



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 91
COACALCO, ESTADO DE MÉXICO

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA ASOCIADA AL CICLO Y
TIPOLOGIA FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ALEJANDRA GONZÁLEZ MENDOZA

COACALCO, EDO DE MEX.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 ASOCIADA AL CICLO Y
TIPOLOGIA FAMILIAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ALEJANDRA GONZALEZ MENDOZA

AUTORIZACIONES:

DRA. ANDREA PATRICIA TEJADA BUENO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 91



DR. JAIRO ENOC CRUZ TOLEDO
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN EDUCACION

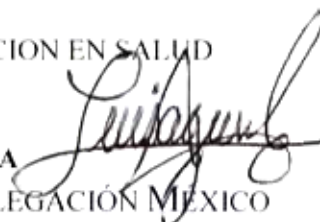


DRA. ANDREA PATRICIA TEJADA BUENO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



DR. JAIRO ENOC CRUZ TOLEDO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 91

DRA. ALMA LUISA LAGUNES ESPINOSA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD DELEGACIÓN MEXICO
ORIENTE



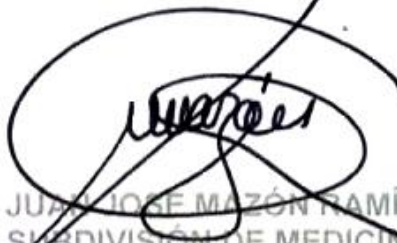
DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA ASOCIADA AL CICLO Y
TIPOLOGIA FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ALEJANDRA GONZÁLEZ MENDOZA

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



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

"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1402
HOSP GRAL DE ZONA NUM 68, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA 01/11/2013

LIC. ALEJANDRA GONZALEZ MENDOZA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

DISFUNCION SEXUAL FEMENINA ASOCIADA AL CICLO Y TIPOLOGIA FAMILIAR

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

| |
|------------------|
| Núm. de Registro |
|------------------|

| |
|----------------|
| R-2013-1402-27 |
|----------------|

ATENTAMENTE



DR.(A). JOSÉ CESAR VELÁZQUEZ CASTILLO

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1402

INDICE GENERAL

| | |
|--|----|
| 1. Marco teórico | 8 |
| 2. Planteamiento del problema | 18 |
| 3. Justificación | 19 |
| 4. Objetivos | 20 |
| 4.1 General | |
| 4.2 Específicos | |
| 5. Hipótesis | 21 |
| 6. Metodología | 22 |
| 6.1 Tipo de estudio | |
| 6.2 Población, lugar y tiempo de estudio | |
| 6.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra | |
| 6.4 Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación | |
| 6.5 Información a recolectar | |
| 6.6 Método o procedimiento para captar la información | |
| 6.7 Consideraciones éticas | |
| 7. Resultados | 27 |
| Descripción (análisis estadístico) de los resultados | |
| Tablas (cuadros) y gráficos | |
| 8. Discusión de los resultados encontrados | 33 |
| 9. Conclusión | 33 |
| 10. Bibliografía | 34 |
| 11. Anexos | 37 |

RESUMEN ESTRUCTURADO

La disfunción sexual constituye un trastorno frecuente que afecta a una de cada tres mujeres, se estima en un 22 – 43 % , sin embargo los cambios en las conductas socioculturales y accesibilidad a la información podría ser un detonante a disminuir su prevalencia. De acuerdo a Helen Kaplan inicialmente la respuesta sexual se divide en: excitación, deseo y orgasmo. En cambio para el Consejo de Fundación Americana para enfermedades urológica realiza nueva clasificación según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM – IV ya que consideran el dolor genital no coital y distreses como determinantes para culminar en disfunción sexual. Quedando así la clasificación en cuatro categorías: 1.- Dificultad en el deseo sexual: deseo sexual hipo-activo y aversión sexual 2,- Dificultad en la excitación sexual: distress, 3.- Dificultad en el orgasmo 4.- Dolor sexual: dispareunia, vaginismo y dolor sexual no coital.

Aunque los estudios realizados la mayoría han apoyado su estructura en los criterios primarios creados por Helen Kaplan, la nueva clasificación nos apertura aún mejor entendimiento y acaparará mayor población que posiblemente no se contemplaba. Es por ello que nuestra tesis tiene por objetivo implementar la clasificación de la DSM-IV para conocer la prevalencia de la disfunción sexual en la mujer. Aunque es bien sabido que existe una asociación directa entre la edad, grado de escolaridad, comunicación de pareja, factores culturales, educación sexual con existencia o no de la disfunción sexual, no se ha estudiado la posibilidad de asociación entre tipología familiar; pues ante la explosión demográfica, la economía deficiente y la necesidad de compartir vivienda, ha dado origen al incremento de las familias nucleares compuestas, nucleares extensas y monoparentales. Ahora bien ya inmerso en la tipología familia también consideramos el ciclo familiar como posible factor que influyente para el desarrollo de la disfunción familiar ya que la mujer es el eje rector de la familia y sus múltiples ocupaciones en cada ciclo pueden mermar o descuidar su actividad sexual. **Objetivo General:** Evaluar la asociación de disfunción sexual femenina en el ciclo y tipología familiar en mujeres de 20 a 39 años de la UMMA 198 en año 2014. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio: observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. En Unidad de Medica de Atención Ambulatoria No. 198, a mujeres 372 de 21 a 39 años de edad derechohabientes En los años 2013 – 2014. **Resultados:** la asociación de los tipo de familiar y el ciclo vital de la misma con disfunción sexual femenina, encontrando que las familias nuclear simple y extensa son las que más predominan en las mujeres encuestadas con la afección de 32.6% (n=60) y 32.7% (n=40). El ciclo vital de mayor estudio fue el de dispersión con una afección de 34.6% (n=71). **Conclusiones:** No hay correlación según el índice de Spearman. Ahora bien al considerar el ciclo vital de la familia la fase de dispersión es una la de las más afectadas pero esta por si misma se pudiese entender pues es una de las etapas en la cual la mujer tiene mayor responsabilidad para con la familia

ABSTRACT

Female sexual dysfunction is a common disorder that affects one in three women is estimated at 22- 43%, however sociocultural changes in behavior and accessibility to information could be a trigger to decrease its prevalence. According to Helen Kaplan initially divided into sexual response: arousal, desire and orgasm. In contrast to the Council of American Foundation for Urologic diseases makes a new classification according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV as they consider the non coital and distress as determinants genital dysfunction culminating in pain. this leaving the classification into four categories: 1. Difficulty in sexual desire: sexual desire and sexual aversion active hiccup 2. Difficulty in sexual arousal: Distress3.- difficulty in orgasm and sexual pain 4.: dyspareunia, vaginismus and sexual pain non coital

Although most studies have supported its structure in the primary criteria created by Helen Kaplan, the new classification opening us even better understanding and possibly monopolize population it was not contemplated. That is why our thesis aims to implement the classification of the DSM-IV to determine the prevalence of sexual dysfunction in women. Although it is well known that there is a direct association between age, education level, marital communication, cultural, sexual education existence of sexual dysfunction, has not studied the possibility of association between family type; because in the population explosion, the poor economy and the need to share housing, has given rise to increased large and single-parent nuclear composed nuclear families. Now immersed in family type well also consider the family cycle as a possible factor influential in the development of family dysfunction since the woman is the rector of the family and his many occupations in each cycle axis may impair or neglect their sexual activity . General Objective: To evaluate the association of female sexual dysfunction in the cycle and family type in women 20 to 39 years of the UMMA 198 in 2014. Materials and Methods: An observational, prospective, transversal and descriptive: a study was conducted. In Unit Medical Ambulatory Care No. 198, 372 women from 21 to 39 years of age beneficiaries in the years 2013 - 2014.Resultados: the association of the type of family and the life cycle of the same with female sexual dysfunction, finding that simple and extensive nuclear family are most prevalent in women surveyed with the condition of 32.6% (n = 60) and 32.7% (n = 40). The life cycle of study was greater dispersion with a condition of 34.6% (n = 71). Conclusions: There is no correlation according to Spearman index. But when considering the life cycle of the family is a dispersion phase of the hardest hit but this in itself could be understood as it is one of the stages in which women have more responsibility for family

1. MARCO TEORICO

La sexualidad es un aspecto fundamental de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social⁽¹⁾ lo que implica concatenar factores como lo es la comunicación con la pareja, libertad para disfrutar la vida sexual, estatus económico, el ejercerla de manera segura, responsabilidad compartida, consecuencias de ejercer la sexualidad, respeto a la pareja, uso de método anticonceptivo, riesgo a contagio de enfermedad de transmisión sexual, disponibilidad física y económica para ejercer la sexualidad⁽²⁾. Es decir el origen de la disfunción sexual es multicausal y multidimensional por su carácter orgánico o psicológico, se considera como un aspecto central del ser humano que se relaciona íntimamente con la calidad de vida de las personas ⁽³⁾.

