



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DELEGACIÓN NORTE DEL D.F.
SEDE UMF 23**

**FRECUENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES EN LAS MUJERES
DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 23.**

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

PRESENTA:

DRA. LAURA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

MÉXICO, D.F.

2011.



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.

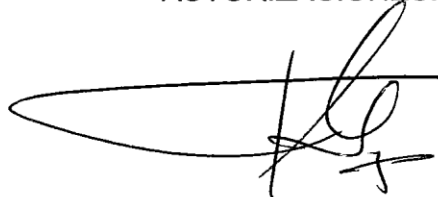
**FRECUENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES EN LAS MUJERES
DERECHOHABIENTES DE LA UMF 23 N° 23.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA:

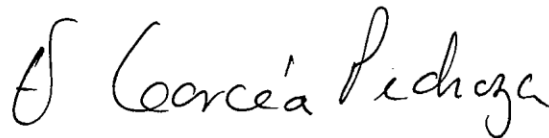
DRA. LAURA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

AUTORIZACIONES:



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDRÓZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

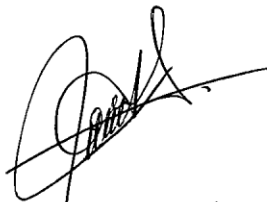
**FRECUENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES EN LAS MUJERES
DERECHOHABIENTES DE LA UMF N° 23.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDADES EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. LAURA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ

AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL VARELA HERNANDEZ

ASESOR METODOLOGICO

**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN
EN SALUD UMF 23.**



DRA. ELVIA LOPEZ BARRERA

ASESOR ESTADISTICO

**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD UMF 3.**

DEDICATORIA

A MI HIJA ANGÉLICA

POR SU AMOR Y COMPRENSIÓN DURANTE MI AUSENCIA

A MI ESPOSO LUIS GERARDO

**POR SU APOYO Y AMOR QUE ME DIERON FUERZA DE
SEGUIR ADELANTE**

A MIS PADRES Y HERMANOS

POR SU AYUDA DESINTERESADA E INCONDICIONAL

A MIS PROFESORES Y COMPAÑEROS

POR SUS ENSEÑANZAS Y SU AMISTAD BRINDADA

INDICE GENERAL

1.	TÍTULO.....	1
2.	ÍNDICE GENERAL.....	4
3.	MARCO TEÓRICO O MARCO DE REFERENCIA O ANTECEDENTES....	6
4.	MARCO CONCEPTUAL.....	12
5.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
6.	JUSTIFICACIÓN.....	15
7.	OBJETIVOS.....	16
	GENERAL	
	ESPECÍFICOS	
8.	HIPÓTESIS (NO ES NECESARIA EN ESTUDIOS DESCRIPTIVOS)	
9.	METODOLOGÍA.....	17
	- TIPO DE ESTUDIO	
	- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
	- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
	- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN	
	- INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR	
	- MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	
	- CONSIDERACIONES ÉTICAS	
	- RECURSOS MATERIALES Y PERSONALES.	
10.	RESULTADOS.....	26
11.	TABLAS Y GRÁFICAS.....	29
12.	DISCUSIÓN (ANÁLISIS DE RESULTADOS).....	43
13.	PROPUESTAS.....	45
14.	CONCLUSIONES.....	46
15.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
16.	ANEXOS.....	49

RESUMEN

FRECUENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES EN LAS MUJERES DERECHOHABIENTE DE LA UMF No. 23

Varela Hernández Miguel¹ López Barrera Elvia² Rodríguez González Laura³

Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud U.M.F 23.¹

Coordinador Clínico de educación e investigación en Salud UMF3.²

Médico Residente de Medicina Familiar Semipresencial adscrito a UMF 23.³

INTRODUCCIÓN: Las disfunciones sexuales son un tema que no se aborda con la importancia con la que debiera, existiendo una alta prevalencia a nivel nacional y en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Y es deber del médico familiar, hacer el diagnóstico oportuno y el manejo inicial para descartar trastornos orgánicos que interfieran con la sexualidad y a través de su seguimiento y canalizándolas al experto en terapia familiar para su adecuado manejo.

OBJETIVO: Determinar la Prevalencia de Disfunciones Sexuales en las mujeres derechohabientes de la UMF No. 23.

MATERIAL Y METODO: Estudio transversal, descriptivo, observacional y prospectivo en la UMF No. 23, en mujeres con vida sexual activa, derechohabientes IMSS del turno matutino, en un periodo comprendido del 1º de marzo del 2010 al 30 de junio del 2010, previo consentimiento informado, con la aplicación del Índice de “Función Sexual Femenina”, que consta de 19 ítems tipo escala de Lickert, que valora las fases de la respuesta sexual femenina, por un muestreo de 200 pacientes de entre los 15 a 60 años del sexo femenino que se tomaran de la consulta externa de medicina familiar.

RESULTADOS: Se estudio una muestra de 200 mujeres que respondieron completamente al cuestionario con un rango de edad de 20 a 60 años, con una media de 33.51 años y moda de 28 años. Del total de la población se encontró que 71 personas padecían por lo menos un trastorno de alguna fase de la respuesta sexual, esto es el 35%, contra el 65% que no padecían ningún trastorno. La edad en la que mayor frecuencia de trastornos se presentó fueron mujeres jóvenes, desde los 20 a los 40 años y el estado civil donde encontramos un mayor número de trastornos fueron mujeres solteras. Los trastornos en las fases de la respuesta sexual más afectada encontramos que en orden descendente son el deseo con 27%, orgasmo 21%, dispareunia 18%, excitación con 14%, lubricación con 12% y satisfacción con 8%. Los factores más importantes asociados a la mayor prevalencia de disfunciones sexuales en las mujeres en estudio fueron: Sin estudios profesionales, con ingresos mensual menor a 5,000 pesos y ser solteras con vida sexual activa.

CONCLUSIONES: Al término de la investigación pudimos comprobar que los trastornos en la función sexual son más frecuentes de lo que realmente se piensa y que desafortunadamente no se realiza el diagnóstico en forma oportuna por parte del médico familiar por lo que se debe de instruir al mismo de la importancia del padecimiento ya afecta la esfera bio-psico-social de nuestras pacientes.

PALABRAS CLAVE: Disfunción Sexual Femenina, mujeres derechohabientes.

MARCO TEÓRICO.

El concepto de salud ha sufrido varios cambios a lo largo de la historia del ser humano, siendo este tan dinámico y dependiente de la situación y el entorno social, que su modificación ha sido necesaria para adecuarla a la sociedad contemporánea. Aunado a esto la globalización es un fenómeno que ha permitido conocer las disfunciones sexuales en ambos sexos, dando la apertura para estudios acerca de la respuesta sexual en las diferentes poblaciones alrededor del mundo. A través de su historia, el ser humano, primitivamente vivía en un plano meramente biológico, agobiado por la lucha diaria por la supervivencia, y la mujer, protectora innata, buscaba la seguridad de su prole. La sexualidad era en ese entonces la necesidad imperante de saciar un impulso biológico que los llevaba a la cópula, con los objetivos principales: la reproducción y el mitigar conflictos de la especie, dada la conocida agresividad del macho¹. Como podemos ver la Salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades, según la definición de la Organización Mundial de la Salud realizada en su constitución de 1946. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social). La sexualidad, una parte importante dentro del desarrollo integral del ser humano, no es aceptada abiertamente dentro de este concepto. Sin embargo aun en nuestros días, el tema de la sexualidad es un tema incomodo para la mayoría de la población, y en una sociedad como México, en donde el marco de este tema está basado en muchos mitos y tabús, acompañado de la postura machista y egoísta, hace de este tema una prioridad para poder considerar que el concepto de salud puede ser aplicado para todos.² Se llama disfunción sexual a la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual que incluye deseo, excitación, orgasmo y resolución que evita al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual. El deseo se dice del anhelo de saciar un gusto, la excitación es la primera parte de una respuesta sexual en donde se relaciona con fenómenos fisiológicos de vasoconstricción y el orgasmo es el momento culminante del placer sexual.³ Actualmente la explicación del deseo sexual humano se hace desde modelos multidimensionales, lo que implica serias dificultades en su evaluación; de ahí la necesidad de instrumentos de evaluación con adecuadas garantías científicas. Más de dos décadas han pasado desde que Kaplan describiese los trastornos del deseo sexual, sugiriendo que estas disfunciones constituyen una categoría distinta a las de las fases de excitación y orgasmo de la respuesta sexual humana. Hasta hace algunos años la aproximación clínica a los problemas sexuales derivaba en gran medida de la doctrina de

Freud y consideraba a las disfunciones sexuales como una manifestación de desórdenes psicopatológicos graves. Los pioneros en el estudio y estructuración de la respuesta sexual humana fueron Masters, Johnson y Kolodny quienes definieron las fases de la respuesta: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución^{1, 4}.

Éstos, junto a nuevos estudios, nos dan prueba que las disfunciones sexuales si bien, pueden traducir trastornos orgánicos y/o psicopatológicos profundos, en muchos casos pueden presentarse en personas que se hayan libres de patología psicológica, y que el problema se enraíza en situaciones puntuales e inmediatas como por ejemplo una serie de exigencias reales o imaginarias en cuanto a la ejecución del acto sexual. La descripción de las disfunciones sexuales permitió su clasificación y definición, lo cual es un factor básico para el plan de tratamiento.

Kaplan define el deseo como las sensaciones que motivan a un individuo a iniciar o ser receptivo a una estimulación sexual; provocado por estimulación interna (factores biológicos o pensamientos) y deseo sexual provocado por estimulación externa (la visión de una pareja atractiva)⁵.

Desde una perspectiva biopsicosocial, Levine habla de tres componentes: componente biológico, mediado por el sistema neuroendocrino, componente social y componente individual/interpersonal. Así, el deseo sexual se definiría como un estado de sentimientos subjetivos que se desencadena por una serie de estímulos externos e internos, manifestándose a nivel conductual. Es esencial un adecuado funcionamiento neuroendocrino para que se experimente este estado y una suficiente estimulación sexual provocada por dos fuentes diferentes (una individual y otra ambiental), estando determinado por procesos sexuales intrapsíquicos e interpersonales⁶.

Algunos autores plantean tres componentes diferentes: activación neurohormonal, disposición cognitiva-emocional (variables psicológicas) y presencia de estímulos sexuales externos o internos (fantasías sexuales) En definitiva, el deseo sexual implica a elementos biológicos, psicológicos y culturales⁵.

Otros autores refieren 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 este concepto es una abstracción de ciertas realidades percibidas, que se han ido conformando a lo largo de la historia, por lo que las formulaciones 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 escala determinada de medición⁷.

A pesar de los cambios en la percepción de la sexualidad, en las últimas décadas del siglo pasado y en el concepto de igualdad de género para los derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales, no contamos con información epidemiológica en nuestro país, en relación con la Disfunción Sexual Femenina.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Disfunción Sexual como “las varias maneras en que un individuo es incapaz de participar en una relación sexual como ella o él desearía”. Así, en su evaluación se pueden analizar los niveles hormonales o se puede optar por instrumentos de autoinforme en los que se cuantifica el deseo sexual a partir de conductas. Algunos de las medidas de autoinforme se centran en determinar la frecuencia de las conductas sexuales (por ejemplo, frecuencia de relaciones sexuales) o en preguntar por el nivel de deseo sexual. Entre estos auto informes cabe destacar el Hurlbert, Índice de Deseo Sexual Hipoactivo (HISD), el Test del Deseo Sexual Inhibido (Masters, Johnson y Kolodny, 1994) o el Sexual Desire Inventory (SDI)⁸.

En el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) Consideran el rol de género, entendido como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a los hombres de las mujeres, como producto de un proceso histórico de construcción social. También se define como las prescripciones, normas y expectativas de comportamiento para hombres y mujeres, además refieren que de la población que acude al INPer padece una o más disfunciones sexuales, con un promedio de 2.25 disfunciones por mujer. Siendo los más frecuentes el Deseo Sexual Hipoactivo, el trastorno Orgásmico y las Disritmia ⁷

Estudios han demostrado que el rol de género es establecido por las distintas culturas, si las características masculinas y femeninas son heredadas o producto de la cultura, la educación y la política. Concluyendo que estos últimos factores son los que determinan dichas características y que, los aspectos considerados tradicionalmente como masculinos y femeninos, no son privativos de uno u otro sexo⁷.

Existen diversos estudios recientes que concuerdan en demostrar que la frecuencia de disfunciones sexuales es mayor en mujeres que en hombres, con cifras que bordean el 40% y 30% respectivamente^{1, 7, 10}.

