



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN.

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

**“FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL Y FACTORES
RELACIONADOS EN MUJERES QUE ACUDEN A CONSULTA
EXTERNA DE GINECOLOGÍA”.**

TIPO DE INVESTIGACIÓN. OBSERVACIONAL, TRANSVERSAL
PROSPECTIVO, DESCRIPTIVO, ANALÍTICO.

PRESENTADA POR: DRA. ITZEL GARNICA RAMÍREZ.

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

DIRECTOR DE TESIS. DR. EDGAR HUGO CAMPOS SÁNCHEZ.

CIUDAD DE MÉXICO
2018.



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.

“Frecuencia de disfunción sexual y factores relacionados en mujeres que acuden a consulta externa de Ginecología”.

Autor: Dra. Itzel Garnica Ramírez.

Vo Bo.

DR. JUAN CARLOS DE LA CERDA ÁNGELES.



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

Vo Bo.

DR. FEDERICO LAZCANO RAMIREZ



SECRETARIA DE SALUD
SEDESA

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN

“Frecuencia de disfunción sexual y factores relacionados en mujeres que acuden a consulta externa de Ginecología”.

Dra. Itzel Garnica Ramírez.

Vo Bo.

DR. EDGAR HUGO CAMPOS SANCHEZ.



MEDICO GINECO OBSTETRA ADSCRITO AL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICA DEL HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA.


DIRECTOR DE TESIS.

“Frecuencia de disfunción sexual y factores relacionados en mujeres que acuden a consulta externa de Ginecología”.

Dra. Itzel Garnica Ramírez.

Vo Bo.

DR. JUAN CARLOS DE LA CERDA ÁNGELES.



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE GINECOLOGÍA
Y OBSTETRICIA.

DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA COSSIO.

ASESOR DE TESIS.

Dedicatoria y Agradecimientos.

A mis padres, mis pilares de vida, gracias por no cortar mis alas, ayudarme a levantar de mis caídas y soñar conmigo. Los amo.

A mis amigos por estar ahí y ser una luz en esos momentos de oscuridad.

A mis dos ángeles que desde el cielo me acompañan.

A la vida por poner en mi camino a las personas y situaciones correctas para seguir creciendo.

Al Dr. Hugo Campos por su confianza, guía y apoyo incondicional durante esta etapa, lo llevo en mi corazón.

Al Dr. Juan Carlos por la confianza y apoyo incondicional.

Y sobre todo a mis pacientes, que sin ellas no podría ser ni la mitad de lo que soy ahora.

Por ustedes gracias.

Índice.

Introducción	1
Planteamiento del Problema	48
Justificación.	49
Objetivos	51
Material y Métodos	52
Resultados	56
Discusión.	72
Conclusiones.	75
Bibliografía	77

I.- Introducción.

Marco Teórico.

La Organización Mundial de la Salud admitió la importancia de la función sexual como determinante de la calidad de vida y declaró que la salud sexual es un derecho fundamental de hombres y mujeres.

Durante gran parte de la historia de la humanidad, las creencias habituales sobre la sexualidad humana las moldeaba, en gran medida, el dogma religioso, cuya vehemencia casi nunca se justificaba en pruebas científicas. Los estudios epidemiológicos pioneros de Alfred C. Kinsey aportaron, por primera vez, una prueba de la variabilidad de las prácticas sexuales de los hombres y mujeres norteamericanos. (1) Las excelentes encuestas epidemiológicas, por ejemplo la del Massachusetts Male Aging Study (MMAS) de Feldman et al. o las del National Health and Social Life Survey (NHSLs) de Laumann et al., basadas en técnicas de muestreo modernas, revelaron las altas tasas de prevalencia de la disfunción sexual entre los hombres de mediana edad y mayores de la comunidad. La disfunción sexual activa y molesta afecta al 10% de las personas, y su prevalencia aumenta

más en la tercera edad. La disfunción pasajera, o no molesta, puede referirla hasta un 40% de la población. (2)

William Masters y Virginia E. Johnson averiguaron que los hombres y las mujeres exhiben una respuesta fisiológica predecible tras la estimulación sexual. Estas descripciones de referencia sobre el ciclo de la respuesta sexual humana de Masters y Johnson constituyeron la base para la clasificación racional de los trastornos sexuales humanos. Sigmund Freud adscribió los problemas sexuales de los hombres y mujeres adultos a las dificultades más tempranas en la maduración de la sexualidad infantil y el desarrollo de la relación parentofilia. Las teorías psicoanalíticas de Freud se han visto, en gran parte, suplantadas por los avances recientes en los conocimientos acerca de los mecanismos fisiológicos y bioquímicos de la erección del pene y por el desarrollo de tratamientos del trastorno eréctil basados en estos mecanismos. En las décadas de los ochenta y los noventa se produjeron grandes avances en el conocimiento de los mecanismos fisicoquímicos que determinan la intumescencia y rigidez del pene. Se admitió que la erección del pene es el resultado de una relajación del músculo liso cavernoso y de un incremento del flujo sanguíneo peniano. El hallazgo del óxido nítrico como vasodilatador clave del músculo liso vascular

supuso un descubrimiento fundamental, por el que, más adelante, Robert F. Furchgott, Louis J. Ignarro y Ferid Murad recibieron el Premio Nobel de Fisiología o Medicina. El reconocimiento de que el óxido nítrico relajaba el músculo liso cavernoso al estimular la guanilato ciclasa constituyó la base para el descubrimiento de fármacos extraordinariamente eficaces para el tratamiento del trastorno eréctil por vía oral. (3)

Tradicionalmente, la clasificación en la nomenclatura de los trastornos sexuales se basó en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), ante todo una nomenclatura psiquiátrica, que refleja la creencia de que los trastornos sexuales masculinos y femeninos poseen un origen psicógeno. Las definiciones en la clasificación de los trastornos sexuales fueron actualizadas en el DSM y por otros grupos de expertos a comienzos de la década de los noventa. En mayo de 2013, el DSM-5 (5.ª edición) matizó la clasificación y definición de los trastornos sexuales de hombres y mujeres. (4)

La disfunción sexual de los hombres de mediana edad y mayores, no tanto la de las mujeres, suele obedecer a enfermedades asociadas. La disfunción sexual de las mujeres está más íntimamente ligada a la salud mental. (5).

Las definiciones clínicas de disfunción sexual, sobre todo de la femenina, siguen suscitando debate. Entre las mujeres, la correlación del diagnóstico clínico de disfunción sexual con la percepción del problema por la mujer resulta escasa. Por ejemplo, según un estudio, cerca del 20% de las mujeres de mediana edad habían sido diagnosticadas de disfunción sexual, aun cuando ellas no referían ningún problema; por otro lado, un número similar de mujeres, que no habían sido diagnosticadas de disfunción sexual, notificaron problemas con su vida sexual. (6)

Ciclo de la respuesta sexual humana.

El modelo tradicional de la respuesta sexual humana, proveniente de la investigación de Masters, Johnson y Kaplan, establecía una progresión lineal del deseo a la excitación, hasta llegar a una meseta de gran excitación seguida de orgasmo/eyaculación y, por último, de una fase de resolución. En contraste llamativo con este modelo previo de progresión lineal invariable de fases concretas, según la investigación actual, la respuesta sexual es un ciclo basado en motivación e incentivos que consta de fases de respuesta fisiológica y experiencia subjetiva. Las fases del ciclo se solapan y el orden varía. Las motivaciones y los incentivos para el sexo son múltiples y variados. El deseo de ambos manifiesta y refuerza la intimidad emocional entre la pareja y resulta importante

para hombres y mujeres. La depresión es una de las causas principales de disminución de la motivación sexual de personas, por otra parte, sanas y de aquellas con endocrinopatías: la depresión comórbida se ha identificado, en repetidas ocasiones, como factor subyacente a la disfunción sexual de las mujeres diabéticas. Incluso cuando no hay una depresión clínica, el interés sexual bajo se asocia a un mayor número de pensamientos depresivos y ansiosos y a una peor autoimagen sexual que la de los testigos. Las endocrinopatías pueden reducir mucho la imagen sexual propia, sobre todo si se acompañan de cambios en el aspecto, de esterilidad o de la posibilidad de obtener un empleo remunerado. El deseo sexual, como sucede con la lujuria o el impulso sexual, constituye solo uno de los múltiples motivos por los que las personas tienen sexo y se percibe, o no, desde el principio: el deseo puede ser desencadenado por la excitación sexual (es decir, excitación sexual subjetiva en respuesta a estímulos sexuales). Algunos investigadores proponen que la excitación y el deseo solo se dan en respuesta a estímulos sexuales relevantes y que cualquier pensamiento interno o fantasía también nacen de un estímulo externo. La relación entre el deseo y la excitación de hombres y mujeres es variable y compleja y, a menudo, no cabe separarlos. Este solapamiento entre las fases se corresponde con los datos de los estudios de

neuroimagen de la excitación sexual: se ha establecido que la motivación constituye una faceta de la excitación sexual y, el deseo, un componente de la motivación. Muchos factores, psíquicos y biológicos, modifican la percepción y el procesamiento de los estímulos sexuales en el cerebro, que facilita o rechaza la excitación subsiguiente. Los desenlaces de tipo sexual y no sexual influyen en la motivación sexual futura. La variabilidad considerable entre las personas y dentro de la vida sexual de una misma persona está influida por diversos factores, como la etapa del ciclo vital, la edad y la duración de la relación; se relaciona de manera intensa con la salud mental y con la felicidad en la relación. (7, 8, 9)

La excitación y el placer no siempre ocurren si no se les presta atención, aun cuando la motivación sexual sea suficiente y existan estímulos adecuados. La revisión de la bibliografía sobre excitación sexual en 2009 confirmó la importancia capital de los procesos de atención para facilitar los componentes subjetivo y también fisiológico de la excitación sexual. La información sexual es procesada por la mente de manera automática y consciente. La naturaleza sexual de los estímulos la procesa el sistema límbico, que permite la congestión genital (automática y rápida en la mujer, y más lenta, pero aun así involuntaria, en el hombre). La

percepción consciente de los estímulos sexuales y de los indicios contextuales puede llevar a una excitación subjetiva. Esta última se acrecienta con el reconocimiento de la congestión genital de la excitación, experiencia que el hombre registra con más precisión e intensidad que la mujer. La excitación subjetiva también se percibe de forma cognitiva, Este tipo de cogniciones modifican constantemente las respuestas fisiológica y subjetiva. Cuando se pone la mira en pensamientos no eróticos durante la estimulación sexual, posiblemente por la ansiedad, como propuso por vez primera Barlow, pueden surgir problemas sexuales. En un estudio reciente de hombres y mujeres con relaciones duraderas se descubrió que las mujeres tendían a comunicar ideas no eróticas sobre la imagen corporal y las consecuencias externas de la actividad sexual, mientras que los hombres solían referir pensamientos no eróticos por un mal rendimiento sexual cuanto más frecuentes eran los pensamientos no eróticos, más disfunción sexual se registraba. Aún más importante, cuanto más difícil resultaba regresar al pensamiento erótico, mayores eran las probabilidades de una dificultad sexual. Esta investigación resulta muy pertinente para los pacientes con enfermedades endocrinas, que suelen repercutir de forma negativa en la autoimagen y la función sexuales. (10, 11, 12)

Así pues, las ideas actuales sobre las respuestas sexuales masculina y femenina contrastan mucho con el modelo anterior, que dibujaba una progresión lineal invariable de fases muy concretas, desde el deseo hasta la excitación y una meseta de gran excitación, seguidas por el orgasmo/la eyaculación y, por último, una fase de resolución. La disfunción sexual femenina suele cursar con menos excitación y deseo y una menor frecuencia de orgasmos, como se refleja en el término recién acuñado trastorno del interés/la excitación sexual que aparece en el Manual diagnóstico y estadístico, 5.a edición (DSM-5) de la American Psychiatric Association. (13)

DEFINICIONES ACTUALES DE LOS TRASTORNOS SEXUALES FEMENINOS.

a.-Trastorno del interés/de la excitación sexual femenina

Ausencia de interés/excitación sexual durante, al menos, 6 meses, manifestada por tres de los indicadores siguientes, como mínimo:

1. Ausencia/reducción de la frecuencia o intensidad del interés por la actividad sexual
2. Ausencia/reducción de la frecuencia o intensidad de los pensamientos o fantasías sexuales/eróticos
3. Ausencia o reducción de la frecuencia de iniciación de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla
4. Ausencia/reducción de la frecuencia o intensidad de la excitación/placer sexual durante la actividad sexual en todos o casi todos (aprox. 75%) los encuentros sexuales
5. El interés/la excitación sexuales faltan o se inducen pocas veces con las señales sexuales/eróticas internas o externas (p. ej., escritas, verbales, visuales)
6. Ausencia/reducción de la frecuencia o intensidad de las sensaciones genitales o no genitales durante la actividad sexual en todos o casi todos (aprox. 75%) los encuentros sexuales

b.- Trastorno orgásmico femenino

Como mínimo, uno de los dos síntomas siguientes debe estar presente con una duración mínima de aproximadamente 6 meses y experimentarse en todas o casi todas (aprox. 75%) las ocasiones para la actividad sexual:

1. Retraso notable, frecuencia llamativamente escasa o ausencia de orgasmos
2. Reducción llamativa de la intensidad de la sensación orgásmica

c.- Trastorno por dolor genitopélvico/penetración

Dificultades persistentes o recurrentes durante aproximadamente 6 meses, como mínimo, con uno o más de los siguientes elementos:

1. Dificultad llamativa para el coito/penetración vaginal
2. Dolor vulvovaginal o pélvico intenso durante las tentativas de coito/penetración vaginal
3. Miedo o ansiedad intensos por el dolor vulvovaginal o pélvico con la penetración vaginal
4. Tensión o contracción intensas de los músculos del suelo pélvico durante la tentativa de penetración vaginal

Bancroft et al. propusieron teorías duales para el control de la percepción sexual de hombres y mujeres. Su modelo de regulación concibe un equilibrio entre la activación sexual y la inhibición sexual del cerebro de cada persona; este equilibrio determina si la estimulación sexual lleva hasta la excitación. Se usó un cuestionario para caracterizar los factores concretos asociados a la excitación o la inhibición sexuales de una persona. Los ítems de inhibición resultaron la amenaza de fracaso durante la ejecución y la amenaza de las consecuencias de la ejecución (o de ambas) en los hombres; en las mujeres primaron la importancia de la relación (como reflejo de la necesidad del sexo dentro de un tipo específico de relación), las dudas sobre la función sexual (preocupaciones y distracciones por la función sexual) y la contingencia de la excitación (posibilidad de inhibir la excitación según el contexto de la situación). (14)

Mecanismos fisiológicos de la respuesta sexual humana.

