido a varias razones, la formulación de los *ítems*, el constructo que representan y también la codificación hecha por nosotros para situar tales *ítems* en una escala homogénea.

b.2. Descriptiva del análisis factorial de sexualidad.

En las tablas III. 132, 133, 134, 135 y 136, se exponen las distribuciones muestrales de los cinco factores construidos y una última adicional donde se pueden observar las medidas de resumen de las cinco variables.

En general podemos decir que la distribución de los cinco factores está desplazada hacia puntuaciones altas, como se puede observar en cada una de las tablas de la distribución muestral para cada factor, y de forma más clara en los resultados de la tabla correspondiente a las medidas de resumen para los cinco factores (Tabla III.137.)

Para el factor valoración de la conducta sexual, a mayor puntuación mayor satisfacción sexual, se puede decir que la distribución está desplazada hacia puntuaciones más altas, como se puede reconocer en la tabla III.132. encontrándose el 50% de las mujeres en niveles que oscilan entre 28,5 y 32 puntos del factor construido. Cabe resaltar que los grupos más numerosos de casos se concentran en 31 puntos (13,51%) y 32 (14,91%).

Tabla III.132. *Distribución Muestral del Factor Valoración de la Conducta Sexual.*

Factor 1	n	%	% Acumulado
13	1	0,18	0,18
14	1	0,18	0,35
14,5	1	0,18	0,53
15	2	0,35	0,88
16	1	0,18	1,05
16,5	1	0,18	1,23
17	1	0,18	1,40
17,5	5	0,88	2,28
18,5	3	0,53	2,81
19	2	0,35	3,16
19,5	2	0,35	3,51
20	6	1,05	4,56
20,5	4	0,70	5,26
21	10	1,75	7,02
21,5	8	1,40	8,42
22	9	1,58	10,00
22,5	3	0,53	10,53
23	11	1,93	12,46
23,5	6	1,05	13,51
24	24	4,21	17,72
24,5	11	1,93	19,65
25	24	4,21	23,86
25,5	6	1,05	24,91
26	29	5,09	30,00
26,5	14	2,46	32,46
27	28	4,91	37,37
27,5	11	1,93	39,30

Tabla III.132. *Distribución Muestral del Factor Valoración de la Conducta Sexual.*

Factor 1	n	%	% Acumulado
28	48	8,42	47,72
28,5	12	2,11	49,82
29	46	8,07	57,89
29,5	16	2,81	60,70
30	45	7,89	68,60
30,5	10	1,75	70,35
31	77	13,51	83,86
31,5	7	1,23	85,09
32	85	14,91	100,00
Total	570	100,00	

Del análisis de la tabla III.133. se deduce que el 50% de las mujeres tienen unos niveles de relación y comunicación con la pareja altos, correspondiendo a una puntuación del factor construido mayor de 14.

Tabla III.133. *Distribución Muestral del Factor Relación y Comunicación con la Pareja.*

Factor 2	n	%	% Acumulado
5	1	0,17	0,17
7	2	0,35	0,52
8	10	1,74	2,26
9	12	2,09	4,35
10	12	2,09	6,43
11	25	4,35	10,78
12	50	8,70	19,48
13	97	16,87	36,35
14	72	12,52	48,87
15	137	23,83	72,70
16	157	27,30	100,00
Total	575	100,00	

De igual modo que para el factor 2, la gran mayoría de mujeres puntúan alto en el deseo sexual. La distribución observada en la escala presentada en la tabla III.134. pone de manifiesto un valor ascendente en los niveles de deseo hasta llegar a la puntuación 10 a partir de la cual el nivel de deseo decrece hasta la 12, última puntuación de la escala.

Tabla III.134. *Distribución Muestral del Factor Deseo Sexual.*

Factor 3	n	%	% Acumulado
3	2	0,34	0,34
4	4	0,67	1,01
5	9	1,51	2,52
6	45	7,56	10,08
7	37	6,22	16,30
8	80	13,45	29,75
9	111	18,66	48,40
10	195	32,77	81,18
11	73	12,27	93,45
12	39	6,55	100,00
Total	595	100,00	

En el factor 4 explora el disconfort sexual y su distribución adopta un valor ascendente progresivo de más a menos disconfort incrementándose la puntuación nivel a nivel del factor en cuestión.

Tabla III.135. *Distribución Muestral del Factor Disconfort Sexual.*

Factor 4	n	%	% Acumulado
5	2	0,34	0,34
7	5	0,84	1,18
8	14	2,36	3,54
9	35	5,89	9,43
10	97	16,33	25,76
11	196	33,00	58,75
12	245	41,25	100,00
Total	595	100,00	

Atendiendo a la frecuencia en la actividad sexual, como era de esperar, la distribución muestral presenta variabilidad en sus niveles. Para aproximadamente el 50% de las mujeres de esta muestra, la frecuencia en la actividad sexual tiene un nivel mayor de 9 y en el 31,61% de los casos la frecuencia sexual adopta su nivel máximo. En la tabla III.136. se presentan los resultados del factor 5.

Tabla III.136. *Distribución Muestral del Factor Frecuencia de Actividad Sexual.*

Factor 5	n	%	% Acumulado
3	11	1,84	1,84
4	20	3,34	5,18
5	17	2,84	8,03
6	22	3,68	11,71
7	40	6,69	18,39
8	63	10,54	28,93
9	116	19,40	48,33
10	29	4,85	53,18
11	91	15,22	68,39
12	189	31,61	100,00
Total	598	100,00	

Tabla III.137. *Medidas de Resumen De Los 5 Factores de Sexualidad.*

Variable	Medidas resumen de los factores de sexualidad							
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Valor máximo
F1: Valoración de la conducta sexual	570	28,0	4,00	13	26	29	31	32
F2: Relación y comunicación con la pareja	575	14,0	2,00	5	13	15	16	16
F3: Deseo sexual	595	9,1	1,72	3	8	10	10	12
F4: Discomfort sexual	594	11,0	1,13	5	10	11	12	12
F5: Frecuencia en la actividad sexual	598	9,5	2,41	3	8	10	12	12

b.3. Asociación de los factores de sexualidad con pelvialgia y sus tipos.

En las páginas siguientes, se muestran las tablas de medias, resultado de enfrentar los distintos factores con el padecimiento de la pelvialgia y de sus dos tipos aguda y crónica. Así mismo se muestra la significación alcanzada para el valor p.

Existe asociación entre el factor 1, llamado valoración de la conducta sexual, y la presencia de pelvialgia, $p < 0,00001$. La media de la puntuación para este factor es significativamente superior en el grupo de mujeres sin pelvialgia que con pelvialgia.

Tabla III.138. *Relación del Factor 1 con Pelvialgia Si/No*

	Factor valoración de la conducta sexual					P
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	
Pelvialgia						0,00001
No	276	28,5	3,26	14,5	32	
Si	294	27,1	4,09	13	32	
Total	570	27,8	3,77	13	32	

Las medias de valoración de la conducta sexual no son iguales para los diferentes niveles de pelvialgia; hechas las comparaciones por parejas, las únicas diferencias significativas fueron las del grupo de ausencia de pelvialgia contra la pelvialgia crónica ($p < 0,0001$); en el caso de la aguda contra la ausencia de pelvialgia, los resultados encontrados se aproximan a la significación estadística ($p = 0,056$). Las comparaciones entre los dos tipos de pelvialgia, aguda y crónica, no dieron significación entre sí.

Tabla III.139. *Relación del Factor 1 de entre Padecer Pelvialgia de Tipo Agudo o Crónico.*

Factor valoración de la conducta sexual						
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	p
Pelvialgia						0,0001
No	276	28,5	3,26	14,5	32	
Aguda	80	27,4	3,80	16	32	
Crónica	214	27,0	4,20	13	32	
Total	570	27,8	3,77	13	32	

De igual modo que para el factor 1 construido, la relación de los valores medios del factor 2, llamado relación y comunicación con la pareja, y el padecimiento de la pelvialgia se mantienen unas diferencias significativas ($p < 0,001$). Concretamente, por término medio, la puntuación de la escala de relación y comunicación con la pareja es mayor en las mujeres que no sufren pelvialgia frente a las que la sufren.

Tabla III.140. *Relación del Factor 2 con Pelvialgia Si/No*

Factor relación y comunicación con la pareja						
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	p
Pelvialgia						0,001
No	282	14,3	1,78	7	16	
Si	293	13,7	2,16	5	16	
Total	575	14	2	5	16	

Por otra parte, aunque las diferencias de las medias del factor relación y comunicación obtenidas con los tres grupos de pelvialgia dan significación estadística, $p = 0,002$, es en el caso de comparar la no pelvialgia con pelvialgia crónica en el que estas diferencias mantienen dicha significación. A pesar de que el resto de las comparaciones de pelvialgia con el factor 2 no mostraron una asociación significativa, podemos afirmar que la puntuación de relación y comunicación con la pareja sería tanto menor conforme la mujer va avanzando en los grados de pelvialgia.

Tabla III.141. *Relación del Factor 2 entre Padecer Pelvialgia de Tipo Agudo o Crónico.*

Factor relación y comunicación con la pareja						
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	p
Pelvialgia						0,002
No	282	14,2	1,78	7	16	
Aguda	76	13,9	2,08	5	16	
Crónica	217	13,6	2,19	8	16	
Total	575	14	2	5	16	

Encontramos asociación significativa ($p < 0,0002$) entre deseo sexual y tener o no tener pelvialgia de manera que, la media de puntuación de deseo sexual es significativamente superior en el grupo de mujeres sin pelvialgia que entre las que padecen este malestar ginecológico.

Tabla III.142. *Relación del Factor 3 con Pelvialgia Si/No*

	Factor deseo sexual					p
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	
Pelvialgia						0,0002
No	289	9,4	1,62	3	12	
Si	306	8,9	1,78	3	12	
Total	595	9,1	1,72	3	12	

De igual modo, las medias de deseo sexual no son iguales para los diferentes tipos de pelvialgia; hechas las comparaciones por parejas, las diferencias significativas encontradas fueron las del grupo de no pelvialgia contra pelvialgia aguda ($p=0,007$) y pelvialgia crónica ($p=0,008$). La comparación entre los grupos de mujeres con pelvialgia aguda y crónica entre sí no dieron diferencias.

Tabla III.143. *Relación del Factor 3 entre Padecer Pelvialgia de tipo Agudo o Crónico.*

	Factor deseo sexual					p
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	
Pelvialgia						0,0009
No	289	9,4	1,62	3	12	
Aguda	80	8,7	1,74	4	12	
Crónica	226	8,9	1,80	3	12	
Total	595	9,1	1,72	3	12	

Las variables de culpa ante el deseo sexual, la comodidad en las relaciones íntimas y el dolor con la penetración vaginal que componen el factor de disconfor sexual, no son iguales ante el padecimiento de la pelvialgia, en el sentido de que las mujeres sin pelvialgia tienen un valor medio, en la escala de este factor, mayor que en el grupo de las que padecen pelvialgia, para un valor $p=0,00001$.

Tabla III.144. *Relación del Factor Disconfort Sexual con Pelvialgia Si/No*

Factor 4						
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	p
Pelvialgia						0,00001
No	288	11,3	0,90	8	12	
Si	306	10,8	1,24	5	12	
Total	594	11,0	1,13	5	12	

De igual modo que en el factor de deseo sexual, para el factor de disconfort sexual encontramos diferencias estadísticas en su comparación con los diferentes tipos de pelvialgia ($p < 0,00001$). Las medias del factor 4 no son iguales para los diferentes niveles de pelvialgia, hechas las comparaciones por parejas se encontraron diferencias entre el grupo de no pelvialgia contra el grupo de pelvialgia aguda ($p = 0,001$) y el de pelvialgia crónica ($p < 0,0001$). Los resultados de las comparaciones entre las mujeres con pelvialgia aguda y crónica no dieron significación.

Tabla III.145. *Relación del Factor 4 entre Padecer Pelvialgia de tipo Agudo o Crónico.*

Factor disconfort sexual						
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	p
Pelvialgia						0,00001
No	288	11,3	0,90	8	12	
Aguda	82	10,8	1,27	7	12	
Crónica	224	10,7	1,24	5	12	
Total	594	11,0	1,13	5	12	

No fueron significativas las diferencias obtenidas entre los valores medios de la variable construida frecuencia de actividad sexual y el padecimiento de la pelvialgia, tanto en el supuesto de pelvialgia si/no ($p = 0,831$) y en el de los diferentes niveles de pelvialgia (no pelvialgia, aguda y crónica) para un valor $p = 0,051$, valor que ha sido declarado no significativo pese a que está cerca de la significación estadística. Las tablas III. 146 y 147, muestran estos resultados.

Tabla III.146. *Relación del Factor 5 con Pelvialgia Si/No*

Factor frecuencia de actividad sexual						
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	p
Pelvialgia						0,831
No	294	9,6	2,29	3	12	
Si	304	9,5	2,53	3	12	
Total	598	9,6	2,41	3	12	

Tabla III.147. *Relación del Factor 5 entre Padecer Pelvialgia de Tipo Agudo o Crónico.*

	Factor frecuencia de actividad sexual					p
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	
Pelvialgia						0,051
No	294	9,5	2,29	3	12	
Aguda	77	10,1	2,33	3	12	
Crónica	227	9,3	2,57	3	12	
Total	598	9,6	2,41	3	12	

III.2.4.2. Rol de la mujer.

a) Descriptiva general de la variable rol de la mujer.

Recordemos de nuevo, antes de seguir adelante, que el número de mujeres en muestra es de 645, dato frente al que se hará el cómputo de valores faltantes. En primer lugar, y antes de llevar a cabo el análisis descriptivo de cada una de las variables incluidas en el epígrafe rol de la mujer, incorporamos una tabla en la que aparece el número y porcentaje de valores faltantes para cada una de ellas.

Tabla III.148. *Valores Faltantes en las Variables de Rol de la Mujer.*

Rol de la mujer	Valores faltantes	
	Nº	%
P48. ¿Cuántas personas conviven en su casa de modo habitual, incluyéndose usted?	33	5,12
P49. Hay alguna persona en la casa que requiera un cuidado especial por...	413	64,03
P50. Diga usted de 0 a 7 que nivel de sobrecarga percibe en su vida cotidiana.	38	5,89
P51. Valore de 0 a 7 si actualmente recibe el apoyo que necesita para...	41	6,36
P52. Diga usted, en un día normal, ¿cuántas horas dedica para sí misma?	76	11,78
P53. En el último año, diría usted que su estado de salud ha sido...	20	3,10
P54. ¿Cómo de satisfecha se siente con su vida?	24	3,72

El rol de la mujer que se explora en este cuestionario tiene que ver con los cuidados que realiza a las personas con las que convive, la sobrecarga percibida, también se hace valoración del apoyo recibido y una cuantificación de las horas que las mujeres de este estudio se dedican a sí mismas. Un total de 7 ítems dan respuesta a esta contextualización de rol, de los cuales 2 se centran en el estudio del estado de salud y la satisfacción con la vida.

En la tabla III.149. aparece la descripción del número de personas que viven en la casa de modo habitual. La distribución de la muestra de 612 casos se concentra en torno a las 2, 3 ó 4 personas convivientes.

Tabla III.149. *Distribución de las Personas Convivientes.*

P.48. ¿Cuántas personas conviven en su casa de modo habitual, incluyéndose usted?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
1	25	4,08
2	184	30,07
3	156	25,49
4	169	27,61
5	62	10,13
6	9	1,47
7	3	0,49
8	2	0,33
9	1	0,16
10	1	0,16
Total	612	100,00

Con la pregunta 49 se pretende reconocer la necesidad de cuidados especiales para algún o algunas de las personas convivientes. La pregunta tiene un diseño de respuestas múltiples para las categorías planteadas donde se recogen aquellos motivos que pueden generar mayor necesidad de cuidados. Aproximadamente las tres cuartas partes de las 232 mujeres que autocumplimentan esta pregunta, tienen hijos menores de 6 años a los que atender, seguido del 16,81% que cuida a personas mayores de 65 años. Tenemos que tener presente en el momento de valorar los resultados presentados en la tabla III.150. que a una mujer le puede corresponder una o más de las categorías recogidas y por el mismo motivo el valor total no es coincidente con el de la sumatoria de las frecuencias (237), lo cual indica que en algún caso coinciden más de una persona con necesidades de cuidados especiales.

Tabla III.150. *Distribución de la Pregunta 49 de Rol de la Mujer (n=232).*

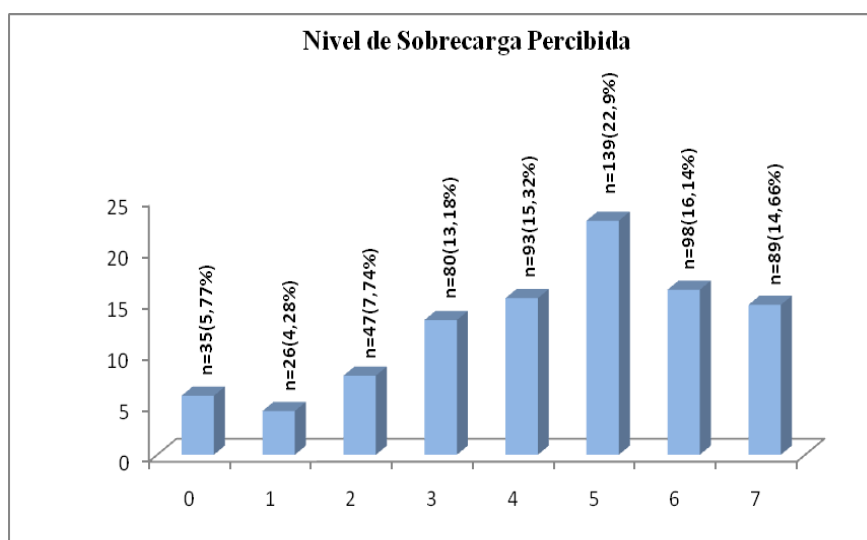
P.49. ¿Hay alguna persona en la casa que requiera un cuidado especial por algunos de los siguientes motivos?		
Respuestas	Frecuencias	% Casos
Menor de 6 años	161	69,40
Mayor de 65 años	39	16,81
Personas con enfermedad crónica	16	6,90
Personas con discapacidad física	14	6,03
Otras	7	3,02

Los valores porcentuales correspondientes a la pregunta número 50 del cuestionario, (diga usted de 0 a 7 qué nivel de sobrecarga percibe en su vida cotidiana), detallan una distribución ascendente de sobrecarga desde el nivel 0 al nivel 5 a partir del cual la proporción de sobrecarga percibida desciende. Esta distribución se puede observar en la tabla III.151.

Tabla III.151. *Distribución de la Sobrecarga Percibida.*

P.50. Diga usted de 0 a 7 qué nivel de sobrecarga percibe en su vida cotidiana.		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
0	35	5,77
1	26	4,28
2	47	7,74
3	80	13,18
4	93	15,32
5	139	22,90
6	98	16,14
7	89	14,66
Total	607	100,00

Gráfico III.6. *Distribución de la Sobrecarga Percibida.*



En el caso de valorar de 0 a 7 si la mujer recibe en la actualidad el apoyo que necesita para organizar su vida cotidiana, siendo 0 ningún apoyo y 7 todo el apoyo, observamos valores porcentuales crecientes desde el nivel 0 de apoyo al nivel 5 a partir del cual la probabilidad de recibir apoyo se mantiene.

Tabla III.152. *Distribución del Apoyo que Necesita.*

P.51. Valore de 0 a 7 si actualmente recibe el apoyo que necesita para organizar su vida cotidiana		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
0	34	5,63
1	16	2,65
2	43	7,12
3	58	9,60
4	89	14,74
5	123	20,36
6	120	19,87
7	121	20,03
Total	604	100,00

La pregunta 52, Diga usted un día normal, ¿cuántas horas dedica para sí misma?, pone de manifiesto que alrededor del 50% de las 569 mujeres que contestan esta pregunta, responden que 1 ó 2 horas dedican a sí mismas. En la tabla III.153. se presentan los resultados.

Tabla III.153. *Distribución de la Pregunta 52 del Cuestionario.*

P.52. Diga usted, un día normal, ¿cuántas horas dedica para sí misma?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
0	56	9,84
1	149	26,19
2	147	25,83
3	89	15,64
4	38	6,68
5	42	7,38
6	11	1,93
7	7	1,23
8	7	1,23
10	4	0,70
12	5	0,88
16	1	0,18
20	1	0,18
24	12	2,11
Total	569	100,00

Como podemos observar en los datos que se presentan en la tabla III.154. para el 81,92% de los casos que han respondido a la pregunta: en el último año, diría usted que su estado de salud ha sido...; valoran el estado de salud como muy bueno o bueno frente a un 18,08% que refieren un estado de salud en el último año, malo o muy malo.

Tabla III.154. *Distribución del Estado de Salud Percibido.*

P.53. En el último año, diría usted que su estado de salud ha sido...		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Muy bueno	130	20,80
Bueno	382	61,12
Malo	96	15,36
Muy malo	17	2,72
Total	625	100,00

Para la P.54. ¿Cómo de satisfecha se siente con su vida? tal y como recoge la tabla III.155. el 83,74% del total de mujeres que cumplimentan esta pregunta sienten mucha o bastante satisfacción con su vida frente al 16,27% que refieren poco o nada de satisfacción.

Tabla III.155. *Distribución de la Satisfacción con la Vida.*

P.54. ¿Cómo de satisfecha se siente con su vida?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Muy satisfecha	156	25,12
Bastante satisfecha	364	58,62
Poco satisfecha	94	15,14
Nada satisfecha	7	1,13
Total	621	100,00

b) Distribución de las preguntas que componen la dimensión rol de la mujer con pelvialgia y si esta es de tipo agudo o crónico.

Como consecuencia del análisis que se llevó a cabo entre cada una de las preguntas que conforman la dimensión Rol de la mujer y los tipos de pelvialgia, podemos decir:

Para la pregunta 48. ¿Cuántas personas conviven en su casa de modo habitual, incluyéndose usted? Al compararla con el grupo de mujeres que no tienen pelvialgia y las que sí padecen esta patología, las medias obtenidas no presentan diferencias significativas con un valor $p=0,081$. En el momento en que los casos de mujeres con pelvialgia los dividimos en dos subgrupos, por un lado las que por su sintomatología se encuentran en fase aguda y en el otro aquellas que pertenecen a las clasificadas como crónicas, los valores medios son diferentes y estas diferencias tienen significación estadística, $p<0,008$. Las diferencias significativas encontradas ponen de manifiesto que los valores medios de personas convivientes son mayores para el grupo de mujeres con pelvialgia crónica en relación con las que no padecen este malestar ($p=0,029$) y entre los dos subgrupos de pelvialgia para un valor $p=0,030$, siendo el número medio de personas convivientes menores en mujeres con pelvialgia aguda que con crónica. Las tablas III. 156 y 157, recogen los resultados de este análisis.

Tabla III.156. *Distribución de las Personas Convivientes y Pelvialgia Si/No.*

P.48. ¿Cuántas personas conviven en su casa de modo habitual, incluyéndose usted?						
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	p
Pelvialgia						0,081
No	302	3,10	1,24	1	10	
Si	310	3,28	1,23	1	8	
Total	612	3,19	1,24	1	10	

Tabla III.157. *Distribución de las Personas Convivientes entre No Pelvialgia, Pelvialgia Aguda o Pelvialgia Crónica.*

P.48. ¿Cuántas personas conviven en su casa de modo habitual, incluyéndose usted?						
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	p
Pelvialgia						0,008
No	302	3,10	1,24	1	10	
Aguda	79	2,97	1,15	1	7	
Crónica	231	3,38	1,24	1	8	
Total	612	3,19	1,24	1	10	

Para la pregunta 49. ¿Hay alguna persona en la casa que requiera un cuidado especial por algunos de los siguientes motivos?: menor de 6 años, mayor de 65 años, personas con enfermedad crónica, personas con discapacidad física, orgánica o sensorial. Se analizaron los diferentes motivos por los que se puede requerir una atención especial de cuidados y su incidencia en la pelvialgia, los resultados encontrados, en todos los casos, no presentaron significación estadística. Estos resultados fueron tanto para el grupo de mujeres que se distribuyen en pelvialgia si/no así como para los casos en los que se agrupan en sus dos modalidades, aguda y crónica.

Tabla III.158. *Distribución de los Motivos que Requieren Cuidados Especiales entre Pelvialgia Si/No (n=232).*

P.49. ¿Hay alguna persona en la casa que requiera un cuidado especial por algunos de los siguientes motivos:	Pelvialgia						Chi2	p
	No		Si		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Menor de 6 años	76	77,55	85	72,65	161	74,88	0.681	0.409
Mayor de 65 años	20	20,41	19	16,24	39	18,14	0.624	0.430
Personas con enfermedad crónica	6	6,12	10	8,55	16	7,44	0.455	0.500
Personas con discapacidad	6	6,12	8	6,84	14	6,51	0.045	0.832
Otros	3	3,06	4	3,42	7	3,26	0.022	0.883

Tabla III.159. *Distribución de los Motivos que Requieren Cuidados Especiales entre No Pelvialgia, Pelvialgia Aguda y Crónica (n=232).*

P.49. ¿Hay alguna persona en la casa que requiera un cuidado especial por algunos de los siguientes motivos:	Pelvialgia								Chi2	p
	No		Aguda		Crónica		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Menor de 6 años	76	77,55	24	77,42	61	70,93	161	74,88	1,191	0,551
Mayor de 65 años	20	20,41	5	16,13	14	16,28	39	18,14	0,625	0,732
Personas con enfermedad crónica	6	6,12	3	9,68	7	8,14	16	7,44	0,533	0,766
Personas con discapacidad	6	6,12	1	3,23	7	8,14	14	6,51	0,494	0,622
Otros	3	3,06	0	0,00	4	4,65	7	3,26	1,587	0,452

Para la pregunta 50. Diga usted de 0 a 7 que nivel de sobrecarga percibe en su vida cotidiana donde 0 sería nada de sobrecarga y 7 muy sobrecargada. Las puntuaciones medias de sobrecarga no son iguales para todos los niveles de malestar pélvico, en el sentido de que las mujeres con pelvialgia tienen un valor medio de sobrecarga superior a las mujeres que no la padecen ($p < 0,022$). Por otro lado, cuando desdoblamos la pelvialgia en aguda y crónica este último grupo de mujeres tiene un mayor valor medio de sobrecarga en relación a las que no padecen esta dolencia ($p < 0,030$), diferencia que no mantiene su significación cuando nos referimos al grupo de pelvialgia aguda. Sin embargo no hay diferencias para esta variable estudiada entre las mujeres con pelvialgia aguda y crónica (0,676). En las tablas III.160 y 161, se presentan los valores medios para cada grupo de mujeres y los valores p.

Tabla III.160. *Distribución del Nivel de Sobrecarga Percibido con Pelvialgia Si/No.*

	P.50. Diga usted de 0 a 7 que nivel de sobrecarga percibe en su vida cotidiana.					
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	p
Pelvialgia						0,022
No	301	4,16	2,02	0	7	
Si	306	4,52	1,86	0	7	
Total	607	4,34	1,95	0	7	

Tabla III.161. *Distribución del Nivel de Sobrecarga Percibido con No Pelvialgia y si esta es de Tipo Agudo o Crónico.*

P.50. Diga usted de 0 a 7 que nivel de sobrecarga percibe en su vida cotidiana.						
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	P
Pelvialgia						0,034
No	301	4,16	2,02	0	7	
Aguda	78	4,29	1,91	0	7	
Crónica	228	4,60	1,85	0	7	
Total	607	4,34	1,95	0	7	

Para la pregunta 51. Valore de 0 a 7 si actualmente recibe el apoyo que necesita para organizar su vida cotidiana. Las diferencias encontradas para todos los modelos de pelvialgia construidos en relación con recibir el apoyo necesario para llevar la vida en su cotidianidad, no reflejan significación estadística. En las tablas III.162 y 163, se observan estos resultados.

Tabla III. 162. *Distribución del Apoyo Recibido en la Vida Cotidiana y Pelvialgia Si/No.*

P.51. Valore de 0 a 7 si actualmente recibe el apoyo que necesita para organizar su vida cotidiana						
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	P
Pelvialgia						0,278
No	297	4,74	1,93	0	7	
Si	307	4,57	2,00	0	7	
Total	604	4,65	1,97	0	7	

Tabla III.163. *Distribución del Apoyo Recibido en la Vida Cotidiana y No Pelvialgia y si esta es de Tipo Agudo o Crónico.*

P.51. Valore de 0 a 7 si actualmente recibe el apoyo que necesita para organizar su vida cotidiana						
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	P
Pelvialgia						0,374
No	297	4,74	1,93	0	7	
Aguda	81	4,74	1,90	0	7	
Crónica	226	4,51	2,04	0	7	
Total	604	4,65	1,97	0	7	

Para la pregunta 52. Diga usted en un día normal, ¿cuántas horas dedica para sí misma? De igual modo que en la pregunta 51, los valores medios de horas que la mujer se dedica a ella no tienen una relación estadísticamente significativa sobre la patología pélvica, en ninguno de sus posibles tipos de padecimiento (no pelvialgia, pelvialgia aguda y pelvialgia crónica). Las tablas III.164 y 165, recogen estos resultados.

Tabla III.164. *Distribución de la Pregunta 52 del Cuestionario y su Relación con Pelvialgia Si/No.*

P.52. Diga usted, un día normal, ¿cuántas horas dedica para sí misma?						
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	p
Pelvialgia						0,192
No	285	3,13	3,89	0	24	
Si	284	2,72	3,68	0	24	
Total	569	2,92	3,79	0	24	

Tabla III.165. *Distribución de la Pregunta 52 del Cuestionario y su Relación con No Pelvialgia, Pelvialgia Aguda o Crónica.*

P.52. Diga usted, un día normal, ¿cuántas horas dedica para sí misma?						
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	p
Pelvialgia						0,095
No	285	3,13	3,89	0	24	
Aguda	73	3,38	5,26	0	24	
Crónica	211	2,49	2,94	0	24	
Total	569	2,92	3,79	0	24	

Para la pregunta 53. En el último año diría usted que su estado de salud ha sido... Como era de esperar la salud autopercebida muestra una asociación fuerte con la presencia de la pelvialgia ($p < 0,0001$); prácticamente el doble de las usuarias sin pelvialgia tienen un estado de salud muy bueno en relación con las que sí tienen (26,97% y 14,95% respectivamente), mientras que cuando nos referimos a una salud percibida mala o muy mala, los valores porcentuales se elevan para las mujeres con pelvialgia, casi al doble en el caso de la categoría mala y alrededor de tres veces más cuando nos referimos a una percepción muy mala de la salud. La siguiente tabla presenta la distribución porcentual de esta pregunta en relación con padecer o no padecer pelvialgia y para cada una de las categorías de análisis.

Tabla III.166. *Distribución de la Salud Percibida en Relación con Pelvialgia Si/No.*

P.53. ¿En el último año, diría usted que su estado de salud ha sido...	Pelvialgia						p
	No		Si		Total		
	n	%	n	%	n	%	
							0,0001
Muy bueno	82	26,97	48	14,95	130	20,80	
Bueno	186	61,18	196	61,06	382	61,12	
Malo	32	10,53	64	19,94	96	15,36	
Muy malo	4	1,32	13	4,05	17	2,72	
Total	304	100,00	321	100,00	625	100,00	

La salud autopercebida como mala o muy mala mantiene asociación clara y significativa, cuando distribuimos los casos de pelvialgia en su dos formas de presentación, aguda y crónica, de manera que las mujeres con pelvialgia crónica tienen mayor probabilidad de tener un estado de salud malo y muy malo que los casos de aguda para un valor $p < 0,001$. Estas diferencias significativas, para ambas categorías, se invierten cuando hablamos de un estado de salud muy bueno, de tal modo que las mujeres con pelvialgia aguda gozan de un mejor estado de salud en el 21,95% de los casos frente al 12,55% en las que la pelvialgia se ha cronificado. Distribución recogida en la tabla III.167.

Tabla III.167. *Distribución de la Salud Percibida en Relación con No Pelvialgia, Pelvialgia Aguda o Crónica.*

P.53. ¿En el último año, diría usted que su estado de salud ha sido...	Pelvialgia								p
	No		Aguda		Crónica		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
									0,001
Muy bueno	82	26,97	18	21,95	30	12,55	130	20,80	
Bueno	186	61,18	49	59,76	147	61,51	382	61,12	
Malo	32	10,53	13	15,85	51	21,34	96	15,36	
Muy malo	4	1,32	2	2,44	11	4,60	17	2,72	
Total	304	100,00	82	100,00	239	100,00	625	100,00	

Para la pregunta 54. ¿Cómo de satisfecha se siente con su vida? La satisfacción con la vida es una pregunta que también se encuentra asociada al padecimiento de esta patología álgica, $p < 0,020$, en el sentido de que las mujeres con pelvialgia, tienen menos probabilidades de estar muy o bastante satisfechas con su vida que las que no tienen este malestar y a su vez mayor probabilidad de estar poco o nada satisfechas. La tabla III.168. presenta esta distribución porcentual.

Tabla III.168. *Distribución de la Satisfacción con la Vida en Relación con el Padecimiento o No de Pelvialgia.*

P.54. ¿Cómo de satisfecha se siente con su vida?	Pelvialgia						p
	No		Si		Total		
	n	%	n	%	n	%	
							0,020
Muy satisfecha	84	27,81	72	22,57	156	25,12	
Bastante satisfecha	182	60,26	182	57,05	364	58,62	
Poco satisfecha	33	10,93	61	19,12	94	15,14	
Nada satisfecha	3	0,99	4	1,25	7	1,13	
Total	302	100,00	319	100,00	621	100,00	

Las diferencias encontradas se mantienen con significación estadística cuando disociamos los casos algicos en agudos y crónicos, para un valor $p < 0,014$. Podemos decir que la pelvialgia crónica condiciona la satisfacción con la vida de la mujer en relación a la pelvialgia aguda, siendo para esta última muy satisfecha o bastante satisfecha en el 26,25% y 62,50% y en la crónica el 21,23% y 55,23% respectivamente. Esta distribución porcentual se invierte para los niveles bajos de satisfacción, teniendo mayor probabilidad de padecerlos las mujeres con cronificación de esta patología en relación con aquellas que están en fase aguda. La siguiente tabla pone de manifiesto estos resultados.

Tabla III.169. *Distribución de la Satisfacción con la Vida en Relación con la Pelvialgia y sus Tipos.*

P.54. ¿Cómo de satisfecha se siente con su vida?	Pelvialgia								p
	No		Aguda		Crónica		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
									0,014
Muy satisfecha	84	27,81	21	26,25	51	21,34	156	25,12	
Bastante satisfecha	182	60,26	50	62,50	132	55,23	364	58,62	
Poco satisfecha	33	10,93	8	10,00	53	22,18	94	15,14	
Nada satisfecha	3	0,99	1	1,25	3	1,26	7	1,13	
Total	302	100,00	80	100,00	239	100,00	621	100,00	

III.2.4.3. Malestar emocional.

a) Descriptiva general de la variable malestar emocional.

Recordemos, que el número de mujeres en muestra es de 645, dato frente al que se hará el cómputo de valores faltantes. En primer lugar, y antes de llevar a cabo el análisis descriptivo de cada una de las variables incluidas en el epígrafe de malestar emocional, incorporamos una tabla en la que aparece el número y porcentaje de valores faltantes para cada una de ellas.

Tabla III.170. *Valores Faltantes en las Variables de Malestar Emocional.*

Malestar emocional	Valores faltantes	
	Nº	%
P55. Díganos sobre su sueño si...	42	6,51
P56. Díganos sobre su alimentación si...	19	3,26
P57. Díganos sobre su vida social si...	42	6,51
P58. Le asaltan a diario ideas de que le va a suceder algo malo?	23	3,57
P59. ¿Se figura un futuro muy negro o muy malo?	26	4,03
P60. ¿Le desaniman las pequeñas preocupaciones?	23	3,57
P61. ¿Tiene temporadas en que se siente muy cansada sin fuerzas para nada?	26	4,03
P62. ¿Tiene opresión en la cabeza?	32	4,96
P63. ¿Tiene dificultad para pensar?	32	4,96
P64. ¿Se siente la mayor parte del tiempo triste?	28	4,34
P65. ¿Nota palpitaciones?	32	4,96
P66. ¿Nota como si le faltara el aire?	32	4,65
P67. ¿Nota como si le costara trabajo respirar con normalidad?	34	5,27
P68. ¿Está usted recibiendo en la actualidad apoyo psicológico o tratamiento psiquiátrico?	28	4,34
P69. Diga usted si ha tomado en el último año medicamentos para...	49	7,60
P70. ¿Cómo se siente con su cuerpo?	34	5,27
P71. ¿Le aterroriza subir de peso?	30	4,65
P72. ¿Cómo de satisfecha se siente con su imagen corporal?	28	4,34
P73. ¿Cómo de satisfecha se siente con su peso corporal?	31	4,81

El análisis descriptivo de las 19 preguntas que construyen esta dimensión está orientado a reconocer problemas de sueño, alimentación y síntomas asociados a cuadros de ansiedad o depresión. También explora la percepción sobre la imagen corporal que tiene la mujer.

El total de mujeres que contestan a la pregunta 55 Díganos sobre su sueño si... , es de 603, cifra menor a la resultante de la sumatoria de los valores en las frecuencias para cada opción de respuesta, ya que la persona que la contesta puede marcar todas las que procedan. El porcentaje encontrado sobre las diferentes categorías de análisis que se muestran en la tabla III.171. revela que el 44,11% se despierta varias veces en la noche, el 39,97% el problema encontrado es el cansancio al levantarse, al 24,88% le cuesta dormirse y un 10,61% tiene pesadillas cuando duerme. Podemos decir según los datos encontrados que en el 31,01% de los casos el sueño es reparador.

Tabla III.171. *Distribución del Sueño (n=603).*

P.55. Díganos sobre su sueño si:		
Respuestas	Frecuencias	% Casos
Le cuesta dormirse	150	24,88
Se despierta varias veces durante la noche	266	44,11
Tiene pesadillas mientras duerme	64	10,61
Se levanta frecuentemente cansada por la mañana	241	39,97
Tiene un sueño reparador	187	31,01

Con el fin de profundizar en aspectos relacionados con los hábitos alimenticios, la pregunta 56 del cuestionario, Díganos sobre su alimentación si..., con respuestas múltiples, indaga sobre el apetito siendo este bueno para un 57,19% de mujeres, la alimentación la realizan de forma reglada el 44,89% y la fatiga condiciona las ganas de comer en un 7,99% de casos. La descripción de los resultados de esta pregunta se presentan en la tabla III.172.

Tabla III.172. *Distribución de la Alimentación (n=624).*

P.56. Díganos sobre su alimentación si:		
Respuestas	Frecuencias	% Casos
Se encuentra siempre tan fatigada que no tiene fuerzas ni para comer	50	7,99
Tiene apetito	358	57,19
Considera que realiza su alimentación de forma reglada	281	44,89

Los resultados obtenidos en la pregunta que explora la vida social de la mujer (p57), nos muestran porcentajes superiores al 50% para las respuestas, le apetece salir con sus amistades igual que antes (61,86%), se relaciona con gente fuera de su familia (69,32%), se relaciona con gente fuera del trabajo (50,75%) y las amistades que tiene las ha elegido usted (66,83%). Cuando la categoría de respuesta estudia si las amistades han sido elegidas por la pareja, el porcentaje desciende al 24,05%. En esta pregunta se pueden marcar todas las opciones que procedan, por ello no coinciden el número total de casos (603) con el resultado de la sumatoria de las frecuencias.

Tabla III.173. *Distribución de la Vida Social (n=603).*

P.57. Díganos sobre su vida social si:		
Respuestas	Frecuencias	% Casos
Le apetece salir con sus amistades igual que antes	373	61,86
Se relaciona con gente fuera de su familia	418	69,32
Se relaciona con gente fuera de su trabajo	306	50,75
Las amistades que tiene las ha elegido usted	403	66,83
Las amistades que tiene las ha elegido su pareja	145	24,05

En la tabla III.174. aparece la descripción de las respuestas de 622 mujeres con arreglo a la pregunta 58 ¿Le asaltan a diario ideas de que le va a suceder algo malo? En mayor proporción casi nunca tienen esta sensación (54,50%), seguido de nunca para un 26,69%, casi siempre para el 16,56% y siempre en un 2,25% de este grupo de mujeres.

Tabla III.174. *Distribución de la Pregunta 58.*

P.58. ¿Le asaltan a diario ideas de que le va a suceder algo malo?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	14	2,25
Casi siempre	103	16,56
Casi nunca	339	54,50
Nunca	166	26,69
Total	622	100,00

Para la P.59. ¿Se figura un futuro muy negro o muy malo? y agrupando a las mujeres que contestan que casi nunca o nunca se figuran un futuro muy negro o muy malo, obtenemos un 89.01% de casos que han manifestado esta opinión.

Tabla III.175. *Distribución de la Pregunta 59.*

P.59. ¿Se figura un futuro muy negro o muy malo?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	7	1,13
Casi siempre	61	9,85
Casi nunca	291	47,01
Nunca	260	42,00
Total	619	100,00

En el análisis de la pregunta 60 ¿Le desaniman las pequeñas preocupaciones?, observamos dos opciones de respuesta con mayor concentración de casos y valor porcentual, tal que casi siempre le desaniman las pequeñas preocupaciones al 28,14% de las mujeres y casi nunca al 49,84%. El resto de los valores están representados en menor proporción (9,32% para la categoría siempre y un 12,7% para la respuesta nunca). La tabla III.176. recoge estos datos.

Tabla III.176. *Distribución de la Pregunta 60 de Malestar Emocional.*

P.60. ¿Le desaniman las pequeñas preocupaciones?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	58	9,32
Casi siempre	175	28,14
Casi nunca	310	49,84
Nunca	79	12,70
Total	622	100,00

Igual agrupación porcentual obtenemos en la pregunta 61 ¿Tiene temporadas en que se siente muy cansada sin fuerzas para nada?, para las categorías casi siempre y casi nunca. En el primer caso podemos decir que casi siempre el 28,92% de las mujeres se siente muy cansadas sin fuerzas para nada y el 59,77% casi nunca.

Tabla III.177. *Distribución de la Pregunta 61 del Cuestionario.*

P.61. ¿Tiene temporadas en que se siente muy cansada sin fuerzas para nada?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	36	5,82
Casi siempre	179	28,92
Casi nunca	370	59,77
Nunca	34	5,49
Total	619	100,00

La pregunta 62 del cuestionario ¿Tiene opresión en la cabeza? pone de manifiesto que siempre aparece este síntoma para un 2,94% de las mujeres que contestan a esta pregunta, 18,43% casi siempre, casi nunca tienen opresión en la cabeza el 43,88% y nunca un 34,75%. La distribución de estos valores porcentuales se presentan en la tabla III.178.

