

Diagnóstico y alternativas de tratamiento de las alteraciones sexuales en mujeres con incontinencia urinaria

Claudia Sánchez Bravo,* Silvia Esther Rodríguez Colorado,** Jorge Carreño Meléndez,*** Pilar Meza Rodríguez,**** Hortensia Zámano Segura¹

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

Introducción: una de las dificultades a las que se enfrenta la mujer con incontinencia urinaria es la calidad y el control de su vida sexual, pues en la medida que se complica, la afecta de diferentes maneras. Estas complicaciones requieren, además del tratamiento médico, la valoración e intervención del psicólogo especialista para una recuperación integral.

Objetivo: conocer la frecuencia y el origen de las alteraciones sexuales en mujeres con incontinencia urinaria.

Pacientes y métodos: estudio de población, confirmatorio, descriptivo, transversal, retrospectivo con diseño no experimental. Se seleccionaron 70 pacientes de entre 21 y 59 años de edad con incontinencia urinaria. Las pacientes se dividieron en: grupo 1, mujeres con *disfunción sexual* antes de padecer incontinencia urinaria; grupo 2, con *trastorno sexual* originado por incontinencia urinaria, y grupo 3, sin alteraciones sexuales antes o después de padecer incontinencia urinaria. Para su clasificación se aplicó la Historia clínica codificada para la sexualidad femenina, el diagnóstico se realizó según el DSM-IV-TR.

Resultados: el 46% de las pacientes tuvo disfunciones sexuales (principalmente disritmia y trastorno del orgasmo), 37% trastornos sexuales relacionados con la incontinencia urinaria (dispareunia y deseo sexual hipoactivo) y 17% sin problemas sexuales.

Conclusiones: a las pacientes con alteraciones sexuales por padecimientos médicos debe evaluarlas un psicólogo para establecer el diagnóstico y abordaje específicos, pues las estrategias de intervención dependerán de esta valoración.

Palabras clave: disfunción sexual, trastorno sexual, incontinencia urinaria.

ABSTRACT

Background: One difficulty that a woman with urinary incontinence faces up is quality and control of her sexual life, the more it is complicated the more it affects her in different ways. These complications require, as well as medical treatment, evaluation and special psychological intervention to integrally recovery.

Objective: To know frequency and origin of sexual disturbances in women with urinary incontinence.

Patients and methods: Demographical, confirmatory, descriptive, transversal, retrospective with non-experimental design study. Seventy patients, ranging from 21 to 59 years old, with diagnosis of urinary incontinence were selected. Three groups were conformed: Group 1, patients with *sexual dysfunction* before the manifestation of urinary incontinence; Group 2, patients with *sexual dysfunction* due to urinary incontinence, and Group 3, patients with no sexual problems neither before nor after the urinary incontinence problem. Codified Clinical History Form on Female Sexuality was used to classify patients; diagnosis was performed with the DSM-IV-TR.

Results: Forty-six percent of patients had sexual dysfunctions (mainly dysrythmia and orgasmic disorder), 37% showed sexual disorder associated with urinary incontinence (dyspareunia and hypoactive sexual desire), and 17% had no sexual problems.

Conclusions: As proper appraisal will define intervention strategies, patients with medical sexual problems must be evaluated by a psychology to establish diagnose and for adequate approach.

Key words: sexual dysfunction, sexual disorder, urinary incontinence.

RÉSUMÉ

Antécédents: l'une des difficultés auxquelles fait face la femme avec incontinence urinaire est la qualité et le contrôle de sa vie sexuelle, car dans la mesure qu'elle devient de plus en plus compliquée, elle la gêne de formes différentes. Ces complications demandent, en plus du traitement médical, la valorisation et l'intervention du psychologue spécialiste pour une récupération intégrale.

Objectif: connaître la fréquence des altérations sexuelles chez des femmes avec incontinence urinaire.

Patients et méthodes: étude de population, confirmatoire, descriptive, transversale, rétrospective avec dessin non expérimental. On a choisi 70 patientes âgées d'entre 21 et 59 ans avec incontinence urinaire. Les patientes ont été classées en: groupe 1, des femmes avec *dysfonction sexuelle* avant de souffrir d'incontinence urinaire; groupe 2, avec *trouble sexuel* provoqué par incontinence urinaire, et groupe 3, sans altérations sexuelles avant ou après de souffrir d'incontinence urinaire. Pour leur classement on a appliqué l'*Histoire clinique codifiée pour la sexualité féminine*, le diagnostic a été fait selon le *DSM-IV-TR*.