Fisiología del deseo y de la excitación.

Los estudios funcionales de neuroimagen han aclarado algunos de los correlatos neurales de la respuesta sexual, por más que se hayan centrado en la excitación masculina en respuesta a la visión de estímulos sexuales. La revisión de estudios publicados,

centrados en su mayoría en hombres voluntarios sanos heterosexuales, ha llevado a un modelo que incluye múltiples facetas de la excitación sexual. Los estudios de imagen del cerebro durante la estimulación sexual comprenden un circuito complejo con activación de regiones cerebrales relacionadas con los distintos aspectos de la excitación y desactivación de otras que inhiben la excitación sexual. (15)

En consonancia con el modelo contemporáneo circular de respuesta sexual (que representa los incentivos/las motivaciones sexuales, el procesamiento de la información, el solapamiento entre excitación y deseo, el énfasis en una excitación subjetiva y también fisiológica más la importancia de la compensación), el modelo de excitación sexual que emana de los datos de las neuroimágenes abarca elementos cognitivos, motivacionales, emocionales y neurovegetativos. El componente cognitivo comprende la percepción de estímulos potencialmente sexuales, la concentración de la atención en dichos estímulos percibidos como eróticos, y la imaginación de la actividad sexual real. Se consideran correlatos neuronales de este componente cognitivo las activaciones de la corteza orbito frontal (COF) lateral derecha o las cortezas temporal inferior derecha e izquierda, la parte superior de los lóbulos parietales y las áreas pertenecientes a la red neural

que media en las imágenes motoras (parte inferior de los lóbulos parietales, área premotora ventral izquierda y áreas motoras suplementarias derecha e izquierda, cerebelo). El componente motivacional engloba los procesos que dirigen el comportamiento hacia un objetivo sexual, entre ellos la urgencia percibida para expresar un comportamiento sexual franco. Así pues, el componente motivacional incluye, según este concepto, la experiencia del deseo sexual. Los correlatos neuronales representan, al parecer, la corteza cingular anterior (CCA), el claustró, la corteza parietal posterior, el hipotálamo, la sustancia negra y la porción ventral del cuerpo estriado. El componente emocional es la actividad cerebral que subyace al placer de la excitación mental y a la percepción de las respuestas genital y otras de naturaleza física. Este placer incluye el gusto y el deseo. Las cortezas somatosensoriales primarias y secundaria izquierdas, los núcleos amigdalinos y la parte posterior de la ínsula derecha se consideran correlatos neurales de este componente emocional. El componente neurovegetativo y neuroendocrino abarca las diversas respuestas (p. ej., genital, cardiovascular, respiratoria, cambios en las concentraciones plasmáticas hormonales) que facilitan la preparación para el acto sexual: la activación de la corteza cingular anterior, la parte anterior de las ínsulas, los putámenes y el hipotálamo podría contribuir. (16, 17)

El estudio de las desactivaciones cerebrales durante la excitación sexual ha revelado tres componentes inhibitorios:

1. Inhibición mediada en regiones de los lóbulos temporales y circunvolución recta de la COF en estado de reposo. Los pacientes con lesiones de la circunvolución recta manifiestan un apetito excesivo por las actividades sexuales y otras de tipo placentero. Ello, sumado a la desactivación del lóbulo temporal, se ilustra en el síndrome de hipersexualidad excesiva de Klüver-Bucy. Las regiones temporales desactivadas se diferencian de las que se activan en respuesta a los estímulos sexuales visuales.

2. La inhibición de la excitación, una vez comenzada, que limita su expresión por la escasa idoneidad de las circunstancias, está mediada por los núcleos caudado y putamen sanos y se corresponde con los casos notificados de hipersexualidad asociados con una lesión en la cabeza de los núcleos caudales.

3. Se cree que la activación de la COF izquierda influye en los estímulos sexuales, limitando la capacidad para la excitación.

Llama la atención que estas regiones, que supuestamente median en la inhibición de la excitación sexual, se activen durante tareas que requieren juicios morales y durante las cuales intervienen la culpa y la vergüenza. Los hombres suelen presentar una mayor

capacidad de respuesta a los estímulos visuales de excitación sexual que las mujeres. Los estudios funcionales de imagen durante la estimulación del pene o del clítoris hasta alcanzar el orgasmo revelan una mayor activación de las regiones frontoparietales izquierdas femeninas, sobre todo de la parte posterior de la corteza parietal y del área motora suplementaria, regiones asociadas con la representación mental de las acciones de otra persona. Se cree que estos hallazgos pueden reflejar las diferencias sexuales en la perspectiva y empatía y que los hombres y las mujeres aplican estrategias cerebrales diferentes para llegar al orgasmo, por más que las respuestas cerebrales durante los orgasmos se asemejen, por sí mismas, en uno y otro sexo. (15)

Neurotransmisores y hormonas que participan en el deseo sexual y en la excitación subjetiva.

En la respuesta sexual intervienen una serie de hormonas y péptidos. La interacción entre los andrógenos y los neurotransmisores es compleja: los andrógenos influyen en la liberación de neurotransmisores y los neurotransmisores pueden modular la señalización a través de los receptores androgénicos. La importancia de la testosterona en el deseo y la excitación está mejor documentada en los hombres que en las mujeres. Las vías

cerebrales de la inhibición sexual abarcan transmisiones neurales por opioides, endocannabinoides y serotonina que retroalimentan, en grado diverso, las vías excitadoras. Se cree que el patrón conductual estimulado por las vías inhibitorias contiene tanto la recompensa sexual como un estado refractario de saciedad. Los opiáceos exógenos inhiben la actividad sexual, con independencia de su efecto inhibidor de la hormona luteinizante (LH), la hormona liberadora de LH y la testosterona. Los opioides endógenos modulan los efectos de retroalimentación de los esteroides sexuales sobre el hipotálamo y la hipófisis. La β -endorfina se sintetiza en la adenohipófisis, el hipotálamo y el núcleo del tracto solitario del tronco encefálico. Los efectos inhibitorios sexuales de los opiáceos se deben, sobre todo, a su acción sobre la APOM y el núcleo amigdalino. Las dosis bajas de opiáceos pueden surtir un efecto facilitador, quizá por sus acciones sobre el área tegmentaria ventral, que activa el sistema mesolímbico dopaminérgico. Los opioides exógenos inducen una sensación intensa de placer que se ha relacionado con el orgasmo y seguida de un estado de relajación y calma. (18,19,20)

Las melanocortinas derivan de la proopiomelanocortina y modulan la respuesta sexual a través de un subtipo específico de receptor, el de melanocortina 4. La administración de agonistas de los

receptores de melanocortina se ha asociado con un incremento de las erecciones espontáneas de hombres sanos y con un trastorno eréctil, así como con un aumento del deseo, pero no de la respuesta genital de las mujeres. Las cifras de oxitocina aumentan cerca del orgasmo. Los efectos de los factores biológicos se entremezclan con los de los ambientales y sociales. (21)

Congestión sexual genital y excitación.

Los hombres y las mujeres se diferencian mucho cuando se examina la correlación entre la congestión genital y la excitación sexual subjetiva. La excitación subjetiva suele coincidir con la congestión genital masculina, pero hay muy poca correlación entre la excitación subjetiva y los índices de congestión genital de las mujeres. A diferencia de la evaluación habitualmente precisa que el hombre efectúa de su erección, el análisis del grado de congestión genital de una mujer resulta menos exacto. Se cree que la congestión genital femenina es un reflejo automático inmediato que ocurre segundos después del estímulo erótico; es posible que la mujer no lo perciba en absoluto como un estímulo excitador sexual o incluso que le resulte emocionalmente negativo. (21)

La excitación sexual femenina (es decir, la excitación sexual subjetiva) se acompaña de una serie de cambios físicos, como la hinchazón de los genitales, la mayor lubricación de la vagina, la ingurgitación mamaria y la erección de los pezones; una hipersensibilidad de la piel a los estímulos sexuales; cambios de la frecuencia cardíaca, presión arterial, zona muscular, respiración y temperatura; y moteado de la piel con una descarga sexual de vasodilatación sobre el tórax y la cara. Se trata de cambios reflejos mediados por el sistema nervioso autónomo. A los pocos segundos, el flujo sanguíneo vaginal aumenta: se observa una vasodilatación de las arteriolas del plexo submucoso, que aumenta la trasudación de líquido intersticial de los capilares hacia el epitelio y la luz vaginal. Al mismo tiempo, se relajan las células musculares lisas que rodean los sinusoides clitorídeos, fomentando su congestión. Los estudios de RM han confirmado la presencia de un tejido clitorídeo extenso más allá de la porción visible del clítoris. El clítoris contiene la cabeza, el tallo y los ramos que se extienden a lo largo del arco púbico y el tejido periuretral situado delante de la pared vaginal anterior, así como el tejido bulbar que rodea la porción distal anterior de la vagina y continúa con el tejido periuretral. Conforme se va hinchando el clítoris, se eleva para acercarse a la sínfisis del pubis. La vagina se alarga y se dilata durante la excitación, elevando el útero. Los labios

genitales se hinchan y adquieren un color rojo más oscuro, mientras que el tercio inferior de la vagina se hincha. (22, 23, 24)

Los nervios autónomos que acompañan esta congestión genital extensa se pueden dañar en la cirugía ginecológica si se lesionan los ligamentos cardinales y los ligamentos uterosacros; cabe la posibilidad de lesión del plexo nervioso de Frankenhauser y del plexo nervioso uterovaginal. Así como la histerectomía abdominal intrafascial se caracteriza por la incisión y pinzamiento de la fascia pubocervical y daña la densa inserción de los ligamentos cardinales y uterosacros, interrumpiendo así un sistema importante de apoyo y los plexos nerviosos, la histerectomía intraestromal no corta ni pinza el ligamento cardinal ni el ligamento enterosacro ni la fascia. Las cintas transvaginales para la incontinencia urinaria también pueden dañar los nervios autónomos situados entre la pared vaginal anterior y la vejiga. Los estudios de RM funcional indican que, contrariamente a los hombres, la activación de las áreas que organizan la vasocongestión genital femenina no se correlaciona con la excitación subjetiva. La neurobiología de la respuesta vasocongestiva genital de las mujeres es compleja y no se termina de entender. La liberación de óxido nítrico y de VIP desde los nervios parasimpáticos contribuye. La acetilcolina, que bloquea los

mecanismos vasoconstrictores noradrenérgicos y fomenta la liberación de óxido nítrico desde el endotelio, también se libera. Existe una comunicación entre el nervio cavernoso, que contiene óxido nítrico y se dirige al clítoris, y la porción distal del nervio somático dorsal del clítoris, proveniente del nervio pudendo. Los nervios simpáticos de la pelvis liberan sobre todo noradrenalina vasoconstrictora, adrenalina y trifosfato de adenosina (ATP), pero algunos emiten acetilcolina, óxido nítrico y VIP. La ansiedad provocada en una situación de laboratorio puede aumentar la respuesta vasocongestiva de los genitales a la estimulación erótica de las mujeres con una vida sexual sana. La localización de NOS, AMPc y las isoenzimas PDE que degradan el GMPc en el tejido vaginal humano se conoce, y hace poco se han identificado proteínas que se unen a la AMPc y al GMPc. Estas últimas se localizan con la NOS endotelial (NOSe). La estrecha proximidad con los nervios con positividad para VIP hace pensar que el AMPc y el GMPc actúan de forma sinérgica en el control del flujo sanguíneo vaginal. El neuropéptido Y (un vasoconstrictor), el CGRP (probablemente influye en la permeabilidad capilar y en la sensibilidad) y la sustancia P (un transmisor sensitivo) también inervan la microcirculación vaginal. Los receptores de melanocortina 4 y la oxitocina quizá contribuyan asimismo a las vías eferentes clitorídeas y vaginales. (25)

