



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL
ECUADOR SEDE ESMERALDAS**

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TEMA :

**TRASTORNOS DE PSICO-AFECTIVIDAD QUE ALTERAN LA
SEXUALIDAD DE LAS MUJERES DE 45-60 AÑOS QUE ACUDEN
A LAS UNIDADES OPERATIVAS DE SALUD DE LA CIUDAD DE
ESMERALDAS EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2012.**

AUTORA:

JESSICA IVONNE COIME GRACIA

**DISERTACION PRESENTADA COMO REQUISITO PARA
OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Directora de Tesis:

Lcda. JESSICA CASTILLO

Esmeraldas. Agosto del 2012

HOJA DE DISERTACION

DISERTACION APROBADA LUEGO DE
HABER DADO CUMPLIMIENTO A LOS
REQUISITOS EXIGIDOS POR EL
REGLAMENTO
DE GRADO DE LA PUCESE, PREVIA A
LA OBTENCION DEL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA.

.....
Director de Disertación

.....
Lector 1

.....
Lector 2

.....
Directora de la Escuela

Fecha.....



AUTORIA

Yo, **JESSICA IVONNE COIME GRACIA**, declaro que la presente investigación enmarcada en el actual trabajo de tesis es absolutamente original, autentica, única y personal.

En virtud que el contenido de esta investigación es exclusiva responsabilidad legal y académica de la autora.

Jessica Coime Gracia

0802655217

DEDICATORIA

*A mis queridos **Padres Kirvi Gracia** y **Dario Coime** quien con sus consejos y su apoyo me dieron fortaleza y me incentivaron para ser una profesional.*

*A mis preciados **Hermanos** quienes han estado a mi lado animándome en los momentos más difíciles de mi carrera.*

*A mi amado **Esposo Diego Méndez** quien me ha brindado amor, confianza y siempre me apoyo durante mis estudios.*

*A mis **Hijos Santiago y Mateo** quiénes son y han sido siempre mi mayor inspiración para culminar mi meta.*

AGRADECIMIENTO

Agradezco a

*Primero a **DIOS**, porque él es el camino la verdad y la vida y ha estado conmigo fortaleciendo mi alma e iluminando mi espíritu.*

*A toda mi **Familia** en especial a mis queridísimos **Padres**, por todo lo que han hecho por mí para toda mi vida.*

*A mis **Maestras** quienes desinteresadamente me han brindado sus conocimientos y su amistad sincera don que caracteriza a las **Enfermeras**.*

*A mis **compañeras** y **compañeros** por su apoyo y complicidad.*

*A todo el personal **Administrativo** de la Universidad Católica del Ecuador Sede en Esmeraldas por los servicios de calidad y calidez prestados.*

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera colaboraron para que este trabajo termine satisfactoriamente.

INDICE

PRELIMINARES

✚ Hoja De Disertacion	i
✚ Autoria	ii
✚ Dedicatoria.....	iii
✚ Agradecimiento	iv
✚ Indice	v

PRIMERA PARTE

✚ <i>Resumen</i>	1
✚ <i>Abstract</i>	2
✚ Introducción.....	3
✚ Planeamiento Del Problema	5
✚ Árbol Del Problemas	7
✚ Formulación Del Problema.....	8
✚ Justificación	9
✚ Objetivo General.....	10
✚ Objetivos Específicos:	10

SEGUNDA PARTE

✚ Esquema Del Marco Teorico	11
✚ Trastornos Psicoafectivos	12
✚ Cambios Psicologicos Intelectuales Afectivos	13
✚ Baja Autoestima	13
✚ Autoestima En Mujeres Adultas.....	16
✚ Efectos De La Baja Autoestima.....	17
✚ Desviaciones Sexuales.....	24
✚ Perdida De La Pareja Sentimental	24
✚ Infancia Traumática	32
✚ Educación Sexual Reprimida.....	33
✚ Malos Hábitos Consumo De Alcohol, Tabacos Y Drogas	33
✚ Fundamentos Para Comprender La Sexualidad En La Adultez	34

TERCERA PARTE

✚ Metodología.....	36
✚ Tipo De Investigación	36
✚ Cualitativa.....	36
✚ Cuantitativa.....	36
✚ Documental.....	37
✚ Tipo De Diseño.....	37
✚ Area De Estudio	37
✚ Universo	37
✚ Muestra	37
✚ Tipo De Muestreo.....	38
✚ Técnicas Básicas De Recolección De Datos	38
✚ Encuesta.....	38
✚ Entrevista	38
✚ Observación	38
✚ Criterio De Exclusión	39
✚ Criterios De Inclusión.....	39
✚ Variables.....	39
✚ Dependientes	39
✚ Independiente.....	39

CUARTA PARTE

✚ Analisis Y Presentacion De Datos.....	¡Error! Marcador no definido.
✚ Analisis De Los Datos De La Encuesta Dirigida A La Población	40
✚ Porcentaje De Datos Y Encuesta Dirigida A Los Profecionales De La Salud ...	50
✚ Datos Obtenidos De La Guia De Observacion.....	57
✚ Discusion	58
✚ Conclusiones.....	59
✚ Recomendaciones	60
✚ Limitaciones	62
✚ Propuesta	63

QUINTA PARTE

✚ Bibliografía.....	64
✚ Anexo 1	66

RESUMEN

Trastornos de psico-afectividad que alteran la sexualidad de las mujeres de 45-60 años que acuden a las unidades operativas de salud del cantón esmeraldas en el primer trimestre del 2012.

Objetivo: Determinar los trastornos de psico-afectividad que provocan alteraciones en la sexualidad de las mujeres de 45-60 años que acuden a las unidades operativas de salud del cantón Esmeraldas.

Materiales y Métodos. La presente investigación hace referencia a los Trastornos de Psico-afectividad que conllevan a las mujeres en edad adulta de 45-60 años a padecer serios problemas en su sexualidad en la ciudad de Esmeraldas. El tipo de estudio analítico correlacional, cualitativo, cuantitativo y documentado, la muestra fue aleatoria simple, se tomaron 50 mujeres al azar que asistieron a las diferentes unidades operativas de la ciudad de Esmeraldas (escogidas cinco), fueron de mucha utilidad las técnicas de la observación, la entrevista y la encuesta, primero se realizó la investigación a los cinco médicos de las cinco unidades operativas del MSP San Pablo del barrio tercer piso, Cotolengo del barrio Esperanza Norte, La Propicia del barrio la propicia, Unidos Somos Más de Codesa y San Rafael del Valle San Rafael. Para los médicos fueron 8 preguntas cerradas con opciones de respuesta múltiple, segundo dirigida a las pacientes que esperaban ser atendidas por diferentes consultas fueron 10 preguntas cerradas de respuesta múltiple y un guía de observación para las pacientes los resultados fueron registrados en una base de datos de Excel con parámetros de Word.

Resultados. Se refleja que el 44% de las mujeres que van a la consulta tienen algún tipo de alteración de su sexualidad reflejándose así que las que se encuentran ente 51 y 55 representan la mayoría del total, que son casadas el 54%, dedicadas a las labores domesticas el 38% de clase social media el 48%, ósea tienen ingresos propios que residen en la zona urbana el 80%., pero lo más notable de la investigación es que la perdida de la actividad sexual supera a los demás trastornos en un 40%, que la mayor parte se debe a bajo autoestima y en muchos de los casos sus familiares lo ignoran.

Conclusión.- Según los resultados de esta investigación las alteraciones de la sexualidad son consecuencias de los trastornos psico-afectivos.

Estas y todas las mujeres necesitan el apoyo de las personas de su entorno, más información por parte del personal de salud. Por ello la propuesta de implementar un espacio de capacitación, sensibilización y consejería exclusivo para mujeres con y sin trastornos psico-afectivos con y sin alteraciones en su sexualidad.

Palabras claves.-Trastornos, pscico-afectividad, alteraciones en la sexualidad, lívido, mujeres de 45'60 años de edad.

ABSTRACT

Psycho-affective disorders that alter the sexuality of women of 45-60 years attending the operating units of the county health emeralds in the first quarter of 2012.

Objective: To determine the psycho-affective disorders that cause changes in the sexuality of women of 45-60 years attending the operating units of the county health Esmeraldas.

Materials and Methods. This research refers to the psycho-affective disorders that lead to adult women of 45-60 years suffer serious problems with their sexuality in the city of Esmeraldas. The type of analytical study correlational, qualitative, quantitative and documented, the simple random sample, 50 women were taken at random who attended the various operating units of the city of Esmeraldas (chosen five), I have been very useful techniques observation, interview and survey, first conducted research on the five doctors of the five operating units in the neighborhood Saint Paul MSP third floor, North Cotolengo Hope neighborhood, the neighborhood of the encourages Fosters, United We Codesa More San Rafael and San Rafael Valley. For physicians were 8 questions with multiple choice options, the second aimed at patients waiting to be served by different queries were 10 multiple choice closed questions and observation guide for patients the results were recorded in a database Excel Microsoft Word with parameters.

Results. It reflects that 44% of women who go to the consultation have some type of alteration reflected their sexuality so that they are being 51 and 55 represent the majority of the total, 54% are married, engaged in the work 38% of domestic middle class 48%, bone their own incomes residing in urban areas 80%., but more research is notable that the loss of sexual activity than the other disorders in 40 % than most because of low self-esteem and in many cases their families are unaware.

Conclusion. - The results of this research the changes in sexuality are consequences of psycho-affective disorders.

These and all women need the support of the people around you more information by staff salud. Por this proposal to implement a space for training, awareness and counseling exclusively for women with and without psycho-affective disorders with and without changes in their sexuality.

Keywords

Troubles, psicooafectividad, changes in sexuality, livid, women 45'60 years.

INTRODUCCIÓN

En el afán de comprender ° organizar el conocimiento acerca de la sexualidad, surgen los términos “normal/anormal”, ligados al paradigma científico de la “salud/enfermedad” se crean diferentes tipos de investigaciones donde se involucran especialmente a un grupo determinado de mujeres a una determinada edad en esta investigación. Además pretende dirigir una visión más moderna de los problemas que desde el pasado y hasta la actualidad las mujeres padecen y pasan por desapercibidos en la familia y la sociedad.

En la actualidad las unidades operativas del MSP en Esmeraldas no cuentan con un plan de acción definido de actuación a la sociedad especialmente a las mujeres con trastornos psico-afectivos y alteraciones de la sexualidad, esta investigación apunta a crear un programa de capacitación sensibilización y orientación a mujeres que padecen este tipo de alteraciones y muchas veces también lo ignoran.

En la primera parte de esta investigación describe el problema, nos resalta la inestabilidad emocional de muchas mujeres, el planteamiento del problema, el árbol del problema que evidencia los condicionantes de riesgo y sus efectos finales.

En la segunda parte los objetivos que determinan hasta donde se pretende llegar al término de la investigación, la justificación el motivo por el cual se hace necesaria la realización de este estudio.

El marco teórico destaca las definiciones de la sexualidad, los trastornos psico-afectivos: alto y bajo autoestima, personalidad inhibida, infancia traumática y educación sexual reprimida como unas de las causas más comunes para alterar el comportamiento femenino adulto, además otras alteraciones orgánicas como la menopausia, la infertilidad, la disminución de la lívido sexual y ciertas enfermedades degenerativas como el cáncer de mamas y cuello uterino, sin descartar las desviaciones sexuales la pérdida de la pareja sentimental, la inestabilidad laboral y el aislamiento social.

En la tercera parte encontraremos la metodología utilizada en la investigación en la cual se describe; el tipo de investigación, tipo de estudio, tipo de diseño la población o universo, muestra, muestreo, área de estudio, variables, técnica de recolección de datos, procedimiento para la recolección de datos , plan de análisis de datos ,fuentes de información.

En la cuarta parte se describe la bibliografía utilizada para la obtención de información que sirvió para la realización de la tesis.

En la quinta parte se exponen los anexos en los cuales constan la operacionalización de variables, los instrumentos utilizados en la recolección de datos, fotografías y video documental.

PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las alteraciones de la sexualidad femenina son diferentes y variados y se deben a causas psicológicas, orgánicas o una combinación de ambos factores, esta última combinación está presente en la mayoría de los casos debido a que los trastornos orgánicos suelen derivar en problemas psicológicos y viceversa.

El rol de la mujer en la sociedad ha avanzado a pasos agigantados los últimos 20 años pero no existen muchas investigaciones que determinen incidencias de los trastornos psico-afectivos que viven las mujeres y que ante la sociedad sean tomados como tema de discusión para solucionarlos, los principales obstáculos de las mujeres es carecer de información sobre las posibilidades de tratamiento o la vergüenza para que consulten ante el problema. "Sin embargo, es muy importante un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado que evite que la mujer, adquiera el convencimiento de que es una circunstancia normal y acorde a la edad".

A demás que cada mujer tiene necesidades únicas, la diversidad de alteraciones de la sexualidad femenina se basa fundamentalmente en uno o más de estos factores: Una educación sexual represiva 43%, una personalidad inhibida 13%, una infancia traumática 0.60%, una relación de pareja inmadura o insatisfactoria 37%, el desconocimiento y el mantenimiento de creencias o prejuicios 17 %, sólo producen frustración, displacer, sufrimiento y fracaso personal.¹

La mayoría de los estudios realizados a mujeres mayores de 45 atribuyen las alteraciones de la sexualidad a la menopausia que juega un rol importante en la sexualidad. El término de la vida fértil en muchas mujeres, produce una mayor satisfacción al no existir el temor de un embarazo no deseado. En otras, sin embargo, lleva a una sensación de baja autoestima e inseguridad. Los cambios estéticos también juegan un rol importante, y la mujer puede no sentirse lo suficientemente atractiva. El

¹ http://www.sexualidad.es/index.php/Categor%C3%ADa:Trastornos_sexuales

déficit de estrógenos característico de la menopausia produce atrofia del epitelio urogenital, lo que aumenta la incidencia de infecciones y de dolor durante el coito, sin embargo no se relacionan directamente con disminución de lívido. Incluso en algunas mujeres la ausencia de hormonas que contrarresten la acción de andrógenos circulantes, hace que el deseo sexual aumente. Una de las alteraciones más frecuentes es la disminución de la lubricación vaginal, en el mundo el 62% de las mujeres que pasan los 40 años les cuesta tener un orgasmo, el 24% fingen tenerlo y el 14% restante nunca lo tienen en la mujer joven este proceso puede completarse en 30 segundos, sin embargo en mujeres postmenopausicas puede durar 5 minutos o más, por cuanto una adecuada estimulación es aun más necesaria para la mujer en su etapa de adulto.

La sexualidad en Esmeraldas tiene un componente más amplio que el puramente orgánico, extendiéndose a niveles afectivos, participativos o de integración. Al igual que ocurre con el tema de las diferencias étnicas, las diferencias entre los géneros se considera aun un tema mucho más complejo, por ejemplo, si una mujer va por el parque tomada de la mano con su pareja, se besan, se abrasan y son muy melosos ya está siendo juzgada, apuntada y criticada duramente por los espectadores, a diferencia de otras provincias. En Esmeraldas las mujeres son mucho más conservadoras y dedicadas al cuidado de la casa y de los hijos.

Los hombres son más libres, despreocupados y menos criticados.

Al hablar de la experiencia humana en la sexualidad estamos inmersos en un campo de gran complejidad. La expresión sexual se caracteriza por su gran variabilidad. Existen grandes dificultades para ahondar en el tema de la sexualidad humana y de la mujer en particular.

Tanto que podemos decir que el 60% de las mujeres esmeraldeñas atraviesan por trastornos psico-afectivos o ya presentan signos y síntomas de alteraciones en su sexualidad.

Hoy en día hablar de sexualidad ya no es un tabú y las mujeres están alcanzando cada vez más un sitio de éxito y porque no completarlo con satisfacción personal por esta razón es necesario este proceso de investigación.

ÁRBOL DEL PROBLEMAS

EFECTOS

MENOPAUSIA
OBESIDAD
AUTOESTIMA

DISMINUCIÓN DE LA
ACTIVIDAD SEXUAL
Y ANORGASMIA

PERDIDA DE LA
PAREJA
SENTIMENTAL

AISLAMIENTO
SOCIAL ALCOHOL Y
DROGAS

PROBLEMA

**ALTERACIONES Y CAMBIOS EN LA SEXUALIDAD
EN MUJERES DE 45-60 AÑOS.**

CAUSAS

ALTERACIONES
HORMONALES

ENFERMEDADES
DEGENERATIVAS

VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR

TRASTORNOS
PSICOAFECTIVOS

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los cambios físicos y psicológicos que generan alteraciones en la sexualidad de las mujeres de 45 a 60 años en la ciudad de Esmeraldas?

¿Cuáles son las alteraciones más comunes en las mujeres de 45 a 60 años de edad?

¿Cuál es la capacidad que tienen las unidades de atención del MSP para tratar este tipo de alteraciones?

¿Qué actividades permitirán que las mujeres 45 - 60 años tengan más acceso a tratamientos para dichas alteraciones?

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, el cambio de rol de la mujer en la sociedad ha motivado que se empiece a hablar sobre su sexualidad. La atención primaria es receptora de las demandas de las mujeres sobre sus problemas con la sexualidad. Por otro lado dado que los mecanismos profundos de la respuesta sexual femenina siguen en gran parte desconocidos, unido a la gran subjetividad de los trastornos psicoafectivos, a la escasez de trabajos sobre la eficacia de los tratamientos y a sus efectos secundarios, se hace aconsejable una actitud crítica a las terapias de atención primaria a la salud y el bienestar de la mujer adulta.

Tradicionalmente, la sexualidad de las mujeres reconocida desde hace muy pocos años, sólo ha tenido interés por su relación con la función reproductiva incluso el goce a través de la relación sexual se ha visto en determinadas épocas como algo patológico. Es a partir de la década de los 50 que se empieza a hablar en el mundo de sexualidad como vía para el placer de las mujeres.

