

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Prolapso de Órganos Pélvicos (POP) y sus repercusiones
en la Calidad de vida y salud sexual, de mujeres que asisten
al Hospital de Gineco-pediadría 3A del IMSS**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

Diana Ruíz Martínez

Director de la Tesis

Dr. Alfonso Darío Santiago López

Ciudad de México junio, 2023.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

"Si alguien desea una buena salud, primero debe preguntarse si está listo para eliminar las razones de su enfermedad Solo entonces es posible ayudarlo" (Hipócrates).

DEDICATORIA

Dedico muy especialmente mi tesis a mi padre José Inés Ruiz Dámaso † por todo el amor incondicional que siempre me brindó, recuerdo sus palabras “Siempre adelante” que han influido a lo largo de mi vida y han sido mi motor para seguir en situaciones difíciles. Al final, este logro es tuyo también papá. ¡Te amo con toda mi alma! Sé que siempre estuviste orgulloso de mí y envió todo mi amor donde tú estés.

A mi madre Virginia Martínez por su amor y cuidado, a Gabriel Leyva, a mis hijos Gabriel, Roberto y Jonathan Leyva Ruiz, por todo el amor que me tienen, por creer en mí y por ser la inspiración para seguir superándome. Sin duda ellos han sido un gran apoyo y un pilar esencial en el desarrollo y culminación de la tesis.

A mis nietos Cristopher, Vania, Cristopher y Violet Leyva, por iluminar mi vida y por entender que el tiempo que les resté en atención fue para poder realizarme profesionalmente.

A mis hermanos Gastón, Norma, Isela y Nidia Ruiz por el amor y la confianza que siempre me han brindado.

A toda mi familia con mucho amor.

AGRADECIMIENTOS.

¡Gracias a Dios por permitirme vivir y disfrutar de cada día!

¡Gracias a la vida por demostrarme lo hermosa que es, y lo justa que puede llegar a ser!

Son muchas las personas e instituciones que han contribuido al proceso y conclusión de este trabajo. Inicialmente ofrezco un sincero agradecimiento a las mujeres que formaron parte de la muestra de estudio, porque a través de su valiosa participación podemos visibilizar parte del problema que existe en torno al prolapso de órganos pélvicos. Además nos permiten ser conscientes de lo que viven día a día.

Agradezco a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, mi Alma mater, con la cual tengo una deuda infinita por la formación académica, profesional y personal que he recibido en sus aulas. Agradezco por el apoyo institucional, especialmente al Comité de Becas por brindar la beca con número de dictamen; BToTR-47/2019, y el apoyo otorgado en la impresión y empastado de la tesis.

Quiero Agradecer al Dr. Alfonso Darío Santiago López, director de la tesis, mi profesor desde hace 9 años. Él fue el primero que creyó en este proyecto, agradezco su apoyo para concluir con la investigación.

Ofrezco un agradecimiento muy especial al Hospital de Gineco-pediatría 3A del IMSS por autorizar la investigación y permitir que hoy me realice como una profesional de la salud; en particular agradezco a los Doctores, Laura Angélica Maceda Vela por confiar en mí y abrir las puertas de la institución para realizar este tipo de investigación; al Doctor Oskar Oswaldo Nuevo Adalla por permitirme estar en su consultorio y trabajar con sus pacientes, agradezco por brindarme sus conocimientos, apoyo incondicional, tiempo y paciencia.

Agradezco a los integrantes del comité lector de mi tesis, al Dr. Israel López Reyes, al Mtro. José Antonio García Segoviano, y a la Mtra. Maira Susana Carrillo Pérez, aprecio el tiempo, orientación y ayuda que me brindaron hasta dar el visto bueno a esta investigación.

Agradezco especialmente al profesor Marco Antonio Prado Zayago por ser parte de mi formación en mis años como estudiante, además de facilitar y agilizar las solicitudes correspondientes para ingresar al Hospital de Gineco-pediatría 3A del IMSS, para realizar la investigación de tesis.

De igual forma agradezco al Doctor en Ciencias Israel López Reyes, y a quien aprecio mucho, él fue quien me apoyó en otros proyectos que me permitieron adquirir conocimientos, experiencia y la confianza necesaria para concluir la licenciatura realizando este proyecto de tesis.

Gracias a todos mis profesores de la licenciatura, que me brindaron la oportunidad de adquirir conocimiento y que forman parte indirectamente de este proceso integral de formación que queda plasmado en esta tesis, misma que perdurará en los conocimientos y desarrollo de otras generaciones.

Ofrezco un especial agradecimiento al Ing. Enrique Uriel Ruiz Orduño, por haberme acompañado en la última etapa de la licenciatura, por su aporte en conocimientos, por su permanente aliento y comprensión.

Gracias a mis compañeros y amigos Cecilia García, Oscar Castillo y Jacqueline Navarro, por ser acompañantes de viaje durante la licenciatura, gracias por su compañía y momentos compartidos.

Finalmente agradezco a quien lee este apartado y más de mi tesis.

A todos ustedes mi mayor reconocimiento y gratitud.

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1. Promoción de la Salud	4
1.1 Definición de Salud	5
1.2 Promoción de la Salud, ¿Qué es?	5
1.2.1 Modelos teóricos del proceso salud-enfermedad.....	8
1.3 Calidad de Vida	11
1.3.1 Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	12
1.4 Estilo de vida	14
1.5 Determinantes Sociales de la Salud.....	15
1.5.1 Determinación Social de la Salud.....	15
1.6 Factor de riesgo	15
1.7 Educación para la salud.....	15
CAPÍTULO 2. Descripción clínica-epidemiológica.....	17
2.1 ¿Qué es el suelo pélvico?	17
2.2 ¿Qué es el Prolapso de Órganos Pélvicos (POP)?	18
2.3 Fisiopatología del Prolapso de Órganos Pélvicos.....	18
2.4 Clasificación de los estadios del POP.....	20
2.5 Suelo pélvico y factores relacionados con el Prolapso de Órganos Pélvicos	21
2.5.1 Factores de riesgo para POP	21
2.6 Alteraciones morfo-funcionales del suelo pélvico	24
2.6.1 Función muscular del suelo pélvico	24
2.6.2 Suelo pélvico y Vitamina D	24
2.6.3 El papel del colágeno y la elastina en el suelo pélvico.....	26
2.6.4 La Genética y el Prolapso de Órganos Pélvicos	27
2.7 Diagnóstico de Prolapso de Órganos Pélvicos	27
2.7.1 Opciones de tratamiento para POP	29
2.7.2 Tratamiento quirúrgico para POP	30
CAPÍTULO 3. Sexualidad Humana	33
3.1 Anatomía y fisiología de la sexualidad humana	33
3.1.1 Salud sexual	33
3.1.2 Sexualidad	33
3.1.4 Satisfacción sexual	34
3.2 Cirugía de prolapso, satisfacción y función sexual	34
3.3 Efectos de la Disfunción de Suelo Pélvico y POP en la Calidad de Vida.....	36

3.4 Prolapso de Órganos Pélvicos y rol de género	37
3.5 Como afecta la cultura en la salud de la mujer	38
3.6 Suelo pélvico y nutrición	39
CAPITULO 4. Derecho a la Salud	40
4.1 Derecho a la Salud	41
4.2 Derechos sexuales	41
4.3 Salud ginecológica	42
4.4 Mujeres mayores y sexualidad	42
CAPÍTULO 5. Antecedentes, justificación, pregunta de investigación, hipótesis y objetivos.	46
5.1 Antecedentes	46
5.2 Justificación	47
5.3 Preguntas de investigación	47
5.4 Hipótesis	47
5.5 Objetivos	48
5.5.1 Objetivo general	48
5.5.2 Objetivos específicos	48
CAPÍTULO 6. Metodología, Resultados, Discusión y Propuesta de trabajo	49
6.1 Metodología	51
6.1.1 Tipo de estudio	51
6.1.2 Periodo, lugar y tiempo de la investigación	51
6.1.3 Criterios de inclusión	52
6.1.4 Criterios de exclusión	52
6.1.5 Criterios de eliminación	52
6.1.6 Antecedentes teóricos de la muestra	52
6.1.7 Métodos utilizados	53
6.1.8 Método de recolección de información	53
6.1.9 Aspectos Bioéticos	53
6. 2 Resultados	55
6.2.1 Análisis descriptivo	55
6.2.2 Características sociodemográficas	55
6.2.3 Resultados del Instrumento de Calidad de Vida y función sexual.	67
6.2.4 Resultados del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)	73
6.3 Discusión	75

6.4 Conclusiones.....	84
6.5 Propuesta desde la Promoción de la Salud para esta problemática.....	85
6.6 Taller para promover la salud en mujeres con Disfunción de Suelo Pélvico y Prolapso de Órganos Pélvicos.....	87
6.6.1 Guía de instrucciones sobre los ejercicios de Kegel para rehabilitación de suelo pélvico.....	92
6.6.2 Formas de autoevaluación.....	92
6.7 Consideraciones técnicas.....	93
Anexo No. 1 Cronograma.....	95
Anexo No. 2 Carta de consentimiento informado.....	96
Anexo No. 3 Cuestionario de Calidad de Vida.....	97
Anexo No. 4 Cuestionario del Índice Función Sexual Femenino.....	98
Anexo No. 5 Guía de ejercicios de Kegel.....	100
Anexo No. 6 Test de conocimientos.....	101
Anexo No. 7 Cuestionario de Evaluación sobre el taller de Promoción de la Salud.....	101
Anexo No. 8 Formula para calcular el tamaño de la muestra.....	102
Referencias.....	104

DE TABLAS ÍNDICE

Tabla 1. Principales síntomas en relación con el POP	28
Tabla 2. Características sociodemográficas de las mujeres con POP.....	56
Tabla 3. Clasificación del IMC, publicada por la Organización Mundial de la Salud.....	73
Tabla 4. Clasificación del IMC, publicada por la Organización Mundial de la Salud.....	68
Tabla 5. Correlación entre el grado de POP y la variable que integra el dominio.....	85
Tabla 6. Percepción de CV en el POP.....	72
Tabla 7. Resultado del cuestionario del Índice de Función Sexual Femenina.....	73
Tabla 8. Correlación de las diferentes variables con el grado de POP.....	74
Tabla 9. Carta descriptiva. Bienvenida, presentación de los objetivos y temas del taller.....	89

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. CVRS con respecto a factores relacionados y el estado de salud	13
Figura 2. Anatomía del suelo pélvico normal.....	17
Figura 3. Imagen del Prolapso de compartimiento anterior	18
Figura 4. Fotografía del Prolapso de compartimiento anterior (Cistocele)	18

Figura 5. Imagen de Prolapso de útero.	19
Figura 6. Fotografía de Prolapso de útero.	19
Figura 7. Imagen de Prolapso de compartimiento posterior.....	19
Figura 8. Fotografía de Prolapso de compartimiento posterior (Rectocele).....	19
Figura 9. Esquema que compara las distintas clasificaciones de los estadios del POP.....	20
Figura 10. Expresión de colágeno tipo I en tejido con POP y tejido sano.	26
Figura 11. Expresión de colágeno tipo III en tejido con POP y tejido sano.....	27
Figura 12. Tipos de pesarios	30
Figura 13. Proceso metodológico de la investigación.	50

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Grafica 1. Porcentajes de mujeres de la muestra agrupadas por edades.....	55
Gráfica 2. Porcentaje de mujeres de la muestra en etapa de adultez tardía.....	56
Gráfica 3. Ocupación de las mujeres de la muestra.....	57
Gráfica 4. Porcentaje de mujeres con sobrepeso u obesidad según los valores establecidos por la OMS.	58
Gráfica 5. Porcentaje de partos por cada mujer de la muestra.	59
Gráfica 6. Tipo de parto de las mujeres de la muestra de estudio	60
Gráfica 7. Número de partos por grado de prolapso.....	60
Gráfica 8. Porcentaje de mujeres con familiares que padecen o han padecido IU o POP....	61
Gráfica 9. Porcentaje de mujeres que presentan hipertensión	62
Gráfica 10. Porcentaje de mujeres que padecen diabetes	62
Gráfica 12. Porcentaje del tipo de prolapso que presentan las mujeres de la muestra	64
Gráfica 13. Porcentaje de mujeres por grado de prolapso.	64
Grafica 14. Grado de Prolapso de las mujeres de la muestra por intervalo de edad	65
Gráfica 15. Tiempo que las mujeres transcurren con su POP sin tratamiento.	65
Gráfica 16. Porcentaje de las mujeres participantes con vida sexual activa o no.....	66
Gráfica 17. Percepción de Calidad de Vida en relación con el grado de POP	68
Gráfica 18. Grado de POP por Índice de Función Sexual Femenino	69
Gráfica 19. Variables con mayor nivel de significancia estadística según la escala de valores de Spearman	70
Gráfica 20. Escala de puntaje de percepción de Calidad de Vida.....	72

TERMINOLOGÍA

ACOG. Asociación de Colegios de Obstetricia y Ginecología

ADN. Ácido Desoxirribonucleico

CV. Calidad de Vida

CVRS. Calidad de Vida Relacionada con la Salud

DSP. Disfunción de Suelo Pélvico

DSS. Determinantes sociales de la salud

ECM. Matriz Extracelular

EMSP. Entrenamiento de la Musculatura del Suelo Pélvico

FESP. Función Esencial de la Salud Pública

FR. Factores de riesgo

FSFI. Índice de Función Sexual Femenina

GAH. Gimnasia Abdominal Hipopresiva

ICS. Sociedad Internacional de la Continencia

IMC. Índice de Masa Corporal

IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social

IU. Incontinencia Urinaria

IUE. Incontinencia urinaria de esfuerzo

IUGA. Asociación Internacional de Uro-Ginecología

IUU. Incontinencia urinaria de urgencia

MSP. Musculatura del Suelo Pélvico

NHANES. Encuesta de Evaluaciones de Nutrición y Salud Nacional

OMS. Organización Mundial de la Salud

ONU. Organización de las Naciones Unidas

OPS. Organización Panamericana de la Salud

POP. Prolapso de Órganos Pélvicos

PQOL. Prolapse Quality of life Questionnaire

PS. Promoción de la Salud

SE. Salud enfermedad

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Atrofia: que va acompañada de un proceso destructor de las células de un tejido.

Coercer: tr. desus. Reprimir o impedir algo.

Coerción: n.f. acción de coercer.

Coito: Cópula sexual. intr. Unirse o juntarse sexualmente

Colágeno: m. Bioquím. y Zool. Proteína fibrosa del tejido conjuntivo, de los cartílagos y de los huesos, que se transforma en gelatina por efecto de la cocción.

Colpocleisis: cirugía que trata los síntomas de prolapso juntando las paredes delantera y trasera de la vagina cerrando el canal vaginal.

Colporrafia: s.f. Sutura de la pared vaginal.

Cromosoma: m. Biol. Filamento condensado de ácido desoxirribonucleico, visible en el núcleo de las células durante la mitosis y cuyo número es constante para las células de cada especie animal o vegetal.

Dispareunia: SIN.: coitalgia, coito doloroso.

Endopelvica: Endo: Significa 'dentro', 'en el interior'. Pélvico: De la pelvis o relacionado con ella.

Etiología: Med. Conjunto de causas de una enfermedad.

Fórceps: [ingl. obstétrica fórceps] s.m. Instrumento metálico articulado con forma de pinza o tenaza, que se utiliza para extraer el feto durante la fase expulsiva del parto.

Intra abdominal: del latín intra. Significa 'dentro de', 'en el interior'. Abdominal. adj. Perteneciente o relativa al abdomen. Cavidad abdominal

Intra torácica: del latín intra. Significa 'dentro de', 'en el interior' Torácica: [ingl. chest, thoracic] adj. Del tórax o relacionado con él:

Laxo: [ingl. lax] adj. Relajado, flojo, que carece de la tensión que debería tener.

Matriz extracelular: Conjunto de moléculas fibrosas y solubles que ocupa el espacio intersticial existente entre las células, aisladas o muy juntas, que forman los tejidos, especialmente el tejido conjuntivo.

Micción: [ingl. urination] s.f. Acción o efecto de orinar, emisión de orina, evacuación de la vejiga, vaciamiento de la vejiga.

Parauretral: [ingl. paraurethral] adj. Situado o que tiene lugar cerca de la uretra.

Polimorfo: adj. Que tiene o puede tener distintas formas.

Predictoras: adj. Que predice o ayuda a predecir.

Prolapso: s.m. Caída, descenso o salida de un órgano o de una estructura anatómica, casi siempre a través de un orificio natural o artificial, que por lo general se debe a una relajación de sus medios de fijación.

Protusión: s.f. = protrusión. OBS.: La RANM desaconseja el uso de este término por considerarlo incorrectamente formado.

Prueba de Papanicolau: Examen del frotis cervicovaginal para la detección de anomalías celulares de origen hormonal, infeccioso y, sobre todo, neoplásico o preneoplásico.

Sacrocolpopexia: Sacro: [ingl. sacral] adj. Del hueso sacro o relacionado con él. Colpopexia: s.f. Fijación quirúrgica de la vagina a una estructura anatómica vecina, por lo general a la pared abdominal.

Tracción: f. Acción y efecto de tirar de algo para moverlo o arrastrarlo.

Transcultural: adj. Que afecta a varias culturas o a sus relaciones.

Transobturadora: adj. Que atraviesa el agujero obturador o practicado a través de él. (Diccionario de términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina de España, 2022). (Diccionario de la lengua española, 2022).

A dark blue vertical bar on the left side of the page, with a blue arrow pointing right from its center.

UACM

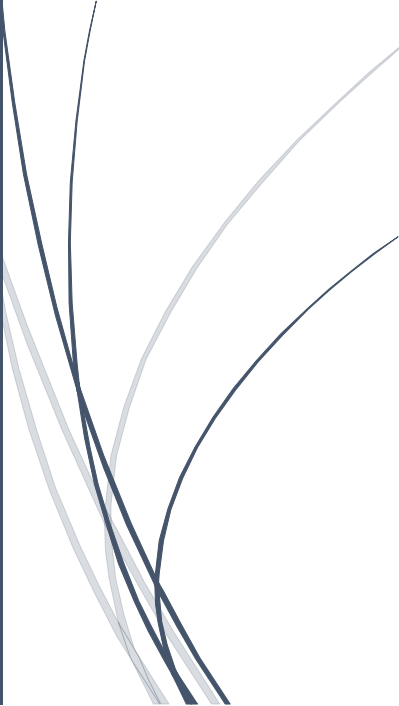
Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

**“Prolapso de Órganos Pélvicos (POP) y sus repercusiones
en la Calidad de Vida y Salud Sexual,
de mujeres que asisten al Hospital
de Gineco-pediatría 3A, del IMSS”**

UACM/Lic. Promoción de la Salud

Ciudad de México junio, 2023

Several thin, curved, light blue lines originating from the left side and extending towards the center of the page.

Resumen

La Promoción de Salud garantiza una atención integral de calidad, es a través de ésta, donde se puede actuar reconociendo los Determinantes Sociales de la Salud y algunos factores de riesgo que implican a la disfunción del suelo pélvico. Así mismo, factores de riesgo como cargar objetos pesados y un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado influyen en la aparición del Prolapso de Órganos Pélvicos (POP). Por consecuencia, un mayor grado de prolapso tiene influencia y repercusiones en la Calidad de Vida (CV) y Salud Sexual de las mujeres con dicha afección. **Objetivo:** Identificar la relación que existe entre el POP, la CV y la Salud Sexual en mujeres afectadas, además de determinar la variable más importante y proponer una estrategia de prevención con el fin de coadyuvar sobre su CV. **Metodología:** El tipo de estudio fue de tipo exploratorio, observacional y transversal, el diseño de la muestra se hizo por conveniencia, la muestra n=247 fue integrada por mujeres de 40 a 86 años de edad y que estuvieron afectadas con POP. **Lugar de la investigación:** Hospital de Gineco-pediatría 3A del IMSS. **Tiempo a desarrollar:** la intervención y recuperación de datos dentro de la Institución de Salud comprendió el periodo de diciembre del 2018 a agosto del 2019. **Resultados:** Se comprobó que existe una correlación estadística significativamente fuerte entre las variables de estudio CV e Índice de Función Sexual Femenina (FSFI por sus siglas en Inglés), con el grado de POP, asimismo determinamos que las variables más significativas para desarrollar POP son la edad, cargar objetos pesados constantemente y un IMC elevado; de igual forma se demostró que las mujeres de la muestra perciben una afección en su CV, no obstante se encontró que el POP les afecta parcialmente ocasionando incomodidad y cansancio pero no las imposibilita para realizar sus labores cotidianas, ni afecta sus relaciones familiares y sociales. Con respecto al FSFI solo un porcentaje del 15% respondió al instrumento; al mismo tiempo, se encontró que no tienen vida sexual activa posiblemente debido a la edad o a su estado civil. Además, por la sensibilidad del tema pudieron no haber expresado aspectos relevantes para nuestra investigación. **Conclusión:** Es necesario ampliar este tipo de estudios, además de crear las condiciones de confianza necesarias al momento que las mujeres asisten a su consulta para que puedan expresar abiertamente como se sienten física y emocionalmente debido al POP. Por otra parte, es de vital importancia generar una atención integral centrada en síntomas, función sexual, educación y apoyo emocional. Así como promover las medidas necesarias que ejerce la Promoción de la Salud, además de difundir la información necesaria para sensibilizar y generar una cultura del autocuidado y crear nuevos vínculos entre las diversas áreas que atienden la afección.

INTRODUCCIÓN

La Salud está influenciada por variables de tipo social. La Promoción de la Salud (PS) a diferencia de la aproximación médica se dirige a la población en general, aplicando estrategias que resultan útiles por ejemplo, en la investigación del tema de Prolapso de Órganos Pélvicos (POP).

Para hablar del POP es necesario saber que dicha afección es estudiada y atendida desde la práctica médica de la Ginecología y la Urología. Por tanto es un campo nuevo para el Promotor de Salud. La Promoción de la Salud, favorece las acciones y conductas que promueven la salud y desarrollo de hábitos, comportamientos y conductas de vida saludables.

Por lo anterior mencionado consideramos importante realizar esta investigación y generar una propuesta de intervención desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, ya que en la actualidad el Prolapso de Órganos Pélvicos tiene repercusión en la salud física y mental entre la población femenina.

Por lo que se refiere al POP, es el descenso de uno o más órganos pélvicos (útero, vejiga, uretra e intestino) a través del introito vaginal (IMSS, 2010). Es por ello que varios autores le llaman prolapso vaginal. El POP es considerada una de las patologías más frecuentes en cirugía ginecológica, se estima que en el mundo 60 millones de mujeres presentan algún factor de riesgo para desarrollar POP (Quintana y Cols., 2009). En Estados Unidos se realizan 200,000 procedimientos quirúrgicos cada año (Cohen, 2013). El costo por Incontinencia Urinaria (IU) es de 19.3 millones de dólares anuales (ACOG, 2015). Además la mujer tiene el 11% de posibilidad de padecer Disfunción de Suelo Pélvico (DSP) e IU que puede llevarla a cirugía (Delancey y Cols., 2008). El Prolapso de Órganos Pélvicos es un problema muy común que tiene una prevalencia estimada entre un 43 a 76% de la población femenina general (Santamaría y Cols., 2019). Así mismo, 30% de las mujeres en edad media padece POP de Cistocele, siendo este el prolapso más común entre ellas (Quintana y Cols., 2009).

La Organización de Naciones Unidas, estimó que en el año 2009, existirían aproximadamente 11.4 millones de mujeres en México entre 40 y 60 años, de las cuales 5.7 millones tendrían diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, ameritando el 15% tratamiento quirúrgico, lo que representaría 257,000 casos anuales (ONU, 2001, como se citó en IMSS, 2010).

En la Ciudad de México solo en 2018, en el Hospital de Gineco-pediatría 3A del IMSS, se atendieron un total de 108,499 consultas externas en el área de ginecología, considerando 10 principales afecciones de entre las cuales el POP ocupó la sexta causa de consulta, con un total de 4,190 pacientes atendidas por prolapso (IMSS, 2018).

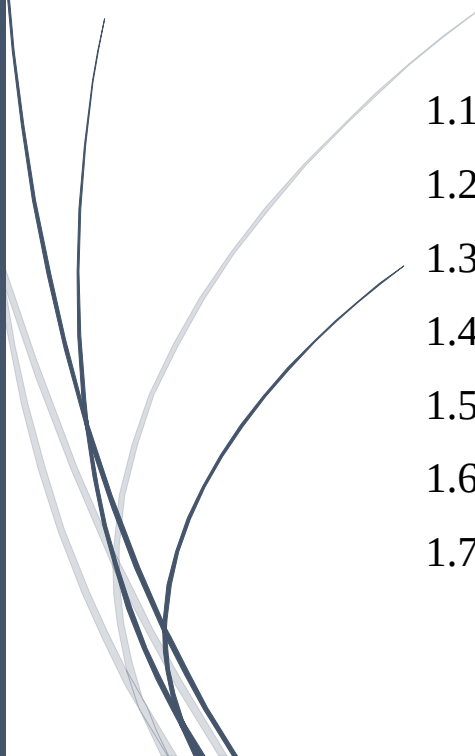


UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

CAPÍTULO 1. Promoción de la Salud



1.1 Definición de Salud

1.2 Promoción de la Salud

1.3 Calidad de Vida

1.4 Estilo de Vida

1.5 Determinantes Sociales de la Salud

1.6 Factores de Riesgo

1.7 Educación para la Salud

CAPÍTULO 1.

Promoción de la Salud

1.1 Definición de Salud

El término salud proviene del latín "salus" y significa el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones (Perea, 2009). Es de suma importancia conocer que se entiende por salud, definir el concepto de salud es una tarea difícil pues la salud es entendida y percibida de diferente manera debido a los contextos históricos y las características propias de cada sociedad.

Por otra parte, como antecedentes cercanos de la salud está la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Carta Magna (1946), que la define como "el completo estado de bienestar físico, psíquico, y social", y que es modificada más tarde definiéndose así: "El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad" (OMS, 2014). Incluyendo además de lo biológico, lo psicológico y lo social como parte del concepto de salud. Es por esto que la salud debe ser entendida en un contexto social teniendo en cuenta las diferentes variables que pueden influir en la percepción de salud de la persona. Sin embargo, "la salud está profundamente influida por variables sociales; por tanto, no nos debe extrañar que sea un producto del cambio social" (Colomer y Álvarez-Dardet, 2013).

1.2 Promoción de la Salud, ¿Qué es?

"La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo, que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas, por consiguiente, dado que el concepto de salud trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario."

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

Mientras que para la OMS, la Promoción de la Salud es el proceso por medio del cual las personas aumentan el control sobre su propia salud para mejorarla (OMS, 1998).

En la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, Canadá en 1986, se define a la salud y a la Promoción de la Salud de la siguiente manera;

- La salud es la fuente de riqueza de la vida cotidiana.
- La Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (Ottawa, 1986).

La Promoción de la Salud se encuentra contemplada como Función Esencial de la Salud Pública (FESP), dentro de los tratados de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Promoción de la Salud se utilizó por primera vez en 1945, cuando Henry E. Sigerist, definió las cuatro tareas esenciales de la medicina como: la prevención de enfermedades, la restauración de la salud, la protección de la salud y la Promoción de la Salud, esta última puede ayudar a las personas a llevar un estilo de vida sano, a mejorar y preservar su salud (Lizaraso, 2012).

El modelo de Promoción de la Salud en México, es un concepto nuevo que ha sido sometido a la hegemonía del sistema médico, que se somete a políticas públicas que rigen al sector salud de nuestro país y que solo sirven para atenuar o suavizar los efectos de la enfermedad, en el caso de muchas enfermedades; entre ellas las enfermedades crónico degenerativas que son las que más se presentan en la actualidad.

En el modelo Impartido en la Lic. de Promoción de la Salud, de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), se toman en cuenta diversos escenarios y están dirigidos a toda la población en diferentes etapas de vida; los escenarios van desde lo individual a lo colectivo como la familia, la escuela, el trabajo, los grupos de amigos, y las comunidades entre otros; es un modelo que ayuda a propiciar espacios saludables, el mantenimiento de ellos por tanto para mejorar la CV y permitir un estado de bienestar. El modelo de Promoción de la Salud, es un modelo multidisciplinario que toma en cuenta los Determinantes Sociales de la Salud en los que se desarrollan los individuos.

La Promoción de la Salud, favorece las acciones y conductas que promueven la salud y desarrollo de hábitos, comportamientos y conductas de vida saludables, se centra en crear un cambio social y personal en beneficio de los individuos. Además de que puede contribuir en la participación de organismos públicos, privados y organizaciones civiles para colaborar con un objetivo en común que es la salud (Colomer y Álvarez-Dardet, 2013).

El papel del Promotor de Salud no solo es realizar acciones para evitar que las personas se enfermen, va más allá, es organizar planes, proyectos, conocer a la comunidad, el contexto social, para después proporcionar las herramientas y medios necesarios específicos para esas personas o comunidades, para que obtengan y preserven su salud (Giraldo y Cols., 2010).

Así mismo, entre las herramientas necesarias para realizar la Promoción de Salud se encuentran:

1. La información: ofrece los elementos para concientizar a los decisores y otros actores sociales, en relación con hechos y factores que influyen en el estado de salud de la comunidad.
2. Comunicación en salud: es un proceso en el que se realizan y transmiten mensajes, basado en investigaciones sobre el usuario, para promover la salud de los individuos y comunidades.
3. Educación para la salud: facilita el aprendizaje a partir de experiencias, que contribuyen al logro de conocimientos (Pupo y Acosta, 2010 como se citó en Santana y Cols., 2020).

Cabe señalar que existen diferencias muy marcadas entre la Promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad. Según Restrepo la Promoción de la Salud actúa sobre los determinantes sociales, y la población en general, se basa en modelos socio-políticos, ecológicos y socio-culturales, donde sus principales interventores son políticos y comunitarios y las estrategias de Promoción de la Salud son el mercadeo social, el empoderamiento y la participación comunitaria. Mientras que para la prevención sus principales objetivos están enfocados en reducir los factores de riesgo y las enfermedades, se enfoca en la población y grupos de riesgo, los modelos de la medicina preventiva y sus interventores son únicamente los profesionales sanitarios y sus estrategias van dirigidas a los programas masivos de detección de enfermedades (OPS, 2018).

La Promoción de la Salud a diferencia de la aproximación médica centrada en la enfermedad, aplica una estrategia global que se dirige a la población en su conjunto y no solo a los enfermos; al desarrollo de la salud y sus causas sociales y no solo a lo biológico, que combina metodologías y planteamientos diversos huyendo del monopolio corporativo y favorece la participación, la autoayuda alejándose del paternalismo. No se trata, pues, de un servicio médico, sino una actividad en el ámbito de la Salud Pública y las políticas sociales (Colomer y Álvarez-Dardet, 2013). Aunque cabe señalar que tanto la Promoción de la Salud como la prevención no son excluyentes, ya que en la práctica interactúan y son necesarias para mejorar los conocimientos y habilidades de las personas y comunidades.

Con relación a los modelos de Promoción de la Salud, estos pueden variar dependiendo de los profesionales que lo practican, pero en general persiguen los mismos objetivos, orientados al cambio de conductas saludables, al autocuidado, al cambio social y la prevención.

1.2.1 Modelos teóricos del proceso salud-enfermedad

Cuando se refiere a salud es necesario conocer los diversos modelos teóricos del proceso salud enfermedad. En la salud influyen aspectos físicos, pero desgraciadamente la mayoría de veces no se consideran los aspectos sociales, culturales y psicológicos que también tienen relación con la salud. El ser humano no solo se afecta por agentes patógenos o genéticos, sino también por el medio que lo rodea, los vínculos con su familia, trabajo, escuela, estilos de vida etc., todo ello influye de manera directa en su salud (Steven y Cols., 2010).