La intermitencia de la microcirculación vaginal por la contracción y relajación de los esfínteres precapilares en respuesta a la hipoxia y la liberación de metabolitos (P_{CO_2} , ácido láctico, ATP) se conoce como vasomotilidad. La vasomotilidad está presente fuera del estado de excitación y disminuye a los pocos segundos del estímulo sexual, que incrementa la perfusión arterial, reclutando, de este modo, más capilares y reduciendo la vasomotilidad: el resultado es la vasocongestión vaginal. Las oscilaciones lentas del flujo sanguíneo vaginal, independientes de la vasocongestión vaginal, se correlacionan, según se ha comprobado hace poco, con la excitación subjetiva de las mujeres sanas y disminuyen de intensidad entre aquellas con un trastorno de la excitación. El mayor flujo sanguíneo por los capilares vaginales submucosos incrementa la producción de líquido intersticial, que difunde más deprisa a través de las células del epitelio vaginal y hacia la luz: por eso, el líquido de lubricación durante la excitación contiene menos potasio y más sodio que fuera de la excitación. En este momento se desconoce en qué grado contribuye la permeabilidad de las células epiteliales al proceso de la lubricación. El clítoris es la zona sexual más sensible del cuerpo. Las terminaciones nerviosas de este glándulo, conocidas como receptores corpusculares, posiblemente intervengan; se trata de mecanorreceptores, con una densidad variable, pero hasta 14

veces mayor que la densidad de estos mismos receptores en el glándula peniano. (26)

Fisiología del orgasmo

El orgasmo es un suceso cerebral, desencadenado habitualmente por la estimulación genital pero también por el sueño, la estimulación de otras regiones corporales (entre ellas, las glándulas mamarias y los pezones), la fantasía, ciertos fármacos y, entre mujeres con una lesión medular, la estimulación vibratoria del cuello uterino. Algunas mujeres refieren diferencias cualitativas en el orgasmo, que dependen del tipo de estimulación. El control protuberancial del orgasmo femenino se centra, al parecer, en una región localizada del tegmento protuberancial dorsolateral denominada recientemente centro estimulador de los órganos pélvicos. Otra región protuberancial, el área protuberancial ventrolateral, denominada hace poco centro estimulador del suelo pélvico, contribuye a organizar las contracciones del suelo pélvico durante el orgasmo y emite proyecciones directas a las motoneuronas del suelo de la pelvis. (27)

Definiciones actuales de los trastornos sexuales de la mujer.

Las definiciones actualmente recomendadas por el DSM-5 de los trastornos sexuales femeninos solo se diagnostican si causan un

sufrimiento o una alteración con relevancia clínica. Los trastornos se identifican como de comienzo precoz (indefinidos) o tardío (adquirido). La disfunción sexual no debe explicarse mejor por un trastorno psiquiátrico no sexual, los efectos de una sustancia (p. ej., una droga o un fármaco), una enfermedad o la dificultad en la relación, la violencia de la pareja u otros estresores importantes.

A) Trastorno del interés/de la excitación sexual.

Se caracteriza por la falta de deseo sexual su prevalencia oscila entre 10%, y no aumentan con la edad. Los factores de riesgo incluyen los sentimientos negativos para la pareja y los trastornos del estado de ánimo. (28)

B) Trastorno orgásmico femenino.

La prevalencia del trastorno orgásmico femenino tampoco está clara porque en muchos estudios se incluye a mujeres con una excitación baja que casi nunca alcanzan el orgasmo. Los factores de riesgo son la ansiedad ante la presencia de la pareja, el miedo a sentirse vulnerable, a perder el control y a la intimidad. Estos factores suelen provenir de experiencias infantiles (no sexuales). (28)

C) Trastorno por dolor genitopélvico/penetración.

La fusión de los términos anteriores vaginismo y dispareunia. La prevalencia notificada del dolor sexual varía entre el 20 y el 35%. El tipo más habitual de dolor con la penetración, la vestibulodinia inducida, aflige al 16% de casi todas las mujeres premenopáusicas. Los factores de riesgo para la vestibulodinia inducida abarcan ciertos rasgos de la personalidad – perfeccionismo, dependencia de la recompensa, temor a una evaluación negativa– así como la evitación del dolor, la hipervigilancia del dolor y niveles más altos del rasgo de ansiedad y timidez. La candidiasis vaginal parece precipitar y mantener el trastorno de un pequeño subgrupo. Este término ha descrito la evitación (fóbica), la contracción voluntaria de la musculatura pélvica y la anticipación, temor o experiencia de dolor; si no se descubre ninguna anomalía estructural o de otra naturaleza en la exploración, hay que aplazar el diagnóstico hasta que se haya iniciado algún tratamiento. Los factores de riesgo son depresión, ansiedad, fobia social, somatización y hostilidad. (29)

D) Trastornos por excitación sexual persistente.

Excitación genital espontánea, indiscreta y no deseada (p. ej., hormigueo, pulsaciones, latidos) en ausencia de interés y deseos sexuales. Toda percepción de la excitación subjetiva suele resultar

desagradable, aunque no siempre. La excitación no desaparece después de uno o más orgasmos y la sensación citada persiste durante horas o días. 206 Se desconoce la prevalencia y se han descrito multitud de síntomas, desde leves (e incluso agradables) hasta molestos y extraordinariamente desagradables que dificultan notablemente la vida.

E) Disfunción Sexual en el contexto de las enfermedades endocrinas.

La respuesta sexual de un paciente con una enfermedad crónica está condicionada por la enfermedad propiamente dicha, su tratamiento, sus efectos psicológicos y los problemas interpersonales, personales y contextuales. En las enfermedad tiroidea de la mujer los estados hiper- e hipotiroideo representan, según se sabe, factores de riesgo para la disfunción sexual y remiten, en su mayoría, cuando se normaliza de nuevo el estado tiroideo. Hiperprolactinemia de la mujer. La hiperprolactinemia se asocia con un mayor riesgo de disfunción sexual presentan índices más bajos de función sexual y deseo. En cuanto a la diabetes mellitus la respuesta y la satisfacción sexuales de las mujeres se alteran por los cambios que la diabetes produce en su bienestar, estado de ánimo e imagen propia, sobre todo si sufren un incremento de peso no deseado, vaginitis recurrente por

candidiasis o esterilidad. Además, la neuropatía autónoma o la disfunción endotelial y la enfermedad microvascular pueden mermar la respuesta sexual genital neurovascular.

Menopausia natural.

La mayoría de las mujeres que suspende la suplementación estrogénica posmenopáusica muestra signos de atrofia vulvovaginal, un factor de riesgo para la disfunción sexual. Es probable que varios factores contribuyan a los síntomas sexuales. Se ha comprobado que los factores psíquicos, más que la cifras de estrógenos, modulan los síntomas en presencia de una atrofia vaginal. (30)

Menopausia quirúrgica.

La menopausia quirúrgica es un estado de disminución brusca de los andrógenos y estrógenos que suele considerarse como factor de riesgo para la disfunción sexual. Descenso de los precursores de las hormonas sexuales femeninas asociado al envejecimiento. Desde los 35 hasta los 60 años aproximadamente, la producción suprarrenal de precursores hormonales –DHEA, androstenodiona y sulfato de DHEA (DHEAS)– por las mujeres disminuye en un 70%. (30)

Valoración de la disfunción sexual

Preguntas de valoración	Comentarios
Preguntas formuladas a uno o a los dos componentes de la pareja	
1. Problemas sexuales y motivo de consulta en ese momento	Pedir al paciente que describa los problemas sexuales con sus propias palabras; aclarar mediante preguntas directas con varias opciones más que a través de preguntas dirigidas, respaldar y animar, admitir la vergüenza y dar tranquilidad, señalando que los problemas sexuales ocurren con frecuencia
2. Duración, uniformidad y prioridad, si hay más de un problema	¿Se presentan los problemas en todas las situaciones? ¿Cuál es el problema más preocupante?
3. Contexto de los problemas sexuales	Intimidad emocional entre la pareja, actividad o comportamiento justo antes del acto sexual, privacidad, comunicación sexual, hora del día y grado de cansancio, control de la natalidad (idoneidad, tipo), riesgo de

Preguntas de valoración	Comentarios
	ETS, utilidad de la estimulación sexual, conocimiento sexual
4. Respuesta sexual de cada miembro de la pareja en campos distintos al del problema	Tanto en ese momento como antes de que se iniciaran los problemas sexuales
5. Reacción de la pareja	¿Cómo ha reaccionado la pareja desde el punto de vista emocional, sexual y conductual?
6. Ayuda previa	Cumplimiento de las recomendaciones y efectividad
Preguntas formuladas a cada miembro de la pareja por separado *	
1. Evaluación propia de la situación	A veces, es más fácil revelar la intensidad del síntoma (p. ej., falta completa de deseo) en ausencia de la pareja
2. Respuesta sexual a la	Preguntar también por los pensamientos y fantasías sexuales

Preguntas de valoración	Comentarios
autoestimulación	
3. Experiencia sexual anterior	Aspectos positivos y negativos
4. Antecedentes	¿Relaciones con otras personas del hogar durante la infancia? ¿Pérdidas, traumatismos, proximidad del paciente con otras personas (si la hay)? ¿Le ha mostrado a él o a ella afecto físico, cariño, respeto?
5. Abuso sexual, emocional y físico en otras épocas o en el momento actual	Explicar que los problemas de abuso son habituales y no implican necesariamente la génesis del problema; vale la pena preguntar al paciente si se ha sentido herido o amenazado en la relación y, en caso afirmativo, si él o ella desean aportar más información
6. Salud física, en particular	Preguntar, en concreto, por fármacos con efectos secundarios sexuales conocidos, como ISRS, IRSN, β -

Preguntas de valoración	Comentarios
<p>trastornos causantes de debilidad y fatiga, dificultad para la movilidad (p. ej., al acariciar a la pareja, practicar la autoestimulación) y dificultades con la imagen propia (p. ej., por obesidad, síndrome de Cushing, hipogonadismo)</p>	<p>bloqueantes, opiáceos, antiandrógenos, agonistas de GnRH</p>
<p>7. Evaluación del estado de ánimo</p>	<p>La correlación significativa entre la función sexual y el estado de ánimo (incluida la ansiedad y la depresión) obliga a un cribado sistemático de los trastornos del estado de ánimo por medio de un cuestionario (p. ej., cuestionario de Beck) o una serie semiestructurada de preguntas</p>

ETS, enfermedades de transmisión sexual; GnRH, hormona liberadora de gonadotropinas; IRSN, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina; ISRS, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. (31)

*Los ítems 3 a 5 de la entrevista individual con el paciente se omiten en ocasiones (p. ej., para un problema reciente tras decenios de una función sexual sana).