La familia es una de las principales fuentes para obtener información y está considerada como la unidad que tiene la función de reproducción, desarrollo y ejercicio de la sexualidad ⁽⁴⁾ sin embargo debido al acceso general a la información vía internet para cualquier personaje este a sobrepasado y tomado el mando para la educación sexual; siendo las redes sociales la vía de información que en muchas de las ocasiones no es la adecuada ⁽²⁾

La tecnología es de gran utilidad siempre y cuando sea utilizada adecuadamente nos permite conocer cualquier tipo de información pero en muchas de las ocasiones no es verídica; al ser la sexualidad un tema de gran tabú y restricción para su abordaje; es más sencillo para la gente buscar la información sin necesidad de enfrenarlo de frente con las personas adecuadas como lo es la familia o el profesor de la escuela. De manera universal la tecnología ha empeorado la comunicación familiar.

Muchos estudios sugieren que la función sexual femenina disminuye con la edad. La pérdida de vigor y la juventud, los cambios en la estructura familiar, la imposibilidad de quedan embarazadas, y la pérdida de su pareja sexual son todos factores determinantes que favorecer la disfunción sexual entre las mujeres de mediana edad. La incertidumbre causada por problemas físicos y psicológicos entre las mujeres de mediana edad puede interferir con las relaciones familiares, ajuste sexual, y la integración social ⁽⁵⁾

Masters y Johnson fueron los pioneros en generar el modelo de la respuesta sexual humana, dividiéndola en 5 fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución ⁽⁶⁾. Dicho método da origen permitir estudiar las disfunciones sexuales en el individuo, entendiéndose estas como trastorno psicosomático que impiden al individuo realizar el coito o gozar de él. En el caso de las mujeres algunos estudios describen que los trastornos de la sexualidad afectaban entre un 36 a 43% de las mujeres de edad

media, comprometiendo principalmente el deseo y la excitación. (1-6-7) Porcentaje que tiene una asociación con estado civil, pareja actual, sin embargo con antecedentes clínicos, edad y factores hormonales probablemente es esperado que se presente la disfunción sexual. La vida sexual requiere de una maduración psicológica y de una estructuración normal por ser la mas profunda de las relaciones afectivas humanas sobre ella ejercen influencia inhibitoria múltiples factores, lo que explica la alta frecuencia de trastornos sexuales en la población (8)

Se ha visto una mayor prevalencia en mujeres mayores de 40 años y en aquellas solteras o con múltiples parejas sexuales. Además, es importante el nivel de escolaridad, ya que más de 12 años de educación podrían actuar como un factor protector (6)

Sin embargo, esto no necesariamente se correlaciona con la importancia que le dan las mujeres a tema, ya que no todas lo consideran como un problema; de hecho se describe que de las mujeres que presentan disfunción el 68.6% se jactaban de una vía sexual satisfactoria(6)

Las mujeres con un bajo nivel de educación exhiben un mayor grado de disfunción sexual (78,9%). de Lorenzi et al encontró que la educación superior facilita el acceso a la información, reduce la ansiedad busca asistencia médica 2,7 veces más a menudo, lo que demuestra que el auto-cuidado y la calidad de vida parecen estar en la educación (5).

El tabaco tiene repercusión importante para el desarrollo de disfunción sexual en la mujer ya que disminuye la excitabilidad dificultando la lubricación vaginal y retardando el orgasmo, disminuye la disponibilidad del óxido nítrico que necesario para la erección clitoridea y la lubricación; altera el olfato que es en sí mismo un inductor de la excitabilidad y reduce un 30 % la respuesta genital a estímulos eróticos. (9)

Dentro de la anamnesis es la historia gineco-obstétrica los partos vaginales y/o asistidos tienen un mayor riesgo de disfunción sexual, especialmente de dispareunia. Además se ha asociado una mayor prevalencia en mujeres con incontinencia urinaria, dolor pélvico crónico y con síntomas de vaginitis (10). En un estudio se habla de que un 14% de los médicos de Atención Primaria reconoce haber preguntado alguna vez sobre la función sexual. Los profesionales de la salud suelen mostrarse reacios a hablar de temas sexuales con sus pacientes, se describe que puede deberse a vergüenza, falta de formación, poco tiempo ya la ausencia de alternativas de tratamiento.; pero se cree que la causa de la apatía médica es por desconocimiento, tanto de la patología como del procedimiento para intervenir de una manera eficaz (11)

La insuficiente comunicación entre paciente y médico puede desalentar a las mujeres al hablar de sus problemas sexuales (12-13-14) En el Instituto Nacional de

Perinatología (INPer) se abrió una línea de investigación por la frecuencia con la que se presentan estos problemas. Se estableció la prevalencia de las disfunciones sexuales femeninas en nuestra población. Los resultados mostraron que 52% de la población que acude al INPer padece una o más disfunciones sexuales, con un promedio de 2.25 disfunciones por mujer ⁽¹⁵⁾

Los estudios registrados han demostrado que las mujeres con disfunción sexual se asocia claramente con sentimientos negativos en lo que se refiere a satisfacción física, emocional y la felicidad ⁽¹⁴⁾: En la mujer peri menopáusica cuando los niveles de estrógenos y progesterona caen; más la ausencia de la conversión periférica de los andrógenos a estrógenos pueden causar sequedad vaginal, calor, sudores diurnos, calor nocturnos, dispareunia, cambio de humor, sleeplessness, ansiedad y depresión. Los niveles más bajos de testosterona son asociado con menos deseo sexual durante el climaterio ⁽⁵⁻²⁵⁾ se habla de una prevalencia de 46.5% en mujeres de mediana edad 45 años ⁽¹⁶⁾; aunque en otros estudios describen una prevalencia de hasta 85.2% en mujeres mayores de 50 años bajo tratamiento hormonal con una distribución de deseo (62.4%), excitación (67%) lubricación (42.3%) orgasmo (20.3%) satisfacción (89%) y dolor (1.6%) ⁽¹⁷⁾. El climaterio es una variable compleja y de largo plazo de los cambios bio-psico-social que puedan alterar la calidad de vida, incluyendo satisfacción sexual. Durante los períodos peri y posmenopáusicas, hay una alta incidencia de problemas sexuales, a veces asociada con la angustia personal, compatibilidad pareja sexual y disfunción sexual masculina. ⁽¹⁸⁾

De acuerdo a Helen Kaplan la respuesta sexual femenina se divide en 3 fases: Deseo, Excitación y Orgasmo

El deseo es un impulso hacia la actividad sexual generado por estímulos internos y/o externos: incluye fantasías, pensamientos y receptividad para la actividad sexual e involucra una raíz biológica (hormonas) y una raíz emocional (intimidad, placer y aspectos de relación)

La excitación incluye la habilidad para lograr y mantener una adecuada excitación sexual objetiva y subjetiva. Esta fase involucra mecanismos centrales (fantasías, sueños, sudoración, erección del pezón) y periféricos genitales (congestión vaginal, clitorídea y lubricación)

El orgasmo se produce luego de que suficiente estímulo y excitación sexual generen múltiples aferencias sensoriales desde el área genital hacia las estructuras supra espinales (septum talámico) desencadenándose la descarga de neurotransmisores con la consiguiente actividad motora muscular del piso pélvico y contracciones musculares uterinas y vaginales asociadas con un cambio en el estado de conciencia ⁽¹⁹⁾.

Dominando estos conceptos es importante mencionar que ambas fases, deseo y excitación con continuos difíciles de separar, pues el deseo se va a mantener si se tiene una percepción clara de la excitación y a su vez la excitación acontece de manera fácil cuando hay alto grado de deseo sexual ⁽¹¹⁾.