La Organización Mundial de la Salud realiza una clasificación de estos trastornos agrupándolos dentro del CIE-10, que muestra un paralelismo al usado en el DSM-IV TR, incluyendo entre las disfunciones sexuales no orgánicas las siguientes:¹¹ Impulso sexual excesivo (que supone la principal novedad, ya que esta categoría diagnóstica no está

recogida en el DSM-IV). Ausencia o pérdida del deseo sexual. Rechazo y ausencia del placer sexual. Fracaso en la respuesta genital. Disfunción orgásmica. Dispareunia no orgánica. Vaginismo no orgánico. En la mayoría de los trabajos sobre disfunciones sexuales los diagnósticos no se basan en los criterios o categorías DSM, sino en autoinforme de los propios pacientes sobre sus conductas sexuales.

En cuanto a la disfunción sexual femenina (DSF) se ha demostrado que su incidencia se incrementa a medida que aumenta la edad bordeando el 50% al momento de presentarse la menopausia¹², hecho que suele suceder alrededor de los 50 años. Dentro de los Trastornos del deseo sexual en la mujer encontramos: ¹³ Con causa orgánica identificable: El factor hormonal juega un papel muy importante en la función sexual femenina siendo los estrógenos los encargados de mediar la respuesta sexual a través del sistema nervioso central y periférico. Éstos afectan los umbrales de sensibilidad vibratoria y de sensibilidad a la presión además de ejercer una función en pro de la vasodilatación ya que regulan la síntesis de óxido nítrico. Esto explicaría el hecho de que con la menopausia, al disminuir los niveles estrogénicos, un número importante de mujeres experimentan disminución del deseo sexual, de la frecuencia coital, dispareunia y disorgasmia. Existe evidencia clara que junto a los estrógenos, la testosterona juega un papel importante en la génesis del deseo sexual y que la mujer necesita de una cantidad crítica de testosterona para poder experimentar energía vital y libido¹⁴. En ausencia de patología orgánica: El factor emocional explica en forma muy importante la disminución del deseo sexual en la mujer pues ella depende más que el hombre de factores psicosociales (educación sexual restrictiva, compañero sexual inadecuado, etc.). Éstos pueden estar originados en situaciones de la vida cotidiana como exceso de trabajo, trastornos depresivos, conflictos en la relación de pareja, por mencionar los más frecuentes. Se admite prácticamente de forma generalizada que existe un descenso general de la actividad y goce sexual en ambos sexos con la edad aunque existe evidentemente considerable variabilidad individual dependiendo de múltiples circunstancias. Es obvio añadir que esas circunstancias influyen características individuales, sociales, familiares, educacionales, culturales.

Capítulo aparte puede merecer en el análisis de la disfunción sexual femenina del climaterio el tema de los medicamentos que afectan a la sexualidad en la mujer en muy diferentes edades incluyendo, por supuesto, el periodo climatérico. Debemos distinguir aquellos fármacos que influyen en diferentes fases de la actividad sexual y que

obviamente ejercerán una acción negativa durante las fases de la respuesta sexual, existiendo enfermedades y condiciones en donde coexiste una situación de hipoestrogenismo. Así podemos distinguir diferentes grupos de medicamentos que interfieren en la respuesta sexual como:¹² Fármacos que disminuyen el deseo sexual: podemos distinguir, entre otras, algunos hipolipemiantes, algunos Anti-psicóticos, los Barbitúricos y las Benzodiazepinas en general, la Clonidina, la Digoxina, la Fluoxetina, los Agonistas de la GNRH, los bloqueadores de los receptores H2, la Indometacina, el Ketoconazol, algunas sales de Litio, la Fenitoina, la Espironolactona y los antidepresivos tricíclicos en general¹². Fármacos que producen disminución de la excitación sexual: el alcohol, los Antihistamínicos, los Antihipertensivos, los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los inhibidores de la mono amino-oxidasa y las Benzodiazepinas¹². Fármacos que producen directamente disfunción orgásmica con/sin anorgasmia: la Alfa-metildopa, las Anfetaminas, los Anti-psicóticos, los Antidepresivos tricíclicos, de nuevo los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, los narcóticos y las Benzodiazepinas en general¹².

Dada la importancia y la frecuencia con la que se presentan los trastornos sexuales en la mujer se ha despertado el interés por tratar a las pacientes que presenten algún trastorno, es por eso que el manejo debe de realizarse con un equipo multidisciplinario para descartar causas orgánicas y psicológicas. A partir de la terapia sexual de Masters y Johnson, que marcó un punto de inflexión claro en el tratamiento de este tipo de problemas, las disfunciones sexuales han constituido un campo de actuación habitual para el tratamiento médico y psicológico.¹⁵

Dispareunia y vaginismo: La dispareunia puede ser causada por lubricación insuficiente. Toda paciente con quejas de sequedad vaginal, dispareunia, vaginismo y/o contracciones dolorosas, debe ser sometida a una exploración ginecológica completa. Esto es muy importante para determinar si la queja de la paciente se puede relacionar con los cambios que ocurren en los órganos sexuales en el envejecimiento, o si es consecuencia de una infección, un tumor, un prolapso uterino, u otros factores. Con menos frecuencia, las disfunciones sexuales pueden ser consecuencia de problemas endocrinos. No hay ninguna investigación adecuada desde el punto de vista metodológico que constate la eficacia de tratamientos psicológicos para estas disfunciones. La dispareunia es una disfunción sexual femenina habitualmente secundaria a algún problema, casi siempre de tipo físico, por lo que la solución de este problema físico suele ser de especial relevancia. Esto se ha traducido en el desarrollo de diversos tratamientos médicos o quirúrgicos

eficaces. El tratamiento del vaginismo suele implicar una combinación de desensibilización sistemática, entrenamiento del músculo pubocoxígeo e inserción de dilatadores vaginales de un tamaño creciente (por la mujer y/o por la pareja). La implicación de la pareja parece ser determinante en la eficacia. También se ha informado de la eficacia de procedimientos de Desensibilización in vivo, como la introducción de dedos o tampones¹⁶.

MARCO CONCEPTUAL.

En una investigación realizada en el 2008 en el servicio de Urología en el Hospital Morelos de Chihuahua del IMSS, en donde se realizó el cuestionario del Índice de Función Sexual Femenina a las mujeres que asistieron a dicho servicio, como pacientes así como a sus acompañantes, por un periodo de 5 meses, se recuperaron 44 cuestionarios en donde se obtuvo un promedio de edad de 30.45 años de edad encontrándose una prevalencia de Disfunción Sexual Femenina de 34%, siendo las más frecuentes la alteración en la Excitación seguido de la Lubricación y siendo los factores más importantes la edad y el estado civil. En otra investigación se revisaron las conductas consideradas dentro del papel de género, así, el machismo se percibió más como una característica de los varones, ligada a la intolerancia, violencia, egoísmo e individualismo, lo cual afecta negativamente la vida afectiva de la pareja⁹.

Las disfunciones sexuales fueron definidas como: “una serie de síndromes en las que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma persistente o recurrente.” Éstas se clasifican, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR) como: ^{4, 10}

Deseo sexual hipoactivo: Ausencia o reducción de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente.

Trastorno por aversión al sexo: Aversión extrema y recurrente hacia, y con evitación de todos o casi todos, los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

Trastorno de la excitación sexual en la mujer: Incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.

Trastorno orgásmico femenino: Ausencia persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal.

Dispareunia: Dolor genital persistente o recurrente en la mujer antes, durante y posterior a la relación sexual.

Vaginismo: Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfieren con el coito.

Disritmia: Incremento de la actividad sexual normal en uno de los miembros de la pareja, manifestada por la insatisfacción que provoca en el otro miembro de la pareja, que el otro desee, o no, demasiado las relaciones sexuales.

En otro estudio realizado en Colombia por Augusto Ceballos y Colaboradores en el 2008, realizado en la Facultad de Ciencias de la Salud en una Universidad Pública con una muestra de 1385 mujeres se hizo la relación entre disfunción sexual femenina y algún trastorno del Estado de Ánimo, siendo el más frecuente la Depresión. Este estudio refuerza la relación entre las disfunciones sexuales y la autoestima. Algunos autores realizaron un estudio que reveló que el 24% de 987 mujeres encuestadas en todo el país informó acerca de un marcado malestar, tanto en su relación de pareja como en su propia sexualidad. Los más importantes signos fueron el estado de bienestar emocional (si ella estaba deprimida o estresada, por ejemplo) y la calidad de interacción emocional con su pareja durante la relación sexual. Se descubrió que la menor tasa de malestar sexual estaba ligada a una buena salud emocional y a una buena salud física.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Considerando que el ser humano es un ser sexual por naturaleza, y que el aspecto sexual de la mujer ha sido relegado a un papel secundario, dando más prioridad al reproductivo, y que el adecuado desempeño de su sexualidad es un factor importante en sus actividades cotidianas, es relevante conocer cuáles son los trastornos que con mayor frecuencia se presenta en la población femenina.

Estudios norteamericanos muestran que los trastornos de disfunción sexual tienen una prevalencia de 43% en mujeres y de 31% de los hombres, por lo que se considera un problema de salud pública. En México los números no son tan diferentes, en estudios se ha demostrado una prevalencia de 52%, siendo más frecuentes en la mujer con 2.25 disfunciones por mujer. Actualmente en nuestra unidad no hay reportes estadísticos ni epidemiológicos, por lo que nos basamos en estudios realizados a nivel nacional como apoyo de nuestro trabajo de investigación.

Estos trastornos no son privativos al personal de salud que labora en las unidades de medicina familiar y que son las responsables del adecuado desempeño de la población en general y que posee más información por la formación recibida durante su preparación.

Por lo que nos surgió la siguiente pregunta a Investigar:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la frecuencia de disfunciones sexuales en las mujeres derechohabientes de la UMF No.23?

JUSTIFICACIÓN.

La frecuencia de las disfunciones sexuales a nivel mundiales del 43%, en México del 52% según datos del Instituto nacional de perinatología y de un 34% en el Instituto Mexicano del Seguro Social. En la unidad de medicina familiar no se ha reporta el diagnostico de disfunción sexual.

Las disfunciones sexuales son un padecimiento poco mencionado por los pacientes que acuden a la consulta del primer nivel de atención. Aunado a esto, la formación médica de las diferentes Instituciones encargadas de la educación médica, no hace hincapié en la detección y tratamiento de estos trastornos y al no ser buscados de manera rutinaria como se hace con los padecimientos marcados como prioritarios para el sistema de salud.

El olvido de la salud sexual, y el inexplicable temor hacia la sexualidad, quizá dada por las creencias, tanto del personal de salud como por el paciente, han delegado este tema de tal forma que no se considera importante el buen funcionamiento sexual, dejando estas molestias por tiempo indefinido e interfiriendo en la calidad de vida de nuestros pacientes, dejando mas frustración con el paso del tiempo a la mujer.

Por todo esto es imprescindible que el médico familiar, así como el personal de salud en general sea capaz de sospechar alguna manifestación de los trastornos sexuales y que pueden ser el aviso de algún proceso sistémico o psiquiátrico, y al detectarlo, dar la orientación adecuada o la pronta referencia a expertos competentes para tratar las molestias y lograr así el bienestar pleno en el desarrollo personal.

OBJETIVOS.

A. GENERAL.

Determinar la frecuencia de disfunciones sexuales en las mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No. 23.

B. ESPECIFICOS.

Identificar trastornos sexuales por grupo de edad en mujeres derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.23.

Identificar trastornos sexuales por escolaridad en mujeres derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.23.

Identificar trastornos sexuales por estado civil en mujeres de derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.23.

Identificar por estado socioeconómico en mujeres de derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.23.

METODOLOGÍA.

1. TIPO Y CARACTERÍSTICA DEL ESTUDIO: Se realizó un estudio observacional, analítico de frecuencia, que evaluó la sexualidad femenina con la encuesta “Índice de Función Sexual Femenina” (IFSF) desarrollada por Rosen y col. Se recopilaron los resultados de cada encuesta y se realizó un “Análisis factorial” el cual se representó a través de gráficas en pastel o gráficas de 360 grados que se utilizan para mostrar porcentajes y proporciones.

2. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

- **POBLACIÓN DE ESTUDIO:** El universo está constituido por 37237 mujeres dentro del rango de edad de 15 a 60 años, derechohabientes del turno matutino adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 23 del IMSS.
- **LUGAR:** El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 23 del IMSS, la cual corresponde al Primer Nivel de Atención Médica, con área de influencia que incluye población de la Delegación Norte del Distrito Federal.
- **TIEMPO DE ESTUDIO:** El estudio comprendió del 1° de abril del 2008 al 30 de noviembre del 2010. Con aplicación del instrumento en el periodo comprendido entre 1° de marzo a junio del 2010.

3. TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE MUESTRA -

Se trató de una muestra representativa por conveniencia de casos.

Tamaño de la muestra: 200 mujeres Derechohabientes del Turno Matutino de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 del Noreste del Distrito Federal.

Para el cálculo de la muestra se tomó como base el número de pacientes femeninas de 15 a 60 años, del turno matutino reportadas en ARIMAC en la pirámide poblacional del 2009.

Mujeres de 15 a 60 años del turno matutino = **37237**

$$n = \frac{N z^2 p q}{d^2 (n-1) + z^2 p q}$$

N= 15759

z= 1.2816 (en tablas)

q= 0.5

p= 0.5

d= .10 (Índice de error) con un rango de confianza de .90

Resultado: **n= 41.01**

A fin de incrementar la confiabilidad del estudio se realizaron 200 encuestas.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Derechohabientes adscritas al turno matutino de la UMF No. 23.
- Que estuvieron en un rango de edad de 15 a 60 años de edad.
- Con vida sexual activa.
- Que decidieron participar en el estudio.
- Que contestaron en forma completa el cuestionario.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Que no quisieron participar en el estudio.

INFORMACIÓN A RECOLECTADA.

VARIABLES EN ESTUDIO: Disfunciones sexuales.

VARIABLES UNIVERSALES: Edad, sexo, escolaridad, estado civil.

DEFINICIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION METODOLOGICA	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Edad en años en el momento del estudio	Universal	Cuantitativa Continua	20-30 años 31-40 años 41-50 años Más de 50 años
SEXO	Constitución orgánica que determina el ser hombre o mujer	Características físicas y psicológicas que permite la diferenciación del género masculino y femenino.	Universal	Cualitativo Nominal	Femenino
ESCOLARIDAD	Periodo de tiempo durante el cual se asiste o se asistió a un centro de enseñanza	Grado académico que estudió la persona	Universal	Cualitativa Nominal Categórica	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura Posgrado
ESTADO CIVIL	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece derechos	Si está casada o no	Universal	Cualitativa Nominal	Soltera Casada Unión libre

DISFUNCION SEXUAL	Dificultad durante cualquier etapa del acto sexual que evita al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual	Si existe inconformidad en las relaciones sexuales	Variable en estudio	Cualitativa Nominal	Muy alto 5p, Alto 4p, Regular 3p, Bajo 2p y Muy Bajo 1p
DESEO O INTERES SEXUAL	Procede de nuestros pensamientos la estimulación o la postergación de los impulsos sexuales.	La fase del deseo o apetito sexual funciona para que la persona se interese en la actividad sexual.	Variable en estudio	Cualitativa Nominal	Muy alto 5p, Alto 4p, Regular 3p, Bajo 2p, Muy Bajo 1p.
EXCITACIÓN SEXUAL	Excitación es la primera parte de la respuesta sexual	En la mujer se congestiona la vulva y se humedece la vagina	Variable en estudio	Cualitativa Nominal	Sin actividad sexual 0p, Casi siempre 5p, Muchas veces 4p, Algunas veces 3p, Pocas veces 2p, Casi nunca o nunca 1p.
LUBRICACION DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL	Durante la excitación en las mujeres la vagina se lubrica	El lubricante se utiliza para aumentar el placer y/o evitar el dolor durante la actividad sexual.	Variable en estudio	Cualitativa Nominal	Sin actividad sexual 0p, Extremadamente difícil 1p, Muy difícil 2p, Muy difícil 3p, Difícil 2p, Levemente difícil 4p, sin dificultad 5p
ORGASMO (CLIMAX)	El orgasmo se presenta tras haber pasado las fases de excitación y meseta	Se presentan pulsaciones y la respiración llegan a la máxima frecuencia e intensidad, se produce contracciones ano-genital	Variable en estudio	Cualitativa Nominal	Sin actividad sexual 0p, Casi siempre 5p, Muchas veces 4p, Algunas veces 3p, Pocas veces 2p, Casi nunca o nunca 1p.

DISPAREUNIA	Se entiende a la aparición de dolor durante el coito, bien al principio, bien a lo largo del desarrollo del coito o al final del mismo	Se refiere al dolor referido por las pacientes al momento de la relación sexual.	Variable en estudio	Cualitativa Nominal	Sin actividad sexual 0p, Casi siempre 5p, Muchas veces 4p, Algunas veces 3p, Pocas veces 2p, Casi nunca o nunca 1p.
-------------	--	--	---------------------	------------------------	---

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.

Se invito a participar a todas las mujeres derechohabientes del turno matutino de la UMF No. 23 que aceptaron participar en el estudio y cumplieron con los criterios de selección. Se les dio la información previamente del objetivo del estudio y de la relevancia que el mismo tiene en sus actividades de su vida cotidiana. Se les solicitó la firma del consentimiento informado. Se les dio a contestar el cuestionario “Índice de la Función Sexual Femenina” que consta de 19 preguntas que se responden en un formato de frecuencia tipo Likert de lo acontecido en las últimas 4 semanas. Dicha escala evaluó la respuesta sexual de acuerdo al deseo, la excitación, la lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor durante sus relaciones sexuales, y por consiguiente las limitantes al momento de ejercer su sexualidad.

Con el análisis del cuestionario, detectamos alteraciones en la esfera de la sexualidad que nos permitieron orientar a aquellas pacientes que lo quisieron para acudir con su médico familiar y comentar su problemática así como sus dudas y en caso de requerirlo se canalizadas al especialista correspondiente.

RECURSOS MATERIALES Y PERSONALES.

RECURSOS FÍSICOS

- i. Sala de espera de la consulta externa de la UMF No. 23.
- ii. Sala de computo de la UMF 23
- iii. Biblioteca de la UMF 23.

RECURSOS MATERIALES

- iv. Libros, revistas e internet para consulta de información.
- v. Computadora e impresora.
- vi. Memoria USB para almacenamiento de datos.
- vii. Hojas blancas.
- viii. Bolígrafos.

RECURSOS HUMANOS

- ix. Investigador responsable: Dra. Laura Rodríguez González.
- x. Derechohabientes adscritas a la UMF No. 23

CONSIDERACIONES ÉTICAS

- De acuerdo con los principios éticos para las investigaciones medicas en seres humanos, contenida en la Declaración de Helsinki de la Asociación Medica Mundial en 1964, enmendada en Tokio, Japón en 1975 y ratificadas en la 52ª Asamblea General realizada en Edimburgo, Escocia. Octubre del 2000, corresponde al apartado II, Investigación Biomédica no Terapéutica con Humanos (Investigación Biomédica no Clínica) ¹⁸.
- De acuerdo a base legal con el fundamento en la Ley General de Salud, titulo quinto, capitulo único. Artículos 96, 100 (fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII). Artículo 102 (fracciones I, II, III, IV, V)
- Con fundamento en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, y considerando el titulo primero, capitulo único, artículos 3º y 5º. titulo segundo, capítulo primero, artículos 13, 14 (fracciones V, VI VII), articulo 17, fracción I: que al pie dice: Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. artículos 113, 114, 115, 116 y 119.
- Desde el punto de vista práctico, hay dos tipos de aspectos clave para la protección de los derechos y el bienestar de los sujetos de la investigación. Primero, los relativos al consentimiento informado. Segundo los relativos a la privacidad, intimidad, confidencialidad y anonimato de la información obtenida en los estudios.
- En el consentimiento informado, lo más importante desde un punto de vista ético no es su obtención sino el proceso por el que se obtiene. Este proceso ha de reunir tres características básicas: la información suficiente, su comprensión y la voluntad. Además hay que tener capacidad legal para dar el consentimiento. ¹⁹
- La información que han de recibir los participantes en un estudio debe incluir los objetivos y la metodología del estudio, las intervenciones a que puede ser sometidos,

sus posibles beneficios y riesgos, así como potenciales ventajas, molestias o perjuicios de participar en el estudio y la forma de compensarlos o repararlos.

- También debe informarse sobre el carácter voluntario de la participación en el estudio, de que se puede abandonar sin dar explicaciones y sin que se resienta la calidad de la asistencia sanitaria recibida, en caso de que se trate de pacientes.²⁰

RESULTADOS

Obtuvimos una muestra de 200 mujeres con un rango de edad de 20 a 60 años, con una media de 33.51 años y moda de 28 años. En relación al rango de edad obtuvimos 42% en el rango de 20 a 30 años, 31% en el rango de 31 a 40 años, 22% en el rango de 41 a 50 años y 5% con más de 51 años de edad. (Tabla 1) (Grafica 1).

Observamos que del total de la población 36% son solteras, 44% casadas, 18% se encuentran en Unión libre, 1% son divorciadas y 1% viudas. (Tabla 2) (Grafica 2).

En relación a la escolaridad del total de la población obtuvimos que el 44% tienen estudios hasta bachillerato, 20% con escolaridad secundaria, 32% con licenciatura, 2% con carrera técnica y 2% con estudios de Posgrado (Tabla 3) (Grafica 3).

Del total de la población se encontró que el 68% tiene ingresos de menos de 5 000 pesos mensuales, 22% de 5 000 a 10 000 pesos, el 10% de más de 10 000 pesos mensuales. (Tabla 4) (Gráfica 4).

Del total de la población se encontró que 71 personas padecían por lo menos un trastorno de alguna fase de la respuesta sexual, esto es el 35%, contra el 65% que no padecían ningún trastorno. (Tabla 5) (Gráfica 5).

El promedio de padecimientos que se encontró fue de 2.12 trastornos por persona, siendo estos más frecuentes en el rango de edad de 20 a 30 años. (Tabla 6) (Gráfica 6).

Al revisar cuales eran los trastornos en las fases de la respuesta sexual más afectada encontramos que en orden descendente son el deseo con 27%, orgasmo 21%, dolor 18%, excitación con 14%, lubricación con 12% y satisfacción con 8%. (Tabla 7) (Gráfica 7 y 8).

La presencia de trastornos sexuales dependiendo de la escolaridad dio el siguiente resultado: 21 personas con secundaria, 31 con bachillerato, 17 con Licenciatura y 2 personas con carrera técnica. (Tabla 8) (Gráfica 9).

La relación entre disfunciones sexuales e ingresos fue el siguiente: 53 personas con ingresos de menos de 5 000 pesos mensuales y 18 personas con ingresos entre 5 000 y 10 000 pesos mensuales. (Tabla 9) (Gráfica 10).

Al hacer el análisis entre la presencia de trastornos sexuales y estado civil se encontró que 28 mujeres son casadas, 28 solteras, 11 se encontraban en unión libre, 3 divorciadas y 1 viuda. (Tabla 10) (Grafica 11).

Al analizar los trastornos dependiendo del grupo de edad se encontró que en alteraciones del deseo se encontraron: 39, de la fase de excitación: 17, de lubricación: 17, del orgasmo: 29, de la satisfacción: 12 y presentaron dispareunia 29. (Tabla 11) (Grafica 12).

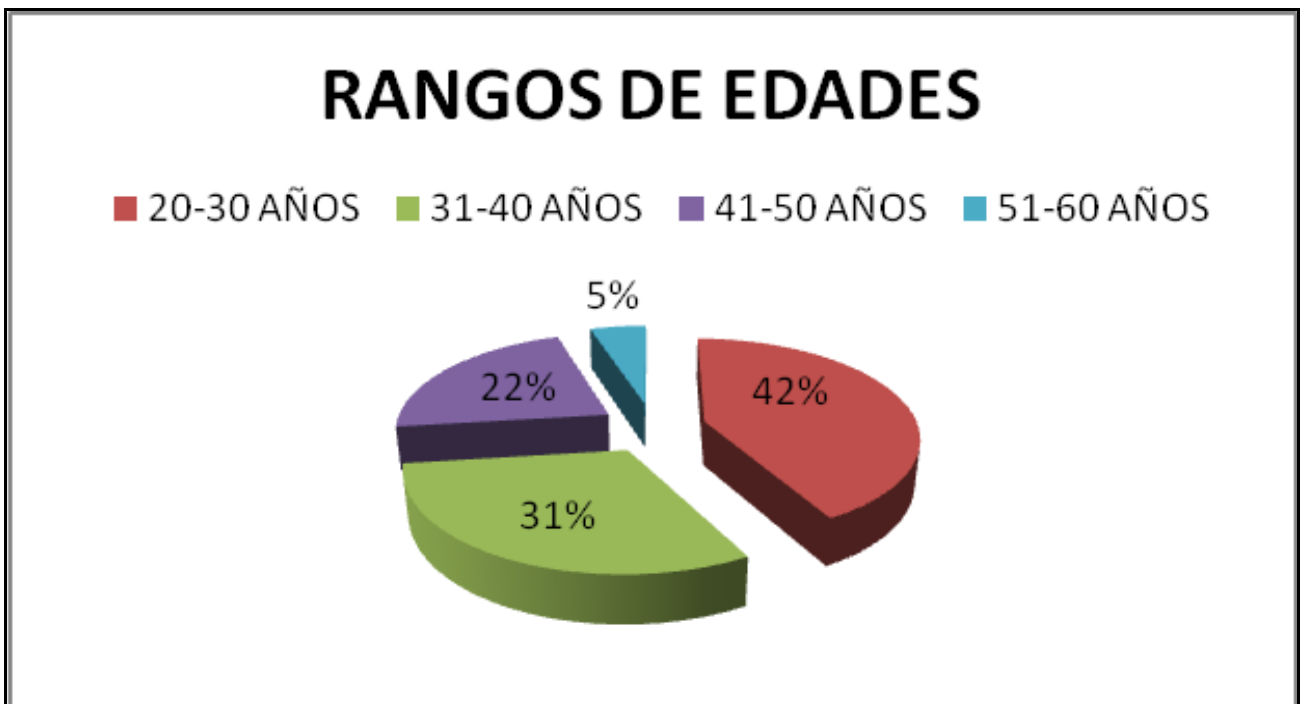
En la asociación entre los trastornos sexuales y escolaridad se encontró que el mayor número de mujeres afectadas no realizaron estudios superiores y las fases de la respuesta sexual más afectadas son el deseo y el orgasmo. (Tabla 12)(Grafica 13).