Résultats: 46% des patientes a eu dysfonctions sexuelles (principalement dysrythmie et trouble de l'orgasme), 37% troubles sexuels liés à l'incontinence urinaire (dyspareunie et désir sexuel hypoactif) et 17% sans problèmes sexuels.

Conclusions: les patientes avec des altérations sexuelles par des souffrances médicales doivent être évaluées par un psychologue afin d'établir le diagnostic et le traitement spécifiques, car, dépendant de cette valorisation, les stratégies d'intervention seront distinctes.

Mots-clés: dysfonction sexuelle, trouble sexuel, incontinence urinaire.

RESUMO

Antecedentes: Uma das dificuldades a que se enfrenta a mulher com incontinência urinária é a qualidade e o controle de sua vida sexual, pois à medida que se complica a afeta de diferentes maneiras. Estas complicações requerem além do tratamento médico, a valorização e intervenção do psicólogo especialista para uma recuperação integral.

Objetivo: Conhecer a freqüência de alterações sexuais em mulheres com incontinência urinária.

Pacientes e Métodos: Estudo da população, confirmatório, descritivo, transversal, retrospectivo com desenho não experimental. Foram selecionadas 70 pacientes entre 21 e 59 anos de idade com incontinência urinária. As pacientes foram divididas em grupos: grupo 1, mulheres com *disfunção sexual* antes de padecer de incontinência urinária; grupo 2, mulheres com *transtorno sexual* originado por incontinência urinária, e grupo 3, sem alterações sexuais antes ou depois de padecer de incontinência urinária. Para as suas classificações foram aplicadas a *História clínica codificada para a sexualidade feminina*. O diagnóstico foi realizado segundo o *DSM-IV-TR*.

Resultados: Em 46% das pacientes tiveram disfunções sexuais (principalmente arritmia e transtorno de orgasmo), 37% transtornos sexuais relacionados com a incontinência urinária (dispareunia e desejo sexual hipoativo) e 17% sem problemas sexuais antes.

Conclusões: As pacientes com alterações sexuais por padecimentos médicos devem avaliar-se com um psicólogo para estabelecer o diagnóstico e a abordagem específica, as estratégias de intervenção serão distintas pois dependem de esta avaliação.

Palavras-chave: disfunção sexual, transtorno sexual, incontinência urinária.

Una de las dificultades a las que se enfrenta la mujer con incontinencia urinaria es la calidad y el control de su vida sexual, pues en la medida que se complica, la afecta de diferentes maneras. Estas complicaciones requieren, además del tratamiento médico, la valoración e intervención del psicólogo especialista para una recuperación integral.

La Sociedad Internacional de Continencia define a la incontinencia urinaria como cualquier pérdida involuntaria de orina,¹ y representa un problema personal, social e higiénico para la paciente. Tanagho² señala que la incontinencia urinaria es un problema de salud importante y que las pacientes aceptan como signo de vejez; por tanto, no solicitan ayuda médica y ello afecta gravemente su vida cotidiana. Las complicaciones no son sólo físicas (infecciones, úlceras en la piel, limitaciones en su autonomía, entre otras) sino psicológicas, con efecto negativo en la autoestima, lo que resulta en aislamiento social y frecuentes problemas sexuales.

Algunos estudios indican que la respuesta al padecimiento depende de cada mujer y cultura. Una encuesta realizada a 336 mujeres con incontinencia urinaria, en el Instituto Nacional de Perinatología (INPerIER),³ reportó prevalencia de 8 a 12% en la consulta general; 60% de las participantes consideraron la pérdida involuntaria de orina como algo inevitable, inclusive normal, debido a la edad y la asociaron con algún trastorno de la vejez; no obstante, consideraron los episodios de incontinencia como algo vergonzoso. La encuesta también identificó que los síntomas urinarios eran de origen multifactorial, principalmente el antecedente obstétrico, asociado con

* Doctora en Psicología. Investigador asociado B, Departamento de Psicología.

** Coordinadora del Departamento de Uroginecología.

*** Maestro en Psicología, Investigador asociado A, Departamento de Psicología.

**** Maestra en Psicología. Psicóloga clínica. Departamento de Psicología.

¹ Licenciada en Psicología.
Instituto Nacional de Perinatología.

