



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
SECRETARIA DE SALUD**

**UNIDAD ACADÉMICA  
JALAPA, TABASCO**

**LA DISFUNCION SEXUAL EN EL CICLO EVOLUTIVO FAMILIAR DE LAS MUJERES DE LA  
RANCHERIA CHICHONAL, JALAPA TABASCO**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. PATRICIA MORALES MIS**

**JALAPA, TABASCO**

**2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer enormemente, en primer término a Dios, por concederme el milagro de vivir y la dicha de estar con salud, igualmente a mis padres y hermanos, ya que gracias a ellos he llegado hasta éste momento de mi vida, a pesar de las adversidades a lo largo de nuestro existir como una familia.

Y sobretodo, agradezco a una persona muy especial que tuve la dicha de conocer en ésta especialidad, y lejos de su papel como asesor, nos brindó apoyo, comprensión y amistad en éstos tres años, me refiero al Dr. Miguel Pablo García quien con su dedicación y esfuerzo para formarnos como mejores profesionales de la salud, supo enseñarnos a sobrellevar de una mejor manera, las situaciones difíciles con las que nos enfrentamos a diario, sí, además de nuestro profesor en muchas ocasiones hacía el papel de nuestro Psicólogo, y no para un sólo médico, sino también para varios compañeros, los cuales no me dejarán mentir.

No omitiendo también, en este trabajo agradecimiento al Dr. Julio Cecilio y al Dr. Bladimir Morales y también a todos los médicos especialistas de los hospitales en donde realizamos las rotaciones, que dedicaron su preciado tiempo y su saber, para con nosotros, especialmente a la Dra. Esther Rodríguez, por el especial carisma en compartir sus conocimientos.

Y por ultimo un especial agradecimiento a las mujeres que tuvieron a bien contestar las encuestas para este estudio, ya que sin ellas no pudiéramos haberlo realizado.

*Patricia Morales Mis  
Villahermosa, Tabasco  
Mayo 2008*

A Yusef y al Dr. Miguel Pablo, por su paciencia.

*¡Dichoso tú sobre todos los escuderos del mundo! Ten memoria, y no se te pase de ella cómo te recibe: si muda las colores el tiempo que la estuvieres dando mi embajada; si se desasosiega y turba oyendo mi nombre; si no cabe en la almohada, si acaso la hayas sentada en el estrado rico de su autoridad; y si está en pie, mírala si se pone ahora sobre el uno, ahora sobre el otro pie; si te repite la respuesta que te diere dos o tres veces; si la muda de blanda en áspera, de aceda en amorosa; si levanta la mano al cabello para componerle aunque no esté desordenado; finalmente, hijo, mira todas sus acciones y movimientos; porque si tú me los relatares como ellos fueron, sacaré yo lo que ella tiene escondido en lo secreto de su corazón acerca de lo que al fecho de mis amores toca; que has de saber, Sancho, si no lo sabes, que entre los amantes, las acciones y movimientos exteriores que muestran, cuando de sus amores se trata, son certísimos correos que traen las nuevas de lo que allá en lo interior del alma pasa...*

**Miguel de Cervantes Saavedra**

## INDICE

Antecedentes	2
Planteamiento del problema	14
Justificación	16
Objetivos	17
Hipótesis	17
Material y métodos	18
Tipo de estudio	18
Población, lugar y tiempo	18
Tipo de muestra	18
Tamaño de la muestra	18
Criterios de selección	18
Variables de estudio	18
Procedimiento para recabar la información	20
Análisis estadístico	21
Consideraciones éticas	22
Resultados	24
Discusión	28
Conclusión	29
Recomendaciones	30
Bibliografía y Referencias de artículos	31
Anexos	34

## ANTECEDENTES

La sexualidad es una amplia dimensión de la personalidad que refleja la satisfacción de sentirse mujer o varón y cumple un papel frente a individuos de otro sexo, tanto social como individualmente, son más que las relaciones cóitales de una pareja, existen en ella fenómenos emocionales, corporales, intelectuales, sociales y éticos incluye la realización de la personalidad, la unión de pareja, la atracción y el amor.

La sexualidad humana es un producto cultural que se basa en factores psicobiológicos, en la que, el varón tiene un impulso más instintivo y activo, y la sexualidad de la mujer es más compleja, su instinto es más psicoafectivo.

La salud sexual es importante porque afecta la calidad de vida, en donde la mujer desea más intimidad que sexo, su sexualidad es difusa, perturbable y más receptiva. El varón tiene más fantasías, su sexualidad es urgente y orientada a metas; es menos perturbable y más centrada en el coito y el orgasmo.

A lo largo de la vida, desde el nacimiento a la muerte, la sexualidad se desarrolla y sufre cambios. No siempre hay deseo de sexo, pero sí de afectividad e intimidad. La disminución del deseo se produce según la cultura, las actividades diarias y los cambios físicos.

Beach señaló tres factores en la sexualidad: atracción o atractivo sexual, propioceptividad o interés sexual y receptividad o respuesta sexual. En la menopausia disminuye la respuesta sexual, a partir de los 50 años muchas mujeres no tienen interés por el sexo y las relaciones sexuales, por lo que también disminuye la frecuencia de coitos y de orgasmos.

Con la edad, el interés persiste, pero disminuye la frecuencia de actividad sexual. Se pasa de cantidad a calidad. El sexo es un acontecimiento, una actividad. La sexualidad es más que la alegría asociada a un acto, unos sentimientos y unas actitudes, es por ello que el cerebro es el mayor órgano sexual de los humanos.

En la menopausia se producen cambios fisiológicos, endocrinos, genitales, psíquicos y sociales, y cambia la sexualidad: disminuye el deseo sexual y la frecuencia de coito, pero el placer sexual se mantiene. La disminución de estrógenos produce sequedad vaginal, atrofia, estrechamiento vaginal y dispareunia, por la falta de lubricación. Pero también puede haber falta de comunicación sexual. Cambia el sexo, pero la necesidad de tener cerca al compañero, amor e intimidad no cambia.<sup>1</sup>

La función sexual normal implica un juego completo entre diferentes factores hormonales, psicológicos y físicos, y la función sexual satisfactoria está basada en una evaluación realizada por el individuo, en éste caso por la mujer, en el contexto de sus propias expectativas y deseos personales.<sup>2</sup>

En los últimos años se han realizado muchos estudios relacionados con la función sexual masculina, pero son escasos los estudios que analizan la función sexual femenina, y menos aún los realizados en el ámbito de la atención primaria.

Uno de los mayores obstáculos para el desarrollo de la investigación en este campo ha sido la ausencia de consenso sobre los criterios diagnósticos de la disfunción sexual femenina.

En el año 2000, un grupo de investigadores en España, desarrolló y validó un instrumento capaz de medir y calcular un Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). Dicho instrumento explora el deseo sexual, la capacidad de excitación, de lubricación, la calidad del orgasmo, los problemas con la penetración y la satisfacción con la vida sexual, y la calidad de vida de la mujer puede tener relación con su salud sexual.<sup>3</sup>

Hasta los años 1970, los trastornos sexuales se explicaban a través de teorías psicológicas, pero esto cambió con la publicación en 1970 del libro de Masters y Johnson, ***La Respuesta Sexual Humana***, en el que se describen los cambios que se producen en el organismo ante un estímulo sexual efectivo. Desde entonces se han producido varios hechos fundamentales para entender la conducta sexual:

Un ejemplo, la masturbación, la cual es común en la infancia, se le considera un precursor normal de la conducta sexual relacionada con el objeto (la practican un 99% de los varones y el 75% de las mujeres). Otro ejemplo, hasta hace dos décadas la homosexualidad era algo patológico; ahora se vive como una opción de vida. Se eliminó de las clasificaciones del DSM III (1973).

Otro hecho importante, a finales de 1970 se comercializa la píldora anticonceptiva y se inicia una etapa de liberación de la sexualidad, que afecta a la mujer. Hasta esta época la sexualidad de la mujer no se expresaba de una manera manifiesta y se infradiagnosticaban los trastornos sexuales femeninos.

La conducta sexual es diversa, intervienen múltiples variables, a nivel interrelacional, cultural, acontecimientos vitales personales, la personalidad, la carga biológica y la identidad sexual (que es la forma en que una persona se identifica como perteneciente a uno u otro sexo). Incluye tres aspectos:

Identidad de sexo. Percepción individual de ser varón o mujer.

Rol Sexual. Expresión pública de la identidad de sexo.

Orientación sexual. Elección de objeto sexual.

La Respuesta Sexual humana (RSH) se compone de dos procesos fundamentales, la vaso dilatación y la hipertonia muscular. Tiene cuatro fases: ***excitación, meseta o mantenimiento, orgasmo y resolución.***

En Psiquiatría se utilizan dos clasificaciones de los trastornos mentales y del comportamiento, con criterios diagnósticos: la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), realizada en el año 2002 y la Décima Revisión Internacional de las Enfermedades (CIE-10).

En el DSM-IV se describen dentro del capítulo "Trastornos sexuales y de la Identidad sexual" las disfunciones o trastornos sexuales, las parafilias y los trastornos de la identidad sexual.

En la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la CIE-10 (OMS, 1992), se describen:

1. Trastornos de personalidad y de comportamiento del adulto. Trastorno de identidad sexual, de inclinación sexual, psicológicos y del comportamiento del desarrollo y la orientación sexual.
2. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. Disfunción sexual no orgánica.



La clasificación más utilizada en atención primaria es la CIE-10, aunque el DSM-IV es probablemente el más usado entre Psiquiatras.

#### CLASIFICACION DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES SEGÚN EL DSM-IV

Disfunción sexual no orgánica
Impulso sexual excesivo
Ausencia/Rechazo de deseo sexual
Rechazo y ausencia del placer sexual
Fracaso de la respuesta genital
Disfunción orgásmica
Eyacuación precoz
Dispareunia no orgánica
Vaginismo no orgánico
Otras disfunciones sexuales
Disfunciones sexuales no orgánicas no especificadas

#### CLASIFICACION DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES SEGÚN LA CIE-10

Trastorno de la excitación sexual
Trastorno del orgasmo
Trastorno por dolor
Disfunción sexual no especificada
Disfunción sexual debida a condiciones médicas generales
Disfunción sexual inducida por sustancias

En la actualidad las disfunciones sexuales constituyen un problema frecuente, y aun son uno de los trastornos psiquiatricos mas infradiagnosticados. Aproximadamente el 35-45% de las mujeres presentan algún tipo de trastorno sexual, con mas frecuencia el deseo sexual hipo activo y la anorgasmia.