Tabla III.178. *Distribución de la Opresión en la Cabeza.*

P.62. ¿Tiene opresión en la cabeza?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	18	2,94
Casi siempre	113	18,43
Casi nunca	269	43,88
Nunca	213	34,75
Total	613	100,00

La pregunta 36 indaga sobre la dificultad para pensar que puede experimentar la mujer de este estudio. Podemos decir que esta circunstancia se presenta casi nunca o nunca en el 88,58% de los casos frente al 11,41% que dice tener siempre o casi siempre dificultad para pensar.

Tabla III.179. *Distribución de la Dificultad para Pensar.*

P.63. ¿Tiene dificultad para pensar?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	11	1,79
Casi siempre	59	9,62
Casi nunca	288	46,98
Nunca	255	41,60
Total	613	100,00

En cuanto al sentimiento de tristeza explorado por la pregunta 64, algo más de la mitad de las mujeres (54,13%) casi nunca se siente tristes, el resto de la muestra se distribuye en las categorías siempre para un 2,11%, casi siempre (16,05%) y nunca con un 27,71%. La tabla III.180. recoge esta distribución porcentual.

Tabla III.180. *Distribución de la Pregunta 64 de Malestar Emocional.*

P.64. ¿Se siente la mayor parte del tiempo triste?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	13	2,11
Casi siempre	99	16,05
Casi nunca	334	54,13
Nunca	171	27,71
Total	617	100,00

Agrupando a las mujeres que casi nunca o nunca notan palpitations obtenemos un 80,43% frente al 19,57% correspondiente a la sumatoria de los porcentajes de las categorías de respuesta siempre y casi siempre. Estos resultados explorados con la P. 65 ¿Nota palpitations?, se pueden observar en la tabla III.181.

Tabla III.181. *Distribución de las Palpitations.*

P.65. ¿Nota palpitations?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	20	3,26
Casi siempre	100	16,31
Casi nunca	273	44,54
Nunca	220	35,89
Total	613	100,00

Otro síntoma que acompaña a esta dimensión del cuestionario tiene que ver con notar la falta de aire, sensación que se estudia con la P. 66 y que pone de manifiesto que para el 15,45%, siempre o casi siempre está presente este síntoma frente al 84,55% que casi nunca o nunca sienten este malestar.

Tabla III.182. *Distribución de la Pregunta 66.*

P.66. ¿Nota como si le faltara el aire?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	13	2,11
Casi siempre	82	13,33
Casi nunca	288	46,83
Nunca	232	37,72
Total	613	100,00

De igual manera podemos decir a partir de los resultados encontrados con la P.67. ¿Nota como si le costara trabajo respirar con normalidad? que para un 11,29% de los casos representados en la tabla III.183. notan siempre o casi siempre este síntoma frente al 87,07% que casi nunca o nunca les cuesta trabajo respirar con normalidad.

Tabla III.183. *Distribución de la Pregunta 67 del Cuestionario.*

P.67. ¿Nota como si le costara trabajo respirar con normalidad?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Siempre	10	1,64
Casi siempre	69	11,29
Casi nunca	270	44,19
Nunca	262	42,88
Total	611	100,00

La pregunta 68 ¿Está usted recibiendo en la actualidad apoyo psicológico o tratamiento psiquiátrico? pone de manifiesto que en un 8,10% de los 617 casos que autocumplimentan esta pregunta, sí están recibiendo este tratamiento o apoyo frente al 91,90% que no. La tabla III.184. recoge esta distribución porcentual.

Tabla III.184. *Distribución del Apoyo Psicológico y el Tratamiento Psiquiátrico.*

P.68. ¿Está usted recibiendo en la actualidad apoyo psicológico o tratamiento psiquiátrico?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Si	50	8,10
No	567	91,90
Total	617	100,00

Sobre la ingesta de medicamentos para dormir o tranquilizarse, podemos decir según los porcentajes que se presentan en la tabla III.185. que el 73,49% no ha tomado medicamentos en el último año, el 10,91% ha ingerido medicamentos para tranquilizarse, el 5,87% para dormir y en un 9,73% de los casos la toma de medicamentos ha sido para causas diferentes a las contempladas como categorías de respuesta.

Tabla III.185. *Distribución de la Pregunta 69 de Malestar Emocional.*

P.69. Diga usted si ha tomado en el último año medicamentos para...		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Dormir	35	5,87
Tranquilizarse	65	10,91
Otros	58	9,73
No	438	73,49
Total	596	100,00

Los resultados obtenidos en la pregunta 70 pretende examinar cómo se siente la mujer con su cuerpo y pone de manifiesto que se sienten a gusto con él un 71,03% de las mujeres, en segundo lugar porcentual se sienten intranquilas (23,08%), seguido de un sentimiento de vergüenza para el 5,07% de las mujeres y en un 0,82% su sentimiento tiene que ver con el asco o el miedo. Esta descripción está recogida en la tabla III.186.

Tabla III.186. *Distribución de la Pregunta 70 (n=611).*

P.70. ¿Cómo se siente con su cuerpo?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
A gusto	434	71,03
Intranquila	141	23,08
Asco	5	0,82
Vergüenza	31	5,07
Miedo	5	0,82

La pregunta 71 ¿Le aterroriza subir de peso? divide al grupo de mujeres que la contestan en dos mitades muy próximas, las que contestan que sí y haciendo un 46,97% y las que dan un no por respuesta correspondiendo al 53,01% de los casos totales. Resultados presentados en la tabla III.187.

Tabla III.187. *Distribución de la Pregunta 71.*

P.71. ¿Le aterroriza subir de peso?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Si	289	46,99
No	326	53,01
Total	615	100,00

La satisfacción con la imagen corporal es alta para las tres cuartas partes de las mujeres, como se observa de los resultados de la P.72. ¿Cómo de satisfecha se siente con su imagen corporal? Con poca o nada satisfacción con la imagen corporal se encuentran el 23,18% de los 617 casos que autocumplimentan esta pregunta.

Tabla III.188. *Distribución de la Satisfacción con la Imagen Corporal.*

P.72. ¿Cómo de satisfecha se siente con su imagen corporal?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Muy satisfecha	105	17,02
Bastante satisfecha	369	59,81
Poco satisfecha	130	21,07
Nada satisfecha	13	2,11
Total	617	100,00

La relación porcentual encontrada al explorar la satisfacción de la mujer con su peso corporal, es tal que el 64,65% refiere una satisfacción alta con su peso corporal frente al 35,44% en que están poco o nada satisfechas con su peso. La tabla III.189. describe los resultados encontrados para el análisis.

Tabla III.189. *Distribución de la Satisfacción con el Peso Corporal.*

P.73. ¿Cómo de satisfecha se siente con peso corporal?		
Respuestas	Frecuencias	Porcentajes
Muy satisfecha	99	16,12
Bastante satisfecha	298	48,53
Poco satisfecha	172	28,01
Nada satisfecha	45	7,33
Total	614	100,00

b) Análisis factorial de la dimensión malestar emocional.

b.1. Análisis factorial con las preguntas del cuestionario de malestar emocional.

Para llevar a cabo el análisis de la validez de constructo de las preguntas del cuestionario de malestar emocional se llevó a cabo un análisis de componentes principales de las preguntas p58 a p67 del cuestionario, que eran las 10 preguntas que atendían al malestar emocional.

El primer resultado obtenido fue que, tras la extracción por componentes principales se obtuvieron sólo dos factores con autovalor mayor que 1, resumiendo entre ambos un 61,43% de la varianza del conjunto de las variables en nuestra muestra. Todas las comunalidades fueron superiores a 0,30 por lo que no se eliminó ninguna de las variables del cuestionario por lo que se llevó a cabo la rotación de los factores con objeto de conseguir una mejor identificación de los dos factores encontrados.

Llevada a cabo la rotación el primer factor fue capaz de explicar 32,34% de la varianza de todos los datos y el segundo fue capaz de explicar el 29,09% de la misma acumulando entre los dos, como es lógico, el porcentaje antes citado. Las saturaciones de cada una de las variables en cada uno de los factores, es decir los coeficientes de correlación de cada una de esas variables con cada uno de los dos factores, aparecen en la tabla siguiente, habiéndose eliminado de la misma aquellas saturaciones que se consideraron bajas, es decir aquellas que eran inferiores a 0,30. Marcados los distintos factores con tonos de blanco y diferentes grises, se observa que el factor 1 está formado por las variables p67, p66, p65 y p62, que son aquellas que tienen mayores saturaciones en ese factor si bien las tres primeras variables citadas son las que más saturan en este factor y siendo la cuarta la variable p62, que teniendo una saturación mayor en él, ésta no es

tan grande como la de las otras variables. Atendiendo a las variables que lo componen queda bastante claro que este factor podría denominarse Ansiedad.

Tabla III.190. Saturaciones de cada una de las Variables del Malestar Emocional en los dos Factores.

Variable	Saturaciones en los factores de malestar emocional	
	Factor 1	Factor 2
p58		0,7462
p59		0,7529
p60		0,7285
p61	0,3908	0,5074
p62	0,5229	0,4014
p63	0,4697	0,5132
p64	0,4205	0,6660
p65	0,7966	
p66	0,9169	
p67	0,9089	

El segundo factor está formado por las variables (ordenadas de mayor a menor saturación en él): p58, p59, p60, p64, p63 y p61. En este caso las variables que más saturan en él son la p58, p59 y p60, siendo también grande la saturación de la p64, sin embargo las saturaciones de la p63 y la p61 son ya menores; atendiendo a las variables que pertenecen al factor, éste podría denominarse Depresión.

Por tanto estas diez preguntas del cuestionario de malestar emocional pueden agruparse en los dos factores citados que, puntuando a las preguntas en el sentido inverso a su presentación en el cuestionario, nos dan dos factores que presentan una mayor gravedad del problema conforme presentan un valor mayor.

Hecho el análisis factorial para las diferentes preguntas del malestar emocional y obteniendo dos factores, el factor 1 para la ansiedad y el factor 2 para la depresión, en las dos tablas siguientes se presentan las propiedades psicométricas para cada uno de los factores.

En la tabla III.191. se observa un alfa de Cronbach global de 0,8510 que puede calificarse de alto hablando de una fuerte consistencia entre los cuatro *ítems* que forman el factor ansiedad. Esa consistencia se ve reforzada observando que todos los *ítems* guardan una correlación alta con la puntuación global y todas las alfa de Cronbach, eliminado los *ítems*, son muy parecidas a la global.

Tabla III.191. *Correlación de las Preguntas que Componen el Factor 1 de Malestar Emocional.*

Valores de correlación factor 1: ansiedad				
Ítems malestar emocional	Observaciones	Signo	Correlación ítem-test	Alfa Cronbach
p62	613	+	0,7046	0,8985
p65	613	+	0,8507	0,8001
p66	615	+	0,9025	0,7572
p67	611	+	0,8830	0,7727
Alfa de Cronbach global				0,8510

De igual modo, al estudiar las preguntas que componen el factor 2 denominado depresión, el alfa de Cronbach global obtenida (0,8204) pone de manifiesto una fuerte consistencia interna entre las preguntas que forman este factor, consistencia que se ve reforzada observando la tabla ¿?, en la que todos los *ítems* guardan una correlación alta con la puntuación global y todas las alfa de Cronbach, eliminado los *ítems*, son muy parecidas a la global. También podemos decir que los *ítems* p58, p59, p60 y p64 presentan un elevado peso en las medidas *ítems-test*, siendo para los p61 y p63 algo menores.

Tabla III.192. *Correlación de las Preguntas que Componen el Factor 2 de Malestar Emocional.*

Valores de correlación factor 2: depresión				
Ítems malestar emocional	Observaciones	Signo	Correlación ítem-test	Alfa Cronbach
p58	622	+	0,7287	0,7917
p59	619	+	0,7486	0,7833
p60	621	+	0,7507	0,7923
p61	619	+	0,6557	0,8087
p63	613	+	0,6899	0,8030
p64	617	+	0,7953	0,7704
Alfa de Cronbach global				0,8204

b.2. Descriptiva del análisis factorial de malestar emocional.

A continuación se pueden observar dos tablas en las que aparecen las distribuciones muestrales de los dos factores, Ansiedad y Depresión y una tercera tabla adicional de estadísticos de resumen de ambas variables.

De la distribución de ambos factores se puede decir que está desplazada hacia puntuaciones bajas de ellos, como se puede reconocer en las tablas III.193 y 194, y como era de esperar, si bien los resultados quedan más claros observando la tabla III.195. correspondiente a las medidas de resumen de ambos factores, en las que se puede ver como valor medio de ansiedad, 7,3 y desviación estándar de 2,55; así como para la depresión de 11,9 y 3,13 respectivamente.

Tabla III.193. *Distribución Muestral Del Factor1: Ansiedad.*

Ansiedad	n	%	% Acumulado
4	92	15,21	15,21
5	86	14,21	29,42
6	80	13,22	42,64
7	74	12,23	54,88
8	122	20,17	75,04
9	50	8,26	83,31
10	28	4,63	87,93
11	28	4,63	92,56
12	27	4,46	97,02
13	6	0,99	98,02
14	2	0,33	98,35
15	6	0,99	99,34
16	4	0,66	100,00
Total	605	100,00	

Tabla III.194. *Distribución Muestral Del Factor2: Depresión.*

Depresión	n	%	% Acumulado
6	15	2,48	2,48
7	29	4,80	7,28
8	33	5,46	12,75
9	58	9,60	22,35
10	61	10,10	32,45
11	85	14,07	46,52
12	92	15,23	61,75
13	70	11,59	73,34
14	44	7,28	80,63
15	40	6,62	87,25
16	29	4,80	92,05
17	12	1,99	94,04
18	20	3,31	97,35
19	6	0,99	98,34
20	1	0,17	98,51
21	5	0,83	99,34
22	3	0,50	99,83
23	1	0,17	100,00
Total	604	100,00	

Tabla III.195. *Medidas de Resumen de los Factores (1) Ansiedad, (2) Depresión.*

Medidas resumen de los factores ansiedad y depresión								
Variable	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Valor máximo
Ansiedad	605	7,3	2,55	4	5	7	8	16
Depresión	604	11,9	3,13	6	10	12	14	23

b.3. Asociación de los factores de malestar emocional con pelvialgia y sus tipos.

De modo general, cuando se analizaron los factores ansiedad y depresión contra el padecimiento de la pelvialgia, los valores medios obtenidos para las dos variables y en todos los casos de pelvialgia, no son iguales con niveles altos de significación estadística.

Se puede observar en la siguiente tabla, que las medias de ansiedad no son iguales para los grupos de ausencia y presencia de pelvialgia, $p < 0,0001$. La media de la puntuación de ansiedad es significativamente superior en el grupo de mujeres con pelvialgia que en el grupo de mujeres sin pelvialgia.

Tabla III.196. *Relación del Factor Ansiedad con Pelvialgia Si/No*

	Factor1: ansiedad					P
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	
Pelvialgia						0,0001
No	300	6,4	2,25	4	16	
Si	305	8,0	2,58	4	16	
Total	605	7,2	2,55	4	16	

Las medias de ansiedad no son iguales para los diferentes niveles de pelvialgia; hechas las comparaciones por parejas, las únicas diferencias significativas fueron las del grupo de ausencia de pelvialgia contra los dos tipos de pelvialgia ($p < 0,0001$), grupos estos que no dieron diferencias entre sí.

Tabla III.197. *Relación de Ansiedad entre Padecer Pelvialgia de Tipo Agudo o Crónico.*

	Factor ansiedad					P
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	
Pelvialgia						0,0001
No	300	6,4	2,25	4	16	
Aguda	78	7,9	2,59	4	15	
Crónica	227	8,1	2,57	4	16	
Total	605	7,2	2,55	4	16	

El factor depresión se comporta de manera similar al de ansiedad en el sentido de que por término medio, la puntuación de la escala de depresión es mayor en las mujeres que sufren pelvialgia que en las mujeres que no la sufren. Los resultados de este análisis se pueden observar en la tabla III.198.

Tabla III.198. *Relación del Factor Depresión con Pelvialgia Si/No*

Factor2: depresión						
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	P
Pelvialgia						0,0001
No	301	11,2	2,84	6	21	
Si	303	12,7	3,23	6	23	
Total	604	12,0	3,13	6	23	

Por otra parte, aunque las diferencias de las medias de depresión obtenidas en relación con los tres niveles de pelvialgia dan significación estadística, $p < 0,0001$, tras el análisis entre parejas encontramos que, la probabilidad media de tener depresión en el grupo de mujeres con ausencia de pelvialgia está por debajo de las de pelvialgia aguda, aunque no se alcance la significación ($p=0,112$), y significativamente por debajo de la pelvialgia crónica ($p=0,0001$). En el caso de comparar los grupos de pelvialgia aguda con el de crónica, las diferencias encontradas no acaban de alcanzar la significación estadística, $p=0,069$.

Tabla III.199. *Relación del Factor Depresión entre Padecer Pelvialgia de tipo Agudo o Crónico.*

Factor2: depresión						
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	P
Pelvialgia						0,0001
No	301	11,1	2,84	6	21	
Aguda	79	12,0	2,91	6	21	
Crónica	224	12,9	3,31	6	23	
Total	604	11,9	3,13	6	23	

c) Otras preguntas de malestar emocional.

Siguiendo la idea de factorización que acabamos de desarrollar, pero en términos mucho más simples, se crearon unas variables para caracterizar otras preguntas de malestar emocional.

c.1. Descriptiva de otras preguntas de malestar emocional.

A continuación aparecen tres variables creadas a partir de las preguntas p55 (sueno), p56(alimentación) y p57(vidasoc) sumando cada una de las respuestas; en el caso del sueño, cuanto mayor es la puntuación mayor es el número de “problemas” reportados; en el caso de alimentación ocurre lo mismo, salvo que se ha eliminado la pregunta p56_1 (Se encuentra siempre tan fatigada que no tiene fuerzas ni para comer) porque no se asocia con ninguna variable de interés, seguramente por la forma en que está enunciada; por último la variable vidasoc tendrá una puntuación mayor conforme haya más “problemas” en las contestaciones. En todos los casos,

los *ítems* enunciados en el sentido inverso del que se le dio a la escala final, fueron invertidos antes de calcularla.

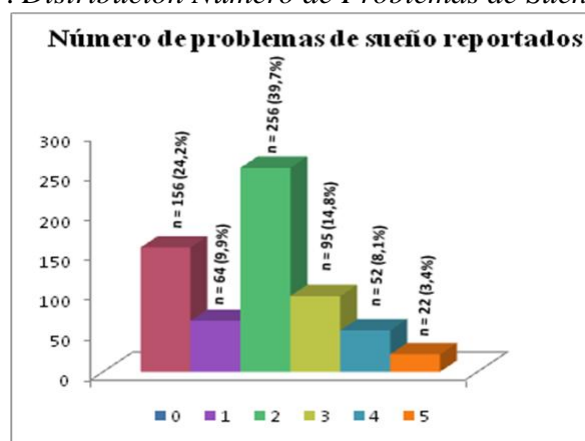
Para estas tres variables creadas aparecen las distribuciones de frecuencias y después las medidas de resumen de ellas.

De la tabla III.200. resaltan dos hechos importantes: 1º, el 24,19% de las mujeres no reportan ningún problema de sueño; 2º, el 39,69% de las mujeres reportan 2 ó más problemas de sueño. Esta clara bimodalidad de la distribución, seguramente, refleja la presencia de dos subpoblaciones que emergerán cuando se enfrente esta variable con la de los grupos de pelvialgia.

Tabla III.200. *Distribución de Frecuencias a partir de la Variable creada Sueño.*

Sueño	n	%	% Acumulado
0	156	24,19	24,19
1	64	9,92	34,11
2	256	39,69	73,80
3	95	14,73	88,53
4	52	8,06	96,59
5	22	3,41	100,00
Total	645	100,00	

Gráfico III.7. *Distribución Número de Problemas de Sueño reportados.*



El hecho más importante de la tabla III.201. es que el 80,78% de las mujeres reportan un problema con la alimentación.

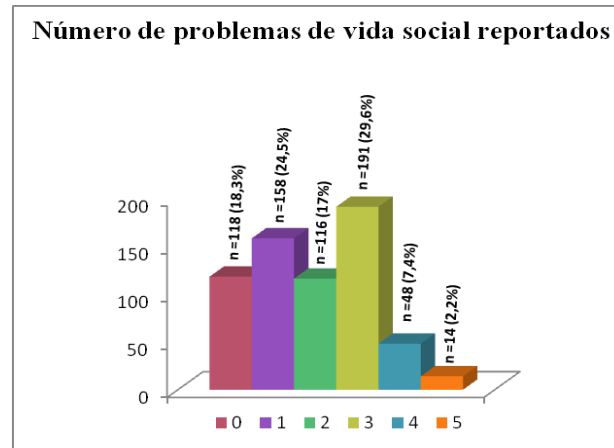
Tabla III.201. *Distribución de Frecuencias a partir de la Variable creada Alimentación.*

Alimentación	n	%	% Acumulado
0	60	9,30	9,30
1	521	80,78	90,08
2	64	9,92	100,00
Total	645	100,00	

Una vez más estamos en presencia de una distribución bimodal con una moda en 1 problema social y otra en 3 problemas sociales. La bimodalidad responde a las mismas razones que se abdujeron para el sueño y se resolverá en la misma forma que la antes citada.

Tabla III.202. *Distribución de Frecuencias a partir de la Variable creada Vida Social.*

Vidasoc	n	%	% Acumulado
0	118	18,29	18,29
1	158	24,50	42,79
2	116	17,98	60,78
3	191	29,61	90,39
4	48	7,44	97,83
5	14	2,17	100,00
Total	645	100,00	

Gráfico III.8. *Distribución Número de Problemas de Vida Social reportados*

Obsérvese en la tabla III.203. que el número medio de problemas es muy similar en sueño y vida social e inferior en alimentación. Tales hechos quedarán matizados en las comparaciones con los grupos de pelvialgia.

Tabla III.203. *Medidas de Resumen de las Variables creadas: Sueño, Alimentación y Vida Social.*

Variables	n	Variables creadas a partir de malestar emocional						
		Valor medio	Desviación estándar	Valor mínimo	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Valor máximo
Sueño	645	1,8	1,34	0	1	2	3	5
Alimentación	645	1,0	0,43	0	1	1	1	2
Vidasoc	645	1,9	1,32	0	1	2	3	5

c.2. Comparación de otras preguntas de malestar emocional con distintos tipos de pelvisalgia.

Como se puede observar en la tabla III.204. la puntuación media de la escala de problemas de sueño es significativamente superior en las mujeres con pelvisalgia que en las que no tienen pelvisalgia, $p < 0,001$.

Tabla III.204. *Relación de la Variable creada de Sueño con Pelvisalgia Si/No*

	Variable creada de sueño					p
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	
Pelvisalgia						0,001
No	289	1,6	1,35	0	5	
Si	314	2,1	1,37	0	5	
Total	603	1,9	1,37	0	5	

Las mujeres que no tienen pelvisalgia tienen, en promedio, menos puntuación en la escala de problemas de sueño que las que tienen pelvisalgia aguda, $p = 0,036$, y que las que tienen pelvisalgia crónica, $p < 0,001$; sin embargo entre estos dos grupos no hay diferencias significativas.

Tabla III.205. *Relación de la Variable creada de Sueño con No Pelvisalgia y si esta es de Tipo Agudo o Crónico.*

	Variable creada de sueño					p
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	
Pelvisalgia						0,001
No	289	1,6	1,35	0	5	
Aguda	81	2,1	1,37	0	5	
Crónica	233	2,1	1,37	0	5	
Total	603	1,9	1,38	0	5	

La puntuación media de la escala de problemas de alimentación es significativamente superior en las mujeres con pelvisalgia que en las que no tienen pelvisalgia, $p < 0,001$, como se puede observar en la tabla III.206.

Tabla III.206. *Relación de la Variable creada de Alimentación con Pelvialgia Si/No*

	Variable creada de alimentación					p
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	
Pelvialgia						0,001
No	307	0,9	0,41	0	2	
Si	319	1,0	0,40	0	2	
Total	626	1,0	0,41	0	2	

Hechas las comparaciones por parejas, la puntuación de alimentación es significativamente superior en las mujeres con pelvialgia que en las mujeres sin pelvialgia, $p=0,002$, no habiendo diferencias entre los dos tipos de pelvialgia.

Tabla III.207. *Relación de la Variable creada de Alimentación con No Pelvialgia y si esta es de Tipo Agudo o Crónico.*

	Variable creada de alimentación					p
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	
Pelvialgia						0,002
No	307	0,9	0,41	0	2	
Aguda	81	1,0	0,34	0	2	
Crónica	238	1,0	0,42	0	2	
Total	626	1,0	0,41	0	2	

La puntuación media de la escala de vida social es significativamente superior en la mujer con pelvialgia que en la que no tiene pelvialgia, $p<0,001$. En la tabla III.208. se presentan los resultados de esta variable construida.

Tabla III.208. *Relación de la Variable creada de Vida Social con Pelvialgia Si/No*

	Variable creada de vida social					p
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	
Pelvialgia						0,009
No	300	1,6	1,27	0	5	
Si	303	1,9	1,21	0	5	
Total	603	1,8	1,25	0	5	

De igual modo que en el caso anterior, se presenta asociación entre la variable vida social y los diferentes tipos de pelvialgia ($p=0,033$). Hechas las comparaciones por parejas la puntuación

de vida social es significativamente superior en las mujeres con pelvialgia crónica que en las mujeres sin pelvialgia, $p=0,048$; el grupo de pelvialgia aguda en relación con el de no pelvialgia no presentan asociación (0,282) ni tampoco se da esta entre los dos grupos de pelvialgia, aguda y crónica.

Tabla III.209. *Relación de la Variable creada de Vida Social con No Pelvialgia y si esta es de Tipo Agudo o Crónico.*

Variable creada de vida social						
	n	Media	Desviación estándar	Valor mínimo	Valor máximo	p
Pelvialgia						0,033
No	300	1,6	1,27	0	5	
Aguda	78	1,9	1,31	0	5	
Crónica	225	1,9	1,18	0	5	
Total	603	1,8	1,25	0	5	

III.2.5. Análisis multivariante.

El modelo multivariante para la pelvialgia se construyó a partir de variables por las que se debía controlar, grupo y la edad y por variables que estaban asociadas en los análisis bivariantes con la pelvialgia. Los resultados que figuran en la tabla III.210. pueden resumirse así:

1º) Ajustando por el resto de las variables el efecto del grupo ya no es significativo, por lo que en esa situación no podemos decir que haya diferencias significativas entre grupos.

2º) La edad no muestra un efecto significativo una vez que controlamos por el resto de las variables presentes en el modelo.

3º) La paridad muestra un efecto significativo en el sentido de incrementar el riesgo de pelvialgia, si bien el único efecto se encuentra en el caso en que las mujeres hayan tenido dos hijos, de manera que estas tienen 2,34 veces más riesgo de sufrir pelvialgia que las que no han tenido hijos.

4º) El nivel de estudios muestra un efecto muy potente en el sentido de disminuir el riesgo de sufrir pelvialgia, véanse como las odds ratio son menores que 1 en todas las categorías del nivel de estudios, sin embargo este efecto solo es significativo en el caso de los estudios de licenciatura en el sentido de que las mujeres con licenciatura tienen 0,35 menos riesgo de sufrir pelvialgia que las que tienen estudios primarios.

5º) Por cada unidad que aumenta la escala de malestar menstrual el riesgo de sufrir pelvialgia aumenta en 1,19 veces, y ese efecto es significativo.

6º) Por cada unidad que aumenta la escala de ansiedad el riesgo de sufrir pelvialgia aumenta en 1,21 veces, siendo ese efecto significativo.

7º) Una vez controlado por ansiedad el efecto de la depresión ya no es significativo.

8º) Con respecto a las escalas de sexualidad, aunque muestran una tendencia a la disminución del riesgo de pelvialgia, sólo presenta un efecto significativo la subescala 4, en el sentido de que a medida que aumenta una unidad su puntuación, en el sentido de mayor bienestar, el riesgo de pelvialgia disminuye en 0,65 veces, siendo este efecto significativo.

9º) El efecto del estado de salud no es significativo, sin duda después de controlar por otros factores fuertemente asociados con él, pero muestra una tendencia a incrementar el riesgo de la pelvialgia conforme el estado de salud es peor.

Debemos hacer hincapié en que los efectos reportados para cada una de las variables presentes en el modelo son efectos ajustados por el resto de las variables que se incluyen en el mismo, por lo que los efectos de muchas de ellas han quedado ajustados por potenciales factores de confusión como podría ser el grupo, la edad, ...etc.

Tabla III.210. *Odds Ratios Procedentes de la Regresión Logística de la Pelvialgia*

Variables	Odds ratios de la pelvialgia			
	OR	IC 95%		p
		OR _{Inf}	OR _{Sup}	
Grupos de la muestra				
Embarazadas	1,00			
Planificación familiar	0,89	0,35	2,29	0,815
Consulta ginecológica	0,88	0,47	1,63	0,677
Edad recodificada				
<=30 años	1,00			
>30 años	0,89	0,48	1,64	0,708
Número de partos anteriores				
0	1,00			
1	1,44	0,73	2,85	0,296
2	2,34	1,04	5,27	0,039
>=3	1,40	0,39	5,08	0,608
Nivel de estudios terminados				
Primaria y ESO/EGB	1,00			
Bachiller/Formación profesional	0,90	0,47	1,71	0,741
Diplomada universitaria	0,63	0,31	1,30	0,211
Licenciada universitaria o superior	0,35	0,15	0,81	0,014
Escala de malestar menstrual				
	1,19	1,11	1,27	0,000
Escala de ansiedad				
	1,21	1,05	1,39	0,008
Escala de depresión				
	0,93	0,82	1,05	0,232
Factores de sexualidad				
F1_Valoración conducta sexual	0,94	0,85	1,04	0,224
F2_Relación y comunicación con la pareja	1,09	0,92	1,29	0,304
F3_Deseo sexual	0,98	0,82	1,18	0,835
F4_?	0,65	0,48	0,88	0,006
F5_Frecuencia en la actividad sexual	1,02	0,91	1,14	0,788
Estado de salud				
Muy bueno	1,00			
Bueno	1,02	0,52	1,98	0,964
Malo y muy malo	1,38	0,55	3,43	0,494

Tras el análisis de la pelvialgia considerada de manera conjunta se llevó a cabo un análisis de la relación de las diferentes covariables con el sufrir pelvialgia, pero ahora separada en pelvialgia aguda y pelvialgia crónica, obteniéndose los siguientes resultados que figuran en la tabla III.211. en la que la categoría de base con la que se comparan tanto la pelvialgia aguda como la crónica es la ausencia de pelvialgia.

Tabla III.211. Odds Ratios Procedentes de la Regresión Logística Multinomial de la Pelvialgia Aguda y Crónica

Variables	Odds ratios de la pelvialgia							
	Pelvialgia aguda				Pelvialgia crónica			
	OR	IC 95%		p	OR	IC 95%		p
		OR _{Inf}	OR _{Sup}			OR _{Inf}	OR _{Sup}	
Grupo de la muestra								
Embarazadas	1,00				1,00			
Planificación familiar	0,25	0,06	1,07	0,061	1,95	0,67	5,67	0,220
Consulta ginecológica	0,18	0,07	0,45	0,000	2,13	1,00	4,55	0,051
Edad recodificada								
<=30 años	1,00				1,00			
>30 años	0,49	0,20	1,18	0,111	1,25	0,62	2,55	0,533
Número de partos anteriores								
0	1,00				1,00			
1	2,04	0,76	5,24	0,155	1,18	0,53	2,62	0,681
2	2,95	0,90	9,75	0,075	2,03	0,83	4,95	0,122
>=3	1,98	0,26	15,16	0,509	1,12	0,28	4,49	0,872
Nivel de estudios terminados								
Primaria y ESO/EGB	1,00				1,00			
Bachiller/Formación profesional	0,67	0,27	1,70	0,400	1,08	0,53	2,19	0,831
Diplomada universitaria	0,82	0,30	2,23	0,702	0,58	0,26	1,32	0,195
Licenciada universitaria o superior	0,80	0,01	0,42	0,003	0,62	0,25	1,57	0,317
Escala de malestar menstrual								
	1,17	1,07	1,28	0,001	1,19	1,10	1,28	0,000
Escala de ansiedad								
	1,31	1,07	1,60	0,009	1,20	1,03	1,40	0,018
Escala de depresión								
	0,87	0,73	1,04	0,119	0,95	0,83	1,08	0,425
Factores de sexualidad								
F1_Valoración conducta sexual	0,98	0,85	1,14	0,811	0,93	0,83	1,03	0,175
F2_Relación y comunicación con la pareja	1,14	0,90	1,45	0,278	1,07	0,89	1,29	0,452
F3_Deseo sexual	0,79	0,61	1,02	0,075	1,06	0,87	1,30	0,566
F4_Disconfor sexual	0,54	0,35	0,82	0,004	0,71	0,51	0,98	0,040
F5_Frecuencia en la actividad sexual	1,05	0,88	1,25	0,594	1,01	0,89	1,14	0,901
Estado de salud								
Muy bueno	1,00				1,00			
Bueno	0,73	0,28	1,93	0,526	1,16	0,54	2,52	0,703
Malo y muy malo	0,96	0,25	3,70	0,958	1,53	0,56	4,18	0,405

Los resultados que figuran en la tabla pueden resumirse así para la pelvialgia aguda:

1º) Ajustando por el resto de las variables el efecto del grupo es casi significativo, en el sentido de que las mujeres que van a consultas de planificación familiar y las que van a la consulta de ginecología tienen menos riesgo de tener pelvialgia aguda.

2º) La edad no muestra un efecto significativo una vez que controlamos por el resto de las variables presentes en el modelo, pero parece disminuir el riesgo de pelvialgia aguda conforme aumenta la edad.

3º) La paridad muestra un efecto significativo en el sentido de incrementar el riesgo de pelvialgia aguda, si bien el único efecto casi significativo se encuentra en el caso de las mujeres hayan tenido dos hijos, de manera que las mujeres que han tenido dos hijos tienen 2,95 veces más riesgo de sufrir pelvialgia aguda que las que no han tenido hijos.

- 4º) El nivel de estudios muestra un efecto en el sentido de disminuir el riesgo de sufrir pelvialgia aguda, véanse como las odds ratio son menores que 1 en todas las categorías del nivel de estudios, sin embargo este efecto no es significativo más que en el caso de los estudios de licenciatura en el sentido de que las mujeres con licenciatura tienen 0,80 menos riesgo de sufrir pelvialgia aguda que las que tienen estudios primarios.
- 5º) Por cada unidad que aumenta la escala de malestar menstrual el riesgo de sufrir pelvialgia aguda aumenta en 1,17 veces, y ese efecto es significativo.
- 6º) Por cada unidad que aumenta la escala de ansiedad el riesgo de sufrir pelvialgia aguda aumenta en 1.31 veces, siendo ese efecto significativo.
- 7º) Una vez controlado por ansiedad el efecto de la depresión ya no es significativo.
- 8º) Con respecto a las escalas de sexualidad, aunque muestran una tendencia a la disminución del riesgo de pelvialgia aguda, sólo muestra un efecto significativo la subescala 4 que conforme aumenta una unidad su puntuación, en el sentido de mayor bienestar, el riesgo de pelvialgia aguda disminuye en 0,54 veces, siendo este efecto significativo.
- 9º) El efecto del estado de salud no es significativo, sin duda después de controlar por otros factores fuertemente asociados con él.

Los resultados que figuran en la tabla pueden resumirse así para la pelvialgia crónica:

- 1º) Ajustando por el resto de las variables el efecto del grupo es casi significativo entre las mujeres que acuden a la consulta de planificación familiar y padecer pelvialgia crónica ($p=0,220$). En el caso de las que acuden a consulta de ginecología, tienen más riesgo de tener pelvialgia crónica, con un efecto significativo para un valor $p=0,051$ y el incremento del riesgo es de 2,13 veces.
- 2º) La edad no muestra un efecto significativo una vez que controlamos por el resto de las variables presentes en el modelo, pero parece aumentar el riesgo de riesgo de pelvialgia crónica conforme aumenta la edad.
- 3º) La paridad muestra un efecto significativo en el sentido de incrementar el riesgo de pelvialgia crónica, si bien no hay ninguna comparación claramente significativa.
- 4º) El nivel de estudios muestra un efecto en el sentido de disminuir el riesgo de sufrir pelvialgia crónica, véanse como las odds ratio son menores que 1 en todas las categorías del nivel de estudios, sin embargo este efecto no alcanza la significación para ninguna de las categorías del nivel de estudios.
- 5º) Por cada unidad que aumenta la escala de malestar menstrual el riesgo de sufrir pelvialgia crónica aumenta en 1,19 veces, y ese efecto es significativo.
- 6º) Por cada unidad que aumenta la escala de ansiedad el riesgo de sufrir pelvialgia crónica aumenta en 1,20 veces, siendo ese efecto significativo.
- 7º) Una vez controlado por ansiedad el efecto de la depresión ya no es significativo.
- 8º) Con respecto a las escalas de sexualidad, aunque muestran una tendencia a la disminución del riesgo de pelvialgia, sólo muestra un efecto significativo la subescala 4 que conforme aumenta una unidad su puntuación, en el sentido de mayor bienestar, el riesgo de pelvialgia crónica disminuye en 0,71 veces, siendo este efecto significativo.
- 9º) El efecto del estado de salud no es significativo, sin duda después de controlar por otros factores fuertemente asociados con él, aunque el sentido del efecto sería en el del aumento del riesgo de la pelvialgia crónica.

DISCUSIÓN

Capítulo IV

Discusión

La conjugación de técnicas cuantitativas y cualitativas asegura una mirada flexible y adaptada al campo de estudio. Este trabajo participa de esta premisa aplicando técnicas de desarrollo cualitativo para la revisión y adaptación del cuestionario de Salvatierra y Cuenca (Salvatierra et alii.,1987) y cuantitativas para ultimar un instrumento válido y fiable. Este proceso complementario nos ha permitido la solidez necesaria al tener diferentes perspectivas y ángulos de un mismo objeto de estudio asegurando la aplicabilidad y utilidad de los resultados.

IV.1. DE LA METODOLOGÍA CUALITATIVA

Para la adaptación del cuestionario de Salvatierra y Cuenca partimos de la incursión en el mismo y conocer los conceptos y fenómenos que mide, y así poder identificar tanto similitudes como diferencias con la cultura a la que se va a adaptar. Consideramos que, partir del conocimiento de profesionales que participaron en su elaboración y aplicabilidad, nos pone en situación de poder entender el contenido conceptual y las construcciones teóricas del momento cultural en que fue elaborado, a pesar de la pérdida de información y desrealización de la misma por el paso del tiempo.

Una vez dibujado el perfil de factores que podían estar condicionando el malestar ginecológico de las mujeres, adoptamos la posición adecuada para mirar en el transcurso del tiempo, los cambios socioculturales que condicionan la nueva situación en este área de estudio. Desde ese momento, introducir un panel de expertos a la metodología de análisis, nos conduce a reflexionar sobre las diferencias encontradas entre un antes y un después evolutivo social, así como las similitudes que los procesos culturales perpetúan en el tiempo; e incorporar los nuevos posicionamientos de la mujer condicionadores de los malestares ginecológicos, objetivo fundamental de este trabajo y del equipo investigador.

Darle códigos a los significados de las palabras, es una batalla perdida porque las palabras como las ideas y las cosas que están destinadas a significar, tienen historia (Scott, 1999). Incorporar la perspectiva de género a esta investigación ha significado aplicar sus herramientas en cada una de las fases del proceso investigador. Para acercarnos al objeto de estudio que nos interesa indagar aproximamos los contenidos teóricos y conceptuales a las mujeres de las que queremos saber, a través de su opinión y su experiencia narrada, de tal manera que reconocemos todo el haz de factores relacionales tanto los más visibles como los menos. Este procedimiento metodológico nos ha permitido examinar los problemas de las mujeres reconociendo los procesos causales interactivos, evitando así los sesgos que generan aproximaciones parciales y estereotipadas (García et alii., 2010).

El equipo investigador es el que marca los pasos en todo el proceso de la investigación. La composición de los miembros de este equipo cumple dos funciones fundamentales: *una*, la multidisciplinariedad de sus componentes lo ponen en situación de analizar cada una de las fases del proceso con redundancia y contraste científico, y *otra* se fundamenta en el desempeño de un “saber-hacer” como equipo reflexivo para la toma de decisiones. Este enfoque nos ha permitido utilizar la comunicación como “producción social de significados”, donde el discurso como fuente se convierte en el objeto mismo de análisis para la toma de decisiones (Medina, 1995).

Con la utilización de las técnicas cualitativas panel experto, entrevistas semiestructuradas y consenso del equipo investigador abordamos el contenido y la forma del cuestionario con la participación de actores de áreas diferentes de observación y análisis, que comparten un mismo objeto de estudio. Según María Mercedes Arias (2000) este método de triangulación nos ha permitido corroborar los resultados encontrados evitando sesgos en la investigación (Arias, 2000).

El resultado de las técnicas cualitativas nos permitió elaborar un cuestionario preliminar en el que la validez lógica estaba asegurada por la construcción seguida empleando técnicas cualitativas. Esa validez se vio reflejada en que el cuestionario incluía preguntas no sólo del área orgánica específica sino preguntas de otros aspectos de la salud de la mujer que se ven condicionados por la pelvialgia. Esta inclusión debida al enfoque de género seguido, de hecho estaba también en el cuestionario inicial de Salvatierra et alii., 1987 y es, desde nuestro punto de vista, uno de los puntos fuertes del cuestionario que finalmente hemos elaborado, pues además el proceso posterior de validación seguido ha corroborado esas elección.

IV.2. DE LA METODOLOGÍA CUANTITATIVA

La población diana era la de mujeres que acuden a los servicios de Obstetricia y Ginecología del Sistema Andaluz de Salud. Para acceder en el tiempo requerido a las mujeres que participaron en el estudio hubo que hacer una primera restricción temporal que fue acceder a esas mujeres entre los meses de Abril a Noviembre; entendemos que ésta primera restricción no implica sesgo puesto que no hay descrito ningún patrón estacional de consulta ginecológica que nos pudiera hacer

pensar en una sobre o sub-representación de dichas patologías.

