

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELAGACIÓN 16 MEXICO PONIENTE
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF 58**

**“DISFUNCION SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES DEL GRUPO ETARIO DE 20 A 59 AÑOS
DE EDAD, DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 65 RIO HONDO”**



**TÉSIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. HÉCTOR SIMÓN SÁNCHEZ MONTEÓN**

**ASESORES:
DR. CESAR LÓPEZ GARCÍA.
ASESOR METODOLOGICO, PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR HGZ CON UMF 65.
DRA. MARGARITA MONSIVAIS BAEZ
ASESOR TEMATICO, MEDICO FAMILIAR ADSCRITA A LA UMF 58.**

ESTADO DE MEXICO. OCTUBRE DE 2012



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.

**DISFUNCION SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES DEL GRUPO
ETAREO DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD, DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 65 RIO HONDO 1.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

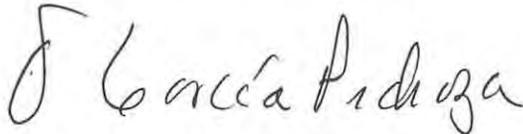
PRESENTA

DR. HÉCTOR SIMÓN SÁNCHEZ MONTEÓN

AUTORIZACIONES



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



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR

ALUMNO: HÉCTOR SIMÓN SÁNCHEZ MONTEÓN

DISFUNCION SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES DEL GRUPO ETARIO DE
20 A 59 AÑOS DE EDAD, DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO
65 RIO HONDO.

AUTORIZACIONES



DRA MARGARITA MONSIVAIS BAEZ
ASESOR TEMATICO. MEDICO FAMILIAR ADSCRITA A LA UMF 58.

DR CESAR CARLOS LOPEZ GARCIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS HOSPITAL GENERAL DE
ZONA CON UMF 58 "LAS MARGARITAS" ASESOR METODOLOGICO DE
TESIS.



DR MARGARITO DE LA TORRE LOPEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION HOSPITAL GENERAL DE
ZONA NUMERO 58 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL "LAS
MARGARITAS"

Agradecimientos:

A mis padres por darme la vida, amor, su paciencia, apoyo incondicional, y por el hecho de ser su hijo le doy gracias a Dios. Los amo.

A mis hermanos Saúl, Emanuel, Fátima por su cariño, pero sobre todo a mí hermano Gabriel el cual ya está en un lugar mejor a lado de Dios, pero siempre estará en mis pensamientos y oraciones, esto es por ti hermano.

A Margarita mi mujer, mi amor, mi amiga, quien siempre ha estado conmigo en las buenas y en las malas; es un ejemplo para mí y me ayuda día a día a ser mejor persona, además de ser mi asesora de tesis. Te amo.

A mi tía María Elena que gracias a ella estoy en donde debo estar, gracias tía por haberme recibido en tu casa, y ayudarme a entrar a esta hermosa institución que es el IMSS, te quiero tía.

A mis profesores de residencia, a quienes considero más que maestros amigos por sus enseñanzas y paciencia con nosotros sus alumnos.

A todos mis compañeros de residencia y amigos por ser cómplices de esta etapa de mi vida.

Y sobre todo a esta noble institución llamada Instituto Mexicano del Seguro Social de la cual me siento orgulloso de pertenecer. Gracias.

INDICE

| | |
|--------------------------------------|----|
| ANTECEDENTES..... | 01 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 08 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 09 |
| OBJETIVOS..... | 10 |
| MATERIAL Y METODOS..... | 11 |
| VARIABLES DE ESTUDIO..... | 13 |
| DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO..... | 15 |
| FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS..... | 16 |
| ANALISIS DE LA INFORMACION..... | 18 |
| RESULTADOS..... | 19 |
| DISCUSIÓN..... | 25 |
| CONCLUSIONES..... | 26 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 28 |
| ANEXOS..... | 30 |

ANTECEDENTES:

Sigmund Freud revolucionó las ideas acerca de la sexualidad femenina a principios del siglo XX, se empezó a hablar sin tapujos acerca del placer sexual femenino, no necesariamente ligado a la procreación, que antes había sido condenado, la gran innovación fue la nueva concepción de la sexualidad no solo como una función del cuerpo, sino como una actividad total del ser humano (corporal, emotiva e intelectual) que conduce al placer, pero también a la formación integral de la persona. Este nuevo enfoque se consolidó con el nacimiento de la sexología como ciencia luego de la segunda guerra mundial. (1)

La Asociación Americana de Psiquiatría, definió en 1994 las Disfunciones Sexuales como “las alteraciones en el deseo sexual, así como cambios en la psicofisiología que caracterizan el ciclo de respuesta sexual y que causan disturbios y dificultades interpersonales”. (2)

En 1992 la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) incluyó en la definición de la disfunción sexual: “en diversos sentidos se trata de la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea”. (3)

La disfunción sexual puede definirse como un deterioro persistente de los patrones normales o habituales de deseo o de respuesta sexual de una pareja. Las primeras investigaciones realizadas por Kinsey en la década de 1950 y por Masters y Johnson en la década de 1960 proporcionaron información acerca del funcionamiento sexual normativo y de los procesos de investigación sexual los cuales dieron a conocer al mundo su investigación sobre fisiología sexual, fue la mujer la mayor beneficiaria de los nuevos conocimientos, puesto que por primera vez se conoció -hecho que hoy resulta demasiado elemental- que la mujer tenía una capacidad de respuesta sexual igual -o mayor- que la del hombre que no solo descorrió el velo de ignorancia que existía en los medios científicos, sino que de paso constituyó el hito de mayor trascendencia en el acontecer de la liberación femenina.

Describieron las cuatro fases de la respuesta Sexual Humana (RSH): Excitación, Meseta, Orgasmo y Resolución, tanto para hombres como para mujeres; que fueron posteriormente acopladas a dos básicas: excitación y orgasmo, en lo que conoció como “la respuesta bifásica”. (4)

Posteriormente Kaplan propuso que se debería considerar una fase más, la del deseo, lo que concretó “la respuesta trifásica”; discutida por los masterjohnsonianos que consideraban que el deseo no podía ser mensurable fisiológicamente tal como se había demostrado en el laboratorio con las dos fases precedentes; expuso la importancia del factor hormonal, incluyendo el androgénico, tanto en el hombre como en la mujer, como causa orgánica del deseo sexual. (5)

Dentro de la sociedad, la disfunción sexual femenina es una serie de síndromes donde los procesos eróticos de la respuesta sexual, resultan no deseables para el individuo o para el grupo social que pueden estar presentes en forma persistente o recurrente; el número de mujeres que presentan una disminución del deseo sexual se ha incrementado en las últimas dos décadas, y es la queja más frecuente entre las mujeres que acuden a terapia sexual; aunque es un problema sexual frecuente, el deseo sexual hipoactivo es un problema complejo de evaluar y tratar y, en general, se han informado de resultados a largo plazo no muy satisfactorios; una razón de esto es que la comprensión de la fisiología del deseo sexual normal y de los factores psicológicos que influyen en él es todavía escasa, e incluso se podría decir que la terminología es aún confusa (6)