Dada la elevada prevalencia de las disfunciones sexuales, y más aun en población femenina, la atención primaria podría establecerse como el primer escalón en la detección precoz y en el tratamiento de los mismos, aunque esta labor podría verse dificultada por una serie de factores:

- El sexo se sigue considerando un tema tabú, y así, para muchas personas resulta difícil exponer libremente problemas en torno al sexo.
- Pobre información en sexología de los profesionales sanitarios, con un déficit de información a la hora del diagnostico y tratamiento.
- La todavía reciente incorporación de la conducta sexual en la entrevista clínica.<sup>4</sup>

### **Definición de Disfunción Sexual:**

El DSM-IV como representante de la Asociación Americana de Psiquiatría, definió en 1994 las Disfunciones Sexuales (DS) como *“las alteraciones en el deseo sexual, así como cambios en la psicofisiología que caracterizan el ciclo de la respuesta sexual y que causan disturbios y dificultades interpersonales”*.

En 1992 la OMS en la CIE-10 incluyó en la definición de las DS: *“en diversos sentidos se trata de la dificultad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea”*.

En cuanto a la frecuencia de las disfunciones sexuales femeninas (DSF), la mayoría de los casos se identifican con más frecuencia en la peri y posmenopausia, épocas en que las DSF s llegan hasta un 50%, debido en gran parte a la disminución de los niveles estrogénicos, que tienen efectos de vaso dilatación a nivel de clítoris, uretra y vagina, además de regular la producción de óxido nítrico, con su consiguiente disminución de este, que provoca fibrosis de paredes de la vagina; por otro lado el papel que juega la testosterona (T), en el deseo sexual femenino, hoy resulta evidente y aceptado, fue popularizado desde Kaplan en 1979, entre otros investigadores como el doctor Greenblat, el doctor Waxemberg, la psiquiatra y sexóloga Susan Rako quienes proponen, que la T es la hormona responsable del deseo sexual no solo en hombres sino también en mujeres. La fisiología sexual incluye la producción de una cantidad crítica de T, no solo para el desarrollo de todos los tejidos sino también para que pueda experimentar energía vital y libido.<sup>5</sup>

Es útil considerar de las disfunciones sexuales como trastornos relacionados con una fase concreta del ciclo de la respuesta sexual. Así, por ejemplo, los trastornos del deseo sexual se asocian con la primera fase del ciclo de la respuesta (fase de deseo).

Las disfunciones sexuales pueden ser sintomáticas de problemas biológicos (biógenas), conflictos intrapsíquicos o interpersonales (psicógenas), o de una combinación de ambos factores. La disfunción puede ser de toda la vida o adquirida es decir, desarrollada después de una fase de funcionamiento normal. La disfunción puede ser generalizada o limitada a una pareja o a una situación concreta y específica.<sup>6</sup>

Entre los años 1990 y 1999 se trataron 199 parejas de matrimonios no consumados (MNC). En el Centro de Educación, Terapia e Investigación en Sexualidad (CETIS) de la ciudad de Buenos Aires. Los autores proponen que el MNC se considere una nueva entidad clínica distinta de las disfunciones sexuales tradicionales. El 64% de los casos fueron causados por trastornos de la mujer, el 16% por desarreglos del varón, y el 20 % por dificultades sumadas de ambos miembros de la pareja. Los síndromes más frecuentes fueron el vaginismo y la dispareunia en la mujer, y la fobia y la dificultad eréctil en el varón.<sup>7</sup>

En México como un país en desarrollo, la vida cotidiana, esta marcada por diferencias de roles entre hombres y mujeres, afecta a la mujer, quien aún desplaza sus esfuerzos a la crianza de los hijos e hijas, cuidados de ancianos, velar por el “normal” funcionamiento de la familia, además los espacios

ganados en lo profesional, laboral y político se comienza a traducir como sensación de fatiga, depresión, irritabilidad y otros malestares que se atribuyen a los cambios biológicos y pocas veces son asociados a la sobrecarga por su condición de género.

Se plantea que la etapa de la vida de la mujer, conocida como climaterio, se define como el paso de la fase reproductiva a la falta de reproducción que ocurre aproximadamente entre los 40 y 59 años. Por tanto, existe un tiempo en que esta sufre una disminución de la sexualidad debido a cambios endocrinos en parte, pero principalmente por factores socioculturales que los determinan. Un estudio de la sexualidad en la mujer en el periodo climatérico, realizado en el Hospital Universitario Gineco-Obstétrico de Guanabacoa, Cuba, realizado en el año 2005, y con una muestra de 280 mujeres, en donde se obtuvo como resultados, que la disminución del deseo sexual, la incompreensión por parte de la familia, las pocas relaciones sexuales, la autoestima disminuida y la violencia psicológica fueron los factores de la vida cotidiana que mas afectan.<sup>8</sup>

### **Definición de ciclo vital familiar:**

El "ciclo" del latín "cyclus" y del griego "kyklos" significa circulo, lo cual comprende un cierto periodo de tiempo que acabado, se vuelven a contar de nuevo, y en cuanto a la palabra "vital" proviene de la raíz latina "vitalis" que significa de suma importancia o trascendencia.

Se utiliza también, el término de evolutivo en cuanto al ciclo de la familia, ya que representa una serie de etapas de organización variable y que en el tiempo toman una estructura compleja ascendente.

El ciclo no solo representa el paso en el tiempo en el que la relación se lleva a cabo, sino que establece grados variables de complejidad en la relación de los sistemas familiares.

Así el ciclo se puede definir como: una serie de etapas dinámicas que ocurren en los sistemas familiares en un tiempo determinado y que establecen una organización específica y jerárquica durante la evolución del grupo familiar.

Las teorías sistémicas describen a la familia como un sistema organizado e interdependiente, regulado por una serie de normas y reglas (Teoría general de los sistemas), en la cual las crisis aparecen en momentos de mayor transición del ciclo evolutivo, de ahí que los eventos estresantes tomen relevancia en las diferentes etapas evolutivas en un ciclo, que desde el punto de vista dinámico tiene la característica de ser discontinuo, es decir que se pasa de una etapa a otra con modificaciones en la forma de relación de los elementos de la familia, modificando todos los patrones de comportamiento.

Es también un ciclo en el cual el tiempo no está determinado en cada etapa, ya que para cada sistema familiar es variable aun de compartir elementos conceptuales afines, es por ello que ninguna etapa es constante en cuanto a su duración.

El individuo es un ser "holístico" interrelacionado hasta en sus más mínimas partes, por lo que cualquier cambio lo afectaría indiscutiblemente en su sistema de organización, y genera una reorganización de éste, por lo cual integrará las nuevas funciones y capacidades que va adquiriendo en su totalidad. Otras características de esta transformación son la capacidad de ser acumulativo y

direccionales, con actitudes diferenciadas. Además hay que considerar que el ser humano está inmerso en un mar de influencias que le ayudan a configurar su proceso de desarrollo, predominantemente en tres campos o esferas: la biológica, la psicológica, que incluye los aspectos cognitivos, y la esfera social, incluye dentro de ésta a su medio.

La esfera biológica corresponde predominantemente a la herencia y sus repercusiones fenotípicas y genotípicas en el proceso de crecimiento y desarrollo, un elemento indisoluble es el que comparten la esfera social y psicológica, ya que el aspecto social, principalmente el medio influye tanto en lo individual y en lo colectivo, consideradas influencias psicológicas y extrapsicológicas.

Durante este ciclo el individuo adquiere y mejora capacidades y conocimientos, con el propósito de alcanzar una mejor adaptación entre su organismo y el medio que lo rodea.

Con lo anteriormente expuesto podemos considerar que la vida del ser humano en cuanto a una visión individual, éste transcurre por las siguientes etapas durante su desarrollo integral:

- Feto
- Recién nacido
- Lactante menor
- Lactante mayor
- Preescolar
- Escolar
- Adolescente
- Adulto joven
- Edad media o adulto propiamente dicho
- Adulto en plenitud (tercera edad)

El siguiente elemento de mención es el ciclo evolutivo de la pareja, el cual adquiere relevancia para poder considerar cómo es que las diferentes etapas del ciclo de vida familiar se llevan a cabo en el desarrollo de una familia.

Este ciclo lo tenemos también como fundamental para el desarrollo del ciclo de la familia, dado que éste es el pilar fundamental y de partida para todo lo que se deberá desarrollar al interior del grupo familiar, y que consta de las siguientes etapas:

- Fase de selección de pareja
- Fase de transición y adaptación temprana
- Fase de reafirmación como pareja
- Fase de diferenciación como pareja
- Fase de estabilidad
- Fase de enfrentamiento a la muerte de la relación de pareja <sup>9</sup>

El ciclo evolutivo de las familias, un marco teórico que las concibe como un conjunto de personas que viajan juntos en el tiempo, ofrece un modelo para la descripción de la “patología familiar”.

También se aplica a la evolución en el tiempo de una familia, como todo grupo humano tiene su inicio, desarrollo y ocaso; a semejanza del hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, reproduce, envejece y muere; la familia por su parte sigue un patrón similar, según Geyman quien propuso estas fases en el año 1980, que son las siguientes:

- A) Fase de matrimonio. Inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, ya sea civil, religioso o concubinato, concluyendo esta fase con la llegada del primer hijo.
- B) Fase de expansión. La familia se expande al incorporarse nuevos miembros a la familia (hijos). Inicia con la llegada del primer hijo y termina cuando nace el último hijo.
- C) Fase de dispersión. Inicia cuando los hijos ingresan a la escuela, aún ninguno se encuentra trabajando, los hijos mayores, están en plena adolescencia. Esta etapa termina cuando el primer hijo vive fuera de su casa.
- D) Fase de independencia. Se da en el momento de la salida del primer hijo de la casa, por cualquier causa ya sea por estudio, deciden vivir en otro lugar, o deciden formar nuevas familias.
- E) Fase de retiro y muerte. Se presenta cuando se identifican las siguientes cuatro situaciones: incapacidad para laborar por enfermedades crónicas, desempleo, agotamiento de recursos económicos, o el abandono de los hijos.<sup>10</sup>

En 1957, Evelyn Duvall clasificó el ciclo vital de la familia en 4 etapas, que a su vez se conforman de varias fases, éstas se relacionadas con entradas y salidas de miembros de la familia y con eventos vitales de la crianza, a continuación se mencionan:

#### **ETAPA CONSTITUTIVA**

**-Fase preliminar.** Es la fase del noviazgo, su duración es indefinida.

**-Fase de recién casados.** Desde la unión de la pareja, hasta el nacimiento del primer hijo.

#### **ETAPA PROCREATIVA**

**-Fase de expansión.** Cuando nace el primer hijo (desde que nace hasta 2 años y medio), hasta hijos preescolares (hijo mayor de 2 años y medio hasta seis años).