Sin embargo para el Consejo de Salud de la Fundación Americana (AFUD) para enfermedades Urológicas se considera una nueva clasificación dada por Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2000) reconoce la existencia de diversos tipos de trastornos de la actividad sexual, incluyendo los trastornos del deseo sexual en la mujer, anorgasmia femenina, el trastorno de la excitación y del dolor. ⁽¹⁴⁾

Clasificación del DSM-IV-TR de los trastornos sexuales femeninos⁽¹⁴⁾

Trastornos sexuales femeninos

| | |
|---|---|
| Trastorno del deseo sexual hipoactivo(DSH) | Deficiencia persistente o recurrente o ausencia de fantasías sexuales y deseo de la actividad sexual que causa malestar acusado o dificultades para relacionarse |
| Trastorno por aversión al sexo | Aversión extrema, persistente o recurrente y elusión de todo (o casi todo) contacto genital sexual con la pareja sexual que causa malestar acusado o dificultades para relacionarse |
| Trastorno de excitación sexual femenina(TESH) | Incapacidad persistente o recurrente para alcanzar, o mantener hasta la finalización de la actividad sexual, una respuesta adecuada de lubricación e inflamación derivadas de la excitación sexual. Lo que causa un malestar acusado o dificultades para relacionarse |
| Anorgasmia femenina | Retraso persistente o recurrente o ausencia de orgasmo tras una fase habitual de excitación sexual que causa malestar acusado o dificultades para relacionarse |
| Trastornos sexuales por dolor | |
| Dispareunia | Dolor genital recurrente o persistente asociado al coito que causa un malestar acusado o dificultades para relacionarse |
| Vaginismo | Contracción involuntaria recurrente o persistente de las musculatura del tercio exterior de la vagina que impide el coito y causa malestar acusado o dificultades interpersonales |
| Disfunción sexual debida a una afección general | Disfunción sexual considerable desde el punto de vista clínico que da lugar a un malestar acusado a dificultades cuando existen pruebas, a partir del historial de la paciente, de un examen físico o un análisis de laboratorio, de que la disfunción sexual se debe en su totalidad a los efectos fisiológicos directos de una afección |
| Trastorno sexual inducido por sustancias | Disfunción sexual considerable desde el punto de vista clínico que da lugar a un malestar acusado o a dificultades de interpersonales cuando existen pruebas, a partir del historial de la paciente, de un examen físico o un análisis de laboratorio, de que la disfunción sexual se debe en su totalidad al uso de sustancias. |
| Trastorno sexual no especificado | Disfunción sexual que no cumplen los criterios de ninguna disfunción sexual específica. |

Para fines estadísticos o de registro del trastorno para la clasificación internacional de enfermedades existe el diagnóstico y lo podemos encontrar de la siguiente manera.

F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual

F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual

F52.2 Fracaso de la respuesta genital

F52.3 Disfunción orgásmica

F52.5 Vaginismo no orgánico

F52.6 Dispareunia no orgánica

F52.7 Impulso sexual excesivo

F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos

F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedades o trastornos orgánicos

Los problemas sexuales más comunes descritos fueron la falta de interés sexual (36%) la incapacidad para alcanzar el orgasmo (27.8%) y las relaciones sexuales no placenteras (25.1%)⁽¹⁴⁾

Ahora bien dentro de la disfunción sexual de tipo hipoactivo puede presentarse en ciertas fases de vida de la mujer como son el embarazo, lactancia, menopausia y periodos de crisis o enfermedades de la mujer y/o su pareja. Es por ello que dichos padecimientos asociados se excluyen en nuestro estudio. Existen causas físicas como intervenciones quirúrgicas, desarreglos hormonales y ciertas enfermedades como la diabetes, cardiopatías, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson y la depresión. Dentro de las causas no físicas: los cambios en los métodos anticonceptivos, cansancio, estrés, cambios de humor, obesidad, la relación con la pareja, episodios sexuales traumáticos y el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y drogas, la falta de tiempo, la rutina sexual o a algo en la pareja que produce rechazo. Los médicos declararon que las mujeres con deseo sexual hipoactivo tenían una imagen propia negativa, ansiedad, vergüenza, disforia, aislamiento, anergia y eran críticas consigo mismas; describen su experiencia de deseo sexual hipoactivo en términos como: molesta, frustrada, falta algo, preocupada, insatisfecha, desequilibrada y descontenta. Las mujeres con disfunción sexual hipoactivo muestran emociones y estados psicológicos mucho más negativos que las mujeres con una actividad sexual normal⁽¹⁴⁾. El tratamiento va dirigido a la causa del trastorno, ya sea física o psicológica. Único tratamiento farmacéutico aprobado a utilizar es la aplicación de parches de testosterona

que incrementen la actividad sexual autorizada para mujeres sometidas a ooforectomía bilateral o histerectomía total que continúan con tratamiento alterno con estrógenos

En el trastorno de excitación sexual se asocian enfermedades como diabetes, enfermedades coronarias o aterosclerosis. Para poder comprender la trascendencia de este trastorno debemos considerar los cambios que se presentan como son: el clítoris se agranda debido a la entrada de sangre, la estructura interna de la vagina se alarga e hincha en su parte superior para permitir la penetración, incremento de la lubricación de la vagina, sin embargo también la excitación mental es complementaria a la física.

En el rubro de trastorno orgásmico es aquella incapacidad para alcanzar el orgasmo después de una estimulación sexual apropiada puede ser algo preocupante para una mujer y su pareja. La trascendencia es tal ya que puede desencadenar sentimientos de fracaso e inseguridad a la mujer con recriminación a su pareja. Podemos clasificar este trastorno como primario (casos que nunca han tenido un orgasmo) y secundario (se ha alcanzado el orgasmo con dificultad posterior para alcanzarlo). La capacidad para sentir el orgasmo se va incrementando con la edad. Los aspectos que pudiesen contribuir a la aparición de este trastorno son: una mala comunicación sexual; la ignorancia y el miedo; la escasa o inadecuada estimulación sexual; las dificultades en la relación; las experiencias sexuales traumáticas en el pasado; los problemas psicológicos así como condiciones médicas que dificulten el riesgo sanguíneo y las terminaciones nerviosas del clítoris.

Existen dos grados de dispareunia la leve y profunda, Dispareunia leve es la más común y multicausal aunque la más frecuente son alteraciones dermatológicas como eczema, verrugas, herpes y úlceras vaginales psoriasis y liquen escleroso. Se manifiesta como escozor o ardor y la zona puede estar inflamada e irritada. En dispareunia profunda sus causas principales son enfermedades inflamatorias de la pelvis, cirugía ginecológica o pélvica, radioterapia para tumores ginecológicos, tumores uterinos o vaginales y fibroides, endometriosis, infecciones del tracto urinario, quistes de ovario, falta de lubricación o alguna infección de transmisión sexual. También puede ser la consecuencia de una determinada postura durante el coito en la que la penetración sea mayor.

Vaginismo: Se considera una respuesta condicionada y que puede estar relacionada con la anticipación de dolor en el coito. Tipos de vaginismo: primario y secundario; el primario describe aquella mujer nunca ha experimentado la penetración vaginal y el secundario la mujer ha tenido experiencia de penetración pero lo ha desarrollado posteriormente. Por lo general el tipo secundario tiene su origen psicológico en creencias y costumbres. El tratamiento es a base de educación sexual como técnicas de relajamiento, el uso de imágenes visuales, ejercicios de tipo pélvico y programas de comportamiento cognitivo; así como también el uso de dilatadores vaginales.

Muchos han sido los estudios que han evaluado al disfunción sexual de la mujer mediante el “Índice de Función Sexual Femenina” instrumento creado por Rosen y colaboradores que cumple esta clasificación de abordar estos 19 ítems

Con artículos de fecha recientes en comparación a la aparición de FSDI-19 este es “índice de Función Sexual Femenina – 6 “(FSFI-6) el cual es una herramienta útil, rápida, de autoconestación y fácil de aplicar por médicos no especialistas en el tema, posee una sensibilidad y especificidad de 0.93 y 0.94 respectivamente (alfa de Cronbach = 0,91). Cada ítem tiene un puntaje que va desde 0 a 5, la suma de cada uno de ellos nos proporciona un la función sexual femenina; teniendo como punto de corte que la igualdad o por debajo de 20 se identifica mujer con riesgo para disfunción sexual ⁽²⁰⁾ El FSFI-6 selecciono las preguntas más representativas de los dominios evaluados en el FSFI 19; permitiéndonos evaluar la disfunción sexual ⁽¹⁸⁾, como lo cita la J. Sex Med 2010 ;7:1139-1146.