Otros como Berman y Basson consideraron que el deseo está omnipresente antes, durante y después de las otras dos fases, y por tanto no estaba claro tan solo como una primera fase; sin embargo el concepto trifásico: deseo-excitación-orgasmo terminó por imponerse, y con este esquema se comenzaron a trabajar las alteraciones de cada una de estas tres fases con el nombre de disfunciones (del deseo, de la excitación y del orgasmo) lo que constituyó una clasificación que resultó herramienta primordial en el trabajo de la terapia sexual, que por entonces consideraba que la mayoría de las causas de estas disfunciones eran de orden psicógeno. (7)

En un reciente estudio del National Health and Social Life Survey se encontró que existía una mayor frecuencia de disfunciones sexuales en mujeres que en hombres: 43% vs. 31%, lo que se asociaba con diversos factores psicodemográficos como edad, educación y pobre salud física y mental. (8)

Hasta la actualidad la asociación Americana de Psiquiatría, en el consenso para los temas que se incluirán en el DSM-V retoman la importancia de la sexualidad humana, existen tres puntos importantes: cuando se convierte a la disfunción sexual similar al criterio de duración para muchos otros trastornos mentales; y si el malestar (utilizado en todo el DSM) debe utilizarse como un criterio diagnóstico para los trastornos sexuales. (9)

Las pacientes con varios trastornos mentales tienen un riesgo elevado de presentar una disfunción sexual atribuible al impacto que tienen las enfermedades sobre las relaciones sociales y culturales que varían con el tiempo, según el lugar, el grupo étnico, la clase social, además los datos de la conducta sexual tienden a ser infracomunicados; se ha publicado que la comunicación espontánea por parte de los pacientes y las preguntas directas realizadas por los médicos difieren hasta en un 60 %. (10)

Según Rubio, las disfunciones sexuales son una serie de síndromes donde los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social, que pueden estar presentes en forma persistente o recurrente. Este autor propone la presencia de cuatro características que se encuentran en todas las disfunciones sexuales y que sirven al clínico para realizar un diagnóstico diferencial:

1. Son procesos de naturaleza erótica y sus resultados giran en torno a la calidad placentera de estas vivencias, además de las construcciones mentales alrededor de ella.
2. Se les consideran indeseables.
3. Se presentan en forma recurrente y persistente en la vida erótica de las personas.

4. Se presentan en forma de síndromes, es decir, como un grupo de síntomas que permiten la identificación de grupos de personas con síntomas similares, pero no de las causas que las provocan. (11)

En México, en el Instituto Nacional de Perinatología, el estudio de la sexualidad humana y de las disfunciones sexuales representa un reto dentro del estudio de la conducta, ya que la generación de líneas de investigación en este sentido, ayuda a producir modelos de intervención más eficaces, sobre todo por tratarse de un problema tan complejo, el estudio de esta área es fundamental pues la prevalencia de las disfunciones sexuales es el 52%. (12)

Otras aportaciones fueron las de la psiquiatra Helen S. Kaplan quien se ha ocupado extensamente de los trastornos sexuales a través de terapias especializadas con una combinación integrada de interacciones sexuales estructuradas sistemáticamente, para resolver problemas sexuales específicos y proporcionar sesiones psicoterapéuticas que intentan modificar los impedimentos intrasíquicos que se oponen al funcionamiento sexual.(13)

Las disfunciones sexuales se pueden dividir en las siguientes fases:

Trastornos del deseo sexual: deseo sexual disminuido, inhibido o aversión sexual. Estas pacientes tienen poco interés por la estimulación sexual, conserva su capacidad para excitarse y lograr un orgasmo si su pareja la estimula adecuadamente, se desarrolla durante la edad adulta luego de un periodo de funcionamiento sexual adecuado, es la disfunción más frecuente y más difícil de tratar, las causas son: enfermedades crónico degenerativas, ingesta de fármacos, depresión, alcoholismo, obesidad; el factor hormonal juega un papel preponderante en la función sexual femenina. Los niveles de estradiol tienen relación con la vagina a través del sistema nervioso central y periférico y en la transmisión nerviosa. En modelos animales la administración de estradiol resulta en la expansión de zonas receptoras a lo largo de la distribución de los nervios pudendos, lo que permite deducir que los estrógenos afectan los umbrales de sensibilidad. (14)

Trastorno de excitación: La incapacidad para lograr o mantener la lubricación, hinchazón genital adecuada, u otra respuesta somática como la sensibilidad de los pezones. Los desórdenes de excitación incluyen la falta de lubricación vaginal; disminución de la hinchazón clitoridiana o labial; o la falta de alargamiento, dilatación, y excitación vaginales. Aunque estas condiciones pueden ser causadas por factores psicológicos, como la depresión, pueden también tener una base orgánica, como flujo disminuido de sangre vaginal o clitoridiana; algunas mujeres con problemas de función sexual de base orgánica, comprensiblemente desarrollan problemas psicológicos que también deben ser tratados. (14)

El estrés emocional juega un papel importante en la inhibición de la excitación y lubricación, aunque por el contrario hay mujeres que pueden tener falta de satisfacción en su vida sexual y sin embargo tener una respuesta fisiológica aceptable en la lubricación y aún en el orgasmo. Existen una serie de estudios que señalan, precisamente, en algunas mujeres, una falta de asociación entre lo fisiológico y los concomitantes subjetivos de la satisfacción sexual. (15)

Trastornos del orgasmo: se caracteriza por el retraso recurrente o persistente del orgasmo o ausencia del mismo después de una fase de excitación normal que genera tensión y dificultades interpersonales, la causas más frecuente son la auto observación durante la fase de excitación que se acompaña de ansiedad y baja autoestima, enfermedades crónicas, ingesta de fármacos, trastornos neurológicos, etc.; el tratamiento está dirigido a controlar la causa subyacente y programas de ayuda con un terapeuta sexual; los avances en el estudio del orgasmo son consecuencia de investigaciones y conocimientos derivados de las dos fases anteriores, del orgasmo que desde el punto de vista fisiológico es el resultado de la liberación de la miotonía y la vasocongestión acumuladas en las fases de excitación y meseta, en formas brusca e intermitente, mediante pulsos de duración de 8 a 12 segundos; desde el punto de vista psicológico, viene a ser la percepción altamente placentera del pico de reacción física; en estos aspectos no es mucho lo que se ha avanzado. (16)

Trastorno por dolor entre los cuales se encuentra el vaginismo y la dispareunia, el primero es la contracción involuntaria, recurrente o persistente de los músculos del piso pélvico que rodean el tercio exterior de la vagina, puede ser una reacción condicionada a una experiencia desagradable, como abuso sexual, exploraciones pélvicas dolorosas, inicio de relaciones sexuales traumáticas, etc.; el tratamiento tiene como objetivo eliminar el espasmo vaginal involuntario, ayudando a la paciente a familiarizarse con su anatomía y conocerla correctamente; la dispareunia es el dolor que ocurre antes, durante o después del coito en ausencia de vaginismo, puede ser primaria desde el inicio de la vida sexual, o secundaria, la experiencia repetida de dolor puede causar ansiedad, dificultades interpersonales y por último evasión sexual; siempre hay que examinar a la paciente ya que existen causas médicas que originan la dispareunia como son: la vulvovaginitis, himen imperforado, malformaciones congénitas de la vagina, cicatrices de partos anteriores, atrofia vaginal por deficiencia hormonal entre otras el tratamiento consiste en tratar la causa.⁽¹⁷⁾

En un estudio realizado en INPER en la Ciudad de México en 2004, se observaron resultados acerca de la prevalencia de las disfunciones sexuales en mujeres fue de 52% y en hombres de 38%, y el tipo de disfunción más frecuente fue la del deseo hipoactivo. ⁽¹⁸⁾

En relación a la vida sexual, existen en ambos sexos resultados contradictorios sobre los efectos psicológicos y físicos causados por la ansiedad y el estrés: en algunos estudios realizados en mujeres en condiciones de ansiedad, se reportaron datos significativamente más altos de deseo sexual subjetivo, en comparación con lo no reportado en mujeres en condiciones de no-ansiedad. ⁽¹⁹⁾

Se cuentan con varios estudios que evalúan la actividad y la disfunción sexual del varón pero son pocos los que podemos encontrar en castellano para ser utilizados por los Médicos Familiares referentes a la sexualidad femenina. Pero en el año 2000 Rosen y cols, desarrollaron un instrumento que cumplía la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions, que es auto administrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. Lo denominó “Índice de Función Sexual Femenina” y demostró su confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina. Este cuestionario ya se encuentra previamente evaluado, validado y es confiable.