Correspondencia: Dra. Claudia Sánchez Bravo. Montes Urales 800. Torre de Investigación 1^{er} piso. E-mail: clausanbra@yahoo.com
Recibido: abril, 2008. Aceptado, junio, 2008.

Este artículo debe citarse como: Sánchez BC, Rodríguez CSE, Carreño MJ, Meza RP, Zámano SH. Diagnóstico y alternativas de tratamiento de las alteraciones sexuales en mujeres con incontinencia urinaria. Ginecol Obstet Mex 2008;76(11):635-42.

La versión completa de este artículo también se encuentra en:
www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

mayor número de partos vaginales. Esto no impide que haya mujeres con incontinencia urinaria sin antecedentes obstétricos.

La incontinencia urinaria se clasifica según los criterios sintomáticos o urodinámicos. La Sociedad Internacional de Continencia propone los siguientes tipos:¹

- 1) *Incontinencia urinaria de esfuerzo*: es la pérdida involuntaria de orina relacionada con algún esfuerzo físico que provoca el aumento de la presión abdominal (toser, reír, correr, caminar). Se produce cuando la presión intravesical supera a la uretral, como consecuencia de una deficiencia en los mecanismos de resistencia uretral, específicamente por dos causas: hipermovilidad uretral (falla en los mecanismos de sujeción de la uretra que desciende de su correcta posición anatómica) o deficiencia esfinteriana intrínseca (insuficiente coaptación de las paredes uretrales, que resulta en disminución de resistencia en la uretra). Un estudio del INPerIER³ indica que afecta a entre 5 y 10% de las mujeres entre 35 y 65 años de edad. Los factores asociados comprenden: número de partos, menopausia, insuficiencia estrogénica y problemas de obesidad. Pontenziani⁴ señala que la incontinencia urinaria de esfuerzo es el tipo más frecuente y se relaciona con debilidad del piso pélvico muscular. En algunas mujeres origina trastornos en su vida sexual y afecta la calidad general de vida.
- 2) *Incontinencia urinaria de urgencia*: es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de incontinencia de "urgencia". Es la aparición súbita del deseo miccional, claro e intenso, difícil de demorar, como consecuencia de la contracción involuntaria del músculo detrusor vesical. Ponteziani⁴ menciona que se asocia con diversas causas, como infecciones urinarias, antecedentes quirúrgicos, cálculos, cistitis intersticial, etc.
- 3) *Incontinencia urinaria por rebosamiento*: se relaciona con vaciamiento vesical incompleto o deficiente, y posible pérdida de orina por rebosamiento, que se pierde de manera involuntaria al sobreponerse la cantidad que puede contenerse dentro de la vejiga (detrusor). Esto modifica la capacidad de contraerse eficazmente y retener cierta cantidad de orina dentro de la vejiga después de orinar.

- 4) *Incontinencia urinaria mixta*: es la pérdida involuntaria de orina relacionada con incontinencia de urgencia y esfuerzo.

Sexualidad en la paciente con incontinencia urinaria

Uno de los factores asociados con la incontinencia urinaria es el relacionado con las alteraciones sexuales. Se ha encontrado que 30% de las mujeres con incontinencia rechazan la actividad sexual por considerarse sexualmente poco atractivas.⁵ Las alteraciones en la vida sexual, al tener diferentes orígenes, dificultan el diagnóstico diferencial. Masters y colaboradores⁶ identificaron las causas que originan las disfunciones sexuales y dos fuentes principales de explicación: causas remotas o de antecedente de la sexualidad y causas recientes, estas últimas relacionadas con algún padecimiento médico; por tanto, es importante identificar su origen para establecer el diagnóstico y tratamiento adecuados.

Una confusión frecuente, al establecer el diagnóstico de los distintos problemas de la vida sexual, es si la *disfunción sexual* se adquirió por factores psicológicos o concomitantes, o si se trata de un *trastorno sexual* ocasionado por alguna enfermedad.⁷

La disfunción sexual es un síndrome en el que los procesos eróticos, de la respuesta sexual, resultan no deseables para el individuo, en forma recurrente o persistente,⁸ y cuya causa no se asocia con alguna enfermedad; de lo contrario, deberá especificarse como trastorno sexual.⁷ El trastorno sexual se diagnostica cuando existe alguna alteración clínicamente significativa, provocada sólo por los efectos de alguna enfermedad; sus manifestaciones clínicas son del mismo tipo e intensidad que las clasificadas como disfunción sexual.