Como especialistas en medicina familiar debemos contemplar el proceso salud-enfermedad en forma integral bajo un enfoque de riesgo individual y familiar considerando el contexto biológico, social y psicológico ya que como lo refiere la OMS considera que para entender la salud el conocimiento de los factores basta con contemplarlos y muchas veces dan origen a la enfermedad. Posiblemente el tema a tratar no genere al IMSS un ahorro económico o reducción de las enfermedades que consumen su presupuesto; sin embargo quiero que ratifique el concepto del médico familiar como “la innovación que permite conservar la tradición, la conducta humanista de antaño, aunada al conocimiento de nuevas técnicas de medicina moderna, las instituciones no pueden dar el calor y afecto de un hombre médico que comprenda a su paciente y le inspire confianza debida” ⁽²¹⁾

La familia unidad es un grupo social organizado como un sistema abierto constituida por cierto número de personas vinculados por lazos sanguíneos, legales o de afinidad que tienen funciones diversas en donde una de ellas es precisamente el desarrollo y ejercicio de la sexualidad; situación que genera desequilibrio emocional en la pareja cuando no se tiene la libertad de considerarla una necesidad básica. Conocer el tipo de familia nos permite conocer las características de los integrantes de la familia que pudiesen influir en el proceso salud enfermedad e incluso en el desarrollo como pareja y para ello existen múltiples clasificaciones de las cuales la más utilizada es la que se genera por el parentesco es así como se integran las familias nucleares, nuclear simple, nuclear numerosa, reconstruida monoparental, monoparental extendida, monoparental compuesta, extensa, extensa compuesta y no parental. El conocer el ciclo familiar favorece la evaluación de factores de riesgo relacionados con las etapas de desarrollo existencial de las familias ⁽²³⁾.El conocer dicha interacción de los integrantes implica que se establece una interdependencia mutua, y estabilidad del sistema familiar. Estudios reportan que la prevalencia mujeres con disfunción sexual

puede ser de hasta 82,7% entre las mujeres separadas o divorciadas, pues la presencia de una pareja sexual parece aumentar la posibilidad de una mejor función sexual en las mujeres.⁽⁵⁾

No solo basta con observar los integrantes en medicina familiar el ciclo vital familiar es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis normativas o no normativas que de acuerdo a este ciclo atravesara la familia generando afección a la salud familiar y conocimiento de ellas poder anticiparse a dichas crisis planificando así guías anticipadas. . Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases de manera que si en alguna de ellas no se completan dichas tareas pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes. Para ello existen diferentes autores que han generado clasificaciones dentro de este estudio la que nos compete a seguir es la que ofrece Geyman la cual se genera en base a al desarrollo de los hijos y su interdependencia económico del matrimonio formado. Se identifican 5 fases:

- Fase de matrimonio Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo
- Fase de expansión Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”
- Fase de dispersión Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.
- Fase de independencia Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen la pareja va quedando con “nido vacío”; esta fase suele durar entre 20 y 30 años.
- Fase de retiro y muerte Etapa en la que se identifican 4 problemas comunes en esta fase; a) incapacidad para laborar (por Enfermedad. Crónico-degenerativas), b) desempleo, c) agotamiento de los recursos económicos; d) las familias de los hijos casados están en expansión, sin poder darles recursos a sus padres, abandonándolos en sus hogares o recluyéndolos en asilos.

No existen artículos que plasmen el porcentaje de alteraciones en la sexualidad femenina aunque en la fase de matrimonio se tiene contemplado como crisis normativa la adaptación sexual de la pareja pero cuando se tiene trastorno sexual nos enfrentamos a una crisis no normativa⁽²⁴⁾ Cuando cada uno de los miembros de la familia tiene bien definidas sus funciones y los roles correspondientes al ciclo vital

cronológico, va creándose una estructura familiar organizada que le permite tener un desarrollo en su identidad familiar y en la individualidad personal de sus componentes.

En familias numerosas en las cuáles la privacidad se ve afectada, o en familias de escasos recursos y bajo nivel cultural se promueve una mayor represión hacia la sexualidad; las presiones por falta de trabajo o escasez de recursos económicos genera estrés a la familia, lo que afecta su estado emocional y por lo tanto su desempeño sexual. Es por ello que se contempla este tema de protocolo a pesar que lo esperado es que la disfunción sexual se incrementa después de los 40 años pero íntimamente asociados a un carácter fisiológico. Sin embargo en la dimensión psicológica, la personalidad y trastornos de la misma tienen cierta influencia en el desempeño sexual y desarrollo de disfunciones. Los miedos al embarazo, al dolor, a la intimidad, anticipados al coito inhiben la respuesta sexual, dentro de los factores sociales se menciona el nivel de tensión o estrés laboral, familiar o personal en que se vive. La educación con actitudes y creencias erróneas restringe la capacidad de disfrutar plenamente la actividad sexual, la falta de información conduce a mitos que producen serias limitaciones para ejercer adecuadamente la sexualidad.

Recientemente Morales y colaboradores encontraron que el deseo sexual hipoactivo se asocia significativamente con algunas dimensiones de la comunicación marital como: sentimientos, emociones y disgustos; familia extendida; el tema de los hijos; el trabajo y la relación marital, así como la percepción de un estilo reservado y de un estilo violento y negativo de la pareja⁽²⁵⁾

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la asociación entre la presencia de disfunción sexual femenina con el ciclo y tipología familiar en mujeres de 20 a 39 años de la UMMA 198?

3. JUSTIFICACIÓN

Las disfunciones sexuales femeninas son frecuentes y tienen un importante impacto en el contexto socio-familiar y de pareja de las mujeres; es bien sabido que la mujer ha luchado por equidad de género por lo tanto será interesante conocer si esta lucha trasciende a tal grado que el índice la disfunción sexual femenina ha decrecimiento. El estudio tuvo como finalidad conocer y asociar la influencia que tiene la tipología y ciclo familiar en el desarrollo de pareja; bajo la perspectiva del incremento en las familias nucleares extensas y mono-parentales. Los estudios respecto a la prevalencia de la disfunción sexual son enfocados ante situaciones internas que por sí mismas desencadenan dicha afección; sin embargo nuestro estudio involucra factores externos como lo es la familia. Además que en este tema falta mucho por conocer y abordar debido que no siempre es un problema fácil de reconocer como lo es en disfunción sexual masculina. La mujer sigue siendo la pieza eje de la familia, a la cual se agregan a través de los ciclos de la familia una serie de responsabilidades psicológicas, físicas y emocionales que envuelven y olvidan a la satisfacción íntima de la mujer; rubro que según la pirámide de Maslow es una necesidad fisiológica que debe ser satisfecha para que el ser humano se desarrolle, ambicione deseos y obtenga su bienestar biopsico-social. David Barrios cita en su libro “En las alas del placer” que el “ser humano no se desarrolla de manera asilada o fragmentada; el ser humano es más que la suma de sus componentes es un organismo unificado en continua reestructuración” ⁽²⁵⁾. Una excesiva atención o un exagerado abandono a cualquier parte de la persona, supone un freno al desarrollo y en el peor de los casos, el estancamiento y deterioro del ser. Existen guías de práctica clínica para enfermedades diversas sin embargo no existe una, asignada a tal contexto; en España existe la guía de la buena práctica clínica en las disfunciones sexuales.

Como instituto nos hemos preocupado en la detección temprana de enfermedades que son puramente cuantificables y palpables que generan altos costos al instituto y que muchas de las veces el fracaso terapéutico no es de origen farmacológico sino psicosocial. Los aspectos como el que nos compete este protocolo no pueden ser olvidados, ya una terapia adecuada en este contexto ofertara bienestar psicológico y por ende físico de nuestros pacientes. Ante la presencia de una mujer con disfunción sexual en atención primaria nuestra misión debiera ser indagar acerca de conflictos vitales de salud, personales o de pareja y realizar un abordaje integral. El identificar el porcentaje de disfunción sexual femenina de acuerdo al tipo y ciclo familiar podrá reconocerse como una crisis para normativa o normativa en la familia; y de manera intencionada cuestionarlo y ofertar alternativas de solución. Como médico familiares debemos tener la disponibilidad y empatía para dar confianza al paciente de aperturarse al tema.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Evaluar la asociación de disfunción sexual femenina en el ciclo y tipología familiar en mujeres de 20 a 39 años de la UMMA 198 en año 2014.

4.2 Objetivos Específicos

- Evaluar la asociación de disfunción sexual femenina en el ciclo y tipología familiar en mujeres de 20 a 39 años de la UMMA 198 en año 2014 mediante el índice de Spearman
- Identificar tipo de disfunción sexual utilizando el índice de disfunción sexual femenino abreviado ISFS – 6, en mujeres de 20 a 39 años de la UMMA 198 más frecuente
- Identificar cual es el ciclo vital y tipología familiar con mayor índice de disfunción sexual femenina en mujeres de 20 a 39 años de la UMMA 198 mediante la entrevista para obtener las características sociodemográfico;

5. HIPÓTESIS

Ho: no existe asociación entre ciclo y tipología familiar con la presencia de disfunción sexual en la mujer.

Ha: existe asociación entre ciclo y tipología familiar con la presencia de disfunción sexual en la mujer.