Los resultados al asociar la presencia de trastornos y los ingresos mensuales encontramos que de las mujeres que ganaban menos de 5 000 pesos mensuales presentan con mayor frecuencia alteraciones en la fase del deseo y del orgasmo y las que cuentan un ingreso mayor a 10 000 pesos mensuales no refirieron alteraciones en el aspecto sexual de su vida. (Tabla 13) (Gráfica 14).

Al analizar los trastornos sexuales en relación al estado civil el resultado fue: En mujeres casadas la fase de la respuesta sexual más afectada fue la del deseo y en el caso de las solteras las fases más afectadas fueron el orgasmo el deseo refiriendo presentar dispareunia. (Tabla 14)(Grafica 15).

Tabla 1. Rangos de edades

RANGO DE EDAD	No de Mujeres
20-30 AÑOS	84
31-40 AÑOS	62
41-50 AÑOS	44
51-60 AÑOS	10
TOTAL	200

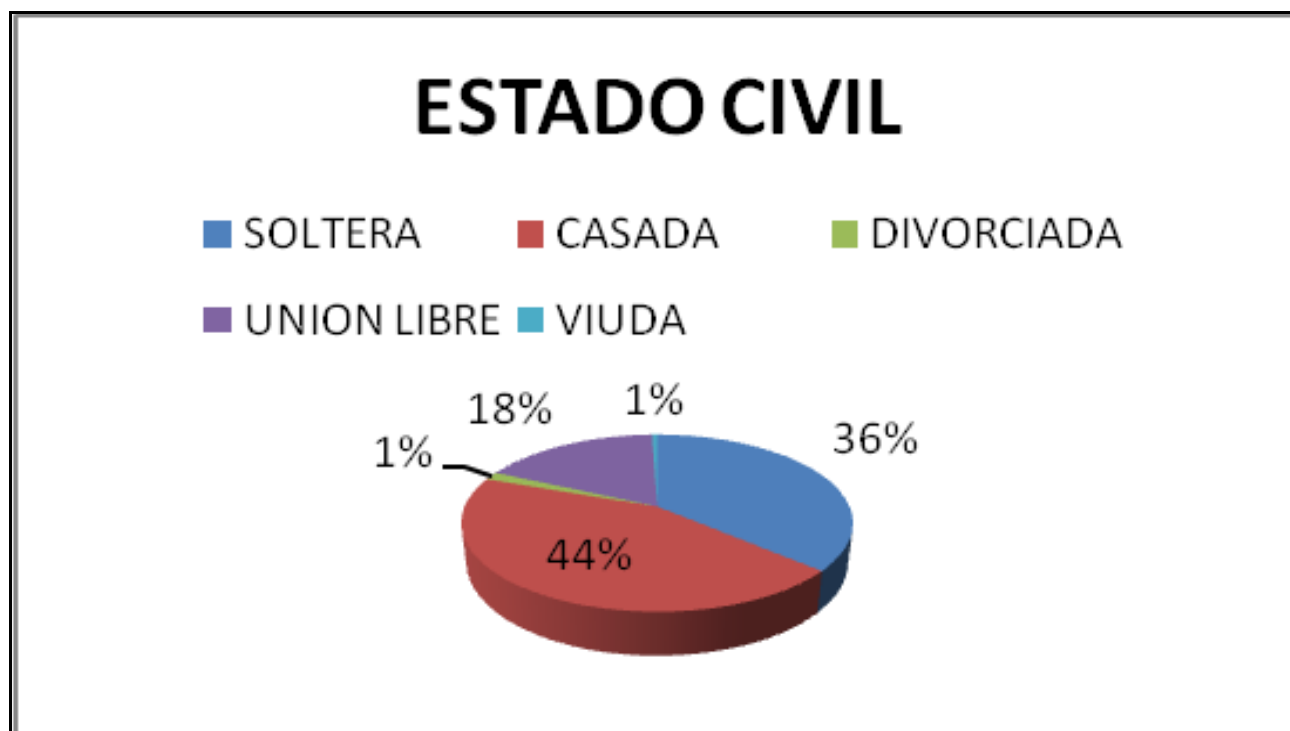


Grafica 1. Rangos de edades

Fuente: 200 encuestas aplicadas a mujeres de la UMF 23

Tabla 2. Estado Civil

ESTADO CIVIL	No de Mujeres
SOLTERA	73
CASADA	88
DIVORCIADA	3
UNION LIBRE	35
VIUDA	1
TOTAL	200



Grafica 2. Estado Civil

Fuente: 200 encuestas aplicadas a mujeres de la UMF 23

Tabla 3. Escolaridad

ESCOLARIDAD	No de Mujeres
PRIMARIA	0
SECUNDARIA	40
BACHILLERATO	89
CARRERA TECNICA	4
LICENCIATURA	64
POSGRADO	3
TOTAL	200

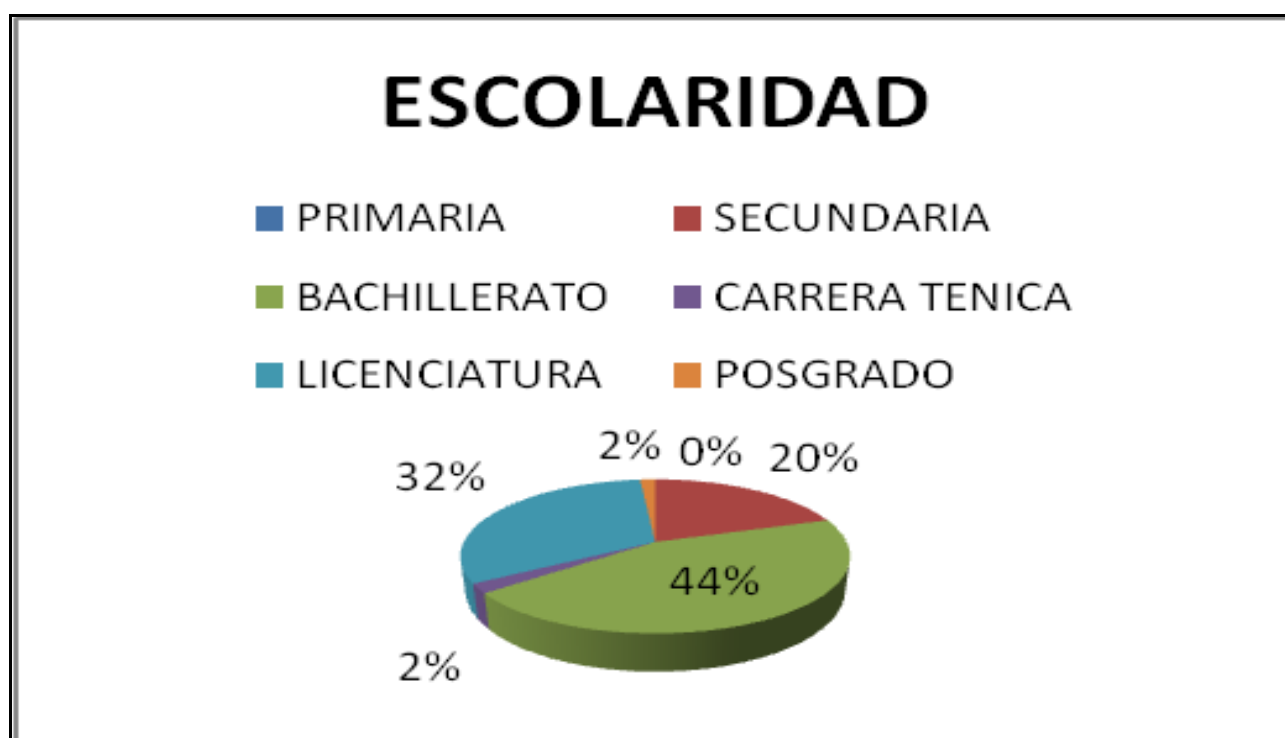


Grafico 3. Escolaridad

Fuente: 200 encuestas aplicadas a mujeres de la UMF 23

Tabla 4. Ingresos Mensuales

INGRESOS MENSUALES	No de Mujeres
MENOS DE 5 000	137
5 000-10 000	44
MAS DE 10 000	19
TOTAL	200