**-Fase de consolidación y apertura.** Es una familia con hijos escolares (hijo mayor de 6 a 13 años o en edad escolar) hasta una familia con adolescentes (hijo mayor de 13 a 20 años o adolescencia).

#### **ETAPA DE DISPERSION**

**-Fase de desprendimiento.** Inicia con la salida del hogar del primer hijo y termina con la separación del último de los hijos.

#### **ETAPA FAMILIAR FINAL**

**-Fase de independencia.** Cónyuges nuevamente solos hasta el final de la actividad laboral de la pareja por jubilación o retiro.

**-Fase de disolución.** Se presenta la familia anciana o vieja, tras la muerte de uno de los cónyuges, finalmente se presenta la viudez, hasta la muerte del miembro restante.

En cada uno de los diferentes períodos del desarrollo, la familia necesita adaptarse y reestructurarse constantemente. La misma enfermedad diagnosticada en diferentes etapas del ciclo evolutivo familiar, tiene diferentes implicaciones en lo que respecta a su prevención, atención y tratamiento, tanto

de los aspectos físicos, como de los psicológicos y sociales. Por ello el conocimiento y manejo adecuado del paciente y su familia en cada una de sus etapas del desarrollo, permite al equipo de salud prever fenómenos y actuar en forma integral en las diferentes situaciones y momentos que afecten la salud del grupo familiar.<sup>11</sup>

También la perspectiva del ciclo vital nos acerca a la noción de que la situación y la posición social experimentada en la vejez están determinadas por los acontecimientos, decisiones y conductas de las personas en etapas anteriores de su vida.<sup>12</sup>

Por otro lado, la aseveración que cuando menos 50% de matrimonios estadounidenses padecen de alguna clase de desajuste o de disfunción sexual, constituye un fenómeno sombrío relacionado con una de las instituciones más antiguas de la humanidad, es decir, el matrimonio. Toda la estructura del matrimonio se afecta por problemas sexuales, debido a que el sufrimiento experimentado por un cónyuge, afecta directamente al otro. Además, también esta puede afectar a cualquier miembro de la familia.

Los factores causativos en las dificultades sexuales de una mujer pueden ser orgánicos, por dificultades en sus relaciones interpersonales o psicológicos. Las causas orgánicas incluyen, lesiones o deficiencias constitucionales en el sistema sexual, desequilibrio hormonal, trastornos del sistema nervioso, uso excesivo de medicamentos y el proceso normal de envejecer.

Las causas más comunes e importantes de las disfunciones sexuales femeninas son las psicológicas, y típicamente problemas emocionales como, la vergüenza, la culpabilidad, y el temor. En las mujeres que tienen pensamientos conflictivos acerca del sexo, los pensamientos eróticos, originan ansiedad. La defensa de estas mujeres contra la ansiedad sexual, no es solo evitar la estimulación erótica, sino también integrar las defensas que impidan ser estimuladas. Típicamente, estas mujeres han sido educadas en un sistema de valores sexuales negativos, basados en las implicaciones de que el sexo es malo, dentro y fuera del matrimonio.<sup>13</sup>

La relación de pareja sana es mutualista: implica compañerismo, intimidad y reciprocidad. Entre los religiosos, el sexo representa el enemigo a vencer, porque lo asocian a pecado; por tanto, su restricción, y censura, piedra angular de tal ideología, les resulta lógica y aceptable. Desafortunadamente, el uso de este criterio, prescinde del conocimiento científico, ignora el carácter favorable de su práctica, como requisito de salud mental. De ahí que la comprensión del concepto de salud sexual de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sea paradigma de salud colectiva, al conjugar: 1) La capacidad de disfrutar la conducta sexual y reproductiva, en la doble ética social y personal. 2) Estar libre de temor, vergüenza, culpa y otros factores psicopatológicos que inhiben la respuesta sexual y limitan las relaciones sociosexuales. 3) Permanecer libres de perturbaciones, enfermedades o limitaciones orgánicas que interfieren con la función sexual y/o reproductiva.

En nuestra cultura, la sexualidad se liga a menudo a una diversidad de restricciones morales, pretextos higiénicos, y consideraciones preventivas diversas. Tales restricciones refuerzan la asunción de que la sexualidad solo debe tener un fin reproductivo, destacando por ello la preservación de la

especie, esto está normado por costumbres que se adquieren en el desarrollo del ciclo vital familiar de cada individuo.<sup>14</sup>

La información disponible en México sobre comportamiento, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes proviene de censos, encuestas sociodemográficas y epidemiológicas, principalmente.

La OMS define la adolescencia como la segunda década de la vida, es decir, la etapa que abarca edades entre los 10 y 19 años.

Una Encuesta sobre el comportamiento Reproductivo de los adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México (ECRAMM), realizada en el año 1988, señala que el 41.9% de los hombres y un 22.9% de las mujeres habían declarado tener relaciones sexuales a una edad promedio de 17 años en hombres y a los 16 años en las mujeres.<sup>15</sup>

Por otra parte, es significativo recordar que el comienzo de una biografía sexual de un sujeto está marcado por el “inicio sexual”, hecho que no puede ser confundido, ni con el pasaje, puramente biológico asociado a la menarquia en la mujer, ni con el límite, socialmente reconocido de inserción en la vida conyugal: el “matrimonio”.

El inicio es un momento decisivo en la vida de las personas, representado como un “rito de pasaje” hacia la vida adulta. El tiempo ideal para el inicio depende de los grupos de referencia de los jóvenes y la presión que estos ejercen hacia la conformidad; no obstante durante mucho tiempo el matrimonio fue visto como el momento ideal para la entrada a la vida sexual y para tener hijos, pero en la actualidad, la actividad sexual ha dejado de ser un atributo exclusivo de las personas casadas o en edad de tener hijos y, por tanto, la tendencia es hacia la ampliación y diversificación de las trayectorias sexuales y afectivas. El paso de la vida juvenil a la adulta, puede involucrar matrimonio o diversas formas de convivencia o cohabitación: tener hijos se ha retrasado o se resiste de forma cada vez más creciente, debido a la crisis de la nupcialidad y el matrimonio, al surgimiento de nuevas maneras de unión conyugal y el aumento de la proporción de mujeres que viven en familias monoparentales. Además esta ampliación se caracteriza por la continuación de la vida sexual en mujeres de mayor edad. Por ejemplo, las personas mayores si se divorcian o enviudan, no persisten solteras, sino que buscan una segunda oportunidad con nuevos matrimonios y nuevas familias.<sup>16</sup>

Se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología (INPER) de la ciudad de México, dos estudios uno en el año 2000 y otro en el año 2005, en la población que asiste a atención médica sobre la reproducción, por parte del Departamento de psicología en mujeres de 25 a 45 años; en el primer estudio se seleccionó la muestra de pacientes a través de una Historia Clínica codificada de la Sexualidad Femenina, de estos se obtuvo dos grupos uno el control (sin disfunción) y grupo 2 (con disfunción) y analizados hombres y mujeres respectivamente, se obtuvieron los siguientes resultados: comparado con la población masculina, existen diferencias en la prevalencia, siendo un 38.8% en varones con una frecuencia de 209 disfunciones en 141 sujetos y de 52.2% en mujeres, con una frecuencia de 455 DS en 184 sujetos, y el número de DS en varones como promedio es de 1.48 a diferencia de las mujeres con 2.25 DS por mujer, además en mujeres con DS, se presenta mayor

desinformación de sexualidad, al igual que existe en ellas experiencias infantil traumáticas. En cuanto a los trastornos más frecuentes se encuentran la disritmia, disminución del deseo, y trastornos orgásmicos.

En el segundo estudio, se obtuvo resultados de que de 100 pacientes en estudio (casos), se encontraron 254 disfunciones sexuales (DS), es decir hubo un promedio de 2.54 DS por mujer, en el grupo de control (100), este grupo sin DS demostró mayor grado de estudios, por lo que se puede considerar que a mayor escolaridad se accesa a mayor información, lo que constituye un factor protector que favorece el desarrollo de la sexualidad. <sup>17,18</sup>

La sexualidad al llegar a la mediana edad, puede verse afectada si no hay una adecuada información y preparación por factores biológicos, psicológicos y socioculturales, como se menciona en el estudio del INPER, es por ello que si logramos dar un tratamiento adecuado a los factores que pudieran incidir, estamos a su vez logrando que la sexualidad de la mujer en esta etapa no constituyan una pesadilla, sino un placer.

La sexualidad se reconoce en todas las épocas de la vida, como una fuerza integradora de la identidad, que contribuye a fortalecer y/o producir vínculos integrales, además de ser el placer sexual, fuente de bienestar físico, psíquico, intelectual y espiritual, que cuando esta libre de conflictos y angustias promueve el desarrollo personal y social.

Respecto a lo anterior, se realizó un estudio en el Hospital Materno de Guanabacoa, Cuba en el año 1999, de tipo prospectivo, longitudinal-descriptivo, con una población de 253 pacientes de edad mediana, a quienes se les aplicó una encuesta diseñada para este estudio, los resultados fueron de que un 80.6% sabe que es un orgasmo, un 87.7% no alcanza un orgasmo, un 89.3% no mantiene el deseo sexual, en un 93 % no son comprendidas por su pareja cuando su deseo sexual está ausente, y un 91.5 %, no ha tratado de dar solución a y sus problemas de tipo sexual. <sup>19</sup>

Dentro de los cambios de la respuesta sexual tras la menopausia, los siguientes se presentan disminuidos: frecuencia coital, deseos y pensamientos sexuales, fantasías sexuales, lubricación vaginal, satisfacción sexual global, dispareunia, incomodidad genitourinaria pos-coital. Y por otra parte, los siguientes se mantienen sin cambios: frecuencia de masturbación, frecuencia de orgasmos, satisfacción pos-coital, placer de la sexualidad, excitación sexual frente a imágenes o fantasías, satisfacción de y con su pareja.