En la década de 1960 las alteraciones sexuales se consideraban síntomas de otras enfermedades, donde el modelo era unidimensional: frigidez en la mujer e impotencia en el hombre. Con estos términos se cubrían todas las alteraciones sexuales. Más adelante adquirieron el carácter de padecimientos clínicos específicos. Las publicaciones recientes, generadas en torno a la complejidad del origen, indican que la mayor parte es multifactorial y se debe a factores psicológicos y de experiencias, en el que diversas circunstancias (factores asociados) pueden condicionar o afectar la calidad de la respuesta sexual.

La *sexualidad humana* es una línea de investigación desarrollada, en los últimos 13 años, en el INPerIER.

Distintos estudios han demostrado que los hombres y las mujeres con problemas en su vida sexual, también tienen alteraciones psicológicas que requieren atención por su vulnerabilidad. Se han encontrado asociaciones con niveles altos de ansiedad, autoestima baja, comunicación marital deficiente, características predominantemente sumisas en función del género, nulas conductas asertivas, estilo de comunicación negativo, problemas conyugales, experiencias infantiles traumáticas y nula o deficiente información respecto a la sexualidad. La prevalencia de disfunciones sexuales es de 52% en la población general del Instituto, principalmente en mujeres.⁹⁻¹³

El ciclo normal de respuesta sexual es un proceso que se divide en cinco fases que permiten ubicar, ante una alteración, en cuál se ubica y, por tanto, generar un plan de tratamiento específico. Dichas fases comprenden: 1) deseo, 2) excitación, 3) meseta, 4) orgasmo y 5) resolución.

En cada fase puede haber alguna alteración sexual que afecte toda la respuesta. Ahora bien, para establecer un tratamiento debe identificarse el tipo de alteración sexual y su origen, tanto femeninas como masculinas. Por tratarse de un estudio en mujeres, solamente se definirán las siguientes: a) deseo sexual hipoactivo: ausencia o disminución de fantasías y deseos de actividad sexual; b) trastorno por aversión al sexo: aversión extrema y recurrente hacia y con evitación de todos o casi todos los contactos sexuales genitales con una pareja sexual; c) trastorno de excitación sexual en la mujer: incapacidad para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de esta fase hasta terminar la actividad sexual; d) trastorno del orgasmo femenino: ausencia del orgasmo después de una fase de excitación sexual normal; e) *dispareunia*: dolor genital al momento de la relación sexual; f) *vaginismo*: espasmos involuntarios de la musculatura de la vagina (tercio externo) que interfieren con el coito.⁷

Otra disfunción estudiada es la *disritmia*, la cual se establece cuando la demanda de actividad sexual, de alguno de los miembros de la pareja, no coincide con la del otro, lo que genera insatisfacción con malestar, por la frecuencia y calidad de los encuentros sexuales. Al tener su origen en la pareja, resulta complejo establecer el diagnóstico, pues entramos al mundo relacional e inter-subjetivo; sin embargo, con que uno de los miembros de la pareja manifieste insatisfacción, el clínico se enfrenta a una situación que debe resolver.¹⁴ Cuando una paciente reporta cambios en la calidad de su vida sexual, requiere

atención especializada para determinar el origen y normar el criterio de atención.

El objetivo de este estudio es conocer la frecuencia y el origen de las alteraciones sexuales en pacientes con incontinencia urinaria.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de población, confirmatorio, descriptivo, transversal, retrospectivo, con un diseño no experimental, de una sola muestra dividida en tres grupos y de observaciones independientes. La variable independiente fue la incontinencia urinaria y la dependiente la alteración sexual, ya sea disfunción sexual o trastorno sexual relacionado con la incontinencia urinaria.