Este índice está basado en la interpretación clínica del análisis de los 6 principales componentes: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno de los 6 dominios, fácil de usar, y ha demostrado la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales). Los valores obtenidos fueron $19,2 \pm 6,63$ en pacientes con disfunción sexual versus $30,5 \pm 5,29$ en los controles, con un valor de $P \leq 0,001$.⁽²⁰⁾

Se realizó un estudio en atención de primer nivel en 9 centros sanitarios de la comunidad Valenciana durante el 2003 para validar el cuestionario del IFSF estos arrojaron que el 30% de las mujeres entrevistadas carecían de interés por el sexo, 20% expresaron tener relaciones sexuales no placenteras, 15% tenía dispareunia, 50% refería dificultad para excitarse, 50% tenía dificultades para lograr un orgasmo y 25% eran incapaces de lograrlo.⁽²¹⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La disfunción sexual femenina puede involucrar una disminución en el impulso o deseo sexual, aversión para iniciar una actividad sexual, dificultad para excitarse, incapacidad para lograr un orgasmo o dolor con la actividad sexual, lo que da como resultado un malestar personal significativo que puede tener impacto en la calidad de vida de las mujeres, de la pareja y del núcleo familiar por las repercusiones secundarias. Los estudios acerca de la anatomía, la fisiología y la fisiopatología de la función y la disfunción sexual femeninas son limitados, a nivel nacional y local no se encuentran porcentajes o resultados.

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social. Existe una escasez notable de datos epidemiológicos sobre la prevalencia e incidencia de la disfunción sexual femenina, sumado a la multiplicidad de factores sociales, culturales y económicos que hacen interesante investigar acerca de este tema.

JUSTIFICACION

Son pocos los estudios que hablan acerca de la disfunción sexual femenina en particular, a pesar de la importancia de estos aspectos en la salud de la mujer; muchas mujeres encuentran difícil expresar sus problemas sexuales al Médico Familiar o de primer contacto; a su vez para el Médico Familiar es incómodo o difícil abordar los aspectos sexuales de sus pacientes.

En la unidad de medicina familiar número 65 de Río Hondo, no encontramos en las historias clínicas o notas médicas datos acerca de este apartado, y ya que la disfunción sexual femenina puede repercutir en las diferentes esferas de salud de la paciente como son la psicológica, social, y biológica que pueden llegar a evolucionar a problemas en la dinámica conyugal, o generar múltiples enfermedades psicosomáticas. De aquí la necesidad de evaluar la frecuencia de la disfunción sexual femenina en la UMF 65. Por lo cual surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de disfunción sexual femenina en pacientes del grupo etario de 20 a 59 años de edad, de la UMF 65 Río Hondo?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la frecuencia de disfunción sexual femenina en pacientes del grupo etario de 20 a 59 años de edad, de la UMF 65 Rio Hondo y su correlación con variables sociodemográficas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar la frecuencia de disfunción sexual femenina de acuerdo al estado civil de las pacientes en el grupo etario de 20 a 59 años de edad, de la UMF 65 Rio Hondo.
- 2.- Determinar la frecuencia de disfunción sexual femenina de acuerdo a la ocupación de las pacientes en el grupo etario de 20 a 59 años de edad, de la UMF 65 Rio Hondo.
- 3.- Determinar la frecuencia de disfunción sexual femenina de acuerdo a la escolaridad de las pacientes en el grupo etario de 20 a 59 años de edad, de la UMF 65 Rio Hondo.
- 4.- Determinar la frecuencia de disfunción sexual femenina de acuerdo al tiempo de unión con su pareja de las pacientes en el grupo etario de 20 a 59 años de edad, de la UMF 65 Rio Hondo.
- 5.- Determinar la frecuencia de disfunción sexual femenina de acuerdo al numero de hijos (si es que los tiene) de las pacientes en el grupo etario de 20 a 59 años de edad, de la UMF 65 Rio Hondo.
- 6.- Determinar la frecuencia de disfunción sexual femenina de acuerdo al nivel socioeconómico en el grupo etario de 20 a 59 años de edad, de la UMF 65 Rio Hondo.

MATERIAL Y MÉTODOS.

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO:

El presente trabajo se realizó en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar número 65 Rio Hondo del IMSS, delegación México Poniente.

DISEÑO:

Descriptivo: Se presencian los fenómenos sin modificar intencionadamente las variables.

Transversal: No se hace seguimiento, las variables de resultado son medidas una sola vez.

GRUPO DE ESTUDIO

Se considerará población de estudio al total del número de la muestra de las pacientes derechohabiente con vida sexual, de la Unidad de Medicina Familiar 65 Rio Hondo del IMSS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1.- Pacientes femeninas del grupo etario de 20 a 59 años de edad, turno matutino y vespertino, con vida sexual, con integridad mental, que aceptaron participar en el estudio y firmaron consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1.- Pacientes femeninas del grupo etario de 20 a 59 años de edad que presentaban alguna alteración ginecológica en el momento del estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION

1.- Mujeres que por alguna circunstancia no terminaron de contestar el cuestionario.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se determina el tamaño de la muestra en este estudio en base a la población derechohabiente mujeres de 20 a 59 años de edad, adscritas a la unidad de medicina familiar 65, la cual es de un total de 14,229. Con un nivel de confianza del 91%, variabilidad del fenómeno de 50% y 50% respectivamente y una precisión del 0.08. Mediante la fórmula:

El tamaño de la muestra para proporciones con conocimiento del tamaño de la población. (22)

$$n = \frac{Z^2 p q N}{NE + Z^2 p q}$$

n.- es el tamaño de la muestra.

z.- es el nivel de confianza.

p.- es la variabilidad positiva.

q.- es la variabilidad negativa.

N.- es el tamaño de la población.

E.- es la precisión o el error.

MUESTREO

Se realizará un muestreo por conveniencia hasta completar el tamaño de muestra requerido, el cual son 111. En este proceso de selección se incluirán a la totalidad de los consultorios de ambos turnos.