Además cabe mencionar que es claro, que en pacientes con una adecuada salud mental, psicológicamente aptas, independientemente de su edad, gozaran de una placentera, libre y plena sexualidad. Por eso el climaterio no es la excepción a esta regla, y difícilmente un factor biológico puro pueda interponerse a una mujer psicológicamente sana y dispuesta a disfrutar de su sexualidad. En muchas mujeres el cese de la función ovárica folicular las modificaciones orgánicas secundarias a la endocrinopatía climaterica, conllevan a sentimientos negativos de pérdida de la función y capacidad reproductiva, y deterioro físico, desfeminización, pérdida de la juventud. Esto se vive como un duelo, que afecta a la mujer, y a veces no logra elaborar fisiológicamente superándolo como un suceso vital estresante más. Afectando la vida de la mujer, en todos sus aspectos, y particularmente en orden sexual.



Ese sentimiento de la mujer como “menos femenina” y por lo tanto “menos deseada”, generara una actitud negativa, hacia la sexualidad que terminara alejándola muchas veces de la actividad sexual.<sup>20</sup>

Es difícil evaluar un fenómeno tan complejo como la sexualidad humana. Rosen basado en el *Internacional Consensus Development, Conference on Female Sexual Dysfunctions*, reunión a un grupo de expertos y desarrollo un instrumento para evaluar la sexualidad femenina en Valencia España en abril del año 2004, que se denomino, “**Índice de Función Sexual Femenina**”.

Este cuestionario es autoaplicable y facilita el diagnostico de las DS mas prevalentes en la mujer, mediante la evaluación de las fases de la Respuesta sexual humana, como de aspectos importantes relacionados tales como, iniciativa y grado de comunicación sexual.<sup>21</sup>

Una vida sexual sana reporta numerosos beneficios y puede ser un factor predictivo de longevidad. Las disfunciones sexuales que afectan a un gran número de personas, suponen una merma en la calidad de vida y con frecuencia son un tema tabú de la entrevista clínica.<sup>22</sup>

Es por ello que la anamnesis debe ser muy meticulosa en nuestra consulta, puesto que es uno de los pilares del diagnostico de las DS, no olvidarse de una completa exploración física, solicitar estudios de rutina y algunos otros estudios serológicos especiales si se sospecha de alguna patología en el interrogatorio y la exploración física.<sup>23</sup>

Dentro de esta visión de investigación en el campo de la sexualidad femenina, el propósito principal de cualquier investigación médica en seres humanos es para mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades, incluso, los métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles que deben ponerse a prueba continuamente través de la investigación, para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad, en nuestra consulta diaria.<sup>24</sup>

No olvidando que, tanto en varones como en mujeres, el grado de satisfacción sexual se asocia estrechamente al grado de ajuste marital y en el caso de las mujeres con el grado en que perciben que su compañero es capaz de expresar sus emociones en el ámbito de la pareja. Aunque la expresividad emocional ha sido una característica históricamente atribuida a las mujeres, en un estudio se revela que al igual que en la mujer, en los varones también está estrechamente ligada a la satisfacción marital.<sup>25</sup>

### Fenómenos comunes de la sexualidad en las etapas del ciclo evolutivo familiar

Dentro de cada fase del ciclo vital de las familias, se presentan diversos fenómenos relacionados a la sexualidad que deben tomarse en cuenta, como son:

En la fase del matrimonio, debe existir como meta para ambos cónyuges, en encontrar en el compañero, el complemento biológico, establecer en la relación la promesa de continuarse a través de la reproducción y lograr establecer un clima de permisibilidad en las experiencias sexuales hasta encontrar armonía.

Las disfunciones sexuales femeninas que se pueden presentar en ésta etapa son deseo sexual hipoactivo, disorgasmias, dispareunia, vaginismo.

En la fase de expansión, se alteran las relaciones sexuales por el embarazo, la lactancia y la nueva relación simbiótica con un nuevo ser, se plantean problemas de planificación familiar, la participación de ambos padres en el cuidado del nuevo miembro es fundamental siendo que en ocasiones, tener un hijo favorece la intimidad de la pareja. Las disfunciones sexuales en las mujeres en ésta fase son deseo sexual hipoactivo, trastorno orgásmico.

En la fase de dispersión, la madurez en la experiencia es el premio de aquellos que lograron cuidarla adecuadamente. El organismo de los padres sufre cambios en sus funciones sexuales y debe tomarse en cuenta que en ocasiones surgen mecanismos de atracción entre uno de los padres y el hijo adolescente. El poder dejar ir a los hijos paulatinamente sólo puede llevarse a cabo si los padres se apoyan mutuamente entre ellos, ya que ésta pérdida puede transformarse en una nueva oportunidad de recuperar o fortalecer el rol de esposos que en muchas ocasiones se pierde o empequeñece ante el rol de padres. En ésta fase se pueden presentar trastornos de la fase de excitación, por fallas en la lubricación y disorgasmias.

En la independencia de la familia, deben buscarse nuevas formas de satisfacción y compartir el triunfo de haber sacado adelante una nueva generación, talvez mejor que la de uno mismo. En ésta etapa se puede presentar disminución del deseo sexual y dispareunia.

Y por último en la fase de retiro y muerte, se debe impedir que los hijos invadan la intimidad de la pareja con el pretexto de cuidarla; se deben establecer límites claros en los espacios en que cada quien pueda funcionar independientemente, de lo contrario existe el peligro de que puedan perder la estima y el respeto por el otro, apareciendo la ansiedad, la tensión y los estados depresivos. Quien ha integrado y madurado en las etapas de su ciclo vital, adquiere un orden del mundo y un orden espiritual; acepta su ciclo vital propio y el de su compañero y defiende la dignidad de su vida. En ésta última etapa puede haber disminución de deseo sexual, falta de compañero sexual.<sup>6, 25</sup>

Las disfunciones sexuales en la mujer, y en todas las etapas de su ciclo evolutivo en el cual se encuentren respecto a su desarrollo familiar, representan enfermedades comunes, en el primer nivel de atención a la salud, es por ello que el médico familiar que labore en éste nivel, deberá emplear todo su arte, en dirigir su interrogatorio a problemas sexuales en las pacientes que soliciten una atención médica integral, no olvidando también, que los temas sexuales en comunidades rurales, representan para sus habitantes aún un tema tabú, y será un verdadero arte que el médico familiar, emplee instrumentos de evaluación de la función sexual femenina ya aprobados y aplicados en otros centros de salud, como son el Cuestionario de Función Sexual de la Mujer que fue diseñado y validado en Valencia España, que fue diseñado por médicos familiares y psicólogos clínicos y que sirve para valorar la respuesta sexual de la mujer.<sup>26</sup>

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Realizando una revisión bibliográfica, se observa que las disfunciones sexuales (DS) en la mujer se presentan con mucha más frecuencia que en los varones, además en ambos sexos es una entidad patológica que aun pasa desapercibida y no se diagnostica de forma común.

En la ciudad de Valencia España se han realizado varios estudios sobre DS en mujeres, entre ellos, "La función sexual femenina y factores relacionados", en donde, se concluye que la sexualidad femenina logra su máxima expresión entre los 30 y 35 años, y los factores de riesgo para DS son: edad mayor a 44 años, no tener pareja estable, el desempleo y la baja auto percepción de calidad de vida.<sup>3</sup>

La mayoría de los casos de DS, se identifican con mayor frecuencia en la peri y posmenopausia, épocas en las que las DS llegan hasta un 50%, según estudios sobre la disminución del interés sexual en la mujer, esta cifra aumenta con la edad, al punto que algunos precisan que en la premenopausia decrece en el 52% de las mujeres, en la peri menopausia en el 68% y en la posmenopausia hasta en un 79% de ellas.<sup>5</sup>

En un estudio realizado en el Hospital Docente Ginecoobstetrico de Guanabacoa, en Cuba, en un periodo de enero de 2000 a diciembre de 2005, sobre la sexualidad en la mujer climatérica, reporta que en una población en estudio de 280 mujeres de consulta de climaterio, sus principales síntomas fueron, que se sienten que no rinden como antes en un 92.1 %, seguido de disminución de deseo sexual en un 88.9%, y dentro de los malestares en la relación sexual, están que las mujeres a esta edad tiene sexo para complacer a sus parejas en 51.4%, seguidos de resequedad vaginal en un 50%, , en cuanto a la existencia de placer sexual, un 66.8% en ocasiones tiene placer y un 22.1% no tiene placer sexual.<sup>8</sup>

La información disponible en México sobre el comportamiento, actitudes y practicas sexuales, proviene de censos, encuestas sociodemográficas y epidemiológicas, principalmente.

