

TESIS DOCTORAL

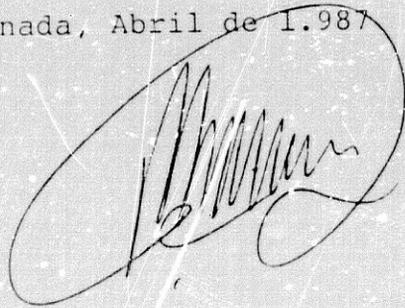
"FACTORES ORGANICOS, SEXUALES Y PSICOLOGICOS QUE
INTERVIENEN EN LA DISPAREUNIA".

Ma JOSE GARCIA GARCIA

D. VICENTE SALVATIERRA MATEU, Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada.

CERTIFICA: Que Dña. Maria Jose Garcia Garcia ha realizado su trabajo de Tesis Doctoral sobre el tema " FACTORES ORGANICOS, SEXUALES Y PSICOLOGICOS QUE INTERVIENEN EN LA DISFAREUNIA", el cual ha finalizado bajo mi - dirección, habiendo sido revisado y contando con mi aprobación para ser presentado a fin de optar al Grado de Doctor en Medicina y Cirugía.

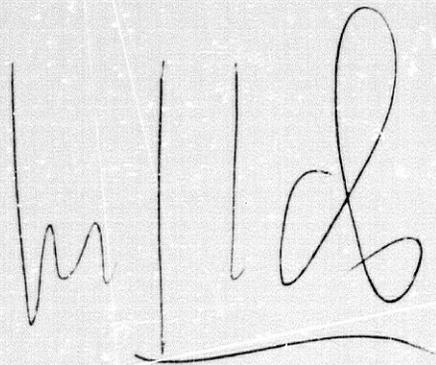
Granada, Abril de 1.987

A handwritten signature in dark ink, enclosed within a large, loopy oval flourish. The signature itself is cursive and appears to read 'Vicente Salvatierra Mateu'.

D. JESUS FLÓRIDO NAVIO, Doctor en Medicina y Cirugia
Profesor Titular de enfermeria Obstetrico-Ginecologica
de la Universidad de Granada.

CERTIFICA: Que Dña Maria Jose Garcia Garcia, ha reali-
zado su trabajo de Tesis Doctoral sobre el
tema "FACTORES ORGANICOS, SEXUALES Y PSICO-
LOGICOS QUE INTERVIENEN EN LA DISPAREUNIA",
el cual ha finalizado bajo mi dirección, -
habiendo sido revisado y contando con mi -
aprobación para ser presentado a fin de op-
tar al Grado de Doctor en Medicina y Cirugia.

Granada, Abril de 1.987.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Navio', with a horizontal line underneath.

UNIVERSIDAD DE GRANADA

ACTA DEL GRADO DE DOCTOR EN Medicina

Curso de 19 87 a 19 88

Folio _____

Número 12

Reunido en el día de la fecha el Tribunal nombrado para el Grado de Doctor de Doña María
Jose Garcia Garcia, el aspirante leyó un discurso sobre el siguiente
tema, que libremente había elegido: Factores orgánicos, sexuales y psicológicos
que intervienen en la dispareunia

Terminada la lectura y contestadas la objeciones formuladas por los Jueces del Tribunal, este
le calificó de Apto cum laude

Granada 13 de enero de 19 87

EL PRESIDENTE.



Fdo.: E Villanueva

El Secretario del Tribunal.

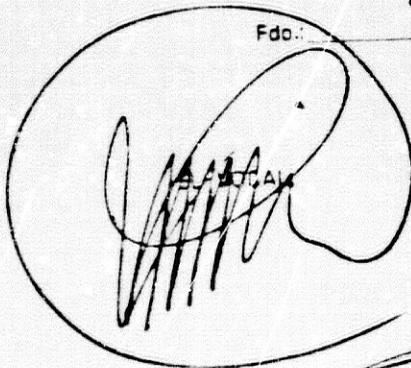


Fdo.: _____

EL VOCAL.



Fdo.: E Herrera



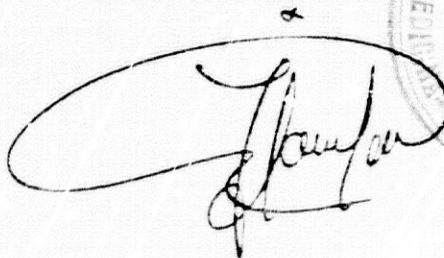
EL VOCAL.



Fdo.: J L Cuevas Lopez

Fdo.: R. Romero

FIRMA DEL GRADUANDO.



PREFACIO

La elaboración de la Tesis que presentamos comenzó hace varios años, gracias al estímulo inicial del Profesor Salvatierra. La actitud, bastante escéptica, de muchos de nuestros colegas ante aquellas mujeres que se quejan de dolor con el coito, nos hizo pensar que el problema precisaba de un estudio más profundo y de un análisis del material acumulado en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Granada. Tras la recogida de los casos acumulados, durante un año más, se hizo una recogida perspectiva de nuevos casos de Dispareunia. Todo este material nos ha llevado a la elaboración de la presente Tesis, "hija científica" del Prof. Vicente Salvatierra Mateu, a quien desde aquí quiero expresar mi más profunda gratitud por su dirección.

Todo el material empleado se ha canalizado a través de la Sección de Psicopatología, dirigido por la Dra. Concepción Cuenca. Sus publicaciones en este campo de investigación forman gran parte del apoyo científico de esta exposición. A ella quiero agradecer su labor constante durante tantos años.

A la misma Sección pertenece el Dctr. Jesús Florido Navío, con quién más he compartido dudas, inquietudes, orientaciones. Gracias por tu paciencia, comprensión y amistad.

Y no por sabido es menos importante la labor de mis compañeros, médicos y matronas a quienes quiero expresar mi gratitud.

Señalar que sin la colaboración y la paciencia de las mujeres sometidas a estudio, este trabajo, no habría sido posible.

Acontecimientos paralelos a la realizaci3n de esta Tesis, como el nacimiento de mis hijos, Alejandro y Marina, han sido otro de los est3mulos m3s fuertes que he tenido para continuar con el, a veces, tedioso trabajo.

A Luis y a mis padres quiero dedicar esta Tesis por su ayuda inestimable.

Granada, Abril. 1987.

INDICE

I) INTRODUCCIONPg...1

II) OBJETIVO DE LA TESIS....." ".71

III) MATERIAL....." ".74

IV) METODOS....." ".78

V) RESULTADOS....." ".99

VI) TABLAS....." ".139

VII) HOJAS RESUMEN PROTOCOLOS....." ".216

VIII) CONCLUSIONES....." ".317

IX) BIBLIOGRAFIA....." ".320

INTRODUCCION

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO

I) PELVIS FEMENINA.

II) SUELO O PISO PELVIANO:

- A) Porción externa.
- B) Porción interna.

III) GENITALES EXTERNOS:

- A) Monte de Venus.
- B) Vulva:

1. Labios Mayores.
Fisiología en la respuesta sexual.
2. Labios Menores.
Fisiología en la respuesta sexual.
3. Clítoris.
Fisiología en la respuesta sexual.
4. Vestíbulo y Anejos.
Fisiología en la respuesta sexual.
5. Himen.
6. Irrigación e inervación de la Vulva.

IV) GENITALES INTERNOS:

- A) Vagina.

Fisiología en la respuesta sexual.

- B) Utero:

1. Relaciones anatómicas.
2. Cuello uterino.
3. Cuerpo del Utero.
4. Ligamentos del Utero.
5. Posición del Utero.
6. Vasos sanguíneos.
7. Linfáticos.
8. Inervación.
9. Fisiología en la respuesta sexual.

C) Trompas de Falopio.

D) Ovarios.

DISPAREUNIA. SUS CAUSAS

I) DISPAREUNIA SUPERFICIAL O EXTERNA. CAUSAS .

II) DISPAREUNIA VAGINAL. CAUSAS.

III) DISPAREUNIA PROFUNDA. CAUSAS.

IV) FACTORES PSICOLOGICOS EN LA DISPAREUNIA.

ANATOMIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO. FISIOLOGIA.

En todas las Ciencias Médicas se reconoce que la comprensión detallada de la Anatomía y Fisiología constituye un requisito previo a toda consideración de patología o de tratamiento. Este reconocimiento se basa en la premisa de que toda terapia que se pretenda eficaz en un órgano que padece un trastorno, debe tender a restaurar el equilibrio de la actividad normal, aun cuando este objetivo no siempre se consiga.

Es por ello por lo que consideramos un paso ineludible en esta aportación en el conocimiento de la dispareunia en la mujer, un repaso detallado de la Anatomía Topográfica y Funcional del Aparato Genital Femenino, por ser en él donde se desarrolla dicho trastorno.

La Anatomía Funcional se entiende como sinopsis de forma y función, su tarea es facilitar las bases macro y microestructurales para la comprensión del rendimiento funcional de órganos y tejidos. En el sector patológico, brillan las relaciones entre disfunción y lesión estructural.

1) PELVIS FEMENINA:

El anillo pelviano óseo está formado por tres huesos unidos: Ilión, Isquión y Pubis; con la interposición posterior del hueso Sacro. Se caracteriza por el amplio despliegue de las alas del Iliaco, la fuerte inclinación de la pelvis con un promontorio apenas prominente, a causa de la acentuada lordosis lumbar, el arco púbico llano y la sínfisis púbica estrecha.

Considerada desde el punto de vista funcional, la pelvis femenina representa un compromiso morfológico destinado a cumplir lo mejor posible dos tareas funcio-

nales completamente distintas. En el marco de la estática total del cuerpo y como consecuencia de la posición erecta del ser humano, la pelvis debe sostener la parte superior del cuerpo y, conservando gran cantidad de movimientos, transmitirlos a las extremidades inferiores. En el marco de la función generativa de la mujer, debe servir al propio tiempo de conducto suficiente para el parto.

Dado que la pelvis ósea no es interesante en relación con el estudio que presentamos, pasaremos a describir una zona de mayor importancia en relación a la presente aportación. Se trata del:

II) SUELO O PISO PELVIANO:

De dentro a fuera está formado por el Elevador del Ano, músculo que cierra totalmente el suelo de la pelvis excepto por el recto e hiato urogenital. Sus fibras se abren en abanico hacia todo el anillo pelviano. Cabe distinguir en él una porción interna y otra externa:

- PORCIÓN EXTERNA: o lámina del Elevador. Gran manojito de láminas musculares insertadas en el pubis, lateralmente, en una condensación del músculo Obturador Interno denominado Arco Tendinoso del Elevador y en la Espina Ciática. Por detrás en el Coxis y en el rafe Ano-coxigeo formado por el entrecruzamiento de las fibras del lado opuesto.

- PORCIÓN INTERNA: Asas o pilares del Elevador, costea el borde interno de la parte descrita, está constituido por los manojos puborrectales del músculo que se insertan en las ramas descendentes y horizontal del Pubis, luego cruzan los bordes laterales de la vagina y van en dirección al Recto (fibras prerrectales). Este extremo es discutido: algunos autores han visto penetrar fibras incluso en la vagina.

- DIAFRAGMA PELVIANO ACCESORIO: que coluye el hiato uro-

genital. Está constituido por el músculo Trasverso Profundo del Periné reforzado por sus dos hojas aponeuróticas. Extendido en forma de triángulo entre ambas ramas isquiopubianas, en las cuales se inserta, el músculo Trasverso Profundo del Periné y la aponeurosis superficial y profunda que lo cubren, adhieren intimamente en la línea media a las fascias de los órganos que lo perforan: Vagina y uretra, a las facias endopelvicas y al Esfinter Estriado del Ano.

-MUSCULO ISQUIOCAVERNOSO: o Isquioclitorideo. Se aplica a la rama isquiopubiana, se extiende desde la Tuberosidad Isquiatica, a la raíz del Clítoris. Su acción es doble: el musculo baja el Clítoris y en el momento del coito aplica el glande clitorideo sobre la cara dorsal del pene; por otra parte, comprime el cuerpo cavernoso del Clítoris.

-MUSCULO TRASVERSO SUPERFICIAL DEL PERINE, nace en la cara del Isquion y se dirige hacia la línea media, donde se reune con su homólogo, constituyendo un núcleo fibroso, a cuya formación contribuyen el Bulbocavernoso y el Esfinter Estriado del Ano.

-MUSCULO BULBOCAVERNOSO, constrictor de la vagina de CRUVEILHIER, constrictor de la Vulva de SAPPEY, compressor cunni superficialis de LUSHKA. Es un músculo que rodea la parte inferior de la vagina y la terminación de la Uretra. Proviene fundamentalmente del rafe anovulvar, algunas fibras vienen del esfinter externo y del suelo urogenital, así como del Trasverso Superficial. De aquí el músculo se dirige hacia delante, cubre sucesivamente la glándula de Barthlino y el bulbo de la Uretra y llega al codo del Clítoris donde termina, suministrando dos lenguetas tendinosas: una inferior que se inserta en la cara dorsal del Clítoris, y otra superior que se fija en el lado correspon-

diente del ligamento suspensorio. Su acción consiste en:

- 1) Comprimir la vena dorsal del Clitoris.
- 2) Hacer descender el Clitoris, y aplicar su extremidad libre sobre el pene durante el coito.
- 3) En comprimir lateralmente el bulbo y expulsar la sangre que contiene hacia el Vestibulo.
- 4) Comprimir la glándula de Bartholin y exprimir así su contenido hacia el conducto excretorio de la glándula.
- 5) Estrechar el orificio externo de la Vagina y por lo tanto apretar como un anillo al cuerpo extraño que allí se encuentre.

-ESFINTER EXTERNO DE LA URETRA, poco desarrollado, empieza por arriba a nivel del cuello vesical, es anular en esta porción, tiene la misma longitud que la Uretra, pero en su porción inferior, cuando está intimamente unido a la Vagina tiene forma semicircular, desapareciendo en la zona de contacto vagino uretral.

-ESFINTER ESTRIADO DEL ANO: Nace en el rafe anococcigeo, rodea la extremidad inferior del Recto y la mayor parte de sus fibras terminan en el nucleo fibroso del perineo; hacia delante se confunden con las del Bulbo Cavernoso y el Trasverso superficial.

El nucleo fibroso del perineo resulta de la fusión de los musculos antes descritos, tiene forma de una cuña con base inferior, cuyo vértice se insinua entre Vagina y Recto. La base de esta cuña es el Perineo Ginecológico y se extiende desde la horquilla Vulvar al Ano.

Todos estos elementos constituyen el suelo pelviano que junto con la presión intraabdominal, el tono uterino y los medios de suspensión contribuyen a mantener el aparato genital en posición normal.

Entre la pared de la Pelvis y los órganos pelvianos se extiende un sistema istmico paramétrico de fibras conectivas y musculares. El retículo uterino es una malla de tejido conjuntivo elástico que partiendo del istmo uterino se dirige a las paredes pelvianas. Su desarrollo está vinculado a la función trófica del ovario, pues acentúa su diferenciación cuando se intensifica la actividad de la masa folicular semimadurante en la adolescencia, e involuciona en la menopausia. Esta malla tiene zonas de mayor condensación que constituyen seis haces: dos anteriores que constituyen los ligamentos pubovesico-uterinos, dos laterales que forman la base del ligamento ancho, son los más importantes; también se denomina ligamento trasverso de MACKENRODT, parametrio lateral, vaina de la Hipogástrica de DELBERT, ligamento cardinal de KOSS. Y dos manojos posteriores que son los ligamentos Úterosacros.

La misión principal del retículo periuterino es mantener constantemente el cuello del útero en la hemipelvis posterior y asegurar la oblicuidad de la vagina. La acción de los elementos ya descritos, se ve reforzada por la de las fascias endopelvicas, que son continuación de la fascia endoabdominal, adaptada a las condiciones especiales de los órganos pelvianos.

III) GENITALES EXTERNOS:

Constituyen la porción del Aparato Genital que está limitada superficialmente por los Surcos Genitocrurales, el Monte de Venus y el Ano, y en profundidad se extiende hasta el Diafragma pélvico accesorio.

A) MONTE DE VENUS: Zona situada por delante de la sínfisis púbica cubierta de vello cuyos límites forman los de la región, es ligeramente saliente por el panículo adiposo subyacente.

B) VULVA: Formada por: 1) Labios Mayores, 2) Labios Menores
3) Clítoris, 4) Vestibulo y sus anejos.

1) LABIOS MAYORES: Bordean la hendidura vulvar y son dos rodetes cutaneo adiposos salientes. En ausencia de estímulo sexual llegan normalmente a la línea media, protegiendo de este modo las estructuras subyacentes. Tienen una cara interna, otra externa y un borde libre, un borde adherente y dos extremidades anterior y posterior. Su longitud es de 7-9 centímetros, y su espesor mayor de 3-4 centímetros. La cara externa, cutánea, está más pigmentada que el resto de los tegumentos y se halla cubierta de vello que se detiene en el borde libre. La cara interna es mas lisa, una semimucosa de coloración mas rosada.

El borde libre está bien definido por la transición bursca entre ambas caras y es mas afilado que el borde adherente, la base de implantación del Labio Mayor. Se unen por ambos extremos, por la parte anterior se unen por el Monte de Venus y por el posterior se unen formando la Horquilla Vulvar. Esta zona se altera facilmente tras los traumatismos obstetricos. En su interior albergan una cubierta fibroelástica que rodea el acúmulo adiposo del gran labio, el cual se continua hacia el Canal Inguinal con la grasa que rodea al Ligamento Redondo y llega al tejido subperitoneal.

La cara externa, rica en folículos pilosos, glándulas sebaceas y sudoríparas. La cara interna tiene glándulas sebaceas y de TYSON: estas segregan el esmegma que es untoso y de olor característico.

-FISIOLOGIA EN LA RESPUESTA SEXUAL: El comportamiento ante la excitación sexual de los Labios Mayores, es distinta en la mujer que no haya parido a otra que lo haya hecho. En la nulípara, durante la fase de excitación, se

se adelgazan y se aplastan contra el perineo, elevándose ligeramente hacia arriba y afuera, dejando libre el orificio vaginal, como invitando a la copula.

Durante la fase de meseta se completa esta elevación; no habiendo otros cambios en la fase de meseta avanzada y orgasmo.

En la fase de resolución vuelven a su grosor y posición normal, mas rápidamente si se obtiene el orgasmo. Si no se obtiene resolución los labios pueden estar congestivos durante varias horas.

En la multipara, en lugar de aplanarse se distienden y aumentan de grosor, que puede ser muy considerable y la fase de meseta es mas prolongada, sin embargo no cierran la Vagina porque se produce un ligero movimiento hacia afuera de ellos. Tras el orgasmo involucionan con rapidez y lentamente si no se obtuvo resolución sexual.

2) LABIOS MENORES: o niifas. Son dos repliegues cutaneomucosos que se observan al separar los grandes labios y cuya orientación siguen. Sus medidas, longitud: 25-30 mm. altura 10-15 mm., y grosor 3-5 mm. Son muy variables. En algunas tribus africanas es norma cultural manipularlos desde la mas tierna infancia para aumentarlos de tamaño, llegando este a ser muy considerable; de tal forma que estas mujeres son consideradas mas bellas. Es el llamado "dentantal de las hotentotas".

Presentan dos caras, dos bordes y dos extremos. La cara interna al adosarse con la del lado opuesto, ocluye el Vestibulo. La cara externa está separada del labio mayor por el surco interlabial.

El borde libre es ondulado y suele quedar oculto por

los Labios Mayores, aunque esto es variable, puede sobrepasarlos. El borde adherente descansa sobre el bulbo de la Vagina. La extremidad anterior de las ninfas se desdobra en dos laminillas, que, al unirse con las del lado opuesto abrazan al Clítoris y constituyen, las superiores el capuchón del Clítoris y el frenillo las inferiores.

Su extremo posterior se pierde generalmente en la cara interna de los grandes labios, cuando alcanza a la Horquilla se une con su homólogo formando entre ambos una estrecha franja llamada Fosa Navicular.

Carecen de pelos, están cubiertos por un epitelio pavimentoso estratificado con pocas células mucíparas y sudoríparas, pero abundantes células sebáceas que segregan esmegma.

-FISIOLOGIA EN LA RESPUESTA SEXUAL: Tienen un comportamiento muy característico durante el ciclo de la respuesta sexual. Los Labios Menores se expanden mucho en diámetro durante la fase de excitación bien establecida. En la fase de meseta pueden aumentar hasta dos y tres veces su diámetro. En la misma fase y tras este aumento de tamaño, los Labios menores están preparados para una respuesta específica. Durante esta fase se producen cambios de coloración que están en relación con la paridad de la mujer. En la nulípara la coloración va del rosado al rojo brillante. En las múltiparas el color va del rojo brillante al rojo vinoso. Estos cambios son tan específicos que se les ha llamado "piel sexual" de la mujer en la respuesta sexual.

La aparición de "piel sexual" es patognomónico de orgasmo inminente. No existe una mujer que llegando a la fase orgásmica de tensión sexual no haya experimentado antes los cambios específicos de color de los Labios Menores.

En la fase de resolución, la coloración cambia rápidamente al rosa claro. La segunda etapa de decoloración del rosa claro a su color normal, es también relativamente rápida, pero no es uniforme, por lo que los labios tienen un aspecto moteado.

3) EL CLITORIS: Situado en la parte anterior de la Vulva, es un órgano único en la anatomía humana. Su exclusivo objetivo es actuar como receptor y transformador de los estímulos sexuales; su función es iniciar o elevar los niveles de tensión sexual.

Está formado por dos cuerpos cavernosos envueltos por una membrana fibrosa densa, en dicha membrana hay fibras elásticas y musculares lisas. Ambas cápsulas fibrosas se unen a lo largo de sus superficies mediales para formar un tabique entrecruzado de fibras elásticas y musculares lisas. Cada cuerpo cavernoso está unido con el Pubis y con el Isquion por un pedículo. Como el pene, tiene un ligamento suspensor que se inserta a lo largo de la superficie anterior del tabique medio. En el Clítoris también se insertan dos músculos pequeños que son los Isquiocavernosos que se insertan en ambas ramas isquiáticas.

El cuerpo, formado por la unión de ambos cuerpos cavernosos, está cubierto por el capuchón, mientras que su parte anterior, el glánde, no está cubierta. Su tamaño es como promedio de 4 a 5 mm., tanto en su eje longitudinal como transversal. Se observaron importantes variaciones en su longitud. El epitelio del Clítoris es plano estratificado y presenta numerosas terminaciones nerviosas: Corpusculos de MEISSNER, PACINI y KRAUSER. El nervio dorsal del Clítoris es muy pequeño, proviene del nervio Pudendo y termina en un plexo dentro de la sustancia del glánde y de los cuerpos cavernosos.

-FISIOLOGIA EN LA RESPUESTA SEXUAL: La respuesta clitoridea a la estimulación, que se produce durante la fase de excitación, es la tumefacción evidente clínicamente. Aumenta de tamaño como resultado de la vasodilatación, pero no se produce una auténtica erección.

Tanto el cuerpo como el glande del Clítoris se retraen contra la sínfisis del Pubis durante la fase de meseta. Este cambio, unido a la vasodilatación de los vasos, hace difícil visualizar el Clítoris en esta posición, y también enmascara en parte la posición del Clítoris al tacto. Con todo, durante estos cambios, no existe pérdida de sensación clitoridiana, y la estimulación de la zona del Monte de Venus y de los Labios produce habitualmente sensaciones clitoridianas.

Durante la fase orgásmica no hay ninguna reacción específica en este órgano. En la fase de resolución, el retorno a la posición normal se produce en 5-10 segundos.

4) VESTIBULO Y ANEJOS: Los límites del Vestíbulo en Ginecología son más amplios que en Anatomía quirúrgica. Se entiende como tal a la zona navicular que queda al separar las Ninfas o Labios Menores. Tiene una cara posterior o profunda, dos caras laterales y dos comisuras.

La cara posterior la constituye en su porción superior el Vestíbulo anatómico (limitado a ambos lados por los Labios Menores, delante el Clítoris y por detrás el Meato urinario y el borde superior del orificio vaginal), en la porción media la abertura vaginal y la cara anterior del Himen, y en la porción posterior, la Fosa Navicular. Las caras laterales están formadas por el borde adherente de las Ninfas, la porción más próxima a aquel de las caras internas y el surco ninfohimeneal. La comisura anterior corresponde al glande, con su frenillo, y la comi-

sura posterior, corresponde a la Horquilla.

Es una región ricamente inervada y es a su nivel donde es generada la sensación subjetiva de flujo, es importante porque en ella desembocan: a) la Vagina, b) la Uretra, c) Glándulas Parauretrales de SKENE, d) Glándulas Uretrales y Periuretrales, e) Glándulas de BARTHOLIN o Vestibulares Mayores.

a) El aspecto de la entrada a la Vagina o Introito, varía según se trate de una mujer virgen, de una desflorada nulípara o de una múltipara. Es a este nivel donde el epitelio vestibular se transforma en epitelio vaginal.

b) El Meato Uretral se presenta como un orificio redondeado, más o menos visible y saliente, situado en la línea media y aproximadamente dos y medio centímetros por debajo del Clítoris.

c) A ambos lados del Meato, en su hemicircunferencia inferior y muy próximo a él, existen dos conductos descritos por SKENE en 1880. Son los conductos yuxtauretrales, parauretrales o de SKENE y que han sido después estudiados por SCHULLER y ALMOSOFF. Existen ya en la recién nacida y aun en el feto crecen con la edad, su máximo desarrollo lo alcanzan con la edad adulta y se atrofian después de la menopausia, sin llegar a desaparecer. Según las observaciones de ALMOSOFF aumentan de volumen durante el embarazo y llegan al máximo durante el momento del parto. Histológicamente son verdaderas glándulas arracimadas. En ellas puede asentarse el gonococo de NEISSER. Algunos anatomistas consideran a los conductos yuxtauretrales de SKENE como representantes de los extremos inferiores de los conductos de WOLFF, como homólogos por consiguiente de los conductos de GARTNER.

d) Glándulas Uretrales y Periuretrales. En la superficie interior de la Uretra, preferentemente en su pared inferior y lateral, se abren numerosas formaciones glandulares. Se disponen en filas lineales, dirigidas paralelamente al eje del conducto, su estructura está formada por masas epiteliales, redondeadas a tubulares, simples o lobuladas. La embriología, como ha demostrado TORNEAU, establece la homología entre estas glándulas y la Próstata masculina.

e) Las Glándulas Vestibulares Mayores de los anatomistas alemanes o de BARTHOLIN (nombre del primer anatomista que los ha descrito en la especie humana), también llamadas de HUGUIER o de DUVERNEY. Son en número de dos, derecha e izquierda dispuestas simétricamente a cada lado de la línea media. Se desarrollan en la parte posterolateral del orificio vulvo-vaginal, entre este orificio y el Isquion. Se hallan situadas exactamente a un centímetro de la implantación del Himen, a dos o tres centímetros del borde libre de los Labios Mayores. Topográficamente están comprendidos en la celda perineal inferior, entre la aponeurosis perineal inferior que la separa de los tegumentos, y la aponeurosis perineal media que la separa de la excavación pelviana.

Son relativamente pequeñas en la niña, aumentan con rapidez de volumen en la pubertad, presentan un mayor desarrollo en la adulta y se atrofian progresivamente a medida que se extingue la actividad sexual.

El conducto excretor se abre al exterior por un orificio redondo en el surco que separa los pequeños labios del Himen o de las carúnculas. Este conducto, por el que la glándula evacua su producto de secreción, puede ser recorrido en sentido inverso por los gérmenes microbianos procedentes de la Vulva: es el origen de la inflamación de la glándula.

Las glándulas de Bartholin tienen la misma estructura que sus homólogas en el hombre, las glándulas de COWPER. Son glándulas arracimadas mucíparas. El conducto excretorio común está tapizado por un epitelio primario que se convierte en pavimentoso estratificado en la proximidad del orificio exterior.

El producto de secreción de la glándula de BARTHOLIN es un líquido fiiente, untoso, incoloro y ligeramente opalino, el cual se pensó durante muchos años que contribuía a la lubricación que hace fácil e indolora la penetración vaginal. (BROWN 1950; HORNSTEIN, 1950; MOLL, 1912; STONE, 1953; URBACH, 1921; VAN DE VELDE, 1930)

FISIOLOGIA EN LA RESPUESTA SEXUAL: es verdad que las glándulas de BARTHOLIN responden a la estimulación sexual con actividad secretoria. Sin embargo aparece tardíamente en la fase de excitación o al comienzo de la fase de meseta. La lubricación vaginal básica proviene de una reacción trasudativa de las paredes vaginales y aparece segundos después de iniciada una estimulación sexual.

La actividad de las glándulas de BARTHOLINO, es más efectiva en el coito prolongado, en particular si la mujer se mantiene en fase tardía de excitación o de meseta. En este caso, las glándulas de BARTHOLIN contribuyen de manera significativa a la lubricación del introito, pero nunca se produce material suficiente para lubricar el túnel vaginal. Es frecuente que no haya actividad secretoria en los procesos de automanipulación.

Se le ha asignado la función de reducir la acidez vaginal y mejorar la vida de los espermatozoides (HORNSTEIN, 1950; WEISMAN, 1941)

5) EL HIMEN: del latín Hymen y este del griego Hymeen, membrana, límite entre la Vulva y la Vagina; es en la virgen un diafragma membranoso que cierra incompletamente

el orificio de la Vagina. Hay una gran variedad de formas que pueden agruparse fundamentalmente en dos: membraniforme, cuando ocluye totalmente el introito; y en collar, cuando solo contornea el orificio vaginal.

6) IRRIGACION E INERVACION DE LA VULVA

a) El Monte de Venus está irrigado por ramas que vienen de las Pudendas Externas, ramas de la arteria Femoral. Las venas se dirigen al Triángulo de SCARPA y desembocan en la Safena Interna o directamente en la Vena Femoral.

Los linfáticos se dirigen a los ganglios superficiales de la ingle. Los nervios emanan de las ramas genitales del plexo Lumbar.

b) Labios Mayores: las arterias que los irrigan tienen dos orígenes: de las Pudendas Externas, ramas de la Femoral, y de la Arteria Perineal Inferior, rama de la Pudenda Interna. Las venas superficiales acompañan a las arterias ya citadas desembocando unas en la vena Femoral y otras en la Pudenda Interna. Las venas profundas siguen un trayecto ascendente y se reúnen con las venas del Bulbo junto con las cuales se precipitan en el plexo vaginal. Los linfáticos se precipitan en el grupo superointerno de la ingle. Los nervios provienen de la rama perineal del Pudendo Interno (ramas del plexo Sacro) y de las ramas genitales del plexo Lumbar.

c) Labios Menores: las arterias tienen igual origen que las de los Labios Mayores. Las venas forman una red que ordinariamente está muy desarrollada, mezclándose en parte con las venas superficiales de los Labios Mayores y en parte con las del Bulbo de la Vagina. Los linfáticos desembocan igual que los de los Labios Mayores en el grupo superficial de la ingle. La inervación también es similar.

d) El Himen: Está irrigado e inervado por los mismos vasos y nervios que la Vagina.

e) El Clítoris: está irrigado por dos arterias+las arterias cavernosas, anastomosadas entre sí por dos arterias muy finas, y la arteria Cortal del Clítoris, rama terminal de la Pudenda Interna.