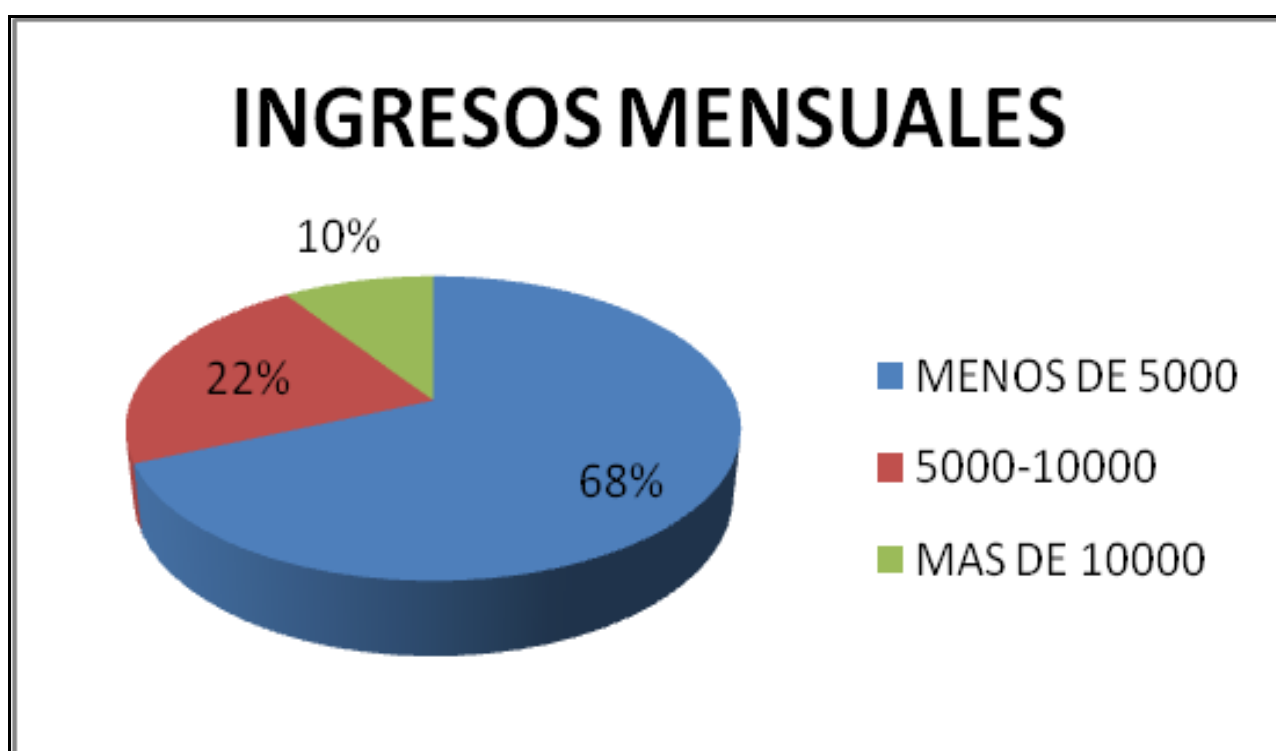


Gráfico 4. Ingresos Mensuales

Fuente: 200 encuestas aplicadas a mujeres de la UMF 23

Tabla 5. Distribución de Disfunciones Sexuales

DISTRIBUCION	No de Mujeres
CON DISFUNCION	71
SIN DISFUNCION	129
TOTAL	200

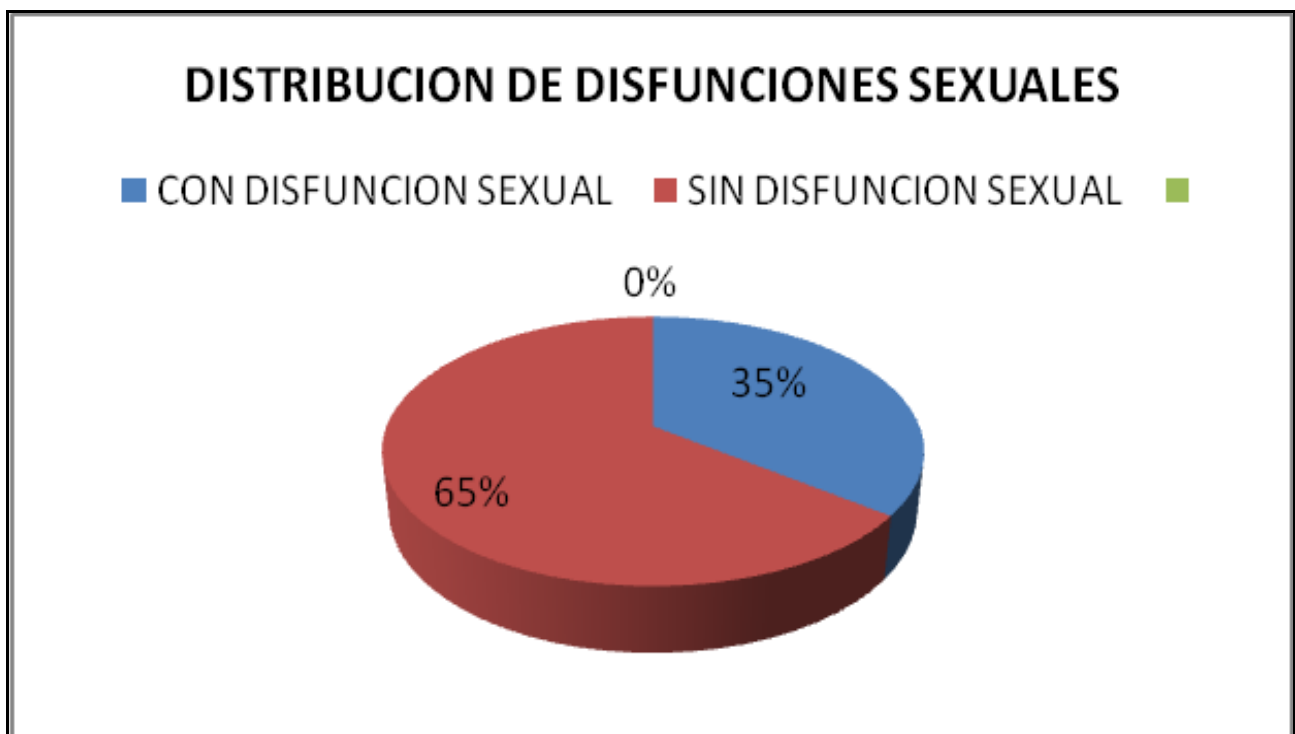


Gráfico 5. Distribución de Disfunciones Sexuales

Fuente: 200 encuestas aplicadas a mujeres de la UMF 23

Tabla 6. Número de trastornos por edad

NUMERO DE TRASTORNOS	20-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	MAS DE 51 AÑOS
1	12	9	1	3
2	13	7	3	1
3	3	5	6	3
4 ó mas	2	2	1	0

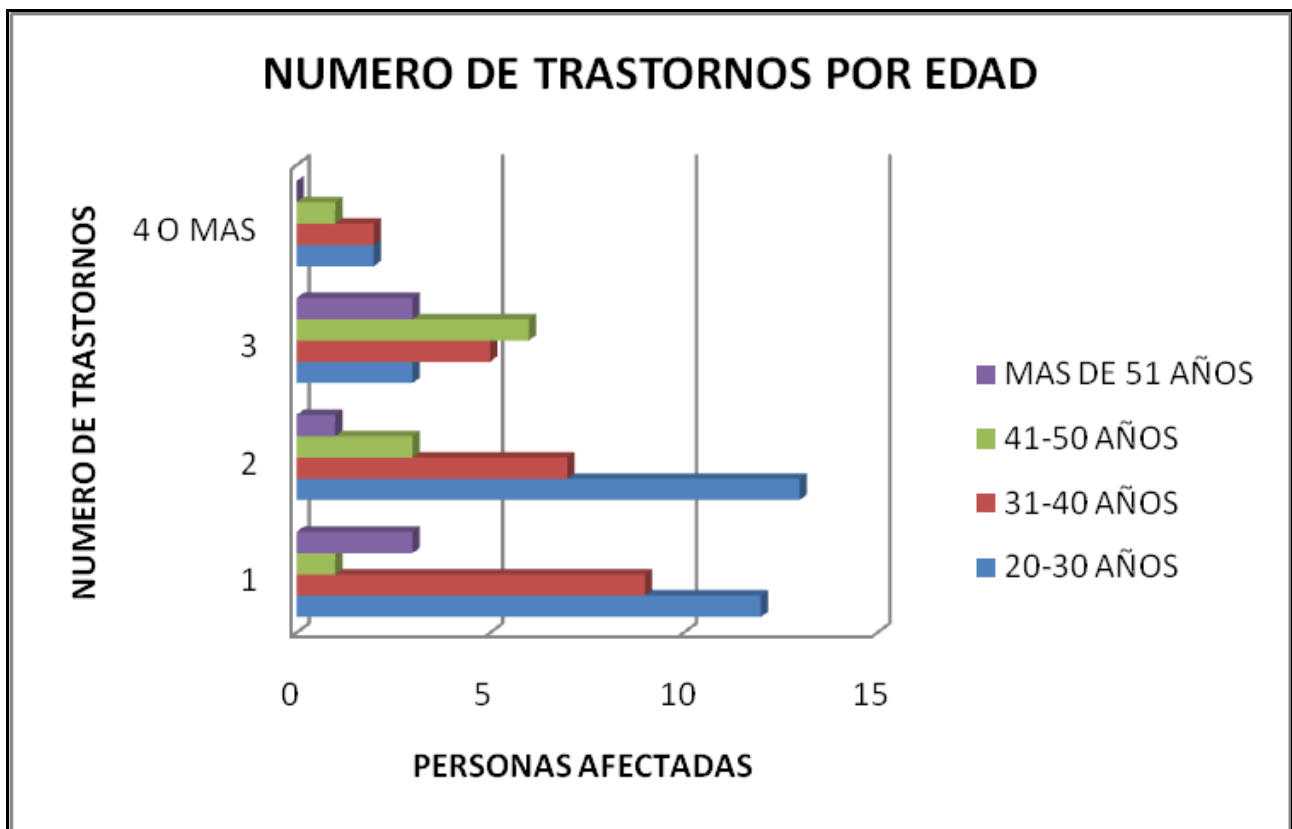


Gráfico 6. Número de trastornos por edad

Fuente: 200 encuestas aplicadas a mujeres de la UMF 23

Tabla 7. Frecuencia de Trastornos Sexuales

FASES DE RESPUESTA SEXUAL	PERSONAS AFECTADAS	TOTAL
DESEO	38	71
EXCITACIÓN	20	71
LUBRICACION	17	71
ORGASMO	30	71
SATISFACCION	11	71
DOLOR	26	71

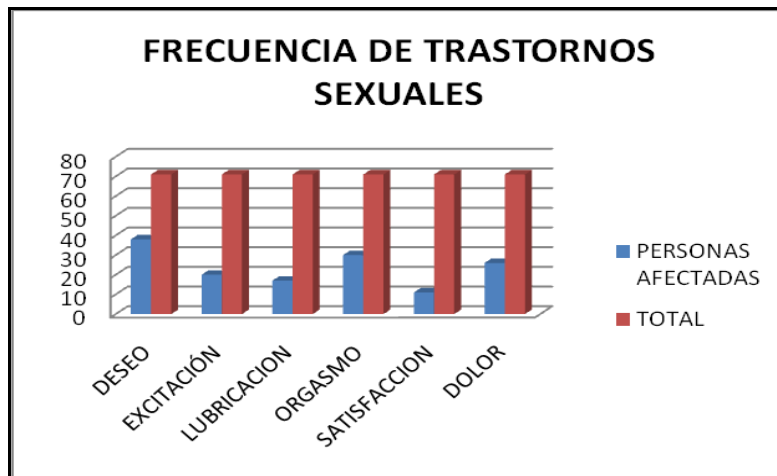


Grafico 7. Frecuencia de Trastornos Sexuales

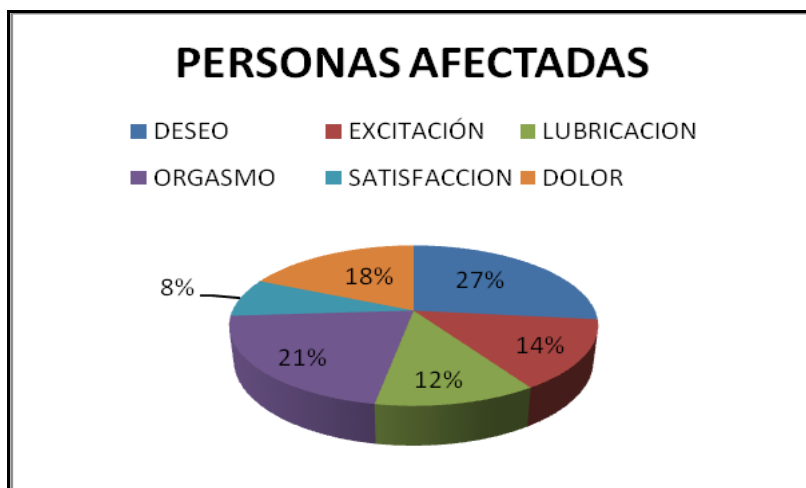


Grafico 8. Porcentaje de mujeres con Trastornos Sexuales

Fuente: 200 encuestas aplicadas a mujeres de la UMF 23

Tabla 8. Relación Trastornos Sexuales y Escolaridad

ESCOLARIDAD	PERSONAS CON TRASTORNOS	TOTAL
PRIMARIA	0	71
SECUNDARIA	21	71
BACHILLERATO	31	71
CARRERA TÉCNICA	2	71
LICENCIATURA	17	71
POSGRADO	0	71