Con información de las ultimas dos décadas es difícil precisar el porcentaje de adolescentes que han iniciado su vida sexual. La encuesta sobre el comportamiento reproductivo de adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México, realizada en 1988, señala que un 41.9% de hombres y 22.9% de mujeres habían declarado tener relaciones sexuales a una edad promedio de 17 años en hombres y 16 años en mujeres. Al igual que la encuesta realizada por la Mexfam (Encuesta Gente Joven de la fundación Mexicana para la Plantación Familiar), en 1999 en jóvenes entre 13 y 19 años de edad, indica que un 22.3% de los hombres y 10.3% de las mujeres ya habían tenido relaciones sexuales y que la edad promedio para ambos sexos fue de 15 años. La Encuesta nacional de la Juventud del año 2000 señala que 55.3% de jóvenes de 15 a 29 años de edad tienen actividad sexual.<sup>15</sup>

En Chile estudios revelan marcadamente la estructura de las familias desde 1970 a 2002, creciendo los hogares unipersonales de 5.7% a 8.3 %, los nucleares de 30.3 a 57.9 y disminuyendo los extensos de 47.4 a 23.4%, otro dato es que el matrimonio institucional se ha debilitado, si bien no ha

desaparecido la aspiración a tener o estar en pareja, sino que se diversifican las trayectorias conyugales y afectivas , existiendo momentos con parejas y otros sin ellas, Las tasas de nupcialidad han disminuido de 7.7 matrimonios en cada 1000 habitantes en 1980 a 3.6 en el 2003 y la edad media para contraer matrimonio ha aumentado en hombres de 26.6 años en 1980, a 30.6 en el 2003, y en mujeres de 23.8 años a 27.9 en 2003, ha aumentado asimismo el periodo de vida preconyugal de 13.5 años en hombres y a 8.4 en mujeres, por ultimo el porcentaje de hijos nacidos fuera del matrimonio se amplio de un 34.3% en 1990 a un 52.2% en 2004, sin embargo la valoración del matrimonio como institución es aun alta en dicho país. En Chile igual, a los 18 años de edad una amplia mayoría de la población (94%) ha iniciado su vida sexual. Esta sincronización temporal de las primeras experiencias sexuales, sustituye la previa dispersión de los comportamientos sexuales. Además otro factor importante a considerar, ocurre en el ámbito de vida familiar, donde se observan nuevos y más grandes márgenes de maniobra para sus respectivos miembros, fundamentalmente para las mujeres jóvenes, que en las últimas décadas han ganado una autonomía material considerable dada su mayor participación en el mercado de trabajo.<sup>16</sup>

Otros estudios realizados en el Instituto Nacional de Perinatología de la ciudad de México, en el año 2000 y 2005, el estudio del año 2000, reporta que la prevalencia de las DS en mujeres que acuden a este Hospital, fue de 52%, en promedio en el grupo de mujeres con DS, se presentaron 2.52 disfunciones por cada paciente, y las DS mas frecuentes fueron la disritmia y el deseo sexual hipo activo. El estudio realizado en el año 2005 reporta como DS mas frecuentes, el deseo sexual hipo activo y el trastorno orgásmico.<sup>17, 18</sup>

Por todos estas estadísticas y consideraciones de diversos países, es de consideración especial, realizar un estudio, en mujeres que pertenecen a familias de tipo rural, ya que dentro de las limitaciones que se presentan para realizarlo, no se encontraron estudios realizados en nuestro estado y mucho menos en áreas rurales del estado de Tabasco, la mayoría de los estudios se han llevado a efecto, en mujeres que pertenecen a familias urbanas, es por ello que surge la siguiente pregunta:

**¿Que relación existe entre la disfunción sexual femenina y las etapas del ciclo vital en las familias de la Ranchería. Chichonal Primera Sección, del municipio de Jalapa, Tabasco?**

## JUSTIFICACION

El problema de las disfunciones sexuales, en las mujeres mexicanas representa un problema de salud importante como para enfocarnos a ellas con actividades médico-preventivas en un ámbito rural, ya que como Rubio y Díaz refieren en su trabajo, que uno de los obstáculos que enfrenta el estudio de la sexualidad es que ésta se manifiesta en todos los ámbitos de la existencia humana. Dos de ellos son particularmente importantes: el primero es la naturaleza de la sexualidad, pues éste concepto es una abstracción de ciertas realidades percibidas, que se han ido conformando a lo largo de la historia, por lo que las conformaciones científicas han sido diversas y con múltiples definiciones; y el segundo es por la naturaleza de la ciencia, pues el estudio científico de la sexualidad requiere de la elección, por parte del investigador, de una etapa determinada de medición.<sup>26</sup>

En un estudio realizado en el año 2000, en el Instituto Nacional de Perinatología de la ciudad de México (INPer), demostró la prevalencia de las disfunciones sexuales femeninas en la población que acude a esa institución de salud. Los resultados mostraron que 52% de la población femenina que acude al INPer, padece una o dos disfunciones sexuales, con un promedio de 2.52 disfunciones por paciente. Las más frecuentes fueron, la disritmia, trastornos del deseo sexual y el deseo sexual hipo activo, y entre las variables relacionadas con la vida sexual, el trauma infantil en mujeres se asoció a una disfunción sexual, además de la falta de información sexual se asocia en la mujeres con disfunción sexual.<sup>17, 18</sup>

Para la elaboración de éste estudio se utilizó recursos económicos propios del investigador, en un promedio de dos mil pesos utilizados en material didáctico y para la revisión de material informativo en los diversos medios. Por otro lado, se empleó tiempo de dos horas por semana, extra de las labores médicas diarias, durante tres meses, para encuestar a la población femenina implicada en éste trabajo. También se contó con la autorización para realizar éste estudio, en la comunidad de Chichonal primera sección, por parte del Jefe Jurisdiccional de la ciudad de Jalapa Tabasco, ya que se tocarían problemas de salud, en el área de la sexualidad.

Además de éstos recursos y el más importante, fue la colaboración desinteresada de la población femenina con vida sexual, que respondió a nuestra encuesta (Cuestionario de Función sexual de la mujer), la cual fue tomada de un estudio realizado en Valencia España en el año 2004, que trata de evaluar las fases de la respuesta sexual y además de aspectos relacionados como la iniciativa y el grado de comunicación sexual.<sup>22</sup>

La finalidad de éste estudio, es dar a conocer a los médicos de atención primaria a la salud, que las disfunciones sexuales femeninas se presentan en todas las fases del ciclo vital de las familias. Teniendo presente que la sexualidad es un concepto amplio que acompaña al ser humano desde su nacimiento, y que se va formando a través de experiencias sociales, culturales y educativas a lo largo del ciclo de vida del individuo, y que al llegar a conformar una familia, se aplicará en la medida en que hemos aprendido nuestra sexualidad y la forma de aplicarla en nuestras nuevas familias. Teniendo en cuenta lo anterior, llegaremos a una mejor atención integral de las familias, detectando los problemas sexuales femeninos como detonante en ocasiones de crisis familiares, que conlleven a una mala dinámica de la familia.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre las disfunciones sexuales femeninas, y las etapas del ciclo vital familiar.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- A) Determinar si las disfunciones sexuales se presentan mayormente en la etapa de matrimonio, en la etapa de expansión, en la etapa de dispersión, en la etapa de independencia o en la etapa de retiro y muerte.
- B) Determinar si a mayor edad de la mujer, se presentan con mayor frecuencia las disfunciones sexuales.
- C) Determinar si en mujeres de menor escolaridad, se presentan con mayor frecuencia las disfunciones sexuales.
- D) Determinar si el estado civil de la mujer, es un factor de riesgo para presentar una disfunción sexual.

## HIPOTESIS

### NULA:

A mayor evolución del ciclo evolutivo familiar no hay cambios en la función sexual de las mujeres de la Rancharía Chichonal, Primera Sección del municipio de Jalapa Tabasco.

### ALTERNA:

A mayor evolución del ciclo evolutivo familiar, mayor disfunción sexual en las mujeres de la Rancharía Chichonal, Primera Sección del municipio de Jalapa Tabasco.

## MATERIAL Y METODO:

### Tipo de estudio:

Es un estudio de tipo transversal porque se realizó en un periodo de tiempo, de tipo descriptivo, ya que se esperaba medir variables cualitativas a través de una encuesta específica para detección de disfunción sexual femenina (DSF), de estos resultados se agruparon las mujeres que correspondan a cada etapa del ciclo familiar según el ciclo vital de Geyman. Es un estudio de tipo retrospectivo, debido a que la encuesta toma en cuenta hechos ocurridos a las mujeres en estudio, 4 semanas antes de aplicarle la encuesta.

### Población, lugar y tiempo:

Comprendió un total de 221 mujeres, las cuales constituyen el universo de estudio, que es el total de mujeres que ya habían iniciado vida sexual sin importar la edad.

El estudio se hizo, en la Ranchería Chichonal Primera sección del municipio de Jalapa, Tabasco, México.

Se realizó en un periodo de tiempo comprendido entre Marzo de 2005 y Diciembre de 2007.

Tipo de muestra: Se utilizó el universo de las mujeres de la Ranchería Chichonal Primera sección, que hayan tenido actividad sexual.

### Tamaño de la muestra:

Se utilizó el universo de mujeres de ésta comunidad, siempre y cuando, hubiesen iniciado ya su vida sexual.

### Criterios de selección:

*De inclusión:* Se consideraron para el estudio las mujeres, que habían iniciado su vida sexual activa, aquellas que sabían leer y escribir.

*De exclusión:* Se excluyeron las mujeres con alguna incapacidad física, o trastorno mental.

*De eliminación:* Se eliminaron las encuestas de mujeres que no contestaron de forma adecuada.

### Variables de estudio:

Variable dependiente: Ciclo vital familiar

Variable independiente: Disfunción sexual femenina

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Medición de la variable</b>
Edad	Años cumplidos hasta la fecha de realización del Cuestionario	Cuantitativa	Años cumplidos
Ocupación	Empleo, u oficio	Cualitativo	1 Desempleo 2 Ama de casa 3 Profesionista 4 Otro
Escolaridad	Numero de grados que un estudiante cursa en un establecimiento	Cualitativa	Grados cursados 1 P. incompleta 2 P. completa 3 S. incompleta 4 S. completa 5 Bachiller 6 Profesionista
Disfunción Sexual	Alteraciones en la Respuesta Sexual Humana	Cualitativa	Cuestionario de la Función Sexual de la Mujer (FSM) <b>Evalúan actividad sexual</b> Preguntas 1, 2, 4 evalúan el deseo. Preguntas 3, 4, 5 evalúan excitación. Pregunta 5 evalúa lubricación. Pregunta 9 evalúa orgasmo. Pregunta 14 evalúa satisfacción sexual en general. La preguntas 6, 7 <sup>a</sup> , 8 evalúa problemas de penetración vaginal. La pregunta 8 evalúa la ansiedad anticipatoria. La pregunta 10 evalúa la iniciativa sexual.



			<b>Preguntas descriptivas</b> La pregunta 7b evalúa actividad sexual sin penetración. La pregunta 12 evalúa frecuencia de actividad sexual. La pregunta 11 evalúa la existencia o no de pareja sexual.
Ciclo Vital Familiar	Proceso cíclico trascendental de la evolución en el tiempo de una familia.	Cualitativa	Ciclo Vital de Geyman 1 Matrimonio 2 Expansión 3 Dispersión 4 Independencia 5 Retiro y muerte

Procedimiento para recabar la información:

La encuesta aplicada fue el CUESTIONARIO DE FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER (FSM), el cual se trata de una encuesta diseñada en el año 2003, por un comité de expertos, encabezados por Rosen y por Médicos familiares y psicólogos clínicos con formación y experiencia en Sexología, que laboran en centros de Salud de Atención Primaria en la comunidad de Valencia España. A ésta encuesta se le hicieron modificaciones en la redacción, adecuando los términos a nuestro entorno sociocultural, pero sin cambiar el concepto original de la misma.

