



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR**

**“DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES Y SU REPERCUSIÓN EN
EL SUBSISTEMA CONYUGAL”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

PRESENTADO POR:
DRA. LIDIA BARAJAS VENADERO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

DIRECTOR DE TESIS
DR. TOMÁS CHAPA LUQUE

No de registro: 6341010211

México D.F. 2013



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).

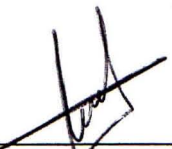
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**“DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES Y SU REPERCUSIÓN EN
EL SUBSISTEMA CONYUGAL”**

DRA. LIDIA BARAJAS VENADERO

AUTORIZACIONES

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS



**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADORA DE ENSEÑANZA
CENTRO DE SALUD. “DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA”
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

DR. ANTONIO FRAGA MOURET





**DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

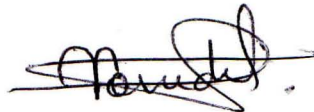
**DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

**“DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES Y SU REPERCUSIÓN EN
EL SUBSISTEMA CONYUGAL”**

DRA. LIDIA BARAJAS VENADERO

AUTORIZACIONES

DIRECTOR DE TESIS



**DR. TOMÁS CHAPA LUQUE
PROFESOR DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M**

ASESORA DE TESIS



**DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADORA DE ENSEÑANZA
CENTRO DE SALUD. “DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA”
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

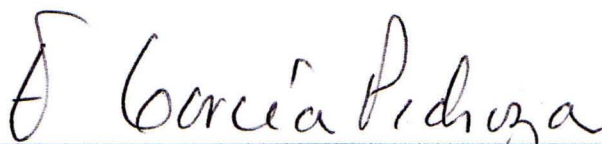
**“DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES Y SU REPERCUSIÓN EN
EL SUBSISTEMA CONYUGAL”**

DRA. LIDIA BARAJAS VENADERO

AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

AGRADECIMIENTOS

“Si se siembra la semilla con fe y se cuida con perseverancia, sólo será cuestión de tiempo recoger sus frutos”

Thomas Carlyle (1795-1881) Ensayista e historiador escocés.

Agradezco muy en especial a mis abuelos QEPD, porque sin ellos no existirían los amorosos y comprensivos padres que hoy día, gracias a Dios tengo a mi lado, mis padres con quienes siempre estaré infinitamente agradecida por ser los pilares de mi vida, gracias por ser mi inspiración.

A mis hermanas, mis compañeras, mis cómplices, gracias por estar siempre, en las buenas y en las malas.

Agradezco a la máxima casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México, por darme cobijo durante todos mis estudios, a mí y a mis hermanas.

A mis pacientes pues sin ellos, no existiría, gracias por darme la oportunidad de ser su médico familiar.

A mis profesores, por ser inspiración continua para seguir adelante en el camino noble de la medicina, y muy en especial a la Dra. Consuelo González Salinas por ser participe en mi formación como especialista en Medicina Familiar.

Y un especial agradecimiento a mi Director de Tesis, Dr. Tomás Chapa Luque por su apoyo al culminar con este sueño hecho realidad, mi tesis.

Gracias.

ÍNDICE

1. Marco teórico	
1.1. Antecedentes	1
1.2. Planteamiento del problema.....	33
1.3. Justificación.....	34
1.4. Objetivos.....	36
1.4.1. General.	36
1.4.2. Específicos.....	36
1.5. Hipótesis.	36
2. Material y métodos	
2.1. Tipo de estudio.....	37
2.2. Diseño de la investigación.....	37
2.3. Población, lugar y tiempo.	38
2.4. Muestra	38
2.4.1. Tipo de muestra	38
2.4.2. Tamaño de la muestra.	38
2.5. Criterios de inclusión, no inclusión y eliminación	38
2.6. Variables.	39
2.6.1. Definición conceptual y operacional de variables.....	39
2.7. Método de recolección de datos.	45
2.8. Instrumento de recolección de datos	45
2.9. Maniobras para evitar y controlar sesgos.....	48
2.10. Procedimiento estadístico.	48
2.10.1 Diseño y construcción de la base de datos	48
2.10.2 Plan para el análisis estadístico	48
2.11. Cronograma de actividades.	49
2.12 Recursos humanos, físicos, materiales y financiamiento del estudio....	49
2.13. Consideraciones éticas	50
3. Resultados	52
4. Discusión	61
5. Conclusiones	65
6. Referencias	68
7. Anexos	73

Disfunción sexual en mujeres y su repercusión en el subsistema conyugal.

Autores: Barajas Venadero L., Chapa Luque T, González Salinas C.

RESUMEN

Introducción: El interés de estudiar la disfunción sexual femenina en el subsistema conyugal, radica no sólo en conocer el tipo y frecuencia de ésta a través de estadísticas, sino también percibirla, como fenómeno controlable y transformable oportunamente, a fin de evitar, en la medida de lo posible, la afectación del subsistema conyugal, como consecuencia de una sexualidad insatisfactoria.

Objetivo: Identificar la repercusión entre la disfunción sexual femenina y la funcionalidad del subsistema conyugal de la población de mujeres que acuden al Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana"

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.

Material y método: En una población de 100 mujeres de 20 a 50 años de edad, seleccionadas por cuota, que acudieron al Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana", durante el mes de junio del 2011, se aplicó el instrumento validado "Índice de Función Sexual Femenina" con un alfa de Cronbach ($>0.70-0.80$), para identificar a mujeres portadoras de disfunción sexual, mientras que para determinar la funcionalidad y/o disfunción del subsistema conyugal se utilizó la "Escala Evaluativa del Subsistema Conyugal" propuesta por el Dr. Chávez Aguilar, que aunque hasta el momento no cuenta con validación, si presenta utilidad práctica, desde 1990 a la fecha. Los resultados se transcribieron a una base de datos en el programa de Excel 2010 y SPSS Statistics 2010 Versión 19. Para el análisis estadístico de la información y para obtener la asociación entre la funcionalidad del subsistema conyugal y la presencia de disfunción sexual femenina, se acordó, utilizar estadística descriptiva y X^2 .

Resultados: El promedio de edad de las participantes, fue de 34.5 años, de las cuales la mayoría era casada (61); ser casada, contar con edad de 31 a 40 años, estudios básicos, ser ama de casa y profesar como religión el catolicismo, son factores de riesgo para presentar disfunción sexual, mientras que como factores protectores ésta el contar con 20 a 30 años de edad, y mayor escolaridad (nivel técnico). La afectación del dominio deseo sexual, resulto más frecuente en esta muestra (30%). Se corrobora existencia de repercusión entre la presencia de disfunción sexual femenina y la funcionalidad del subsistema conyugal, ya que se obtuvo una $p < 0.0001$, y una $X^2 = 93.964$, con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$, mostrando que a mayor presencia de trastornos en la relación sexual, mayor presencia de disfunción en el subsistema conyugal.

Conclusiones: Se corrobora que la mujer que cursa con disfunción sexual (61%) presenta mayor disfunción en el subsistema conyugal (75%). Se sugiere realizar más estudios que aborden el impacto en la calidad de vida de los individuos que la sufren y de sus parejas, ya que de la información obtenida, permitirá llevar a cabo un tratamiento integral de la pareja, lo cual es una esencial necesidad del Médico de Familia. En relación al instrumento utilizado para identificar la funcionalidad y/o disfunción del subsistema conyugal, se sugiere realizar su validación de constructo en estudios posteriores y que utilicen muestras representativas, sin embargo, para el presente estudio significo utilidad práctica y sobre todo resulto atractivo para el investigador y comprensible en sus ítems para las encuestadas.

Palabras clave: Disfunción sexual femenina, disfunción del subsistema conyugal, sexualidad satisfactoria.

Sexual dysfunction in women and impact on the marital subsystem.

Authors: L. Barajas Venadero, Chapa Luque T, Gonzalez Salinas C.

ABSTRACT

Introduction: The interest in studying female sexual dysfunction in the marital subsystem, lies not only in knowing the type and frequency is through statistics, but also perceive as controllable and transformable timely phenomenon, in order to avoid, as far as possible, the impact on marital subsystem as a result of insatisfactory sexuality.

Objective: To identify the impact between female sexual dysfunction and marital subsystem functionality of the population of women who come to the Health Center "Dr. José Castro Villagrana "

Design: Observational, descriptive, cross-sectional.

Methods: In a population of 100 women 20-50 years old, selected by quota, who came to the Health Center "Dr. José Castro Villagrana "during the month of June 2011. The information was collected by the instrument validated as "Female Sexual Function Index" with a Cronbach's alpha (> 0.70 to 0.80), to identify female carriers of sexual dysfunction while to determine the functionality and / or dysfunction of the subsystem conjugal used "Spousal Subsystem Rating Scale" proposed by Dr. Chavez Aguilar, although so far there has validation, if you have practical utility, since 1990 to date. The results were transcribed to a database in Excel 2010 program SPSS 2010 Version 19. For statistical analysis of the information, and for the association between marital subsystem functionality and the presence of female sexual dysfunction, it was agreed, using descriptive statistics and χ^2 .

Results: The average age of participants was 34.5 years, of which the majority were married (61), being married, having age of 31-40 years basic studies, to be a housewife and professing a religion the Catholicism, are risk factors for sexual dysfunction present, while protective factors is the count 20-30 years of age, and higher education (technical level). The hypoactive sexual desire disorder, resulted more frequent in this sample (30%). Corroborates existence of impact between the presence of female sexual dysfunction and marital subsystem functionality since we obtained a $p < 0.0001$, and $\chi^2 = 93,964$, with a significance level of $\alpha = 0.05$, showing that a greater presence of sexual disorders, increased presence of dysfunction in the marital subsystem.

Conclusions: We confirmed that the woman who presents with sexual dysfunction (61%) had greater dysfunction in the marital subsystem (75%). We suggest further studies that address the impact on the quality of life of individuals who suffer and their partners, as the information obtained, will carry out a comprehensive treatment of the couple, which is an essential need Family Doctor. In relation to the instrument used to identify the function and / or dysfunction of the marital subsystem, it is suggested that construct validation in subsequent studies using representative samples. However, for the present study meant especially practical and attractive to the researcher turned and understandable in their items for the respondents.

Keywords: female sexual dysfunction, marital subsystem dysfunction, sexuality satisfactory

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo destaca la disfunción del subsistema conyugal que es consecuencia de una función de sexualidad no gratificante y por tanto no satisfactoria, y que a su vez resulta de la presencia de disfunción sexual en la mujer, por ello resulta necesario revisar lo que implica la sexualidad y la respuesta sexual humana, sobre todo la que concierne a la mujer, ya que aún en la actualidad ésta sigue demeritándose, a pesar de las consecuencias inmediatas que una sexualidad insatisfactoria puede ocasionar en los subsistemas conyugal y parental, principalmente.^{26, 33}

FAMILIA

Concepto

La familia es el grupo primario de la sociedad y del contexto social de la salud, la integran personas relacionadas por herencia, como padres, hijos y sus descendientes, existe también por el vínculo y las relaciones de parentesco, abarcando a las personas emparentadas por el matrimonio o a las que viven en el mismo hogar, pero que están unidas afectivamente y que se relacionan con regularidad, compartiendo así, aspectos del crecimiento y desarrollo del grupo, entonces, la familia es resultado de las interacciones de cada uno de sus integrantes, por lo que es necesario, que cada uno de sus elementos realice determinadas funciones, porque sin ellas no podría continuar en equilibrio.^{1,2}

Funciones de la familia

La familia está encargada de desarrollar todos los procesos básicos que llevan al progreso de sus miembros, y para ello debe cumplir con las funciones de comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto, y toma de decisiones, también están, las que derivan de factores sociales y afectivos básicos, conformando así una función económica, biológica, educativa, cultural y espiritual, sobresalen también, funciones particulares como; cuidado, afecto, expresión de la sexualidad y regulación de la fecundidad, socialización, status o nivel social, todas estas funciones son igual de importantes y necesarias para la familia, ya que de su realización, depende la salud de la misma, siendo ésta, la sumatoria de los estados de salud de todos los miembros que la conforman, considerándose disfuncional cuando no ejerce alguna de sus funciones o no son llevadas a cabo en forma satisfactoria, las funciones de la familia y de cada uno de sus integrantes, se determinan de acuerdo a la etapa evolutiva en la que se encuentren, por ello debe estudiarse y comprenderse el ciclo vital familiar¹.

Ciclo vital familiar

El ciclo vital familiar comprende la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales por las que atraviesan cada uno de sus miembros, en función del crecimiento y desarrollo de los mismos, resultando, un proceso de crecimiento y maduración, para su estudio se utilizó, el propuesto por Geyman, quien menciona 5 fases; la primera es la fase de matrimonio que inicia con el vínculo matrimonial, y que concluye con la llegada del primer hijo; fase de expansión, momento en que se incorporan nuevos miembros a la familia; fase de dispersión, que corresponde

a los hijos escolares e inicio de la adolescencia; fase de independencia, etapa en que los hijos adultos se casan y forman nuevas familias; fase de retiro y muerte, etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, envejecimiento, jubilación, viudez y abandono por parte de los hijos hacia sus padres (familia de origen), también implica el reencuentro de la pareja, así como aceptación y enfrentamiento a la muerte del esposo(a), hermanos y padres¹.

Del estudio del ciclo de vida de la familia, que inicia con el de la pareja, se permite al médico familiar comprender genéricamente la historia natural de la familia, ello con objetivo de prever la presencia de crisis normativas y paranormativas, que pueden afectar la salud familiar y poder anticiparse a ellos^{3,4}.

La familia como sistema

Visto desde la Teoría General de Sistemas, la familia está organizada como un sistema abierto, entendiendo por sistema al “conjunto de unidades en interacción, que cuentan con un propósito”; es abierto porque existe intercambio de información (retroalimentación)¹. Dentro de la familia, existen los subsistemas conyugal (esposos), el parental (padres e hijos) y el fraterno o filial (hermanos), siendo materia de este trabajo el subsistema conyugal.^{2, 6, 7}

Subsistema conyugal

Es consecuencia de la interacción de dos procesos individuales (el esposo y la esposa), que posee tareas y funciones específicas vitales para el buen funcionamiento del grupo, y que inicia cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención de construir una familia^{3, 4}.

Ciclo de la pareja

Para su estudio, se enfatizó en el realizado por Barragán, primer psicoterapeuta en México, quien propone, que el ciclo de la pareja, “es un proceso comprendido por varias etapas, que van desde la selección del cónyuge hasta la vejez y muerte de los que decidieron iniciar una relación de pareja a largo plazo”.⁴

Etapas del ciclo de pareja

Son 6 etapas, y al igual que en el de la familia, éstas pueden ser progresivas-regresivas, estáticas-dinámicas, acompañadas de épocas de estabilidad y de cambio, cuyo objetivo es promover el crecimiento y desarrollo del ser humano en la familia y con la familia^{4, 5}:

1. Selección. De duración variable, existiendo en principio razones psicosociales flexibles de porque se elige o cómo se elige, la persona que tiene la probabilidad de ser candidato(a) para formar pareja, muchas veces, son estas bases de atracción interpersonal las que “sembrarán” la felicidad o infelicidad de la pareja, puede decirse que la mayoría de las parejas se integran cuando surge la atracción por la otra persona, esta puede ser correspondida o no, pero cuando se hace recíproca se manifiesta el enamoramiento y una de las características sobresalientes es la de pugnar por hacer permanente la relación y perpetuar el vínculo entre estas dos personas; en dicho proceso participan factores como la apariencia física, recuerdos, juicios de otras personas importantes, poder, capacidades intelectuales y afectivas, con lo que se puede juzgar acertadamente o no, con quién se quiere vivir por el resto de la vida, entonces, se llega al propósito de la vida en pareja, que significa, un proyecto común, que implica mayor intimidad y práctica de la relación sexual en forma más cotidiana, donde se

destaca la búsqueda de un sistema en el que se restablece el contacto y la comunicación, ésta última se logra por medio de 3 elementos: 1) aceptación y descubrimiento de sí mismo; en la relación debe fomentarse la aceptación de la pareja, ya que propicia la aceptación de sí mismo, se tiene la necesidad de que la pareja aprenda a dialogar; 2) eliminación de máscaras y disolución de roles; se puede decir que en las parejas funcionales, aunque existen los roles, estos son escogidos y aceptados por ambos y usualmente son flexibles e intercambiantes, con lo que la interacción se vuelve más rica y las opciones se basan en las necesidades y no en reglas y deseos de otros; 3) valorización interna; la decisión acerca de lo que está bien o mal, es evaluada desde un punto de vista interno de cada persona, y como en toda relación humana, existirán fricciones pero también acuerdos, ya que esto es parte de la interacción, se crece no sólo en lo que tienen en común, sino también en las diferencias.