Como ya se había mencionado antes, la salud es dinámica y cambiante, la misma enfermedad no afecta de igual manera a dos personas, porque pudieran existir para cada uno de ellos condiciones y determinantes muy diversos, tal es el caso de la genética que los puede predisponer a determinada enfermedad (Steven y Cols., 2010).

En los siguientes párrafos veremos un breve panorama de los modelos que se manejan en la Promoción de la Salud, y se mostrará el modelo biopsicosocial en el que se debería basar el presente trabajo, además de permitirnos observar que el Promotor de Salud puede trabajar en diversos campos de la salud.

Cuando se habla de la Promoción de la Salud nos referimos a todas las acciones y estrategias que llevan a cabo los individuos o comunidades para obtener y preservar su grado de salud y por ende su calidad de vida. Dichas actividades que pongan en práctica, dependerán del concepto de salud que ellos conozcan. Concepto adquirido producto del medio en el que viven.

Para algunas personas la salud es “Ausencia total de enfermedad”, bajo esta perspectiva en la Promoción de la Salud entran todas aquellas acciones y estrategias para evitar que las personas se enfermen.

Para otras personas la salud es “Estar bien”, refiriéndose a estar bien consigo mismo, con la familia, estar libre de enfermedades, por tal motivo es de vital importancia preservar sus tradiciones, sus costumbres, su cultura y lo que poseen materialmente, entendiendo entonces que la Promoción de la Salud son todas aquellas acciones y estrategias dirigidas a conseguir el logro de dichos objetivos. El concepto de salud dependerá siempre de la percepción del individuo.

Desde hace mucho tiempo se han desarrollado conceptos de salud considerados por la comunidad científica como modelos teórico-conceptuales para explicar los procesos de salud-enfermedad en los individuos y comunidades, modelos que influyen en la práctica de la Promoción de la Salud. Por ejemplo **el modelo médico hegemónico** que debe tener en cuenta al paciente, el contexto social en el que vive y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar los efectos perjudiciales de la enfermedad, esto es el papel del médico y el sistema de cuidados de la salud (Oblitas, 2006). A través del tiempo dicho modelo ha creado tecnología, investigación y prácticas médicas en relación a la enfermedad.

Desde el modelo **Higienico-preventivista** la salud se percibe como ausencia de enfermedad y se dice que los seres vivos se enferman porque los agentes patógenos que se encuentran en el ambiente entran en contacto con el organismo, “Historia natural de la enfermedad” donde la medicina y las ciencias biológicas son fundamentales para prevenir, reparar el daño y rehabilitar (Arredondo, 1998).

Existen dos niveles de prevención propuestos por Level y Clark, periodo pre patogénico y patogénico: en el periodo pre patogénico las actividades de prevención primaria están

encaminadas al fomento a la salud y a la protección específica, como campañas de vacunación, de información y educación para prevenir todo tipo de enfermedades. Y en el periodo patogénico donde intervienen actividades secundarias dirigidas al diagnóstico precoz, el tratamiento temprano, la limitación del daño y la prevención terciaria se enfoca en la rehabilitación (García, 2010).

El modelo biopsicosocial es un modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico (factores químico-biológicos), el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad (Blanco, 2019). De esta manera, la salud se entiende mejor en términos de relación de factores psíquicos, biológicos y sociales, y no solo en lo biológico. Así mismo, la Promoción de la Salud a través del modelo biopsicosocial proporciona un pilar importante para la atención primaria en salud, como la prevención y la educación en salud proporcionando los medios necesarios para llegar a un estado de conciencia y autocuidado de la salud.

Modelo Socio-histórico. Para Jaime Breilh los procesos de salud-enfermedad están determinados por procesos sociales, económicos, políticos y culturales que inciden en los modelos de vida posibles de las comunidades, la calidad de los estilos de vida familiar e individual y las relaciones con la naturaleza y el territorio social (Breilh, 2003). Las principales características de este modelo son que el tipo de patología y la frecuencia se diferencian entre sociedades y clases sociales.

Por otra parte, los modelos teóricos vistos en párrafos anteriores, han contribuido a definir las prácticas de la Promoción de la Salud, cada uno de ellos en su forma particular de visión e integración de los factores que se relacionan con el proceso salud enfermedad. También se debe de considerar que los estilos de vida y las conductas poco saludables tienen un elevado impacto en nuestra salud.

1.3 Calidad de Vida

La Calidad de Vida es un constructo multidimensional, este término ha sido utilizado anteriormente por profesionales de diversas áreas, entre ellos políticos y economistas, principalmente porque relacionaban la calidad de vida con el bienestar material, el cual había sido medido a través de indicadores (Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005).

Las primeras referencias de calidad de vida surgen con Aristóteles cuando apunta que la mayoría de las personas conciben la “buena vida” como lo mismo que “ser feliz” (Fayers, 2000, como se citó en Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005). Pero el origen académico de calidad de vida surge a mediados de los años 60 del siglo XX, con el movimiento de indicadores sociales desarrollado a partir de las actividades de la Escuela de Chicago (Noll, 2002, como se citó en Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005). Donde se toma como indicador de bienestar a las dimensiones materiales que poseen las poblaciones.

Más tarde en la década de los 70 y 80 la calidad de vida fue conceptualizada principalmente como bienestar objetivo o social. El bienestar objetivo tanto individual como social puede medirse a través de recursos o bienes disponibles. Mientras que el bienestar subjetivo puede medirse a través de apreciaciones propias o auto informes hechos por uno mismo y sobre uno mismo, dentro de un periodo amplio de tiempo, a cerca de la satisfacción con la vida (Diener, 1994, como se citó en Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005). Los indicadores más importantes de bienestar subjetivo son medidas de satisfacción y felicidad (Rapley, 2003, como se citó en Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005).

En la actualidad no existe un término único para calidad de vida; la calidad de vida es un concepto general pero también un constructo social (Marrón, 2003, como se citó en Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005). La calidad de vida no tiene el mismo significado para todos y dependería de la percepción de cada individuo, de las expectativas y experiencias que haya tenido en su propia vida. Sin embargo, la calidad de vida es cambiante, porque puede ser modificada en determinado tiempo, por diversos factores o acontecimientos (enfermedad, accidente, vejez etc.).

Por otra parte, existe un acuerdo generalizado que explica que la calidad de vida es un concepto multidimensional que se construye de diversos componentes, áreas o dominios, y

su interrelación entre ellos (Bowling, 2002, como se citó en Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005). Sin embargo, cada investigador mira el concepto de manera diferente dependiendo del área de estudio o los objetivos que persiga la investigación. En una búsqueda relacionada se encontró que existen varios componentes de la calidad de vida: como la calidad del medio ambiente y entorno donde se reside, los valores, las relaciones sociales, familiares y personales, la situación laboral, económica, emocional y de salud, la religión, el ocio, la cultura, etc. (San Martín, 2008).

La salud es uno de los pocos dominios sobre los cuales parece existir un acuerdo en el concepto, ya que existen diversos estudios que relacionan la salud con la calidad de vida, y demuestran la asociación entre la salud (medida objetiva y subjetivamente), y el bienestar subjetivo y satisfacción con la propia salud (Michalos, 2000, como se citó en Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005).

Otro concepto que coincide es el de la OPS quien define la calidad de vida como: la percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal (OPS, 1996).

1.3.1 Calidad de Vida Relacionada con la Salud

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) describe una perspectiva centrada en el paciente y el bienestar individual, se apoya en instrumentos que aportan información relevante tanto para la práctica, como para la investigación y complementan variables que reflejan las percepciones de los pacientes sobre su estado de salud y tratamientos que estos reciben. Dichos cuestionarios proporcionan amplia información sobre aspectos como el estado de salud general, emociones, nerviosismos, depresión, frustración, relaciones personales, sueño, energía, límites físicos y sociales, entre otros síntomas y signos en la vida de las personas, lo cual permite entender estas condiciones de una manera integral. Algunos cuestionarios a este respecto son utilizados para determinar el tipo de tratamiento médico o quirúrgico a utilizar individualmente en cada paciente.

Así mismo, dichos instrumentos permiten establecer una aproximación a la medición de la CVRS en mujeres que presentan Disfunción de Suelo Pélvico (DSP) y Prolapso de Órganos

Pélvicos (POP), ya que se evalúan aspectos relativos en función, disfunción y disconfort físico y emocional de dicha condición (Musibay y Borges, 2016).

En los últimos años, los éxitos de las cirugías de las disfunciones del suelo pélvico se han evaluado utilizando instrumentos de medición de Calidad de Vida. La sociedad internacional de la continencia (ICS por sus siglas en inglés) y la Asociación Internacional de Uro ginecología (IUGA por sus siglas en inglés), recomiendan la inclusión de medición de CVRS en todos los estudios que involucran a la (DSP), evidenciando su evaluación como un resultado esencial después de cualquier intervención en el área. Sin embargo, no existe consenso de cuál es el instrumento ideal a utilizar para evaluar CVRS en dichas pacientes (Martínez y Cols., 2009) (Abrams y Cols., 2010).

Por otra parte, la CVRS varía entre individuos, un paciente con diferentes expectativas sobre la CVRS puede tener una percepción diferente de su Calidad de Vida, incluso si padece la misma enfermedad o afección que otras personas.

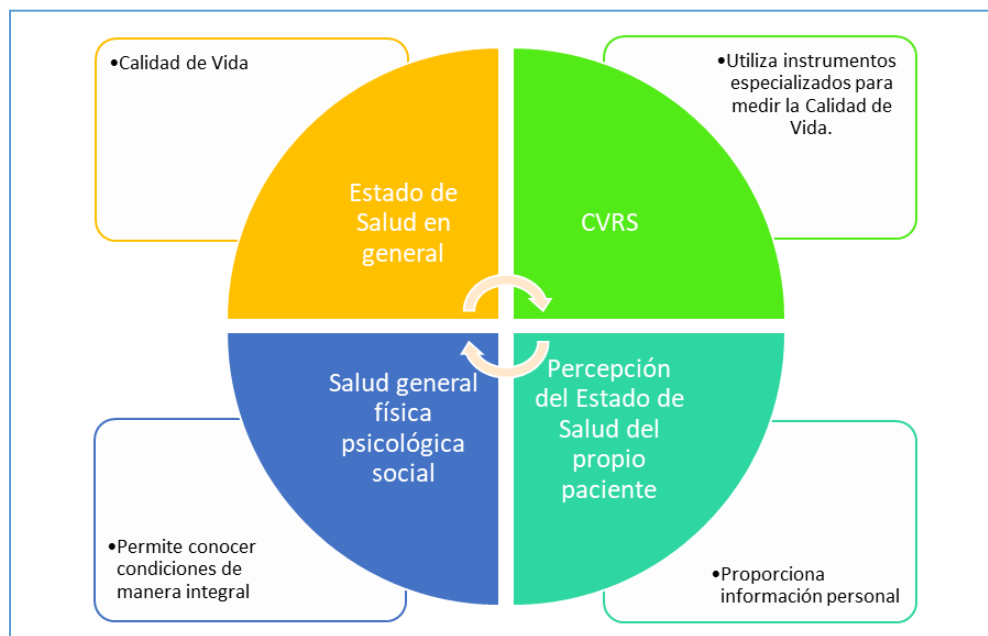


Figura 1. En la figura se muestra la CVRS con respecto a factores relacionados y el estado de salud. Elaboración propia.

1.4 Estilo de vida

El concepto de estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede decir que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ellas (OPS 1996, como se citó en Palladino, 2010).

Por lo antes mencionado se puede decir que, los estilos de vida dependen en gran medida de las condiciones sociales de las personas, ya que el contexto social, cultural y económico que rodea cotidianamente a los individuos puede ser en sí mismo un agente promotor del riesgo. Es de vital importancia identificar los factores del riesgo ya que si bien los estilos de vida de las personas involucran patrones interactivos de conducta relacionada con la preservación de la salud, orientación y recursos, los estilos de vida también responden al ambiente social, cultural y económico (Abel, 2007).

Con relación a esto, hoy en día las enfermedades han cambiado, hubo una transición de riesgos de enfermedades infecciosas a crónicas degenerativas (Sarukhan, 2017), por lo que se puede pensar que las enfermedades están relacionadas con nuestros hábitos, conductas y estilos de vida.

En la década de los 70 en Canadá surge el Informe Lalonde que toma en cuenta cuatro factores para evitar que las personas enfermen y tengan vidas saludables: Los estilos de vida, los sistemas de salud, el medio ambiente y la biología humana. Así, bajo este modelo la salud es concebida a través de modificar los estilos de vida. Bajo este contexto el promotor de la salud encamina sus acciones al aspecto conductual y de autocuidado, en donde las áreas de la psicología de la salud, educación en salud y psicoterapia eran las más involucradas hasta ese momento.

1.5 Determinantes Sociales de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define los determinantes sociales de la Salud como “las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, son de naturaleza social, económica, política, cultural y ambiental y producen estratificación e inequidad dentro de la sociedad”. En su origen, participan factores biológicos y ambientales, y en su solución políticas públicas (Corona y Cols., 2014).

1.5.1 Determinación Social de la Salud

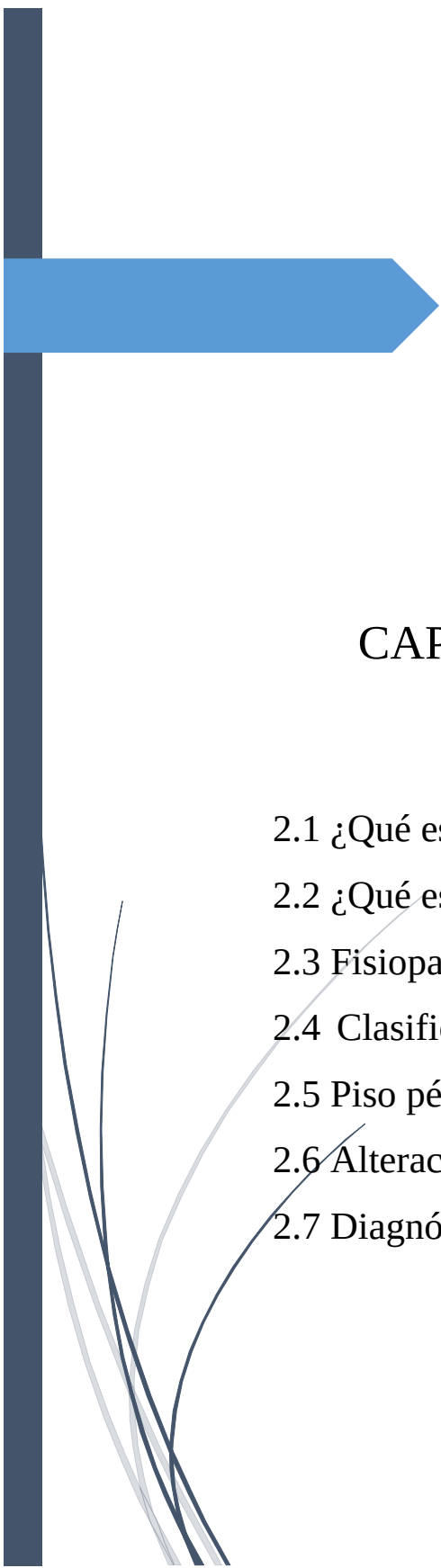
La determinación social se refiere a que la salud-enfermedad sea entendida como un proceso dialéctico entre todos los padecimientos, las especificaciones sanitarias individuales y grupales que están envueltas en un contexto social. Este entorno va a definir el nivel de salud que las personas puedan llegar a tener, es decir, cómo la distribución de las relaciones de poder y las dinámicas de acumulación de capital generan brechas sociales. Este paradigma se sustenta en tres categorías: la reproducción social, el metabolismo sociedad-naturaleza y la determinación social como propuesta de ruptura respecto del objeto, sujeto y praxis de la epidemiología lineal y funcionalista (Sanchez y Cols., 2019).

1.6 Factor de riesgo

Por otro lado, un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (Tafari y Cols., 2013). Los factores de riesgo pueden estar relacionados tanto con las características individuales de la persona que realiza tareas, como las características laborales de las tareas en sí. Cabe mencionar que toda persona está expuesta algún factor de riesgo en determinado momento de su vida.

1.7 Educación para la salud

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación para mejorar las alfabetizaciones sanitarias incluidas las mejoras del conocimiento en relación con la salud y el desarrollo de habilidades que conduzcan a mejorar la salud individual y de la comunidad (OMS, 1998).



UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

CAPÍTULO 2. Clínico- epidemiológico

- 2.1 ¿Qué es el suelo pélvico?
- 2.2 ¿Qué es el Prolapso de Órganos Pélvicos (POP)?
- 2.3 Fisiopatología del Prolapso de Órganos Pélvicos
- 2.4 Clasificación de los estadios del POP
- 2.5 Piso pélvico y factores relacionados con el POP
- 2.6 Alteraciones morfo-funcionales del suelo pélvico
- 2.7 Diagnóstico de Prolapso de Órganos Pélvicos

CAPÍTULO 2.

Descripción clínica-epidemiológica

2.1 ¿Qué es el suelo pélvico?

El suelo pélvico en las mujeres es una estructura muy importante que da soporte a órganos internos pélvicos como la vejiga, el útero y ano (Graumann, 2004). El piso pélvico se compone de músculos, y tejido conectivo que entregan soporte y estructuras de suspensión a los órganos pélvicos y abdominales. Su principal componente es el músculo elevador del ano, en conjunto con un segundo músculo del piso pélvico, el músculo coccígeo, forman llamado diafragma pélvico (Graumann, 2004). Este diafragma se extiende hacia el anterior desde el pubis, posterior hacia el cóccix y lateral hacia ambas paredes laterales de la pelvis menor. Se extiende como un embudo hacia la parte inferior formando la mayor parte del suelo de la pelvis (Carrillo, 2013).

Anatomía normal sin prolapso

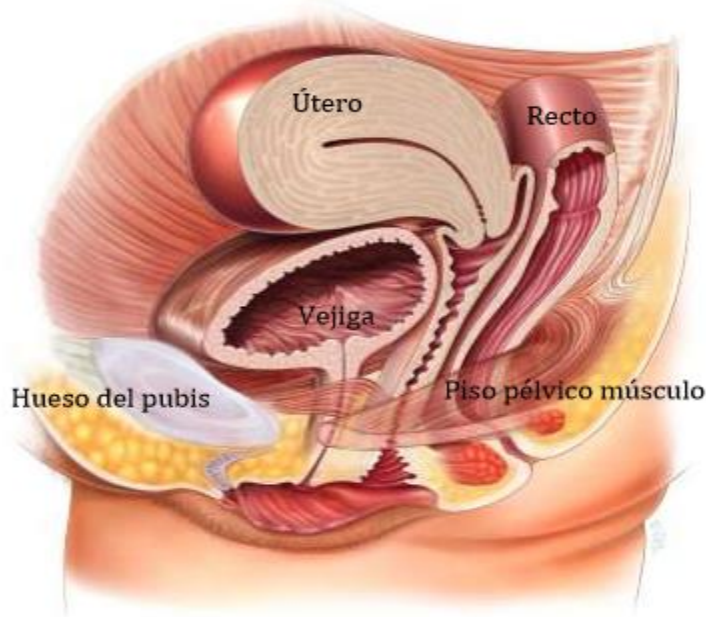


Figura 2. En la imagen se muestra la anatomía de suelo pélvico normal. Imagen tomada de un artículo de la Asociación internacional de Uro ginecología. Prolapso Genital; una guía para mujeres (Prolapso Genital: una guía para mujeres, 2011).

2.2 ¿Qué es el Prolapso de Órganos Pélvicos (POP)?

Cuando el suelo pélvico se ve afectado disminuye el apoyo a órganos pélvicos internos que resulta en la ampliación del hiato genital y estiramiento del tejido conectivo; lo que permite el movimiento hacia abajo de los órganos pélvicos (Chen y Cols., 2006).

Cuando esto sucede se puede decir que existe un POP. Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG por sus siglas en inglés), prolapso se define como la protrusión de los órganos abdominales (vejiga, útero y recto) hacia el interior o exterior del conducto vaginal (Bent y Cols., 2004).

2.3 Fisiopatología del Prolapso de Órganos Pélvicos

El POP ocurre cuando los músculos, ligamentos y fascias que sostienen estos órganos se debilitan. El prolapso puede aparecer en la pared del compartimento anterior de la vagina (Cistocele), en la pared del compartimento posterior (Rectocele), en el útero compartimento central porción superior de la vagina (Enterocèle) (Bent y Cols., 2004). Muchas mujeres tienen prolapso de más de un compartimiento. Además, existen diferentes tipos de grados en los prolapsos.

Prolapso del Compartimiento Anterior



Figura 3. En la imagen se muestra prolapso de compartimiento anterior. Imagen tomada del artículo de la Asociación internacional de Uro ginecología. Prolapso Genital; una guía para mujeres (Prolapso Genital: una guía para mujeres, 2011).



Figura 4. Prolapso de compartimiento anterior (Cistocele), imagen tomada de la revista Cubana de Obstetricia y Ginecología; Reparación de los prolapsos de los órganos pélvicos con bandas de polipropileno pre obturador (Borges y Ramón, 2011).

Prolapso Uterino

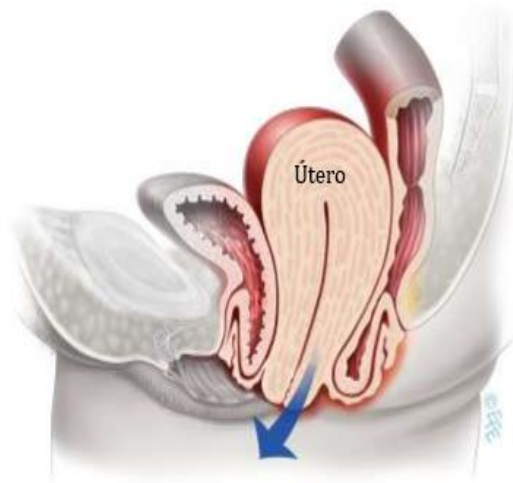


Figura 5. En la imagen se muestra el prolapso de útero. Imagen tomada del artículo de la Asociación internacional de Uro ginecología. Prolapso Genital; una guía para mujeres (Prolapso Genital: una guía para mujeres, 2011).

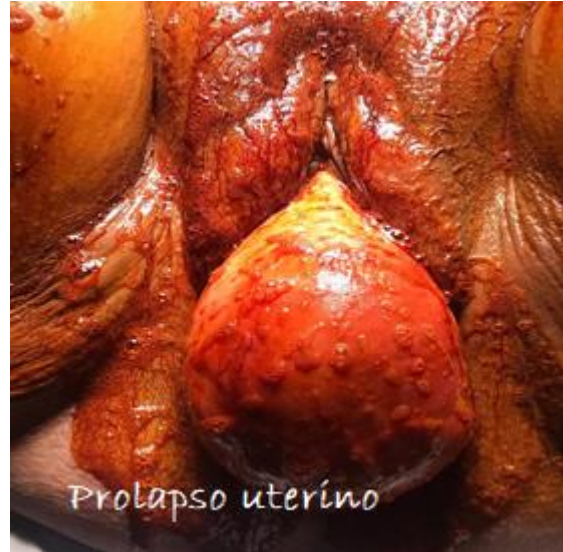


Figura 6. Prolapso de útero, imagen tomada por el Dr. Oskar Oswaldo Nuevo Adalla, especialista en Urología y Ginecología del Hospital de Gineco-pediatría 3A.

Prolapso del Compartimiento Posterior

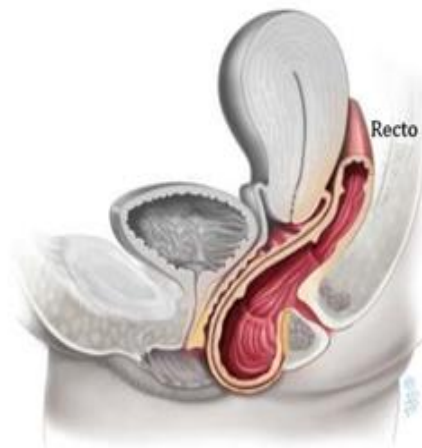


Figura 7. En la imagen se muestra prolapso de compartimiento posterior. Imagen tomada del artículo de la Asociación internacional de Uro ginecología. Prolapso Genital; una guía para mujeres (Prolapso Genital: una guía para mujeres, 2011).



Figura 8. Prolapso de compartimiento posterior (Rectocele), imagen tomada de <https://es.calameo.com/read>

2.4 Clasificación de los estadios del Prolapso de Órganos Pélvicos

La clasificación conocida como POP-Q fue propuesta por la Sociedad Internacional para la Continencia-Asociación Internacional de Uro ginecología (ICS-IUGA por sus siglas en inglés) define los prolapsos en:

Estadio I. El punto más declive del prolapso se encuentra situado a más de 1 cm por encima de los restos del himen.

Estadio II. El punto más declive del prolapso se encuentra en el área situada entre 1 cm por encima y 1 cm por debajo de los restos del himen.

Estadio III. El punto más declive del prolapso se encuentra situado a más de 1 cm por debajo de los restos del himen.

Estadio IV. Es el prolapso total, en que la mucosa vaginal está completamente revertida (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2015).

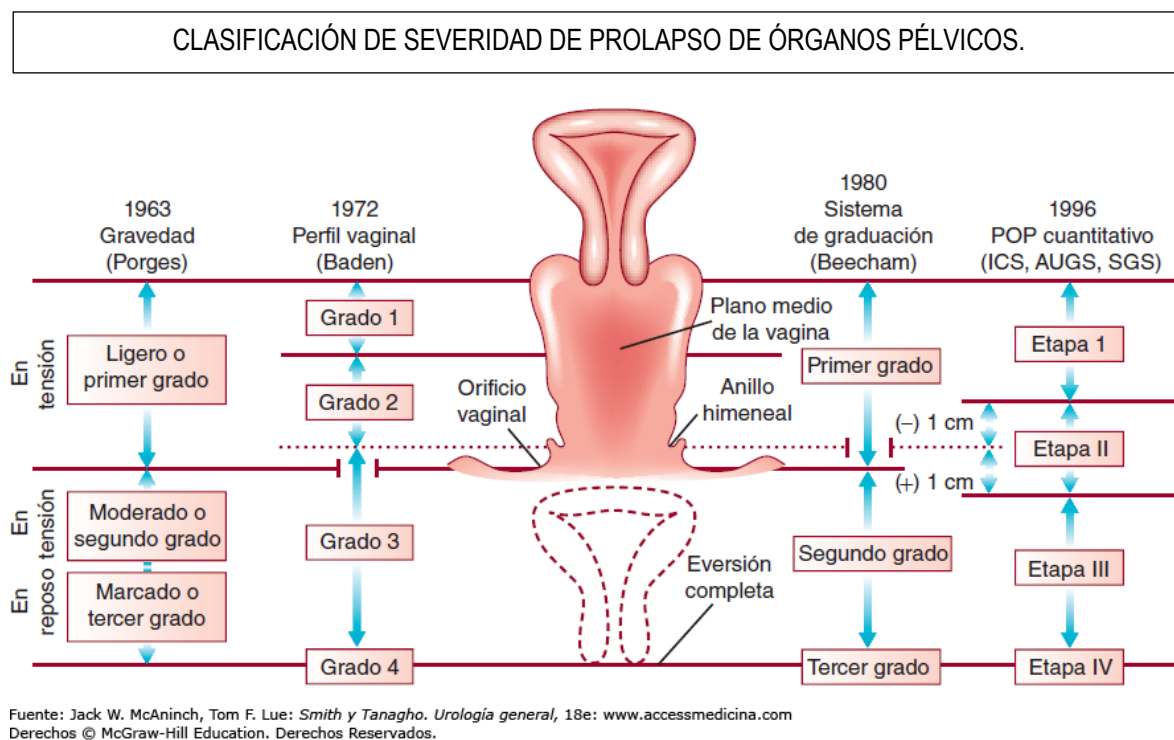


Figura 9. En el cuadro se muestra el esquema que compara las distintas clasificaciones. Baden y Walker con grados 1, 2, 3 y 4 y POP-Q con estadios I, II, III y IV. Tomado de (McAninch y Lue, 2017).

El POP es un problema común que afecta casi al 50% de las mujeres en paridad, el tipo más común de prolapso es el de vejiga o Cistocele. Sin embargo, los POP de grado III y IV son perturbadores y afectan gravemente la calidad de vida de las mujeres que lo padecen.

2.5 Piso pélvico y factores relacionados con el Prolapso de Órganos Pélvicos

2.5.1 Factores de riesgo para POP

La fisiopatología e historia natural del POP, es multifactorial y muchas veces los factores causantes de la disfunción del suelo pélvico son estudiados por separado y por tanto aún no hay una solución para lograr la prevención o tratamiento adecuado.

El POP tiene su origen en diferentes factores de riesgo; los principales factores son: la edad, la multiparidad, la menopausia, el sobrepeso, parto instrumentado (fórceps), la elevación de la presión intraabdominal generada por la tos, levantamiento de objetos pesados y esfuerzo para evacuar el intestino, que causan roturas y debilidad de la fascia endopélvica (Bent y Cols., 2004).

El parto por vía vaginal es uno de los factores principales para el desarrollo subsecuente del POP. Se ha aseverado que el fetal (parte más alta del cráneo del feto) a medida que pasa por el conducto vaginal, estira los músculos elevadores del ano y el nervio pudendo, lo que ocasiona lesión con neuropatía y debilidad muscular permanente; se cree que esta anormalidad causa el POP más tarde durante la vida (Bent y Cols., 2004).

En un estudio de un grupo de planificación familiar de Oxford, se encontró que la posibilidad de una mujer de sufrir prolapso aumentaba casi ocho veces después de dos partos vaginales y doce veces con cuatro o más de ellos (Bent y Cols., 2004).

Algunos autores coinciden en que la paridad y el tipo de parto son claves en la aparición de disfunciones del suelo pélvico (García, 2020). Durante el embarazo y el parto no se trata solo de tener en cuenta la zona de suelo pélvico, sino también de reeducar los músculos abdominales y de la espalda porque el centro de gravedad cambia durante el embarazo. Por otra parte, entre el 20 y 51% de mujeres deportistas de 25 a 45 años de edad sufren de incontinencia urinaria independientemente si han tenido hijos o no, esto debido a DSP (Muñoz, 2017).

Otro factor de riesgo para POP es la edad, se ha demostrado que la prevalencia creciente del POP en una población es mayor conforme envejece. Es posible que la edad y las enfermedades crónicas debiliten los tejidos; y como ya se ha mencionado que el levantamiento de objetos pesados o toser en forma crónica causen rotura y debilidad de la fascia endopelvica. Este uso y desgaste de los tejidos conectivos depende de la magnitud de la tensión ejercida sobre ellos y de cómo el cuerpo lo repara. Los traumatismos pueden causar lesión directa en las paredes y los soportes vaginales; y la falta de estrógeno predispone al ambiente vaginal patológico (Bent y Cols., 2004).

El sobrepeso se centra como un factor de riesgo significativo para padecer IU, comúnmente relacionada con el POP; la presión intraabdominal es un factor que influye. Woodman encontró un mayor riesgo de prolapso uterino entre mujeres con un mayor Índice de Masa Corporal (IMC), (Woodman y Cols., 2006). En su estudio encontró que las mujeres que tenían IMC menor de 23.8, en comparación con las mujeres con valores de IMC mayor de 27.2 tenían un mayor riesgo de prolapso uterino (Woodman y Cols., 2006).

Mientras en un estudio de “Iniciativa de salud de la mujer, ensayo clínico de terapia de reposición hormonal” se encontró que el estreñimiento tiene asociación con el prolapso uterino, debido a que el esfuerzo crónico puede causar problemas neurológicos, musculares y otros daños anatómicos al suelo pélvico y su tejido conectivo, lo que resulta en elongación de los músculos elevadores, descenso perineal y POP (Kahn y Cols., 2005).