Las unidades asistenciales de Obstetricia y Ginecología que se emplearon para la captura de la información muestral fueron las de Atención al Embarazo, Planificación Familiar y Ginecología General. La razón del empleo de estas tres unidades fue por un lado porque se trataba de las unidades más demandadas por la población en el campo obstétrico-ginecológico y de otro lado porque las mujeres que acuden a planificación familiar se trata de un colectivo de mujeres sanas que representan a la población general. Esa selección no implicaba sesgo, puesto que el objetivo era ver si los diferentes *ítems* del cuestionario se asociaban o no con la presencia de patología ginecológica, en un tipo extenso de validez concurrente-discriminante, y nunca una estimación de la prevalencia de dicha patología en los servicios de Obstetricia y Ginecología, objetivo que hubiera resultado fuertemente sesgado en este caso. Por tanto la selección de servicios aseguró variabilidad para las comparaciones no suponiendo ésta sesgo para el objetivo principal de la investigación. No obstante en los estudios realizados siempre se ha considerado la diferencia entre servicios y en los estudios multivariantes se ha controlado siempre por el servicio, ajustando los efectos de las diferentes variables al mismo.

Los criterios de exclusión aplicados son de diferente índole y actuarían de manera diferente sobre los resultados obtenidos. Los criterios de exclusión por gravedad del problema que sufría la mujer son criterios de obligada aplicación en un estudio como éste, restringiendo por tanto el ámbito de aplicación del cuestionario, cosa que desde nuestro punto de vista era lo deseable porque es en la población que no está formada por mujeres que cumplan esos criterios dónde se aplicará el cuestionario y no en otra. El criterio de autoexclusión de la mujer que no desea rellenar el cuestionario puede sesgar los resultados del estudio de manera importante. No obstante es evidente que de ninguna manera se iba a presionar a la mujer para que rellenara el cuestionario o para que nos diera alguna información parcial sobre ella, por tanto el posible sesgo era para nosotros de menos valor que el bienestar de la mujer. Desgraciadamente no tenemos información ninguna sobre las mujeres que procedieron así, porque obviamente no nos la dieron y no podemos conjeturar en ningún caso sobre si hubo un sesgo importante y en que sentido se produjo.

El tamaño de la muestra con la que se ha trabajado fue calculado con un criterio que no es el clásico, de la estimación de una prevalencia o para conseguir una cierta potencia en un test de comparación de dos proporciones. Se usó un criterio que aseguraba un tamaño de muestra suficiente para el proceso de validación de contenido de las subescalas del cuestionario si se aplicaba la metodología de componentes principales que era el objetivo crítico, en cuanto a tamaño de muestra de nuestro estudio (Osborne et alii., 2004). Ese objetivo es más exigente en tamaño de muestra que el de la comparación entre grupos por lo que cubrirlo aseguraba un tamaño de muestra suficiente. Además, los resultados con un número muy grande de tests significativos, han corroborado que el tamaño de muestra era suficiente para esos otros objetivos, por mucho que en otros casos esos tests no hayan dado significativos y nosotros hayamos constatado que no había tamaño de muestra suficiente para ello. En cualquier caso, las

conclusiones más importantes de nuestro estudio han sido que determinadas áreas del mismo mostraban una fuerte asociación con la pelvialgia y eso se ha hecho a partir de tests significativos, para los que, efectivamente, la muestra disponible ha sido más que suficiente.

El número de 53 encuestas eliminadas por mal relleno, de los 725 cuestionarios obtenidos, 7,3%, no parece grande como para que su eliminación haya sesgado los resultados, pero es que además, en características básicas, nos encontramos que las mujeres que han relleno mal el cuestionario no difieren significativamente de las que lo han relleno correctamente, lo que hace pensar que estos casos perdidos bien pudieran ser perdidos al azar. No obstante hemos de sacar una conclusión adicional de este hecho; seguramente el relleno incorrecto del cuestionario puede ser debido a que el tiempo que se le dio a la mujer no fue largo y sobre todo a que no se revisó con ella tras el relleno, lo que obliga a que se insista en esa acción en el protocolo de aplicación del cuestionario definitivo que aquí proponemos.

El trabajo de campo resultó en una muestra final que bien podría no representar a la población de estudio, ya que por los problemas ya explicados, algunas provincias estaban sub-representadas y otras sobre-representadas. Con respecto a la distribución de las consultas por servicios no encontramos fuertes diferencias, son muy pequeñas, entre nuestra muestra y la población objeto del estudio por lo que en ese caso no entendemos que se haya producido ningún sesgo. Por otro lado, las diferencias en variables sociodemográficas entre las provincias sub y sobre-representadas no son muy fuertes aunque en algún caso si son significativas por lo que en todos los estudios hemos incluido esas variables en las que había diferencias, de hecho todos los estudios multivariantes han sido ajustados por variables sociodemográficas y del servicio para controlar el posible sesgo introducido en la extracción de la muestra. Las diferencias encontradas en los coeficientes de los modelos brutos y de los modelos ajustados nos permiten asegurar que la corrección provocada por el ajuste, limita la presencia de ese sesgo y lo hace despreciable.

La búsqueda de variables para esta investigación se hizo alrededor de dos modelos conceptuales que explican las relaciones entre género y salud: el modelo biológico genético y el modelo sociocultural. A partir de este marco teórico se realizó una búsqueda activa de variables que pudieran estar interrelacionadas. Concluimos un listado amplio que se sometió al análisis crítico del grupo investigador. En este proceso de selección se priorizó que el cuestionario tuviera una extensión de 12 páginas y permitiera ser autocumplimentado en un tiempo no superior a 20 minutos. La decisión nos llevó a eliminar algunas variables a pesar de que pudieran condicionar los resultados (comorbilidad, acontecimientos vitales estresantes, etnia); para el caso de la comorbilidad, enfermedades del tipo de dolor lumbar, escozor al orinar, hemorragias, dolor abdominal, etc, están asociadas al estrés psicológico (Chaaya et alii., 2003). En cuanto a los acontecimientos vitales estresantes algún estudio pone de manifiesto la relación de estos con la sintomatología ginecológica; para las mujeres el hecho de acudir a las consultas ginecológicas ya es un factor estresor (Glover et alii., 2002; Chaaya et alii., 2003). De igual modo que para las variables anteriores eliminadas, la bibliografía pone de manifiesto la relación entre la etnia y la incidencia de sintomatología ginecológica (Grace et alii., 2004).

IV.3. DE LOS RESULTADOS CUALITATIVOS

Para la adaptación del cuestionario de Salvatierra y Cuenca partimos de la incursión en el mismo y conocer los conceptos y fenómenos que mide, y así poder identificar tanto similitudes como diferencias con la cultura a la que se va a adaptar. Consideramos que partir, para ello, del conocimiento de profesionales que participaron en su elaboración y aplicabilidad, nos pone en situación de poder entender el contenido conceptual y las construcciones teóricas del momento cultural en que fue elaborado, a pesar de la pérdida de información y desrealización de la misma por el paso del tiempo. Los resultados obtenidos del análisis inicial del cuestionario evidencian el marco cultural y normativo de la mujer tradicional de aquella época y están cargados de un contenido discriminatorio que responde al momento de su realización:

P. 39 ¿Cree que es mejor atender la casa y la familia que trabajar fuera en un empleo?

P. 42 ¿Cree que es mejor tener hijos varones que hijas?

Igualmente no hay que olvidar que el cuestionario de Salvatierra y Cuenca planteaba la posibilidad de una interpretación negativa cuando una mujer no llevaba la cuenta exacta de sus reglas, es decir, una interpretación negativa del cuerpo. Por otra parte, el papel social de la mujer en tres aspectos: la menstruación, el embarazo y el amamantamiento, determina el ser mujer, como señala una entrevistada *“Si una persona dice si es que no quisiera tener la regla nunca más, está diciendo yo no quisiera ser mujer nunca más”*.

Cabe destacar el aspecto de unir la idea de mujer y sexualidad. Como señala una entrevistada *“Las mujeres llevan la peor parte por ser mujer. Tú estás vertiendo ahí una imagen muy negativa del ser mujer. ¿Por el hecho de ser mujer van a tener peor parte en la sexualidad, por el hecho de ser mujer?”*. Dicha percepción es muy importante para entender el imaginario que construye a las mujeres. En definitiva, como señala una entrevistada *“... un hombre y una mujer se meten en la cama y por el hecho de ser mujer ya lleva la peor parte”*. Estos imaginarios deben ser diagnosticados y puestos al descubierto.

Igualmente, los aspectos de malestar menstrual (puestos de manifiesto en 9 preguntas); sexualidad negativa (8 preguntas) y rechazo el papel femenino (8 preguntas) y alteración emocional (32 preguntas), nos llevan a diagnosticar los elementos primordiales que llevan a la mujer a construir desde una cosmovisión negativa de su existencia. No hay que olvidar, que vivimos en un contexto androcéntrico, donde el hombre es el modelo imperante de satisfacción personal.

Una vez dibujado el perfil de factores que podían estar condicionando el malestar ginecológico de las mujeres, adoptamos la posición adecuada para mirar en el transcurso del tiempo, los cambios socioculturales que condicionan la nueva situación en este área de estudio. Desde ese momento, introducir un panel de expertos a la metodología de análisis, nos conduce a reflexionar sobre las diferencias encontradas entre un antes y un después evolutivo social, así

como las similitudes que los procesos culturales perpetúan en el tiempo; e incorporar los nuevos posicionamientos de la mujer condicionadores de los malestares ginecológicos, objetivo fundamental de este trabajo y del equipo investigador. Para el grupo experto las definiciones del cuestionario inicial no son las más adecuadas y centrándose en la que alude al rol social de la mujer, consideran que la explicación de los comportamientos de ésta se atribuyen a la biología y no a los condicionantes que socialmente incorpora, reflejo de ello es que el grupo decide no mantener ninguna pregunta correspondiente a esta dimensión.

Invest 1. ¿Preferiría no tener las reglas porque lo considera un inconveniente?

E6. Yo es que esta pregunta no la veo relacionada con el rechazo del papel femenino.

E3. Yo la quitaría totalmente.

El grupo investigador desde el primer momento en que planteó la investigación, creía saber que el cuestionario en el transcurso del tiempo dejaba de reflejar la realidad de cada mujer en relación con las dimensiones que éste exploraba. Por ello se planteó su adaptación al momento actual, aunque según Stuart Mill es imposible conocer la “naturaleza femenina” de manera absoluta, puesto que la mayoría de las mujeres nunca tienen la oportunidad de desarrollar sus aptitudes (Tubert, 2005).

Durante años y años la psicósomática ha sido considerada la causa del síntoma, sin embargo, actualmente hay una explicación fisiológica y orgánica a los síntomas, tal que la forma de expresarlos sí tiene que ver con la psicósomática. Desde esta óptica el equipo investigador trabaja con un marco explicativo-intrepretativo de las relaciones entre los diferentes factores condicionantes de la salud, viendo a la psicósomática como la relación entre los síntomas corporales y la estabilidad emocional, pero no como causa-efecto. Las decisiones tomadas por el equipo investigador han considerado a la mujer globalmente bajo el prisma conceptual de que la psicósomática es la ginecología de verdad y no una subespecialidad de la misma.

Según afirma Manuel Álvarez,¹⁹ presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática, se estima que el 25% de todas las patologías conocidas tienen una base u origen somático. Son pacientes que sufren y se sienten incomprendidos, se les hacen tantas pruebas y tratamientos que se calcula que al sistema sanitario le cuestan nueve veces más que cualquier otro paciente. Continúa diciendo Manuel Álvarez que una cosa es la demanda expresada y otra la situación que vive la persona y que puede ser el origen de la dolencia.

Según Joan Wallace Scott (1999) quienes quisieran codificar los significados de las palabras librarían una batalla perdida, porque las palabras como las ideas y las cosas que están destinadas a significar, tienen historia. Por todo ello, incorporar la perspectiva de género a esta investigación ha significado aplicar sus herramientas en cada una de las fases del proceso investigador. Para acercarnos al objeto de estudio que nos interesa indagar aproximamos los

¹⁹ Información recogida de El País: Salud y Bienestar, 10-07-2010.

contenidos teóricos y conceptuales a las mujeres de las que queremos saber, a través de su opinión y su experiencia narrada, de tal manera que reconocemos todo el haz de factores relacionales tanto los más visibles como los menos. Este procedimiento metodológico nos ha permitido examinar los problemas de las mujeres mostrando los procesos causales interactivos, evitando así los sesgos que generan aproximaciones parciales y estereotipadas (García et alii, 2010).

Investigar desde una perspectiva de género requiere el compromiso con una serie de principios y valores que aportan un estilo particular orientando la investigación al cambio. Para ello se han adoptado estrategias visibilizadoras de las desigualdades y discriminaciones en salud utilizando fuentes y técnicas que consideren los contextos socioeconómicos y culturales. Algunos de los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas a mujeres que han recibido atención ginecológica en algún momento, nos ponen de manifiesto la sensibilidad aproximativa al modo en que las preguntas deben explorar algunas dimensiones.

Invest 1.- sobre la satisfacción sexual ¿se lo preguntaría directamente?

E5. - Sí. Yo creo que todo lo que se pregunta es importante de forma clara...

Invest 1.- Si ellas sienten culpa cuando tienen relaciones

E2.- igual les molestaría, ¿no?

El equipo investigador es el que marca los pasos en todo el proceso de la investigación. La composición de los miembros de este equipo cumple dos funciones fundamentales. Una, la multidisciplinariedad de sus componentes lo ponen en situación de analizar cada una de las fases del proceso con redundancia y contraste científico y la dos, se fundamenta en el desempeño de un “saber-hacer” como equipo reflexivo para la toma de decisiones. Este enfoque nos ha permitido utilizar la comunicación como “producción social de significados”, donde el discurso como fuente se convierte en el objeto mismo de análisis para la toma de decisiones (Medina, 1995).

Con la utilización de las técnicas cualitativas, el panel experto, entrevistas semiestructuradas y consenso del equipo investigador abordamos el contenido y la forma del cuestionario con la participación de actores de áreas diferentes de observación y análisis, que comparten un mismo objeto de estudio. Según María Mercedes Arias (2000) este método de triangulación nos ha permitido corroborar los resultados encontrados evitando sesgos en la investigación.

El resultado de las técnicas cualitativas nos permitió elaborar un cuestionario preliminar en el que la validez lógica estaba asegurada por la construcción seguida empleando técnicas cualitativas. Esa validez se vio reflejada en que el cuestionario incluía preguntas no sólo del área orgánica específica sino preguntas de otros aspectos de la salud de la mujer que se ven condicionados por la pelvialgia. Esta inclusión debida al enfoque de género seguido, de hecho estaba también en el cuestionario inicial (Salvatierra et alii., 1987) y es, desde nuestro punto de vista, uno de los puntos fuertes del cuestionario que finalmente hemos elaborado, pues además el proceso posterior de validación seguido ha corroborado esas elecciones.

Por todo ello, la importancia y oportunidad del cuestionario en su formato y extensión, para que pueda ser cumplimentado por la paciente con facilidad e interpretado por el/la profesional de ginecología en el tiempo destinado a cada consulta, radica en tres aspectos: a) El valor del cuestionario auto-administrado; b) El valor del cuestionario para que clínicamente sea útil; y, c) El/la profesional con un vistazo tiene tres o cuatro diagnósticos que le permiten realizar pronósticos más acertados.

IV.4. DE LOS RESULTADOS CUANTITATIVOS

IV.4.1. De las variables sociodemográficas.

- Del perfil descriptivo.

La edad media encontrada en la muestra de mujeres del estudio es de $34,1 \pm 7,58$ próxima a la encontrada en otros estudios de características similares donde los valores medios de edad oscilan entre 32 y 35. Ello es debido a que las muestras se han tomado en grupos algo diferentes de edad; unos se han realizado en mujeres de entre 23 a 47 años (Salvatierra et alii., 1991; Cuenca et alii., 1990), otros incluyen en la muestra mujeres de 20 a 59 años (Navarro et alii., 1989;) y otros entre 19 y 43 años (Paterson et alii., 2009, Laurel et alii., 2009).

Nuestro estudio está realizado en mujeres de entre 16 y 49 años e incorpora, a la información general que hemos explorado, una ampliación de la edad por el rango inferior (16 años) por el hecho de contemplar a mujeres de edades más tempranas, siendo estas susceptibles de padecer malestares pelviálgicos al iniciarse las relaciones sexuales cada vez en edades más inferiores.

Si atendemos a la paridad podemos decir que alrededor de la mitad de las mujeres no han tenido descendencia (41,29%) y aproximadamente la otra mitad (51,01%), entre 1 ó 2 hijos/as. Estos porcentajes permiten una aproximación al Indicador Coyuntural de Fecundidad de Andalucía (1,47) para 2009 (IECA, 2009) dato aproximativo al encontrado en el estudio de Paterson et alii., (2009) que investiga el predominio y las características de todos los tipos de dolores pélvicos y genitales en el segundo año post-parto y que pone de manifiesto que el número medio de partos en la muestra es 1; igual número medio de partos se encuentran en el estudio de Paterson et alii., (2009). Difieren de estos valores medios en la paridad el estudio de Salvatierra et alii., (1991) en el que la paridad media es de 2,64, con desviación estándar de 1,38.

Cuando hablamos del estado civil, el 61% de las mujeres de la muestra están casadas y el 31,72% solteras. Estos datos se aproximan a los encontrados en la EAS, 1999, de modo que el 29,28% corresponde a mujeres solteras y un 57,05% a las casadas; las diferencias encontradas pueden ser debidas a que la muestra de la EAS es de mujeres de hasta 75 años y más. En otros estudios el porcentaje de mujeres casadas o que conviven en pareja es del 97,3%, porcentaje

mayor que el encontrado en nuestro estudio porque la muestra la conforman mujeres que han tenido un nacimiento 12 meses antes, con lo cual es de esperar que la gran mayoría estén o casadas o conviviendo en pareja (Paterson et alii., 2009).

Sobre el nivel de estudios terminados podemos decir que la mayoría de las mujeres se agrupan en torno a los estudios de Primaria, ESO, EGB, (31,71%), Bachiller y Formación Profesional (28,72%); el porcentaje de mujeres sin estudios es muy bajo (4,55%) y el grupo que tiene estudios superiores es del 16,75%. Cuando comparamos estos resultados con los obtenidos en la EAS,1999, la distribución porcentual se agrupa fundamentalmente en los niveles de Primaria y EGB completa (52,03%), algo mayor que en nuestra muestra. Para el de Formación Profesional es superior en el caso de este grupo de mujeres de la muestra (29,11%) siendo para la EAS del 8,27%; también es superior el grupo de mujeres sin estudios (22,62%) frente al 4,55% de la muestra. En cuanto al grupo de mujeres con estudios superiores en la muestra es superior (16,75%) que en la EAS (5,25%). En general podemos decir que es en los estudios de Primaria, ESO, EGB y de FP donde se agrupan mayor número de personas y llama la atención el porcentaje más elevado de mujeres de la muestra en los niveles superiores de estudios.

Al valorar la ocupación de la mujer en función de ser ama de casa o trabajar fuera del hogar, un 43,90% trabajan fuera, porcentaje superior al 19,13% de mujeres que trabajan fuera del hogar según la encuesta andaluza de salud de 1999. En la categoría ama de casa en la EAS, (1999), el 50,29% de las mujeres de entre 16 años y 75 ó más, son amas de casa; en el estudio que estamos discutiendo sólo un 18,54% de las mujeres son amas de casa. Como observamos, en estas comparaciones realizadas se invierten los datos de tal modo que hay, en proporción, más mujeres que trabajan fuera en nuestro estudio que en los datos de EAS, (1999), relación que se invierte en el caso de las amas de casa. Ello se podría explicar por el hecho de que el rango de edad superior de la EAS es mucho mayor que el de nuestro estudio y este grupo de mujeres son amas de casa, fundamentalmente.

Para el caso en que se aglutinan para el análisis de los datos, las dos categorías, ser ama de casa y trabajar fuera, creemos que el resultado está infravalorado (12,20%), pues es probable que mujeres que trabajan fuera no han considerado también que trabajan en la casa, esto ha sido debido a cómo la pregunta estaba construida, dando opciones de respuestas múltiples. Por esta circunstancia observada y considerando el equipo investigador que esta variable es importante que se mantenga en el cuestionario final, hemos decido redactarla con cuatro categorías excluyentes no dando lugar a confusión en la respuesta: ama de casa, trabaja fuera del hogar, ama de casa y trabaja fuera del hogar y otros.

Para las mujeres que trabajan fuera del hogar, en cuanto al tipo de contrato, el 47,63% tienen un contrato indefinido, el 28,42% temporal y sin contrato el 8,95%. Al comparar estos resultados con los de la EAS, observamos que el 29,03% tienen un contrato indefinido y el mismo porcentaje un contrato temporal; un 14,03% de las mujeres de esta encuesta de salud trabajan sin contrato. Pueden sugerirnos las diferencias porcentuales en mujeres sin contrato encontradas en

estos dos estudios que el grupo de la EAS tiene mujeres en edades más avanzadas y posiblemente, con peores condiciones laborales. Por otra parte, también podemos decir que las diferencias encontradas pueden ser debidas a las distintas metodologías de los dos trabajos. En el resto de bibliografía revisada no hay hallazgos sobre este tipo de variable.

A modo de resumen podíamos decir que las mujeres que forman la muestra de nuestro estudio tienen en mayor proporción estudios superiores, trabajan fuera y la modalidad de contrato es indefinido, perfil coherente, pues un resultado lleva al otro.

Vamos a comparar los resultados de la jornada laboral en la muestra de este trabajo frente a los resultados encontrados en la EAS. La distribución es de tal manera que el 39,36% realiza una jornada continua de mañana frente al 30,81% de la EAS, el 25,80% en jornada partida frente al 42,42% respectivamente y el 17,82% trabaja a turnos en comparación con el 14,84% de la EAS. En general los porcentajes de ambos trabajos se aproximan, es en la jornada partida dónde se establecen más diferencias siendo menor en el grupo de mujeres de nuestro estudio. Tenemos que comentar que en esta encuesta de salud no se contempla la jornada reducida o parcial para la que el porcentaje de mujeres que la realizan en nuestra muestra es del 4,26%; la proporción tan baja de mujeres que trabajan a tiempo parcial en nuestro medio podría deberse, entre otros, a factores culturales que orientan este tipo de decisiones.

– *De la relación de las variables sociodemográficas con los grupos de la muestra.*

La media de edad entre los diferentes grupos de la muestra es mayor en el caso de las mujeres de la consulta ginecológica, seguidas de las de planificación y por último de las mujeres embarazadas ($p < 0,0001$). Este resultado es coherente con el momento vital por el que transcurre cada grupo de mujeres y que explica la propia naturaleza del motivo de consulta, de tal modo que las mujeres utilizan más la planificación familiar después del embarazo y la patología ginecológica, en la mayoría de sus entidades causales, aparece más frecuentemente en mujeres a partir de los 30 años, lo que explica estos resultados.

La distribución del estado civil y situación de convivencia es mayoritario para la categoría de casada y conviviente y se distribuye de manera desigual entre los diferentes grupos para un valor $p < 0,001$; de tal modo que en mayor proporción se presenta en el grupo de embarazadas (71,59%). Este resultado tiende a aproximarse al encontrado en el estudio de Paterson et alii., (2009) sobre pelvialgia en mujeres que han parido doce meses antes, donde encontramos que el 97,3% están casadas o conviviendo con la pareja (Paterson et alii., 2009). Por otra parte cabe reseñar que alrededor del 26% de las mujeres de este estudio están embarazadas en situación de soltería, lo que es congruente con las formas de establecerse los vínculos relacionales en la época actual.

El nivel de estudios presenta diferencias significativas en relación con los grupos ($p < 0,0001$) de tal modo que el porcentaje de licenciadas es mayor en el grupo de embarazadas, las

mujeres que acuden a planificación tienen mayoritariamente un nivel de bachiller y formación profesional y en el caso de la consulta de ginecología, alrededor del 50% de las mujeres han cursado estudios primarios y de ESO/EGB. Estas distribuciones podrían ser debidas al factor edad, que como hemos expuesto previamente al analizar esta variable en relación con los grupos de la muestra, las medias de edad han sido mayores entre las mujeres ginecológicas, seguidas de las de planificación y por último las embarazadas; ello nos podía llevar a pensar que a menor edad mayor cualificación ya que las oportunidades para la formación académica han ido aumentando de generación en generación.

– *De las variables sociodemográficas que se asocian con pelvialgia.*

Al comparar los valores medios de la variable numérica edad con los diferentes tipos de pelvialgia, obtenemos que las diferencias entre los tres grupos de la muestra son significativas estadísticamente, $p < 0,0001$, en el sentido de que las mujeres con pelvialgia crónica tienen una edad media mayor (35,61) en comparación con las otras dos categorías, siendo las edades medias para los casos de pelvialgia aguda de 31,43 y de 33,58 en las mujeres que no padecen esta patología. Este resultado es coherente con el concepto de cronicidad de un cuadro clínico, pues es algo que se define en relación a la persistencia en el tiempo; por otra parte existe la teoría de que el dolor crónico prolongado en el tiempo, procedente de diversas etiologías, va acompañado de alteraciones estructurales en regiones del cerebro responsables de la percepción del dolor, el comportamiento y la modulación del mismo (May, 2008).

La variable número de partos anteriores, está asociada a la pelvialgia ($p < 0,006$) en el sentido de que las mujeres con dos partos tienen más probabilidad de tener pelvialgia. Algunos estudios de la revisión bibliográfica realizada ponen de manifiesto que el embarazo y el parto tienen una repercusión en la salud de las mujeres quedándole serias secuelas (World Health Organization, 1995); otros estudios constatan que el dolor pélvico y genital son causantes de dispareunia tras el post-parto (Albers et alii., 1999; Thompson et alii., 2002) y otros concluyen que el dolor pélvico y genital persiste más en mujeres después de un año post-parto (Paterson et alii., 2009).

Existe una fuerte asociación entre el nivel de estudios y el padecimiento de la pelvialgia para un valor $p < 0,00005$, en el sentido de que tienen más probabilidad de tener pelvialgia aquellas mujeres que han adquirido un nivel de estudios primario y ESO/EGB, en relación con las mujeres que no tienen esta patología ginecológica. En este sentido podemos decir, a la luz de los resultados encontrados en nuestra investigación, que un nivel de estudios de licenciatura se relaciona de forma inversa con el padecimiento de la pelvialgia, o sea, a mayor nivel de estudios menos probabilidad de padecer este malestar, de tal modo que podíamos pensar que el nivel de formación como recurso y requerimiento previo para un mejor posicionamiento económico, pueda estar detrás de un aumento en la probabilidad de resolución de este problema de forma precoz, evitando así su cronicidad y las modificaciones a nivel cerebral a las que hemos hecho alusión anteriormente (May, 2008). Este análisis lo apoyan los resultados encontrados en este

trabajo entre el grupo de mujeres con pelvialgia aguda y pelvialgia crónica, en el sentido de que para todas las categorías de estudios, la probabilidad de sufrir pelvialgia crónica es mayor que para el padecimiento de la pelvialgia aguda ($p < 0,0001$).

También podíamos reflexionar en el sentido de que si, a mayor nivel de estudios, ocupaciones más cualificadas y mayor clase social; pues hay trabajos que ponen de manifiesto cómo las diferentes posiciones sociales de hombres y mujeres determinan en gran medida un exceso de morbilidad femenina (Lahelma, et alii., 1994; Arber et alii., 1993; Popay et alii., 1993).

IV.4.2. Para las dimensiones relacionadas con sintomatología ginecológica.

IV.4.2.1. La pelvialgia

– *Del perfil descriptivo.*

Los resultados ponen de manifiesto un elevado porcentaje, 51,30%, de casos que refieren dolor en el bajo vientre con mayor o menor frecuencia. En base a la temporalidad en que ese dolor se ha puesto de manifiesto obtenemos que el 12,8% lo tienen desde hace seis meses o menos y el 38,4% desde hace más de seis meses formando el grupo de mujeres con pelvialgia crónica. Según Romao et alii., (2009), entre el 14% y 24% de las mujeres en edad reproductiva padecen pelvialgia crónica. Estudios de prevalencia ponen de manifiesto que en países en desarrollo esta no ha sido definida con precisión, sin embargo se estima que es superior a la de los países desarrollados (Mathias et alii., 1996), en Inglaterra la tasa de prevalencia es de 38/1000 en mujeres entre 15-73 años, tasa comparable a las del asma (37/1000) y la del dolor crónico de espalda (41/1000) (Latthe et alii., 2006; Zondervan et alii., 1999); para Estados Unidos, en el grupo de edad entre 18 y 50 años es del 15% (Mathias et alii., 1996) y en las neozelandesas del 25,4% (Grace et alii., 2004). Posiblemente el porcentaje mayor encontrado en nuestro estudio esté relacionado con el hecho de que la pelvialgia es un problema frecuente en ginecología y es a ese servicio al que ha ido dirigida en mayor número de casos la composición de la muestra.

En este estudio hemos querido discernir entre pelvialgia en fase aguda o pelvialgia en fase crónica porque, como sabemos, la cronicidad del dolor se correlaciona con la afectación de otras áreas de la mujer como la ansiedad y la depresión (Romao et alii., 2009), por ello nos planteamos identificar las diferencias que puedan generarse en las distintas variables estudiadas en relación con que la duración del dolor sea una u otra, además reconocemos fundamental la caracterización del dolor en su fase aguda y la intervención multidisciplinar precoz para evitar las modificaciones y afectaciones generadoras de un dolor persistente.

El 43,99% de los casos han consultado otras veces por este dolor al sistema de salud, siendo el servicio de ginecología (87,23%) el que recibe más demandas. Es el motivo de derivación más frecuente a la consulta de ginecología y representa entre el 10% y 30% de los pacientes que se atienden en el nivel secundario (Howard, 1993; Domínguez, 1996), para otros

estudios, el dolor pélvico crónico es uno de los síntomas más frecuentes en mujeres en edad reproductiva y tiene un impacto significativo en la utilización de los servicios de salud (Gelbaya et alii., 2001; Howard, 2003; Vargas-Romero, 1987). Otro estudio pone de manifiesto que de los casos de mujeres con dolor pélvico crónico encontrados, el 31,2% han consultado al servicio de ginecología en los últimos doce meses, el 38,3% han consultado hace más de doce meses y en el 30,4% de los casos, no han realizado ninguna consulta al especialista (Grace et alii., 2004). Aunque el dolor pélvico crónico sea motivo frecuente de consulta en el servicio de ginecología, en este estudio, el porcentaje tan elevado de demandas está sobredimensionado por el hecho de que la muestra ha sido recogida en servicios de atención a la mujer, dónde esta patología es uno de los motivos de consulta atendidos. No conocemos cómo se hubiera distribuido la utilización de los servicios si la pregunta se hubiera realizado en las consultas de urología o digestivo.

En cuanto a los motivos de aparición del dolor explorados en este estudio, de 120 casos que contestan esta pregunta, para el 63,33% estas molestias están mayoritariamente asociadas con el inicio de las relaciones sexuales y a un 36,67% se le puso de manifiesto después de parir. En la bibliografía revisada hemos encontrado un punto de vista interesante planteado por Berkeley et alii., (2005) con respecto a una " activación" del papel de los órganos reproductores femeninos hacia una mayor percepción del dolor en las mujeres, y es que la vagina y el cuello uterino proporcionan un acceso fácil a las estructuras pélvicas internas, y por lo tanto, además de las funciones fisiológicas relacionadas con la reproducción, también son el lugar de entrada de un número de agentes infecciosos (virus, bacterias, etc.), con la probabilidad de desarrollar una serie de procesos inflamatorias pélvicos. Algunas formas de dolor difuso y dolores generalizados, son mucho más frecuente en mujeres que en hombres (Giamberardino, 2008) y podrían estar provocados inicialmente por una persistente estimulación nociva vía vaginal y canal cervical (Berkeley et alii., 2005). Por otra parte Paterson et alii., (2009) en un estudio sobre la prevalencia de dolor perineal y pélvico en una muestra de mujeres después del 12 meses postparto, encontró que al 50% se les manifestó el dolor pelviálgico después de un parto (Paterson et alii., 2009), hallazgo que había sido indicado con anterioridad (Allen et alii., 1955; Serment et alii., 1965; Salvatierra, 1966).

Alrededor de la mitad de las mujeres toman calmantes una vez por semana para mitigar el dolor siendo eficaces, remitiendo este, en el 80% de los casos. En cuanto al tratamiento, estudios recomiendan la necesidad de protocolizar el inicio del tratamiento (Winkel, 2001), sin embargo hay dudas sobre la eficacia de los mismos y la variabilidad en el uso (Swank et alii., 2003; Wilson et alii., 2001); por ello sería necesario valorar otras patologías asociadas a la pelviálgia así como factores sociales y psicológicos que puedan estar incidiendola, para de ese modo llevar a cabo actuaciones preventivas (McGowan-Linda et alii., 1998). En otro estudio analizan la administración de fármacos desde diferentes puntos de vista; por una parte consideran que la pauta de administración debería ser continua y no ante la presencia del dolor para así evitar el "comportamiento condicionado" que reforzaría conductas de compensación y de evitación de actividades no gratas ante el dolor, aunque esto sólo sería válido para analgésicos no tóxicos y que no generen adicción. Más discutible es el uso de antiinflamatorios no esteroideos por el peligro de

irritación gástrica o daño renal. Los opiáceos mayores pueden causar farmacodependencia y tolerancia farmacológica (Domínguez, 1996).

Otro estudio, además de los fármacos anteriores, incorporan el uso de los antidepresivos por su efecto sobre la percepción del dolor y recomienda hacer una evaluación psicosocial escuchando con habilidad y demostrando asertividad, y si fuera necesario enviar a la paciente a un grupo de apoyo psicológico pues este procedimiento puede ser de utilidad para el tratamiento correcto de estos cuadros. (Vidal et alii., 2000) sobre todo para los defensores de la teoría cognitivo-conductual que intenta tratar el dolor a través de cambiar intencionadamente las cogniciones del sujeto (Domínguez, 1996). A este respecto debemos hacer alusión a los resultados encontrados en un estudio realizado en Nueva Zelanda en mujeres con pelvialgia y utilización de servicios de salud que pone de manifiesto que entre un cuarto y un tercio de estas mujeres, cuando acuden a la consulta del especialista, experimentan problemas de comunicación como el de no sentirse escuchada o tomada en serio, recibiendo la sensación de que no tienen nada malo, todo está en sus cabezas (Grace et alii., 2004). Las terapias alternativas, como la acupuntura, se han utilizado durante siglos para controlar el dolor y en el caso de la dismenorrea la mejoría puede llegar hasta un 90% con una reducción de un 41% el requerimiento de fármacos analgésicos (Helms, 1987). A la luz de estos resultados podemos decir que, la necesidad de mejora en la comprensión de estas mujeres con pelvialgia crónica tanto desde el punto de vista clínico como desde la salud pública, es clara.

– *De la construcción de la variable dependiente, pelvialgia.*

Lo primero que tendríamos que preguntarnos es si cometemos un *sesgo de definición* con la construcción de la variable dependiente a partir de las preguntas del cuestionario p1 ¿Siente dolor en el bajo vientre sin que pueda encontrar alivio? y p2. ¿Desde cuándo le duele? Con las respuestas a estas preguntas estamos identificando el grupo de mujeres de este estudio que refiere dolor en el bajo vientre; además se le incorpora la característica de temporalidad del dolor (seis meses o menos; más de seis meses) aspecto fundamental para la definición de pelvialgia, como podemos comprobar en la definición de la SEGO (2002) y en las de otros estudios revisados (Grace et alii., 2004; Florido et alii., 2008; ter Kuile et alii., 2010; Romao et alii., 2009). Por otra parte, el hecho de considerar las respuestas siempre, casi siempre o casi nunca, como aquellos casos que refieren malestar en el bajo vientre, nos conduce a no dejar fuera a ninguna mujer con este dolor; por todo ello creemos que hemos evitado este posible sesgo.

También creemos importante comentar que a la primera pregunta contestan 645 mujeres de los 672 cuestionarios válidos de la muestra, y es sobre ese número de casos sobre el que se va a realizar el análisis estadístico. Esta decisión se toma en base a que la pelvialgia es la variable dependiente y creemos que debe ser alrededor de ese grupo de mujeres sobre los que se deben definir las características de los resultados obtenidos.

Por otra parte consideramos que este estudio aporta la división de las mujeres en aquellas

que tienen pelvialgia hace seis meses o menos y aquel grupo que refiere que su malestar lo tienen desde hace más de seis meses, de este modo hemos podido identificar diferencias entre ambos grupos, mujeres con pelvialgia aguda y mujeres con pelvialgia crónica, pues consideramos, de igual manera que otros estudios (Grace et alii., 2004; Florido et alii., 2008; Tripoli et alii., 2011; Ter Kuile et alii., 2010; Romao et alii., 2009; Latthe et alii., 2006) que la permanencia del dolor en el tiempo provoca afectaciones en otras áreas de la mujer, como en la sexualidad, la vida social, el área emocional, etc.

Otra decisión que debemos referir es que algunas mujeres que contestaron a la pregunta número uno no contestaron a la pregunta dos, en total hacen 49 casos, y fueron asignadas al grupo de mujeres con pelvialgia crónica. Este hecho puede generar una sobrerrepresentación de las mujeres con este malestar desde hace más de seis. Consideramos hacerlo así en base a los datos encontrados en la bibliografía que ponen de manifiesto la gran dificultad de los profesionales sanitarios para hacer un diagnóstico causal de este tipo de dolencia, que se manifiesta más en las mujeres que en los hombres (Giamberardino, 2008; Barsky et alii., 2001; Berkley et alii., 2006; Hadler et alii., 2007)) y que la probabilidad de que este dolor se perpetúe en el tiempo sin un tratamiento específico, es prácticamente del 50% (Sanoja et alii., 2010; Grace et alii., 2004). Podíamos concluir en base a ello, que no sólo no está sobrerrepresentado el grupo de las mujeres con pelvialgia crónica, sino que incluso podemos pensar que más de la mitad de las mujeres de este estudio, que padecen pelvialgia en su fase aguda, se cronificarán.

- *De la relación de la variable dependiente, pelvialgia con los grupos de la muestra.*

En cuanto a la relación con los grupos de mujeres de esta variable pelvialgia construida, los resultados encontrados ponen de manifiesto, como era de esperar, que el grupo de las mujeres que acuden a la consulta de ginecología son las que padecen en mayor proporción esta dolencia en relación con los grupos de planificación y embarazadas ($p=0,007$). En los estudios revisados donde las mujeres embarazadas (Salvatierra et alii., 1987) actúan de grupo control en relación con las mujeres que padecen pelvialgia, y en los que son las mujeres que acuden a las consultas de Planificación y Diagnóstico Precoz de Cáncer (Jiménez et alii., 1987; Navarro et alii., 1989) o bien nos referimos a un grupo de mujeres solicitantes de esterilización tubárica (Cuenca et alii., 1990) las estudiadas como grupo control, son otras las variables relacionadas comparativamente (sexualidad, ansiedad-depresión, carga laboral) y no la probabilidad de padecer dolor pélvico.

Podíamos pensar que el grupo de mujeres embarazadas, por el efecto álgico en la porción inferior del abdomen debida al crecimiento uterino, podían sesgar los resultados encontrados de pelvialgia en los diferentes grupos ocasionando un sesgo de diseño; sin embargo, los datos comparativos encontrados para la pelvialgia aguda y crónica entre los grupos, se han transformado en un indicador de calidad de la validez de la medición de la variable construida, pues en el grupo de embarazadas la pelvialgia aguda es proporcionalmente mayor que en los otros dos grupos ($p<0,0001$). Resultado coherente con el estado de gestación de este grupo de mujeres,

en las que el malestar en el bajo vientre en la mayoría es debido al efecto del embarazo y no a otra causa. Por otra parte, y en la misma línea de discusión sobre la validez de la variable construida, el porcentaje de mujeres con pelvialgia crónica es superior en las mujeres que acuden a ginecología que a planificación familiar ($p < 0,001$). A la luz de los resultados podemos pensar que las relaciones encontradas de las variables independientes en función de la variable dependiente tienen validez.

– *De la relación de las preguntas de pelvialgia con los grupos de la muestra.*

Al analizar la distribución de las respuestas a la pregunta *¿Siente dolor en el bajo vientre sin que pueda encontrar alivio?* en relación con los tres grupos de la muestra, cabe destacar que este dolor se produce siempre y casi siempre en el 12,97% de embarazadas, 8,24% del grupo de planificación y el 25,80% de las mujeres que acuden a consulta de ginecología. Observamos de nuevo, que el dolor en el bajo vientre entre las ginecológicas es mayor que en los dos grupos restantes y además es en las embarazadas superior al porcentaje encontrado entre las de planificación, posiblemente por la misma justificación a la que hemos aludido en el apartado anterior. Estos resultados nos llevan a reconocer como los grupos de e y de pf han actuado de grupos control con toda la fiabilidad y que los casos agrupados en gg tienen grandes probabilidades de ser ciertos. Creemos que los resultados encontrados apoyan la oportunidad en el diseño y la planificación del trabajo.

La pregunta *¿Desde cuándo le duele?* se distribuye alcanzando unas diferencias significativas entre los tres grupos de estudio ($p < 0,0001$). Para el análisis de esta pregunta se aglutinan los casos en dos categorías de respuesta en base a la permanencia en el tiempo del dolor, seis meses o menos y más de seis meses, de este modo agrupamos a los casos en agudos y crónicos, tal que como podemos observar en la muestra de nuestro estudio, la pelvialgia aguda tiene mayor probabilidad de presentarse (70,59%) en el grupo de embarazadas que en el de pf (23,33%) y gg (15,22%); en el caso de la crónica esta es más frecuente entre las mujeres que acuden a consulta de ginecología (70,57%) que en los otros dos grupos de la muestra. Estos resultados ponen de manifiesto una distribución lógica de la pelvialgia en función de las características de cada grupo.

La probabilidad de consultar las mujeres a los servicios del sistema de salud en más ocasiones por esos dolores, es mayor en el grupo de gg, seguido del de pf y por último de e, siendo estas diferencias significativas ($p < 0,001$). Este resultado es coherente con la diferencia de los valores medios obtenidos para la intensidad del dolor y para cada grupo ($p < 0,001$) siendo en promedio mayor para las mujeres de la consulta de ginecología ($3,91 \pm 1,67$) seguido de las de pf ($3,44 \pm 1,48$) y por último, las embarazadas; esto unido al hallazgo de que las mujeres gg tienen dolor siempre o casi siempre en mayor proporción que los dos grupos restantes, es el motivo que justifica una búsqueda insistente dentro del sistema de salud para la resolución del problema. El tratamiento farmacológico consumido por estas mujeres tiene una probabilidad mayor de ser ingerido con una periodicidad de varias veces en semana, en los tres grupos de la muestra, y es,

como podemos deducir por la historia del dolor descrita con anterioridad, que el porcentaje mayor de mujeres que toman calmantes está entre las ginecológicas ($p < 0,0001$).

IV.4.2.2. Malestar menstrual.