Los cuerpos cavernosos del Clítoris y los Bulbos vaginales están regados por arterias que penetran en sus trabéculas circundantes y se ramifican en: 1) arterias helicinas, que después de seguir una trayectoria tortuosa se vacían directamente en las lagunas venosas, y son las 2) arterias nutritivas que riegan las trabéculas. El tejido es drenado por venas de características similares. Las venas desaguan, parte en la vena Pudenda Interna, en el plexo intermedio de KOBELT, y en parte en el plexo de SANTORINI. Los linfáticos superficiales terminan en el grupo inguinal ganglionar; los linfáticos profundos forman una red presinfisaria, de donde parten dos troncos: los crurales, que van al ganglio de CLOQUET y los restantes drenan en el ganglio retrocrural externo. Los nervios proceden del Nervio Pudendo Interno, se denomina nervio dorsal del Clítoris.

IV) GENITALES INTERNOS:

A) VAGINA: es una estructura músculo membranosa que se extiende desde la Vulva al Utero. Se interpone entre la vejiga y la Uretra por delante y el Recto por detrás; a través del cual las secreciones uterinas y menstruales son expulsadas al exterior; es el órgano femenino de la cópula y parte del canal del parto.

La porción más alta de la Vagina proviene del conducto de MULLER, la porción inferior del Seno Urogenital.

Anteriormente la Vagina está en contacto con la Vejiga y la Uretra, de las cuales está separada por un tejido conectivo, el septo vesico-vaginal. Entre la pared posterior de la Vagina y el Recto hay un tejido similar que forma el septo vagino-rectal. La parte superior de la Vagina está separada del Recto por lo que usualmente se llama fondo del saco de DOUGLAS, repliegue del peritoneo.

Normalmente las paredes de la Vagina están en contacto, dejando lateralmente entre ellas un pequeño espacio, que determina que el corte tenga forma de H. Es muy distensible y esta característica se pone de manifiesto fundamentalmente durante el parto. La parte superior de la Vagina es un fondo de saco donde se proyecta el cervix uterino. Este fondo de saco se subdivide en fornix anterior, posterior y dos laterales. Dado que la cara posterior de la Vagina es más larga que la anterior, el fornix posterior es más grande que el anterior. Los fórnicos son clínicamente importantes porque a través de ellos se pueden palpar los órganos pélvicos internos. El fondo de saco posterior sirve de acceso quirúrgico a la cavidad peritoneal. La Vagina varía mucho de longitud de una mujer a otra. Varía entre 6-7 centímetros la pared anterior y 8-10 la posterior.

En la virgen, la mucosa de la pared anterior presenta una serie de arrugas trasversales y un pliegue central longitudinal que le dan el clásico aspecto de árbol de la vida. En las multíparas, el conducto vaginal se halla claramente distendido y carece de repliegues.

La mucosa vaginal tiene un color rosado oscuro y se encuentra tapizada por un epitelio escamoso estrauficado, en el cual se proyectan gran número de papilas subepiteliales del tejido fibroso subyacente. En la niña de corta edad, el tejido epitelial solo consta de 6 u 8 capas de

celulas, a las cuales se añaden muchas más en la etapa posterior postpuberal.

Por debajo de la mucosa se encuentra la túnica muscular formada por una capa interna circular y otra externa longitudinal. La capa fibrosa externa procede del tejido conectivo pelviano.

Normalmente no existen glándulas en la Vagina. Frecuentemente se pueden observar "ciertas glándulas" paramesonéfricas, restos embrionarios que producen la llamada adenosis. La revisión reciente de FORSBERG, 1973, señala claramente la derivación del epitelio cervico-vaginal.

Desde la infancia hasta después de la menopausia, hay un considerable acúmulo de glucógeno en las células descamadas del epitelio vaginal, se pueden identificar cambios hormonales del ciclo ovarica, ya que están sujetas a dichos cambios.

En la mujer no embarazada, la Vagina retiene un pequeño acúmulo de secreción del Utero. Durante el embarazo la secreción es copiosa, formada por células epiteliales y bacterias descamadas, blanquecino. Su ph es ácido. La reacción ácida es atribuible a la presencia de ácido láctico el cual proviene del metabolismo del glucógeno de las células superficiales por el Lactobacilo (Bacilo de BÖDERLEIN). El ph de la secreción vaginal varía con la naturaleza de la secreción de hormonas ovaricas. Antes de la pubertad, el ph de la vagina varía entre 6'8 y 7'2, mientras en la mujer adulta es de 4-5.

La Vagina está abundantemente irrigada. El tercio superior está irrigado por la arteria cervico-vaginal, rama de la uterina; el tercio medio por las arterias vesicales inferiores, y el tercio inferior por la hemorroidal media y

la pudenda interna. Hay un importante y extenso plexo venoso que rodea la Vagina y desaguan en venas que siguen a las arterias, eventualmente desaguan en las venas hipogástricas.

Por otra parte, los linfáticos del tercio superior de la Vagina, drenan juntos con los de la Vulva en los ganglios inguinales; los del tercio medio en los ganglios hipogástricos y los del tercio superior, en los iliacos. De acuerdo con KRANTZ, 1958, la Vagina no tiene una inervación especial, ocasionalmente algunas terminaciones libres pueden encontrarse en las papilas.

FISIOLOGIA EN LA RESPUESTA SEXUAL: si se considera a esta desde el punto de vista de su función como órgano sexual, resalta inmediatamente la respuesta de esta al aumento de tensión sexual. Así como la erección en el hombre es la expresión fisiológica directa al acto sexual, la expansión y lubricación vaginal comprenden la indicación fisiológica directa de invitación al acto sexual.

1) **FASE DE EXCITACION:** la primera manifestación fisiológica de respuesta femenina frente a cualquier forma de estímulo sexual, es la lubricación vaginal.

La palabra lubricidad, del latín lubricus, que significa resbaloso, se usó por primera vez en el siglo XV para indicar lascivia o lujuria y tenía una relación directa clara con este aspecto de la excitación en la mujer. A pesar de la importancia manifiesta del mecanismo de lubricación para permitir la introducción indolora del Pene en la Vagina para que se efectue el coito, no se ha ofrecido ninguna descripción detallada del proceso en las obras de texto hasta las investigaciones de laboratorio de MASTERS, 1959, y MASTERS y JOHNSON, 1966.

DICKENSON, 1949, describió el líquido como claro, tenaz pero no adherente, notablemente eficaz como lubricante con una cualidad de contacto agradable y deslizamiento suave.

La excitación sexual aumenta el flujo sanguíneo hacia la Vagina y probablemente abre nuevos capilares. La vasocongestión pélvica y los posibles cambios de la permeabilidad capilar causados por neurotransmisores crean condiciones que aumentan la fracción de filtración capilar. El líquido filtrado, trasuda entre los capilares intercelulares del epitelio vaginal y satura su capacidad limitada de reabsorción de iones de sodio.

El trasudado plasmático modificado por esta capacidad de reabsorción en la Vagina, surge como un líquido viscoso en la superficie de esta, a través de poros de baja resistencia, que se observan sobre la superficie vaginal mediante microscopio electrónico de centelleo (LUDWIG y METZER, 1976). El trasudado modificado se mezcla con el líquido basal presente y aumenta su pH y su concentración de cloruro sódico, lo que permite la introducción indolora del Pene y crea un ambiente menos agresivo para los espermatozoides.

La hipótesis de que el líquido se deriva del plasma, encuentra apoyo en las características de otros dos cambios que sufre el líquido vaginal basal durante la formación del líquido de lubricación; a) la concentración de urea en la Vagina se hace más parecida a la del plasma, y b) el pH del líquido vaginal se vuelve menos ácido después de la excitación sexual, hasta que se produce el orgasmo, (WAGNER y LEVIN, 1977; WAGNER y LEVIN, 1978). Al interrumpirse estímulo sexual después del orgasmo, el epitelio vaginal sigue reabsorbiendo iones sodio desde la luz, y por lo tanto, produce reabsorción del líquido formado como consecuen-

cia osmótica de la transferencia de iones.

BANCROFT, 1983, explica que la lubricación vaginal tiene una mediación neural y que los nervios parasimpáticos S₂₋₃₋₄ producen la dilatación arteriolar. Sin embargo han fallado intentos recientes de interferir la lubricación administrando Atropina (WAGNER y LEVIN 1980).

El material lubricante aparece en la Vagina a los 20-30 segundos de una estimulación sexual efectiva. El fenómeno del trasudado da a las paredes vaginales el aspecto de "estar sudando". En segundos se lubrica la Vagina para un coito normal. Parece ser que este trasudado proviene del plexo venoso que rodea la Vagina al dilatarse y de otras redes venosas cercanas. Desde hace tiempo se conoce que la Vagina carece de glándulas (MAXIMOV et al. 1903). Se ha afirmado que la cantidad de líquido lubricante, era influida por la etapa del ciclo menstrual, por las hormonas y por el tipo y la duración de los estímulos eróticos empleados. La masturbación no produce tanto líquido como el coito, en tanto que los juegos precoitales prolongados o la copulación fomentan su producción.

A medida que continúa la fase de excitación, aparecen nuevas manifestaciones anatómicas propias de la preparación psicológica para el coito. Al comienzo se comprueba un alargamiento y distensión de los dos tercios inferiores del túnel vaginal. Pueden observarse movimientos expansivos irregulares de las paredes vaginales a medida que la tensión sexual se acerca a la fase de meseta. Antes de completarse la fase de excitación, la Vagina está muy dilatada; esta se expande involuntariamente, pero también se relaja en forma parcial de manera irregular. Poco a poco las demandas de expansión sobrepasan la tendencia a la relajación y así se establece la distensión vaginal de la mujer en la respuesta sexual.

2) FASE DE MESETA: en esta fase se produce una intensa reacción vasomotriz. El tercio externo vaginal, inclusive el Vestíbulo vulvar, se distiende grandemente con sangre venosa. Esta distensión es tan intensa que la luz del tercio externo vaginal reduce por lo menos un tercio del tamaño alcanzado en la fase excitatoria. A pesar de que esta vasocongestión localizada se desarrolla como respuesta involuntaria, representa un signo seguro que nos indica que se ha alcanzado la fase de meseta. La vasodilatación del tercio externo vaginal, junto a la tumefacción de los Labios Menores, constituye la base anatómica de la experiencia orgásmica. Esta zona de vasodilatación se denomina plataforma orgásmica. Durante esta fase aparece un aumento mínimo en el ancho y la profundidad de la Vagina, así mismo hay un ínfimo grado de distensión comparado con la respuesta expansiva de la fase anterior. La lubricación en esta fase disminuye.

3) FASE ORGASMICA: la reacción fundamental del tunel vaginal es esencialmente de carácter expansivo más que constrictivo durante el orgasmo. La respuesta específica vaginal a la explosiva entidad fisiológica del orgasmo, se haya confinada a la plataforma orgásmica. Esta área localizada de vasodilatación vulvar se contrae fuerte y regularmente durante la fase orgásmica a una frecuencia de 0'8 segundos. Por lo general 3 a 5 contracciones intensas, hasta un máximo de 15, que a continuación desaparecen gradualmente, con espasmos ocasionales.

A pesar de existir una enorme literatura sobre el orgasmo femenino (SHERFEY, 1966; FISHER, 1973; SINGER, 1973; HITE, 1977), aún falta por definir claramente muchos aspectos del mismo. El orgasmo se puede definir como una respuesta cortical sensitiva, un aumento muy breve de liberación física, que suele ser el acmé del placer para la mayor parte de las personas.

La descripción del orgasmo por varones y mujeres, sin referencia específica a sus órganos genitales, no se pueden identificar con ningún sexo en particular, lo que sugiere que no hay una reacción específica de género. Una diferencia clara entre los sexos, sin embargo, es que en tanto para los varones normales, el orgasmo y la eyacuación son el resultado final del coito en cuestión de minutos; relativamente pocas mujeres logran el orgasmo a partir del mismo, y en varias encuestas se encuentra una cifra de 30-50% para el grupo orgásmico coital. (HITE, 1977).

En opinión de MARGARET MEAD, 1949, la capacidad de la mujer para el orgasmo, debe considerarse en realidad como una potencialidad que puede desarrollarse o no en una cultura determinada. Según esto, el orgasmo parece ser una actividad aprendida.

Subjetivamente, durante el orgasmo, la mujer tiene una súbita liberación de tensión sexual, que se había construido durante la excitación y la meseta. Objetivamente podemos observar una respuesta con miotonía total del cuerpo implicado, espasmos de la cara, cuello, brazos y piernas. Es frecuente el espasmo carpo-pedal. Es interesante anotar, que MASTERS y JOHNSON encontraron que la masturbación producía contracciones más intensas y normalmente una respuesta fisiológica mayor para el orgasmo que el propio coito. Pero normalmente los sujetos afirman que el coito es más gratificante.

En la actualidad todavía no se conocen los mecanismos neurofisiológicos específicos del orgasmo. Sin embargo puede postularse que el orgasmo se produce por un arco reflejo neural, una vez que se ha alcanzado o sobrepasado el umbral orgásmico. Es una respuesta total del organismo.

Los electroencefalogramas realizados durante el or-

gasmos, muestran cambios significativos de la lateralidad hemisférica. (COHEN, 1976), así como en los índices o tipos de actividad de las ondas cerebrales (HEATH, 1972). También se ha medido con detalle las contracciones de los grupos de músculos periféricos, así como los ritmos respiratorio y cardíaco. Las mujeres no eyaculan durante el orgasmo, y este se produce normalmente en las mujeres que se han sometido a histerectomía o en las que han sufrido escisión quirúrgica del Clítoris.

Las mujeres tienen la capacidad de ser multiorgásmicas; esto es, tener una serie de respuestas orgásmicas identificables sin bajar de la fase de meseta. En el ciclo de respuesta sexual femenina no se observa período refractario, si bien la mayoría de mujeres no son multiorgásmicas.

El concepto de FREUD de que el orgasmo femenino inducido por la acometida coital del Pene (orgasmo vaginal, o "sin mano"), era superior en madurez al obtenido por la estimulación del Clítoris (inmaduro), por desgracia invadió el campo de la sexualidad femenina hasta que MASTERS y JOHNSON en 1966 demostraron que era falso. Sin embargo hay autores que no están de acuerdo con las afirmaciones de estos autores: FISHER, 1973, y FOX y FOX, 1971, creen que existe diferencia entre los orgasmos producidos por coito vaginal y los producidos por estimulación clitoridea. SINGER, 1973, afirmaba que algunas mujeres experimentaban una forma distinta de orgasmo, según estimulación clitoridea o penetración vaginal profunda. La teoría de los dos orgasmos se apoya además en el registro reciente de la "mancha G", que ha despertado gran interés popular, (WEISBERG, 1985).

3) FASE DE RESOLUCION: En la fase resolutiva se produce en primer término fenómenos regresivos en el tercio externo de la Vagina. La vasodilatación localizada estable-

cida durante la fase de meseta y que sirvió de plataforma a las contracciones espasmódicas del orgasmo, se dispersa con rapidez. Como consecuencia, el tercio externo del tunel vaginal aumenta de diámetro. Poco a poco los dos tercios inferiores distendidos llegan al estado de colapso, esto no es uniforme para todas las paredes vaginales. Es una reacción irregular, zonal, para las paredes posterior y lateral de la Vagina. La pared anterior y el cuello uterino en anteversoflexión descienden hacia el piso vaginal con rapidez, desapareciendo el efecto de vacío en el diámetro transcervical de la Vagina.

El color púrpura oscuro de la mucosa vaginal vuelve a la normalidad de forma muy lenta, a veces tomando hasta 10-12 minutos para completarse. En algunos casos se ha observado la aparición de lubricación en la fase de resolución. Esta reacción que sobrepasa el estadio evolutivo normal, sugiere que existe tensión sexual remanente o renovada.

B) EL UTERO: es un órgano muscular cubierto en parte por el Peritoneo. Su cavidad está revestida por Endometrio. Durante el embarazo, el Utero sirve para recibir retener y nutrir el óvulo fecundado, que se expulsa durante el parto.

a) RELACIONES ANATOMICAS: el Utero no gestante está situado en la cavidad pélvica, entre la Vejiga y el Recto. Casi toda su cara posterior está cubierta de Peritoneo, mientras que su porción inferior forma la cara anterior del fondo de saco de DOUGLAS.

Solo la porción superior de la pared anterior, está cubierta de esta manera, ya que su porción inferior se une a la pared de la Vejiga mediante una capa bien definida de tejido conjuntivo.

El Utero tiene forma piriforme, aplanada, y consta de dos partes desiguales: una porción triangular, el cuerpo, y una porción inferior, cilíndrica o fusiforme, el cuello. La cara anterior del cuerpo es casi plana, pero la cara posterior es casi convexa. Las Trompas de FALCPIO se inician en los cuernos del Utero, en la unión del borde superior con el lateral. El borde superior, convexo, comprendido entre los puntos de inserción de las Trompas, recibe el nombre de Fundus Uterino. Los bordes uterinos se extienden desde los cuernos al suelo pélvico. Lateralmente el Utero por debajo de la inserción de las Trompas no está cubierto directamente por el Peritoneo, sino que recibe la inserción de los Ligamentos Anchos.

El Utero es sumamente variable en cuanto a su forma y tamaño, según la edad y el número de partos. En las niñas mide de 2'5 a 3 centímetros. de longitud, en las adultas nulíparas mide de 5'5 a 8 centímetros, de 3'5 a 4 y de 2 a 2'5 en sus diámetros verticales, trasverso y anteroposterior respectivamente; mientras que en las múltiparas mide de 9-9'5, de 5'5 a 6 y de 3 a 3'5 respectivamente. Los Uteros de las nulíparas y de las múltiparas presentan considerables diferencias de peso, ya que oscila en las nulíparas entre 45-70 grms., y en las múltiparas de 80 para arriba. (LANGLOIS, 1970). La relación entre la longitud del cuello y del cuerpo, varía ampliamente. En las niñas pequeñas tienen la mitad de la longitud del cuello, en las nulíparas jóvenes ambos tienen más o menos la misma longitud. En las múltiparas se invierte la relación y el cuello es solo algo mayor que la tercera parte de la longitud total del Utero.

La mayor parte del Utero consiste en tejido muscular y las paredes anterior y posterior del cuerpo están casi en contacto, de ahí que la cavidad existente se reduce casi hasta una hendidura. El cuello uterino es fusiforme y tie-

ne un pequeño orificio en cada extremo, el orificio cervical externo y el orificio cervical interno. En un corte frontal la cavidad del cuerpo uterino es triangular y la del cuello continua siendo fusiforme. Después de haber parido la forma triangular se hace menos evidente debido a que sus bordes se vuelven cóncavos en lugar de convexos. En la menopausia, el Utero se atrofia, el miometrio y el endometrio.

b) EL CUELLO UTERINO: es la porción del Utero situada por debajo del istmo y del orificio cervical interno. En la cara anterior del Utero su límite superior está poco más o menos en el punto donde el Peritoneo se dobla y se dirige a la Vejiga.

La inserción de la Vagina lo divide en la porción supravaginal y vaginal. La cara posterior de la porción supravaginal está cubierta por el Peritoneo, mientras que sus caras laterales y anterior están en contacto con el tejido conjuntivo de los Ligamentos Anchos y la Vejiga.

El orificio cervical externo tiene un aspecto muy variable. En la mujer nulípara es un pequeño orificio oval. Tiene la consistencia del cartílago nasal. Después del parto se convierte en una hendidura trasversa que divide al cuello en dos labios, anterior y posterior. Cuando el cuello ha sufrido un desgarró profundo durante un parto, puede tener un aspecto irregular, nodular o estrellado. Estas alteraciones son lo bastante características para permitir en la mayoría de los casos que el médico que realiza la exploración asegure que la mujer ha parido.

Como ha demostrado DANFORTH, 1960, el cuello uterino está compuesto fundamentalmente por tejido conjuntivo, con algunas fibras musculares lisas, muchos vasos y tejido elástico. La transición de tejido conjuntivo del cuello a

tejido muscular del cuerpo, aunque por lo general es súbito, puede ser gradual, abarcando unos 10 mm. Los trabajos de DANFORTH citados sugieren que las propiedades físicas del cuello dependen del estado del tejido conjuntivo y que durante el embarazo y el parto, la gran capacidad de dilatación del cuello se debe a la disociación de las fibras de colágeno y las musculares. En el cuello normal el tejido muscular es solo del 10%; en los cuellos incompetentes la proporción del tejido muscular respecto del conjuntivo es mucho mayor. (BUCKINGHAM, 1965).

La mucosa del canal cervical, aunque embriológicamente es la continuación directa del Endometrio, se ha diferenciado de manera característica, de forma que sus cortes transversales tienen forma de panal. La mucosa está formada por una sola capa de células epiteliales cilíndricas muy altas que descansan sobre una pequeña membrana basal. Los núcleos, ovales, se sitúan cerca del polo basal de la célula, cuyas porciones superiores tienen un aspecto claro debido a su contenido mucoso. Estas células están provistas de abundantes cilios. Las "glándulas" cervicales se extienden directamente desde la superficie de la mucosa al tejido conjuntivo subyacente, ya que el cuello uterino no tiene mucosa. FLUHMANN, 1957, cree que la aparente estructura racimosa de las glándulas, es en realidad el resultado de un complicado entrecruzamiento de hendiduras. Las células mucosas de este epitelio producen la secreción espesa del canal cervical.

La mucosa de la porción cervical del cuello uterino, se prolonga directamente con la de la Vagina y ambas están formadas por epitelio escamoso estratificado. Normalmente no hay glándulas por debajo de la mucosa, pero es frecuente que las glándulas endocervicales, se extiendan hacia abajo. Si sus conductos se ocluyen las glándulas se convierten a veces en quistes de retención de varios milímetros

de diámetro. Son los llamados huevos de NABOTH.

Normalmente, el epitelio escamoso de la porción vaginal y el epitelio cilíndrico del canal cervical, presentan una clara línea de separación, cerca del orificio externo. Sin embargo, a consecuencia de inflamaciones y traumatismos el epitelio puede ser desplazado en sentido inferior por el epitelio cilíndrico endocervical (ectopia). En menos ocasiones es el epitelio estratificado el que sustituye al cilíndrico, llegando a recubrir el tercio inferior, y, a veces, la mitad inferior del canal endocervical, (entropia de las ancianas). Cuando la ectopia aparece ya en el nacimiento, se habla de ectropion congénito.

Las variaciones cíclicas de la mucosa endocervical, depende de las hormonas ováricas.

c) EL CUERPO DEL UTERO: está compuesto por tres capas.

1) La capa serosa está formada por el Peritoneo que recubre el Utero, al que está firmemente adherido, excepto inmediatamente por encima de la Vejiga y en los bordes donde se desvia hacia el Ligamento Ancho.

2) La capa muscular o Miometrio: la mayor parte del Utero consiste en fascículos de fibras musculares lisas, unido por tejido conjuntivo en fibras elásticas. Según SCHWALM y DUBRAUSZKY (1966), las fibras musculares disminuyen caudalmente de manera progresiva, de manera que el cuello uterino solo tiene un 10% de fibras musculares. En el cuerpo, la capa interna contiene relativamente más fibras musculares que la capa externa, y las paredes anterior y posterior más que las laterales. En el embarazo, el músculo de la porción superior del Utero se desarrolla en gran manera, pero prácticamente no se modifica la musculatura del cuello.

3) La capa interna o mucosa que sirve de revestimiento a la cavidad uterina es el Endometrio. Consiste en una membrana delgada, aterciopelada de color rosado que si se examina con detenimiento, se ve perforada por un gran número de diminutos orificios que corresponden a las glándulas uterinas. A causa de sus constantes modificaciones cíclicas durante el periodo reproductor de la vida, el espesor del Endometrio es muy variable, pudiendo medir desde 0'5 a 3-5 mm. Consta de epitelio superficial, glándulas y tejido interglandular rico en vasos sanguíneos. Como el Utero no tiene mucosa, el Endometrio está unido directamente al miometrio.

El epitelio superficial del Endometrio consta de una sola capa de células cilíndricas ciliadas altas y muy tupidas. Durante la mayor parte del ciclo endometrial los núcleos, ovales, están situados en las porciones inferiores de las células aunque no tan cerca de la base como los del epitelio endocervical.

Las células ciliadas se presentan en pequeños grupos y la actividad secretoria parece estar limitada a las células no ciliadas. Los cilios persisten durante todo el periodo de actividad sexual y desaparecen a los 8-10 años después de la menopausia. La corriente ciliar lleva la misma dirección en las Trompas y en el Utero, y se extiende hacia abajo desde la extremidad ribeteada de las Trompas hasta el orificio externo.

Las glándulas uterinas tubulares son invaginaciones del epitelio superficial, que en el periodo de reposo se parecen a los dedos de un guante. Se extienden a través de todo el espesor del Endometrio hasta el Miometrio, al que en ocasiones perforan en un corto trecho. Histológicamente se asemejan al epitelio superficial y están revestidas por una capa de epitelio cilíndrico, ciliado en parte,

que descansa sobre una delgada membrana basal. Segregan un líquido alcalino claro, que sirve para mantener húmeda la cavidad del Utero. La clásica monografía de HITSCHMANN y ADLER publicada en 1908, demostró claramente que el Endometrio sufre continuas modificaciones de origen hormonal durante el ciclo menstrual.

El tejido conjuntivo del Endometrio situado entre el epitelio superficial y el Miometrio, constituye un estroma mesenquimatoso. Inmediatamente después de la menstruación está formado por núcleos ovales y fusiformes muy tupidos alrededor de los cuales hay muy poco citoplasma. Cuando se desarrolla un edema, las células presentan una forma estrellada, con prolongaciones citoplasmáticas ramificadas que se anastomosan entre sí. Las células están más tupidas alrededor de las glándulas y de los vasos sanguíneos que en cualquier otro lugar. Algunos días antes de la menstruación se hacen más grandes, más vesiculares, de manera que se asemejan a las células deciduales. Al mismo tiempo hay una gran infiltración de leucocitos.

La estructura vascular del endometrio es de suma importancia en la interpretación de ciertos fenómenos de la menstruación y del embarazo. La sangre arterial es transportada al Utero a través de las arterias Ováricas y Uterinas. Las ramas arteriales penetran en la pared uterina oblicuamente y hacia dentro y al llegar a su tercio medio se ramifican en un plano paralelo a la superficie, denominándose arterias arqueadas. De estas arterias salen ramas radiales en ángulo recto hacia el Endometrio. Las arterias endometriales son las arterias espirales, que constituyen en esencia la continuación de las arterias radiales; y las arterias basales que son menores que las espirales. Estas riegan la mayor parte del tercio medio y todo el tercio superficial del Endometrio.

Las arterias endometriales basales son de calibre y longitud menores que las espirales, solo se extienden por la capa basal del Endometrio, o, como máximo, por el corto trecho de la capa media, y están libres de influencias hormonales.

d) LIGAMENTOS DEL UTERO:

1) Los Ligamentos Anchos son dos estructuras en forma de alas, que se extienden desde los bordes laterales del Utero hasta las paredes de la Pelvis, y dividen la cavidad pelviana en los compartimentos anterior y posterior. Cada Ligamento Ancho está formado por un pliegue del Peritoneo que encierra diversas estructuras y tiene los bordes, superior, lateral, inferior y medial. Los dos tercios internos del borde superior forman el Mesosalpinx, al que está unida la Trompa de Falopio. El tercio externo, que se extiende desde la parte franjeada de la Trompa, hasta la pared pélvica, forma el ligamento Infundíbulo-Pelvico (ligamento Suspensorio del Ovario), por el que pasan los vasos ováricos. La porción del Ligamento Ancho situada por debajo de la Trompa forma el Mesosalpinx. Está formado por dos capas de Peritoneo entre las que existe una pequeña cantidad de tejido conjuntivo laxo, en el que a veces hay el Paraovario.

El Paraovario consta de varios tubitos verticales delgados, cuyo interior está cubierto por un epitelio ciliado. Sus extremidades superiores se comunican con un conducto longitudinal que se encuentra inmediatamente por debajo de la Trompa, hasta el borde lateral del Utero, donde termina en fondo de saco cerca del orificio cervical interno. Este canal, residuo del conducto de WOLFF en la mujer, se denomina conducto de GARTNER. El Paraovario, residuo del conducto de WOLFF, es homólogo del Epididímo en el hombre. Su porción cefálica es el Epoóforo u órgano de ROSSEMULLER. Su porción caudal o Paraoóforo, es un vestigio de los túbulos del Mesonefros en el Ligamento Ancho o alrededor

del mismo. Es homólogo del Paradidimo del varón órgano de GIRALDÉS. El Paracóforo casi siempre desaparece en las mujeres adultas, pero algunas veces origina quistes macroscópicos.

En el borde lateral del Ligamento Ancho, el Peritoneo se repliega sobre la pared lateral de la Pelvis. La base del Ligamento Ancho es muy gruesa, se prolonga con el tejido conjuntivo del suelo de la Pelvis, a través de él pasan los vasos uterinos. Su porción más densa suele designarse como ligamento Cardinal, ligamento Trasverso Cervical o ligamento de MACKENRODT. Se compone de tejido conjuntivo firmemente unido a la porción supravaginal del Cuello uterino y al borde lateral del Utero. Por aquí pasan los vasos uterinos y el Ureter. El corte vertical de la extremidad uterina del Ligamento Ancho es triangular, con los vasos uterinos en su ancha base. Está ampliamente adherido al tejido conjuntivo del Cuello, llamado Parametrio. Un corte vertical del Ligamento Ancho nos muestra que la parte superior está formada sobre todo por tres ramas, en las cuales están situados la Trompa, el Ovario, y el ligamento Redondo.

2) Los Ligamentos Redondos, uno a cada lado, se extienden desde la porción superior y lateral del Utero, inmediatamente por debajo de la inserción de las Trompas. Cada uno de ellos está situado en un repliegue del Peritoneo, unido al Ligamento Ancho y se dirige hacia arriba y a fuera hasta el canal inguinal, para pasar a través de él y terminar en la porción superior del Labio Mayor. En la mujer no embarazada el grosor del Ligamento Redondo oscila en 3-5 mm., se compone de tejido muscular liso, que se continúa directamente con el de la pared uterina, y de cierta cantidad de tejido conjuntivo. En el canal inguinal puede tener algunas fibras musculares estriadas. Corresponde al Gubernáculum Testis del varón.