6. METODOLOGÍA

6.1.- Tipo de estudio

- A) Por el control de la maniobra experimental por el investigador: observacional
- B). Por la captación de la información: prospectivo
- C) Por la medición del fenómeno en el tiempo: transversal
- D) Por la presencia de un grupo control: descriptivo
- E) Por la dirección del análisis: estudio de encuesta

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio

El estudio se llevó a cabo en Unidad de Medicina de Atención Ambulatoria No. 198, que ofrece atención médica de primer nivel, ubicada en Av. José María Pavón S/N, Unidad Habitacional San Rafael, Coacalco, Estado de México. Se abordaron mujeres de 21 a 39 años de edad derechohabientes que acuden a la consulta externa de la unidad de turno matutino y vespertino. Al momento de acuerdo a los registros de población 2013 corresponde a 11533. En los años 2013 – 2014.

6.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra

La muestra estuvo constituida por mujeres de sana de 20 a 39 años adscrita a la UMF 198, tanto del turno matutino como vespertino del año 2013-2014. Para el cálculo de la muestra se consideró un universo de mujeres adscritas a UMF 198, en el rango de edad estudiado que según registros de población 2013 corresponde a 11533. Población a la que se le aplicó la fórmula categórica numérica finita, obteniéndose una muestra poblacional de 372 pacientes.

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

Donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha} = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y DE ELIMINACIÓN

A) **CARACTERÍSTICAS DE CASOS:** Se abordaron mujeres de 21 a 39 años de edad derechohabientes o acompañantes de paciente que acudan a la consulta externa de la unidad de turno matutino y vespertino. Al momento de acuerdo a los registros de población 2013 corresponde a 11533. Al considerar el tipo de variable y población a estudiar, la fórmula que se aplicó fue la categórica finita por lo que se obtiene una muestra de 372.

B) **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Mujer sana de 20 a 39 años con vida sexual activa derechohabiente que acudieron a la consulta externa de medicina familiar de ambos turnos

C) **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Mujeres embarazadas, mujeres con enfermedad crónica, mujeres con ooforectomía, mujer con menopausia temprana.

D) **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:** Mujeres quienes al realizar el cuestionario de evaluación de disfunción sexual no completaron la entrevista y que no tenga relaciones sexuales en las últimas 4 semanas

6.5 INFORMACIÓN A RECOLECTAR

A) **VARIABLES DEPENDIENTES.** Disfunción sexual femenina

B) **VARIABLES INDEPENDIENTES.** Tipología y ciclo vital de la familia

| Variable | Definición conceptual | Definición operativa | Tipo de variable | Escala de medición | Unidad de medición |
|----------------------------|---|--|------------------|--------------------|---|
| Disfunción sexual femenina | Dificultad durante cualquier etapa del acto sexual que evita al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual ⁽¹⁹⁾ | Trastorno de respuesta sexual: 1.-de deseo 2.-de excitación 3.-lubricación 4.- falla orgásmica 5.-satisfacción 6.- dolor sexual | Cualitativa | Ordinal | Cuestionario de IFSF-6 abreviado < o = de 20 puntos disfunción sexual femenina |
| Tipología familiar | El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta ⁽²⁸⁾ | Se obtendrá al aplicar el encuesta sociodemográfico, dirigido a la identificación de este rubro mediante la identificación de los personas que habitan en el mismo núcleo | Cualitativa | Nominal | Nuclear Nuclear simple Nuclear numerosa Reconstruida (binuclear) Monoparental Monoparental extendida Monoparental extendida compuesta Extensa Padre y madre con hijos Extensa compuesta Padre y madre con hijos |
| Ciclo familiar | Concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros | Se obtendrá al aplicar el encuesta sociodemográfico, dirigido a la identificación de este rubro de la etapa que cursa la familiar tomando como referencia el desarrollo de los hijos | Cualitativa | Nominal | Geyman: Matrimonio Expansión Dispersión Independencia Retiro o muerte |

6.6 MÉTODO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN

El estudio de llevo a cabo en la unidad de medicina familiar con atención médica ambulatoria 198; se abordó a toda paciente derechohabiente que acuda a la atención médica primaria que contemple la edad de 20 a 39 años y que tenga vida sexual activa en las últimas 4 semanas, en un plazo de año . Se entregó por escrito la cédula de consentimiento informado, la encuesta sociodemográfica y índice de función sexual femenina abreviado IFSF-6 de auto contestación.

El índice de Función Sexual Femenina – 6 (FSFI-6) es una herramienta útil, posee una sensibilidad y especificidad de 0.93 y 0.94 respectivamente (alfa de Cronbach = 0,91). Cada ítem tiene un puntaje que va desde 0 a 5, la suma de cada uno de ellos nos proporciona un la función sexual femenina; teniendo como punto de corte que la igualdad o por debajo de 20 se identifica mujer con riesgo para disfunción sexual.

Forma de captura y validación de la información en la computadora: posterior a la recolección de datos la información se trabajara en SPSS-18 del cual se obtendrán prevalencia, frecuencia e índice de asociación de Spearman.

Se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman ya que evalúa la asociación entre dos variables. Versión no paramétrica que resulta apropiada para datos ordinales, o los de intervalo que no satisfagan el supuesto de normalidad. Los valores del coeficiente van de -1 a +1. El signo del coeficiente indica la dirección de la relación y el valor absoluto del coeficiente de correlación indica la fuerza de la relación entre las variables. Los valores absolutos mayores indican que la relación es mayor

Coeficiente Interpretación

- 0** Relación nula
- 0 – 0,2** Relación muy baja
- 0,2 – 0,4** Relación baja
- 0,4 – 0,6** Relación moderada
- 0,6 – 0,8** Relación alta
- 0,8 - 1** Relación muy alta

6.7 CONSIDERACIONES ETICAS

El estudio resulta viable ya que disponemos de los recursos necesarios para llevarse a cabo, pues contamos con población adscrita a UMF 198. El estudio se realizó bajo las normas de la declaración de Helsinki para estudios humanos, de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52° Asamblea Médica Mundial, última revisión de 2008. Así como también de acuerdo a las especificaciones de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud en sus artículos 13, 14 (fracciones V, VI, VII y VIII), 16 y 17 (Fracción I) siendo una estudio sin riesgo para la población estudiada. Se contempla de igual manera el consentimiento informado conforme a los artículos 21 y 22, son rubrica de conformidad por parte del personal involucrado en el estudio.

7. RESULTADOS

De las 372 mujeres encuestadas se observa la edad a valorar se da en 4 bloques que consta quinquenios. El primero de 20 a 24 años de edad presento disfunción sexual en base al puntaje obtenido de 29.2% (n=33), para segundo grupo de 25 a 30 años del 24.8% (n=28), para tercer grupo de 31 a 35 años del 39.7% (n=29) y para último grupo de 41.1% (n=30). Siendo este último grupo con mayor afección a disfunción sexual femenina.

El puntaje del IFSF de las mujeres alcanza un promedio de 21.73 ± 5.05 con un puntaje mínimo de 4 y máximo de 30 puntos: en la tabla 1 se observa de manera detallada cada dominio evaluado donde se identifica el dominio de deseo el de menor puntaje. El 33.6% (n=125) el porcentaje de mujeres afectadas al obtener un puntaje ≤ 20 de acuerdo al índice evaluado.

| IFSF | Y | Media (\pm DE) | Min | Max |
|--------------|---|-------------------|-----|-----|
| Deseo | | 3.06 \pm 0.8 | 0 | 5 |
| Excitación | | 3.4 \pm 1.04 | 0 | 5 |
| Lubricación | | 3.65 \pm 1.35 | 0 | 5 |
| Orgasmo | | 3.6 \pm 1.28 | 0 | 5 |
| Satisfacción | | 4.06 \pm 1.11 | 0 | 5 |
| Dolor | | 3.94 \pm 1.15 | 0 | 5 |
| IFSF | | 21.73 \pm 5.05 | 4 | 30 |

Al análisis del perfil biosicodemográfico se encontró que aquellas mujeres fumadoras 34% (n=125) tienen disfunción sexual de un 32% en comparación a las no fumadoras de 3.2%. En este ámbito también se consideraron otras variables como ocupación, estado civil, escolaridad, método de planificación familiar, gestas y tipo de partos, ya que como se describió el origen la afección es multicausal. Es así como se la ocupación hogar es la más afectada por disfunción sexual con un 34.5% (n=57); el tener un estado civil de divorcio y paradójicamente el casado llegan a tener un afección del 40% y 34% respectivamente. El perfil de conocimiento escolar es un parte aguas con una correlación negativa ya que entre mayor estudios tenga la persona menor riesgo a padecer disfunción sexual con una porcentaje que va del 24.6 al 37.5 %

Evidentemente no podría pasar por alto observar la existencia de disfunción sexual femenina en mujeres con más de 3 hijos siendo afección del 49.6% (n=58) y con culminación de sus embarazos vía abdominal y vaginal con una afección de 44% (n=20).