Las respuestas encontradas en la pregunta *¿Le supone un problema la menstruación?* ponen de manifiesto que para el 35,92% de las mujeres la menstruación es un problema siempre o casi siempre. Por otra parte el valor medio de dolor menstrual en la escala construida es de 11,7 con una desviación estándar de 4,32; además este malestar menstrual medio está fuertemente asociado a la pelvialgia ($p < 0,0001$) de tal manera que es significativamente mayor en los casos de pelvialgia crónica ($13,4 \pm 4,39$) seguida de los de aguda ($12,5 \pm 5,15$) frente a los que no padecen esta dolencia ($10,2 \pm 3,41$). Por todo ello, podemos pensar que en el grupo de mujeres para las que es un problema la menstruación se encuentran algunas del 54,09% que refieren dolor con la menstruación siempre o casi siempre, al 48% que toman calmantes para el dolor siempre o casi siempre, al 9,76% que necesita guardar cama, al 8,35% de los casos que necesitan dejar sus responsabilidades y al 19,17% que renuncia al ocio.

De la comunidad científica es históricamente sabida la relación establecida entre el ciclo menstrual y el dolor pélvico, ya sea en la fase premenstrual, menstrual o posterior a la menstruación (Domínguez, 1996; Vargas-Moreno, 1987; Tripoli et alii., 2011; Grace et alii., 2004; Giamberardino, 2008). Para algunos un factor fundamental de esta patogenia de dismenorrea sin causa orgánica, es la liberación de prostaglandinas procedentes de la desintegración del endometrio, motivando un aumento de contractilidad uterina, isquemia del útero, aumento de la sensibilidad de las terminaciones nerviosas, proceso que conduce al dolor en la menstruación (Domínguez, 1996; Harel, 2002), en otros casos se asocia a hallazgos pélvicos como causa orgánica (endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, congestión pélvica, etc) (Vidal et alii., 2000; González et alii., 1986; Giamberardino, 2008) Otros estudios tratan la dismenorrea y el síndrome premenstrual como factores de riesgo para el padecimiento de pelvialgia crónica de tal modo que el síndrome premenstrual a su vez genera un estado de mayor ansiedad provocando la dismenorrea (Latthe et alii., 2006; Giamberardino, 2008). Estudios recientes demuestran que el dolor crónico menstrual en la dismenorrea primaria (sin causa orgánica) es acompañado por un metabolismo anormal del cerebro en varias regiones involucradas en diversos aspectos del procesamiento del dolor (Cheng-Hao et alii., 2009) y estas aportaciones prolongadas nociceptivas al sistema nervioso central puede inducirlo a alteraciones funcionales y estructurales en todo el sistema nervioso, responsables de la percepción del dolor, perpetuando el mismo (Cheng-Hao et alii., 2010; May, 2008). Por el contrario, si el efecto nociceptivo es agudo, en individuos sanos se ha asociado con "plasticidad adaptativa" manifestándose como una hipertrofia regional en las esferas relacionadas con dolor (Teutsch et alii., 2008).

El objetivo de este estudio no ha sido identificar causas del dolor menstrual, sino estudiar la asociación existente entre este y la pelvialgia lo cual ha quedado clara y fuertemente reconocida

por dos hechos fundamentales: uno el referido a la fuerte consistencia interna de los *ítems* que componen la dimensión con un Alfa de Cronbach global de 0,8870, y otro se refiere a la fuerte asociación entre los valores medios de malestar menstrual y las diferentes categorías de pelvialgia ($p < 0,0001$), tal y como ya hemos expuesto.

Por otra parte, al hilo de los estudios sobre la repercusión cerebral que va generando el dolor a lo largo del tiempo, consideramos importante actuar en la fase aguda del malestar y así poder incidir sobre la repercusión que genera en áreas fundamentales de las mujeres y que han sido motivo de estudio de este trabajo (área sexual, emocional, relacional, calidad de vida, etc)

IV.4.2.3. Anticoncepción y miedo al embarazo.

– *De la descriptiva y relación de la dimensión con pelvialgia.*

Casi la mitad de las mujeres de la muestra refieren el preservativo masculino como el método más utilizado, seguido, pero con mucha diferencia, por la píldora anticonceptiva (19,78%). Estos resultados son equiparables a los encontrados en el estudio de Martínez, (Martínez et alii., 2005) en el que determinan el método utilizado por mujeres con una edad media de 37,87 años y una desviación estándar de 6,61, previo a tomar la decisión de la colocación de un dispositivo intrauterino (41,02% utilizan el preservativo y el 17,02% la píldora anticonceptiva) y en el trabajo de Campos, (Campos et alii., 2006) que estudia los hábitos sexuales y el uso de anticonceptivos en estudiantes de licenciatura de la universidad de Sevilla, utilizaron el preservativo el 62,05% y la píldora anticonceptiva el 16,65%. Este porcentaje algo mayor encontrado en la utilización del preservativo en relación con el estudio de Martínez y el nuestro podría deberse a que su uso se asocia a una menor frecuencia de coito vaginal y a una mayor intención de conducta de no-riesgo con la pareja habitual, como ponen de manifiesto el trabajo de Bimbela, (Bimbela et alii., 2002) que estudia una población de entre 14 y 24 años residentes en Andalucía, donde el 83,1% utilizó preservativo del grupo de estudiantes que en los últimos seis meses había tenido una relación de coito vaginal y el 48,6% de los que tuvieron más de una relación.

En los resultados encontrados llama la atención especialmente que un 20,26% de mujeres no utilizan ningún método anticonceptivo para no procrear. Podíamos pensar que este dato puede ser compatible con el 18,92% de mujeres de la muestra que, independientemente de su estado civil, no conviven en la actualidad con ninguna pareja. Estos hallazgos nos llevarían como equipo investigador a profundizar en ello a través de diseños de investigación que exploren estos hechos.

Podíamos concluir que un elevado porcentaje de mujeres se sienten bien con la anticoncepción, pues más del 80% están satisfechas con el método, lo consideran seguro y no sienten que les perjudique su salud. Estos resultados ponen de manifiesto que la reproducción humana es un fenómeno social con características socioculturales específicas y que los cambios han generado que la salud sexual y reproductiva sea entendida como el derecho de las mujeres a

tener descendencia y a regular su fertilidad en forma segura y efectiva, aprendiendo a disfrutar la sexualidad libre del miedo de embarazo no deseado y de contraer enfermedades (Jaramillo et alii., 2005)

Cuando estudiamos la asociación entre pelvialgia y anticoncepción, ninguna de las variables que exploran esta dimensión en este estudio se asocian con la pelvialgia. Entre los resultados encontrados en otros trabajos de investigación, la relación que se establece entre la anticoncepción oral y la pelvialgia, es que aquella está asociada con la reducción del riesgo de dismenorrea (Latthe et alii., 2006) Por otra parte hay estudios que achacan frecuentemente el estado de ánimo de las mujeres con pelvialgia a la utilización de métodos anticonceptivos deficientes, como el coito interruptus (Cuenca et alii., 1990) y otros asocian la utilización del coito interruptus, utilizado o no con otros métodos anticonceptivos, el elegido preferentemente por las mujeres con pelvialgia ($p < 0,001$) (Jiménez et alii., 1987); otros investigadores lo han relacionado con el síndrome de congestión pélvica (Domínguez, 1996). En este estudio el porcentaje de mujeres que utiliza el coito interruptus es del 6,54% y, en general, la utilización de métodos anticonceptivos no está asociada a la pelvialgia. Ello nos podía llevar a concluir que la anticoncepción ha dejado de ser un problema para la mujer, la ha incorporado en su vida como algo más sin connotaciones culturales de otro tipo que las propias de evitar un embarazo no deseado y tener una sexualidad plena.

Cabe mencionar el resultado aislado encontrado, que asocia la vasectomía como método anticonceptivo y la pelvialgia, en el sentido de que este se utiliza nueve veces más en los casos crónicos que en los agudos ($p < 0,005$), y la mitad entre las mujeres que no tienen pelvialgia y las que sí ($p < 0,049$). No hay estudios al respecto de esta relación, en la bibliografía consultada. Posiblemente trabajos dirigidos en el análisis relacional entre vasectomía y pelvialgia permitan confirmar o refutar este resultado. Aunque sea un caso aislado y achacado al azar, puede llevarnos a reflexionar y seguir observando lo que acontece entre estas dos variables.

A la luz de estos resultados podemos tomar la decisión de no mantener esta dimensión en el nuevo cuestionario tal como está estudiada en el cuestionario preliminar. Sí podríamos dejar algunas preguntas que apoyen al clínico para hacer la valoración global de la mujer que acude a la consulta, del tipo de *¿Utiliza algún método para evitar el embarazo?* y *¿Está usted satisfecha con el método o los métodos que utiliza?*

IV.4.2.4. Sexualidad.

– *Del perfil descriptivo.*

El 90% de las mujeres mantienen relaciones sexuales, porcentaje superior al de mujeres convivientes con pareja (79,77%), lo que es coherente con el momento actual relacional en el que el estado civil y la situación de convivencia no definen la sexualidad, esta es independiente.

Los resultados encontrados reconocen tres perfiles de mujeres construidos en relación a las características de las relaciones sexuales, las encontradas sobre las prácticas sexuales y el deseo así como las referidas a la calidad de la interrelación de pareja. Estos perfiles se desarrollan en base a los aspectos negativos que explora cada pregunta, pues consideramos que el objeto del cuestionario es identificar al grupo de mujeres que tienen problemas o dificultades en la sexualidad. Es sabido por la comunidad científica y es un área explorada en la mayoría de los estudios de pelvialgia, que la sexualidad en una parcela de la mujer que se ve afectada desde el punto de vista negativo cuando padecen dolor pélvico crónico (Jiménez et alii., 1987; Cuenca et alii., 1990; Navarro et alii., 1989; Ter Kuile et alii., 2006; Tripoli et alii., 2011), por este motivo vamos a plantear el perfil de mujer que caracteriza el cuestionario.

En la descripción de las relaciones sexuales se sienten incómodas con su pareja en las relaciones íntimas el 2,12%, se sienten incómodas cuando mantienen relaciones sexuales el 4,22%, se sienten culpables cuando les apetecen las relaciones sexuales el 1,96%, y sienten un nivel bajo de satisfacción sexual con su pareja el 5,02%. Podemos concluir que son muy bajos los porcentajes de esta área sexual explorada, por tanto podíamos decir que las mujeres de este estudio disponen de una buena salud sexual. Por otra parte no podemos olvidar que el 8,99% de las mujeres experimentan mucho o bastante dolor con la penetración vaginal (dispareunia), síntoma asociado a la pelvialgia como podemos deducir de los hallazgos encontrados en otros estudios (Martínez, 1969; Navarro et alii., 1989; Parrilla et alii., 1979; Domínguez, 1996; Latthe et alii., 2006; Ter Kuile et alii., 2010; Tripoli et alii., 2011; Florido et alii., 2008) y que es a la identificación de ese número de caso al que va destinado el cuestionario para poder ser atendidas en sus malestares; ese es el su objetivo fundamental del cuestionario.

En la exploración de las prácticas sexuales y el deseo encontramos que el 12,54% de las mujeres casi nunca o nunca alcanzan el orgasmo, el 8,74% no están satisfechas con los orgasmos que experimentan, el 21,35% de las mujeres tienen prácticas sexuales con una frecuencia menor a una vez por semana o menos de una vez al mes y no están satisfechas con la frecuencia de sus relaciones sexuales el 20,13%, practican la masturbación el 65,10% y al 9,85% hay algunas prácticas sexuales que no le son agradables. En cuanto al deseo un 20,98% no tienen deseo casi nunca o nunca, el 19,41% se sienten culpables casi siempre o siempre cuando no tienen deseo sexual y en cuanto a la valoración de la satisfacción con la actividad sexual, para el 68,22% es alta, para el 24,13% media y en el 7,65% de los casos baja. Esta área exploratoria recoge a mayor proporción de mujeres con efectos adversos en cuanto a las prácticas sexuales, posiblemente porque estemos centrándonos en una actividad que tiene más que ver con el sexo que con la sexualidad dónde la interacción de las personas permite un cruce emocional, mientras que el sexo tiene más que ver con el acto placentero de la relación. Podíamos pensar que las mujeres de este estudio diferencian bien lo que se podía llamar sexo de lo que denominamos sexualidad.

Otra área explorada por este cuestionario es la que se refiere a la calidad en la relación interpersonal de pareja. Para ello el cuestionario indaga sobre la comunicación con la pareja siendo mala o muy mala en el 5,16% de los casos, la mujer describe la relación con su pareja

como con mucha o bastante tensión en el 6,08% de los casos, resuelven con mucha o bastante dificultad las discusiones el 8,18% y sienten mucha o bastante soledad el 5,41% de ellas. Otros estudios han profundizado sobre la frecuente dificultad que se presenta en las relaciones interpersonales en mujeres de algias pélvicas crónicas (Beard et alii., 1977; Reading et alii., 1982; Domínguez, 1996). Estos porcentajes son bajos y, desde el punto de vista numérico, se aproximan a los encontrados en el área de relación sexual, porcentajes que pueden apoyar la teoría de que, para la mujer, alrededor de la relación sexual hay una compleja interacción de componentes fisiológicos, psicológicos e interpersonales (Rosen et alii., 2006), y como dice Basson (2001) el modelo de respuesta sexual de la mujer está basado en la intimidad, respuesta cíclica en su naturaleza, cuyas fases de respuesta sexual no son secuenciales ni superpuestas e incorporan componentes mentales y físicos (Basson, 2001)

Podemos concluir que el cuestionario, en el área sexual, tiene la capacidad de diferenciar entre el sexo, acto placentero por antonomasia, y la sexualidad, en la que entran en juego la subjetividad de otras percepciones y el mundo de los afectos juega un papel esencial.

– *Del factorial de sexualidad y su relación con la pelvialgia.*

En cuanto a los cinco factores contruidos sobre sexualidad, ello nos ha permitido desarrollar e identificar subáreas exploratorias en la mujer y que definen su sexualidad: valoración de la conducta sexual, relación y comunicación con la pareja, deseo sexual, discomfort sexual y frecuencia de actividad sexual. Esto ha sido posible por la alta correlación entre las preguntas de cada factor construido. En general podemos decir que la distribución de los cinco factores están desplazadas hacia puntuaciones altas, resultado que corresponde con el nivel de salud sexual de la mujer encontrado en este estudio.

Al analizar la relación de los factores con la pelvialgia, podemos decir de modo general que todos los factores contruidos tienen asociación estadística con el padecimiento de la pelvialgia ($p < 0,001$). La excepción recae sobre el factor 5, que explora la frecuencia en la actividad sexual y no aparece asociado a la pelvialgia ($p < 0,051$), otros estudios apoyan estos resultados encontrados (Jiménez et alii., 1987; Parrilla et alii., 1979; Florido et alii., 2008;) y otros sin embargo, observan diferencias significativas en la frecuencia de la sexualidad entre el grupo de mujeres con pelvialgia y las que no tienen (Tripoli et alii., 2011), siendo menor en las mujeres con pelvialgia ($p < 0,031$). Tanto la valoración de la conducta sexual, la relación y comunicación con la pareja, el deseo sexual y el confort sexual son mejores, en promedio, entre mujeres sin pelvialgia que entre aquellas que la padecen. Los hallazgos encontrados por Paterson (Paterson et alii., 2009) ponen de manifiesto que el dolor pélvico y genital tienen un impacto negativo de leve a moderado sobre la función sexual; otros estudios hablan de una anorgasmia, frigidez, no satisfacción en el coito, coitalgia (Jiménez et alii., 1987; Domínguez, 1996;) y aversión sexual (Tripoli et alii., 2011) en estas mujeres; en contraposición otros trabajos realizados en mujeres que padecían dolor pélvico crónico entre 1 y 3 años y un grupo control de mujeres que se van a someter a un bloqueo tubárico para planificación definitiva, no se encontraron diferencias

significativas en parámetros sexuales (frecuencia coital, experiencia de orgasmo, evaluación de la propia sexualidad).

IV.4.2.5. Rol de la mujer.

– *De la descriptiva y su relación con pelvialgia.*

Los hogares están constituidos mayoritariamente por un número de personas convivientes que gira en torno a 2, 3 y 4, dato que se corresponde con el encontrado en la encuesta de salud andaluza de 1999, en el que, para la misma pregunta, el número medio de personas convivientes es de 3,57 (EAS, 1999); las tres cuartas partes de las mujeres tienen hijos menores de 6 años y un 16,81% cuidan a personas mayores de 65 años.

La sobrecarga percibida para el 22,90% de las mujeres es de 5 en una escala de 0 a 7, oscilando en torno al 3, 4, 6 y 7 porcentajes en torno al 13,18% y 16,14%. Podemos pensar que, como hacen referencia otros estudios, esta distribución de la sobrecarga corresponde con la forma en que están constituidos los hogares (Artazcoz et alii., 2001). Sin embargo, llama la atención que teniendo niveles de sobrecarga altos la gran mayoría de las mujeres del estudio, también valoran con puntuaciones altas la percepción que tienen sobre el apoyo que reciben para organizar su vida, tal que en el nivel 5 se ubican el 20,36% y en los niveles 4, 6 y 7 la distribución porcentual oscila entre el 14,74% y el 20,03%. Podíamos reflexionar en el sentido de que esto podía ser debido a la dificultad que creemos que tienen las mujeres para limitar sus actividades sintiéndose responsables de los cuidados y la actividad laboral con estándares altos de nivel de responsabilidad, ello puede suponer una carga añadida no cuantificable.

Por otra parte tienen una valoración del estado de salud muy buena o buena en el 81,92% de las mujeres, porcentaje muy próximo al 72,27% encontrado en la encuesta de salud andaluza, 1999 (EAS, 1999). Las diferencias porcentuales pueden ser debidas a que la encuesta de salud está dirigida a población de hasta 75 años y más y la morbilidad en esas edades es mayor generando una peor percepción del estado de salud. Por otra parte el peor estado de salud de las mujeres se explica en buena medida por unos roles sociales determinados por el sexo, más desfavorables para ellas (Lennon, 1995), otros trabajos han documentado un mejor estado de salud en las mujeres ocupadas en comparación con las amas de casa interpretando la ocupación como un efecto beneficioso (Artazcoz, 2002), sin embargo hay hipótesis contrarias que apoyan que el conflicto de roles, el desempeño de varios roles, tiene efectos negativos sobre la salud de las mujeres, tanto por la sobrecarga que supone como por la dificultad para compaginarlos (Sorensen et alii., 1987) .

En cuanto a la calidad de vida explorada en este estudio a través de la pregunta *¿Cómo de satisfecha se siente con su vida?*, las mujeres están muy satisfechas o satisfechas en el 83,74% de los casos; sin embargo no podemos dejar de comentar que el 16,27% están poco o nada satisfechas con su vida y pudiera ser que fuese este grupo de mujeres el que padece pelvialgia

crónica (Jones et alii., 2002) y por tanto son las subsidiarias de una atención global por parte de los profesionales.

Las mujeres con pelvialgia crónica tienen hogares formados por mayor número de miembros ($p < 0,008$) en relación con las que no tienen pelvialgia y con el grupo de las agudas. Podíamos preguntarnos si el número de personas que forman el hogar puede ser valorado como carga de trabajo doméstico y por tanto formar parte de la sobrecarga percibida. A la luz de los datos podemos añadir al perfil estudiado de mujer con este malestar algico, que la sobrecarga percibida en la vida cotidiana está asociado a padecer pelvialgia, siendo el valor medio de sobrecarga mayor en las mujeres con pelvialgia crónica ($4,60 \pm 1,85$) seguido de las agudas ($4,29 \pm 1,91$) y en último lugar las mujeres que no padecen pelvialgia ($4,16 \pm 2,02$) para un valor $p = 0,030$. Por otra parte la sobrecarga mantenida en el tiempo puede llevar a la persona al agotamiento de impulsos o energía y conducir a un estado de depresión (Alonso-Fernández, 1988; Seva-Díaz, 1984). Estudios revisados ponen el énfasis en realizar una evaluación con un enfoque multidisciplinar valorando el entorno familiar (Vidal et alii., 2000; Domínguez, 1996)

Otra variable que aparece fuertemente asociada a la pelvialgia es la salud autopercebida, asociación encontrada en otros estudios (Jones et alii., 2002) con diferencias significativas para los tres niveles de pelvialgia ($p < 0,0001$), de tal modo que las mujeres sin pelvialgia tienen un estado de salud autopercebido malo o muy malo en el 11,85% de los casos, las agudas el 18,29% y en las crónicas sube a un 25,94%. Un estudio realizado en mujeres de entre 18 y 50 años divididas en tres grupos: con endometriosis, con dolor pélvico y el grupo control sin historia previa de dolor de causa ginecológica, midió la salud percibida de las mujeres y los resultados no dieron diferencias significativas entre los grupos de endometriosis y pelvialgia teniendo un estado de salud malo o muy malo el 30% de las mujeres, las diferencias significativas se encontraron frente al 2% del grupo control ($p < 0,001$) (Tripoli et alii., 2011). Podemos observar que los porcentajes de mala salud percibida se aproximan entre las mujeres con pelvialgia de ambos estudios.

De igual modo que en la variable anteriormente descrita, el grado de satisfacción con la vida tiene que ver con el padecimiento de la pelvialgia de tal manera que las mujeres con este malestar tienen menos probabilidades de estar satisfechas con su vida ($p < 0,020$), y es en el caso del grupo de mujeres en el que la pelvialgia se ha cronificado en el que la satisfacción con la vida es alta para un 76,55% de mujeres, para el 88,75% de las agudas y para el 88,07% que carecen de ella ($p < 0,014$); como podemos observar la mayor satisfacción con la vida autopercebida es inversamente proporcional a los niveles de pelvialgia de este estudio. Cabe comentar en estos resultados que la pelvialgia, una vez instaurada en la mujer, es el tiempo que permanece en ella el que le va deteriorando su calidad de vida. Como podemos observar no hay diferencias entre el grupo de mujeres que no padecen pelvialgia y el que la padece de forma aguda, sin embargo es el grupo de las crónicas donde este deterioro se va generando. Un estudio comparativo realizado en mujeres de 18-45 años, un grupo con dolor pélvico y un grupo control sin dolor pélvico, se observó que la duración media del dolor era de 4,48 años con una desviación estándar de 4,92, y

las diferencias en la calidad de vida entre ambos grupos eran significativas ($p < 0,0001$) (Romao et alii., 2009). La pelvialgia tiene un impacto importante en la calidad de vida de las mujeres (Tripoli et alii., 2011; Jones et alii., 2002).

Cuando los documentos revisados entran en estudiar los factores generadores de la pelvialgia, incorporan que los psicosociales y ambientales se superponen con otros factores en la mayoría de los casos, perpetuando el dolor (Latthe et alii., 2006; Navarro et alii., 1989; Vidal et alii., 2000; Domínguez, 1996).

Podemos resumir el perfil encontrado al estudiar la variable rol de la mujer en relación con la pelvialgia, de la siguiente manera: el padecimiento de la pelvialgia y de modo más probable, la crónica, se asocia al mayor número de miembros que forman los hogares, a la mayor sobrecarga percibida, a la menor salud percibida y la menor satisfacción con la vida.

IV.4.2.6. Malestar emocional.

– *Del factorial ansiedad-depresión en relación con la pelvialgia.*

Observados los valores medios de la distribución para cada factor construido, ansiedad y depresión, podemos decir que en el caso de la ansiedad es de 7,3, desviación estándar 2,55 y para la depresión 11,9, desviación estándar 3,13. Al relacionar el factor ansiedad con los niveles de pelvialgia, encontramos que el valor medio de la ansiedad es menor en el grupo de mujeres que no tienen pelvialgia ($6,4 \pm 2,25$) en relación de las que si padecen este malestar ($8,0 \pm 2,58$), y es con la pelvialgia crónica ($8,1 \pm 2,57$) específicamente con la que mantiene una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0001$).

De igual modo los valores medios de depresión encontrados presentan diferencias significativas entre las mujeres con pelvialgia y las que no la padecen ($p < 0,0001$), de tal manera que estos valores medios son superiores en las mujeres con pelvialgia crónica ($12,9 \pm 3,31$) en relación de las mujeres que no tienen pelvialgia ($11,1 \pm 2,84$) y aunque en el caso de las mujeres con pelvialgia aguda el valor medio de depresión ($12,0 \pm 2,91$) es superior al de las mujeres que no tienen pelvialgia, sin embargo estas diferencias no tienen significación estadística ($p = 0,112$). De igual modo, no hay diferencias estadísticas entre las medias de depresión encontradas para los dos grupos de pelvialgia aguda y crónica.

En este estudio, tanto para la ansiedad como para la depresión, es la cronicidad de la patología pélvica la que incide sobre el peso clínico de estas dos patologías mentales en relación con el grupo control.

Al estudiar el malestar emocional en las mujeres con pelvialgia, centrándonos principalmente en los cuadros de ansiedad y depresión, el problema que se suscita es quien es causa o efecto. Ello nos llevaría a preguntarnos, ¿Es el estado de ánimo alterado la causa de la

pelvialgia sin factor orgánico identificable, o es la pelvialgia mantenida en el tiempo, al no tener un diagnóstico causal claro, la que genera el trastorno emocional? Ni este estudio ni otros han estado dirigidos a establecer esa relación causal.

La relación entre la pelvialgia y la afectación emocional se analiza desde diferentes ópticas de tal modo que, hay estudios que hablan de los trastornos psiquiátricos ocurridos en casos con dolor crónico intenso de más de un año de duración (Benson et alii., 1959), otros detectan mayor tendencia en cuadros de neurosis y depresión (Domínguez, 1996) y para Navarro, estas patologías psiquiátricas se presentan en el 39% de las mujeres con pelvialgia estudiadas (Navarro et alii., 1989). Además, estudios hacen una llamada de atención sobre el papel de los conflictos, los disgustos y los disturbios emocionales en la patogenia del dolor pélvico crónico, actuando como desencadenantes de la congestión pélvica, aunque ello no pueda explicar siempre el dolor (Navarro et alii., 1989; Jiménez et alii., 1987; Vidal et alii., 2000). Otros inciden en la repercusión del abuso sexual (Latthe et alii., 2006) y del estrés prolongado en el dolor pélvico crónico (Duncan et alii., 1952; Reading, 1982; Domínguez, 1996), otros detectan altas puntuaciones en ansiedad, (Parrilla et alii., 1979; McGowan et alii., 1998), como es el caso de nuestro estudio. Domínguez (1996) hace una llamada de atención sobre que la depresión podría desarrollarse como consecuencia de dolor pélvico crónico persistente (Domínguez et alii., 1996) (coincidiendo esta aportación con los hallazgos de nuestro estudio), teoría apoyada por Romao (2009) en un estudio realizado en mujeres con dolor pélvico crónico de entre 18-45 años y que a modo general dice que se encuentra asociación entre la fisiopatología de la pelvialgia crónica y la enfermedad depresiva (Romao et alii., 2009).

Tradicionalmente los factores psicológicos han tratado de explicar la presencia de dolor pélvico en mujeres y no es de extrañar que los altos niveles de ansiedad y depresión sean comunes en mujeres con pelvialgia crónica así como en situaciones de dolor crónico general (McGowan et alii., 1998). Aunque no exista una relación causa-efecto demostrada, los datos de morbilidad psicológica estudiada en este trabajo son lo suficientemente coherentes y firmes como para sugerir que bien pueden estar relacionadas con el dolor pélvico crónico.

– *De otros factores de malestar emocional.*

En la discusión de las variables construidas de sueño, alimentación y vida social debemos recordar que a mayor puntuación mayor número de problemas reportados. Para el sueño cabe comentar que el 24,19% no reportan ningún problema y el 39,69% reportan dos o más. Para la alimentación, el 80,78% de las mujeres reportan un problema de alimentación. En la variable vida social aparece una bimodalidad para 1 problema social y 3, siendo para ambos un 25% aproximadamente las mujeres que lo reportan. Los valores medios en la muestra para la variable sueños es de 1,8, desviación estándar 1,34; para alimentación es de 1,0, desviación estándar 0,43 y en vida social 1,9, desviación estándar 1,32.

Al relacionar estas variables con la pelvialgia podemos decir que todas establecen una asociación estadísticamente significativa, de tal modo que la puntuación media de la escala de sueño es superior entre las mujeres con pelvialgia crónica ($2,1 \pm 1,37$; $p < 0,001$) y pelvialgia aguda ($2,1 \pm 1,37$; $p < 0,036$) en relación con las que no tienen pelvialgia ($1,6 \pm 1,35$). Entre las mujeres de pelvialgia aguda y pelvialgia crónica, esta variable no presenta diferencias significativas. Un estudio de los revisados pone de manifiesto que un 48,30% de las mujeres que padecen dolor pélvico crónico presentan insomnio (Navarro et alii., 1989).

Para la variable alimentación la puntuación media es superior en mujeres con pelvialgia y concretamente en los casos crónicos ($1,0 \pm 0,42$) en relación con las mujeres que no la padecen ($0,9 \pm 0,41$) para un valor $p < 0,002$. En una revisión sistemática sobre factores de riesgo predisponentes de dolor pélvico crónico en mujeres, identifica la ingesta de pescado como factor que reduce el riesgo de dismenorrea (Latthe et alii., 2006).

Igual patrón asociativo presenta la relación entre la vida social y el padecimiento de la pelvialgia, siendo la puntuación media mayor en mujeres con pelvialgia en la modalidad crónica ($1,9 \pm 1,18$) que entre las mujeres sin esta patología ginecológica ($1,6 \pm 1,27$) para un valor $p = 0,048$. El hecho de que mujeres con algias pélvicas crónicas presenten con mucha frecuencia dificultades en sus relaciones interpersonales, ha sido publicado por diferentes autores (Quan, 1987; Duncan et alii., 1952; Beard et alii. 1977; Reading et alii., 1982; Navarro et alii., 1989).

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La hipótesis planteada en este trabajo ha sido cierta, o sea que efectivamente, el cuestionario de Síntomas, Actitudes y Trastorno Emocional en clínica Obstétrico-Ginecológica, elaborado por Salvatierra y Cuenca en 1987, se ha quedado desfasado para medir las alteraciones psicosomáticas en usuarias de estos servicios, debido a los cambios en los factores socioculturales ocurridos en las últimas décadas.

I. DE LA REVISIÓN SOCIOCULTURAL Y DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO, DEL CUESTIONARIO DE SALVATIERRA Y CUENCA.

- I.1. El análisis inicial del cuestionario pone de manifiesto el marco cultural y normativo de la mujer tradicional de aquella época y está cargado de un contenido discriminatorio que responde al momento de su realización.
- I.2. Tiene una base fundamentada en la interpretación de las teorías del psicoanálisis en el contexto sociocultural y médico de los años setenta. Se trataba de dar explicación a la aparición de cierta sintomatología de pelvialgia crónica a través del conflicto psicológico.
- I.3. El cuestionario explora síntomas a través de la actitud de la mujer hacia la sexualidad, el embarazo o el papel femenino tradicional, relacionando la biología de la mujer con su papel social.
- I.4. El papel femenino tradicional se explora indagando sobre los roles sociales imperantes en el momento y que tienen que ver con el cuidado de la casa y la familia, la educación de los hijos y la preferencia por el sexo varón frente a la hembra. Está construido partiendo de la hipótesis de que la mujer no se siente bien con ser mujer inmersa en un contexto androcéntrico donde es el hombre el modelo imperante de satisfacción personal.
- I.5. La falta de apetito en las relaciones sexuales y otras apreciaciones negativas de la misma, en el cuestionario inicial, podrían estar relacionadas con que la mujer no cumple bien con su papel de mujer en un contexto heterosexual y por ende correspondería con una percepción muy negativa del ser mujer.

I.6. La sexualidad se vincula al casamiento, homogeiniza a todas las mujeres bajo un mismo comportamiento estándar de frecuencia sexual, interpreta el sueño erótico y la masturbación como dos manifestaciones de una mujer con sexualidad negativa, equipara la sexualidad a la relación de pareja.

II. DE LA ADAPTACIÓN SOCIOCULTURAL Y DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO, DEL CUESTIONARIO DE SALVATIERRA Y CUENCA.

II.1. Los síntomas ginecológicos, dolor pélvico y malestar menstrual, se mantienen en el cuestionario final, construyendo una definición actualizada.

II.2. Miedo al embarazo y a la contracepción no se relaciona con la sintomatología de pelvialgia. A día de hoy esta dimensión no genera conflicto como en la época de Salvatierra y Cuenca y hemos dejado solamente dos preguntas por interés clínico: *¿Utiliza algún método para evitar el embarazo?* y *¿Está satisfecha con el método o los métodos que utiliza?*

II.3. Sexualidad negativa. Existe una relación estadísticamente significativa entre la pelvialgia y la sexualidad de tal modo que las mujeres sin pelvialgia tienen unos valores medios mayores, desde el punto de vista positivo, en los factores de *Valoración de la conducta sexual, Relación y comunicación con la pareja*, que las mujeres con pelvialgia crónica; estas diferencias no son significativas en mujeres con pelvialgia aguda en relación con la crónica ni entre el grupo de no pelvialgia en relación con las mujeres de pelvialgia aguda. Para el *Deseo sexual* y *Confort sexual*, los valores medios encontrados entre mujeres con pelvialgia y sin pelvialgia son diferentes y estadísticamente significativos en el sentido de que las mujeres sin pelvialgia tienen valores medios mayores de deseo y confort sexual que las de pelvialgia aguda y en relación con las de pelvialgia crónica; sin embargo no se encuentran diferencias significativas entre los dos grupos de pelvialgia, aguda y crónica. Aunque el factor *Frecuencia de actividad sexual* no se asocia estadísticamente con pelvialgia, lo mantenemos en el cuestionario. A esta dimensión la nombramos Sexualidad.

II.4. Rechazo del papel femenino se suprime y se sustituye por la dimensión Rol de la mujer dado que las variables *Número de personas convivientes, Nivel de sobrecarga percibida, Estado de salud percibido* y *La satisfacción con la vida* se asocian significativamente a la pelvialgia. De este modo obtenemos que el valor medio de personas convivientes es mayor entre las mujeres con pelvialgia crónica en relación con las que no padecen pelvialgia y entre los dos subgrupos de pelvialgia siendo el número medio de personas convivientes menor en el grupo de agudas que en el de crónicas. El valor medio de sobrecarga percibida es mayor en mujeres con pelvialgia crónica que entre las que no tienen pelvialgia; no hay diferencias entre el grupo de no

pelvialgia en relación con el grupo de agudas ni entre los dos niveles de pelvialgia (aguda y crónica). La salud percibida se asocia a la pelvialgia en el sentido de que tienen peor estado de salud autopercibido las mujeres con pelvialgia crónica seguida de las agudas y por último de las mujeres con no pelvialgia. La satisfacción con la vida se asocia a la pelvialgia de tal modo que tienen menos probabilidad de estar satisfechas con la vida las mujeres de pelvialgia crónica, seguida de los casos agudos y por últimos los no álgicos.

- II.5. Se suprimen las dimensiones vasolabilidad e hipoestronismo porque son preguntas dirigidas esencialmente a mujeres menopáusicas y este grupo no forma parte de la muestra.
- II.6. Alteración emocional, ansiedad y depresión se han sustituido por malestar emocional que abarca el factor de ansiedad, el de depresión y las variables de problemas del sueño y de la vida social, dado que existe una asociación significativa entre pelvialgia y estas variables. De manera que las mujeres con pelvialgia, ya sea esta aguda o crónica, presentan puntuaciones medias de ansiedad mayores que las que no tienen, no habiendo diferencias entre los valores medios de los dos tipos de pelvialgia (aguda o crónica); en el caso de la depresión las puntuaciones medias son mayores en mujeres con pelvialgia crónica en relación con las que no tienen pelvialgia; para este factor no hay diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con pelvialgia aguda y las que no tiene pelvialgia y entre los dos grupos de pelvialgia (aguda y crónica).

En cuanto a los problemas de sueño, las diferencias en las puntuaciones medias encontradas entre mujeres con pelvialgia en relación con las que no tienen, son estadísticamente significativas en el sentido de que las mujeres que no tienen pelvialgia, en promedio, tienen menos puntuación en esta escala que las que tienen pelvialgia aguda y pelvialgia crónica; sin embargo no hay diferencias entre los dos tipos de pelvialgia. Para la variable vida social, las diferencias encontradas en las puntuaciones medias son estadísticamente significativas siendo mayores los problemas de vida social, en promedio, entre las mujeres con pelvialgia crónica en relación con las que no tienen pelvialgia. No hay diferencias significativas entre el grupo de no pelvialgia en relación con pelvialgia aguda ni entre los dos tipos de pelvialgia (aguda y crónica).

Por todo lo anterior el Nuevo Cuestionario de Síntomas, Actitudes y Trastorno Emocional en clínica Obstétrico-Ginecológica, de Salvatierra y Cuenca, se presenta seguidamente:



Distrito Sanitario de Granada - Centro de Salud La Caleta

Hospital Universitario San Cecilio - Servicio de Obstetricia y Ginecología

Universidad de Granada - Departamento de Obstetricia y Ginecología

**CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS, ACTITUDES Y TRASTORNO EMOCIONAL EN CLÍNICA
OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA**

Fecha de realización:.....

A cumplimentar por el/la ginecóloga

Grupo al que pertenece:

Embarazada	P. Familiar	Ginecología	Otros.....
------------	-------------	-------------	------------

Lea usted estas líneas antes de comenzar a rellenar el cuestionario.

Este es un cuestionario para las usuarias de las consultas de la mujer.

Tiene el objetivo de que la mujer reconozca las áreas que hay en torno a su vida y que pueden influir o no en el motivo de consulta por el que acude a este servicio.

Además, usted facilita a quien la atiende en consulta un conocimiento general de usted misma, ayudándole en la toma de decisiones.

Este cuestionario es autoadministrado y está dirigido a mujeres que acuden a consulta obstétrico-ginecológica. La información sólo será conocida por el/la profesional que la atiende en consulta. Su opinión y sus datos personales están amparados por el secreto estadístico (art. 23 de la Ley de la Función Estadística Pública).

Marque con una cruz la respuesta o respuestas que correspondan.

1. **¿Siente dolor en el bajo vientre sin que pueda encontrar alivio?**

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4. Nunca
-----------	----------------	--------------	----------

(Si la respuesta es NUNCA pase a la pregunta 6)

2. **¿Desde cuándo le duele?**

1.Hace 6 meses o menos	2.Hace más de 6 meses
------------------------	-----------------------

3. **Marque la intensidad del dolor 0 1 2 3 4 5 6 7**

Marque con una cruz en esta escala del 0 al 7 la intensidad del dolor, en la que 0 significa nada de dolor y 7 dolor insoportable.

4. **Cuando tiene ese dolor tiene la necesidad de:**

Tomar calmantes	1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
Guardar cama	1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
Dejar sus responsabilidades	1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
Renunciar al ocio	1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca

Otros (indique cuales):

5. **¿El dolor tiene relación con el ciclo menstrual?** (Marque con una cruz todas las que procedan)

No guarda relación con el ciclo menstrual	SI	NO
Me duele a mitad de ciclo menstrual	SI	NO
Me duele antes de la menstruación	SI	NO
Me duele después de la menstruación	SI	NO

6. ¿Le supone un problema la menstruación?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4. Nunca
-----------	----------------	--------------	----------

7. Cuando tiene la menstruación tiene la necesidad de:

Tomar calmantes	1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
Guardar cama	1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
Dejar sus responsabilidades	1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
Renunciar al ocio	1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca

Otros (indique cuales):

8. ¿Utiliza algún método para evitar el embarazo?

1.SI	2.NO
------	------

(Si la respuesta es NO pase a la pregunta 10)

9. ¿Está usted satisfecha con el método o los métodos que utiliza?

1.Muy satisfecha	2.Bastante satisfecha	3.Bastante insatisfecha	4.Muy insatisfecha
------------------	-----------------------	-------------------------	--------------------

10. Díganos sobre su situación de convivencia en la actualidad si....

1.Convive con alguien en pareja	2.No conviven con alguien en pareja
---------------------------------	-------------------------------------

11. ¿Mantiene usted relaciones sexuales en la actualidad?

1.SI	2.NO
------	------

(Si la respuesta es NO pase a la pregunta 17)

12. En las prácticas sexuales con penetración vaginal tiene:

1. Mucho dolor	2. Bastante dolor	3. Poco dolor	4. Nada de dolor
----------------	-------------------	---------------	------------------

13. ¿Se siente cómoda con su pareja en las relaciones íntimas?

1. Siempre	2. Casi siempre	3. Casi nunca	4. Nunca
------------	-----------------	---------------	----------

14. ¿Se siente cómoda cuando mantiene relaciones sexuales?

1. Siempre	2. Casi siempre	3. Casi nunca	4. Nunca
------------	-----------------	---------------	----------

15. ¿Se siente culpable cuando le apetecen las relaciones sexuales?

1. Siempre	2. Casi siempre	3. Casi nunca	4. Nunca
------------	-----------------	---------------	----------

16. ¿Se siente sexualmente satisfecha con su pareja?

Marque con una cruz en esta escala del 1 al 4 su grado de satisfacción, en la que 1 significa completamente insatisfecha y 4 completamente satisfecha.

1 2 3 4

17. ¿Alcanza usted el orgasmo en sus prácticas sexuales?

1. Siempre	2. Casi siempre	3. Casi nunca	4. Nunca
------------	-----------------	---------------	----------

18. ¿Está usted satisfecha con los orgasmos que experimenta?

1. Siempre	2. Casi siempre	3. Casi nunca	4. Nunca
------------	-----------------	---------------	----------

19. ¿Con qué frecuencia realiza usted prácticas sexuales?

1. Más de una vez por semana	2. Una vez por semana	3. Menos de una vez por semana	4. Menos de una vez por mes
------------------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------------------

Otros (indique cuando):

20. ¿Está usted satisfecha con la frecuencia de sus prácticas sexuales?

1. Muy satisfecha	2. Bastante satisfecha	3. Bastante insatisfecha	4. Muy insatisfecha
-------------------	------------------------	--------------------------	---------------------

21. ¿Utiliza la masturbación como práctica sexual?

1. Siempre	2. Casi siempre	3. Casi nunca	4. Nunca
------------	-----------------	---------------	----------

22. ¿Le resultan agradables las prácticas sexuales que realiza?

1.Todas	2.La mayoría	3.Algunas	4.Ninguna
---------	--------------	-----------	-----------

23. ¿Tiene usted deseo sexual?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

24. ¿Se siente culpable cuando no tiene deseo sexual?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

25. ¿Cómo de satisfecha se siente usted con sus prácticas sexuales?

Marque con una cruz en esta escala del 1 al 4 su grado de satisfacción, en la que 1 significa completamente insatisfecha y 4 completamente satisfecha.

1 2 3 4

Marque con una cruz las respuestas que corresponden a las preguntas 26, 27, 28 y 29, sólo SI USTED TIENE pareja en la actualidad, si NO TIENE pase a la pregunta 30.