Además, el levantamiento de objetos pesados en el trabajo parece vincularse con el POP. Las profesiones asociadas a ejercicio físico vigoroso y levantamiento de peso crónico se han relacionado a un mayor riesgo de padecer POP. En un estudio de “Prevalencia del prolapso de órganos pélvicos severo en relación con la descripción del trabajo y el nivel socioeconómico: un estudio transversal multicéntrico”, realizado en septiembre de 1999 y marzo del 2002 a una muestra de 1,004 pacientes, se estratificó que las mujeres que trabajan en fábricas tienen mayor riesgo de padecer POP, seguido de las trabajadoras de casa, las mujeres con estudios a nivel técnico y por último las mujeres con estudios profesionales (Woodman y Cols., 2006). Mientras que en otro estudio el número de operaciones por prolapso practicadas a más de 28,000 asistentes de enfermería demostró un aumento de 60% respecto del observado en la población general (Bent y Cols., 2004). Resultando esto del

esfuerzo que realizan tales trabajadores de la Salud al mover a pacientes, o cargar objetos pesados. Por otra parte, el deporte siempre es sinónimo de salud y bienestar, sin embargo, en ocasiones practicar determinadas actividades puede dañar el suelo pélvico. Es lo que refleja un estudio sobre “Salud Íntima de los españoles”, donde el 40% de las mujeres españolas desconoce que los deportes de alto impacto debilitan la musculatura pélvica. Deportes como el atletismo, salto de trampolín, equitación, baloncesto, esquí, y la halterofilia, pues provocan una presión en la zona perineal que podría derivar a largo plazo en pérdidas de orina o prolapsos (Revista La Vanguardia, 2018).

Otro factor de riesgo para el POP, es la menopausia y éste se eleva aún más en las mujeres postmenopáusicas (Bent y Cols., 2004). Sin embargo, es durante este periodo cuando hay una disminución de estrógeno y se ha descrito que estas hormonas influyen sobre los ligamentos de sostén de la vejiga y la uretra ayudando al funcionamiento del sistema de doble suspensión de la vejiga y uretra.

Otro factor de riesgo es fumar, debido a que esto en algunos casos produce tos, por lo que existe presión intraabdominal que involucra al suelo pélvico (Bent y Cols., 2004).

Sin embargo, también existe evidencia de que los estrógenos juegan un papel muy importante en la continencia urinaria, por lo tanto en su relación con el suelo pélvico y el desarrollo del POP (Jackson y Cols., 2002).

La episiotomía es una técnica que se realiza durante el parto, consiste en una incisión que se realiza en el periné para aumentar la apertura vaginal durante la última parte del periodo de expulsión del parto y prevenir el desgarro. La realización de la episiotomía, compromete e interrumpe muchas de las estructuras que los forman; desde piel, la mucosa vaginal, el tejido conjuntivo subcutáneo, musculatura superficial y profunda. De ahí que se puede vincular a la episiotomía como pilar base de muchos de los problemas de mujeres postparto desarrollados en el suelo pélvico y periné (Bernués, 2014).

Por otro lado, existen nuevas rutas de estudio para el POP como los trastornos de vitamina D en la matriz extra celular de los músculos pélvicos, la deficiencia de colágeno y elastina en los músculos pélvicos, los factores genéticos y los problemas hormonales (Bent y Cols., 2004).

2.6 Alteraciones morfo-funcionales del suelo pélvico

2.6.1 Función muscular del suelo pélvico

Los músculos estriados del suelo pélvico juegan un papel importante en la micción, la defecación y la función sexual. Ofrecen apoyo dinámico a los órganos de la pelvis mediante la adaptación de la tensión muscular a las condiciones cambiantes (Sapsford, 2004). Algunos expertos opinan que debido a que el suelo pélvico es un grupo de músculos y ligamentos, estos deben de ser entrenados para no perder su fuerza y elasticidad y poder brindar mejor soporte al suelo pélvico y lograr evitar trastornos como la IU (González y Cols., 2014).

En el 2009 en Holanda, se hizo un estudio acerca de la Musculatura del Suelo Pélvico (MSP) en una población general de mujeres con y sin POP, el objetivo fue examinar la relación entre la función de la MSP y el POP en una población femenina, el cual tuvo como resultado, que las mujeres con POP fase I y II tienen una contracción involuntaria de la fuerza muscular del suelo pélvico significativamente más débil que las mujeres sin POP durante episodios de tos.

Como la patogenia del POP comienza con la pérdida de apoyo de la MSP el entrenamiento de estos músculos puede ser un tratamiento eficaz. En un ensayo piloto controlado aleatorio realizado por Hagen y Cols., en 2009, en mujeres con etapas I y II de POP, se mostró una mejora subjetiva y objetiva y la disminución de los síntomas de POP. Esto debido al Entrenamiento de la Musculatura del Suelo Pélvico (EMSP), donde se les capacitó para tener fuerza y resistencia mediante la contracción voluntaria del músculo pélvico ante actividades tales como toser, con el fin de capacitar a la respuesta muscular involuntaria (Hagen y Cols., 2009).

2.6.2 Suelo pélvico y Vitamina D

Para hablar de la vitamina D y su importancia para el suelo pélvico se hizo una revisión de varios artículos científicos especializados en Uro ginecología y Obstetricia, entre los cuales dos artículos fueron los más apropiados para entender el tema.

En el primer artículo, con título: La vitamina D: una revisión clínica con implicaciones para el suelo pélvico, de los autores Parker y Cols., en 2012, indican que la vitamina D, tiene un papel en la fisiopatología de algunos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y

pérdidas fetales, además se encontró que las bajas concentraciones de vitamina D tienen un impacto en las enfermedades músculo esqueléticas y debilidad muscular, debido a que se metaboliza en forma hepática y se activa en vía renal, de modo que puede afectar la homeostasis del Calcio en el hueso (Parker y Cols., 2012). Por lo tanto, es biológicamente posible que la deficiencia de esta vitamina D pueda tener consecuencias clínicamente significativas para el suelo pélvico.

En el segundo artículo revisado, con título: La vitamina D y trastornos del suelo pélvico en mujeres, éste tuvo como objetivo estudiar la prevalencia de la deficiencia de vitamina D en las mujeres con trastornos del suelo pélvico y evaluar las posibles asociaciones entre los niveles de vitamina D y trastornos de suelo pélvico. Se utilizó como método la Encuesta de Evaluaciones de Nutrición y Salud Nacional (NHANES por sus siglas en inglés). Que consistió en una entrevista en el hogar con datos demográficos, socioeconómicos, dietéticos y de salud, además de mediciones fisiológicas y pruebas de laboratorio (Badalian y Rosenbaum, 2010). En dicho estudio, se trabajó con poblaciones femeninas mayores de 20 años, no embarazadas y mayores de 50 años; en este análisis se utilizaron las variables étnicas, la edad, la educación, el IMC elevado, la paridad, la IU y la variable POP (Badalian y Rosenbaum, 2010).

Cabe mencionar que la deficiencia de vitamina D resulta en el deterioro de la mineralización de los huesos y un mayor riesgo de fractura (Parker y Cols., 2012). Los resultados de ese estudio indican que el 82% de las mujeres no embarazadas de 20 años y mujeres mayores de 50 años en la encuesta tenían niveles por debajo del límite inferior del rango normal.

Lo que llama la atención en este estudio y contrario a lo esperado fue, que los niveles de vitamina D en la población de mujeres mayores estuvieron dentro de los rangos normales, además las mujeres con abultamiento vaginal se encontraron entre los rangos más altos de vitamina D.

Otro hallazgo fue que las mujeres con mayor ingesta de vitamina D en la dieta se asoció con un menor riesgo de la aparición de la vejiga hiperactiva, así los niveles más altos de vitamina D se asocian con un menor riesgo de cualquier patología del suelo pélvico (Badalian y Rosenbaum, 2010).

2.6.3 El papel del colágeno y la elastina en el suelo pélvico

Si bien el POP es la herniación de vísceras en la vagina, generalmente asociada con debilidad de las estructuras de soporte. Dichas estructuras se componen de colágeno y elastina. La elastina es un componente crítico de los tejidos conectivos vaginales y del suelo pélvico, por lo general las fibras elásticas mal organizadas llevan a un mal funcionamiento y rigidez del tejido (Smith y Cols., 2010).

En otro trabajo de Lim y Cols., en 2014 publicado en la Revista de Ginecología y obstetricia de Australia en 2014, en donde se concluye que, durante los últimos cinco años, los estudios han identificado distintas variantes genéticas (o polimorfismos) implicados en el prolapso. Estas variaciones genéticas afectan a la síntesis de colágeno y la remodelación de la matriz extracelular (ECM por sus siglas en inglés) (Lim y Cols., 2014).

Los cambios en el metabolismo del colágeno pueden llevar al debilitamiento de la fascia pélvica, que desempeña un papel esencial en el apoyo de las vísceras pélvicas. Se cree que el colágeno es uno de los principales determinantes de la fuerza biomecánica. Así mismo, existen aproximadamente 28 tipos de colágeno en el cuerpo humano. De los cuales el subtipo que predomina en el piso pélvico es el tipo I y tipo III. El tipo I se encarga de la resistencia a la tracción y el tipo III se encarga de la elasticidad y flexibilidad dentro de la pelvis. Los fibroblastos son los que sintetizan principalmente el colágeno I y III (Lim y Cols., 2014).

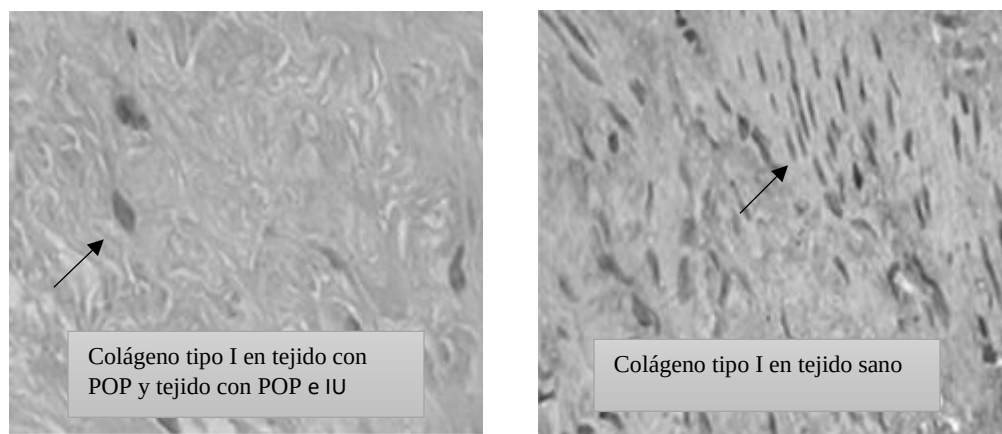


Figura 10. En la imagen izquierda se muestra la expresión de colágeno tipo I en tejido con POP y POP con IU, y en la imagen derecha se muestra la expresión de colágeno tipo I en tejido sano. Imagen tomada de Han y Cols., 2014.

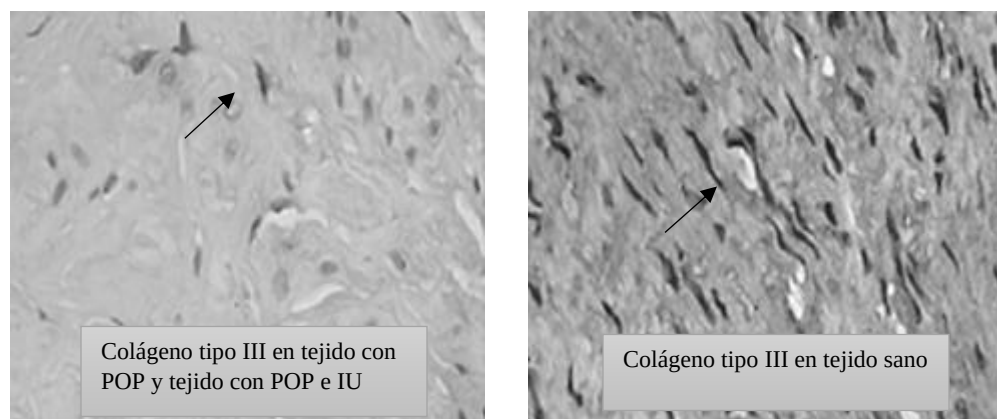


Figura 11. En la imagen izquierda se muestra la expresión de colágeno tipo III en el tejido con POP y POP con IU, y en la imagen derecha se muestra la expresión de colágeno tipo III en tejido sano. Imagen tomada de Han y Cols., 2014.

2.6.4 La Genética y el Prolapso de Órganos Pélvicos

En relación con la investigación dirigida por Kristina Allen-Brady, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Utah analizó el ADN de 70 mujeres de 32 familias con al menos dos casos de POP (Allen-Brady y Cols., 2009). Todas las mujeres del grupo de estudio recibieron tratamiento, por lo general cirugía, por un POP moderado o grave. El análisis genético mostró una evidencia de localización de genes en una región del genoma llamado cromosoma 9q21 que puede ser heredado entre mujeres que han padecido esta afección y podría estar vinculada con el desarrollo de estos problemas en las familias donde hay varias mujeres que lo han sufrido, (Allen-Brady y Cols., 2009). En pocas palabras, sería de vital importancia conocer si existe una predisposición genética familiar que conlleve a presentar POP.

Dicho todo lo anterior cabe señalar que de entre todos los artículos revisados para la elaboración de la presente investigación no encontramos ninguno nacional, la literatura revisada fue puramente extranjera, y de estos artículos muy pocos estaban dirigidos a la investigación del POP; y nada aún, que se pudiera pensar tenga un enfoque desde la Promoción de la Salud para este padecimiento.

2.7 Diagnóstico de Prolapso de Órganos Pélvicos

Para hacer la valoración de POP los médicos y expertos en el área analizan los factores que influyen en el proceso a través de instrumentos especializados y a través de la exploración física en la paciente.

El síntoma más común e importante es un bulto en la vagina (sensación de protuberancia o la sensación de que algo baja a través del introito vaginal) (Pizarro-Berdichevsky y Cols., 2015). Los síntomas más comunes y su descripción se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 1.

En la tabla se muestran los principales síntomas en relación con el POP, (Pizarro-Berdichevsky y Cols., 2015).

Síntomas	Descripción
Cuerpo extraño en la vagina	Sensación de un bulto o algo que baja a través de la vagina o introito
Presión en la pelvis	Queja de aumento de pesadez o arrastrando en la zona supra púbica
Sangrado, descarga, infección	Sangrado vaginal, flujo o infección relacionada con el prolapso
Dolor de espalda baja	Similar al dolor del periodo menstrual, dolor de espalda asociado temporalmente con POP
Dispareunia	Dolor durante la relación sexual
Problemas sexuales	Libido reducido, problemas de excitación, incapacidad para llegar al orgasmo
La IU algunas veces se relaciona con los síntomas de POP	Pequeños escapes de orina al realizar algún esfuerzo o con sensación de urgencia

Fuente: Elaboración propia.

Cuando se tiene una sospecha de POP, inicialmente se hace un examen físico, que no es significativamente diferente para la población en general, sólo se hacen algunas preguntas enfocadas adicionalmente para verificar si existen síntomas relacionados con el POP. El examen pélvico se hace cuando la paciente refiere sentir una sensación de molestia o algún

bulto en la vagina, además de sufrir IU. El objetivo del examen es únicamente para descartar la existencia de POP.

Para diagnosticar POP el examen debe hacerse con la vejiga llena, se pide a la paciente toser, o pujar con fuerza, esta maniobra permite que el hiato genital se amplíe de manera considerable con la elevación de la presión intraabdominal, lo que indicaría la presencia de prolapso anterior (Cistocele), prolapso posterior (Rectocele) o prolapso uterino, además de identificar el grado de POP que padece (Pizarro-Berdichevsky y Cols., 2015).

Además de hacer la exploración física, el médico especialista debe hacer algunas preguntas, para saber si hay IU y qué tipo de IU padece la paciente. Dentro de la incontinencia se encuentran las variantes IU por esfuerzo (donde la orina sale por esfuerzos repentinos como toser o estornudar), IU de urgencia (donde repentinamente surge el deseo de orinar y no se puede contener la orina) e IU mixta, en donde se presentan ambos tipos de IU (Botlero y Cols., 2011).

2.7.1 Opciones de tratamiento para Prolapso de Órganos Pélvicos

El tratamiento depende de la gravedad del POP, del estado de salud de la paciente y de sus necesidades personales. Existen los tratamientos conservadores y los quirúrgicos:

Entre los tratamientos conservadores están los ejercicios de Kegel, nombrado así por Arnold Kegel en 1948; quien fue el primero en crear un sistema de entrenamiento muscular del suelo pélvico con el objetivo de incrementar la fuerza de contracción de los músculos del periné, y la gimnasia abdominal hipopresiva (GAH por sus siglas en inglés) que consiste en un conjunto de técnicas posturales que provocan el descenso de la presión intra abdominal y la activación refleja de los abdominales y del suelo pélvico, consiguiendo a largo plazo un aumento del tono en ambos grupos musculares (Flores y Uclés, 2018).

Los pesarios para prolapso, son dispositivos flexibles que se colocan dentro la vagina y sirven como tratamiento para quien tiene prolapso genital (vejiga o útero caído). Útiles para quien no desea cirugía o presenta alguna contraindicación. Además de que existen varios tipos de pesarios ideales para cada paciente (Zeiger y Cols., 2022).



Figura 12. En la imagen se muestran los diferentes tipos de pesarios que existen, están fabricados en silicona de grado médico, no alergénica, blanda y plegable, no absorbe olores ni secreciones, son resistentes a la limpieza. Solo el balón inflable (S) es de látex. Imagen recuperada en <https://www.aafp.org/afp/2000/0501/p2719.html>. 12 de diciembre del 2019.

Tipos de pesarios: (A) Anillo, (B) Shaatz, (C) Gellhorn, (D) Gellhorn, (E) Anillo con soporte, (F) Gellhorn, (G) Risser, (H) Smith, (I) Tándem cubo, (J) Cube, (K) Hodge con pomo, (L) Hodge, (M) Gehrung, (N) plato de incontinencia con el apoyo, (O) Doughnut, (P) anillo Incontinencia, (Q) plato Incontinencia, (R) Hodge con soporte, (S) Inflatoball (látex).

En general el objetivo de usar pesario es evitar la cirugía en algunas mujeres que no son candidatas a ésta, conseguir la máxima comodidad para la paciente, lograr que la paciente realice sus actividades cotidianas y actividades físicas normalmente, además de no causar molestias a la hora de ir al baño, al orinar o defecar (Rojas, 2021).

2.7.2 Tratamiento quirúrgico para POP

Durante años el tratamiento quirúrgico tradicional estándar para el POP había sido la histerectomía vaginal (extirpación del útero prolapsado por la vagina), el cual se consideraba que podía afectar el bienestar psicológico de la mujer y su función sexual, debido al daño de los nervios y estructuras del soporte pélvico (IJsselmuiden y Cols., 2014).

Es así como surgen nuevas técnicas; y con ellas se puede hacer una comparación entre las mismas en términos de recurrencia del POP, la Calidad de Vida, las complicaciones, hospitalización, recuperación, función sexual, y costo-efectividad. Para tratar de brindar una mejor atención y contemplar distintos aspectos que también se ven afectados por la presencia y tratamiento del POP.

Algunas de estas técnicas se mencionan brevemente a continuación. La sacrocolpopexia es un procedimiento para el descenso y preservación del útero prolapsado, donde este se suspende a los ligamentos sacroespinosos con suturas permanentes. En este procedimiento el útero se eleva uniendo el cuello uterino para el promontorio del sacro usando una malla (IJsselmuiden y Cols., 2014). El procedimiento es útil para mujeres que desean seguir teniendo relaciones sexuales.

Por otra parte, existe un procedimiento para mujeres que no son activas sexualmente y que no desean tener relaciones sexuales en el futuro. La colpocleisis es una cirugía que trata los síntomas del prolapso juntando las paredes delantera y trasera de la vagina cerrando el canal vaginal. La colpocleisis se debe ofrecer a las mujeres de edad avanzada con prolapso de la cúpula vaginal, o de útero. De este procedimiento se realizan 70 cirugías al año, según datos obtenidos en el Hospital de Gineco-pediatría 3A del IMSS (Comunicación verbal con el Dr. Oskar Nuevo Adalla, Médico Especialista en Ginecología y Urología).

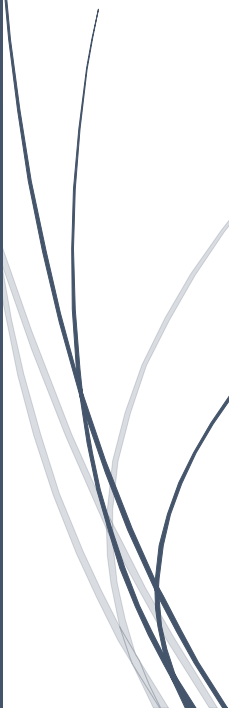


UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

CAPÍTULO 3. Sexualidad Humana

- 
- 3.1 Anatomía y fisiología de la sexualidad humana
 - 3.2 Cirugía de prolapso, satisfacción y función sexual
 - 3.3 Efectos de la Disfunción de Suelo Pélvico y POP en la Calidad de Vida
 - 3.4 Prolapso de Órganos Pélvicos y rol de género
 - 3.5 Como afecta la cultura en la salud de la mujer
 - 3.6 Suelo pélvico y nutrición

CAPÍTULO 3.

Sexualidad Humana

3.1 Anatomía y fisiología de la sexualidad humana

3.1.1 Salud sexual

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, es decir, la salud sexual no es solo la ausencia de infecciones de transmisión sexual o disfunciones sexuales, sino que también abarca emociones, comportamientos y control de pensamiento (OMS, 2010).

De este modo, la OMS considera la salud sexual no sólo como parte integrante de la salud general, sino también de la Calidad de Vida y de los derechos humanos (OMS, 2010).

La salud sexual se asocia con una multitud de factores emocionales, físicos, mentales y culturales (Espuña, 2009). Y sus elementos son la satisfacción y la función sexual. Mientras que la satisfacción sexual es un índice o nivel de placer y disfrute durante la relación sexual que puede tener un individuo (Botlero y Cols., 2011), la función sexual abarca el orgasmo, la libido, el deseo, la excitación y la satisfacción (Varma y Cols., 2011). En otras palabras, la salud sexual es importante para poder tener una buena Calidad de Vida.

3.1.2 Sexualidad

La sexualidad es un aspecto importante en la vida, las relaciones y la Calidad de Vida en general de una persona (Morton, 2017). La sexualidad abarca identidad función y relaciones sexuales. El impulso sexual básico es biológico, pero su expresión es definida por sus diversos factores psicológicos, sociales, ambientales, espirituales y aprendidos. Por consiguiente, a menudo la satisfacción sexual depende menos de los componentes físicos de la sexualidad que de la calidad de la relación y el contexto en el que se lleva a cabo la conducta sexual (Hoffman y Cols., 2017).

3.1.4 Satisfacción sexual

La satisfacción sexual se define como una evaluación subjetiva de agrado o desagrado que una persona hace respecto de su vida sexual o bien, como la capacidad del sujeto de obtener placer de su actividad sexual. Es un concepto que abarca dimensiones físicas, emocionales, relacionales y culturales, y constituye un componente esencial de la salud sexual y un indicador de calidad de vida y bienestar de las personas (Luttges y Cols., 2019).

3.2 Cirugía de prolapso, satisfacción y función sexual

Los trastornos de suelo pélvico pueden afectar la satisfacción y la función sexual, mientras que el prolapso puede afectar la función física para participar en la relación sexual.

Según un artículo de Susan Yount, se hicieron algunos estudios de trastornos de suelo pélvico sobre la satisfacción y función sexual (Yount, 2013). En el artículo se explica que los trastornos del suelo pélvico tienen un impacto profundo en la vida de las mujeres que los padecen, ocasionando vergüenza, el aislamiento social y la alteración de la percepción de sí misma como ya otros autores también lo habían mencionado (Lowenstein y Cols., 2009).

Una investigación que se hizo a nivel nacional en E.U, fue para determinar la diferencia entre mujeres con y sin trastornos de suelo pélvico, sobre la actividad sexual y su función. Lo cual indicó que las mujeres sexualmente inactivas eran más propensas a tener síntomas más severos de IU y fecal. Las mujeres sin DSP muestran un mayor sentimiento de deseo sexual, mientras el aumento de edad se asocia con menor deseo sexual y menor lubricación vaginal (Fashokun y Cols., 2013).

Las mujeres con DSP tienen una menor actividad sexual por miedo a tener pérdidas de orina durante la actividad sexual. Otros factores que contribuyeron a disminuir la actividad sexual y satisfacción fueron la edad, la menopausia, el dolor durante el coito por falta de lubricación y la falta de libido (LuKacz y Cols., 2007).

Por otra parte, se cree que existen varios motivos por los que la cirugía puede afectar a la función sexual. Como órgano sexual, la vagina requiere de bastante suministro neurológico y vascular para la excitación sexual. La inervación de la vagina puede ser irrupida por la histerectomía; esto puede interferir en la lubricación y el orgasmo. Los procedimientos

durante la cirugía pueden afectar el nervio dorsal del clítoris y la pared de la vagina anterior (Ratner y Cols., 2011).

Por otra parte, existen estudios que señalan que después de la cirugía de colporrafia anterior, la función sexual tuvo un aumento significativo en áreas de deseo, orgasmo, satisfacción, la excitación y la lubricación vaginal. Contrario a esto, hubo reportes en aumento de dispareunia después de la cirugía (Azar y Cols., 2008). Además, se sabe que la función sexual tiene mayor dependencia en las emociones, la anatomía y la fisiología. Los procedimientos quirúrgicos no garantizan la mejora de la satisfacción o la función sexual, pero tienen un mayor potencial para mejorar algunos síntomas sexuales que existían antes de la cirugía. Por su parte Handa y Cols., demostraron que el POP es causa frecuente de inactividad sexual, ya que se observó que muchas mujeres sexualmente activas experimentaron una mejora en la función sexual después de la sacrocolpopexia y tendían menos a evitar las relaciones sexuales (Handa y Cols., 2004).

Por otra parte, uno de los aspectos que se encuentra relacionado con el POP y que puede llegar a generar preocupación en las mujeres con vida sexual activa y en relación a su salud sexual, es el funcionamiento sexual.

El funcionamiento sexual, al igual que la imagen corporal y la capacidad reproductiva, es considerado como un aspecto central de la sexualidad en las personas. Tener un funcionamiento sexual saludable comprende una serie de conductas determinadas por la interacción de factores sociales, físicos y emocionales (Tierney, 2008).

Conviene subrayar que, si la función sexual es un determinante en la CV de las mujeres, es de vital importancia tener un apropiado funcionamiento sexual, para poder decir que se tiene una plena CV.

En E.U. en 2008, se realizó un estudio con 223 mujeres de Baltimore en donde la prevalencia de los trastornos de la sexualidad presento a manera de alteraciones funcionales como bajo deseo sexual, reducción de la excitación sexual, orgasmos poco frecuentes y dispareunia entre otros síntomas. Además se encontró que la función sexual es peor en mujeres con prolapso sintomático, motivo por el cual manifiestan un impacto negativo en su Calidad de Vida en las distintas dimensiones física, emocional y social, además que en sus relaciones en

pareja son negativas afectando su esfera emocional sintiendo depresión en algún grado (Handa y Cols., 2008).

Por otro lado, para evaluar la función sexual en mujeres Rosen Raymond creó el instrumento The Female Sexual Function Index (FSFI por sus siglas en inglés), dicho cuestionario es de tipo general, que estudia la función sexual femenina de las mujeres sin patología previa específica. Es un cuestionario auto administrado que tiene una aplicación de 5 a 10 minutos, cuyo objetivo principal es una breve medida del funcionamiento sexual en mujeres, fue desarrollado con el propósito específico de determinar dominios de funcionamiento sexual en ensayos clínicos. El cuestionario va dirigido a mujeres en general, el cuestionario consta de 19 preguntas agrupadas en 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta cuenta con 5 o 6 opciones a responder, asignándole un puntaje que va de 0 a 5 (Rosen y Cols., 2000).

Cabe señalar que el FSFI, no fue diseñado para evaluar directamente el impacto de la DSP sobre la función sexual (Urdaneta y Cols., 2013), pero su empleo en la investigación será de gran utilidad.

Por lo general la función sexual se relaciona con la reproducción, cuyas características son la capacidad de lograr la satisfacción sexual y responder efectivamente a la relación sexual de pareja. Representa un aspecto clave de la salud pélvica femenina, el cual ha emergido recientemente como tema ampliamente discutido (Rodríguez, 2010).

3.3 Efectos de la Disfunción de Suelo Pélvico y POP en la Calidad de Vida

La disfunción de suelo pélvico y el POP causan problemas físicos, sociales y sexuales que afectan negativamente la CV (Handa y Cols., 2004). Teniendo esto en cuenta, el POP puede llegar afectar las actividades laborales, cotidianas y sexuales. Según Liberman y Cols., 2001, la amenaza de la salud está en la afectación de la calidad de las relaciones interpersonales con los familiares, cónyuge y amigos.

Por lo general la patología del POP se evalúa a través del diagnóstico clínico, basándose en la historia clínica de cada paciente, los efectos que este cause se hacen notar en el estado de ánimo de la paciente cuando ésta deja de hacer sus actividades cotidianas, o presenta cambios en su estado de ánimo. Al mismo tiempo, el comportamiento individual está asociado a la

pérdida o preservación de la salud de la paciente; y para modificarlos se necesita tomar conciencia e intervenir sobre la conducta o también modificar los sistemas donde la paciente toma sus decisiones que la lleven a mejorar la CV.

3.4 Prolapso de Órganos Pélvicos y rol de género

El suelo pélvico es una estructura de soporte de órganos internos, los hombres al igual que las mujeres también tienen suelo pélvico y pueden padecer problemas por incontinencia urinaria y problemas de próstata. En el presente escrito nos centraremos sólo en el suelo pélvico de mujeres.

Los problemas del suelo pélvico se detectan principalmente debido a que la mujer acude mayormente a las clínicas de salud por embarazos y partos. Así mismo, la mayoría de los estudios en mujeres coinciden que la IU es una condicionante que afecta la vida social, psicológica, ocupacional, económica, física y sexual. El POP y la IU frecuentemente coexisten, pero no por existir una relación causal entre ambos procesos, sino que comparten factores etiológicos (Hendrix y Cols., 2005).

Si bien la salud es un factor que influye en la CV de las mujeres, existen otros determinantes o factores de riesgo, tales como los estilos de vida, la cultura, el trabajo etc. de los cuales puede depender el estado de salud (Villar, 2011). Tal es el caso del analfabetismo y la falta de educación, las tradiciones, los tabúes al hablar de sexo, que impiden la capacidad de elegir, de dar y recibir información de temas sobre salud sexual; el matrimonio infantil, el machismo del que sufren algunas mujeres, e impide reciban ayuda, el trabajo pesado a pocos días después de parir, además de la violencia psicológica que se ejerce hacia la mujer, entre otras (Agudo, 2014).

Un punto muy importante que hay que resaltar es, que el rol de género se refiere a los roles las responsabilidades, los derechos y las oportunidades que la sociedad cree que son apropiados para los hombres y mujeres que nazcan, crezcan y se desarrollen dentro de su sociedad. Estos roles a simple vista no se perciben explícitamente en ninguna ley, pero son inculcados, aprendidos y transferidos de generación en generación y generalmente se basan en creencias, tradiciones y valores no escritos. La igualdad de género es muy importante porque a través de la educación se puede tener una mejor oportunidad de acceso a la salud.

La falta de enseñanza a nivel básico puede resultar en matrimonio a edad temprana para las niñas, así como la anticoncepción, la falta de planificación familiar, mayor morbilidad infantil etc. La falta de acceso a la educación podría limitar que las menores tengan acceso a la información y educación sexual (Agudo, 2014).