3) Los Ligamentos Uterosacros se extienden desde la porción posterior y superior del Cuello uterino, circundan el Recto y se insertan en la fascia que cubre la segunda y tercera vértebras sacras. Se componen de tejido conjuntivo y muscular y están recubiertos de Peritoneo. Forman los límites laterales del fondo de saco de DOUGLAS y ayudan a mantener el Utero en su posición normal, al ejercer tracción sobre el cuello.

e) POSICION DEL UTERO: la posición normal del Utero es de ligera anteflexión. Cuando la mujer está en posición erecta, el Utero permanece casi horizontal y algo doblado sobre su cara anterior, de manera que el fondo uterino descansa sobre la Vagiga, mientras que el Cuello mira hacia atrás, a la punta del Sacro, con su orificio externo a la altura de las Espinas Ciáticas. La posición del Utero varía según el grado de distensión de la Vagiga y el Recto.

El Utero normal es un órgano dotado de cierta movilidad. El cuello se mantiene fijo, pero el cuerpo tiene libertad de movimientos en el plano antero-posterior, por consiguiente, la gravedad y la postura determinan en parte la posición uterina. Es probable que la anteflexión del Utero se deba a la inclinación de la Pelvis hacia adelante en la posición erecta.

El Ligamento Cardinal es de suma importancia como sostén del Utero. La porción superior del Ligamento Ancho, que solo contiene una pequeña cantidad de tejido conjuntivo laxo, no ejerce ninguna influencia sobre la posición del Utero. El tejido conjuntivo paravaginal comparte con el tejido parametrial la misión de sostener el Utero.

f) VASOS SANGUINEOS DEL UTERO: la irrigación del Utero proviene principalmente de las arterias Uterinas y Ováricas.

-La Arteria Uterina, rama principal de la Hipogástrica, después de descender un corto trecho penetra en la base del Ligamento Ancho, cruza el Uréter por encima y continúa hacia el borde lateral del Utero. Inmediatamente antes de llegar a la porción supravaginal del cuello, se divide en dos ramas. La Arteria Cérvico-vaginal, que es la menor, riega la porción inferior del cuello y la superior de la Vagina. La rama superior tuerce bruscamente hacia arriba y sigue a lo largo del borde uterino en forma de vaso contorneado, una de cuyas ramas, de considerable tamaño, riega la parte superior del cuello y numerosas ramificaciones más pequeñas penetran en el cuerpo uterino. Poco antes de llegar a la Trompa se divide en tres ramas terminales: la Fúndica, la Tubárica y la Ovárica. La rama Ovárica se anastomosa con la rama terminal de la Arteria Ovárica; la Tubárica, que pasa por el Mesosalpinx, riega la Trompa y la rama Fúndica se distribuye por la porción superior del Utero.

Después de atravesar el Ligamento Ancho, la Arteria Uterina llega al Utero, más o menos a la altura del orificio cervical interno. A unos dos centímetros del borde uterino cruza al Uréter por encima. La proximidad de la Arteria Uterina al Uréter, reviste gran importancia quirúrgica, ya que durante la Histerectomía es posible lesionar o ligar el Uréter en el momento de efectuar el pinzamiento y la ligadura de los vasos uterinos.

-La Arteria Ovárica es una rama de la Aorta que penetra en el Ligamento Ancho a través del Ligamento Infundíbulo-pélvico. Al llegar al hilio del Ovario da varias ramas penetrantes que penetran en el Ovario, mientras que el tronco principal atraviesa el Ligamento Ancho en toda su longitud y continúa hasta la porción superior del borde uterino, donde se anastomosa con la rama Ovárica de la Arteria Uterina. Existen numerosas anastomosis entre las

ramas de ambos lados del Utero. Cuando el Utero se contrae las venas se colapsan, pero en Uteros de piezas anatómicas inyectados, se observa que la mayor parte de la pared uterina, se compone de senos venosos dilatados. En cada lado, las venas arqueadas se reúnen para formar las venas uterinas, que desembocan en la vena Hipogástrica y esta a su vez en la Iliaca Primitiva. La sangre del Ovario y parte superior del Ligamento Ancho, forman el gran plexo pampiniforme, cuyos vasos terminan en la vena Ovárica. La vena Ovárica derecha termina en la Cava Inferior y la vena Ovárica izquierda, en la vena Renal Izquierda.

g) LINFÁTICOS: el Endometrio tiene gran cantidad de linfáticos, pero verdaderos vasos linfáticos solo existen en la base. Los linfáticos del Miometrio van aumentando a medida que se acercan al Peritoneo, e inmediatamente por debajo del mismo forman un copioso plexo linfático, sobre todo en la pared posterior del Utero u en menor grado en la pared anterior.

Los linfáticos de las diversas porciones del Utero drenan preferentemente en los ganglios Hipogástricos que están situados en la bifurcación de los vasos Iliacos primitivos, entre las arterias Iliaca externa e Hipogástrica. Los del cuerpo uterino drenan en dos grupos de ganglios. Una parte de los vasos linfáticos drenan en los ganglios Hipogástricos; la otra parte, después de unirse a una parte de linfáticos ovaricos, desemboca en los ganglios lumbares, situados delante de la Aorta, más o menos en el polo inferior de los Riñones.

h) INERVACION DEL UTERO: procede sobretodo del sistema Simpático, pero también es originada en parte en el sistema Cerebro-espinal y Parasimpático.

El sistema Parasimpático se representa a cada lado

por el nervio Pélvico,, que consta de unas cuantas fibras procedentes de los II, III y IV nervios sacros. Se desvanece en el ganglio cervical de FRANKENHAUSER. El sistema Simpático entra en la Pelvis por el plexo Hipogástrico, que se origina en el plexo Aortico, inmediatamente por debajo del promontorio del Sacro. Después de descender por ambos lados, también penetra en el plexo Utero-vaginal de FRANKENHAUSER, que está formado por ganglios de distinto tamaño, pero en especial por una gran placa ganglionar situada a ambos lados del cuello, inmediatamente por encima del fondo de saco posterior y delante del Recto.

Las ramas de estos plexos inervan al Utero, la Vejiga y la porción superior de la Vagina y constan de fibras mielínicas y amielínicas. Algunas fibras finalizan en terminaciones libres entre las fibras musculares mientras que otras acompañan a las arterias hasta el Endometrio.

Tanto los nervios simpáticos como los parasimpáticos contienen fibras motoras y sensitivas. Las fibras simpáticas ocasionan contracciones musculares y vasoconstricción y las parasimpáticas inhiben la contracción y provocan vasodilatación. Como el plexo de FRANKENHAUSER deriva de ambos sistemas, ejerce ciertas funciones de componentes del sistema Simpático y Parasimpático.

Los nervios dorsales IX y XII transportan las fibras sensitivas del Utero que transmiten el dolor de las contracciones al Sistema Nervioso Central. Las fibras sensitivas del cuello uterino y de la porción superior del canal del parto pasan por los nervios pélvicos, el II, III y IV nervios sacros, y las de la porción inferior del canal del parto por los nervios Ilioinguinal y Pudendo. Las fibras motoras del Utero abandonan la Médula Espinal a nivel de la VII y VIII vértebras dorsales.

FISIOLOGIA DEL UTERO EN LA RESPUESTA SEXUAL: la respuesta uterina en el ciclo sexual solo es conocida fragmentariamente.

1) FASE DE EXCITACION Y MESETA: al aumentar la tensión sexual durante las fases de excitación y meseta, el Utero se eleva de la Pelvis menor a la mayor. El cuello se retrae con lentitud hacia el plano posterior y superior, al mismo tiempo que la pared vaginal se expande bajo la influencia del aumento de tensión sexual. La elevación uterina total no ocurre hasta que no se llega a la fase de meseta. Entonces, el cuello de la nulípara puede elevarse casi hasta la Pelvis mayor. Se mantiene la hipótesis de que quizás el Utero se tensa debido a la congestión de los Ligamentos Anchos.

Los Uteros en retroversoflexión no se elevan como respuesta al estímulo sexual. El Utero queda en la Pelvis menor, pero la Vagina se distiende.

Se creía que la elevación uterina creaba una presión negativa que ayudaría a los Espermatozoides, al esperma, a entrar en el cervix; pero los estudios radiológicos han demostrado que no es cierto.

WHIPPLE y PERRY, 1982, han descrito durante un orgasmo "eyaculatorio", cómo el Utero descendía hacia la abertura vaginal en lo que ellos denominan un "efecto de estructura". Parece como si la mujer realizara una maniobra de VALSALVA.

2) FASE ORGASMICA: durante esta el Utero se contrae, las contracciones comienzan en el fundus y terminan en el segmento uterino inferior. Estas contracciones que comienzan durante el orgasmo, continúan en forma irregular e intensidad decreciente, hasta la resolución del orgasmo. El

estudio de los caracteres fisiológicos de la contracción uterina durante el orgasmo puede explicar el dolor de tipo de calambre que experimentan algunas mujeres durante el orgasmo. Especialmente doloroso puede ser en mujeres en la postmenopausia. Es esta una manifestación de desajuste esteroideo en la respuesta sexual de mujeres añosas. A medida que la mujer envejece y el nivel de esteroides disminuye, las contracciones uterinas del orgasmo, se hacen dolorosas. El grado de malestar varía de un tiempo a otro y de una mujer a otra, pero cuando aparecen estos calambres uterinos dolorosos aparecen durante y después del orgasmo.

No hay ninguna explicación clínica para el hecho de que mujeres a las que se les ha extirpado el Utero, tengan la sensación de contracción uterina durante el orgasmo.

Las contracciones son por supuesto menos intensas que las del parto, pero esto dió pié a que se pensara que el orgasmo podría provocar un parto prematuro. Este hecho no ha sido confirmado y no tiene fundamento.

3) FASE DE RESOLUCION: en ella, las contracciones desaparecen y el cuello uterino desciende en la Pelvis hasta ocupar su posición normal.

La descripción de todos estos cambios que ocurren en los genitales femeninos durante la actividad sexual no sería correcta sin aclarar que es todo el organismo el que está implicado en estos cambios, y que se dan cambios también a nivel de las Mamas, Recto y otras regiones corporales generales como cambios en la tensión arterial, frecuencia respiratoria, músculos esqueléticos y sistema termorregulador.

Añadiré que he seguido el esquema casi universalmente aceptado de MASTERS y JHONSON. Sin embargo hay autores que

discrepan de este esquema en uno o varios puntos. Me referiré a ellos:

-MODELO TRIFASICO DE LAS RELACIONES SEXUALES HUMANAS:
Bastante antes de que apareciera el modelo de MASTERS y JHONSON; WENGER y JONES y JONES, 1956, propusieron un modelo general de la activación del Sistema Nervios Autónomo para explicar la naturaleza secuencial de las relaciones fisiológicas humanas en el campo de la excitación sexual que culminan en el orgasmo. Sugirieron que se producía una secuencia trifásica. En la parte incipiente de la excitación, el sistema Parasimpático es dominante, pero a medida que se incrementa la excitación, la actividad simpática se vuelve dominante hasta el momento de la eyaculación (evidentemente solo piensan en la respuesta masculina). Después del orgasmo sobreviene una fase final durante la que se vuelve de nuevo dominante la actividad parasimpática. Este modelo ha sido mencionado por otros autores ocasionalmente. La ausencia de datos experimentales y la falta de inclusión en el modelo de la musculatura estriada, le ha hecho poco útil.

-MODELO BIFASICO DE LA EXCITACION SEXUAL HUMANA:
HELEN KAPLAN (1974), terapeuta sexual no encontró satisfactorio el modelo de MASTERS y JHONSON. En su experiencia clínica no parecía que las relaciones sexuales de sus pacientes se produjeran en una sucesión ordenada de acontecimientos separados, a juzgar por el modelo mencionado, sino que según ella, estaban constituidos por dos componentes diferentes y relativamente independientes: a) reacción vasocongestiva general, que produce erección del Pene en el varón y vasocongestión y lubricación de la Vagina en la mujer, seguidas de b) contracciones musculares clónicas reflejas de los músculos estriados y no estriados durante el orgasmo. Sus pruebas para formular este modelo fueron que en el proceso de excitación parecían participar partes

diferentes del Sistema Nervioso Simpático y Parasimpático, que la vasocongestión y el orgasmo diferían en su sensibilidad a los efectos de fármacos, traumatismos y edad, y que podían observarse en distintas situaciones clínicas, síndromes clínicos diferentes de alteraciones de los componentes separados.

C) TROMPAS DE FALOPIO : u oviductos, se extienden desde los cuernos uterinos hasta los Ovarios y son los conductos a través de los cuales el óvulo alcanza la cavidad uterina. Tienen de 8-14 cm. de longitud; los recubre el Peritoneo y una mucosa tapiza su interior. Cada Trompa se divide en: porción intersticial, istmo, ampolla e infundíbulo. La porción intersticial está incluida en la pared del Utero. A partir de la cavidad uterina sigue una dirección fuertemente oblicua hacia arriba y afuera. El istmo, la porción estrecha de la Trompa inmediata al Utero, se va dilatando de manera gradual hasta formar la porción dilatada o ampolla. El infundíbulo o extremidad franjeada o porción fimbriada, es la abertura en forma de embudo de la extremidad distal de la Trompa. El grosor de la Trompa es muy variable, la porción más estrecha del istmo tiene de 2 a 3 mm. de diámetro y la porción más ancha de la ampolla de 5 a 8 mm. Con excepción de su porción uterina, la Trompa en toda su longitud aparece cubierta por el Peritoneo, que se prolonga con el borde superior del Ligamento Ancho. El Peritoneo la circunda excepto en su porción inferior, que está unida al Mesosalpinx. La extremidad franjeada se abre a la cavidad abdominal. Una de las franjas o fimbrias, la fimbria ovárica, que es bastante más larga que las demás, forma una estria poco profunda que llega hasta el Ovario. En términos generales la musculatura de la Trompa está dispuesta en dos capas, una circular interna y otra longitudinal, externa. En la porción distal del tubo ambas capas aparecen diferenciadas y cerca de la fimbria son reemplazadas por una red de fibras musculares entrecruzadas. La musculatura tubárica experimenta constantes variaciones

ritmicas, cuya frecuencia varia con los periodos del ciclo menstrual. Las contracciones alcanzan el máximo de intensidad y frecuencia durante el transporte del óvulo y son muy lentas y débiles durante el embarazo.

La luz de las Trompas está cubierta por una mucosa. El epitelio de esta mucosa está recubierto por una sola capa de células cilíndricas, algunas de ellas ciliadas y otras secretoras que descansan sobre una delgada membrana basal. Las células ciliadas son más abundantes en la fimbria, en las demás zonas forman discretos grupos. Se observan diferencias en la proporción existente entre ambos tipos de células en los distintos periodos del ciclo. Como no hay submucosa, el epitelio está en íntimo contacto con el epitelio subyacente. En la mucosa tubarica hay cambios ciclicos histológicos, similares, pero menos intensos que en el Endometrio. En la fase menstrual está caracterizado por un epitelio bajo que rápidamente aumenta de altura. Durante la fase folicular las células son más altas, los elementos ciliados son más anchos con el núcleo cerca del borde, y las células no ciliadas son estrechas con su núcleo cerca de la base. Durante la fase lútea, las células secretoras crecen, sobresalen de las células ciliadas y expulsan sus núcleos. Durante la fase menstrual los cambios son cada vez más marcados. Los cambios durante el embarazo y el puerperio comprenden una mucosa baja y la obstrucción de los capilares con leucocitos y una reacción decidual.

La mucosa está dispuesta en pliegues longitudinales que se hacen más intrincados a medida que se acercan a la fimbria. Por lo tanto el aspecto de la luz del conducto varia de una porción a otra. Las secciones transversales de la porción uterina muestran que hay cuatro pliegues sencillos que forman una cruz de Malta. El aspecto del istmo es más complicado. En la ampolla la luz está casi toda ocupada por la mucosa arborescente, formada por pliegues

muy intrincados. La corriente que producen los cilios tubaricos se dirige hacia el Utero. Esto explica que los diminutos cuerpos extraños que se introducen en la cavidad peritoneal de los animales de experimentación, aparezcan en la Vagina, después de recorrer la Trompa y la cavidad uterina. El peristaltismo tubárico juega también un papel importante en el transporte del ovulo.

Las Trompas son ricas en tejidos elásticos, vasos sanguíneos y linfáticos. La inervación Simpática es más extensa en contraste con la inervación Parasimpática. El papel de estos nervios en la función es poco conocido (HODGSON y EDDY, 1975).

En ocasiones existen divertículos que a partir de la luz de la Trompa se extienden en mayor o menor grado por la pared tubarica y casi llegan a la serosa. Es posible que jueguen algún papel en el desarrollo del embarazo ectópico. Magnífica información sobre la estructura macroscópica, microscópica y celular de las Trompas de Falopio es ofrecida por WOOGRUFF y PANERSTEIN, 1969.

D) LOS OVARIOS: son dos órganos en forma más o menos almendrada, cuyas funciones principales son el desarrollo y expulsión del ovulo y la elaboración de las hormonas Estrógenos y Progesterona. Su tamaño es muy variable. Durante el periodo fecundo de la vida miden de 2'5 a 5 cm. de longitud, de 1'5 a 3 cm. de anchura y de 0'6 a 1'5 cm. de grosor. Después de la menopausia se reducen mucho de tamaño y en las ancianas solo miden 0'5 cm. en todos sus diámetros.

Por lo general, los Ovarios están situados en la parte superior de la cavidad pélvica, en una pequeña depresión de la pared lateral de la pelvis, entre los vasos Iliacos externos y los Hipogástricos, que se denomina fosita ovárica de WALDEYER. Cuando la mujer está de pie, los ejes lon-

gitudinales de los Ovarios son casi verticales, cuando la mujer está en decúbito supino, son casi horizontales.. Sin embargo las variaciones son bastante notables y es raro que estén ambos al mismo nivel.

La cara del Ovario que permanece en contacto con la fosa ovárica se llama cara lateral, y la que mira hacia el Utero, cara medial. El borde que está unido al Mesoovario es más o menos recto y recibe el nombre de hilio, el borde libre es convexo y mira directamente hacia atrás y a dentro en dirección al Recto.

El Ovario está unido al Ligamento Ancho por el Mesoovario. El ligamento ovárico se extiende, desde la porción lateral y posterior del Utero, inmediatamente por debajo de la insercción tubárica hasta el polo uterino o inferior del Ovario. Suele medir varios cm. de largo y de 3 a 4 mm. de diámetro. Está cubierto por el Peritoneo y formado por fibras musculares y tejido conjuntivo que se continúan con los del Utero. El ligamento Infundíbulo-pélvico o suspensorio del Ovario, se extiende desde el polo superior o tubárico, hasta la pared pélvica. A través de él pasan los vasos y nervios ováricos.

La mayor parte del Ovario sobresale en la cavidad abdominal y no está cubierta por el Peritoneo, excepto cerca del hilio, donde se puede encontrar una estrecha banda, la cual se prolonga con el Peritoneo que cubre el Mesosalpinx. La mayor parte de la superficie del Ovario es blanco mate y húmeda.

El aspecto exterior del Ovario varía con la edad. En las mujeres jóvenes, el Ovario tiene una superficie lisa, de color blanco mate, a través de la cual se transparentan varios folículos pequeños y claros. A medida que la mujer envejece, la superficie del Ovario se arruga y en las an-

cianas tiene un aspecto muy arrugado. La estructura general del Ovario se estudia mejor en cortes transversales que nos permiten distinguir dos porciones; la corteza y la médula. La corteza, que constituye la capa externa, tiene un espesor que varia con la edad y disminuye al envejecer. En esta capa están situados los Ovulos y los folículos de GRAFF. Se compone de células fusiformes y fibras de tejido conjuntivo, entre las que están diseminados los folículos primordiales y los folículos de GRAFF en distintos estadios de desarrollo. Los folículos se hacen menos numerosos a medida que la mujer envejece. La porción más externa de la corteza, que tiene un color blanquecino mate, se conoce con el nombre de túnica albugínea. En su superficie hay una sola capa de células epiteliales cúbicas, llamado epitelio germinal de WALDEYER.

La médula o porción central, se compone de tejido conjuntivo laxo, que se continua con el Mesovario. Contiene gran número de arterias y venas y algunas fibras musculares lisas que se prolongan con las del ligamento Suspensorio. Es posible que el músculo desempeñe alguna función en el movimiento del Ovario.

Los Ovarios están dotados de inervación simpática y parasimpática. Los nervios simpáticos derivan en su mayor parte del plexo ovárico, que acompaña los vasos ováricos y unos pocos proceden del plexo que circunda la rama ovárica de la arteria Uterina. El Ovario es rico en fibras nerviosas amielínicas que en su mayor parte acompañan a los vasos sanguíneos, Son meramente nervios vasculares, pero otros circundan los folículos normales y atrésicos produciendo muchas ramitas, cuyo curso se ha seguido hasta la membrana granulosa, pero no a través de ella.

DISPAREUNIA.- SUS CAUSAS

Etimológicamente, dispareunia significa "coito difícil o malo". El uso actual limita el término a describir dolor durante el coito, aunque quizás una mayor apreciación de los múltiples factores que contribuyen al coito doloroso nos haría volver a la más amplia definición original.

Es quizás la queja sexual más común contada espontáneamente al ginecólogo.

El coito doloroso ya aparece descrito en el papiro de RAMESSM IV (COSTA TALENS y COLORADO VICENTE, 1971).

La Ginecología del siglo XIX enfocó el problema desde una perspectiva fundamentalmente quirúrgica y ofreció una gran variedad de operaciones para su tratamiento. Actualmente sabemos que son más bien escasas las indicaciones quirúrgicas de este problema, dependiendo de su causa.

Las complejas interacciones entre las variables psicológicas y fisiológicas investigadas en estudios de sexualidad humana en los últimos 20 ó 30 años, han hecho necesario ver a la dispareunia como un camino final al que se llega desde una gran variedad de puntos de partida. La búsqueda de una causa única para explicar esa actuación en una paciente, a menudo da lugar a frustración y perplejidad, especialmente en problemas de larga duración.

VARIETADES DE DISPAREUNIA.

Dependiendo de las circunstancias de su inicio, la localización o sus causas predominantes, se pueden considerar varios tipos de Dispareunia. Se denomina Dispareunia Primaria a aquella que aparece desde el primer coito, mientras que sería Secundaria si aparece tras un periodo de relaciones sexuales normales.

Es Superficial si el dolor se localiza a nivel de la Vulva o en el Introito vaginal; Vaginal, si se experimenta a nivel de las paredes vaginales, y Profunda si la molestia se percibe profundamente en la Pelvis si el Pene daña durante el coito tejidos u órganos sensibles.

Respecto a la clasificación en Orgánicas y Psicógenas, es discutible, porque, aunque la mayoría de ellas tiene una causa orgánica, y así aparece en la presente aportación, las interacciones psicósomáticas intervienen con mucha frecuencia en cada caso de Dispareunia.

1) DISPAREUNIA SUPERFICIAL.

Si es experimentada por la mujer preferentemente al inicio de la introducción del Pene en la Vagina. Frecuentemente es debido a la presencia de un himen rígido o remanentes himeneales. Hay dolor de entrada vaginal empeorado por el frotamiento. El himen rígido se puede encontrar en mujeres que empiezan a realizar el coito a los 30-40 años.

En otros casos más que de himen rígido se trata de cierto grado de vaginismo. El ciclo básico de temor y ansiedad que lleva el espasmo es ciertamente el denominador común de estas situaciones. El vaginismo se ha descrito como el espasmo involuntario de los músculos pélvicos que rodean el tercio externo de la Vagina, específicamente, los músculos perineal y elevador del ano (NOVAK, 1948). En la literatura psiquiátrica el vaginismo se ha diagnosticado tradicionalmente solo cuando este espasmo es suficiente para impedir la penetración vaginal.

Aunque esta definición puede muy bien aplicarse a los casos más graves, quizás una clasificación clínica más útil es la de LAMONT, 1978.

Esta clasificación describe varios grados de intensidad de vaginismo, alentando al clínico a enfocar el problema un poco más optimistamente. No que decir tiene que los grados más leves de vaginismo conllevan una Dispareunia importante. NOVAK, 1948, creía que, a pesar de la gran variedad de factores psicológicos afectados en el vaginismo, el clínico era capaz de tratar la mayoría de los casos sin remitir a la paciente para hacerse un "psicoanálisis".

Ante un himen tabicado o septo el diagnóstico se realiza fácilmente, así como el adecuado tratamiento quirúrgico.

SARREL, 1983, describió la aparición de unas bandas vaginales o bandas adhesivas, entre porciones del anillo himeneal que solo se hacían evidentes cuando el introito vaginal se expandía bajo el influjo de la estimulación sexual y que se pasan por alto fácilmente en la exploración de rutina.

El quiste o la inflamación crónica de las glándulas de BARTHOLIN, puede ser también causa de Dispareunia, así está recogido en la literatura y así aparece en nuestra casuística. El tratamiento es preferentemente quirúrgico. SARREL, STEEGE y MALTZER, 1983, han descrito el quiste de la glándula de BARTHOLIN que se inflama hasta proporciones dolorosas sólo bajo la influencia de la estimulación sexual. Proponen cirugía como tratamiento. Este es un ejemplo de cómo la comprensión de la fisiología sexual ha contribuido a aclarar algunas causas de Dispareunia.

MASTERS y JOHNSON describieron una sensibilidad creciente de los tejidos vaginales del introito como parte de la respuesta sexual. Esto puede responder a las quejas de sensaciones de quemazón o picores en el introito que se exacerban durante el coito, pero que se experimentan

como muy suaves en otros momentos o durante la exploración pélvica.

Las enfermedades inflamatorias crónicas, reforzadas quizás por reacciones como las reforzadas más arriba, son una de las causas más frecuentes de Dispareunia. Las vulvitis infecciosas o químicas, la leucoplasia y la atrofia senil forman un importante grupo de causas en la Dispareunia Superficial. En los dos primeros casos el tratamiento será médico, con antibióticos específicos y antiinflamatorios. En el caso de las distrofias vulvares y atrofas seniles el tratamiento se realiza con hormonas: testoterona, estrógenos. Algunos autores como RANKIN, 1973, y KASER, 1973, proponen el tratamiento quirúrgico: una plastia en Z en el introito, si la Dispareunia no cede en la postmenopausica con estrógenos y dilatación progresiva.

Las inflamaciones agudas, como el Herpes Genital y los Condilomas acuminados, son causa evidente de Dispareunia y el tratamiento es etiológico.

Causas urológicas:

-El absceso de la glándula de SKENE debe ser incindido y drenado. La infección de estas glándulas que se cronifica con frecuencia ha sido descrita por WOODRUFF y PARMLEY, 1983, como causa de dolor vulvar y Dispareunia.

-El divertículo uretral no es muy común. A veces es difícilmente diagnosticable. Exprimiendo la Uretra se observará la salida a borbotones de orina oscura y ésto puede ayudar a localizar el divertículo. Después de una cuidadosa localización por medio de un doble balón de DAVIS o un catéter de TE LINDE, el divertículo deberá ser extirpado transvaginalmente y la mucosa uretral, la cama del divertículo y la mucosa vaginal deben ser cerradas

en tres capas. Los divertículos producen dolor de entrada vaginal exacerbados por los movimientos del coito.

-Prolapso de la mucosa uretral, también causa de Dispareunia. Debe ser reseçada.

-La cistitis y uretritis, en las que se produce dolor anterior asociado a frotamiento vaginal.

-La presencia de carúncula uretral, que produce ardor de la entrada vaginal y empeora con el movimiento activo.

-El Síndrome uretral: en la literatura urológica, la presencia de disuria, polaquiuria, disconfor suprapúbico y ocasionalmente Dispareunia, así como hematuria, la cual es detectada por la paciente al realizar la toilette con papel tras la evacuación; recibe el nombre de Síndrome uretral. En algunas ocasiones puede ser ocasionado por la presencia de gérmenes patógenos existentes en la Vagina, Vulva e Introito. JACOBC, 1978. Otros autores piensan que es debido a la presencia de un crecimiento bacteriano no diagnosticado en las glándulas Periuretrales y algunos mantienen que los cambios psicológicos y psicofisiológicos juegan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas. CARSON, 1979. En el contexto del dolor pélvico, KAFLAN y STEEGE, 1984, han tenido la oportunidad de ver gran número de pacientes cuyos síntomas uretrales se mantenían hasta cierto punto por el vaginismo.

El tratamiento tradicional se ha hecho con agentes antiespasmódicos y antimicrobianos (Trimetropin-sulfametoxazol) durante prolongados periodos de tiempo. A veces es necesario añadir ansiolíticos / antidepressivos permitiendo la polifarmacia para disminuir los síntomas lo más precozmente posible e ir reduciéndolos paulatinamente en

el curso de varios meses.

Las laceraciones, abrasiones y escoriaciones vulvares, también son causas evidentes de Dispareunia que desaparece al repararse éstas.

Hay un pequeño grupo de alteraciones clitoridianas que producen un dolor externo ardiente y que con poca frecuencia. Me refiero a las cliteriditis, cuyas causas pueden ser muy variadas, desde infecciones e irritaciones por ropas ceñidas o químicas por uso de jabones, detergentes o desodorantes íntimos. Así mismo, la infección-inflamación puede afectar a este órgano o extenderse a otras zonas.

La fimosis del Clítoris también puede producir dolor ardiente externo. Es una causa poco frecuente y MASTERS y JOHNSON solo la han observado en dos ocasiones en más de dos mil casos estudiados.

La neuritis del Clítoris es relativamente frecuente en mujeres diabéticas y el dolor puede ser continuo e intermitente. Puede aliviarse con dosis bajas de Fenotiacinas.

Las episiotomias mal reparadas son causa frecuente de Dispareunia. Aparece justamente después de un parto, y usualmente son debidas a una reparación del perineo excesivamente apretada, que puede ser sensible durante varias semanas. Los baños de asiento y la aplicación de jaleas lubricantes pueden ayudar. Se pueden usar dilatadores vaginales. La corrección quirúrgica puede ser necesaria cuando la episiotomía es dolorosa por una sutura asimétrica o por una infección imprevista de la herida. Otras veces es debido a la presencia en la cicatriz de un neuroma, pero cuando la herida está bien reconstruida, solo raras veces debe revisarse. Pueden hacerse infiltraciones locales con cortisol disuelto en anestesia y si esto no ayuda, la sutura debe

estirarse por autodilatación progresiva de la Vulva y de la Vagina.