Se seleccionaron pacientes que asistieron por primera vez a consulta en la Clínica de Uroginecología del INPeRIER. Una vez establecido el diagnóstico de incontinencia urinaria se registraron con un procedimiento de selección por cuota. La muestra de estudio la conformaron 70 pacientes de entre 21 y 59 años de edad. Los criterios de inclusión fueron: pacientes de nuevo ingreso con diagnóstico de incontinencia urinaria de cualquier tipo, escolaridad mínima de primaria y con pareja sexual estable; se excluyeron las pacientes con diagnóstico previo de enfermedad orgánica (no uroginecológica) que pudiera condicionar la respuesta sexual en cualquiera de sus fases. El registro se realizó luego de obtener el consentimiento informado de cada paciente, en cumplimiento con las indicaciones del Comité de Ética de la institución.

Las pacientes se dividieron en tres grupos: grupo 1, mujeres con *disfunción sexual* establecida antes del problema de incontinencia; grupo 2, mujeres con *trastorno sexual* relacionado con la incontinencia urinaria y, grupo 3, pacientes sin alteración sexual antes o después de la incontinencia urinaria (grupo control).

Para clasificar los grupos, mediante el diagnóstico diferencial entre disfunción sexual o trastorno sexual originado por enfermedad médica o sin problemas sexuales, se utilizó la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (HCCSF),¹⁵ con la finalidad de explorar la sexualidad en las pacientes. La prueba consta de 170 reactivos y está diseñada para obtener información clara y precisa de la vida sexual.

La selección de pacientes la realizaron psicólogos previamente capacitados para la aplicación de la HCCSF.

Cuando el médico les diagnosticó incontinencia urinaria de cualquier tipo, se enviaron con el psicólogo y, si cumplían con los criterios de inclusión, se les valoraba en una sola sesión. Todas las pacientes que tuvieran alguna alteración sexual se enviaron al Departamento de Psicología del INPerIER, para atenderse en terapia sexual o psicológica, según fuera el caso.

En cuanto al análisis estadístico, se obtuvieron medidas de tendencia central para describir los factores sociodemográficos de edad, estado civil y escolaridad de cada grupo; después, se clasificaron las participantes por frecuencia y tipo de disfunción sexual (grupo 1), frecuencia y tipo de trastorno sexual (grupo 2) originados por la incontinencia urinaria, y pacientes sin trastorno ni disfunción sexual, pero con incontinencia urinaria (grupo 3).

Para calcular la diferencia entre el tipo de alteración sexual e incontinencia urinaria, se utilizó la prueba no paramétrica de la χ^2 .

RESULTADOS

Los grupos se distribuyeron de la siguiente manera: el grupo 1 incluyó 32 (46%) pacientes, con edad promedio de 41.6 años, escolaridad de 10 años, 78% eran casadas y el resto vivía en unión libre. En el grupo 2 hubo 26 (37%) pacientes, cuya edad promedio fue de 45.6 años, escolaridad de ocho años; el 88% eran casadas y 12% vivía en unión libre. El grupo 3 (control) lo integraron 12 (17%) mujeres, su promedio de edad fue de 42 años, escolaridad de 11, con 92% casadas y el resto en unión libre.

En las 32 mujeres del grupo 1 se encontraron 66 disfunciones sexuales (promedio de 2.06 por mujer), entre las más frecuentes: disritmia, trastorno del orgasmo y deseo sexual hipoactivo; estas disfunciones coexistían antes del padecimiento uroginecológico (cuadro 1).

En el grupo 2 (con trastorno sexual debido a la incontinencia urinaria) se registraron 64 trastornos sexuales (promedio de 2.46 por mujer). Los más frecuentes fueron el deseo sexual hipoactivo, la dispareunia y el trastorno del orgasmo (cuadro 2).

En las mujeres del grupo 3 no se reportaron problemas sexuales previos asociadas con la incontinencia urinaria.

Los resultados indican diferencias en el tipo de alteración sexual, las cuales fueron significativamente mayores en el grupo con problemas sexuales preexistentes, en

Cuadro 1. Distribución de disfunciones sexuales en el grupo 1 ($n = 32$)

Disfunción sexual	Frecuencia de la disfunción	%
Deseo sexual hipoactivo	13	19.7
Aversión al sexo	5	7.6
Trastorno de la excitación	6	9.1
Trastorno del orgasmo	16	24.2
Dispareunia	6	9.1
Vaginismo	2	3
Disritmia	18	27.3

Cuadro 2. Distribución de trastornos sexuales por incontinencia urinaria en el grupo 2 ($n = 26$)