2. Transición y adaptación temprana. Abarca del 1º al 3er año de unión, donde una vez constituida la pareja, la relación entre ambos requiere para su mantenimiento, de tres niveles de atracción mutua: 1) nivel de atracción física, donde existe gusto físico por la otra persona, lo que ocasiona acercamientos y relaciones físicas gratificantes para ambos; 2) nivel de atracción intelectual, que implica la posibilidad de una comunicación abierta en la que los integrantes de la pareja tienen de que hablar y comparten intereses y actividades; 3) nivel de atracción afectiva, donde existen sentimientos de amor y cariño entre los cónyuges, lo que propicia desarrollo armónico de la pareja. Los integrantes de la pareja se enfrentan a la adaptación a un nuevo sistema de vida, con hábitos, demandas y satisfacciones con su cónyuge, diferentes a los que tenía con su

familia de origen, éste proceso ocurre simultáneamente al proceso de creación y definición de límites para con sus padres, ya que frecuentemente los fracasos en el desarrollo de territorio e identidad como pareja resultan por intromisión excesiva de los mismos (ejemplo: ayuda económica que propicia inseguridad en la pareja); en el área de la intimidad existe fragilidad, resultante de la carencia de reglas, las cuales comienzan a ser negociadas, y poco a poco se van haciendo sólidas, resultando en una definición de lo permitido y lo prohibido en la intimidad; en el área del poder, las parejas lo ponen a prueba en relación a diversos aspectos, como la administración del dinero, decisiones acerca de diversiones, que tan frecuente y a quién se debe visitar, por lo que se tienen discusiones frecuentes que pueden llevar a la resolución del conflicto original, en cuyo caso será positivo y funcional desde el punto de vista del desarrollo de la pareja; o bien, puede ser que por diversos mecanismos de evasión (ver televisión, quedarse callados, salir de manera intempestiva) la pareja no resuelva estos conflictos, por lo que se multiplican las peleas, o dejan de discutir, e inician los resentimientos y sí se cuenta con hijos existen repercusiones en ellos, propiciando un desarrollo disfuncional de la pareja. En un proceso de pareja uno de los factores más importantes para un verdadero desarrollo, es que cada uno de los cónyuges progrese en su propio ser, ya que esto reeditúa en su beneficio y enriquecimiento, es decir, que sí llevan a la relación inmadurez, dependencia, infantilismo, las posibilidades de hacer una relación de pareja sana son mínimas, y en cambio, aumentan las probabilidades de vivir una relación neurótica, por lo que en la vida en pareja, nadie da lo que no tiene, se comparte plenamente con el otro, la

relación es un proceso, cada día en cada momento se van realizando sus potencialidades, el individuo es consciente de su auto identidad.

3. Reafirmación como parejas y paternidad. La pareja cuenta con 3 a 8 años de casados, inician la tarea de ser padres, se enfrentan nuevamente con la tarea de establecer límites y acuerdos que permitan sana convivencia y crianza de los hijos, por ello, renacen las dudas sobre lo adecuado de la selección del cónyuge, y la resolución de las mismas permitirá reafirmación de la estabilidad de la pareja o certeza de que lo más adecuado es la separación y el divorcio, los límites de la pareja están mejor definidos, sobre todo los concernientes a los padres de los cónyuges, pero la relativa solidez lograda se pone a prueba con la aparición de amigos, siendo frecuente que alguno de los cónyuges se ausente del hogar por estar con los amigos, descuidando los deberes, también es aquí donde pueden aparecer las aventuras extramaritales, por ello en la intimidad, aún continua la elaboración de las reglas iniciadas en la etapa anterior; en cuanto a las formas y patrones de poder y quien lo ejerce, se pueden presentar los siguientes tipos de relaciones entre los cónyuges: a) relación simétrica, donde ambos esperan dar y recibir y ambos dan y reciben órdenes, reduciendo al mínimo las diferencias de poder, tienen igualdad en derechos y obligaciones y los problemas más frecuentes que se suscitan son los derivados de la competencia; b) relación complementaria; uno de los miembros predomina y manda, el otro se somete y obedece, se aumentan las diferencias y, aunque la conducta evocada y exhibida por ambos miembros es diferente, se satisface las necesidades de los dos, se desarrolla menos competitividad, como desventaja existe enojo y el resentimiento que provoca la implicación de que la persona que se somete y obedece es inferior; c)

relación paralela; los esposos alternan entre relaciones simétricas y complementarias de acuerdo a contextos diferentes y situaciones cambiantes, pueden darse mutuo apoyo y competir sanamente, es la relación más deseable.

4. Diferenciación y realización. La pareja cuenta aproximadamente con 8 a 15 años de convivencia conyugal; en esta etapa existe un proceso de diferenciación, que inicia con la consolidación del cónyuge, ya que se presenta la oportunidad de un mayor desarrollo y realización personal, sin embargo también puede ocurrir una diferencia en el ritmo de crecimiento de los esposos, especialmente cuando existe una carga desigual de las obligaciones para con los hijos, lo que condiciona la presencia de sentimientos de envidia, particularmente si en el éxito obtenido por uno, no se le da crédito a su compañero, entonces, es frecuente que uno de los miembros de la pareja provoque desequilibrio en la jerarquía ya establecida en la etapa anterior, mediante la alianza con uno o más hijos que ya cuenten por su edad con alguna importancia en el proceso de tomar decisiones; el otro tipo de conflictos en lo que se refiere al logro y realización personal consistiría en las diferencias o métodos de alcanzar una productividad óptima, esto se traduciría, por ejemplo en el conflicto sobre sí la esposa debe trabajar o debe continuar en sus labores como ama de casa, administradora de su hogar y educadora de sus hijos, obviamente el desarrollo individual de los niños será diferente según el curso que siga. En cuanto a los límites, la pareja los solidifica, y con ello define más su identidad y consolidación como pareja o bien existe un alejamiento gradual y progresivo, con presencia de relaciones simétricas, complementarias o paralelas.

5. Estabilización. Los cónyuges cuentan con 40-50 años de edad y entre 15 a 30 años de convivencia conyugal, en ambos continúa la búsqueda del equilibrio entre las aspiraciones y los logros, por lo que se establecen acuerdos en las prioridades del matrimonio, sin embargo, pueden surgir conflictos derivados del poco éxito logrado hasta ahora, de pérdidas de atractivo (juventud), que propician, en algunos casos, la búsqueda de compensaciones en aventuras extramaritales, consecuentemente, derivado de todo lo anterior, se reactivan viejas dudas de lo adecuado de la selección del cónyuge, se transgreden los límites y jerarquía; también es habitual que en esta etapa se tengan hijos adolescentes y/o adultos jóvenes, en medio de un proceso de separación de los padres, por lo que en ocasiones (de ser el caso), la pareja espera la salida del último hijo para finiquitar dicho proceso, con la salida de los hijos del hogar, ocurren nuevos conflictos, similares a los de las etapas tempranas, afectándose el equilibrio de poder de la pareja, sólo si los hijos mantenían alguna alianza de poder con algún(os) miembro(s) de la familia; pese a todo lo anterior, al final de esta etapa los límites y la jerarquía se estabilizan, salvo en caso de crisis, tales como enfermedades graves o cambios bruscos en los equilibrios de poder e intimidad.

6. Enfrentamiento con vejez, soledad y muerte. Respecto al número de años de casados, esta etapa tiene mayores variaciones que las otras, pero los acontecimientos que la caracterizan ocurren entre los 30 y 40 años de unión, teniendo como temas principales, el proceso de envejecimiento, y todo lo que ello implica, soledad por la partida de los hijos y las muertes graduales de parientes y amigos, todo lo anterior, representa fuentes de estrés para la pareja y, aunque se tienen variaciones en las respuestas a tales acontecimientos, el común

denominador es angustia, necesidad de apoyo y afecto; las variaciones de respuesta, está en función de los valores y recursos presentes en cada uno de los cónyuges, pero sobre todo de las redes de apoyo que tengan a su alcance.^{4, 5}

Funciones de la pareja

La pareja para continuar en equilibrio, y de acuerdo a la etapa evolutiva en la que se encuentre, debe cumplir funciones específicas, que para su estudio, el Dr. Chávez Aguilar, propone las siguientes:

a) **Comunicación:** la cual debe ser clara, es decir, los mensajes deben estar libres de distorsión y enmascaramiento (significado distinto o contrario a lo que se dice), directa; el mensaje va directo al receptor sin mediar algún otro integrante de la familia (triangulaciones, comunicación desplazada), congruente; lo que se dice a nivel verbal tiene correspondencia con lo comunicado a nivel corporal (lenguaje analógico).

b) **Adjudicación y asunción de roles:** la pareja se adjudica roles que son necesarios en la familia y dependiendo de cómo asuman esos roles se refleja una mayor o menor disfuncionalidad, debiendo evaluar; congruencia entre la función realizada y las capacidades y aspiraciones del cónyuge; satisfacción, que implica que al ejecutar una función se brinda al que la realiza sentimiento de utilidad, bienestar, y aceptación; flexibilidad para realizar intercambio de funciones hacia el grupo familiar, con ello se valora el esfuerzo de cada uno de los cónyuges en la realización de tareas.

c) **Satisfacción sexual:** a la pareja recién formada puede llevarle de 6 a 9 meses lograr un ajuste sexual para que esta actividad sea mutuamente satisfactoria, ya que una relación sexual poco satisfactoria genera ansiedad y sentimientos de culpa en los cónyuges, para su evaluación, se considera: la frecuencia de la actividad sexual, que permite establecer si no existen demandas injustificadas de alguno de los cónyuges, ello con la finalidad de poder orientar acerca de las fases de la respuesta sexual humana que se encuentra(n) afectadas; satisfacción, investigando si la actividad sexual realizada resulta satisfactoria.

d) **Afecto:** evaluada a través de manifestaciones físicas (contacto físico), calidad de convivencia (satisfacción percibida por los cónyuges del tiempo que pasan juntos), reciprocidad; cada uno de los cónyuges está dispuesto a dar al menos lo que recibe, sea en el ámbito del afecto, recreación, individualidad y actividades extra hogar.

e) **Toma de decisiones:** función que produce en cada uno de los cónyuges la sensación de participación en las decisiones trascendentales, siendo los estilos más frecuentes: toma de decisiones conjunta, donde ambos cónyuges exponen sus opiniones y posibles consecuencias de la decisión a tomar, provocando sentimiento de coparticipación e interés; toma de decisiones de forma individual; uno de los cónyuges tiene la facultad de tomar las decisiones sin considerar la opinión del otro cónyuge.^{6, 7}

Disfunción del subsistema conyugal

Es la incapacidad de los cónyuges para enfrentar y superar cada una de las etapas y crisis presentes en el ciclo vital de la pareja, para su evaluación, se utilizó la Escala Evaluativa del Subsistema conyugal, instrumento propuesto por el Dr. Chávez Aguilar Víctor⁷(Anexo 4), que ha tenido uso práctico desde 1990 y es utilizada por médicos residentes de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como en diferentes estudios de investigación, cabe hacer mención que éste instrumento no cuenta con antecedente alguno en la literatura consultada, de validación y confiabilidad, sin embargo, se utilizó en el presente trabajo, debido a su facilidad de comprensión entre las mujeres encuestadas, y al mejor manejo de información por parte del investigador. La escala aborda las principales funciones del subsistema conyugal: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones; cada ítem cuenta con 3 posibles respuestas: a) nunca, b) ocasional, c) siempre, con un puntaje que va de 0, 2.5, 5, 7.5, 10 y 15 puntos, a su vez a cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores, en cuanto a comunicación el parámetro es clara directa y congruente con una calificación asignada de 10 puntos cada uno con un total de 30 puntos; en adjudicación y asunción de roles, el parámetro es congruencia, satisfacción y flexibilidad con una calificación asignada de 5 puntos cada una y obteniendo un total de 15 puntos; en satisfacción sexual, el parámetro comprende frecuencia y satisfacción con una calificación asignada de 10 puntos cada una, dando un total de 20 puntos; en el afecto se contempla el parámetro de manifestaciones físicas, calidad de convivencia, interés por el desarrollo de la pareja y reciprocidad, con una

calificación asignada de 5 puntos cada una haciendo un total de 20 puntos; en toma de decisiones el parámetro puede ser conjunto o individual con calificación asignada de 15 y 0 puntos respectivamente con un total de 15 puntos, por lo que la calificación de parámetros total es de 100 puntos (100%).

Sumando el puntaje total, las disfunciones se califican de la siguiente forma:

- 0 - 40 pareja severamente disfuncional
- 41-70 pareja moderadamente disfuncional
- 71-100 pareja funcional.⁷

Del estudio de las funciones que cada integrante de la pareja debe desempeñar en forma óptima para continuar en armonía, es importante destacar el área de la sexualidad, ya que en más de las veces una sexualidad insatisfactoria puede ocasionar la disolución de una pareja.^{4, 7}

Sexualidad en la pareja

Concepto

Es todo lo relacionado con el ser hombre o mujer, la sexualidad descansa en lo que el proceso de culturización transforma en identidad sexual, identidad de género, y lo relacionado con la motivación sexual que se traduce en deseo erótico, el cual resulta una emoción compleja que parte de sus bases biológicas heredadas genéticamente y que se construye a lo largo de la socialización, por ello, el modo en que se construye y orienta el deseo erótico parte de la manera en que se siente ser hombre o mujer (identidad sexual), y el lenguaje erótico empleado se transforma en señales de comunicación verbal y analógica que se

transmiten por los canales propios del sistema establecido entre dos personas, por lo que de la calidad de las vías de comunicación del sistema, se determina la calidad de la experiencia erótica compartida, y de la integridad de sus bases orgánicas psicofisiológicas son también decisivas para comprender las disfunciones sexuales^{5,8}.

Respuesta sexual humana

Implica una compleja interacción de factores intrapsíquicos, interpersonales y sociales, en ella se presentan cambios físicos y mentales, así como fenómenos neurofisiológicos, vasculares y hormonales que afectan especialmente al funcionamiento de los órganos genitales, y en diferente grado, al de la totalidad del organismo.^{8,9,10} La respuesta sexual representa una secuencia cíclica de etapas o fases características que se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí, Masters y Johnson, describieron el modelo de respuesta sexual lineal que consta de cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo, y resolución¹⁴, posteriormente Kaplan, introdujo la fase de deseo e incorporó la fase de meseta a la fase de excitación: deseo, excitación, orgasmo, resolución¹¹.

Respuesta sexual femenina

Fisiología

Basson, construyó un modelo circular alternativo, donde destaca las fuerzas motivacionales que despiertan el deseo e introduce elementos como la necesidad de una intimidad emocional, el estímulo sexual, condicionantes biológicos y psicológicos y la satisfacción de la relación, la autora describe las siguientes fases:

1. **Deseo**: en la que no se observan cambios visibles en el cuerpo, ya que se trata de un proceso de carácter psicológico, procede de los pensamientos inducidos por

los órganos de los sentidos, en especial la visión, la cual estimula zonas de ensoñación y fantasía en el cerebro, también existen conexiones con centros de control hormonal, que secretan testosterona y luteína, su objetivo es incrementar el deseo sexual.

2. Excitación: su duración puede oscilar entre unos minutos o media hora, comprendiendo una respuesta anatomofisiológica que es resultado de una estimulación sexual física o psíquica (pensamientos sexuales), e implica un reflejo de tipo neurovascular, donde la mayoría de los cambios que ocurren son resultado de un mayor aporte sanguíneo a los órganos genitales, con lo que se produce expansión de los 2/3 internos de la vagina, vasocongestión de los labios mayores y menores y aumento de tamaño del clítoris, lubricación vaginal (entre los 10 y 30 segundos después de haberse iniciado la excitación), los pezones se ponen rígidos, y existe agrandamiento de los senos.

3. Meseta: estadio de alta tensión o excitación sexual necesario para que se desencadene el orgasmo, la intensidad de los signos de la fase anterior aumenta, se intensifica la respuesta nerviosa simpática por lo que existe incremento de la tensión muscular, de la respiración, de la presión y del ritmo cardíaco, también ocurre el rubor sexual, sobre todo del tórax y la cara, la intensa vasocongestión prepara la plataforma orgásmica, que estrecha en un 30% o más la abertura de la vagina, el útero se eleva, el clítoris se retrae contra el hueso púbico, y los labios menores se agrandan ostensiblemente.

4. Orgasmo: es la más corta del ciclo, dura de 3 a 15 segundos, las pulsaciones y respiración llegan a la máxima frecuencia, existen contracciones rítmicas simultáneas del útero, del tercio exterior de la vagina y del esfínter anal, se

produce también, una respuesta emocional que aparte de sentimientos de placer de gran intensidad, bienestar y satisfacción, puede provocar gritos, llanto o risas.