El análisis profundo de la sexualidad muestra interacciones muy complejas que se alejan de lo puramente corporal, como los procesos cognitivos y elementos neurofisiológicos, los mecanismos bioquímicos, el estado de ánimo y el bienestar, en la sexualidad femenina se conjugan aspectos biológicos, entre los cuales se incluye la respuesta genital, la ciclicidad hormonal y la procreación, con factores psicológicos sean estos anímicos, emocionales y/o afectivos, a los cuales se suma el tema socio-cultural, que son las ideas y actitudes regidas por valores éticos, morales y que moldeadas por nuestra familia, regulan nuestra conducta sexual.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

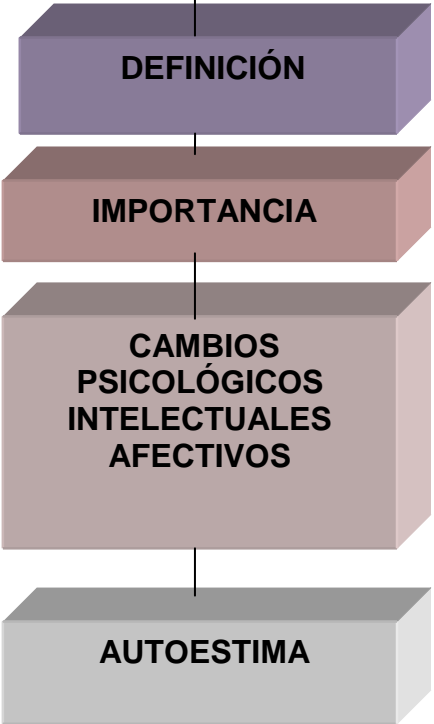
Determinar los trastornos de psico-afectivos que provocan alteraciones en la sexualidad de las mujeres de 45-60 años que acuden a las unidades operativas de salud del cantón Esmeraldas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

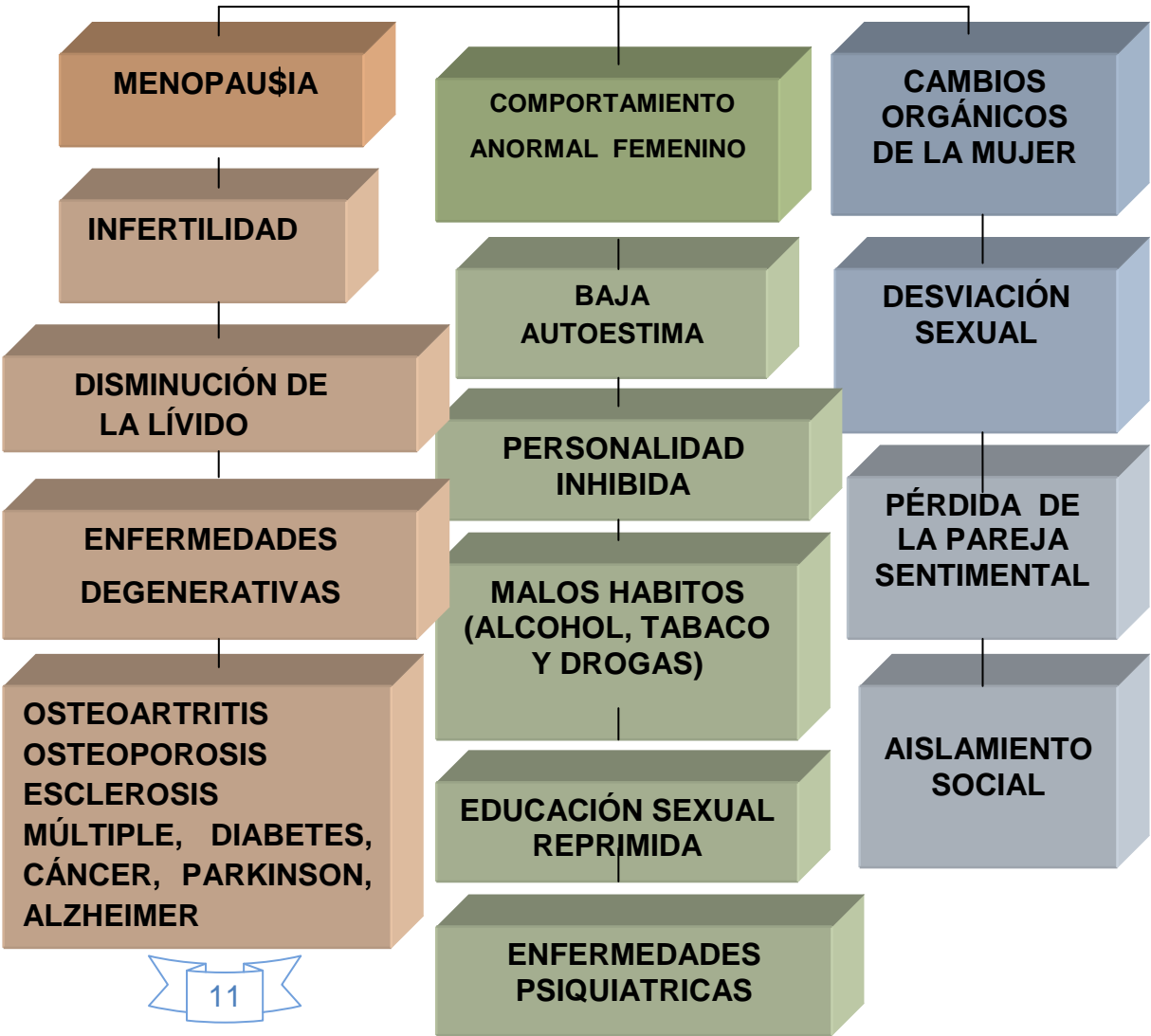
- Identificar la incidencia y prevalencia de mujeres con alteraciones de la sexualidad en las diferentes unidades de salud de la ciudad de Esmeraldas.
- Conocer las manifestaciones clínicas que presentan las mujeres con alteraciones de la sexualidad al momento de la consulta médica.
- Identificar el comportamiento de las mujeres con trastornos psico-afectivos.
- Identificar los factores socioeconómicos de las mujeres con trastornos psico-afectivos y alteraciones de la sexualidad.
- Conocer la relación entre los trastornos psico-afectivos y las alteraciones de la sexualidad.
- Proponer un plan de orientación dirigido a las mujeres con trastornos psico-afectivos.

ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

TRASTORNOS DE PSICOAFECTIVIDAD



ALTERACIONES SEXUALES



TRASTORNOS PSICOAFECTIVOS



DEFINICIÓN.-

La afectividad es una función psicológica consistente en la personal y subjetiva valoración que el individuo hace de las vivencias.

La ambivalencia afectiva consiste en la coexistencia simultánea de dos afectos contrarios en un mismo individuo ("queriendo y odiando al mismo tiempo") sin que el uno desplace al otro. En este sentido el paciente puede experimentar en el mismo momento sentimientos de atracción y de repulsión por algún objeto o persona, o bien tiene tendencias a realizar actos contrapuestos al mismo tiempo, como querer hablar y no querer hacerlo.

Aunque puede encontrarse en personas sin alteraciones psicológicas se trata de un síntoma que a veces se observa en cuadros obsesivos y depresivos, pero sobre todo es característico de la esquizofrenia, donde surge como expresión de la división interior que experimentan estos pacientes. Se suele asociar a una extrañeza de sus propios sentimientos por parte del paciente.

CAMBIOS PSICOLOGICOS INTELECTUALES AFECTIVOS



Entre las de mayor influencia en los trastornos psicoafectivos tenemos:

BAJA AUTOESTIMA



Una autoestima baja desvirtúa todo cuanto se presenta ante nosotros, aumenta los errores y empequeñece los logros. Aun más, una autoestima deprimida se ensaña en los puntos débiles, en la zona más vulnerable de cada cual. Si usted aprecia la inteligencia como uno de los atributos más valiosos del ser humano, su baja autoestima pondrá constantemente en tela de juicio sus logros y hasta su capacidad intelectual. Usted podrá conseguir avances objetivos y notables en este ámbito pero no los valorará en su verdadera dimensión, porque la mala autoestima le impedirá disfrutar sanamente de ellos..

Las personas con una baja autoestima interpretan con suspicacia los cumplidos, halagos y reconocimientos que alguien les pueda hacer, porque no creen ser dignas de merecerlos. Así pues, niegan cualquier tipo de refuerzo positivo ya que no se corresponde con su auto concepto de baja autoestima, y aceptan la crítica, el correctivo

y la amonestación como resultados lógicos de su poca valía personal. Además rechazan cualquier circunstancia positiva, como puede ser un piropo, por miedo a despertar su propia vanidad y descubrir un resquicio de amor hacia sí mismas. La idea de que pueda despertarse su vanidad las sume en una mezcla de vergüenza, culpa y temor.

Estas personas con baja autoestima creen que si dejas que su vanidad reciba un dulce baño después serán castigadas, y que la dureza de la pena será superior a los beneficios que obtendrían si dejaran actuar a su vanidad, ante esto pone en marcha mecanismo de autodefensa como la incredulidad, la suspicacia, la desviación, la justificación o la desvirtualización.

Asimismo hay personas con baja autoestima que actúan justo de modo contrario. No solo no rechazan los halagos sino que dependen totalmente de ellos para reafirmarse. Literalmente, los necesitan para encontrar un sentido a sus vidas. Se trata de personas que no cuentan con una autoestima autónoma sino que la forjan a partir de los demás.

Ciertamente, todos los seres humanos retroalimentamos nuestra autoimagen a partir de nuestras interacción con los demás. Sin embargo, existe una diferencia sustancial entre las personas que no se respetan a sí mismas y las que sí lo hacen: mientras que las primeras subordinan su auto concepto a la opinión que tienen las demás de ellas, las segundas no.

Otra característica de las personas con una autoestima deprimida es que acaban convenciendo a los demás de que el concepto negativo que tienen de sí mismas se corresponde a la realidad.

Las personas que experimenta la Baja Autoestima suele ser un ser que no tienen plena confianza en las posibilidades propias, bien sea por experiencias que así se lo han hecho sentir o por la respuesta espectacular de sus otros significativos, es decir, de las personas importantes en la vida del sujeto que mediante mensajes de confirmación o desconfirmación refuerzan el sí mismo o lo denigra.

Los mensajes que recibimos desde pequeños se hacen carne. Nuestro sí mismo se va conformando por lo que los demás piensan que soy (y que me lo transmiten mediante

palabras y actitudes) , lo que yo creo que los demás piensan quien soy (implica la elaboración subjetiva de tales mensajes) y lo que en realidad yo mismo creo que soy (se instaure aquí una perspectiva personal que está en estrecha vinculación con las anteriores).

La Baja Autoestima se relaciona también con la vivencia del tiempo. Quien padece de baja autoestima suele desarrollar el falso sentimiento que lo protege ilusionariamente de la confusión y desorientación que le provoca la vergüenza internalizada al sentirse incapaz y desvalorizado empieza a encubrir lo que verdaderamente siente como estrategia.

DISTORSIONES COGNITIVAS QUE TORTURAN LA AUTOESTIMA

- ✚ Estas distorsiones o trampas son aprendidas y nos facilitan confundir la percepción de la realidad.
- ✚ **Hipergeneralización:** A partir de un hecho aislado se crea una regla universal, general, para cualquier situación y momento: He fracasado una vez (en algo concreto); Siempre fracasaré (se interioriza como fracasaré en todo).
- ✚ **Designación global:** Se utilizan términos peyorativos para describirse a uno mismo, en vez de describir el error concretando el momento temporal en que sucedió. (que torpe soy).
- ✚ **Filtrado:** Se presta atención selectiva a lo negativo y se desatiende lo positivo.
- ✚ **Pensamiento polarizado:** Pensamiento de todo o nada. Se llevan las cosas a sus extremos. Se tienen categorías absolutas. Es blanco o negro. Estas conmigo o contra mí. Lo hago bien o mal. No se aceptan ni se saben dar valoraciones relativas. O es perfecto o no vale.
- ✚ **Autoacusación:** Uno se encuentra culpable de todo. Tengo yo la culpa,!,

- ✚ Personalización: Suponemos que todo tiene que ver con nosotros y nos comparamos negativamente con todos los demás.
- ✚ Lectura de Pensamiento: Supones que no le interesas a los demás , que no les gustas, crees que piensan mal de ti... sin evidencia real de ello. Son suposiciones que se fundamentan en cosas peregrinas y no comprobables.
- ✚ Falacias de Control: Sientes que tienes una responsabilidad total con todo y con todos, o bien que no tienes control sobre nada, que se es una víctima desamparada.
- ✚ Razonamiento Emocional: Si lo siento así es verdad. Nos sentimos solos, sin amigos y creemos que este sentimiento refleja la realidad sin parar a contrastarlo con otros momentos y experiencias.

AUTOESTIMA EN MUJERES ADULTAS

Las auto percepciones negativas que las mujeres construimos de manera compleja a lo largo de la vida no son sólo producto de la forma como fuimos acogidas tempranamente por nuestras figuras familiares. De hecho, hay muchas mujeres que, no obstante haber sido bien recibidas y bien tratadas por sus padres, sufren de baja autoestima.

Tampoco es sólo un efecto del lugar subvalorado que tienen las mujeres en nuestra cultura, sino que cada uno de estos aspectos se va entrelazando en una trama muy compleja con las identificacio-nes y experiencias negativas que cada mujer acumula a lo largo de su vida, potenciándose de esa manera unas con otras.

Hay tres formas indirectas en las que se expresa la desestimación o la desvalorización:

- ✚ Los efectos visibles de la baja autoestima en la vida de las mujeres,
- ✚ Las formas como las mujeres se presentan,
- ✚ La dificultad para poner límites y establecer un espacio propio.

EFFECTOS DE LA BAJA AUTOESTIMA

Dado que la vida cotidiana se "naturaliza", es difícil que las mujeres reconozcan, en esa sucesión de actos y hechos espontáneos, rutinarios y aparentemente inmutables, algún indicador de que no se están valorando bien.

Por eso es posible reconocer con más facilidad la baja autoestima a partir de sus efectos, que como una vivencia nítida en sí.

No se trata necesariamente de vivir situaciones de violencia o maltrato evidentes; pueden ser simplemente escenas que se repiten, se estereotipan y se toleran durante años, porque el supuesto subyacente más hondo es que "una no se merece o no puede aspirar a nada mejor".

LA MENOPAUSIA



La menopausia, parecida a la época de adolescencia, es un tiempo de cambio, implicando tanto los sistemas biofisiológicos como psicológicos y sociales. Reducir los problemas que aparecen a un aspecto específico incluye el peligro de lo que Watzlawick llama la "terrible simplificación" (Watzlawick, 1980). En opinión de la autora, el conjunto de los procesos implicados y su complejidad sólo se pueden entender desde un enfoque sistémico-integral, partiendo de 3 supuestos:

1. La menopausia es un proceso de cambio biológico natural, no una enfermedad, que, aunque relacionado con la capacidad reproductora, se teme actualmente sobre todo por la pérdida de atributos de atractivo sexual.
2. Los problemas sexuales de la mujer en la menopausia NO son cualitativamente diferentes a los de fases anteriores en su ciclo vital, aunque existen problemas que aumentan cuantitativa mente de manera considerable.
3. Los factores interpersonales, especialmente aquellos relacionados con la pareja, son como mínimo tan importantes a la hora de determinar los problemas sexuales que cualquier otro problema físico o psicológico.

La segunda mitad del siglo XX le ha traído a la sexología el reconocimiento oficial (por lo menos en el mundo occidental) de ser una disciplina seria con bases científicas y firmes anclajes deontológicos (Declaración de Derechos Sexuales, Valencia 1997).

Hablar y escribir de sexo ya no es tabú. Nuestra sociedad parece haber integrado el disfrute sexual de la mujer en su escala de valores principales. Hablar en público, y me refiero a un público no científico, de los problemas relacionadas con la entrada en la menopausia hasta bien poco sí era un tabú, dejando las mujeres desamparadas y el campo abierto a toda clase de mitos.

Actualmente, a través de los medios de comunicación, se introduce el tema en tertulias radiofónicas y televisivas. Existen libros de divulgación (la mayoría traducciones extranjeras) que tratan el tema de manera específica. Hay una creciente conciencia sobre el problema de la osteoporosis, el cuidado de salud de la mujer en general y la prevención de enfermedades.

Ahora bien, el tema del sexo postmenopausico sigue siendo un tópico delicado. La menopausia, es decir el cese de la menstruación y de la capacidad reproductora natural de la mujer, es el resultado de unos cambios hormonales importantes.

Estos cambios afectan el conjunto biospsicológico y social de la mujer, y el impacto de estos cambios se debe en parte una serie de mitos profundamente arraigados en el subconsciente colectivo.

Los orígenes de estos mitos hay que buscarlos en tiempos con mucho menos información médica, y con una integración social de la mujer con connotaciones muy diferentes a lo que podemos apreciar actualmente.

El texto gira alrededor de estos cambios, del sexo, y del reto que supone ser mujer en la mediana de su vida en el umbral del siglo XXI.

Las tesis sistémicas respecto a los problemas sexuales de la mujer menopausica se expondrán sobre la base de 3 afirmaciones, que se ilustrarán con los datos correspondientes.

Afirmación 1: La menopausia es un proceso de cambio biológico natural, no una enfermedad, que, aunque relacionado con la capacidad reproductora, se teme actualmente sobre todo por la pérdida de atributos de atractivo sexual.

Afirmación 2: Los problemas sexuales de la mujer en la menopausia NO son cualitativamente diferentes a los de fases anteriores en su ciclo vital, aunque existen problemas que aumentan cuantitativamente de manera considerable.

Afirmación 3: Los factores interpersonales, especialmente aquellos relacionados con la pareja, son como mínimo tan importantes a la hora de determinar los problemas sexuales que cualquier otro problema físico o psicológico.

Para comprender el entramado sociocultural y psicológico con el que cuenta la mujer que actualmente tiene alrededor de 50 años, se expone a continuación su curriculum sexual prototípico. Este marco contextual se considera imprescindible para no caer prematuramente en la patologización de unos procesos y comportamientos, cuyos remedios pueden ser en muchos casos de tipo psicoeducativo, y no necesariamente médicos. Los datos referidos proceden de la experiencia clínica y de publicaciones específicas. Por lo tanto no son vinculantes a nivel individual, pero sí se consideran representativos.