3.5 Como afecta la cultura en la salud de la mujer

Las actitudes y comportamientos, del individuo frente a la salud y enfermedad están determinados por la cultura y contexto en el que viven; esto es, la percepción de cada individuo es diferente, pero al pertenecer a determinado grupo sus tradiciones y costumbres que adquieren desde su nacimiento se ven influenciadas, y reflejadas en sus modos de vida. Por otra parte, el nivel de cultura de una persona influirá en las decisiones y en los estilos de vida saludables que pudiera elegir la persona (Páramo, 2017).

Sin embargo sobre la salud actúan diversos determinantes y no solo los culturales, sino también determinantes biológicos, sociales, hereditarios, económicos, alimenticios y religiosos. La mayoría de estos determinantes son modificables a través de los estilos de vida.

Por otra parte, los estados psicológicos pueden influir en nuestra salud. Nuestros sentimientos y emociones pueden tener efectos positivos y negativos en nuestro bienestar físico (San Martín, 2005).

Las emociones pueden influir en el comportamiento de las personas, generando cambios en su comportamiento, en la reducción de conductas saludables, como el ejercicio físico y alimentación saludable, también pueden provocar en las personas el abandono de su tratamiento etc. Sentirse triste o decaída es normal debido a que son emociones y reacciones ante las dificultades de la vida, es lógico que al recibir el diagnóstico de un POP surjan preguntas a las que no se encuentre respuesta, generando ansiedad, angustia, temor entre otras, además de que esto pueden interferir en los pensamientos y en la manera de cómo se percibe la vida. Aunque la mayoría de las mujeres consiguen sobrellevar estos sentimientos habrá quien sea más susceptible a ello.

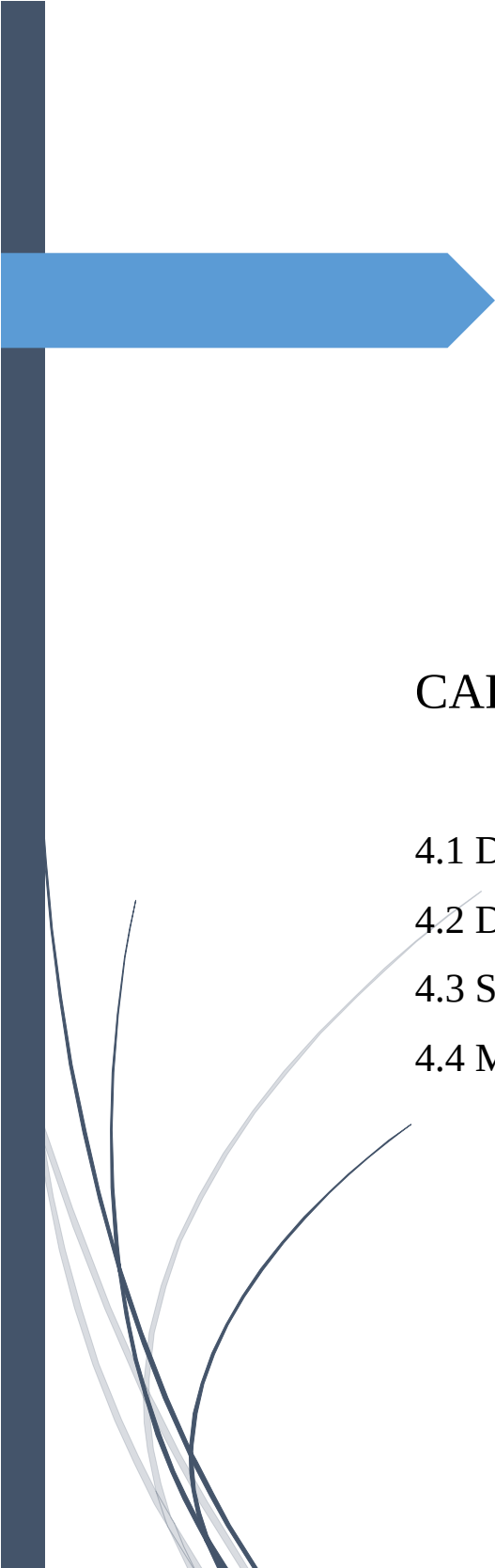
3.6 Suelo pélvico y nutrición

Por otra parte, un factor que influye en la debilidad del suelo pélvico es el déficit de Vitamina D, debido a que los músculos esquelético y liso pierden flexibilidad y resistencia muscular, por las bajas concentraciones debajo de 25 (OH) D; al igual que el déficit de colágeno ocasiona pérdida de resistencia y flexibilidad en los músculos y ligamentos provocando en algunos casos IU y POP. Es importante mencionar que para obtener la Vitamina D que ayuda a la fijación de calcio en los huesos es importante pasar 10 min a sol diariamente (Badalian y Rosenbaum, 2010). Además de agregar a la dieta algunos alimentos, como el hígado, los pescados grasos como el atún, el salmón y la caballa que se encuentran entre las mejores fuentes de vitamina D.

Por lo que se refiere al colágeno, éste es una molécula grande y larga que no se metaboliza fácilmente por nuestro organismo por tal motivo debe de ser incluido en nuestra dieta y consumido a través de alimentos que han sido cocidos previamente como los caldos con carne, pata de cerdo, pata de pollo, gelatina, pescado, avena, linaza entre otros de esta forma el colágeno asimilable para nutrir nuestro organismo y tejidos será del 10% aproximadamente, mientras el colágeno hidrolizado en polvo será aprovechado por el organismo y tejidos en un 82% aproximadamente, en dosis de 10 gramos por día. El colágeno es utilizado por las células del cuerpo para formar colágeno propio, así como para brindar resistencia y flexibilidad a órganos y tejidos del cuerpo, y ayudar en los procesos de envejecimiento. El colágeno hidrolizado tiene contraindicaciones en personas con diálisis, pero en general las personas sanas pueden consumir colágeno en varias etapas de su vida, debido a que no es un medicamento sino un alimento (Figuerola, 2005).

Por otra parte, además de consumir alimentos ricos en colágeno y Calcio para fortalecer el suelo pélvico también en la dieta se deben incluir alimentos ricos en ácido fólico, Hierro y Calcio (Figuerola, 2005).

Además es importante consumir fibra para el buen funcionamiento intestinal, beber agua, consumir arándanos que por su contenido en Magnesio y Vitamina C previenen las infecciones de las vías urinarias (Justicia, 2004) (Rubio, 2005).



UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

CAPÍTULO 4. Derecho a la Salud

4.1 Derecho a la Salud

4.2 Derechos sexuales

4.3 Salud ginecológica

4.4 Mujeres mayores y sexualidad

CAPÍTULO 4.

Derecho a la Salud

4.1 Derecho a la Salud

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental establecido desde 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), reconocido por múltiples tratados regionales y por numerosas constituciones nacionales. En México fue incorporado parcialmente en 1983 en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como el Derecho a la Protección de la Salud (López, 2015).

La Constitución de la OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. El derecho a la salud significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano (Chan, 2017).

4.2 Derechos sexuales

A falta de una definición consensuada de “los derechos sexuales”, la más comúnmente aceptada es la definición propuesta por la OMS que es el derecho a alcanzar el nivel más elevado posible de salud en relación con la sexualidad (OMS, 2006).

Los derechos sexuales no están contemplados como tales en nuestra constitución, pero sí en los instrumentos internacionales que México acata. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son producto de derechos fundamentales universalmente reconocidos. Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad para todos los seres humanos. Sin embargo, en ocasiones no se hacen valer esos derechos por falta de información en salud sexual (Ávalos, 2013).

Así mismo existen situaciones que implican una vulneración de los derechos reproductivos y sexuales de una mujer, tales son el matrimonio y maternidad infantil, no poder decidir cuándo tener relaciones sexuales con su pareja, la anticoncepción forzada o bajo amenaza,

los abortos en contra de la voluntad de la mujer, la falta de atención de parte de los servicios de salud, la falta de toma de decisiones sobre su cuerpo, la mutilación femenina, la falta de educación sexual entre otros (Agudo, 2014).

4.3 Salud ginecológica

La sexualidad y la salud ginecológica son también derechos humanos. Toda mujer tiene derecho a vivir su sexualidad con salud, bienestar y tranquilidad, porque es un componente de su identidad y forma parte de ella misma, de la forma en que se relaciona con los demás (Kompanietz, 2018). De igual forma tiene derecho de estar informada acerca de la disfunción de suelo pélvico y como debe actuar para prevenir este tipo de afección.

Sin embargo la sexualidad femenina sigue siendo silenciada e ignorada, motivo que dificulta la prevención y curación; es obligación de los sistemas sanitarios velar por la salud, proporcionar información veraz que ayude a decidir lo que a la mujer le conviene y la mejor manera de cuidar de su salud. Como parte de su salud sexual, toda mujer debe realizar a diario ejercicios para fortalecer su suelo pélvico para impedir el debilitamiento y atrofia, para mejorar la Calidad de Vida. El realizar habitualmente estos ejercicios puede llegar a evitar la IU, el POP y las cirugías para corregirlos.

4.4 Mujeres mayores y sexualidad

En la actualidad la esperanza de vida de la población femenina ha cambiado, viven más que las generaciones precedentes y pueden mantenerse activas sexualmente (Walz, 2002).

Existe la creencia popular arraigada fuertemente a nuestra cultura, que el deseo sexual desaparece con la edad, que las personas mayores son asexuales y que no tienen relaciones ni deseos sexuales (Walz, 2002).

La sexualidad para hombres y mujeres es vista de diferente manera. Mientras para los hombres hay permisividad para actuar, la mujer es desvalorizada y etiquetada si responde a sus necesidades sexuales, además existe la creencia popular que la mujer debería tener sexo solo por amor, de que la mujer no debería mostrar interés por el sexo, o que el sexo es sólo para reproducción sin tener en cuenta el deseo. Las expectativas culturales niegan, censuran y hasta ridiculizan la sexualidad en las mujeres mayores, además el cuerpo de la mujer es

visto como objeto de deseo que ofrece altas expectativas acerca del atractivo y la imagen corporal. Esto deja ver las repercusiones sobre la autoestima de las mujeres en el proceso de envejecimiento afectando la capacidad de la mujer de experimentar el deseo como parte de su sexualidad (Morton, 2017).

Por otra parte, de manera general las mujeres llegan a la vejez con muchas experiencias negativas a cerca de su sexualidad, aparte de los tabúes y prejuicios sociales y culturales, que pueden repercutir en la Calidad de Vida, y Calidad de Vida Sexual de cada mujer (Morton, 2017).

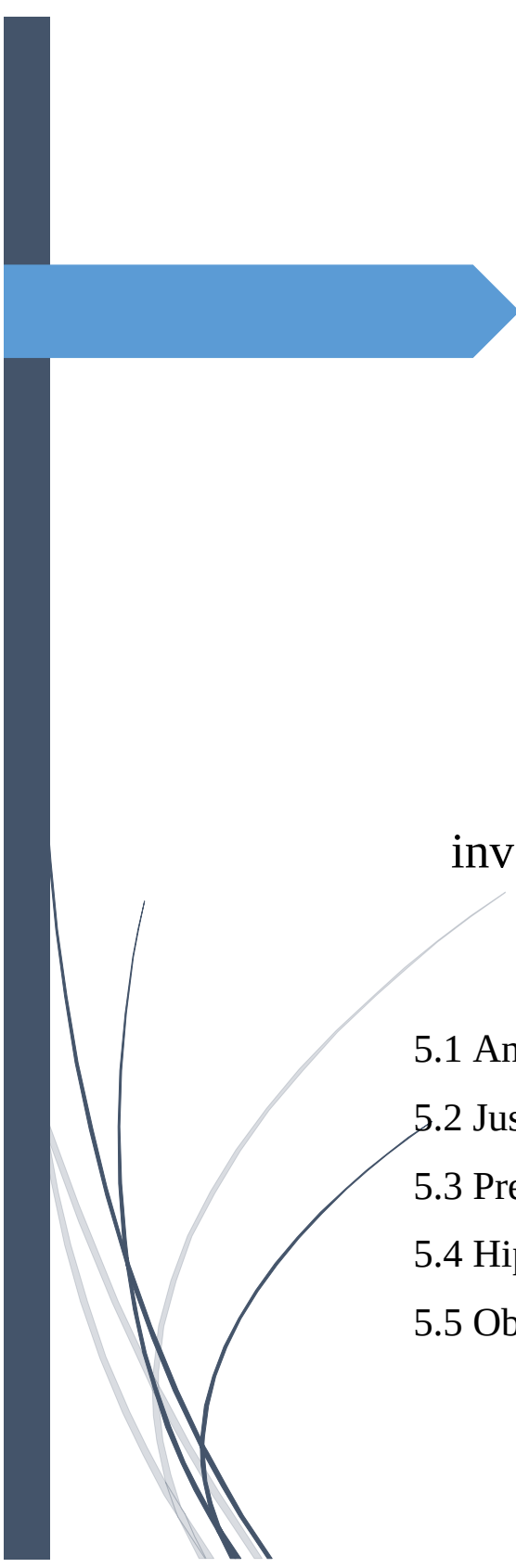
Factores como la religión y la educación restringen la sexualidad de algunas mujeres. Se cree que a partir de la menopausia la calidad de las relaciones sexuales mejora, porque se olvida del temor al embarazo, el no utilizar un método anticonceptivo mejora las relaciones afectivas sexuales con la pareja; pero por otra parte la sexualidad de la mujer mayor es difícil porque su función físico/biológica decrece al entrar en la menopausia, pues la producción de hormonas decrece, los cambios físicos y psicológicos en ocasiones modifican los estados y sensaciones de bienestar de dichas mujeres (Castro, 2017). Esto sin mencionar que la falta de estrógeno en la etapa de menopausia disminuye la cantidad de lubricación, adelgazamiento del tejido vaginal ocasionando tejidos inflamados e irritados que conducen a relaciones incómodas y dolorosas e incapacidad de alcanzar el orgasmo permitiendo que disminuya el deseo sexual y la cantidad de relaciones sexuales, lo que repercute en el deseo de intimidad física, en los aspectos emocionales y psicológicos. Por consiguiente las transformaciones dependen del envejecimiento, al igual que la calidad de vida dependerá del cuidado individual y personal que cada una de estas mujeres haya tenido en las diferentes etapas de su vida (Hendrix y Cols., 2005).

Aunque algunos estudios transculturales sostienen la idea que la actividad y el deseo sexual disminuyen con la edad. Otros estudios demuestran que un gran número de mujeres mayores tienen intereses sexuales a lo largo de su ciclo vital y que disfrutan el sexo a edades avanzadas. Un estudio del Instituto de Neurociencias de Gotemburgo por Beckman, muestra que la actividad sexual en mujeres septuagenarias se mantiene y que dichas mujeres están más realizadas sexualmente que las mujeres de generaciones anteriores, además destaca una mejora en la calidad de la vivencia de la actividad sexual y valor en los sentimientos

relacionados con el coito como parte del bienestar sexual (Beckman y Waern, 2008). No obstante, hay estudios que demuestran que las mujeres que se mantienen activas sexualmente mayor tiempo, experimentan una menor disminución en su capacidad de actividad sexual y un menor número de enfermedades que quienes dejan de tener encuentros sexuales (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento, 2017).

Sin embargo encontramos un estudio en E.U que explica que el proceso fisiológico del envejecimiento (sequedad vaginal y adelgazamiento del tejido) aumenta el riesgo de transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA. Esto debido al envejecimiento del sistema inmunológico y su capacidad para prevenir enfermedades (March, 2018). Por consiguiente es de vital importancia llevar estilos de vida saludables y evitar factores de riesgo para el suelo pélvico, porque de ello dependerá dicha cantidad y calidad de actividad sexual y por ende su repercusión en la calidad de vida física y sexual que presente cada mujer.

Por otra parte, hay que tener presente que en las mujeres mayores la sexualidad no necesariamente tiene que relacionarse con la genitalidad, sino que influyen otros aspectos tales como el contacto corporal, la comunicación, la intimidad emocional, la confianza, el amor, etc., que la hacen sentirse segura y amada, además de brindarle una estabilidad emocional que seguramente influye en aspectos psicológicos y la Calidad de Vida (Morton, 2017).



UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

CAPÍTULO 5. Antecedentes, Justificación, Pregunta de investigación, Hipótesis y Objetivos

5.1 Antecedentes

5.2 Justificación

5.3 Pregunta de investigación

5.4 Hipótesis

5.5 Objetivos

CAPÍTULO 5.

ANTECEDENTES, JUSTIFICACIÓN, PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.

5.1 Antecedentes

Como se mencionó anteriormente, la patología del POP es estudiada y atendida desde la práctica médica de la Ginecología y la Uro ginecología. En México, el primer antecedente con el que se cuenta de áreas de Ginecología data de 1945, con la fundación de la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (AMGO), que antecedió a la actual Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG) (Historia de la FEMECOG, 2016). La principal función de estas asociaciones es difundir información acerca de las diversas investigaciones, nuevas tecnologías e instrumentos clínicos y quirúrgicos, además de la docencia de la especialidad en este campo de estudio.

En la Ciudad de México, el Gobierno Federal incluye entre sus planes de salud la guía práctica clínica en detección, diagnóstico y tratamiento inicial de la incontinencia urinaria de la mujer, y la guía de diagnóstico y tratamiento del prolapso de la pared vaginal anterior “Cistocele” e incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE).

Por otra parte, el campo multidisciplinario de especialistas que atienden este tipo de afecciones es amplio, en su mayoría profesionales especializados en el tratamiento y rehabilitación de la Disfunción de Suelo Pélvico (DSP) y Prolapso de Órganos Pélvicos (POP) (Instituto de Rehabilitación y Terapéutica Biofísica, s.f.); las dimensiones desde las cuales se ha visto el POP son médicas, excluyendo mayormente las dimensiones socioculturales.

Por lo que se refiere a la Promoción de la Salud, nosotros no encontramos indicios de que existan Promotores de la Salud trabajando en esta área y con este tipo de temas. La información acerca de DSP y POP existe, pero físicamente no es difundida entre la población femenina; en México hasta donde buscamos no encontramos estudios epidemiológicos a cerca de este padecimiento; pese que existen Instituciones que atienden la DSP e intervención de POP a nivel quirúrgico; no existe un área post quirúrgica, en la que haya un seguimiento

de la afección; no existen áreas de prevención que brinden atención psicológica, que evite el deterioro en la CV, salud psicológica y emocional de las afectadas.

5.2 Justificación

Los motivos que nos han llevado a realizar la presente investigación, han surgido por la repercusión que supone el Prolapso de Órganos Pélvicos sobre la Salud y la Calidad de Vida en las mujeres que lo padecen, pues limita sus roles físicos y sociales, reduciendo las relaciones personales y repercutiendo en su estado emocional y Salud Sexual.

Además, debido a que el POP no está contemplado dentro de las prioridades de salud en nuestro país ocasiona un elevado gasto sanitario, y un alto número de consultas anuales y procedimientos quirúrgicos que se realizan por dicha afección.

Por otra parte, se espera que nuestro estudio pueda contribuir al conocimiento del tema para ayudar a reducir la gravedad del problema. Para esto es necesario conocer e influir sobre los factores de riesgo, crear estrategias y promover las medidas preventivas que ejerce la Promoción de la Salud desde la Atención Primaria en Salud (APS) y generar una cultura del autocuidado para evitar llegar al Prolapso de Órganos Pélvicos.

5.3 Preguntas de investigación

¿Qué relación existe entre la Salud y el Prolapso de Órganos Pélvicos en mujeres? ¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes que predisponen al Prolapso de Órganos Pélvicos? y ¿cuáles son las repercusiones sobre la Calidad de Vida de las mujeres con dicha condición?

5.4 Hipótesis

La edad, el cargar objetos pesados y un Índice de Masa Corporal elevado son factores que predisponen al desarrollo del Prolapso de Órganos Pélvicos. Por lo tanto, tienen influencia sobre la Calidad de Vida y función sexual de las mujeres.

5.5 OBJETIVOS

5.5.1 Objetivo general

Identificar la relación que existe entre el Prolapso de Órganos Pélvicos, la Calidad de Vida y la Salud Sexual en mujeres afectadas, además de determinar las variables más importantes; y proponer una estrategia desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, con el fin de coadyuvar sobre la Calidad de Vida.

5.5.2 Objetivos específicos

1. Identificar las variables más importantes que predisponen al desarrollo del Prolapso de Órganos Pélvicos.
2. Identificar los diferentes grados de prolapso que padecen las mujeres de la muestra.
3. Conocer la percepción de las mujeres con POP ante su condición de salud.
4. Determinar el Índice de Función Sexual de las mujeres de la muestra.
5. Determinar las repercusiones del POP en la Calidad de Vida de las mujeres de la muestra.
6. Proponer una estrategia para coadyuvar sobre la Calidad de Vida y algunos aspectos generales de la salud de las participantes en el estudio.

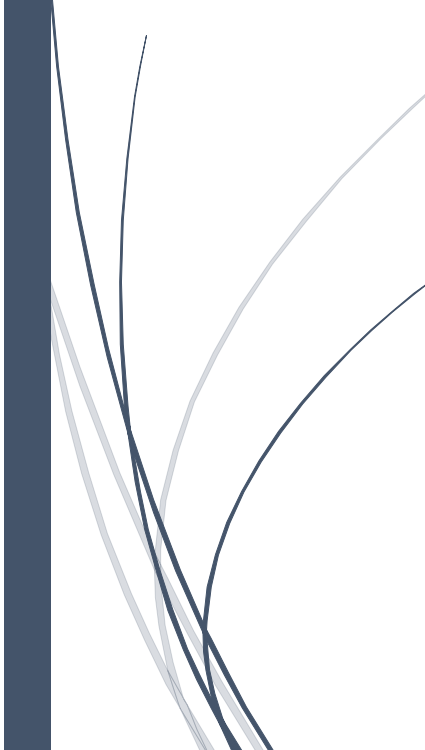


UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

CAPÍTULO 6. Metodología, Resultados, Discusión y Propuesta de trabajo



6.1 Metodología

6.2 Resultados

6.3 Discusión

6.4 Conclusiones

6.5 Propuesta desde la Promoción de la Salud
para esta problemática

6.6 Taller para promover la Salud en mujeres con
DSP y POP

6.7 Consideraciones técnicas

DIAGRAMA METODOLÓGICO.

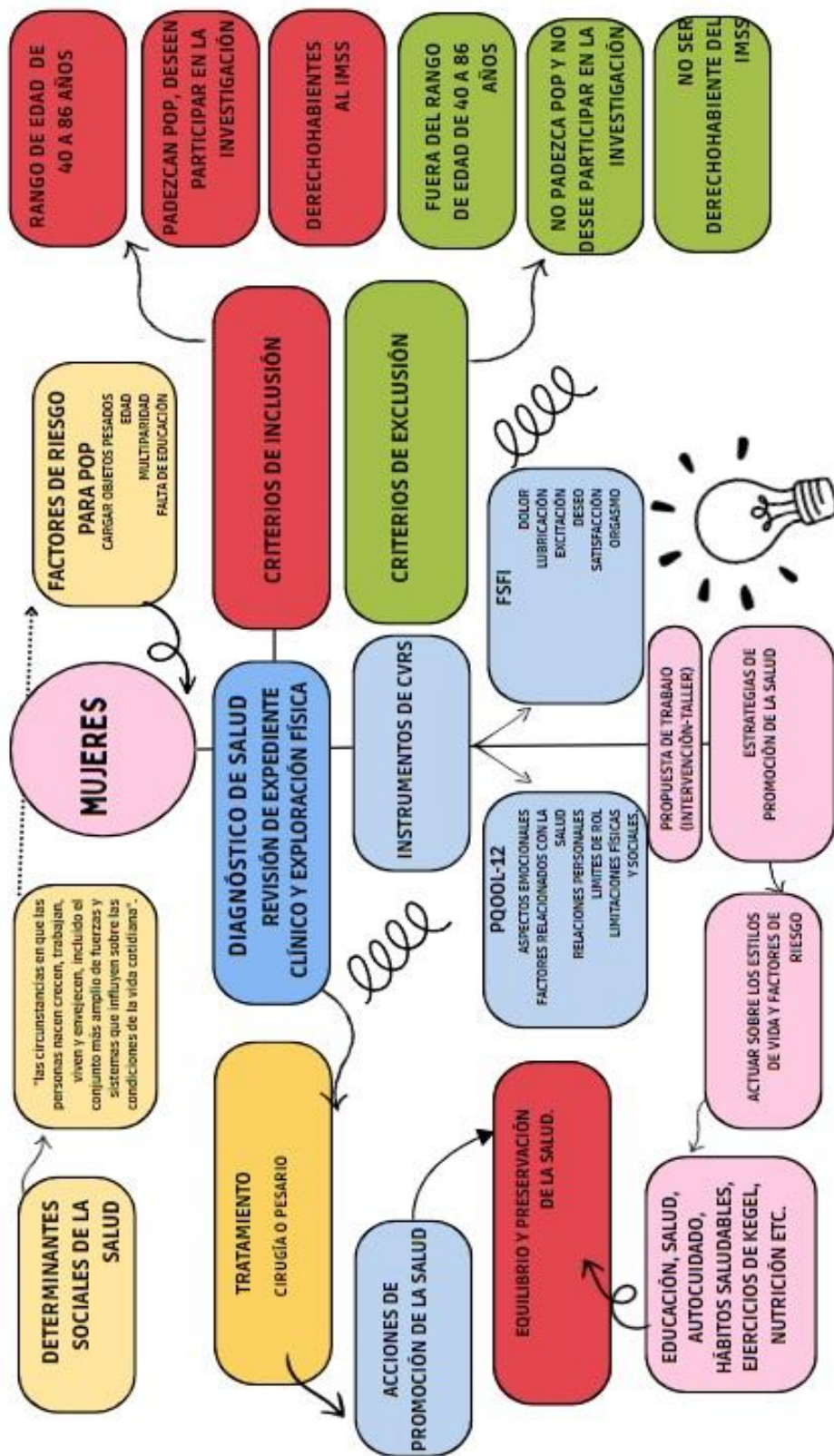


FIGURA 13. En la figura de arriba se describe el proceso metodológico que se llevó a cabo para realizar la investigación.

CAPÍTULO 6.

METODOLOGÍA, RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTA DE TRABAJO

6.1 Metodología

- Tipo de estudio
- Periodo lugar y tiempo
- Métodos utilizados
- Método de recolección de información
- Aspectos Bioéticos (consentimiento informado)

6.1.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio realizado es de tipo **exploratorio** (Sampieri y Cols., 2014), porque el tema de Prolapso de Órganos Pélvicos no ha sido estudiado desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, así mismo la literatura revisada se relaciona muy poco con el problema de investigación de este estudio. **Observacional** porque se trabajó con una población de estudio demográficamente definida, haciendo registro de los acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos. **Transversal** (Sampieri y Cols., 2014), porque se trabajó con una muestra de población seleccionada que nos permitió conocer el fenómeno de salud específico a estudiar, así como sus variables; predictoras (factores de riesgo), variables dependientes; como la Calidad de Vida de las personas con POP y las variables independientes; como la edad específica de cada mujer, la paridad, la escolaridad, la ocupación, IMC, cargar objetos pesados, entre otras.

6.1.2 Periodo, lugar y tiempo de la investigación

La presente investigación se realizó en el Hospital de Gineco-pediatría Núm. 3 A del IMSS, ubicado en Av. I.P.N. esquina eje Norte Fortuna Col. Magdalena de las Salinas C.P. 07760, Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México, CDMX, en el periodo de diciembre del 2018 a agosto del 2019, con una población femenina bajo las siguientes características.

6.1.3 Criterios de inclusión:

- Mujeres de 40 a 86 años, que fueran derechohabientes y asistieran a consulta al Hospital de Gineco-pediatría 3A del IMSS
- Mujeres con Prolapso de Órganos Pélvicos
- Mujeres que aceptaron participar en la investigación

6.1.4 Criterios de exclusión:

- Mujeres que no fueran derechohabientes al IMSS
- Mujeres mayores o menores de edad de la muestra a investigar
- Mujeres que no aceptaron participar en la investigación
- Mujeres que aun siendo incluidas en la investigación decidieron abandonar

6.1.5 Criterios de eliminación:

- Mujeres que no padecieran de prolapso
- Mujeres que no terminaron de responder el cuestionario

Nota: Cabe señalar que para los criterios de inclusión, el grado y tipo de prolapso, se revisaron los historiales clínicos de las mujeres que integraron la muestra de estudio.

6.1.6 Antecedentes teóricos de la muestra

Hemos de mencionar que durante la búsqueda de información no se encontramos datos de la prevalencia exacta de Disfunción del Suelo Pélvico (DSP) en la población femenina en México. Para darnos una idea de la población vulnerable, en esta investigación se tomaron como referencia los datos de la OMS, 2009 estimando que existían aproximadamente 11.4 millones de mujeres en México de 40 a 60 años de edad con esta afección (Cohen, 2013).

Sin embargo, la muestra representativa a estudiar dependió del número de casos anuales que se presentan dentro de la Institución de Salud. En este caso y por referencias de la *Doctora Laura Angélica Maceda Vela, Coordinadora de Educación e Investigación en Salud, del*

Hospital de Gineco-pediatría 3A del IMSS, el número de casos que se presentan asciende a 3,600, por lo que la muestra representativa obtenida por formula estadística fue de 247 casos.

En la Ciudad de México en 2018, en el Hospital de Gineco-pediatría 3A, se atendieron un total de 108,499 consultas externas atendidas en el área de ginecología, considerando 10 principales afecciones de entre las cuales ***el Prolapso de Órganos Pélvicos*** ocupó ***la sexta causa de consulta***, atendiendo un total de ***4,190 pacientes*** con POP (IMSS, 2018).

6.1.7 Métodos utilizados

Para la selección de la muestra se aplicó el **muestreo por conveniencia**, por así convenir a nuestros intereses. La metodología utilizada fue cuantitativa, se utilizaron dos cuestionarios con preguntas cerradas (Likert), por ser una técnica que permite la fácil recolección y análisis de datos (Sampieri y Cols., 2014).

6.1.8 Método de recolección de información

El primer cuestionario de éstos fue adaptado al español a partir del cuestionario “Prolapse Quality-of-Life Questionnaire” (PQOL) (Flores y Pizarro, 2012), y el segundo cuestionario fue un Índice de Función Sexual Femenina (FSFI por sus siglas en inglés) (Rosen y Cols., 2000) por medio de los cuales se pretendió conocer la percepción subjetiva del índice de satisfacción sexual; y la Calidad de Vida de las mujeres con POP de la muestra a estudiar.

Por otra parte, la aplicación de los cuestionarios y recolección de los datos se hizo dentro del Hospital de Gineco-pediatría 3A, los días lunes, miércoles y viernes, dentro del consultorio número 9 de la especialidad de ginecología en el área de consulta externa, con un horario de 9am a 1pm.

Procesamiento de datos y aspectos estadísticos: programa de análisis de Microsoft office, Excel y Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 25.

6.1.9 Aspectos Bioéticos

Esta investigación se realizó en el Hospital de Gineco-pediatría 3A del IMSS, debido a ello se solicitó la autorización previa al Departamento de la Coordinación de Educación e Investigación en Salud, para desarrollar el estudio.

Es debido señalar, que se trabajó con pacientes pero solo en la aplicación de ítems para recabar información acerca de su percepción de salud; no existieron métodos invasivos ni de experimentación.

Por consiguiente, basándonos en los principios bioéticos de autonomía, justicia y no maleficencia, en la presente investigación se respetaron cabalmente las Normas éticas y los principios contenidos en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la Norma Oficial Mexicana, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos, el Informe Belmont, el Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki 1975, que hablan sobre los procedimientos de investigación en salud y las buenas prácticas médicas, esto debido a que la investigación se llevó a cabo dentro de una Institución de Salud Pública que es parte del Gobierno Federal.