5. Resolución: los cambios fisiológicos y anatómicos que aparecieron en las tres fases anteriores vuelven a su estado normal previo a la excitación, acompañándose de una sensación de bienestar y relajación.^{9,10, 11, 12,31}

Para comprender aún más lo que implica, la respuesta sexual, se requiere su revisión no sólo a nivel anatomofisiológico, sino también a nivel neuroquímico, así, los nervios uterinos son los encargados de la innervación del útero, cérvix y vagina, proceden del plexo hipogástrico inferior formado por la unión de los nervios hipogástricos (simpáticos D10 a L1) y las fibras esplácnicas (parasimpáticas S2 a S4), este plexo tiene 3 porciones: plexo vesical, rectal y uterovaginal (ganglios de Frankenhauser), situado en la base del ligamento ancho, innerva el cuello uterino, parte superior de la vagina, uretra, bulbos vestibulares y el clítoris a través del ligamento cardinal y los ligamentos uterosacros, a nivel del cuello uterino, los nervios simpáticos y parasimpáticos forman los ganglios paracervicales, el de mayor tamaño es el ganglio cervicouterino, el nervio pudendo (S2 a S4) alcanza el periné a través del conducto de Alcock y proporciona innervación sensitiva y motora a los genitales externos^{9, 10, 16}. Respecto a la forma en que el sistema nervioso central controla la función sexual femenina, se sugiere que la modulación supramedular descendente de los reflejos genitales femeninos emana de estructuras del tronco encefálico como el núcleo paragigantocelular (acciones inhibitorias por la serotonina), el locus coeruleus (noradrenalina), y la sustancia gris periacueductal del mesencéfalo; estructuras hipotalámicas, como el área preóptica medial, los núcleos ventromedial y paraventricular; estructuras prosencefálicas,

como la amígdala, mientras que los factores que interactúan a niveles supramedulares y que influyen sobre la excitabilidad de los reflejos sexuales medulares son: las hormonas gonadales, información sensitiva genital a través de la vía mielínica espinotalámica y la vía amielínica espinorreticular e impulsos procedentes de los centros cognitivos corticales superiores. Las respuestas de excitación sexual de las múltiples estructuras anatómicas genitales y no genitales periféricas son producto de mecanismos reflejos a nivel de la médula espinal, estos segmentos medulares están sometidos a control descendente excitador e inhibitorio procedente de múltiples localizaciones supramedulares, la rama aferente es fundamentalmente refleja a través del nervio pudendo, la rama eferente del arco reflejo consiste en una actividad somática y vegetativa coordinada, así, un reflejo sexual medular es el reflejo bulbocavernoso, en el que participan los segmentos de la médula sacra S2, S3 y S4, y en el cual, la estimulación del nervio pudendo ocasiona contracción muscular del suelo pélvico, otro reflejo sexual medular, implica la estimulación de los nervios vegetativos vaginales y cavernosos del clítoris, que ocasionan tumescencia del clítoris, de los labios y de la vagina.¹⁶

¹⁷ En condiciones basales, los músculos lisos del cuerpo del clítoris y de la vagina mantienen un tono de contracción, después de la estimulación sexual, la liberación neurogénica y endotelial de óxido nítrico (NO) es fundamental en la relajación del músculo liso de la arteria cavernosa del clítoris y de las arterias helicinas, ya que conduce a incremento del flujo arterial aferente al cuerpo cavernoso del clítoris, aumento de la presión intracavernosa y a la ingurgitación del mismo, el resultado es una creciente sensibilidad en él mismo; en condiciones de reposo, el epitelio vaginal reabsorbe sodio del trasudado plasmático de los capilares submucosos,

después de la estimulación sexual se liberan varios neurotransmisores como óxido nítrico (NO) y péptido intestinal vasoactivo (VIP), modulando así la relajación del músculo liso vascular y no vascular vaginal, el aumento del flujo capilar aferente en la submucosa desbordará la reabsorción de sodio, lo cual produce 3 a 5ml de trasudado vaginal, que potencia la lubricación vaginal, y con la relajación del músculo liso vaginal se produce aumento de longitud de la vagina y del diámetro de la luz, especialmente en los 2/3 distales de la vagina, entonces, el péptido intestinal vasoactivo (VIP) es un neurotransmisor no adrenérgico, no colinérgico, que incrementa el flujo sanguíneo vaginal, la lubricación y las secreciones^{10,15,16}.

Así es como el Sistema Nervioso Central, a través de las divisiones parasimpática y simpática del sistema nervioso autónomo regula la función sexual femenina, a la actividad parasimpática se le atribuyen fenómenos de vasodilatación, característicos de la fase de excitación, y al simpático los fenómenos orgásmicos, la inervación somática es también importante al transmitir señales sensoriales y órdenes motoras a grupos musculares del suelo pélvico. Los nervios del sistema nervioso autónomo ejercen su acción mediante liberación de neurotransmisores como: noradrenalina y acetilcolina (sistema simpático y parasimpático respectivamente), las estructuras preópticas internas, la región del hipotálamo anterior y las áreas del hipocampo-límbicas afines, son responsables de la excitación sexual, al activarse transmiten sus señales a través del sistema autónomo, por medio de neurotransmisores como las monoaminas (dopamina, noradrenalina y serotonina); las catecolaminas (dopamina y noradrenalina) intervienen en vías centrales facilitadoras del comportamiento sexual, mientras que a la serotonina se le atribuyen efectos inhibitorios, otros neuromediadores de

la conducta sexual son diversos péptidos, como los opioides endógenos (con acciones inhibitorias) y la alfa-MSH, algunos aminoácidos y el óxido nítrico, a su vez, las hormonas gonadales influyen sobre la actividad de varios neurotransmisores centrales como las monoaminas o los opioides, la hormona adenohipofisiaria prolactina, disminuye la motivación y reactividad sexual en ambos sexos, ello por su acción inhibitoria en la secreción de gonadotropinas, y a su antagonismo directo de la transmisión dopaminérgica en algunas áreas cerebrales.^{10, 11,12} Hormonalmente, intervienen estrógenos y testosterona, si los primeros descienden (estradiol <50pg/ul), el epitelio de la mucosa vaginal se atrofia, sus efectos vasopresores - vasodilatadores disminuyen y como consecuencia también disminuye la irrigación en clítoris y vagina, propiciando infecciones vaginales y de vías urinarias, así como incontinencia y manifestaciones de disfunción sexual, en cambio cuando el nivel de testosterona desciende (menos de 20pg/dl de testosterona total o menos de 0.9pg/dl de testosterona libre) ocurre caída del vello púbico, adelgazamiento mucosa vaginal, disminución de la excitación sexual, de la sensibilidad de los genitales, de la libido y el orgasmo.¹⁰

DISFUNCIONES SEXUALES

Concepto

Para el DSM-IV, son una serie de síndromes en que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para la pareja, ya que se presentan alteraciones (persistentes o recurrentes) de una a varias fases de la respuesta sexual humana, que impiden o dificultan el disfrute satisfactorio de la sexualidad, se consideran síndromes porque reaccionan a múltiples manifestaciones como consecuencia de diferentes causas de origen orgánico o psicógeno, persistentes o recurrentes donde se agregan factores ambientales y culturales, por ello ameritan manejo multidisciplinario en su diagnóstico y tratamiento.^{13, 22} Debe considerarse, que las disfunciones sexuales son consecuencia de la falta de sintonía sexual entre sus miembros, sin que previamente ninguno de ellos haya sido sexualmente disfuncional, entonces, su origen está en la dinámica sexual de la pareja que no logra acoplarse en alguno o varios de los 4 ámbitos que facilitan el buen acoplamiento sexual, siendo éstos:

1. Iniciativa: donde lo importante es que ambas partes sean capaces de tenerla, porque con ello ejercitan la libertad al tomarla y sentirse deseados al aceptarla.

2. Frecuencia: determinada por el propio deseo en función del grado de enamoramiento y nivel de energía sexual, ello porque, cuando las partes tienen niveles de deseo muy discrepantes se generan graves problemas de acoplamiento, siendo la parte con menos deseo la que intenta estar a la altura de las necesidades del otro, pero los resultados son contraproducentes, porque quien se presta a tener relaciones sin deseo suficiente, desarrolla sentimiento de tarea o inhibición del mismo, entonces, el problema reside en cómo conciliar frecuencias

tan discrepantes, aquí, la buena voluntad es importante para resolver éste conflicto de pareja, pueden encontrarse estrategias adaptativas y consensuadas entre los dos miembros de la pareja para que quien tenga mayor necesidad pueda liberar su tensión de manera autónoma.

3. Rituales: conjunto de prácticas que forman el repertorio sexual de la pareja, donde es necesario tener claro la escala de valores sexuales que se tiene, y dentro de ciertos límites, los códigos de comportamiento sexual, que deben ser suficientemente plásticos como para que la misma persona, pueda sentirse cómoda con modelos distintos si se toma el tiempo suficiente para adaptarse al nuevo esquema, todo para obtener un nivel de satisfacción semejante o mejor al que disfrutaba con el modelo anterior. Por esa plasticidad sexual que todo individuo tiene, la creación del código de rituales requiere sinceridad, diálogo y buena disposición comunicativa, la finalidad es sentirse libres para dar y recibir placer, está claro que cuando el repertorio es muy limitado, la pareja corre el peligro de caer pronto en la monotonía, no obstante y como lo importante es que el comportamiento sexual confiera coherencia, cada cual debe encontrar su propio modelo por la única vía que puede lograrse: experimentando.

4. Resolución: cabe diferenciar 2 categorías de problemas inherentes a la fase de resolución, una relacionada con la frustración sexual cuando no se alcanza el orgasmo, y otra relacionada con la expresividad del orgasmo y las actitudes afectivas subsiguientes, es decir, no se reacciona igual, cuando la relación culmina en un clímax satisfactorio para la pareja que cuando uno, o ambos, quedan insatisfechos porque la relación ha sido frustrante, mecánica, insípida o no se ha alcanzado el orgasmo, entonces, debe existir buen acoplamiento sexual en el

principio de satisfacción recíproca, porque cuando el código de expresión sexual que crea la pareja, no es capaz de favorecer una satisfacción suficiente de ambos, difícilmente se podrá evitar que se desarrolle alguna de las dinámicas sexuales que pueden provocar la aparición de importantes disfunciones.¹⁹

Disfunción sexual femenina

Aspectos epidemiológicos

En el ámbito internacional, se reporta que en una muestra representativa de la población de Estados Unidos de edades comprendidas entre los 18 y 59 años, 15% presentaba dispareunia, 25% problemas del orgasmo, 33% deseo sexual hipoactivo, 20% alteraciones de la excitación^{23, 32, 41, 47}. En España reportan, para el Trastorno del deseo sexual 43%, 14.9% aversión hacia el contacto genital, 29.8% incapacidad para mantener o alcanzar una excitación adecuada, resultando más afectado el grupo de edad de 50 a 65 años, 36.2% refiere retraso en alcanzar el orgasmo, y un 12.8% reportaron dolor asociado a relaciones sexuales.²⁴ En México, se reporta una frecuencia general de 34%, correspondiendo un 20.45% a bajo o nulo deseo sexual, 27.27% baja excitación sexual, 25% dificultad para mantener la lubricación, 34.09% anorgasmia, 18.18% dispareunia, 6.81% disminución en la sensibilidad en el área del clítoris, siendo la anorgasmia la disfunción sexual más frecuente y la edad y estado civil, los factores asociados más importantes.⁴⁰ Sin embargo, en el Instituto Nacional de Perinatología se obtuvo una frecuencia general del 52%, con la siguiente distribución: disritmia con 23.4%, deseo sexual hipoactivo con 22.6%, inhibición del orgasmo con 21%, dispareunia con 18.4%, inhibición de la excitación con 14.8%, vaginismo con 9.1%, aversión al sexo con 8.8%.^{25,26} Previo al estudio

reportado por el INPer, Rubio, reporto que en las mujeres la disfunción sexual más frecuente fue el trastorno del orgasmo, seguido del de la excitación y el deseo sexual hipoactivo.²⁷ Los estudios epidemiológicos que están realizándose actualmente, indican que los mismos procesos que se asocian a la disfunción eréctil del varón, como el envejecimiento, hipertensión, tabaquismo, hipercolesterolemia y cirugía de la pelvis, también, se asocian a disfunción sexual en la mujer, sin embargo como ya se menciono anteriormente aun falta mucho por hacer en cuanto a la exploración de la sexualidad misma, y apreciar en forma más adecuada y completa las posibles consecuencias a la dinámica de la pareja ante la presencia de disfunciones sexuales en la mujer, así los estudios a priori permitirán desmitificar el tema en cuestión, y tratarlo en forma oportuna, para que de esa manera se logre incidir en la calidad de vida de la persona que atraviesa por tal problemática y por ende en la propia relación con la pareja, que en más de las veces se encuentra afectada como consecuencia de una sexualidad insatisfactoria.^{29, 31, 45}

Clasificación

Para este trabajo se eligió la proporcionada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)²², es la más empleada, y se basa en las fases de la respuesta sexual, presentes en el modelo de Masters y Johnson¹⁴, y fortalecido por la Dra. Kaplan¹¹, que consiste en deseo, excitación y orgasmo.^{13, 22, 29, 35}

El DSM-IV, realiza una descripción por medio de subtipos para señalar el inicio, contexto y factores etiológicos asociados a los trastornos sexuales, siendo, para el inicio del trastorno sexual; de toda la vida, el trastorno sexual ha existido desde el

inicio de la actividad sexual, adquirido, cuando el trastorno sexual apareció después de un periodo de actividad sexual normal. Para indicar el contexto en el que aparece el trastorno sexual: general, cuando la disfunción sexual no se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros; situacional, cuando la disfunción sexual se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros (ejemplo: la disfunción sexual se debe a un problema interpersonal o intrapsíquico). Para indicar los factores etiológicos asociados al trastorno sexual: debido a factores psicológicos, donde éstos son de gran importancia en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno sexual; debido a factores combinados (sumativa de factores psicológicos con enfermedades médicas e ingesta de sustancias).²²

Los trastornos sexuales femeninos que establece el DSM-IV son:

Trastorno del deseo sexual. Abarca al deseo sexual hipoactivo y aversión al sexo, en el primero, existe disminución o ausencia de la experiencia subjetiva del deseo sexual (fantasías sexuales y deseo de actividad sexual).^{13, 22,50} El deseo sexual hipoactivo puede limitarse a un(a) compañero(a) o a una actividad sexual concreta, existe poca motivación para buscar estímulos adecuados y una reducción de la frustración cuando se priva a estos individuos de la oportunidad de una relación sexual, generalmente estas personas no inician casi nunca la relación sexual y sólo la llevan a cabo cuando es la pareja quien lo decide, las personas afectadas no sienten repulsión por la actividad sexual, simplemente no presentan el antojo natural, por lo que la disminución del deseo sexual de un miembro de la pareja puede reflejar un aumento excesivo del deseo sexual del otro, y debido a la falta de información sobre la sexualidad misma y lo que ella implica, el diagnóstico

debe establecerse según el juicio clínico del médico, basándose en las características individuales, los determinantes interpersonales, el tipo de vida y el entorno cultural de los dos miembros de la pareja ^{22, 30}. En la práctica clínica se observan dos situaciones que con frecuencia explican el síndrome: la presencia de un trastorno depresivo, por un lado y, la existencia de conflictiva interpersonal en la pareja, por el otro; además de una variedad de situaciones de naturaleza biogénica y psicogénica como el uso de medicamentos (antidepresivos), deficiencia de testosterona e incremento de prolactina y la presencia de enfermedades sistémicas; entre los factores psicogénicos además de conflictos de pareja, en ocasiones existen problemas de desarrollo psicológico que condicionan temores a la intimidad o conflictiva con las imágenes masculinas o femeninas^{34, 39}, el deseo sexual hipoactivo se asocia a problemas de excitación sexual o a dificultades para llegar al orgasmo, la edad de inicio para los individuos con deseo sexual hipoactivo de toda la vida suele ser la pubertad, aunque es más frecuente que el trastorno se presente en la vida adulta (después de un periodo de interés sexual normal) y en relación con acontecimientos estresantes o problemas interpersonales^{36,46}.

Trastorno por aversión al sexo. Implica aversión y evitación activa del contacto sexual genital con la pareja, la persona sufre ansiedad que puede llegar hasta una crisis de angustia extrema, miedo o aversión a la hora de sustentar una relación sexual con otra persona, la aversión al contacto genital se centra en algún aspecto particular del sexo como secreciones genitales o penetración vaginal, algunos presentan repulsión por todos los estímulos de tipo sexual, incluso los besos, este trastorno puede aparecer asociado a otras disfunciones sexuales como

dispareunia, o sí la aversión se explica mejor por la presencia de otro trastorno como trastorno depresivo mayor, obsesivo-compulsivo o postraumático^{22, 35}.