INFERTILIDAD.-

La infertilidad es la imposibilidad de concebir un hijo naturalmente o de llevar un embarazo a término después de un año de vida sexual activa. Hay muchas razones por las que una pareja puede no ser capaz de concebir, o no ser capaz de hacerlo sin asistencia médica.

El Consejo Internacional de Difusión de Información sobre Infertilidad considera que una pareja es infértil si:

No han concebido después de más de 12 meses de mantener relaciones sexuales sin protección, o después de 6 meses si la mujer tiene más de 45 años de edad. La duración reducida para mujeres de más de 35 años se debe al rápido decline de la fertilidad a partir de esa edad, por lo que debería solicitarse ayuda más rápidamente.

Esto se convierte en muchas mujeres en un serio trauma ya que muchas realizan una vida profesional y luego ya no hay mucho tiempo para realizar otras actividades y mucho menos cuando requieren de mucho tiempo y dedicación como es tener un hijo.

DISMINUCIÓN DE LA LIBIDO.-



Muchas mujeres con reducción de su libido sienten que todavía pueden disfrutar de una buena respuesta sexual y del orgasmo, pero que tienen que encararse al comportamiento sexual de una manera distinta. En otras palabras, el sistema nervioso con frecuencia está lo bastante intacto como para responder a la estimulación sexual incluso cuando falta la libido. Entonces la cuestión es "empezar" sexualmente sin libido. Esto se puede conseguir de distintas formas. Primero, frecuentemente es esencial restaurar los aspectos de la "persona especial" en toda relación, que comprende todos esos comportamientos que le hacen a uno sentirse especial e importante. Estos gestos varían mucho: regalar flores, poner una nota cariñosa en una bolsa de comida, ofrecer una palabra de agradecimiento al compañero, etc. Los gestos cariñosos tienden a quedar olvidados entre las presiones de tener que enfrentarse a los síntomas de EM y las demás tareas de la vida. Fomentar dichos actos especiales entre la pareja prepara para una mayor intimidad que, a su vez, puede conducir a conductas sexuales agradables, incluso cuando no hay deseo sexual.

Una de las reacciones a la pérdida de la libido informadas con más frecuencia es la falta de relación física en una relación amorosa. Es habitual por parte de las parejas comunicar que se abstienen de todo contacto sexual [como acariciar la espalda, besar, etc.] porque temen que "llevará al sexo," que se define como problemático cuando falta el deseo sexual. Enfrentarse a la pérdida de la libido requiere volver al contacto y las caricias sensuales, aprender otra vez qué tipo de contacto produce placer. Participar en

el ejercicio ya descrito de trazar el mapa del cuerpo es un buen primer paso. Luego, los dos miembros de la pareja se tocan mutua y sistemáticamente por turnos. Cuando "quien da" toca a su pareja, su función es de suspender temporalmente su interés en recibir placer y atender totalmente a su pareja para darle placer. "Quien recibe", debe ofrecer instrucciones tanto verbales como no verbales para potenciar al máximo el placer del contacto. Se recomienda que los dos hagan turnos de unos 20 minutos cada uno (menos si la fatiga es un problema). Las directrices adicionales incluyen:

Practicar el ejercicio varias veces por semana.

Evitar el contacto genital durante la primera semana para reducir la "presión" y "concentración" en la sexualidad. Así las personas tienen oportunidad de dar y recibir placer sensual sin la presión que acompaña a la sexualidad.

Entre la segunda y la cuarta semanas se permite más contacto genital durante el ejercicio, pero evitando insistir en el orgasmo. Es importante que el ejercicio se dedique sobre todo a seguir estimulando la comunicación y el placer sensoriales, sin esforzarse por llegar al orgasmo. Así se restaura la comodidad emocional y se reduce la ansiedad.

Después de la cuarta semana, se permite una estimulación genital mayor hasta llegar al orgasmo, pero sin convertirlo en el punto central. El orgasmo se considera como algo incidental al objetivo primario de volver a descubrir el placer físico y la comunicación sensual en ausencia de la libido.

La sexualidad en ausencia del deseo sexual requiere unos comportamientos y unas actitudes distintos para iniciar el placer sexual. Con frecuencia requiere modelos diferentes de comunicación y tacto, puesto que el estado de "estimulación sensorial" está afectado, si bien lo más frecuente es que algunas rutas neurales para experimentar el placer sexual estén intactas.

Para la persona que en ese momento carece de pareja sexual, la exploración de las propias áreas sensoriales y eróticas del cuerpo es un paso importante para restaurar la libido. A veces es útil combinar una estimulación cerebral sexual placentera (por medio de fantasías, videos sexualmente explícitos, libros, etc.) con la masturbación o la autoexploración sensual. Es posible obtener videos sexualmente explícitos por catálogo y correo producidos "por mujeres para mujeres," ya que, por regla general, las

preferencias de las mujeres son muy diferentes a las de los hombres. El uso de vibradores u otros juguetes sexuales puede complementar estos esfuerzos.

Problemas sexuales en la mujer

Bajo deseo sexual

- Por encima de los 40 menos de 1 relación al mes
- Aspectos cognitivos
- Aspectos neuropsicológicos
- Aspectos anímicos
- Aspectos afectivos (depresión)

Tratamiento:

- Individual
- Reestructuración cognitiva
- Información sexual
- Fantaseo erótico
- Focalización sensorial
- Terapia de pareja
- Entrenamiento en técnicas de comunicación

Problemas de excitación

- Problemas de lubricación
- Dolores en el coito
- Infecciones vaginales
- Incontinencia urinaria
- Gradiente de excitación lenta
- Aversión sexual

Tratamiento:

- Sintomatológico
- Terapia sexual y de pareja

Problemas de la fase orgásmica

- Anorgasmia primaria
- Anorgasmia secundaria (medicamentos)

Tratamiento:

- Sintomatológico
- Individual
- Programa de aprendizaje

DESVIACIONES SEXUALES

Los psicólogos y psiquiatras consideran a las desviaciones sexuales o parafilias como comportamientos sexuales que caracterizan a un sujeto, el cual requiere de fantasías, objetos o acciones que son extrañas, poco naturales y bizarras para lograr excitación sexual. Es característico también de este tipo de comportamiento la compulsividad con que son cometidos, pudiendo llegar a provocar daño físico o psicológico si se convierte en la preferente o exclusiva manera de disfrutar del acto sexual.

Desviar, literalmente significa apartarse de un curso establecido. En cuestiones sexuales el término es utilizado para describir un comportamiento que difiere de lo que es considerado como normal. Sin embargo, es importante recalcar que la presencia esporádica de elementos no tradicionales en la vida sexual de una persona no define a esta como desviada, por cuanto la vida sexual es normal mientras sea grata para la persona y tenga la capacidad de enriquecer y flexibilizarse.

PERDIDA DE LA PAREJA SENTIMENTAL

El problema sexual es uno de los más complejos de la vida humana hasta el punto de que, a veces se opta por no resolverlo con razones y dejar que cada caso encuentre su solución espontánea.

Estamos muy conscientes de la importancia que tiene la salud sexual, tanto en lo mental como en lo físico, para nuestra sensación de bienestar y nuestra capacidad de participar en los dos aspectos más importantes y significativos de la vida humana: capaz de trabajar y de amar. No obstante, la mayor parte de nosotros creemos con conocimientos limitados de lo que se espera en seres humanos sexuados, esto es, qué podemos prever cuando nuestros cuerpos alcancen la madurez biológica y qué esperamos cuando debemos enfrentarnos en sentido emocional con estos cambios. De todo lo que se enseña en la educación básica y universitaria, nada tiene tanta importancia práctica para la vida personal como el conocimiento de la sexualidad humana, pero, más que el conocimiento académico, se deberían priorizar los aspectos emocionales como sentirse

cómodo con la propia sexualidad ya que esto acarrea consecuencias perdurables y que no se pueden medir. En término de la salud mental es urgente comprender con claridad los aspectos biológicos, psicosociales y conductuales de la sexualidad en cada etapa de la existencia humana.

Nuestra incapacidad de ocuparnos de nuestra propia sexualidad en forma coherente y organizada es el reflejo de la confusión general que existe en nuestra sociedad sobre los aspectos sexuales.

La sexualidad es y ha sido una de las áreas del comportamiento humano más desconocida y en la que aún prima muchas veces la anécdota sobre el conocimiento científico. Y si esto es cierto a cualquier edad lo es, especialmente en personas de edad avanzada. La mera existencia de manifestaciones sexuales de cualquier tipo en los ancianos es sistemáticamente negada, rechazada o dificultada por gran parte de la sociedad.

En nuestra sociedad existe un escaso conocimiento sobre este tema, incluso dentro de los profesionales sanitarios. Las creencias y conceptos erróneos se manifiestan incluso en las historias clínicas donde no se recogen datos sobre la actividad sexual. Esto, explicado erróneamente en algunos casos, por el supuesto de que los ancianos son sexualmente inactivos; y en otros, debido a la incomodidad de formular las preguntas o el temor de no poder responder adecuadamente a las dudas que plantea el paciente mayor en este tema.

En una sociedad que está envejeciendo progresivamente, la sexualidad debería permanecer en una dimensión afectiva, sentimental y relacional durante todo el curso de la existencia, en el respeto del cuerpo y a los aspectos peculiares presentes en cada fase de la vida.

Desde hace algunos años estamos asistiendo a un proceso de transición demográfica que obligadamente se debe acompañar de un proceso de revisión de la "cultura de la senilidad" donde se incluye también la variable de la sexualidad. Estamos, además, en la era del reciclaje: todo se recicla, incluso la vejez. Pero, en el área de la sexualidad está el peligro de "reciclar al viejo en un falso (e imposible) joven" con mitos y estereotipos sexuales basados en la prestación, la

eficiencia y en la capacidad de identificarse con un joven con prodigiosas capacidades sexuales; concepto muy opuesto al antiguo que relacionaba la sexualidad con la procreación y consideraba al anciano como asexuado quedando excluido debido a la ineficiencia dada por la infertilidad. Pareciera que entre estos dos extremos, la sexualidad negada o la sexualidad impuesta no pudiera existir una imagen sexual en la que los componentes físicos, psicológicos y sociales se combinaran armoniosamente para crear una modalidad sexual específica que acompañe esta etapa de la vida.

El término sexualidad significa muchas cosas para distintas personas y diferentes etapas del ciclo vital.

Se define como Salud Sexual Geriátrica a "la expresión psicológica de emociones y compromiso que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito" (Maslow).

Así en la adultez el concepto de sexualidad se basa fundamentalmente en una optimización de la calidad de la relación, más que en la cantidad de ésta. Este concepto se debe entender en forma amplia, integrando en ella, el papel que juega la personalidad, el género, la intimidad, los pensamientos, sentimientos, valores, afinidades, intereses, etc.

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS Y SU RELACION CON LOS TRASTORNOS PSICOAFECTIVOS.-

De acuerdo con los textos y las principales fuentes bibliográficas identificare varias enfermedades e incluso mencionare aquellas que no se consideran degenerativas pero que el desarrollo de mi investigación determine que pueden convertirse en unas de las principales causas en los trastornos de psico-afectividad que alteran la sexualidad de las mujeres de 45-60 años

ANOREXIA



Aunque estadísticamente las mujeres entre 12 y 25 años son las más susceptibles a tener anorexia, junto con aquellas que hayan tenido un familiar con algún tipo de trastornos alimenticios. Esto no significa que esta enfermedad sea selectiva de este primer grupo, con menos riesgo pero las mujeres adultas también pueden ser víctimas de esta enfermedad. La anorexia consiste en la alteración de la percepción de la imagen corporal por lo que la persona se ve más gorda de lo que realmente es, esto produce que restrinjan su conducta alimenticia y aumenten el ejercicio físico, incluso a veces eliminan lo que han consumido mediante vómitos o laxantes.

Los síntomas de esta enfermedad común en la mujer son una disminución considerable del peso, suspensión de los ciclos menstruales y un rechazo activo o pasivo a la comida. La prevención de la anorexia debe comenzar en la familia y en los colegios, ya que hay niñas que en el jardín infantil empiezan a pedir productos light para imitar la conducta de sus mamás.

Para tratar la anorexia se recurre a la fármaco terapia a través de antidepresivos y antipsicóticos. También se opta por la terapia individual para mejorar la autoestima, seguridad y autonomía del paciente, además de la psicoterapia familiar.

Cáncer de mama

A pesar de la enorme cantidad de mujeres que han fallecido producto de esta enfermedad, el 60% de los casos es tratable, siempre y cuando sea en las fases primarias de la misma. Es causada principalmente por factores hereditarios y no posee síntomas notorios, por lo que los médicos recomiendan someterse a una mamografía cada cierto tiempo.

Para tratar el cáncer de mama, dependiendo de la etapa, se puede curar un porcentaje muy grande de mujeres; una opción es la cirugía, como segundo paso es la quimioterapia que intenta reducir la posibilidad de que la enfermedad reaparezca, y el tercer elemento es la radiación.

Las mujeres en mayor riesgo de padecer cáncer de mamá son aquellas que nunca se han embarazado, las que lo hacen de manera tardía, las que no dieron lactancia, las que tuvieron su primera menstruación a temprana edad, las que son obesas y las que se aplican terapias de reemplazo hormonal con estrógenos en dosis alta.

Quistes ováricos

Los quistes ováricos son relativamente comunes y se presentan con más frecuencia durante los años fértiles; éstos son poco comunes después de la menopausia.

Esta enfermedad común en la mujer actual puede causar dolor si el quiste sangra, se rompe o si ejerce presión sobre estructuras cercanas. A menudo no hay síntomas, pero cuando los hay son: menstruación irregular, ciclo menstrual más prolongado de lo normal, distensión o hinchazón abdominal, dolor durante la defecación, relaciones sexuales dolorosas o dolor pélvico durante el movimiento.

Los quistes ováricos funcionales generalmente no necesitan tratamiento. Las píldoras anticonceptivas orales pueden ayudar a establecer ciclos normales y disminuir el desarrollo de este tipo de quistes; si éstos no se van, se deben extirpar con cirugía, pero por lo general desaparecen al cabo de 8 a 12 semanas.

Problemas cardíacos

Entre los factores que pueden desencadenar esta enfermedad común en la mujer, destacan el cigarro, la diabetes, el colesterol, obesidad y antecedentes familiares, es decir, un papá o un hermano que haya tenido un infarto antes de los 55 años, también incide. Algunos de los síntomas para detectar si una mujer tiene problemas cardíacos son el cansancio o disnea que sufre la persona y un dolor opresivo en el pecho que se presenta con el esfuerzo para subir escaleras, al caminar rápido, al trotar, etc.

En relación al tratamiento en una mujer que ya tiene problemas cardíacos, además de los medicamentos que receta el médico, es fundamental cambiar el estilo de vida como no fumar, caminar más y mantener un peso adecuado. Otra recomendación es evaluarse, sobre todo si tienen antecedentes familiares.

Generalmente, los problemas cardíacos en la mujer comienzan después de los 50 años. Si se produce antes de esa edad es porque ha habido una menopausia precoz, o se removió el útero o los ovarios cuando era joven y eso provoca enfermedades cardiovasculares.

Lumbagos

El lumbago es el dolor de la zona lumbar causado por alteraciones de las diferentes estructuras que forman la columna vertebral a ese nivel, como ligamentos, músculos, discos vertebrales y vértebras.

Cerca del 80% de las mujeres padecen dolor lumbar en algún momento de su vida y obedece a múltiples factores, ya que no es una enfermedad, sino un síntoma de alguna dolencia a la columna.

El lumbago se manifiesta con un dolor de espalda, pero también con falta de fuerzas en las piernas, alteraciones de la sensibilidad o de los reflejos, fiebre y deformidades de la columna producto del dolor.

Las mujeres en mayor riesgo de tener lumbagos son aquellas que ya pasaron la menopausia y que sufren de osteoporosis, lo que provoca debilidad en los huesos y fracturas patológicas.

Infecciones urinarias

Las infecciones urinarias son la consecuencia de una invasión de bacterias y gérmenes a la vejiga y a la uretra. Los síntomas que presentan son un aumento en la frecuencia de la micción, dolor y sangramiento al orinar, y en casos más extremos, fiebre.

La prevención de esta enfermedad común en la mujer es bastante difícil, ya que la mujer tiene la uretra mucho más corta que el hombre, por lo tanto está más propensa a las infecciones urinarias, debido a que los gérmenes que aloja la vagina pueden pasar fácilmente a la cavidad vesical.

Como la actividad sexual está asociada a un aumento en la frecuencia de la micción urinaria, las mujeres que tienen relaciones y aquellas que padecen enfermedades vasales como la diabetes, están en mayor riesgo de tener infecciones urinarias.

Colon irritable

El síndrome del colon irritable es un trastorno de la movilidad del tubo digestivo, que puede a todos sus niveles, causando grados variables de dolor abdominal, estreñimiento o diarrea, distensión abdominal después de comer. Los síntomas, por lo general, se desencadenan por estrés emocional.

El colon irritable es una enfermedad digestiva que se produce por alteraciones del movimiento del intestino grueso. Su origen se relaciona a fenómenos nerviosos o estrés, factores que desencadenan la crisis. Sus síntomas son hinchazón, ruidos intestinales, alternancia de constipación y diarrea.

Es una enfermedad que por razones hormonales, sociológicas y culturales afecta más a las mujeres por los roles que tienen que asumir. Habitualmente comienza en etapas avanzadas o adultez donde hay un mayor estrés o sobrecarga, y eso se da entre los 45 y 55 años.

Problemas de tiroides

La tiroides es una glándula ubicada en el cuello y que produce las hormonas tiroideas (tiroxina, tetrayodotironina y triyodotironina), las que en la etapa adulta y joven de la

mujer tienen la función de mantener en buen estado una serie de órganos, el tejido de la piel y sobre todo el sistema reproductor.

Los síntomas para detectar si una mujer de entre 25 y 35 años tiene problemas a la tiroides son decaimiento, fatiga, piel seca, uñas quebradizas, trastornos de la sensación térmica, además de la tendencia a engordar y a retener líquido.