JEFFCOATE, 1959; y FRANCIS y JEFFCOATE, 1961, llamaron la atención sobre la frecuente causa de Dispareunia que supone la colpoperineorrafia. En una serie de pacientes operadas por JEFFCOATE, encontró que un 20% de las mujeres operadas por prolapso, subsecuentemente sufrieron Dispareunia por un estrechamiento excesivo de la Vagina. Esto en parte fué debido a la atrofia que sobrevino después de la operación, y en parte porque la colpoperineorrafia había sido combinada con una plastia vaginal anterior. Por este motivo, los autores recomendaron que debería eludirse la plastia posterior salvo que existiera la presencia de un rectocele que produzca síntomas importantes. La continuidad de la mucosa vaginal reseca debe ser la estrictamente necesaria para evitar que se produzca un estrechamiento excesivo cuando sobrevenga la atrofia.

SIMONS, 1963, considera que es conveniente abandonar la excisión de un triángulo de mucosa vaginal y detenerse haciendo una incisión en T invertida en el borde perineal al comienzo de la reparación posterior. Recomienda realizar previamente una pequeña episiotomía media, sin escisión perineal seguido por la resección de la mucosa vaginal sobrante, exponer el Elevador del Ano y los músculos perineales deben ser aproximados bajo la mucosa y la piel respectivamente. Como mostró SIMONS en otras series de pacientes, con esta técnica no resulta un delgado y sensible "puente de piel" que es frecuentemente causa de Dispareunia.

La endometriosis perineal es una causa poco frecuente de Dispareunia Superficial. El foco puede localizarse en una cicatriz de episiotomía y si su abordaje es bueno puede ser extirpado, pero si esto no es así, porque su localización sea difusa o invade el esfínter anal, es nece-

sario realizar un tratamiento conservador hormonal durante varios meses.

Recientemente, MARQUETT, 1985, comunica un caso de dolor vulvar y Dispareunia en una paciente con Adenosis en introito más Síndrome de STEVENS-JOHNSON.

PATEL y colb., 1982, han descrito un caso de Dispareunia que se asociaba a otros síntomas génitourinarios en una mujer cuya causa fué una fractura de Pelvis.

II) DISPAREUNIA VAGINAL

Muchos casos de Dispareunia son debidos fundamentalmente a alteraciones en la lubricación vaginal. Aunque existe un cierto número de procesos orgánicos que pueden ser la causa de este problema, la causa más usual suele ser la falta de excitación sexual. La mujer que siente aprensión, que se nota enrojecer o que siente cualquier otro tipo de presión durante la actividad sexual, no acostumbra a excitarse con facilidad, y por ello puede lograr una lubricación vaginal relativamente escasa en el momento en que se intenta el coito; además la mujer que ya tenga preocupaciones sobre la posible aparición del dolor durante el coito por experiencias previas en tal sentido, puede mostrarse tan ansiosa y tensa que la situación empeorará aun más. La falta de estimulación adecuada origina en muchas ocasiones el trastorno y puede ser subsanado con una información clara y con la existencia de una información eficaz entre la pareja.

Como causas orgánicas de un deficit de lubricación vaginal hay que citar el Síndrome de SJOGREN o EROT o Xerodermatosis que consiste en una afección crónica acompañada de sequedad ocular (querato conjuntivitis seca) y sequedad de boca (xerostomía), así como deterioro de la lubricación vaginal. Menos de un 10% de las pacientes con

Xerodermatosis son varones, y este trastorno se observa habitualmente en mujeres en edad adulta, (GILLIGAND, 1977).

La vaginitis atrófica, causa muy frecuente de Dispareunia en pacientes de edad avanzada. El tratamiento de la mucosa atrófica se realiza con estrógenos, por ejemplo 2-4 mgr. diarios de estríol durante veinticinco días al mes. Estudios recientes de JAMES, BRENSON y KOVAS no han encontrado ninguna relación entre la presencia de Dispareunia y otros síntomas vasomotores en menopáusicas con los niveles hormonales en sangre ni con la citología vaginal. La atrofia vaginal está pues en relación con otros factores, uno de ellos no poco importante deviene de que se siga o no manteniendo una actividad coital asidua. Poseemos pocos datos de la actividad sexual de la mujer en edad menopáusica en nuestro medio. En Suecia, IOSIT y BEKASSYZ, 1984, en un estudio de 1.100 mujeres de más de sesenta y un años, junto a otros síntomas genitourinarios, el 38% presentaban Dispareunia.

El tratamiento de la atrofia vaginal puede ser local y general; de todas formas hay que tener en cuenta que a los posibles efectos secundarios se une el hecho de que al suspender el tratamiento se reproducirá la atrofia. SEMMENS, 1985, explica porqué la Dispareunia persiste en los primeros meses de terapia sustitutiva con estrógenos, puesto que encontró un periodo de 18 a 24 meses necesario para que los niveles hormonales y la citología volvieran a niveles premenopáusicos.

Sobre la influencia de la aplicación tópica vaginal de estrógenos en el metabolismo de los Lípidos, llama la atención BLUM, 1983, dada la influencia negativa en las hiperlipidemias tipo II y el conocido papel que esta tiene en la etiología del infarto de miocardio en la mujer climática.

Las vaginitis químicas en relación a veces con algunos tipos de anticonceptivos, a los que me referiré más adelante, y las vaginitis post-radiación son así mismo causa de Dispareunia.

Las vaginitis infecciosas:

-Solo los casos muy severos de Trichomona Vaginalis llegan a producir Dispareunia. El diagnóstico se hace por examen en fresco de una gota de secreción vaginal, y el tratamiento se realiza local y generalmente con Metronidazol.

-Las vaginitis por Gardnerella Vaginalis está caracterizada por un flujo grisáceo y maloliente. El diagnóstico se realiza por visualización de "células clave" en el extendido vaginal, que son células epiteliales cubiertas por granulaciones por la adherencia de muchos bacilos Gram negativos en la superficie de la célula. En estas condiciones deberían aplicarse sulfamidas vía vaginal diariamente durante diez a quince días y, para prevenir la reinfección la paciente y su partner deberían recibir tratamiento sistemático con 500 mgrs, de Ampicilina durante 5 ó 6 días. GARDNER, 1975. Modernamente el tratamiento se realiza con tetraciclinas vía tópica.

-La vaginitis por Cándida Albicans es quizá la más frecuente y en los casos muy graves puede producir Dispareunia.

-La búsqueda de Chlamydia Trachomatis debe realizarse en el flujo de estas pacientes.

Los distintos métodos anticonceptivos pueden ser causa de Dispareunia; hay pacientes que con la toma de anticonceptivos orales experimentan una disminución de la lubricación vaginal, ocasionándose el trastorno.

-La inyección de Acetato de Medroxiprogesterona, la continua ingestión de cinco mgrs. de de Etinilestrenol, (Orgametril) o Acetato de Nor-etisterona (Primolut Nor), pueden ser causa de un moderado grado de atrofia vaginal que puede ser corregida con la administración de pequeñas dosis de Estrógenos, THIERY, 1971.

-El D.I.U. puede provocar Dispareunia en la mujer debido a posiciones inadecuadas o a inflamaciones de la Pelvis; en casos poco frecuentes se encuentra Dispareunia en el varón en relación con el hilo que cuelga del D.I.U.

-El diafragma vaginal puede causar Dispareunia en la mujer si es demasiado grande.

-En muy raras ocasiones, las reacciones alérgicas a espermicidas pueden ocasionar Dispareunia.

-Los condones insuficientemente lubricados pueden así mismo ocasionar Dispareunia.

Las deformaciones congénitas o adquiridas de la Vagina, aparecen también como causa de Dispareunia, en algunas ocasiones muy intensa, como las Estenosis vaginales o un septo trasverso de Vagina. Los septos longitudinales, frecuentemente pasan desapercibidos y se descubren frecuentemente con motivo de un parto. Extremo confirmado por un reciente estudio de HEINOMEN, 1982, que recoge un total de 83 casos de mujeres con septo vaginal longitudinal y cuyos motivos de extirpación fueron la Dispareunia y las distocias. Un septo trasverso deberá ser escindido. La estenosis de Vagina puede ser tratada por incisiones radiales y dilatación digital; por una incisión longitudinal y una sutura trasversa; por una plastia en Z o por una técnica de GRANJON (KASER et al., 1973). En todas estas técnicas es

importante mantener el resultado del tratamiento quirúrgico por autodilatación vaginal repetida y reanudar el coito tan pronto como sea posible.

-Cuando la Vagina "en barril" llega a ser demasiado corta, por ejemplo, después de una operación de WERTHEIM-MEIGS para el carcinoma cervical, se puede realizar una vulvo-vaginoplastia según la técnica de WILLIAMS, 1964 en la cual se usan los Labios Mayores para alargar la Vagina, HASPELS, 1977. Si la paciente ha sido también sometida a Ooforectomía bilateral deberán prescribirse Estrógenos por vía general.

-Con el Síndrome de Feminización Testicular, el Síndrome de TURNER, o el Síndrome de ROKITANSKY-KISTER-HAUSER, pueden aparecer también acortamientos de la cavidad vaginal y producir Dispareunia. Las anomalías uterinas rara vez se asocian a Dispareunia.

-Aunque rara vez, en relación a la frecuencia con que se observan, los cistocelos pueden acompañarse de dolor vaginal anterior con el coito.

-Pueden causar Dispareunia igualmente y en nuestra causística aparece un caso, los granulomas de cicatriz precoz. Su tratamiento es la extirpación.

-Recientemente ACIÉN, 1986, comunica un caso de Dispareunia y dismenorrea en una paciente con Agnesia renal izda. y Utero bicorne unicérvico abocado el izquierdo en el lado derecho.

Ante una Dispareunia en que la paciente se queja de dolor localizado en Vagina hay que pensar también en enfermedades Anorrectales, tales como: enfermedad inflamatoria del Intestino, Hemorroides, granos y fístulas Recto-vaginales. Dan lugar a un dolor localizado o difuso.

FASTH, 1978, señala la presencia de disfunciones sexuales, entre ellas Dispareunia tras la Proctocolectomía.

Al principio de este apartado me refería a las alteraciones de la lubricación vaginal como causa de Dispareunia. Me referiré a continuación a algunos tipos de fármacos que pueden alterar este mecanismo fisiológico.

-Agentes antihipertensivos no diuréticos como la Alfa-Metildopa, ampliamente utilizado para el tratamiento de la Hipertensión Arterial. Es por desgracia también un inhibidor de la actividad sexual. A partir de menos de un gramo al día se observa libido deprimida, impotencia o ambos en el 10% de los hombres; y en la mujer, en una proporción similar, libido deprimida y trastornos de excitación. A dosis de 1-1'5 grms. día, entre el 20 y 25% de los varones y mujeres que utilizan el fármaco experimentan dificultades sexuales que se van agravando con el aumento de la dosis. Cuando la ingestión es mayor de dos gramos al día, algunas mujeres muestran falta de capacidad orgásmica además de una notable falta de excitabilidad. (KOLODNY, 1978; NEWMAN, 1974; LAVER, 1974; PAGE, 1975). Los efectos secundarios de la Alfa-Metildopa desaparecen a las una o dos semanas de interrumpir su uso.

-Las Fenotiacinas son muy utilizadas en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos, han revolucionado el tratamiento de los pacientes con Esquizofrenia crónica y otros tipos de trastornos psiquiátricos. Pueden ser útiles para controlar las náuseas, los vómitos y para tratar el hipo persistente. Producen un efecto sedante de las emociones y de la actividad motora y son activas a todos los niveles del Sistema Nervioso. Las propiedades antihistamínicas de ciertas Fenotiacinas pueden provocar un descenso de la lubricación vaginal en respuesta a la excitación sexual.

-Los fármacos Anticolinérgicos se utilizan principalmente para el tratamiento de los trastornos gastrointestinales como Ulcera peptica y Colon Irritable. Las mujeres pueden experimentar un descenso de la lubricación vaginal y trastorno en la excitación sexual como consecuencia de su utilización, pues dichos fenómenos dependen de los cambios vasodilatadores que ocurren en los tejidos vaginales. Debemos recordar sin embargo que han fracasado experimentos recientes (LEVIN, 1978) de inhibir la lubricación vaginal con Atropina.

III) DISPAREUNIA PROFUNDA

El dolor experimentado por la penetración vaginal profunda en la línea media, con o sin presencia de Utero, es otra queja común en la práctica ginecológica. Este dolor a menudo es un signo de enfermedad orgánica, pero una revisión de la fisiología sexual, revela que los factores psicofisiológicos también pueden jugar papeles importantes.

MASTERS y JOHNSON describieron como respuesta vaginal a la estimulación sexual un aumento del tamaño de aproximadamente un 35-40% y la expansión en anchura del fondo superior de la Vagina de seis centímetros.

En ausencia de estos cambios, (de suficiente estimulación sexual), la mujer con una anatomía pélvica normal puede experimentar una sensación de "golpe en la Pelvis". Aunque muchas personas experimentan esto de una manera indolora, pero no placentera, los aspectos desagradables de esta penetración pueden aumentar cuando se combinan bien con una enfermedad focal o factores psicológicos como una ansiedad excesiva, depresión o una situación de expectación excesiva.

Los factores orgánicos comunmente asociados con este tipo de Dispareunia son:

La cervicitis crónica, es una causa poco frecuente de Dispareunia.

En la Enfermedad Inflamatoria Pélvica, los tejidos paracervicales, parametriales o los ligamentos pueden hacerse sensibles. Cuando esto causa Dispareunia Profunda, el dolor puede ser reproducido por estiramiento de los Ligamentos Uterosacros o elevando el cervix. El tratamiento con antibióticos de amplio espectro tiende a erradicar el foco de infección, y el calor local en forma de baños de asiento, duchas vaginales, diatermia, etc. ayuda a la reabsorción del proceso inflamatorio.

A veces el dolor persiste tras haber padecido la mujer una enfermedad obvia, porque se produce un acortamiento de los ligamentos parametriales posteriores, pero este diagnóstico hay que confirmarlo por Laparoscopia.

ALLEN y MASTERS (1955) y ALLEN (1970) han descrito una serie de pacientes con dolor pélvico crónico y Dispareunia Profunda que ellos atribuyen a laceraciones o desgarrros del Ligamento Ancho. Se produce dolor profundo exacerbado por el frotamiento y puede persistir durante horas después del coito. Algunos autores europeos como RENAER, 1980, y SERRAYN, 1972, indican que muy rara vez han observado este Síndrome con estas características.

Las cicatrices dolorosas en uno o ambos fórnicos vaginales, resultado de un desgarro profundo de cuello o Vagina, son afortunadamente cada vez más infrecuentes y actualmente apenas nos encontramos con ellas, debido fundamentalmente a la abolición del forceps como se utilizaba en la Obstetricia Clásica. El tratamiento de la Dispareu-

nia Profunda causada por esta clase de cicatrices, es muy difícil a veces y en ocasiones tendrá que realizarse una Histerectomía con extirpación del tejido cicatrizado.

La Endometriosis pélvica es una causa frecuente de Dispareunia Profunda, sobre todo cuando los focos endometriósicos se localizan en los Ligamentos Uterosacros o en los anejos o cuando producen una retroflexión uterina fija. La Dispareunia por esta causa puede ser de diversos tipos, el más común de todos los observados en relación con la Endometriosis es el producido al frotar el Pene intensamente las profundidades vaginales. Este dolor puede reproducirse durante el examen pélvico, mediante presión en el Utero, o mediante movilización del cuello. Ello es debido a que con estas maniobras se movilizan los Ligamentos Anchos, Uterosacros o pliegues tectouterinos, lugares frecuentes de localización de focos endometriósicos. En los casos de Dispareunia la coitalgia es a veces más intensa en las fechas que preceden a la menstruación y ello es debido al mayor desarrollo de los focos de tejido endometrial que responden hormonalmente y se hacen muy vasculares y edematosos. Este hecho aconseja que aquellas mujeres que se quejan de este problema y tienen un examen pélvico normal, pero cuya historia sugiera Endometriosis, (dismenorrea, dolor pélvico e infertilidad), se le realice un examen pélvico premenstrual. El descubrimiento de nódulos sensibles en el fondo de saco de DOUGLAS es el sello de la Endometriosis, pero se precisa un examen culdoscópico y una biopsia para confirmar el diagnóstico.

La Endometriosis interna o Adenomiosis también se acompaña en ocasiones de Dispareunia, según KILKEN, 1984.

El tratamiento de la Endometriosis será quirúrgico o medicamentoso o una combinación de ambos y existe abundante literatura sobre el tema.

La Retroflexión Uterina Fija, bien por Endometriosis u otro tipo de adherencias, o móvil, es causa de Dispareunia, HUFFMAN, 1978, provocándose dolor al frotamiento penil profundo. Si la Retroflexión es móvil, la Dispareunia se puede aliviar poniendo un pesario. PATERSON, 1978 realizó ventrosuspensión por Laparoscopia en 100 pacientes, de las cuales 70 presentaban Dispareunia, además de una Retroflexión. Un 76% mejoró totalmente y un 10% parcialmente. A veces la cirugía realizando incluso Histerectomía será necesaria en pacientes con Dispareunia Profunda y un Utero en Retroflexión Fija. Si el dolor de la paciente puede ser reproducido por presión digital en un anejo que esté prolapsado o adherido en el saco de DOUGLAS, se resecarán las adherencias o quizás esté indicada la realización de una salpingooforectomía.

Aunque infrecuentemente también los quistes de Ovario pueden dar lugar a dolor profundo en la Pelvis con el coito.

Pueden ser causa de Dispareunia Profunda las cicatrices de la bóveda vaginal tras la práctica de Histerectomía. No parece en cambio que influya el hecho de tratarse de una intervención total o subtotal. KILKKU, 1983. Respecto a si el tipo de sutura, de una sutura clásica a una mecánica pudiera influir o evitar la aparición de Dispareunia, no parece haber diferencia entre ellas. BRUN, 1982.

A veces un neuroma en la cicatriz puede ser la causa del problema y tal vez haya que infiltrar la zona con corticoides o incluso resecarla, pero es muy importante pensar siempre en los factores psicológicos y la actitud de la paciente, porque esto puede ser el miedo de la paciente al coito en estas nuevas circunstancias.

KOLODNY, 1983, apunta a la Endometritis como causa de

Dispareunia con dolor profundo.

El Síndrome de Congestión Pélvica de DUNCAN y TAYLOR, 1952, que tantos nombres ha recibido, se asocia frecuentemente a Dispareunia. Entre nosotros lo ha registrado SALTIERRA, 1968, 1973; PARRILLA, 1977 y GALLO, 1986. El trabajo de todos estos autores subraya la importancia de una historia sexual escrupulosa como parte de la valoración de la Dispareunia en estos casos. El diagnóstico de este difícil grupo de problemas incluye la Venografía Transuterina y la Laparoscopia diagnóstica, para ver los factores orgánicos que contribuyen. No obstante, aún cuando hay factores orgánicos tratables, debe dirigirse la atención al tratamiento de la disfunción sexual u otros factores psicológicos o psicofisiológicos. El tratamiento de este tipo de Dispareunia se puede acometer con moderada restricción de sal, ejercicios de rodilla-pecho, ansiolíticos y flevotónicos en ocasiones y consejos para evitar la penetración vaginal profunda hasta que se hayan alcanzado niveles de excitación sexual suficientes.

Este último punto es muy importante en algunos casos de Dispareunia Profunda y se puede sugerir como tratamiento sintomático: evitar la penetración profunda del Pene durante el coito; para ello, la mujer colocará sus piernas en adducción extendiéndolas tras la penetración. O bien el partener adoptará una posición lateral, vis a vis o vis a tergo.

FACTORES PSICOLOGICOS EN LA DISPAREUNIA

Hasta ahora, esta exposición ha hecho especial énfasis en las causas orgánicas de este problema. Sin embargo, esto no debería cegarnos a cerca del hecho de que en algunos casos, los factores psicógenos pueden ser preponderantes y en otros los orgánicos. En la mayoría de los casos, los factores son mixtos; los factores psicológicos y orgánicos están mezclados.

La búsqueda de una etiología psicógena es difícil. Será necesario escuchar larga y atentamente para comprender el contexto psicoafectivo de la paciente. No será difícil encontrar en un síntoma tan próximo al sexo, dificultades sexuales, conflictos conyugales y trastornos neuróticos diversos. STEG, 1981, encontró estos conflictos en 85 de sus 175 pacientes.

El dolor ginecológico en sus diversas manifestaciones, el dolor hipogástrico sin causa aparente o en fosas iliacas, el dolor lumbosacro y la Dispareunia secundaria, sin motivo orgánico, han sido estudiados por SALVATIERRA, 1983, como trastornos somáticos expresivos de una depresión más o menos manifiesta. El dolor constituye el síntoma somático cardinal de la depresión en su más amplio espectro.

En Ginecología, el carácter psicósomático de la Pelvialgia crónica sin hallazgo orgánico, ha sido destacado por muchos autores, el primero de ellos tal vez fué BENSON, 1950. Entre nosotros, SALVATIERRA ha enfocado el problema como una enfermedad de estrés en una personalidad neurótica.

Podemos encontrar una Dispareunia:

- * Con una lesión mínima y una depresión crónica.
- * Con una lesión mínima y una fijación de la sensación corporal.
- * Con una lesión mínima y un conflicto conyugal.
- * Con una lesión mínima y una frigidez.

Esta patología psíquica, estos conflictos encontrados con tanta frecuencia en las mujeres que padecen Dispareunia, son intrincados y complejos, y la etiología nunca es lineal: de la neurosis al dolor, de la depresión a la Dispareunia; pero es evidentemente en estos terrenos frágiles, mujeres deprimidas crónicas angustiadas u obsesionadas en las cuales, la más mínima lesión que hayamos podido encontrar, puede provocar sufrimiento; pues la percepción, hipertrofiada en extremo, no depende de la importancia de la lesión. Esta percepción dolorosa hipertrofiada, acaba ella misma teniendo vida propia, produciendo obsesión y angustia, lo que explica que esta no mejore o desaparezca tras la desaparición de la lesión inicial.

PERLEY y GUZE (1962), documentaron un número característico de síntomas que se producen en la Histeria. El 52% de las pacientes que estudiaron presentaban Dispareunia, junto a otros trastornos como anorgasmia, pérdida de la libido, dismenorrea y alteraciones menstruales. Quizás por esta razón, las intervenciones ginecológicas constituyen un gran porcentaje de las operaciones innecesarias a que se someten estas pacientes.

PURTELL y cols, 1951, también documentaron una alta incidencia de problemas sexuales en las histéricas, apuntando que un 86% tenían dificultades sexuales (incluido un 73% que afirmaba no tener ningún placer sexual y un 63%

con Dispareunia) en comparación con un 29% del grupo control.

El tratamiento de las mujeres con Histeria es frustrante y problemático. La terapia sexual no puede procurar la curación de las dificultades sexuales aunque pueden mejorar los síntomas. Los médicos debemos ser muy precavidos a la hora de recomendar una intervención quirúrgica o la hospitalización en este tipo de pacientes y al mismo tiempo reconocer que puede haber una causa orgánica que justifique el problema.

La literatura psiquiátrica de orientación analítica, describe a menudo el Vaginismo y los componentes psicológicos de la Dispareunia, como el resultado de reacciones fóbicas, conflictos de ansiedad muy importantes, hostilidades hacia parejas específicas u hombres en general, aversión hacia la Sexualidad en general o Histeria de conversión. FULLERTON 1971, SHAINNESS, 1974. El Psicoanálisis ha dado buenos resultados en casos muy graves, LARNER, 1971, pero puede no ser válido en personas afectadas menos seriamente.

Otro aspecto para explicar algunas características de la disfunción sexual y de la Dispareunia, implica el aprendizaje, SOTILE, 1974. Esta teoría sostiene que, tanto la falta de aprendizaje o ignorancia sexual; como el aprendizaje defectuoso, lleno de miedos y falsos prejuicios, hacen que una mujer llegue a sus primeros contactos sexuales con una serie de expectativas negativas. Estas expectativas pueden ser suficientemente fuertes y enraizadas como para distorsionar la realidad de la experiencia y/o inhibir las respuestas naturales que hagan los primeros contactos desagradables.

Un modelo condicionante operante negativo, FINK, 1972,

más que la transferencia de sentimientos o actitudes negativas, marcará una situación negativa precondicionada que puede ser suficiente para distorsionar la realidad o para alterar la respuesta fisiológica hasta hacer los siguientes contactos sexuales desagradables.

Tanto el aprendizaje como los modelos condicionantes negativos pueden contribuir a un sistema teórico de comprensión del Vaginismo y la Dispareunia. Por ejemplo: unas expectativas negativas sobre el intercambio sexual en los primeros contactos, puede dar lugar, a una disminución de la respuesta sexual, puede darse dolor o desagrado, debido a una lubricación insuficiente, contracción involuntaria de la musculatura vulvo-vaginal o falta de expansión del ápex vaginal, dando lugar a una situación negativa que refuerza las expectativas en este sentido.

La discusión de todos estos elementos en la clínica de rutina es difícil, sin presuponer que las motivaciones inconscientes son de hecho conscientes; por tanto, la motivación inconsciente y su interpretación es mejor dejarla al clínico específicamente entrenado para ello.

¿Qué puede el clínico práctico hacer por estas pacientes? La exploración puede realizar funciones psicológicas importantes, como es la de que la mujer se percate de que ella puede controlar voluntariamente los acontecimientos vaginales y tener un conocimiento más exacto de su propia anatomía.

* En primer lugar es fundamental establecer un contrato verbal con la paciente, de que la exploración no va a ser dolorosa y que ella va a controlar el grado de desagrado experimentado, pudiendo detener la exploración cuando quiera. Esto es especialmente importante en casos de Vaginismo.

* En segundo lugar, las técnicas de relajación muscular progresiva pueden ser muy útiles en la práctica de una exploración educativa e indolora. El extenderse sobre el principio de que es más fácil para una persona el relajar un grupo muscular dado, una vez que ha sido identificado y se ha contraído, es muy útil para hacer a la mujer realizar varios ciclos de contracciones y relajaciones de los músculos abdominales, del músculo medio y del introito vaginal secuencialmente al comienzo de la exploración. De nuevo esto da a la paciente mayor sentido de control sobre la exploración. Es éste un momento muy oportuno para enseñar los ejercicios de KEGEL, reivindicados entre otros por el COLECTIVO DE MUJERES DE BOSTON, 1974, para aumentar el placer sexual.

* En tercer lugar, un espejo de mano controlado por la paciente, procura una oportunidad única para explicar la anatomía y para aprender la percepción de la paciente hacia la anatomía vaginal y vulvar.

STEG en 1981 aconsejaba:

* Una pequeña espina irritativa local debe ser tratada por pequeños medios que no favorezcan la fijación dolorosa, como ocurre con la cirugía, la cual por el contrario podría "legitimar el dolor".

* Se evaluará y se hará evaluar por parte de la paciente la carga de angustia que su dolor comporta, y se le ayudará con ansiolíticos menores bien ajustados, para que no se produzca somnolencia o desinterés, lo que crearía una nueva patología.

* Las depresiones crónicas o larvadas serán tratadas con pequeñas dosis de antidepresivos tricíclicos. • (Clorpromacina).

* El Sulpiride, por su acción psicoestimulante, permitirá, como en otras algias psicógenas, un distanciamiento del dolor, una atenuación de la fijación dolorosa.

En fin, la acción psicoterápica del médico se ejercerá desde una acción:

* Tranquilizadora; dado que ciertas intervencio-quirúrgicas hacen persistir el problema, confirmando la percepción de un sexo enfermo y doloroso; la acción preventiva del médico será sobre todo desdramatizante y tranquilizadora, confirmando con fuerza la integridad genital.

* El médico tendrá también una labor de información y educación en los numerosos casos en los cuales la educación sexual ha sido nula o rudimentaria. En particular, él o la Ginecólogo, investidos de saber, podrá en algunos casos contrabalancear las normas culturales y sexuales integradas por algunas mujeres que aún piensan que el orgasmo clitoridiano es un sucedáneo del placer.

OBJETIVO DE LA TESIS

El coito doloroso tiene una etiología múltiple y no siempre es posible encontrar una causa orgánica bien definida a la que imputar directamente el trastorno.

La evolución histórica en el tratamiento de la Dispareunia, eminentemente quirúrgico en épocas pasadas; hasta los realizados actualmente, en que éste proceder es muy restringido; no es sino un fiel reflejo de la evolución científica y técnica y del progreso de los conocimientos médicos.

Es, sobre todo, el avance que han supuesto los nuevos conocimientos en Fisiología Sexual aportados fundamentalmente por MASTERS y JHONSON, 1966, los que arrojan nueva luz sobre el conocimiento del problema de la Dispareunia y hacen que actualmente se llegue a diagnósticos impensables antes de la década de los 60.

A lo largo de la exposición anterior, hemos indicado cómo, la ignorancia, el temor o la ansiedad entre otros, pueden impedir que se pongan en marcha los delicados mecanismos fisio-sexuales y que ello conlleva Dispareunia, sin que exista ninguna causa orgánica que la justifique.

La controvertida valoración de los factores psicológicos, en éste como en otros cuadros, se debe entre otros motivos, a la gran complejidad de los mismos y a las dificultades de su estudio y su intento de objetivación. Sin embargo, durante bastante tiempo se ha demostrado la utilidad de determinadas pruebas diagnóstico-psicológicas, como el Test de Apercepción Temática de MURRAY o el Cuestionario Ginecológico de CUENCA y SALVATIERRA, para poner de manifiesto alteraciones y conflictos de tipo psíquico en las mujeres que acuden a la consulta ginecológica. CUENCA y SALVATIERRA, 1978.

Dado que el tema de la Dispareunia está muy disperso en toda la literatura científica ginecológica, y que cuando es tratado como tal, lo es de una forma un tanto vaga; nos proponemos una aproximación al conocimiento de la Dispareunia desde las vertientes: orgánica, sexual y psicológica; así como de otros parámetros poblacionales generales como la edad, paridad, anticoncepción etc.

* Pretendemos establecer si existe o no una relación entre los hallazgos orgánicos con la Dispareunia y el tipo de ésta.

* Desde el punto de vista de la actividad sexual, ver, si los parámetros de ésta y cuáles están influidos o no por el trastorno. O bien contribuyen causalmente a él.

* Desde el punto de vista psicológico se trata de ver si existen rasgos psicológicos o parámetros específicos entre las mujeres que presentan el trastorno.

MATERIAL

NUMERO DE PACIENTES

Para la realización del presente trabajo se ha contado con un total de 100 pacientes aquejadas de Dispareunia. Todas, tras haber sido estudiadas en alguna consulta de la clínica, fueron enviadas a la Sección de Psicósomática que dirige la Dra. CUENCA, perteneciente al Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Granada, dirigido por el Profesor SALVATIERRA MATEU.