El consentimiento informado fue aplicado conforme las normas de la Organización Mundial de la Salud, donde las pacientes objeto de estudio manifestaron su participación voluntaria, libre de la influencia de terceras personas, dejando su consentimiento por escrito y teniendo derecho de retirarlo en cualquier momento de la investigación sin exponerse a represalias.

Al momento de firmar el consentimiento informado, se les explicó verbalmente que su participación en la investigación es muy valiosa para recabar la información. Todos los datos obtenidos fueron anónimos para proteger su integridad, resguardar su intimidad y confidencialidad tanto de los datos proporcionados por el Hospital como los de las pacientes.

Cabe señalar que este estudio también tuvo por objetivo aportar con el conocimiento científico y coadyuvar a mejorar la Calidad de Vida de las mujeres que padecen de POP, además de crear una base de datos para futuras investigaciones relacionadas con el tema.

6. 2 Resultados

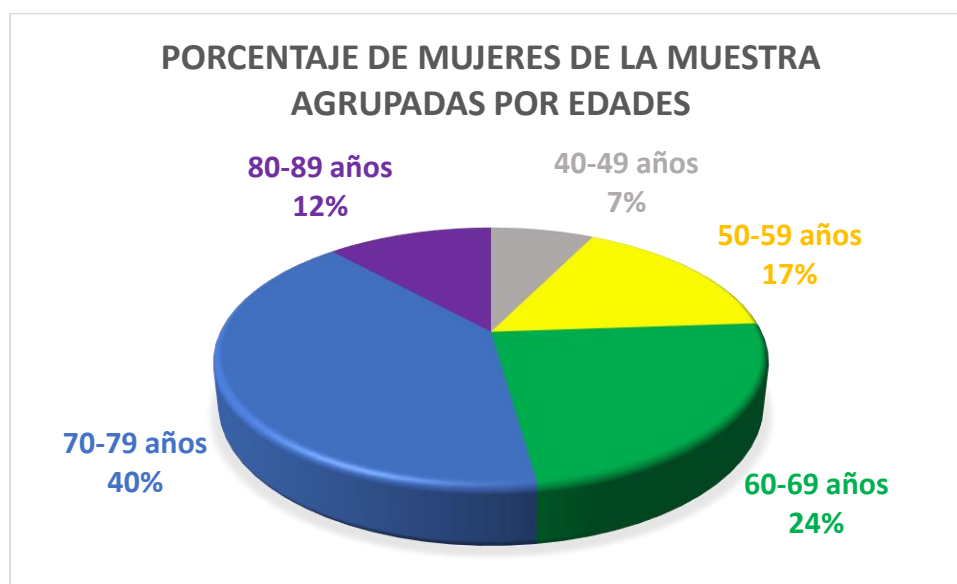
6.2.1 Análisis descriptivo

En el capítulo que se expone a continuación se presentan los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados a mujeres con algún tipo y grado de POP, que asisten a consulta externa en el Hospital de Gineco-pediatría 3A del IMSS.

El tamaño de la muestra fue determinado por fórmula estadística (Ver anexo no. 8) y con base al número de casos anuales presentados dentro de la institución. Los cuestionarios se aplicaron en el periodo de diciembre del 2018 a agosto del 2019.

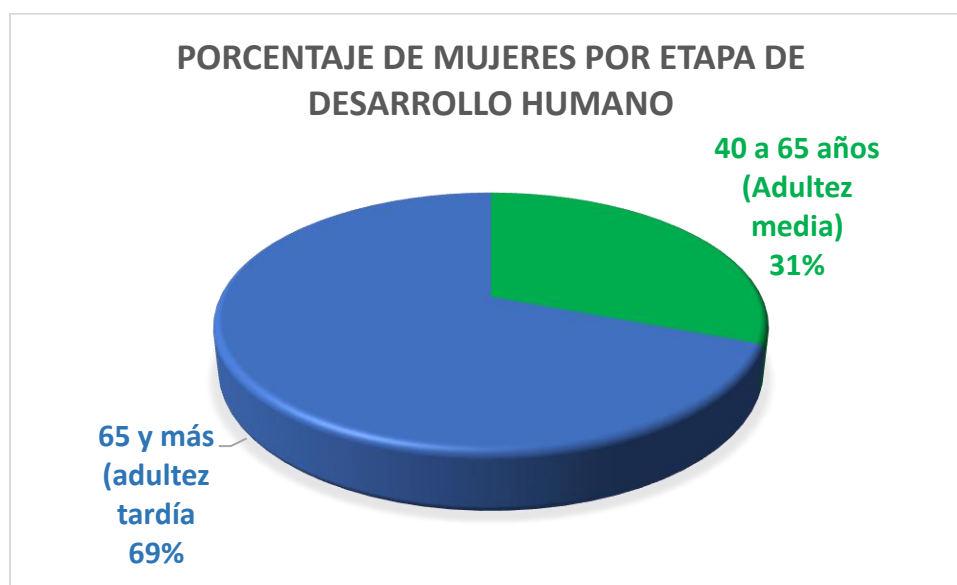
6.2.2 Características sociodemográficas

El tamaño de la muestra fue de 247 mujeres, todas con diagnóstico clínico de POP. Las edades de las participantes fueron de los 40 a los 86 años. La media de edad fue de 67.59 años, con una mediana de 70 y moda de 72, el rango de 47 con valor máximo de 86 y mínimo de 40. Con varianza de 113.99 y una desviación estándar de 10.67.



Grafica 1. En la gráfica se muestran los porcentajes de mujeres de la muestra agrupadas por edades. Fuente: elaboración propia.

En la gráfica 1 se muestran los porcentajes de edad para mujeres que padecen POP, la edad promedio de las mujeres de nuestra muestra fue de 67 años.



Gráfica 2. En la gráfica se muestra el porcentaje de mujeres de la muestra que se encuentra en etapa de adultez tardía

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2.

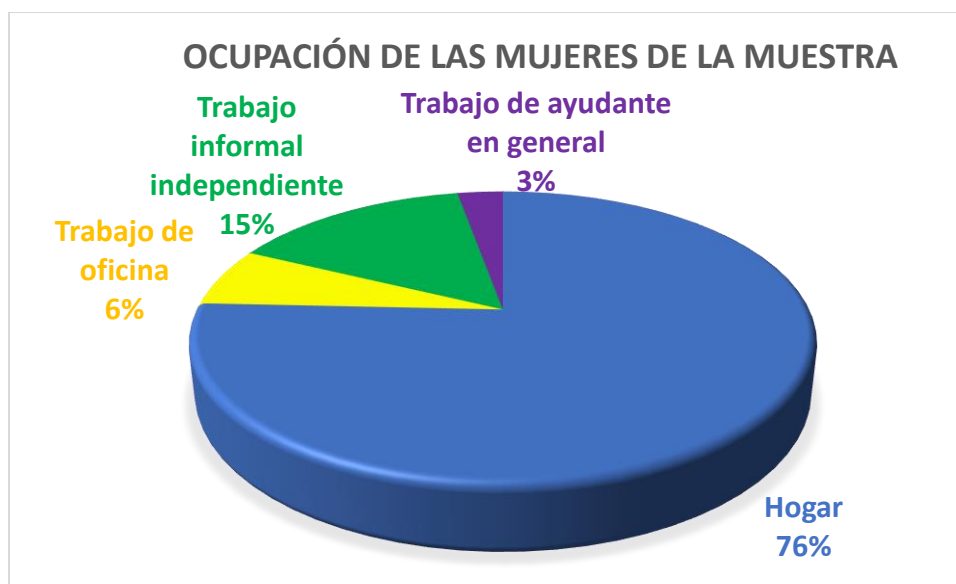
Características sociodemográficas de las mujeres con POP incluidas en el estudio.

Características sociodemográficas de las mujeres con POP, que asisten al Hospital de Gineco-pediatría								
Edad	n	%	Escolaridad	n	%	Estado civil	n	%
40-49	18	7	Primaria	115	47	Casada	100	41
50-59	41	17	Secundaria	81	33	Viuda	85	34
60-69	59	24	Preparatoria	20	8	Soltera	27	11
70-79	100	40	Licenciatura	10	4	Divorciada	27	11
80-89	29	12	Ninguna	21	8	Unión libre	8	3
Total	247	100		247	100		247	100

Fuente: elaboración propia.

Entre las mujeres de la muestra encontramos que el 47% cuenta con estudios de primaria, el 33% secundaria, el 8% preparatoria, el 8 % no tiene escolaridad y solo el 4% cuenta con estudios de licenciatura. Mientras que el 41% dijo ser casada, el 34% viuda, el 11% soltera, otro 11% se encuentra divorciada y el 3% vive en unión libre.

Mientras que 187 mujeres (75.7%) se dedica actualmente al hogar, 37 mujeres (15%) hace trabajo informal independiente, 16 mujeres (6.5%) son empleadas y hace trabajo en oficina, y 7 mujeres (2.8%) trabajan de ayudantes en general. Lo que significa que de cada 10 mujeres 8 están en casa.



Gráfica 3. En la gráfica se describe la ocupación de las mujeres de la muestra. Fuente: elaboración propia.

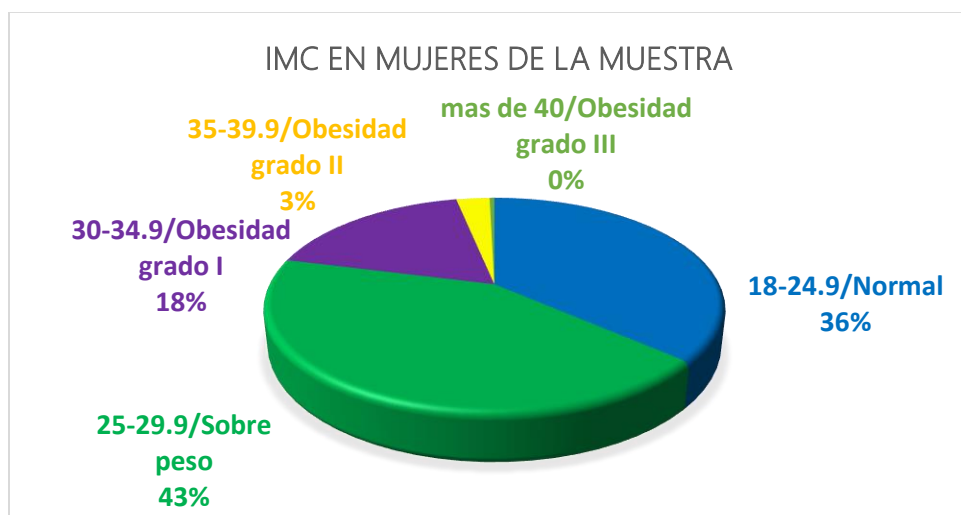
Se encontró a 89 mujeres con IMC normal (36%), 106 mujeres (43%) presentan sobrepeso, 44 mujeres (18%) presentan obesidad grado I, 7 mujeres (3%) obesidad grado II, y solo 1 mujer presentan obesidad grado III; esto con referencia a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud OMS.

Tabla 3.

En la tabla se muestra la clasificación del IMC, publicada por la Organización Mundial de la Salud.

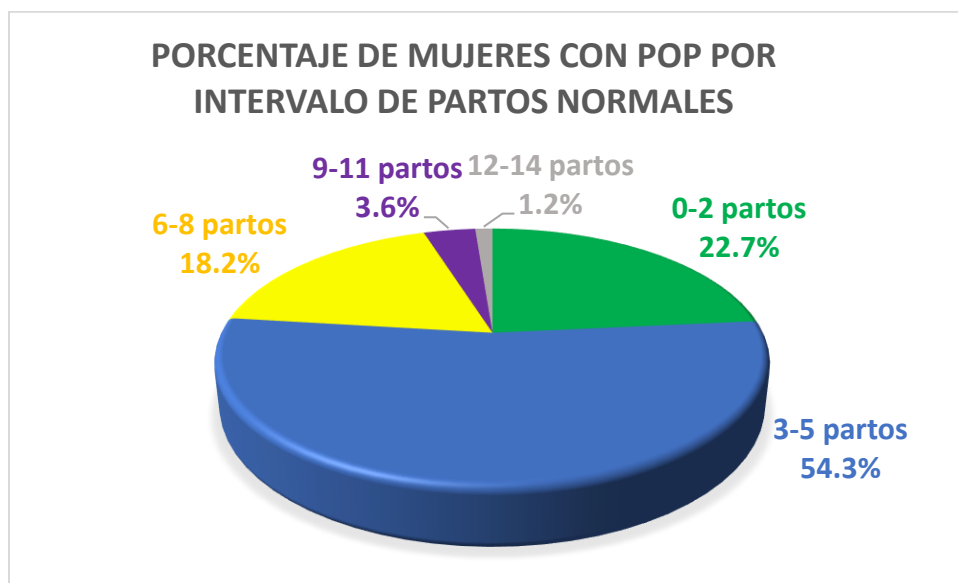
Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Bajo peso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez leve	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,5 - 24,99	18,5 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obesidad	≥30,00	≥30,00
Obesidad leve	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obesidad media	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obesidad mórbida	≥40,00	≥40,00

Fuente: OMS, Clasificación del Índice de Masa Corporal, s. f.



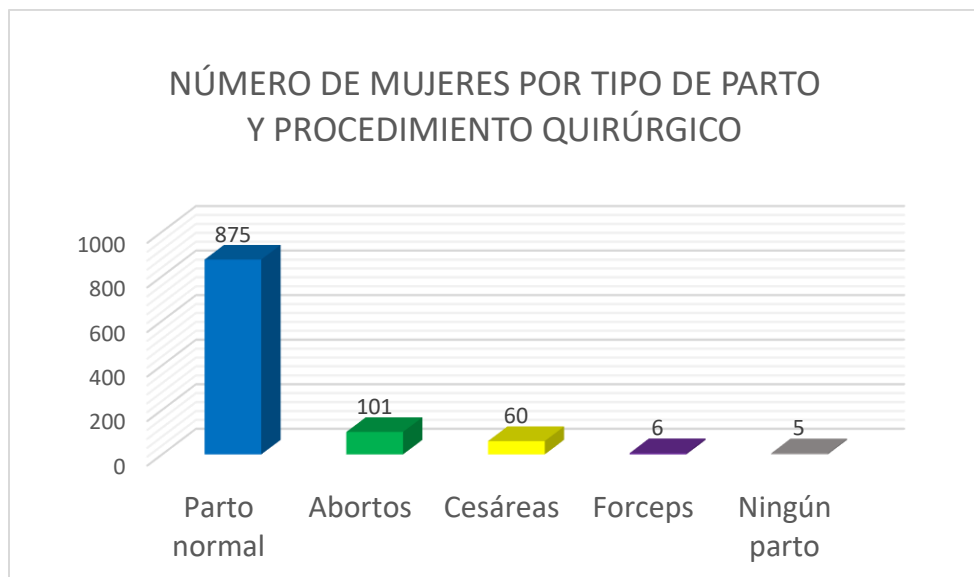
Gráfica 4. En la gráfica se muestra el porcentaje de mujeres que padecen sobrepeso u obesidad según los valores establecidos por la OMS. Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las características obstétricas encontramos que el 22.7% tuvo de 0 a 2 partos, el 54.3% tuvo de 3 a 5 partos, el 18.2% tuvo de 6 a 8 partos, el 3.6% tuvo de 9 a 11 partos, y solo el 1.2% tuvo de 12 a 14 partos. Entre los tipos de partos que tuvieron las 247 mujeres de la muestra, hubo 875 partos; de los cuales el 93.1% fue parto normal, 4.9% cesáreas y solo el 2% de las mujeres negaron haber tenido un parto en algún momento de su vida. Como dato adicional se encontró que hubo 101 abortos entre las mujeres de la muestra de estudio.

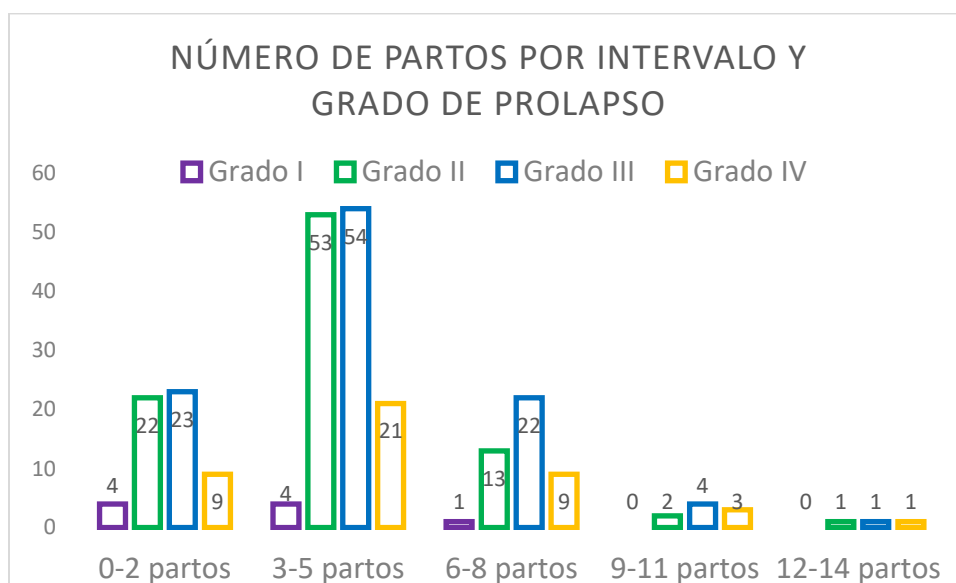


Gráfica 5. En la gráfica se describe el porcentaje de partos por cada mujer de la muestra. Fuente: elaboración propia.

Entre los tipos de partos que tuvieron las 247 mujeres de la muestra, hubo 875 partos normales, 60 cesáreas, 6 partos en los que se utilizaron forceps y solo 5 mujeres negaron haber tenido un parto en algún momento de su vida.



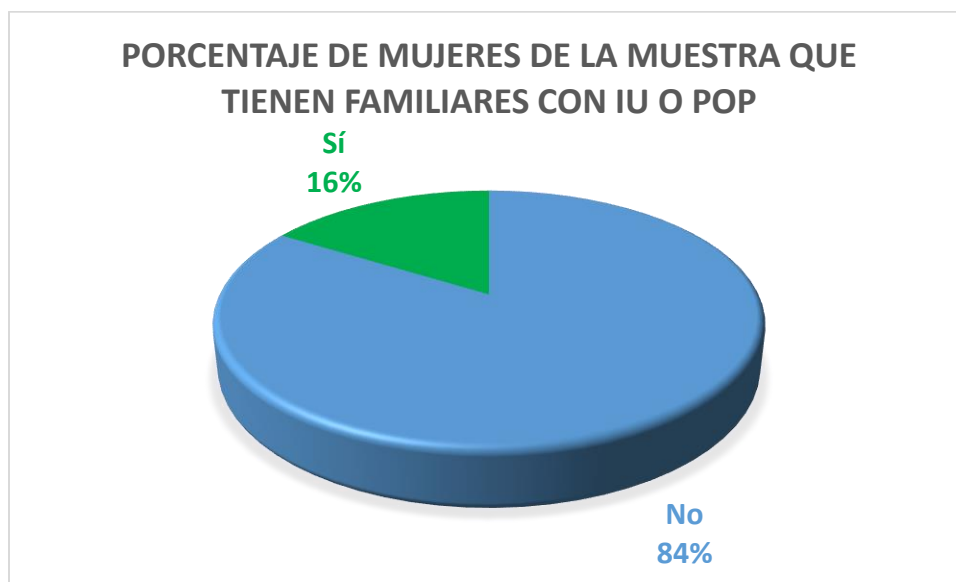
Gráfica 6. En la gráfica se muestra el tipo de parto que tuvieron las mujeres de la muestra de estudio. Fuente: elaboración propia.



Gráfica 7. En la gráfica se observa el número de partos por grado de prolapso. Fuente: elaboración propia.

En la gráfica 7 se observa que existe una mayoría de mujeres con POP grado II y III en el intervalo de 3 a 5 partos.

Para la pregunta: ¿tiene familiares con IU o POP? 207 mujeres que corresponde al 84% de la muestra respondieron que no; y 40 mujeres que corresponde al 16% respondieron que sí.



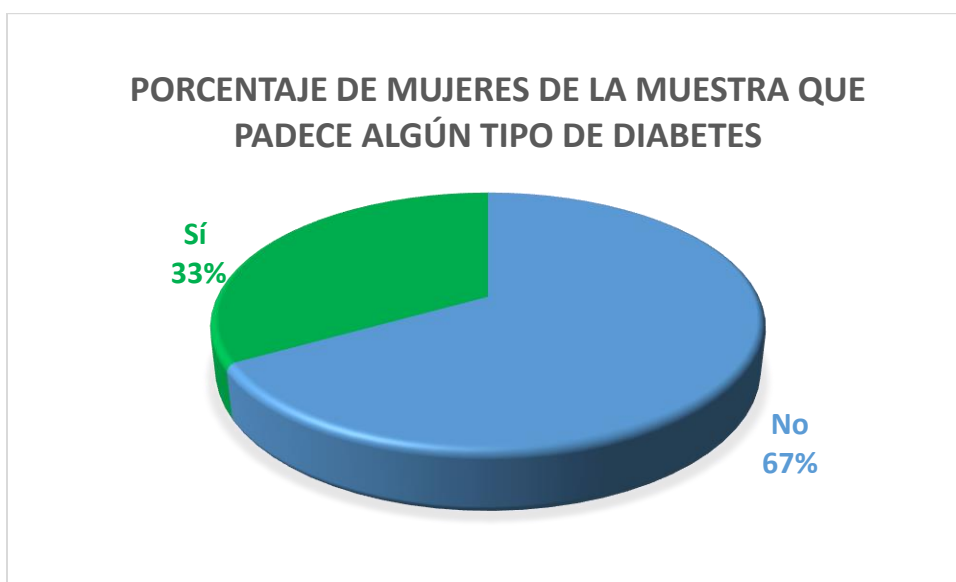
Gráfica 8. En la gráfica se muestra el porcentaje de mujeres con familiares que padecen o han padecido Incontinencia Urinaria o POP. Fuente: elaboración propia.

Con respecto a los factores de riesgo agregados, se registró que 128 mujeres que corresponde al 52 % del total de la muestra no padecen de hipertensión; y 119 mujeres que corresponde al 48% son hipertensas.



Gráfica 9. En la gráfica se muestra el porcentaje de mujeres que padecen de hipertensión. Fuente: elaboración propia.

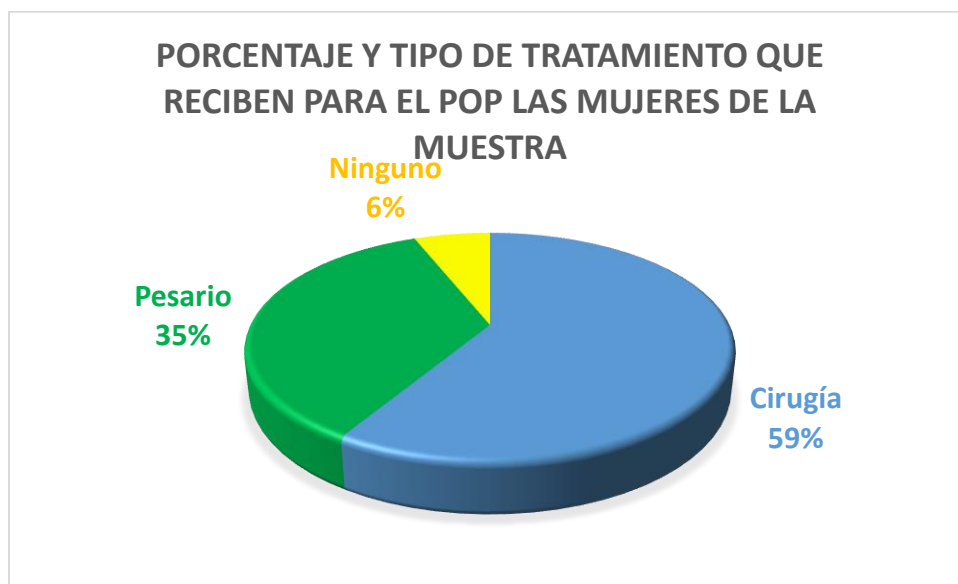
Entre las mujeres de la muestra se encontró que 165 mujeres que corresponde al 67% del total de la muestra, no presentan diabetes y 82 mujeres que corresponde al 33% padecen diabetes.



Gráfica 10. En la gráfica se muestra el porcentaje de mujeres que padecen diabetes. Fuente: elaboración propia.

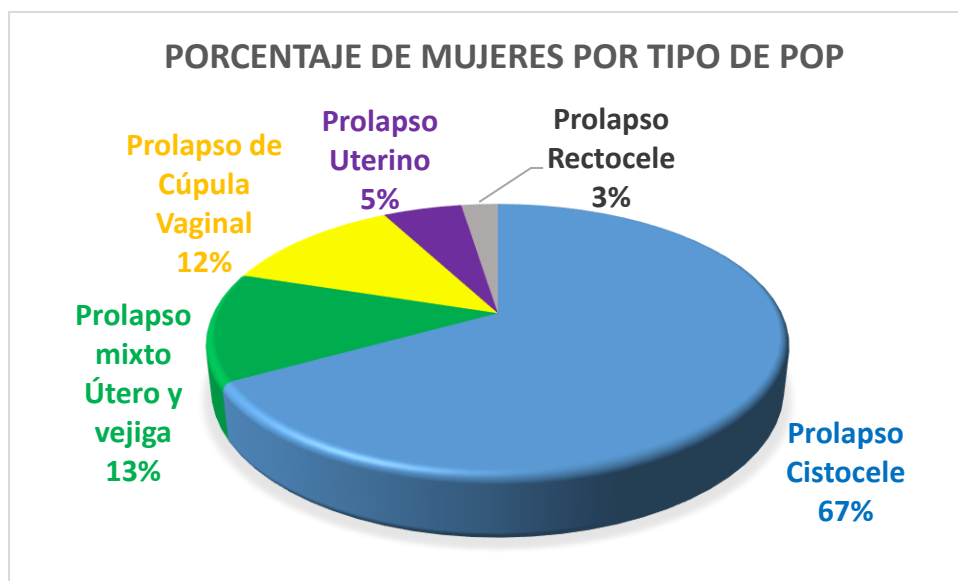
De acuerdo a los datos encontrados 145 mujeres que representan el 59% del total de la muestra recibió tratamiento quirúrgico, 87 mujeres que representa el 35% de la muestra

recibió un tratamiento conservador (uso de pesario), y solo 15 mujeres que representa el 6% de la muestra, regresó a casa con indicaciones para mejorar el tono de la musculatura del suelo pélvico (ejercicios de Kegel), esto debido a que su prolapso era de menor grado.



Gráfica 11. En la gráfica se muestra el porcentaje y tipo de tratamiento que reciben para el POP las mujeres de la muestra de estudio. Fuente: elaboración propia

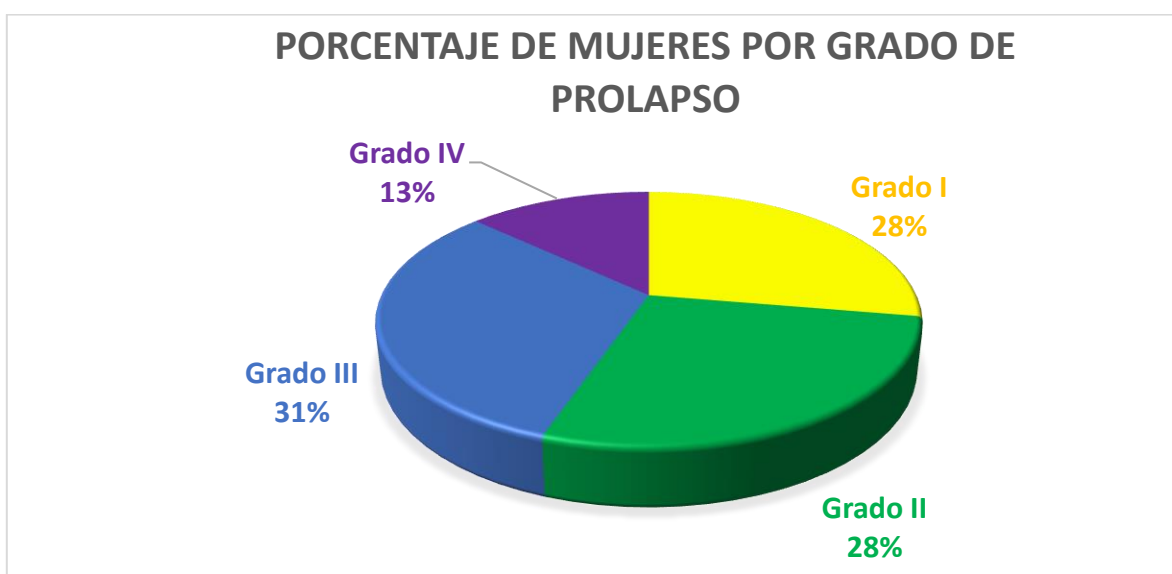
En relación a las alteraciones del piso pélvico se encontró que 164 mujeres presentan prolapso de Cistocèle (67%) siendo el prolapso más común, 32 mujeres (13 %) presentan prolapso mixto de útero y vejiga, 30 mujeres (12 %) presentan prolapso de cúpula vaginal, 13 mujeres (5%) presentan prolapso uterino, 8 mujeres (3 %) presentan Rectocèle.



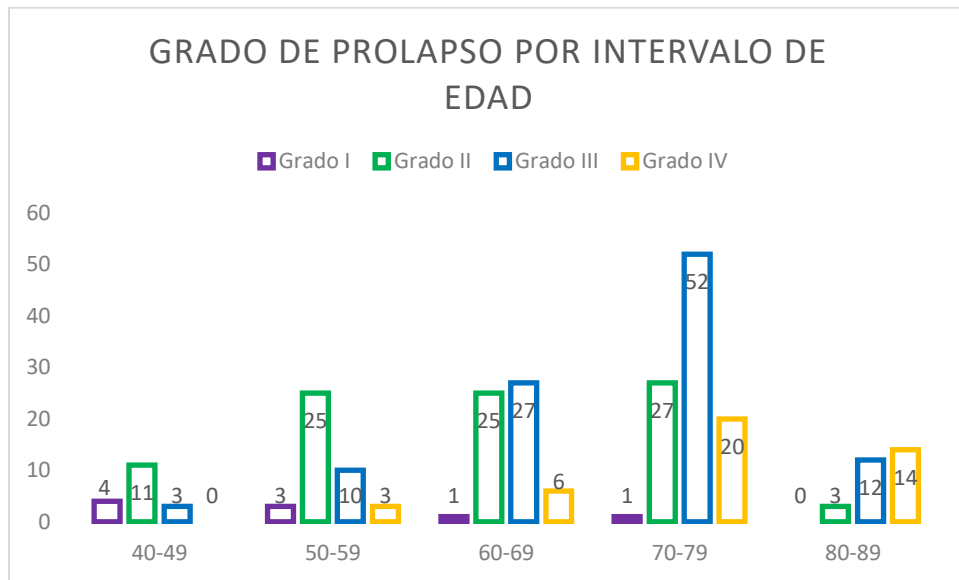
Gráfica 12. En la gráfica se describe el porcentaje del tipo de prolapso que presentan las mujeres de la muestra

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo a los datos clínicos que revisamos, por grado de prolapso se encontró que las mujeres de la muestra tienen una mayor incidencia de prolapso grado III con un 31 %, prolapso grado II con el 28%, prolapso grado I con el (28%) y prolapso grado IV con el 13%.