Por su parte, el hipotiroidismo se manifiesta por la falta de yodo, lo que produce que la mujer tenga una mayor cantidad de menstruaciones. Sin embargo, para suplir esta carencia se utilizan medicamentos con tiroxina. El hipertiroidismo, en cambio, se da por el exceso de yodo, lo que causa una baja de peso, nerviosismo y temblor en la persona. Para tratar esta enfermedad se deben aplicar radioyodos u operar la glándula.

Depresión

Sus síntomas son sensaciones de cansancio y fatiga, dificultad para dormir, disminución del interés por la vida, falta de motivaciones, aislamiento, sentimientos de pena, vacío interior, incluso el suicidio.

Las condiciones se dan mayormente en el periodo después de dar a luz (llamado Depresión Postparto), por lo que muchas mujeres sufren, consciente o inconscientemente el rechazo a esta nueva etapa, producto de falsas expectativas. También es común que la depresión se produzca tras disfunciones matrimoniales o un trastorno afectivo estacional con la pareja.

Las mujeres con mayor riesgo de caer en la depresión son aquellas que poseen antecedentes familiares y las que frente a las frustraciones tienen reacciones de tipo depresivo. Los médicos indican que la mejor opción para tratar una depresión es la combinación de ansiolíticos más antidepresivos, sumado también a una psicoterapia con objetivo de dejar los medicamentos.

Jaquecas

Las jaquecas son cefaleas recurrentes que se presentan dos o tres veces al mes. Es un dolor continuo, intenso, que puede durar varias horas, suele ser acompañado por un

estado nauseoso y compromete una u otra mitad de la cabeza. Esta enfermedad se inicia por trastornos en el metabolismo de algunos neurotransmisores o por factores hereditarios.

Para prevenir los dolores de cabeza hay que evitar los estados de tensión emocional y algunos alimentos como el chocolate y el café, además de las trasnochadas si se sabe que pueden provocarla. También hay algunos medicamentos bloqueadores que pueden prevenir la aparición de la cefalea.

COMPORTAMIENTO ANORMAL EN LAS MUJERES ADULTAS

Depresión:

Uno de los factores que desde el punto de vista psicológico evidencian en la relación existente entre la sexualidad y los trastornos adaptativos es la variable depresión, la cual se observó en el 100% de la muestra estudiada, donde manifestaron una depresión leve, con manifestaciones de tristeza, estados de ánimo de apatía, melancolía, pero sin llegar a impedir el desarrollo de sus actividades cotidianas, estos datos fueron obtenidos de la aplicación del inventario de Beck, con las respuestas obtenidas en la entrevista: "...la mayoría de las noches no tengo ganas, me siento cansada", y en la aplicación de la técnica de los 10 deseos: "Yo deseo...sentirme más feliz", "Yo deseo...sonreír más a la vida", en algunos ítems del Rotter: "Algunas veces...siento ganas de llorar", "Yo...ya no tengo impulso sexual, no hay".

Estos pacientes se caracterizan por un estado emocional con pensamientos tristes o pesimistas, con un desorden emocional caracterizado por una respuesta inadecuada a los estímulos, de tal forma que quien la padece se muestra apático, sin ánimo y con poca iniciativa, pérdida del interés y del placer en las actividades cotidianas incluyendo el sexo, aparecen síntomas como son la tristeza y pesimismo.

INFANCIA TRAUMÁTICA

Al sufrir traumas en la infancia por diversas vivencias, estos eventos pueden aumentar considerablemente la posibilidad de convertirse en una persona con ansiedad, debilidad

emocional, inestabilidad y un sin número de factores que aportarían a un problema mayor con son las Alteraciones en la sexualidad de mujeres adultas debido a Trastornos Psico-Afectivos.

EDUCACIÓN SEXUAL REPRIMIDA

Educación sexual es un término usado para describir la educación acerca del sexo, la sexualidad, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción -y más específicamente la reproducción humana-, los derechos sexuales y otros aspectos de la sexualidad humana con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual.

Pero ante la falencia de un educación sexual de crean los tabús acerca de el correcto desarrollo de la sexualidad, muchas de las mujeres que participaron como muestra de esta investigación no contaron con ningún tipo de educación sexual, y la excesiva falta de conocimiento les ha ocasionado fracasos en diversas relaciones, sumándose como un factor de afección psicológica y problemas de afectividad.

MALOS HÁBITOS CONSUMO DE ALCOHOL, TABACOS Y DROGAS



Definitivamente, los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud y por ende vida sexual. Son producto de condicionantes personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal del sujeto. Se refieren a formas cotidianas de vivir que se aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida.

La educación para la salud no puede olvidar la importancia que tiene el factor cognitivo como determinante o predisponente de cambios de conducta. Aunque el conocimiento de algo, por sí solo, no es un condicionamiento de cambio conductual, si se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso hacia un cambio de comportamiento. Las intervenciones preventivas que intentan controlar y evitar conductas de riesgo resultan mejores si consideran el componente cognitivo.

FUNDAMENTOS PARA COMPRENDER LA SEXUALIDAD EN LA ADULTEZ

En la sociedad contemporánea el anciano, por el hecho de serlo, presenta más indefensión, y en el plano estricto de la sexualidad, la sociedad también le es hostil.

En efecto, el proceso de envejecimiento da lugar a una mayor fragilidad orgánica, a un aumento de la vulnerabilidad frente a las enfermedades y en general a cualquier tipo de agresión.

Además, el proceso de envejecer se caracteriza por ser la única edad que no introduce a otro ciclo de la vida y por ser el momento más dramático de la existencia: la etapa de "las pérdidas" y de "los temores". Pérdidas de todo tipo que se producen en esta etapa de la vida: del papel productivo, de la capacidad laboral, posibilidad de perder la pareja, los amigos, los hijos, disminución de eficiencia física y de la independencia psicológica, etc.

Temores: temor a la soledad, al aislamiento, a la incompreensión, a la falta de recursos económicos, a la discapacidad, a la fragilidad, a la dependencia.

A esto se suma que en esta etapa se experimentan sentimientos contradictorios frente a la sexualidad y los temas relacionados con ésta evocan actitudes y reacciones muy distintas. Todo lo anterior sitúa al anciano, como individuo y como colectivo, en una posición de evidente debilidad (Herrera A., comunicación personal).

Todos los prejuicios sociales castigan ala mujer adulta, privándola de su derecho a mantener su actividad sexual satisfactoria. Esto, sumado a los cambios producidos por el envejecimiento en la sexualidad y a la dificultad o falta de interés por estudiarla, nos lleva a una gran ignorancia en el tema.

Un porcentaje importante de responsabilidad sobre este aspecto recae en ciertos hábitos culturales y sociales: en general no se considera correcto hablar públicamente de la sexualidad, y en el caso concreto de los ancianos suele parecer hasta "improcedente" plantear la posibilidad de que vivan su propia sexualidad. Paradójicamente, la formación de nuevas parejas en la edad madura suele ser mal recibida, término tan despectivos como el "viejo verde" y la "viuda alegre" encuadran estas ideas. Todos estos mitos y prejuicios sociales castigan al anciano, privándole de su derecho de mantener su actividad sexual satisfactoria.

Más aún, debido a la mayor longevidad de la población es cada vez más probable que los ancianos se casen con parejas sexualmente incapaces, lo cual es más frecuente en las ancianas que normalmente se vuelven a casar con ancianos de mayor edad, transformándose en "esposas cuidadoras". Sin embargo, en los ancianos no es infrecuente el matrimonio con mujeres mucho más jóvenes.

De acuerdo a estudios epidemiológicos, el hecho de perder la pareja es uno de los factores determinantes de mayor peso del cese de la actividad sexual. A esto se suma que, la interrupción prolongada de la vida sexual de un sujeto mayor dificulta la recuperación posterior de dicha actividad. Les resulta muy difícil la idea de obtener placer nuevamente con otra pareja distinta a su antigua pareja, especialmente cuando la convivencia con la persona fallecida fue satisfactoria o prolongada.

La situación de adultez en las mujeres no tiene el mismo impacto sobre el cese de la actividad sexual que en los varones. Además de la diferencia demográfica que juega contra las mujeres (relación de 1 varón/4-6 mujeres) tradicionalmente ha existido una fuerte tendencia social a considerar negativamente el establecimiento de nuevas relaciones afectivas e incluso de nuevos matrimonios en las mujeres viudas, lo cual limita aún más la actividad sexual de éstas. Se comprobó que el 90% de las mujeres viudas cesaban sus relaciones sexuales a partir del fallecimiento de su esposo.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio con el cual se maneja esta investigación fue de tipo analítico y correlacional.

ANALITICO: Se analizó de manera sistemática, dirigida y objetiva los datos durante el proceso de investigación en las diferentes unidades de salud de la ciudad de Esmeraldas.

CORRELACIONAL: Porque permitió relacionar las variables tanto de los trastornos psico-afectivos como de las alteraciones sexuales en las mujeres de 45-60 años.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Fue de tipo cualitativa, cuantitativa.

CUALITATIVA

A través de este tipo de investigación se pudo recolectar datos mediante la encuesta y la entrevista a las mujeres de 45 - 60 años que acuden a las diferentes unidades operativas de la ciudad de Esmeraldas previamente escogidas, objetivamente dirigidos a conocer cómo viven su sexualidad en el hogar y en la sociedad.

CUANTITATIVA

Se estableció un método matemático estadístico que permitió valorar las variables y así facilitar la interpretación al lector por medio de la representación gráfica.

DOCUMENTAL

Este tipo de estudio permitió realizar un registro visual mediante fotografías, capaz de plasmar los momentos mas relevantes de la investigación, durante el proceso de recolección de datos, de tal forma que sirva como una herramienta informativa para futuras investigaciones y sociedad en común.

TIPO DE DISEÑO

Fue transversal porque permitió recolectar la investigación en un periodo de tiempo determinado Enero a Marzo del 2012.

AREA DE ESTUDIO

Esta investigación se realizó en cinco sub-centros de salud de la ciudad de Esmeraldas: San Pablo, Cotoengo, La Propicia, Unidos Somos Más y San Rafael.

UNIVERSO

Se manejaron dos tipos de universo:

- El 100% de las pacientes de 45-60 años de edad con pronóstico de trastornos psico-afectivos y alteraciones de su sexualidad que se atienden en los diferentes subcentros de la ciudad. (n° 50)
- El 10% de los médicos que trabajan en las diferentes unidades de salud.

MUESTRA

Estuvo constituida por:

50 Mujeres de 45 a 60 años de edad que acudieron a las diferentes unidades operativas de salud, con pronóstico de trastornos psico-afectivos y alteraciones de su sexualidad, de diferentes raza y condición social que estuvieron dispuestas a emitir su criterio y compartir sus experiencias de vida.

5 Médicos unidades de salud escogidas para la investigación.

TIPO DE MUESTREO

Se utilizó un muestreo de tipo probabilístico aleatorio simple el cual permitió escoger a las mujeres al azar.

TÉCNICAS BÁSICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos se recopilaron durante de Marzo para lo cual se utilizaron las siguientes técnicas de investigación: encuesta, entrevista y la observación.

ENCUESTA

Dirigida a las mujeres con pronóstico de trastornos psicoafectivos y a los médicos lo cual permitió identificar la incidencia y prevalencia de mujeres con alteraciones de la sexualidad en las diferentes unidades de salud de la ciudad de Esmeraldas, conocer las manifestaciones clínicas que presentan las mujeres con alteraciones de la sexualidad al momento de la consulta médica, determinar el comportamiento de las mujeres con trastornos psico-afectivos en el hogar, identificar los factores socioeconómicos de las mujeres con trastornos psico-afectivos y alteraciones de la sexualidad además conocer la relación entre los trastornos psico-afectivos y las alteraciones de la sexualidad.

ENTREVISTA

Esta técnica me permitió obtener el dialogo directo con cada una de las encuestadas y captar mayor confiabilidad de los datos.

OBSERVACIÓN

Permitirá ver y conocer la realidad de cada una de las mujeres que serán encuestadas en las diferentes unidades operativas del MSP en Esmeraldas.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

No se tomarán cuenta a las embarazadas que padezcan trastornos psico-afectivos.

Mujeres menores de 45 años.

Mujeres mayores de 60 años.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todas las mujeres que comprendan la edad.

Con alteraciones de la sexualidad.

Con trastornos psicoafectivos.

Edad 45 a 60 años

Con predisposición a colaborar en la investigación.

HIPOTESIS

Las mujeres adultas con alteraciones en su sexualidad que acuden a las unidades operativas que acceden a la consulta médica, son capacitadas constantemente y conocen que los trastornos de psicoafectividad son la causa principal para desarrollar alteraciones en de la sexualidad y mejoran notablemente su estilo de vida.

VARIABLES

DEPENDIENTES

Trastornos de psicoafectividad

Alteraciones en la sexualidad

INDEPENDIENTE

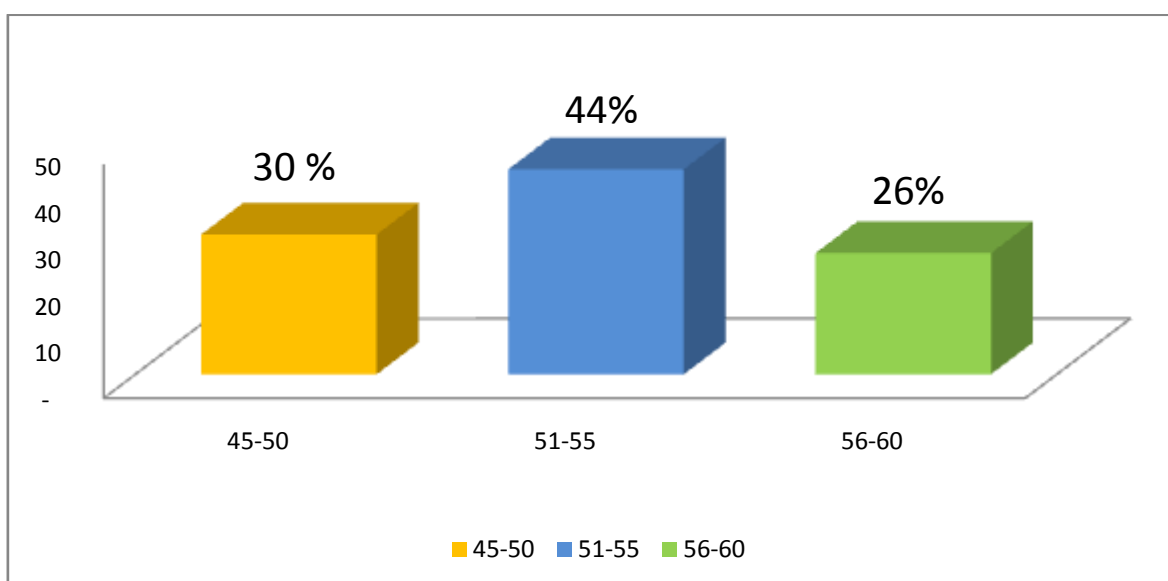
Mujeres de 45-60 años

ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN

Objetivos: Conocer los antecedentes personales, familiares y patológicos de las mujeres que protagonizan esta investigación.

1. Clasificación por edades.

GRUPOS DE EDADES	CANTIDAD	%
45-50	15	30
51-55	22	44
56-60	13	26



Fuente: Encuesta dirigida a las pacientes

Autora: Jessica Coime G.

Fecha: Febrero 2012

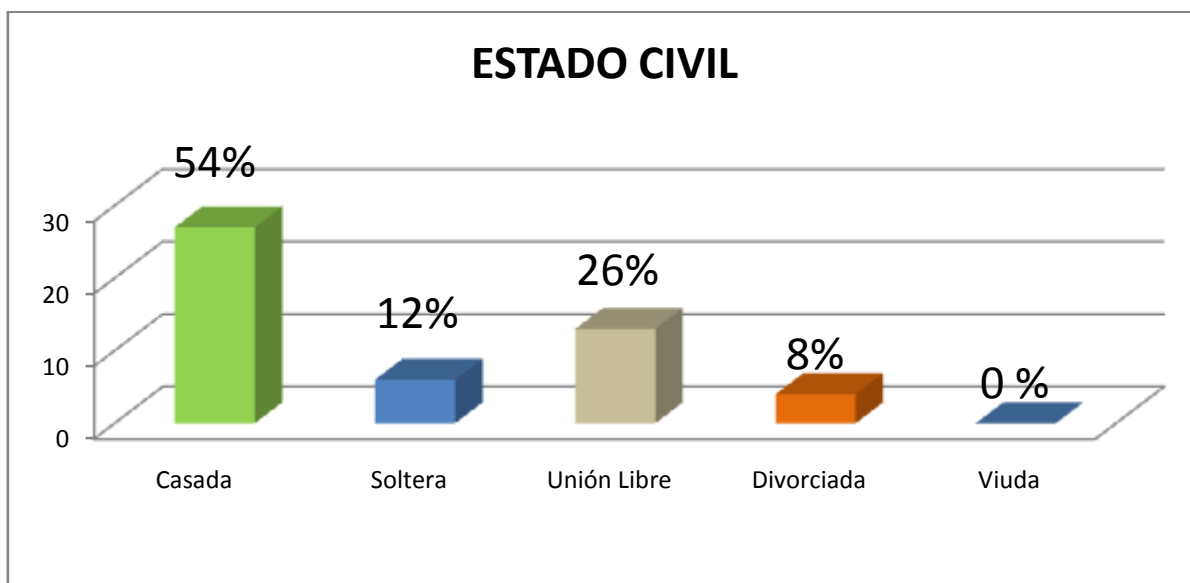
Análisis

De la población objetivo y de acuerdo con los datos obtenidos por las encuestas realizadas a las mujeres de 45 – 60 años, se puede notar que la mayoría de estas mujeres que padecen trastornos psicoafectivos que luego desencadenan alteraciones de la sexualidad pasan de los 50 años y representan el 44% de la totalidad.

ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN

2. Estado civil de las mujeres encuestadas

ESTADO CIVIL	CANTIDAD	%
Casada	27	54
Soltera	6	12
Unión Libre	13	26
Divorciada	4	8
Viuda	0	0



Fuente: Encuesta dirigida a las pacientes

Autora: Jessica Coime G.