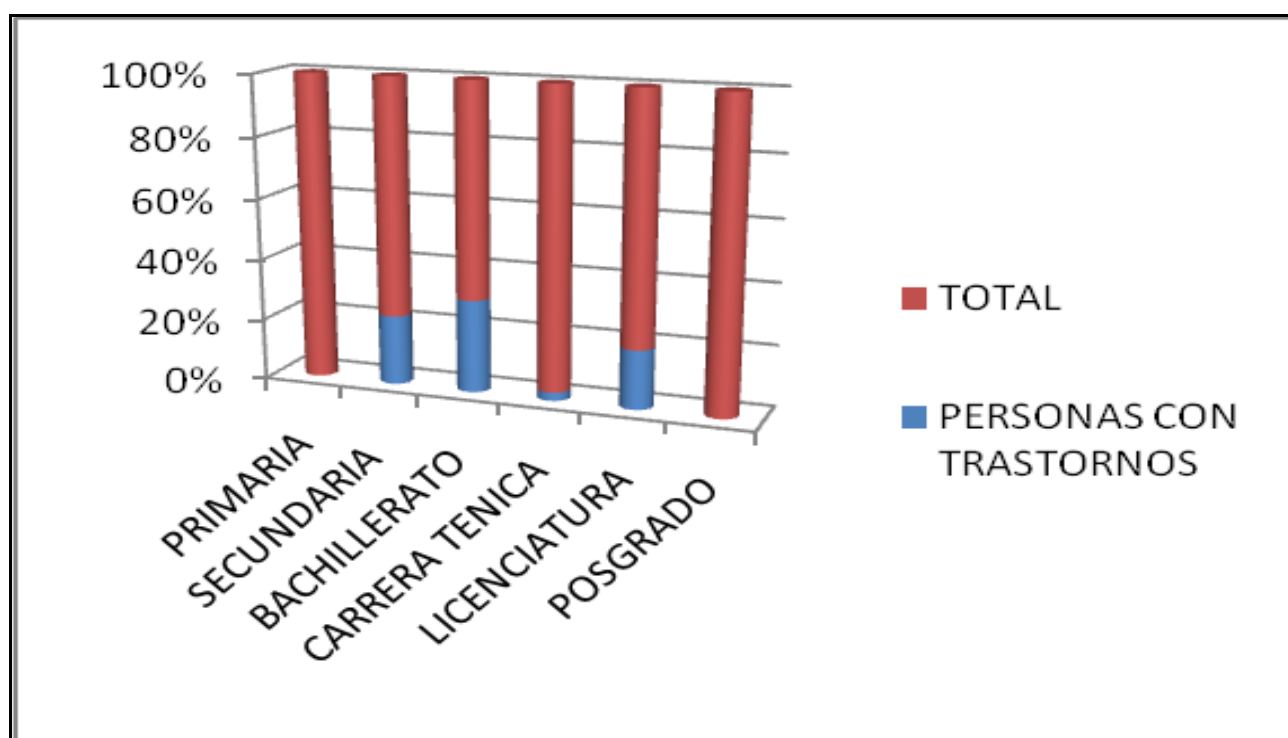


Gráfico 9. Relación Trastornos Sexuales y Escolaridad

Fuente: 200 encuestas aplicadas a mujeres de la UMF 23

Tabla 9. Relación Trastornos Sexuales e Ingresos Mensuales

INGRESOS	CON DISFUNCION
MENOS DE 5 000	53
DE 5000 A 10 000	18
MAS DE 10 000	0

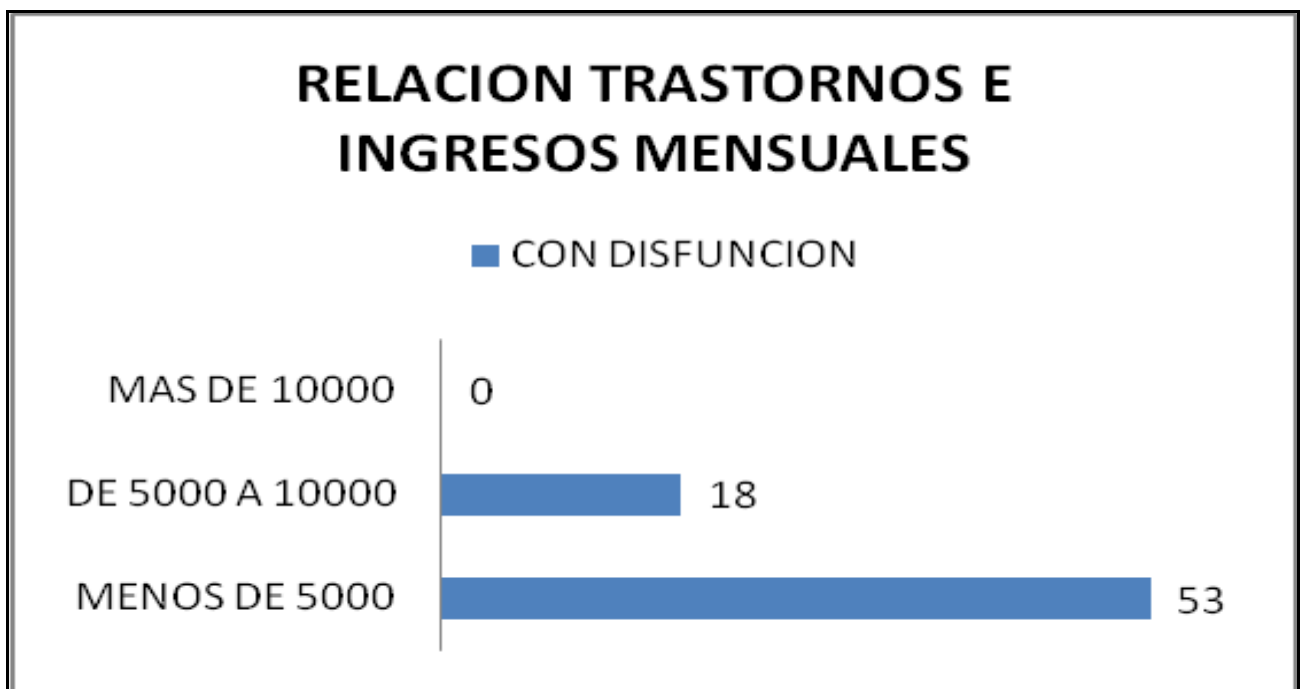


Grafico 10. Relación Trastornos Sexuales e Ingresos Mensuales

Fuente: 200 encuestas aplicadas a mujeres de la UMF 23

Tabla 10. Relación Trastornos Sexuales y Estado Civil

ESTADO CIVIL	No de Mujeres
SOLTERA	28
CASADA	28
DIVORCIADA	3
UNION LIBRE	11
VIUDA	1

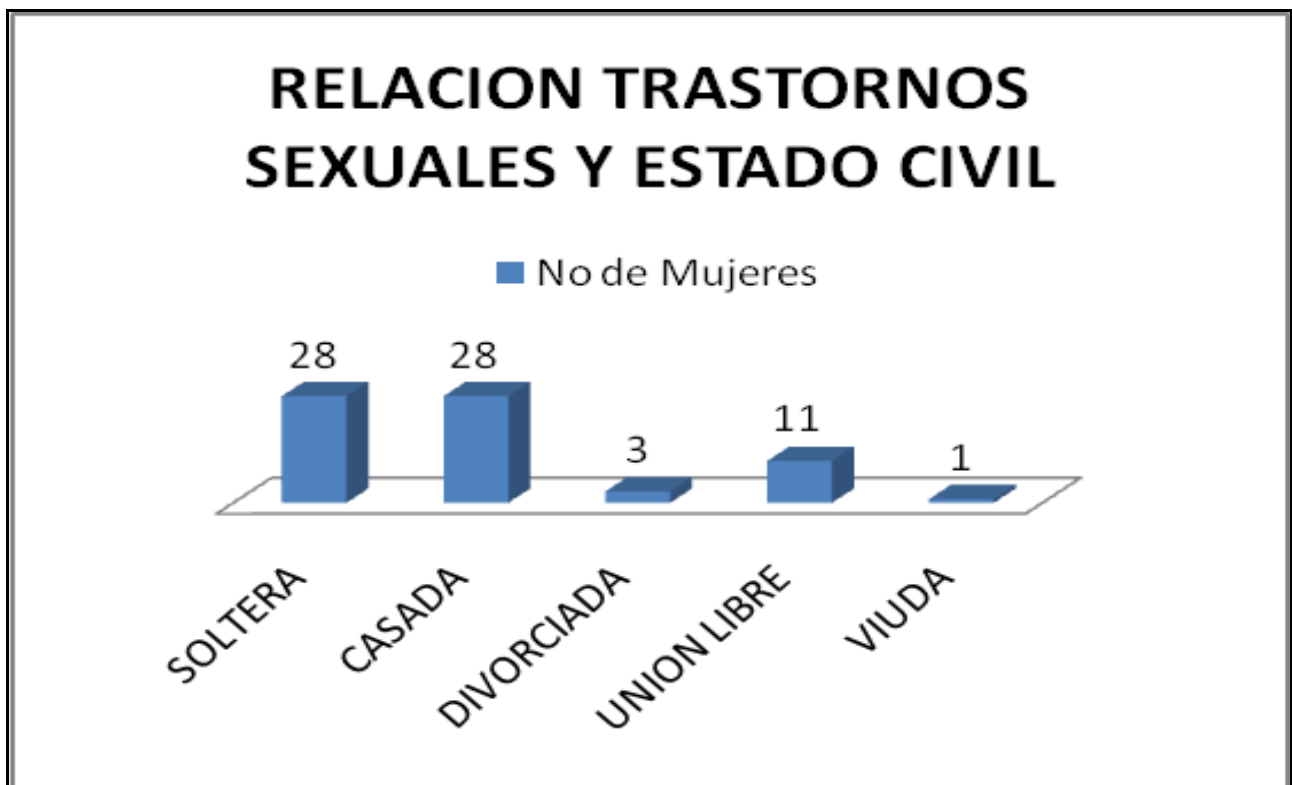


Gráfico 11. Relación Trastornos Sexuales y Estado Civil

Fuente: 200 encuestas aplicadas a mujeres de la UMF 23

Tabla 11. Relación Trastornos Específicos y Rangos de Edad

FASES DE RESPUESTA SEXUAL	20- 30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	MAS DE 51 AÑOS
DESEO	9	12	12	5
EXCITACIÓN	5	7	5	1
LUBRICACION	6	6	3	2
ORGASMO	13	10	5	2
SATISFACCION	6	3	3	0
DOLOR	13	6	6	4

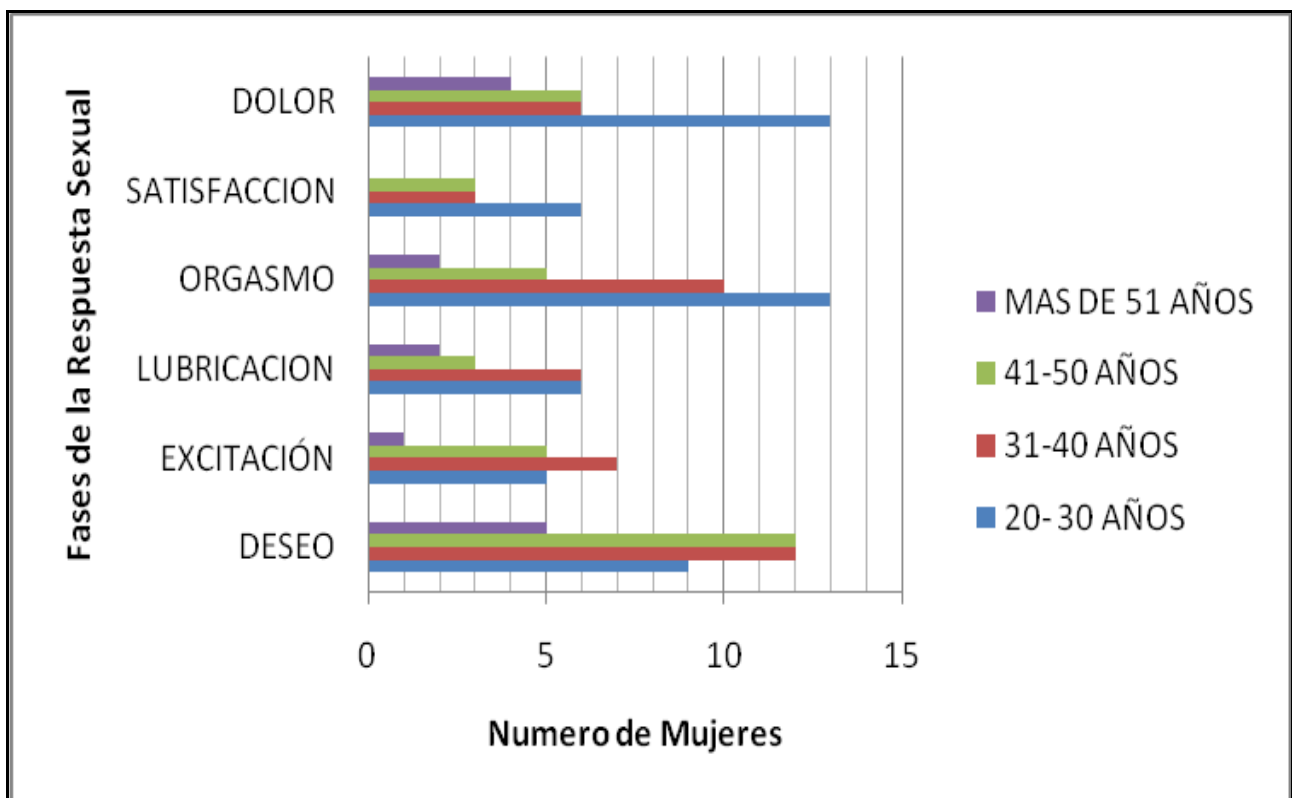


Gráfico 12. Relación Trastornos Específicos y Rangos de Edad

Fuente: 200 encuestas aplicadas a mujeres de la UMF 23

Tabla 12. Relación entre Fases de la Respuesta Sexual Alterada y Escolaridad

FASES DE RESPUESTA SEXUAL	PRIMARIA	SECUNDARIA	BACHILLERATO	CARRERA TECNICA	LICENCIATURA	`POSGRADO
DESEO	0	11	17	2	9	0
EXCITACIÓN	0	6	5	0	6	0
LUBRICACION	0	4	10	0	3	0
ORGASMO	0	9	14	1	6	0
SATISFACCION	0	4	4	0	4	0
DOLOR	0	7	17	0	5	0