Trastorno de la excitación sexual. Caracterizado por la 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, este trastorno se acompaña del deseo sexual y de trastorno orgásmico femenino, ya que puede provocar dolor durante el coito, evitación sexual, por ello debe diferenciarse del trastorno sexual debido a enfermedad médica o condición fisiológica que implique déficit de estrógenos^{22, 44}.

Trastorno orgásmico. Donde existe, ausencia o retraso (persistente o recurrente) del orgasmo, después de una fase de excitación normal, puede originarse de causas biológicas y psicológicas, pero sí la condición anorgásmica ha existido de por vida, los factores son más de tipo psicológico, y cuando después de un periodo de funcionamiento erótico satisfactorio la mujer pierde la capacidad de tener orgasmos, la búsqueda de factores biológicos debe ser intencionada, así en casos de anorgasmia primaria, es importante informar a la paciente que el reflejo orgásmico está inhibido por falta de conocimiento y práctica, mientras que para los casos de anorgasmia secundaria, debe tratarse la causa biológica (ejemplo: diabetes mellitus, neuropatías, enfermedades endocrinas), debe diferenciarse del trastorno sexual debido a enfermedad médica (como lesión medular), o a ingesta de sustancias (fármacos), y del trastorno depresivo mayor^{22, 43}.

Trastorno sexual por dolor. Comprende dos categorías; dispareunia, caracterizado por dolor genital durante el coito que también puede presentarse antes de la penetración, o al término de la relación sexual, y no resulta de

vaginismo o falta de lubricación, es una disfunción que con frecuencia tiene su origen en un trastorno físico, como; inflamación de los órganos pélvicos, déficit estrogénico, traumatismos, lesiones secundarias a cirugías, endometriosis, infecciones vaginales, uterinas, de vías urinarias o de zonas circunvecinas, sin embargo también puede deberse a factores psicológicos como antecedentes de abuso o algún evento traumático durante el desarrollo, así como los conflictos de pareja, su curso es crónico, pues la mujer puede vivir sin orgasmos, pero la presencia de dolor afecta su vida propia y su relación, por ello el abordaje es multidisciplinario (participación de urólogos, ginecólogos, terapeutas sexuales), ya que se debe identificar la participación de procesos biogénicos y psicogénicos en la presentación de la disfunción; vaginismo, que implica la contractura involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina en el momento que se intenta la penetración, o por la introducción de los dedos, tampones o espéculo, en algunas mujeres sólo la idea de penetración vaginal puede producir un espasmo muscular, por lo que en ocasiones, suelen ser también fóbicas al coito, de ahí que el vaginismo sea causa de matrimonios no consumados y de infertilidad, ocurre más en mujeres jóvenes, y debe diferenciarse del debido a endometriosis o infección vaginal, y de los espasmos vaginales que se deben a la presencia del trastorno de somatización.^{22, 42}

Abordaje de la disfunción sexual femenina

Para hacer un correcto diagnóstico hay que tener en cuenta que una multiplicidad de factores puede originar un problema sexual, por lo tanto son muy importantes los diagnósticos médicos, sexológicos, relacional, psicológico individual y social, los factores predisponente o causales de disfunción sexual son de índole psicológica, vascular, neurológica, hormonal, ginecológicos y medicamentosos, por tanto, han dado lugar en la actualidad a un enfoque multidisciplinario en su abordaje integral, que puede incluir al terapeuta sexual, terapeuta de pareja, ginecólogo, urólogo, psiquiatra, psicólogo, y endocrinólogo, según sea el caso, así, de la evaluación física, psicológica y sexual surgirá la necesidad de realizar algún estudio complementario de diagnóstico, para la Asociación Mexicana para el Estudio de la Salud Sexual (AMSSAC) y el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), se deben realizar 2 evaluaciones:

1. Evaluación médica – fisiológica: que comprende, exploración clínica completa (incluido examen ginecológico) y análisis hormonales, donde se sugiere medición de niveles de hormona folicestimulante (FSH), luteinizante (LH), prolactina, testosterona libre y total, globulina unida a las hormonas sexuales (SHBG), y concentraciones de estradiol³⁵, también debe identificarse la existencia de padecimientos que afectan el eje hipotálamo-hipofisario⁴⁵, o los déficits hormonales secundarios a menopausia, quimioterapia antineoplásica, ooforectomía bilateral, y el uso de fármacos antihipertensivos, antipsicóticos, antidepressivos, sedantes, o anticonceptivos orales^{18,51}, con esta evaluación se descartan causas orgánicas de la disfunción sexual, por lo que el tratamiento puede ser resolutivo^{48,49}.

2. Evaluación psicosocial – psicosexual: donde se evalúan problemas emocionales o de relación con la pareja que puedan favorecer la presencia de disfunción sexual, ya que aspectos emocionales frecuentemente son causa de sexualidad insatisfactoria en la pareja, por lo que para el médico familiar es de suma importancia conocer el contexto en el que la paciente obtiene sus experiencias sexuales, cómo está su autoestima, su imagen corporal, y conocer su capacidad para expresar sus necesidades sexuales a su pareja, también, se debe tener en cuenta la raza, cultura, religión y el entorno social de cada uno de los cónyuges, ya que pueden influir en el deseo sexual, en las expectativas y en las actitudes sobre la actividad sexual^{33,35,37,38}, así, para evaluar la función sexual subjetiva, existen varios instrumentos como el BriefIndex of Sexual Function Inventory (BISF-W), Test de Satisfacción Marital de Locke-Wallas, pero uno de los más empleados y objeto del presente estudio es el Índice de Función Sexual femenina (FSFI) (Anexo 3), validado en el año 2004 en mujeres hispanas, por Rosen y colaboradores, resulta un test auto administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en las últimas 4 semanas, abarcando un amplio rango de edad, consta de 19 preguntas sobre la respuesta sexual femenina, que están agrupadas en 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 o 6 alternativas de respuesta; 1) casi nunca o nunca, 2) pocas veces (menos de la mitad de las veces), 3) A veces (mitad de las veces), 4) La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces) y 5) casi siempre o siempre; asignándoles un puntaje que va de 0 a 5 puntos, resultando que a mayor puntaje mejor sexualidad, para obtener la puntuación total de la escala, se obtiene

la puntuación individual de cada dominio, multiplicándose por el factor correspondiente y realizando la sumatoria de los puntajes obtenidos de los 6 dominios:

Dominio	Preguntas	Puntaje	Factor	Mínimo	Máximo
Deseo	1 - 2	1 - 5	0,6	1,2	6
Excitación	3 - 6	0 - 5	0,3	0	6
Lubricación	7 - 10	0 - 5	0,3	0	6
Orgasmo	11 - 13	0 - 5	0,4	0	6
Satisfacción	14 - 16	0 - 5	0,4	0,8	6
Dolor	17 - 19	0 - 5	0,4	0	6
Rango Total				2	36

Tomado de Blumel y colaboradores. *Revi. Chil. Obstet. Ginecol.* 2004;69(2):118-25²⁰

Se consideró disfunción sexual cuando la respuesta fue: 1 o 2, y cuando en el puntaje total de la escala se obtuvo menos de 21 puntos, una respuesta de 0 indico que no ha habido actividad sexual. La consistencia interna del test fue buena, obteniendo una alfa de Cronbach >0.80 ; es un instrumento sencillo, que permite evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida, siendo adecuado para estudios epidemiológicos y clínicos, además cuenta con la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales)^{20, 21}.

El médico familiar ante las disfunciones sexuales

Cuando se realice valoración de los problemas sexuales se debe conseguir un ambiente propicio para el establecimiento de una buena relación, ello ocasiona comodidad y así pueda obtenerse información sobre la sexualidad, es muy importante que la relación terapéutica dé lugar a una actitud de absoluta confianza por parte del paciente, pues resultará esencial para el éxito de la intervención, así, debe iniciarse por una anamnesis exhaustiva y exploración clínica minuciosa para descartar cualquier origen orgánico, también es necesario dejar claro desde el principio que no existen tratamientos rápidos ni milagrosos, así como, es importante atenuar las tensiones o la agresividad derivada del sufrimiento sentido, origen de situaciones conyugales estresantes, hay que tratar los factores orgánicos que pudieran propiciar la aparición y mantenimiento de la disfunción sexual y retirar y sustituir los fármacos que actuaran como desencadenantes de la misma, lo primordial en el tratamiento de la disfunción sexual, es facilitar la comunicación entre ambos miembros de la pareja, especialmente en lo concerniente a sus deseos, respuestas y dificultades sexuales, también, es importante asegurarse de que se posee a nivel individual de una correcta información sexual, pues dependiendo de ello se procede a enseñar técnicas de relajación que permitan desarrollar un impulso sexual adecuado, es importante destacar que el diagnóstico y la orientación inicial estarán dados por el interrogatorio y examen físico, en búsqueda de factores locales que pudieran interferir con una adecuada respuesta sexual, la evaluación de factores emocionales y vinculares son de fundamental importancia, así de la evaluación física, psicológica y sexual surgirá la necesidad de realizar algún estudio

complementario, finalmente, es obligada la intervención del especialista respectivo, cuando:

- la disfunción sexual es manifestación de problemática psíquica compleja
- el paciente no tiene interés en resolver el problema por el que ha consultado
- las estrategias puestas en práctica no consiguen el resultado esperado
- siempre que se estime necesario cualquier tipo de terapia de apoyo individual o de pareja.^{19,33,35}

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La disfunción sexual, es un problema de salud que en muchas ocasiones, no se reconoce o se teme aceptarla, entre sus consecuencias a largo o corto plazo, está una deficiente calidad de vida de quien la padece, así como una probable afectación de los subsistemas conyugal y parental, de ahí la importancia de determinar su existencia, pero sobre todo de la que pudiera estar presente en la mujer, ya que son un grupo de la población en que se demerita su estudio.

En el Centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”, no se cuenta con estudio previo alguno, que revele la magnitud de ésta problemática en su población, aunque al módulo de atención médica de Medicina Familiar, atendido por residentes, acude un número indeterminado pero importante de mujeres que presenta probablemente las consecuencias inmediatas a su salud, manifestando síntomas de ansiedad, tristeza, irritabilidad, y baja autoestima, que al no recibir tratamiento idóneo, la convierten en hiperfrecuentadora de los servicios de salud, por ello la disfunción sexual en el subsistema conyugal representa un problema de salud que amerita intervención multidisciplinaria, siendo primordial la acción del médico familiar, ya que éste puede intervenir en su búsqueda intencionada, detección y prevención, evitando así, las consecuencias que se presentan a nivel físico, psicológico y social, a corto y largo plazo.

Por lo anterior es importante realizar la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de disfunción sexual femenina y su repercusión en la funcionalidad del subsistema conyugal de mujeres que acuden al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”?

1.3. JUSTIFICACION

El interés de estudiar la disfunción sexual femenina, radica no sólo en conocer el tipo y frecuencia de ésta a través de estadísticas, sino también percibirla, como un fenómeno controlable y transformable oportunamente, a fin de evitar, en medida de lo posible, la probable afectación de los subsistemas conyugal y parental, así como el deterioro de la calidad de vida de quien la padece.^{19, 33}

Países como Estados Unidos reportan una frecuencia de 35, 43 y 60%^{23,32,41,47}; España, 43%²⁴, y México, del 34 al 52%^{25,26,40}, sin embargo, aún en la actualidad el estudio de la disfunción sexual femenina sigue demeritándose, aunque las consecuencias de ésta, a largo o corto plazo, sea deterioro en la calidad de vida que puede manifestarse con sintomatología psicológica de intensidad variable que va desde un estado de ansiedad hasta irritabilidad, también es probable que afecte la dinámica de pareja, ello por percibir falta de apoyo e insatisfacción con la pareja, que es resultado de alteraciones en la comunicación, ocasionando mayores tasas de divorcio o separaciones, con el sistema parental puede ocurrir también una deficiente comunicación, y tal vez hasta cierto grado de violencia psicológica o física^{26,33}, por ello, considerando que el objetivo del médico familiar es otorgar atención médica primaria integral y continua con la participación del paciente y su familia, es importante conocer la afectación al subsistema conyugal de la mujer que cursa con disfunción sexual, lo anterior solo representa un primer cimiento para futuras investigaciones, que permitan apreciar en forma más completa las posibles consecuencias a los subsistemas que integran la familia, además de que el contar con un instrumento que permita su búsqueda intencionada, sería una herramienta útil para su detección y tal vez, su resolución,

ya que una vez detectados los casos de disfunción sexual, es necesario brindar asesoramiento, y en caso necesario, derivar a las mujeres afectadas a las diversas instituciones o especialistas encargados de los programas que la manejan en forma integral, para que de esta forma se logre incidir en la calidad de vida de la persona que atraviesa por tal problemática y como consecuencia mejorar también la propia relación con la pareja y con la familia.

Fue factible la realización del presente trabajo, ya que se contó con apoyo de las autoridades, recursos humanos y físicos necesarios en el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Identificar la frecuencia de disfunción sexual femenina y su repercusión en la funcionalidad del subsistema conyugal de mujeres que acuden al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar en las mujeres: edad, estado civil, escolaridad, religión, ocupación y tiempo de convivencia conyugal
- Conocer la frecuencia de mujeres que presentaron disfunción sexual, por medio del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)
- Identificar, sí el dominio deseo sexual, excitación sexual, lubricación, orgasmo, satisfacción sexual y dolor, se encuentra afectado (s), por medio del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)
- Identificar las características sociodemográficas (edad, estado civil, escolaridad, religión, ocupación, y tiempo de convivencia conyugal) en las que prevalece la disfunción sexual obtenida por medio del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)
- Determinar el grado de Funcionalidad del subsistema conyugal de las mujeres estudiadas, por medio de la Escala Evaluativa del subsistema conyugal (EESC)
- Identificar, sí la función de comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones, se encuentra afectada de acuerdo a la escala de evaluación del subsistema conyugal (EESC)
- Identificar la distribución de las mujeres que presentaron disfunción sexual según el grado de funcionalidad del subsistema conyugal
- Analizar la asociación de la disfunción del subsistema conyugal con la presencia de disfunción sexual femenina

1.5. HIPÓTESIS DE TRABAJO

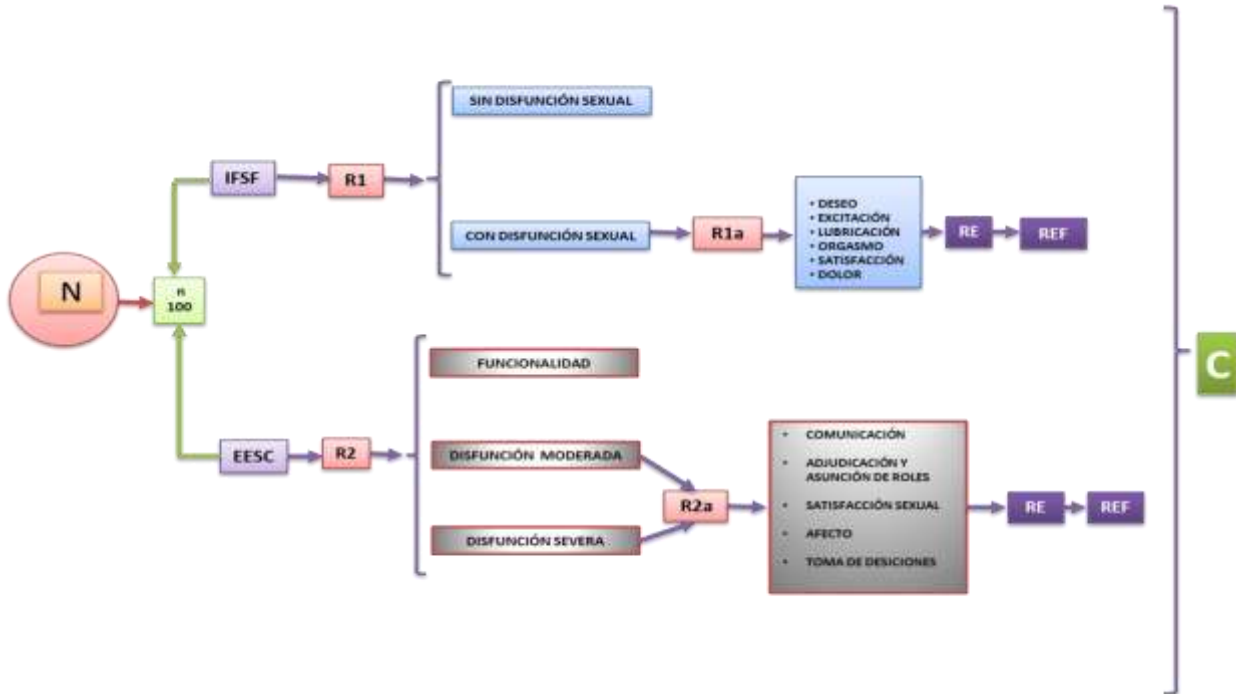
La disfunción sexual femenina repercute en la funcionalidad del subsistema conyugal.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Área socio- médica, de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal.