Se trata de un cuestionario auto administrado, de 14 preguntas cerradas y una alternativa, que se responden mediante una escala Likert de 5 valores y se integran en dominios. Las incluidas en los dominios evaluadores de actividad sexual puntúan de 1 a 5. las de los dominios descriptivos no tienen valor cuantitativo y ayudan a reconocer cuestiones importantes en todas las encuestas (frecuencia sexual, existencia de pareja), y en algunas esenciales para el diagnóstico de disfunciones sexuales en la encuestada (casos de la respuesta a la pregunta 7b).

***Dominios o preguntas que evalúan la actividad sexual de la mujer:***

Preguntas 1, 2, 4 evalúan el deseo sexual.

Preguntas 3, 4, 5 evalúan la excitación.

Pregunta 5 evalúa la lubricación.

Pregunta 9 evalúa el orgasmo.

Preguntas 9 y 13 evalúan la satisfacción de la actividad sexual.

Pregunta 14 evalúa la satisfacción sexual en general.

La preguntas 6, 7a, 8 evalúan problemas de penetración vaginal.

La pregunta 8 evalúa la ansiedad anticipatoria.

La pregunta 10 evalúa la iniciativa sexual.

***Dominios descriptivos:***

La pregunta 7b evalúa actividad sexual sin penetración.

La pregunta 12 evalúa frecuencia de actividad sexual.

La pregunta 11 evalúa la existencia o no de pareja sexual.

La encuesta se aplicó por parte del medico del Centro de Salud de la Ranchería Chichonal Primera Sección, en los domicilios de cada mujer a estudiar, previo consentimiento informado por escrito por parte de ellas, se les explicó la forma de contestar el cuestionario, y se les concedió un tiempo de 20 minutos para entregar el cuestionario

De un total de 221 encuestas que se planeo aplicar al universo de estudio (221 mujeres con actividad sexual), se eliminaron 23 encuestas que fueron mal contestadas, y otras 4 encuestas no se aplicaron a 4 mujeres que padecían artritis reumatoide, quedando de ellas 194 encuestas, que fueron las que se tomaron para los resultados.

**Análisis estadístico:**

1. Para determinar el índice de función sexual femenina, se suma el total de la puntuación otorgado al cuestionario.
2. El cuestionario de la función sexual femenina evalúa: problemas de deseo sexual, de penetración, y excitación, los cuales se considerarán trastornos, cuando el valor esté por debajo del promedio de la suma de los ítems que evalúan dichos dominios de la respuesta sexual de la mujer.
3. Los dominios que serán calificados con una sola pregunta, como son: problemas de iniciativa sexual, ansiedad anticipatoria, lubricación, y orgasmo, son considerados como satisfactorios cuando la calificación es mayor a 3 puntos.

## Consideraciones éticas:

### ***DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL***

- El deber del medico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del medico han de subordinarse al cumplimiento de este deber.
- El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en ultimo termino, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.
- En investigación medica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos, debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles, deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.
- En práctica de la medicina y de la investigación medica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.
- La investigación medica esta sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
- Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes.
- Al investigar hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar, el bienestar de los animales en estudio.
- El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observados, los principios enunciados en esta Declaración.
- La investigación medica en seres humanos, debe ser llevada a cabo solo por personas, científicamente calificadas, y bajo la supervisión de un medico, clínicamente competente.
- Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros.
- La investigación medica en seres humanos, solo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor, que el riesgo inherente y los costos para el individuo.
- La investigación médica solo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.
- Para tomar parte de un proyecto de investigación, los individuos, deben ser participantes voluntarios e informados.
- Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad.

- Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado, cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión.
- Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mental, de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador, debe obtener el consentimiento informado del representante legal, y de acuerdo con la ley vigente.
- Si una persona, declarada como incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su consentimiento para participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.
- Tanto los autores, como los editores tienen obligaciones éticas.<sup>22</sup>

De acuerdo a la Ley General de Salud, en su última reforma realizada el 18 de Diciembre de 2007, en su título quinto, capítulo único, artículo 96 y en su párrafo tercero, sustenta que el presente estudio se refiere a un estudio de investigación para la salud, en cuanto a la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población.

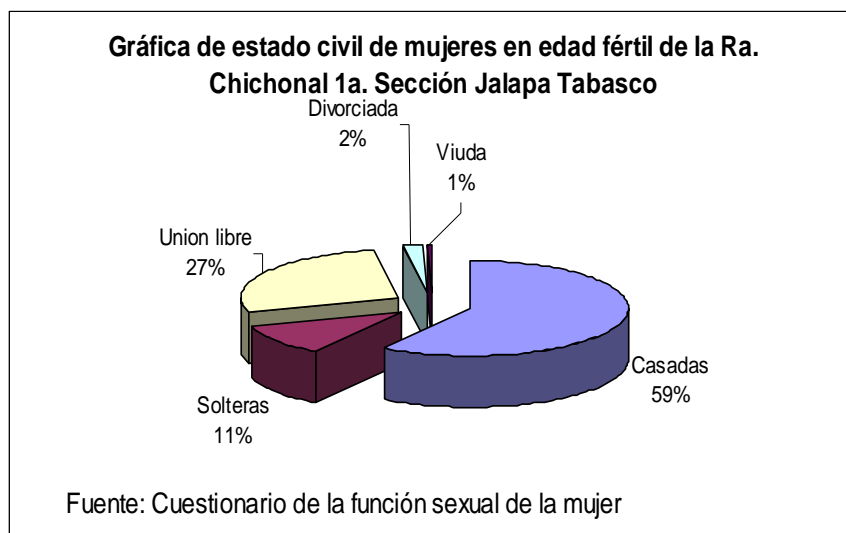
Lo que se planeó realizar con las mujeres que resultaran con disfunción sexual, fue brindar una orientación clara y precisa, enfocada a la respuesta sexual humana normal, que toda mujer debe conocer, no importando credos ni religiones, y conociendo ésta, aconsejar hacia el ejercicio de una salud sexual plena, alejada de tabúes que como vimos, los vamos adquiriendo al transcurrir nuestro ciclo evolutivo y de éstos depende la mayoría de disfunciones sexuales femeninas, ya que como causas de ellas con mayor frecuencia están los problemas psicosociales.

## RESULTADOS

En el presente trabajo, el análisis de una de las variables sociodemográficas como fue la edad de las mujeres en estudio, se observó, que del total de 294 mujeres con vida sexual, la edad mínima fue de 13 años, la máxima fue de 73 años, con una edad promedio de 33.2 años, una mediana de 31 años, una moda de 21 años y una desviación estándar de 11.17.

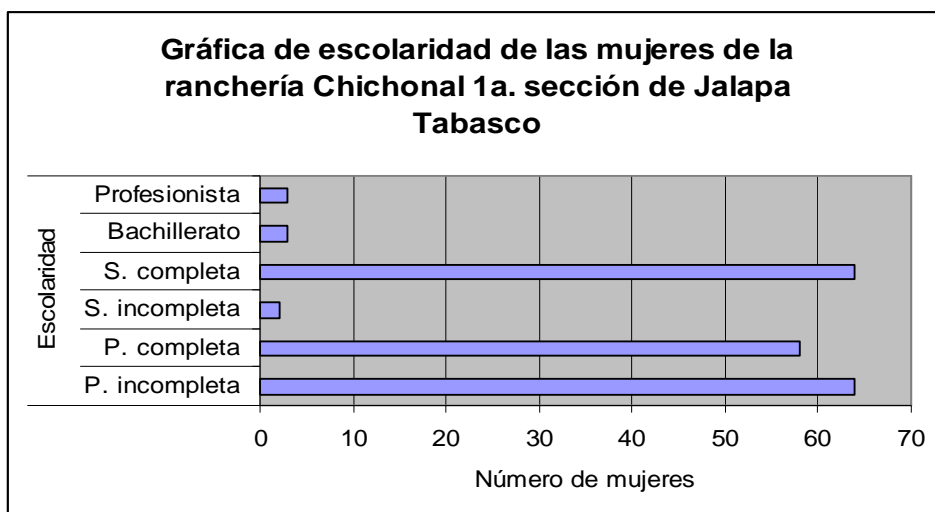
En la gráfica 1 se presenta el estado civil de la población estudiada, en donde predomina el matrimonio.

### GRÁFICA 1



La gráfica 2, muestra la escolaridad de las mujeres en estudio, en donde predomina la primaria incompleta y secundaria completa, y en donde se observa muy poca cantidad de mujeres que estudiaron una profesión.

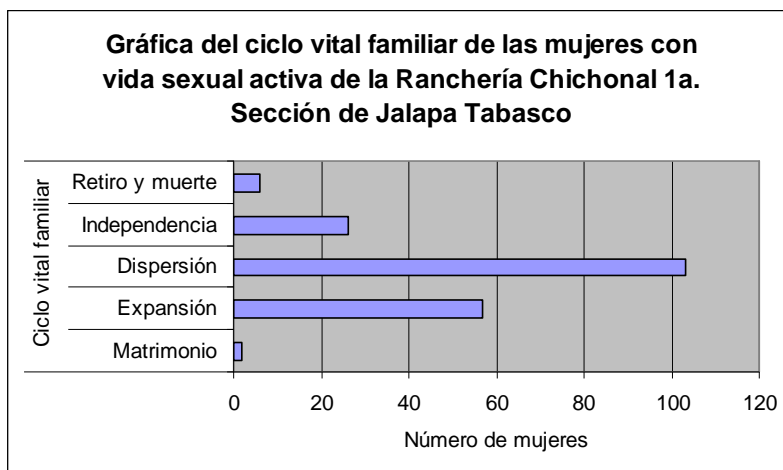
### GRÁFICA 2



Fuente: Cuestionario de la función sexual de la mujer

En la gráfica 3 se demuestra las etapas del ciclo vital familiar de las mujeres de la Ranchería Chichonal primera sección, la mayoría de ellas se encuentran cursando la fase de dispersión, con un total de 103, seguida está la fase de expansión con 57 mujeres, 26 se encuentran en fase de independencia, 6 en fase de retiro, y en fase de matrimonio sólo 2.