26. La comunicación con su pareja es:

1.Muy buena	2.Bastante buena	3.Mala	4.Muy mala
-------------	------------------	--------	------------

27. En general, ¿cómo describiría usted su relación de pareja?

1.Mucha tensión	2.Bastante tensión	3.Alguna tensión	4.Sin tensión
-----------------	--------------------	------------------	---------------

28. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

1.Mucha dificultad	2.Bastante dificultad	3.Alguna dificultad	4.Sin dificultad
--------------------	-----------------------	---------------------	------------------

29. ¿Siente soledad en la convivencia con su pareja?

1.Mucha soledad	2.Bastante soledad	3.Alguna soledad	4.Ninguna soledad
-----------------	--------------------	------------------	-------------------

30. ¿Cuál es su situación laboral actual?

- 1- Ama de casa
- 2- Trabaja fuera del hogar
- 3- Ama de casa y trabaja fuera del hogar
- 4- Otros (indique cuál).....

31. ¿Cuántas personas conviven en su casa de modo habitual, incluyéndose usted?

Nº de personas:.....

32. Diga usted de 1 a 4 que nivel de sobrecarga percibe en su vida cotidiana.

Marque con una cruz en esta escala su nivel de sobrecarga donde 1 sería nada sobrecargada y 4 muy sobrecargada.

1 2 3 4

33. En el último año, diría usted que su estado de salud ha sido...

1. Muy bueno	2. Bueno	3. Malo	4. Muy malo
--------------	----------	---------	-------------

34. ¿Cómo de satisfecha se siente con su vida?

1. Muy satisfecha	2. Bastante satisfecha	3. Poco satisfecha	4. Nada satisfecha
-------------------	------------------------	--------------------	--------------------

35. Díganos sobre su sueño si: (marque con una cruz todas las que procedan)

Le cuesta dormirse	SI	NO
Se despierta varias veces durante la noche	SI	NO
Tiene pesadillas mientras duerme	SI	NO
Se levanta frecuentemente cansada por la mañana	SI	NO

36. Díganos sobre su vida social si... (marque con una cruz todas las que procedan)

Le apetece salir con sus amistades	SI	NO
Se relaciona con gente fuera de su familia	SI	NO
Se relaciona con gente fuera de su trabajo	SI	NO

37. ¿Le asaltan a diario ideas de que le va a suceder algo malo?

1. Siempre	2. Casi siempre	3. Casi nunca	4. Nunca
------------	-----------------	---------------	----------

38. ¿Se figura un futuro muy negro o muy malo?

1. Siempre	2. Casi siempre	3. Casi nunca	4. Nunca
------------	-----------------	---------------	----------

39. ¿Le desaniman las pequeñas preocupaciones?

1. Siempre	2. Casi siempre	3. Casi nunca	4. Nunca
------------	-----------------	---------------	----------

40. ¿Tiene temporadas en que se siente muy cansada sin fuerzas para nada?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

41. ¿Tiene opresión en la cabeza?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

42. ¿Tiene dificultad para pensar?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

43. ¿Se siente la mayor parte del tiempo triste?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

44. ¿Nota palpitaciones?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

45. ¿Nota como si le faltara el aire?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

46. ¿Nota como si le costara trabajo respirar con normalidad?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

LIMITANTES DEL ESTUDIO

Investigadora principal novel. Llevar a cabo una investigación de campo significa contar con experiencia investigadora previa. La realidad profesional, en este campo, evidencia que no siempre son coincidentes el interés por realizar una investigación y la expertez que se requiere para materializarla. Este es el lugar que ocupa un investigador novel. La creación de un equipo multidisciplinar con experiencia profesional en el área de investigación, es un buen recurso para enfrentarse a los obstáculos y dificultades que el proceso de la investigación genere.

Por el uso de técnicas cualitativas. Al tratarse de técnicas basadas en opiniones subjetivas, con procedimientos intermedios imperfectos de análisis y síntesis, se crea un clima que combina la información enriquecedora del juicio de los expertos con los datos objetivables por la bibliografía, la validez y fiabilidad demostrada de los instrumentos de medida así como el análisis estadístico cuantitativo.

Aplicación del análisis de género. Esta metodología no es convencional, debido a ser una teorización relativamente reciente, aún no está totalmente incorporada por algunas disciplinas fuera del eje de las ciencias sociales. Su utilización nos permite distinguir y comprender las bases sociales de las diferencias entre hombres y mujeres más allá de lo aparentemente obvio de la diferencia biológica para llegar hasta las bases sociales más profundas del poder y la desigualdad.

Del diseño del cuestionario. El orden, la redacción de las preguntas y su categorización pueden influir sobre la validez del cuestionario. Por otra parte, la información estructurada de un cuestionario permite a los participantes que se les formulen las mismas preguntas de la misma forma y en la misma secuencia, consiguiendo la máxima fiabilidad en la información.

LÍNEAS DE AVANCE

En este apartado sugerimos tres posibles estudios que permitan reportar conocimientos útiles. Por una parte, los resultados encontrados en cada una de las dimensiones del cuestionario nos aportan una representación de la mujer sobre la que se puede profundizar independientemente.

Otra sugerencia consiste en incorporar la vivencia del hombre o/y su percepción sobre los malestares ginecológicos de la mujer.

En tercer lugar consideramos que pueden ser sobredeterminantes los resultados que revele el cuestionario al ser autoadministrado por grupos con una significación social diferente, como grupos de jóvenes, grupos de mujeres con una experiencia acumulada en violencia de género y personas afectadas de trastornos de la conducta alimentaria.

RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN

Como dice Lucía Artazcoz, 2002, *las desigualdades de género en salud debe aumentar el esfuerzo para desarrollar modelos teóricos sensibles a las dimensiones estructurales de las relaciones de género si realmente se pretende entender la complejidad de los patrones de género de salud y enfermedad. El análisis debería abordarse desde la interacción entre el género, la situación laboral, los roles familiares y la clase social.* (Artazcoz, 2002, pp. 200-201)

Cuando hablamos de intervención hacemos referencia a la aplicabilidad del cuestionario, objeto último de esta investigación. La utilización del cuestionario, su eficacia práctica, nos conduce a hacer presentes los dos actores directamente implicados, los clínicos y las mujeres. En el proceso de utilización tenemos que hablar de las relaciones que se establecen entre usuaria y profesional como resultado en salud.

Según Sara Velasco (2002) en la relación entre sanitario/a y paciente se producen transferencias. El método vigente de atención a la enfermedad se basa en que el o la profesional es el sujeto del saber y la paciente el objeto de ese saber. Ésta acude a la consulta con trastornos en su cuerpo, síntomas físicos que no sabe, o dice no saber, sus causas ni cómo restablecerse. Ofrece su cuerpo para que el clínico le encuentre sentido a sus dolencias. El sujeto está ausente, la atención médica sólo en lo biológico provoca una desobjetivación de la paciente. Para la atención íntegra de la persona hay que abordar las tres esferas, biológica, social y psíquica; significa tener en cuenta a la usuaria como sujeto y no como objeto. Para ello la persona tiene que tomar conciencia de lo que le ocurre, por un momento, debe ser dueña de sí y saber qué hacer consigo misma, devolviendo una posición de saber acerca de sí misma (Velasco, 2002).

La demanda manifestada lanza una carga afectiva transferida al médico/a. Esos afectos que llegan a la relación entre profesional y paciente proceden de los lazos afectivos que las personas mantienen con los otros y que son transferidos a esta relación. Es responsabilidad del profesional manejar la transferencia y no ser capturado por ella. Mantener una posición fría o neutra no pone en cuestionamiento su saber como profesional, sino que es una posición rica en sí misma. Responderá entonces a la paciente tolerando su demanda pero sin satisfacerla, dirigiéndose a la paciente subjetivándola y haciéndola responsable de sí misma.

Métodos centrados en la paciente son necesarios para promover el desarrollo de una atención psicosocial sensibles a los determinantes de género que posibilite una transformación

personal de género a través del cambio de actitudes, activen la auto-responsabilidad a través de la colaboración y participación e incidan sobre los procesos determinantes psicosociales y de género evitando la medicalización y disminuyendo el uso de psicofármacos.

En esta contextualización sugerimos la puesta en marcha y el seguimiento del uso del cuestionario durante un periodo de tiempo que permita evaluar los resultados de su aplicabilidad tanto para el clínico como para las mujeres que acuden a consulta ginecológica, dentro del marco del sistema sanitario público que pretende aproximarse a las expectativas de las/los usuarias/os andaluces. Para este fin es necesario apoyar a los profesionales, en la atención al usuario, con herramientas que orienten la toma de decisiones en aspectos de su salud y en las alternativas de tratamiento, facilitando información actualizada, objetiva, fiable y de calidad acerca de su enfermedad y la evolución de la misma, generando una mayor eficacia en los procesos diagnósticos, quirúrgicos y de rehabilitación y en la percepción de una mayor coherencia en la respuesta integral a sus problemas (III Plan Andaluz de Salud, 2003-2008) Por todo ello consideramos necesario difundir el cuestionario entre los y las profesionales especialistas en ginecología y centros de atención primaria con la intención de conocer los objetivos del mismo, describirles su contenido y sugerirles la posibilidad de que asuman la responsabilidad del seguimiento práctico.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ACIÉN, P. (2004) *Tratado de obstetricia y ginecología*. Alicante, Ediciones Molly. pp. 798-816.
- ALARCÓN, F.J.; DE MIGUEL, M.; ROLLA, C. (2005) *El significado del síntoma en psicósomática*. En Jornadas del IVEPP. Madrid; Hospital Gregorio Marañón.
- ALBERDI, I. (2009) La influencia del feminismo en la transición de España a la democracia. En: MARTÍNEZ, C.; GUTIERREZ, P. (Eds.) *El movimiento feminista en España en los años 70*. Madrid, Cátedra, pp. 203-212.
- ALBERS, L.; GARCIA, J.; RENFREW, M.; MCCANDLISH, R.; ELBOURNE, D. (1999) Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth*, 26, pp.7-11.
- ALER, I. (2008) Sociología de la maternidad como proceso de transformación social en España: 1978-2008. En BLAZQUEZ, M. J. (Ed.) *Maternidad y ciclo vital de la mujer*. Zaragoza, Prensa Universitaria.
- ALLEN, WM. y MASTERS, WH. (1955) Traumatic laceration of uterine support. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, pp. 500-513.
- ALMENDRO M. A. y MARTINEZ J. M. (1991) *El ciclo menstrual como fenómeno social y cultural*. En: Departamento de Ciencias Morfológicas, Anatomía, Patología y Psicobiología. *Psicobiología del ciclo menstrual*. 1ª ed. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; pp. 67-87.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, F. (1988) La depresión como enfermedad social. *Psicopatología*, 8, 3, pp. 161-166.
- ALVIDREZ, J. y AZOCAR, F.R. (1999) *Distressed Women's Clinic Patients: Preferences for Mental Health Treatments and Perceived Obstacles*. *General Hospital Psychiatry*, 21, pp. 340-347.
- ARBER, S.; LAHELMA, E. (1993) Inequalities in women's and men's ill health: Britain and Finland compared. *Social Science and Medicine*, Vol. 37, pp. 1055-1068.

- ARIAS, M.M. (2000) La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Invest. Educ. Enferm*, 18 (1) pp. 13-26, mar.
- ARGIMÓN, J.M^a. y JIMÉNEZ, J. (2004) *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Madrid, ELSEVIER.
- ARNEDO, E. (2009) Mujer y socialismo. En: MARTÍNEZ, C.; GUTIERREZ, P. (Eds.) *El movimiento feminista en España en los años 70*. Madrid, Cátedra. pp. 219-245.
- ARTAZCOZ, L. (2002) Salud y género. En: *Documento social 127*. Madrid. pp. 181-205.
- ARTAZCOZ, L.; BORRELL, C.; BENACH, J. (2001) Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health*, 55, pp. 639-47.
- ARTAZCOZ, L.; ROHLFS, I.; BORREL, C.; CORTÉS, I. (2001) Estado de salud de las mujeres: interacción entre la situación laboral, la posición socioeconómica y las exigencias familiares. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 15, pp. 35.
- ARTILES, V.; GUTIÉRREZ, D.; SANFÉLIX, J. (2006) Función sexual femenina y factores relacionados. *Aten Primaria*, 38, (6), pp. 339-344.
- ASTHON, H. (1991) Psychotropic drug prescribing for women. *Br J Psychiatr.*, 158 (Supl 10), pp. 30-35.
- AYUSO, S.; AYUSO, R.; NAVARRO, I.; GARCÍA, M. (2004) Salud sexual en los varones jóvenes: Programa de Atención al Hombre. *Enfermería Clínica*, 14, (2), pp. 93-101.
- BALCAZAR, P. et alii. (2007) *Investigación cualitativa*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- BARSKY, AJ.; PEEKNA, HM.; BORUS, JF. (2001) Somatic symptom reporting in women and men. *J Gen Intern Med*, 16, pp. 266-275.
- BASSON, R. (2001) Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol*, 98, pp. 350-353.
- BAUMAN, Z. (2004) *Modernidad líquida*. México, F.C.E.
- BAYÉS, R.; CAMARASA, M.E.; CENTELLES, NURIA. (1987) Realidad y tratamiento no farmacológico de la dismenorrea. *Papeles del psicólogo*, junio, nº 30, pp. 1-4.
- BEARD, R.W.; BELSEY, E.M.; LIEBERMAN, B.A.; WILKINSON, J.C.M. (1977) Pelvic pain in women. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 128, 5, pp. 566-570.
- BECK, U. y BECK-GERNSHEIM, E. (2003) *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona: Paidós.

- BENSON, R.; HANSON, K.; MATARAZZO, J. (1959) Atypical pelvic pain in women: gynecologic- psychiatric considerations. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 77, pp. 806-823.
- BERKLEY, KJ.; HOLDCROFT, A. (2005) *Sex and gender differences in pain*. In: McMahon, SB.; Koltzenberg, M. Editors. Wall and Melzack's textbook of pain. 5th ed. Edinburgh, UK: Elsevier, pp. 1181-1197.
- BERKLEY, KJ.; ZALCMAN, SS.; SIMON, VR. (2006) Sex and gender differences in pain and inflammation: a rapidly maturing field. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*, 291, pp. 241-244.
- BIMBELA, J.L.; JIMÉNEZ, J.M.; ALFARO, N.; GUTIÉRREZ, P.; MARCH, J.C. (2002) Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. *Gac Sanit*, 16, 4, pp.298-307.
- BIXO, M.; SUNDSTRÖM-POROMAA, I.; BJÖRN, I.; ASTRÖM, M. (2001) Patients with psychiatric disorders in gynecologic practice. *Am J Obstet Gynecol*, 185, pp. 396-402.
- BORREL, C.; GARCIA M. M.; MARTÌ-BOSCÁ, J. (2004) Informe SESPAS. *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social*. 18, Supl. 1.
- BURIN, M. (1994) Subjetividades femeninas vulnerables. *Actualidad Psicológica, Psicoanálisis y Género*, Año XIX, Nº 210, pp. 1-12.
- BUTLER, J. (2001) *El género en disputa, el feminismo y la subversión de la identidad*. México, Paidós.
- CASAS, J.; REPULLO, J.R.; PEREIRA, J. (2001) Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Med Clin (Barc)*, 116, (20), pp. 789-796.
- CALLIZO, A. y CERDÁN, J. P. (1991) *Alteraciones de la menstruación*. En: Departamento de Ciencias Morfológicas, Anatomía, Patología y Psicobiología. Psicobiología del ciclo menstrual. 1ª ed. Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia; pp. 121-141.
- CAMPOS, A.; CABEZAS, MN.; DUEÑAS, JL. (2006) Hábitos sexuales y anticonceptivos de los estudiantes de la Universidad de Sevilla. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, Vol. 23, nº 5, pp. 325-331.
- CASTILLA, FR. (1996) La bases filosóficas de la antropología postmoderna. *Antropología*, 12, pp. 107-127.
- CARRASCO, M.J. (2001) *Disfunciones sexuales femeninas*, Madrid, Editorial Síntesis.
- CHAAYA, M.M.; BOGNER, H.R.; GALLO, J.J.; LEAF, P.J. (2003) The association of gynecological symptoms with psychological distress in women of reproductive age: a survey from gynecology clinics in Beirut, Lebanon. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 24, pp. 175-184.

- CHENG-HAO, T.; DAVID, N.; HSIANG-TAI, CH.; REN-SHYAN, L.; REN-JEN, H.; TZU-CHEN, Y.; JEN-CHUEN, H. (2009) Abnormal cerebral metabolism during menstrual pain in primary dysmenorrhea. *NeuroImage*, 47, pp. 28-35.
- CLAYTON, A. (2008) Symptoms Related to the Menstrual Cycle: Diagnosis, Prevalence, and Treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, Vol. 14, No. 1, January.
- CLEARY, P.D.; MECHANIC, D. (1983) Sex differences in psychological distress among married people. *J Health Soc Behav*, 24, pp. 111-21.
- COCHRANE, E.R.; STOPES-ROE, M. (1981) Women, marriage, employment and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 139, pp. 373-381.
- CONDE, F. (2000) *El estrés en las mujeres trabajadoras: sus causas y sus consecuencias*, Madrid, Instituto de la Mujer.
- CONSEJERÍA DE SALUD. JUNTA DE ANDALUCÍA (2003) *III Plan Andaluz de Salud 2003-2008*. Sevilla, Consejería de Salud, pp.19.
- CONSEJERÍA DE SALUD. JUNTA DE ANDALUCÍA (2003) *Encuesta Andaluza de Salud 1999*, Sevilla.
- CONSEJERÍA DE SALUD. JUNTA DE ANDALUCÍA (2008) *Proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía 2008-2009*, Sevilla.
- CORDOVA, R. (2003) Reflexiones teórico-metodológicas en torno al estudio de la sexualidad. *Revista Mexicana de Sociología*, Vol. 65, Nº 2 (abril-junio), pp. 339-360.
- CUENCA, C.; ALCOBA, S.L.; FLORIDO, J.; SALVATIERRA, V. (1984) La reacción a la menarquia y su relación con el comportamiento sexual de la mujer. *Folia Neuropsiquiátrica*, 3(XIX), pp. 305-313.
- CUENCA, C.; SALVATIERRA, V.; FLORIDO, J. (1990) Estado psicológico en la pelvialgia crónica. Comparación con solicitantes de esterilización tubárica. *Acta ginecológic*, Vol. XLVII, pp. 515-520.
- DE MIGUEL, A. (1995) Feminismos. En: AMOROS, C. (Dir.) *Diez palabras clave sobre mujer*. Pamplona, Verbo Divino, pp. 217-255.
- DE SANTIAGO, A.; VÁZQUEZ, J.L.; DIEZ, J. F. (1993) El rol femenino como determinante de la salud mental de las mujeres de la población general de Cantabria. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 21, 5, pp. 169-180.
- DELGADO, J. M. y GUTIÉRREZ, J. (Coords.) (1994) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid, Síntesis.

- DENTON, M.; PRUS, ST.; WALTERS, V. (2004) Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine*, 58, pp. 2585-2600.
- DILLMAN, D. (1978) *Mail and telephone surveys*. Nueva York: John Willey & Sons.
- DOCUMENTOS DE CONSENSO S.E.G.O. (2002) *Progresos de Obstetricia y Ginecología*; 9-vol. 45 - septiembre.
- DONNER, L. (2003) *Including Gender in Health Planning: A guide for Regional Health Authorities*. Winnipeg: Prairie Women's Health Centre of Excellence.
- DOMINGO, A. y MARCOS J. (1989) Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. *Gac Sanit*, 3, pp. 320-326.
- DOMINGUEZ, N. (1996) El dolor pélvico crónico en ginecología. *Dolor*, 11, pp. 135-144.
- DUNCAN, CH. H. y TAYLOR, H.C. (1952) A psychosomatic study of pelvic congestion. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 64, 1, pp.1-12.
- DURÁN, M.A. (1992) Salud y sociedad. Algunas propuestas de investigación. En: BARROÑO, M. (Comp.) *Mujer, trabajo y salud*. Madrid: Trotta, pp. 57-79.
- EAGAN, A. (1988) The selling of premenstrual syndrome. Who profits from making PMS "The disease of the 80s"? En: *Women's Health. Readings on Social, Economic, and Political Issues*. N. Worcester y M.H. Whatley, Eds. Dubuque, Iowa, Kendall Hunt Publishing Company.
- FERRADO, M.L. (2010) *Cuando la mente enferma el cuerpo*. EL PAÍS, Sábado, 10 de julio; Suplemento Salud y Bienestar, p. 2.
- FERRER-PÉREZ, V.A.; GILI, M.; BOSCH, E. (1997) Los hábitos de salud y la morbilidad aguda y crónica desde una perspectiva de género. *Revista de Psicología de la Salud*, 9 (1), pp. 127-39.
- FLORIDO, J.; CUENCA, C.; GALLO, M.A.; SALVATIERRA, V. (1988) Características psicológicas y hallazgos laparoscópicos en la pelvialgia crónica de la mujer. *Toko-Gin Práct*, 47(4), pp. 195-198.
- FLORIDO, J. (Coord.) (2005) Disfunciones sexuales femeninas. En: *Documentos de consenso de la S.E.G.O.* Madrid, Ed. Meditex, Grupo Saned. pp. 41-109.
- FLORIDO, J.; PÉREZ-LUCAS, R.; NAVARRETE, L. (2008) Sexual behaviour and findings on laparoscopy or laparotomy in women with severe chronic pelvic pain. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 139, pp. 233-236.
- FOUCAULT, M. (1980) *Historia de la sexualidad*. Madrid, Editorial S. XXI.

- FOUCAULT, M. (1987) *Historia de la sexualidad: 2. El uso de los placer*. México, Siglo Veinte de España.
- GARCIA, A. (1977) *Lenguaje y Discriminación Sexual*. Madrid, Editorial Cuadernos para el Diálogo.
- GARCIA, M. (1986) *La encuesta. El análisis de la realidad social*. Alianza Universidad, pp. 123-152.
- GARCIA, M.M. (2004) Género y salud: un marco de análisis e intervención. *Revista Diálogo Filosófico*, 59, pp. 212-228.
- GARCIA, M.M. (2010) *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- GARCÍA, M. (2002a) Estudio de algunos aspectos epidemiológicos de la dismenorrea. *Toko-Gin Pract*, 61(1), pp. 7-10.
- GARCÍA, M. (2002b) Estudio socioeconómico de la dismenorrea. *Toko-Gin Pract*, 61(1), pp. 11-14.
- GARCÍA, M. (2006) Síndrome premenstrual (SPM): aproximación crítica. *Revista de antropología iberoamericana*, Ed. Electrónica, Volumen 1, número 1. Enero-febrero. pp. 80-102.
- GELBAYA, TA.; EL-HALWAGY, H. (2001) Focus on primary care: Chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol Surv*, 56, pp. 757-764.
- GIAMBERARDINO, M.A. (2008) Women and visceral pain: Are the reproductive organs the main protagonists? Mini-review at the occasion of the “European Week Against Pain in Women 2007”. *European Journal of Pain*, 12, pp. 257-260.
- GIL, E.; ORTIZ, T.; FENÁNDEZ, M.L. (2007) Perfiles sociales, alimentación y predicción de trastornos de la alimentación en adolescentes urbanos andaluces. *Aten Primaria*, 39, (1), pp. 7-13.
- GIL, E.; ORTIZ, T. (2005) *Los discursos en torno al cuerpo en mujeres diagnosticadas de Anorexia y Bulimia Nerviosa*. En: II Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud. Libro de ponencias. Madrid, Instituto de Salud Carlos III. pp. 33-34.
- GLASER, B. y STRAUSS, A. (1967) *The discovery of Grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing.
- GLOVER, L.; NOVAKOVIC, A.; HUNTER, M.S. (2002) An exploration of the nature and causes of distress in women attending gynecology outpatient clinics. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 23, pp. 237-248.

- GOETZ, J.P.; LECOMPTE, M.D. (1988) *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid, Ediciones Morata.
- GOFFMAN, E. (1963) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu.
- GÓMEZ, J.; MARTÍNEZ, J.M. (1991) *El ciclo menstrual y el estudio biológico de la conducta*. En: Departamento de Ciencias Morfológicas, Anatomía, Patología y Psicobiología. Psicobiología del ciclo menstrual. 1ª ed. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, pp.9-11.
- GONZÁLEZ, N.L.; GARCÍA, J.A.; RODRIGUEZ, R.N.; ALBERTO, J.C. (1986) Endometriosis: estudio clínico-epidemiológico. *Acta Gin*, 43, (5), pp. 291-301.
- GRACE, V.; ZONCERVAN, K. (2004) Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, Vol. 28, Nº. 4, pp. 369-375.
- GUILLAUMIN, C. (1992) *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de Nature*. París, Cotè-femmes.
- HADLER, SLS.; LOCKE, GR. (2007) *Epidemiology and socioeconomic impact of visceral and abdominal pain syndromes*. In: Pasricha, PJ.; Willis, WD.; Gebhart, GF.; editors. Chronic abdominal and visceral. New York: Informa Healthcare; pp. 11-16.
- HAMMERSLEY, M. y ATKINSON, P. (1994) *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona, Ediciones Paidós.
- HARAWAY, D. (1995) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la Naturaleza*. Madrid, Cátedra.
- HARDING, S. (1986) The instability of the analytical categories of feminist theory. In: Teresa Ortiz Gómez. *Medicina y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo, 2006, pp. 39.
- HAREL, Z. (2002). A contemporary approach to dysmenorrhea in adolescents. *Paediatr. Drugs*, 4, pp. 797-805.
- HELMS, J.M. (1987) Acupuncture for the management of primary dysmenorrhea. *Obstet Gyneco*,; 69, p. 51.
- HERNÁN, M.; RAMOS, M.; FERNÁNDEZ, A. (2002) *Salud y Juventud*. Madrid: Consejo de la Juventud España.
- HOWARD, FM. (1993) The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Surv*, 48, pp. 357-387.
- HOWARD, FM. (2003) Chronic pelvic pain in women. *Obstet Gyneco*, 101, pp. 594-611.

- INGER, M. E. et alii (2001) Prevalence of psychiatric disorders in gynecologic outpatients. *Am J Obstet Gynecol*, Volume 184, number 2, pp. 8-13.
- INSTITUTO DE ESTADÍSTICA Y CARTOGRAFÍA DE ANDALUCÍA (2009) *Sistema de información demográfica. Indicadores básicos*. Consejería de Economía, Innovación y Ciencia, Sevilla.
- INSTITUTO DE ESTADÍSTICA Y CARTOGRAFÍA DE ANDALUCÍA (2010) *Encuesta de población activa. Ocupados según grupo de edad por sexo y nacionalidad*. Consejería de Economía, Innovación y Ciencia, Sevilla.
- JARAMILLO, D.E.; URIBE, M.T.; ARZUAGA, M.A.; PALACIO, M.L. (2005) ¿Un fin o un medio? Contexto en el que se decide la reproducción. *Index Enferm*, 50, pp. 20-24.
- JIMENEZ, M. P. y ROSAS, M. F. (1987) Rasgos epidemiológicos, semiológicos y exploratorios en pacientes con pelvialgia crónica. *Rev. Esp. Obst. y Gin.*, 46, pp. 277-288.
- JENKIS, R. (1985) Sex differences in minor psychiatric morbidity. *Psychological Medicine*, monograph (suppl 7).
- JENKIS, R. y CLARE, A. (1985) Women and mental illness. *Br Med J*. 291 (6508), pp. 1521-1522.
- JOHNSON, T. (1987) Premenstrual syndrome as a western culture-specific disorder. *Culture, Medicine and psychiatry*, 11, pp. 337-356.
- JOLLY, S. y ILKKARACAN, P. (2008) *Género, sexualidad y derechos: una mirada general*. Bridge y Women for Women's Human Rights.
- JONES, G.; KENNEDY, S.; JENKINSON, C. (2002) Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecologic conditions: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 187, pp. 501-511.
- KELLY, J. (1999) La relación social entre los sexos: implicaciones metodológica de la historia de las mujeres. En: BUTLER, K. L.; MACKINNON, R.S.S., THORNE. W. Z. (Eds.) *Sexualidad, género y roles sexuales*. Buenos Aires, F.C.E, pp. 15-36.
- KOTTAK, C.P. (1994) *Antropología. Una exploración de la diversidad humana*. Madrid, McGraw-Hill.
- KRAEMER, S. (2000) The fragile male. *British Medical Journal*, pp. 1609-1612.
- KRIEGSMAN, D.M.W.; PENNINX, B.W.J.H.; VAN EIJK, J.Th.M.; BOEKE, J.P.; DEEG, D.J.H. (1996) Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly. *J Clin Epidemiol*, 49, pp. 1407-17.

- KUHN, T.S. (2004) Las revoluciones como cambios del concepto del mundo. En: KUHN, T.S. *La estructura de las revoluciones científicas*. F.C.E. Argentina, Editorial Brevarios, pp. 176-177.
- LAHELMA, E; ARBER, S. (1994) Health inequalities among men and women in contrasting welfare states. Britain and three Nordic countries compared. *European Journal of Public Health*, Vol. 4, pp. 213-226.
- LAMEIRAS M. (1996) La infección VIH/Sida en la mujer. Una reflexión sobre la intervención. *Revista de Psicología de la Salud*, 8, (1), pp. 41-63.
- LARRAURI-MAX, M. (2000) *La sexualidad según Michael Foucault*. Valencia, Editorial Tándem.
- LARROY, C. (1989) *Dismenorrea funcional: epidemiología y tratamiento psicológico*. [tesis doctoral]. Madrid, Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- LATTHE, P.; MIGNINI, L.; GRAY, R.; HILLS, R.; KHAN, K. (2006) Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*, pp. 1-7.
- LAWS, S. (1990) Issues of blood. *The politics of menstruation*. London, Macmillan.
- LENNON, M.C. (1995) Work conditions as explanations for the relation between socioeconomic status, gender, and psychological disorders. *Epidemiologic Reviews*, pp. 120-7.
- MACINTYRE, S. y HUNT, K. (1997) Socio-economic position, gender and health. How do they interact? *J Health Psychol*, 2, pp. 315-34.
- MALMENSTRÖM, M.; BIXO, M.; BJÖRN, I.; ASTRÖM, M., SUNDSTRÖM-POROMAA, I. (2006) Patients with psychiatric disorders in gynecologic practice-a three year follow-up. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27, (1), pp. 17-22.
- MARTIN, E. (1988) Premenstrual Syndrome: Discipline, work and anger in late industrial societies. En: *Blood Magic: The anthropology of menstruation*. T. Buckley y A. Gottlieb Eds. Berkeley, University of California Press.
- MARTÍNEZ, A. (1969) Valoración de la personalidad en algias sin hallazgos. *Toko-Gin. Pract*, 28, p. 557.
- MARTÍNEZ, C.; GUTIERREZ, P.; GONZÁLEZ, P. (Eds.). (2009). *El movimiento feminista en España en los años setenta*. Madrid, Cátedra.
- MARTÍNEZ, F.; HAIMOVICH, S.; AVECILLA, A.; BARRÉS, J.; BUGELLA, I.; GIMÉNEZ, E.; GÓMEZ, O.; LÓPEZ, E; SÁNCHEZ, A.; VARELA. L.; VILA, I.; YAÑEZ, E. (2005) Perfil de la usuaria de Anticoncepción Intrauterina que elige Dispositivo Intrauterino Liberador de Levonorgestrel DIU-LNG. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, Vol. 22, nº 1, pp. 47-53.

- MASLOW, A. (2007). *El hombre autorrealizado. Hacia una psicología del ser*. Barcelona, Kairós, p. 95.
- MATHERS, S.; SADANA, R.; SALOMON, J.; MURRAY, C.; LÓPEZ, A. (2001) Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *The Lancet*, 323, pp. 1685-1691.
- MATHIAS, SD.; KUPPERMANN, M.; LIBERMAN, RF.; LIPSCHUTZ, RC.; STEEGE, JF. (1996) Chronic pelvic pain: Prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol*, 87, pp. 321-327.
- McGOWAN-LINDA, PA.; CLARK-CARTER, DD.; PITTS, MK. (1998) Chronic pelvic pain: a meta-analytic review. *Psychol Health*, 13, pp. 937-951.
- McPHERSON, A. y ANDERSON, A. (1991) The “ectomies”. En: McPherson A. editor. *Women´s problems in general practice*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- MAY, A. (2008) Chronic pain may change the structure of the brain. *Pain*, 137, pp. 7-15.
- MEDINA, R. M^a. (1995) La ciencia es un texto. Retórica y conocimiento científico. En: RODRIGUEZ, F.J.; MEDINA, R.M.; SANCHÉZ, J.A. (Eds.) *Ciencia, tecnología y sociedad: contribuciones para una cultura de la paz*. Granada, Editorial Universidad de Granada, pp. 117-147.
- MILL, S.; TAYLOR, H. (2010) *El sometimiento de la mujer 1869*. Madrid, Editorial Alianza.
- MIMOUN, S. y MAGGIONI, C. (1999) *Trattato di ginecologia ostetricia psicosomatica*. MedicaCare, Milano, Editorial Franco Angeli.
- MONTERO, J. (2009). Las aspiraciones del movimiento feminista y la transición política. En: MARTÍNEZ, C. y GUTIERREZ, P. (Eds.) *El movimiento feminista en España en los años 70*. Madrid, Cátedra. pp. 275-304.
- MORENO, E. (2000) Banalidad o angustia en el hombre contemporáneo. En: MORENO, E. (Comp.), *14 conferencia sobre el padecimiento psíquico y la cura psicoanalítica*. Madrid, Biblioteca Nueva.
- MORGAN, D. (1981) *Men, masculinity, and process of sociology enquiry*. Edit: Roberts H. Doing feminist research. Londres: Routledge and Keagan.
- MORRIS, R.; WOODS, R.; DAVIES, K.; MORRIS, L. (1991) Gender differences in carers of dementia sufferers. *British J Psychiatry*, 158 (Supl. 10), pp. 69-74.
- MOSSE, G. L. (2000) *La imagen del hombre. La creación de la masculinidad moderna*. Madrid, Editores Talasa.
- MURILLO, S. y MENA, L. (2006) *Detectives y camaleones: el grupo de discusión. Una propuesta para la investigación cualitativa*. Madrid, Talasa Ediciones.

- NAVARRO, A.; HERRERA, J. P.; HARKOUSS, S.; NAVARRO-CAMPOY, A. (1989) El dolor pélvico crónico, aproximación psico-socio-sexual. *Toko-Gin. Pract.*, 48, 5, pp. 257-263.
- NICOLSON, P. (1995) The menstrual cycle, science and feminity: assumptions underlying menstrual cycle research. *Social Science & Medicine*, 41, 6, pp. 779-784.
- OHDE, S.; TOKUDA, Y.; TAKAHASHI, O.; YANAI, H.; HINOHARA, S.; FUKUI, T. (2008) Dysmenorrhea among Japanese women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 100, pp. 13-17.
- ORTIZ, T. (2006) *Medicina, historia y género: 130 años de investigación feminista*. Oviedo, Edit: KRK.
- OSBORNE, R. (1995) *Sexo, género y sexualidad. La pertinencia de un enfoque constructivista*. UNED. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Departamento de sociología II. Madrid.
- OSBORNE, J. W. y COSTELLO, A. B. (2004) Sample size and subject to item ratio in principal components analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 9, (11).
- PALACIOS, S.; FERRER-BARRIENDOS, JJ.; PARRILA, C.; et alii (2004) Calidad de vida relacionada con la salud en la mujer española durante la perimenopausia y posmenopausia. Desarrollo y validación de la Escala Cervantes. *Medicina clínica*, 122, pp. 205-211.
- PARDINAS, F. (1978) *Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales*. México, Siglo XXI.
- PARRILLA, F.; CUENCA, C.; BARRANCO, E.; SALVATIERRA, V. (1979) Diagnóstico diferencial de los diversos tipos de pelvialgia crónica en la mujer. *Toko-Gin. Pract.*, 38, 437, pp. 529-530.
- PATERSON, L.; DAVIS, S.; KHALIFÉ, S.; AMSEL, R.; BINIK, Y. (2009) Persistent Genital and Pelvic Pain after Childbirth. *J Sex Me*, 6, pp. 215-221.
- PAYKEL, E.S. (1991) Depression in women. *Br. J Psychiatr*, 158, (Supl. 10), pp. 22-29.
- PELAYO, M.D. (2009) El debate constitucional y las reformas legislativas de la igualdad. En: MARTÍNEZ, C.; GUTIERREZ, P. *El movimiento feminista en España en los años 70*. Madrid, Cátedra. pp. 99-130.
- PEREA-MILLA, E. (1998) Diseños de investigación epidemiológica y sus aplicaciones en clínica. En: BURGOS, R. (Ed.) *Metodología de investigación y escritura científica en clínica*. Granada, Edita Escuela Andaluza de Salud Pública. pp. 31- 125.
- PÉREZ, I. (2008) *Medición de la violencia contra la mujer: catálogo de instrumentos*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.

- PÉREZ, A.M. (2009) La contribución política feminista a la transición democrática. En MARTÍNEZ, C. y GUTIERREZ, P. (Eds.) *El movimiento feminista en España en los años 70*. Madrid, Cátedra, pp. 305-334.
- PIZZA, G. (2007) Antropología médica: una propuesta de investigación, En: LISÓN TOLOSANA, C. (Ed.). *Introducción a la antropología social y cultural. Teoría, método y práctica*. Madrid, Akal, pp. 267-291.
- POPAY, J.; BARTLEY, M.; OWEN, CH. (1993) Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor morbidity. *Social Science and Medicine*, Vol. 36, pp. 21-32.
- PRIEST, R.G. (1987) *Trastornos ginecológicos en obstetricia y ginecología*. Barcelona, Ediciones Toray, pp. 1-20.
- PRILL, J. (1954) Sind die chronisch-funktionellen Unterleibbeschwerden der frau eine isolierte gynakologische erkrankung? *Geburtsh Frauenh*, 14, p. 370.
- QUAN, M. (1987) Chronic pelvic pain. *The Journal of Family Practic*,; 25, 3, pp. 283-288.
- READING, A.E. (1982) A critical analysis of psychological factors in the management and treatment of chronic pelvic pain. *J. Psychiatry in Medicine*, 12, 2, pp. 129-139.
- REGUILLO, R. (1998) La entrevista colectiva: un ritual de comunicación. En: *Comunicación y sociedad*, nº 34. Departamento de estudios de la comunicación social/ Universidad de Guadalajara. México.
- ROHLFS, I.; DE ANDRÉS, J.; BORRELL, C; ARTAZCOZ, L.; RIBALTA, M. (1997) Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres. *Med Clin (Barc)*, 108, pp. 566-71.
- RODIN, M. (1992) The social construction of Premenstrual Syndrome. *Social Science & Medicine*, 35, 1, pp. 49-56.
- ROHLFS, I.; BORREL, C.; FONSECA, M.C. (2000) Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit*, 14 (Supl. 3), pp. 60-71.
- ROMAO, A.P.M.S.; GORAYEB, R.; ROMAO, G.S.; POLI-NETO, O.B.; DOS REIS, F.J.C.; ROSA-E-SILVA, J.C.; NOGUEIRA, A.A. (2009) High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Prac*, 63, 5, pp. 707-711.
- ROSEN, R. y BARSKY, J. (2006) Respuesta sexual normal en la mujer. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 33, pp. 515-526.
- RUBIN, G. (1984) *Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad*. Biblioteca virtual de Ciencias Sociales. www.cholonautas.edu.pe

- RUIZ-CANTERO, M.T. y VERDÚ-DELGADO, M. (2004) Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit*, 18, (Supl 1), pp. 118-125.
- RUIZ-CANTERO, M.T.; SIMÓN-RODRIGUEZ, E.; PAPÍ-GÁLVEZ, N. (2006) Sesgos de género en el lenguaje de los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud 2003. *Gac Sanit*, 20, (2), pp. 161-165.
- RUIZ, M.T.; VERBRUGGE, L.M. (1997) A tow way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health*, 51, pp. 1006-9.
- SALMO, P.; MARCHANT-HAYCOX, S. (2000) Surgery in the absence of pathology: The relationship of patients' presentation to gynecologists' decisions for hysterectomy. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, pp. 119-124.
- SALVATIERRA, V. (1966) El syndrome de Allen y Masters. *Actual Obst Gin*, 6, p. 81.
- SALVATIERRA, V.; CUENCA, C.; FLORIDO, J.; MORENO, F. (1987) Empleo de un Cuestionario de síntomas, actitudes y trastorno emocional en clínica obstétrico-ginecológica. *Rev. Esp. Obst. y Gin.*, 46, pp. 531-540.
- SALVATIERRA, V.; CUENCA, C.; FLORIDO, J. (1991) Estado psicológico en la pelvialgia crónica. Relación con los hallazgos ginecológicos. *Acta ginecológica*, Vol. XLVIII, pp. 17-24.
- SAMPEDRO, J.L. (2011) *Europa es un casino de intereses*. EL MUNDO, Sábado, 4 de junio; p.65.
- SÁNCHEZ, D. (2003) *El discurso médico de finales del siglo XIX en España y la construcción de género. Análisis de la construcción discursiva de la categoría la-mujer*. Tesis de doctorado. Granada, Universidad de Granada.
- SANOJA, R.; CERVERO, F. (2010) Estrogen-dependent changes in visceral afferent sensitivity. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, 153, pp. 84-89.
- SANTO-DOMINGO, J. y RODRIGUEZ, B. (1994) Programa de atención de la salud mental de la mujer en la comunidad. *Informaciones Psiquiátricas*, 135, pp. 137-144.
- SERMENT, H.; COMITI, J.; PISSANCIEL, G. (1965) Le syndrome de desinsertion uterine. *Gyn. Obst.*, 64, pp. 271-282.
- SEVA-DÍAZ, A. (1984) *La salud psíquica de la mujer*. En: Curso de Ginecología Psicósomática. Comunicación Psiquiátrica. Edit: Universidad de Zaragoza, XI, pp. 311-343.
- SCOTT, J.W. (1988) *Gender and the politics of history*. Nueva York: Columbia University Press.
- SCOTT, J.W. (1999) El género: una categoría útil para el análisis histórico. In: BUTLER, K.L.; MACKINNON, R.S.S.; THORNE, W. Z. (Eds.) *Sexualidad, género y roles sexuales*. Buenos Aires, F.C.E., pp. 37-75.