VARIABLES DE ESTUDIO

| VARIABLES DE ESTUDIO | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICION | UNIDAD DE MEDICION |
|-------------------------------|---|--|---------------------------|--|
| Disfunción sexual femenina | Disminución en el impulso o deseo sexual, dificultad para excitarse, incapacidad para lograr un orgasmo o presencia de dolor con la actividad sexual. | Instrumento IFSS | Cualitativa Categorica | a) Sin disfunción b) Con disfunción. |
| Ocupación | Trabajo asalariado al servicio de un empleador | Empleo en el que se desarrolla la paciente | Categorica | Ama de casa, Empleada, profesionista, desempleada, empresaria. |
| Tiempo de unión con su pareja | Es el periodo de tiempo que un individuo lleva de relación con la misma pareja | En años referido por la paciente | Cuantitativa | menos de 3 años, 3 a 5 años, 6 a 8 años, 9 a 10 años, 11 a 15 años, 16 a 20 años y de 21 años en adelante. |
| Número de hijos | Número de hijos que tiene la paciente | Referido por la paciente | Cuantitativa | 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 o más. |

| SOCIODEMOGRAFICAS | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | ESCALA DE MEDICION | UNIDAD DE MEDICION |
|--------------------------|---|---|---------------------------|---|
| Edad. | Tiempo de vida del individuo. | Años de vida de la paciente. | Cuantitativa | 20 a 25 años, 26 a 30 años, 31 a 35 años, 36 a 40 años, 41 a 50 años, 46 a 50 años, 51 a 55 años, 56 años en adelante. |
| Estado civil. | Situación o condición legal de un individuo con respecto a una relación de pareja. | Condición legal de la paciente respecto a su relación de pareja referido por la paciente. | Categórica | Soltera, Casada, Viuda. |
| Escolaridad. | Grado máximo de estudios. | Años cursados en la escuela referido por la paciente. | Cualitativa Ordinal | Primaria, Secundaria, Bachillerato, Carrera técnica, Licenciatura, Postgrado, Sabe leer y escribir, Analfabeta. |
| Nivel socioeconómico. | Estatus determinado por la vivienda, ingreso económico, escolaridad y servicios a las que tiene acceso la paciente. | Estrato socioeconómico de la paciente. | Categórica | Alto 4 a 6, Medio alto 7 a 9, Medio bajo 10 a 12, Obrero 13 a 16, Marginal 17 a 20. |

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Se realizó el presente estudio en la Unidad de Medicina Familiar 65 de Río Hondo, durante 3 meses de octubre a diciembre del 2011. Para la selección de las pacientes, el investigador permaneció en el turno matutino y vespertino en el aula de enseñanza donde se invitó a las pacientes femeninas derechohabientes del grupo etario de 20 a 59 años de edad, con vida sexual activa, que acudieron a la UMF 65 Río Hondo.

Con previa autorización y consentimiento informado se les otorgó la cédula de recolección de datos, la escala de Graffar, la encuesta (Female Sexual Function Index FSFI); la cual es autoaplicable y no se dispone de un tiempo mínimo para responderla y el consentimiento informado. Durante el tiempo de llenado del cuestionario, el investigador permaneció con la paciente para responder a las dudas que se presentaron. Ya que se recolectaron el total de los cuestionarios, se hizo el análisis de datos mediante un proceso ciego.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS:

En el presente proyecto, se cumple con los principios éticos fundamentales que guían la investigación en seres humanos tal y como se establece en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, la cual estipula entre sus diversas reglas el consentimiento informado de las personas que participan en la investigación, así como la evaluación ética del protocolo de investigación.

Así mismo, esta investigación se hizo de acuerdo a tres principios éticos básicos:

A saber: Consentimiento informado

Respeto a las personas: A su autonomía (capaz de considerar pro y contras de sus decisiones y su protección (resguardo contra el daño o abuso)

Búsqueda del bien: La obligación ética de lograr los máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño y la equivocación

Es decir, que se les informo a las personas sobre el objetivo del proyecto, la libertad que tuvieron ellas de abandonarlo si ese era su deseo y que en los casos donde existió enfermedad, fue canalizado con el especialista correspondiente (urología y/o a ginecología).

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, FINANCIEROS:

1 Residente de Medicina Familiar, con el apoyo del Director de la UMF 65 Río Hondo y Jefes de Departamento Clínico.

Recursos materiales: Hojas de recolección de datos, material de oficina, 1 computadora, hojas de consentimiento informado, paquete estadístico SPSS versión 2.0 y Fotocopiador.

Recursos Financieros: Suficientes y particulares proporcionados por el investigador.

ANALISIS DE LA INFORMACION:

Se realizó el análisis estadístico de la información mediante el programa SPSS versión 2.0.

Para el análisis de los datos se utilizaron tablas de frecuencias para las variables nominales y para las variables cuantitativas; se emplearon medidas de tendencia central, estadística descriptiva, medidas de dispersión y de correlación.

Los resultados fueron agrupados, clasificados y representados en gráficos y tablas con la finalidad de facilitar su análisis e interpretación de los datos.

RESULTADOS.

Respecto a la presencia de disfunción sexual femenina en las pacientes estudiadas se encontró que 86 de ellas presentan disfunción sexual y 25 no la presentaron. (Grafica 1).

De acuerdo a la edad de las paciente se observo que el grupo más representativo fue el de 26 a 30 años, de las cuales 25 presentaron disfunción sexual y 4 no, el grupo menos representativo fue el de 51 a 55 años con solo 3 pacientes, todas con disfunción sexual; sin embargo, los grupos que presentaron un 100% de disfunción sexual fueron de 51 años en adelante, y el grupo menos afectado fue el de 36 a 40 años. (Grafica 2).

En cuanto al estado civil de las pacientes 55 fueron solteras, 54 casadas y 2 viudas, de las cuales se observo que el grupo de las viudas presento disfunción sexual en un 100% seguidas del grupo de las casadas y el grupo de las solteras presentaron menos disfunción sexual. (Grafica 3).

En lo correspondiente a la ocupación, las mas representativas fueron las empleadas con 47 paciente seguidas de las amas de casa con 42 pacientes y en ese orden fueron las que presentaron mas disfunción sexual; cave mencionar que en este estudio se entrevisto a una paciente empresaria la cual presento disfunción sexual. (Grafica 4).

Concerniente a la escolaridad, las más representativas fueron las pacientes con secundaria con 31 encuestadas, las menos representativas fueron las paciente que solo sabían leer y escribir con 3 casos; sin embargo las pacientes que presentaron mas disfunción sexual fueron las que contaban con escolaridad primaria y las que solo sabían leer y escribir con un 100% de disfunción sexual, en contraste las paciente con posgrado presentaron el porcentaje mas bajo con solo 33.3% de disfunción sexual. (Grafica 5).