Fecha: Febrero 2012

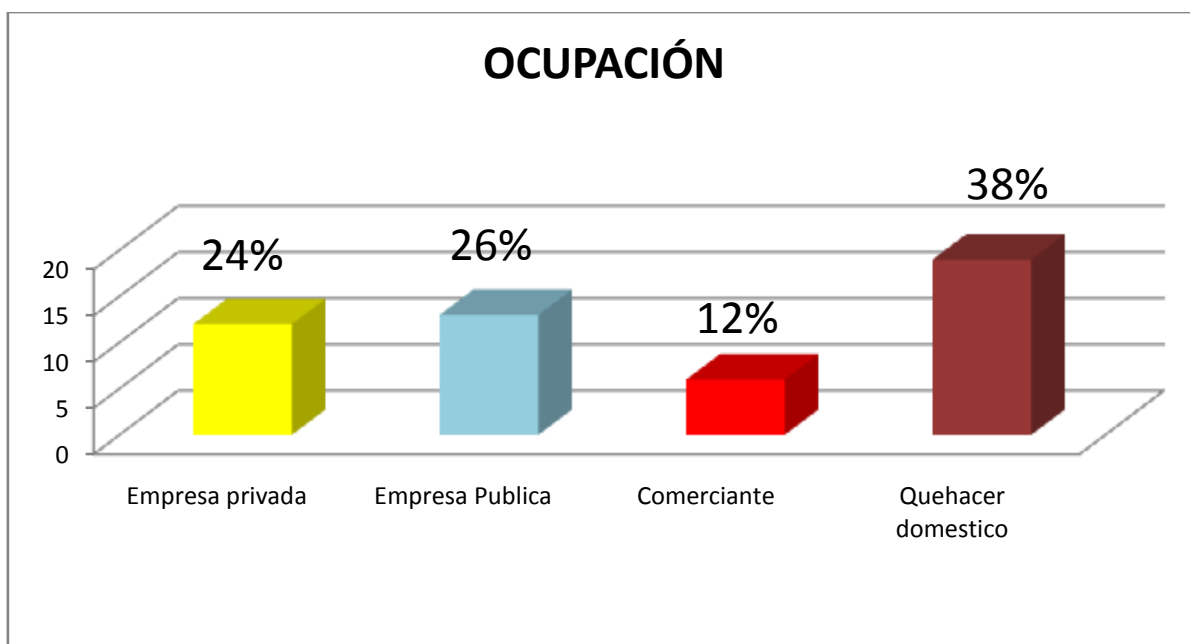
Análisis

De acuerdo a los datos obtenidos de la encuesta es importante resaltar que el 54% de las mujeres de 45 a 60 años que están pasando por alteraciones de su sexualidad son mujeres casadas y el 26% están en unión libre, lo que denota que en su mayoría tiene un cónyuge.

ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN

3. Área / ocupación de las encuestadas

VARIABLE	CANTIDAD	%
Empresa privada	12	24
Empresa Publica	13	26
Comerciante	6	12
Quehacer domestico	19	38



Fuente: Encuesta dirigida a las pacientes

Autora: Jessica Coime G.

Fecha: Febrero 2012

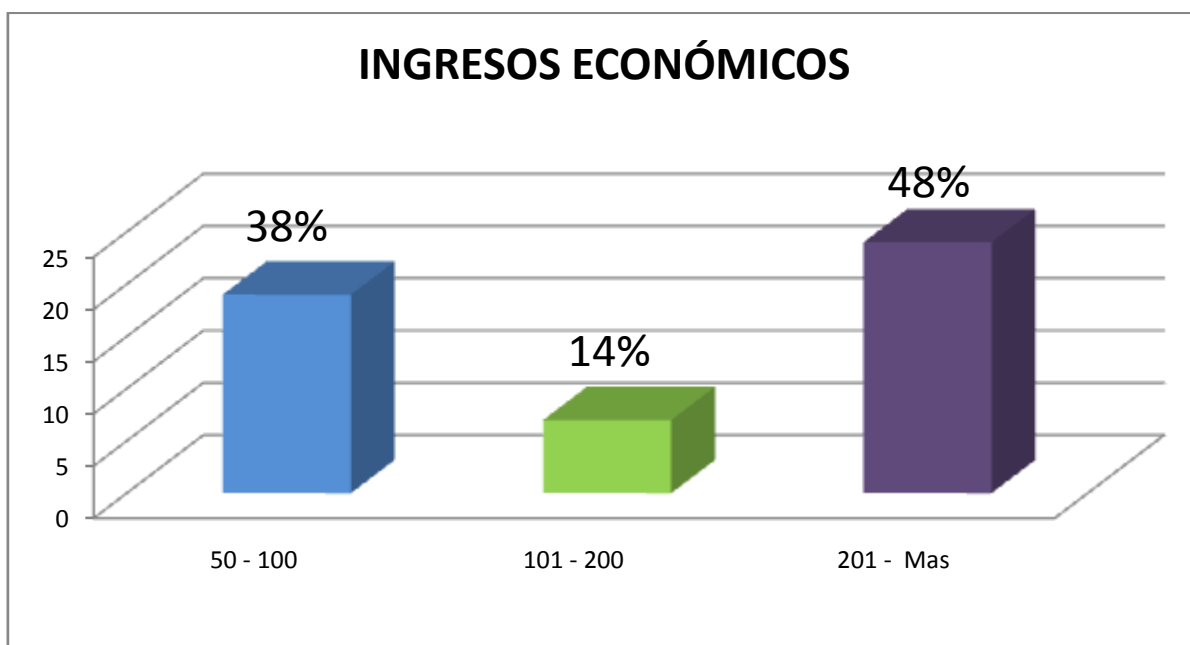
Análisis

Considerando un grupo de 50 mujeres como muestra, se les pregunto cuál era su ocupación o sector productivo en el que laboraban el 38% de ellas se dedican a los quehaceres domésticos y al cuidado de los hijos. Lo que en muchas ocasiones aumenta la problemática.

ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN

4. Ingresos económicos (mensuales)

VARIABLE	CANTIDAD	%
50 - 100	19	38
101 - 200	7	14
201 - Mas	24	48



Fuente: Encuesta dirigida a las pacientes

Autora: Jessica Coime G.

Fecha: Febrero 2012

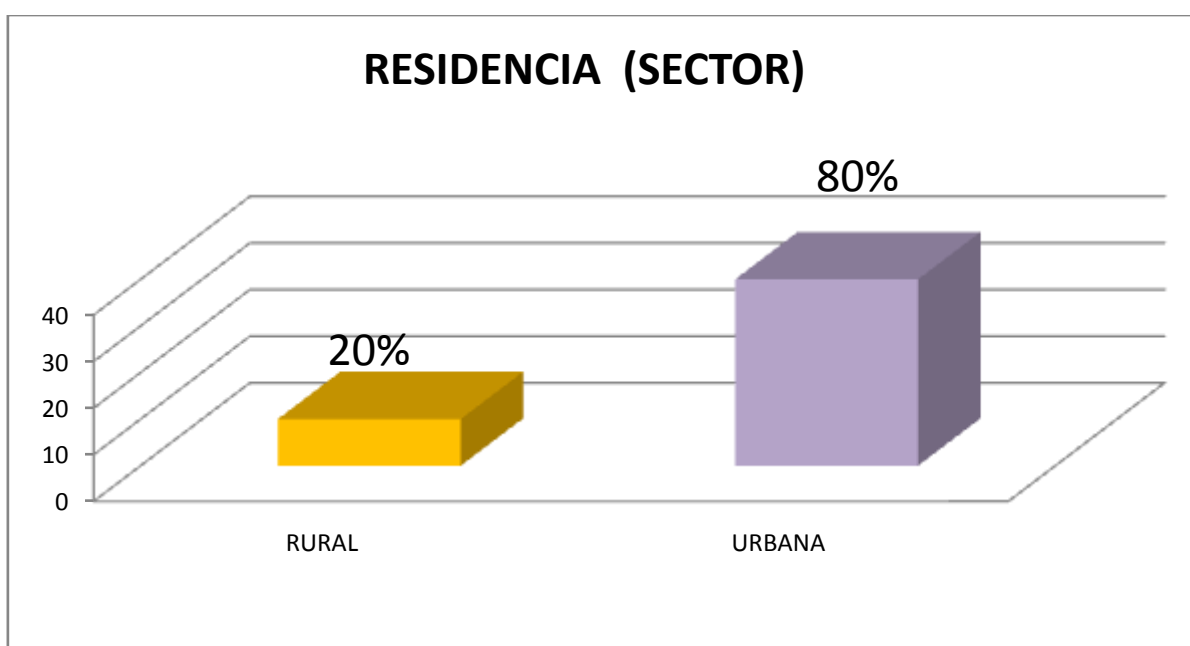
Análisis

Se puede notar que de las mujeres que fueron encuestadas el 48% de ellas tienen un ingreso mensual de más de 201 dólares porque realizan diversas actividades, a fin de ayudar en la mantención del hogar.

ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN

5. Residencia (sector)

VARIABLE	CANTIDAD	%
Rural	10	20
Urbana	40	80



Fuente: Encuesta dirigida a las pacientes

Autora: Jessica Coime G.

Fecha: Febrero 2012

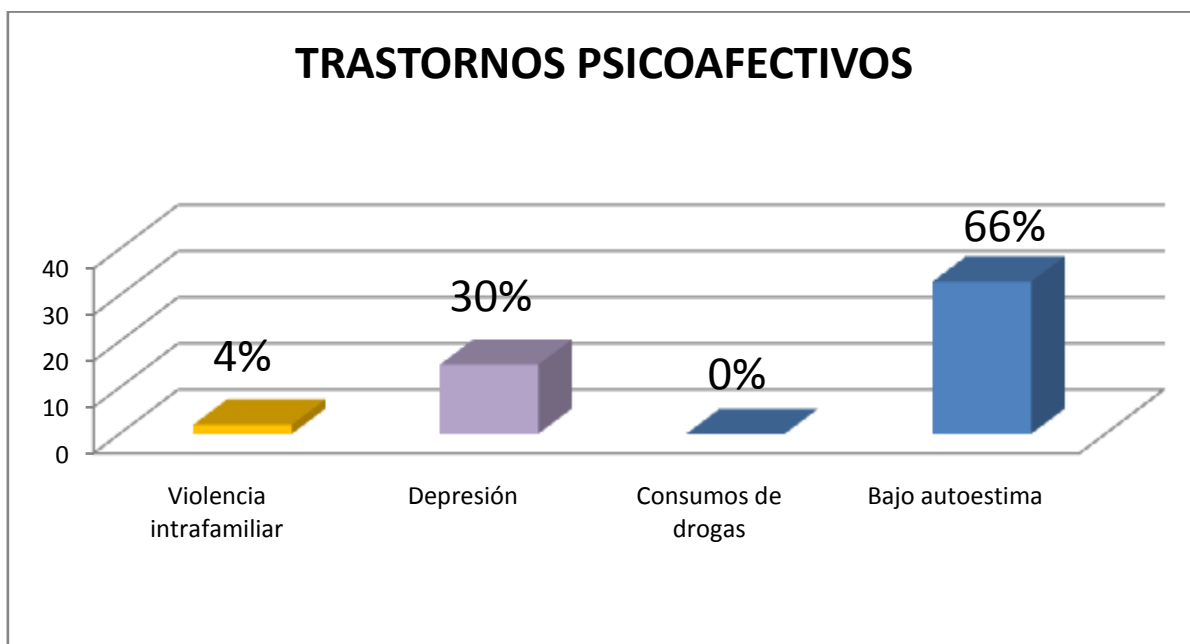
Análisis

Según los datos obtenidos de la encuesta la mayoría de las mujeres que participaron de la investigación residen en las zonas urbano marginales del todos los sectores de la ciudad y asisten a las unidades operativas más cercanas a su vivienda. Y estas representan el 80% de la muestra.

ANALISIS DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN

6. Indique cual de los siguientes trastornos Psicoafectivos le provoca alteración de su sexualidad.

VARIABLE	CANTIDAD	%
Violencia intrafamiliar	2	4
Depresión	15	30
Consumos de drogas	0	0
Bajo autoestima	33	66



Fuente: Encuesta dirigida a las pacientes

Autora: Jessica Coime G.

Fecha: Febrero 2012

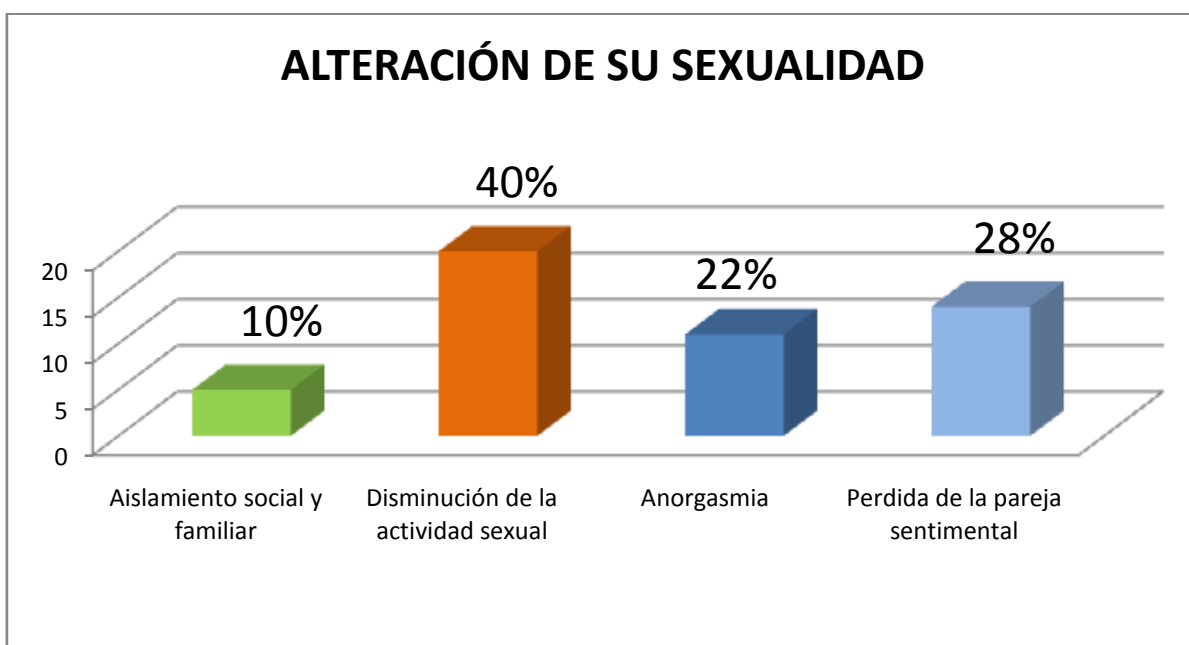
Análisis

Es de mucha importancia también resaltar que el 66% de las mujeres con alteraciones de la sexualidad atribuyen su cuadro al bajo autoestima que padecen, y el 30% son víctimas de la cruel depresión, sin dejar de lado la violencia intrafamiliar que representa el 4% del total de la muestra.

ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN

7. Es usted es víctima de alguna de las alteraciones de la sexualidad que apuntamos a continuación.

VARIABLE	CANTIDAD	%
Aislamiento social y familiar	5	10
Disminución de la actividad sexual	20	40
Anorgasmia	11	22
Perdida de la pareja sentimental	14	28



Fuente: Encuesta dirigida a las pacientes

Autora: Jessica Coime G.

Fecha: Febrero 2012

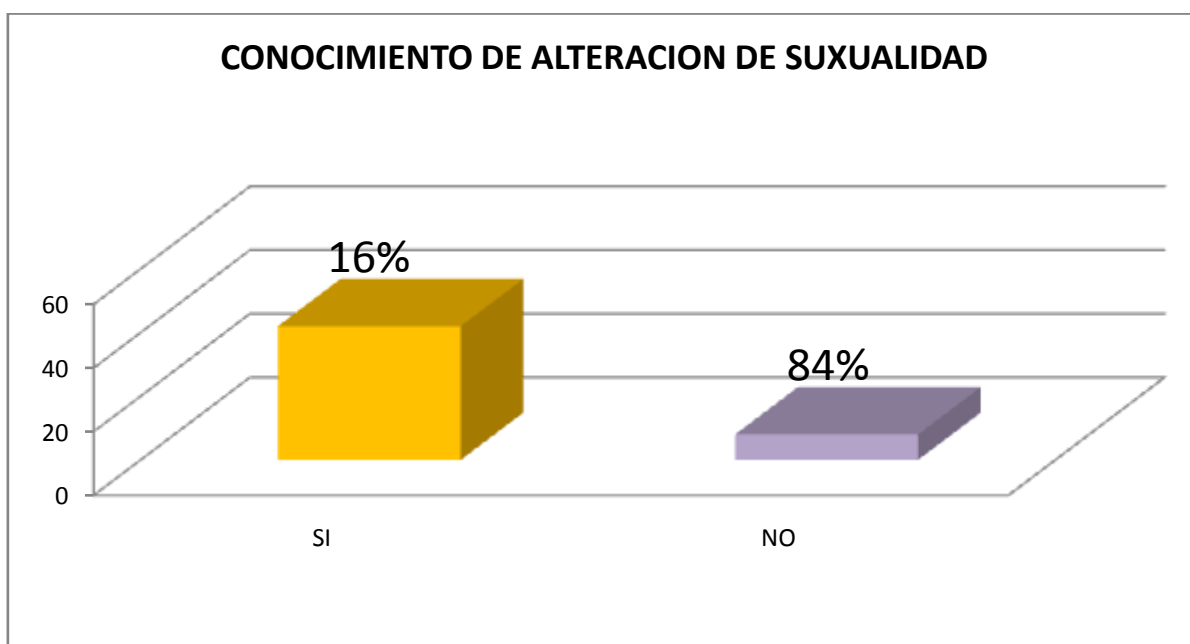
Análisis

Mediante esta pregunta logramos evidenciar que la alteración de la sexualidad se presenta una manera silenciosa e incluso en ocasiones se lo considera como algo normal y determinamos que el 10% de las mujeres encuestadas sufre de aislamiento social es decir 5 del total de la muestra, mientras que 20 dicen presentar una disminución en sus actividades sexuales lo que representa el 40%, 11 mujeres dicen ser víctimas de una anorgasmia, lo que representa un 22%, y 14 mujeres respondieron que esta alteración radica en la pérdida sentimental lo que representa el 28%.

ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN

8. Su familia sabe que usted padece de una alteración en su sexualidad.

VARIABLE	CANTIDAD	%
SI	8	16
NO	42	84



Fuente: Encuesta dirigida a las pacientes

Autora: Jessica Coime G.

Fecha: Febrero 2012

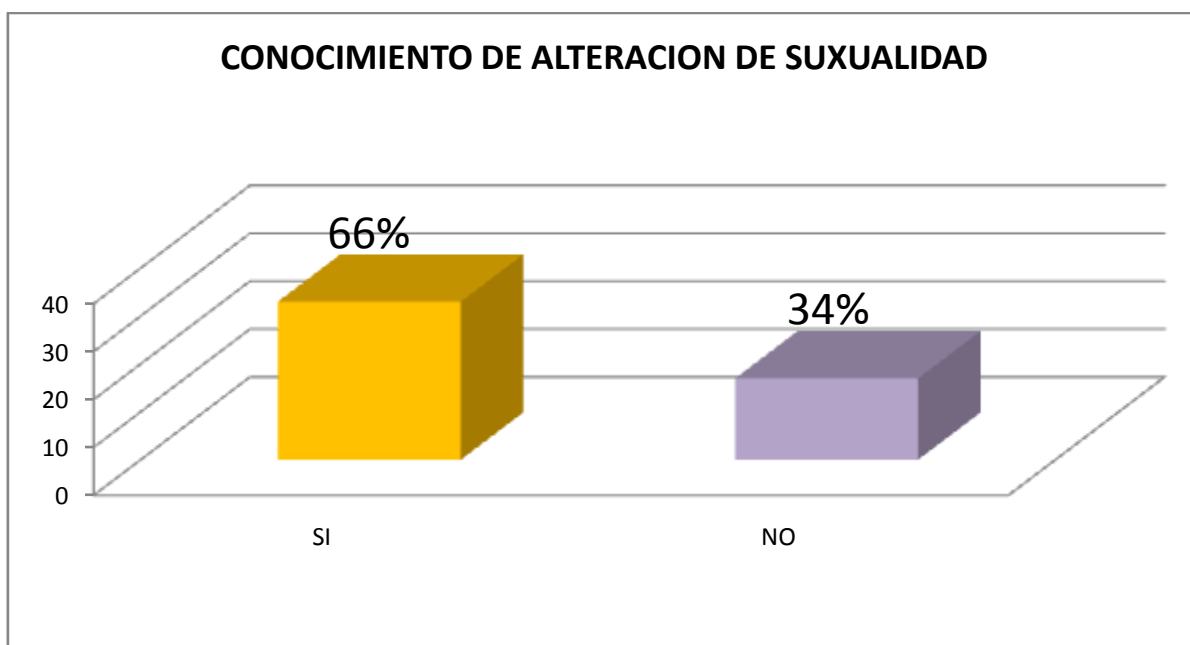
Análisis

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante la aplicación de esta pregunta a 50 personas, 42 respondieron que sus familiares no saben que presentan una alteración en su sexualidad lo que representa 84%, de la muestra mientras que 8 personas respondieron que si y representa un 16% de la totalidad.

ANALISIS DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN

9. Usted esta consiente que la alteración de la sexualidad que padece le traerá problemas a futuro.

VARIABLE	CANTIDAD	%
SI	33	66
NO	17	34



Fuente: Encuesta dirigida a las pacientes

Autora: Jessica Coime G.

Fecha: Febrero 2012

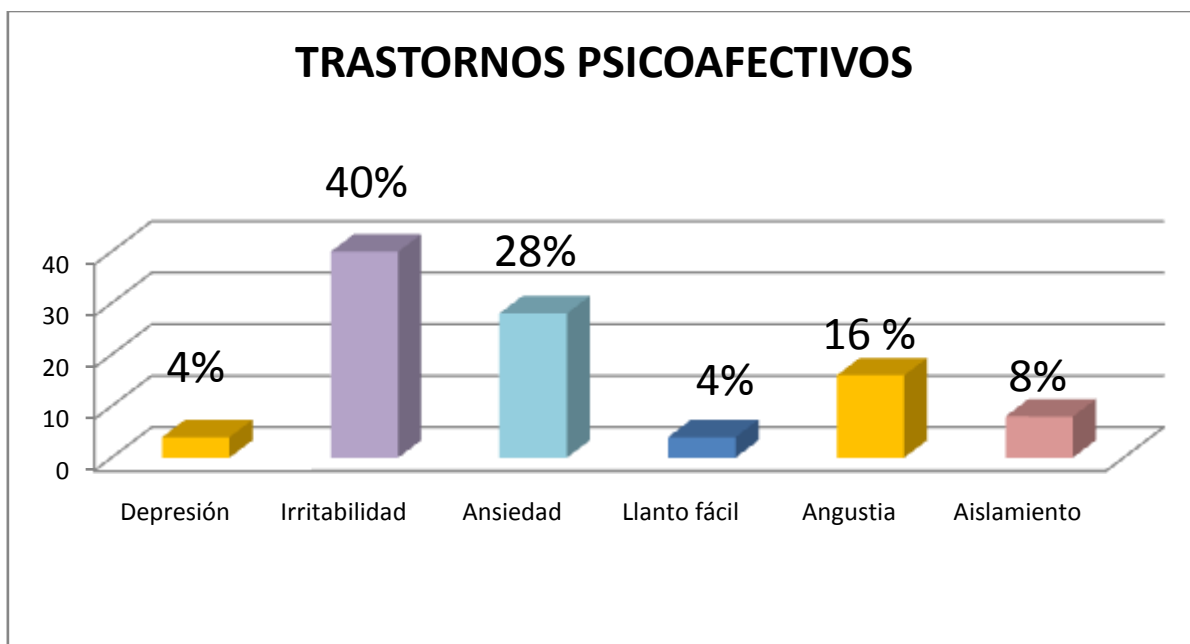
Análisis

Conforme a los resultados obtenidos mediante la aplicación de esta pregunta a 50 personas encuestadas 33 respondieron que si saben el riesgo que implica presentar alteraciones de la sexualidad lo que representa un 66% de la muestra, mientras que el 34% dijeron no conocer las consecuencias en lo absoluto.

ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LA POBLACIÓN

10. Cuáles son los síntomas y signos que usted padece de los que aparecen continuación.

VARIABLE	CANTIDAD	%
Depresión	2	4
Irritabilidad	20	40
Ansiedad	14	28
Llanto fácil	2	4
Angustia	8	16
Aislamiento	4	8



Fuente: Encuesta dirigida a las pacientes

Autora: Jessica Coime G.

Fecha: Febrero 2012

Análisis

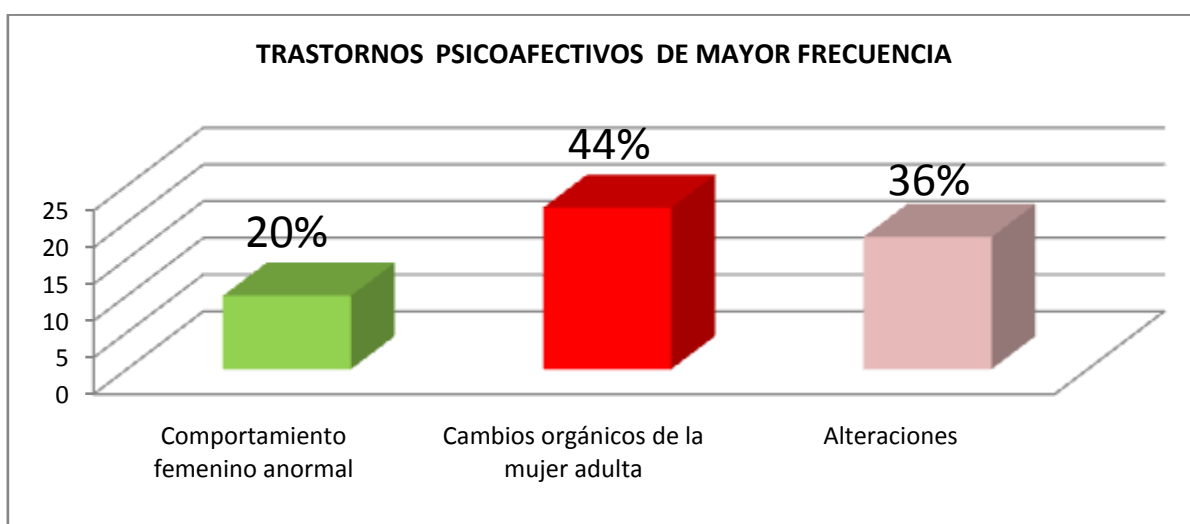
Según las respuestas a estas preguntas que el 40% de las mujeres seleccionadas padecen irritabilidad muy seguido en porcentaje con las mujeres que sufren de ansiedad en el ámbito en el que se desenvuelven.

PORCENTAJE DE DATOS Y ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Objetivos: Conocer el criterio de los médicos tratantes de pacientes que presentan este tipo de trastorno.

1. Cuáles son los Trastornos Psicoafectivos de mayor frecuencia en nuestra ciudad.

VARIABLE	CANTIDAD	%
Comportamiento femenino anormal	10	20
Cambios orgánicos de la mujer adulta	22	44
Alteraciones	18	36



Fuente: Encuesta dirigida a los médicos

Autora: Jessica Coime G.

Fecha: Febrero 2012

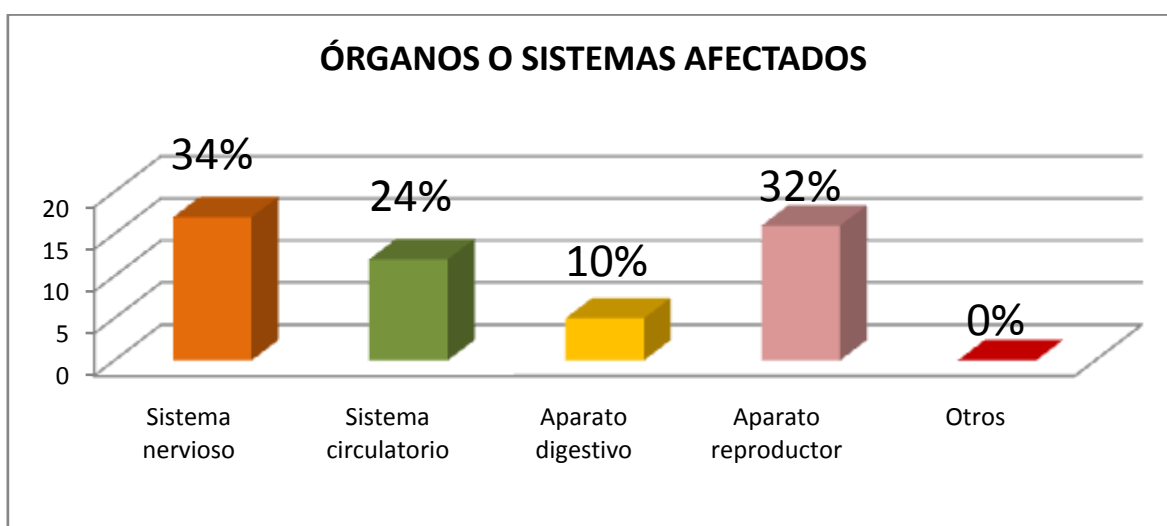
Análisis

Una vez tabulada la información recolectada mediante la encuesta podemos observar que tomando en consideración una base de datos de 50 pacientes; 10 presentan comportamiento femenino anormal esto comprende (Bajo autoestima, Personalidad inhibida, Malos hábitos como; alcohol, tabaco y drogas, Educación sexual reprimida) esto representa un 20% de la muestra. Mientras que 22 presentan cambios orgánicos propios de la edad como; Menopausia, Enfermedades degenerativas, Infertilidad, Disminución de la lívido, esto representa el 44% de la muestra total. Y finalmente 18 mujeres presentan alteraciones tales como; Desviación sexual, Pérdida de la pareja sentimental, Aislamiento social, esto representa el 36% de la muestra total.

**PORCENTAJE DE DATOS Y ENCUESTA DIRIGIDA A LOS
PROFESIONALES DE LA SALUD**

2. A que órganos o sistemas afecta principalmente este tipo de enfermedades mentales.

VARIABLE	CANTIDAD	%
Sistema nervioso	17	34
Sistema circulatorio	12	24
Aparato digestivo	5	10
Aparato reproductor	16	32
Otros	0	-



Fuente: Encuesta dirigida a los médicos

Autora: Jessica Coime G.

Fecha: Febrero 2012

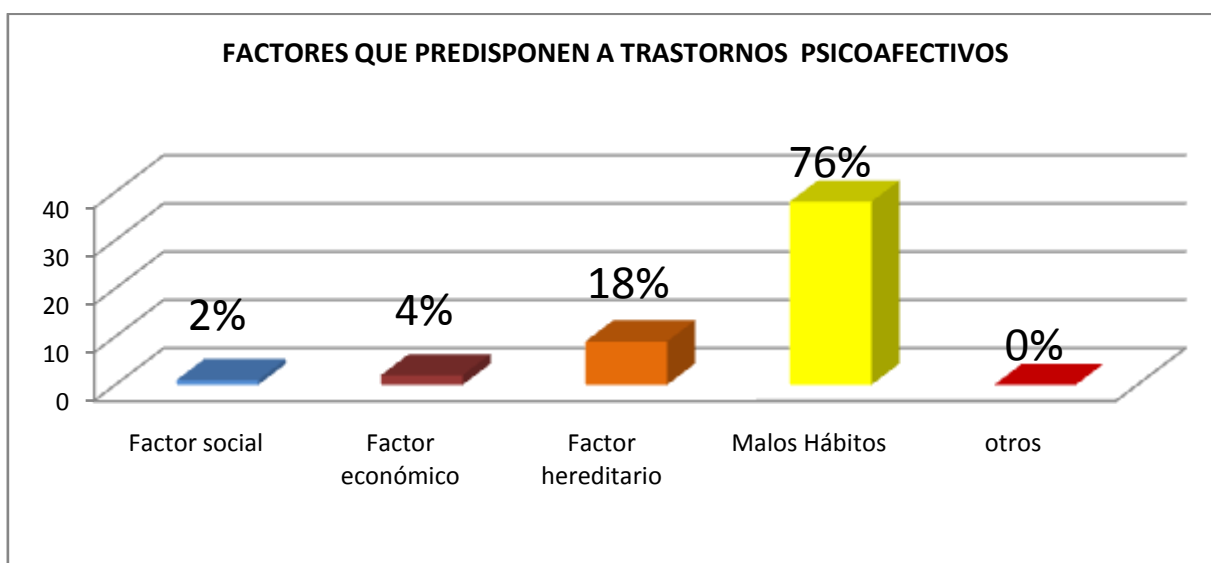
Análisis

Esta pregunta se la planteamos a los profesionales de la salud para conocer cuales son los principales órganos o sistemas afectados a los que respondieron que en una base de datos de 50 paciente 17 se ven afectadas en el sistema nervioso los que representa el 34%; 12 tienen problemas con el sistema circulatorio lo que representa el 24%; 5 casos con problemas del aparato digestivo lo que representa el 10% mientras que obtuvimos 16 casos con problemas en el aparato reproductor esto representa el 32% del total de la muestra.

PORCENTAJE DE DATOS Y ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

3. Cuáles son los factores que predisponen a la aparición de Trastornos Psicoafectivos en nuestra ciudad.

VARIABLE	CANTIDAD	%
Factor social	1	2
Factor económico	2	4
Factor hereditario	9	18
Malos Hábitos	38	76
otros	0	-



Fuente: Encuesta dirigida a los médicos

Autora: Jessica Coime G.

Fecha: Febrero 2012

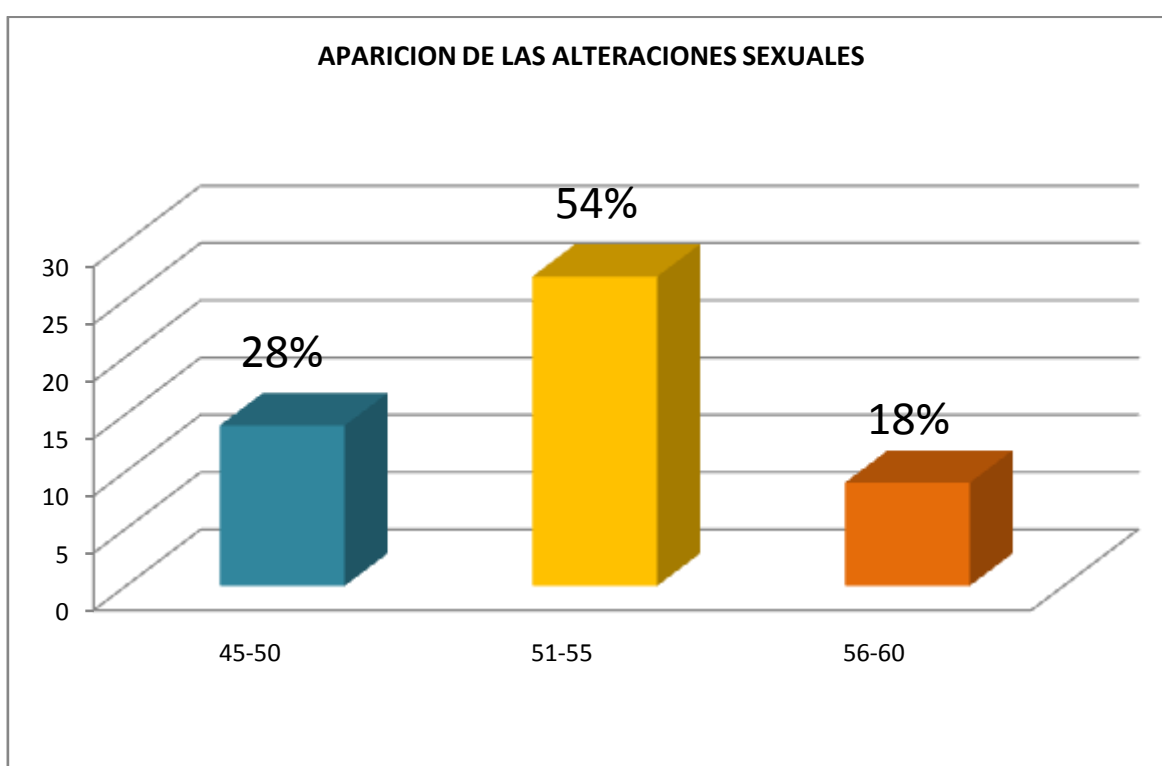
Análisis

En esta pregunta observamos que de acuerdo con el criterio de los médicos de cada 50 casos apenas 1 atribuye los trastornos psicoafectivos que desencadenan trastornos de la sexualidad a Factores sociales lo que representa el 2%; y el 76% a lo malos hábitos.