- SORENSEN, GL.; VERDRUGGE, L. (1987) Women, work, and health. *Annual Review of Public Health*, Vol. 8, pp. 235-251.
- SUÁREZ, A.; BARRERA, C.; CALERO, M.; FERNÁNDEZ, E.; SANZ, R. (2007) *Guía de integración de la dimensión de género en los procesos asistenciales integrados*. Sevilla, Junta de Andalucía, Consejería de Salud.
- SULE, S. T.; SULEIMAN, U.H.; MADUGU, N. H. (2007) Premenstrual Symptoms and Dysmenorrhoea among Muslim Women in Zaria, Nigeria. *Annals of African Medicine*, Vol. 6, N° 2, pp. 68-72.
- SUNDSTRÖM-POROMAA, I.; BIXO, M.; BJÖRN, I.; ASTRÖM, M. (2001) Prevalence of psychiatric disorders in gynecologic outpatients. *Am J Obstet Gynecol*, 184, pp. 8-13.
- SWANK, DJ.; SWANK-BORDEWIJK, SC.; HOP, WC.; VAN ERP, WF.; JANSSEN, IM.; BONJER, HJ. (2003) Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomised controlled multi-centre trial. *Lancet*, 361, pp. 1247-1251.
- TAYLOR, D.C.; SZATMARI, P.; BOYLE, M.H.; OFFORD, D.R. (1996) Somatization and the vocabulary of everyday bodily experiences and concerns: a community study of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35, pp. 491-9.
- TEJERIZO, L. C.; TEJERIZO, A.; BORREGO, V.; GÓMEZ, M.; GARCÍA, M.R. (2001) Protocolo de actuación sobre dismenorrea. *Salud Total de la Mujer*, 3, (3), pp. 155-162.
- TER KUILE, MM.; WEIJENBORG, PH.; SPINHOVEN, PH. (2010) Sexual Functioning in Women with Chronic Pelvic Pain: The Role of Anxiety and Depression. *J Sex Med*, 7, pp. 1901-1910.
- TEUTSCH, S.; HERKEN, W.; BINGEL, U.; SCHOELL, E.; MAY, A. (2008) Changes in brain gray matter due to repetitive painful stimulation. *NeuroImage*, 42, pp. 845-849.
- THOMPSON, JF.; ROBERTS, CL.; CURRIE, M.; ELLWOOD, DA. (2002) Prevalence and persistence of health problems after childbirth: Associations with parity and method of birth. *Birth*, 29, pp. 83-94.
- TOBOSO, P. (2009). Las mujeres en la transición. Una perspectiva histórica: antecedentes y retos. En MARTÍNEZ, C; GUTIERREZ, P. (Eds.) *El movimiento feminista en España en los años 70*. Madrid, Cátedra, pp. 71-98.
- TOURAINÉ, A. (2011) *Después de la crisis, por un futuro sin marginación*. Barcelona, Editorial Paidós Ibérica, S.A.
- TRIPOLI, T.M.; SATO, H.; SARTORI, M.G.; FERNANDO DE ARAUJO, F.; GIRAO, M.; SCHOR, E. (2011) Evaluation of Quality of Life and Sexual Satisfaction in Women Suffering from Chronic Pelvic Pain With or Without Endometriosis. *J Sex Med*, 8, pp. 497-503.

- TUBERT, S. (2001). *Deseo y representación. Convergencias de psicoanálisis y teoría feminista*. Madrid, Síntesis.
- TUBERT, S. (2005). La construcción de la imagen corporal y la salud de las mujeres. En *La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones*. Madrid, Instituto de la Mujer.
- USANDIZAGA, J.A. y De La FUENTE, P. (2004) *Tratado de obstetricia y ginecología. Volumen 2. Ginecología*. Madrid, McGraw-Hill, pp. 588- 601.
- VALERA, J. (1991) Los métodos de consenso en el sector sanitario. *Gac Sanit*, 5 (24), pp. 114-116.
- VANCE, S. (Comp.) (1989) *Placer y peligro. Explotando la sexualidad femenina*. Hablan las mujeres. Madrid, Ediciones Talasa.
- VARGAS-ROMERO, R. (1987) Dolor pélvico ginecológico. *Rev. Esp. Obst. Y Gin*, 46, pp. 505-516.
- VELASCO, S. (2002) *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*. Madrid, Instituto de la Mujer.
- VELASCO, S. (2005) Relación entre el imaginario social y la salud. En: LÓPEZ, B. (Comp.) *La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones*, Madrid, Instituto de la Mujer.
- VELASCO, S. (2009) *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid, Minerva.
- VELASCO, S.; LÓPEZ, B.; TOURNÉ, M. y cols., (2007). Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. Experiencia en Murcia. En: *Medicinas y Género. Una Traslación necesaria. Revista Feminismo/s*, Universidad de Alicante, Vol 10, pp. 111-131.
- VIDAL, A.; RICO, B.; AYUSO, M.; ANGULO, J.; RUÍZ, M.; MUGÜERZA, J.; SANZ, M. (2000) Dolor pélvico crónico: enfoque multidisciplinario. *Rev. Soc. Esp. del Dolor*, Vol. 7, Nº 6, Agosto-Septiembre.
- VILLEGAS, P.; RODRIGUEZ, E.; OCHOA, A. (1993) *Cuadernos de salud 1*. Instituto Andaluz de la Mujer, Sevilla.
- WEEKS, J. R. (1998) *Sexualidad*. Buenos Aires, Paidós.
- WEIJENBORG, PH.; GREEVEN, A.; DEKKER, FR.; PETERS, A.; KUILE, M. (2007) Clinical course of chronic pelvic pain in women. *Pain* 132, S117-S123.

- WILHELM, K. y PARKER, G. (1989) Is sex necessarily a risk factor to depression? *Psychological Medicine*, 19, pp. 401-413.
- WILSON, ML.; MURPHY, PA. (2001) Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*, (1) CD002124.
- WINKEL, CA. (2001) Role of a symptom-based algorithmic approach to chronic pelvic pain. *Int J Gynaecol Obstet*, 74 (suppl 1), S15-S20.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1995) *Global estimates of maternal mortality for 1995: results of in-depth review, analysis and estimation strategy*. Génova.
- ZONDERVAN, KT.; YUDKIN, PL.; VESSEY, MP.; DAWES, MG.; BARLOW, DH.; KENNEDY, SH. (1999) Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *Br J Obstet Gynaecol*, 106, pp. 1149-1155.

WEBGRAFÍA

- AUDRA, M.D. *Disfunción sexual femenina*. Enciclopedia médica en español. Versión en inglés revisada por: Department of Obstetrics and Gynecology, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Traducción y localización realizada por: Dr Tango, Inc.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003151.htm>
[Consultado el 20 de abril de 2008]
- JOLLY, S.; IKKARACAN, P. (2008) *Género, sexualidad y derechos sexuales: una mirada general*.
<http://www.choike.org/nuevo/informes/5033.html>
[Consultado el 17 de abril de 2008]
Las dimensiones de la sexualidad
<http://sexosalud.consumer.es/las-dimensiones-de-la-sexualidad>
[Consultado el 17 de abril de 2008]
- MOLINA, F.J. (2008) *Disfunción sexual femenina. Un problema oculto*.
http://www.susmedicos.com/art_disfuncion_sexual_femenina.htm
[Consultado el 23 de abril de 2008]

ANEXOS

Anexo I

Herramienta para el análisis de contenido y forma del cuestionario de Salvatierra y Cuenca

Originará la recogida de datos a partir del proceso de análisis de las partes fundamentales de la investigación.

Matriz de análisis del contenido y la forma del cuestionario.

Partes fundamentales del proceso de la investigación del cuestionario	
Justificación	¿Mantendríamos la misma o generaríamos otra?
Objetivos	¿Corresponden al qué se quiere investigar?
Población de estudio: grupo control, caso.	¿Se explica la selección de los sujetos, criterios de inclusión/exclusión?
Dimensiones de estudio: a. Malestar menstrual b. Pelvialgia crónica c. Sexualidad negativa d. Miedo al embarazo y a la contracepción e. Rechazo del papel femenino f. Vasolabilidad g. Hipoestronismo h. Alteración emocional i. Ansiedad j. Depresión	¿Cómo se ha realizado la selección de las dimensiones? , ¿Cómo se ha recogido la información?, ¿De qué fuente documental se han extraído las definiciones de las dimensiones?
Medida de las dimensiones de estudio	¿Qué instrumentos de medida se han utilizado?, ¿Qué criterios de elección?, ¿Qué proceso se ha seguido para la adaptación de instrumentos?
Ítems correspondientes a cada dimensión	¿Tipo de pregunta? ¿Redacción de la pregunta? ¿Ordenamiento de la pregunta? ¿El contenido de la pregunta es relevante para lo que quiere medir?
Variables a. Sociodemográficas b. De las dimensiones de estudio	¿Anuncia las variables y su justificación?
Formato de recogida de la información: a. Puntuaciones y escalas b. Formato del cuestionario	¿Respuestas dicotómicas o cuantitativas que expresan grado? ¿Formato de cuestionario en base a su fácil cumplimentación y no pérdida de información?
Validación	¿Se ha realizado la validación en viabilidad, fiabilidad, sensibilidad, validez?
Resultados	¿Plantea los resultados principales con significación estadística? ¿Los expresa de forma numérica o con tablas?
Conclusiones	¿Obtiene conclusiones y alguna recomendación?

Fuente: Matriz de elaboración propia a partir de la “Guía para la elaboración de un protocolo de estudio” y de “Diseño de cuestionarios” de Argimon Pallás J. M^a y Jiménez Villa J. 2005.

Anexo II

Hoja informativa para los miembros que forman el "grupo experto" en la investigación.

Hoja informativa para los miembros que forman el "grupo experto"

El **equipo investigador** formado por: Jesús Florido, Francisco Jiménez, Juan de Dios Luna, Gracia Maroto, Paula Quesada y Ángeles Gómez, iniciamos esta hoja informativa agradeciéndole su participación como miembro experto, para formar parte del grupo que explicamos seguidamente.

Usted ha sido **elegida/o** "miembro experto" por haber participado en la elaboración o pasación del Cuestionario de Síntomas, Actitudes y Trastorno Emocional en clínica obstétrica-ginecológica de Salvatierra, y Cuenca en 1987 y/o haber intervenido en algún procedimiento profesional relacionado con las áreas de obstetricia y ginecología así como por ser una persona recomendada por el informante clave, en base a su actitud y aprendizaje para el abordaje de la práctica profesional.

El **objetivo** que queremos conseguir con el **cuestionario** definitivo es: *"que los clínicos, del área obstétrico-ginecológica puedan realizar un cribado diferencial entre diagnóstico orgánico y diagnóstico emocional, en patología como malestar menstrual, pelvisalgia crónica, ...etc, desde una perspectiva de género. Para ello se explorarán también las actitudes ante la sexualidad, el embarazo y la contracepción con la finalidad de realizar una valoración integral de la mujer"*.

El **grupo** está compuesto por 6 miembros que desempeñan su actividad profesional en áreas de trabajo relacionadas con la intervención obstétrico-ginecológica. Su constitución es paritaria y participan profesionales de diferentes provincias andaluzas, al ser un estudio de ámbito autonómico.

El **objetivo** del "**grupo experto**" es realizar un análisis de CONTENIDO Y FORMA del cuestionario al que hemos aludido anteriormente, así como plantear alternativas de cambio en cada una de las partes que lo componen (Justificación, Objetivos, Metodología, Resultados, Conclusiones; también se recogerán opiniones sobre el formato y la presentación). Utilizaremos a modo de guión, la matriz de análisis de la tabla 1, y el enfoque de género, como herramientas de trabajo.

El procedimiento **metodológico** para tal fin consistirá en la presentación, por miembros del grupo investigador, del contenido de cada una de las partes contempladas en el cuestionario inicial y la alternativa de cambio sugerida para su actualización. Seguidamente participará cada uno de los miembros del grupo experto dando su opinión, realizando aportaciones y consensuando las conclusiones. Como herramientas de análisis del cuestionario, utilizaremos la **Matriz de análisis de contenido y forma** (tabla 1), de elaboración propia, y la **Guía de análisis de género de la OPS/OMS del Taller de género, salud y desarrollo; 1997** (tabla 2). Con esta última exploramos el rol de género, el acceso y control de los recursos y las necesidades de hombres y mujeres. Su **participación** consistirá en la lectura del cuestionario inicial obstétrico-ginecológico de Salvatierra y Cuenca, del que le facilitaremos copia. Usted, como profesional experto centrará su análisis sobre la justificación, los objetivos, la población de estudio, las dimensiones (definición y preguntas que la exploran) y las variables de estudio. Por último también se le pedirá opinión sobre el formato y el diseño del cuestionario más adecuados para motivar la participación de las mujeres y la cumplimentación del mismo. Paralelamente incorporará aportaciones para su actualización a partir de sus conocimientos y experiencia profesional; en cada una de las partes debatidas se llegará a conclusiones que se incorporarán en el nuevo cuestionario.

El **lugar** de celebración de los encuentros grupales será en Granada, pues es la provincia a la que pertenecen mayor número de miembros expertos. Las sesiones se desarrollarán en la séptima planta del Hospital San Cecilio de Granada, en la sala de juntas, durante los días 9 y 30 de Mayo, así como el 13 de Junio, a las 17:30.

El **número de sesiones** lo definirá el avance del proceso de análisis. Suponemos que no serán más de tres sesiones de 1 hora 30 minutos.

Posteriormente a cada sesión, se elaborará un informe de resultados que se aportará a cada uno de los miembros expertos previo a la siguiente sesión a desarrollar.

Finalizadas las sesiones experto, se elaborará un cuestionario preliminar que será pilotado por un grupo de 30 mujeres para valorar su comprensión, tiempo de cumplimentación, etc.

Apoyo documental para los miembros del grupo experto:

1. Referente a la investigación que estamos realizando:
 - a. **TÍTULO:** *Revisión y Adaptación Cultural del Cuestionario de Síntomas, Actitudes y Trastorno Emocional en clínica obstétrico-ginecológica de Salvatierra y Cuenca.*
 - b. **OBJETIVOS:**
 - i. *Revisar el contenido y la forma del cuestionario obstétrico-ginecológico, utilizando el enfoque de género como herramienta de análisis, e identificar los aspectos susceptibles de mantener, eliminar o incorporar, según las evidencias científicas, sobre los temas tratados.*
 - ii. *Adaptar el contenido del cuestionario, incorporando la perspectiva de género, a los cambios socioculturales acaecidos en las últimas décadas y realizar una validación psicométrica.*
2. Fotocopia del Cuestionario de Salvatierra y Cuenca de 1987.
3. Aporte documental para utilizar la perspectiva de género, como herramienta de análisis *¿por qué el enfoque de género es importante para la salud pública?, definición de análisis de género, sus principios básicos, los dos marcos de análisis (análisis de la información y planificación sensible al género)*, así como *los pasos para realizar un análisis de género* (OPS/OMS. Taller de género, salud y desarrollo, 1997). También incluimos bibliografía relevante sobre la

identificación del sesgo de género *en la forma en la que mujeres y hombres son tratados diferentemente por el sistema de atención a la salud, en cuanto a utilización de servicios, formas de tratamiento, desarrollo de programas, etc.*

- i. GITA SEN, ASHA GEORGE, PIROSKA ÖSTLIN. Organización Panamericana de la Salud. Harvard Center for Population and Development Studies. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: Un análisis de la investigación y las políticas 2005.
- ii. ROHLFS I., BORREL C., FONSECA M. do C. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. Gac Sanit 2000;14(Supl. 3):60-71
- iii. RUIZ CANTERO Mª T, SIMÓN- RODRIGUEZ E, PAPI-GÁLVEZ N. Sesgo de género en le lenguaje de los cuestionarios de la Encuesta Nacional de Salud 2003. Gac Sanit. 2006;20(2):161-5.
- iv. RUIZ-CANTERO MªT., VERDÚ-DELGADO Mª. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. Gac Sanit 2004;18(Supl 1):118-125.
- v. ROHLFS I. y col. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. Gac Sanit 2000;14(2):146-155

Anexo III

Guión para las dimensiones debatidas en el grupo experto

1. *Contracepción y miedo al embarazo.*

Realizamos una serie de preguntas-respuestas:

- ¿Exploraríamos la actitud ante la reproducción?
- ¿Exploraríamos el miedo al embarazo?
- ¿Exploraríamos cómo percibe la mujer el método anticonceptivo?
 - A través de la satisfacción: ¿estás contenta con el método que utilizas?
 - De la eficacia: ¿estás tranquila con el método que usas?
 - De los efectos sobre la salud: ¿te preocupa que afecte a tu salud?

Preguntas del cuestionario inicial:

- 25. *¿Ha tenido Vd. muy malos embarazos?*
- 26. *¿Ha sufrido Vd. mucho en los partos?*
- 28. *¿Se retira su marido antes de terminar el acto sexual para evitar el embarazo?*
- 36. *¿Su marido y Vd. están de acuerdo en no tener más hijos?*
- 37. *¿Cree Vd. que los médicos deberían prescribir medios para no tener hijos si se les pide?*
- 38. *¿Tiene miedo a tomar píldoras para no tener niños?*
- 41. *¿Ha tenido Vd. dificultades para amamantar a sus hijos?*

2. *Rechazo del papel femenino*

El contenido de esta dimensión versó sobre los sentires y los condicionamientos que pueden estar relacionados con el hecho de ser mujer:

- ¿Cómo se siente?
 - ¿Se siente sobrecargada?
 - ¿Cómo percibe su salud?
 - ¿Y su calidad de vida?
 - ¿Qué elementos creen las mujeres que afectan a su calidad de vida?
- Por su condición de mujer y por el rol que socialmente se le asigna:
 - ¿Cómo le afecta el trabajo doméstico?
 - ¿Exploraríamos el núcleo familiar?
 - Su composición: N° de personas que viven en casa, Distribución por sexo, Personas menores de 15 años, Personas mayores de 65 años, Personas discapacitadas.
 - ¿Cómo le afecta el trabajo productivo?
 - Tipo de contrato
 - Tipo de jornada laboral
 - Niveles de responsabilidad
 - Acoso laboral
 - Embarazos
 - Estrés

- ¿Exploraríamos los apoyos formales e informales que recibe?
 - Durante cuantas horas
 - El modelo de corresponsabilidad de la pareja
- ¿Cómo distribuye su tiempo a lo largo del día? ¿lo exploraríamos?
 - En actividades domésticas
 - En actividades productivas
 - En sueño
 - En ocio
- Al final de este debate, se introduce un turno de palabra con el fin de consensuar el término actualizado que mejor recogiera la contextualización de esta dimensión (Rol de la mujer, Papel femenino o Características femeninas).

Preguntas del cuestionario inicial:

- 10. *¿Preferiría no tener las reglas porque lo considera un inconveniente?*
- 11. *¿Se asustó cuando tuvo la regla por primera vez?*
- 29. *¿Tiene muchísimo miedo de quedar embarazada?*
- 30. *¿Le apetecen a Vd. las relaciones sexuales?*
- 35. *¿Cree Vd. que la mujer lleva la peor parte en las relaciones sexuales?*
- 39. *¿Cree que es mejor atender la casa y la familia que trabajar fuera en un empleo?*
- 40. *¿Desea Vd. educar a sus hijos de la misma forma que su madre la educó a Vd.?*
- 42. *¿Cree que es mejor tener hijos varones que hijas?*

3. *Depresión y Ansiedad*

Para debatir esta área partimos de un esquema con preguntas genéricas facilitando la elaboración del discurso, en base a la experiencia y acciones de los miembros expertos. Seguidamente analizaron qué preguntas consideraban reveladoras del estado anímico de la mujer, tanto en ansiedad como en depresión, a partir de una batería de preguntas extraídas del Beck para depresión y del Stai para ansiedad; por último y de modo reiterativo a todas las dimensiones, volvimos sobre el cuestionario inicial valorando una por una la oportunidad o inoportunidad de las preguntas exploratorias del estado emocional de la mujer que acude a la clínica obstétrico-ginecológica.

Preguntas genéricas:

- ¿Qué **manifestaciones** observáis en la mujer que pueden estar relacionadas con su estado de ánimo?
- ¿Qué **hacéis** habitualmente en consulta para explorar la situación emocional?
- ¿**De qué manera** expresan las mujeres sus quejas?

Preguntas reveladoras del estado de ánimo:

- Para depresión

¿**Qué preguntas** explorarían mejor el estado depresivo de la mujer?

1. No me siento **triste**.
2. No me siento especialmente **desanimada** respecto al futuro.
3. No me siento **fracasada**.
4. Las cosas me **satisfacen** tanto como antes.
5. No me siento especialmente **culpable**.
6. Creo que no estoy siendo **castigada**.

7. No me siento **descontenta** conmigo misma.
8. No me considero **peor que cualquier otro**.
9. No tengo ningún pensamiento de **suicidio**.
10. No **lloro** más de lo que solía.
11. No estoy más **irritada** de lo normal en mí.
12. No he perdido el **interés por los demás**.
13. **Tomo decisiones** más o menos como siempre he hecho.
14. No creo tener peor **aspecto** que antes.
15. **Trabajo** igual que antes.
16. **Duermo** tan bien como siempre.
17. No me siento más **cansada** de lo normal.
18. Mi **apetito** no ha disminuido.
19. Últimamente he perdido poco **peso** o no he perdido nada.
20. No estoy **preocupada por mi salud** más de lo normal.
21. No he observado ningún cambio reciente en mi **interés por el sexo**.

- Para ansiedad

¿Qué preguntas explorarían mejor el estado ansioso de la mujer?

1. *Me **preocupo** fácilmente .*
 2. *Tengo **pensamientos** o sentimientos negativos .*
 3. *Me siento **inseguro** de mí mismo .*
 4. *Doy demasiadas **vuelatas a las cosas** sin llegar a decidirme .*
 5. *Siento **miedo** .*
 6. *Me **sudan las manos** u otra parte del cuerpo hasta en días fríos .*
 7. *Me **tiemblan las manos** o las piernas .*
 8. *Me **duele la cabeza** .*
 9. *Mi cuerpo está en **tensión** .*
 10. *Tengo **palpitaciones**, el corazón me late muy deprisa .*
 11. *Me **falta el aire** y mi respiración es muy agitada .*
 12. *Siento **mareo** .*
 13. *Tengo **escalofríos** y tiritito aunque no haga mucho frío .*
 14. *Trato de **rehuir o evitar** alguna situación .*
 15. *Me muevo y hago cosas sin una **finalidad concreta** .*
 16. *Quedo **paralizado** o mis movimientos son torpes .*
- Tartamudeo** o tengo otras dificultades de expresión verbal .*

Preguntas del cuestionario inicial:

- De depresión

58. ¿se siente la mayor parte del tiempo contenta y feliz?
59. ¿se figura habitualmente un futuro muy negro y un porvenir muy malo?
62. ¿la asaltan a veces ideas de que le va a suceder algo malo?

- 65. ¿le cuesta dormirse o se despierta varias veces durante la noche?
- 66. ¿le desaniman muchísimo las pequeñas preocupaciones y los disgustos?
- 67. ¿ha tenido alguna vez una depresión nerviosa?
- 78. ¿tiene temporadas de agotamiento y fatiga en que se siente muy cansada, sin fuerzas para nada?
- 79. ¿se levanta frecuentemente cansada por la mañana?
- 80. ¿tiene opresión en la cabeza que le dificulte hacer lo que tenga que hacer?
- 81. ¿se encuentra siempre tan fatigada que no tiene fuerzas ni para comer?
- 82. ¿tiene apetito?

- De ansiedad:

- 63. ¿Se arma un barullo de ideas cuando tiene que hacer alguna cosa rápidamente?
- 64. ¿Se siente intranquila o angustiada cuando se encuentra sola sin nadie amigo cerca?
- 68. ¿Siente dolor en le pecho, hacia el corazón muchas veces?
- 69. ¿Su corazón empieza a ir aprisa muchas veces sin nada que lo justifique?
- 71. ¿Tiene con frecuencia palpitaciones del corazón?
- 72. ¿A veces mientras, está pensando en alguna cosa, le asalta como angustia o miedo a algo?
- 73. ¿Se estremece o tiembla a menudo?
- 74. ¿Se despierta frecuentemente por la noche sobresaltada por ruidos
- 75. ¿Se encuentra casi siempre con tensión o excitación nerviosa?

4. Dimensiones nuevas: *trastornos de la conducta alimentaria y violencia de género*

Para explorar la oportunidad o no de incluir en el cuestionario preguntas que versen sobre los trastornos de la conducta alimentaria y sobre posible violencia de género utilizamos el siguiente esquema:

Preguntas para trastornos de la conducta alimentaria (T.C.A.):

- ¿Incluiríais esta dimensión en el cuestionario?
- ¿Qué utilidad le veis para el apoyo al diagnóstico ginecológico?
- ¿Qué manifestaciones observáis en la mujer que puedan indicar un T.C.A.?
- ¿Con qué preguntas la exploraríamos?

Preguntas para violencia de género:

- ¿Incluiríais esta dimensión en el cuestionario?
- ¿Qué utilidad de veis para el apoyo al diagnóstico ginecológico?
- ¿Qué manifestaciones observáis en la mujer como indicadores de violencia?
- ¿Con qué preguntas la exploraríamos?

5. Específicamente para la *dimensión sexualidad* se debatieron:

- La conducta sexual a través de:
 - La frecuencia, satisfacción, dolor, el deseo, el orgasmo.
 - La concepción que la mujer tiene de la sexualidad como factor condicionante de su salud sexual.
- Las causas de las disfunciones sexuales a partir de:
 - Actitud de la mujer ante la sexualidad (reproducción, placer)
 - Sentimientos de miedo, culpabilidad y vergüenza hacia el sexo.
 - El autoconocimiento de su cuerpo y sus posibilidades sexuales.
 - Las prácticas sexuales.
 - La relación de pareja.

Preguntas del cuestionario inicial:

- 18. ¿Las molestias que Vd. tiene comenzaron después que se casó?
- 27. ¿Tiene relaciones sexuales más de una vez a la semana?
- 31. ¿Le producen molestias o dolor las relaciones sexuales?
- 32. ¿Alcanza generalmente satisfacción completa en las relaciones sexuales?
- 33. ¿Sueña a veces con relaciones amorosas y se excita sin querer?
- 34. ¿Se ha satisfecho sexualmente Vd. sola alguna vez?
- 43. ¿Cree que su marido podría portarse mejor con Vd.?
- 85. ¿Le desagradan los hombres?

6. Para *malestar menstrual*:

- Realizamos una serie de preguntas-repuestas:
 - ¿Exploramos la satisfacción de la usuaria en relación a la atención recibida por el sistema de salud?
 - ¿Cómo podríamos explorar la connotación social? ¿Estudiando las creencias y actitudes hacia el ciclo menstrual a través de un listado de síntomas?
 - ¿Creéis que, en las variables generales o en el Rol femenino, hay que identificar el tiempo que dedica cada mujer a actividades ocupacionales laborales, domésticas y de ocio y tiempo libre? ¿Estas actividades están condicionadas por este malestar menstrual?
 - Tal vez la pregunta ¿te disgusta la menstruación?, ¿sería suficiente para valorar la actitud?
 - ¿Explicaríamos la experiencia vivida, como un hecho positivo o negativo, en la primera menstruación?
 - ¿Recogeríamos la edad de la menarquía?
 - ¿Exploraríamos el conocimiento de la fisiología femenina y del ciclo menstrual o bien las fuentes de información de que disponen?
 - ¿Exploraríamos, a través de la mirada de la mujer, la actitud del hombre sobre la menstruación?
 - ¿Contemplaríamos información sobre: Acontecimientos vitales estresantes, la influencia en el trabajo productivo-reproductivo en cuanto a absentismo y bajo rendimiento; valoraríamos el absentismo, laboral o de estudios, a través de la intensidad de la dismenorrea?
- Delimitamos el término que debería conformar la definición de malestar menstrual y su contenido conceptual:
 - ¿Qué término recoge mejor la definición? Malestar menstrual, Dolor menstrual, Dismenorrea, Síndrome premenstrual, ¿Otros?

- ¿La definición debe recoger los síntomas más frecuentes asociados al síndrome premenstrual, la dismenorrea (dolor de regla), la anormalidad del patrón menstrual, factores psicosociales a partir de creencias y actitudes - malestar físico, aumento emociones, cambios en el estado de ánimo y condicionamiento de las actividades y encuentros sociales-?

Preguntas del cuestionario inicial:

1. ¿Lleva Vd. Una cuenta exacta de las fechas de sus reglas?
2. ¿Se encuentra muy mal los días anteriores a las reglas?
3. ¿Se encuentra mejor cuando le baja la regla?
4. ¿Tiene que tomar calmantes por los fuertes dolores durante las reglas?
5. ¿Tiene que guardar cama durante los días de regla?
6. ¿Considera que sus reglas son demasiado escasas?
7. ¿Considera que sus reglas son exageradas con pérdidas excesivas?
8. ¿Se atrasa o faltan las reglas con frecuencia?
9. ¿Son muy irregulares sus reglas, no viniendo nunca en día fijo?

7. El contenido temático de la dimensión *pelvialgia crónica* versó sobre:

- ¿Qué aspectos exploraríamos desde el punto de vista sintomático?
 - ¿El dolor y sus características?
 - ¿Qué características del dolor: El Curso, La Localización, El Agravamiento, La Especificidad -noto un pinchazo, pellizco, etc. podría estar relacionada con la funcionalidad-?
- ¿Nos interesa, además, el área afectivo-conductual?
 - ¿Si tiene repercusiones sobre la sexualidad, cuáles y por qué?
 - ¿Si condiciona la vida laboral y familiar?
 - ¿Si afecta al estado de ánimo de la persona?
 - ¿Si modifica su actividad física?
- ¿Nos interesan, también, las manifestaciones propias debidas al desarrollo psicológico de cada mujer –Psicosomática-?; ¿Qué manifestaciones?

Preguntas del cuestionario inicial:

12. ¿Tiene dolores y molestias en los riñones desde hace tiempo?
- 13.- ¿Tiene dolores y molestias en el lado izquierdo del bajo-ventre desde hace mucho tiempo?
- 14.- ¿Tiene dolores y molestias en el lado derecho del bajo-ventre desde hace mucho tiempo?
- 15.- ¿La han visto otras veces por los dolores de ovario y de vientre sin encontrar alivio?
- 16.- ¿Son sus dolores de ovarios mayores cuando está de pie?
- 17.- ¿Aumentan sus dolores de ovarios cuando se disgusta?
- 19.- ¿Las molestias que Vd. tiene comenzaron después de algún parto?
- 20.- ¿Se le inflama muchísimo el vientre de modo habitual?

Anexo IV

Definición de los nudos o categorías de análisis de las dimensiones debatidas en el “grupo experto”

Definición de los nudos o categorías de análisis de la dimensión de contracepción y miedo al embarazo.

NECESIDADES EXPLORATORIAS.

Este nudo recoge la información sobre los aspectos que son útiles y necesarios explorar en el cuestionario según los expertos y expertas.

ACTITUD ANTE LA REPRODUCCIÓN

Este nudo recoge la información que dan los y las expertas sobre la importancia que tiene la actitud de la mujer frente a la reproducción. La información hace referencia a la necesidad de estudiar o no la actitud de la mujer frente a la reproducción y de cómo se exploraría.

MIEDO AL EMBARAZO

Este nudo recoge la información acerca de la necesidad o no de estudiar el miedo al embarazo dentro del cuestionario y de cómo se haría, a través de qué preguntas.

PERCEPCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO

Este nudo recoge la necesidad o no de explorar la percepción que tiene la mujer sobre los métodos anticonceptivos.

SATISFACCIÓN

Recoge la necesidad que expresan los y las expertas de estudiar la satisfacción de la mujer respecto al método anticonceptivo que utiliza.

EFICACIA

Recoge la necesidad que expresan los y las expertas de estudiar la eficacia del método anticonceptivo. Y cómo se exploraría.

EFECTOS SOBRE LA SALUD

Información sobre la necesidad de estudiar los efectos que tienen los métodos anticonceptivos sobre la salud. Y cómo se exploraría.

PREGUNTAS ELIMINADAS

Preguntas del cuestionario de Salvatierra y Cuenca que serán eliminadas.

PREGUNTAS CUESTIONARIO

Preguntas que sugieren los y las expertas que deberían estar en el cuestionario final y preguntas del cuestionario Salvatierra y Cuenca que se mantienen para el nuevo cuestionario.

Definición de los nudos o categorías de análisis de la dimensión de malestar emocional.

Objetivos

Objetivos que quieren cubrir los expertos y expertas con esta dimensión

Manifestaciones de las mujeres

Manifestaciones que observan los y las ginecólogas en consulta que pueden estar relacionadas con el estado de ánimo de la mujer.

Situación emocional

Actuaciones en consulta de los profesionales sanitarios para conocer la situación emocional de las mujeres. Actuaciones que llevan a cabo los sanitarios para detectar el malestar emocional.

Quejas

Información sobre cómo expresan las mujeres en consulta sus quejas, sus malestares. La forma o manera en que las mujeres expresan sus quejas y qué tipo de quejas.

Preguntas depresión

Preguntas que exploran el estado depresivo.

Preguntas ansiedad

Preguntas que exploran el estado ansioso.

Preguntas cuestionario de Salvatierra y Cuenca

Preguntas del cuestionario de Salvatierra y Cuenca que se mantienen o se eliminan.

Definición de los nudos o categorías de análisis de la dimensión de malestar menstrual.

1. **OBJETIVOS:** Hace referencia a los objetivos que quieren cubrir los clínicos teniendo en cuenta su necesidad diagnóstica y recogiendo los aspectos causales más importantes desde la integralidad de la mujer.
2. **SATISFACCIÓN SERVICIOS:** Exploramos la satisfacción de la usuaria en relación a la atención recibida por el sistema de salud.
3. **CONNOTACIÓN SOCIAL:** Estudiando las creencias y actitudes hacia el ciclo menstrual, identificando el tiempo que dedica cada mujer a actividades ocupacionales y si están condicionadas por este malestar menstrual.
4. **PREGUNTAS:** recogemos las preguntas que se elaboran por el grupo experto a lo largo de la sesión.
5. **PRIMERA MENSTRUACIÓN:** Contempla la edad de la menarquía y la experiencia positiva o negativa vivida.
6. **CONOCIMIENTO DE LA FISIOLOGÍA DEL CICLO MENSTRUAL:** se refiere al conocimiento de la fisiología femenina y del ciclo menstrual.
7. **ACTITUD DEL HOMBRE:** Exploraríamos, a través de la mirada de la mujer, la actitud del hombre sobre la menstruación.
8. **ACONTECIMIENTOS VITALES:** posibles acontecimientos acaecidos.
9. **MENSTRUACIÓN E INTENSIDAD SANGRADO:** la influencia del trabajo productivo-reproductivo en cuanto a absentismo y bajo rendimiento.
10. **TRATAMIENTO:** sobre tratamientos actuales o anteriores.
11. **PROTOCOLO DIAGNÓSTICO:** Reflexiona sobre si asociar un protocolo diagnóstico clínico al resultado de la entrevista a través del cuestionario.
12. **SINÓNIMOS:** elegir el término que mejor pueda definir el malestar menstrual.
13. **DEFINICIÓN:** Síntomas y factores psicosociales más frecuentes asociados al síndrome premenstrual.
14. **PREGUNTAS CUESTIONARIO DE SALVATIERRA Y CUENCA:** recoge las preguntas que mantendríamos del cuestionario inicial y cuáles no.

Definición de los nudos o categorías de análisis de la dimensión de pelvis crónica.

1. **OBJETIVOS:** Hace referencia a los objetivos que quieren cubrir los clínicos, con esta dimensión, teniendo en cuenta su necesidad diagnóstica y recogiendo los aspectos causales más importantes desde la integralidad de la mujer.
2. **EXPLORACIÓN SINTOMÁTICA:** El dolor y sus características: el curso, la localización, el agravamiento, la especificidad.
3. **ÁREA AFECTIVO-CONDUCTUAL:** Si tiene repercusiones sobre la sexualidad, si condiciona la vida laboral y familiar, si afecta al estado de ánimo y modifica su actividad física.
4. **MANIFESTACIONES PSICOSOMÁTICAS:** cuales se presentan con más frecuencia.
5. **OTROS SÍNTOMAS:** que nos puede interesar explorar.
6. **PREGUNTAS CUESTIONARIO DE SALVATIERRA Y CUENCA:** recoge las preguntas que mantendríamos del cuestionario inicial y cuáles no.

Definición de los nudos o categorías de análisis de la dimensión de rol de la mujer.

1. **OBJETIVOS:** Hace referencia a los objetivos que quieren cubrir los clínicos con esta dimensión, teniendo en cuenta su necesidad diagnóstica y recogiendo los aspectos causales más importantes desde la integralidad de la mujer.
2. **¿CÓMO SE SIENTE?:** a través de este dominio exploramos si se siente sobrecargada, su percepción sobre la salud y sobre su calidad de vida. Identificamos los elementos que le afectan.
3. **ROL SOCIALMENTE ASIGNADO:** analizamos los condicionantes de su trabajo doméstico, las características del trabajo productivo y los apoyos formales e informales de que dispone.
4. **DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO:** contempla la cantidad de tiempo que la mujer dedica a las actividades domésticas, productivas, de ocio y de sueño; entre otras.
5. **TÉRMINOS SINÓNIMOS:** hay que elegir el término que mejor define esta dimensión.
6. **PREGUNTAS:** recogemos las preguntas que se elaboran por los expertos a lo largo de la sesión.
7. **PREGUNTAS CUESTIONARIO DE SALVATIERRA Y CUENCA:** recoge las preguntas que mantendríamos del cuestionario y cuáles no.

Definición de los nudos o categorías de análisis de la dimensión de sexualidad.

APOYO DIAGNÓSTICO: debe ser un cuestionario que le sirva al clínico para discernir entre causas orgánicas del malestar por el que consulta la mujer, o/y son otros factores, que quedan explorados por otras dimensiones, los que están incidiendo en ese malestar.

CONOCIMIENTO INTEGRAL DE LA MUJER: Para ello es necesario contemplar en la mujer en su valoración diagnóstica, desde los principales modelos que estudian cada fenómeno:

- Modelo biomédico: se basa en las fluctuaciones hormonales anormales o excesivas que acaban en estados anímicos igualmente anormales, que requieren de tratamiento médico (Frank, 1931; Dalton et Al., 1987; Schmidt et Al., 1998)
- Modelo psicosomático: no se teoriza anormalidad hormonal alguna y en su lugar argumenta que existe algo de la psicología de la mujer (contradicciones internas) que causan intensificación de los cambios que se producen normalmente en su ciclo ovárico.
- Modelo psico-social: reconoce a los factores externos los causantes de las molestias de la mujer. Asegura que son las creencias negativas sobre el fenómeno las que conducen a la mujer a desarrollar expectativas negativas. (Marván y Escobedo, 1999; Marván y Cortés-Iniestra, 2001; Marvan et Al., 2001 y 2002)
- Modelo antropológico: estudia la construcción social de los fenómenos : “la cultura determina qué grupos de signos y síntomas son reconocidos como enfermedad, de manera que experiencias fisiológicas similares serán descritas como

enfermedad en algunas culturas pero no en otras". Johnson (1987) y Rodin (1992) afirman que mientras las experiencias premenstruales son reales, su construcción como enfermedad es específicamente cultural.

PERSPECTIVA DE GÉNERO: esta dimensión queda conformada por tres subdimensiones:

- SEXO: recogen las características biológicas de la mujer.
- GÉNERO: definido por los roles, relaciones, características de personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder relativo socialmente contruidos, que la sociedad asigna a ambos sexos de manera diferenciada.
- IGUALDAD DE GÉNERO: Se valoran los comportamientos, aspiraciones y necesidades de la mujer de la misma manera que si hubieran sido del hombre.

DEFINICIÓN DE UTILIDAD: La utilidad del cuestionario se fundamenta en que el contenido sea eficaz para discernir entre causas orgánicas y funcionales del malestar, así como que la forma sea de fácil y rápida aplicación en la consulta de ginecológica.

NECESIDADES EXPLORATORIAS. Este nudo recoge la información sobre los aspectos que son útiles y necesarios explorar en el cuestionario según los expertos y expertas.

CONCEPCIÓN DE SEXUALIDAD: importancia que tiene la concepción de sexualidad de la paciente sobre su salud sexual.

- Concepción esencialista: la concepción esencialista centra la atención en los aspectos biológicos otorgándole total importancia a la biología, la fisiología hormonal y las funciones innatas de la selección natural.
- Concepción cultural: la concepción cultural centra la sexualidad en la capacidad reproductora pero incluyendo en sus postulados las influencias culturales. Se basa en la amplia diversidad de manifestaciones e interpretaciones sociales de la misma para incidir en la influencia y supremacía de los factores sociales sobre los biológicos.
- Concepción constructivista: contempla tanto los aspectos biológicos como culturales a la hora de definir la sexualidad. Dentro de esta concepción se encuentran aquellas teorías que han conseguido identificar y reconocer en lo comportamientos sexuales factores e influencias implícitas que derivan de la norma social imperante. Habremos de contemplar las numerosas fuerzas que intervienen en la conformación de la sexualidad – la economía, la política, la religión, o las grandes ideologías como el psicoanálisis, los sistemas educativos, legal y sanitario – su imbricación con instituciones “privadas” como pueden ser el matrimonio, la familia, el cuidado de los hijos e hijas, el hogar, la intimidad y el amor.

CONDUCTA SEXUAL: recoge la necesidad de explorar la conducta sexual para conocer la existencia y tipología de las disfunciones sexuales. La conducta sexual de la mujer se explora a través de la satisfacción, presencia o no de dolor, deseo y orgasmo.

CAUSAS DE LAS DISFUNCIONES: recoge las causas de los malestares y disfunciones sexuales. Las causas vienen determinadas por distintos factores y variables que están directamente relacionados con las disfunciones sexuales de las mujeres. La actitud de la mujer ante la sexualidad, el sentimiento de culpa, sentimientos de vergüenza hacia el sexo, el autoconocimiento del cuerpo, las prácticas sexuales, y la relación de pareja son causas comunes de las disfunciones sexuales de la mujer.

PREGUNTAS CUESTIONARIO: recoge las preguntas que se mantienen del cuestionario inicial y las que se incluirían en el nuevo.

PREGUNTAS ELIMINADAS: preguntas que están en el cuestionario de Salvatierra y Cuenca y que no se mantienen en el nuevo.

Anexo V

Guión entrevista a mujeres

GUIÓN ENTREVISTAS A MUJERES.

1. ¿Cuántos años tienes?
2. ¿Tienes pareja?
3. ¿Vives con tu pareja?
4. ¿Trabaja fuera y dentro de la casa? ¿Consideras que tiene doble jornada?

(Explicación de la entrevistadora a la entrevistada) Las dimensiones son áreas que corresponden a una serie de aspectos que creemos que pueden estar influyendo en los malestares ginecológicos de la mujer.