ANALISIS ENTRE EL PERFIL BIOSOCIOFAMILIAR Y DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA MUJER

| | n | % | ≤ 20 | % | >21 | % |
|--------------------------|-----|-----|------|-------|------|------|
| EDAD | | | | | | |
| 20-24 | 113 | 30 | 33 | 29.2 | 80 | 70.8 |
| 25-30 | 113 | 30 | 28 | 24.8 | 85 | 75.2 |
| 31-35 | 73 | 20 | 29 | 39.7 | 44 | 60.3 |
| 36-40 | 73 | 20 | 30 | 41.1 | 43 | 58.9 |
| TABAQUISMO | | | | | | |
| SI | 125 | 34 | 40 | 32.0 | 85 | 68.0 |
| NO | 247 | 66 | 80 | 3.2 | 167 | 67.6 |
| OCUPACION | | | | | | |
| HOGAR | 165 | 44 | 57 | 34.5 | 108 | 65.5 |
| EMPELADA | 175 | 47 | 51 | 29.1 | 124 | 70.9 |
| JUBILADA | 2 | 0.5 | 1 | 50.0 | 1 | 50.0 |
| PENSIONADA | 1 | 0.3 | 1 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| DESEMPLEADA | 5 | 1.3 | 2 | 40.0 | 3 | 60.0 |
| ESTADO CIVIL | | | | | | |
| CASADA | 154 | 41 | 57 | 37.0 | 97 | 63.0 |
| SOLTERA | 67 | 18 | 22 | 32.8 | 45.0 | 67.2 |
| SEPARADA O DIVORCIADA | 22 | 5.9 | 9 | 40.9 | 13 | 59.1 |
| VIUDA | 2 | 0.5 | 2 | 100.0 | 0 | 0.0 |
| UNION LIBRE | 127 | 34 | 30 | 23.6 | 97 | 76.4 |
| EMBARAZOS | | | | | | |
| NINGUNO | 49 | 13 | 14 | 28.6 | 35 | 71.4 |
| 1 A 2 | 206 | 55 | 49 | 23.8 | 157 | 76.2 |
| 3 o mas | 117 | 31 | 58 | 49.6 | 59 | 50.4 |

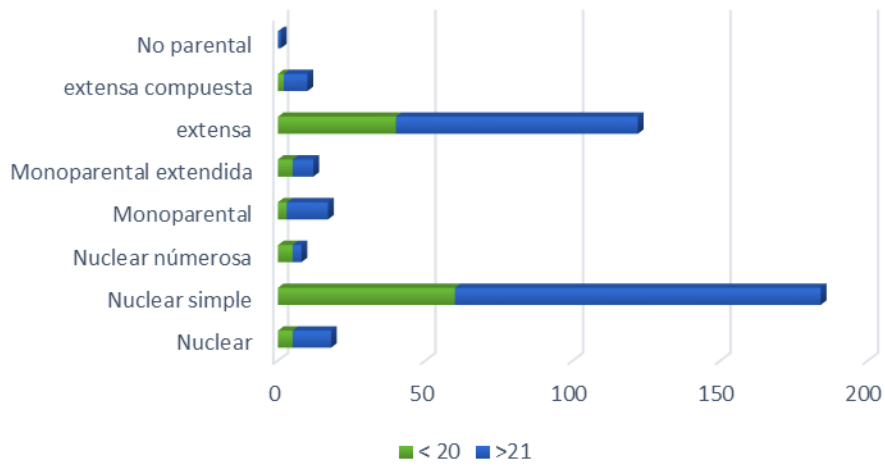
| | n | % | ≤ 20 | % | >21 | % |
|----------------------------------|-----|-----|------|------|-----|-------|
| TIPO DE PARTOS | | | | | | |
| NINGUNO | 49 | 13 | 17 | 35 | 34 | 69.4 |
| VAGINAL | 124 | 33 | 38 | 31 | 85 | 68.5 |
| CESAREA | 133 | 36 | 36 | 27 | 95 | 71.4 |
| PARTO Y CESAREA | 45 | 12 | 20 | 44 | 24 | 53.3 |
| ABORTO | | | | | | |
| Vaginal y aborto | 6 | 1.6 | 5 | 83 | 1 | 16.7 |
| Cesárea y aborto | 6 | 1.6 | 5 | 83 | 1 | 16.7 |
| ANTICONCEPTIVOS | | | | | | |
| NINGUNO | 82 | 22 | 30 | 36.6 | 52 | 63.4 |
| DIU | 84 | 23 | 31 | 36.9 | 53 | 63.1 |
| CONDON | 63 | 17 | 14 | 22.2 | 49 | 77.8 |
| RITMO | 5 | 1.3 | 1 | 20.0 | 4 | 80.0 |
| EYACULACIÓN INTERRUMPIDA | 11 | 3 | 5 | 45.5 | 6 | 54.5 |
| OTB O VASECTOMIA | 97 | 26 | 27 | 27.8 | 70 | 72.2 |
| HORMONAL ORAL O INYECCIONABLE | 12 | 3.2 | 4 | 33.3 | 8 | 66.7 |
| PARCHES | 9 | 2.4 | 5 | 55.6 | 4 | 44.4 |
| IMPLANTE | 9 | 2.4 | 2 | 22.2 | 7 | 77.8 |
| ESCOLARIDAD | | | | | | |
| sabe leer | 3 | 0.8 | 0 | 0.0 | 3 | 100.0 |
| primaria | 23 | 6.2 | 8 | 34.8 | 15 | 65.2 |
| secundaria | 112 | 30 | 42 | 37.5 | 70 | 62.5 |
| preparatoria | 165 | 44 | 54 | 32.7 | 111 | 67.3 |
| licenciatura | 69 | 19 | 17 | 24.6 | 52 | 75.4 |
| TOTAL | 372 | 100 | | | | |

En la tabla III se describe la asociación de los tipo de familiar y el ciclo vital de la misma con disfunción sexual femenina, encontrando que las familias nuclear simple y extensa son las que más predominan en las mujeres encuestadas con la afección de 32.6% (n=60) y 32.7% (n=40) . El ciclo vital de mayor estudio fue el de dispersión con una afección de 34.6% (n=71)

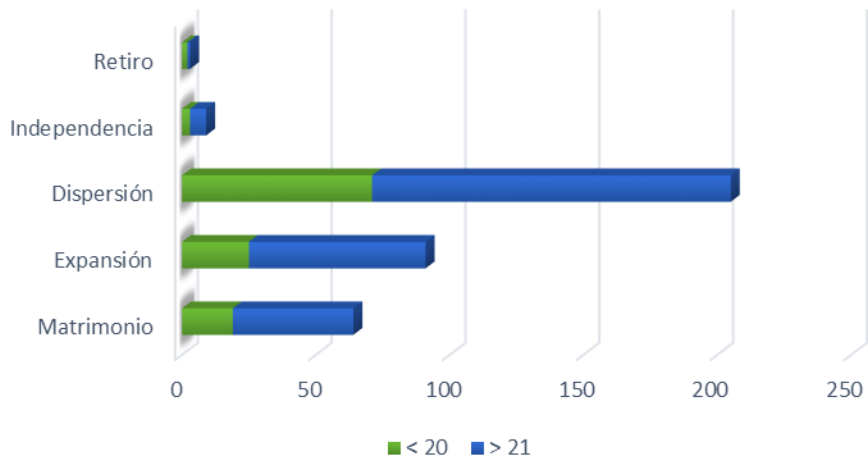
El FSFI-6: total y variables evaluadas entre las mujeres evaluadas

| TIPOLOGÍA FAMILIAR | N=372 | | ÍNDICE DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA | | | |
|------------------------|-------|--------|--------------------------------------|--------|--------|---------|
| | | | Menor o igual a 20 | | Mas 20 | |
| Nuclear | 18 | (4.8) | 5 | (27.7) | 13 | (72.3) |
| Nuclear simple | 184 | (49.5) | 60 | (32.6) | 124 | (67.4) |
| Nuclear numerosa | 8 | (2.2) | 5 | (62.5) | 3 | (37.5) |
| Monoparental | 17 | (4.6) | 3 | (17.6) | 14 | (82.4) |
| Monoparental extendida | 12 | (3.2) | 5 | (41.6) | 7 | (58.4) |
| extensa | 122 | (32.8) | 40 | (32.7) | 82 | (67.3) |
| extensa compuesta | 10 | (2.7) | 2 | (20) | 8 | (80) |
| No parental | 1 | (0.3) | 0 | (0) | 1 | (100) |
| CICLO FAMILIAR | | | | | | |
| Matrimonio | 64 | (17.2) | 19 | (24.6) | 45 | (75.4) |
| Expansión | 91 | (24.5) | 25 | (27.4) | 66 | (72.6) |
| Dispersión | 205 | (55.1) | 71 | (34.6) | 134 | (65.4) |
| Independencia | 9 | (2.4) | 3 | (33.3) | 6 | (66.6) |
| Retiro | 3 | (0.8) | 2 | (66.6) | 1 | (33.3) |