La disfunción sexual se diagnostica a través de una entrevista clínica y, si fuera necesario, una exploración física. Los cuestionarios de la función sexual sirven para vigilar el tratamiento. Uno de ellos es el FSFI. Pese a la intención original de estos cuestionarios de supervisar los avances terapéuticos, con frecuencia se usan (erróneamente) para el diagnóstico de la disfunción sexual de mujeres que no han sido valoradas en clínica. Más aún, el FSFI se basa en los criterios de los trastornos sexuales del DSM-IV, fundamentados en la conceptualización de la respuesta sexual femenina a partir de un deseo consciente inicial que se sigue de una fase de excitación, luego de orgasmo y, por último, de resolución, fases dispuestas en este orden concreto, fases nítidas y fases necesarias para el funcionamiento normal. Las limitaciones del FSFI son la ausencia de reconocimiento del deseo inducido y de la normalidad del inicio de una experiencia sexualmente neutra, la posibilidad de satisfacción sexual sin orgasmo y la atención dirigida al sexo en pareja, que interfiere con una calificación exacta de las mujeres que en ese momento no tienen pareja. Es verdad que el FSFI se ha utilizado en la mayoría

de los estudios de la función sexual femenina, incluso de mujeres con endocrinopatías, pero los instrumentos más modernos, como el National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3), reflejan mejor la importancia de la satisfacción sexual, a diferencia de muchos instrumentos anteriores. Este atributo del instrumento Natsal-SF reviste particular importancia, porque las pacientes pueden describir una satisfacción a pesar de la disfunción, y la insatisfacción puede ocurrir en el contexto de una respuesta funcional: la satisfacción femenina puede incluir, o no, los orgasmos. En un estudio reciente se han confirmado los poderosos vínculos entre satisfacción sexual y motivación sexual. (32)

Exploración física

La exploración física, incluida la exploración de la pelvis y de los genitales, forma parte de la asistencia sistemática y puede calmar a la paciente, si se confirma la normalidad anatómica y la salud de los tejidos. Salvo que exista dispareunia, la exploración física no suele revelar la causa de la disfunción sexual. Esta exploración puede generar mucha ansiedad en algunas mujeres con antecedentes de experiencias sexuales coercitivas o abusivas. Antes de la exploración hay que explicar bien el motivo de la misma, en qué consistirá y en qué no consistirá. Si la mujer desea

que esté presente la pareja, entonces la exploración cuidadosa puede resultar extraordinariamente educativa para la pareja. Si una mujer con un trastorno por dolor genitopélvico durante la penetración presenta un componente llamativo de vaginismo, la exploración vaginal se retrasará hasta que la psicoterapia la posibilite y el resultado de la exploración sea informativo para la paciente (y la pareja, si estuviera presente) así como el clínico. (32)

Exploración física dirigida de las mujeres con disfunción sexual

Exploración general

- Signos de enfermedad general que determinen una energía escasa, un deseo bajo o una excitabilidad reducida, como anemia, bradicardia y reflejos de relajación lentos del hipotiroidismo
- Signos de enfermedad del tejido conjuntivo, como esclerodermia o síndrome de Sjögren, que se asocia a sequedad vaginal
- Discapacidad que impida los movimientos necesarios para acariciar a la pareja, la autoestimulación o el coito
- Desfiguración o presencia de estomas o catéteres que reduzcan la autoconfianza sexual y determinen un deseo bajo o una excitabilidad escasa

Genitales externos

- Escasez de vello púbico que haga sospechar una disminución de los andrógenos suprarrenales
- Lesiones de la piel vulvar, como el liquen escleroso, que puedan causar dolor con la estimulación sexual y reducir la sensibilidad sexual
- Grietas o fisuras en los pliegues interlabiales compatibles con candidiasis crónica
- Alteraciones labiales que puedan producir vergüenza o duda sexual
- Mutilación genital pretérita: ausencia de labios menores, tejido clitorídeo mínimo o nulo

Introito

- Enfermedad vulvar que afecta al introito, como palidez, friabilidad, pérdida de la elasticidad y la humedad por atrofia vulvar; liquen escleroso; escisión recidivante de la horquilla (comisura posterior), que se manifiesta por líneas blancas apenas visibles, perpendiculares al borde de la horquilla; desfiguración, estrechamiento por mutilación genital; alteraciones del himen, adherencias de los labios menores, tumefacciones en la región de las glándulas vestibulares mayores, alodinia (sensación dolorosa tras el estímulo táctil) del surco entre el borde externo del himen y el borde interno de los labios menores, característica de la vestibulodinia inducida

- Presencia de cistocele, rectocele, prolapso que interfiere en la autoimagen sexual de la mujer
- Incapacidad para tensar y relajar los músculos perivaginales, asociada a menudo a hipertonía de la musculatura pélvica y dispareunia mesovaginal; secreciones vaginales anómalas asociadas a dispareunia urente

Exploración interna

- Tono de la musculatura pélvica, presencia de dolor durante la palpación, puntos «gatillo» durante la palpación del músculo elevador del ano debido a una hipertonía de base

Exploración ginecológica completa (bimanual)

- Presencia de nódulos o dolor en el fondo de saco vaginal y a lo largo de los ligamentos uterosacros, útero fijo en retroversión causante de dispareunia profunda
- Dolor durante la palpación de la pared vesical posterior desde la pared anterior de la vagina, compatible con enfermedad vesical

Pruebas de laboratorio.

Las pruebas de laboratorio desempeñan un papel menor en la evaluación de la sexualidad femenina

Tratamiento de la disfunción sexual de la mujer.

El pilar del tratamiento de la disfunción sexual femenina son los métodos psicoterápicos; Frühauf et al. ejecutaron una revisión sistemática y un metaanálisis de estas intervenciones en 2013. Se han sometido a un estudio limitado un pequeño número de fármacos.

Farmacoterapia empírica de la disfunción sexual femenina

Disfunción sexual	Mecanismo de la disfunción	Tipo de fármaco	Fármaco administrado al margen de la indicación/en investigación	Comentarios
Trastorno del interés y de la excitación sexuales	Pérdida de la excitabilidad sexual cerebral ante estímulos sexuales	Fármacos con un perfil específico agonista/antagonista de los subtipos de receptores de serotonina	Flibanserina: agonista de 5HT1A y antagonista de 5HT2A, agonista parcial débil de D ₄	Aprobación reciente por la FDA a pesar de un beneficio marginal y de efectos secundarios potencialmente graves.

Disfunción sexual	Mecanismo de la disfunción	Tipo de fármaco	Fármaco administrado al margen de la indicación/en investigación	Comentarios
		Agonistas de la melanocortina	Bremelanotida, péptido sintético: análogo de la hormona estimulante de los melanocitos α , agonista de los receptores MCR1, MC3R y MC4R	En un pequeño ECA se observó un beneficio sobre el trastorno de excitación femenina de la administración domiciliar del fármaco, por vía nasal, 45 min antes del sexo. El promotor ha suspendido los estudios clínicos
		Agonistas de la dopamina	Bupropión	En un pequeño estudio de 4 meses sobre mujeres premenopáusicas no deprimidas se

Disfunción sexual	Mecanismo de la disfunción	Tipo de fármaco	Fármaco administrado al margen de la indicación/en investigación	Comentarios
				apreció una mayor excitabilidad y respuestas sexuales, sin aumento del deseo inicial
Trastorno de la excitación genital: disminución de estrógenos	Desaparición de la vasocongestión genital en respuesta a la estimulación sexual	Aportación de sustratos locales para la síntesis intracrina de estrógenos y testosterona	DHEA vaginal por vía local	En un ECA reciente de fase III se observó una mayor maduración del epitelio vaginal, un pH más bajo y un beneficio sexual en todos los dominios de la respuesta tras la aplicación vaginal local de DHEA durante

Disfunción sexual	Mecanismo de la disfunción	Tipo de fármaco	Fármaco administrado al margen de la indicación/en investigación	Comentarios
				12 semanas
	Desaparición de la vasocongestión genital en respuesta a la estimulación sexual	Regulador selectivo de la actividad estrogénica tisular con propiedades androgénicas y progestágenas	Tibolona	En un ECA de mujeres con disfunción se observó que la tibolona ofrecía una superioridad marginal sobre la combinación de 50 µg de estradiol/140 µg de noretisterona por vía transdérmica
Trastorno de la excitación genital a pesar de la sustitución estrogénica	Desaparición de la vasocongestión genital en respuesta a la estimulación sexual	Potenciar la acción de los NO-PDEI	Sildenafil, tadalafil, vardenafilo	El problema principal consiste en separar el subgrupo de mujeres con un trastorno de la excitación genital que muestran una vasocongestión genital reducida. En los pequeños ECA sobre diabetes y EM se ha apreciado solo un beneficio discreto del sildenafil

Disfunción sexual	Mecanismo de la disfunción	Tipo de fármaco	Fármaco administrado al margen de la indicación/en investigación	Comentarios
Trastorno orgásmico asociado a los antidepresivos serotoninérgicos	Anteriormente, respuesta orgásmica nula o muy retardada	PDEI	Sildenafil	En un ECA reciente de 8 semanas con criterios de inclusión muy rigurosos se observó un beneficio de 50-100 mg

*D₄, receptor de dopamina 4; DHEA, deshidroepiandrosterona; ECA, estudios controlados y aleatorizados; EM, esclerosis múltiple; 5-HT, serotonina; ISSWSH, International Society for the Study of Women's Sexual Health; MC1R, receptor de melanocortina 1; MSH, hormona estimulante de los melanocitos; NO, óxido nítrico; PDEI, inhibidores de la fosfodiesterasa.

Tratamiento del deseo y la excitación disminuidos de la mujer

El tratamiento de la alteración del interés/de la excitación sexual (TIES) comienza por una explicación del modelo circular de respuesta sexual como base para exponer las áreas

problemáticas a un miembro o, mejor aún, a los dos miembros de la pareja. Cuando se detecta una intimidad emocional insuficiente, se puede aclarar que el interés reducido por la sexualidad es normal; está indicada la derivación para el asesoramiento en pareja. Si los factores que contribuyen son la falta de contexto y estímulos sexuales, suele bastar con enfatizar de manera sencilla la necesidad de un entorno adecuado y de estímulos suficientemente eróticos, pero también puede estar indicada la derivación a un terapeuta sexual. Las distracciones de carácter no sexual, el temor al desenlace, el autocontrol de la respuesta sexual, la ansiedad, una autoimagen reducida y la depresión interrumpen la percepción mental de los estímulos. Todos estos problemas se pueden explicar y abordar. Las principales modalidades de tratamiento son la terapia cognitiva, la terapia sexual y la psicoeducación.

Psicoeducación

La psicoeducación consiste en ofrecer información y pedir, al mismo tiempo, que la mujer comparta las ideas y sentimientos que surjan en la sesión para después abordarlos y procesarlos. Se basa en enseñar técnicas cognitivas y ayuda a disipar mitos extendidos de la sexualidad femenina (p. ej., que la ausencia del deseo que precede a la actividad sexual denota una disfunción

sexual). La biblioterapia con material de lectura o vídeos de autoayuda reviste utilidad. Algunas mujeres precisan información sobre la anatomía y fisiología. (33)

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) ayuda a las mujeres a reconocer, afrontar y, a veces, cambiar su visión negativa y, a menudo, catastrófica impuesta por la enfermedad de base, por ejemplo, trastornos endocrinos, o por la esterilidad. Ciertas ideas exageradas o catastróficas, susceptibles de cambio con la terapia cognitiva, son «el sexo solo está indicado para mujeres sanas», «ya no soy fértil, por lo que no tengo ningún atractivo sexual» y «si tengo que realizar un acto sexual tan doloroso, nadie me querrá». Detectar estas ideas sesgadas o producto de una mala adaptación constituye el primer paso: luego se modificarán estos pensamientos con un método basado en la evidencia. Está surgiendo apoyo empírico hacia la idea de centrar las cogniciones y las emociones durante el sexo para incrementar la excitación física y subjetiva. (33)

Terapia cognitiva basada en la atención plena.

La adición de la atención plena constituye una novedad en la medicina occidental que beneficia a las mujeres con un estado

adecuado de salud que presentan disfunción sexual, 500501 La atención plena es una práctica oriental de meditación: la capacidad aprendida debe hallarse presente de forma completa y en ese momento es necesario aceptar todo lo que se percibe. La atención aumenta por la capacidad gradual para reconocer los pensamientos que surgen en ese momento, tanto si se orientan hacia el futuro como hacia el pasado, sin llegar a comprometerse con ellos, sino, en última instancia, para interponer una mayor distancia con estos pensamientos negativos o positivos como si tan solo se tratara de sensaciones no diferentes a las físicas. (33)

Terapia sexual.

La terapia sexual suele centrarse en ejercicios, en los que cada miembro de la pareja da y recibe, por turnos, contactos sensuales y, luego, sexuales, caricias y besos. Al principio, los genitales y las mamas quedan fuera de los límites. La idea de cualquier objetivo o expectativa debe apartarse. La pareja, junto con el clínico, decide cuándo incluir las mamas y los genitales dentro de esos límites. Por último, se puede incluir el coito (o la penetración vaginal con un consolador), pero este no constituye el eje de la terapia.(33)

Tratamiento del trastorno orgásmico femenino.

Hasta la fecha no se dispone de tratamiento farmacológico para el trastorno orgásmico. El tratamiento testosterónico comportó un incremento estadísticamente significativo del número de episodios sexuales satisfactorios (ESS) al mes.

Tratamiento del trastorno por dolor genitopélvico/penetración (dispareunia y vaginismo).

Se presentan del 12-18% y suelen acompañarse de hipertonia de la musculatura pélvica y contracciones involuntarias reflejas cuando se prevé la penetración. Por eso, El uso de la ecografía transperineal indolora en cuatro dimensiones para la morfometría de la musculatura del suelo pélvico de las mujeres con VDI ha confirmado la existencia de alteraciones, tanto en reposo (p. ej., pequeño hiato del elevador, ángulo anorrectal reducido compatible con hipertonia) como con la contracción máxima y la fisioterapia del suelo pélvico suele incluirse dentro del tratamiento del dolor sexual. (34). Dada la poca utilidad de los tratamientos farmacológicos de la VDI, en estos momentos se fomenta un abordaje biopsicosexual interdisciplinario. Como el trastorno del estado de ánimo se asocia tanto a la VDI, el tratamiento obliga a abordar tanto el dolor como la depresión/ansiedad. El tratamiento,

guiado muchas veces por los fisioterapeutas del suelo pélvico, consiste en una desensibilización progresiva y acomodación vaginal progresiva basada en una serie de técnicas de relajación e inserciones vaginales. (34)

Tratamiento local con DHEA de la disfunción sexual de mujeres sanas

El tratamiento vaginal local con DHEA de mujeres posmenopáusicas con atrofia vulvovaginal, resulta beneficioso porque mejora los síntomas vaginales de sequedad y dispareunia y todos los dominios de la función sexual. Podría constituir una modalidad preferible para las mujeres que no pueden aspirar a la terapia de estrógenos sistémica.(34)

Terapia de estrógenos para mujeres con disfunción sexual.