5. ¿Qué cosas hay que preguntarle a la mujer sobre su sexualidad? ¿Y cómo se lo preguntaría?
6. ¿Y el malestar menstrual, las molestias que provoca la regla? ¿Tú crees que deberíamos conocerlas? ¿Qué deberíamos preguntar? ¿Cómo lo preguntaría tú?
7. ¿Y sobre los dolores en la pelvis, qué crees que debería preguntarse?
8. Cuando se habla de contracepción, de métodos anticonceptivos, en la consulta, ¿qué preguntas te gustaría que te hiciera la ginecóloga? ¿Qué crees que debe saber el ginecólogo sobre la mujer para que le indique un método anticonceptivo adecuado a sus necesidades?
9. El entorno social de la mujer también influye en los malestares ginecológicos, ¿qué crees tú que debe conocer el médico/a sobre la vida de la mujer, sobre qué aspectos preguntaría?
10. El estado emocional de la mujer influye igualmente en su salud ginecológica, ¿Qué preguntas harías para conocer el estado emocional de la mujer?
11. Algunos malestares están relacionados directamente con la violencia de género y trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia. ¿Crees que deberíamos preguntar sobre esto en el cuestionario?

(Explicación de la entrevistadora a la entrevistada) Pasamos a preguntas más concretas, si hay alguna pregunta que no entiendas me lo dices.

Sexualidad

12. ¿Qué preguntaría tú a la mujer para saber si tiene o no deseos sexuales?
13. ¿Y para saber si tiene o no orgasmos?
14. ¿Qué preguntaría tú a la mujer para saber si obtiene satisfacción con las relaciones sexuales?
15. ¿Qué preguntaría tú a la mujer para saber si tiene o no dolor en las prácticas sexuales?
16. ¿Qué preguntaría tú a la mujer para saber con qué frecuencia tiene relaciones sexuales?
17. ¿Cómo le preguntaría tú a la mujer si tiene sentimientos de culpa respecto a su sexualidad y/o relaciones sexuales?
18. ¿Qué le preguntaría a la mujer para saber si tiene miedos en sus relaciones sexuales?
19. ¿Qué le preguntaría para saber si siente vergüenza respecto al sexo o las relaciones sexuales?
20. ¿Qué preguntas le harías a la mujer para saber si conoce su cuerpo?, ¿Si se conoce a sí misma respecto al sexo?
21. ¿Cómo le preguntaría sobre la masturbación?
22. ¿Qué le preguntaría sobre sus prácticas sexuales? ¿cómo se lo preguntaría?
23. ¿Y sobre su relación de pareja? ¿Qué preguntas le harías para saber cómo es su relación de pareja respecto al sexo?

Malestar menstrual

24. ¿Cómo le preguntaría por los dolores que tiene con la regla?
25. ¿Le preguntaría si tiene que estar algunos días en cama?

26. ¿Le preguntaría sobre el tratamiento que sigue? ¿Qué le preguntaría?
27. ¿Le preguntaría si tiene que faltar al trabajo? ¿Y si estudia si falta a la clase?
28. ¿Le preguntaría si tiene que renunciar a las actividades de ocio?

Pelvisalgia crónica

(Explicación de la entrevistadora a la entrevistada) Ahora vamos a hablar de la pelvisalgia crónica, te digo que consiste en un dolor en el bajo vientre de una forma casi constante y muy mantenida en el tiempo, o sea, que puede estar una mujer varios meses o más con ese dolor sin encontrar alivio.

29. ¿Qué preguntas le harías para saber cómo es el dolor? ¿Y donde le duele?
30. ¿Qué crees que hay que saber sobre el dolor? ¿Qué preguntaría para saber las características del dolor?
31. ¿Crees que hay que preguntar por otras manifestaciones del dolor? ¿Cómo?
32. ¿Le preguntaría por el tratamiento que sigue?
33. ¿Y sobre si tiene alguna operación hecha?
34. ¿Crees que sería importante que conociéramos si hay ido a diferentes especialistas para ese dolor?
35. ¿Qué le preguntaría para saber si el dolor tiene relación con la actividad física?
36. ¿Y para saber si tiene alteraciones en el tránsito intestinal?

Contracepción y miedo al embarazo

(Explicación de la entrevistadora a la entrevistada) Seguidamente vamos a hablar sobre los métodos anticonceptivos y sobre si la mujer tiene o no miedo al embarazo.

37. ¿Cómo le preguntaría si usa anticonceptivos?
38. Y para saber el nivel de satisfacción con el método, ¿Qué le preguntaría?
39. ¿Qué crees que hay que preguntarle para saber si el método le resulta o le parece eficaz?
40. ¿Qué crees que hay que preguntarle a la mujer para conocer los efectos que tienen sobre su salud los anticonceptivos? ¿Qué preguntas le harías?
41. Para que los deseos y necesidades de la mujeres queden recogidos respecto a los métodos anticonceptivos, ¿qué crees que es necesario preguntarle?
42. ¿Para saber quién y cómo ha elegido el método que utiliza que le preguntaría?
43. Para saber que método le gustaría usar, ¿qué crees que hay que preguntarle?
44. Para saber si desea tener hijos o no desea tenerlos, ¿cómo se le preguntaría?
45. Para saber si tiene miedo a un embarazo no planificado, no planeado, ¿qué le preguntaría?

Rol de la mujer

(Explicación de la entrevistadora a la entrevistada) A continuación vamos a hablar del rol de la mujer que se refiere a su familia, su trabajo, cómo se cuida, su ocio...

46. ¿Para saber cómo ven ellas mismas su salud, qué le preguntaría?
47. ¿Para saber cómo ven ellas su calidad de vida, qué le preguntaría?

48. ¿Qué crees que hay que preguntarle sobre su familia? ¿Qué le preguntarías? ¿Cómo?
49. Y sobre las cargas familiares, ¿qué le preguntarías? ¿Cómo?
50. ¿Qué preguntas le harías para saber si se siente sobrecargada?
51. Y sobre su trabajo domestico, ¿qué le preguntarías?
52. ¿Y sobre su trabajo fuera de casa?
53. ¿Qué le preguntarías para saber si tiene apoyos en sus jornada doméstica?
54. ¿Qué preguntas le harías para saber que ocurre con su tiempo de ocio, si se dedica tiempo a sí misma y cuanto tiempo tiene de ocio?

Malestar emocional

(Explicación de la entrevistadora a la entrevistada) En este apartado nos vamos a referir a las situaciones de ánimo, de angustia, etc.

55. ¿Qué preguntas le harías para saber si tiene trastornos del sueño?
56. ¿Y de alimentación?
57. ¿Qué le preguntarías para conocer su vida social?
58. ¿Y para conocer su irritabilidad, qué le preguntarías?
59. ¿Y qué preguntas le harías para saber si siente tristeza?
60. ¿Qué le preguntarías para saber si ha tenido enfermedades psicológicas previas o actuales?
61. ¿Y para conocer su tratamiento?

Violencia de género y trastorno de la conducta alimentaria

(Explicación de la entrevistadora a la entrevistada) Me gustaría conocer tu opinión sobre la incorporación al cuestionario de preguntas para dos dimensiones nuevas que son violencia de género y trastornos de la conducta alimentaria. Parece ser que tanto una como la otra pueden tener que ver con los malestares ginecológicos.

62. ¿Tú qué piensas?
63. ¿Qué preguntas crees que se le pueden hacer a la mujer sin que se sienta incomoda para saber si sufre violencia de género?
64. ¿Qué preguntas crees que se le pueden hacer para saber si sufre trastornos en su conducta alimentaria?

Sobre el lenguaje y la comprensión de las preguntas

65. De las preguntas que hemos visto, ¿El lenguaje es sencillo, se entiende bien?
66. ¿Te resultaría incomoda alguna pregunta? ¿Te resulta incomodo el lenguaje empleado?

Anexo VI

Perfiles mujeres entrevistadas

Perfiles mujeres entrevistadas

Entrevistada 1:

Perfil: Mujer homosexual de 49 años. Usuaria del Centro de Salud La Caleta. Tiene pareja, vive con ella y tienen un hijo de 7 meses. Estudios superiores. No tiene cargas familiares según ella. Trabajo productivo y reproductivo. Es funcionaria en excedencia.

Fecha de la realización: 4 noviembre 2008.

Duración: 1: 24 min.

Lugar: en la casa de la entrevistada.

Captación: se realizó a través de informantes clave sanitarios del Centro de Salud La Caleta.

Entrevistada 2:

Perfil: Mujer heterosexual de 22 años de edad. Usuaria del Centro de Salud La Caleta. Tiene pareja estable y un hijo de 3 años. Estudios primarios. No tiene cargas familiares según ella. Trabajo productivo y reproductivo, según su percepción tiene doble jornada.

Fecha de la realización: 12 noviembre 2008

Duración: 35 minutos.

Lugar: Centro de Salud La Caleta

Captación: se realizó a través de informantes clave sanitarios del Centro de Salud La Caleta.

Entrevistada 3:

Perfil: mujer heterosexual de 39 años de edad. Usuaria del centro de salud Cartuja. Tiene pareja no conviviente y está separada. Estudios primarios. Tiene una hija de 16 años que convive con ella. Trabajo productivo y reproductivo, según su percepción tiene doble jornada. Víctima de violencia de género y desde entonces en tratamiento y apoyo psicológico.

Fecha de la realización: 16 de enero de 2009

Duración: 30 minutos

Lugar: Centro de Salud Cartuja

Captación: se realizó a través de los informantes clave sanitarios del Centro de Salud de Cartuja.

Entrevistada 4:

Perfil: Mujer heterosexual de 22 años de edad. Hace dos años pareja de hecho y en la actualidad soltera conviviente con su madre. Estudios primarios. Trabajo doméstico. Se manifiesta con una minusvalía psíquica que no le condiciona su capacidad de expresión y comprensión, tiene tratamiento y seguimiento por psiquiatra desde hace dos años.

Fecha de la realización: 30 de enero de 2009

Duración: 30 minutos.

Lugar: Centro de Salud Cartuja.

Captación: se realizó a través de informantes clave sanitarios del Centro de Salud de Cartuja.

Entrevistada 5:

Perfil: Mujer heterosexual de 18 años. Usuaria del Centro de Salud Cartuja. Tiene pareja pero no vive con ella. Está embarazada.

Estudios primarios. En la actualidad está estudiando un ciclo de Formación Profesional. No tiene cargas familiares según ella.

Fecha de la realización: 23 febrero 2009

Duración: 26 minutos.

Lugar: Centro de Salud Cartuja.

Captación: se realizó a través de los informantes clave sanitarios del Centro de Salud de Cartuja.

Anexo VII
Listado de variables

Listado de variables

1. Determinantes sociales (variables que interaccionan entre el género y las diferentes dimensiones sociales)
 - a. Edad
 - b. Étnia
 - c. Nivel de estudios
 - d. Lugar de residencia (las características geográficas de la zona dónde se reside, influyen sobre el estado de salud)
 - e. Estado marital (soltera, casada, divorciada, de hecho)
 - f. Número de hijos y edad de los mismos
 - g. Ingresos económicos
 - h. Ciclo vital
 - i. Tipo de familia (nuclear, monoparental,..)
 - j. Situación de empleo
 - k. Tipo de ocupación
 - l. Clase social
 - m. Exigencias familiares (medida a través el nº de personas en el hogar y la convivencia con hijos < 15 años)
 - n. Convivencia con personas mayores
 - o. Soporte social
 - p. Sucesos vitales estresantes
2. Morbilidad
 - a. Diabetes
 - b. Hipertensión
 - c. Obesidad
 - d. Epoc
 - e. N° de horas que duerme al día
 - f. Percepción de estado de salud
3. Utilización de servicios (la bibliografía refleja que estas mujeres frecuentan más las consultas de atención primaria y las de especialista, en muchos casos acuden sin cita previa)
 - a. Asistencia a consulta de medicina familiar
 - b. Derivaciones a especialistas
4. Variables de las dimensiones de estudio
 - a. Malestar menstrual
 - b. Pelvialgia crónica
 - c. Sexualidad
 - d. Embarazo
 - e. Contracepción
 - f. Papel social de la mujer
 - g. Ansiedad
 - h. Depresión
 - i. Trastorno del comportamiento alimentario
 - j. Preguntas de violencia de género
 - k. Vasolabilidad e hiperestronismo (las suprimiríamos)

Anexo VIII

Cuestionario de Salvatierra y Cuenca y Cuestionario Preliminar

1. CUESTIONARIO DE SALVATIERRA Y CUENCA

Presentamos el documento que hace referencia a la publicación del cuestionario y las páginas correspondientes a las preguntas que lo componen. Seguidamente se relatan las dimensiones que lo conforman y su caracterización.

V. SALVATIERRA, C. CUENCA, J. FLORIDO y F. MORENO

Empleo de un Cuestionario de síntomas, actitudes y trastorno emocional en clínica obstétrico-ginecológica



PUBLICADO EN:
Revista Española de Obstetricia y Ginecología
Tomo XLVI, noviembre 1987
VALENCIA

TABLA I

Cuestionario Ginecológico

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Prof. V. SALVATIERRA
GRANADA

Apellidos
Nombre
N.º de Historia
Fecha

CUESTIONARIO GINECOLOGICO

- | | |
|--|---|
| <p>1. ¿Lleva Vd. una cuenta exacta de las fechas de sus reglas? SI NO</p> <p>2. ¿Se encuentra muy mal los días anteriores a la regla?... .. SI NO</p> <p>3. ¿Se encuentra mejor cuando le baja la regla? SI NO</p> <p>4. ¿Tiene que tomar calmantes por los fuertes dolores durante las reglas?... .. SI NO</p> <p>5. ¿Tiene que guardar cama durante los días de regla? SI NO</p> <p>6. ¿Considera que sus reglas son demasiado escasas?... .. SI NO</p> <p>7. ¿Considera que sus reglas son exageradas con pérdidas excesivas? SI NO</p> <p>8. ¿Se atrasa o faltan las reglas con frecuencia? SI NO</p> <p>9. ¿Son muy irregulares sus reglas, no viniendo nunca en día fijo?... .. SI NO</p> <p>10. ¿Preferiría no tener las reglas porque lo considera un inconveniente? SI NO</p> <p>11. ¿Se asustó cuando tuvo la regla por primera vez? SI NO</p> <p>12. ¿Tiene dolores y molestias en los riñones desde hace tiempo? SI NO</p> <p>13. ¿Tiene dolores y molestias en el lado izquierdo del bajo-ventre desde hace mucho tiempo? SI NO</p> <p>14. ¿Tiene dolores y molestias en el lado derecho del bajo vientre desde hace mucho tiempo?... .. SI NO</p> <p>15. ¿La han visto otras veces por los dolores de ovario y de vientre sin encontrar alivio? ... SI NO</p> <p>16. ¿Son sus dolores de ovarios mayores cuando está de pie?... .. SI NO</p> <p>17. ¿Aumentan sus dolores de ovarios cuando se disgusta? SI NO</p> <p>18. ¿Las molestias que Vd. tiene comenzaron desde que se casó?... .. SI NO</p> <p>19. ¿Las molestias que Vd. tiene comenzaron después de algún parto?... .. SI NO</p> <p>20. ¿Se le inflama muchísimo el vientre de modo habitual? SI NO</p> | <p>21. ¿Tiene Vd. mucho flujo? SI NO</p> <p>22. ¿Nota Vd. que le huele mal el flujo? SI NO</p> <p>23. ¿Padece Vd. de estreñimiento? SI NO</p> <p>24. ¿Tiene Vd. con frecuencia náuseas y malestar de estómago? SI NO</p> <p>25. ¿Ha tenido Vd. muy malos embarazos?... .. SI NO</p> <p>26. ¿Ha sufrido Vd. mucho en los partos? SI NO</p> <p>27. ¿Tiene relaciones sexuales más de una vez a la semana? SI NO</p> <p>28. ¿Se retira su marido antes de terminar el acto sexual para evitar el embarazo?... .. SI NO</p> <p>29. ¿Tiene muchísimo miedo de quedar embarazada? SI NO</p> <p>30. ¿Le apetecen a Vd. las relaciones sexuales? SI NO</p> <p>31. ¿Le producen molestias o dolor las relaciones sexuales? SI NO</p> <p>32. Alcanza generalmente satisfacción completa en las relaciones sexuales?... .. SI NO</p> <p>33. ¿Sueña a veces con relaciones amorosas y se excita sin querer? SI NO</p> <p>34. ¿Se ha satisfecho sexualmente Vd. sola alguna vez?... .. SI NO</p> <p>35. ¿Cree Vd. que la mujer lleva la peor parte en la relación sexual? S. NO</p> <p>36. ¿Su marido y Vd. están de acuerdo en no tener más hijos? SI NO</p> <p>37. ¿Cree Vd. que los médicos deberían prescribir medios para no tener hijos si se les pide? SI NO</p> <p>38. ¿Tiene miedo a tomar píldoras para no tener niños?... .. SI NO</p> <p>39. ¿Cree que es mejor atender la casa y la familia que trabajar fuera en un empleo? ... SI NO</p> <p>40. ¿Desea Vd. educar a sus hijos de la misma forma que su madre la educó a Vd.? SI NO</p> <p>41. ¿Ha tenido Vd. dificultades para amamantar a sus hijos?... .. SI NO</p> <p>42. ¿Cree que es mejor tener hijos varones que hijas? SI NO</p> |
|--|---|

H. C. 214

- | | | | |
|---|-------|--|-------|
| 43. ¿Cree que su marido podría portarse mejor con Vd.? | SI NO | 64. ¿Se siente intranquila o angustiada cuando se encuentra sola sin nadie amigo cerca? | SI NO |
| 44. ¿Siente con frecuencia escalofríos o sensación de frío? | SI NO | 65. ¿Le cuesta dormirse o se despierta varias veces durante la noche? | SI NO |
| 45. ¿Siente con frecuencia oleadas de calor, como sofocos? | SI NO | 66. ¿Le desaniman muchísimo las preocupaciones y los pequeños disgustos? | SI NO |
| 46. ¿Se ha desmayado alguna vez? | SI NO | 67. ¿Ha tenido alguna vez una depresión nerviosa? | SI NO |
| 47. ¿Siente con frecuencia vértigos, como si fuera a perder el equilibrio? | SI NO | 68. ¿Siente dolor en el pecho, hacia el corazón muchas veces? | SI NO |
| 48. ¿Tiene propensión a desmayarse al ver sangrar a una persona? | SI NO | 69. ¿Su corazón empieza a ir aprisa muchas veces sin nada que lo justifique? | SI NO |
| 49. ¿Le quedan manchas rojas en la piel al tocar o rozar con algo? | SI NO | 70. ¿Siente con frecuencia como si algo no la dejase respirar bien? | SI NO |
| 50. ¿Se ruboriza con facilidad? | SI NO | 71. ¿Tiene con frecuencia palpitaciones del corazón? | SI NO |
| 51. ¿Le aparecen manchas rojas con facilidad en las piernas o en el cuerpo que luego desaparecen? | SI NO | 72. ¿A veces, mientras está pensando en alguna cosa, le asalta como angustia o miedo a algo? | SI NO |
| 52. ¿Es propensa a tener sabañones? | SI NO | 73. ¿Se estremece o tiembla a menudo? | SI NO |
| 53. ¿Se le ponen moradas las manos o los pies con frecuencia? | SI NO | 74. ¿Se despierta frecuentemente por la noche sobresaltada por ruidos o pesadillas? | SI NO |
| 54. ¿Suda excesivamente sin tener calor? | SI NO | 75. ¿Se encuentra casi siempre con tensión o excitación nerviosa? | SI NO |
| 55. ¿Nota con frecuencia hormiguillo en diferentes partes del cuerpo? | SI NO | 76. ¿Tiene las manos y los pies fríos incluso cuando tiene calor? | SI NO |
| 56. ¿Le duelen con frecuencia las articulaciones? | SI NO | 77. ¿Ha tenido ataques con convulsiones en más de una ocasión? | SI NO |
| 57. ¿Se le quedan acorchadas las manos o los pies con frecuencia? | SI NO | 78. ¿Tiene temporadas de agotamiento y fatiga en que se siente muy cansada, sin fuerzas para nada? | SI NO |
| 58. ¿Se siente la mayor parte del tiempo contenta y feliz? | SI NO | 79. ¿Se levanta frecuentemente cansada por la mañana? | SI NO |
| 59. ¿Se figura habitualmente un futuro muy negro y un porvenir muy malo? | SI NO | 80. ¿Tiene opresión en la cabeza que le dificulte hacer lo que tenga que hacer? | SI NO |
| 60. ¿Tiene la costumbre de permanecer callada en un segundo término en las reuniones con sus amistades? | SI NO | 81. ¿Se encuentra siempre tan fatigada que no tiene fuerzas ni para comer? | SI NO |
| 61. ¿Se siente siempre fastidiada haga lo que haga? | SI NO | 82. ¿Tiene apetito? | SI NO |
| 62. ¿Le asaltan a veces ideas de que le va a suceder algo malo? | SI NO | 83. ¿Es tímida y sensible y se azora con facilidad? | SI NO |
| 63. ¿Se arma un barullo de ideas cuando tiene que hacer alguna cosa rápidamente? | SI NO | 84. ¿Hace buenas amistades con facilidad? | SI NO |
| | | 85. ¿Le desagradan los hombres? | SI NO |

El cuestionario de Salvatierra y Cuenca lo componen 85 preguntas con respuestas dicotómicas SI/NO, para pacientes obstétrico-ginecológicas. Las preguntas se refieren a síntomas menstruales, dolor pelviano, actitud ante la sexualidad, embarazo, contracepción y feminidad, vasolabilidad, hipoestronismo y alteración emocional, incluyendo escalas de ansiedad y depresión.

En la publicación en la Revista Española de Obstetricia y Ginecología, Tomo XLVI, noviembre 1987, Valencia, se describen las dimensiones del cuestionario:

- *Malestar menstrual*: se explora con 9 preguntas (Anexo VI). El cuestionario se inicia con una pregunta que revela la capacidad de la mujer para autoobservarse y para registrar sus problemas, al interrogar acerca de si lleva una cuenta exacta de las fechas de menstruación. La respuesta negativa se puntúa como indicio de control deficiente. Las restantes preguntas van orientadas a estimar la percepción de la menstruación por la mujer como algo anormal y molesto, o no. Hay tres preguntas concretas acerca de la escasez, abundancia o irregularidad de la regla que pueden concordar o no con la realidad. La cuantía de la pérdida o de la irregularidad debe tratar de aclararse en la anamnesis y en la exploración.
- *Pelvialegia crónica*: se compone de 8 preguntas (Anexo VI). La percepción de dolor pélvico es altamente subjetiva y variable. En muchas ocasiones, el dolor corresponde a un cuadro orgánico definido, y en tal caso la descripción del mismo suele ser bastante simple y concreta. Las ocho cuestiones de la escala tratan de descubrir un origen funcional del dolor (pelvialegia sin causa aparente), lo que suele ocurrir cuando la puntuación es alta. Usualmente, un proceso orgánico se define con 3-4 respuestas positivas.
- *Sexualidad negativa*: 8 son las preguntas que se utilizan en esta dimensión (Anexo VI), dos cuestiones muy claras son puntuadas si la respuesta es NO, denunciando baja frecuencia de coito e insatisfacción coital. Las otras seis preguntas se valoran cuando la contestación es positiva. La elección de estas preguntas se han hecho empíricamente. La pregunta 85 (¿Le desagradan los hombres?, pregunta 99 de Cornell FN-2) ha sido extensamente estudiada por Cuenca y Salvatierra, (1976) y constituye un indicador fiel de insatisfacción y rechazo sexual. Las restantes cuestiones persiguen el descubrimiento de frustración sexual y conyugal.
- *Miedo al embarazo y a la contracepción*: esta escala es algo heterogénea aparentemente, y en general es aplicable sólo a multíparas que no desean más hijos. La contestación negativa a las preguntas 36 y 37 representa una actitud conflictiva que, unida a las demás, incluyendo la 41, denuncian una ansiedad ante una posible gestación. 7 preguntas estructuran el contenido de esta dimensión (Anexo VI).
- *Rechazo del papel femenino*: de las 8 preguntas de esta dimensión, cuatro son bastante directas (35, 39, 40 y 42) revelando un rechazo de la posición tradicional de la mujer, y cierta nostalgia por un papel masculino. Las cuatro restantes son más discutibles, aunque tratan de poner de manifiesto una insatisfacción todavía más radical con la feminidad (Anexo VI).
- *Vasolabilidad*: los 12 ítems de esta escala (Anexo VI) han sido extraídos del “síndrome endocrino-vegetativo” (Salvatierra y Fernández, 1968), a excepción de las 21 y 22, que preguntan acerca de la queja de flujo vaginal y de mal olor del mismo. Es sabida la significación psicósomática de la percepción de leucorrea y de mal olor vaginal, y su posible relación con una diátesis exudativa o vasolabilidad. Las alteraciones circulatorias, especialmente a nivel arteriolo-capilar, están en la base de muchos trastornos psicósomáticos. Los trabajos de Curtius y Kruger, en 1952, demostraron el frecuente carácter genético-constitucional de la vasolabilidad. La pretensión de la escala es descubrir esta tara constitucional.

- *Hipoestronismo*: los siete ítems constituyen síntomas vasomotores (Anexo VI), cuya relación con la carencia estrogénica parece bien establecida (Lauritzen, 1973; Campbell y Whitehead, 1977, V. Keep, 1986). Es indudable que son también síntomas de vasolabilidad, en muchos casos. La mayoría de ellos forman parte del “Blatt Menopausal Index”, cuya utilidad es generalmente reconocida. A Salvatierra y Cuenca les pareció separarlos de los síntomas de nerviosismo, claramente psicológicos, y que se recogen mejor en otras escalas.

- *Alteración emocional*: los treinta y dos ítems aquí considerados (Anexo VI) constituyen una escala de “neuroticismo”, de acuerdo con Cerdá (1968) y los estudios de Salvatierra y Cuenca. Muchos de ellos aparecen en otras escalas, y podrían haber sido despreciados, pero les pareció conveniente mantener el Cornell FN-2 Index, aunque fuera en forma abreviada, con fines comparativos. Tal como está compuesto reúne síntomas psicósomáticos, junto a otros de ansiedad, depresión y neuroticismo en sentido estricto.

- *Ansiedad*: realmente es una subescala del Cornell FN-2 Index, que recoge la mayoría de síntomas ansiosos descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III), y en otros cuestionarios específicos, como el STAI de Spielberger (1970). Son 10 las preguntas que exploran esta dimensión (Anexo VI).

- *Depresión*: puede decirse lo mismo que de la anterior. Sus once ítems (Anexo VI) forman parte esencial del cuestionario de Beck (1961) y de otros inventarios de depresión, y son generalmente aceptados como síntomas significativos.

2. CUESTIONARIO PRELIMINAR

Una vez desarrollada la metodología cualitativa explicada en el apartado correspondiente en esta investigación y aplicados los resultados obtenidos, se configura un cuestionario autoadministrado de síntomas, actitudes y trastorno emocional para mujeres que acuden a consulta obstétrico-ginecológicas y que tienen edades comprendidas entre 16 y 49 años.

El contenido del cuestionario se resuelve con 73 preguntas exploratorias de las dimensiones que lo componen, seguidas de 10 que describen el perfil sociodemográfico. A continuación presentamos las 8 dimensiones consensuadas, su definición exploratoria y el número de preguntas que la conforman:

- *Pelvialegia crónica*: dolor en bajo vientre de más de seis meses de evolución. Se sustenta en la anamnesis para caracterizar el dolor a través de la persistencia, localización y otras cualidades propias que lo definen. Se completa el diagnóstico explorando el uso de tratamientos y las derivaciones para la exploración de otros posibles órganos causales (urología, digestivo, óseo, locomotor, etc.). Esta dimensión se explora a través de las preguntas de la 1 a la 11, ambas inclusive y que en el cuestionario quedan recogidas entre la página 3 y 4.

- *Malestar menstrual*: con las preguntas 12, 13 y 14 del cuestionario en la página 4, se recogen aspectos centrados en la exploración de la intensidad del cuadro menstrual a través de la aparición del dolor y las

repercusiones que éste genera sobre los días de cama que guarda la mujer, el tratamiento que toma, el absentismo laboral o de estudios que genera, así como en otras actividades sociales (relación, amigos, cine, teatro, etc.).

- *Anticoncepción y miedo al embarazo:* engloba aspectos relacionados con la utilización de anticonceptivos y el conocimiento o percepción que la mujer tiene del método a través de la satisfacción, eficacia y efectos sobre la salud. Además recoge el miedo a un embarazo no planificado. La página 5 la integran las 6 preguntas diseñadas para esta dimensión (15, 16, 17, 18, 19 y 20).
- *Sexualidad:* se explora la conducta sexual a través del deseo, el orgasmo, la satisfacción, el autoconocimiento, la presencia o no de dolor y la frecuencia de las relaciones sexuales; así como la concepción que tiene la mujer sobre su sexualidad a partir de los sentimientos de culpa, miedo y vergüenza. También se indaga sobre las prácticas sexuales y la relación de pareja. Corresponde a las 24 preguntas que van desde la 21 a la 44, ambas inclusive, dar respuesta a las áreas exploratorias de esta dimensión. Su ubicación se encuentra en las páginas 6, 7 y parte de la 8.
- *Violencia de género:* esta dimensión se indaga a partir de la relación de pareja mediante dos preguntas de la versión corta en español del cuestionario *Woman Abuse Screening Tool* que miden la relación de pareja y la capacidad de resolución de conflictos dentro de la misma. También se incorpora la exploración de la soledad por los resultados obtenidos en las entrevistas a mujeres. 3 preguntas exploran esta dimensión (45, 46 y 47 en página 8).
- *Rol de la mujer:* indaga ámbitos de la vida de la mujer que afectan a su salud y que contemplan su globalidad: percepción de su salud, calidad de vida, situación de convivencia, autopercepción de sobrecarga, el trabajo doméstico, el trabajo productivo, apoyos formales e informales y la distribución que tiene de su tiempo personal. Las preguntas destinadas a tal fin van desde la 48 a la 54, ambas inclusive, y que se ubican en la página 8 y 9 del cuestionario.
- *Malestar emocional:* con el abanico de preguntas relacionadas entre las páginas 9 y 10, que van desde la 55 a la 69, averiguamos el estado emocional de la mujer identificando posibles trastornos del sueño, la alimentación y la vida social; estados de irritabilidad y tristeza, así como enfermedades y tratamientos psicológicos.
- *Trastornos de la conducta alimentaria:* esta dimensión investiga la relación de la mujer con su propio cuerpo, identificando una preocupación excesiva por su peso corporal y el aspecto físico, a través de las preguntas 70, 71, 72 y 73 de la página 10.

Las 10 preguntas que componen el perfil sociodemográfico quedan reflejadas en las páginas 11 y 12 del cuestionario.

Este cuestionario se somete a una validación psicométrica en el contexto de Comunidad Autónoma Andaluza.



Distrito Sanitario de Granada - Centro de Salud La Caleta
Hospital Universitario San Cecilio - Servicio de Obstetricia y Ginecología
Universidad de Granada - Departamento de Obstetricia y Ginecología

**SÍNTOMAS, ACTITUDES Y TRASTORNO EMOCIONAL EN CLÍNICA
 OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA**

Investigadora: Paula Quesada Lupiáñez

Este cuestionario es autoadministrado y está dirigido a mujeres de edades comprendidas entre 16 y 49 años que acuden a consulta obstétrico-ginecológica. Su opinión y sus datos personales están amparados por el secreto estadístico (art. 23 de la Ley de la Función Estadística Pública).

Nº DE CUESTIONARIO:.....
 Fecha de realización:.....
 Provincia:.....
 Hospital o centro de salud:.....
 Servicio o Departamento:.....

A cumplimentar por el/la ginecóloga
Grupo al que pertenece:

Embarazada	P. Familiar	Ginecología
------------	-------------	-------------

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PARTICIPANTES

Esta investigación está financiada por la Consejería de Salud.

Lleva por título *Revisión y Adaptación Cultural del Cuestionario de Síntomas, Actitudes y Trastorno Emocional en clínica obstétrico-ginecológica, de Salvatierra y Cuenca.*

Para el equipo investigador su participación es muy importante así podemos saber si este cuestionario recoge aquellos aspectos de la mujer que puedan estar condicionándole un malestar ginecológico, y si el contenido y el diseño es entendible por usted.

El cuestionario es autocumplimentado, de tal manera que usted lo rellena antes de entrar a la consulta de Ginecología.

Los datos que recogemos sólo son conocidos por su ginecóloga/o siendo anónimo para los miembros del equipo investigador.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria y si lo desea puede solicitar un informe con el resultado final del estudio.

Si quiere más información o resolver alguna duda llame a:

Paula Quesada Lupiáñez al teléfono 958274866 ó 958293618

Doy mi consentimiento para participar en este estudio

(firma)

Marque con una cruz la respuesta o respuestas que correspondan.

CUESTIONARIO

PELVIALGIA CRÓNICA

1. ¿Siente dolor en el bajo vientre sin que pueda encontrar alivio?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4. Nunca
-----------	----------------	--------------	----------

(Si la respuesta es NUNCA pase a la pregunta 12)

2. ¿Desde cuando le duele?

1.Hace 6 meses o menos	2.Hace más de 6 meses	3.Entre 6 meses y 2 años	4.Más de 2 años
------------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------

3. ¿Ha consultado usted otras veces por esos mismos dolores?

1.SI	2.NO
------	------

(Si la respuesta es NO, no conteste la pregunta 4)

4. ¿En qué servicio del sistema de salud ha consultado? (Marque con una cruz todas las que procedan)

1.Ginecología	1.Urología	1.Digestivo
---------------	------------	-------------

Otros (indique cuales):

5. Marque la intensidad del dolor 0 1 2 3 4 5 6 7

Marque con una cruz en esta escala del 0 al 7 la intensidad del dolor, en la que 0 significa nada de dolor y 7 dolor insoportable.

6. ¿El dolor tiene relación con el ciclo menstrual? (Marque con una cruz todas las que procedan)

1.No guarda relación con el ciclo menstrual
1.Me duele a mitad del ciclo menstrual
1.Me duele antes de la menstruación
1.Me duele después de la menstruación

7. Las molestias que usted tiene comenzaron después de:

1.Un parto	2.Después de iniciar las relaciones sexuales
------------	--

Otros (indique cuales):

8. ¿Se le inflama el vientre?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4. Nunca
-----------	----------------	--------------	----------

9. ¿Toma calmantes para este dolor?

1.Todos los días	2.Algunos días al mes	3.Algunos días a la semana	4.Nunca
------------------	-----------------------	----------------------------	---------

Otros (indique cuales):

(Si la respuesta es NUNCA no conteste la pregunta 10)

10. Habitualmente, ¿los calmantes le quitan el dolor?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4. Nunca
-----------	----------------	--------------	----------

11. ¿Tiene molestias al orinar?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4. Nunca
-----------	----------------	--------------	----------

MALESTAR MENSTRUAL

12. ¿Le supone un problema la menstruación?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4. Nunca
-----------	----------------	--------------	----------

13. ¿Le duele la menstruación?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4. Nunca
-----------	----------------	--------------	----------

14. Cuando tiene la menstruación tiene la necesidad de:

Tomar calmantes	1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
Guardar cama	1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
Dejar sus responsabilidades	1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
Renunciar al ocio	1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca

Otros (indique cuales):

ANTICONCEPCIÓN Y MIEDO AL EMBARAZO

15. ¿Utiliza algún método para evitar el embarazo? (Marque los que correspondan)

1.Preservativo masculino
1.Preservativo femenino
1.Píldoras anticonceptivas
1.Anillos o aros vaginales
1.Implantos o varillas subcutáneas
1.Parches anticonceptivos
1.Diafragmas
1.Dispositivo intrauterino D.I.U
1.Vasectomía
1.Ligadura de trompas
1.Anticoncepción de emergencia o píldora del día después
1.Métodos naturales de regulación de la fertilidad (temperatura, moco, etc.)
1.Otras prácticas anticonceptivas (Marcha atrás, Oginoknaus, etc.)
1.Ninguno

16. ¿Está usted satisfecha con el método o los métodos que utiliza?

1.Muy satisfecha	2.Bastante satisfecha	3.Bastante insatisfecha	4.Muy insatisfecha
------------------	-----------------------	-------------------------	--------------------

17. ¿Considera usted seguro el método que utiliza para evitar el embarazo?

1.Muy seguro	2.Bastante seguro	3.Bastante inseguro	4.Muy inseguro
--------------	-------------------	---------------------	----------------

18. ¿Siente usted que el método que utiliza le perjudica su salud?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

19. ¿Cree que el método que utiliza le está afectando negativamente a algunos aspectos de su vida?

1.Relación de pareja
1.Produce molestias
1.Afecta al aspecto físico
1.Condiciona el estado emocional

Otros (indique cuales):

20. ¿Tiene usted miedo a quedarse embarazada en la actualidad?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

21. ¿Mantiene usted relaciones sexuales en la actualidad?

1.SI	2.NO
------	------

22. ¿Le apetecen las relaciones sexuales?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

23. ¿Alcanza usted el orgasmo en sus prácticas sexuales?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

24. ¿Está usted satisfecha con los orgasmos que experimenta?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

25. En las prácticas sexuales con penetración vaginal tiene:

1.Mucho dolor	2.Bastante dolor	3.Poco dolor	4.Nada de dolor
---------------	------------------	--------------	-----------------

Si usted contesta que no tiene NADA DE DOLOR pase a la pregunta 29

26. Ese dolor se produce:

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

27. Ese dolor se localiza: (marque con una cruz todas las que procedan)

1.En la entrada de la vagina	2.En el bajo vientre
------------------------------	----------------------

28. Ese dolor aparece: (marque con una cruz todas las que procedan)

1.Al inicio de la penetración	2.Durante la penetración	3.Después de la penetración
-------------------------------	--------------------------	-----------------------------

29. ¿Con qué frecuencia realiza usted prácticas sexuales?

1. Más de una vez por semana	2. Una vez por semana	3. Menos de una vez por semana	4. Menos de una vez por mes
------------------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------------------

Otros (indique cuando):

30. ¿Está usted satisfecha con la frecuencia de sus relaciones sexuales?

1.SI	2.NO
------	------

31. ¿Utiliza la masturbación como práctica sexual?

1.SI	2.NO
------	------

32. ¿Se siente cómoda con su pareja en las relaciones íntimas?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

33. ¿Le resultan agradables las prácticas sexuales que realiza?

1.Todas	2.La mayoría	3.Algunas	4.Ninguna
---------	--------------	-----------	-----------

34. ¿Se siente cómoda cuando mantiene relaciones sexuales?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

35. ¿Cuándo tiene usted relaciones sexuales aparecen algunos de estos sentimientos? (Marque con una cruz todos los que procedan)

1. Miedo	1. Vergüenza	1. Culpa	1.Indiferencia
----------	--------------	----------	----------------

36. ¿Tiene usted deseo sexual?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

37. ¿Se siente culpable cuando le apetecen las relaciones sexuales?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

38. ¿Se siente culpable cuando no tiene deseo sexual?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

39. Cuando no tiene deseo para implicarse en las prácticas sexuales, indiquenos las conductas que utiliza: (marque con una cruz todas las que procedan)

1.Lo dice abiertamente
1.Utiliza excusas (cansancio, dolor de cabeza, etc.)
1.Piensa que la responsabilidad de la falta de deseo es suya
1.Piensa que la responsabilidad de la falta de deseo es de su pareja
1.Piensa que la responsabilidad de la falta de deseo es de ambos
1.No expresa su falta de deseo por temor a ser rechazada
1.No expresa su falta de deseo por no sentirse diferente a las demás
1.No expresa su falta de deseo porque piensa que eso es una enfermedad
1.No expresa su falta de deseo por compasión hacia su pareja
1.Otras (especificar cual):

40. ¿Se siente sexualmente satisfecha con su pareja?

Marque con una cruz en esta escala del 0 al 7 su grado de satisfacción, en la que **0** significa completamente insatisfecha y **7** completamente satisfecha.

0 1 2 3 4 5 6 7

41. ¿Está cómoda con su pareja en las relaciones sexuales?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

42. ¿Considera usted que tiene una buena relación sexual con su pareja?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

43. La comunicación con su pareja es:

1.Muy buena	2.Bastante buena	3.Mala	4.Muy mala
-------------	------------------	--------	------------

44. ¿Cómo de satisfecha se siente usted con su actividad sexual?

Marque con una cruz en esta escala del 0 al 7 su grado de satisfacción, en la que **0** significa completamente insatisfecha y **7** completamente satisfecha.

0 1 2 3 4 5 6 7

45. En general, ¿cómo describiría usted su relación de pareja?

1.Mucha tensión	2.Bastante tensión	3.Alguna tensión	4.Sin tensión
-----------------	--------------------	------------------	---------------

46. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

1.Mucha dificultad	2.Bastante dificultad	3.Alguna dificultad	4.Sin dificultad
--------------------	-----------------------	---------------------	------------------

47. ¿Siente soledad en la convivencia con su pareja?

1.Mucha soledad	2.Bastante soledad	3.Alguna soledad	4.Ninguna soledad
-----------------	--------------------	------------------	-------------------

48. ¿Cuántas personas conviven en su casa de modo habitual, incluyéndose usted?

Nº de personas:.....

49. ¿Hay alguna persona en la casa que requiera un cuidado especial por algunos de los siguientes motivos? (Marque con una cruz todas las opciones que procedan "indicando el número de personas" correspondiente a cada casilla)

	Menor de 6 años
	Mayor de 65 años
	Personas con enfermedad crónica
	Personas con discapacidad física, orgánica o sensorial
	Otras (indique cuales):

50. Diga usted de 0 a 7 que nivel de sobrecarga percibe en su vida cotidiana. Marque con una cruz en esta escala su nivel de sobrecarga donde **0** sería nada sobrecargada y **7** muy sobrecargada.

0 1 2 3 4 5 6 7

51. Valore de 0 a 7 si actualmente recibe el apoyo que necesita para organizar su vida cotidiana. Marque en esta escala el apoyo que recibe donde **0** ningún apoyo y **7** es todo el apoyo que necesita.

0 1 2 3 4 5 6 7

52. Diga usted, en un día normal, ¿cuántas horas dedica para sí misma?

Nº de horas:

53. En el último año, diría usted que su estado de salud ha sido...

1. Muy bueno	2. Bueno	3. Malo	4. Muy malo
--------------	----------	---------	-------------

54. ¿Cómo de satisfecha se siente con su vida?