SELECCION

De estas 100 pacientes, consultaron sucesivamente: 36 por Dispareunia y 64 por motivos diversos, las cuales aseguraron padecer una Dispareunia intensa en el curso de la anamnesis. La completa exploración clínica tras la anamnesis, así como la evaluación psicológica de la forma que se indicará más adelante, nos hizo incluirlas en el presente estudio. Tabla I

MOTIVO DE CONSULTA

Ya hemos dicho que del total de pacientes, 36 consultó por Dispareunia. Las 64 restantes lo hicieron por los siguientes motivos, por orden de frecuencia: Dolor Pélvico; Planificación Familiar; Trastornos Menstruales; Metrorragias; Embarazo; Dismenorrea; Polisintomatología; Detección Precoz del Cáncer; Incontinencia Urinaria; Esterilidad secundaria; Anorgasmia y Disuria. Tabla II

EDAD

La edad de las pacientes estudiadas oscila entre los 20 y los 50 años, con una edad media de 35'45 años y una desviación estándar de 8'07. Treinta y dos de estas pacien-

tes tenían una edad entre 31 y 40 años, y veintiseis entre 41 y 50 años.

PARIDAD

La paridad de nuestro grupo de mujeres oscila entre 0 y 9 hijos, siendo la media de 2'56 hijos y la desviación estándar de 1'55. Dos de nuestras pacientes eran estériles.

ESTADO CIVIL

Todas nuestras pacientes estaban casadas, excepto una de ellas que era soltera. El tiempo de matrimonio oscilaba entre 3 meses y 27 años.

CLASE SOCIAL

En general, la mayoría de nuestras pacientes pertenecen a la clase social media baja.

NIVEL DE ESTUDIOS

La mayoría tenía un nivel de estudios primarios. Dos de ellas eran analfabetas. Una era estudiante universitaria, y varias más tenían estudios de grado medio.

ANTICONCEPCION

De nuestro grupo de pacientes, 15 no realizaban anticoncepción. De las que realizaban anticoncepción, 42 utilizaban métodos naturales (fundamentalmente coito interrumpido). Las restantes 43 utilizaban métodos no naturales como: Preservativos en 5 casos; Contraceptivos Orales en 22 casos; D.I.U. en 4 casos; Espermicidas en 2 casos y Esterilización mediante Ligadura Tubárica Bilateral en otros 3 casos. Combinaciones de diversos métodos utilizaron en 7 casos.

DURACION DE LA DISPAREUNIA

Era muy variada. Oscilaba entre varios meses en 14 casos, hasta más de 5 años en cuarenta mujeres. Treinta y tres manifestaron padecerla entre 2 a 5 años, y trece durante 1 año.

METODOS

I) ANAMNESIS Y EXPLORACION

Las pacientes estudiadas habian acudido a las consultas de: Ginecología, Planificación Familiar y Detección Precoz del Cancer Genital Femenino, del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Granada, que dirige el Profesor Salvatierra.

En cada una de estas consultas se realizó a cada paciente una Historia Clínica, la cual comprende una anamnesis general y ginecológica y exploraciones complementarias según quejas y hallazgos clínicos.

A continuación, las pacientes son enviadas a la Sección de Psicósomática, en donde se les realiza una nueva anamnesis en una Historia codificada para Mecanización y cuyo modelo exponemos.

A aquellas pacientes que habian consultado por su Dispareunia, o que se quejan de padecerla de forma intensa, según la codificación de la Historia de Psicósomática, se les aplica el protocolo que para el estudio de Algia Pélvica hay diseñado en el Departamento, con algunas modificaciones. Dicha hoja de protocolo consta de:

- * Parte dedicada a datos de identificación de la paciente.
- * Antecedentes obstetricos.
- * Relaciones Sexuales.
- * Características de la menstruación.
- * Antecedentes ginecológicos.

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 PSICOSOMATICA (Dra. C. CUENCA)
 FACULTAD DE MEDICINA
 GRANADA

TARJETA 0

Fecha / /
 N.º SS /
 F. P. P.

APELLIDOS Y NOMBRE
 DIRECCION
 POBLACION

PACIENTE **NUMERO PS** **HISTORIA D.C.**

Ambulatoria-1
 Ingresada-2

TIPO **NUMERO DE ARCHIVO DEPTO**

Obstétrica-1
 ginecológica-2
 estéril-3
 Prep. Parto-4

Planif. Fam.-5
 Probl. sex-5
 Psicológico-7

EDAD **ESTADO** **TALLA** **BI-FE** **PESO ACTUAL**

soltera-0
 casada 1 año-1
 casada 2- 5 años-2
 casada 6-15 años-3
 casada más de 15 años-4
 viuda-5
 separada-6

PARIDAD **HIJOS VIVOS A SU CARGO** **PERSONAS ADULTAS A SU CARGO**

ninguna-0, marido-1, madre-2, padre-3, marido y padre(s)-4, marido y suegro(s)-5, otros-6.

ESTERILIDAD INVOLUNTARIA **INFERTILIDAD**

no-0, primaria menos de 2 a.-1, primaria 2-5 a.-2, primaria más de 5 a.-3, secundaria menos de 2 a.-4, secundaria 2-5 a.-5, secundaria más de 5 a.-6.

no-0, 1-2 abortos primarios-1, más de 2 abortos primarios-2, 1-2 abortos secundarios-3, más de 2 abortos secundarios-4, pérdidas fetales-5.

ANTICONCEPCION **DURACION DE LA ANTICONCEPCION**

no-0, coito interrumpido-1, ritmo-2, preservativo-3, anovulatorios-4, DIU-5, combinaciones-6.

no-0, menos de 1 a.-1, 2-5 años-2, 6-10 años-3, más de 10 a.-4.

CLASE SOCIAL **ESCOLARIDAD** **TRABAJO SOLTERA** **TRABAJO CASADA**

alta-1, medio-alta-2
 media-3, medio-baja-4
 baja-5.

no-0, primaria incompleta-1, primaria completa-2, secundaria-3, técnica-4, universitaria incompleta-5, universitaria-6.

no-0, casa-1, agrícola-2, industrial-3, admtno-4, intelectual-5, otros-6, serv. dom.-7, técnico-8, comercio-9.

PROCEDENCIA

Cortijo-1, Pueblo-2, Ciudad-3.

TARJETA 1

EDAD DE LA MENARQUIA

menos de 10 a.—1, de 10-13 a.—2, de 14-16 a.—3, más de 16 a.—4.

10

DURACION DE LA MENSTRUACION

menos de 2 d.—1, 3-5 d.—2, 6-7 d.—3, más de 7 d.—4.

14

DISMENORREA PRIMARIA

no-0, algo-1, analgésicos-2, cama-3, muy fuerte-4.

18

MOLESTIAS PREMENSTRUALES

no-0, ligeras-1, moderadas-2, intensas-3, verdadera enfermedad-4.

22

INFORMACION

no-1, madre-2, hermanas o familia-3, amigas-4, colegio-5.

25

26

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

REACCION

no-0, indiferencia-1, alegría-2, fastidio-3, miedo-4, vergüenza-5

I

R

COMIENZO DE ACTIVIDAD SEXUAL

no-0, antes de 15 a.-1, 16-18 a.-2, 19-21 a.-3, 22-25 a.-4, 26-30 a.-5, después de 30 a.-6.

30

FRECUENCIA DE ACTIVIDAD SEXUAL

no-0, más de 1 semana-1, semanal-2, cada 2-4 semanas-3, menos de 1 mensual-4.

34

ORGASMO

no-0, alguna vez-1, con frecuencia-2, siempre-3.

38

ACTITUD SEXUAL CONSCIENTE

no expresada-0, positiva-1, negativa-2, ambivalente-3, preocupación-4.

42

DURACION DEL CICLO

menos de 21 d.—1, 21-28 d.—2, 28-35 d.—3, más de 35 d.—4, ataxia—5

12

CANTIDAD DE MENSTRUACION

escasa-1, moderada-2, abundante-3.

16

DISMENORREA SECUNDARIA

no-0, algo-1, analgésicos-2, cama-3, muy fuerte-4.

20

ALTERACION MENSTRUAL COMO CAUSA DE CONSULTA

no-0, atrasos-1, baches 30-90 d.—2, amenorrea más de 90 d.—3, metrorragias-4, menorragias-5, amenorrea primaria sin respuesta-6, amenorrea primaria con respuesta-7.

24

CONDUCTA

no-0, lo dijo a la madre-1, lo ocultó-2, lo pregonó-3, lo dijo a un familiar o amiga-4.

28

TIPO DE ACTIVIDAD SEXUAL

no-0, prematrimonial-1, intramatrimonial-2, pre e intra-3, extramatrimonial-4, intra y extra-5.

32

COMPORTAMIENTO SEXUAL

no-0, indiferente-1, alguna satisfacción-2, satisfacción-3, insatisfacción-4, rechazo-5.

36

DISPAREUNIA

no-0, alguna vez-1, molesta-2, acentuada-3, motivo de consulta-4.

40

ACTITUD SEXUAL INCONSCIENTE

ansiedad-1, culpabilidad-2, rechazo-3, depresión-4, ansiedad-culpabilidad-5, ansiedad-rechazo-6, ansiedad-depresión-7, com-

44

TARJETA 2

EMBARAZO, EPOCA

no-0, primer trimestre-1, segundo trimestre-2, tercero preterminal-3, tercero-term-4, tercero, post-5, aborto-6.

10

QUEJA PRINCIPAL GENITAL

no-0, dolor pélvico-1, leucorrea-2, prurito-3, tumoración-4, prolapso-5, esterilidad-6, sexual-7, dismenorrea-8, dolor sacro-9.

14

QUEJA PRINCIPAL EXTRAGENITAL

no-0, cefalea-1, malestar general-2, fatiga-3

18

PADRE

vive bien-1, vive enfermo-2, jubilado-3, ausente-4, muerto antes 10 a.—5, muerto 10-17 a.—6, muerto en edad adulta paciente-7

22

MARIDO

no-0, vive trabaja-1, enfermo-2, parado-3, jubilado-4, ausente-5, muerto hace menos de 1 a.—6, muerto más de 1 a.—7, Estudiante-8

26

POSICION EN LA SERIE DE HERMANOS

mayor-1, intermedia-2, menor-3.

29 30

NOVIAZGO

no-0, varios novios-1, marido sin oposición-2, marido con oposición de la familia de ella-3, de la familia de él-4, segundas nupcias-5.

34

EVALUACION DEL STRESS PSICOLOGICO

no-0, agudo leve-1, agudo grave-2, crónico leve-3, crónico grave-4.

38

EMBARAZO, ACEPTACION

buscado-1, deseado-2, aceptado-3, no deseado-4, rechazado-5

11 12

EMBARAZO, TIPO

no-0, normal-1, patológico leve-2, patológico grave-3, emesis-4, hiperemesis-5, amenaza aborto-6, amenaza parto prematuro-7

A T

QUEJA PRINCIPAL PERIGENITAL

no-0, disuria-1, incontinencia-2, hinchazón abdominal-3, dolor abdominal-4, tenesmo-polaquiuria-5.

16

DIAGNOSTICO GINECOLOGICO

no ginecológico-0, infección baja-1, infección alta-2, neoplasia benigna-3, neoplasia maligna-4, malformación congénita-5, proceso degenerativo-6, trauma-7, funcional-8

20

MADRE

vive en casa-1, trabaja fuera-2, enferma-3, ausente-4, muerta antes 10 a.—5, muerta 10-17 a.—6, muerta en edad adulta paciente-7.

24

TAMAÑO DE LA FAMILIA DE ORIGEN

hija única-1, hermana-2, hermano-3, dos o más hermanos, hembras-4, dos o más, varones-5, hermano y hermana-6, tres o más de ambos sexos-7.

28

PERDIDAS DE HERMANOS (CONSCIENTES)

no-0, antes de 7 a.—1, de 7 a 14 a.—2, después de los 14 a. de edad de la paciente-3.

32

MATRIMONIO

no-0, boda formal-1, fuga-2, informal-3.

36

RELACIONES MARITALES

infidelidad-1, desavenencias-2, quejas-3, completo acuerdo-4

40

TARJETA 3

| | |
|---|----|
| 9 | 10 |
| | |

INDICE DE CORNELL-FN2 ABREVIADO TAT

| | | |
|--------------|----|--|
| ansiedad | 16 | |
| agresividad | 18 | |
| culpabilidad | 20 | |
| femineidad | 22 | |
| Inseguridad | 24 | |
| depresión | 26 | |
| rechazo | 28 | |

TEST DE COLORES DE LUSCHER

no-0, (-1)-1, (-2)-2, (-3)-3, (-4)-4, (-3-4)-5, normal-6

No-0 (-+1)-1, (+2)-2, (-3)-3, (-4)-4, (+1+2)-5, normal-6

| | |
|----|--|
| 12 | |
| 14 | |

CUESTIONARIO GINECOLOGICO

| | | |
|--------------|----|--|
| menstruación | 30 | |
| algla | 32 | |
| embarazo | 34 | |
| sexo | 36 | |
| SEV | 38 | |
| Blatt | 40 | |
| | 42 | |

Cornell 1 — 2 = 1
3 — 9 = 2
10 — 14 = 3
+ 15 = 4

TEST DE COLORES DE LUSCHER

fiable-1,
no fiable-2

| | |
|----|--|
| 44 | |
|----|--|

EVALUACION CLINICA PSICOLOGICA

normal-0, ansiedad-1, depresión-2, histeria-3, oligofrenia-4, psiquiátrica-5, neurotismo-6, Inmadurez-7.

| | |
|----|--|
| 46 | |
|----|--|

EDUCACION MATERNAL

no-0, completa-1, Incompleta-2

| | |
|----|--|
| 48 | |
|----|--|

PARTO

no-0, bueno-1, mediano-2, malo-3.

| | |
|----|--|
| 50 | |
|----|--|

FETO

| | |
|----|--|
| 52 | |
|----|--|

PARTO, CURSO Y TERMINACION

Prem-0, E-1, A-2, G-3, A-G-4, V-S-5, F-6, C-7, Vio-8

| | |
|----|--|
| 54 | |
|----|--|

TRATAMIENTO PSICOLOGICO

no-0, si-1

| | |
|----|--|
| 56 | |
|----|--|

CURSO POSTERIOR DE LA ENFERMA

no modificado-0, mejor-1, peor-2.

| | |
|----|--|
| 58 | |
|----|--|

| | |
|----|----|
| 59 | 60 |
| | |

Lámina 2

| | |
|----|--|
| 62 | |
|----|--|

Lámina 7

| | |
|----|--|
| 64 | |
|----|--|

Lámina 18

EXPLORACIÓN

Hucha por

ABDOMEN

VULVA

Cianosis: Si, no
Proliferación
Clitoris
Himen
Periné

Introte

Vagina

Cianosis: Si, no

Cervix

Ectopias: Si, No.

Hipersecreción: Si, no

(*)

(*)

TACTO VAGINAL o RECTAL Fácil, difícil

Dolor: Si, No.

Tamaño uterino

Consistencia uterina

Anejos palpables

(*) Sensibilidad lig. utero-sacros

(*)

(*)

Día del ciclo

No hay ciclo por

EXUDADO VAGINAL: Cant.

asp.

color

espum.

térido

Fresco

Frotis

MOCO CERVICAL: Cantidad

Aspecto

Filamentos

Cristalización

Examen microscópico

CITOLOGIA

SANGRE

V. de S.

(*)

ORINA:

INSUFLACION o H. S. G.

(*)

BIOPSIA DE ENDOMETRIO

día del ciclo

(*)

COLPOSCOPIA

PREGNANDICIA: Día del ciclo

mg. en 24 h.

Día del ciclo

mg. en 24 h.

FLEBOGRAFIA: Día del ciclo

Dilutor: Nombre

Cantidad

Contraste: Nombre

Cantidad

Tiempo de inyección

segundos

fácil, difícil

Tiempo 2.ª placa

- * Motivo de consulta.
- * Síntomas extragenitales y perigenitales.
- * Características del dolor, Dispareunia y dismenorrea.

En la exploración clínica se detallan las características del Abdomen, Vulva, Vagina y Cervix. Tacto bimanual (forma, tamaño y consistencia uterina; anejos palpables y sensibilidad de los útero-sacros); exudado vaginal y moco cervical.

También se consignan los resultados de la Citología, analítica de Sangre y Orina, Colposcopia, Biopsia de Endometrio, Pregnandiol y Ecografía.

Posteriormente se anota el Diagnóstico y Tratamientos iniciales. Se deja un pequeño espacio para anotar la evolución de la paciente.

Nosotros hemos añadido a esto una anamnesis más concreta, inquiriendo a nuestras pacientes a cerca de si:

- 1º) La Dispareunia era o no motivo de consulta.
- 2º) La paciente está aquejada de Dispareunia desde el comienzo de las relaciones sexuales o posteriormente.
- 3º) Si la paciente relaciona su Dispareunia con algún embarazo, parto o esterilidad.
- 4º) Tipo de coito que realiza, frecuencia y anticoncepción.

59) Descripción del dolor. Dolor de penetración, concomitante o posterior; externo o profundo. Circunstancias que lo modifican: determinadas posturas en el coito, etc.

69) Relación del dolor con apetencia, orgasmo y satisfacción sexual.

74) Duración de la Dispareunia.

89) Presencia o no de sintomatología asociada como pelvialgia, dismenorrea, cefaleas, etc.

99) Por último, la exploración clínica fué muy cuidadosa, poniendo especial énfasis en la observación de la Vulva, Introito y Vagina. Observación de si la exploración es dolorosa o no.

* Presión en fondos de saco vaginales, si hay dolor a la presión, si se detectan tumoraciones.

* Presencia o no de cicatrices en todo el tracto genital.

* Posición uterina, tamaño.

* Presencia o no de patología especial.

* En fin, datos de cultivo y citológicos.

Añadiré que toda la patología está confirmada por el estudio clínico y laparoscópico y/o Laparotomía en aquellos casos que lo requirieron.

II) ANAMNESIS DE LA SEXUALIDAD

TIPO DE COITO: si se trata de un coito normal, con introducción del Pene en la Vagina hasta la eyaculación; interrumpido, con retirada del Pene de la Vagina antes de la eyaculación; sin penetración o vulvar u otros tipos.

FRECUENCIA DE COITO: si la frecuencia es de más de un coito semanal; semanal; cada 2-4 semanas; menos del coito mensual.

APETENCIA SEXUAL: si la mujer indiferencia, apetencia clara o apetencia escasa hacia contactos sexuales.

ORGASMO: preguntamos a nuestras entrevistadas si, en la relación heterosexual, presentaban o no orgasmo. En caso afirmativo si: alguna vez, con frecuencia o siempre. No importaba qué tipo de orgasmo.

SATISFACCION SEXUAL: si había satisfacción insatisfacción o rechazo.

III) ESTUDIO PSICOLOGICO

III.1.- PSICOBIOGRAFIA. En esta entrevista, a la paciente se le realiza una Historia familiar, escolaridad, infancia, noviazgos, fracasos sentimentales, relaciones conyugales, etc; tratando de adentrarnos en los posibles conflictos afectivos en los que estuviere inmersa la paciente. La entrevista es personal y siempre y únicamente se encuentran presentes el médico y la paciente.

Con esta Psicobiografía se intenta establecer una cronología del conflicto.

Apellidos

Nombre

N.º de Historia

Fecha

CUESTIONARIO GINECOLOGICO

- | | |
|--|--|
| 1. ¿Lleva Vd. una cuenta exacta de las fechas de sus reglas? SI NO | 21. ¿Tiene Vd. mucho flujo? SI NO |
| 2. ¿Se encuentra muy mal los días anteriores a la regla? SI NO | 22. ¿Nota Vd. que le huele mal el flujo? SI NO |
| 3. ¿Se encuentra mejor cuando le baja la regla? SI NO | 23. ¿Padece Vd. de estreñimiento? SI NO |
| 4. ¿Tiene que tomar calmantes por los fuertes dolores durante las reglas? SI NO | 24. ¿Tiene Vd. con frecuencia náuseas y malestar de estómago? SI NO |
| 5. ¿Tiene que guardar cama durante los días de regla? SI NO | 25. ¿Ha tenido Vd. muy malos embarazos? SI NO |
| 6. ¿Considera que sus reglas son demasiado escasas? SI NO | 26. ¿Ha sufrido Vd. mucho en los partos? SI NO |
| 7. ¿Considera que sus reglas son exageradas con pérdidas excesivas? SI NO | 27. ¿Tiene relaciones sexuales más de una vez a la semana? SI NO |
| 8. ¿Se atrasa o faltan las reglas con frecuencia? SI NO | 28. ¿Se retira su marido antes de terminar el acto sexual para evitar el embarazo? SI NO |
| 9. ¿Son muy irregulares sus reglas, no viniendo nunca en día fijo? SI NO | 29. ¿Tiene muchísimo miedo de quedar embarazada? SI NO |
| 10. ¿Preferiría no tener las reglas porque lo considera un inconveniente? SI NO | 30. ¿Le apetecen a Vd. las relaciones sexuales? SI NO |
| 11. ¿Se asustó cuando tuvo la regla por primera vez? SI NO | 31. ¿Le producen molestias o dolor las relaciones sexuales? SI NO |
| 12. ¿Tiene dolores y molestias en los riñones desde hace tiempo? SI NO | 32. ¿Alcanza generalmente satisfacción completa en las relaciones sexuales? SI NO |
| 13. ¿Tiene dolores y molestias en el lado izquierdo del bajo-ventre desde hace mucho tiempo? SI NO | 33. ¿Sueña a veces con relaciones amorosas y se excita sin querer? SI NO |
| 14. ¿Tiene dolores y molestias en el lado derecho del bajo vientre desde hace mucho tiempo? SI NO | 34. ¿Se ha satisfecho sexualmente Vd. sola alguna vez? SI NO |
| 15. ¿La han visto otras veces por los dolores de ovario y de vientre sin encontrar alivio? ... SI NO | 35. ¿Crée Vd. que la mujer lleva la peor parte en la relación sexual? S. NO |
| 16. ¿Son sus dolores de ovarios mayores cuando está de pie? SI NO | 36. ¿Su marido y Vd. están de acuerdo en no tener más hijos? SI NO |
| 17. ¿Aumentan sus dolores de ovarios cuando se disgusta? SI NO | 37. ¿Crée Vd. que los médicos deberían prescribir medios para no tener hijos si se les pide? SI NO |
| 18. ¿Las molestias que Vd. tiene comenzaron desde que se casó? SI NO | 38. ¿Tiene miedo a tomar píldoras para no tener niños? SI NO |
| 19. ¿Las molestias que Vd. tiene comenzaron después de algún parto? SI NO | 39. ¿Crée que es mejor atender la casa y la familia que trabajar fuera en un empleo? ... SI NO |
| 20. ¿Se le inflama muchísimo el vientre de modo habitual? SI NO | 40. ¿Desea Vd. educar a sus hijos de la misma forma que su madre la educó a Vd.? SI NO |
| | 41. ¿Ha tenido Vd. dificultades para amamantar a sus hijos? SI NO |
| | 42. ¿Cree que es mejor tener hijos varones que hijas? SI NO |

43. ¿Cree que su marido podría portarse mejor con Ud? ... SI NO
44. ¿Siente con frecuencia escalofríos o sensación de frío? ... SI NO
45. ¿Siente con frecuencia oleadas de calor, como sofocos? ... SI NO
46. ¿Se ha desmayado alguna vez? ... SI NO
47. ¿Siente con frecuencia vértigos, como si fuera a perder el equilibrio? ... SI NO
48. ¿Tiene propensión a desmayarse al ver sangrar a una persona? ... SI NO
49. ¿Le quedan manchas rojas en la piel al tocar o rozar con algo? ... SI NO
50. ¿Se ruboriza con facilidad? ... SI NO
51. ¿Le aparecen manchas rojas con facilidad en las piernas o en el cuerpo que luego desaparecen? ... SI NO
52. ¿Es propensa a tener sabañones? ... SI NO
53. ¿Se le ponen moradas las manos o los pies con frecuencia? ... SI NO
54. ¿Suda excesivamente sin tener calor? ... SI NO
55. ¿Nota con frecuencia hormigullo en diferentes partes del cuerpo? ... SI NO
56. ¿Le duelen con frecuencia las articulaciones? ... SI NO
57. ¿Se le quedan acorchadas las manos o los pies con frecuencia? ... SI NO
58. ¿Se siente la mayor parte del tiempo contenta y feliz? ... SI NO
59. ¿Se figura habitualmente un futuro muy negro y un porvenir muy malo? ... SI NO
60. ¿Tiene la costumbre de permanecer callada en un segundo término en las reuniones con sus amistades? ... SI NO
61. ¿Se siente siempre fastidiada haga lo que haga? ... SI NO
62. ¿Le asaltan a veces ideas de que le va a suceder algo malo? ... SI NO
63. ¿Se arma un barullo de ideas cuando tiene que hacer alguna cosa rápidamente? ... SI NO
64. ¿Se siente intranquila o angustiada cuando se encuentra sola sin nadie amigo cerca? ... SI NO
65. ¿Le cuesta dormirse o se despierta varias veces durante la noche? ... SI NO
66. ¿Le desaniman muchísimo las preocupaciones y los pequeños disgustos? ... SI NO
67. ¿Ha tenido alguna vez una depresión nerviosa? ... SI NO
68. ¿Siente dolor en el pecho, hacia el corazón muchas veces? ... SI NO
69. ¿Su corazón empieza a ir aprisa muchas veces sin nada que lo justifique? ... SI NO
70. ¿Siente con frecuencia como si algo no la dejase respirar bien? ... SI NO
71. ¿Tiene con frecuencia palpitaciones del corazón? ... SI NO
72. ¿A veces, mientras está pensando en alguna cosa, le asalta como angustia o miedo a algo? ... SI NO
73. ¿Se estremece o tiembla a menudo? ... SI NO
74. ¿Se despierta frecuentemente por la noche sobresaltada por ruidos o pesadillas? ... SI NO
75. ¿Se encuentra casi siempre con tensión o excitación nerviosa? ... SI NO
76. ¿Tiene las manos y los pies fríos incluso cuando tiene calor? ... SI NO
77. ¿Ha tenido ataques con convulsiones en más de una ocasión? ... SI NO
78. ¿Tiene temporadas de agotamiento y fatiga en que se siente muy cansada, sin fuerzas para nada? ... SI NO
79. ¿Se levanta frecuentemente cansada por la mañana? ... SI NO
80. ¿Tiene opresión en la cabeza que le dificulte hacer lo que tenga que hacer? ... SI NO
81. ¿Se encuentra siempre tan fatigada que no tiene fuerzas ni para comer? ... SI NO
82. ¿Tiene apetito? ... SI NO
83. ¿Es tímida y sensible y se azora con facilidad? ... SI NO
84. ¿Hace buenas amistades con facilidad? ... SI NO
85. ¿Le desagradan los hombres? ... SI NO

III.2.- CUESTIONARIO GINECOLOGICO. A continuación la paciente realiza dicho cuestionario, siempre que sepa leer y escribir. Sus dudas sobre el enunciado del cuestionario eran solventadas por una persona de la Sección de Psicosomática, generalmente la matrona.

El cuestionario CORNELL F-N2, procede del CORNELL SERVICE INDEX, que fue ideado para aplicarlo al ejército de los E.E.U.U. en la CORNELL University y que fue publicado en 1946 por MITTEMAL y BRODMAN. Con este cuestionario se pretendía apartar del servicio militar a los no adaptados.

Vistos los buenos resultados, se decidió ampliar el campo de aplicación, haciendo un cuestionario para la población civil similar al empleado en la CORNELL University.

El primer autor español que lo empleó fue CERDÁ, 1957, quién lo adaptó para los sujetos españoles.

Unos años más tarde, la Dra. CUENCA, 1960, empezó a utilizarlo en Ginecología, haciéndolo válido para las pacientes ginecológicas en 1968. Demostró su gran utilidad para detectar alteraciones psicósomáticas en mujeres, pero al mismo tiempo, puso de relieve la necesidad de completar una anamnesis estandarizada en Ginecología que incluyera preguntas a cerca de: menstruación, embarazo, relaciones sexuales, etc.

Los estudios de CUENCA y SALVATIERRA, 1978, apoyan lo ya indicado por CERDA, 1968, a cerca de reducir el número de cuestiones del CORNELL F-N2, a un número más pequeño y significativo. Así, en 1978, CUENCA y cols., junto a 32 cuestiones del CORNELL F-N2, incluyeron otra serie de cuestiones.

Así, el Cuestionario Ginecológico queda finalmente como un cuestionario de 85 preguntas, 32 de ellas provenien-

tes del F-N2 del Cornell, concretamente las: 3,4,6,8,10, 13,20,21,23,25,28,29,30,32,35,36,37,38,39,40,41,45,53,57, 62,65,66,68,69,85,87 y 99. Se añaden a estas las siguientes cuestiones, cuyo tema, número y valoración indicamos a continuación:

| | Nº cuestiones | Valor Normal |
|--|---------------|--------------|
| * Síntomas menstruales----- | 11----- | 0-4 |
| * Pelvialgia----- | 8----- | 0-2 |
| * Rechazo embarazo----- | 7----- | 0-3 |
| * " sexo----- | 8----- | 0-2 |
| * " feminidad----- | 5----- | 0-2 |
| * Cornell (neuroticismo)----- | 32----- | 0-14 |
| * S.E.V. (índice de inestabi- lidad endocrino-vegetativa de CURTIUS-KRUGER)----- | 19----- | 0-6 |
| * BLATI (índice menopausico)- | 12----- | 0-6 |
| * Ansiedad (expresada en síntomas somáticos)----- | 42----- | 0-18 |
| * Depresión----- | 11----- | 0-7 |
| * Total----- | 85----- | 0-32 |

Aclarar, que el término "neuroticismo" se entiende como "un rasgo general de la personalidad, que determina el nivel de adaptación del sujeto a las condiciones del medio y que varía en el conjunto de la población de un modo gradual según una curva de distribución normal", EYSENCK, 1970.

Se establecen tres índices de neuroticismo: Normal, de 0 a 9 puntos. Ligero, de 10 a 14 puntos, índice anormal. Neuroticismo acentuado, más de 15 puntos; es un índice anormal con neuroticismo probable.

La valoración de cada cuestionario se hace según una

plantilla por un médico de la Sección de Psicopatología. Añadiré que, cuando topamos con mujeres analfabetas, como sucedió en dos casos de nuestro estudio, no se les administró el cuestionario.