PORCENTAJE DE DATOS Y ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

4. A qué edad se presentan las alteraciones de la sexualidad.

VARIABLE	CANTIDAD	%
45-50	14	28
51-55	27	54
56-60	9	18



Fuente: Encuesta dirigida a los médicos

Autora: Jessica Coime G.

Fecha: Febrero 2012

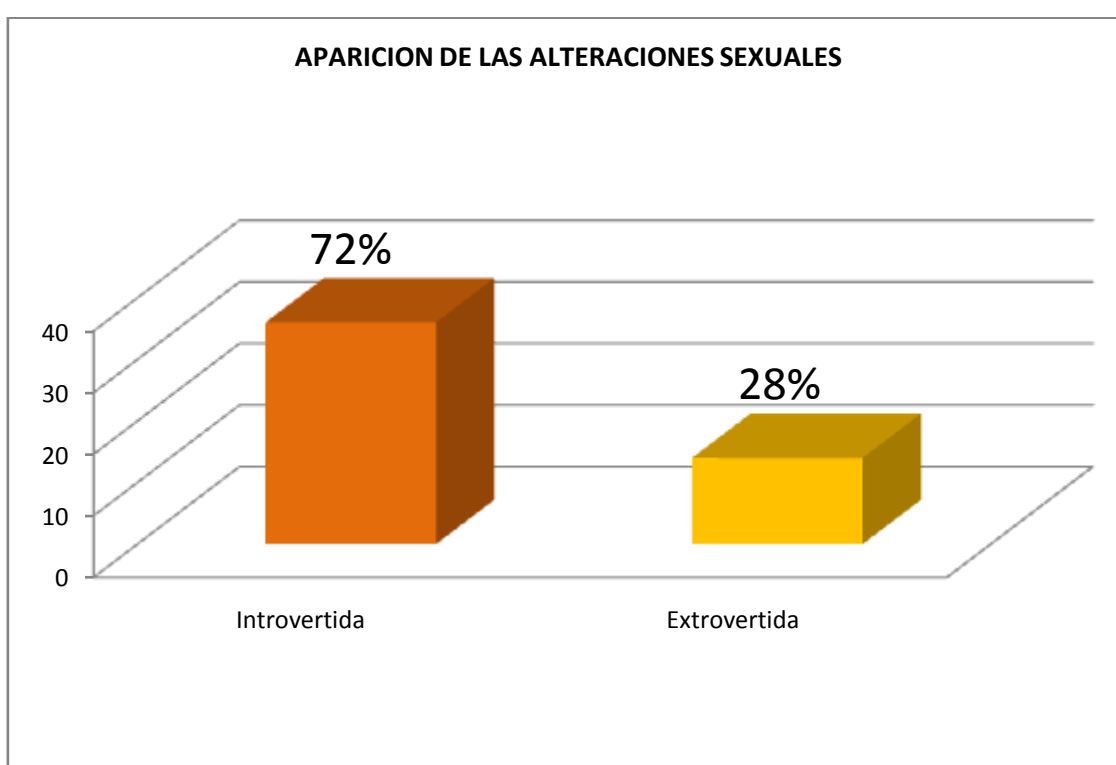
Análisis

Considerando una población muestra de 50 mujeres, determinamos que 14 presenta sus alteraciones durante los 45- a 50 años de edad lo que significa un 28%; mientras que 27 mujeres han presentado sus problemas en las edades comprendidas entre 51- 55 años de edad lo que representa el 54% de la muestra, y 9 casos se presentaron en las edades comprendidas entre 56 – 60 años de edad lo que representa el 18% de la muestra.

PORCENTAJE DE DATOS Y ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

5. Cuáles son las características de una mujer de 45 -60 años con alteraciones de la sexualidad.

VARIABLE	CANTIDAD	%
Introversa	36	72
Extroversa	14	28



Fuente: Encuesta dirigida a los médicos

Autora: Jessica Coime G.

Fecha: Febrero 2012

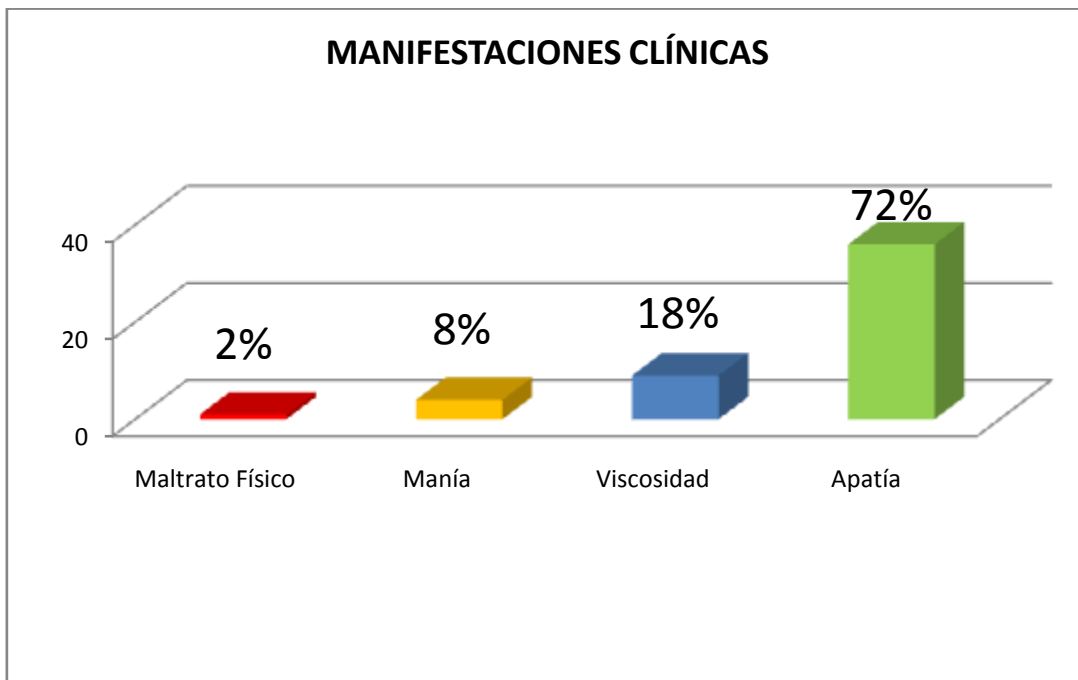
Análisis

Gracias a esta pregunta pudimos determinar que existe una relación directa entre la edad, la actitud, y la presencia de trastornos Psicoafectivos, ya que según los doctores 36 casos son mujeres introvertidas lo que representa un 72%, mientras que 14 casos son de mujeres extraversas lo que representa un 28% de la muestra total.

**PORCENTAJE DE DATOS Y ENCUESTA DIRIGIDA A LOS
PROFESIONALES DE LA SALUD**

6. Que manifestaciones clínicas presentan las mujeres con Trastornos Psicoafectivos.

VARIABLE	CANTIDAD	%
Maltrato Físico	1	2
Manía	4	8
Viscosidad	9	18
Apatía	36	72



Fuente: Encuesta dirigida a los médicos

Autora: Jessica Coime G.

Fecha: Febrero 2012

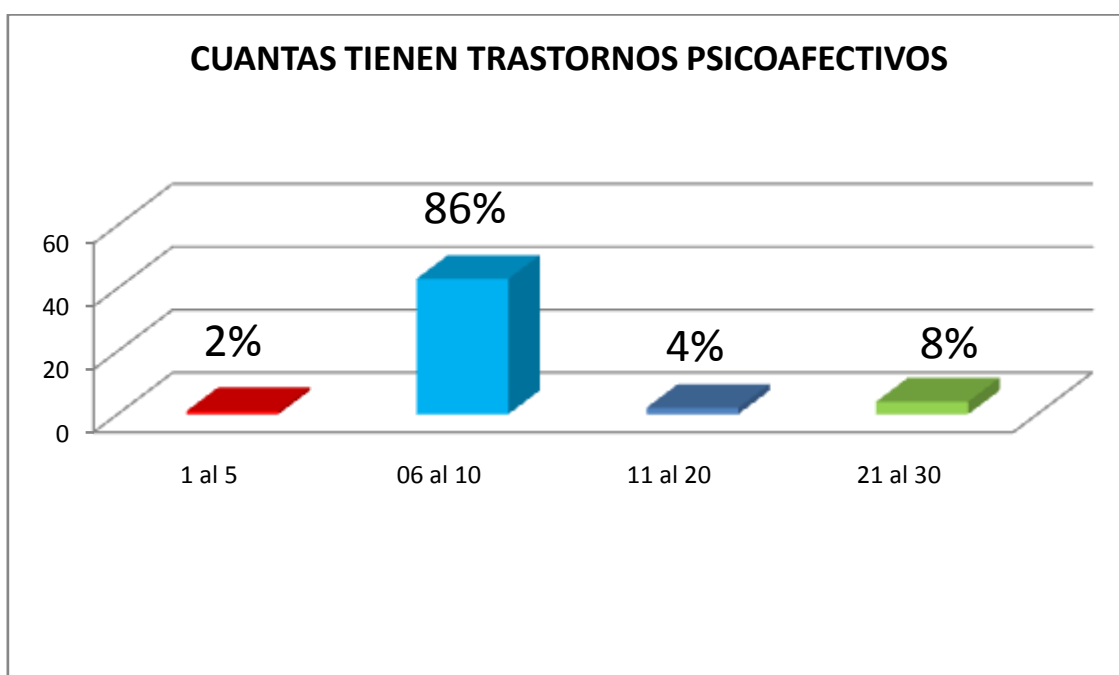
Análisis

De acuerdo con los datos obtenidos podemos determinar que existen varias manifestaciones clínicas tales como; un caso de maltrato físico lo que representa un 2%, 4 casos de manía lo que representa el 8%, 9 casos de viscosidad lo que se expresa como el 18%, mientras que existen 36 casos de apatía lo que representa el 72% de la muestra total.

**PORCENTAJE DE DATOS Y ENCUESTA DIRIGIDA A LOS
PROFESIONALES DE LA SALUD**

7. De las mujeres que asisten a la consulta cuantas tienen trastornos Psicoafectivos que desencadenan en alteraciones sexuales.

VARIABLE	CANTIDAD	%
1 - 5	1	2
6 - 10	43	86
11 - 20	2	4
21 - 30	4	8



Fuente: Encuesta dirigida a los médicos

Autora: Jessica Coime G.

Fecha: Febrero 2012

Análisis

Según la opinión los médicos encuestados, y considerando una base de datos de 50 consultas, ellos dicen que un promedio de entre seis y diez mujeres presentan trastornos Psico-afectivos, lo que nos representa un 86% de coincidencia en ese rango de pacientes.

En algunos centros de salud como el Cotolengo ubicado en la Nueva Esperanza donde curiosamente me dijeron que alrededor de 21 a 30 mujeres presentan algún tipo de Trastorno Psico-afectivo.

DATOS OBTENIDOS DE LA GUIA DE OBSERVACION

De acuerdo a los datos obtenidos en las mujeres de 45 a 60 años que asisten a las unidades operativas se puede deducir que en su gran mayoría son pacientes subsecuentes que mantienen buena relación con los profesionales de la salud dentro de las unidades de atención, ya que existe una corriente de dialogo bastante informal que le brinda confianza a las pacientes.

En las salas de esperas ellas mantienen diferentes temas de conversación, son muy espontaneas y lo comentan todo con la persona que esta a su lado, de ser posible si esta le da la apertura y confianza que necesitan.

Mantiene tonos de voz bastante altos que cualquiera que está en la sala puede percibir y participar activamente de las conversaciones.

Se muestran tranquilas y cómodas, cumplen con su cita y tratamiento estrictamente como lo explica el profesional médico, con el afán de suplir su necesidad.

En cuanto a la aplicación de la encuesta muchas de ellas se mostraron reacias a contestar las preguntas y no sabían que responder.

Su estado de ánimo era normal y muchas no han percibido aun que el problema que las aqueja, que las a llevado a consultar al médico es un trastorno psicoafectivos o una alteración de su sexualidad

DISCUSION

Los factores que conllevan a los trastornos psicoafectivos son múltiples y variados es por eso que la investigación se limita a las edades comprendidas entre 45 a 60 años para enmarcar de manera real dichos factores y proyectarlos a un universo.

En la actualidad una persona puede padecer de un sin número de trastornos psicoafectivos a cualquier edad y sin importar el sexo, pero se encuentra una mayor predisposición en mujeres de 45 a 60 años y esto se refleja claramente en la selección de la muestra objeto de esta investigación, ya que el 44% de la mujeres que asisten a las unidades operativas de salud y que presentan trastornos psicoafectivos son mujeres en edades de 51 a 55 años.

Es importante conocer que de acuerdo a la investigación se logro determinar que el 54% de las mujeres con este tipo de alteración son casadas, aunque muchos llegarían a pensar que mediante el matrimonio se alcanza un estabilidad sentimental, pues esto no exime de este tipo de patologías, ya que los trastornos psicoafectivos son el resultados de varios factores tales como; ocupación, ingresos, sector de residencia, los mismos que se convierten en un vía rápida hacia la violencia familiar, depresión, consumo de drogas, y bajo autoestima hasta en un 66% de las mujeres.

En cuanto al nivel de comunicación sobre estos trastornos, determine que un alarmante 84% de las mujeres no utilizan estos canales para informar a sus familiares , aumentando así considerablemente la predisposición hacia la depresión, irritabilidad, angustia, aislamiento, comportamiento femenino anormal y alteraciones sexuales.

En Esmeraldas es nula o simplemente no se logra percibir que todas los cambios y anomalías por las que una mujer de más de 40 años visita en profesional de la salud es un trastornos o una alteración atípica ya sea del estado animo o de su desarrollo psicosexual, y mucho menos que este puede ser la causa principal su fallido desenvolvimiento en el ámbito familiar, laboral y social.

CONCLUSIONES

De hecho, sobre la base de un cuestionario, con una muestra de 50 mujeres seguidas durante tres meses fueron preguntadas sobre su sexualidad, incluso en los detalles más íntimos. Se han evaluado la frecuencia de sus relaciones sexuales, la existencia de relaciones afectivas, pero en esta investigación también se preguntaba sobre la vida cotidiana, los factores económicos, la ocupación, el estado civil, signos y síntomas de trastornos físicos y psicológicos y además también frecuencia del orgasmo, el deseo sexual, los niveles de satisfacción de las mujeres de 45 a 50 años para poder analizar y cuestionar la relación entre los trastornos psicoafectivos y las alteraciones de la sexualidad

Pero durante la investigación he podido notar que Los trastornos psicoafectivos más comunes y repetitivos encontrados durante el proceso de investigación son EL Autoestima Bajo, la Depresión y la violencia intrafamiliar y los principales causantes de los cambios más importantes de una mujer adulta combirtiendose en alteraciones de la sexualidad como son el aislamiento social y familiar en un , pérdida de la libido sexual, Anorgasmia.

Siendo así la principal causa de las alteraciones de la sexualidad el Autoestima Bajo provocando en las mujeres, inseguridad, ansiedad, irritabilidad y drásticos cambios de la personalidad, lo que en muchos casos acarrea con problemas familiares frecuentes.

Generalmente las mujeres que pasan por estos cambios son mujeres con dificultades para expresarse, personalidad inhibida, Estos pacientes se caracterizan por un estado emocional con pensamientos tristes o pesimistas, con un desorden emocional caracterizado por una respuesta inadecuada a los estímulos, de tal forma que quien la padece se muestra apático, sin ánimo y con poca iniciativa, pérdida del interés y del placer en las actividades cotidianas incluyendo el sexo, aparecen síntomas como son la tristeza y pesimismo.

los trastornos de la sexualidad son mucho más complejos que lo puramente físico y placentero, también juega un papel muy importante los Aspectos cognitivos afectivos, Aspectos neuropsicológicos y Aspectos anímicos.

RECOMENDACIONES

Para los familiares de las mujeres con trastornos psicoafectivos y alteraciones de la sexualidad:

- ✚ Se enfrentan siempre en este punto a la necesidad de ser exactos, sinceros y honestos para proteger la privacidad y el riesgo de encontrarse con prejuicios negativos del oyente hacia los problemas psicoafectivos; se debe actuar según el contexto y el criterio personal.
- ✚ Se debe confiar y pedir ayuda prácticamente siempre a la familia, a menos que no exista relación ósea un problema trivial o transitorio. Normalmente las reacciones más gratas y acogedoras serán la de los familiares como el soporte familiar acaba siendo necesario, hay que informar antes y después.
- ✚ Que contar a los amigos depende de la intimidad, de la duración y del tipo de relación que se tenga. El aislamiento social es una desagradable consecuencia de los trastornos, evitable con amigos comprensivos y colaboradores.
- ✚ A la pareja (sobre todo la pareja nueva) debe ser informado progresivamente de un modo conforme al grado de intimidad desarrollado al igual que sería con cualquier otro problema. La relación de la pareja es crucial para seguir adelante con la relación.
- ✚ En el trabajo, la decisión de comunicar o no depende de la confianza, para evitar posible problemas futuros y sentimientos de deshonestidad por parte de los compañeros.