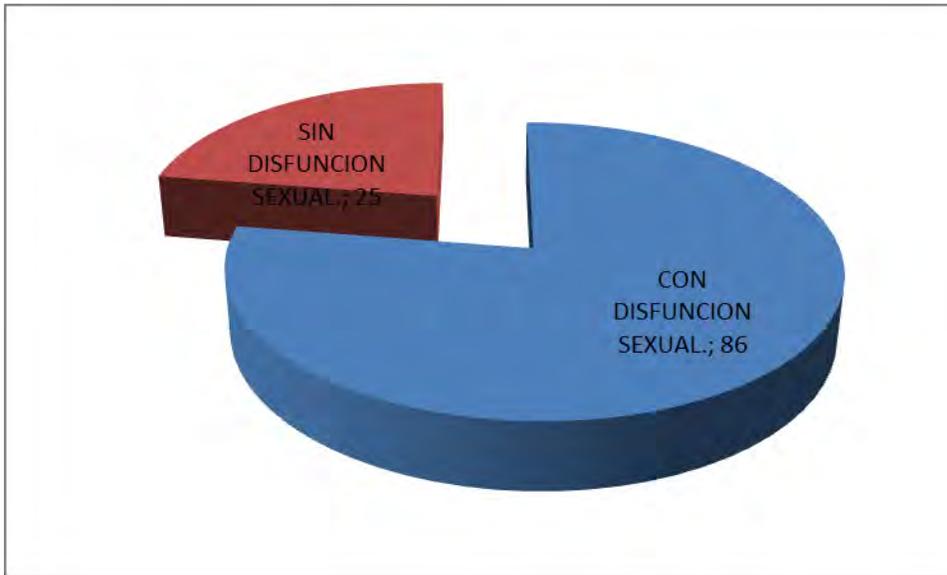
En el tiempo de unión de su pareja, el grupo más representativo fue el de 3 a 5 años de unión con 28 pacientes, el grupo menos representativo fue el grupo de 16 a 20 años de unión con 5 pacientes; el grupo con más disfunción sexual fue el de 16 a 20 años de unión con el 100% de disfunción sexual. (Grafica 6).

En el rubro de número de hijos, lo mas representativo fueron las pacientes que tenían 2 hijos con 46 casos, en lo correspondiente a disfunción sexual y numero de hijos todos los grupos menos el de 1 hijo y dos hijos presentaron el 100 % de disfunción sexual. (Grafica 7).

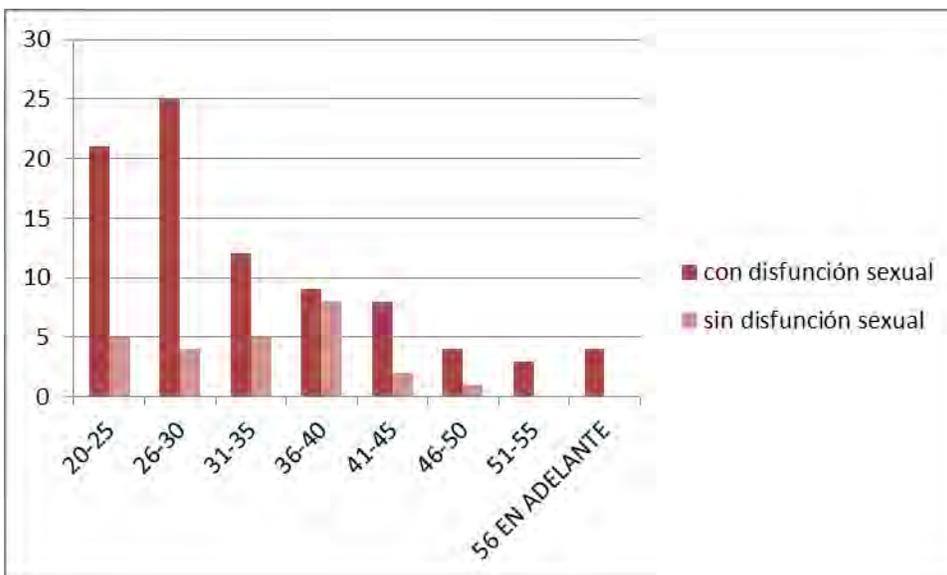
Concerniente al nivel socioeconómico lo mas representativo fue el estrato medio bajo con 43 pacientes; el menos representativo fue el estrato marginal con 5 pacientes los cuales todos presentaron disfunción sexual. El estrato alto, presento una representatividad baja con 7 pacientes, aunque de las cuales el 71.4% no presentaba disfunción sexual. (Grafica 8).

GRAFICAS.

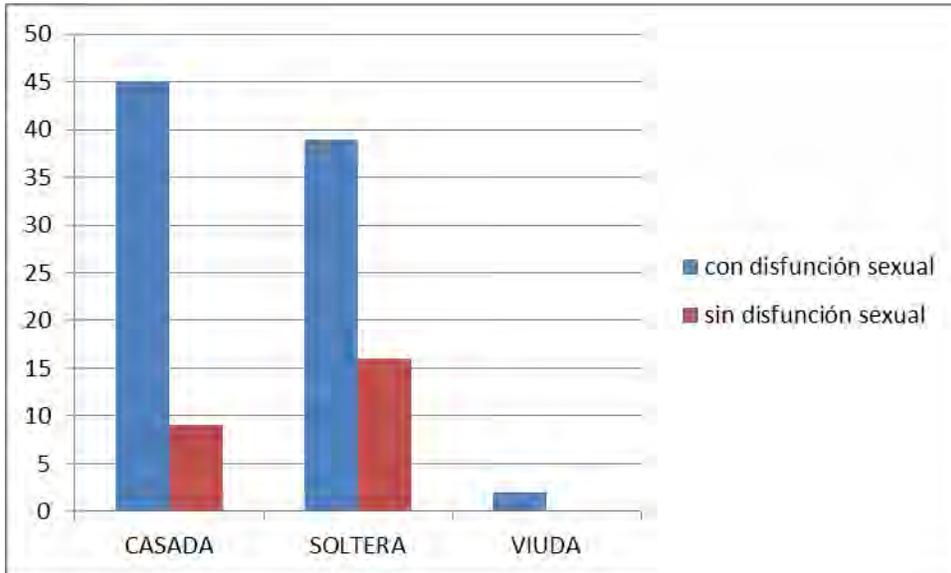
Grafica 1. Presencia de disfunción sexual de las pacientes en estudio.



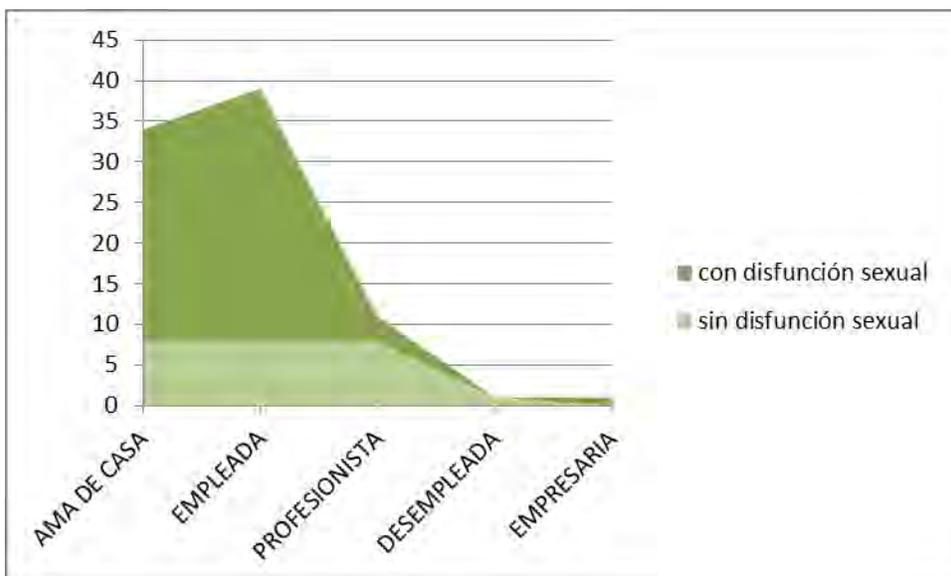
Grafica 2. Correlación entre la edad de las pacientes y la presencia o no de disfunción sexual.