Trastorno sexual	Frecuencia del trastorno	%
Deseo sexual hipoactivo	15	23.4
Aversión al sexo	3	4.7
Trastorno de la excitación	8	12.5
Trastorno del orgasmo	12	18.8
Dispareunia	15	23.4
Vaginismo	1	1.6
Disritmia	10	15.6

comparación con las mujeres que tenían algún trastorno sexual por incontinencia urinaria (cuadro 3).⁷

En cuanto al tipo de incontinencia urinaria y su relación con las alteraciones sexuales, se observó que 80% de las pacientes tuvo incontinencia urinaria mixta y de esfuerzo, sin que se asociaran con algún tipo particular de alteración sexual. El análisis estadístico y los tipos de incontinencia urinaria se muestran en los cuadros 4 y 5.

DISCUSIÓN

El análisis de los resultados permite entender el comportamiento de los problemas sexuales en pacientes con incontinencia urinaria, lo que a su vez facilita establecer el diagnóstico puntual que dé como resultado mayor especificidad en el tipo de tratamiento indicado para cada paciente. El diagnóstico certero de las alteraciones sexuales, antes (disfunción sexual) y después (trastorno sexual) de algún padecimiento médico, es fundamental para generar estrategias de manejo, porque de lo contrario se obtendrán pobres resultados en la solución del problema.

Cuadro 3. Tipo de alteración sexual

Con disfunción sexual	Con trastorno sexual	Sin problema sexual	χ^2	gl	p
32	26	12	9.02	2	.01**

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$.

Cuadro 4. Tipos de incontinencia urinaria y alteraciones sexuales

Grupos de estudio	Incontinencia urinaria mixta	Incontinencia urinaria de esfuerzo	Incontinencia urinaria de urgencia	Incontinencia urinaria por rebosamiento
Pacientes con disfunción sexual	15 (47%)	15 (47%)	2 (6%)	-
Pacientes con trastorno sexual	16 (62%)	8 (30%)	2 (8%)	-
Pacientes sin trastorno sexual	15 (42%)	15 (42%)	1 (8%)	1 (8%)

Cuadro 5. Análisis estadístico de la incontinencia urinaria y las alteraciones sexuales

Alteración sexual	χ^2	gl	p
	6.71	6	NS

Las alteraciones sexuales, además de ser frecuentes en la población, tienen un grado de complejidad que hace necesaria la diferenciación de su origen. Diferenciarlos de manera clara y objetiva proporciona elementos para contribuir a la atención integral en el menor tiempo posible. Cuando una paciente tiene sexualidad sana y se modifica por la incontinencia urinaria, es probable que en un periodo corto, después de solucionar su problema médico, retome el ritmo de su vida sexual y el plan de tratamiento requiera alguna intervención de orientación y contención. En cambio, las pacientes con disfunción sexual, que son significativamente mayores, aunque sea referida en la consulta uroginecológica, el plan de tratamiento es mucho más complejo. Está demostrado que las pacientes, en general, no piden ayuda ni van a consulta cuando aparece un problema o alteración en su vida sexual.¹⁵ Las disfunciones suelen ser de larga evolución, se constituyen en un estilo de vida y repercuten en la calidad de la relación de pareja. Esta variable se comprobó al observar que la disfunción con mayor frecuencia en el grupo 1 fue la disritmia, en comparación con el grupo 2.

La población sin problemas sexuales fue muy baja (17%). Es necesario recalcar la necesidad del tratamiento interdisciplinario en estas pacientes, realizar una exploración de su vida sexual en la consulta médica y, en caso de

encontrar alguna alteración sexual, referirlas al psicólogo especialista, ya que son una población de riesgo, debido a factores asociados, por lo que no pueden ni deben desatenderse.