2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



N: 24,162 población de mujeres de 20 a 50 años de edad que corresponden al Centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”, 2011.

n: Muestra no probabilística de 100 mujeres por cuota

IFSF: Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina

EESC: Escala de Evaluación del Subsistema Conyugal

R1: Mujeres con y sin disfunción sexual

R1a: Dominio deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor, que de acuerdo al Índice de Función Sexual Femenina se encuentra afectado.

R2: Grado de funcionalidad del subsistema conyugal

R2a: Función de comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones, que de acuerdo a la Escala de Evaluación del Subsistema conyugal se encuentran afectadas.

RE: Resultado

REF: Referidas

C: Conclusiones

2.3. POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Mujeres de 20 a 50 años de edad que acudieron por cualquier motivo al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”, en un periodo comprendido entre los meses de junio a julio del 2011.

2.4. MUESTRA

2.4.1. TIPO DE MUESTRA

No probabilístico por cuota

2.4.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA

No aplica

2.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, NO INCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Criterios de inclusión:

Mujeres con tiempo de convivencia de más de 1 año entre los 20 a 50 años de edad. Con escolaridad mínima de primaria que acuden al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”, y que acepten participar en el estudio con previo consentimiento informado.

Criterios de no Inclusión:

Mujeres analfabetas, con tiempo de convivencia de menos de 1 año, menores de 20 años y mayores de 50 años de edad, que no acepten participar en el estudio.

Criterios de Eliminación:

Mujeres que no deseen continuar con el estudio, cuestionarios incompletos o mal llenados.

2.6. VARIABLES

2.6.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Edad: Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha del estudio.

Estado civil: Situación legal y/o social de unión con una pareja.

Religión: Forma de vida o creencia basada en una relación esencial de una persona con el universo, o con uno o varios dioses.

Escolaridad: Grado máximo escolar adquirido por cada uno de los integrantes de la pareja.

Ocupación: Actividad que desempeña un individuo y de la cual obtiene algún ingreso económico.

Tiempo de convivencia conyugal: Período de vínculo entre los individuos que conforman a la pareja en un tiempo establecido.

Función sexual femenina: Deriva del ciclo que está implícito en la respuesta sexual, pero en el que se conjugan una serie de elementos emocionales y biológicos, cuyo objetivo es lograr el disfrute y satisfacción sexual, de no lograrlo surgirán las disfunciones sexuales, comprendiendo que éstas últimas son consideradas síndromes, ya que la multitud de procesos etiopatogénicos que las generan hacen imposible el hablar de enfermedades propiamente dichas; además de que son procesos que se presentan en forma recurrente y persistente en la vida sexual de las personas.

Deseo sexual: Sensación que incluye el interés de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

Excitación sexual: Sensación que incluye aspectos físicos (calor o latidos en los genitales, humedad vaginal o contracciones musculares) y mentales de la sexualidad.

Lubricación: Humedad vaginal producto de una adecuada excitación sexual, líquido viscoso, secretado por el cuello de la matriz y las paredes de la vagina, además es un lubricante que favorece el acto sexual.

Orgasmo: Momento culminante del placer sexual (clímax, respuesta agradable), caracterizado por cambios anatomofisiológicos, que son resultado de deseo y estimulación sexual intensa.

Satisfacción sexual: Gratificación sexual

Dolor: Experiencia desagradable, que puede presentarse durante el coito, antes de la penetración, o al término de la relación sexual.

Funcionalidad del subsistema conyugal: Es la capacidad del subsistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital familiar y las crisis por las que atraviesa.

Comunicación: Proceso de integración social a través del cual se conocen e intercambian experiencias, ideas, sentimientos, creencias, la utilizamos tanto para originar información o enviar mensajes, o para ser receptor de aquello que los demás emiten o envían, debiendo ser clara, directa y congruente.

Adjudicación y asunción de roles: La pareja se adjudica roles que son necesarios en la familia y dependiendo como asuman esos roles se reflejan en una mayor o menor disfuncionalidad. Esta función será considerada adecuada cuando se lleve a cabo siempre de manera congruente, satisfactoria y flexible e inadecuada cuando no cumpla con alguno de estos 3 parámetros.

Satisfacción sexual: Gratificación sexual que es de fundamental importancia para llevar a cabo otras funciones. Será considerada adecuada cuando cumpla siempre con las condiciones de calidad y frecuencia e inadecuada cuando no cumpla con alguno de estos dos parámetros.

Afecto: Resulta de las manifestaciones o expresiones físicas, de la calidad de la convivencia y de la reciprocidad entre la pareja. Será considerado adecuado cuando cumpla con los parámetros de manifestaciones físicas, calidad de convivencia, interés por el desarrollo de la pareja y reciprocidad, e inadecuada cuando no cumpla con alguno de estos parámetros.

Toma de decisiones: Sensación de participación en las decisiones trascendentales de la vida en común. Será considerada adecuada cuando las decisiones sean siempre tomadas en forma conjunta e inadecuada cuando la toma de decisiones ocurra en forma individual.

TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	FUENTE
Edad	Cuantitativa	Escalar	Años cumplidos	Números enteros	Cédula de recolección de datos
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Tipo de unión conyugal	1. Casada 2. Unión libre	Cédula de recolección de datos
Religión	Cualitativa	Categoría	Creencia religiosa	1. Católica 2. Evangelista 3. Testigos de Jehová 4. Ateo 5. Cristiana	Cédula de recolección de datos
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Si el paciente sabe leer o escribir y el grado máximo de estudios	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Carrera técnica 5. Licenciatura	Cédula de recolección de datos
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Actividad desempeñada, asalariada y no asalariada	1=Hogar 2=Empleada 3=Comerciante 4=Obrero 5=Profesionista	Cédula de recolección de datos
Tiempo de convivencia conyugal	Cuantitativa	Continua	Periodo de unión conyugal, establecido en años	1. De 1-4 años 2. De 5-9 años 3. De 10-14 años 4. Más de 15 años	Cédula de recolección de datos

TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	FUENTE
Función sexual femenina	Independiente Cualitativa	Ordinal	Evaluación de la respuesta sexual femenina por medio de 6 dominios: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Satisfacción, y Dolor.	1. Con disfunción sexual: - 2 a 20 puntos 2. Sin disfunción sexual: - 21 a 36 puntos	Índice de función sexual femenina
Deseo sexual	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia e Intensidad del deseo sexual	1. Con trastorno del deseo sexual: 1.2 a 5 puntos 2. Sin trastorno del deseo sexual: 6 puntos	Índice de función sexual femenina
Excitación sexual	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia, Intensidad, Confianza y satisfacción durante la fase de excitación	1. Con trastorno de la excitación sexual: 0 a 5 puntos 2. Sin trastorno de la excitación sexual: 6 puntos	Índice de función sexual femenina
Lubricación	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia, Dificultad, Frecuencia de continuidad, y Dificultad para mantener la humedad vaginal	1. Con trastorno de la lubricación: 0 a 5 puntos 2. Sin trastorno de la lubricación: 6 puntos	Índice de función sexual femenina
Orgasmo	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia, Dificultad y satisfacción durante la fase de orgasmo	1. Con trastorno del orgasmo: 0 a 5 puntos 2. Sin trastorno del orgasmo: 6 puntos	Índice de función sexual femenina
Satisfacción sexual	Cualitativa	Ordinal	Cercanía emocional, Relación sexual y vida sexual	1. Insatisfacción sexual: 0.8 a 5 puntos 2. Satisfacción sexual: 6 puntos	Índice de función sexual femenina
Dolor	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia durante y después de la penetración, Intensidad durante o después de la penetración	1. Con trastorno del dolor: 0 a 5 puntos 2. Sin trastorno del dolor: 6 puntos	Índice de función sexual femenina

TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	FUENTE
Funcionalidad del subsistema conyugal	Dependiente Cualitativa	Ordinal	Por medio de la evaluación de 5 parámetros: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones.	1. Severamente disfuncional 0 a 40 puntos 2. Moderadamente disfuncional 41 a 70 puntos 3. Funcional 71 a 100 puntos	Escala evaluativa del subsistema conyugal
Comunicación	Cualitativa	Ordinal	Directa, Clara y Congruente	1. Adecuada 30 puntos 2. Inadecuada menos de 30 puntos	Escala evaluativa del subsistema conyugal
Adjudicación y asunción de roles	Cualitativa	Ordinal	Adjudicación mutua, Satisfacción de roles y Flexibilidad de roles	1. Adecuada 15 puntos 2. Inadecuada menos de 15 puntos	Escala evaluativa del subsistema conyugal
Satisfacción sexual	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia y Satisfacción	1. Adecuada 20 puntos 2. Inadecuada menos de 20 puntos	Escala evaluativa del subsistema conyugal
Afecto	Cualitativa	Ordinal	Manifestaciones físicas Calidad de convivencia Interés por el desarrollo de la pareja Reciprocidad	1. Adecuada 20 puntos 2. Inadecuada menos de 20 puntos	Escala evaluativa del subsistema conyugal
Toma de decisiones	Cualitativa	Ordinal	Conjunta o individual	1. Adecuada 15 puntos 2. Inadecuada menos de 15 puntos	Escala evaluativa del subsistema conyugal

2.7. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En primer lugar se solicitó la autorización para la realización de este estudio a las autoridades del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”, posteriormente se realizó una prueba piloto con 15 mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, y que se encontraban en la consulta o en sala de espera, para determinar el tiempo de aplicación del cuestionario, así como del entendimiento de los ítems. Así a toda aquella mujer que acepto participar voluntariamente, se le solicito el llenado de la hoja de consentimiento informado previamente a la entrevista (Anexo 1). Eventualmente, se procedió a la aplicación del instrumento a la muestra seleccionada, en el consultorio, y salón de usos múltiples.

2.8. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento que se utilizó contenía los siguientes apartados:

1. Ficha de identificación y antecedentes sociodemográficos de las mujeres estudiadas. (Anexo 2)
2. Índice de función sexual femenina, el cual es un cuestionario que consta de 19 preguntas, agrupadas en 6 dominios: deseo (ítem 1-2), excitación (ítem 3-6), lubricación (ítem 7-10), orgasmo(ítem 11-13), satisfacción(ítem 14-16) y dolor (ítem 17-19), con escala de respuestas tipo likert, que incluye 5 opciones (siempre (5puntos), la mayoría de las veces (4puntos), a veces(3puntos), pocas veces (2puntos), nunca (1punto), una respuesta de 0, indica que no ha habido actividad sexual, una de 1 indica el mayor deterioro funcional y una de 5 el menor, de acuerdo a la puntuación obtenida en cada ítem, se suman a los demás del mismo dominio, multiplicando por el factor

correspondiente, cada dominio tiene asignado un factor, así, al dominio deseo le corresponde el factor 0.6, excitación, factor 0.3; dominio lubricación, factor 0.3; dominio orgasmo, factor 0.4; dominio satisfacción, factor 0.4; dominio dolor, factor 0.4; con ello la escala total es obtenida sumando los scores de los 6 dominios, se consideró disfunción sexual cuando la respuesta fue: 1 o 2, y cuando en el puntaje total de la escala se obtuvo menos de 21 puntos, mientras que no es portadora, aquella con puntaje de 21 a 36 puntos. La consistencia interna del test cuenta con una alfa de Cronbach buena (>0.80), es un instrumento sencillo de aplicar, que permite evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida, siendo adecuado para estudios epidemiológicos y clínicos, además permite discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales)^{20,21}.(Anexo 3)

3. Escala Evaluativa del Subsistema conyugal propuesto por el Dr. Chávez Aguilar Víctor⁷(Anexo 4), que ha tenido utilidad práctica desde 1990 y es utilizada por médicos residentes de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como ha sido utilizado en diferentes estudios de investigación, sin embargo, éste instrumento no cuenta con antecedente alguno en la literatura consultada, de validación y confiabilidad, pero se utilizó en la presente investigación, debido a su facilidad de comprensión entre las mujeres encuestadas, y al mejor manejo de información por parte del investigador. La escala aborda las principales funciones del subsistema conyugal, siendo 5: Comunicación, adjudicación y asunción de roles,

satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones; a su vez a cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores, en cuanto a comunicación, si esta es clara, directa y congruente, se asigna una calificación de 10 puntos a cada parámetro, haciendo un total de 30 puntos. En adjudicación y asunción de roles, el parámetro es congruencia, satisfacción y flexibilidad con una calificación asignada de 5 puntos cada uno, resultando 15 puntos en total. En satisfacción sexual el parámetro comprende frecuencia y satisfacción con una calificación asignada de 10 puntos cada una dando un total de 20 puntos. En el afecto se contempla el parámetro de manifestaciones físicas, calidad de convivencia, interés por el desarrollo de la pareja y reciprocidad, otorgándole una calificación de 5 puntos a cada una, obteniendo un total de 20 puntos. En toma de decisiones el parámetro debe ser conjunto e individual con calificación asignada de 15 y 0 puntos respectivamente con un total de 15 puntos. Por lo que la calificación de parámetros total es de 100 puntos con un porcentaje de 100%. Sumando el puntaje total, las disfunciones se califican de la siguiente forma:

- ◆ 0 - 40 pareja severamente disfuncional
- ◆ 41-70 pareja moderadamente disfuncional
- ◆ 71-100 pareja funcional.⁷(Anexo 4)

2.9. MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

Sesgo de selección

No controlado debido a que se eligieron a 100 mujeres de 20 a 50 años de edad que aceptaron voluntariamente responder el cuestionario con previo consentimiento de participación voluntaria.

Sesgo de información

Se reconoce que este tipo de sesgo se pudo haber presentado, debido a que queda a expensas de la honestidad de la entrevistada, confiando en las respuestas. Se trató de controlar informándole del anonimato de la entrevista, a fin de que expresara sus respuestas lo más cercano posible a la realidad.

2.10. PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

2.10.1. DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS

Se aplicó el instrumento y se recabo la información en la base de datos que se realizó en el programa de Excel y se analizó en el programa SPSS versión 19

2.10.2. PLAN PARA EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de la información se utilizó estadística descriptiva, siendo para variables cualitativas, frecuencia y porcentajes; para variables cuantitativas, promedio, desviación estándar y rango. Para identificar la asociación de disfunción en el subsistema conyugal y presencia de disfunción sexual femenina, se utilizó Chi cuadrada.

2.11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	2009			2010			2011						2012	2013
	ABR MAY JUN	JUL AGO SEP	OCT NOV DIC	JUN JUL AGO	SEP OCT	NOV DIC	ENE FEB	MAR ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	ENE A DIC	ENE A SEPT
ELECCION TEMA														
RECOPILACION BIBLIOGRAFICA														
P L A N E A C I O N	ELABORACION PROTOCOLO													
	REGISTRO DE TESIS													
	ESTUDIO DE CAMPO													
E J E C U C I O N	ANALISIS DE RESULTADOS													
	ELABORACION INFORME FINAL													
	REVISION INFORME FINAL													
E N T R E G A	PRESENTACION A LAS AUTORIDADES													

2.12. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos físicos.

Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” (sala de espera, consultorio)

Recursos materiales

Computadora portátil marca TOSHIBA. Copiadora, impresora HP, hojas blancas, engrapadora, folders, bolígrafos, lápices. Paquetería: Windows Vista, Office 2007, Word, Excel, Power Point, Programa SPSS versión 19, memoria portátiles USB LG, cartuchos de impresora y copiadora (negro y color).

Recursos humanos.

El investigador responsable.

Recursos financieros.

Autofinanciado.