A las mujeres con trastornos de psicoafectividad y alteraciones de la sexualidad:

- ✚ Actúen sin temor deben confiar en sus capacidades.
- ✚ Cuando las cosas no vayan como soñaron o planearon permítanse sentirse defraudadas pero nunca inferior o ridiculizadas.
- ✚ Hagan siempre lo mejor que puedan las cosas y siéntanse satisfechas.
- ✚ Mírense todos los días como un verdadero milagro y recuerden que son hermosas.

- ✚ Amen profundamente su identidad
- ✚ identifique lo que les molesta y trabajen diligente mente para sanar.
- ✚ No teman a los cambios confíen que serán para beneficio y desarrollo de su personalidad. Su cuerpo es el instrumento para la acción respétenlo y cuídenlo.
- ✚ Recuerden siempre que cada alma a tenido o tendrá una experiencia dolorosa, pero atraves de ellas vas a desarrollar tu personalidad, tu dignidad y tu valor no proceden de todo lo material que te rodea, ni de lo popular que seas, ni de la belleza que tengas, ni mucho menos de lo lejos que he llegado, somos hijas de Dios y por eso tan especiales como ninguna otra obra de su creación.

Y para las investigaciones futuras:

- ✚ Que tengan muy en cuentan los problemas que a diario sufren las mujeres independiente mente de que sea o no una enfermedad.

LIMITACIONES

En el desarrollo de las investigaciones me encontré con muchas dificultades:

- ✚ Para la apertura y aceptación de la investigación algunos profesionales de salud se negaron ayudarme, luego no habían datos estadísticos sobre los trastornos psicoafectivos y mucho menos sobre las alteraciones de la sexualidad.
- ✚ Después el orden de las carpetas todas estaban juntas, no divididas por casos específicos por esta razón opte de no tomar datos de las historias clínicas además las personas encargadas de las historias clínicas no prestaron las facilidades para la investigación.
- ✚ Otra dificultad era que varios días no asistían muchas mujeres que enmarcaran las edades que tenía como objetivo de investigación.
- ✚ Para la aplicación de la encuesta las pacientes no querían hablar de su vida íntima y tuve que convencerlas de que su nombre jamás aparecería en la investigación.
- ✚ Los espacios de espera eran muy estrechos y calurosos para las charlas el ruido y el llanto de los niños que esperaban las consultas dificultaban el proceso.
- ✚ En cuanto a la recolección de datos algunas mujeres no querían escribir ni responder las preguntas después de todo el tema de sexualidad en nuestro medio aun es un tabú.
- ✚ En cuanto a los profesionales de salud tuve que asistir muchas veces en diferentes horarios porque siempre estaban muy ocupados.

PROPUESTA

PLAN DE ORIENTACIÓN

OBJETIVO

- ✚ Orientar y concientizar a las mujeres que asisten a las diferentes unidades operativas para que mejoren su estilo de vida.

JUSTIFICACIÓN

Las mujeres en nuestro entorno social, no tienen espacios donde puedan recibir orientación o ayuda para patologías específicas y que hoy en día son muy comunes. Me he visto en la necesidad de tomar la iniciativa de orientar a las mujeres en temas sobre sexualidad y psicoafectividad y motivar a los profesionales de la salud a que tomen medidas más certeras para prestar ayuda a las mujeres que asisten a sus unidades operativas.

DESARROLLO DEL PLAN DE ORIENTACIÓN

El plan de orientación esta dirigido a todas las mujeres que asisten a las diferentes unidades operativas que están previstas en esta investigación y consiste en realizar cinco talleres, uno diario y por cada sub centro de salud, donde se abordaran diferentes temas especialmente sobre los cambios físico psicológicos y afectivos que experimentan las mujeres en edad adulta y que de varias maneras alteran y/o producen cambios trascendentales en sus vidas, como confrontarlos y adonde pueden dirigirse si necesitan ayuda profesional.

PLAN DE ORIENTACIÓN

ACTIVIDADES	METAS	FECHAS	LUGAR	BENEFICIARIOS	RESPONSABLES
1.-Coordinar con los profesionales de salud.	Lograr una mañana de integración donde se pueda orientar y fortalecer el conocimiento de las mujeres que por varias razones asisten a las unidades operativas	12/03/2012	Sala de espera de los sub-centros de San Pablo, Cotolengo, La Propicia, Unidos Somos Más y San Rafael.	Mujeres que asisten a la consulta médica ese día y las que fueron convocadas.	Jessica Coime
2.-Realizar una convocatoria a todas las mujeres que respondieron las entrevistas y la encuesta.		13/03/2012			
3.-Realizar una charla para orientar a las mujeres en temas como.		14/03/2012			
-Trastornos físicos y hormonales		15/03/2012			
-Trastornos psicológicos		14/03/2012			
-Trastornos afectivos					
-Donde acudir para obtener ayuda profesional					

BIBLIOGRAFIA

INTERNET

- ❖ http://html.rincondelvago.com/autoestima_3.html
- ❖ http://www.sexualidad.es/index.php/Categor%C3%ADa:Trastornos_sexuales
- ❖ http://www.msif.org/es/symptoms_treatments/relationships_intimacy_sexuality/womens_issues/libido.html
- ❖ <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000200011&script>
- ❖ <http://www.google.com.ec/imgres?q=mujeres+con+trastornos&start=282&num=10&hl=es&biw=1360&bih=677&tbn=isch&tbnid=3l6qntmWQRDtRM:&imgrefurl=http://www.zonatips.com/2011/09/la-medicina-en-la-menopausia.html&docid=0MXI7QIBFsgg4M&imgurl=http://2.bp.blogspot.com/-DSML3FiPkAk/TmKVU7aSccl/AD2o/ePBEBFci0SA/s1600/La%25252Bmedicina%25252Ben%25252Bla%25252Bmenopausia.jpg&w=679&h=452&ei=M4sAUPusKKH10gHh98ToBw&zoom=1&iact=hc&vpx=534&vpy=4&dur=12859&hovh=183&hovw=275&tx=117&ty=87&sig=100772273915310130555&page=13&tbnh=109&tbnw=164&ndsp=24&ved=1t:429,r:2,s:282,i:12>
- ❖ http://www.google.com.ec/imgres?q=mujeres+con+trastornos&start=257&num=10&hl=es&biw=1360&bih=677&tbn=isch&tbnid=gxFY_DE7dsedEM:&imgrefurl=http://kerchak.com/salud/el-placer-sexual-aumenta-con-la-edad-en-las-mujeres/&docid=5-Ues9OY_0vUhM&imgurl=http://kerchak.com/wp-content/uploads/2012/01/mujer-

TEXTOS:

MANUAL DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA, Dr Enrique Aguilar Z, Pag 28-30
TRASTORNOS PSICOAFECTIVOS 2009 Tomos 1,2,3

ANEXO 1

GLOSARIO

Abrasión. Es la descarga o liberación de la tensión emocional asociada a una idea, conflicto o recuerdo reprimido, esto se consigue reviviendo nuevamente la experiencia emocional penosa.

Abstinencia. Síndrome de. Conjunto de signos y síntomas que se reproducen tras existir una dependencia de carácter físico o/y psíquico hacia una droga y cesar bruscamente su ejemplo.

Abulia. Apatía y falta de fuerza de voluntad que incluye en capacidad para tomar iniciativa propia.

Aburrimiento. Estado emocional de insatisfacción dentro de una existencia durante ese periodo, se percibe como insulsa y sin sentido.

Actitud. Predisponían de una persona a responder de una manera determinada frente de un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente.

Adaptación. Estado en el que el sujeto establece una relación de equilibrio y carente de conflictos con su ambiente social.

Afectividad. Conjunto de emociones que un individuo puede experimentar a través de las distintas situaciones que vive.

Aislamiento Afectivo. Es la separación por parte del individuo de las ideas y os sentimientos originalmente asociados a ellas. Se aparta del componente afectivo asociado a una idea determinada (p. ej.,

acontecimiento traumático), pero se mantiene apegado a sus elementos cognoscitivos (p. ej., detalles descriptivos).

Ciclotimia. Alternación periódica de fases de depresión con fases de manía.

Conducta anormal. Es la que se aparta en grado significativo de una norma cultural o criterio o patrón grupal. Si la palabra “anormal” se utiliza en un sentido negativo o peyorativo alude a un comportamiento inadaptado, una conducta autodestructiva que habitualmente es motivo de aflicción para el individuo o para los demás.

Desarrollo Psicosexual. Combinación de la maduración biológica y aprendizaje que genera cambios tanto en la conducta sexual como en la personalidad desde la infancia hasta la edad adulta y a lo largo de esta última.

Desarrollo Psicosocial. Crecimiento de la personalidad de un sujeto en relación con los demás y en su condición de miembro de una sociedad desde la infancia y a lo largo de su vida.

Erótico. Relativo a eros ósea al amor y el deseo que influye en la persecución del mundo. Son ejemplos de frecuentes de estado de ánimo, la depresión, alegría, cólera y ansiedad. Estos son los tipos de ánimo.

Éxtasis. Droga alucinógena de síntesis que se fabrica en laboratorios clandestinos. Son derivados de los anfetamínicos, capaces de alterar el comportamiento y funciones vitales del organismo.

Fetichismo. Trastorno psicosexual consistente en conseguir la excitación sexual a través de un objeto.

Frigidez. Incapacidad femenina de lograr el orgasmo.

Idealización. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo cualidades exageradamente positivas a los demás.

Labilidad. Estado emotivo causado por una alteración del control consciente de las reacciones emotivas.

Sadismo. Trastorno psicosexual en el que el sujeto obtiene placer del acto de infligir dolor y humillación de otra persona para satisfacer su deseo sexual.

Violencia doméstica. Es un patrón de conducta constante de empleo de fuerza física o psicológica, intimidación o persecución contra una persona por parte de su cónyuge, ex cónyuge, una persona con quien habitaba o haya cohabitado, con quien sostiene o haya tenido una relación consensual o una persona con quien se haya procreado una/s hijas/s o un hijo/s, para causarle un grave daño emocional.

ANEXO 2

PRESUPUESTO

Materiales	Cantidad	Valor unitario	Total
+ Hojas A 4	1000	0.02	20.00
+ Lápiz	1	0.30	0.30
+ Esferos	1	0.30	0.30
+ Borrador	1	0.20	0.20
+ Resaltador	2	1.25	2.50
+ Tinta de impresión	4	23.00	92.00
+ Anillado	6	1.00	6.00
+ Viáticos		1.00	20.00
+ Horas de internet	10	1.00	10.00
+ Copias	300	0.02	6.00
+ Horas de asesoría de Tesis	30		700.00
+ Derecho de Grado	1	300.00	300.00
+ Matriculas	1	129.10	129.10
Total			1.286.40

ANEXO 3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
POR DIAS	1-31	1-29	1-31	1-30	1-31	13-31
Elaboración de :						
Tema	X					
✚ Planteamiento del Problema	X					
✚ Objetivos	X					
✚ Justificación		X				
✚ Esquema Teórico		X				
✚ Metodología			X			
✚ Tipo de Estudio			X			
✚ Tipo de investigación				X		
✚ Área de Estudio				X		
✚ Universo				X		
✚ Muestra					X	
✚ Operacionalización de						X

Variables						
✚ Defensa de Anteproyecto			X			
✚ Marco Teórico			X			
✚ Cronograma			X			
✚ Presupuesto			X			
✚ Técnicas de Recolección d			XXX			
Datos						
✚ Presentación de los datos estadísticos.					X	
✚ Análisis de los datos						
✚ Procedimiento					X	
✚ Conclusión					X	
✚ Discusión					X	
✚ Charlas de orientación			XX			
✚ Entrega 1er Borrador						X
✚ Entrega 2do Borrador						X
✚ Entrega 3er Borrador						X
✚ Trabajo Final						X
✚ Disertación de Tesis						X

ANEXO 4

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	TÉCNICA
TRASTORNOS PSICOAFECTIVOS	Se localiza dentro del espacio de la vida familiar	<p>Área personal</p> <p>Malestar físico y emocional.</p> <p>Cambios en los patrones de sexualidad.</p> <p>Pérdida de la independencia.</p> <p>Modificaciones en la escala de valores y filosofía de vida</p>	N# Dificultades Existentes	Si No	Encuesta

		<p>Área familiar</p> <p>Pérdida de la pareja sentimental.</p> <p>Cambios en el rol de los demás miembros de la familia.</p> <p>Separación del entorno familiar.</p> <p>Violencia intrafamiliar.</p> <p>Problemas de comunicación en la familia</p>	N# Dificultades existentes	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>Encuesta</p> <p>Observación</p>

		<p>ÁREA social</p> <p>Pérdida de status social por la pérdida o cambio de trabajo.</p> <p>Aislamiento social.</p> <p>Cambio en la utilización del tiempo libre</p>	N# Dificultades existentes	<p>Si</p> <p>No</p>	Encuesta Observación
--	--	--	----------------------------	---------------------	-------------------------

<p>ALTERACIONES DE LA SEXUALIDAD</p>	<p>Son aquellas patologías que van degradando física y mentalmente a quienes las padecen pues provocan un desequilibrio en los mecanismos de regeneración personal.</p>	<p>Perdida de la lívido. Trastornos Hormonales Enfermedades Oncológicas Cardiopatías Cambios en el comportamiento sexual.</p>	<p>Patologías presentadas</p>	<p>Si No</p>	<p>Encuesta Observación</p>
--------------------------------------	---	---	-------------------------------	------------------	---------------------------------

<p>MUJERES DE 45-60 AÑOS</p>	<p>Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen 45-60 años de edad.</p>	<p>Alimentación Vivienda Entorno saludable Ingesta de medicamentos Cuidados diarios</p>	<p>Necesidades existentes</p>	<p>Si No</p>	<p>Encuesta Observación</p>
------------------------------	---	---	-------------------------------	------------------	---------------------------------



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL
ECUADOR SEDE ESMERALDAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Ficha para extraer datos de las mujeres de 45-60

Objetivos: Conocer los antecedentes personales, familiares y patológicos de las mujeres que protagonizan esta investigación.

Numero de historia clínica

1.- Edad

45-50

51-55

56-60

2.- Estado Civil

Casada

Soltera

Unión Libre

Divorciada

Viuda

3.-Ocupación

Empresa Pública

Empresa Privada

Comerciante

Q.Q.D.D

4.-Ingresos económicos (mensual)

\$ 50-100

\$ 101-200

\$ 200 +

5.-Residencia

Rural

Urbana

6. indique cual de los siguientes trastornos Psicoafectivos le provoca alteración de su sexualidad.

- Violencia intrafamiliar
- Depresión
- Consumos de drogas
- Baja autoestima

Porque.....

7. Es usted es víctima de alguna de las alteraciones de la sexualidad que apuntamos a continuación.

- Aislamiento social y familiar
- Disminución de la actividad sexual
- Anorgasmia
- Perdida de la pareja sentimental

8. Su familia sabe que usted padece de una alteración en su sexualidad.

- Si
- No

9. Usted esta consiente que la alteración de la sexualidad que padece le traerá problemas a futuro..

- Si
- No

10. Cuáles son los síntomas y signos que usted padece de los que aparecen continuación:

- Depresión
- Irritabilidad
- Ansiedad
- Llanto fácil
- Angustia
- Aislamiento



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL
ECUADOR SEDE ESMERALDAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Encuesta dirigida a los profesionales de la salud

Objetivos: conocer el criterio de los médicos tratantes de pacientes que presentan este tipo de afecciones.

1. Cuáles son los Trastornos Psicoafectivos de mayor frecuencia en nuestra ciudad.

- | | | | |
|--------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Comportamiento
femenino anormal | } | Baja autoestima
Personalidad inhibida.
Malos hábitos (alcohol, tabaco y drogas)
Educación sexual reprimida |
| <input type="checkbox"/> | Cambios orgánicos de la
mujer adulta | } | Menopausia
Enfermedades degenerativas
Infertilidad
Disminución de la lívido |
| <input type="checkbox"/> | Alteraciones | } | Desviación sexual
Pérdida de la pareja sentimental
Aislamiento social |

2. A que órganos o sistemas afecta principalmente este tipo de enfermedades mentales.

- | | |
|----------------------|--------------------------------|
| Sistema nervioso | <input type="checkbox"/> |
| Sistema circulatorio | <input type="checkbox"/> |
| Aparato digestivo | <input type="checkbox"/> |
| Aparato reproductor | <input type="checkbox"/> |
| Otros | <input type="checkbox"/> |

Porque.....
.....

3. Cuáles son los factores que predisponen a la aparición de Trastornos Psicoafectivos en nuestra ciudad.

- Factor sociodemográfico
- Factor socioeconómico
- Factor hereditario
- Malos Hábitos
- otros

4. A qué edad se presentan las alteraciones de la sexualidad.

- 45-50
- 51-55
- 56-60

5. Cuáles son las características de una mujer de 45 -60 años con alteraciones de la sexualidad.

- Introversa
- Extroversa
- Porque.....
-

6. Que manifestaciones clínicas presentan las mujeres con Trastornos Psicoafectivos.

- Maltrato Físico
- Manía
- Viscosidad
- apatía
- Otros

7. De las mujeres que asisten a la consulta cuantas tiene trastornos Psicoafectivos que desencadenan en alteraciones sexuales.

1- 5	<input type="checkbox"/>	
6 - 10	<input type="checkbox"/>	
11 - 20	<input type="checkbox"/>	
21 - 30	<input type="checkbox"/>	
Más de 30	<input type="checkbox"/>



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL
ECUADOR SEDE ESMERALDAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
Guía de Observación y Entrevista**

Observación: Identificar la conducta que adoptan las mujeres de 45-60 años ante este tipo de entrevista y durante la consulta con los profesionales de la salud.

1. Estado Físico de la paciente.

Bueno Malo Regular

2. Estado cognitivo motriz.

Bueno Malo Regular

3. Comportamiento o conductas de la paciente ante el acompañante si fuere el caso.

Tranquilo Agresivo Normal Inquieto

4. Comportamiento o conducta de la paciente con el profesional de salud.

Tranquilo Tímido Normal Inquieto

5. Desembolmamiento al momento de la entrevista.

Tranquilo Tímido Normal Inquieto Evasivo

6. Estado de ánimo de la paciente.

Bueno Malo Regular

7. Estilo de vida.

Bueno Malo Regular

8. Comportamiento social.

Tranquilo Agresivo Normal Inquieto