Al analizar la distribución de las disfunciones sexuales en el grupo 1 y cómo los planes de tratamiento requieren un especialista, se observó que la disritmia fue la alteración más frecuente. Por ser un problema relacionado con la pareja, tendrá que normar el criterio que en dichos casos está contraindicada la terapia sexual, porque no ayuda a resolver el problema, sino complicarlo. En estas pacientes, el abordaje de elección es la psicoterapia.¹⁶ El segundo trastorno más frecuente fue del orgasmo. Esta alteración no impide el coito, pero al no alcanzarlo hace que la mujer se sienta frustrada y muchas veces la lleva a desempeñar el papel de espectadora, con disminución en la autoestima y sentimientos de inutilidad. Birnbaum¹⁷ investigó el significado de las relaciones heterosexuales en mujeres con trastornos del orgasmo, emociones positivas y negativas respecto a la persona y pareja, y reacciones afectivas en el ciclo de la respuesta sexual. Encontró que las dificultades para experimentar el orgasmo se relacionan fuertemente con miedos y ansiedades derivados de la relación sexual, sensaciones de insatisfacción y frustración, además de los significados intrapsíquicos negativos de la relación sexual (pensar que ésta es pecado o algo inmoral, lo que genera culpa, ansiedad y enojo) y significados interpersonales negativos (indiferencia, falta de cercanía, sentirse abusada e incómoda con la pareja) relacionados con la disritmia, como indicador de problemas conyugales.

En el grupo 2 se observó que los trastornos sexuales más frecuentes fueron el deseo sexual hipoactivo y la dispareunia; el primero, definido como la disminución o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. Este trastorno tiene distintos criterios para establecer su diagnóstico. El DSM-IV-TR⁷ tiene el requisito fundamental de ausencia o carencia de fantasías y deseos de actividad sexual. Para Rosen y Leiblum,¹⁸ el diagnóstico es difícil si sólo se consideran los indicadores objetivos (frecuencia en la actividad sexual, fantasías sexuales, etc.), pues debe agregarse el componente subjetivo (deseo) de contacto sexual, ya que puede haber mucha frecuencia en esta actividad, pero sin deseo previo.

En lo que a origen del deseo sexual hipoactivo respecta, Rubio y Díaz⁸ señalan gran variabilidad en los factores asociados, principalmente: *a)* cuando aparece en forma secundaria y global como parte de otro trastorno; y *b)* cuando se manifiesta en forma secundaria y selectiva, originado por dificultades en la dinámica de pareja, historia de vida (conflictos remotos), conflictos con la intimidad, aprendizaje familiar-cultural o por alguna relación extra-marital. Esto explica la frecuencia de la alteración en este grupo, cuya causa es fácilmente definida por la misma paciente; sin embargo, el deseo sexual hipoactivo también es frecuente por causas psicológicas.

En revisiones recientes, relacionadas con definiciones de disfunción sexual en la mujer, Basson¹⁹ señala que la respuesta sexual y algunos factores asociados con el deseo y la excitación sexual, no pueden reducirse a las fantasías sexuales. Las razones que una mujer tiene para iniciar la actividad sexual incluyen: deseos de expresar amor, recibir y compartir placer físico, sentirse cercana emocionalmente, complacer a la pareja y aumentar su propio bienestar.

En otro estudio²⁰ se comparó la reacción de mujeres con deseo sexual hipoactivo y mujeres sexualmente funcionales, mediante entrevistas semiestructuradas y cuestionarios estandarizados. Se encontró que las mujeres con deseo sexual hipoactivo tienen signos de inestabilidad en su estado de ánimo, baja y frágil autorregulación y autoestima, tendencia a ser más ansiosas, introvertidas y convencionales, en comparación con las mujeres sexualmente funcionales, lo que explica su frecuencia en el grupo 2 de este estudio.

En relación con la dispareunia (dolor genital persistente o recurrente asociado con la relación sexual), coincidimos

con Espuña,²¹ quien señala que las pacientes con esta alteración reportan incomodidad, al grado de rechazar las relaciones sexuales por temor a sufrir pérdidas de orina durante el coito, desprender olor desagradable y sensación de humedad en los genitales. Montoya²² refiere que los cambios anatómicos y funcionales del aparato urinario afectan de manera importante la vida sexual de las mujeres, lo que coincide con lo encontrado en este estudio: los problemas sexuales detectados en casi la mitad de las pacientes se manifestaron como reacción a la incontinencia urinaria.

En las mujeres con trastornos sexuales también se contraindica la terapia sexual, pues es altamente probable que cuando pase el evento ginecológico, recuperen la vida sexual que tenían. En algunas ocasiones se recomienda sólo la orientación sexual, sobre todo las que se interviniieron quirúrgicamente y permanecieron con temores (con trastornos por dolor).