El tratamiento vaginal local se recomienda para la dispareunia asociada a atrofia vulvovaginal. El anillo vaginal de Silastic, las cremas vaginales o los comprimidos vaginales mucoadhesivos proporcionan dosis bajas de estrógenos que producen un beneficio similar y tienen una escasa absorción sistémica. Si los estrógenos locales no mejoran la dispareunia asociada a la atrofia vulvovaginal posmenopáusica, cabe presuponer una VDI asociada. (34)

La disfunción sexual femenina (DSF) es un problema de salud pública, por su alto impacto en la calidad de vida y en la salud. En la mujer, los cambios fisiológicos y las características sociodemográficas, contribuyen de forma importante en su presentación. La sexualidad humana es un fenómeno complejo, comprende procesos tanto psicológicos como orgánicos y su comportamiento ha variado en el tiempo. Por este motivo resulta difícil su estudio, que sumado a los problemas metodológicos que han presentado la mayoría de los estudios que investigan el tema, resulta difícil interpretar y comparar los resultados publicados sobre esta área de la conducta humana.

En México no se cuenta con información epidemiológica y son pocos los estudios realizados. Para conocer el panorama general respecto a dicha problemática, es importante precisar algunos términos y definiciones que han tenido cambios con el paso de los años (35).

La disfunción sexual es la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea (Organización Mundial de la Salud, OMS 1992). Esta definición ha sido luego sistematizada teniendo en cuenta las distintas fases de la respuesta sexual. La disfunción ocurre en un 22% a 43% en la población general. En 1998 en una reunión de consenso, el

Consejo de Salud de la Fundación Americana para las Enfermedades Urológicas (AFUD) modificó la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM IV y del CIE-10 de la OMS. Se reconocen cuatro tipos de disfunción basados en el modelo de respuesta sexual de Master y Johnson y Helen Kaplan (fase deseo, excitación y orgasmo) y un área de dolor genital. Para considerar una disfunción, los trastornos de cada fase deben causar aflicción personal y/o interpersonal. (35).

Rosen y cols, basados en el Internacional Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction (36). Desarrollaron una prueba con propiedades psicométricas capaz de evaluar la función sexual en mujeres en sus diversos dominios: deseo, excitación, orgasmo, dolor, lubricación y satisfacción. Lo denominaron índice de Función sexual (IFSF) (37) el cual ha mostrado altos índices de confiabilidad, consistencia interna, aplicabilidad en un amplio rango de edad y ha sido validado clínicamente en mujeres de 20 a 59 años (38).

Este índice evalúa a la mujer en las últimas cuatro semanas y consta de 19 preguntas que se agrupan en seis dominios, a saber: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor de

homogenización y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A Mayor puntaje mejor sexualidad. (38).

Los estudios existentes sobre sexualidad femenina son escasos, no existen estudios que evalúen la prevalencia de disfunción sexual en mujeres mexicanas mediante el cuestionario evaluador del índice de función sexual Femenina.

En un estudio publicado en el 2008 en el cual se incluyeron 44 mujeres mexicanas que acudieron a un servicio de urología y en quienes se evaluó la relación de disfunción sexual e incontinencia urinaria reportó disfunción sexual femenina en 34% , siendo la edad y el estado civil los factores mas importantes. La anorgasmia fue la disfunción sexual mas frecuente, sin embargo, solo 11.4% solicito ayuda (38).

El problema de DS no ha sido lo suficientemente estudiado en nuestro entorno y se hace necesario obtener información acerca de su frecuencia en la población que abordamos día a día en la consulta externa de ginecología, para otorgar un servicio médico integral y de calidad. (39).

2.- Planteamiento del Problema.

La disfunción sexual en mujeres, es un problema que afecta la calidad de vida en diferentes niveles, sin embargo raramente es abordada en la consulta de ginecológica. Existen múltiples espectros de disfunción sexual, las cuales a su vez se encuentran relacionada a múltiples factores.

No existen estudios de disfunción sexual en pacientes del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossio.

No existe dentro de la consulta Ginecológica un apartado que evalué la funcionalidad sexual dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossio de instaurar la evaluación de la funcionalidad sexual dentro de la consulta de primera vez en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossio, se disminuirían tiempos de atención y costos generados en la atención de la paciente; pues de contar con un instrumento estandarizado para su diagnóstico rápido y oportuno, se derivarían a las pacientes que requirieran un manejo multidisciplinario y a su vez fuera de la institución.

Por lo anterior surge la necesidad de realizar esta investigación para responder:

¿Cuál es la frecuencia de la disfunción sexual en pacientes que acuden por primera vez al Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossio?

¿La frecuencia de disfunción sexual en pacientes que acuden por primera vez al Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossio será similar a la reportada en la bibliografía internacional?

¿El tipo de trastorno sexual en las pacientes que acude por primera vez a consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossio será similar a lo reportado a la bibliografía internacional con respecto a la edad de presentación?.

¿Qué condición clínica o social se encuentra en más estrecha relación con la frecuencia disfunción sexual pacientes que acuden por primera vez al Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossio?

3.- Justificación.

En la literatura internacional se encuentra que aproximadamente las mujeres entre 40 y 69 años sufren con mayor frecuencia disfunción sexual. Trastornos en el deseo sexual se muestran con una incidencia de 9% al 11%, tres veces superior a la observada en mujeres más jóvenes. La edad a la que hay menor incidencia de disfunción sexual femenina comprende entre los 18 y 39 años

con una prevalencia de entre 1 y 3 %. En las mujeres mayores de 70 años, en trastorno de excitación sexual es el más prevalente en alrededor de 10% de la población.

En México se sabe que la presencia de la disfunción sexual condiciona a la presencia de trastornos psicoafectivos que culminan en el desarrollo profesional del paciente. Así mismo, poco se sabe sobre las disfunciones sexuales y con menor frecuencia se aborda dicha entidad en consulta ginecológica, si consideramos la transición epidemiológica, un alto porcentaje de la población económicamente activa se encontrara con algún grado de disfunción sexual, que pudiera condicionar a un bajo rendimiento derivado de un trastorno psicoafectivo. Por ello diagnosticar y manejar de forma oportuna la disfunción sexual se vuelve de vital importancia para lograr un estado de bienestar en nuestras pacientes.

Las disfunciones sexuales constituyen un problema frecuente y necesario de estudiar por su relevancia para la salud de los individuos. Existen múltiples cifras en población española, brasileña y estadounidense, sin embargo dadas nuestras características poblacionales, aplicar esta estadística resulta inapropiado, desde el 2005 no contamos con líneas de investigación en la ciudad de México, no contamos con

información con respecto al tema en ninguna institución de salud de la ciudad de México que aborden el tema de la disfunción sexual, por lo que establecer la incidencia con que se presenta cada una de ellas brindará la posibilidad de proponer estrategias de atención más precisas y focalizadas, además de generar líneas de investigación para estudiar los factores asociados a ellas. No existen estudios que tras poner los resultados estadísticos internacionales sobre disfunción sexual femenina en población mexicana.

4.- Objetivos.

General.

Conocer la frecuencia de disfunción sexual y de los factores relacionados, en pacientes que acuden por primera vez a consulta externa de ginecología en una unidad de atención de segundo nivel.

Específico.

- Enumerar los principales factores que condicionan a la disfunción sexual femenina en pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa de Ginecología.

- Comparar literatura internacional con respecto a pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa de ginecología
- Enumerar los trastornos de la funcionalidad sexual en pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa de ginecología

II.- Material y Métodos

Diseño del estudio.

Se trata de un estudio epidemiológico, descriptivo, prospectivo.

Universo.

Mujeres de 20 a 60 años con vida sexual activa que acuden por primera vez a la consulta externa de ginecología en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera en el período de Marzo a Mayo de 2017.

Criterios de inclusión.

- Mujeres de 20 a 60 años que acuden de primera a consulta externa de ginecología y obstetricia del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossio en el periodo de marzo a mayo de 2017.
- Vida sexual activa.

Criterios de Exclusión.

- Enfermedades psicoafectivas.
- Embarazadas.
- Enfermedades crónicas degenerativas.
- Que no desean contestar el cuestionario.

Criterios de eliminación.

- Cuestionarios mal requisitados.

Diseño de la muestra.

- Se realizó un censo de todas las pacientes que acuden a consulta de primera vez al servicio de Ginecología en los meses de Marzo, Abril y Mayo de 2017.

Operacionalización de las Variables.

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CALIFICACIÓN
Disfunción sexual.	Dependiente.	Dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (que incluye deseo, excitación, orgasmo y resolución) que evita al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual.	Cualitativa ordinal	Grados de disfunción.

IMC.	Independiente	Medida de asociación entre la masa y la talla de un individuo.	Cualitativa Ordinal.	Obesidad, Sobrepeso, peso normal y desnutrición.
Síndrome climatérico.	Independiente	Conjunto de signos y síntomas que se presentan en la perimenopausia y postmenopausia, incluyen los síntomas vasomotores, alteraciones del sueño, alteraciones psicológicas y atrofia genital.	Cualitativa nominal	Presente /ausente./
Enfermedades crónicas degenerativas	Control	Enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.	Cualitativa nominal	Presente/ausente/tipo.
Edad.	Control.	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Continua discreta.	Años.
Ocupación.	Control.	Actividad o trabajo.	Cualitativa nominal.	Mencionar el Trabajo.
Trastornos del espectro depresivo y ansioso.	Control	Depresión: Ansiedad:	Cualitativa nominal.	Presente/ausente /tipo.

Plan de recolección datos y análisis estadístico.

En sala de espera se captarán a las pacientes de primera vez, se les entregara un cuestionario validado tipo, el cual contiene la escala de evaluación de función sexual más criterios de inclusión, exclusión, eliminación y variables a analizar.

Se aplicó el cuestionario tipo y la presentación de los datos se realizó mediante tablas comparativas, gráficas y descripciones escritas. Posteriormente se llevó a cabo un análisis estadístico de las diferentes variables estudiadas, para así tratar de mostrar su validez. Los datos se recolectaron a computadora, Mediante programas como Microsoft Word y Microsoft Excel. Para el análisis descriptivo se obtuvieron frecuencias, porcentajes medias y desviaciones estándar. Para establecer la asociación de disfunción sexual y la presencia o ausencia de enfermedades se empleó Chi-Cuadrada.

Riesgo del estudio.

Este estudio fue sin riesgo acorde lo marca la Ley General de Salud.

Aspectos éticos y de bioseguridad.

La aplicación del cuestionario de evaluación es un instrumento fácil de aplicar y representativo para el análisis de la disfunción sexual sin riesgo por su aplicación en el paciente.

Las participantes fueron orientadas en todo momento durante la aplicación del cuestionario.

Se informa a la paciente que podría abandonar en cualquier momento el estudio y que la decisión que tome no representaría cambios en su manejo intrahospitalario con referencia a su motivo de consulta.

III.- Resultados.