2.13. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la Declaración de la Asamblea Médica de Helsinki, adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1984 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, septiembre de 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996 y la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de clarificación del párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, nota de clarificación párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 y Seúl 2008, el presente trabajo, no afecta a los derechos humanos, ni las normas éticas y de salud en materia de investigación, por lo tanto no se compromete la integridad física, moral o emocional de las personas.⁵³

Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México: en el título primero, capítulo único, artículo primero, se menciona que esta ley se reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, estableciéndose las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y concurrencia de la Federación y entidades federativas en materia de salubridad general, así mismo, las recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación establecidas por la OMS y esta ley, se hace mención en el artículo 17, apartado II que la investigación con riesgo mínimo, son estudios que emplean evaluación de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, el artículo 19 menciona que la investigación médica sólo se justifica si existen

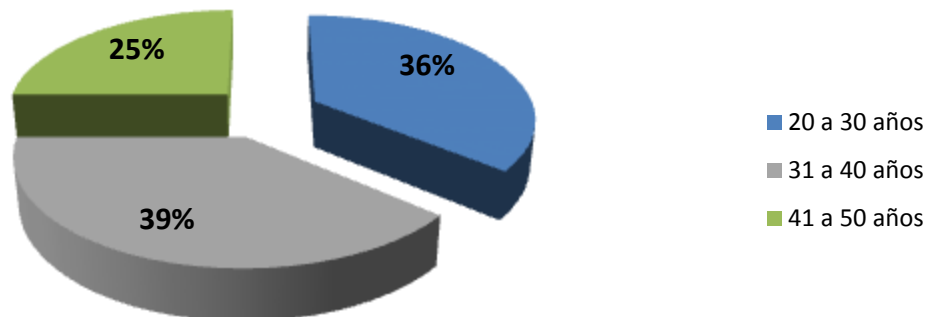
posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados; Artículo 20 que para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados; Art. 38, que los datos e informes proporcionados por los particulares para fines estadísticos serán manejados bajo los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarse en ningún caso en forma nominativa o individualizada ni harán prueba ante autoridad administrativa ni en juicio ni fuera de él; en el capítulo quinto referente a investigación para la salud, capítulo único, art. 100, menciona que se deberá adaptar la investigación a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica y que se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos del experimento y las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.⁵²

3. RESULTADOS

El número total de pacientes estudiadas fue de 100; de las cuales el promedio de edad fue de 34.5 años, con una desviación estándar de 8.7, una varianza de 75.9 y una amplitud de rango de 20 a 50. Por grupos de edad, el mayor porcentaje correspondió al grupo de 31 a 40 años con una frecuencia de 39 (39%), seguido del de 20 a 30 años con una frecuencia de 36 (36%), en tercer lugar el grupo de 41 a 50 años con una frecuencia de 25(25%). (Ver Fig.1)

Figura 1

**Distribución por grupos de edad de las pacientes estudiadas del Centro de Salud
“Dr. José Castro Villagrana”**



Fuente. Cédula de recolección de datos sociodemográficos SSDF 2011

Se encontró que 61(61%) eran casadas y 39(39%) refirieron convivencia en unión libre (Ver Fig.2)

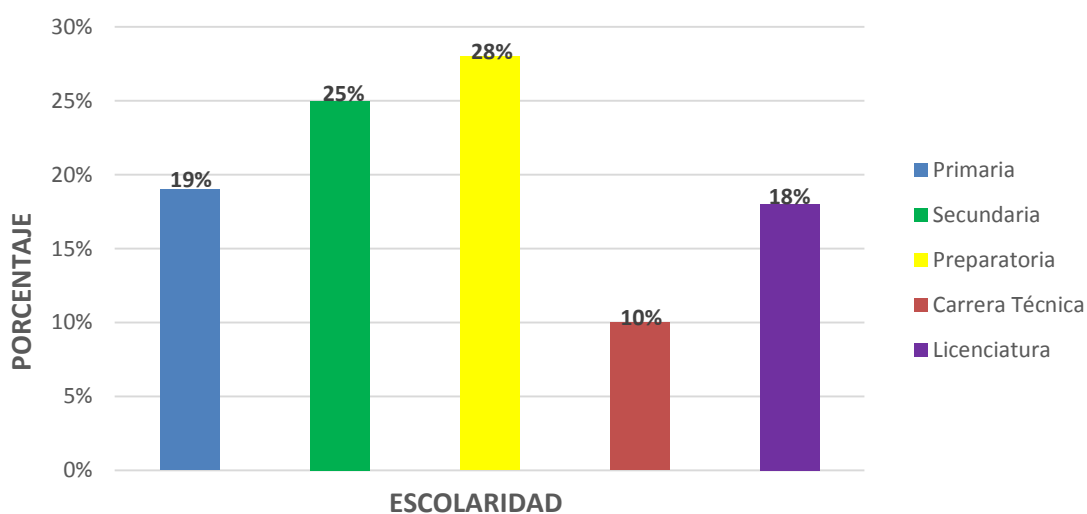
Figura 2
Estado civil de las pacientes estudiadas



Fuente. Cédula de recolección de datos sociodemográficos SSDF 2011

En relación a escolaridad, el nivel medio superior (preparatoria) fue el de mayor frecuencia con 28 mujeres (28%), seguido del nivel secundaria con 25(25%), primaria con 19(19%), licenciatura con 18(18%) y 10 mujeres (10%) con carrera técnica. (Ver Fig.3)

Figura 3
Escolaridad de las pacientes estudiadas

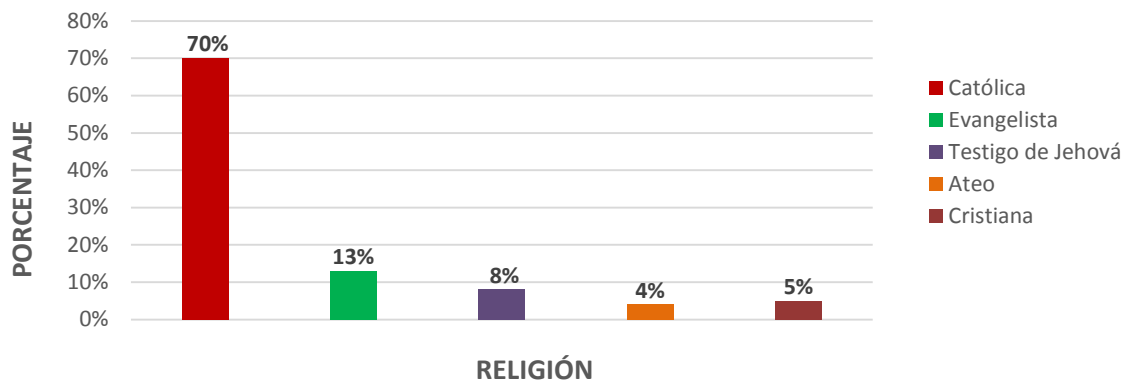


Fuente. Cédula de recolección de datos sociodemográficos SSDF 2011

De la religión que profesaban las pacientes estudiadas, resulto que 70%(70) refirieron ser católicas, 13%(13) evangelistas, 8%(8) testigos de Jehová, 5% (5) cristianas y 4%(4) ateas (Ver Fig. 4).

Figura 4

Religión de las pacientes estudiadas

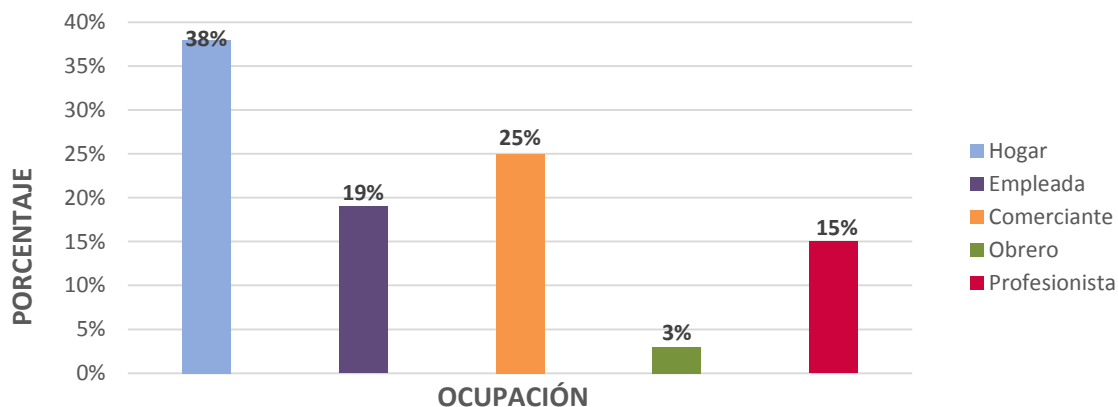


Fuente. Cédula de Identificación de datos sociodemográficos SSDF 2011

Con respecto a la ocupación, 38% se dedicaban al hogar, 25% eran comerciantes, 19% empleadas, 15% ejercían su profesión y 3% realizaban labores como obreras. (Ver Fig.5)

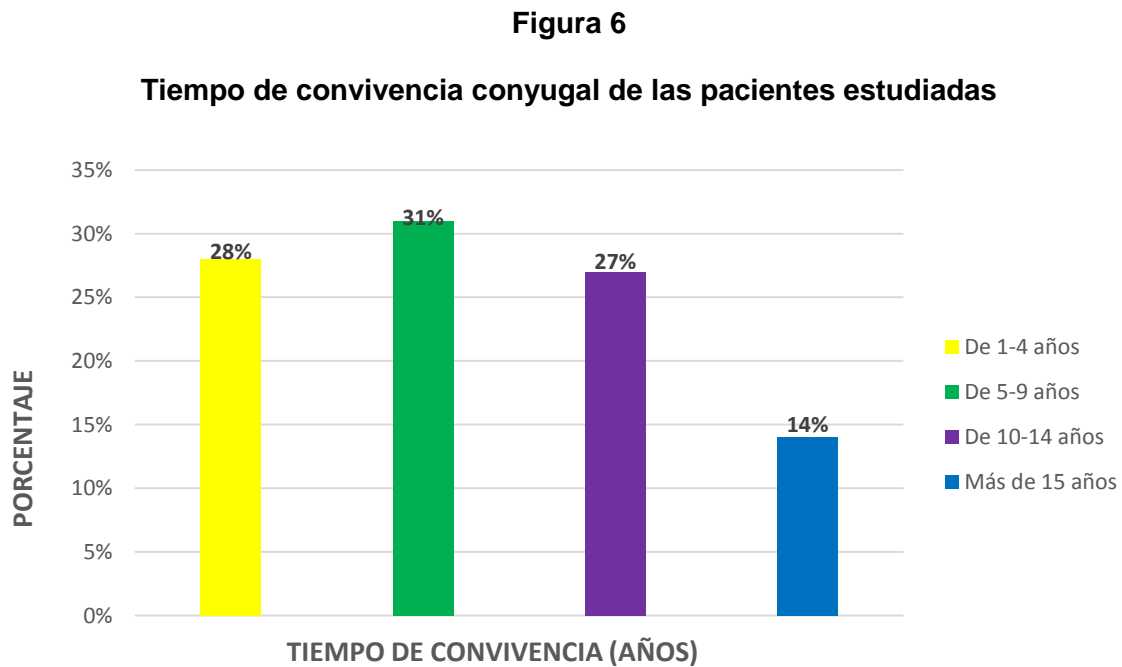
Figura 5

Ocupación de las pacientes estudiadas



Fuente. Cédula de Identificación de datos sociodemográficos SSDF 2011

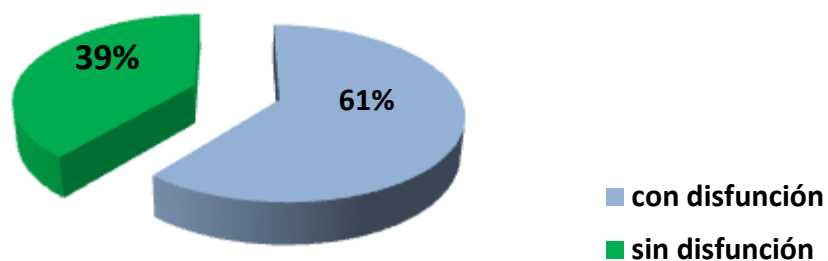
Por tiempo de convivencia conyugal, resulto que 31 pacientes tenían de 5 a 9 años, 28 de 1 a 4 años, 27 de 10 a 14 años y 14 mujeres más de 15 años de convivencia conyugal. (Ver Fig.6)



Fuente. Cédula de Identificación de datos sociodemográficos SSDF 2011

Del Cuestionario “Índice de Función Sexual Femenina”, resultaron 61 mujeres con disfunción y sólo 39 sin disfunción sexual. (Ver Fig. 7)

Figura 7
Distribución de mujeres que presentaron disfunción sexual

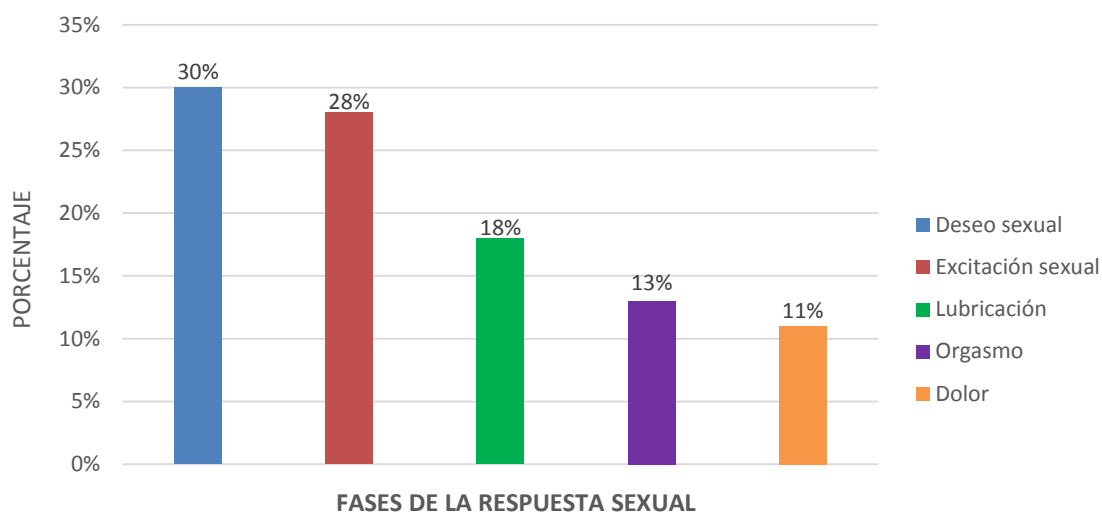


Fuente. Cuestionario “Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina” SSDF 2011

De las mujeres sin disfunción sexual (39), se distribuyeron por estado civil en 22 casadas (56.41%) y 17 en unión libre (43.58%), mientras que de las 61 mujeres portadoras de disfunción sexual, correspondió a 18 casos (30%) con afectación del deseo sexual, 17 casos (28%) excitación sexual, 11 casos (18%) incapacidad para mantener la lubricación, 8 casos (13%) anorgasmia, y 7 casos (11%) a dispareunia. (Ver Fig. 8)

Figura 8

Dominios afectados en las mujeres con disfunción sexual



Fuente. Cuestionario "Cuestionario Índice de Función Sexual Femenina" SSDF 2011

Al analizar la distribución de la afectación de los dominios de la respuesta sexual, por grupos de edad, se observó lo siguiente; en el grupo de 20 a 30 años (36), de las 12 mujeres (33.33%) que presentaron disfunción sexual, resulto más frecuente la afectación del dominio dolor con 5 casos(41.66%), mientras que en el grupo de 31 a 40 años de edad (39), destaco la afectación del dominio excitación sexual con 12 casos (42.85%), y de las 21 mujeres que resultaron con disfunción sexual (84%) en el grupo de 41 a 50 años (25), resulto más frecuente la afectación del

dominio deseo sexual con 10 casos (47.61%). Referente a presencia de insatisfacción en la relación sexual, resultaron sólo 16 casos (16%), correspondiendo a 9 casos en el grupo de 31 a 40 años, 4 en el de 41 a 50 años, y 3 en el de 20 a 30 años de edad.