CONCLUSIÓN

Las estrategias de tratamiento son distintas para cada disfunción y trastorno sexual relacionado con la incontinencia urinaria. Es importante establecer el diagnóstico adecuado y el correcto plan de tratamiento por el psicólogo especializado, quien deberá considerar los factores de otros estudios y los hallazgos encontrados en esta línea de investigación. La incontinencia urinaria es un problema complejo debido a sus implicaciones; por tanto, el envío correcto de pacientes, del servicio de uroginecología a psicología, ayudará a establecer el tratamiento eficaz y con óptimos resultados en las pacientes con este problema.

REFERENCIAS

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167-78.
2. Tanagho E. Urología general de Smith. 11^a ed. México: El Manual Moderno, 1997.
3. Martínez V, Velasco JE. Climaterio. Estudio, diagnóstico y tratamiento. 2^a ed. México: Intersistemas 2000;pp:28-33.
4. Pontenzián JC. Incontinencia Urinaria. Dirección URL: <<http://www.soveuro.com>>. 2002.
5. Robles JE. Curso de formación en incontinencia urinaria. Departamento de Urología de la Clínica Universitaria de la Universidad de Navarra. Dirección URL: <<http://www.unav.es/cun/noticias/030151.html>>. 2003.

6. Masters W, Johnson V, Kolondy R. La sexualidad humana. 13^a ed. Barcelona: Grijalbo, 1995.
7. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Madrid: Masson, 2003.
8. Rubio E, Díaz J. Las disfunciones sexuales. En: CONAPO, editores. Antología de la sexualidad humana. México: Miguel Ángel Porrúa, 1994;pp:203-46.
9. Sánchez C, Carreño J, Martínez S, Gómez ME. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. Salud Mental 2005;28:74-80.
10. Sánchez C, Carreño J, Martínez S, Gómez E. Comunicación marital y estilo de comunicación en mujeres con disfunción sexual. Rev Perinatol Reprod Hum 2003;17(2):91-101.
11. Sánchez BC, Morales F, Carreño MJ, Martínez RS. Disfunción sexual femenina y su relación con el rol de género y la asertividad. Revista de Perinatol Reprod Hum 2005;19(3 y 4):152-60.
12. Sánchez C, Carreño J, Espíndola JG, Anzures A. Las distintas disfunciones femeninas y la relación con ansiedad rasgo-estado. Psicol Iberoamericana 2007;15:52-59.
13. Sánchez C, Carreño J, González G, González I. Autoconcepto y satisfacción marital. Rev Perinatol Reprod Hum 1997;11(4):190-7.
14. Álvarez-Gayou J. Sexoterapia integral. 1^a ed. México: El Manual Moderno, 1986.
15. Souza M, Cárdenas J, Montero MC, Mendoza L. Historia clínica de la sexualidad femenina. Ginecol Obstet Mex 1987;55:277-87.
16. Sánchez BC, Carreño J. Guía clínica de intervención psicológica de la sexualidad humana en parejas. Rev Perinatol Reprod Hum 2007;21(1).
17. Birnbaum G. The meaning of heterosexual intercourse among women with female orgasmic disorder. Arch Sex Beh 2003;32(1):61-71.
18. Rosen RC, Leiblum SR. Assessment and treatment of desire disorders. In: Lieblum SR, Rosen SC, editors. Principles and practice of sex therapy. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 1998.
19. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. Can Med Assoc J 2005;172:1327-33.
20. Hartmann U, Heiser K, Rüffer-Hesse C. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. World J Urol 2002;20:79-88.
21. Espuña M. Incontinencia urinaria. Dirección URL: <www://.Minusval/2000.com/literatura/artículos/incontinencia urinaria. Htm>.
22. Montoya R. Principales problemas urogenitales y sus manifestaciones. En: Climaterio: estudio, diagnóstico y tratamiento. México: Intersistemas. 2000;pp:158-69.

Las *pruebas cruzadas* permiten que los pacientes reclutados sean sus propios controles. Los individuos se asignan al azar a un brazo del tratamiento y más tarde se cambian al otro. Este método de estudio “cruzado” se ha usado con frecuencia en pruebas para valorar la eficacia de los medicamentos. El diseño es difícil de realizar debido a su potencial de efectos residuales entre las intervenciones. Con frecuencia habrá un periodo de lavado (tiempo durante el cual no se administra medicamento) entre las intervenciones.

Reproducido de: The North American Menopause Society. Menopausia, guía práctica para el médico. México: NAMS, 2007;p:14.