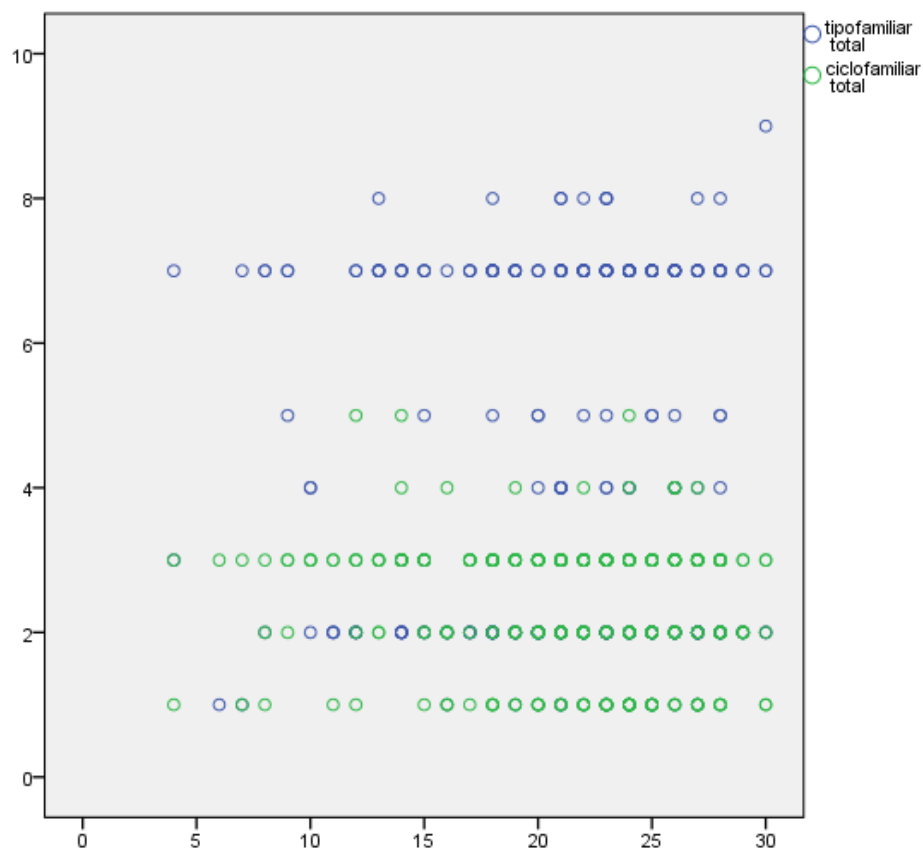
Tipología familiar e índice de disfunción sexual femenina



Ciclo familiar e índice de disfunción sexual femenina



En la gráfica 3. Se expone la asociación de la tipología y el ciclo vital de la familia con al existencia de disfunción sexual femenina ; como se puede apreciar los puntos están completamente dispersos.



Se obtuvo un valor de coeficiente de Spearman:

Rho= tipo familiar y disfunción sexual -0.013

Rho= ciclo familiar y disfunción sexual -0.086

Valor de p o significancia

P = tipo familiar y disfunción sexual 0.79

P = ciclo familiar y disfunción sexual 0.098

8 . DISCUSIÓN

De las 372 mujeres estudiadas el índice de disfunción sexual femenina es de 33.6 % similar a lo descrito en los artículos que se han aplicado en índice de disfunción sexual femenina de 19 ítems, es así como se ratifica la utilidad de IFSF-6 abreviado; pues los valores son muy similares. Incluso también nos podemos percatar que el dominio de mayor afección es la del deseo pues obtiene la media más baja 3.06 +/- 0.8 en relación con el resto de los dominios, situación también descrita. La máxima expresión de afección por quinquenio es el último grupo de 35 a 40 años, situación esperada pues esta descrito que la mujer peri menopáusica debido al decremento hormonal queda expuesta a esta afección. Tal y como lo describe Francisco Cabello el tabaco es un detonante para disminuir la excitabilidad de la mujer y respuesta de los genitales a los estímulos es así como se aprecia afección del 32 % a la par del 30% que describe este autor. Hasta el momento no existen artículos que busquen la asociación de la disfunción sexual femenina con el ciclo vital y tipología familiar, estudio que como se describe evalúa variables cualitativas es por ello que el coeficiente idóneo para su análisis es Spearman se obtuvo un valor de coeficiente de Spearman: Rho= tipo familiar y disfunción sexual -0.013 Rho= ciclo familiar y disfunción sexual -0.086. De tal forma que si consideramos a hipótesis planteadas existe evidencia de no correlación entre las variables ya que el valor de Spearman es cercano a 0 y además de que los valores de Rho están entre 0.0 y - 0.02 por lo tanto la correlación entre las variables es muy bajo o inexistente.

9 . CONCLUSIÓN

La disfunción sexual femenina sigue teniendo la prevalencia muy semejante hasta hace 10 años atrás, evidentemente a pesar de la tecnología no ha generado algún impacto en la búsqueda de la satisfacción sexual de la mujer; de tal forma que la familia continuara siendo el pilar para la educación sobre el tema. Aunque nuestra visión personal ante el incremento de las familias nucleares extensas pudiese ser un factor externo para la presencia de la disfunción sexual, considerando que la población a la que atendemos es de nivel socio - económicamente media y baja quienes habitualmente el tipo de viviendas son de interés social las cuales son departamentos; .los números no expresan nuestro pensar. No hay correlación según el índice de Spearman. Ahora bien al considerar el ciclo vital de la familia la fase de dispersión es una la de las más afectadas pero esta por si misma se pudiese entender pues es una de las etapas en la cual la mujer tiene mayor responsabilidad para con la familia: es así que como médicos familiares debemos aterrizar que dicha afección la pudiésemos considerar normativa.

Debiera ser reto para todo médico familiar abordar el tema, informarse y darles las herramientas necesarias a nuestras mujeres para poder tener una mejor calidad sexual; fortalecer el valor y la autoestima como mujer haciéndole saber que antes de tener esa gran y enorme responsabilidad materna, ellas son también importantes y que dedicarse por lo menos 60 minutos de los 1440 minutos que otorgan a su familia.

10 . BIBLIOGRAFIA

1. Claudia Sánchez Bravo; Jorge Carreño. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la ciudad de México. Salud mental Vol. 28 No 4 Agosto 2005
2. Isabel Larragaña, Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Gac sanit 2014; 28(S1):109-115
3. Romina Valenzuela, Yolanda Contreras, Karen Manríquez. Índice de función sexual en trabajadoras de la salud. Rev. Chil Obstet Ginecol 2014; 79(2) 92.101.
4. León Anzurez Medicina Familiar Ed Corinter pag. 218.
5. Patricia U.L. Cabral, Ana C.G. Canário; Determinants of sexual dysfunction among middle-aged women, International Journal of Gynecology & Obstetrics , Vol, 120 Issue 3, March 2013 Pages 271-274
6. Pérez- Martínez; Vargas – Díaz; Prevalencia de disfunción sexual femenina en una población que asiste a una unidad de urología Rev. Mex Urik 2008; 68 (62):98-102
7. Juan Enrique Blúmer; Índice de disfunción sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Rev. Chil Obstet Ginecol 2004 69 (2): 118-125.
8. Evaluación de los trastornos sexuales Barcelona Ed Grijalbo 1985:321
9. Francisco Cabello Santamaría, Adrián sapetti. Repercusiones del Tabaco en la sexualidad. Rev Int Androt. 2011; 9 (2): 50-53.
10. Artilés V, Gutiérrez MD, Sanfélix J. Función Sexual Femenina y Factores Relacionados. *Aten Primaria* 2006; 38(6)339-44.
11. Froilán Sánchez Sanchez. Deseo sexual hipo activo femenino: una propuesta de intervención médica. Rev. Int Androl 2010; 8 (19): 21-27
12. Casas Aranda; Guarao Sanchez. Sy DSF – AP: un cuestionario de 21 items para aproximarnos a la salud sexual y detectar las disfunciones sexuales femeninas en Atención primaria Semergen 207;33(1):9-13
13. Bachamann G Female sexuality and sexual dysfunction: are we stuck on the learning curve? J Sex Med 2006; 3(4):639-42
14. Francisco Cabello – Santamaría S Palacios. Actualización sobre el trastorno del deseo sexual hipo activo femenino. Prog Obstret Ginecol 2012: 55 (6): 289-295.