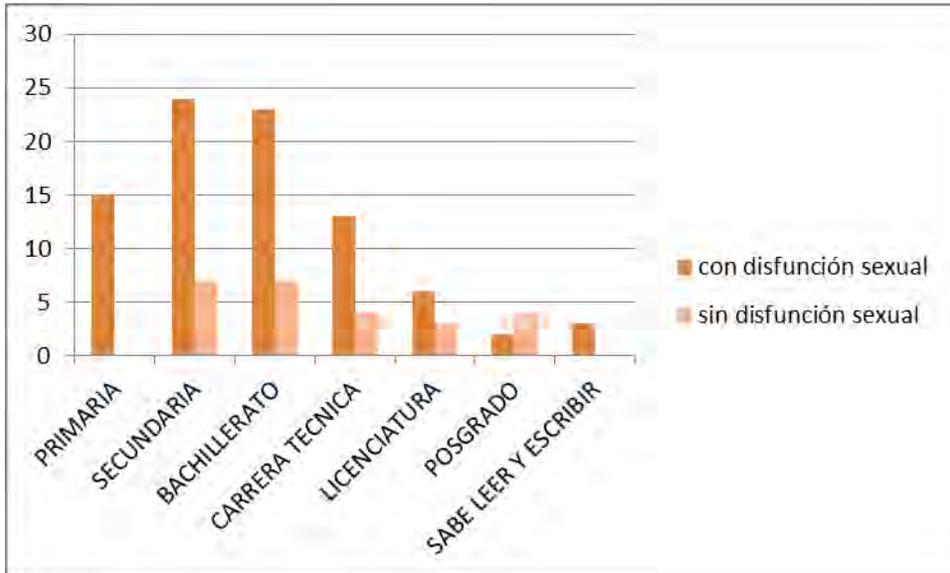
Grafica 3. Correlación entre el estado civil de las pacientes y la presencia o no de disfunción sexual.



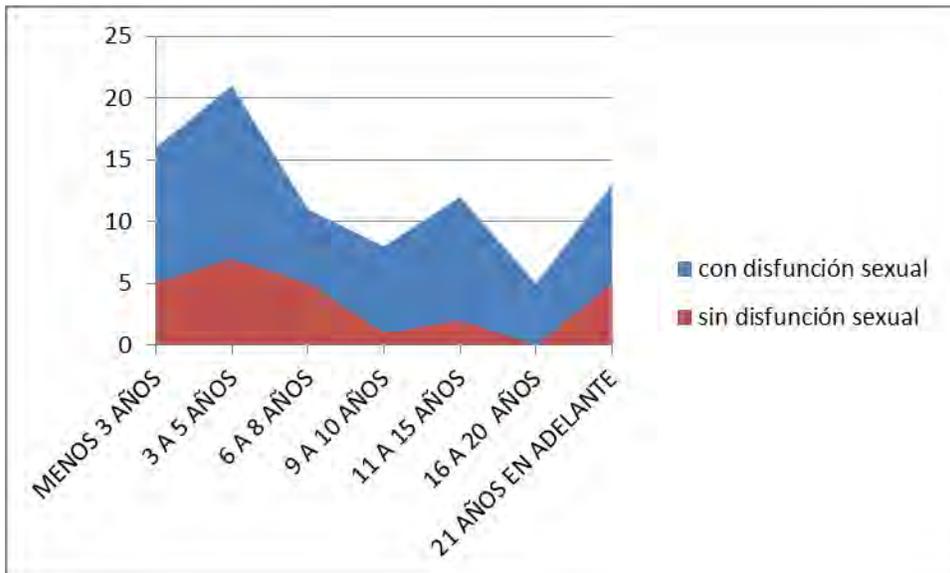
Grafica 4. Correlación entre la ocupación de las pacientes y la presencia o no de disfunción sexual.



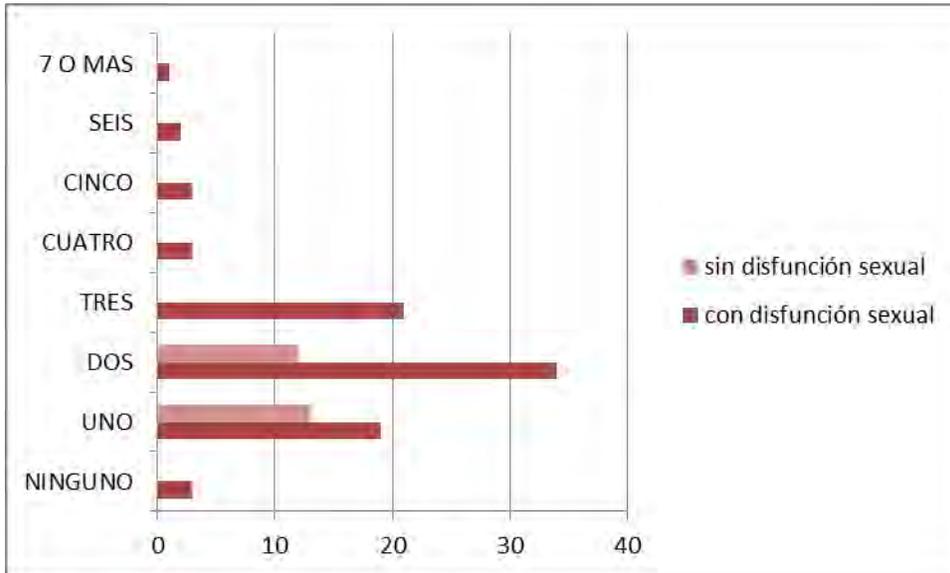
Grafica 5. Correlación entre la escolaridad de las pacientes y la presencia o no de disfunción sexual.



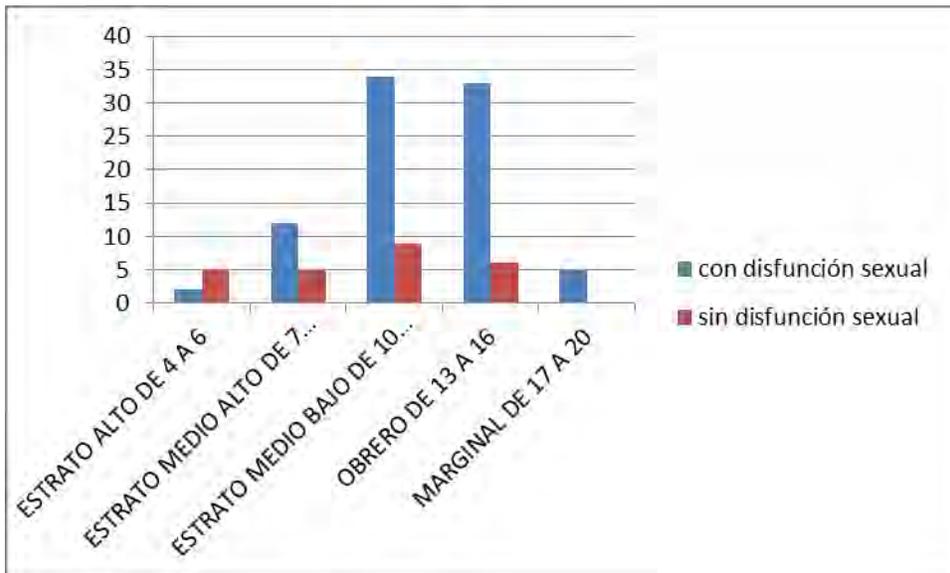
Grafica 6. Correlación entre el tiempo de unión de pareja de las pacientes y la presencia o no de disfunción sexual.