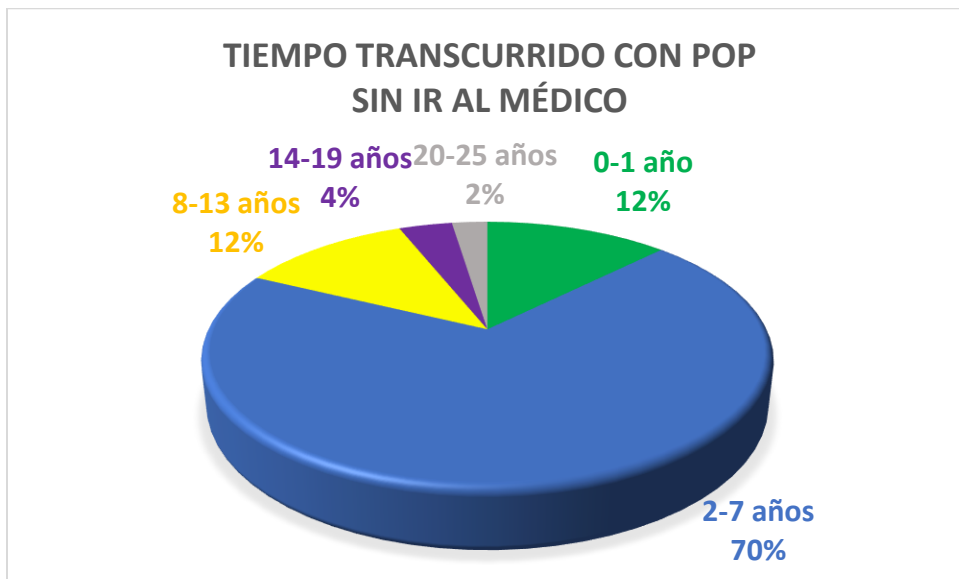
Gráfica 13. En la gráfica se observa el porcentaje de mujeres por grado de prolapso. Fuente: elaboración propia.



Grafica 14. En la gráfica se muestra el grado de prolapso de las mujeres de la muestra por intervalo de edad.

Fuente: Elaboración propia.

Entre las mujeres de la muestra se encontró una mayor incidencia de prolapso grado III en el intervalo de 70 a 79 años.



Gráfica 15. En la gráfica podemos observar el tiempo que las mujeres de la muestra transcurren con su POP sin ir al médico. Fuente: Elaboración propia

Un dato adicional y muy importante es el tiempo que las mujeres de la muestra permanecen con su prolapso sin tratamiento el cual va desde menos de un año hasta 25 años. Para su análisis se agrupó por intervalos que van de: 1) menos de un año, 2) 2 a 7 años, 3) 8 a 13 años, 4) 14 a 19 años, 5) 20 a 25 años.



Gráfica 16. En la gráfica se muestra el porcentaje de las mujeres participantes con vida sexual activa o no. Fuente: elaboración propia

En la gráfica 16 se muestra que 38 mujeres 15% tienen vida sexual activa y 209 mujeres 85% no tienen vida sexual activa, esto posiblemente debido mayormente a su estado civil, edad y en una minoría por decisión propia.

6.2.3 Resultados del Instrumento de Calidad de Vida y función sexual.

Para el análisis estadístico de los instrumentos, se creó una base de datos y se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 25. Para iniciar con el análisis de nuestra hipótesis, planteamos lo siguiente: *“La edad, cargar objetos pesados y un índice de masa corporal elevado son factores que predisponen al desarrollo del POP. Por lo tanto tienen influencia sobre la Calidad de Vida y función sexual de las mujeres”*, Donde:

Hipótesis nula (H_0). No existe relación significativa entre el grado de POP, la Calidad de Vida y la función sexual

Hipótesis alterna (H_1). Existe relación significativa entre el grado de POP, la Calidad de Vida y la función sexual

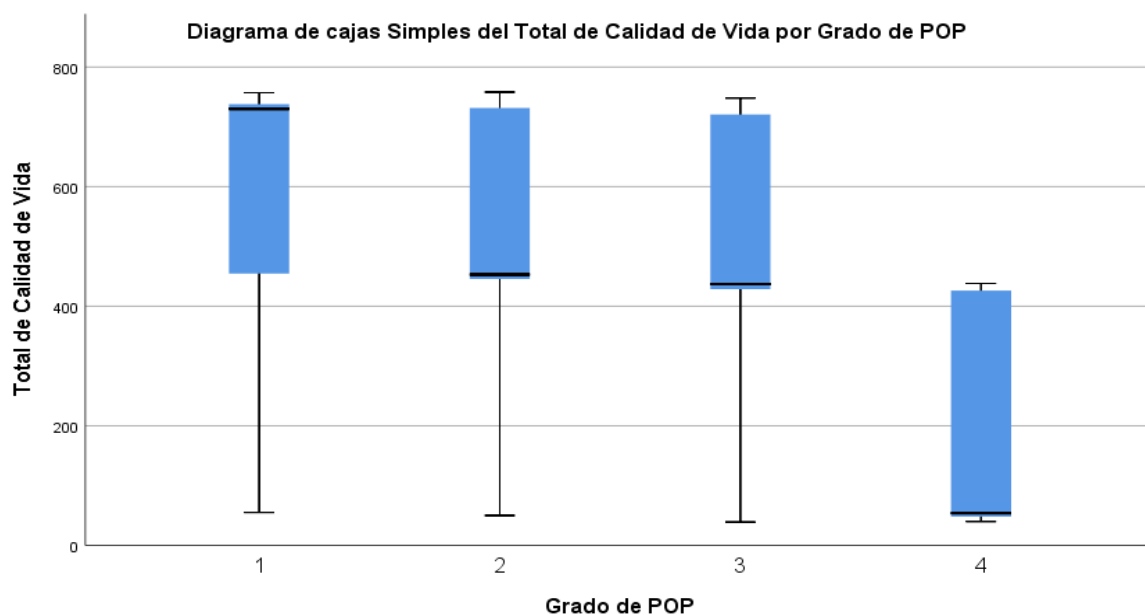
Procedimos a aplicar la prueba de Kolmogorov-Smirnov, debido al número de la muestra ($n \geq 50$); donde encontramos que nuestra muestra de estudio no presenta una distribución normal, por lo que aplicamos la prueba no paramétrica de Spearman, observando una buena correlación significativa de $Rho = 0.990$, $p = 0.000$ para el instrumento de Calidad de Vida y $Rho = 0.630$, $p = 0.000$ para el índice de función sexual. Por lo tanto rechazamos la hipótesis nula y nos quedamos con la hipótesis alterna que nos indica que sí existe una correlación significativa fuerte entre el grado de POP y las variables Calidad de Vida y función sexual.

Un dato adicional a esto, fue que encontramos una fuerte correlación entre las variables Calidad de Vida y función sexual, con $Rho = 0.623$, $p = 0.000$. Además pudimos observar que el grado de POP sí influye mucho en la Calidad de Vida que tienen las mujeres de la muestra.

Para interpretar el resultado del análisis de nuestras variables utilizamos la tabla de referencia con los valores críticos según Spearman para medir el grado de significancia entre variables.

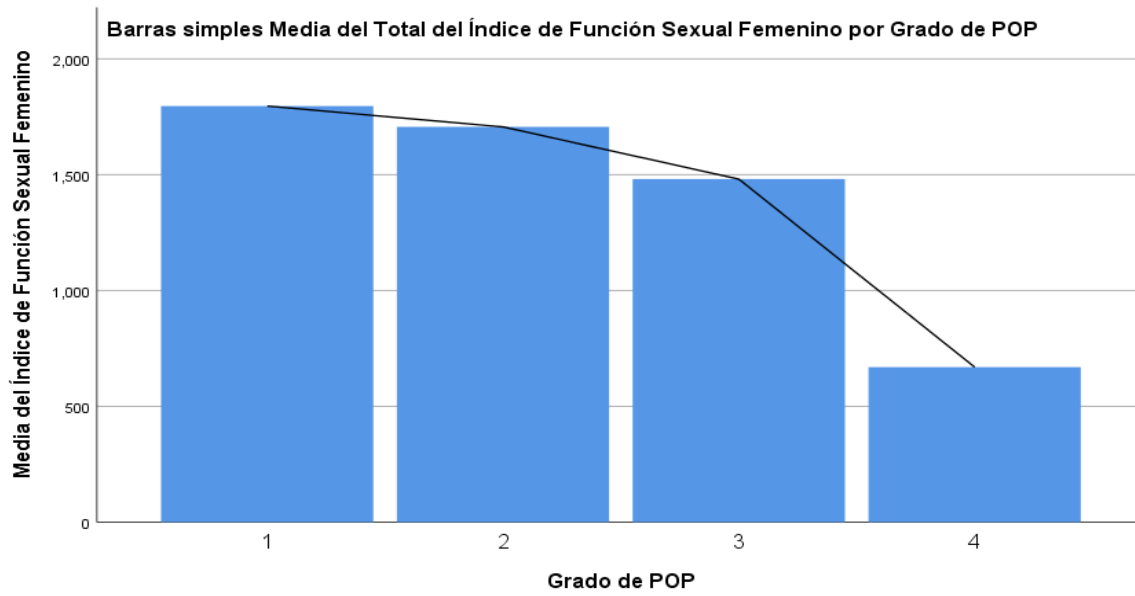
Tabla 4.
Valores críticos de Spearman (Ortega y Cols., 2009).

Valores críticos de Spearman	
0 a 0.2	Muy baja o muy débil
<0.2 a 0.4]	Baja o débil
<0.4 a 0.6]	Moderada
<0.6 a 0.8]	Alta o fuerte
<0.8 a 1]	Muy alta o muy fuerte



Gráfica 17. Se muestra la percepción de Calidad de Vida en relación con el grado de POP. Fuente elaboración propia.

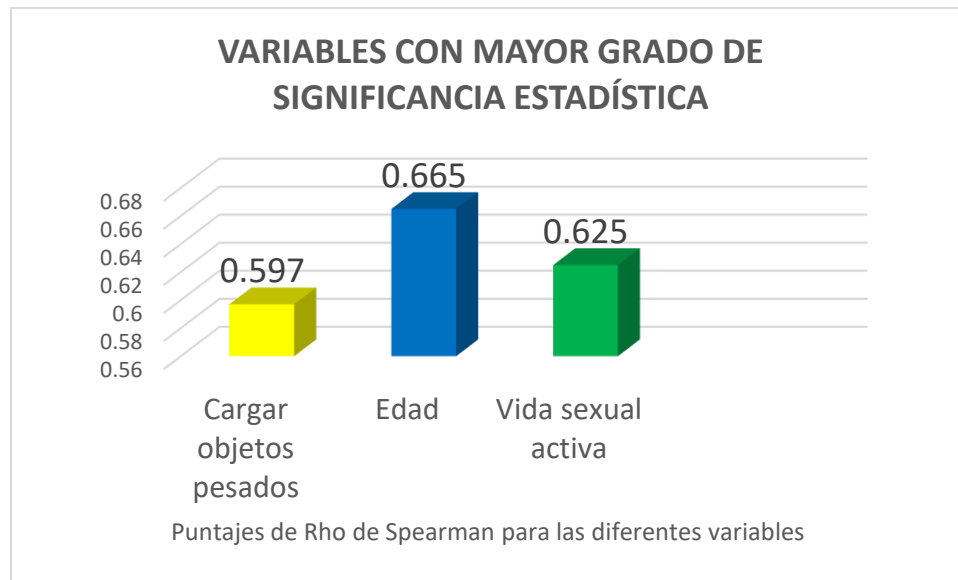
En la gráfica 17 podemos observar que a menor grado de POP mayor es la percepción en relación con la Calidad de Vida de las mujeres participantes de la muestra de estudio.



Gráfica 18. Grado de POP por índice de función sexual femenino en mujeres de la muestra de estudio. Fuente elaboración propia.

En la gráfica 18 se observa que a menor grado de prolapso, mayor puntaje del índice de función sexual de las mujeres participantes de la muestra de estudio.

Así mismo, para las variables edad, cargar objetos pesados y vida sexual, encontramos una correlación de $Rho=0.665$, $p=0.000$ para la edad, $Rho=0.597$, $p=0.000$ para cargar objetos pesados y $Rho=0.625$, $p=0.000$ para la variable vida sexual activa.



Gráfica 19. En la gráfica se muestran las variables con mayor nivel de significancia estadística según la escala de valores de Spearman. Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, para hacer el análisis de la variable Calidad de Vida se dividió el instrumento Quality-of-Life Questionnaire (PQOL por sus siglas en inglés) en 5 diferentes dominios para conocer el nivel de significancia de cada uno de ellos; y lo que encontramos se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 5.
Correlación entre el POP y los dominios que integran la variable Calidad de Vida.

Dominios	n	Valor de <i>p</i>	Valor de <i>α</i>
Aspectos emocionales	247	<0.000	0.630**
Factores relacionados con la salud	247	<0.000	0.610**
Relaciones personales	247	<0.000	0.840**
Limitaciones de rol	247	<0.000	0.400**
Limitaciones físicas y sociales	247	<0.000	0.224**
Total Calidad de Vida en Salud	247	<0.000	0.990**

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla 4, el resultado de correlación entre el POP y la variable total de aspectos emocionales indican una buena correlación con $Rho = 0.630$, $p = 0.000$; lo que nos indica tendencias acerca de las posibles asociaciones entre las variables de estudio, además se puede observar que el POP se relaciona estadísticamente con los aspectos emocionales.

Mientras que la variable de total de factores relacionados con la salud podemos ver que existe una buena correlación con, $Rho = 0.610$, $p = 0.000$, ($p < 0.05$).

En la variable total de relaciones personales encontramos una muy buena correlación con $Rho = 0.840$, $p = 0.000$; y para la variable limitaciones de rol encontramos una correlación moderada con $Rho = 0.400$, $p = 0.000$ y para la variable total limitaciones físicas y sociales encontramos baja correlación con $Rho = 0.224$, $p = 0.000$ y por último, en la variable total de Calidad de Vida percibida que es la suma total de todos los dominios en general que componen el instrumento de Calidad de Vida encontramos una fuerte correlación con un $Rho = 0.990$, y $p = 0.000$.

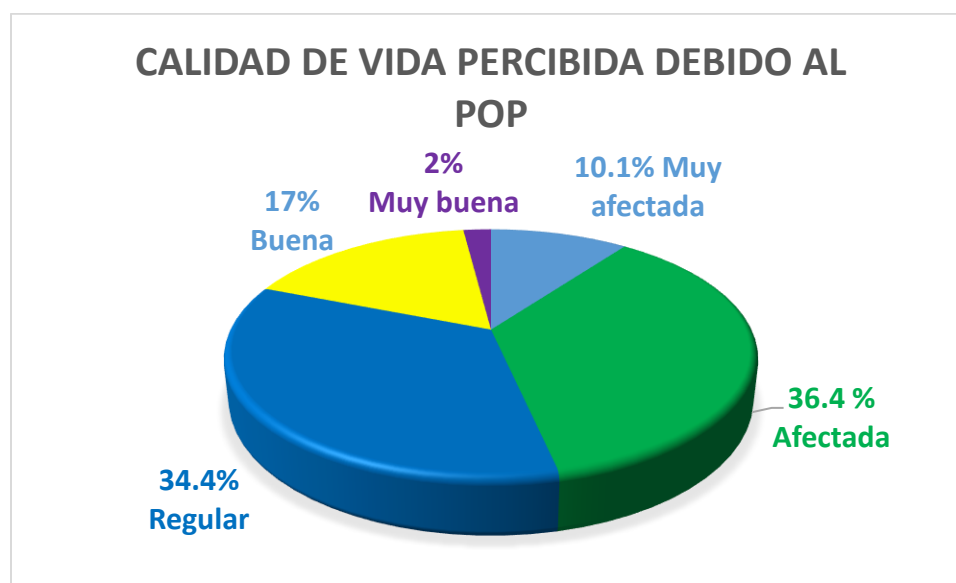
Por otro lado, para obtener la gráfica del grado de Calidad de Vida percibida de las mujeres de la muestra, se tomó en cuenta el puntaje de cada dominio del cuestionario Quality-of-Life Questionnaire (PQOL por sus siglas en inglés); dicho puntaje se obtuvo sumando el número de preguntas que pertenecen a cada dominio y multiplicando ese número por un factor (valor máximo de las respuestas Likert para cada grupo) y el resultado final fue la suma aritmética del resultado de todos los dominios; posterior a esto, los agrupamos por rangos y procedimos a representar los valores en una gráfica de barras.

En nuestra escala de puntaje encontramos una media de 47.2 una desviación estándar de 10.7, valor mínimo de 22 y un valor máximo de 81, lo que nos indica que las mujeres de nuestra muestra perciben afección en su Calidad de Vida, también cabe señalar, que la mayoría de ellas presentan prolapso vaginal grado III.

Tabla 6.
Percepción de la Calidad de Vida en el POP de las mujeres de la muestra.

Rango intercuartil	n	%
22-33.8	25	10.1
33.9-45.7	90	36.4
45.8-57.6	85	34.4
57.7-69.5	42	17.0
69.6-81.4	5	2.0
Total	247	100.0

Fuente: Elaboración propia.



Gráfica 20. En la gráfica se describe la escala de puntaje de percepción de Calidad de Vida de las mujeres de nuestra muestra de estudio. Fuente: elaboración propia.

En la gráfica número 20 se puede interpretar que las mujeres de la muestra de estudio perciben una mala Calidad de Vida, debido al POP.

6.2.4 Resultados del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI por sus siglas en inglés)

El instrumento de índice de función sexual femenino consta de 19 preguntas, que se dividen en bloque para calificar el deseo, excitación, lubricación, orgasmo, dolor y satisfacción. Cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5, el puntaje de cada dominio se multiplica por un factor determinado y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. El puntaje promedio del instrumento es de 26, lo que significa que los instrumentos con puntaje mayor a 26, tienen mejor sexualidad (Rosen y Cols., 2000). Sin embargo, encontramos en nuestra muestra un resultado de 23.37 por debajo al señalado por Rosen Raymond, que a continuación se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 7.
Resultado del cuestionario de Índice de función sexual femenina de las mujeres de la muestra de estudio.

Dominio	Media (DE) (n=247)	Mínimo	Máximo
Deseo	1.16 (2.77)	0	10
Excitación	2.27 (5.43)	0	20
Lubricación	1.70 (4.25)	0	20
Orgasmo	0.92 (2.32)	0	10
Satisfacción	2.02 (4.98)	0	19
Dolor	1.50 (3.62)	0	14
FSFI	9.58 (23.37)	0	93

Fuente: Elaboración propia.

Cabe recordar que este cuestionario solo fue respondido por el 15% de la muestra, debido a que son las mujeres que aún tiene vida sexual activa.

Tabla 8.

Correlación de las diferentes variables con el POP.

La siguiente tabla fue elaborada como apoyo para determinar el grado de correlación y su significancia entre las diferentes variables sociodemográficas, ginecológicas, obstétricas con la presencia de POP.

Correlación de variables	n	Valor de <i>p</i>	Valor de α
POP y Edad	247	<0.000	0.665**
POP e IMC	247	<0.000	0.224*
POP y grado escolar	247	<0.000	0.295**
POP y Empleo	247	<0.000	0.292**
POP y Número de partos	247	<0.000	0.246**
POP y Diabetes	247	<0.000	0.179**
POP e Hipertensión	247	<0.000	0.270**
POP y vida sexual	247	<0.000	0.625**
POP y cargar objetos pesados	247	<0.000	0.597**
POP y Calidad de Vida	247	<0.000	0.990**
POP e Índice de función sexual	247	<0.000	0.630**

Nota. Correlación de variables mediante paquete estadístico SPSS y Test de correlación de Spearman. Fuente: Elaboración propia.

En la tabla anterior podemos observar que las correlaciones que tuvieron una mayor significancia estadística fueron las variables cargar objetos pesados, edad, vida sexual, Calidad de Vida e Índice de Función Sexual Femenino.

6.3 Discusión

A través de esta investigación encontramos que la mayoría de las participantes en este estudio desconoce que es el Prolapso de Órganos Pélvicos y más aún, el significado del término “Prolapso”; y en ocasiones el diagnóstico es menos importante que la percepción de la afección y el efecto que ésta produce sobre la Calidad de Vida de las mujeres que lo padecen. Revisando los factores de riesgo presentes entre las mujeres de la muestra de estudio, encontramos que el promedio de edad fue de 67 años, la OMS en 2009 estimó que en México el rango promedio de edad para padecer POP es de 40 a 60 años (Cohen, 2013), hecho que nos permite observar que nuestra muestra de estudio está fuera del rango estimado, de 40 a 86 años de edad.

Por otra parte, desde el punto de vista de Woodman y Col., 2006, las mujeres con menor grado de estudios son más vulnerables para presentar POP, esto debido a diversos factores de índole sociocultural, que tiene que ver con el tipo de trabajo que realizan. Según el autor, las mujeres que trabajan en fábricas tienen mayor riesgo de padecer POP, hecho parecido a lo encontrado en nuestro estudio, donde el 47% tiene solo estudios de primaria y se dedican a las labores del hogar. Adicional a esto las mujeres de nuestra muestra de estudio refieren que las labores de casa que realizan son pesadas y que requieren tiempo para realizarlas. Aquí encontramos que arriba del 80% refiere que cargaban objetos pesados dentro de su hogar y trabajo. La realidad es que cualquier trabajo donde se tengan que mover objetos pesados de un sitio a otro y sus respectivas repeticiones es peligroso para las personas, en especial para las mujeres y su suelo pélvico.

En cuanto a los factores de riesgo, que se presentaron entre las mujeres de la muestra éstos fueron iguales, a los que refiere la literatura revisada (Bent y Cols., 2004). Un factor de riesgo que más llamo la atención fue el sobrepeso, pues se encontró un mayor riesgo de POP entre mujeres con mayor índice de masa corporal (IMC), mientras que en un estudio se encontró que las mujeres con IMC mayor a 27.2 tenían mayor riesgo de prolapso uterino (Menopausa Italia Study Group. Risk factors for genital prolapse in non-hysterectomized women around menopause. Results from a large cross-sectional study in menopausal clinics in Italy, 2000). Hecho que coincide con lo encontrado en nuestro estudio, donde el 43% de la muestra tiene sobrepeso (IMC de 25-29.9), esto fue corroborado a través de la correlación de variables en

nuestro estudio; de la misma manera encontramos que las mujeres que presentan sobrepeso son la mayor parte de mujeres que presentan POP de grado III, dejando ver que el sobrepeso sí influye para que se presente el POP. Lo que tiene sentido, pues sobre el suelo pélvico descansan los órganos internos y si a esto le sumamos el sobrepeso y la fuerza que se ejerce al momento de cargar o hacer actividades pesadas, este podría verse comprometido para presentar algún tipo y grado de prolapso. Así mismo, otro factor de riesgo para padecer POP es fumar, debido a que esto ocasiona tos (Bent y Cols., 2004), provocando presión intraabdominal que compromete al suelo pélvico. En nuestro estudio se hizo la pregunta, ¿padece de tos crónica? Donde un 96% respondió que no, dejando claro que en nuestro estudio la tos no fue un factor de riesgo relevante.

Caso contrario para el factor de estreñimiento, pues en un estudio de, “Iniciativa de salud de la mujer, ensayo clínico de terapia de reposición hormonal” se encontró que el estreñimiento tiene asociación con el POP (Kahn y Cols., 2005), y en nuestra investigación se encontró que el 53% de las mujeres nunca ha presentado estreñimiento.

Otro factor de riesgo que también llamó la atención fue el número de partos. La prevalencia de prolapso encontrada en otros estudios aumenta con el número de partos. En un estudio en un grupo de planificación familiar de Oxford, encontró que la posibilidad de una mujer de sufrir prolapso aumentaba casi ocho veces después de dos partos vaginales y doce veces con cuatro o más de ellos, revisado en (Bent y Cols., 2004). Caso similar con lo encontrado en nuestro estudio donde el 54.3% de las mujeres de la muestra tuvo de 3 a 5 partos vaginales y que de entre los tipos de partos que tuvieron las 247 mujeres de la muestra, hubo 875 partos normales, 60 cesáreas, 6 partos en los que se utilizaron forceps y solo 5 mujeres negaron haber tenido un parto en algún momento de su vida. Como dato adicional se encontró que hubo 101 abortos entre las mujeres de la muestra de estudio. Se puede observar que el número de abortos es mayor que el número de cesáreas, teniendo esto en cuenta, es necesario en futuros trabajos investigar si el aborto puede ser un factor que predisponga a la disfunción de suelo pélvico y por ende al POP.

Otro dato interesante que se encontró fue una mayoría de mujeres con POP grado II y III en el intervalo de 3 a 5 partos. Cabe señalar que no existe una tendencia en relación a la aparición del POP, debido al aumento en el número de partos que pudiera tener una mujer, lo que nos

hace pensar que un factor de riesgo para presentar POP en este momento sería tener de 3 a 5 partos normales. Sin embargo, en el análisis de correlación de Spearman para el grado de POP y número de partos encontramos que existe una baja correlación 0.246, contrario a lo que esperábamos. Mientras que en nuestra hipótesis de estudio el resultado fue acertado al determinar una buena correlación 0.597 entre las variables grado de POP y cargar objetos pesados constantemente.

Uno de los factores de riesgo para padecer POP es la genética (Lim y Cols., 2014), por lo cual se incluyó la pregunta: ¿tiene familiares con Incontinencia urinaria o prolapso de órganos pélvicos? En donde encontramos que 84% no tiene familiares con POP o IU. Además un 73% respondió que nunca ha padecido IUU y un 39% casi nunca ha padecido IUE. Por lo que aquí no coincidimos con los resultados de otros estudios y otros autores, que señalan que la multiparidad tiene relación con la IU (Bent y Cols., 2004), así como la IU y el POP (Hendrix y Cols., 2005). Cabe señalar que la IU, no es un factor genético, pero se toma en cuenta por que la IU comparte factores etiológicos con la disfunción de suelo pélvico, y algunas veces están correlacionados.

Por otra parte, en la literatura revisada se encontró que la falta de estrógeno predispone al ambiente vaginal patológico (Bent y Cols., 2004), en nuestro estudio se encontró lo contrario, pues el 71% de las mujeres de la muestra refieren “nunca” padecer de infecciones vaginales frecuentes. Hecho que fue corroborado a través de la revisión de su expediente clínico y la exploración ginecológica que realizó el Médico en turno.

Otro factor de riesgo para desarrollar POP es la edad, existe una prevalencia probablemente debido al desgaste natural del organismo, al incrementar la edad, la disminución de colágeno y estrógeno que repercute en el debilitamiento de los tejidos y fascia endopélvica. Hecho que coincide con nuestro estudio donde encontramos que el 69% de las mujeres de la muestra se encuentra en etapas de adultez tardía, y presentan POP grado III. Asimismo, encontramos que sí existe una significancia estadística alta de 0.665 entre la edad y el grado de POP.

Por otra parte, las referencias señalan que los estrógenos cumplen un papel muy importante en el funcionamiento saludable de los órganos sexuales, principalmente en síntomas vasomotores y mantener la salud de la vagina. Así mismo, se cree que la falta de estrógeno no solo crea patologías, sino que también produce atrofia vaginal y disfunción sexual, lo que

se traduce en dispareunia que puede conducir a la reducción del número de relaciones sexuales, reducción de excitación, interés sexual ocasionando serios problemas en la mujer (Jackson y Cols., 2002).

Con respecto a los factores de riesgo agregados, se registró que solo el 33% padece diabetes, 52% hipertensión, 4% tos crónica y terapia de remplazo hormonal en algún momento de su vida. Cabe señalar que se preguntó a las mujeres si padecían de hipertensión o diabetes no por ser un factor de riesgo para padecer prolapso, sino porque dichas enfermedades influyen al momento de tomar una decisión en el tipo de tratamiento que brindará el médico a cada paciente. Sin embargo algo que llamó nuestra atención fue, que en el análisis de correlación de Spearman encontramos que existe una correlación positiva entre el grado de POP y la hipertensión arterial que padece cada paciente, resultados que hasta donde nosotros revisamos no encontramos en la literatura.

Por otra parte, los tratamientos que se brindan a las mujeres con POP son de dos tipos quirúrgico y conservador. De acuerdo a otros estudios la cirugía es el tratamiento más recurrente para el POP (Ijsselmuiden y Cols., 2014), hecho que coincide con nuestro estudio, donde encontramos que el 59% de las mujeres de la muestra reciben tratamiento quirúrgico. Así pues, la cirugía por POP representa un gasto sanitario elevado para el sistema de salud, de aquí la importancia de prevenir el POP para no llegar a la cirugía.

De igual forma, en nuestro estudio encontramos, que en el Hospital de Gineco-pediatría 3A del IMSS, se atendió a 4,190 pacientes con prolapso genital (IMSS, 2018). Donde observamos que los tratamientos más utilizados para el POP son las cirugías con el 59% y el uso de pesarios con el 33%, dato que se corresponde con la literatura revisada en donde se han visto que pacientes con POP sintomático ≤ 65 años con indicación de pesario, entre julio de 2009 y noviembre de 2012 hicieron uso de éstos dispositivos. Así mismo, la muestra se integró por 39 pacientes, que fueron capaces de acceder y usar el pesario, de las cuales solo 6 abandonaron el tratamiento. Además un 88% notaron mejoría subjetiva importante (Ralph y Cols., 2014). Adicional a esto, encontramos en nuestro estudio una prevalencia de POP de Cistocele del 67%, dato que coincide con lo descrito por Eréndira Quintana (2009), donde

refiere que el 30% de las mujeres de edad media padece POP de Cistocele, siendo éste el prolapso más común entre ellas.

Otro factor importante que contribuye a la baja frecuencia de actividad sexual en las mujeres es la IU (Fatton y Cols., 2020). Hecho parecido en nuestro estudio, donde la actividad sexual es muy poca, pero no debido a la IU, ni a los trastornos de suelo pélvico o POP sino a que la mayor parte de las mujeres de la muestra posiblemente están en etapa de adultez tardía y tal vez a su estado civil.

Un dato adicional y muy importante es el tiempo que transcurre desde que las mujeres de la muestra detectaron que tenían un prolapso y decidieron acudir a consulta para recibir tratamiento. El 70% de ellas, permaneció con su prolapso sin tratamiento y sin acudir al médico de 2 a 7 años. Las mujeres de la muestra refieren haber detectado su prolapso, pero no haber acudido inmediatamente a consulta, dejando transcurrir el tiempo hasta que presentaban algún tipo de sintomatología o molestia. Lo que nos permite determinar que el prolapso no causa gran molestia en sus inicios, pero al pasar del tiempo y conforme se agrava es causa de malestar físico y problemas emocionales.

El manejo clínico del prolapso es tratado conforme a la gravedad de los síntomas, y la mayoría de mujeres acude al médico cuando el prolapso tiene un estado avanzado, cuando la Calidad de Vida se está viendo comprometida. De hecho, en el IMSS, la evaluación por parte de los médicos en ocasiones es difícil debido al poco tiempo con el que cuentan para ofrecer la consulta, además de la falta de confianza de las pacientes con su médico, porque la mayor parte de mujeres de la muestra son de edad avanzada y sienten vergüenza durante la evaluación clínica.

En un estudio de los factores interpersonales y autoestima sexual en mujeres del noreste de México, llegaron a la conclusión que los factores interpersonales son elementos clave en la comprensión y evaluación de la autoestima sexual en las mujeres (Vega, 2014). Entre los factores interpersonales se encuentra el tiempo de convivencia con la pareja, el apoyo de pareja y la comunicación de las preferencias sexuales con su pareja.

Así mismo, nosotros encontramos en nuestro estudio una significancia estadística de 0.840 en el dominio de las relaciones personales, donde las mujeres de la muestra refieren haber contado a su pareja el problema del prolapso, sentirse comprendidas y escuchadas con

respecto a la sintomatología que presentan; de igual forma afirman que el prolapso no afecta la relación en pareja, y mucho menos con los familiares o amistades.