**GRÁFICA 3**



Fuente: Cuestionario de la función sexual de la mujer

Ahora, la tabla 1 muestra la cantidad de mujeres con disfunciones, para cada dominio de la respuesta sexual humana, también se demuestra con porcentajes.

**TABLA 1**

**Tabla 1: Representación de los trastornos de disfunción sexual en las mujeres de la Ranchería Chichonal Primera sección de Jalapa Tabasco.**

Dominios	Mujeres con disfunción	Porcentaje (%)
Deseo sexual	118	60.82
Excitación	87	44.84
Problemas de penetración	146	75.25
Orgasmo	81	41.75
Satisfacción sexual general	43	22.16
Lubricación	76	39.17
Ansiedad anticipatoria	140	72.16
Iniciativa sexual	125	64.43

Fuente: Cuestionario de la función sexual de la mujer

Las tablas 2 y 3, demuestran que el coeficiente de correlación de Pearson es alto y expresa que el índice de la función sexual de la mujer está relacionado con el ciclo vital familiar pues conforme avanza el ciclo vital familiar, disminuye la función sexual de la mujer.

**TABLA 2**  
**Estadísticos descriptivos de la función sexual femenina y el ciclo vital de las mujeres sexualmente activas de la Rancharía Chichonal Primera Sección de Jalapa Tabasco.**

	Media	Desviación típica	N
IFSF	34.87	11.084	194
CVITAL	2.88	.763	194

IFSF: Índice de función sexual femenina

CVITAL: Ciclo vital

Fuente: Cuestionario de la función sexual de la mujer

**TABLA 3**  
**Tabla de correlaciones entre el índice de función sexual y el ciclo vital familiar de las mujeres sexualmente activas de la Rancharía Chichonal Primera Sección de Jalapa Tabasco.**

		IFSF	CVITAL
IFSF	Correlación de Pearson	1	-.456**
	Sig. (bilateral)	.	.000
	Suma de cuadrados y productos cruzados	23709.778	-743.964
	Covarianza	122.849	-3.855
	N	194	194
CVITAL	Correlación de Pearson	-.456**	1
	Sig. (bilateral)	.000	.
	Suma de cuadrados y productos cruzados	-743.964	112.273
	Covarianza	-3.855	.582
	N	194	194

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Cuestionario de la función sexual de la mujer

Tabla 4: Muestra que en la regresión lineal se confirma  $r = -.456$  con  $r^2 = .208$ , esto es el coeficiente de determinación es de 20.8%. Es lo que el ciclo vital familiar es capaz de explicar por sí solo, las disfunciones sexuales femeninas.

**TABLA 4**

**Tabla de regresión lineal de la correlación del ciclo vital familiar de las mujeres sexualmente activas de la Ranchería Chichonal Primera Sección de Jalapa Tabasco.**

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.456 <sup>a</sup>	.208	.204	9.890

Variable predictora: (Constante) Ciclo vital familiar  
Fuente: Cuestionario de la función sexual de la mujer

**TABLA 5**

**Tabla de relación entre mujeres mayores y mujeres menores de 33 años, con la disfunción sexual femenina y la función sexual femenina, en la Ranchería Chichonal Primera Sección de Jalapa Tabasco.**

	Disfunción sexual femenina	Función sexual femenina	Total
Mujeres mayores de 33 años	38	43	78
Mujeres menores de 33 años	13	103	116
Total	51	143	194

Fuente: Cuestionario de la función sexual de la mujer

$$\chi^2 = 31.69$$

$$P = 0.001$$

Esto demuestra que es estadísticamente significativo, con un riesgo relativo de 7.0.



## DISCUSION

Considerados los resultados del presente trabajo, se avala la importancia que tienen las disfunciones sexuales en nuestra población femenina del medio rural.

La población estudiada fue de 194 mujeres sexualmente activas en donde la edad promedio fue de 33 años, y ordenándolas en el ciclo vital familiar, la mayoría están en etapa de dispersión, seguidas de la expansión, independencia, retiro y muerte y una menor cantidad se encuentran en la etapa de matrimonio (gráfica 3).

Tomando en cuenta, la calificación general de la encuesta aplicada, y relacionándola con la edad promedio (tabla 4), se encontró 51 mujeres con alguna disfunción sexual, de éstas, 21 estaban en la fase de dispersión, 24 en fase de independencia y las 6 que estaban en el retiro.

En cuanto a lo anterior, nuestros resultados (edad promedio, 33 años y la mayor parte de las disfunciones están en la dispersión), no concuerdan con otros estudios, en donde se analizaron los cambios que sufre la mujer conforme avanza en el ciclo vital, y es en la menopausia, en donde hay pérdida simbólica de la función menstrual y de la feminidad y reproducción. Hay una renuncia a la maternidad definitiva, y al deseo, a dar y recibir placer. Es un clima que anuncia la vejez, alrededor de los 50 años, aunque cada mujer tiene una reacción particular ante el envejecimiento, todas balancean su vida entre: estructura familiar o conyugal, medio profesional y modificaciones corporales.<sup>1</sup>

En otro estudio realizado, se encontró que la mujer en el período climatérico, refiere sentirse mal, tanto física como psicológicamente, es por eso que el no rendir como antes, es uno de los principales problemas que expresan las mujeres, además si se suman la incomprensión por sus familias y por su pareja, y su misma condición de mujer, que tiene una carga física y mental, dada por las tareas domésticas, doble jornada laboral, y el cuidado de otras personas, contribuyen a la disminución del deseo sexual de la mujer.<sup>7</sup>

El análisis de las variables sociodemográficas permitió observar que más de la mitad de las mujeres de nuestro estudio, están unidas por el matrimonio, el grado de estudios que cursaron no se relaciona a problemas de disfunción sexual, porque aunque sea en mujeres jóvenes que obviamente tienen más escolaridad, existe alguna disfunción sexual (tabla 4), a diferencia de un estudio que indica que a mayor escolaridad las alternativas del sujeto, se incrementan, por lo que puede contar con acceso a mayor información, lo que puede constituirse en un factor protector que favorezca el desarrollo de la sexualidad plena.<sup>14</sup>

En nuestro estudio, también se obtuvo la prevalencia de disfunciones para cada dominio de la respuesta sexual de la mujer (tabla 1), en donde predominaron problemas de la penetración, con un 75.25%, a diferencia de lo que se presenta en otro artículo, que fueron datos recabados en el año 1992 en donde el mayor problema fue en el deseo sexual disminuido, en donde se presentaba del 10 al 40% de las mujeres sexualmente activas, y en nuestro trabajo, los problemas del deseo sexual se encuentran en cuarto lugar con un 60.82%.

## CONCLUSIONES

En el presente estudio, se concluye que, en la Ranchería Chichonal, al igual que en las ciudades, se pueden presentar enfermedades de tipo sexual, y en particular disfunciones sexuales femeninas, no dudando que también las hayan masculinas, pero nuestro estudio se enfocó sólo en población femenina.

Se demuestra con éste estudio, que las mujeres que habitan áreas rurales no están exentas de padecer trastornos en su respuesta sexual, sólo por no contar con una mayor influencia de medios de comunicación, mayor cultura, en general, mejores condiciones de vida,

Las disfunciones sexuales femeninas son enfermedades que no estamos acostumbrados a indagar en el interrogatorio médico diario, quizá por temor a ofender a las usuarias, ya que al estar laborando en un medio rural, nos enfrentamos a numerosos mitos y tabúes de las personas, es por ello que los problemas de índole sexual continúan siendo infradiagnosticados por médicos de primer contacto.

En éste trabajo se pudo concluir lo siguiente:

- De un total de 194 mujeres en estudio, 115 fueron casadas.
- La escolaridad que predomina es la primaria incompleta y la secundaria.
- La mayoría de las familias de las mujeres, se encuentran en fase de dispersión de su ciclo evolutivo.
- La correlación entre la función sexual y el ciclo vital es alto.
- El riesgo relativo que tienen las mujeres mayores de 33 años de padecer disfunción sexual es de 7.5 veces más que las menores de 33 años, y el riesgo atribuible de padecer una disfunción sexual en el primer grupo fue de un 46.5%.
- La disfunción con mayor prevalencia en nuestra población en estudio fue los problemas de penetración.

A través de éste estudio, se pudo comprobar, que en ésta comunidad rural de Tabasco, el ciclo vital familiar es capaz de alterar las funciones sexuales normales de una mujer, es por ello que debemos abordar a nuestra usuaria, con preguntas orientadas a su salud sexual, y no excluyendo su motivo de consulta, enfocados, en problemas sexuales más frecuentes que padecen las mujeres al atravesar cualquiera de las etapas de su ciclo evolutivo familiar.

Además debemos también tener en cuenta de que la sexualidad de la mujer y del hombre se van formando desde la infancia, y desde allí se puede iniciar a trabajar con los vínculos de afecto que se forman en la familia, ya que de esto dependen muchos de los problemas sexuales, ya que teniendo en cuenta, que de acuerdo a la nueva reconceptualización de la función sexual, como un proceso cíclico, que enfatiza factores sociales, psicológicos, hormonales, del medio ambiente y desde luego, también los factores biológicos.<sup>28</sup>

A las mujeres que presentaron problemas en su función sexual, dependiendo la etiología de la disfunción, se les refirió a terapia de pareja, a Ginecología o en su necesidad a Psiquiatría, ya que no debemos olvidar también, que el individuo es un ente social necesitado de afecto y comprensión y que de una buena salud, depende la armonía de la persona y del resto de su familia en donde se desarrollará en el periodo de tiempo que le corresponda vivir.

## RECOMENDACIONES

Con éste trabajo se invita a otros médicos de las áreas rurales a realizar estudios referentes al ámbito sexual de la mujer, ya que la información con que se cuenta es mínima. Con ello el beneficio para otros médicos de primer contacto sería enfocar nuestra atención a otros problemas de salud que aquejan a nuestras usuarias, que son el grueso de nuestra consulta diaria. Debemos realizar un mejor interrogatorio, que incluya además áreas de interés epidemiológico, también aspectos sexuales, ya que de ésta manera contribuiremos a elevar estadísticas de disfunciones sexuales, a nivel municipio, nivel estado y en nuestro país, para poder dar a conocer al mundo la problemática verdadera de la salud sexual de una mujer en sus diferentes etapas del ciclo evolutivo familiar.