Grafica 7. Correlación entre el número de hijos de las pacientes y la presencia o no de disfunción sexual.



Grafica 8. Correlación entre el nivel socioeconómico de las pacientes y la presencia o no de disfunción sexual.



DISCUSIÓN

La disfunción sexual femenina como se encontró en este estudio prevaleció en un 77% del total de 111 pacientes estudiadas, esto corresponde a 86 pacientes de las 111 encuestadas, y un 23% sin disfunción sexual que corresponde a 25 pacientes encuestadas.

Llama la atención que el grupo de edad las pacientes que no presentaron disfunción sexual se encontraron de 36 a 40 años de edad, esto tal vez se deba a comparación con estudios anteriormente señalados que la mayoría de las mujeres en esta etapa ya pasaron por crisis normativas básicas por lo cual se llega a disfrutar más la sexualidad.

Se encontró además en este estudio que el estado civil, ocupación, escolaridad, años de unión de pareja, número de hijos es muy similar tanto en las pacientes que presentaron como en las que no presentaron disfunción sexual femenina aunque su mayor prevalencia en ambas fue en casadas, empleadas, con estudios de secundaria, con un tiempo de relación con la pareja de 3 a 5 años y con hijos.

El análisis de la variable de estrato socioeconómico permitió observar que la mayoría de las entrevistadas con disfunción sexual femenina se presentó en las paciente con un estrato de medio bajo a obrera, por el contrario las pacientes con estrato alto fueron las que presentaron menor disfunción sexual femenina. Lo cual también presentó concordancia con los estudios reportados en la bibliografía en los que se marca una relación entre disfunción sexual femenina y menor estrato socioeconómico.

CONCLUSIONES

Son pocos los estudios que hablan acerca de la disfunción sexual femenina en particular, a pesar de la importancia de estos aspectos en la salud de la mujer; muchas mujeres encuentran difícil expresar sus problemas sexuales al Médico Familiar o de primer contacto; a su vez para el Médico Familiar es incómodo o difícil abordar los aspectos sexuales de sus pacientes.

El presente estudio reveló un porcentaje elevado de disfunción sexual femenina, 77% por lo cual es importante para nosotros como Médicos Familiares indagar más sobre este aspecto en nuestras pacientes, ya que la mayoría de estas pacientes manifestaban que tenían crisis conyugales o de pareja debido a una mala información acerca del tema de hecho e incluso puede ser causa de disfunción familiar.

La disfunción sexual femenina es un trastorno que se produce cuando hay un cambio significativo en el comportamiento sexual habitual de la mujer, disminuyen o incluso desaparecen los pensamientos o fantasías sexuales y se posponen o se evitan las relaciones. Además, existe una incapacidad para disfrutar de su sexualidad y esto afecta a la calidad de vida y a las relaciones personales.

Se concluye con este estudio que en las pacientes encuestadas se presentó mayor disfunción sexual femenina en el grupo de edad de 51 a 55 años y con un nivel socioeconómico marginal, que las pacientes con menor disfunción sexual femenina se presentaron en mujeres de 36 a 40 años y con un nivel socioeconómico alto, esto nos señala que las mujeres de finales de tercera década de la vida y principios de la cuarta y con un estrato socioeconómico alto presentan una mejor funcionalidad sexual en todos sus aspectos en comparación con las mujeres de finales de segunda década de la vida y principios de la tercera con un nivel socioeconómico bajo o marginal; posiblemente por una mayor maduración física, psicológica y social permitiendo que las alternativas de las

pacientes se incrementen, por lo que puede contar con acceso a mayor información y orientación, lo que puede constituirse en un factor protector que favorece el desarrollo de la sexualidad.

La mayoría de las pacientes eran casadas, empleadas, con estudios de secundaria, de 3 a 5 años de unión de pareja y con hijos, aunque esos valores no fueron significativos ya que estos mismos rubros se presentaron en las pacientes sin disfunción sexual femenina.

Este estudio fue útil para el investigador ya que arrojó claves básicas en este trastorno, pudiendo ayudar a las pacientes que se encuentran en los rubros vulnerables ofreciendo mayor orientación y conocimiento sobre el tema, posiblemente con pláticas orientacionales además de intervenciones oportunas dentro del núcleo familiar de nosotros como medios familiares y en caso de requerirse envíos a otro nivel de atención.

A su vez se observó que este tipo de investigaciones ayuda a los pacientes a romper paradigmas y crear una nueva concepción de su sexualidad no solo como una función del cuerpo, sino como una actividad total del ser humano en su forma corporal, emotiva e intelectual, que conduce al placer, pero también a la formación integral de la persona.

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social. Existe una escasez notable de datos epidemiológicos sobre la prevalencia e incidencia de la disfunción sexual femenina, sumado a la multiplicidad de factores sociales, culturales y económicos que hacen interesante investigar acerca de este tema.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Freud, "Sobre la sexualidad femenina" *Obras Completas*, (1951) vol. 21, Amorrortu editores. Pág. 112-132
2. - RL Spitzer, M Gibbon. [DSM-IV-TR casebook: a learning companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders](#) - 2003 - books.google.com
3. – Bustamante, F. Larrain, M. Zúñiga, P. Nieto, F. (2007). Trastornos de la sexualidad. Consultado en 01, 26, 2011 en <http://www.soykapaz.cl/3c.pdf>.
4. – Arias, L. (2003). Sexualidad: respuesta sexual humana. Situaciones y problemas frecuentes. Colombia: Inter sistemas, .S.A. de C. V.
- 5.- Kaplan HS. La nueva terapia sexual. Buenos Aires: Editorial, Grijalbo 2002: 610-612.
- 6.- D Morfa. Insuficiencia androgénica y disfunciones sexuales femeninas en mujeres pre y posmenopáusicas .Revista Psiquiatría Biológica. 2002. Vol 9 (6). Pág. 233- 260.
7. - Basson, Rosemary, Berman, Jeniffer, Burnet, Arthur, Derogatis. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications.Revista American Urological Association, Inc. 2000 Vol 163 (3), Pag. 888.
8. - Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors – JAMA, 1999; 281(6) 537-544.
- 9.- Balon Richard. Temas para el DSM-V: disfunción sexual, un trastorno o una variación en la distribución normal. Hacia un replanteamiento de los criterios de las disfunciones sexuales según el DSM.
10. – Balon Richard MD. Disfunción sexual asociada a los ISRS. American Journal Psychiatry (Ed Esp) 9:10, Noviembre-Diciembre 2006.599-610
- 11.- Rubio E. Introduccion al estudio de la sexualidad humana en CONAPO. Antología de la Sexualidad Humana. Vol 1 CONAPO México 1994.
- 12.- Sánchez Bravo, Carreño Meléndez. Comunicación Marital y estilo de comunicación en mujeres con disfunción sexual. Revista de Perinatología y Reproducción Humana. 2003; 17: 91-101