1. Muy satisfecha	2. Bastante satisfecha	3. Poco satisfecha	4. Nada satisfecha
-------------------	------------------------	--------------------	--------------------

MALESTAR EMOCIONAL

55. Díganos sobre su sueño si: (marque con una cruz todas las que procedan)

	1. Le cuesta dormirse
	1. Se despierta varias veces durante la noche
	1. Tiene pesadillas mientras duerme
	1. Se levanta frecuentemente cansada por la mañana
	1. Tiene un sueño reparador

56. Díganos sobre su alimentación si: (marque con una cruz todas las que procedan)

	1. Se encuentra siempre tan fatigada que no tiene fuerzas ni para comer
	1. Tiene apetito
	1. Considera que realiza su alimentación de forma reglada

57. Díganos sobre su vida social si: (marque con una cruz todas las que procedan)

	1. Le apetece salir con sus amistades igual que antes
	1. Se relaciona con gente fuera de su familia
	1. Se relaciona con gente fuera de su trabajo
	1. Las amistades que tiene las ha elegido usted
	1. Las amistades que tiene las ha elegido su pareja

58. ¿Le asaltan a diario ideas de que le va a suceder algo malo?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

59. ¿Se figura un futuro muy negro o muy malo?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

60. ¿Le desaniman las pequeñas preocupaciones?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

61. ¿Tiene temporadas en que se siente muy cansada sin fuerzas para nada?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

62. ¿Tiene opresión en la cabeza?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

63. ¿Tiene dificultad para pensar?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

64. ¿Se siente la mayor parte del tiempo triste?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

65. ¿Nota palpitaciones?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

66. ¿Nota como si le faltara el aire?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

67. ¿Nota como si le costara trabajo respirar con normalidad?

1.Siempre	2.Casi siempre	3.Casi nunca	4.Nunca
-----------	----------------	--------------	---------

68. ¿Está usted recibiendo en la actualidad apoyo psicológico o tratamiento psiquiátrico?

1.SI	2.NO
------	------

69. Diga usted si ha tomado en el último año medicamentos para...

1.Dormir	2.Tranquilizarse	3.Otros medicamentos para los nervios (especificar cuales):	4.NO
----------	------------------	---	------

70. ¿Cómo se siente con su cuerpo?

1.A gusto	2.Intranquila	3.Asco	4.Vergüenza	5.Miedo
-----------	---------------	--------	-------------	---------

71. ¿Le aterroriza subir de peso?

1.SI	2.NO
------	------

72. ¿Cómo de satisfecha si siente con su imagen corporal?

1.Muy satisfecha	2.Bastante satisfecha	3.Poco satisfecha	4. Nada satisfecha
------------------	-----------------------	-------------------	--------------------

73. ¿Cómo de satisfecha se siente con su peso corporal?

1.Muy satisfecha	2.Bastante satisfecha	3.Poco satisfecha	4. Nada satisfecha
------------------	-----------------------	-------------------	--------------------

SOCIODEMOGRÁFICAS

Año de nacimiento:

Edad:.....

Número de partos anteriores: ...

Estado civil (situación de convivencia) (Rodee con un círculo la opción que proceda)

1. Soltera convive actualmente con pareja
2. Soltera NO convive actualmente con pareja
3. Casada convive actualmente con pareja
4. Casada NO convive actualmente con pareja
5. Separada o divorciada convive actualmente con pareja
6. Separada o divorciada NO convive actualmente con pareja
7. Viuda convive actualmente con pareja
8. Viuda NO convive actualmente con pareja
9. Otros (especificar cual): ...

Nivel de estudios terminados (Rodee con un círculo la opción que proceda)

0. Sin estudios
1. Primaria y ESO /EGB
2. Bachiller/Formación profesional
3. Diplomada universitaria
4. Licenciada universitaria o superior
5. NS/NC
6. Otros (especificar cual):

Ocupación (Rodee con un círculo todas las opciones que procedan)

- 1- Ama de casa
- 2- Estudiante
- 3- Trabaja fuera del hogar
- 4- En paro
- 5- Jubilada, pensionista.
- 6- Incapacidad/Invalidez permanente
- 7- Otros (especificar cual):.....

Para las que han contestado que TRABAJAN FUERA DEL HOGAR, ¿cuál es la categoría profesional que tiene?

1. Altas funcionarias/profesoras/jefas y oficiales
2. Administración y auxiliares
3. Subalterna y conserje
4. Directiva, ejecutiva
5. Técnicas y mandos intermedios /profesora
6. Trabajadora cualificada
7. Trabajadora no cualificada
8. Empresaria con asalariados/as
9. Empresaria sin asalariados/os (panadera, agricultora, taxista, artesana, etc.)
10. Profesional liberal (abogada, economista, etc.)
11. Otros (especificar cual):

Tipo de contrato (Rodee con un círculo la opción que proceda)

1. Indefinido
2. Temporal
3. Interinidad
4. Sin contrato
5. Otros (especificar cual):

Jornada laboral (Rodee con un círculo la opción que proceda)

1. Jornada continua de mañana
2. Jornada continua de tarde
3. Jornada continua nocturna
4. Jornada reducida
5. Jornada partida
6. Trabajo a turnos
7. Otros (especificar cual):

Número de horas trabajadas a la semana:

Tipo de religión que procesa:

Anexo IX

Dimensiones y preguntas del cuestionario de Salvatierra y Cuenca

Dimensiones y preguntas del cuestionario de Salvatierra y Cuenca 1987.

Tabla: distribución del número de preguntas entre las dimensiones del cuestionario.

Dimensión	Número de ítems	Preguntas por dimensión
Malestar menstrual	9	1,2,3,4,5,6,7,8,9
Algia pélvica	8	12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20
Sexualidad negativa	8	18,27,31,32,33,34,43,85*
Miedo al embarazo y a la contracepción	7	25,26,28,36,37,38,41
Rechazo del papel femenino tradicional	8	10,11,29,30,35,39,40,42
Vasolabilidad	12	21,22,44*,46*,49,50,51,52,53,54,68*,76*
Hiperestronismo	7	44*,45,47*,54,55,56,57
Alteración emocional (neuroticismo)	32	23,24,44*,46*,47*,48,58*,59*,60,61,62*,63*,64*,66*,67*,69*,70*,71*,72*,73*,74*,75*,76*,77,78*,79*, 80*,81*,82*,83,84,85*
Ansiedad	10	63*,64*,68*,69*,70*,71*,72*,73*,74*,75*
Depresión	11	58*,59*,62*,65,66*,67*,78*,79*,80*,81*,82*

* Preguntas repetidas en diferentes dimensiones.

Seguidamente se presentan las preguntas del cuestionario de Salvatierra y Cuenca para cada dimensión.

Dimensión	Malestar menstrual
Preguntas	1. ¿Lleva Vd. Una cuenta exacta de las fechas de sus reglas? 2. ¿Se encuentra muy mal los días anteriores a las regla? 3. ¿Se encuentra mejor cuando le baja la regla? 4. ¿Tiene que tomar calmantes por los fuertes dolores durante las reglas? 5. ¿Tiene que guardar cama durante los días de regla? 6. ¿Considera que sus reglas son demasiado escasas? 7. ¿Considera que sus reglas son exageradas con pérdidas excesivas? 8. ¿Se atrasa o faltan las reglas con frecuencia? 9. ¿Son muy irregulares sus reglas, no viniendo nunca en día fijo?

Dimensión	Algia pélvica
Preguntas	12.- ¿Tiene dolores y molestias en los riñones desde hace tiempo? 13. ¿Tiene dolores y molestias en el lado izquierdo del bajo-ventre desde hace mucho tiempo? 14. ¿Tiene dolores y molestias en el lado derecho del bajo-ventre desde hace mucho tiempo? 15. ¿La han visto otras veces por los dolores de ovario y de vientre sin encontrar alivio? 16. ¿Son sus dolores de ovarios mayores cuando está de pie? 17. ¿Aumentan sus dolores de ovarios cuando se disgusta? 19. ¿Las molestias que Vd. tiene comenzaron después de algún parto? 20. ¿Se le inflama muchísimo el vientre de modo habitual?

Dimensión	Sexualidad negativa
Preguntas	18. ¿Las molestias que Vd. tiene comenzaron después que se casó? 27. ¿Tiene relaciones sexuales más de una vez a la semana? 31. ¿Le producen molestias o dolor las relaciones sexuales? 32. ¿Alcanza generalmente satisfacción completa en las relaciones sexuales? 33. ¿Sueña a veces con relaciones amorosas y se excita sin querer? 34. ¿Se ha satisfecho sexualmente Vd. sola alguna vez? 43. ¿Cree que su marido podría portarse mejor con Vd.? 85. ¿Le desagradan los hombres?

Dimensión	Miedo al embarazo y a la contracepción
Preguntas	25. ¿Ha tenido usted malos embarazos? 26. ¿Ha sufrido usted mucho en los partos? 28. ¿Se retira su marido antes de terminar el acto sexual para evitar el embarazo? 36. ¿Su marido y usted están de acuerdo en no tener más hijos? 37. ¿Cree usted que los médicos deberían prescribir medios para no tener hijos si se les pide? 38. ¿Tiene miedo a no tomar píldoras para no tener niños? 41. ¿Ha tenido usted dificultades para amamantar a sus hijos?

Dimensión	Rechazo del papel femenino tradicional
Preguntas	10. ¿Preferiría no tener las reglas porque lo considera un inconveniente? 11. ¿Se asustó cuando tuvo la regla por primera vez? 29. ¿Tiene muchísimo miedo de quedar embarazada? 30. ¿Le apetecen a Vd. las relaciones sexuales? 35. ¿Cree Vd. que la mujer lleva la peor parte en las relaciones sexuales? 39. ¿Cree que es mejor atender la casa y la familia que trabajar fuera en un empleo? 40. ¿Desea Vd. educar a sus hijos de la misma forma que su madre la educó a Vd.? 42. ¿Cree que es mejor tener hijos varones que hijas?

Dimensión	Vasolabilidad
Preguntas	21. ¿Tiene usted mucho flujo? 22. ¿Nota usted que le huele mal el flujo? 44. ¿Siente con frecuencia escalofríos o sensación de frío? 46. ¿Se ha desmayado alguna vez? 49. ¿Le quedan manchas rojas en la piel al tocar o rozar con algo? 50. ¿Se ruboriza con facilidad? 51. ¿Le aparecen manchas rojas con facilidad en las piernas o en el cuerpo que luego desaparecen? 52. ¿Es propensa a tener sabañones? 53. ¿Se le ponen moradas las manos o los pies con frecuencia? 54. ¿Suda excesivamente sin tener calor? 68. ¿Siente dolor en el pecho, hacia el corazón muchas veces? 76. ¿Tiene las manos y los pies fríos incluso cuando tiene calor?

Dimensión	Hipoestronismo
Preguntas	44. ¿Siente con frecuencia escalofríos o sensación de frío? 45. ¿Siente con frecuencia oleadas de calor, como sofocos? 47. ¿Siente con frecuencia vértigos, como si fuera a perder el equilibrio? 54. ¿Suda excesivamente sin tener calor? 55. ¿Nota con frecuencia hormiguillo en diferentes partes del cuerpo? 56. ¿Le duelen con frecuencia las articulaciones? 57. ¿Se le quedan acorchadas las manos o los pies con frecuencia?

Dimensión	Ansiedad
Preguntas	63. ¿se arma un barullo de ideas cuando tiene que hacer alguna cosa rápidamente? 64. ¿se siente intranquila o angustiada cuando se encuentra sola sin nadie, sin ningún amigo o amiga cerca? 68. ¿siente dolor en el pecho, hacia el corazón muchas veces? 69. ¿su corazón empieza a ir aprisa muchas veces sin nada que lo justifique? 70. ¿siente con frecuencia como si algo no la dejase respirar bien? 71. ¿tiene con frecuencia palpitaciones en el corazón? 72. ¿a veces, mientras está pensando en alguna cosa, le asalta como angustia o miedo a algo? 73. ¿se estremece o tiembla a menudo? 74. ¿se despierta frecuentemente por la noche sobresaltada por ruidos o pesadillas? 75. ¿se encuentra casi siempre con tensión o excitación nerviosa?

Dimensión	Depresión
Preguntas	58. ¿se siente la mayor parte del tiempo contenta y feliz? 59. ¿se figura habitualmente un futuro muy negro y un porvenir muy malo? 62. ¿la asaltan a veces ideas de que le va a suceder algo malo? 65. ¿le cuesta dormirse o se despierta varias veces durante la noche? 66. ¿le desaniman muchísimo las pequeñas preocupaciones y los disgustos? 67. ¿ha tenido alguna vez una depresión nerviosa? 78. ¿tiene temporadas de agotamiento y fatiga en que se siente muy cansada, sin fuerzas para nada? 79. ¿se levanta frecuentemente cansada por la mañana? 80. ¿tiene opresión en la cabeza que le dificulte hacer lo que tenga que hacer? 81. ¿se encuentra siempre tan fatigada que no tiene fuerzas ni para comer? 82. ¿tiene apetito?

Dimensión	Alteración emocional
Preguntas	<p>23. ¿Padece usted estreñimiento?</p> <p>24. ¿Tiene usted con frecuencia náuseas y malestar de estómago?</p> <p>44. ¿Siente con frecuencia escalofríos o sensación de frío?</p> <p>46. ¿Se ha desmayado alguna vez?</p> <p>47. ¿Siente con frecuencia vértigos, como si fuera a perder el equilibrio?</p> <p>48. ¿Tiene propensión a desmayarse al ver sangrar a una persona?</p> <p>58. ¿se siente la mayor parte del tiempo contenta y feliz?</p> <p>59. ¿se figura habitualmente un futuro muy negro y un porvenir muy malo?</p> <p>60. ¿Tiene la costumbre de permanecer callada en un segundo término en las reuniones con sus amistades?</p> <p>61. ¿Se siente siempre fastidiada haga lo que haga?</p> <p>62. ¿la asaltan a veces ideas de que le va a suceder algo malo?</p> <p>63. ¿se arma un barullo de ideas cuando tiene que hacer alguna cosa rápidamente?</p> <p>64. ¿se siente intranquila o angustiada cuando se encuentra sola sin nadie, sin ningún amigo o amiga cerca?</p> <p>66. ¿le desaniman muchísimo las pequeñas preocupaciones y los disgustos?</p> <p>67. ¿ha tenido alguna vez una depresión nerviosa?</p> <p>69. ¿su corazón empieza a ir aprisa muchas veces sin nada que lo justifique?</p> <p>70. ¿siente con frecuencia como si algo no la dejase respirar bien?</p> <p>71. ¿tiene con frecuencia palpitaciones en el corazón?</p> <p>72. ¿a veces, mientras está pensando en alguna cosa, le asalta como angustia o miedo a algo?</p> <p>73. ¿se estremece o tiembla a menudo?</p> <p>74. ¿se despierta frecuentemente por la noche sobresaltada por ruidos o pesadillas?</p> <p>75. ¿se encuentra casi siempre con tensión o excitación nerviosa?</p> <p>76. ¿Tiene las manos y los pies fríos incluso cuando tiene calor?</p> <p>77. ¿Ha tenido ataques con convulsiones en más de una ocasión?</p> <p>78. ¿tiene temporadas de agotamiento y fatiga en que se siente muy cansada, sin fuerzas para nada?</p> <p>79. ¿se levanta frecuentemente cansada por la mañana?</p> <p>80. ¿tiene opresión en la cabeza que le dificulte hacer lo que tenga que hacer?</p> <p>81. ¿se encuentra siempre tan fatigada que no tiene fuerzas ni para comer?</p> <p>82. ¿tiene apetito?</p> <p>83. ¿Es tímida y sensible y se azora con facilidad?</p> <p>84. ¿Hace buenas amistades con facilidad?</p> <p>85. ¿Le desagradan los hombres?</p>

Anexo X

Preguntas sugeridas por las mujeres entrevistadas

Preguntas sugeridas por las mujeres entrevistadas para el nuevo cuestionario de síntomas, actitudes y trastorno emocional.

Preguntas sugeridas por E2 a lo largo de la entrevista.

Para la dimensión sexualidad.

Aspectos a explorar	Preguntas exploratorias
Deseo sexual	<i>¿Tiene apetito sexual?</i>
Orgasmo	<i>¿Cuándo tienes relaciones sexuales con una persona tienes orgasmos?</i>
Satisfacción de las relaciones sexuales	<i>¿Se siente satisfecha con sus relaciones sexuales?</i>
Dolor en las relaciones sexuales	<i>¿Tienes dolor a la hora de tener relaciones sexuales?</i>
Sentimiento de culpa	<i>¿Te sientes a gusto practicando relaciones sexuales?</i>
Sentimiento de vergüenza	<i>¿Te gusta que tu pareja te vea desnuda?, ¿Te gusta ver a tu pareja desnuda?, ¿Te gusta tener relaciones con la luz apagada?</i>
Relación de pareja	<i>¿Te sientes bien estando con tu pareja?, ¿Te crea satisfacción tu pareja?</i>

Para la dimensión anticoncepción y miedo al embarazo.

Aspectos a explorar	Preguntas exploratorias
Miedo al embarazo	<i>¿Tiene miedo a quedarse embarazada sin planificarlo?</i>

Para la dimensión rol de la mujer.

Aspectos a explorar	Preguntas exploratorias
Tiempo personal	<i>¿Qué tiempo personal tienes para ti misma?, ¿te gustaría tener más tiempo libre?</i>

Para la dimensión malestar emocional.

Aspectos a explorar	Preguntas exploratorias
Irritabilidad/tristeza	<i>¿La mayor parte del tiempo se siente frustrada o irritada? ¿Te sientes querida?</i>

Valoración realizada por la entrevistada 1 (E1) sobre la adecuación o no de las preguntas del cuestionario de Salvatierra y Cuenca, 1987 y sobre las nuevas aportadas por los miembros del grupo experto:

Valoración de preguntas acertadas y no acertadas

Preguntas que considera acertadas	Preguntas que no considera acertadas
¿Sueña a veces con relaciones amorosas y se excita sin querer?	¿Tienes relaciones sexuales más de una vez a la semana?
¿Le apetecen las relaciones sexuales?	¿Tiene relación con el ciclo menstrual o no?
¿Está usted satisfecha con sus relaciones sexuales?	¿Estás tranquila de que no te vas a quedar embarazada?
¿Le producen molestias o dolor las relaciones sexuales?	¿Estás tranquila de que tu salud va a continuar bien?
¿Tiene que guardar días de cama?	¿Le asaltan a veces ideas de que le va a suceder algo malo?
¿Tiene que tomar calmantes por los fuertes dolores durante la regla?	¿Tiene temporadas de agotamiento y fatiga en que se siente muy cansada sin fuerzas para nada?
¿desde cuándo le duele?	¿Tiene opresión en la cabeza que le dificulta hacer lo que tenga que hacer?
¿Las molestias que usted tiene comenzaron después de algún parto?	¿Se siente la mayor parte del tiempo contenta y feliz?
¿Se le inflama muchísimo el vientre de modo habitual?	¿Tiene alguna enfermedad mental?
¿Es un dolor cólico, continuo, seguido?	¿Está yendo al psiquiatra?
¿Es un dolor sordo o punzante?	
¿Tiene alteraciones de tránsito?	
¿Está contenta con el método que utiliza?	
¿le preocupa que afecta a tu salud?	
¿Crees que puede afectar a tu salud el método que estás utilizando?	
¿Tienes información sobre los efectos negativos para tu salud?	
¿Se han tenido en cuenta sus necesidades y deseos en la elección del método?	
¿Quién ha elegido el método?	
¿Es que estás acosada en el caso de que trabajes fuera de su casa?	
¿Le ayudan en las tareas de la casa o recibe ayuda en las tareas de la casa?	

¿Te parece acertada esta pregunta?	
¿Cuánto tiempo se dedica a usted misma al día?	
¿Le cuesta dormirse o se despierta varias veces durante la noche?	
¿se levanta frecuentemente cansada por la mañana?	
¿Se encuentra siempre tan fatigada que no tiene fuerzas ni para comer?	
¿Tiene apetito?	
¿Se figura habitualmente un futuro muy negro y un porvenir muy malo?	
¿Le parece que esa pregunta debería estar en el cuestionario?	
¿Le desanima muchísimo las pequeñas preocupaciones y los disgustos?	
¿Ha tenido alguna vez una depresión nerviosa?	
¿Quién le ha mandado lo que está tomando?	
¿Tiene dolores y molestias en los riñones desde hace tiempo?	

Anexo XI

Índice de Cuadros, Figuras y Gráficos

- Cuadro I.1. *Características de los miembros del panel experto.* pag. 28
- Cuadro I.2. *VARIABLES según modelo de los determinantes sociales.* pag. 46
- Cuadro I.3. *Resumen de la Ficha Técnica de la administración del cuestionario preliminar.*
pag.55
- Cuadro II.1. *Mecanismos de producción de inequidades de género en salud.* pag. 79
- Cuadro II.2. *Modelo de los determinantes de la salud de la mujer.* Arber, 1997. pag. 83
- Figura I.1. *Esquema del proceso de adaptación transcultural de un cuestionario.* pag. 21
- Gráfico III.1. *Distribución por Provincias de la Muestra de Estudio.* pag. 162
- Gráfico III.2. *Distribución Muestral de la Pregunta Número 1 del Cuestionario.* pag. 185
- Gráfico III.3. *Construcción de la Variable Pelvialgia a Partir de los Resultados Obtenidos en las Preguntas 1 y 2 del Cuestionario.* pag. 190
- Gráfico III.4. *Distribución de la Variable Pelvialgia en los Diferentes Grupos de la Muestra.* pag. 191
- Gráfico III.5. *Distribución de los Casos de Mujeres que Mantienen Relaciones Sexuales en la Actualidad.* pag. 209
- Gráfico III.6. *Distribución de la Sobrecarga Percibida.* pag. 232
- Gráfico III.7. *Distribución número de problemas de sueño reportados.* pag. 254
- Gráfico III.8. *Distribución número de problemas de vida social reportados.* pag. 255

Anexo XII

Índice de Tablas

Tabla I.1. Distribución de la Muestra por Provincias y Servicios	pag.55
Tabla III.1. Distribución por Provincias de la Muestra de Estudio	pag.162
Tabla III.2. Distribución de la Muestra en los Grupos de Estudio	pag.163
Tabla III.3. Valores Faltantes en las Variables Sociodemográficas	pag.163
Tabla III.4. Distribución de Frecuencias de la Edad	pag.164
Tabla III.5. Edad Recodificada en Dos Categorías	pag.165
Tabla III.6. Distribución del Número de Partos	pag.165
Tabla III.7. Número de Partos Recodificada	pag.165
Tabla III.8. Distribución del Estado Civil y Situación de Convivencia	pag.166
Tabla III.9. Situación de Convivencia Recodificada	pag.166
Tabla III.10. Distribución del Estado Civil Clásico	pag.166
Tabla III.11. Distribución del Nivel de Estudios Terminados	pag.167
Tabla III.12. Distribución del Nivel de Estudios Terminados Recodificadas las Variables	pag.167
Tabla III.13. Distribución de las Ocupaciones	pag.168
Tabla III.14. Distribución de las Ocupaciones Recodificadas	pag.168
Tabla III.15. Categoría Profesional de las Mujeres que Trabajan Fuera del Hogar	pag.169
Tabla III.16. Distribución de la Variable Clase Social Construida a partir de las Ocupaciones y la Categoría Profesional	pag.170
Tabla III.17. Distribución Tipo de Contrato Laboral.	pag.170
Tabla III.18. Distribución de la Jornada Laboral	pag.171
Tabla III.19. Distribución del Número de Horas Trabajadas a la Semana, Recodificada	pag.171
Tabla III.20. Distribución de la Variable Tipo de Religión que Profesa	pag.172
Tabla III.21. Valores Medios de Edad para los Diferentes Grupos de la Muestra	pag.172
Tabla III.22. Distribución de la Edad Recodificada entre los Grupos de la Muestra	pag.172
Tabla III.23. Distribución del N° de Partos Anteriores entre los Grupos de la Muestra	pag.173
Tabla III.24. Distribución del Estado Civil y Situación de Convivencia Entre los Grupos de la Muestra	pag.173

- Tabla III.25. Distribución de la Situación de Convivencia Recodificada Entre los Grupos de la Muestra pag.174
- Tabla III.26. Distribución del Estado Civil Clásico entre los Grupos de la Muestra pag.174
- Tabla III.27. Distribución del Nivel de Estudios Recodificado entre los Grupos pag.175
- Tabla III.28. Distribución de las Ocupaciones Recodificadas en los Tres Grupos pag.175
- Tabla III.29. Valores Medios del N° de Horas Trabajadas entre los Grupos de la Muestra pag.176
- Tabla III.30. Distribución del N° de Horas Trabajadas Recodificada entre los Grupos pag.176
- Tabla III.31. Distribución de la Clase Social Construida entre los Grupos pag.177
- Tabla III.32. Valores Medios de la Edad entre Padecer o No Pelvialgia pag.177
- Tabla III.33. Relación de las Variables Edad Recodificada, Situación de Pareja Recodificada, Estado Civil Clásico y Tipo de Contrato entre Padecer o No Pelvialgia pag.178
- Tabla III.34. Relación de las Variables Ocupación Recodificada y Clase Social entre Padecer o No Pelvialgia pag.178
- Tabla III.35. Relación entre las Variables N° de Partos Anteriores y Nivel de Estudios Terminados con Padecer o No Pelvialgia pag.179
- Tabla III.36. Relación entre el N° de Horas Trabajadas a la Semana y Padecer o No Pelvialgia pag.180
- Tabla III.37. Relación entre el N° de Horas Trabajadas a la Semana Recodificada y Padecer o No Pelvialgia pag.180
- Tabla III.38. Relación de la Edad Media con los Tipos de Pelvialgia pag.180
- Tabla III.39. Relación de la Variable Edad Recodificada, entre No Padecer Pelvialgia o que sea de Tipo Agudo o Crónico pag.181
- Tabla III.40. Relación de la Variable Paridad entre No Padecer Pelvialgia o que sea de Tipo Agudo o Crónico pag.181
- Tabla III.41. Relación entre las Variables Situación de Convivencia, Estado Civil Clásico y Tipo de Contrato con Padecer o No Pelvialgia pag.182
- Tabla III.42. Relación de las Variables Ocupación Recodificada y Clase Social con Pelvialgia Aguda o Crónica pag.182

- Tabla III.43. Relación entre el N° de Horas Trabajadas a la Semana y los Tipos de Pelvialgia pag.183
- Tabla III.44. Relación entre el N° de Horas Trabajadas Recodificada y los Tipos de Pelvialgia pag.183
- Tabla III.45. Relación entre el Nivel de Estudios Terminados y los Distintos Tipos de Pelvialgia pag.183
- Tabla III.46. Valores Faltantes en las Variables de Pelvialgia pag.184
- Tabla III.47. Distribución de la Pregunta 2 del Cuestionario pag.185
- Tabla III.48. Distribución de la Pregunta 3 del Cuestionario pag.185
- Tabla III.49. Distribución de la Pregunta 4 del Cuestionario pag.186
- Tabla III.50. Distribución de la Intensidad del Dolor Localizado en el Bajo Vientre pag.186
- Tabla III.51. Distribución de la Intensidad del Dolor una vez Recodificada la Variable pag.187
- Tabla III.52. Distribución de la Relación del Ciclo Menstrual con el Dolor pag.187
- Tabla III.53. Distribución de la Pregunta Número 7 del Cuestionario pag.187
- Tabla III.54. Distribución de la Pregunta ¿Se le Inflama el Vientre? pag.188
- Tabla III.55. Distribución de la Pregunta 9 pag.188
- Tabla III.56. Distribución de la Pregunta 10 de la Dimensión Pelvialgia pag.188
- Tabla III.57. Distribución de la Pregunta ¿Tiene Molestias al Orinar? pag.189
- Tabla III.58. Distribución de Pelvialgia Si/No en los tres Grupos de la Muestra pag.190
- Tabla III.59. Distribución de la Pregunta 1 en los Grupos de la Muestra pag.192
- Tabla III.60. Distribución de la Pregunta n° 2 entre los Grupos pag.192
- Tabla III.61. Distribución de la Pregunta 3 entre los Grupos pag.192
- Tabla III.62. Distribución de la Pregunta 4 del Cuestionario entre los Grupos pag.193
- Tabla III.63. Distribución de la Intensidad del Dolor en los Grupos pag.193
- Tabla III.64. Distribución de la Pregunta 6 entre los Grupos de la Muestra pag.194
- Tabla III.65. Distribución de la Pregunta 7 entre los Grupos pag.194
- Tabla III.66. Distribución de la Pregunta ¿Se le Inflama el Vientre? entre los Grupos pag.194
- Tabla III.67. Distribución de la Pregunta 9 entre los Grupos de la Muestra pag.195
- Tabla III.68. Distribución de la Pregunta Número 10 del Cuestionario con los Grupos pag.195

- Tabla III.69. La Pregunta ¿Tiene Molestias al Orinar? Distribuida en los Grupos pag.195
- Tabla III.70. Valores Faltantes en las Variables de Malestar Menstrual pag.196
- Tabla III.71. Distribución de la Pregunta 12 del Cuestionario pag.196
- Tabla III.72. Distribución de la Pregunta ¿Le Duele la Menstruación? pag.197
- Tabla III.73. Distribución de la Pregunta 14 del Cuestionario pag.197
- Tabla III.74. Correlación de las preguntas de malestar menstrual pag.198
- Tabla III.75. Puntuaciones de la Escala de Malestar Menstrual en Nuestra Muestra pag.198
- Tabla III.76. Medidas Básicas de Resumen de la Escala de Malestar Menstrual pag.199
- Tabla III.77. Asociación entre la Puntuación de Malestar Menstrual y Pelvialgia
Si/No pag.199
- Tabla III.78. Asociación entre la Puntuación de Malestar Menstrual y los Diferentes
Tipos de Pelvialgia pag.199
- Tabla III.79. Valores Faltantes en las Preguntas de Anticoncepción y Miedo al
Embarazo pag.200
- Tabla III.80. Distribución de la Utilización de los Métodos Anticonceptivos pag.200
- Tabla III.81. Distribución de la Pregunta 16 pag.201
- Tabla III.82. Distribución de la Pregunta 17 pag.201
- Tabla III.83. Distribución de la Pregunta 18 pag.201
- Tabla III.84. Distribución de la Pregunta 19 pag.202
- Tabla III.85. Distribución de la Pregunta ¿Tiene usted Miedo a Quedarse
Embarazada en la Actualidad? pag.202
- Tabla III.86. Distribución de la Utilización de Métodos Anticonceptivos
en Relación con la Pelvialgia pag. 203
- Tabla III.87. Distribución de la Utilización de Métodos Anticonceptivos en
Relación con la No Pelvialgia, Pelvialgia Aguda y Pelvialgia
Crónica pag.204
- Tabla III.88. Distribución de la Pregunta 16 del Cuestionario y Padecer o No
Pelvialgia pag.204
- Tabla III.89. Distribución de la Pregunta 16 y No Padecer Pelvialgia o si esta
es de tipo Agudo o Crónico pag.204
- Tabla III.90. Distribución de la Pregunta 17 entre Padecer o No Padecer
Pelvialgia pag.205

- Tabla III.91. Distribución de la Pregunta 17 entre la Patología Pelviálgica y sus Tipos pag.205
- Tabla III.92. Distribución de la Pregunta Número 18 y Padecer o No Pelvialgia pag.199
- Tabla III.93. Distribución de la Pregunta Número 18 y la Pelvialgia y sus Diferentes Presentaciones pag.205
- Tabla III.93. Distribución de la Pregunta Número 18 y la Pelvialgia y sus Diferentes Presentaciones. pag. 206
- Tabla III.94. Distribución de la Pregunta 19 y el Padecimiento de Pelvialgia pag.206
- Tabla III.95. Distribución de la Pregunta 19 y No Padecer Pelvialgia o si esta es de Tipo Agudo o Crónico pag.206
- Tabla III.96. Distribución del Miedo al Embarazo entre Pelvialgia No/Si pag.207
- Tabla III.97. Distribución del Miedo al Embarazo entre No Pelvialgia, Pelvialgia Aguda o Pelvialgia Crónica pag.207
- Tabla III.98. Valores Faltantes en las Preguntas de la Variable Sexualidad pag.208
- Tabla III.99. Distribución de la Pregunta de Sexualidad nº 22 pag.209
- Tabla III.100. Distribución de la Pregunta 23 de Sexualidad pag.209
- Tabla III.101. Distribución de la Pregunta 24 de Sexualidad pag.210
- Tabla III.102. Distribución de la Pregunta 25 pag.210
- Tabla III.103. Distribución de la Pregunta 26. pag.210
- Tabla III.104. Distribución de la Pregunta 27 pag.211
- Tabla III.105. Distribución de la Localización del Dolor en la Penetración pag.211
- Tabla III.106. Distribución de la Frecuencia en las Prácticas Sexuales pag.211
- Tabla III.107. Distribución de la Satisfacción con la Frecuencia de las Relaciones Sexuales pag.212
- Tabla III.108. Distribución de la Pregunta 31 pag.212
- Tabla III.109. Distribución de la Pregunta 32 de Sexualidad pag.212
- Tabla III.110. Distribución de la Pregunta 33 pag.213
- Tabla III.111. Distribución de la Pregunta 34 del Cuestionario pag.213
- Tabla III.112. Distribución de Algunos de los Sentimientos que Experimenta la Mujer en las Relaciones Sexuales pag.214
- Tabla III.113. Distribución del Deseo Sexual pag.214
- Tabla III.114. Distribución de la Pregunta 37 pag.214

Tabla III.115. Distribución de la Pregunta 38.	pag.215
Tabla III.116. Distribución de la Pregunta 39 de Sexualidad	pag.215
Tabla III.117. Distribución de la Satisfacción Sexual con la Pareja	pag.216
Tabla III.118. Distribución de la Pregunta 41	pag.216
Tabla III.119. Distribución de la Pregunta 42 del Cuestionario	pag.216
Tabla III.120. Distribución de la Comunicación	pag.217
Tabla III.121. Distribución de la Satisfacción en la Actividad Sexual	pag.217
Tabla III.122. Distribución de la Pregunta 45	pag.218
Tabla III.123. Distribución de la Pregunta nº 46 del Cuestionario	pag.218
Tabla III.124. Distribución de la Soledad en la Convivencia de Pareja	pag.218
Tabla III.125. Resumen de los Factores Extraídos Después de la Rotación con el Porcentaje de Varianza Explicada por cada uno de ellos	pag.219
Tabla III.126. Saturaciones de cada una de las Preguntas de Sexualidad en los Cinco Factores	pag.220
Tabla III.127. Correlación de las Preguntas que Componen el Factor de Valoración de la Conducta Sexual	pag..221
Tabla III.128. Correlación de las Preguntas que Componen el Factor de Relación y Comunicación con la Pareja	pag.221
Tabla III.129. Correlación de las Preguntas que Componen el Factor de Deseo Sexual	pag.222
Tabla III.130. Correlación de las Preguntas que Componen el Factor Discomfort Sexual	pag.222
Tabla III.131. Correlación de las Preguntas que Componen el Factor de Frecuencia de Actividad Sexual	pag.222
Tabla III.132. Distribución Muestral del Factor Valoración de la Conducta Sexual	pag.223
Tabla III.133. Distribución Muestral del Factor Relación y Comunicación con la Pareja	pag.224
Tabla III.134. Distribución Muestral del Factor Deseo Sexual	pag.225
Tabla III.135. Distribución Muestral del Factor Discomfort Sexual	pag.225
Tabla III.136. Distribución Muestral del Factor Frecuencia de Actividad Sexual	pag.225
Tabla III.137. Medidas de Resumen De Los 5 Factores de Sexualidad	pag.226

- Tabla III.138. Relación del Factor 1 con Pelvialgia Si/No pag.226
- Tabla III.139. Relación del Factor 1 de entre Padecer Pelvialgia de Tipo Agudo o Crónico pag.227
- Tabla III.140. Relación del Factor 2 con Pelvialgia Si/No pag.227
- Tabla III.141. Relación del Factor 2 entre Padecer Pelvialgia de Tipo Agudo o Crónico pag.227
- Tabla III.142. Relación del Factor 3 con Pelvialgia Si/No pag.228
- Tabla III.143. Relación del Factor 3 entre Padecer Pelvialgia de tipo Agudo o Crónico pag.228
- Tabla III.144. Relación del Factor Discomfort Sexual con Pelvialgia Si/No pag..229
- Tabla III.145. Relación del Factor 4 entre Padecer Pelvialgia de tipo Agudo o Crónico pag.229
- Tabla III.146. Relación del Factor 5 con Pelvialgia Si/No pag.229
- Tabla III.147. Relación del Factor 5 entre Padecer Pelvialgia de Tipo Agudo o Crónico pag.230
- Tabla III.148. Valores Faltantes en las Variables de Rol de la Mujer pag.230
- Tabla III.149. Distribución de las Personas Convivientes pag.231
- Tabla III.150. Distribución de la Pregunta 49 de Rol de la Mujer pag.231
- Tabla III.151. Distribución de la Sobrecarga Percibida pag.232
- Tabla III.152. Distribución del Apoyo que Necesita pag.233
- Tabla III.153. Distribución de la Pregunta 52 del Cuestionario pag.233
- Tabla III.154. Distribución del Estado de Salud Percibido pag.234
- Tabla III.155. Distribución de la Satisfacción con la Vida pag.234
- Tabla III.156. Distribución de las Personas Convivientes y Pelvialgia Si/No pag.235
- Tabla III.157. Distribución de las Personas Convivientes entre No Pelvialgia, Pelvialgia Aguda o Pelvialgia Crónica pag..235
- Tabla III.158. Distribución de los Motivos que Requieren Cuidados Especiales entre Pelvialgia Si/No pag.235
- Tabla III.159. Distribución de los Motivos que Requieren Cuidados Especiales entre No Pelvialgia, Pelvialgia Aguda y Crónica pag.236
- Tabla III.160. Distribución del Nivel de Sobrecarga Percibido con Pelvialgia Si/No pag.236

- Tabla III.161. Distribución del Nivel de Sobrecarga Percibido con No Pelvialgia y si esta es de Tipo Agudo o Crónico pag.237
- Tabla III. 162. Distribución del Apoyo Recibido en la Vida Cotidiana y Pelvialgia Si/No pag.237
- Tabla III.163. Distribución del Apoyo Recibido en la Vida Cotidiana y No Pelvialgia y si esta es de Tipo Agudo o Crónico. pag.237
- Tabla III.164. Distribución de la Pregunta 52 del Cuestionario y su Relación con Pelvialgia Si/No pag.238
- Tabla III.165. Distribución de la Pregunta 52 del Cuestionario y su Relación con No Pelvialgia, Pelvialgia Aguda o Crónica pag.238
- Tabla III.166. Distribución de la Salud Percibida en Relación con Pelvialgia Si/No pag.239
- Tabla III.167. Distribución de la Salud Percibida en Relación con No Pelvialgia, Pelvialgia Aguda o Crónica pag..239
- Tabla III.168. Distribución de la Satisfacción con la Vida en Relación con el Padecimiento o No de Pelvialgia pag.240
- Tabla III.169. Distribución de la Satisfacción con la Vida en Relación con la Pelvialgia y sus tipos pag.240
- Tabla III.170. Valores Faltantes en las Variables de Malestar Emocional pag.241
- Tabla III.171. Distribución del Sueño pag.242
- Tabla III.172. Distribución de la Alimentación pag.242
- Tabla III.173. Distribución de la Vida Social pag.242
- Tabla III.174. Distribución de la Pregunta 58 pag.243
- Tabla III.175. Distribución de la Pregunta 59 pag.243
- Tabla III.176. Distribución de la Pregunta 60 de Malestar Emocional pag.243
- Tabla III.177. Distribución de la Pregunta 61 del Cuestionario pag.244
- Tabla III.178. Distribución de la Opresión en la Cabeza pag.244
- Tabla III.179. Distribución de la Dificultad para Pensar pag.244
- Tabla III.180. Distribución de la Pregunta 64 de Malestar Emocional pag.245
- Tabla III.181. Distribución de las Palpitaciones pag.245
- Tabla III.182. Distribución de la Pregunta 66 pag.245
- Tabla III.183. Distribución de la Pregunta 67 del Cuestionario pag.246

- Tabla III.184. Distribución del Apoyo Psicológico y el Tratamiento Psiquiátrico pag.246
- Tabla III.185. Distribución de la Pregunta 69 de Malestar Emocional pag.246
- Tabla III.186. Distribución de la Pregunta 70 pag.247
- Tabla III.187. Distribución de la Pregunta 71 pag.247
- Tabla III.188. Distribución de la Satisfacción con la Imagen Corporal pag.247
- Tabla III.189. Distribución de la Satisfacción con el Peso Corporal pag.248
- Tabla III.190. Saturaciones de cada una de las Variables del Malestar Emocional en los dos Factores pag.249
- Tabla III.191. Correlación de las Preguntas que Componen el Factor 1 de Malestar Emocional pag.250
- Tabla III.192. Correlación de las Preguntas que Componen el Factor 2 de Malestar Emocional pag.250
- Tabla III.193. Distribución Muestral Del Factor1: Ansiedad. pag.251
- Tabla III.194. Distribución Muestral Del Factor2: Depresión pag.251
- Tabla III.195. Medidas de Resumen de los Factores Ansiedad y Depresión pag.251
- Tabla III.196. Relación del Factor Ansiedad con Pelvialgia Si/No pag.252
- Tabla III.197. Relación de Ansiedad entre Padecer Pelvialgia de Tipo Agudo o Crónico pag.252
- Tabla III.198. Relación del Factor Depresión con Pelvialgia Si/No. pag.253
- Tabla III.199. Relación del Factor Depresión entre Padecer Pelvialgia de tipo Agudo o Crónico pag.253
- Tabla III.200. Distribución de Frecuencias a partir de la Variable creada Sueño pag.254
- Tabla III.201. Distribución de Frecuencias a partir de la Variable creada Alimentación pag.255
- Tabla III.202. Distribución de Frecuencias a partir de la Variable creada Vida Social. pag.255
- Tabla III.203. Medidas de Resumen de las Variables creadas: Sueño, Alimentación y Vida Social pag.256
- Tabla III.204. Relación de la Variable creada de Sueño con Pelvialgia Si/No pag.256
- Tabla III.205. Relación de la Variable creada de Sueño con No Pelvialgia y si esta es de tipo Agudo o Crónico pag.256

- Tabla III.206. Relación de la Variable creada de Alimentación con Pelvialgia Si/No pag.257
- Tabla III.207. Relación de la Variable creada de Alimentación con No Pelvialgia y si esta es de Tipo Agudo o Crónico pag.257
- Tabla III.208. Relación de la Variable creada de Vida Social con Pelvialgia Si/No pag.257
- Tabla III.209. Relación de la Variable creada de Vida Social con No Pelvialgia y si esta es de tipo Agudo o Crónico pag.258
- Tabla III.210. Odds Ratios Procedentes de la Regresión Logística de la Pelvialgia pag.259
- Tabla III.211. Odds Ratios Procedentes de la Regresión Logística Multinomial de la Pelvialgia Aguda y Crónica pag.260