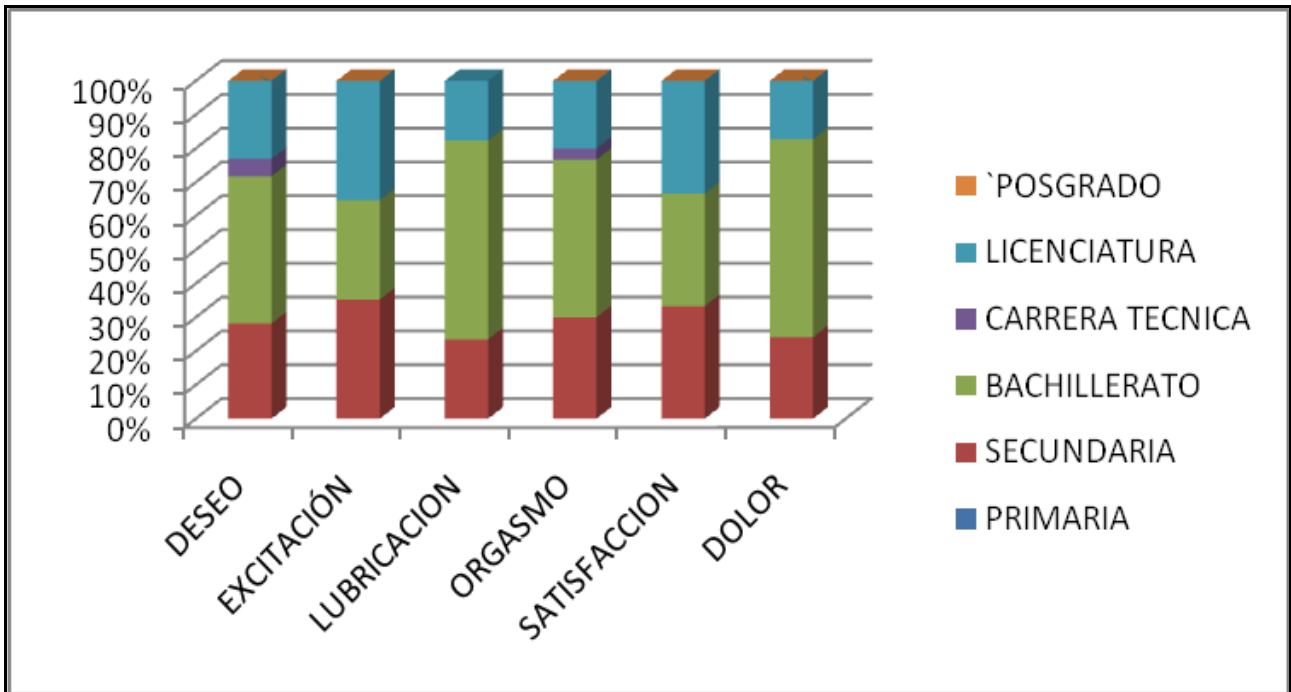


Gráfico 13. Relación entre Fases de la Respuesta Sexual Alterada y Escolaridad

Fuente: 200 encuestas aplicadas a mujeres de la UMF 23

Tabla 13. Relación Trastornos Sexuales Específicos e Ingresos Mensuales

FASES DE RESPUESTA SEXUAL	MENOS DE 5 000	DE 5 000 A 10 000	MAS DE 10 000
DESEO	41	10	0
EXCITACIÓN	12	5	0
LUBRICACION	14	3	0
ORGASMO	22	8	0
SATISFACCION	9	4	0
DOLOR	27	6	0

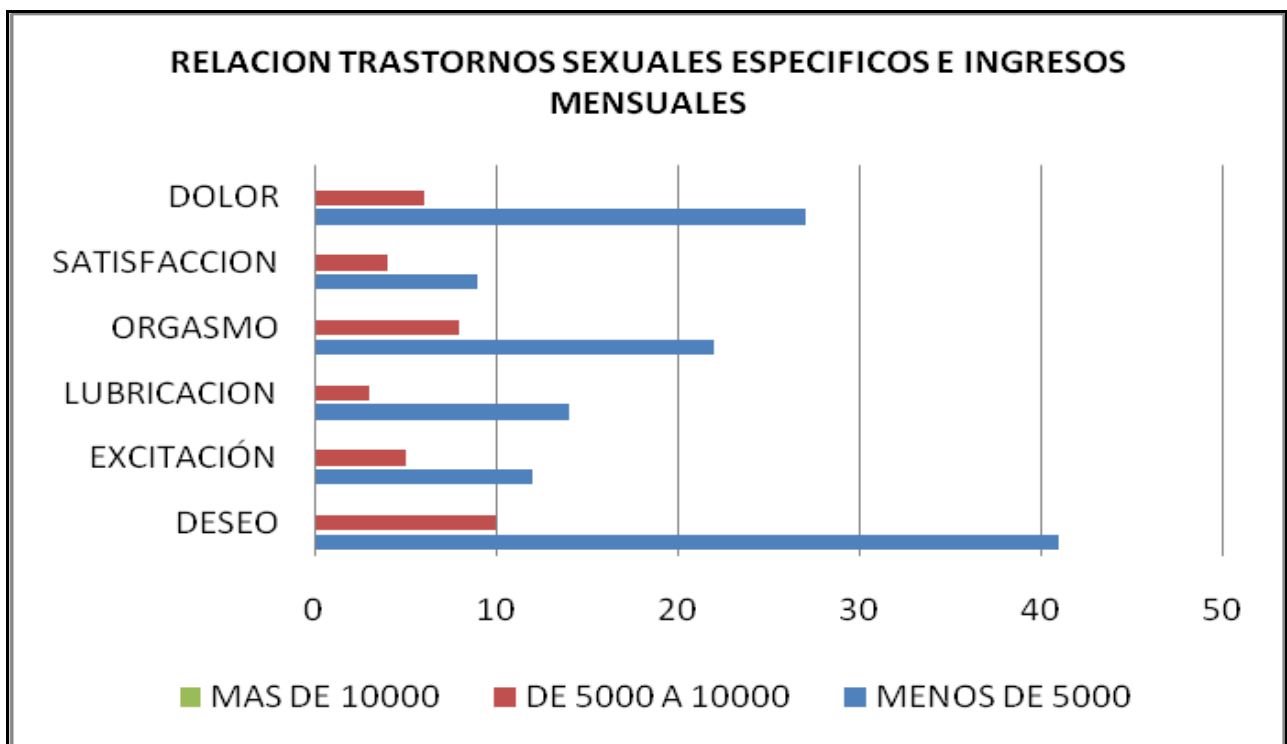


Gráfico 14. Relación Trastornos Sexuales Específicos e Ingresos Mensuales

Fuente: 200 encuestas aplicadas a mujeres de la UMF 23

Tabla 14. Relación entre Fases de la Respuesta Sexual Alterada y Estado Civil

FASES DE RESPUESTA SEXUAL	SOLTERA	CASADA	DIVORCIADA	UNION LIBRE	VIUDA
DESEO	13	18	3	5	0
EXCITACIÓN	8	5	3	2	0
LUBRICACION	8	5	0	4	0
ORGASMO	13	9	0	8	1
SATISFACCION	5	3	2	2	0
DOLOR	12	9	0	7	0

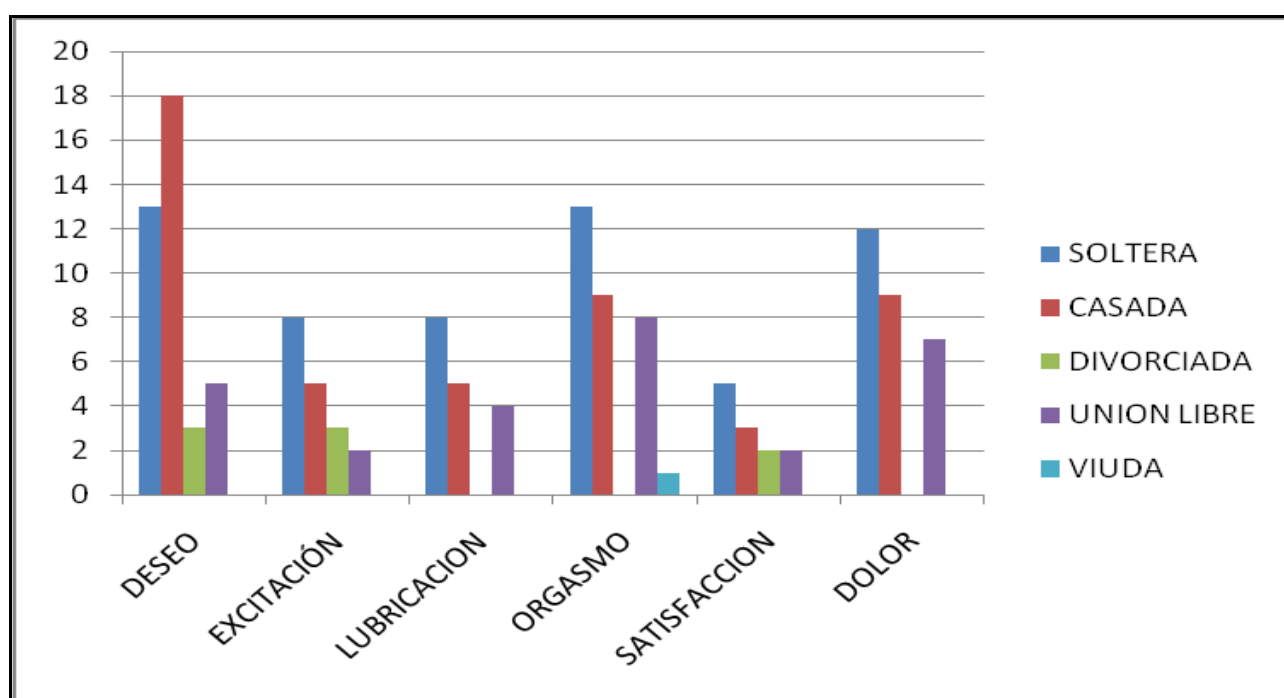


Gráfico 15. Relación entre Fases de la Respuesta Sexual Alterada y Estado Civil

Fuente: 200 encuestas aplicadas a mujeres de la UMF 23

DISCUSION (ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS).

Al hacer la revisión de los datos obtenidos a lo largo del protocolo encuestamos una población de 200 mujeres de las cuales el mayor rango donde se encontraba entre 20 y 30 años de edad, a pesar de que no se encuentran en el rango de las enfermedades crónico- degenerativas que suelen influir negativamente en el desarrollo de la vida sexual de la mujer.

Hallamos que la mayor parte de nuestra población encuestada es casada, dato importante, ya que una mujer en estas condiciones tiene una vida sexual más frecuente, encontrando que estas tienen una mayor afección en el deseo, probablemente por la monotonía con su pareja y en el caso de las solteras la cuestión emocional por verse criticadas por la sociedad debido a su estado civil y la vida sexual activa que llevan puede ser condicionante para presentar alguna alteración en la fases de la sexualidad como lo menciona la literatura.

También encontramos que dentro de nuestra población encuestada, la escolaridad que más predominó fue con estudios de bachillerato con una mayor prevalencia de trastornos en la función sexual femenina y en las mujeres con estudios a nivel licenciatura y postgrado disminuyeron significativamente las alteraciones referidas. En la literatura refiere que a mayor índice académico menos trastornos lo que corroboramos con los datos obtenidos. La explicación a este resultado es debido a que mientras más cultura y conocimiento se tienen menos tabúes y la conciencia del derecho a la igualdad con respecto a disfrutar plenamente de la sexualidad como se le permite al hombre en la sociedad es mayor, así como un probable baja autoestima por haberse visto coartada su carrera.

Con respecto al nivel socioeconómico, las mujeres con ingresos menores a 5 000 pesos fueron las que presentaron una prevalencia mayor de alteraciones en la respuesta sexual femenina lo que va de la mano con la falta de estudios superiores y la menor posibilidad de encontrar un trabajo bien remunerado, ocasionando la tensión de obtener satisfactores primarios y al momento de intimar sexualmente, da una menor entrega emocional y sexual.

Del total de nuestra muestra estudiada, encontramos que el 35% de las mujeres encuestadas (71 de las 200 mujeres) padecen por lo menos 1 trastorno sexual, que es

similar al resultado del estudio realizado en el 2008 en el servicio de Urología en el Hospital Morelos de Chihuahua del IMSS donde se encontró una frecuencia del 34% y por debajo del resultado obtenido en el INPer, donde la frecuencia fue de 52%.