- 13.- Sánchez B, Morales F, Carreño J. Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. *Rev Perinat. Reprod.Humana*, 2005; 19:152-160.
- 14.- Molina Torres Francisco Javier MD. Disfunción sexual femenina, un problema oculto. *Revista Ginecología y Obstetricia*. 2005.
- 15.- Salonia A, Munarriz R, Naspro R, Napri R. Women's sexual dysfunction: a pathophysiological review. *Revista Blackwell Publishing Ltd*. 2004. Vol. 93 (8) Pag. 1156- 1164.
16. - Rosen R, Brow C, Heiman J. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional self-report Instrument for the assessment of female sexual function.*Revista Journal of Sex and marital therapy*.2000. Vol 26, Pag. 191- 208.
- 17.- Esposito Katherine, Ciotola M, Marfella R, Di Tomasso, Cobellis L. Sexual dysfunction in women with the metabolic syndrome. *Revista Diabetes Care*. 2005, 28(3) Pag 756.
- 18.- Sánchez Bravo, Carreño Meléndez, Martínez Ramírez. Disfunciones Sexuales femeninas y masculinas: Comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Revista Salud Mental*, Vol. 28 (4) 2005. 74-81.
- 19.- Sánchez B, et col. Las distintas disfunciones sexuales masculinas y femeninas relacionadas con la ansiedad y la depresión. *Perinat Reprod Hum*. Vol.22 (3), Julio-Septiembre 2008 184-194.
- 20.- Blümel M., Binfa E., Cataldo A. Carrasco V. Izaguirre L. Sarrá C. Índice de función sexual femenina, un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2004. 69 (2) 118-125
21. - Sánchez. Et, al. Diseño y validación del cuestionario de Función sexual de la mujer. *Rev. Atención primaria a la salud* .2004, 34 (6) 284-294
22. - Stephen B. Hulley, Steven R. Cummings. *Diseño de la investigación clínica. Un enfoque epidemiológico*. Barcelona: Editorial Doyma; (65-68) 1993.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Naucalpan de Juárez, Estado de México a ___ de _____ del 2012.

Protocolo de investigación titulado: Disfunción sexual femenina en pacientes del grupo etario de 20 a 59 años de edad, de la UMF 65 Rio Hondo.
Registrado ante el Comité Local de Investigación en salud con el número: R-2011-1503-20.

El objetivo del estudio es:

Determinar la frecuencia de disfunción sexual femenina en pacientes del grupo etario de 20 a 59 años de edad, de la UMF 65 Rio Hondo.

Declaro que se me ha explicado que mi participación consistirá en:

- Responder un cuestionario con datos generales y preguntas con diversas opciones.

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

- El Investigador Responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
- Entendiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibo en el Instituto.
- El investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Después de haber leído y comprendido el objeto del proyecto, doy mi consentimiento para participar.

ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO.

**Cédula de recolección de Datos para: Protocolo de investigación titulado.-
 Disfunción sexual femenina en pacientes del grupo etario de 20 a 59 años
 de edad, de la UMF 65 Rio Hondo.**

Instrucciones: responder a las preguntas de la cédula en el área sombreada (gris) con el número de las opciones que se le dan. Y en el apartado 7.1 escribir la respuesta textual.

| | |
|--|--|
| EDAD: 1 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59. | |
| 2 Estado civil: 1. casada 2. soltera 3. viuda | |
| 3 Ocupación: 1. ama de casa 2.- empleada 3.- profesionista 4.- desempleada 5. empresaria | |
| 4 Escolaridad: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Carrera Técnica 5. Licenciatura 6. Postgrado 7. Sin estudios pero sabe leer y escribir 8. analfabeta | |
| 5 Tiempo de unión o de relación de la pareja: 1. menos de tres años 2.tres a cinco años 3. seis a ocho años 4.- nueve a diez años 5. Once a quince años 6. dieciséis a veinte años 7. veintiún años en adelante | |
| 6 Número de hijos: 1. uno 2. Dos 3. Tres 4. cuatro 5. cinco 6. Seis 7. siete o más | |
| 7.1 | |
| 7.2 | |

NIVEL SOCIOECONOMICO

ESCALA DE GRAFFAR

Profesión del Jefe de Familia: _____

- 1) Universitario, gran comerciante, gerente de grandes empresas
- 2) Profesional técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria.
- 3) Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
- 4) Obrero especializado: tractorista, taxista, etc.
- 5) Obrero no especializado, servicio doméstico.

Nivel de Instrucción de la Madre: _____

- 1) Universitaria o su equivalente
- 2) Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
- 3) Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
- 4) Educación primaria completa
- 5) Primaria incompleta analfabeta

Principal fuente de ingresos: _____

- 1) Fortuna heredada o adquirida repentinamente
- 2) Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, deportistas profesionales)
- 3) Sueldo quincenal o mensual.
- 4) Salario diario semanal
- 5) Egresos de origen público o privado (subsidios)

Condiciones de la vivienda: _____

- 1) Vivienda amplia y con óptimas condiciones sanitarias.
- 2) Vivienda amplia sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
- 3) Vivienda con espacios reducidos pero confortables con buenas condiciones sanitarias.
- 4) vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.
- 5) vivienda improvisada construida con materias de desecho o de construcción pero con deficientes condiciones sanitarias.

Total: _____

CUESTIONARIO (INSTRUMENTO DE EVALUACION)

En el año 2000, Rosen R. y col. publican el Índice de Función Sexual Femenina FSFI (Female Sexual Function Index.), como un instrumento para la evaluación de la función sexual femenina, la cual está validada por el Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions, está basado en la interpretación clínica del análisis de los 6 principales componentes de la función sexual femenina: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, es una herramienta con propiedades psicométricas óptimas para cada uno de los 6 dominios, fácil de usar, y ha demostrado la capacidad de discriminar entre poblaciones clínicas (mujeres con disfunción sexual) y no clínicas (sin alteraciones sexuales), aplicada en varios países. Sistema de puntuación: Se obtiene la puntuación individual y se suman a los demás del mismo dominio, multiplicando por el factor correspondiente. La escala total es obtenida sumando los scores obtenidos de los 6 dominios. Un score de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes. Una calificación total de 25 o menor indica disfunción sexual y una calificación total de 26 o más indica sin disfunción sexual.

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

CUESTIONARIO

Índice de Función Sexual Femenina FSFI

Tache la opción que se ajuste a su situación en cada una de las preguntas que a continuación se le hacen.

1- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?

- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

2- En las últimas 4 semanas, ¿en qué porcentaje estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Regular
- Bajo
- Muy bajo o nada

3- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó excitación sexual durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

4- En las últimas 4 semanas, ¿en qué porcentaje estima su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

5- En las últimas 4 semanas, ¿qué confianza tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o sin confianza

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

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

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

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

8- En las últimas 4 semanas, ¿qué tan difícil fue lubricarse (mojarse) durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Levemente difícil
- Sin dificultad

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

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

10- En las últimas 4 semanas, ¿qué tan difícil fue mantener su lubricación hasta completar la actividad sexual?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Levemente difícil
- Sin dificultad

11- En las últimas 4 semanas, ¿cuando ha tenido estimulación sexual, con qué frecuencia logra el orgasmo (clímax)?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

12- En las últimas 4 semanas, ¿cuando ha tenido estimulación sexual, que tan difícil fue lograr el orgasmo (clímax)?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Levemente difícil
- Sin dificultad

13- En las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecha estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

- Sin actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15- En las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecha ha estado con la relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16- En las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecha ha estado con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

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

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

19- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué porcentaje usted valora sus molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Regular
- Bajo
- Muy bajo o nada