III.3.- TEST DE APERCEPCION TEMATICA DE MURRAY

Este test, más conocido por las siglas T.A.T., Thematic apperception test, fué ideado por Henry A. MURRAY y Christina D. MORGAN en 1935, en la Clínica Psicológica de la Universidad de HARVARD. Ambos publicaron una monografía titulada "A method for investigating phantasies: the Thematic apperception test"; donde aparece descrito su fundamento y la técnica de valoración y de aplicación, así como un número de láminas que básicamente no se han modificado.

Se trata de un test proyectivo, que, al igual que el de RORSCHACH, fué propuesto primeramente para explorar la fantasía, y que posteriormente alcanzó gran valor para explorar otras facetas de la personalidad. Esto lo constató el propio MURRAY en 1938 en su magnífico texto "Exploration in personality". La revisión definitiva, hasta alcanzar su forma actual, fué publicada en 1942 en varias ediciones de la Universidad de HARVARD.

El T.A.T. prestó grandes servicios a las fuerzas armadas de E.E.U.U. durante la última Guerra Mundial, y hoy día, se encuentra muy difundido en casi todos los centros psicológicos del mundo, habiendo logrado un gran prestigio. Junto a los test de SZONDI y RORSCHACH, está considerado uno de los test proyectivos más útiles y de mayores posibilidades.

El T.A.T. intenta estudiar las motivaciones profundas

de la conducta humana. Sobre los otros dos test arriba indicados tiene la ventaja de una mayor facilidad de aprendizaje y una mayor seguridad de análisis y interpretación.

El fundamento del test se basa, en que ante un hecho cierto, cada sujeto lo vive a su modo, dependiendo de su personalidad y desde su exclusiva perspectiva. Constituye un método eficaz para descubrir determinadas tendencias de la personalidad, emociones, sentimientos y conflictos determinantes de dicha personalidad. Su valor reside en su poder de revelación de las tendencias subyacentes inhibidas que el sujeto no quiere o no puede admitir.

a) APLICACION DEL TEST: consiste en mostrar al sujeto una colección de 20 láminas, y pedirle que sobre cada una de ellas elabore una historia. Debe decir lo que piensan y sienten los personajes, refiriéndose al pasado, hasta llegar a la situación presente en la lámina, y continuar con un desenlace o futuro.

Las láminas, por sus contornos imprecisos, su impresión difusa o su tema inexplicito, son lo suficientemente ambiguas como para provocar la proyección de la realidad íntima del sujeto a través de sus interpretaciones o estructuraciones perceptuales (descripciones), mnésicas o imaginativas (historias) y, dado su variedad, son suficientes para averiguar qué situaciones y relaciones sugieren al sujeto: temor deseos, dificultades, agresiones, ansiedades, necesidades y presiones fundamentales en la dinámica subyacente de la personalidad.

b) VALIDEZ DEL T.A.T.: TOMKINS, 1948, realizó un minucioso análisis de la validez del test en la información que suministra sobre los contenidos emocionales del sujeto. Tras una exploración intensiva de 75 horas de entrevistas, test y técnicas experimentales, comprobó la veracidad

de las informaciones suministradas por el test.

Otros autores, como SYMONDS, 1949 y HENRY, 1947, también se han ocupado de verificar la validez del T.A.T.

HILTMAN, 1962, afirmó que el T.A.T. pertenece a los pocos métodos verdaderamente útiles en Psicología Clínica y Diagnóstico de la Personalidad.

c) ADAPTACION DEL T.A.T. A NUESTRO DEPARTAMENTO: al intentar utilizar de forma rutinaria en todas las pacientes que acuden a la Sección de Psicósomática el T.A.T., dos fueron los principales inconvenientes encontrados: la enorme cantidad de tiempo que requiere la aplicación de las 20 láminas del test y su posterior interpretación; y el bajo nivel cultural de la población a la que se aplica el test, con escasa capacidad de elaboración de historias e interpretación de las láminas, limitándose en muchas ocasiones a una descripción de las mismas.

Por todo ello, la Dra. CUENCA adaptó el cuestionario de forma que empleamos únicamente 9 láminas. Suficientes para el estudio Psicósomático en Ginecología. Para ello siguió las directrices de DAVIDS, 1961, y de GRIMM, 1961, 1966.

Estas láminas son las que mejor contestan las pacientes, evitando así cansancio y distracciones. Son los números: 1, 2, 3NM, 4, 6NM, 7NM, 13HM, 18NM y 18VH. Las describiremos más adelante. Para el presente trabajo nos hemos centrado principalmente en las láminas 2, 7 y 18

d) INDICES PARA LA EVALUACION DEL TEST: para evaluar el test se utilizan unas puntuaciones o índices. Dicho índices se establecen según la descripción de las láminas.

* Indice de ansiedad: refleja tensiones emocionales

profundas que la mujer no es capaz de dominar. La ansiedad, la angustia, centro de toda la teoría psicosomática, puede definirse como un estado disfásico subjetivo, relacionado con la percepción de un peligro mal definido y potencial que el sujeto trata de evitar de diversas maneras. (SALVATIERRA, 1975).

Distinguimos varios grados a la hora de evaluar el test: Grado 0, no existe ansiedad. Grado 1, el personaje se encuentra enfermo, preocupado, etc. Grado 2, cuando el hecho que ocurre o la situación en que se encuentra el personaje es irreparable, por ejemplo, la muerte.

* Índice de agresividad: la agresividad o la agresión es una forma de reaccionar nuestro organismo ante una determinada situación que le permite satisfacer sus necesidades vitales. El carácter de la agresividad puede ser negativo, destructor, o bien positivo, creador. También puede volverse contra el propio sujeto.

Grado 0, no hay agresividad. Grado 1, la agresividad no conduce a ningún hecho irreparable. Grado 2, la agresividad conduce a un hecho irreparable.

* Índice de culpabilidad: nos traduce una situación más o menos motivada, por la que es necesario sufrir un castigo, con el cual la persona se siente liberada de aquello que ha hecho o que piensa que ha hecho.

Grado 0, no hay culpabilidad. Grado 1, hay sentimiento de culpa.

* Índice de adaptación femenina o feminidad: con este índice pretendemos saber si la mujer está bien adaptada a las funciones que se esperan de ella. Se valorará más específicamente en las láminas 2 (percepción de embarazo)

3NM, 6NM y 13NM (si se reconoce como a tal a la figura femenina que se representa en la lámina).

Grado 0, no percepción de embarazo o cambio de sexo de la figura. Grado 1, dudas sobre el sexo de la figura. Grado 2, percepción de embarazo o de la figura femenina como tal.

* Índice de depresión: Grado 0, no existe depresión. Grado 1, existen sentimientos de pena, soledad, desconsuelo, etc.

* Índice de inseguridad: Grado 0, se siente segura o no consta la inseguridad. Grado 1, existe inseguridad.

* Índice de rechazo: hemos valorado el rechazo total, y de una manera más específica, el rechazo hacia la madre, valorado especialmente en la lámina 7NM. Grado 0, no hay rechazo. Grado 1, hay algún tipo de rechazo.

e) VALORACION DE LOS INDICES: estos índices se expresan por puntuaciones que valoraremos de 0 a 8 con arreglo a la historia que se relata en cada lámina. Luego se suman los valores obtenidos para concretar un resultado final. Dividimos los índices en tres valoraciones: Normal, con puntuaciones 0, 1 y 2. Medio: si las puntuaciones son 3, 4 y 5. Alto: con valores 6, 7 y 8.

Naturalmente, no es lo mismo un índice de ansiedad 4, que refleja una ansiedad media, que un índice de culpabilidad, inseguridad o rechazo de 4, que para nosotros son patológicos.

f) VALORACION DE LA PERCEPCION: se valora en la lámina 1. Distinguimos, buena percepción: se percibe el violín como tal. Mala percepción, no se percibe el violín co-

mo tal.

g) ACTITUD SEXUAL Y SENTIMIENTOS LATENTES: para aclarar la actitud general de la paciente hacia el sexo, nos basamos en que, en las historias que suscitan las láminas del T.A.T., en las pacientes pueden aparecer contenidos de carácter sexual que reflejan la actitud de la paciente hacia el sexo, indudablemente influida por la actitud y estereotipos culturales de su medio.

Las láminas en las que son más frecuentes la aparición de contenidos sexuales son las 6NM y la 13 HM, aunque también pueden encontrarse contenidos sexuales en el resto de las láminas.

Teniendo en cuenta estas dos láminas, hemos calificado la ACTITUD SEXUAL de la mujer de no expresada, (sin referencia al sexo en ninguna lámina). Las historias de estas dos láminas no tienen un contenido sexual explícito, sino que hablan de una relación interpersonal. Positiva, (relatos que se refieren a una relación interpersonal, heterosexual, o sus prolegómenos, con buena aceptación por parte de la mujer, como algo natural y agradable). Negativa, (si las historias conllevan violencia, empleo de la fuerza, rechazo, desagrado, actos ilegales, consecuencias penosas, etc; siempre refiriéndose a la relación sexual). Ambivalente, (historias mezcladas y contradictorias). Preocupación, (los contenidos sexuales son numerosos, apareciendo en otras láminas, además de en la 6 y en la 13, sobre todo en las láminas 3, 4, 7 y 18. En este caso se podría hablar de preocupación sexual, habitualmente correlacionada en nuestra experiencia con tendencias histéricas.

SENTIMIENTOS LATENTES, son los sentimientos y emociones no sexuales evidenciados en las historias despertadas

ante las láminas 6 y 13. Estas proyecciones se pueden calificar en: ansiedad (historias de enfermedad o de muerte, catástrofes, miedos, etc.); culpabilidad (relatos en que los personajes tienen horror ante lo realizado, se arrepienten, sufren por ello, etc.); rechazo (la mujer rechaza lo que le proponen, huye de una relación no sexual, etc.); sentimientos combinados (cuando hay historias de culpabilidad y/o rechazo asociados a datos de ansiedad y/o depresión). Puede no haber proyección de ningún sentimiento, en cuyo caso se califica como ningún sentimiento.

h) RELACIONES INTERPERSONALES: (lámina 2). Las historias producidas ante esta lámina incluyen la percepción de distintas relaciones entre los personajes que en ella aparecen: una joven, una mujer de mayor edad y un hombre; estas relaciones pueden ser:

* relación familiar: se trata de un padre, madre e hija en un contexto convencional.

* relación entre dos mujeres; a veces como familia, otras veces no, con exclusión del hombre, que es ignorado o no interviene.

* relación triangular: hay una rivalidad entre las dos mujeres frente el hombre, con distintas reacciones de la más joven, como pueden ser, decisión de lucha, retirada, refugio en los libros o en otras actividades tradicionalmente no femeninas, etc.

* relación hombre-mujer: se trata del marido novio etc., con el que la mujer joven se relaciona, mientras que la otra mujer es ignorada o interviene en segundo plano.

* relación de dos niveles: en estas historias no hay una relación directa entre la joven y los otros dos perso-

najes, tratándose de una maestra, una estudiante u otro personaje que ha salido al campo y contempla el trabajo de los otros dos personajes, como quién mira un cuadro, haciendo consideraciones abstractas sobre el trabajo, la vida rural, las diferencias sociales, etc.

* relación ausente: historias poco estructuradas, no relación entre los personajes.

i) RELACION MADRE-HIJA: (lámina 7). Fundamentalmente vamos a encontrar cuatro tipos de relatos.

* predominio materno o apersonación: cuando las historias se refieren a acciones de la madre, mientras que la hija no realiza ninguna acción o intervención, quedando completamente anulada.

* equilibrio o atención: cuando en las historias intervienen madre e hija, realizando una labor conjunta y armoniosa, en términos afectuosos y de colaboración; una lee y otra atiende, piensan las dos en el padre ausente, proyectan algo en común, etc.

* falta de atención o rebeldía: son relatos de desacuerdo o de rechazo de la acción de la madre por parte de la hija, lo que tal vez sea una interpretación objetiva de la lámina, ya que en ella la niña está ligeramente vuelta de espaldas a la madre, como estando enfadada o en contra.

* indefinida: cuando la imagen no se percibe como una relación de madre-hija, sino como amigas, hermanas etc. (CUENCA y SALVATIERRA, 1981)

j) DESCRIPCION DE LAS LAMINAS EMPLEADAS:

* LAMINA 1.- Un niño ensimismado, con la cabeza apoya-

dada entre las manos y los codos sobre la mesa, contempla un violín que está sobre la mesa, y debajo del cual hay una hoja de papel que se asemeja a las utilizadas para escribir música. Junto al violín está el arco. Las figuras y los objetos citados se destacan sobre un fondo oscuro y ocupan el primer plano de la lámina. (dibujo de Christina MORGAN).

* LAMINA 2.- Escena campestre; en primer plano una joven con libros en la mano; al fondo un hombre trabajando en el campo y una mujer mirando a lo lejos.. (Mural de Leon KROLL).

* LAMINA 3NM.-Una mujer aparentemente joven, con el rostro cubierto por su mano y la cabeza inclinada, en actitud de abatimiento. Apoya su mano en el borde de la puerta abierta. El fondo negro del vano de la puerta, sobre el que se perfila la figura, hace que se esfume una parte de su entorno. (Dibujo de Samuel THAL).

* LAMINA 4.-Una mujer estrecha los hombros de un hombre, cuya cara y cuerpo aparta, como tratándolo de separarse de ella. (Ilustración de C.C. BEALL).

* LAMINA 6NM.-Una mujer joven sentada sobre el borde de un sofá, mira hacia atrás, por encima de un hombro, a un hombre de edad con una pipa en la boca, que parece dirigirle la palabra. (Parte de una ilustración de H. RUBIN).

* LAMINA 7NM.-Mujer sentada en un sofá, próxima a una niña, hablándole o leyéndole. La niña, que sostiene una muñeca en su regazo, mira a lo lejos. (Cuentos de hadas, por SHULKIN; reproducido con permiso especial del Metropolitan Museum of Art de New York)

* LAMINA 13HM.-Un joven de pié con la cabeza incli-

nada cubierta por un brazo. Detrás de él, la figura semidesnuda, tendida en la cama, de una mujer. (Dibujo de Samuel THAL).

*LAMINA 18NM.-Una mujer aparece apretando estrechamente sus manos alrededor de otra mujer, a quien parece empujar contra la baranda de una escalera. (Dibujo de Samuel THAL).

* LAMINA 18VH.-Un hombre asido por detrás por tres manos. Las figuras de sus agresores no son visibles. (Dibujo de Christina MORGAN).

El significado de la clave utilizada en el T.A.T. es el siguiente: V= varones niños. N= niñas. H= varones adultos. M= mujer adulta.

Cuando a un número no le sigue ninguna clave (V, N, H, M) quiere decir que es aplicable a todas las edades de ambos sexos. Cuando dos letras se presentan juntas, quiere decir que la lámina es aplicable a los sujetos que indica.

IV) MÉTODOS ESTADÍSTICOS

El tratamiento estadístico de nuestros datos lo hemos realizado en un ordenador Canon BX-1 de la Sección de Psicósomática del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico San Cecilio de Granada.

Para el análisis estadístico de los resultados hemos utilizado las siguientes pruebas:

1) COMPARACION DE LOS TANTEOS MEDIANTE LA DISTRIBUCION DE χ^2 (TEST DE PEARSON).

Mediante esta distribución, ideada por PEARSON en 1900, se confrontan observaciones (tanteos efectivos), e hipótesis (valores calculados). Permite comparar a la vez varias distribuciones, clase por clase.

La fórmula de esta distribución es la siguiente:

$$\chi^2 = \sum \frac{x'^2}{m'}$$

siendo $x'^2 = (x+m) - m'$

Donde $(x+m)$ indica los valores observados en el tanteo, y m' los valores correspondientes de la distribución comparativa y m los valores m calculados o "teóricos".

Obtenido χ^2 por la fórmula citada, mediante adición de todas las clases, se busca en una tabla ideada por FISCHER y YATES (Statistical Tables of Agricultural, Biological and Medical Research, 1953, Ed. Oliver & Boyd, Edimburgo), la probabilidad "p" con la ayuda del grado de libertad "n". A cada valor de χ^2 corresponde un valor de "p", de forma, que a medida que este aumenta de 0 a infinito, "p" disminu-

ye de t a 0. Si "p" es menor de 0'05 ó 0'01, la diferencia entre los valores obtenidos y los calculados (distribución comparativa) será estadísticamente apreciable. Si es mayor de tales valores, entre 10 y 90%, deben hacer sospechar la existencia de un cálculo equivocado o de una concordancia demasiado casual, nunca tan fidedigna como las concordancias moderadas.

La distribución χ^2 se emplea para comparar frecuencias o acontecimientos, aunque se puede aplicar también a distribuciones continuas, siempre que los valores individuales, puedan agruparse en clases, pues entonces se calcula igualmente sólo con frecuencias, con densidades de clase. Todas las clases comparadas entre sí deben corresponder.

El grado de libertad "n" para χ^2 es:

$$n = (n' - 1) (v - 1)$$

donde "n" representa el número de clases de un tanteo y "v" el número de sondeos que han de compararse. Las distribuciones comparativas calculadas teóricamente no cuentan para la determinación del grado de libertad.

En una tabla de contingencia de dos filas por dos columnas, habrá que efectuar dos tanteos de dos miembros y por lo tanto el valor de "n" será:

$$n = (2 - 1) (2 - 1) = 1$$

El grado de libertad "n" de cualquier tabla de 2 por 2 es pues igual a 1.

2) TEST DE STUDENT PARA COMPARACION DE DOS MEDIAS.

Dadas dos muestras de tamaños n_1 y n_2 , cuyas medias muestrales son \bar{x}_1 y \bar{x}_2 y sus varianzas S_1^2 y S_2^2 .

Si las varianzas poblacionales σ_1^2 y σ_2^2 fueran conocidas:

$$\bar{x}_1 \text{-----} \rightarrow N(\mu_1; \sigma_1^2 / \sqrt{n_1})$$

$$\bar{x}_2 \text{-----} \rightarrow N(\mu_2; \sigma_2^2 / \sqrt{n_2})$$

por ser muestras aleatorias. Por otro lado, y puesto que las muestras son independientes, la variable $\bar{x}_1 - \bar{x}_2$ tendrá por media las diferencias de las medias y por varianza, la suma de las varianzas y, en consecuencia, puesto que $H_0 \equiv \mu_1 = \mu_2$ es equivalente a $H_0 \equiv \mu_1 - \mu_2 = 0$, la expresión es válida también ahora, teniendo en cuenta que $\mu_0 = 0$.

Como resumen, la regla del test puede sintetizarse en el modo que sigue:

$$\text{Se calcula } t_{\text{exp}} = \frac{|\bar{x}_1 - \bar{x}_2|}{\sqrt{\frac{\sigma_1^2}{n_1} + \frac{\sigma_2^2}{n_2}}}$$

y se compara con una t_{α} teórica con $(n_1 + n_2 - 2)$ g.l.

La regla de decisión es:

Si $t_{\text{exp}} \leq t_{\alpha}$ se acepta $H_0 \equiv \mu_1 = \mu_2$

Si $t_{\text{exp}} > t_{\alpha}$ se rechaza H_0 y se acepta $H_1 \equiv \mu_1 \neq \mu_2$

con error α , o sea, que tal diferencia es estadísticamente significativa.

Los resultados así obtenidos, estudiados con una o ambas pruebas, han sido objetivados en las tablas GEIGY.

El nivel de significación elegido ha sido el 5%.

RESULTADOS

INTRODUCCION

En el material estudiado, 40 de nuestras 100 pacientes presentaban hallazgos orgánicos comprobados por diversos métodos clínicos o actos quirúrgicos.

Resaltar que hemos sido muy estrictos a la hora de indicar un hallazgo como "orgánico" y que la patología estaba demostrada. Hallazgos sobre los que no hay unanimidad de criterios respecto a su causalidad patógena, no han sido tenidos en cuenta. Nos referimos a la Retroflexión Uterina, el Varicocele Pélvico y la Pelipatía Vegetativa fundamentalmente. 17 de nuestras pacientes presentaron de forma aislada alguna de éstas patologías.

Así pues, y para el estudio comparativo, las pacientes con éste tipo de patologías no están incluidas en el epígrafe de "dispareunicas con hallazgos orgánicos".

Dos de nuestras pacientes que tampoco están incluidas bajo éste epígrafe, presentaron Dispareunia en relación a la colocación de un Dispositivo Intrauterino. El cambio de método anticonceptivo bastó para que desapareciera el trastorno. Las dos presentaron una Dispareunia concomitante o simultánea con el coito.

Otras dos pacientes no incluidas entre las que presentaron hallazgos orgánicos, son dos pacientes con Vaginismo. En un caso se trató de un Vaginismo leve que cedió en poco tiempo con estimulación sexual e introducción digital suave. En los dos casos hubo Dispareunia de entrada.

A continuación pasaré a exponer más detalladamente la patología orgánica que hemos encontrado y el tipo de Dispareunia que presentaban. De todas formas, y para una mayor claridad en la exposición, se añaden unos anejos, resu-

men del protocolo, de cada una de las pacientes estudiadas, en los que se hace constar los datos generales, datos de la Dispareunia, parámetros sexuales, exploración y diagnóstico ginecológicos y evaluación de los test psicológicos.

La descripción del tipo de Dispareunia se hará desde un punto de vista cronológico respecto del momento del coito. Como ésta patología es inseparable de él, nos parece lo más indicado.

Hemos encontrado la siguiente patología orgánica:

* 10 Colpitis:

- 3 casos de Colpitis inespecífica, dos de ellas con Dispareunia de entrada y uno concomitante.
- 3 casos de Colpitis Moniliásica, dos con Dispareunia de entrada y uno concomitante.
- 2 casos de Colpitis Tricomoniásica. En un caso asociada a Quiste vaginal de Gardner. En los dos casos había una Dispareunia concomitante.
- 1 caso de Colpitis por Trichomona y Cándida asociada a Miomatosis uterina. Presentaba Dispareunia concomitante.
- 1 caso de Colpitis atrófica con Dispareunia de entrada.

Así pues, en éste grupo lo más frecuente es la Dispareunia de entrada y concomitante. Representan el 25% del total de nuestra patología.

* Patología que estenosa la luz del conducto vaginal

- 2 casos de Estenosis del Introito por Episiotomía deficientemente reparada. Dispareunia de entrada en ambos casos.

- 1 caso de Estenosis Himeneal por amplio Himen tabicado. Dispareunia de entrada.

- 1 caso de Estenosis del 1/3 superior de la Vagina, con Dispareunia posterior o postcoital.

- 1 caso de Estenosis vaginal atrófica con Dispareunia de entrada

- 1 caso de Granuloma vaginal en cicatriz de Episiotomía anterior, con Dispareunia de entrada.

* 1 caso de Vulvo-Bartholinitis con Dispareunia de entrada.

* Patología cervical: 6 casos.

- 4 casos de Cervicitis, tres de ellos con Dispareunia de concomitante y uno con Dispareunia de entrada.

- 1 caso de Cervicitis asociada con Varicocele Pélvico que presenta una Dispareunia de entrada.

- 1 caso de Elongación Hipertrófica del cérvix, con Dispareunia posterior.

* Endometriosis aislada o asociada a otra patología: 6 casos.

- 2 casos de Endometriosis Pélvica. En un caso había Dispareunia posterior y en otro mal definida.

- 1 caso de Adenomiosis con Dispareunia concomitante.
- 1 caso de Quiste Endometriósico de Ovario izd. Dispareunia concomitante.
- 1 caso de Quiste Endometriósico+Síndrome de Allen y Master+Síndrome adherencial+Congestión Pélvica.Dispareunia concomitante.
- 1 caso de Endometriosis ovárica+Miomatosis Uterina con Dispareunia mal definida.

Tres de éstas seis pacientes localizaron su dolor en la parte baja de la pelvis.

* Miomatosis uterina, 3 casos. Dispareunia concomitante localizada en la profundidad de la Pelvis.

* Enfermedad Pélvica Inflamatoria, 4 casos.

- 2 casos de Metroanexitis crónica residual. En un caso había Dispareunia posterior y en otro, mal definida.

- 1 caso de Síndrome Adherencial ovarico bilateral con Dispareunia posterior.

- 1 caso de Enfermedad Pélvica Inflamatoria que englobaba Aparato Genital y asas intestinales, post-ligadura tubarica bilateral. Presenta Dispareunia posterior.

* 1 caso de Quiste de Ovario izd y Varicocele en el espesor del Ligamento Ancho. Dispareunia de entrada.

* 1 caso de Síndrome de Allen y Masters y Congestión

Pelviana. Dispareunia posterior.

* Cánceres, 2 casos.

- 1 caso de Cáncer de Cervix con Dispareunia posterior.
- 1 caso de Cáncer de Cervix+Quiétes ováricos dermoides bilaterales+Endometritis y Salpingitis inespecífica. Dispareunia posterior.

Así pues; por orden de frecuencia y en sentido decreciente hemos encontrado: Tabla IV.

- 25%-----Colpitis.
- 15%-----Estenosis Vulvo-Vaginales.
- 15%-----Endometriosis.
- 12'5%----Cervicitis.
- 10%-----E.P.I. o Inflammaciones pélvicas.
- 7'5%----Miomatosis Uterina.
- 5%-----Cáncer de Cervix.
- 2'5%----Vulvo-Bartholinitis.
- 2'5%----Elongación Hipertrófica del Cervix.
- 2'5%----Quieste de Ovario.
- 2'5%----Síndrome de Allen y Masters.

LOCALIZACION DEL DOLOR: Respecto a éste extremo, bien en genitales externos o bien en la profundidad de la Pelvis; parece que existe una clara relación con la localización de la lesión, hecho que puede ayudar al clínico a orientar un diagnóstico.

Así, en 10 casos de Colpitis; 6 localizaban su dolor en genitales externos y otras 4 profundamente en la Pelvis, pero de estas 4 mujeres, dos tenían asociada otra patología y una estaba histerectomizada.

- De 5 pacientes con Cervicitis, una tenía Dispareunia externa y 4 profunda.

- En 1 caso de Vulvo-Bartholinitis, la Dispareunia fué externa.

- En 1 caso de Elongación Hipertrófica del Cérvix, la Dispareunia fué profunda.

- De los 6 casos que tenemos con Estenosis Vulvo-Vaginales, 5 tenían Dispareunia externa y 1 dolor profundo: se trata de la paciente que presenta una Estenosis del 1/3 superior de la Vagina.

- De los 5 casos con Endometriosis; 3 presentan dolor profundo y en otros 2 casos el dolor está mal definido.

- De los 4 casos de Miomatosis Uterina, 3 presentan dolor profundo y en un caso está mal definido.

- En los 4 casos de Metroanexitis crónica el dolor es profundo en la Pelvis.

- La paciente con un Quiste de Ovario+Varicocele Pélvico presenta un dolor profundo.

- El caso del Síndrome de Allen y Masters+Congestión Pélvica cursa con dolor profundo.

- En los 2 casos de Cáncer de Cérvix, el que está asociado a otras patologías presenta dolor profundo; en el otro caso está mal definido.

A continuación pasamos a exponer los resultados obtenidos al comparar los grupos de estudio que hemos establecido.

En la descripción del material, ya indicábamos nuestra clasificación de las pacientes en distintos grupos de estudio. Tablas I y Ia.

Referiremos todos los parámetros que vamos a estudiar en estas pacientes a esta doble consideración, es decir:

- 1) Según el motivo de consulta, si fué por la Dispareunia o por otra causa.
- 2) Según la presencia o no de patología orgánica.

EDAD: Oscila entre los 20 y 50 años, con una edad media de 35'45 años y una desviación estandar de 8'07.

En la tabla V observamos que en el grupo de mujeres más jóvenes, menos de 30 años, se produce un alto porcentaje de ellas que consultan por Dispareunia, con un 47'28%. El grupo de las de más de 40 años son las más reacias a consultar.

En el grupo de edad intermedia, de 31 a 35 años, se encontró un más alto porcentaje de pacientes cuya Dispareunia se demostró en la anamnesis.

Las mujeres del grupo de mayor edad no manifestaron diferencias en uno u otro caso.

Las diferencias entre los grupos han sido estadísticamente significativas, $p < 0'025$.

Respecto a la relación de la edad con la presencia de hallazgos orgánicos, vemos que éstos son más frecuentes en el grupo de mayor edad (41-50 años).

Las Dispareunia sin hallazgos orgánicos predomina entre las mujeres más jóvenes, de menos de 40 años.

Las diferencias entre los dos grupos han resultado tener significación estadística ($p < 0'025$) Tabla Va.

DURACION: Hemos realizado cuatro grupos, según la duración de la Dispareunia en: meses, un año, dos a cinco años y más de cinco años.

El porcentaje de mujeres que había consultado por Dispareunia fué mayor en el grupo de duración de dos a cinco años (38'89%); el menor porcentaje se dió en el grupo cuya Dispareunia duraba unos meses (13'84%). Los otros dos grupos dieron porcentajes muy similares.

Entre las mujeres cuya Dispareunia se descubrió en la anamnesis, destaca el elevado porcentaje de pacientes cuya Dispareunia dura más de cinco años. (48'44%), correspondiendo el porcentaje menor a aquellas cuya Dispareunia duraba un año. Las diferencias entre los grupos han dado significación estadística. ($p < 0'05$). Tabla VI.

El porcentaje mayor de mujeres con Dispareunia y hallazgos orgánicos se refleja en los dos grupos de mayor duración de la Dispareunia, con un 37'5% y 40%; siendo este más bajo en los dos grupos de menor duración.

En las dispareúnicas sin hallazgos orgánicos, había un mayor porcentaje en el grupo de más de cinco años de duración (30%); decreciendo el porcentaje paralelamente al tiempo de duración.

No hubo significación estadística al comparar los dos grupos. Tabla VIa.

PARIDAD: Con respecto a la paridad, el porcentaje de mujeres que consultó por Dispareunia fué mayor en las que tenían un menor número de hijos; así como también tenían un

mayor número de hijos las que su Dispareunia fué hallada durante la anamnesis.

Setenta y cinco de nuestras cien pacientes tenían un mínimo de dos hijos y veinticinco uno o ninguno. De este último grupo 16 consultaron por dolor coital, representando un 64% de su grupo, mientras que en el grupo de mayor paridad, el porcentaje fué de sólo el 22'66%. Así pues consultan más frecuentemente por su Dispareunia las pacientes de menor paridad.

Las diferencias entre los grupos han resultado ser estadísticamente significativas, $p < 0'0005$. Tabla VII.

Respecto a la presencia de hallazgos orgánicos, 14 de las 25 mujeres de paridad nula o baja, presentaron dichos hallazgos, lo que significa un 56%. De las 75 mujeres de paridad mayor, 26 presentaron hallazgos orgánicos, lo que representa un 34'66%. Los hallazgos orgánicos fueron por tanto más frecuentes en las pacientes de paridad nula o baja. La Dispareunia funcional, como queja sin hallazgos orgánicos, fué más frecuente en el grupo de paridad mayor.