Así también se debe capacitar a los médicos y enfermeras de los núcleos básicos sobre temas de salud sexual, para que de ésta forma se incluyan pláticas de sexualidad, en nuestros grupos de mujeres con los que tenemos ya un contacto más directo, como son el club de embarazadas, grupo de madres de niños menores de 5 años, club de pacientes diabéticas e hipertensas y en los grupos de titulares de oportunidades.

## BIBLIOGRAFIAS Y REFERENCIAS DE ARTICULOS

- 1) López-Olmos, J. Sexualidad tras la menopausia con tratamiento hormonal sustitutivo (TSH). Clínica e Investigación en Ginecología. Hosp. Arnau de Vilanova España año 2003; 30:333-338.
- 2) Díaz Morfa J. Insuficiencia androgénica y disfunciones sexuales femeninas en mujeres pre y posmenopáusicas. Rev. Psiquiatría Biológica vol. 9 núm. 6, Madrid España año 2002.
- 3) Pérez V. Gutiérrez-Sigler M Dolores. Sanfélix-Genovés J. Función sexual Femenina y factores relacionados. Aten Primaria. España año 2006;38:339-344.
- 4) Chamorro García, L. Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria. España, edit. Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L.; año 2006.
- 5) Acuña-Cañas A. Nuevos conceptos de disfunción sexual femenina. Urología actual. Clínica Shaio. Colombia Vol 8.
- 6) Harold I. Kaplan, M. D. & Benjamín J. Sadock, M.D. Sinopsis de Psiquiatría España, edit. Panamericana; 2001.
- 7) Gindin, León Roberto. Resnicoff, Diana. Matrimonios no consumados: una entidad clínica especial y diferente. Rev de Terap Sex. Argentina 2001;10:17-45.
- 8) Martínez-Camilo V. Paz-Aranda. Estudio de la sexualidad en la mujer en el periodo climatérico. Rev cubana Obstet Ginecol v.31 sep-dic 2005, vol.31, n.3.
- 9) <http://www.ced.uab.es/jperez/pags/demografía/ainoa.htm>
- 10) Amescua-Aguirre, Raul. & otros. Fundamentos de medicina familiar. Mexico, edit. Medicina Familiar Mexicana; 2000.
- 11) Huerta González, J. Medicina Familiar. México, edit. Alfil, S. A. de C. V.; año 2005.
- 12) Navarro AB, Bueno B. Efectos del sexo, el nivel educativo y el nivel económico en el afrontamiento de los problemas en personas muy mayores. Rev Española de Geriatria y Gerontología en vol. 40, núm. 01 p.34-43, año 2005.
- 13) James Lesli McCary. & otros. Sexualidad humana de McCary. México, edit Manual Moderno; 2000.
- 14) Machorro y Souza M. Adicción al sexo: compulsión y controversia. Ginecol Obstet México, oct. 2002, vol. 70, no. 10. ISSN 0300-9041.

## ANEXOS

Centro de Salud de la Ranchería Chichonal, Primera Sección, Jalapa, Tabasco,  
México.

### CUESTIONARIO DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER: FSM

INICIALES: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
PROFESION: \_\_\_\_\_  
FECHA DE REALIZACION: \_\_\_\_\_  
GRADO DE ESTUDIOS: \_\_\_\_\_



SECRETARÍA DE SALUD

- ¿Cuántos años tiene? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es su estado civil? \_\_\_\_\_
- ¿En que año se unió a su pareja? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos años duro su noviazgo? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene hijos? Si  No
- ¿Que edad tiene su hijo menor? \_\_\_\_\_
- ¿Que edad tiene su hijo mayor? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos hijos no viven en su casa? \_\_\_\_\_

Pregunta llave: ¿Ha tenido usted actividad sexual durante las últimas 4 semanas? (Nota informativa. La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación, etc.)

Si la respuesta es **SI**, responda el cuestionario de función sexual marcando, en cada pregunta solo una respuesta.

1. Durante las ultimas cuatro semanas, ¿ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes, etc.) relacionadas con actividades sexuales?

Nunca 1  Raramente 2  A veces 3  A menudo 4  Casi siempre 5

2. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?

Nunca 1  Raramente 2  A veces 3  A menudo 4  Casi siempre 5

3. Durante las últimas cuatro semanas, ¿le ha resultado fácil excitarse sexualmente?

Nunca 1  Raramente 2  A veces 3  A menudo 4  Casi siempre 5

4. Durante las últimas cuatro semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado, ¿ha sentido excitación sexual? (por ejemplo, sensación de “ponerse en marcha”, deseo de “avanzar mas” en la actividad sexual.)

Nunca 1  Raramente 2  A veces 3  A menudo 4  Casi siempre 5

5. Durante las últimas cuatro semanas, cuando se ha sentido excitada sexualmente, ¿noto humedad y/o lubricación vaginal?

Nunca 1  Raramente 2  A veces 3  A menudo 4  Casi siempre 5

6. Durante las últimas cuatro semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en la vagina y/o zona genital, ¿ha sentido dolor?

Nunca 1  Raramente 2  A veces 3  A menudo 4  Casi siempre 5

7 a. Durante las últimas cuatro semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal, (del pene, dedo, objeto, etc.) ¿podía realizarse con facilidad? Instrucciones: No debe contestar esta pregunta si no habido penetración vaginal en las ultimas cuatro semanas. En su lugar, responda la pregunta siguiente.

Nunca 1  Raramente 2  A veces 3  A menudo 4  Casi siempre 5

7 b. Indique por que motivo no habido penetración vaginal durante las ultimas cuatro semanas. (Instrucciones: responde esta pregunta solo si no ha contestado la anterior.)

Por sentir dolor 1  Por miedo 2  Por falta de interés 3  No tener pareja 4   
Incapacidad para penetración de parte de su pareja 5

8. Durante las últimas cuatro semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual, ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad...?

Nunca 1  Raramente 2  A veces 3  A menudo 4  Casi siempre 5

9. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?

Nunca 1  Raramente 2  A veces 3  A menudo 4  Casi siempre 5

10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿Cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? (Nota informativa: el término con otra persona se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.)

Nunca 1  Raramente 2  A veces 3  A menudo 4  Casi siempre 5

11. Durante las últimas cuatro semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?

Nunca 1  Raramente 2  A veces 3  A menudo 4  Casi siempre 5  No tengo pareja

12. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuantas veces ha tenido actividad sexual?

1 a 2 veces 1  3 a 4 veces 2  5 a 8 veces 3  9 a 12 veces 4  Mas de 12 veces 5

13. Durante las últimas cuatro semanas, ¿disfruto cuando realizo la actividad sexual?

Nunca 1  Raramente 2  A veces 3  A menudo 4  Casi siempre 5

14. En general, en relación con su vida sexual durante las ultimas cuatro semanas, ¿se ha sentido satisfecha?

Muy insatisfecha 1  Bastante insatisfecha 2  Ni satisfecha, ni insatisfecha 3   
Bastante satisfecha 4  Muy satisfecha 5

## “CONSENTIMIENTO INFORMADO”

Por este medio, le solicito a usted, su amable colaboración y de su autorización, para la contestación de este cuestionario, que es una herramienta para realizar un estudio acerca de los problemas de tipo sexual, que acontecen en esta comunidad, y de la relación que existe de ellos, con cada etapa del ciclo familiar. Cabe señalar, que la información proporcionada, no tiene ningún fin de lucro, ni será presentado ante ningún público en especial, que pudiera dañar, su intimidad, ni su dignidad, además es un cuestionario, que solo incluirá las iniciales de su nombre, para evitar, cualquier mal entendido.

Quedando aclarado estos puntos, estoy de acuerdo:

Entrevistada \_\_\_\_\_

Medico \_\_\_\_\_

- 15) González-Garza, C. Rojas-Martínez, R. & otros. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. Salud Pública México 2005; Vol.47 (3):209-218.
- 16) Barrientos-Delgado, J. ¿Nueva normatividad del comportamiento sexual juvenil en Chile? Última década. Jul 2006, vol.14, no.24, p.81-97.
- 17) Sánchez-Bravo, C. Morales-Carmona, F. & otros. Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. Perinat Reprod Hum México 2005;19:152-160.
- 18) Sánchez-Bravo, C. Carreño-Melendez, J. Disfunciones sexuales femenina y masculinas: comparación de género en una muestra de la ciudad de México. Rev Sal Ment 2005; 28:74-80.
- 19) Martínez-Camilo, V. Torrientes-Hernández, B. Comportamiento de la sexualidad en la mujer de edad mediana. Rev cubana Obstet Ginecol v.28 n.1, Habana ene-abr. 2002.
- 20) Arena-F, JO. Influencia del climaterio y la terapia hormonal de reemplazo sobre la sexualidad femenina. Rev Chile Obstet Ginecol 2006; 71(2):141-152.
- 21) Blumel-M, JE. Bravo-M, F. & otros. Función sexual en mujeres usuarias de terapia de reemplazo hormonal. Rev Med Chile. Nov. 2003. vol.131.no.11.p.1251-1255.
- 22) Sánchez, F. Pérez-Conchillo. & otros. Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). Aten Primaria España 2004;34(6):286-294.
- 23) Herrero-Mediavilla, R. Un paciente con disfunción sexual. Med Fam y Comunitaria Oviedo España 2002. Vol.39.no.02.p.56-62.
- 24) Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Tokio 2004.
- 25) Ortiz Barón M. J. & otros. Apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja. Rev. Psicothema Oviedo España, año 2002 vol. 14 numero 2.
- 26) Rubio E, Díaz J. Las disfunciones sexuales. En CONAPO (Ed.) Antología de la sexualidad humana. Tomo 3. México: Miguel Angel Porrúa; 1994: p. 203-46.



- 27) Instituto de la Comunicación Humana, Centro Nacional de Rehabilitación. Manuales de Medicina de Comunicación Humana. El Instituto; 2004.
- 28) Jennifer E. Frank, MD. & otros. Diagnosis and Treatment of female Sexual Dysfunction, American Academy of family Physicians, Wisconsin, marzo 2008.