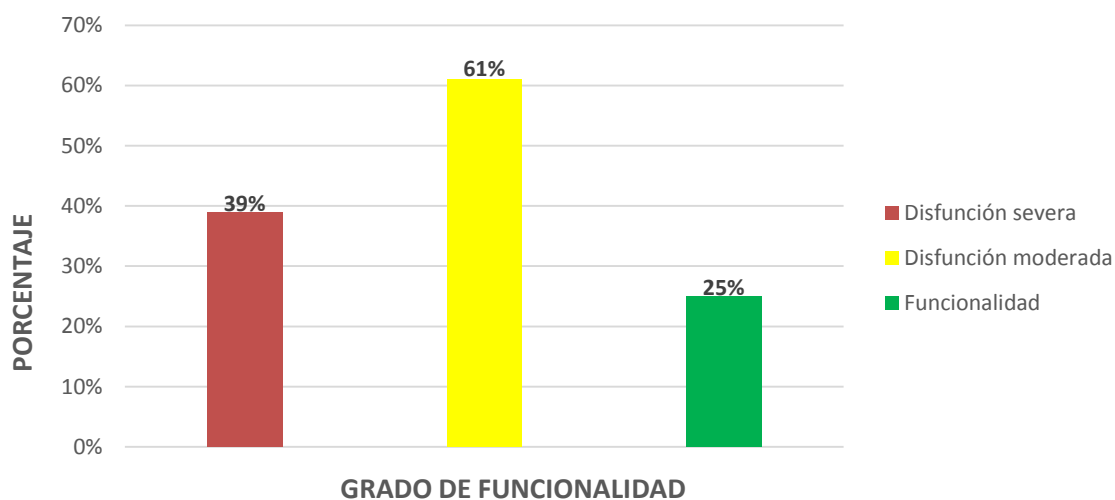
De las características sociodemográficas que se encontraron presentes en las mujeres portadoras de disfunción sexual (61 casos), destaco que: 39 (63.93%) correspondieron a casadas y 22 (36.06%) a convivencia en unión libre, en ambos tipos de unión conyugal sobresalió la afectación del deseo sexual, correspondiendo 12 casos (30.76%) a las primeras, y 6 (27.27%) a las segundas, también se encontró que en las católicas (70), se presentaron más casos de disfunción sexual (41=58.57%), siendo más frecuente la afectación del dominio excitación sexual con 12 casos (29.26%), así mismo, mujeres que contaban con estudios básicos, resultaron con más casos de disfunción sexual (27), correspondiendo 14 (73.68%), a educación primaria, y 13 (52%) a secundaria, en las primeras destaco la afectación del dominio deseo con 7 casos (50%), y en las segundas, 5 casos (38.46%) con afectación de la excitación, mientras que las que refirieron nivel técnico de estudios (10), resultaron con menos casos de disfunción sexual, 5 casos (50%), destacando la afectación del dominio excitación con 2 casos (40%), y de las que se dedicaban al hogar (38), también resultaron con más casos de disfunción sexual, (27 casos = 71.05%), predominando el dominio deseo con 10 casos (37.03%), mientras que las que menos casos reportaron fueron las que contaron con alguna profesión (10 casos = 66.66%), destacando la afectación de la fase de excitación y orgasmo, con 3 casos (30%), respectivamente, por último, aquellas que manifestaron una relación de pareja de 5 a 9 años (31),

resultaron con más casos de disfunción sexual (22 casos = 70.96%), sobresaliendo 10 casos (45.45%) con alteración de la excitación, mientras que las que refirieron una convivencia con su pareja, de 1 a 4 años (28), presentaron menos casos de disfunción sexual (6 casos= 21.42%), destacando la afectación del dominio dolor con 3 casos (50%).

De la aplicación de la “Escala Evaluativa del Subsistema Conyugal”, resulto que 75 mujeres presentaron disfunción en el subsistema conyugal, comprendiendo; 46 (61.33%) a disfunción moderada, 29 (38.66%) disfunción severa y solo 25 resultaron funcionales en el subsistema conyugal. (Ver Fig. 9)

Figura 9

Grado de funcionalidad del subsistema conyugal en las mujeres estudiadas



Fuente. Cuestionario “Escala Evaluativa del Subsistema Conyugal” SSDF 2011

La distribución de la funcionalidad y disfunción del subsistema conyugal con respecto a los grupos etarios fue la siguiente: en el grupo de 20 a 30 años se concentró el mayor porcentaje de funcionalidad del subsistema conyugal, con 20 casos (55.55%), mientras que en el de 31 a 40 años, ocurrieron más casos de disfunción del subsistema, correspondiendo a 13(33.33%) con disfunción severa, y 22(56.41%) con disfunción moderada. La función conyugal de afecto resultó más deteriorada en 70 mujeres, correspondiendo: 29 a disfunción severa (41.42%), 37 a disfunción moderada (52.85%) y 4 a funcionalidad en el subsistema (5.71%), mientras que la adjudicación y asunción de roles, fue la menos afectada, con 58 mujeres que la calificaron como buena, y de las cuales correspondieron: 13 (22.41%) a disfunción severa, 26 (44.82%) disfunción moderada, y 19 (32.75%) a funcionalidad en el subsistema conyugal. (Ver Tabla 1)

Tabla 1
Funciones conyugales más frecuentemente afectadas en la población estudiada

FUNCIONES DEL SUBSISTEMA					
	AFECTO	SATISFACCIÓN SEXUAL	TOMA DE DECISIONES	ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES	COMUNICACIÓN
	FREC. (%)	FREC. (%)	FREC. (%)	FREC. (%)	FREC. (%)
Disfunción severa	29 (41.42%)	25 (39.06%)	28 (46.66%)	16 (38.09%)	18 (33.96%)
Disfunción moderada	37 (52.85%)	35 (54.68%)	29 (48.33%)	20 (47.61%)	30 (56.40%)
Funcionalidad	4 (5.71%)	4 (6.25%)	3 (5%)	6 (14.28%)	5 (9.43%)
TOTAL	70	64	60	42	53

Fuente. Cuestionario "Escala Evaluativa del Subsistema Conyugal" SSDF 2011

Entonces se corrobora, que al existir algún tipo de disfunción sexual femenina se correspondía con algún grado de disfunción en el Subsistema Conyugal, siendo de la siguiente forma: con disfunción severa en el subsistema conyugal, 10 (34.48%) mujeres resultaron con afectación del dominio deseo, 7 (24.13%) con

alteración de la excitación sexual, 5 (17.24%) con dispareunia, 2 (6.89%) con incapacidad para mantener la lubricación y 1(3.44%) con anorgasmia, las que presentaron disfunción moderada en el subsistema conyugal, dependiendo del tipo de disfunción sexual presente en ellas, fue el siguiente: 10 (21.73%) con alteración de la excitación sexual, 9 (19.56%) Incapacidad para mantener la lubricación, 7(15.21%) afectación del deseo sexual, 6 (13.04%) anorgasmia, y 2 (4.34%) con dolor, mientras que las que resultaron con funcionalidad en el subsistema conyugal correspondió a 23 mujeres (92%), que no presentaron ningún trastorno sexual, y sólo 16 mujeres restantes (de las que no cursaron con disfunción sexual) reportaron disfunción en su subsistema conyugal. (Ver Tabla 2)

Tabla 2
Disfunción sexual y grado de Funcionalidad del Subsistema Conyugal

DOMINIO	SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
deseo	10	7	1	18
excitación	7	10	-	17
lubricación	2	9	-	11
orgasmo	1	6	1	8
dolor	5	2	-	7
TOTAL	25	34	2	61

Fuente. Cuestionario “Escala Evaluativa del Subsistema Conyugal” SSDF 2011

Al asociar la presencia de disfunción sexual femenina y disfunción del subsistema conyugal, se encontró un valor de $X^2= 93.964$, con una $p=<0.0001$, mostrando que a mayor presencia de trastornos en la relación sexual, mayor disfunción en el subsistema conyugal.

4. DISCUSIÓN

Los resultados mostraron que el promedio de edad de las participantes fue de 34 años, la mayoría era casada (61%) y éstas resultaron con mayor frecuencia de disfunción (39 casos) e insatisfacción sexual (11=18.03%), las edades de 20 a 30 años, concentraron el mayor porcentaje (24= 67%) de las que no cursaban con disfunción sexual, mientras que las de 31 a 40 años, presentaron mayor frecuencia de disfunción (28 casos=72%) e insatisfacción sexual (9), lo anterior concuerda con lo reportado en estudios realizados en población de nuestro país^{25,26,28,40}, aunque el Instituto Nacional de Perinatología reportó, que el contar con pareja estable, representa un factor protector para no cursar con disfunción sexual^{25,26}, en la literatura extranjera, se reporta como factor de riesgo una edad mayor de 40 años^{20, 23, 24}, no obstante, en el presente estudio, resultaron más participativas mujeres de 20 a 40 años, y ello pudo haber influido en los resultados, también se encontró que las que refirieron contar con estudios básicos, dedicarse al hogar, ser católicas, y convivir con su cónyuge desde hace 5 a 9 años, presentaron mayor frecuencia de disfunción sexual, ello pudiera ser consecuencia de que la mujer que está restringida solo a su hogar, está bajo influencia de lo que las fuentes informales le proporcionan en materia de sexualidad, o lo que solamente por su género debe saber,^{25, 26} además, estudios previos reportan, que el contar con mayor y mejor preparación educacional, proporciona un acceso mayor y de mejor calidad a la información sexual^{20,26}, el hecho de que las mujeres católicas presentaran mayor frecuencia de disfunción (41=58.57%), e insatisfacción sexual (11=15.71%), probablemente se debe a que en México, es la religión que más se profesa, aunque, por su parte el Instituto

Nacional de Perinatología, obtuvo un 76% de disfunción sexual en este grupo de mujeres, porcentaje que supera al obtenido en la presente investigación (58.57%)^{25, 26}, y que es resultado del tamaño limitado de la muestra (n=100), en cuanto al tiempo de convivencia conyugal, es de llamar la atención, que aquellas que reportaron unión conyugal de más de 15 años, sólo resultaran con 12 casos de disfunción sexual, ya que de acuerdo al ciclo de la pareja, se encuentran en etapa V, ambos cónyuges tienen 40-50 años de edad^{3,5}, por tanto, deberían existir más casos de disfunción sexual, ya que una edad mayor a 40 años, es señalada como factor de riesgo^{20, 23, 24}, en el estudio se reporta lo contrario, como consecuencia de la idiosincrasia que la mujer tiene sobre su sexualidad, además, de que las que presentaron menos casos de disfunción sexual fueron las que refirieron una convivencia de 1 a 4 años, es decir, los cónyuges se encuentran en etapa II, en ella presentan mayor intimidad y práctica de la relación sexual en forma más cotidiana, mientras que las que refirieron una convivencia de 5 a 9 años están en etapa III, bajo influencia de diversas crisis normativas (relacionadas con los hijos, familia de origen), que hacen resurgir la duda sobre lo adecuado de la selección del cónyuge, y sobre todo que un desacuerdo con la pareja puede influir en una relación sexual gratificante^{3,5}. De los instrumentos utilizados, el Índice de Función Sexual Femenina, detectó una frecuencia de disfunción sexual del 61%, la cual es mayor a la reportada en México (34 al 52%)^{25,26,40} y la literatura extranjera (35% al 60%)^{23,32,41,47}, los dominios más frecuentemente afectados, fueron del deseo (30%), y excitación sexual (28%), mientras que los últimos en frecuencia fueron, el de lubricación (18%) y orgasmo (13%), los datos coinciden con lo reportado en Estados Unidos^{23,32} y España^{23,24,32}, pero se difiere de lo encontrado en México, ya

que se reporta como más frecuentemente afectado al dominio orgasmo(34.09%), y en último lugar al del deseo sexual (20.4%)⁴⁰, para el Instituto Nacional de Perinatología, la disritmia (23.4%), es la disfunción sexual reportada con más frecuencia, seguido del deseo sexual (22.6%), y del orgasmo(21%).^{25,26}, lo anterior probablemente es consecuencia del reducido tamaño de la muestra, y de las características de la población estudiada. En cuanto a la funcionalidad y disfunción del subsistema conyugal, resulto que las de 31 a 40 años de edad, presentaron más casos de disfunción en el subsistema, mientras que las de 20 a 30 años, presentaron más casos de funcionalidad, correspondiendo; las primeras, al grupo que presento más casos de disfunción sexual, y a las segundas, las que menos casos presentaron, entonces, los resultados son estadísticamente significativos ($p < 0.0001$, $X^2 = 93.964$), ya que al existir algún tipo de disfunción sexual se correspondió con algún grado de disfunción en el Subsistema Conyugal de la población estudiada, la función conyugal que más se encontró afectada, fue la de afecto (70), siguiéndole 64 mujeres con insatisfacción sexual, frecuencia que resulta menor a la obtenida en población latinoamericana (69%)⁴⁰, es importante señalar, que el mismo número de mujeres que presentaron disfunción sexual (61%), debería ser el mismo que reportara insatisfacción sexual (16%, cuestionario IFSF, 64% EESC), y como consecuencia, también fuera el mismo que presentara algún grado de disfunción del subsistema conyugal (75%), pero ello no resulto así, quizá por la negación de la mujer a aceptar que se encuentra ante un problema sexual y que este a su vez le genera insatisfacción sexual y por tanto, insatisfacción con su pareja, todo ello derivado de la forma en que fue educada, de la influencia sociocultural, y de la desinformación sexual^{25,26}. Por último, es

importante comentar, que el presente estudio tiene algunas limitaciones, como que los resultados no pueden generalizarse al total de la población de mujeres, ya que solo resulta una muestra no representativa de la población del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”; además que, en relación al instrumento utilizado para identificar la funcionalidad y disfunción del subsistema conyugal (“Escala Evaluativa del Subsistema Conyugal”), éste sólo cuenta con validez de apariencia, pero no de constructo, por lo que sería conveniente realizar su validación en estudios posteriores y que utilizarán muestras representativas, sin embargo, para el presente estudio significativo de utilidad práctica, sobre todo resultado atractivo para el investigador y comprensible en sus ítems para las encuestadas.

5. CONCLUSIONES

Se cumplió con el objetivo general de esta investigación, ya que se corroboró la afectación a la funcionalidad del subsistema conyugal de aquellas mujeres que cursan con disfunción sexual, los resultados son estadísticamente significativos ($p < 0.0001$, $X^2 = 93.964$, $\alpha = 0.05$), mostrando que la mujer que cursa con disfunción sexual (61%) presenta mayor disfunción en el subsistema conyugal (75%), en comparación de aquellas que no cursan con algún trastorno sexual (39%), y de las cuales 23 (95%) resultaron funcionales. La frecuencia de disfunción sexual obtenida (61%), es mayor a la reportada en estudios previos realizados en México (43%, 34%, y 52%), la variabilidad de los resultados, refleja que éste problema de salud aún pasa inadvertido, con el IFSF se obtuvo como más frecuente la afectación del dominio deseo sexual (30%), lo cual es concordante con lo reportado internacionalmente, pero en México, se considera como más frecuente la afectación del dominio orgasmo (34.09%), mientras que el dominio deseo sexual (20.4%) ocupa el último lugar en frecuencia, estas diferencias probablemente se deben a las características y reducido tamaño de la presente muestra, sin embargo, se encontraron similitudes a lo reportado en la literatura, como que la mayoría fuera casada (61%), con un promedio de edad de 34 años, y que ser casada, ama de casa, católicas, contar con edad de 31 a 40 años, y estudios básicos (primaria y secundaria), son características presentes en mujeres que resultaron con algún tipo de disfunción sexual, mientras que el tener 20 a 30 años de edad, referir convivencia conyugal de 1 a 4 años, y contar con mayor escolaridad (nivel técnico), significaron factores protectores para no presentar disfunción sexual, es de llamar la atención, que aquellas mujeres que

reportaron unión conyugal de más de 15 años, sólo resultaran con 12 casos de disfunción sexual, ya que de acuerdo al ciclo de la pareja, se encuentran en etapa V, ambos cónyuges tienen 40-50 años de edad, por tanto, habría más casos de disfunción sexual, tan solo por su edad, ya que esta es señalada como factor de riesgo para la presencia de disfunción sexual, pero en el estudio se reporta lo contrario, como consecuencia de la idiosincrasia que la mujer tiene sobre su sexualidad, además, que las que refirieron convivencia conyugal de 1 a 4 años, se encuentran en etapa II del ciclo, etapa en que existe mayor intimidad y práctica de la relación sexual en forma más cotidiana. En relación al instrumento utilizado para identificar la funcionalidad o disfunción del subsistema conyugal (EESC), éste sólo cuenta con validez de apariencia, pero no de constructo, por lo que sería conveniente realizar su validación en estudios posteriores y que utilizarán muestras representativas, no obstante, para el presente estudio, significo de utilidad práctica, ya que permitió identificar que la función conyugal de afecto, era la que más se encontraba afectada (70%), siguiéndole 64 mujeres con insatisfacción sexual, este último dato no concuerda con lo obtenido del IFSF(16%), ya que el mismo número de mujeres que presentaron algún trastorno sexual debería ser el mismo que reportara insatisfacción sexual, y disfunción en su subsistema conyugal, pero ello no resulto así, quizá como consecuencia de la negación de la mujer a aceptar que se encuentra ante un problema sexual y que este a su vez le genera insatisfacción en su relación sexual y en su relación de pareja, todo derivado de la educación sexual tradicional y tabúes sociales prevalentes que condenan el disfrute sexual de las mujeres, y que aún tienen impacto importante en el concepto de la sexualidad misma, por ello se sugiere

realizar más estudios enfocados a la frecuencia de la disfunción sexual femenina, sí, pero también que abarquen el impacto en la calidad de vida de los individuos que la sufren y de sus parejas, esto es, el cómo se altera la dinámica de la pareja y sus relaciones interpersonales, ya que de la información obtenida, permitirá realizar un tratamiento integral, lo cual es una esencial necesidad del Médico de Familia, ya que éste está capacitado para entender los aspectos sociales y familiares que puedan influir en el desarrollo de la disfunción sexual, así mismo, está preparado para incidir en aspectos de promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación, de así requerirlo. En el presente estudio se requirió ampliar el conocimiento que sobre sexualidad humana debiera contar todo profesional de la salud, así como investigación exhaustiva sobre las principales instituciones que pudieran orientar, tratar y en su caso rehabilitar a aquellas mujeres que resultaron portadoras de algún tipo de disfunción sexual, así como invitación a ellas, sus parejas y sus hijos, de así requerirlo, para recibir atención integral.