Se aplicaron 100 cuestionarios en la consulta externa de ginecología durante los meses de Marzo, abril y Mayo de 2017 a todas las pacientes que acudían a consulta externa de primera vez en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera y que accedieron a participar en el estudio. De los 100 cuestionarios tipo aplicados, se eliminaron 30 por estar contestados de forma incorrecta. Se analizaron 70 cuestionarios obteniendo las siguientes características:

Tabla 1. Características de la población femenina entrevistada

N= 70 (%)	
Media ± DE*	
Edad	36.3 ± 10.3 años
Ocupación	
Ama de casa	22 (31.4%)
Comerciante	2 (2.8%)
Estudiante	9 (12.8%)
Enfermera	6 (8.5%)
Empleada	24 (34.2%)
Médico	7 (10.3%)
IMC	
Normal	17 (24.2%)
Sobrepeso	38 (54.2%)
Obesidad	15 (21.6%)
Enfermedades crónicas N= 12	
DM**	5 (7.1%)
DM/HAS	1 (1.7%)
HAS***	3 (4.2%)
Hipotiroidismo	3 (4.2%)
Trastorno del espectro depresivo y ansioso. N= 3	
Ansiedad	1 (1.7%)
Depresión	2 (2.8%)

*DE (Desviación Estándar). **DM (Diabetes Mellitus Tipo 2). ***HAS (Hipertensión Arterial Sistémica)

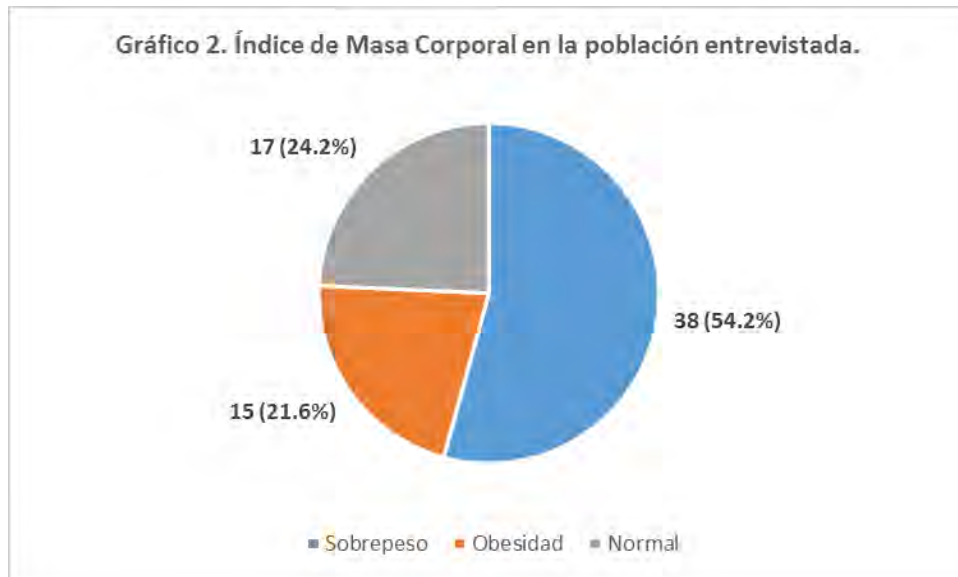
1.- De las 70 pacientes encuestadas, se encontró una media de edad entre 36.3 ± 10.3 años.

2.- Las ocupaciones encontradas fueron: ama de casa (22 pacientes correspondientes al 31.4%), comerciante (2 pacientes correspondientes al 2.8%), estudiante (9 pacientes que corresponden), enfermeras (6), empleadas (24) y médicos (7). (Gráfico 1).



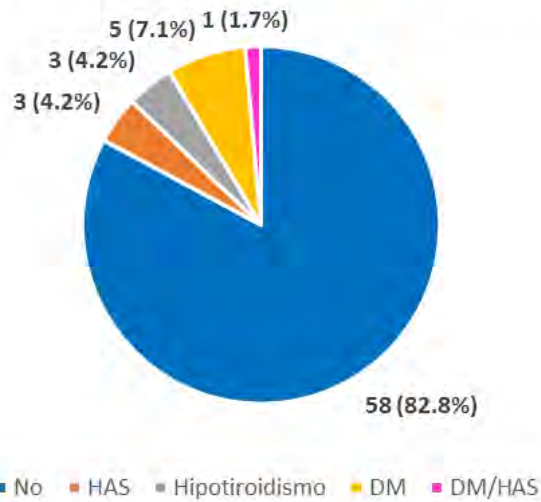
3.- Los estados nutricionales encontrados acorde índice de masa corporal oscilaron en: normal (con un total 17 pacientes los cuales corresponden a 24.2% de la población), sobrepeso (un total de 38

pacientes que corresponden al 54.2% de la población), obesidad (15 pacientes que corresponden al 21.6%). (Grafica 2).



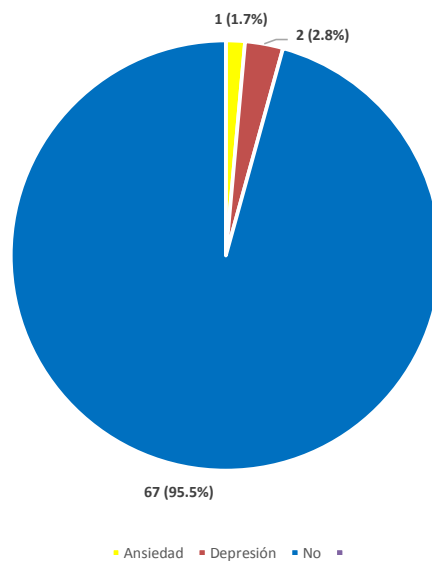
4.- Se encontraron 4 categorías de las enfermedades crónicas: Diabetes Mellitus (5 pacientes correspondiendo al 7.1% de la población entrevistada), Hipertensión Arterial Sistémica (1.7% de la población a razón de 1 paciente), presencia de Diabetes Mellitus con Hipertensión Arterial Sistémica e Hipotiroidismo (ambas presentes en 3 pacientes en correspondencia con el 4.2% de la población encuestada). (Grafico 3).

Gráfico 3. Enfermedades crónicas en la población entrevistada.



5.- Con respecto al rubro de los trastornos del espectro depresivo y ansioso que fueran diagnosticadas por médico psiquiatra y que se encontraran bajo tratamiento farmacológico, se encontró que el 1.7% de la población presentaba ansiedad generalizada (1 paciente) y el 2.8% presentaba depresión en sus diferentes grados (2 pacientes).

Gráfico 4. Enfermedades psicoafectivas en la población entrevistada



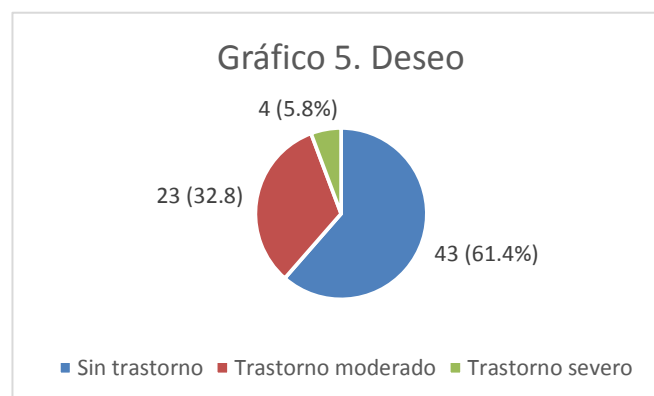
Luego de evaluar las características de la población, se valora la presencia de disfunción sexual por rubro, encontrando una disfunción sexual en las distintas fases de la función sexual, como lo son la deseo, excitación, lubricación y orgasmo. Se valoraron áreas subjetivas como la satisfacción sexual, problemas con la penetración vaginal, ansiedad anticipatoria e iniciativa sexual en la pareja. Se evalúan ámbitos descriptivos como la de actividad sexual sin penetración vaginal, frecuencia de actividad sexual, y la existencia o no pareja sexual. Encontrando lo siguiente.

Tabla 2. Aspectos que evalúan la respuesta sexual

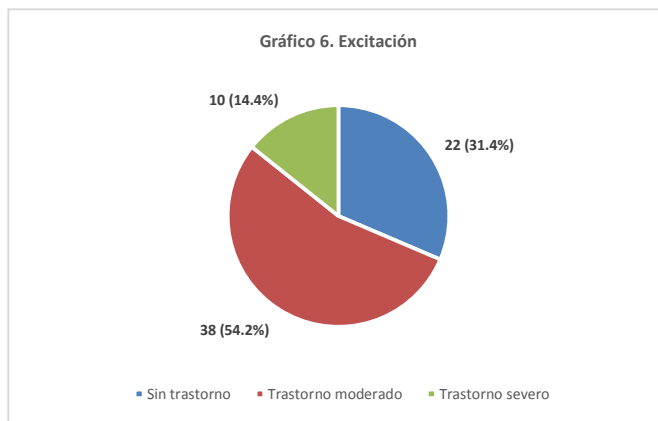
N= 70 (%)	
Deseo	
Sin Trastorno	43 (61.4%)
Trastorno moderado	23 (32.8%)
Trastorno severo	4 (5.8%)
Excitación	
Sin Trastorno	22 (31.4%)
Trastorno moderado	38 (54.2%)
Trastorno severo	10 (14.4%)
Orgasmo	
Sin Trastorno	58 (82.8%)

Trastorno moderado	8 (11.4%)
Trastorno severo	4 (5.8%)
Problemas con la penetración vaginal	
Sin Trastorno	65 (92.9%)
Trastorno moderado	5 (7.1%)
Trastorno severo	0
Ansiedad anticipatoria	
Sin Trastorno	64 (91.4%)
Trastorno moderado	5 (7.1%)
Trastorno severo	1 (1.5%)

Se observó que, de las 70 pacientes encuestadas, el 32.8% presentaban un trastorno del tipo moderado, el 5.8% presentaba un trastorno grave y el 61.4% restante no presentaba alteraciones.



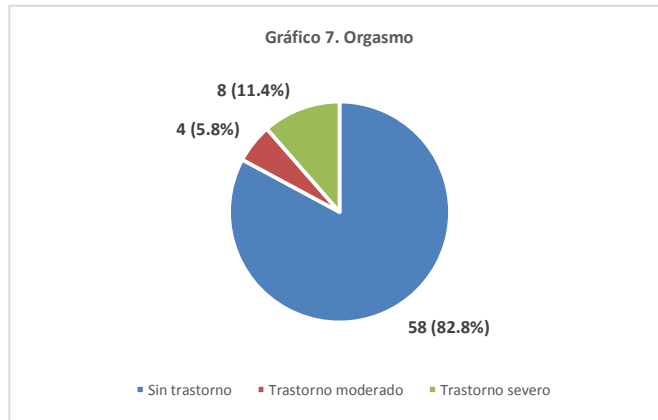
Se observó trastorno en la excitación sexual encontrando un trastorno moderado en 38% de las pacientes, y trastorno severo el 10% de las pacientes encuestadas.



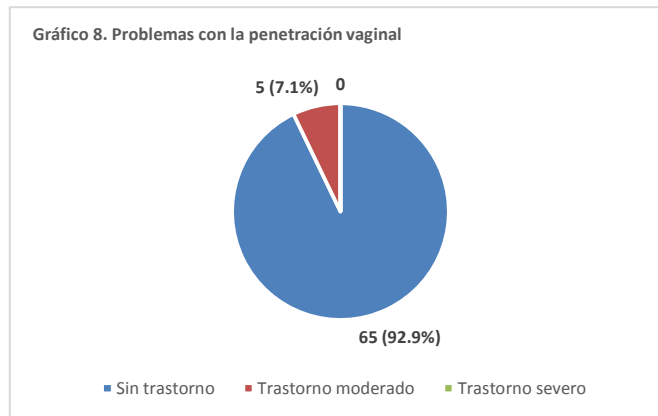
Dominios de la Función Sexual.	
a.- Evaluadores de la Función Sexual.	Pacientes con trastorno Presente.
Deseo.	27
Excitación.	47
Lubricación.	12
Orgasmo.	13
Satisfacción de la actividad sexual.	15
Satisfacción sexual general.	18
Problemas con la penetración vaginal y Otras posibles disfunciones sexuales.	44
Ansiedad anticipatoria.	6
Iniciativa sexual.	23
b.- Descriptivo.	
Actividad sexual sin penetración vaginal.	2
Frecuencia de actividad sexual.	3 veces en 4 semanas.
Existencia o no de pareja sexual	1 sin pareja.

Tabla 2. Aspectos que evalúan la respuesta sexual

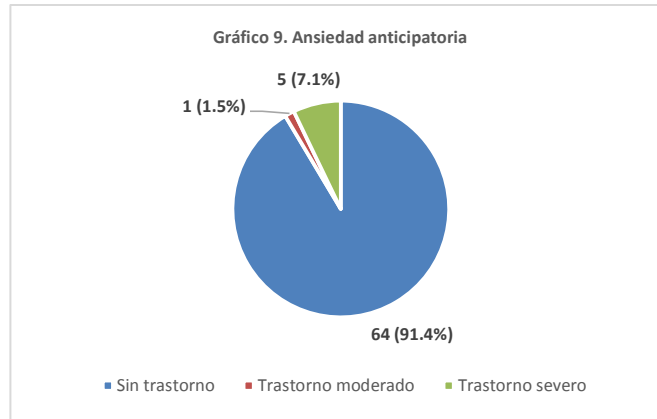
Para el rubro de orgasmo se encontró un total de 5.8% con alteraciones de tipo moderadas y 11.4% con alteraciones graves.



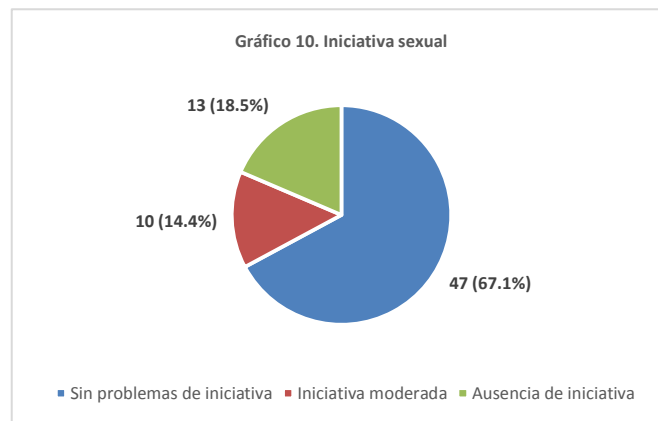
En el rubro de problemas con la penetración vagina se encontraron únicamente 7.1% de la población con un trastorno moderado.