Las diferencias entre ambos grupos han resultado ser estadísticamente significativas, $p < 0'005$. Tabla VIIa.

ANTICONCEPCION: Los métodos anticonceptivos eran muy variados, siendo la anticoncepción la regla, ya que ésta era realizada por 85 de nuestras 100 pacientes. El método anticonceptivo más utilizado fué el Coito Interrumpido.

Entre las mujeres que consultaron por Dispareunia, el porcentaje de las que realizaron métodos no naturales fué ligeramente superior (38'89%) al de las que utilizan métodos naturales (36'11%).

En el grupo de mujeres con Dispareunia detectada en la

anamnesis, los porcentajes de las que realizaban Coito Interrumpido y métodos no naturales era el mismo. (45'31%).

El 25% de las pacientes que consultaron por Dispareunia no realizaban anticoncepción, frente a sólo el 9'38% de las que consultaron por otro motivo. Por porcentajes de los grupos de contracepción observamos que es el grupo de pacientes que no realiza anticoncepción el que más frecuentemente consulta por Dispareunia.

No hay significación estadística al comparar los grupos de estudio. Tabla VIII.

Los hallazgos orgánicos han sido más frecuentes en el grupo de no contracepción (10 de las 15 pacientes de este grupo, 66'66%); mientras que la Dispareunia sin hallazgos orgánicos ha sido más frecuente en el grupo de las que empleaban métodos no naturales.

Las diferencias entre los grupos analizadas estadísticamente, han sido significativas, $p < 0'05$. Tabla VIIIa.

RELACION CON EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES: Veinte y tres de nuestras pacientes consultó al inicio de las relaciones sexuales y setenta y siete posteriormente.

En las dispareunicas que consultaron por tal motivo, el porcentaje de relaciones sexuales iniciales fué mayor que en el otro grupo.

El porcentaje de dispareunicas detectadas por la anamnesis fué mayor (82'02%), cuando ya habían iniciado el intercambio sexual; y mayor que en el otro grupo.

Las diferencias entre los grupos, analizadas estadísticamente, han sido significativas; $p < 0'05$. Tabla IX

Los hallazgos orgánicos fueron más frecuentes en las dispareunicas, tras el inicio de las relaciones sexuales (77'5%). Otro tanto sucede en el grupo anamnésico, siendo las diferencias entre los grupos muy escasa.

Tampoco hay apenas diferencias porcentuales entre la presencia o no de hallazgos orgánicos en las dispareunicas desde el inicio de sus relaciones sexuales.

No hay significación estadística entre las diferencias de los grupos. Tabla IXa.

TIPO DE COITO: LLama la atención el gran porcentaje de mujeres que realizaba Coito Interrumpido. Aparecen también cuatro casos de Coito Vulvar que hemos incluido, para simplificar en el grupo de Coito Interrumpido.

Un porcentaje muy similar de dispareunicas que consultó por éste u otro motivo, realizaban coito normal o interrumpido.

Las diferencias entre los grupos no son significativas. Tabla X.

El porcentaje de mujeres que realiza coitos normales, es ligeramente mayor en las dispareunicas con hallazgos orgánicos que en el grupo de sin hallazgos; ocurre a la inversa en el grupo que hace Coito Interrumpido.

No hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio. Tabla Xa.

FRECUENCIA DE COITO: Para su estudio hemos realizado dos grupos: pacientes que tenía una frecuencia de coito semanal o menor, y aquellas que realizaban coitos cada 2-4 semanas. El 78% de las mujeres realizaba uno o más de un coito semanal, y un 22%, cada dos o cuatro semanas.

Mayor frecuencia de coito semanal tenían las pacientes que consultaron por una causa distinta a su Dispareunia (85'94%). Frente al 63'89% de las que consultaron por Dispareunia.

El mayor porcentaje de las que realizaban coito más de tarde en tarde se dió en las que consultaron por Dispareunia (36'11%).

El análisis estadístico de las diferencias entre los grupos ha sido estadísticamente significativo. $p < 0'0125$ Tabla XI.

Las dispareunicas con hallazgos orgánicos tenían un menor porcentaje de frecuencia de coito semanal (70%), que las del grupo de no hallazgos (83'33%). Inversamente sucede en el grupo de mujeres que practica el coito más tarde.

Las diferencias entre los grupos no son significativas. Tabla XIa.

APETENCIA SEXUAL: La mitad de nuestras pacientes indicaron no tener apetencia sexual; el 26% manifestó tener apetencia escasa y sólo el 24% tenía apetencia franca.

El mayor porcentaje de mujeres con apetencia sexual se dió entre las que consultaron por Dispareunia. (30'56%). El mayor porcentaje de inapetentes sexuales se dió entre las que consultaron por una causa distinta a su Dispareunia.

Las diferencias no son significativas. Tabla XII.

El porcentaje de pacientes con inapetencia sexual fué el mismo en el grupo de dispareunicas con hallazgo orgánico, que en el grupo de no hallazgos (50%). La apetencia fué

ligeramente superior en el grupo sin hallazgos.

El análisis estadístico no fué significativo. Tabla XIIa

ORGASMO: Treinta y una de nuestras pacientes manifestaron no haber tenido nunca un orgasmo en la relación heterosexual, sin importar el tipo de éste. Sesenta y nueve manifestaron tener orgasmo.

Las mujeres que consultaron por Dispareunia han resultado tener mayor tasa de anorgasmia (47'22%). La mayor tasa de orgásmicas se dió entre las que habían consultado por otro motivo.

Las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas. $p < 0'005$. Tabla XIII.

Las dispareunicas con hallazgos orgánicos tenían mayor porcentaje de anorgasmias (42'5%), que las que no tenían hallazgos. En correlación, el porcentaje de orgásmicas (76'77%) es mayor en el grupo de pacientes que no presentan hallazgos orgánicos.

Las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas. $p < 0'025$. Tabla XIIIa.

SATISFACCION: 41 de nuestras 100 pacientes se declararon sexualmente satisfechas y 59, insatisfechas.

El mayor porcentaje de mujeres con satisfacción sexual se dió en el grupo de las que habían consultado por Dispareunia (44'44%), sin existir gran diferencia con las del segundo grupo, (39'06%).

Lo mismo ocurrió con las insatisfechas (55'36%) en el primer grupo y 60'94%) en el segundo. No hubo diferencias

estadísticamente significativas entre los grupos. Tabla XIV.

Por otra parte, la mayor tasa de mujeres satisfechas se dió entre las que no presentaban hallazgos orgánicos, 46'69%. La mayor tasa de insatisfacción, entre las que presentaron hallazgos orgánicos, 67'5%. Las diferencias entre los grupos no son estadísticamente significativas. Tabla XIVA.

RELACION CON EL MOMENTO DEL COITO: La hemos dividido en varios grupos: dolor de entrada, (al comienzo de la introducción del Pene en la Vagina); concomitante, (el dolor está presente durante todo el coito); posterior, (dolor en Vagina, Introito o parte inferior de la Pelvis tras realizar el coito); de entrada y posterior, combinaciones o mixta, (las molestias se presentan en varios momentos).

El dolor de entrada y concomitante fué el más frecuente (27% y 44% respectivamente). En la Dispareunia motivo de consulta, el dolor de entrada al inicio del coito fué la queja más frecuente (38'88%). El dolor posterior, el menos frecuente, 2'17%.

En las dispareunicas que consultaron por otro motivo, fué más frecuentemente el dolor concomitante con el coito, (51'56%). El menos frecuente el posterior y las combinaciones, con un 14'06% ambos. Las diferencias entre ambos grupos han sido significativas, $p < 0'025$. Tabla XV.

En las dispareunicas con hallazgos orgánicos, las distintas combinaciones dolorosas son las más frecuentes, mientras que las dispareunicas sin hallazgos orgánicos presentan más frecuentemente dolor de entrada y concomitante. Las diferencias entre los grupos analizadas estadísticamente han sido significativas, $p < 0'05$. Tabla XVa.

RESULTADOS DEL ESTUDIO PSICOLOGICO

A) CUESTIONARIO GINECOLOGICO DE CUENCA Y SALVATIERRA: Dos de nuestras pacientes eran analfabetas, por lo que no fué posible administrarles el cuestionario. Por ello, nuestro total de pacientes es de 98 en lo que respecta al Cuestionario. Además, el test "t" de STUDENT se añade al de PEARSON.

MENSTRUACION: Las puntuaciones normales son más frecuentes en el grupo de las que consultaron por una causa distinta a su Dispareunia con un 63'49%, con escasa diferencia respecto al otro grupo (57'14%).

Las mujeres que consultaron por Dispareunia, tuvieron un porcentaje más elevado de puntuaciones altas (62'85%). No hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Tabla XVI.

En el grupo de pacientes con hallazgos orgánicos, el porcentaje de puntuaciones elevadas fué mayor (40%), frente al 37'93% en el otro grupo. El porcentaje de puntuaciones normales es ligeramente mayor en el grupo de mujeres sin hallazgos orgánicos con un 62'06%, frente a un 60% en el otro grupo. No hay diferencias significativas en el análisis estadístico. Tabla XVIIa.

PELVIALGIA: El mayor porcentaje de puntuaciones normales, se dió en las pacientes que habían consultado por Dispareunia (20%). El mayor porcentaje de mujeres con puntuaciones de Algia elevadas se dió en el grupo de las que habían consultado por otra causa (muchas de ellas por Algia Pélvica) con 87'3%. El 80% de las que consultaron por Dispareunia tenían también puntuaciones elevadas. Las diferencias entre los grupos no son significativas para el test de PEARSON, pero sí lo son si comparamos las medias de ambos grupos mediante el test de la "t" de STUDENT, $p < 0'025$. Tabla XVII.

Así en las dispareunias por hallazgo anamnéstico, la puntuación media $\bar{x} = 5'4677$, para las D. motivo de consulta la $\bar{x} = 4'1769$.

En el grupo de pacientes con hallazgos orgánicos, el porcentaje de puntuaciones elevadas es mayor ligeramente (87'5%), que en el de mujeres sin hallazgos (82'75%).

El mayor porcentaje de puntuaciones normales se dió en el grupo de pacientes que carecían de hallazgos orgánicos. De todas formas éste tipo de puntuaciones sólo representó el 15'3% del total de pacientes. Las diferencias entre los grupos no han sido estadísticamente significativas. Tabla XVIIa.

RECHAZO DEL EMBARAZO: La puntuación normal fué más elevada en el grupo de pacientes que consultó por Dispareunia, (51'92%). El porcentaje mayor de puntuaciones elevadas se dió en el grupo de las que habían consultado por causa distinta a su Dispareunia. Las diferencias entre los grupos son significativas para el test de χ^2 con $p < 0'0125$. La puntuación media para las pacientes que consultaron por causa distinta a la Dispareunia fué $\bar{x} = 4'3934$. Para las que consultaron por Dispareunia $\bar{x} = 3'8823$. Al comparar los valores medios aplicando el test de STUDENT no ha dado significación, aunque está en el límite de ésta. $p < 0'10$ Tabla XVIII.

En el grupo de pacientes con hallazgos orgánicos, el porcentaje de valores normales es el mayor (52'7%). En el grupo de pacientes sin hallazgos orgánicos, el porcentaje de valores elevados fué mayor (75'86%). Las diferencias entre ambos grupos son significativas estadísticamente al aplicar los dos test que venimos empleando. Para χ^2 , $p < '005$. Para la " t_{exp} ", teniendo en cuenta que en las Dispareunias con hallazgo orgánico $\bar{x} = 3'7$ y en las que

no presentan hallazgos $\bar{x} = 4'517$, $t_{exp} = 2'314072679$. En donde $p < 0'0125$. Tabla XVIIIa.

RECHAZO SEXUAL: El mayor porcentaje de pacientes con puntuación normal lo obtuvimos en el grupo de las que habían consultado por su Dispareunia con un 20%, con escasa diferencia respecto del grupo que lo habían hecho por otro motivo (19'04%). El mayor porcentaje de puntuaciones elevadas de rechazo sexual, se dió en el grupo de las que habían consultado por otro motivo (80'95%) casi igual que el grupo que había consultado por Dispareunia.

Destacar que del total de pacientes el 80% presenta puntuaciones altas de rechazo sexual. Las diferencias entre los grupos analizados estadísticamente no son significativas. Tabla XIX.

Con respecto a los grupos de hallazgo orgánico y sin hallazgos, predominaron las puntuaciones elevadas en aquellas mujeres que no tenían hallazgos orgánicos (82'75%). El mayor porcentaje de puntuaciones normales se dió en el grupo de las que tenían hallazgos. (22'5%). No hay significación estadística al comparar ambos grupos. Tabla XIXa.

RECHAZO DE LA FEMINIDAD: El porcentaje de puntuaciones normales fué la norma, (82'65%). En el grupo de dispareunicas hallazgo anamnésico el porcentaje fué ligeramente superior que en el grupo de pacientes que consultó por Dispareunia, con ligera diferencia entre los grupos y en ambos casos muy alto. El mayor porcentaje de puntuaciones elevadas se dió en el grupo de pacientes que consultó por Dispareunia (18'18%). No hemos encontrado significación estadística al comparar los grupos. Tabla XX.

En el grupo de dispareunicas con hallazgos orgánicos, el porcentaje de puntuaciones normales es el más elevado

con un 90%. El porcentaje de puntuaciones elevadas es mayor en el grupo de mujeres que no presentaban hallazgos orgánicos (22'4%). Para el grupo con hallazgos orgánicos $\bar{x} = 1'2$. Para el grupo sin hallazgos $\bar{x} = 1'621$. $t_{exp} = 2'0464$ entonces $p < 0'025$. Para χ^2 la significación está en el límite. Tabla XXa.

SINDROME ENDOCRINO-VEGETATIVO DE CURTIUS-KRUGER: La puntuación normal es ligeramente más elevada en el grupo de pacientes que consultó por una causa distinta a la Dispareunia, con un 39'64%. Las puntuaciones elevadas fueron superiores con un 65'21% en el grupo de mujeres que consultó por Dispareunia. El análisis estadístico de las diferencias entre los grupos demuestra que no hay significación estadística. Tabla XXI.

Respecto a la otra comparación por grupos, el mayor porcentaje de puntuaciones normales se dió en el grupo que presentaban hallazgos orgánicos (42'5%). El porcentaje mayor de puntuaciones elevadas se dió en el grupo que no tenían hallazgos orgánicos. No hay significación estadística al comparar los grupos. Tabla XXIa.

INDICE MENOPAUSICO (BLATT): Las puntuaciones normales fueron porcentualmente más elevadas en el grupo de pacientes que consultó por Dispareunia (42'85%). El mayor porcentaje de puntuaciones elevadas se dió en las que consultaron por causa distinta a la anterior (71'42%). Las diferencias entre ambos grupos no son estadísticamente significativas aunque para los dos test empleados están en el límite de la significación. Tabla XXII.

En el grupo de dispareunicas con hallazgos orgánicos, el porcentaje de puntuaciones elevadas fué algo mayor al grupo sin hallazgos, con un 37'5%. El porcentaje de puntuaciones elevadas fué similar en ambos grupos. El análisis

estadístico no revela significación. Tabla XXIIa.

INDICE DE CORNELL ABREVIADO: En los grupos de pacientes hemos establecido la comparación con las puntuaciones del Cornell divididas en dos grupos, según tuvieran un Neuroticismo normal o ligero, y un Neuroticismo alto.

El 71'42% de las pacientes tuvieron un Neuroticismo con índice alto. Un 28'57% lo tuvo normal o poco elevado.

El porcentaje de índices más bajos de Neuroticismo es mayor en el grupo de pacientes que consultó por Dispareunia (34'28%) El mayor porcentaje de índices altos se dió en el grupo que no consultó por ésta causa (74'60%). No hemos podido demostrar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Tabla XXIII.

En las dispareunicas con hallazgos orgánicos, se encontró un porcentaje más alto de puntuaciones normales o ligeramente elevadas (32'5%) que en el grupo sin hallazgos, (25'86%). El porcentaje de índices de Neuroticismo elevado fué mayor en el grupo de pacientes sin hallazgos orgánicos (74'13%) frente al (67'5%). No hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Tabla XXIIIa.

INDICE DE ANSIEDAD: El 70'4% de las pacientes tuvo un índice de ansiedad alto. El 29'59% lo tuvo normal.

El porcentaje mayor de índices normales se dió en el grupo de pacientes que consultó por Dispareunia (37'14%). Las puntuaciones elevadas fueron más frecuentes en las pacientes que consultaron por una causa distinta a su Dispareunia, (74'60%). No hemos encontrado significación estadística al comparar los dos grupos. Tabla XXIV.

En el grupo de dispareunicas sin hallazgos orgánicos, el índice de puntuaciones normales fué porcentualmente mayor (34'18%). Y fué más elevado en el grupo de hallazgos orgánicos (77'5%). Las diferencias entre los grupos no han resultado ser estadísticamente significativas. Tabla XXIVA.

PUNTUACION TOTAL: Las puntuaciones totales elevadas se dieron en un gran porcentaje (87'75%), frente a un (12'24%) de puntuaciones normales.

El mayor porcentaje de puntuaciones normales se dió en el grupo de pacientes que consultó por Dispareunia (20%). Las puntuaciones elevadas han sido más frecuentes en el grupo de mujeres que consultó por un motivo distinto a su Dispareunia (92'06%). Hemos encontrado significación estadística para el test de X^2 siendo $p < 0'05$. Para el test de STUDENT, siendo $\bar{x} = 41'1764$ y $\bar{x} = 46'0327$ para las dispareunicas motivo de consulta y hallazgo anamnésico respectivamente, las diferencias entre dichas medias están en el límite de la significación. Tabla XXV.

El grupo de dispareunicas sin hallazgos orgánicos presenta un mayor porcentaje de puntuaciones normales (13'79) con escasa diferencia respecto al otro grupo. Las puntuaciones elevadas han sido más frecuentes en el grupo que presentó hallazgos orgánicos (90%). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Tabla XXVa.

B) TEST DE APERCEPCION TEMATICA DE MURRAY

En cinco casos el test no fué evaluable por lo que el total de pacientes estudiadas en este punto se reduce a 95.

ANSIEDAD: El mayor porcentaje de bajas puntuaciones de ansiedad se dió en el grupo de pacientes que consultó por Dispareunia (54'54%). Índices de ansiedad superior a 6 fueron más frecuentes en las dispareunicas hallazgo anamnésico (20'96%). En éste mismo grupo, el 50% de las pacientes presentaron una puntuación de tipo medio. Las diferencias entre los grupos han sido significativas para el test χ^2 siendo $p < 0'025$. Tabla XXVI.

Las puntuaciones más bajas de ansiedad inconsciente se dió en el grupo de las que presentan hallazgos orgánicos (40'44%). También en éste grupo fué mayor el porcentaje de altas puntuaciones de ansiedad (29'72%). El grupo de dispareunicas sin hallazgos orgánicos obtuvo un porcentaje mayor de puntuaciones medias de ansiedad (50%). Las diferencias entre los grupos han sido significativas para el test de PEARSON, $p < 0'05$. Tabla XXVIa.

AGRESIVIDAD: Las puntuaciones más bajas de agresividad fueron porcentualmente mayores en el grupo de pacientes que consultó por Dispareunia (45'45%). Así mismo en este grupo fueron también mayores las puntuaciones más elevadas (iguales o superiores a 5). (24'24%). No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Tabla XXVII.

En las dispareunicas con hallazgo orgánico, las puntuaciones de agresividad medias y bajas son las más frecuentes. (40'54%). El porcentaje mayor de altas puntuacio-

nes de agresividad se dió en las dispareunicas sin hallazgos orgánicos (20'64%) con poca diferencia respecto del otro grupo (18'19%). No hay significación estadística entre las diferencias halladas. Tabla XXVIIa.

CULPABILIDAD: Un 55'76% de nuestras pacientes tenían sentimientos de culpabilidad.

El mayor porcentaje, en el grupo que consultó por Dispareunia (63'63%). El mayor porcentaje de ausencia de culpabilidad se dió en aquel grupo que consultó por motivos diversos (43'38%). No hay significación estadística al analizar las diferencias entre los grupos. Tabla XXVIII.

Las dispareunicas con hallazgos orgánicos, tuvieron un menor índice de culpabilidad (56'75%). En el grupo de no hallazgos orgánicos, un 63'79% tuvo sentimientos de culpa. El análisis estadístico es significativo para X^2 , $p < 0'025$. Tabla XXVIIIa.

FEMINIDAD: Un gran porcentaje de nuestras pacientes mostró una alta puntuación de adaptación femenina (65'26%), y un 33'64% de adaptación media. Sólo una paciente mostró una puntuación baja.

En el grupo de las que consultaron por Dispareunia se encuentra el mayor porcentaje de puntuaciones altas, con un 81'81%, con diferencia respecto del grupo que consultó por otra causa, siendo en este grupo el porcentaje de puntuaciones medias 41'43%. Las diferencias entre ambos grupos han resultado ser estadísticamente significativas para el test de PEARSON, $p < 0'0$. Tabla XXIX.

Respecto a los grupos de Dispareunia con o sin hallazgos orgánicos, las diferencias son muy escasas. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Tabla XXIXa.

INSEGURIDAD: Analizando las respuestas a las láminas del T.A.T., no se detectaron sentimientos de inseguridad en un 44'22% de las pacientes, y éstos fueron muy leves en un 32'63%.

Los mayores porcentajes de ausencia de culpabilidad se dieron en el grupo que no consultó por Dispareunia (50%). El porcentaje más elevado de puntuaciones altas se dió en el grupo que consultó por Dispareunia, (27'27%). El análisis estadístico no ha revelado diferencias estadísticamente significativas. Tabla XXX.

La ausencia de sentimientos de inseguridad fué también más alta en el grupo de pacientes que carecían de hallazgos orgánicos (48'27%); las puntuaciones medias y altas han sido más frecuentes en el grupo de dispareunicas sin hallazgos orgánicos. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Tabla XXXa.

DEPRESION: Indices de depresión altos han aparecido en 40 pacientes. Ausencia de sentimientos depresivos, en 7 pacientes.

El porcentaje mayor de alta puntuación en depresión se han dado en las Dispareunias hallazgo anamnésico (43'54%). El mayor porcentaje de ausencia de sentimientos depresivos también se ha dado en este grupo. El mayor porcentaje de puntuaciones medias, en el grupo que consultó por Dispareunia (54'54%). No hemos encontrado diferencias significativas entre los grupos al realizar el análisis estadístico. Tabla XXXI.

En el grupo de dispareunicas con hallazgos orgánicos el porcentaje de puntuaciones altas es mayor (45'94%). Las puntuaciones medias son mayores en el grupo que no presentan hallazgos orgánicos (56'89%). Las puntuaciones más ba-

jas han sido más frecuentes en el grupo con hallazgos orgánicos. Al comparar estadísticamente los dos grupos no hemos encontrado diferencias significativas, aunque para X^2 está en el límite de la significación. Tabla XXIXa.

RECHAZO: Un 47'35% de la población estudiada tuvo fuertes sentimientos de rechazo. De ellos, el mayor porcentaje se dió en el grupo de pacientes que había consultado por un motivo distinto a la Dispareunia (48'38%) con escasa diferencia respecto al otro grupo. El mayor porcentaje de pacientes con ausencia de este sentimiento, se dió igualmente entre aquellas pacientes que habían consultado por una causa distinta a la Dispareunia (27'4%). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Tabla XXXII.

En las dispareunicas con hallazgos orgánicos, los sentimientos fuertes de rechazo son más frecuentes (54'05%), mientras que la ausencia de este tipo de sentimientos tiene una tasa mayor en aquellas dispareunicas que no tienen hallazgos orgánicos (27'58%). No hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Tabla XXXIIa

PERCEPCION: La valoración de la percepción de la paciente extraída fundamentalmente de la lámina 1 del T.A.T., fué buena en el 60% de los casos y mala en el 40%.

El mayor porcentaje de "buena percepción" apareció en aquellas mujeres que consultaron por Dispareunia (75'75%). El mayor porcentaje de pacientes con "mala percepción" se dió en el grupo de dispareunicas hallazgo anamnésico (48'38%). Las diferencias entre los grupos analizadas estadísticamente han sido significativas para el test X^2 , $p < 0'0125$. Tabla XXXIII.

Por otra parte, el 75'67% de las dispareunicas con ha-

hallazgos orgánicos tuvieron una buena percepción, frente al 50% del otro grupo. El 50% de las dispareunicas sin hallazgos orgánicos tuvo mala percepción. Las diferencias entre los grupos han resultado ser estadísticamente significativas. $p < 0'0125$. Tabla XXXIIIa.

ACTITUD SEXUAL CONSCIENTE: Lo primero que llama la atención es el alto porcentaje de mujeres que no expresa ninguna actitud sexual, ni siquiera ante láminas tan sugerentes como la 6 y la 13. (47'36%).

Un 40% expresa una actitud sexual negativa. Sólo el 3'15% tiene una actitud positiva ante el sexo y un 9'47% tiene una actitud de preocupación.

Por grupos, el mayor porcentaje de actitudes "no expresadas" y "negativas" se da en las pacientes que no consultan por Dispareunia. El mayor porcentaje de actitudes positivas se da en el grupo que consultó por Dispareunia (6'06%). Los índices de preocupación fueron similares en ambos grupos. No se han apreciado diferencias estadísticamente significativas. Tabla XXXIV.

Las dispareunicas con hallazgos orgánicos han tenido un mayor porcentaje de actitudes no expresadas (59'45%). Las dispareunicas sin hallazgos han tenido una mayor frecuencia de actitudes negativas y de preocupación. Las diferencias entre los grupos han resultado estadísticamente significativas. $p < 0'05$. Tabla XXXIVa.

ACTITUD SEXUAL INCONSCIENTE: Estas actitudes plasmadas por las pacientes en las láminas del T.A.T., al proyectarse en las historias que éstas les sugieren, son múltiples. Para su estudio y posterior análisis, las hemos dividido en: actitudes de ansiedad, que han sido las más frecuentes, (47'36%), bien sola o unida a otros sentimientos;

la actitud de agresividad fué la que le siguió en frecuencia (24'21%) y un grupo misceláneo que hemos titulado "otros" con un 28'42% en el que hemos agrupado sentimientos de rechazo, culpa, depresión inseguridad, inmadurez y diversas combinaciones.

El grupo de pacientes que consultó por Dispareunia, tuvo un porcentaje mayor de actitudes de agresividad (27'27% y "otros" (33'38%). Las pacientes que consultaron por una causa distinta a su Dispareunia tuvieron un mayor porcentaje de actitudes de ansiedad (51'61%). No hay diferencias significativas entre los grupos. Tabla XXXV.

Las actitudes inconscientes de agresividad fueron ligeramente más frecuentes en las dispareunicas con hallazgos orgánicos (29'72%). Las actitudes de ansiedad (50%) y del grupo misceláneo (29'31%) han sido más frecuentes en el grupo que no presentó hallazgos orgánicos. No ha habido significación estadística al comparar ambos grupos. Tabla XXXVa.

LAMINA-2: Para esquematizar este apartado, las respuestas a dicha lámina las hemos dividido en dos grupos:

- Relaciones afectivas: relación niña-mujer, relación triangular y relación niña-hombre.
- Relaciones no afectivas: dos niveles, sin relación, egocéntrica y relación familiar.

En general, predominan ligeramente las relaciones afectivas (52'63%). A su vez, éstas son más frecuentes en las dispareunicas hallazgo anamnéstico. (58'06%). No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar los dos grupos, aunque estaba en el límite.

Tabla XXXVI.

Las dispareunicas con hallazgos orgánicos, presentaron un porcentaje superior de relaciones no afectivas y el grupo que no tenía hallazgos orgánicos presentaba un porcentaje superior de relaciones afectivas; si bien, las diferencias porcentuales entre los grupos son muy pequeñas. El análisis estadístico no ha revelado que existan diferencias significativas. Tabla XXXVIa.

LAMINA-7: La carencia de interés por parte de la hija, fue la respuesta más frecuente a dicha lámina, con un 40%. Esta misma respuesta a su vez, fue la más contestada en el grupo de pacientes que consultó por una causa distinta a su Dispareunia (41'93%).

La actitud de "apersonación", actua madre sin respuesta, fue más frecuente en el grupo que consultó por Dispareunia.

La relación de equilibrio entre madre e hija fue más frecuente entre aquellas pacientes que no habían consultado por Dispareunia (22'58%).

Las respuestas en que no era la madre, o había un rechazo por parte de ésta o cualquier otra relación, obtubieron un 16'84% del total de casos, siendo más frecuente en el grupo de pacientes que consultó por causa que no fue la Dispareunia (19'35%).

Analizadas estadísticamente las diferencias entre los grupos, no son significativos, estando en los límites de ésta. Tabla XXXVII.

La falta de interés de la hija es, porcentualmente, sólo un punto superior en las en las dispareunicas con hallazgos orgánicos (40'54%), que las que no los presentaban.

La actitud de "apersonación" es más frecuente en las pacientes dispareunicas con hallazgos orgánicos (32'43%).

La relación de equilibrio entre madre e hija aparece más frecuentemente en dispareunicas sin hallazgos orgánicos (22'4%). También en éste grupo son más frecuentes las respuestas las respuestas bajo el epígrafe "otros" (20'68%).

No hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Tabla XXXVIIa.

LAMINA-18: Las historias de agresión han sido las más frecuentes (41'05%). Estas historias incluyen tres tipos de respuestas: materno-agresión; rival o agresión impersonal y marido-agresión. A su vez fué más frecuente en el grupo de mujeres que consulto por Dispareunia (45'45%).

La siguiente respuesta en frecuencia fué la relación maternal, cuidado, preocupación, y porcentualmente, es igual en el grupo de mujeres que consultaron por Dispareunia que en el grupo de las que no consultaron por dicho motivo. Los otros tipos de respuestas tienen un porcentaje muy similar en ambos grupos y quedan bastante alejados de éstos otros. Las diferencias entre los grupos no son significativas estadísticamente. Tabla XXXVIII.

En el grupo de dispareunicas sin hallazgos orgánicos fué más frecuente la respuesta de agresión (43'1%). También en este grupo fué mayor el porcentaje de respuestas de relación maternal, cuidado y preocupación. La relación marital positiva fué más frecuente en el grupo de pacientes dispareunicas con causa orgánica (18'91%).

El análisis estadístico no ha revelado significación de las diferencias entre los grupos. Tabla XXXVIIIa.