6. REFERENCIAS.

1. Membrillo A, Fernández MA, Quiroz JR, Rodríguez JL. *Familia. Introducción al estudio de sus elementos*. Ed. México: Editores de Textos Mexicanos; 2008. p.31-220
2. Irigoyen A. *Nuevos Fundamentos de medicina familiar*. 3ra edición. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana;2006. p.25-187
3. EguiluzLL. *Entendiendo a la pareja*.México: PaxMéxico;2008.p.1-130
4. Campuzano M. *La pareja humana: Su psicología, sus conflictos, su tratamiento*. México: Editores Plaza y Valdés;2008.p.37-86
5. Rubio E, Pérez C. *Antología de la sexualidad*.2ª ed. México:Porrúa-CONAPO;2007;Vol.II.p.119-143
6. Eguiluz LL. *Dinámica de la Familia: Un enfoque psicológico sistémico*. México:PaxMéxico;2007.p.1-100
7. Chávez AV, Velazco OR. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. *Rev. Méd. IMSS*.1994;32:39-43
8. Alvarez-Gayou JL. *Sexoterapia Integral*. 2ª ed. México: El Manual Moderno;2011.p.64-9
9. Montoya L y col. *Sexualidad humana. Valoración clínica y Ginecológica*. Marbán Editores;2009.p.285-92
- 10.De la Gándara JJ, Puigvert A. *Sexualidad humana: una aproximación integral*.Madrid:Médica Panamericana,2006.p.21-45
- 11.Kingsberg SA. Women's endorsement of models of female sexual response: the nurses' sexuality study. *J Sex Med*.2007;4:708-719
- 12.Rosen RC, Barsky JL. Respuesta sexual normal en la mujer. *Obstet Gynecol Clin N Am*.2006;(33):515-26

13. Balon R, Taylor R. *Clinical Manual of Sexual Disorders*. Ed. American Psychiatric Pub;2009.p.3-318
14. Masters W, Johnson V. *Human Sexual Response*.13°ed.Barcelona: Grijalbo;2010.p.18-21
15. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/genderrights/defining_sexual_health/en/index.html [Accedido en diciembre 2009]
16. Latarjet, M, Ruiz LA, Órganos genitales femeninos. Cap XXV. En: Anatomía Humana.4ª ed.,BuenosAires.Médica Panamericana,2009;vol II.p.1607-1662.
17. Battagliac, Nappi RE, Manani F, et al. PCOS, Sexuality, and clitoral vascularisation: a pilot study. *J Sex Med*. 2008;S: 2886
18. Wylie K, Malik F. Review of drug treatment for female sexual dysfunction. *Int J STD AIDS*. 2009;20:671-674
19. Sánchez C, Carreño J. Guía clínica de Intervención psicológica de la sexualidad humana en parejas. *Perinatol Reprod Hum*.2007;5:92-101.
20. Blumel MJ, Binfá EL, Cataldo AP. Índice de función Sexual Femenina: Un Test para evaluar la Sexualidad de la Mujer. *Revi. Chil. Obstet. Ginecol*.2004; 69(2):118-25.
21. Meston CM. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *Jan-Feb*.2003;29(1):39-46
22. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Trastornos sexuales y de la identidad sexual*. Masson;2002.p.599-633
23. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, et al. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*.2008;112:970.

24. Tomás R, Tárraga LP, Álvarez MC. Disfunciones sexuales en atención primaria. *MG. SEMG*.2007;13-23
25. Sánchez BC, Carreño MJ, Martínez RS, et al. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Rev Sal Ment*.2005;(28):74-80.
26. Sánchez BC, Carreño MJ, Espíndola HJ, et al. Las Distintas Disfunciones Sexuales Femeninas y la Relación con Ansiedad Rasgo-Estado. *Psicología Iberoamericana*.2007; vol. 5(1):52-59.
27. Rubio E, Díaz J. *Las disfunciones sexuales. Antología de la sexualidad humana*. México: Porrúa-CONAPO, 2007; Tomo 3. p.203-46.
28. Rivas MM, Cavero RR, Díaz VC. Disfunción Sexual Femenina: Un problema frecuente con atención creciente. *Rev Chil Obstet Ginecol*.2012;77(1):80-81
29. Srivastava R, Thakar R, Sultan Abdul. Female Sexual Dysfunction in Obstetrics and Gynecology. *Obstetrical and Gynecological Survey*.2008;63(8):527-37
30. Feldhaus-Dahir M. The causes and prevalence of hypoactive sexual desire disorder. *Urol Nurs*.2009;(29):259-63
31. Basson R. Clinical practice. Sexual desire and arousal disorders in women. *N Engl J Med*.2006;(354):1497
32. Shifren JL. Sexual dysfunction in women: Epidemiology, risk factors, and evaluation. In: Upto Date Online 17.3. Disponible en: www.uptodate.com. Rose, BD (Ed), Upto Date ONLINE 2010. [Accedido el 02/02/2010].
33. Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med*. 2008;(29):89
34. Sánchez SF. Deseo sexual hipoactivo femenino: una propuesta de intervención médica. *RevIntAndrol*. 2010;8(1):21-7

35. Kingsberg SA, Janata JW. Female Sexual Disorders: assessment, diagnosis, and treatment. *Urol Clin N Am.*2007;(34):497-506.
36. Emerson CR. Review of low libido in women. *Int J STD & AIDS.* 2010;21:312-316
37. Shifren JL. Sexual dysfunction in women: Management. In: Upto Date Online 17.3. Disponible en: www.uptodate.com. Rose, BD (Ed), *Upto Date ONLINE 2010.* [Accedido el 02/02/2010].
38. Buster J, Kingsberg S, Kilpatrick C. Female Sexual Dysfunction. *Practice Bulletin. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol.*2011;(117):996-1007
39. Kingsberg SA. Identifying HSDD in the family medicine setting. *J Fam Pract.*2009;58(7):S22-5
40. Pérez C, Vargas I, Cisneros M. Prevalencia de disfunción sexual femenina en una población que asiste a una unidad de urología. *Rev Méx Urol.*2008; 68(2):98-102
41. Mitchell KR, Mercer CH, Wellings K. Prevalence of low sexual desire among women in Britain: associated Factors. *J Sex Med.* 2009;6:2434-2444
42. Steege JF, Zolnoun DA. Evaluation and treatment of dyspareunia. *Obstet Gynecol.* 2009;113:1124-36
43. MacCabe MP. Anorgasmia in women. *J Fam Psychother.*2009;(20):177-97
44. Sánchez BC, Carreño MJ, Corres AN, et al. Perfiles de los indicadores relacionados con trastornos de la excitación y el orgasmo femeninos. *Psicología y Salud.*2010;20(2):251-260
45. Bhasin S, Enzlin P, Coviell A, Basson R. Sexual dysfunction in men and women with endocrine disorders. *Lancet.*2007;369:597

46. Graziottin A. Prevalence and Evaluation of Sexual Health Problems-HSDD in Europe. *J Sex Med.* 2007;4(3):211-19
47. West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, et al. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Arch Intern Med.* 2008;168:1441-9
48. Frank JR, Mistretta P, Will J. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *Am Fam Physician.* 2008;77:635-642
49. Hatzichristou D, Rosen RC, Derogatis LR, et al. Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. *J Sex Med* 2010;(7):337-48
50. Carneiro AA, Brotto LA, Leal I. Women motivations for sex: exploring the diagnostic and statistical manual. 4th ed. Text revision criteria for hypoactive sexual desire and female sexual arousal disorders. *J Sex Med.* 2010. Epub ahead of print.
51. Brown AD, Blagg J, Reynolds DS. Designing drugs for the treatment of female sexual dysfunction. *Drug Discov Today.* 2007;12:757-766
52. Ley General de Salud:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
53. Declaración de Helsinki: http://www.inb.unam.mx/bioetica/documentos/declaración_helsinki.pdf

7. ANEXOS

ANEXO 1

SECRETARIA DE SALUD
CENTRO DE SALUD TIII "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F a _____ de _____ del 2011.

A quien Corresponda:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que ACEPTO participar en el estudio "DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES Y SU REPERCUSION EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL". Que se realizará en el Centro de Salud TIII "Dr. José Castro Villagrana", de la Secretaría de Salud. Cuyo objetivo es establecer la relación entre la disfunción sexual femenina y la funcionalidad del subsistema conyugal.

Estoy de acuerdo en que los procedimientos para lograr los objetivos de la investigación son: la aplicación de cuestionarios. Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento en el que así yo lo desee. Así mismo entiendo que del presente estudio se derivan beneficios a mi salud, ya que me permitirá conocer información completa sobre mi estado de salud, que identifique situaciones familiares de riesgo sobre mi salud, además de que este estudio permitirá que en el futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido. El investigador principal se compromete a respetar la privacidad de los cuestionarios elaborados, así como los resultados emanados del proceso. Es de mi conocimiento que podré retirarme de la Investigación en el momento en que yo así lo decida. Además de que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios sobre mi persona al participar en este estudio.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA

He explicado a la Sra., la naturaleza y propósitos de la investigación, le he explicado los riesgos y beneficios que implica su participación. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FECHA

ANEXO 2

SECRETARIA DE SALUD
CENTRO DE SALUD TIII "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"
"DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES Y SU REPERCUSION EN EL
SUBSISTEMA CONYUGAL"

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre: _____

Edad: _____

Estado civil: 1) Casada () 2) Unión libre ()

Religión:

1) Católica () 2) Evangelista () 3) Testigos de Jehová () 4) Ateo () 5)
Cristiana ()

Escolaridad: 1) Primaria () 2) Secundaria () 3) Preparatoria () 4) Carrera
técnica ()

5) Licenciatura ()

Ocupación: 1) Hogar () 2) Empleada () 3) Comerciante () 4) Obrero () 5)
Profesionista ()

Tiempo de unión conyugal con su actual pareja:

1) De 1-4 años () 2) De 5-9 años () 3) De 10-14 años 4) Más de 15 años ()

ANEXO 3

SECRETARIA DE SALUD
CENTRO DE SALUD TIII "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"
"DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES Y SU REPERCUSION EN EL
SUBSISTEMA CONYUGAL"
"CUESTIONARIO ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA"

La siguiente sección de preguntas es referente a su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Se trata de preguntas muy personales, por favor responda lo más honesta y claramente posible, y seleccione con un círculo la respuesta que usted considere. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- (a) Siempre o casi siempre (b) La mayoría de las veces (más que la mitad) (c) A veces (alrededor de la mitad)
(d) Pocas veces (menos que la mitad) (e) Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- (a) Muy alto (b) Alto (c) Moderado (d) Bajo (e) Muy bajo o nada

Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares.

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- (a) No tengo actividad sexual (b) Siempre o casi siempre (c) La mayoría de las veces (más que la mitad) (d) A veces (alrededor de la mitad) (e) Pocas veces (menos que la mitad) (f) Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- (a) No tengo actividad sexual (b) Muy alto (c) Alto (d) Moderado (e) Bajo (f) Muy bajo o nada

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- (a) No tengo actividad sexual (b) Muy alta confianza (c) Alta confianza (d) Moderada confianza
(e) Baja confianza (f) Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

- (a) No tengo actividad sexual (b) Siempre o casi siempre (c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
(d) A veces (alrededor de la mitad) (e) Pocas veces (menos que la mitad) (f) Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la actividad sexual?

- (a) No tengo actividad sexual (b) Siempre o casi siempre (c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
(d) A veces (alrededor de la mitad) (e) Pocas veces (menos que la mitad) (f) Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- (a) No tengo actividad sexual (b) Extremadamente difícil o imposible (c) Muy difícil (d) Difícil
(e) Poco difícil (f) No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- (a) No tengo actividad sexual (b) Siempre o casi siempre la mantengo (c) La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad) (d) A veces la mantengo (alrededor de la mitad) (e) Pocas veces la mantengo (menos que la mitad) (f) Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- (a) No tengo actividad sexual (b) Extremadamente difícil o imposible (c) Muy difícil (d) Difícil (e) Poco difícil
(f) No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- (a) No tengo actividad sexual (b) Siempre o casi siempre (c) La mayoría de las veces (más que la mitad)
(d) A veces (alrededor de la mitad) (e) Pocas veces (menos que la mitad) (f) Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

(a) No tengo actividad sexual (b) Extremadamente difícil o imposible (c) Muy difícil (d) Difícil (e) Poco difícil (f) No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

(a) No tengo actividad sexual (b) Muy satisfecha (c) Moderadamente satisfecha (d) Ni satisfecha ni insatisfecha (e) Moderadamente insatisfecha (f) Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

(a) No tengo actividad sexual (b) Muy satisfecha (c) Moderadamente satisfecha (d) Ni satisfecha ni insatisfecha (e) Moderadamente insatisfecha (f) Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

(a) Muy satisfecha (b) Moderadamente satisfecha (c) Ni satisfecha ni insatisfecha (d) Moderadamente insatisfecha (e) Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

(a) Muy satisfecha (b) Moderadamente satisfecha (c) Ni satisfecha ni insatisfecha (d) Moderadamente insatisfecha (e) Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente dolor durante la penetración vaginal?

(a) No tengo actividad sexual (b) Siempre o casi siempre (c) La mayoría de las veces (más que la mitad) (d) A veces (alrededor de la mitad) (e) Pocas veces (menos que la mitad) (f) Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente dolor después de la penetración vaginal?

(a) No tengo actividad sexual (b) Siempre o casi siempre (c) La mayoría de las veces (más que la mitad) (d) A veces (alrededor de la mitad) (e) Pocas veces (menos que la mitad) (f) Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de dolor durante o después de la penetración vaginal?

(a) No tengo actividad sexual (b) Muy alto (c) Alto (d) Moderado (e) Bajo (f) Muy bajo o nada

ANEXO 4

SECRETARIA DE SALUD
CENTRO DE SALUD TIII "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"
"DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES Y SU REPERCUSION EN EL
SUBSISTEMA CONYUGAL"
"ESCALA EVALUATIVA DEL SUBSISTEMA CONYUGAL"

A continuación encontrará afirmaciones que sirven para describir situaciones que posiblemente se han presentado en su relación de pareja. Por favor, dé una sola respuesta a cada afirmación, poniendo una X en el espacio que corresponda a su respuesta:

1. ¿Cuándo quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente?
(a) Nunca (b) ocasional (c) Siempre
2. ¿La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia?
(a) Nunca (b) ocasional (c) Siempre
3. ¿Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica?
(a) Nunca (b) ocasional (c) Siempre
4. ¿La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican?
(a) Nunca (b) ocasional (c) Siempre
5. ¿Son satisfactorios los roles que asume la pareja?
(a) Nunca (b) ocasional (c) Siempre
6. ¿Se propicia el intercambio de roles entre la pareja?
(a) Nunca (b) ocasional (c) Siempre
7. ¿Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales?
(a) Nunca (b) ocasional (c) Siempre
8. ¿Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual?
(a) Nunca (b) ocasional (c) Siempre
9. ¿Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja?
(a) Nunca (b) ocasional (c) Siempre
10. ¿El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante?
(a) Nunca (b) ocasional (c) Siempre
11. ¿Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja?
(a) Nunca (b) ocasional (c) Siempre
12. ¿Perciben que son queridos por su pareja?
(a) Nunca (b) ocasional (c) Siempre
13. ¿Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente?
(a) Nunca (b) ocasional (c) Siempre

Muchas gracias por su participación.

México D.F. a 4 julio del 2011

Dra. Socorro Corona Arcos
Directora del Centro de Salud
"Dr. José Castro Villagrana"
Secretaria de Salud

Por medio de la presente, solicito de la manera más atenta se me autorice la realización de mi investigación en las instalaciones del Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana", para obtener el Diploma de la Especialidad en Medicina Familiar. La investigación se titula "Disfunción sexual en mujeres y su repercusión en el subsistema conyugal", la investigación consiste en realizar entrevista clínica a los pacientes adscritos a esta sede, así como la aplicación de encuestas. Realizaré la investigación bajo los valores éticos correspondientes, los cuales se establecen en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México y en la Declaración de Helsinki.

Sin más por el momento, agradezco de antemano sus atenciones y quedo en espera de su respuesta favorable a mi solicitud.

Atentamente:



Dra. Lidia Barajas Venadero
Residente de 3° año
Curso de Especialización en Medicina Familiar