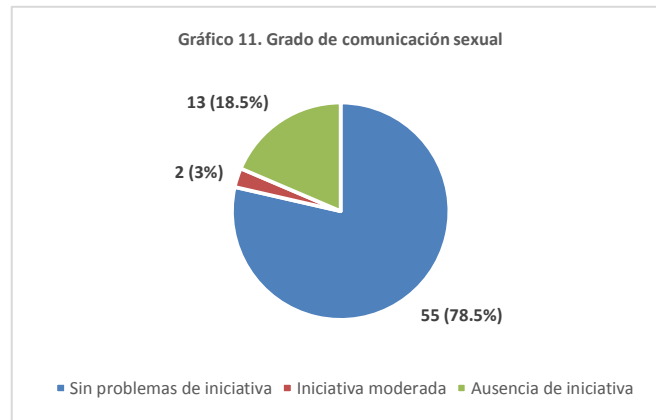
En el rubro de ansiedad anticipatoria se encontró un 1.5% con un trastorno de tipo moderado y un 7.1% con un trastorno severo.



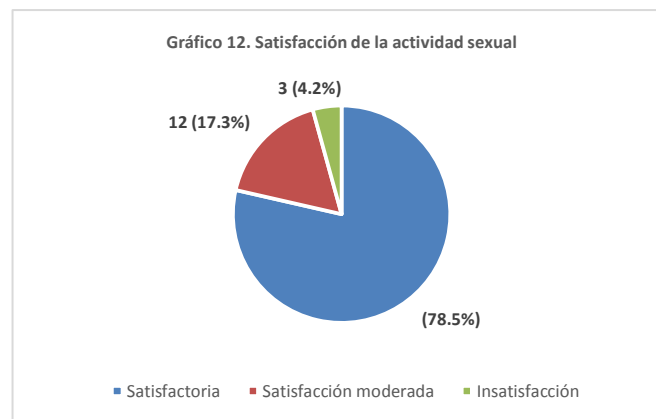
El 14.4% de las pacientes cuestionadas presentaba una alteración moderada en la iniciativa sexual y el 18.5% presenta una alteración grave en la iniciativa sexual.



En el grado de comunicación sexual, se presenta en el 3% de la paciente un problemas de iniciativa moderada y en el 18% de las pacientes un problema de iniciativa grave.



Para la satisfacción de cada actividad sexual en un 17% con trastorno moderado y solo en el 4.2% presento alguna alteraciones de tipo insatisfacción total.



Para la satisfacción sexual en general se observó que el 74.2% de la población entrevistada presento una adecuada satisfacción, en el 15.5% de la población se observó una satisfacción moderada y el 10.3% de la población presenta insatisfacción sexual.

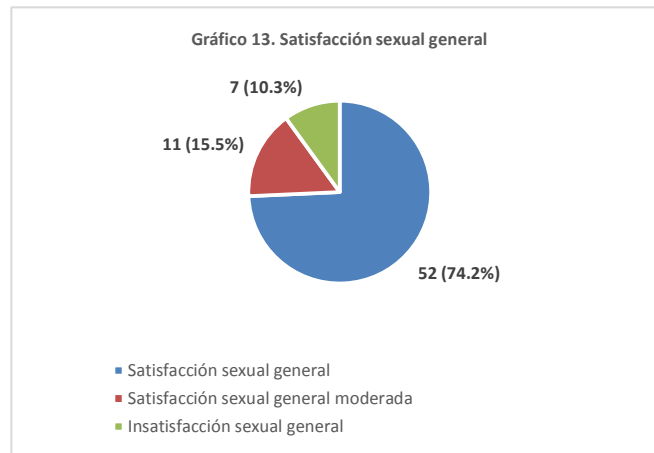


Tabla 3. Aspectos relacionales de la actividad sexual

N= 70 (%)	
Iniciativa sexual	
Sin problemas de iniciativa	47 (67.1%)
Iniciativa moderada	10 (14.4%)
Ausencia de iniciativa	13 (18.5%)
Grado de comunicación sexual	
Sin problemas de comunicación sexual	55 (78.5%)
Comunicación sexual moderada	2 (3%)
Ausencia de comunicación	13 (18.5%)

Tabla 4. Aspectos que evalúan la satisfacción sexual

N= 70 (%)	
Satisfacción de la actividad sexual	
	55 (78.5%)
Satisfactoria	12 (17.3%)
Satisfacción moderada	3 (4.2%)
Insatisfacción	
Satisfacción general	sexual 52 (74.2%)
Satisfacción general	sexual 11 (15.5%)
Satisfacción general moderada	7 (10.3%)
Satisfacción general	sexual
Insatisfacción general	sexual

De todos los trastornos se observó que el trastorno en la fase de la excitación era el más frecuente por lo que se buscó relación con las características de la población como son edad, presencia de padecimientos crónicos degenerativos, enfermedad psicoafectivas o del espectro ansiedad depresión y con la presencia o ausencia de síndrome climatérico para encontrar asociaciones con base a la razón de prevalencias y el uso de chi cuadrada. Se dividieron en dos grupos de estudio por grupo etario de 20 a 40 años y más de 40 años. Se realizó el mismo ajuste para la satisfacción

sexual en general con relación a las mismas características de la población obteniendo lo siguiente:

Tabla 5. Razón de Prevalencias de trastorno en la fase excitación de acuerdo a las características de la población

	Razón de prevalencia	IC95%	P*
Característica de la población			
De 20-40 años	1.14	0.79-1.63	0.44
>40 años	0.87	0.60-1.25	
Ama de casa	1.21	0.98-1.49	0.12
Con enfermedades crónicas	0.84	0.50-1.40	0.47
Con enfermedades psicoafectivas	0.99	0.43-2.24	0.98
Con síndrome climatérico	0.80	0.43-1.48	0.42

*Valor de p con prueba de χ^2

Tabla 6. Razón de Prevalencias de trastorno en la satisfacción sexual general de acuerdo a las características de la población

	Razón de prevalencia	IC95%	P*
Característica de la población			
De 20-40 años	0.34	0.14-0.81	0.01
>40 años	2.91	1.22-6.9	
Ama de casa	0.71	0.31-1.59	0.4
Con enfermedades crónicas	1.38	0.54-3.4	0.5
Con enfermedades psicoafectivas	1.31	0.25-6.8	0.7
Con síndrome climatérico	1.93	0.81-4.5	0.16

*Valor de p con prueba de χ^2

7.- Discusión.

Se aplicaron 100 cuestionarios en la consulta externa de ginecología durante los meses de Marzo, Abril y Mayo de 2017 a todas las pacientes que acudían a consulta externa de primera vez en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera y que accedieron a participar en el estudio. De los 100 cuestionarios tipo aplicados, se eliminaron 30 por estar contestados de forma incorrecta. Se analizaron 70 cuestionarios encontrando una mayor presencia de empleadas a razón de 34.2%, el estado nutricional de las pacientes con más frecuencia es sobrepeso con 54.2%, la presencia de diabetes mellitus fue la enfermedad crónica más frecuente en las entrevistadas con un 7.1%, y solo 3 pacientes presentaban trastornos del espectro ansioso o depresivo. Solo se observaron 9 pacientes con síndrome climatérico. Se analizaron frecuencias, de disfunción sexual encontrado que a pesar de contar disfunción sexual en varios rubros de la respuesta sexual humana la más frecuente eran las alteraciones de la función sexual en la fase de la excitación, por lo que durante el análisis estadístico se enfocó en el trastorno para la realización de asociaciones estadísticas, se dividió a la población encuestada en dos categorías de 20 a 40 años y de más de 40 años esto derivado de las condiciones clínicas en cada grupo etario.

Se encontró una RP 1.14, con un IC 95% de 0.75-1.63 y una P de 0.44 para el grupo etario de 20 a 40 años, en cambio para mujeres de mas de 40 y hasta los 60 años se encontró una RP de 0.87, un IC 95% de 0.60-1.25 y una P 0.44 por lo que el rango de edad entre 20 a 40 años ante la existencia de la disfuncion sexual se considera una característica poblacional que disminuiría la frecuencia de disfunción sexual. Se muestra también la RP para enfermedades crónicas siendo de 0.84, IC 95% de 0.50-1.40 con una P de 0.47, enfermedades del espectro ansioso y depresivo con una RP de 0.99, IC 95% de 0.43-2.24, P 0.98 y el síndrome climatérico con una RP de 0.80, IC 95% de 0.43-1.48 y una P 0.42, siendo todas estas estadísticamente no significativas.

Se realiza análisis univariado de la presencia de alteraciones en la satisfacción sexual general con respecto a las características de la población encontrando para la edad en el rango etario de 20 a 40 años una RP de 0.34, IC 95% 0.4-0.81, P de 0.001, mayor de 40 años con RP de 2.91, IC95% de 1.22-6.9, P 0.01, ama de casa con una RP de 0.71, IC 95% 0.31-1.59, P 0.4, enfermedades crónicas RP 1.38, IC 95% 0.54-3.4, P 0.5, Enfermedades con espectro depresivo o ansioso con un RP de 1.31, IC 95% de 0.25-6.8 con un P 0.7, el síndrome climatérico RP de 1.93, IC95% 0.81-4.5, P 0.16. corroborando que el rango etario no solo condicionará

a la presencia de disfunción sexual, si no a la satisfacción sexual general, de la misma forma que la presencia de enfermedades crónicas, psicoafectivas, o la presencia de síndrome climatérico de forma independiente condicionarán también el grado de satisfacción sexual de las mujeres.

8.- Conclusiones.

La disfunción sexual es un padecimiento frecuente en la consulta externa de ginecología de primera vez en un hospital de segundo nivel de la secretaria de salud de la ciudad de México con una frecuencia similar a la reportada en la literatura mundial.

La disfunción sexual más frecuente en la población femenina fue durante la fase de la excitación.

Los factores relacionados para la presencia de disfunción sexual son la edad, enfermedades crónicas degenerativas, enfermedades del espectro ansioso y depresivo, síndrome climatérico.

La edad, en especial el rango de edad entre 40 y los 60 años, es un factor estrechamente relacionado para la presencia de disfunción sexual, esta frecuencia aumentaría con la presencia de otros factores relacionados como el síndrome climatérico, enfermedades crónicas degenerativas o enfermedades de espectro ansioso depresivo.

Con todo esto, y dado que el bienestar sexual es considerado por la OMS un derecho, valdría la pena agregar un cuestionario tipo que evalúe disfunción sexual en las mujeres que acuden a consulta externa de primera vez en el servicio de ginecología de los hospitales de la secretaria de salud de la ciudad de México, como

protocolo inicial de estudio a todas las pacientes que acuden a consulta de primera vez para detección y sobre todo manejo y tratamiento oportuno, ofertando así una atención medica integral y de calidad.

ANEXOS

HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA COSSIO

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE LA FUNCION SEXUAL EN LA MUJER

NOTA: Este cuestionario se aplica a todas las pacientes que acuden por primera vez a consulta externa de ginecología en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossio durante los meses de Marzo, Abril y Mayo de 2017, con la finalidad determinar factores que condicionan la disfuncion sexual para dar manejo oportuno y mejorar la calidad de vida de nuestras usuarias. Todos los datos obtenidos en este cuestionario seran confidenciales. Si no desea participar con este estudio regrese el cuestionario a su aplicador, la atencion que recibe en este institucion no se vera afectada.

- 1 EDAD: _____
- 2 ¿TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA? (SI/NO) _____
- 3 ¿ESTA EMBARAZADA? (SI/NO) _____

- 4 ¿PADECE DE DIABETES (AZUCAR ALTA), HIPERTENSION ARTERIAL (PRESION ALTA), ALGUNA ENFERMEDAD DEL CEREBRO, ALGUNA ENFERMEDAD DEL CORAZON, ENFERMEDAD EN LOS RIÑONES O ALGUNA ENFERMEDAD POR LA QUE TOMA TRATAMIENTO TODOS LOS DIAS? (SI/NO) _____
- 5 SI PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD INDIQUE CUAL: _____
- 6 ¿TIENE ALGUNA LIMITACION FISICA? SI, NO ¿Cuál? _____
- 7 ¿TIENE REALACIONES HOMOSEXUALES (MUJER-MUJER)? (SI/NO) _____
- 8 ¿TIENE RELACIONES HETEROSEXUALES (HOMBRE-MUJER)? (SI/NO) _____
- 9 OCUPACION: _____
- 10 PESO _____
- 11 TALLA _____
- 12 ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD COMO DEPRESION, ANSIEDAD, ATAQUES DE PANICO O ALGUNA RELACIONADA? (SI/NO) _____
- 13 PADECE USTED DE: (Marque los síntomas que padezca). _____

DOLOR DE CABEZA	<input type="checkbox"/>	BOCHORNOS O CALORES	<input type="checkbox"/>	ATRASOS O ADELANTOS DE SU MENSTRUACION	<input type="checkbox"/>
SEQUEDAD DE VAGINA	<input type="checkbox"/>	AUSENCIA DE MENSTRUACION	<input type="checkbox"/>	CAMBIOS DE ESTADO DE ANIMO	<input type="checkbox"/>
COMEZON VAGINAL.	<input type="checkbox"/>				

LEA CUIDADOSAMENTE LA SERIE DE PREGUNTAS A CONTINUACION Y ELIJA UNICAMENTE UNA RESPUESTA A CADA UNA.