15. Claudia Sánchez. Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad Perinatol Reprod Hum 2005: 19:152-160
16. Lía Ornat, Rebeca Martínez Sexual function, satisfaction with life and menopausal symptoms in middle-aged women. Maturitas Vol. 75 issue 3 July 2013 pages 261-269
17. Shimatul Aida Y, and Lim, CKK and Soon; Prevalence of sexual dysfunction and related risk factors for sexual dysfunction among postmenopausal Malaysian women attending gynecological clinic in Obstetrics & Gynecology Department of Sabah Women and Children Hospital, Kota Kinabalu. Journal of Surgical Academia 2013; 3 (1): 58
18. P Chedraui, Pérez Lopez. Assessment of sexuality among middle-aged women using the female sexual function index Climacteric 2009:12:213-221
19. Dres. Brechara, A; Casabé; Berolino; Disfunción sexual femenina, Rev. Arg De Urol, Vol. 67 Nª4 Pág. 200. 2002
20. Peter Chedraui, Faustino R. Pérez-López. Assessment of sexual function mid-aged Ecuadorian women with the 6 – item Female Sexual Function Index: Maturitas 71 (2012) 407-412.
21. José Rubén Quiroz Pérez Una visión histórica sobre la medicina familiar en México MPA e Journal Med Fam & At Prim 2008 2(1) 49.54
22. Archivos de medicina familiar, Conceptos básicos por estudios de las familiar, Vol. 7 supl 1 2005 pag 15-19
23. Idarmis González Benitez. Las crisis familiares. Rev. Cubana Med Gen Integr 2000;16 (3) :280-6
24. Consuelo Gonzalez salinas eyaculación precoz en la práctica del médico familiar 2007 :14 (1) : 9-11
25. David Barrios Martínez, En las alas del placer. Ed.Pax México.
26. Blûmerl JE Araya H Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas Influencia de la menopausia y de la Terapia de Reemplazo Hormonal. Rev. Med Chile 2002; 3(4):1131-8
27. Wilfredo Guibert Factores asociados con la aparición de disfunciones sexuales en una población femenina Rev. Cubana Med Gen Integr 1998;14(1)

28. Huerta J. Medicina familiar. 1era edición. México. Ed. Alfil. 2005
29. Peter Chedraui, Faustino R. Pérez-López. Assessing predictors of sexual function in mid-aged sexually active women. *Maturitas* 68 (2011) 387 – 390.
30. Pérez –López, Faustino R. Fernández – Alonso. Assessment of sexual function and related factors in mid-aged sexually active Spanish women with the six-item Female Function Index
31. Patricia UchuaLeitao, Ana Carla Gomes. Physical activity and sexual function in middle-aged women *Rev Assoc Med Bras* 2014; 60(1); 47-52.

11. ANEXOS

ANEXO 1 Estudio sociodemográfico

Este cuestionario está diseñado para conocer los datos socio demográfico de las pacientes con vida sexual activa.

Ficha de identificación del encuestado:

Fecha: _____ Folio: _____

Nombre: _____ NSS: _____

Teléfono: _____

1.- ¿Cuál es su edad? _____

2.- ¿Usted fuma? _____ Qué cantidad? _____

3.- ¿Cual es su ocupación?

- a) Hogar b) Empleada c) Jubilada d) Pensionada e) Desempleada f) estudiante

4.- ¿Cual es su estado civil?

- a) Casada b) soltera c) separada o divorciada d) viuda f) unión libre

5.- ¿ En los últimos 4 meses a tenido vida sexual activa? a) Si b) No

En caso de contestar si , pude seguir elaborando el cuestionario.

6.- ¿Su pareja actual es? a) hombre b) mujer

7.- ¿Anoto cuantos embarazos a tenido (incluyendo abortos) ? _____

8.- ¿Qué tipo de parto a tenido?

- a) vaginales b) cesárea c) parto y cesárea e) aborto

9.- ¿Utiliza algún método de planificación familiar?

- a) Ninguno e) Ya se opero para no tener hijos
b) DIU f) Pastillas o inyecciones
c) Condón g) Parches
d) Ritmo h)Implante
e) Eyacuación interrumpida (el me cuida)

10.-¿Cuál es su escolaridad?

- a) sabe leer b) primaria c) secundaria d)preparatoria e)licenciatura

11.- En caso de padecer una enfermedad , Anote cual: _____

Las siguientes preguntas están diseñadas con la finalidad de conocer su tipología familia

12.- ¿Circule con quién vive dentro de su casa?

- Esposo Hijos e Hijas Suegros Padres Nuera o yernos Amigos
Nietos Abuelos Primos Tíos o tías Sobrinos Hermanos

Las siguientes preguntas están diseñadas con la finalidad de conocer el ciclo vital de su familia

13- Con respecto a sus hijos?

- No tengo hijos
 Son pequeños y no van a la escuela
 Todos o algunos de sus hijos asisten a la escuela
 Todos o algunos de sus hijos trabajan y son autosuficientes
 Sus hijos se casaron y solo vive con su pareja



Índice de Función Sexual Femenina Abreviado-6 (IFSFA-6)

Durante las últimas 4 semanas:

1. ¿Cómo calificaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- 5 Muy alto
- 4 Alto
- 3 Moderado
- 2 Bajo
- 1 Muy bajo o ninguno

2. ¿Cómo calificaría su nivel (grado) de excitación durante la relación sexual o coito?

- 0 No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas
- 5 Muy alto
- 4 Alto
- 3 Moderado
- 2 Bajo
- 1 Muy bajo o ninguno

3. ¿Con qué frecuencia se lubricó (notar más secreción genital) durante la actividad sexual o coito?

- 0 No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas
- 5 Siempre o casi siempre
- 4 La mayoría de las veces
- 3 A veces
- 2 Pocas veces
- 1 Casi nunca o nunca

4. ¿Con qué frecuencia alcanzó el orgasmo cuando tuvo estímulo sexual o coito?

- 0 No he tenido actividad sexual en las últimas 4 semanas
- 5 Siempre o casi siempre
- 4 La mayoría de las veces
- 3 A veces
- 2 Pocas veces
- 1 Casi nunca o nunca

5. ¿Cómo de satisfecha se ha sentido con su actividad sexual?

- 5 Muy satisfecha
- 4 Moderadamente satisfecha
- 3 Igual de satisfecha que insatisfecha
- 2 Algo (moderadamente) insatisfecha
- 1 Muy insatisfecha

6. ¿Con qué frecuencia nota molestia o dolor vaginal con la penetración?

- 0 No he intentado tener coito (penetración vaginal) en las últimas 4 semanas
- 5 Casi nunca o nunca
- 4 Pocas veces
- 3 A veces
- 2 La mayoría de las veces
- 1 Casi siempre o siempre



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---|---|
| Nombre del estudio: | DISFUNCION SEXUAL FEMENINA ASOCIADA AL CICLO Y TIPOLOGIA FAMILIAR |
| Patrocinador externo (si aplica): | |
| Lugar y fecha: | San Rafael Coacalco Estado de México |
| Número de registro: | R-2013-1402-27 |
| Justificación y objetivo del estudio: | La sexualidad es un aspecto fundamental de la calidad de vida de la mujer y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social Algunos estudios describen que los trastornos de la sexualidad afectaban al 50% de las mujeres de edad media, comprometiendo principalmente el deseo y la excitación. Es sabido que la mujer sigue siendo la pieza eje de la familia, a la cual se agregan a través de los ciclos de la familia una serie de responsabilidades psicológicas, físicas y emocionales que envuelven y olvidan a la satisfacción íntima del la mujer. Nuestro objetivo es integrar la disfunción sexual femenina al ciclo y tipología familiar en pacientes sanas de 20 a 39 años de la UMMA 198 |
| Procedimientos: | Contestación de test que evalúa el índice de función sexual femenina: |
| Posibles riesgos y molestias: | La negatividad de contestación de test, ya que la sexualidad es algo privado y difícil de compartir |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Identificar su patología y ofrecer posible terapia psicológica. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | El investigador se compromete a dar información oportuna sobre el estado sexual actual de las pacientes y posibles alternativas de tratamiento, así como a responder cualquier pregunta respecto al tema a evaluar. |
| Participación o retiro: | Se tomará una muestra representativa de la totalidad de mujeres de 20 a 39 años sanas de la UMMA 198 |
| Privacidad y confidencialidad: | El investigador responsable da la seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica. Se respetarán cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común). |

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: Conocer si existe algun disfuncion sexual y sus posibles tratamientos

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Alejandra González Mendoza U.M.F. 198

Colaboradores: _____

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto _____

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento _____

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma _____

Nombre, dirección, relación y firma _____

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