En el dominio de aspectos emocionales encontramos una significancia estadística de 0.630, puesto que las mujeres de la muestra refieren, desde su percepción que existe afección en su vida en general debido al POP. Cabe señalar que manifiestan síntomas de cansancio e incomodidad regularmente en un 40%. Hecho que coincide con estudios donde la mayoría de mujeres presenta dichos síntomas (López y Cols., 2021). Otros autores refieren que las mujeres con POP pueden presentar dolor del bajo vientre, protrusión de masa a través de la vagina, obstrucción urinaria y dificultad para defecar, lo que puede limitar la actividad física, la realización de esfuerzo físico, y la vitalidad, al incrementarse el dolor de manera significativa (Ramezani y Cols., 2011).

En cambio, en nuestra muestra de estudio, en el dominio de factores relacionados con la salud obtuvimos una significancia estadística de 0.610, donde un porcentaje alto de las mujeres refieren no padecer IU, infecciones vaginales constantes y estreñimiento. Cabe señalar que a pesar que ellas no conocían el término de prolapso supieron que tenían un problema y que tenían que acudir al médico debido a la presencia o sensación de un bulto o bolita dentro de su vagina.

Por otro lado, los dominios con menor significancia estadística por ejemplo de 0.400 fueron límites de rol, debido a que el POP no les impide realizar su trabajo, sus actividades domésticas, ni ha hecho que cambien sus hábitos personales, el único aspecto que cambió debido al POP fue que ya no cargan objetos pesados, delegando las actividades pesadas a algún familiar en caso de ser necesario. Y en el dominio de limitaciones físicas y sociales con significancia estadística de 0.224, encontramos que el 40% de mujeres de la muestra refieren que el POP no ha limitado su vida social, ni sus actividades físicas, y que el POP no ha sido impedimento para caminar, bailar, pasear, salir fuera de casa o de viaje. Aquí debemos señalar que las mujeres de la muestra son sedentarias y no viajan mucho fuera de casa. Queremos pensar que debido a esto no hubo una elevada significancia para este dominio. Sin embargo, en un estudio de percepción de la Calidad de Vida en mujeres con incontinencia de orina y prolapsos en tratamiento de recuperación del suelo pélvico; se encontró que la actividad física se ve afectada moderadamente, el 64% les afecta desplazarse

en avión, coche, autobús etc., el 36% considera que su vida social se ve afectada moderadamente y un 40% refiere que la IU les afecta mucho para visitar a sus familiares y amigos (López y Cols., 2021).

Por otra parte, Artiles y Cols., (2006), mencionan que la Calidad de Vida de la mujer parece tener relación con su vida sexual (Artiles y Cols., 2006), igualmente en un estudio realizado por Nazareth y Cols., (2003) se asocia la ocupación de la mujer y la relación de pareja con la disfunción sexual, este último factor es debido a que el no tener una pareja estable disminuye la excitación, lubricación y orgasmo además de aumentar la dispareunia. De acuerdo a su estudio ellos determinaron que el perfil de disfunción sexual femenina era de una mujer mayor de 44 años sin pareja estable, desempleada y con baja autopercepción de la Calidad de Vida (Nazareth y Cols., 2003).

Motivo por el cual incluimos en nuestro estudio un Índice de Función Sexual Femenino (FSFI por sus siglas en inglés) para poder conocer dicho Índice de las mujeres de la muestra.

Para nuestro FSFI encontramos que de las 247 mujeres de la muestra, con rango de edad de entre 40 a 86 años, el promedio de puntaje de FSFI fue de 9.58 ± 23.37 . Puntaje inferior al sugerido en el FSFI de Rosen Raymond y Col., (2000), cuyo valor es de 26. En nuestra investigación los dominios que presentaron puntuaciones más bajas fueron el dominio de orgasmo, deseo y dolor. Lo anterior es similar al encontrado en otro estudio en donde una población de mujeres mexicanas, vieron que las alteraciones sexuales más frecuentes fueron: disminución en el deseo sexual y sexo referido como desagradable e incapacidad para llegar al orgasmo, entre otros (Vega, 2014).

Aunque en los aspectos de las relaciones sexuales fueron pocas las mujeres que respondieron en nuestro estudio, encontramos que sí coinciden en sentirse cohibidas e incómodas al momento de tener relaciones sexuales, hecho similar publicado por otros estudios (López y Cols., 2021). Igualmente, Susana M Young, en un estudio prospectivo de 139 mujeres investigó la función sexual. Las mujeres con trastornos de suelo pélvico tenían más pobre función sexual, lo que representaba una menor actividad sexual que las mujeres sin ningún trastorno (Rogers y Cols., 2001). Por su parte Handa, demostró que el POP es causa de inactividad sexual (Handa y Cols., 2008).

La disfunción sexual en la mujer puede tener diversas causas, sin embargo desórdenes del piso pélvico como la incontinencia urinaria (IU) y el POP, pueden tener influencia en la satisfacción y función sexual (Urdaneta, 2013). Como se vio en un estudio sobre la función sexual en mujeres con alteraciones de piso pélvico que acuden a un hospital de Santiago de Chile, donde el 42% de las mujeres sufrían de IU, hecho que restringe su actividad sexual por miedo a tener pérdida de orina durante el acto sexual y el 63% dejan de tener relaciones sexuales debido a su prolapso (Flores, 2012).

Entre los factores que más afectan están la menopausia, la edad, dolor durante el coito y la falta de libido (LuKacz y Cols., 2007). En nuestro estudio se encontró que el 84.6% de la muestra de estudio no tiene vida sexual activa. Pero a diferencia de lo encontrado en otros estudios, las mujeres de nuestra muestra son de edad más avanzada y la mayoría se encuentra en etapa de menopausia, similar a lo reportado por Genaro Vega., quien en un estudio encontró que la edad pudiera estar implicada por los cambios hormonales propios de la pre menopausia y climaterio, que ocasionan, en una gran parte de la población femenina, una disminución del deseo sexual, y por ende poca excitación, dispareunia y falta de orgasmo (Vega, 2014).

Otro dato encontrado en nuestro estudio fue que el 52% de la muestra, refiere que su grado de interés sexual es regular, que tienen problemas para lubricar, presentan dolor durante y después de la penetración, les cuesta trabajo lograr el orgasmo, datos que coinciden con la literatura revisada, donde se explica que la atrofia genital y vulvar se debe a la pérdida de estrógeno propio de la edad de la mujer, esto no solo genera debilidad en el piso pélvico sino también una disminución en la lubricación vaginal y dispareunia (Freedman, 2014).

De forma similar, algunos estudios han encontrado que el POP tiene un impacto negativo sobre el funcionamiento sexual (Rogers y Cols., 2001) (Barber y Cols., 2002), Los dominios de nuestro cuestionario de FSFI mostraron niveles de baja significancia estadística con respecto al POP además de puntuaciones bajas, lo que podría deberse a que la mayoría de las mujeres incluidas en la muestra de estudio no tiene actividad sexual, posiblemente por la edad, por limitaciones conyugales o por impedimentos funcionales. Sin embargo, a pesar de tener prolapso algunas mujeres siguen siendo sexualmente activas, entre la muestra

encontramos que las mujeres de menor edad comprendidas en el rango de 40 a 59 años son quienes reportan tener vida sexual activa.

Algo que es interesante encontrar, es que pese a los inconvenientes que las mujeres de la muestra presentan con respecto a su prolapso, éstas se encuentran satisfechas con la relación emocional con su pareja, su relación sexual, y satisfechas con su vida sexual en general. Pensamos que posiblemente a que la mujer siente deseo sexual por una expectativa de mayor intimidad con su pareja, y no así a la fuerza biológica y sexual de su naturaleza, dicha motivación les permite crear un vínculo sentimental y afectivo que continúa a largo plazo.

Hallazgo parecido al encontrado en un estudio en mujeres Chilenas, donde muestran un alto grado de satisfacción sexual a pesar de la alta prevalencia de disfunción. Esto puede ser consecuencia de los patrones culturales asociados al comportamiento de la mujer, en los que priman los factores emocionales, psíquicos, sociales, religiosos, dándole mayor importancia al bienestar familiar, relación de pareja, estabilidad económica, siendo secundario el placer y el disfrute (Kamei y Kamei, 2005).

Previo a concluir, podemos decir que nuestros hallazgos son similares a los que han encontrado otros autores, se puede decir que el grado de POP se correlaciona fuertemente con los estados emocionales; lo que puede producir una degeneración en la Calidad de Vida. En nuestro estudio encontramos que el 36% percibe su Calidad de Vida afectada y el 34% regularmente afectada, dado que la mayoría de mujeres de la muestra de estudio presentan POP grado III. Al mismo tiempo, la media de las puntuaciones del dominio del Índice de Función Sexual Femenino que nosotros encontramos sugiere que las mujeres sexualmente activas tuvieron síntomas moderadamente molestos por el impacto del POP en su función sexual y cabe señalar que la correlación entre variables fue baja pero esto debido que la mayor parte de la muestra no tiene vida sexual activa, además por su edad están en etapa de menopausia, debido a ello sufren de resequedad vaginal, falta de lubricación, dolor antes y después de la penetración vaginal, falta de deseo sexual, libido disminuido y disminución en la satisfacción sexual; esto se ve reflejado en la falta de confianza para satisfacer su deseo sexual y lograr el orgasmo. Las mujeres con prolapso grado III tienen mayor probabilidad de sentirse cohibidas, que aquellas mujeres con prolapso grado I y II. Además, sumado a esto

pueden existir otros factores conyugales tales como la falta de pareja o limitaciones funcionales características de cada mujer, que pueden llegar afectar la sexualidad de la mujer. Por último, pudieran existir otros motivos, recordemos que la media de edad de dichas mujeres es de 67 años, por lo que podemos suponer que la educación sexual que recibieron en su época era aún más escasa o nula, hablar de sexo era un tema tabú, motivo que pudiera influir a la hora de hablar de su afección con el médico.

6.4 Conclusiones

- 1.- Ninguna mujer de nuestra muestra de estudio conoce el término “Prolapso”, sin embargo, el POP de “Cistocele” es el más común entre las mujeres de la muestra.
- 2.- El POP no imposibilita a las mujeres para realizar sus labores cotidianas, solo les ocasiona incomodidad y cansancio, además el POP no limita la vida social, ni familiar, solo tiene influencia sobre algunos de sus hábitos personales.
- 3.- Algunos factores de riesgo encontrados en nuestro estudio son similares a los de otros estudios. Los factores de riesgo que encontramos con predisposición al POP son: el cargar objetos pesados, el sobrepeso y haber tenido de 3 a 5 partos por vía vaginal. Contrario a esto, en nuestra investigación no se encontraron indicios de agentes infecciosos que pudieran predisponer al POP.
- 4.- Existe un hermetismo en torno a la situación debido a los tabús al hablar del sexo. Por otra parte, nuestra muestra de estudio tiende a normalizar algunos síntomas relacionados con el POP. Además, se ha determinado que el POP no es un impedimento para tener relaciones sexuales. Mientras el índice de función sexual femenino, indica que las mujeres investigadas sufren trastornos sexuales de acorde a su edad. Así mismo, el POP se presenta en mujeres en etapa de adultez tardía. Igualmente, un porcentaje muy alto de las mujeres de nuestra muestra de estudio están en etapa de adultez tardía y no tienen relaciones sexuales posiblemente debido a que 7 de cada 10 mujeres no tienen pareja. Pese a los inconvenientes ellas expresan estar satisfechas con su pareja, su acercamiento emocional, la relación sexual y su vida sexual en general. No obstante, debido al POP la Calidad de Vida se ve afectada, esto desde su percepción de salud.

5.- Es necesario introducir cuestionarios de “Calidad de Vida Relacionada con la Salud”, para tomar en cuenta aspectos individuales de las pacientes. Al mismo tiempo, es necesario enfocar una atención integral a las mujeres, centrada en valoración de síntomas, efecto en la función sexual, educación, cultura del autocuidado y apoyo emocional.

6.5 Propuesta desde la Promoción de la Salud para esta problemática

Es importante señalar que las estrategias de Promoción de la Salud actúan desde el Nivel Primario de Atención en Salud, sobre los Determinantes Sociales de la Salud, es decir, se dirigen a la población en general y se pueden enfocar inclusive a nivel preventivo. Así entonces, nosotros elaboramos de manera general una formulación de estrategias para ayudar a evitar la Disfunción de Suelo Pélvico y por consiguiente el POP:

- Una vez identificados los factores de riesgo para el POP, pensamos que se podría crear un plan para actuar y modificar los estilos de vida que predisponen a la afección. La herramienta principal en la prevención del POP pudiera ser la información (trípticos, publicaciones, áreas especializadas, archivo clínico de seguimiento, páginas de Internet, campañas de salud realizadas por el Gobierno Federal, etc.)
- Crear áreas especiales donde se brinde la información necesaria acerca del POP y de cómo prevenir la afección, adoptando las medidas correspondientes para mejorar la salud.
- En caso de padecerlo o haber pasado por una cirugía de POP informar sobre los cuidados necesarios a seguir.
- Informar de los factores y conductas de riesgo para POP, todo ellos en conjunto con los sistemas de atención de salud.
- El plan a seguir debe ser tanto colectivo para poder contemplar sus aprendizajes y vivencias propias que pudieran servir para compartir con un grupo de apoyo, así como individual, contemplando a la mujer con el entorno en el cual se desenvuelve.
- Promover la cultura del autocuidado.
- Ofrecer información alimentaria adecuada a la afección en cuestión.

- Crear espacios en donde se realice terapia de rehabilitación de suelo pélvico, como son los ejercicios hipopresivos, y ejercicios de Kegel, con el fin de rehabilitar y fortalecer el suelo pélvico.

Así entonces y debido a que encontramos similitudes entre los resultados que obtuvimos y los encontrados por otros autores, buscaremos hacer la diferencia basándonos en las estrategias de Promoción de la Salud, proponiendo un taller que atienda las necesidades tanto físicas como emocionales, además de una guía de instrucciones sobre los ejercicios de Kegel, para poder mejorar significativamente la Calidad de Vida de las mujeres mexicanas afectadas por el POP.

1.- Primeramente se hará un diagnóstico situacional para conocer las condiciones físicas de las mujeres que asistirán al taller (evaluación pre-taller), que tal vez podría ser en buena parte lo realizado en nuestro trabajo de investigación de tesis, donde se aplicaron cuestionarios para obtener información del padecimiento de dichas mujeres pertenecientes a la muestra de estudio.

2.- Luego con lo obtenido en el diagnóstico se pretende diseñar y proponer las actividades y número de sesiones que se presentaran

3.- En el taller se podría informar, explorar mediante entrevistas, testimonios, interlocución, escuchar las voces de quien padece de POP, además sobre los factores Determinantes Sociales de la Salud relacionados con la Disfunción de Suelo Pélvico; estructura del suelo pélvico, las complicaciones por disfunción, los aspectos de prevención, el conocimiento de la anatomía de la pelvis, así como sobre los cambios fisiológicos que se producen durante las diferentes etapas de la vida de la mujer. Tales como el embarazo, los partos la menopausia, etc., se trataría principalmente de proporcionar a las mujeres asistentes al taller las herramientas que pueden ayudar a prevenir esta disfunción; además de que desde luego el objetivo del taller debería de tratar aspectos teóricos y prácticos.

4.- Evaluación post-taller, cabe señalar que el taller debe ser coordinado por el personal de salud que atiende dentro de la Institución de salud en cuestión, como podría ser el Hospital de Gineco-pediatria 3A del IMSS (con previa capacitación). Además de que por supuesto estos podrían recibir ayuda de otros profesionales de la Salud como lo son Fisioterapeutas especialistas en suelo pélvico, Psicólogos, Médicos y Promotores de la Salud; se deben

presentar pláticas informativas breves, con el objetivo de sensibilizar acerca de la afección, además de proporcionar la terapia física que sirva tanto de prevención como de rehabilitación para quien en su caso ya padece una Disfunción de Suelo Pélvico.

Cabe señalar, que el éxito de cualquier programa depende de la disposición del individuo en adoptar nuevos comportamientos en favor de su salud física y emocional.

6.6 Taller para promover la salud en mujeres con Disfunción de Suelo Pélvico y Prolapso de Órganos Pélvicos

Promover la salud es “Capacitar” a las personas para que puedan mejorar la salud actuando sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Una de las estrategias de la Promoción de la Salud (PS) es el desarrollo de habilidades considerando a las propias personas como el principal recurso para la salud. Un taller diseñado desde el contexto de la PS ha de conseguir que sus participantes se sientan protagonistas, desarrollen habilidades, se conviertan en “activos” para tomar decisiones y generen salud (Hernández y Cols., 2014).

Las técnicas participativas son los instrumentos que de manera explícita indican la manera más adecuada para desarrollar la actividad. Los objetivos y las características de los miembros del grupo. Partiendo de la propia realidad y experiencia con sus propios códigos es decir desde su percepción (Hernández y Cols., 2014). Por otro lado, como se mencionó anteriormente, una herramienta que es utilizada por la PS es la Educación para la Salud, por lo que también haremos uso de esta herramienta más adelante.

En cuanto a las etapas del diseño de ejecución del taller proponemos 3 etapas que siguen una adaptación del esquema Metcafe y Cols (Hernández y Cols., 2014), que comprende la etapa inicial, donde se da la bienvenida y se presentan los objetivos generales del taller, además se brinda información sobre las normas de funcionamiento y las actividades a realizar. La etapa central se llevará a cabo con dinámicas de adquisición de información, de adopción de actitudes favorables al cambio(s) en salud y a la adquisición de habilidades y en la etapa final, será donde se hará una evaluación del taller.

Nombre del Taller: Taller para promover la salud en mujeres con Disfunción de Suelo Pélvico (DSP) y Prolapso de Órganos Pélvicos (POP).

Responsable: Diana Ruiz Martínez

A quien va dirigido: El taller está dirigido a las mujeres con DSP y POP que asisten a consulta externa dentro del Hospital de Gineco-pediatría 3A del IMSS, turno matutino.

Lugar para realizar el taller: El taller se llevará a cabo dentro de las instalaciones del Hospital de Gineco-pediatría 3A del IMSS.

Numero de módulos o sesiones del taller:

El número de sesiones de las que constará el taller será de 8 sesiones, de una hora, 10 minutos para la actividad de report, por 40 minutos de trabajo en grupo y 10 minutos de reflexión. Así mismo por cada hora de trabajo en el taller se dejarán ejercicios que harán en casa para alcanzar los objetivos planeados.

Modalidad de trabajo inicial:

Antes de iniciar el taller se hará una reseña a cerca del contexto de la Disfunción del Suelo Pélvico y sus repercusiones en la salud física y psicológica través de un periódico mural, repartición de trípticos a cerca de la afección; estos materiales son para las mujeres en general y permiten de una forma fácil adquirir la información necesaria para conocer y reflexionar acerca del tema.

Justificación:

El punto principal de este taller es poder llevar a las mujeres una reflexión y entrenamiento, en la cual puedan integrar todas las condicionantes que conllevan a la afección, a través de esto poder auto formular sus propias respuestas con base a una metodología adecuada para mejorar sus estilos de vida.

Objetivo general del taller.

- Determinar y aumentar los conocimientos que las mujeres asistentes al taller tienen sobre la anatomía, la función y la Disfunción del Suelo Pélvico. Además de ayudar a que reflexionen desde su propia percepción de salud para generar cambios en su propia conducta.

Objetivos específicos.

- Conocer los factores de riesgo que conllevan a la DSP y al POP.
- Las participantes del taller harán conciencia de sus capacidades y limitaciones, además de considerar cuales son factible de desarrollo o cambio.
- Fomentar el desarrollo de las relaciones interpersonales.
- Reconocer aspectos psicológicos que afectan al pronóstico, la aparición y el curso del POP.
- Integrar los ejercicios Kegel para el fortalecimiento del suelo pélvico e informar sobre los beneficios para mejorar las relaciones sexuales.

Organización curricular.

Como el taller que se impartirá además de práctico también es un taller reflexivo no busca necesariamente iniciar procesos, solo está planeado para modificar posiblemente un cambio de actitudes para ello se planean dinámicas y actividades reflexivas.

Tabla 9. Carta descriptiva.

Bienvenida, presentación de los objetivos y temas del taller.

Número de Sesión	Temas a abordar	Metodología y Recursos requeridos	Objetivos	Duración de actividad
Sesión 1. <i>Bienvenida y presentación de los objetivos generales del taller</i>	Normas de funcionamiento, y actividad de motivación	Charla informativa, ningún recurso requerido	Que conozcan los objetivos del taller de salud y la importancia del mismo	60 min
Sesión 2. <i>Factores de riesgo para la Disfunción de Suelo Pélvico</i>	Que es la Disfunción de Suelo Pélvico y cuáles son los factores de riesgo	Charla informativa, testimonios, interlocución, algunos aspectos de prevención. Recursos requeridos, hojas de papel, bolígrafos	Distinguir las conductas y hábitos saludables, además de conocer los beneficios de ejercitar el suelo pélvico	60 min
Sesión 3. <i>Cambios fisiológicos en las diferentes etapas de la vida de la mujer</i>	Cambios fisiológicos en las diferentes etapas de la vida de la mujer y el suelo pélvico	Charla informativa, testimonios, interlocución, hojas de papel, bolígrafo	Que las mujeres asistentes al taller conozcan los cambios fisiológicos que presenta su cuerpo, como afectan al suelo pélvico y como cuidar su cuerpo	60 min
Sesión 4. <i>Aspectos Psicológicos del POP</i>	Relación entre las emociones y la enfermedad, reflexión desde la psicología de la salud	Interlocución, escuchar las voces de quien lo padece, reflexión	Que las mujeres asistentes al taller reconozcan aspectos psicológicos que afectan a la aparición, curso y pronóstico del POP	60 min

Sesión 5. <i>Relaciones interpersonales</i>	Aprender a comunicar a nuestra pareja y familia que pensamos, que sentimos, nuestras expectativas en relación con el POP	Dialogo reflexivo, manejo de emociones, comunicación	Fomentar la habilidad de las relaciones interpersonales con la pareja, familia y amigos	60 min
Sesión 6. <i>Ejercicios para el fortalecimiento del suelo pélvico</i>	Progresión de ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico	Charla informativa videos educativos y Técnicas de habilidades físicas, y como recursos materiales un block de yoga, pelota o cojín, tapete de yoga o de Pilates	Que las mujeres sean capaces de realizar el entrenamiento del suelo pélvico de forma correcta para realizarlos durante la sesión y posteriormente en casa	60 min
Sesión 7. <i>Creación e integración de hábitos saludables</i>	Rehabilitación física de suelo pélvico	Testimonios de mujeres que han padecido POP	Expondrán las experiencias de la integración de los ejercicios de Kegel en su vida diaria	60 min
Sesión 8. <i>Evaluación del proceso y resultados del taller</i>	Recordatorio de los puntos importantes, los objetivos alcanzados y la evaluación del taller	Cuestionarios, Retroalimentación, Técnicas de expresión, y recursos materiales como un pliego de papel bond, lápiz y plumones	Determinar los conocimientos adquiridos, los objetivos alcanzados, y reconocer los avances realizados	60 min

Esta duración puede variar en función del tema, las características del grupo y la habilidad para realizar los ejercicios de Kegel.

Evaluación final del taller

Cabe señalar, que antes de hacer una evaluación final de nuestro taller, se hará un seguimiento de los aprendizajes, mediante la realización de test de conocimientos, además de revisar si se cumplió con los objetivos planteados. También se les proporcionará un cuestionario de evaluación para determinar su opinión sobre nuestro taller.

Al mismo tiempo, se repartirán a las mujeres asistentes al taller una guía de instrucciones sobre los ejercicios de Kegel, donde se encuentran los puntos clave de prevención y algunos consejos para realizar correctamente los ejercicios de fortalecimiento de suelo pélvico.

Para finalizar nuestro taller se les agradecerá por su participación y se les brindará la información necesaria de contacto para resolver cualquier duda que pudieran tener. Cabe señalar que el test de conocimientos y la evaluación del taller se integran en la sección de anexos. (Ver anexo no. 7)

6.6.1 Guía de instrucciones sobre los ejercicios de Kegel para rehabilitación de suelo pélvico

Como se dijo anteriormente, los ejercicios de Kegel fueron ideados por el Dr. Arnold Kegel para fortalecer los músculos del suelo pélvico y se basan en contraer y relajar el músculo pubococcígeo en repetidas ocasiones, con el objetivo de incrementar su fuerza y resistencia, facilitar el parto, incrementar la circulación sanguínea en la zona, así como evitar el POP, debido a esto es muy importante que además de ofrecer las sesiones del taller, se le proporcione a las mujeres una guía de ejercicios para la rehabilitación de suelo pélvico para realizar dichos ejercicios en casa. Por tal motivo incluiremos una guía de ejercicios de Kegel en la sección de anexos. (Ver anexo no. 5)

6.6.2 Las formas de autoevaluación

El equipo de profesionales que brindarán los talleres, coordinados por el Promotor de la Salud deberán reunirse periódicamente para presentar los avances alcanzados en la realización del taller, dichos resultados serán obtenidos a través de la evaluación continua, generación y renovación sistemática de estrategias adecuadas dirigidas no solo a la rehabilitación física y psicológica, sino a la salud en general.

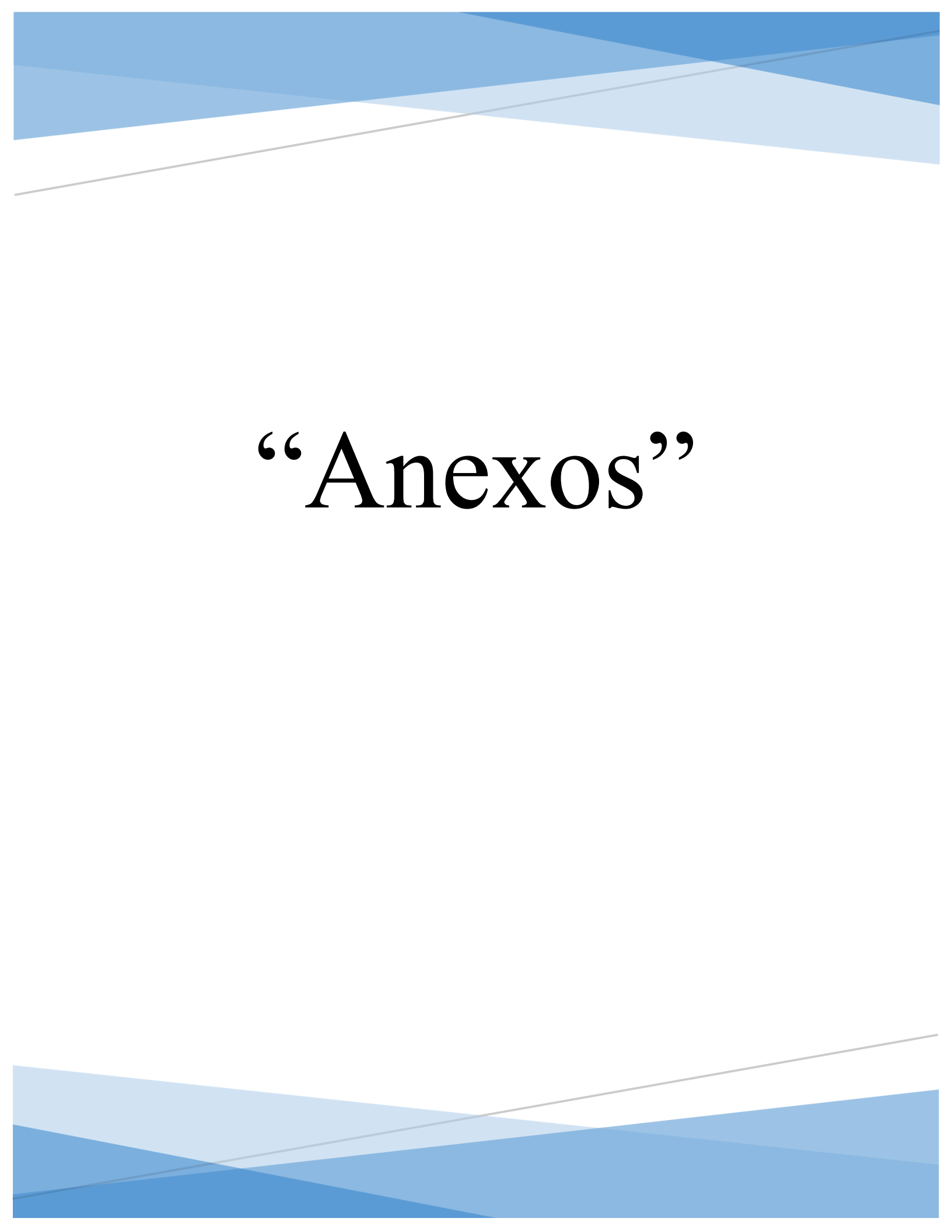
6.7 Consideraciones técnicas

Cabe señalar que para obtener el permiso de investigación por parte de la Institución de Salud y aplicar los cuestionarios dentro del Hospital, fue un requisito utilizar cuestionarios ya existentes y validados, por lo que se hizo la búsqueda de cuestionarios relacionados con el tema de Prolapso de Órganos Pélvicos y Calidad de Vida en artículos científicos e Instituciones de Salud de otros países. Asunto que no fue muy favorecedor para nuestra investigación, porque algunos resultados fueron similares a los encontrados en otras investigaciones.

Algunos aspectos fueron limitantes para desarrollar adecuadamente la investigación, se deben tomar en cuenta más aspectos cualitativos para poder indagar más sobre los estilos de vida y el contexto socio económico en el que viven muchas mujeres.

Otro factor que necesita ser investigado es el uso del dispositivo intrauterino, pues generaciones atrás no se usaba y la paridad elevada en nuestro estudio no demostró ser un factor muy relevante para POP. Por último también deberíamos considerar otros factores como la episiotomía y la iatrogenia médica por mala praxis durante la labor de parto. También debe destacarse la cantidad de recidivas posteriores al tratamiento quirúrgico, aunque es variable según la etnia, país y año, es un indicador del tamaño del problema. Por otra parte, se recomienda para futuras investigaciones revisar las variables aborto e hipertensión, debido a que en nuestra investigación resultaron tener significancia estadística.

En cuanto al trabajo de investigación, como se dijo anteriormente se hizo dentro del Hospital de Gineco-pediatría 3A del IMSS, en consulta externa, por tal motivo los cuestionarios fueron aplicados dentro del consultorio del médico en turno y otros más en el pasillo afuera del consultorio, motivo por el cual se redujo el tiempo de aplicación, además de limitar la privacidad de las participantes, por lo que creemos que dichos factores influyeron en los resultados.



“Anexos”

ANEXO NO. 1

Plan semanal de actividades Noviembre 2018 a Julio 2021													
Actividades	MES	nov-18	dic-18	ago-19	sep-19	oct-19	nov-19	dic-19	ene-20	feb-20	mar-20	abr-20	may-21
Revisión antecedentes biográficos	PROGRAMADO												
	REALIZADO												
Planteamiento del problema	PROGRAMADO												
	REALIZADO												
Diseño de protocolo de investigación	PROGRAMADO												
	REALIZADO												
Diseño de capítulos	PROGRAMADO												
	REALIZADO												
Búsqueda de instrumentos	PROGRAMADO												
	REALIZADO												
Tramites para investigación en HGP3A	PROGRAMADO												
	REALIZADO												
Intervención HGP3A	PROGRAMADO												
	REALIZADO												
Recuperación de datos	PROGRAMADO												
	REALIZADO												
Análisis de datos	PROGRAMADO												
	REALIZADO												
Resultados y conclusiones	PROGRAMADO												
	REALIZADO												
Propuesta de trabajo	PROGRAMADO												
	REALIZADO												
Entrega informe final	PROGRAMADO												
	REALIZADO												

ANEXO NO. 2

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DF
HOSPITAL DE GINECO PEDIATRIA 3A- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

Carta Consentimiento informado para participantes:

"Prolapso de Órganos Pélvicos (POP) y sus repercusiones en la Calidad de Vida y Salud Femenina"

El presente instrumento diagnóstico nos permitirá determinar cual es la relación que existe entre la Calidad de Vida, la Salud Sexual Femenina y el Prolapso de Órganos Pélvicos en mujeres.