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

SI NO

Si la respuesta es «SI», cumplimente el cuestionario de tuncion sexual marcando, en cada pregunta, solo una casilla. Si la respuesta es «NU», usted no es candidata para contestar el cuestionario. Devuelva el cuestionario a su aplicador.

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes, etc.) relacionadas con actividades sexuales?

- NUNCA ()
- RARAMENTE ()
- A VECES ()
- A MENUDO ()
- CASI SIEMPRE ()

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?

- NUNCA ()
- RARAMENTE ()
- A VECES ()
- A MENUDO ()
- CASI SIEMPRE ()

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿le ha resultado fácil excitarse sexualmente?

- NUNCA ()
- RARAMENTE ()
- A VECES ()
- A MENUDO ()
- CASI SIEMPRE ()

4. En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado, ¿ha sentido excitación sexual? (Por ejemplo, sensación de «ponerse en marcha», deseo de «avanzar más» en la actividad sexual.)

- NUNCA ()
- RARAMENTE ()
- A VECES ()
- A MENUDO ()
- CASI SIEMPRE ()

5. Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente, ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?

- NUNCA ()
- RARAMENTE ()
- A VECES ()
- A MENUDO ()
- CASI SIEMPRE ()

6. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en la vagina y/o zona genital, ¿ha sentido dolor?

- CASI SIEMPRE ()
- A MENUDO ()
- A VECES ()
- RARAMENTE ()
- NUNCA ()

7a. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto, etc.) ¿podía realizarse con facilidad? (Instrucciones: no debe contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar, responda la pregunta 7b.)

- NUNCA ()
- RARAMENTE ()
- A VECES ()
- A MENUDO ()
- CASI SIEMPRE ()

7b. ¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? (Instrucciones: cumplimente esta pregunta sólo si no ha contestado a la anterior —pregunta 7a—).

- POR SENTIR DOLOR ()
- POR MIEDO A LA PENETRACION ()
- FALTA DE INTERES EN LA PENETRACION VAGINAL ()
- NO TENER PAREJA SEXUAL ()
- APACIDAD PARA LA PENETRACION POR PARTE DE SU PAR ()

8. Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual, ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad...?

- CASI SIEMPRE ()
- A MENUDO ()
- A VECES ()
- RARAMENTE ()
- NUNCA ()

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?

- NUNCA ()
- RARAMENTE ()
- A VECES ()
- A MENUDO ()
- CASI SIEMPRE ()

10. En las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? (Nota informativa: el término «con otra persona» se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.)

- NUNCA ()
- RARAMENTE ()
- A VECES ()
- A MENUDO ()
- CASI SIEMPRE ()

11. Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?

- NUNCA ()
- RARAMENTE ()
- A VECES ()
- A MENUDO ()
- CASI SIEMPRE ()
- NO TENGO ()
- PAREJA ()

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual?

- 1 A 2 VECES ()
- 3 A 4 VECES ()
- 5 A 8 VECES ()
- 9 A 12 VECES ()
- MAS DE 12 VE ()

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?

- NUNCA ()

- RARAMENTE ()
- A VECES ()
- A MENUDO ()
- CASI SIEMPRE ()

14. En general, en relación con su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?

- MUY INSATISFECHA ()
- BASTANTE SATISFECHA ()
- NI SATISFECHA NI INSATISFECHA ()
- BASTANTE SATISFECHA ()
- MUY SATISFECHA ()

MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR AL ESTUDIO.

FIRMA. _____

AREA PARA USO EXCLUSIVO DEL AREA MEDICA

PUNTAJE TOTAL _____

ANEXO I:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D. F., a

Día		Mes		Año	

A quien corresponda:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio de " **Frecuencia de disfunción sexual y factores relacionados en mujeres que acuden a consulta externa de Ginecología.** ", que se realiza en esta institución y cuyos objetivos consisten en: **La aplicación de un cuestionario tipo de disfunción sexual en el área de la consulta externa.**

Estoy consciente de que los procedimientos, pruebas y tratamientos para lograr los objetivos mencionados consisten en que:

- 1. Responder el cuestionario de disfunción sexual.**

También sé que entre los posibles riesgos y efectos para mí pueden estar:

- 1. Niguno.**

Entiendo que del presente estudio se derivarán los siguientes beneficios.

- 1. Detección oportuna y manejo multidisciplinario de la disfunción sexual.**

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de esta investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio.

Entiendo que mi información personal será manejada con las reservas que establece la normatividad vigente en materia de protección de datos personales.

Así mismo, cualquier trastorno temporalmente relacionado con esta investigación podré consultarlo con **Dra. Itzel Garnica Ramirez / Dr. Edgar Hugo Campos Sánchez** quien comunicará el evento a la Dirección de Educación e Investigación de la CDMX, en donde se decidirá la necesidad de convocar al investigador principal y al Cuerpo Colegiado competente para su resolución. Cuando el trastorno se identifique como efecto de la intervención, la instancia responsable deberá atender médicamente al paciente hasta la recuperación de su salud o la estabilización y control de las secuelas y si existen gastos adicionales, serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se verá afectada.

Nombre.		Firma:
(En caso necesario, datos del padre, tutor o representante legal)		
Domicilio.	Teléfono	
Nombre y firma del testigo.		Firma:
Domicilio.	Teléfono	
Nombre y firma del testigo.		Firma.
Domicilio.	Teléfono	
Nombre y firma del Investigador responsable.		Firma.
Domicilio.	Teléfono	

c. c. p. Paciente o familiar

c. c. p. Investigador (conservar en el expediente de la investigación).

Bibliografía.

1. Kinsey A.C., Pomeroy W.B., and Martin C.E.: Sexual Behavior in the Human Male. Philadelphia, PA: WB Saunders, 1948.
2. Laumann E.O., Paik A., and Rosen R.C.: The epidemiology of erectile dysfunction: results from the National Health and Social Life Survey. *Int J Impot Res* 1999; 11: pp. S60-S64.
3. Masters E.H., and Johnson V.: *Human Sexual Response*. Boston, MA: Little, Brown, 1966.
4. Sungur M.Z., and Gündüz A.: A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: critiques and challenges. *J Sex Med* 2014; 11: pp. 364-373.
5. Blumentals W.A., Gome-Camniner A., Joo S., and Bannappagari V.: Should erectile dysfunction be considered as a marker for acute myocardial infarction? Results from a retrospective cohort study. *Int J Impot Res* 2004; 16: pp. 350-353.
6. King M., Holt V., and Nazareth I.: Women's view of their sexual difficulties: agreement and disagreement for the clinical diagnoses. *Arch Sex Behav* 2007; 36: pp. 281-288.
7. Basson R.: Human sex response cycles. *J Sex Marital Ther* 2001; 27: pp. 33-43.

8. Goldhammer D.L., and McCabe M.P.: A qualitative exploration of the meaning and experience of sexual desire among partnered women. *Can J Human Sex* 2011; 20: pp. 19-34.
9. Enzlin P., Rosen R., Wiegel M., et al: Sexual dysfunction in women with type-1 diabetes: long-term findings from the DCCT/EDIC study cohort. *Diabetes Care* 2009; 32: pp. 780-783.
10. Heiman J.R., Long J.S., Smith S.N., et al: Sexual behaviour and relationship satisfaction in midlife and older couples in five countries. *J Sex Med* 2009; 6: pp. 72.
11. De Jong D.C.: The role of attention in sexual arousal: implications for treatment of sexual dysfunction. *J Sex Res* 2009; 46: pp. 237-248.
12. Nobre P.J., and Pinto-Gouveia J.: Cognitions, emotions, and sexual response: analysis of the relationship among automatic thoughts, emotional responses, and sexual arousal. *Arch Sex Behav* 2008; 37: pp. 652-661.
13. Pfaus J.G.: Pathways of sexual desire. *J Sex Med* 2009; 6: pp. 1506-1533.
14. Bancroft J., Graham C., Janssen E., et al: The dual control model: current status and future directions. *J Sex Res* 2009; 46: pp. 121-142.

15. Georgiadis J.R., Reinders A.A., Paans A.M.J., et al: Men versus women on sexual brain function: prominent differences during tactile genital stimulation, but not during orgasm. *Hum Brain Mapp* 2009; 30: pp. 3089-3101.
16. Berridge K.C.: Food reward: brain substrates of wanting and liking. *Neurosci Biobehav Rev* 1996; 20: pp. 1-25.
17. Richfield E., Twyman R., and Berent S.: Neurological syndrome following bilateral damage to the head of the caudate nuclei. *Ann Neurol* 1987; 22: pp. 768-771.
18. Hull E.M., Muschamp J.W., and Sato S.: Dopamine and serotonin: influences on male sexual behavior. *Physiol Behav* 2004; 83: pp. 291-307.
19. Davis S.R., Davison S.L., Donath S., and Bell R.J.: Circulating androgen levels in self-reported sexual function in women. *JAMA* 2005; 294: pp. 91-96.
20. Van Furth W.R., Wolterink G., and van Ree J.M.: Regulation of masculine sexual behavior: involvement of brain opioids and dopamine. *Brain Res Brain Res Rev* 1995; 21: pp. 162-184.
21. Krüger T.H., Hartmann U., and Schedlowski M.: Prolactinergic and dopaminergic mechanisms underlying sexual arousal and orgasm in humans. *World J Urol* 2005; 23: pp. 130-138.

22. Spitzer M., Bhasin S., Travison T.G., et al: Sildenafil increases serum testosterone levels by a direct action on the testes. *Andrology* 2013; 1: pp. 913-918.
23. Buisson O., and Jannini A.: Pilot echographic study of the differences in clitoral involvement following clitoral or vaginal sexual stimulation. *J Sex Med* 2013; 10: pp. 2734-2740.
24. Oakley S.H., Vaccaro C.M., Crisp C.C., et al: Clitoral size and location in relation to sexual function using pelvic MRI. *J Sex Med* 2014; 11: pp. 1013-1022.
25. Samimi D., Allam A., Devereaux R., et al: Advantages of nerve-sparing intrastromal total abdominal hysterectomy. *Int J Womens Health* 2013; 5: pp. 37-42.
26. Shih C., Cold C.J., and Yang C.C.: Cutaneous corpuscular receptors of the human glans clitoris: descriptive characteristics and comparison with the glans penis. *J Sex Med* 2013; 10: pp. 1783-1789.
27. Huynh H.K., Willemsen A.T., and Holstege G.: Female orgasm but not male ejaculation activates the pituitary. A PET-neuro-imaging study. *Neuroimage* 2013; 76: pp. 178-182.
28. Basson R.: Women's sexual desire and arousal disorders. *Prim Psychiatry* 2008; 15: pp. 72-81.

29. Van Lankveld J.J., Granot M., Weijmar Schultz W.C., et al: Women's sexual pain disorders. *J Sex Med* 2010; 7: pp. 615-631.
30. Kao A., Binik Y., Amsel R., et al: Biopsychosocial predictors of postmenopausal dyspareunia: the role of steroid hormones, vulvovaginal atrophy, cognitive-emotional factors and dyadic adjustment. *J Sex Med* 2012; 9: pp. 2057-2076.
31. Adaptado de Basson R. Sexual dysfunction in women. *N Engl J Med*. 2006;354:1497-1506. Copyright ©2006 Massachusetts Medical Society. Reservados todos los derechos.
32. Brotto L.A.: The Female Sexual Function Index. *J Sex Marital Ther* 2009; 35: pp. 161-163.
33. Brotto L.A., Basson R., and Luria M.: A mindfulness research group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med* 2008; 5: pp. 1646-1659.
34. Heddini U., Bohm-Starke N., Gronbladh A., et al: GCH1-polymorphism and pain sensitivity among women with provoked vestibulodynia. *Mol Pain* 2012; 8: pp. 68.
35. Blumel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sánchez F, Gramegna G. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la

- terapia de reemplazo hormonal. Rev méd Chile 2002; 130 (10) : 1131-1138.
36. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Fergurson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classification. J Urol 2000; 163(3):888-893.
37. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther 2000;26(2):191-208.
38. Blumel JE, Binfá L, Cataldo L, Carrasco A, Izaguirre H, Sarra S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Rev chil Obstet Ginecol 2004;69(2):118-25.
39. Pérez –Martínez C, Vargas-Díaz, Cisneros-Castolo M. Prevalencia de disfunción sexual femenina en una población que asiste a una unidad de urología, Re. Mexicana de Urología 2008;68(2):98-102.