RECUENTO DE ATALANTA: La gran mayoría de las pacientes estudiadas (91%), presentó menos de cuatro síntomas de los once que componen el llamado Síndrome de Atalanta. El porcentaje fué muy similar en ambos grupos de consulta, rebasando ambos el 90%.

Otro tanto sucede con las que presentaron 4 ó más síntomas, siendo ligeramente superior el porcentaje de las que consultaron por causa distinta a su Dispareunia. Las diferencias entre los grupos no han sido estadísticamente significativas. Tabla XL.

El porcentaje de dispareunicas con hallazgos orgánicos que presentaban menos de 4 síntomas del Recuento de Atalanta fué mayor (95%) que en el grupo que no presentó hallazgos orgánicos (88'33%).

Cuatro o más síntomas presentaron el 5% de las dispareunicas con hallazgos orgánicos y el 11'66% de las que no tenían hallazgos. Las diferencias entre los grupos analizadas estadísticamente no han resultado significativas. Tabla XLa.

COMENTARIOS

Ninguna amplia encuesta sexual trata la Dispareunia de forma detallada. En nuestro medio (Andalucía Oriental), CUENCA, SALVATIERRA y FLORIDO (1980) realizaron una encuesta sexual sobre un total de 1337 mujeres obstétricas y ginecológicas y encontraron una frecuencia de Dispareunia de un 34%. S. HITE describe como molestias con el coito, en un 14'53% de su población de estudio. GALLO (1986), en un estudio de 52 casos de pacientes con Pelvialgia crónica, encuentra un 73'08%. Esto está de acuerdo con el hecho de que, en nuestra serie, de las 64 mujeres que consultaron por una causa distinta a la Dispareunia, el 36% (23 casos) lo hiciera por dolor pélvico. El alto porcentaje de dispareunias entre las mujeres con Algia Pélvica también había sido señalado anteriormente por PARRILLA (1977).

Respecto a los motivos de consulta ya hemos indicado anteriormente, cuántas mujeres consultaron por su Dispareunia y cuántas por otro motivo y cuáles fueron éstos. Lo que aquí vamos a comentar es el hecho de que consultaran más frecuentemente por su Dispareunia, las que tenían hallazgos orgánicos (47'5%) que las que no presentaron dichos hallazgos (28'33%).

Nos parece que también debe ser comentado el hecho de que hallamos despreciado los 17 casos de hallazgos "funcionales" a favor de ser muy estrictos con el epígrafe "orgánicos". Si bien hay que estar de acuerdo con que estos genitales tampoco pueden calificarse de "normales". Si a esto sumamos el lógico porcentaje de errores y los hallazgos que en la exploración clínica puedan haber pasado desapercibidos; tendremos la impresión de que los hallazgos orgánicos son muy frecuentes en las Dispareunias importantes y que ante una paciente que presente esta queja hay que ser muy metódico a la hora de la exploración y de la realización de exploraciones complementarias.

A la luz de los resultados tan directos que hemos obtenido con respecto a la paridad en este tipo de enfermedades, nos parece que es un dato que ha de tenerse muy en cuenta a la hora de la anamnesis. Así mismo, la anticoncepción es otro dato que debe ser escrupulosamente recabado; ya que como hemos indicado, algunos de ellos pueden ser causa del trastorno.

Nos parece interesante comentar el alto porcentaje de mujeres que realiza o padece coito interrumpido. Sesenta y siete de nuestras cien pacientes realizaban habitual y esporádicamente este tipo de coito, lo que parece estar en contradicción con las últimas encuestas realizadas en nuestro medio, (GALLO encuentra un 44'23% en mujeres con Pelvialgia crónica). No hemos encontrado sin embargo diferencias en nuestros grupos de dispareunicas que realizaban uno u otro tipo de coito; aunque el porcentaje de las que realizaban coitos normales era superior en las que tenían hallazgos orgánicos, no siendo significativas estadísticamente las diferencias. Pensamos pues que el tipo de coito no influye especialmente en la Dispareunia. Curiosamente sólo una de nuestras pacientes se quejaba de Dispareunia en determinadas posturas para el coito.

Lo que sí tenemos íntimamente relacionado con la Dispareunia, y es lógico en una queja tan próxima al sexo, es la "mala sexualidad". Y digo mala en el sentido de que es insatisfactoria para el 59% de nuestras pacientes. Y sobre todo es deficiente para las pacientes que consultan por Dispareunia, que tienen una frecuencia de coito menor que el grupo de pacientes que consulta por otra causa; así como una mayor tasa de anorgasmia que éste último grupo de pacientes. Estos datos vienen a coincidir con los de STEG (1981) que en su serie de 175 mujeres encontró a 85 con tal tipo de problemas. ¿Es la preocupación sobre la propia sexualidad la que lleva a la mujer a consultar por

un problema como el dolor coital? Pensamos que sí, y que en ocasiones la preocupación o la ansiedad ante la sexualidad puede hacer aumentar unas molestias a las que tal vez no dieran importancia, con un sexo más gratificante. Creemos que la carga culturalmente negativa sobre la sexualidad femenina pesa tanto sobre algunas mujeres que las hace consultar por un síntoma cercano al que realmente les preocupa. Solo una paciente de nuestra serie consultó por anorgasmia, encontrándose posteriormente que padecía de Dispareunia; en cambio el número total de anorgasmias subió a 31. La anamnesis sobre la sexualidad es un dato fundamental en toda paciente que consulta por Dispareunia, porque puede estar encubriendo otro motivo de consulta o exagerando un síntoma que no pase de ser una ligera molestia.

Preocupante es, desde luego, que el 50% de nuestras pacientes tenga inapetencia sexual y el 59% esté insatisfecha, y estas cifras son escandalosamente más altas que las encontradas en la encuesta sexual realizada sobre 1337 casos a que nos referimos al comienzo. Igualmente A. JIMENEZ (1985) encuentra entre las mujeres de Planificación Familiar de la provincia de GRANADA, un 5'7% de insatisfechas, un 2'1% mostraban desagrado y 10'8% indiferencia. ¿Es pues la mala sexualidad lo que hace el coito desagradable, y desde luego, doloroso? o, ¿es el coito doloroso el que desencadena una mala sexualidad? Pensamos que, aunque lo segundo sucede, es más frecuente el primer supuesto, y a favor de ello está el hecho de que la inapetencia y la falta de satisfacción tenga porcentajes similares en uno u otro grupo de dispareunicas.

Respecto a la duración de la Dispareunia, nos parece que merece ser destacado el hecho de que 73 de nuestras pacientes la padecían durante 2 a más de 5 años; lo que nos hace ver que las mujeres dispareunicas se lo piensan mu-

cho antes de consultar por el problema, (38'89%) o le dan prioridad a otras quejas (48'44%).

En nuestra serie, las inflamaciones parecen con mucho la causa más frecuente de Dispareunia, sobre todo las vaginales, seguidas de las cervicales. Visto de una forma amplia, y dado que la Endometriosis desarrolla un foco inflamatorio a su alrededor, podríamos incluirla dentro de este gran grupo de causas de Dispareunia; así como la Enfermedad Pélvica Inflamatoria. Representan el 65% de nuestra casuística.

La causa infecciosa más común que encontramos fué la Colpitis, nada extraño teniendo en cuenta la frecuente esta patología. Coincidimos aquí con STEG, 1981; RENAER, 1981; STEEGE, 1984; KOLODNY, 1983 y WOODRUFF & PARMLEY, 1983.

Las causas mecánicas, como son los estrechamientos del canal genital, a nivel vulvo-vaginal, aparecen el segundo orden de frecuencia en nuestra casuística.

La Endometriosis está emparentada en frecuencia con las causas anteriormente citadas, siguiéndole en frecuencia: Cervicitis 12'5%; E.P.I. 10%; Miomatosis 7'5%; y Cáncer 5%, seguido de otras patologías mucho menos frecuentes.

Todos estos tipos de patología orgánica son citados y conocidos como causa de Dispareunia, y aunque se reseña si son más o menos importantes o frecuentes, no hemos encontrado cifras o porcentajes concretos, salvo en la serie de mujeres añasas con Dispareunia por Colpitis atrófica (38%) de BEKASSYZ (1984). Nos llama la atención que sólo hemos encontrado dos casos en nuestra serie, y tenemos la sospecha de que este hecho está en relación con la "mal visto" que está en amplios sectores sociales el pretender tener una actividad coital satisfactoria en mujeres de

edad avanzada, HERRERA, (1986). Nos parece que éste hecho influye decisivamente a la hora de hacerles consultar por Dispareunia. No hay que olvidar que la serie de BEKASSYZ está realizada en Suecia, país en el que la educación no es sexista y las costumbres son mucho más liberales que en nuestro medio. Y hay que hacer notar, que no es sólo entre personas de un nivel cultural bajo, donde está mal visto que una mujer pretenda tener unas agradables relaciones sexuales a los 60 años, por ejemplo. La autora conoce el caso de un experimentado ginecólogo que se escandaliza, cuando una paciente de esta edad acude a consultar por presentar Dispareunia tras la realización de una Plastia Vaginal. Y se escandaliza por la edad de la paciente, no por la del marido, que es mayor. Sospechamos que las consultas por Dispareunias en este tipo de pacientes irá en aumento en los próximos tiempos.

Nos parece bastante revelador, la ausencia de causas urológicas de Dispareunia en la presente serie. Como explicación pensamos, que el médico ginecólogo no piensa ellas y/o tal vez sea el urólogo quien con más frecuencia se enfrenta a estas patologías. De todas formas, y dado que con frecuencia se afirma que el urólogo de la mujer es el ginecólogo, debemos hacer una llamada de atención a nuestros colegas en éste sentido.

La Cervicitis crónica es citada por KOLODNY (1983), entre otros, como una causa poco frecuente de Dispareunia, en cambio en nuestra serie aparece en cuarto lugar, siguiendo muy de cerca a las estenosis vulvo-vaginales y a la Endometriosis.

Nosotros hemos recogido dos tipos de patología asociada a Dispareunia que no hemos encontrado en la bibliografía consultada. Se trata de un caso de Elongación Hipertrófica del Cérvix en el que la Citología cérvico-vaginal no

no fué inflamatoria. La otra patología la constituyen dos casos de Cáncer cervical. En un caso, la Dispareunia fué el motivo de consulta y el hallazgo, el Cáncer cervical.

Respecto a la localización del dolor, parece que, cuando la lesión se localiza en Vulva, Introito vaginal y porción inferior de la Vagina; la paciente refleja su dolor en Genitales externos. Lo localiza en las profundidades de la Pelvis cuando la patología se presenta en lugares más altos del Aparato Genital. Recordemos que la Vulva está inervada por el nervio Pudendo Interno y sus ramas (proviene del Plexo Sacro); que la Vagina apenas está inervada, y que el Utero presenta una inervación más compleja, dependiendo del Sistema Simpático, Parasimpático y Cerebro-espinal, proveniente de tramos más altos de la Médula Espinal.

De los datos psicológicos; concretamente de los obtenidos en el Cuestionario Ginecológico, creemos que debe destacarse el alto porcentaje de puntuaciones altas respecto a la Pelvialgia, circunstancia fácilmente explicable teniendo en cuenta la naturaleza del síntoma que nos ocupa y el gran porcentaje de dispareunicas con Algia Pélvica.

También predominan las puntuaciones elevadas de Rechazo del Embarazo. Sin embargo, aquí se producen diferencias significativas estadísticamente entre los grupos comparados. Resulta que hay un menor porcentaje de mujeres dispareunicas que rechazan el embarazo entre las que consultan por el problema y las que tienen hallazgos orgánicos. Dicho de otro modo: las mujeres con Dispareunia que consultan por ello, y las mujeres con Dispareunia que presentan hallazgos orgánicos, aceptan o desean más frecuentemente un embarazo que los otros grupos de estudio, y ésto es significativo. ¿Es que las mujeres que consultan por

Dispareunia temen, más frecuentemente que las que no lo hacen, que la Dispareunia pueda dificultar el embarazo? ¿Les sucede otro tanto a las que presentan hallazgos orgánicos, que por un lado producen la Dispareunia y por otro impiden la gestación? Creemos lógica la explicación para este hallazgo tan contundente.

Las dispareunicas sin hallazgos orgánicos, o Dispareunias funcionales, presentan un elevado rechazo del embarazo, miedo a un embarazo. También hemos visto que este tipo de dispareunicas utilizaba preferentemente métodos no naturales (más seguros) para la contracepción. Esto nos lleva a pensar que la coitaigia en estas mujeres pueda ser en parte la manifestación de un rechazo del embarazo junto con la no aceptación o falta de confianza en el método anticonceptivo a emplear.

Observamos también el elevado porcentaje de puntuaciones altas de Rechazo sexual. 79 de nuestras pacientes. Lo cual no sorprende nada, dada la alta tasa de insatisfacción sexual, algo no objetivable como la frecuencia de coito o la presencia de orgasmo, pero que contestada en solitario por la paciente, sea, posiblemente un dato de lo más interesante.

Y junto a esto encontramos una altísima tasa de aceptación del papel femenino. 81 pacientes tuvieron una puntuación normal en el apartado de Rechazo de la Femenidad del Cuestionario Ginecológico. La aceptación de la feminidad también es abrumadoramente mayor en las historias que se reflejan en el T.A.T. de Murray. O sea, que parece que la mayoría de las mujeres están conformes con serlo. Igualmente se confirma el dato a la luz de las pocas pacientes, 9, que han mostrado a lo largo de su vida, hasta el momento de recoger la Anamnesis, cuatro o más de los

síntomas del recuento de Atalanta; como expresión de rechazo del papel femenino. Este papel femenino incluye entre otros, una serie de normas sobre su sexualidad, que a la luz de los resultados, no parece hacerlas muy felices. En primer lugar, la mujer debe ignorar su sexualidad como mínimo, cuando no ser vista como algo sucio, agresivo, etc. Ello explica, que el T.A.T. de Murray, 45 mujeres no hagan ninguna alusión sexual ante las sugerentes historias de algunas láminas, y 38 de ellas tengan una actitud negativa. En el nivel inconsciente, estas actitudes se traducen en un gran número de mujeres con ansiedad y agresividad ante la sexualidad.

Cuando SHERE HITE (1977), publicó los resultados de su encuesta sobre sexualidad femenina dejó patente entre otras cosas:

1º) Que el mantener a la mujer en la ignorancia sexual no había inhibido su sexualidad.

2º) Que las mujeres están hartas del modelo mecánico de relaciones sexuales, que gira en torno a la erección masculina, penetración masculina y orgasmo masculino.

A la luz de esto y de los resultados que obtenemos en nuestras pacientes hemos de pensar que, aunque la mayoría de nuestras pacientes se acepta como mujer, no aceptan el modelo sexual establecido, centrado fundamentalmente en el coito, que se vuelve desagradable, doloroso física y psíquicamente. Y parece ser esta una actitud generalizada de todas nuestras dispareunicas, pues aunque las dispareunicas que no presentan hallazgos orgánicos manifiestan mayor grado de satisfacción, los porcentajes de insatisfacción son muy altos en todos los grupos y las diferencias entre ellos no son estadísticamente

significativas.

Las puntuaciones altas del índice de Cornell, aunque no significativas, han sido más elevadas en las dispareunias que no presentaron hallazgos orgánicos o funcionales, lo que nos parece interesante; su neuroticismo tiende a ser mayor, lo que creemos concuerda con otros parámetros de "no adaptación al medio", como es el rechazo de la feminidad, mayor de manera significativa, en este grupo de pacientes.

La ansiedad proyectada en el T.A.T. fué, en 79 casos, baja o ligeramente elevada, lo que parece darles a nuestras pacientes en general un perfil de "poco ansiosas", o, al menos, de no predominar en ellas grandes sentimientos de ansiedad. Apareció significación estadística entre los diferentes grupos estudiados, siendo las menos ansiosas las que consultaron por Dispareunia, lo cual es lógico teniendo en cuenta que la ansiedad que mide el T.A.T. es inconsciente y por tanto las pacientes que expresan más quejas serán las que teóricamente tengan menor tasa de ansiedad inconsciente. La ansiedad inconsciente es mayor en las dispareunias sin hallazgos orgánicos.

Respecto a la Culpabilidad, más de la mitad de nuestras pacientes (53), tenían sentimientos de culpa y más concretamente de culpa-victimación, en el sentido de que la mujer, ante la lámina 13, observa una acción achacable al varón que aparece en primer término y de la cual la mujer que por detrás yace, es la víctima. La paciente ante ésta lámina se identifica con la víctima. Es en este contexto en el que pensamos debe entenderse la Culpabilidad, porque ¿de qué? o ¿porqué? habrían de sentirse culpable estas mujeres. Simplemente contar una historia en la que observan que alguien es el culpable de algo.

Tuvieron buena percepción las mujeres que consultaron por Dispareunia y las que tenían hallazgos orgánicos, siendo las de peor percepción las que no presentaron hallazgos orgánicos, siendo éste último estadísticamente significativo.

Las dispareunicas sin hallazgos orgánicos tienen una mayor frecuencia de actitudes sexuales conscientes negativas y de preocupación, es decir, conflictivas. Esto parece estar en contradicción con los hallazgos anteriores que apuntaban en el sentido de una "mejor" sexualidad en este grupo de dispareunicas: mayor frecuencia de orgasmo, mayor frecuencia de coito y mayor satisfacción, si bien estos dos últimos parámetros no son estadísticamente significativos. Dejando aparte que la frecuencia de coito, en la mayoría de los casos viene determinada por el varón; nos parece que la dispareunia funcional bien podría ser en muchos casos como la expresión del conflicto existente entre la respuesta sexual somática y la actitud por parte de la mujer ante su propia sexualidad que vendrá determinada por otros muchos factores, pero que ahí está.

TABLAS

TABLA I

DISPAREUNIA: GRUPOS DE ESTUDIO.

| DISPAREUNIA | N | % | TOTAL |
|---------------------|-----|-----|-------|
| MOTIVO DE CONSULTA | 36 | 36 | 36 |
| HALLAZGO ANAMNESICO | 64 | 64 | 64 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 |

TABLA Ia

DISPAREUNIA: GRUPOS DE ESTUDIO.

| DISPAREUNIA | N | % | TOTAL |
|-------------------------|-----|-----|-------|
| CON HALLAZGOS ORGANICOS | 40 | 40 | 40 |
| SIN HALLAZGOS ORGANICOS | 60 | 60 | 60 |
| TOTAL | 100 | 100 | 100 |

TABLA II

DISPAREUNIA HALLAZGO ANAMNESICO: CONSULTARON POR,

| MOTIVO CONSULTA | N | % |
|-------------------------|----|------|
| PLANIFICACION FAMILIAR | 11 | 17'1 |
| TRANSTORNOS MENSTRUALES | 6 | 9'3 |
| METRRORRAGIAS | 2 | 3'1 |
| DOLOR PELVICO | 34 | 53'1 |
| DETECCION PRECOZ | 1 | 1'5 |
| INCONTINENCIA URINARIA | 1 | 1'5 |
| ESTERILIDAD SECUNDARIA | 1 | 1'5 |
| EMBARAZO | 1 | 1'5 |
| ANORGASMIA | 1 | 1'5 |
| DISMENORREA | 3 | 4'6 |
| POLISINTOMATOLOGIA | 3 | 4'6 |
| TOTAL | 64 | 100 |

TABLA III

METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS DISPAREUNICAS.

| METODO ANTICONCEPTIVO | N | % |
|--------------------------|-----|-----|
| COITO INTERRUMPIDO | 42 | 42 |
| PRESERVATIVOS | 5 | 5 |
| CONTRACEPTIVOS ORALES | 22 | 22 |
| DISPOSITIVO INTRAUTERINO | 4 | 4 |
| ESTERILIZACION | 3 | 3 |
| ESPERMICIDAS | 2 | 2 |
| COMBINACIONES | 7 | 7 |
| NO | 15 | 15 |
| TOTAL | 100 | 100 |

TABLA IV

HALLAZGOS ORGANICOS EN LAS DISPAREUNICAS

| HALLAZGOS ORGANICOS | N | % |
|------------------------------------|----|------|
| COLPITIS | 10 | 25 |
| ESTENOSIS VULVO-VAGINALES | 6 | 15 |
| ENDOMETRIOSIS | 6 | 15 |
| CERVICITIS | 5 | 12'5 |
| E.P.I. ó INFLAMACIONES PELVICAS | 4 | 10 |
| MIOMATOSIS UTERINA | 3 | 7'5 |
| CANCER DE CERVIX | 2 | 5 |
| VULVO-BARTHOLINITIS | 1 | 2'5 |
| ELONGACION HIPERTROFJCA DEL CERVIX | 1 | 2'5 |
| QUISTE DE OVARIO | 1 | 2'5 |
| SINDROME DE ALLEN Y MASTERS | 1 | 2'5 |
| TOTAL | 40 | 100 |

TABLA V

DISPAREUNIA Y EDAD.

| DISPAREUNIA | EDAD (AÑOS) | | | | | | TOTAL |
|---------------------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 6 < 30 | | 31-40 | | 41-50 | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| MOTIVO DE CONSULTA | 17 | 47'22 | 11 | 30'56 | 8 | 22'22 | 36 |
| HALLAZGO ANAMNESICO | 15 | 23'44 | 31 | 48'44 | 18 | 28'13 | 64 |
| TOTAL | 32 | 32 | 42 | 42 | 26 | 26 | 100 |

$\chi^2_1 = 6'136$
 $p < 0'025.$

TABLA Va

DISPAREUNIA Y EDAD.

| DISPAREUNIA | EDAD (AÑOS) | | | | | | TOTAL |
|-------------------------|-------------|----|-------|-------|-------|-------|-------|
| | = ó < 30 | | 31-40 | | 41-50 | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| CON HALLAZGOS ORGANICOS | 14 | 35 | 11 | 27'5 | 15 | 37'5 | 40 |
| SIN HALLAZGOS ORGANICOS | 18 | 30 | 31 | 51'66 | 11 | 18'33 | 60 |
| TOTAL | 32 | 32 | 42 | 42 | 26 | 26 | 100 |

$\chi^2_i = 6.9157$
 $p < 0.025.$

TABLA VI

DURACION DE LA DISPAREUNIA.

| DISPAREUNIA | DURACION | | | | | | | | TOTAL |
|---------------------|----------|-------|-------|-------|----------|-------|-------------|-------|-------|
| | MESES | | 1 AÑO | | 2-5 AÑOS | | + DE 5 AÑOS | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| MOTIVO DE CONSULTA | 5 | 13'89 | 8 | 22'22 | 14 | 38'89 | 9 | 25 | 36 |
| HALLAZGO ANAMNESICO | 9 | 14'06 | 5 | 7'81 | 19 | 29'69 | 31 | 48'44 | 64 |
| TOTAL | 14 | 14 | 13 | 13 | 33 | 33 | 40 | 40 | 100 |

$\chi^2_1 = 7.4356$
 $p < 0.05$

TABLA VIa

DURACION DE LA DISPAREUNIA.

| DISPAREUNIA | DURACION | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|---------------------|----------|-------|-------|-------|----------|------|----------|----|-------|-----|-------|-----|-------|
| | MESES | | 1 AÑO | | 2-5 AÑOS | | + 5 AÑOS | | TOTAL | | TOTAL | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | | | |
| CON HALLAZGO ORGAN. | 6 | 15 | 3 | 7.5 | 15 | 37.5 | 16 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | |
| SIN HALLAZGO ORGAN. | 8 | 13.33 | 10 | 16.67 | 18 | 30 | 24 | 40 | 60 | 60 | 60 | 60 | |
| TOTAL | 14 | 14 | 13 | 13 | 33 | 33 | 40 | 40 | 100 | 100 | 100 | 100 | |

$\chi^2_1 = 2.007$

N.S.

TABLA VII

DISPAREUNIA Y PARIDAD.

| DISPAREUNIA | Nº DE HIJOS | | | | TOTAL |
|--------------------------|-------------|-------|---------|-------|-------|
| | 0-1 | | = ó > 2 | | |
| | N | % | N | % | |
| MOTIVO CONSULTA | 16 | 44'44 | 20 | 55'55 | 36 |
| HALLAZGO ANAMNESI- CO | 9 | 14'06 | 55 | 85'93 | 64 |
| TOTAL | 25 | 25 | 75 | 75 | 100 |

$$\chi^2_1 = 11'3392$$

$$p < 0'0005$$

TABLA VIIa

DISPAREUNIA Y PARIDAD.

| DISPAREUNIA | Nº DE HIJOS | | | | TOTAL |
|----------------------------|-------------|-------|---------|-------|-------|
| | 0-1 | | = ó > 2 | | |
| | N | % | N | % | |
| CON HALLAZGO ORGA- NICO | 14 | 35 | 26 | 65 | 40 |
| SIN HALLAZGO ORGA- NICO | 11 | 18'33 | 49 | 81'66 | 60 |
| TOTAL | 25 | 25 | 75 | 75 | 100 |

$$\chi^2 = 3'5554$$

$$p < 0'05$$

TABLA VIII

DISPAREUNIA Y ANTICONCEPCION.

| DISPAREUNIA | ANTICONCEPCION | | | | | | TOTAL |
|---------------------|----------------|------|--------------|-------|---------------|-------|-------|
| | NO | | M. NATURALES | | M. NO NATURA. | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| MOTIVO DE CONSULTA | 9 | 25 | 13 | 36.11 | 14 | 38.84 | 36 |
| HALLAZGO ANAMNESICO | 6 | 9.38 | 29 | 45.31 | 29 | 45.31 | 64 |
| TOTAL | 15 | 15 | 42 | 42 | 43 | 43 | 100 |

$\chi^2 = 4.4355$
N.S.

TABLA VIIa

DISPAREUNIA Y ANTICONCEPCION.

| DISPAREUNIA | ANTICONCEPCION | | | | | | | | TOTAL |
|-----------------------|----------------|------|--------------|-------|---------------|-------|---|---|-------|
| | NO | | M. NATURALES | | M. NO NATURA. | | | | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | |
| CON HALLAZGO ORGANICO | 10 | 25 | 16 | 40 | 14 | 35 | | | 40 |
| SIN HALLAZGO ORGANICO | 5 | 8'33 | 26 | 43'33 | 29 | 48'33 | | | 60 |
| TOTAL | 15 | 15 | 42 | 42 | 43 | 43 | | | 100 |

$$\chi^2_i = 5.5001$$

$$p < 0.05$$

TABLA IX

DISPAREUNIA: RELACION CON EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES.

| DISPAREUNIA | RELACIONES SEXUALES | | | | TOTAL |
|---------------------|---------------------|-------|-----------|-------|-------|
| | INICIO | | POSTERIOR | | |
| | N | % | N | % | |
| MOTIVO DE CONSULTA | 12 | 33'33 | 24 | 66'67 | 36 |
| HALLAZGO ANAMNESICO | 11 | 17'19 | 53 | 82'81 | 64 |
| TOTAL | 23 | 23 | 77 | 77 | 100 |

$$x^2_1 = 3'3914$$

$$p < 0'05$$

TABLA IXa

DISPAREUNIA: RELACION CON EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES.

| DISPAREUNIA | RELACIONES SEXUALES | | | | TOTAL |
|-----------------------|---------------------|-------|-----------|-------|-------|
| | INICIO | | POSTERIOR | | |
| | N | % | N | % | |
| CON HALLAZGO ORGANICO | 9 | 22'5 | 31 | 77'5 | 40 |
| SIN HALLAZGO ORGANICO | 14 | 23'33 | 46 | 76'67 | 60 |
| TOTAL | 23 | 23 | 77 | 77 | 100 |

$$\chi^2_1 = 0'0094$$

N.S.

TABLA X

DISPAREUNIA Y TIPO DE COITO.

| DISPAREUNIA | TIPO DE COITO | | | | TOTAL |
|--------------------------|---------------|-------|-------|-------|-------|
| | COITO NORMAL | | OTROS | | |
| | N | % | N | % | |
| MOTIVO DE CONSULTA | 11 | 30'56 | 25 | 69'44 | 36 |
| HALLAZGO ANAMNESI- CO | 22 | 34'38 | 42 | 65'63 | 64 |
| TOTAL | 33 | 33 | 67 | 67 | 100 |

$$\chi^2 = 0'152$$

N.S.

TABLA Xa

DISPAREUNIA Y TIPO DE COITO.

| DISPAREUNIA | TIPO DE COITO | | | | TOTAL |
|-------------------------|---------------|------|-------|------|-------|
| | COITO NORMAL | | OTROS | | |
| | N | % | N | % | |
| CON HALLAZGOS ORGANICOS | 15 | 37'5 | 25 | 62'5 | 40 |
| SIN HALLAZGOS ORGANICOS | 18 | 30 | 42 | 70 | 60 |
| TOTAL | 33 | 33 | 67 | 67 | 100 |

$\chi^2 = 0'6203$
N.S.

TABLA XI

DISPAREUNIA Y FRECUENCIA DE COITO.

| DISPAREUNIA | FRECUENCIA DE COITO | | | | TOTAL |
|--------------------------|---------------------|-------|--------------|-------|-------|
| | SEMANTAL | | CADA 2-4 SEM | | |
| | N | % | N | % | |
| MOTIVO DE CONSULTA | 23 | 63'89 | 13 | 36'11 | 36 |
| HALLAZGO ANAMNESI- CO | 55 | 85'94 | 9 | 14'06 | 64 |
| TOTAL | 78 | 78 | 22 | 22 | 100 |

$$\chi^2_i = 6'5272$$

$$p < 0'0125$$

TABLA XIa

DISPAREUNIA Y FRECUENCIA DE COITO.

| DISPAREUNIA | FRECUENCIA DE COITO | | | | TOTAL |
|----------------------------|---------------------|-------|--------------|-------|-------|
| | SEMANTAL | | CADA 2-4 SEM | | |
| | N | % | N | % | |
| CON HALLAZGO ORGA- NICO | 28 | 70 | 12 | 30 | 40 |
| SIN HALLAZGO ORGA- NICO | 50 | 83'33 | 10 | 16'67 | 60 |
| TOTAL | 78 | 78 | 22 | 22 | 100 |

$$\chi^2_1 = 2'4864$$

N.S.

TABLA XII

DISPAREUNIA Y APETENCIA SEXUAL.

| DISPAREUNIA | APETENCIA SEXUAL | | | | | | TOTAL |
|---------------------|------------------|-------|--------|-------|----|-------|-------|
| | SI | | ESCASA | | NO | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| MOTIVO DE CONSULTA | 11 | 30.56 | 8 | 22.22 | 17 | 47.22 | 36 |
| HALLAZGO ANAMNESICO | 13 | 20.31 | 18 | 28.13 | 33 | 51.56 | 64 |
| TOTAL | 24 | 24 | 26 | 26 | 50 | 50 | 100 |

$\chi^2_1 = 1.4028$

N.S.