La diferencia principal entre nuestro estudio y el aplicado en Chihuahua es el número de población, ya que mientras ellos obtuvieron una población de 44 mujeres, el nuestro fue de 200 mujeres, y que a diferencia de los demás estudios abarca un rango de edad por arriba de lo estudiado, tomando en cuenta a mujeres con un límite de edad de 60 años. También encontramos en nuestro estudio que puede existir más de un trastorno sexual en una mujer, y detectamos que el promedio fue de 2.12 trastornos por persona, resultado similar al estudio realizado en el INPer, en donde el promedio fue de 2.25 trastornos por persona.

Al analizar que trastorno fue el más frecuente en nuestra población, el resultado obtenido es el siguiente: Deseo sexual Inhibido con un 27%, coincidiendo con la literatura, y siendo la edad el factor de mayor influencia para desarrollarlo, en los rangos de 31 a 40 años y de 41 a 50 años, que coincide con el comienzo del síndrome climatérico en este último.

En segundo lugar se presentó anorgasmia con un 21% siendo más frecuente en el rango de 20 a 30 años, en solteras, con estudios de bachillerato e ingresos menores a 5 000 pesos mensuales.

En tercer lugar encontramos dispareunia, con un 18% en donde los factores más importantes fueron el ser una mujer soltera, de 20 a 30 años, con estudios máximos de bachillerato e ingreso menor a 5 000 pesos mensuales.

Le sigue el trastorno de la excitación femenina con un 14% siendo los factores más importantes el ser soltera, con una edad entre 31 a 40 años con ingresos menores a 5 000 pesos mensuales y a diferencia de los trastornos anteriores fue más frecuente con estudios de secundaria y licenciatura, esto puede explicarse por el desapego que las mujeres profesionistas pueden presentar con su pareja debido a la competitividad entre ellos, por el descenso de la función hormonal, Un dato que no revela nuestro estudio es que las mujeres que oscilan entre los 50 años que correspondería al inicio de la menopausia y por lo tanto al descenso de la producción hormonal, de acuerdo a la literatura presentarían disminución del deseo y la lubricación Al último se encuentra el trastorno por aversión al sexo, que también en la literatura es el menos frecuentes de todos los trastornos.

PROPUESTAS

La identificación de la frecuencia de trastornos en la función de la sexualidad en las mujeres derechohabientes en la unidad de medicina familiar N° 23 nos hace reflexionar en la importancia de:

- Realizar estrategias para la detección oportuna dirigida a los médicos familiares y en general al personal de primer contacto en las unidades de primer nivel.
- Sensibilización del médico familiar de la importancia del tema ya que se ve afectada la esfera bio-psico-social del paciente y su familia.
- Dar a conocer a los médicos familiares la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 en donde se hace referencia al diagnóstico de los trastornos de la función sexual.
- Realizar pláticas de fomento a la salud para los derechohabientes en donde se toque el tema de la sexualidad para educar y eliminar mitos y dudas que pudiera tener la población.
- Se recomienda continuar con este estudio y añadir más variables como el comportamiento de los trastornos sexuales con relación a enfermedades crónico-degenerativas.

CONCLUSIONES

Al término de la investigación se comprobó que los trastornos en la función sexual son más frecuentes de lo que realmente se piensa y que no se realiza el diagnóstico oportuno por parte de los médicos familiares en primer nivel.

Abordar el tema de la sexualidad sigue siendo difícil para la mayor parte de la población, lo que dificulta la realización de estudios con respecto a este tema e incluso llegar al diagnóstico por lo que probablemente hay pocos estudios realizados con respecto al tema dentro del instituto.

Sabemos que estos padecimientos se encuentran clasificados en el CIE-10, sistema de clasificación que utiliza el IMSS, sin embargo la falta de reporte de estos diagnósticos por parte del médico familiar dificulta la obtención de datos para determinar la prevalencia de los padecimientos asociados a la función sexual, restándole la importancia que tienen y las repercusiones en el entorno bio-psico-social de los pacientes y sus familias.

El resultado de nuestro estudio es similar al reportado en la literatura, siendo las variables más importantes el nivel socioeconómico, encontrando que a menor ingreso aumenta la frecuencia de todos los trastornos en la función sexual femenina, con respecto a la escolaridad se corrobora que debido a la coartación de una carrera profesional el nivel cultural y educativo influyen negativamente para la aparición de estas disfunciones. De acuerdo al estado civil, hay una variación en cuanto al resultado de nuestra encuesta y a los reportado en la literatura, ya que lo encontrado en nuestro estudio las mujeres solteras fueron las que mayor prevalencia de alteraciones en la función sexual presentan y esto se debe probablemente a la opinión de la sociedad sobre tener una vida sexual activa sin ser casada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rebolledo CM. Prevalencia del Deseo Sexual Inhibido en Mujeres en edad fértil y Factores Relacionados. *Ciencia y Enfermería*. 2003: 55-64.
2. Organización Mundial de la Salud. *Disfunción Sexual: Guía de Diagnóstico y Manejo*. Informe sobre la Salud en el Mundo. 2002; 281(5): 421-426.
3. Barquero RV. Rodríguez V. *Terapias Mente-Cuerpo: Una Reintegración de Mente, Cuerpo y Espíritu*. Ciencias Sociales de la Universidad de Costa Rica, 2005: 183-190.
4. Labrador FJ. Crespo M. Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*. 2001; 13 (3): 428-441.
5. Sierra JC. Estudio psicométrico preliminar del Test del Deseo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2003; 3 (3): 489-504.
6. Levine SB, Risen CB, Althof SE. *Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals*. 5a Edition. New York: Brunner-Routledge, 2003.
7. Bravo C. Disfunción Sexual Femenina su relación con el Rol de Género y la Asertividad. *Perinatol Reprod Hum*. 2003; 19 (4): 152-160.
8. Organización Mundial de la Salud. *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Work-place Mental Health Policies and Programmes*. 2002; 282 (9): 506-510.
9. Pérez C. Prevalencia de disfunción sexual femenina. *Revista Mexicana de Urología*. 2008; 68 (2): 98-102.
10. IsHak W. Sexual Dysfunction. *THE JOURNAL OF LIFELONG LEARNING IN PSYCHIATRY*. 2005; 3 (4): 520-525.
11. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra, Meditor, 1993.

12. Curiel A. Trastornos de la sexualidad en el anciano. Sociedad Española de Medicina Familiar. 2003; 65 (14): 1411-1413.
13. Richard DH. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. J SEX MED 2007; 25 (8):107-112.
14. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. Current Psychiatry Rep. 2000; 2 :189–195.
15. Ospino G. Autoestima y Disfunción sexual en Estudiantes Universitarias de Programas de Salud de Santa Marta. Psicología desde el Caribe, Universidad del Norte 22. 2008; 13 (2): 50-62.
16. Santamaria FC (2007). Tratamiento del deseo sexual hipoactivo. Rev Int Androl. 2007; 5(1), 29-37.
17. Mobgomery K. Sexual Desire Disorders. Psychiatry. 2008; 20 (7): 50-55.
18. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. 52a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Nota de clarificación sobre el párrafo 29 añadida por la Asamblea General, Washington 2002.
19. Coughlin. SS. Beauchamp TL eds. Ethics and epidemiology Nueva York . Oxford University Press. 2000
20. Moreno . J. Caplan . AC Root. Wolpe P and the Members of the Projet on Informed Consent. Human Reseach. Ethics Group. Up dating protections for human subjects involved in research. JAMA 1998-280; 1951- 1958.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **Prevalencia de disfunciones sexuales en las mujeres derechohabientes de la UMF 23** _____

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el Número 3516 _____

El objetivo del estudio es: **Determinar la prevalencia de disfunciones sexuales en la mujeres derechohabientes de la UMF 23.**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: **Contestar una encuesta.** _____

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre , firma y matrícula del investigador Responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Testigos _____

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810 – 009 – 013

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

PREVALENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES EN LAS MUJERES DERECHOHABIENTES DE LA UMF No. 23

ACTIVIDADES	1° año de Residencia 2008	2° año de Residencia 2009	Mar 2010	Abril 2010	Mayo 2010	Junio 2010	Julio 2010	Agost 2010	Sep 2010	Oct 2010	Nov 2010	Dic 2010	Ene 2011
Recopilación bibliográfica	X												
Elaboración de marco conceptual		X											
Presentación de protocolo al comité de investigación		X											
Aplicación del instrumento.			X	X	X	X							
Recolección, análisis de resultados Conclusiones y terminación de tesis							X	X	X	X	X	X	
Enviar a la UNAM													X

INSTRUCTIVO: Lea cada una de las preguntas así como las posibles respuestas y elija la que mejor corresponda en su caso.

Edad: Responda en años cumplidos en números arábigos.

Escolaridad:

- 1.-Primaria.
- 2.-Secundaria.
- 3.-Bachillerato.
- 4.-Licenciatura.
- 5.-Postgrado.

Estado civil:

- 1.-Soltera.
- 2.-Casada.
- 3.-Unión libre.

Ingresos al mes:

- 1.-Menos de 1000 pesos al mes.
2. De 1000 a 5000 pesos al mes.
- 3.- Más de 5000 pesos al mes

ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)

Cuestionario:

- 1- En las últimas 4 semanas, con qué **frecuencia** experimentó deseo o interés sexual?
 - Casi siempre o siempre 5 puntos
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
 - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
 - Casi nunca o nunca 1 punto

- 2- En las últimas 4 semanas, en qué **porcentaje** estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?
 - Muy alto 5 puntos
 - Alto 4 puntos
 - Regular 3 puntos
 - Bajo 2 puntos
 - Muy bajo o nada 1 punto

- 3- En las últimas 4 semanas, con qué **frecuencia** experimentó excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?
 - Sin actividad sexual 0 punto
 - Casi siempre o siempre 5 puntos
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
 - Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
 - Casi nunca o nunca 1 punto

- 4- En las últimas 4 semanas, en que **porcentaje** estima su nivel de excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?
 - Sin actividad sexual 0 punto
 - Muy alto 5 puntos
 - Alto 4 puntos
 - Moderado 3 puntos
 - Bajo 2 puntos
 - Muy bajo o nada 1 punto

5- En las últimas 4 semanas, que **confianza** tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy alta confianza 5 puntos
- Alta confianza 4 puntos
- Moderada confianza 3 puntos
- Baja confianza 2 puntos
- Muy baja o sin confianza 1 punto

6- En las últimas 4 semanas, con qué **frecuencia** ha satisfecho su excitación durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

7- En las últimas 4 semanas, con qué **frecuencia** se ha lubricado (húmedo o mojado) durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

8- En las últimas 4 semanas, cuán **difícil** fue lubricarse (mojarse) durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

9- En las últimas 4 semanas, con qué frecuencia **mantiene** la lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

10- En las últimas 4 semanas, cuán **difícil** fue mantener su lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

11- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, con qué **frecuencia** logra el orgasmo (climax)?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

12- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, cuán **difícil** fue lograr el orgasmo (climax)?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

13- En las últimas 4 semanas, cuán **satisfecha** estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad o intercurso sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

14- En las últimas 4 semanas, Cuán **satisfecha** estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

15- En las últimas 4 semanas, Cuán **satisfecha** ha estado con la relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

16- En las últimas 4 semanas, Cuán **satisfecha** a estado con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

17- En las últimas 4 semanas, Con qué **frecuencia** experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 1 punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

18- En las últimas 4 semanas, Con qué **frecuencia** experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 1 punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

19- En las últimas 4 semanas, Con que **porcentaje** usted valora su molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy alto 1 punto
- Alto 2 puntos
- Regular 3 puntos
- Bajo 4 puntos
- Muy bajo o nada 5 puntos

CORRECCIÓN DEL FSFI

Sistema de puntuación: Se obtiene la puntuación individual y se suman a los demás del mismo dominio, multiplicando por el factor correspondiente. La escala total es obtenida sumando los scores obtenidos de los 6 dominios. Un score de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes.

Dominio	Preguntas	Rango	Factor	Score mínimo	Score máximo
Deseo	1, 2	1-5	0,6	1,2	6,0
Excitación	3, 4, 5, 6	0-5	0,3	0	6,0
Lubricación	7, 8, 9, 10	0-5	0,3	0	6,0
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0,4	0	6,0
Satisfacción	14, 15, 16	0 (o 1)-5	0,4	0	6,0
Dolor	17, 18, 19	0-5	0,4	0	6,0
Rango total de la escala				2,0	36,0

Es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno de los 6 dominios, fácil de usar, y ha demostrado la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales). Los valores obtenidos fueron $19,2 \pm 6,63$ en pacientes con disfunción sexual versus $30,5 \pm 5,29$ en los controles, con un valor de $P \leq 0,001$.