Por ello estamos invitando a mujeres que asisten a consulta en el área de ginecología del Hospital Gineco-Pediatría 3A, a participar contestando un breve cuestionario.

El cuestionario tiene una aplicación de 5 min. aproximadamente; la información que usted proporcione será estrictamente confidencial. Los datos recabados se ocuparán de una manera anónima sin perjudicar la integridad de las participantes de acuerdo a la ley general de protección de datos personales, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero del 2017 (www.diputados.gob.mx). Dichos datos serán registrados directamente en una base de datos, y únicamente la persona responsable del proyecto de investigación podrá tener acceso a los mismos mediante claves de seguridad.

Su participación en la encuesta no tiene costo alguno, es totalmente voluntaria y en beneficio de su salud.

Si esta de acuerdo en participar en este estudio estrictamente académico, firme de aceptación.

"Si estoy de acuerdo en participar"
Firma.

ANEXO NO. 3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION NORTE DF

HOSPITAL DE GINECO PEDIATRIA 3A- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE LA CIUDAD DE MEXICO

Lea cuidadosamente y responda de acuerdo a la escala de valores.

Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi nunca	Nunca
5	4	3	2	1

Pregunta.	Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi nunca	Nunca
1.-¿Piensa que el prolapso de órganos pélvicos afecta su vida?					
2.-¿Alguna vez ha tenido ganas de ir urgentemente al baño?					
3.-¿Alguna vez ha tenido perdida de orina (escapes) asociada a un deseo inquantable de orinar (apuros)?					
4.-¿Alguna vez ha tenido perdida de orina asociada con toser, reir (o estornudar)?					
5.-¿Alguna vez ha tenido que cambiarse de ropa interior debido a IU?					
6.-¿Ha tenido miedo a presentar incontinencia urinaria durante el acto sexual?					
7.-¿Ha presentado incontinencia urinaria durante el acto sexual?					
8.-¿Ha tenido sensación de un bulto o pesadez en la vagina?					
9.-¿Ha presentado Infecciones vaginales constantes?					
10.-¿Consideras que el prolapso ha afectado o modificado aspectos relacionados con su relación y satisfaction sexual?					
11.-¿El prolapso le hace sentir deprimida, cansada, incomoda, o nerviosa?					
12.-¿Cuando tiene relaciones sexuales con su pareja alguna vez ha sentido incomodidad, verquenza o miedo?					
13.-¿Le ha contado a su pareja su problema de prolapso?					
14.-¿Su pareja la comprende con relación a su problema de prolapso?					
15.-¿El tener prolapso afecta su vida en pareja?					
16.-¿El tener prolapso afecta su relación familiar o con amistades?					
17.-¿El tener prolapso le ha impedido trabajar?					
18.-¿El tener prolapso ha hecho que cambie algunos de sus hábitos personales o profesionales?					
19.-¿El tener prolapso ha limitado su vida social?					
20.-¿El tener prolapso ha afectado sus actividades domésticas (ir de compras, lavar, cocinar, hacer limpieza etc.?)					
21.-¿El tener prolapso ha limitado sus actividades físicas como hacer ejercicio, correr, pasear, bailar, etc.?					
22.-¿El tener prolapso le ha impedido viajar o hacer actividades fuera de casa?					
23.-¿En su hogar o trabajo levantaba objetos pesados continuamente?					
24.-¿Padece de estreñimiento o dificultad para evacuar el intestino?					

Adaptado del Cuestionario Calidad de Vida en el Prolapso P-QOL (Flores C., 2012)

ANEXO NO. 4

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN NORTE DF

HOSPITAL DE GINECO PEDIATRIA 3A- UNIVERSIDAD AUTONOMA DE LA CIUDAD DE MEXICO.

En las últimas cuatro semanas...	Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi nunca	Nunca
1.-¿Cuándo sintió interés o deseo sexual?					
2.-¿Como fue su grado de interés o deseo sexual?	Muy alto	Alto	Regular	Bajo	Muy bajo
3.-¿Con qué frecuencia experimentó excitación sexual durante la actividad sexual?					
4.-¿Como estima su nivel de excitación sexual?	Muy alto	Alto	Regular	Bajo	Muy bajo
5.-¿Confía en poder lograr excitación sexual durante la actividad sexual?					
6.-¿Con qué frecuencia ha satisfecho su excitación durante la actividad sexual?					
7.-¿Con qué frecuencia se ha lubricado (humedecido o mojado) durante la actividad sexual?					
8.-¿Cuan difícil fue lubricarse (mojarse) durante la actividad sexual?					
9.-¿Con qué frecuencia mantiene la lubricación hasta completar la actividad sexual?					
10.-¿Cuán difícil fue mantener su lubricación hasta completar su actividad sexual?					
11.- ¿Cuándo ha tenido actividad sexual, con qué frecuencia					
12.-¿Cuándo ha tenido actividad sexual, le fué difícil lograr el orgasmo (climax)?					
17.-¿Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?					
18.-¿Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?					
19.-¿Con qué porcentaje usted valora su molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?					

En las últimas cuatro semanas...	Muy satisfecha (6)	Moderadamente satisfecha (5)	Satisfecha (4)	Moderadamente insatisfecha (3)	Insatisfecha (2)	Muy insatisfecha (1)
13.- ¿Cuán satisfecha estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad sexual?						
14.- ¿Cuán satisfecha estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?						
15.- ¿Cuán satisfecha ha estado con la relación sexual con su pareja?						
16.- ¿Cuán satisfecha a estado con su vida sexual en general?						

Adaptado del Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (Rosen R., 2004).

Antecedentes Generales	Respuesta	Preguntas	Si	No
Edad		Recibe terapia de remplazo		
Peso		Familiares con IU/POP		
Talla		Padece hipertensión arterial		
Estado civil		Padece sobre peso/obesidad		
Escolaridad		Padece tos crónica		
Ocupación		Padece de diabetes		
Número de partos		Cirugía POP		
Tipo y grado de POP	(Revisión de expediente clínico	Pesario		
Tipo de parto Normal/ Cesárea/Forceps		¿Desde cuándo tiene POP?		

EJERCICIOS DE KEGEL



BENEFICIOS

**PREVIENE EL RIESGO DE PROLAPSO
RELACIONES SEXUALES MÁS PLACENTERAS
RECUPERACIÓN POST PARTO MÁS RÁPIDA
FORTALECE EL SUELO PÉLVICO**

Para localizar los músculos del suelo pélvico la próxima vez que tenga ganas de orinar, inicie y luego pare. Sienta los músculos de la vagina (para las mujeres), la vejiga o el ano ponerse firmes y desplazarse hacia arriba. Estos son los músculos del suelo pélvico.

Contraiga los músculos del suelo pélvico durante cinco segundos, luego relájelos durante cinco segundos. El objetivo es llegar a contracciones que duren diez segundos, seguidas de diez segundos de relajación. Repítalo diez veces. Siga con dos series de contracciones fuertes y rápidas. Durante el día, realice tres series de estos ejercicios para el suelo pélvico.

Haga que los ejercicios de Kegel formen parte de su rutina diaria. Estos ejercicios pueden realizarse en cualquier lugar y cualquier momento.



ANEXO NO. 6
TEST DE CONOCIMIENTOS

- 1.- ¿Qué es el suelo pélvico?
- 2.- ¿Qué son los ejercicios de Kegel?
- 3.- ¿Para qué sirven?
- 4.- ¿Cuáles son los hábitos y conductas saludables?
- 5.- ¿Que hábitos considera que son adecuados para mantener sano el suelo pélvico?
- 6.- ¿Que hábitos considera que dañan la salud del suelo pélvico?

ANEXO NO. 7
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL TALLER PARA PROMOVER LA
SALUD EN MUJERES CON DSP Y POP

- 1.- ¿Cuál es su opinión general del taller?
- 2.- ¿Considera que los temas que se dan en el taller son adecuados?
- 3.- ¿Considera que tienen utilidad en su vida?
- 4.- ¿Considera que ha adquirido las habilidades teóricas y prácticas necesarias para mantener la salud del suelo pélvico?
- 5.- ¿Considera que el tiempo para realizar las actividades prácticas es el apropiado?
- 6.- ¿Desearía añadir o quitar alguna actividad al taller?

ANEXO NO. 8

FÓRMULA PARA CALCULAR EL TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$no = \frac{Z^2 (Pq)}{e^2}$$

$$n = \frac{no}{\frac{1 + (no - 1)}{N}}$$

Donde:

Z→ Representa el intervalo de confianza

e → Error máximo permitido

N→ Tamaño de la muestra

Pq→ Varianza de la proporción

Datos.

N= 3600 mujeres en tratamiento anualmente por POP

$1-\alpha = 95\%$

Z= 1.96

e = 0.06

P= 0.5

P + q = 1

q = 1- 0.5

q = 0.5

Operaciones

$$no = \frac{1.96^2 (0.5 \times 0.5)}{0.06^2}$$

$$no = \frac{3.8416(0.25)}{0.0036}$$

$$no = \frac{0.9604}{0.0036}$$

$$no = 266$$

Como se conoce la población se tiene que hacer un ajuste.

$$n = \frac{no}{1 + \frac{(no + 1)}{N}}$$

$$n = \frac{266}{1 + \frac{(266 + 1)}{3600}}$$

$$n = \frac{266}{1 + \frac{(267)}{3600}}$$

$$n = \frac{266}{1 + 0.074166667}$$

$$n = 247.6338246626$$

El tamaño de la muestra es de:

$$\mathbf{n = 247}$$

Cabe señalar que el dato inicial para obtener el n de la muestra fue de 3600 casos anuales, aunque al estar por terminar la investigación se obtuvo el número real de 4190 casos anuales atendidos en consulta externa en consultorios del IMSS en 2018, por lo que decidimos quedarnos con la cifra inicial debido a que sobre pasamos el tiempo planeado para la recolección de datos.

REFERENCIAS

1. Abel, T. (2007). Cultural Capital in health promotion. En McQueen D, Kickbush I (ed). Health and modernity: The role of theory in health promotion. Springer
2. Abrams P., Andersson K., Birder L. (2010). Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 213-240.
3. ACOG. (2015). Practice Bulletin No. 63: Urinary Incontinence in Women. *Obstetrics and gynecology*, 126(5), e66–e81. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001148>
4. Agudo, A. (2014). Cuando el útero dice basta disponible en www.elpais.com/elpais/2014/05/21/planeta_futuro/1400673889_2709630.html
5. Allen-Brady, K., Norton, P. A., Farnham, J. M., Teerlink, C., & Cannon-Albright, L. A. (2009). Significant linkage evidence for a predisposition gene for pelvic floor disorders on chromosome 9q21. *American journal of human genetics*, 84(5), 678–682. <https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2009.04.002>
6. Arredondo, A. (1998). Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-enfermedad, *Cad.Sàude Pùbl.*, Río de Janeiro, 8 (3): 254-261, jul/sep., 1998.
7. Artiles V., Gutiérrez M., Sanfélix J. (2006). Función sexual femenina y factores relacionados. La atención primaria y comunitaria española en la encrucijada. 38(6):339-44 disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13093371>
8. Avalos, J. (2013). Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Disponible en <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3568/38.pdf>
9. Azar M., Noohi S., Radfar S., and Radfar, M. (2008). Sexual function in women after surgery for pelvic organ prolapse. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, 19(1), 53–57. <https://doi.org/10.1007/s00192-007-0399-4>
10. Badalian S., Rosenbaum P. (2010). Vitamin D and pelvic floor disorders in women: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *Obstetrics and gynecology*, 115(4), 795–803. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181d34806>
11. Barber, M. D., Visco, A. G., Wyman, J. F., Fantl, J. A., Bump, R. C., & Continence Program for Women Research Group (2002). Sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstetrics and gynecology*, 99(2), 281–289. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(01\)01727-6](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01727-6)
12. Beckman N., Waern M. (2008). Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations 1971-2001. *British Medical Journal*. 337 (a 279), 176.
13. Bent., Ostergard D., Cundiff G., Swift S., & Sapiña D. (2004). *Uroginecología y disfunción del piso pélvico* (Quinta edición). México: McGraw Hill Interamericana.
14. Bernués, I. (2014). Efectos de la episiotomía sobre el suelo pélvico y periné. Disponible en

- <http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11903/TFGItziarBernues.pdf?sequence=1>
15. Blanco, E. (2019). Los componentes de la unidad biopsicosocial. Disponible en <https://es.calameo.com/read/0056520421d725989ab40>
 16. Borges R., Ramón E. (2011). Reparación de los prolapsos de los órganos pélvicos con bandas de polipropileno preobturador. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*
 17. Botlero R., Bell J., Urquhart M., & Davis R. (2011). Prevalence of fecal incontinence and its relationship with urinary incontinence in women living in the community. *Menopause* (New York, N.Y.), 18(6), 685–689. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181fee03b>
 18. Breilh, J. (2003). Epidemiología crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Colección Salud Colectiva, Buenos Aires.
 19. Carrillo, K. (2013) .Anatomía del piso Pélvico. *Rev. Med. Clin. Condes*. Págs. 185-189.
 20. Castro, R. (2017). Defectos del suelo pélvico y su impacto en la calidad de vida de la mujer. *Rev. Cubana de Medicina General Integral*. Págs. 171-179.
 21. Chan, M. (2017). Derecho a la Salud. Disponible en <https://sites.google.com/site/lasaludcomoderechosocial/derecho-a-la-salud>.
 22. Chen L., Ashton-Miller J., & DeLancey, J. (2006). Interaction among apical support, levator ani impairment, and anterior vaginal wall prolapse. *Obstetrics and gynecology*, 108(2), 324–332. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000227786.69257.a8>
 23. Cohen, D. (2013). Prolapso genital femenino: lo que debería saber. Unidad de Ginecología, Departamento Obstetricia y Ginecología, Centro de Especialidades en Piso Pelviano, Clínica Las Condes. Págs. 202-209, DOI: 10.1016/S0716-8640(13)70151-2
 24. Colomer C., Álvarez-Dardet, C. (2013). ¿Qué es y qué no es la promoción de la salud?, Disponible en <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2013/10/19/que-es-y-que-no-es-la-promocion-de-la-salud-colomer-y-alvarez-dardet-revisitados/>.
 25. Corona T., Medina M., Ostrosky P., Sarti E., Uribe P. (2014). La mujer y la Salud en México, CDMX, CONACYT
 26. Delancey J., Kane L., Miller J., Patel D., Tumbarello J. (2008) Graphic integration of causal factors of pelvic floor disorders: an integrated life span model. *Am J Obstet Gynecol*. 199 (6):610.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2008.04.001.
 27. Espuña, M. (2009). Sexual health in women with pelvic floor disorders: measuring the sexual activity and function with questionnaires--a summary. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, 20 Suppl 1, Págs. S65–S71. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-0828-7>
 28. Fashokun T., Harvie H., Schimpf M., Olivera C., Epstein, L., Jean-Michel M., Rooney K., Balgobin S., Ibeanu O., Gala R., Rogers R., and Society of Gynecologic Surgeons' Fellows' Pelvic Research Network. (2013). Sexual activity and function in

- women with and without pelvic floor disorders. *International urogynecology journal*, 24(1), 91–97. <https://doi.org/10.1007/s00192-012-1848-2>
29. Fatton C., de Tayrac R., Letouzey V., Huberlant S. (2020). Prolapso de órganos pélvicos y función sexual. *Nat. Rev. Urol.* Págs., 373-390
 30. Fernández-Mayoralas G., Rojo F., (2005). Calidad de Vida y Salud: Planteamientos Conceptuales y Métodos de Investigación. *Territoris*, núm. 5 Universitat de Illes Balears. Págs. 117-135.
 31. Figueroa, T. (2005). Menopausia, no dejes escapar tu colágeno. Disponible en <https://www.colnatur.com>
 32. Flores C., Pizarro J. (2012). Calidad de vida en mujeres con alteraciones del piso pélvico: revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(3), Págs.175-182. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000300002>
 33. Flores L., Uclés V. (2018). Ejercicios hipopresivos: prescripción, técnicas y efectividad. *Rev Clin Esc Med*, 8(4):1-13.
 34. Fotografía de compartimiento posterior, imagen tomada de <https://es.calameo.com/read>
 35. Freedman M. (2014). Percepciones de la dispareunia en mujeres posmenopáusicas con atrofia vulvar y vaginal: hallazgos de la encuesta REVIVE. *Salud de la mujer*. Págs. 445-454.
 36. García, A. (2020). Disfunciones de suelo pélvico. *NPunto Volumen III. Número 24.*, Págs. 1-21. <https://orcid.org/0000-0002-5408-6263>.
 37. García, J. (2010). Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36 (4): 371 – 380. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_36_04_10/spu14410.htm
 38. Giraldo A., Toro M., Macías A., Valencia C., Palacio S. (2010). La Promoción de la Salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables, *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 15, No.1, enero - junio 2010, Págs. 128 – 143.
 39. González B., Rodríguez J., Toro A., & González M. (2014). Eficacia del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en incontinencia urinaria femenina. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(3), 381-400. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000300008>
 40. Graumann, W. (2004). *Anatomía 2: Sistema Músculo Esquelético*. Munich.
 41. Hagen S., Stark D., Glazener C., Sinclair L., & Ramsay I. (2009). A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, 20(1), 45–51. <https://doi.org/10.1007/s00192-008-0726-4>
 42. Handa V., Harvey L., Cundiff G., Siddique S., and Kjerulff K. (2004). Sexual function among women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *American journal of obstetrics and gynecology*. Págs. 191(3), 751–756. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2003.11.017>
 43. Hendrix S., Cochrane B., Nygaard I., Handa V., Barnabei, V., Iglesia C., Aragaki A., Naughton M., Wallace R., & McNeeley S. (2005). Effects of estrogen with and

- without progestin on urinary incontinence. JAMA, 293(8), 935–948. <https://doi.org/10.1001/jama.293.8.935>
44. Hernández R., Fernández C., & Baptista P. (2014). Metodología de la investigación (6a. ed.). México. McGraw-Hill.
 45. Historia de la FEMECOG. (2016). Familia Médica, 1-29. www.imagenglobal.org.
 46. Hoffman y Cols., Schorge J., Schaffer J., Halvorson L., Bradshaw K., Cunningham G. (2017). Ginecología de Williams (3ª ED.) Editorial McGraw-Hill, México.
 47. IJsselmuiden M., Coolen A., Detollenaere R., den Boon J., Bongers M., van de Pol G., Vollebregt A., Radder C., Deprest J., Eijndhoven H. (2014). Hysteropexy in the treatment of uterine prolapse stage 2 or higher: a multicenter randomized controlled non-inferiority trial comparing laparoscopic sacrohysteropexy with vaginal sacrospinous hysteropexy (LAVA-trial, study protocol). BMC women's health, Págs. 14, 112. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-112>
 48. Imagen tipos de pesarios. <https://www.aafp.org/afp/2000/0501/p2719.html>. 12 de diciembre del 2019.
 49. IMSS. (2010). Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Prolapso de la Pared Vaginal Anterior (Cistocele) e Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, Disponible <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/263GER.pdf>.
 50. IMSS. (2018). Principales motivos en consulta externa por grupo de edad y sexo en 2018, Área de ginecología, marzo del 2019, información no publicada (reporte personal).
 51. Instituto de Rehabilitación y Terapéutica Biofísica. (s.f.). Disponible en <https://www.iriteb.com/inicio/>.
 52. Instituto Nacional sobre el Envejecimiento. (2017). La Sexualidad En La Edad Avanzada. Disponible en <https://www.nia.nih.gov/espanol/sexualidad-edad-avanzada>
 53. Jackson S., James M., & Abrams P. (2002). The effect of estradiol on vagina collagen metabolism in postmenopausal women with genuine stress incontinence. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. Págs. 339-344.
 54. Justicia, A. (2004). Taller de alimentación saludable, deficit de magnesio y sus consecuencias. Disponible en <https://www.anamarialajusticia.es> publicado el 3 de diciembre del 2014
 55. Kahn M., Breitkopf C., Valley M., Woodman P., O'Boyle A., Bland D., Schaffer J., Grady J., & Swift S. (2005). Pelvic Organ Support Study (POSST) and bowel symptoms: straining at stool is associated with perineal and anterior vaginal descent in a general gynecologic population. American journal of obstetrics and gynecology, 192(5), 1516–1522. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.11.040>
 56. Kamei L., & Kamei J. (2005). Prevalencia de trastornos de la sexualidad en mujeres que asisten a Consultorio Externo de Gineco-obstetricia de Hospital la Serena. Rev. chil. urol , 231-235.

57. Kompanietz, A. (2018). Sexualidad y salud ginecológica son también derechos humanos. El País. Disponible en https://elpais.com/internacional/2018/01/27/actualidad/1517022585_317032.html
58. La Sexualidad En La Edad Avanzada. (2022). National Institute on Aging.
59. Lim V., Khoo J., Wong, V., Moore K. (2014). Recent studies of genetic dysfunction in pelvic organ prolapse: the role of collagen defects. The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology, 54(3), 198–205. <https://doi.org/10.1111/ajo.12169>
60. Lizaraso, F. (2012). Promoción de la Salud un tema pendiente. Hprizonte Médico, vol. 12, núm. 2, pp. 6-7.
61. López B., Mora C., Ayerbe R., & Simón A. (2021). Percepción de la calidad de vida en mujeres con incontinencia de orina y prolapsos en tratamiento de recuperación de suelo pélvico. Garnata 91, 23, e202319. Disponible en <http://ciberindex.com/c/g91/e202319>
62. López, S. (2015). El derecho a la salud en México. Revista de la Universidad Autónoma Metropolitana. Disponible en <https://www.researchgate.net/publication/309493664>
63. Lowenstein L., Gamble T., Sanses T., Raalte H., Carberry C., Jakus S., Kambiss S., McAchran S., Pham T., Aschkenazi S., Hoskey K., Kenton K. (2009). Sexual function is related to body image perception in women with pelvic organ prolapse. The journal of sexual medicine, 6(8), 2286–2291. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01329.x>
64. Lukacz E., Whitcomb E., Lawrence J., Nager C., Contreras R. y Luber K. (2007). ¿La actividad y la satisfacción sexual se ven afectadas por los trastornos del suelo pélvico? Análisis de una encuesta comunitaria. Revista americana de obstetricia y ginecología, 197 (1), 88-91.
65. Luttges C., Torres S., Molina G., Ahumada S. (2019). Satisfacción sexual en mujeres adultas y adolescentes chilenas usuarias de dos centros de salud universitarios. Rev Chil Obstet Ginecol. 84(4): 287 – 296
66. March, A. (2018). Sexualidad e intimidad en la mujer adulta mayor. Enfermería Clín N Am 53. Págs. 279-287.
67. M., Delgado F., Rebollo P. (2009). Prevalencia de la incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española: Resultados del estudio EPICC. Actas Urol Esp. Págs. 159-166.
68. McAninch J., Lue T. (2017). Smith y Tanagho. Urología general. McGraw-Hill Edición: 18
69. Menopausa Italia Study Group. (2000). Risk factors for genital prolapse in non-hysterectomized women around menopause. Results from a large cross-sectional study inmenopausal clinics in Italy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 93(2):135.
70. Morton, L. (2017). Sexuality in the Older Adult. Primary care. 44(3), 429–438. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.004>
71. Muñoz, N. (2017). La gente no habla de pérdidas urinarias y menos de disfunciones sexuales. Disponible en <https://www.diaridetarragona.com/naltros/La-gente-no>

habla-de-perdidas-urinarias-y-menos-de-disfunciones-sexuales-20170311-0024.html

72. Musibay E., Borges S. (2016). Cuestionarios de calidad de vida en las mujeres con disfunciones del suelo pélvico. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(3), 372-385. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000300013&lng=es&tlng=es.
73. Nazareth I., Boynton P., King M. (2003). Problems with sexual function in people attending London general practitioners: Cross sectional study. *BMJ*. 327:423-32
74. Oblitas, L. (2006). *Psicología de la Salud*, Editorial Académica, México.
75. OMS. (1998). Promoción de la Salud-Glosario. Disponible en www.bvs.org.ar/pdf/glosario-sp.pdf
76. OMS. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos. Disponible en www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
77. OMS. (2010). Medición de la salud sexual: consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_rhr_10.12-eng.pdf
78. OMS. (2014). Documentos Básicos 48ª, Edición, Disponible en <https://apps.who.int/gb48/basic-documents-48th-edition-sp-pdf>.
79. OPS. (1996). Promoción de la Salud: una antología. Publicación Científica No. 557 Washington, D.C., Estados Unidos de América.
80. OPS. (2018). Renovando la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo sostenible, Disponible en https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14889:hp-sdgs-rio&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
81. Ortega, R. Tuya P., Martínez M., Pérez A., & Cánovas A. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2) Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000200017&lng=es&tlng=es.
82. Ottawa. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Obtenido de Disponible en <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>
83. Palladino, A. (2010). El concepto de “campo de salud” una perspectiva canadiense. págs. 1-3 Disponible en <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/>.
84. Páramo, D. (2017). Cultura y Comportamiento Humano. *Pensamiento & Gestión*, núm. 42, Págs. 1-5. Disponible en <https://www.redalyc.org/journal/646/64652584001/html/>.
85. Parker-Autry C., Burgio K., and Richter H. (2012). Vitamin D status: a review with implications for the pelvic floor. *International urogynecology journal*, 23(11), 1517–1526. <https://doi.org/10.1007/s00192-012-1710-6>
86. Perea, R. (2009). Promoción y educación para la salud: tendencias innovadoras, Editorial Díaz de Santos, Madrid.

87. Pizarro-Berdichevsky J., Clifton M., Goldman H. (2015). Evaluation and Management of Pelvic Organ Prolapse in Elderly Women. *Clinics in geriatric medicine*. 31(4), 507–521. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2015.06.008>
88. Prolapso Genital: una guía para mujeres. (2011). IUGA. Págs. 1-4.
89. Promoción de la Salud-Glosario. Ginebra-OMS. (1998). Disponible en www.bvs.org.ar/pdf/glosario-sp.pdf
90. Quintana E., Fajardo V., Rodríguez-Antolín J., Aguilera U., & Martínez-Gómez M. (2009). Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina. *Salud en Tabasco*, 15 (1), 839-844.
91. Ralph C., Ivanovic-Zuvic D., Blümel B., Gonzalez S., & Pizarro-Berdichevsky J. (2014). Uso de pesarios en mujeres menores de 65 años con diagnóstico de prolapso de órganos pelvianos: estudio de factibilidad. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(3), 161-165. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000300003>
92. Ramezani T., Hashemi S., Simbar M., Shiva N. (2011). Cribado del prolapso de órganos pélvicos sin examen físico; (un estudio basado en la comunidad. *Salud de la mujer BMC*. Págs. 11-48.
93. Ratner E., Erekson E., Minkin M., & Foran-Tuller K. (2011). Sexual satisfaction in the elderly female population: A special focus on women with gynecologic pathology. *Maturitas*, 70(3), 210–215. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.07.015>
94. Revista la Vanguardia (2018)
95. Rodríguez, O. (2010). Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. *Pensamiento Psicológico*, 7 (14), 41-52.
96. Rojas, L. (2021). Qué es un pesario y para qué sirve. Disponible en <https://www.ensuelofirme.com/author/maria/>
97. Rosen R., Brown C., Heiman J., Leiblum S., Meston C., Shabsigh R., Ferguson D., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 26(2), 191–208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
98. Rubio, C. (2005). No te sofoques, los Fito estrógenos. Disponible en <https://www.drasanvi.com>
99. Sampieri, H. (2014). Metodología de la investigación (6a.ed.). México: McGraw hill/Interamericana, Editores.
100. San Martín, H. (2005). Tratado general de la salud en las sociedades humanas, Salud y enfermedad. México: Ediciones Científicas, La Prensa Médica, Mexicana S. A de C. V.
101. San Martin, H. (2008). Tratado general de la Salud en las sociedades humanas. Salud y enfermedad. 11a ED. La Prensa Médica.
102. Sanchez L., Escalona E., Cobos D., (2019). Nuevos tiempos y realidades. Retos para mirar el trabajo y la salud colectiva. *Revista Inclusiones*. Págs. 1-22.
103. Santamaría A., Andrade I., Guzmán C., Montañez E., Flores Y., Rizo J. (2019). Evaluación de la calidad de vida y costo beneficio del uso de pesarios en

- pacientes con prolapso de órganos pélvicos mediante la evaluación de P-QOL, Boletín CONAMED, Vol. 4.
104. Santana G., Sampietro M., Gutiérrez J., Toala R. (2020). Criterios acerca de la Promoción para la Salud en el contexto de la educación superior ecuatoriana. Polo del Conocimiento, Págs. 1-16.
 105. Sapsford, R. (2004). Rehabilitation of pelvic floor muscles utilizing trunk stabilization. *Manual therapy*, 3-12, [https://doi.org/10.1016/s1356-689x\(03\)00131-0](https://doi.org/10.1016/s1356-689x(03)00131-0).
 106. Sarukhan, A. (2017). La transición epidemiológica (o de qué moríamos, morimos y moriremos). Instituto de Salud Global de Barcelona, Disponible en <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/la-transicion-epidemiologica-o-de-que-moriamos-morimos-y-moriremos/>
 107. Smith F., Holman C., Moorin, R., Tsokos N. (2010). Lifetime risk of undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obstetrics and gynecology*, 116(5), 1096–1100. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f73729>
 108. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2015). Progresos de la Obstetricia y Ginecología: prolapso genital, Págs. 205-208.
 109. Steven, L, Sauter J., Hurrell Jr. (2010). Factores Psicosociales y de Organización. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*.
 110. Tafani R., Chiesa G., Caminate R., Gaspio N. (2013). Factores de riesgo y determinantes de la salud. *Revista de Salud pública*. Págs. 53-68.
 111. Tierney, K. (2008). Sexuality: A Quality-of-Life Issue for Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, Volume 24, Págs. 71-79, <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2008.02.001>.
 112. Urdaneta J., Briceño A., Cepeda de Villalobos M., Montiel C., Marcucci R., Contreras A., Mujica A., & Romero N. (2013). Función sexual antes y después de la reparación quirúrgica del prolapso genital. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(2), 102-113. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000200006>
 113. Varma G., Oguzhanoglu N., Karadag F., Ozdel O. (2011). The effect of hysterectomy and/or oophorectomy on sexual satisfaction. *Climacteric : the journal of the International Menopause Society*, 14(2), 275–281. <https://doi.org/10.3109/13697137.2010.532251>
 114. Vega G., Flores P., Ávila J., Becerril A., Vega A., Camacho N., García P. (2014). Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. *Rev Chil Obstet Ginecol*, Págs. 81-85
 115. Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237-241. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-591720110004000.
 116. Walz, T. (2002). Representations of the Sexuality of Olders persons. *Journal of Aging and identity*. Págs. 99-112
 117. Woodman P., Swift S., Boyle A., Valley M., Bland D., Kahn M., & Schaffer J. (2006). Prevalence of severe pelvic organ prolapse in relation to job description

- and socioeconomic status: a multicenter cross-sectional study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. Págs.1-6.
118. Yount, S. (2013). The Impact of Pelvic Floor Disorders and Pelvic Surgery on Women's Sexual Satisfaction and Function. *Journal of midwifery & women's health*, 58(5), 538–545. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12030>
119. Zeiger B., da Silva C., Del Roy C., da Silva T., Hwang S., and Auge A. (2022). Vaginal pessary in advanced pelvic organ prolapse: impact on quality of life. *International urogynecology journal*, 33(7), 2013–2020. <https://doi.org/10.1007/s00192-021-05002-7>