



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL CENTRAL DR. IGNACIO MORONES PRIETO

Tesis para obtener el diploma en la especialidad
de Ginecología y Obstetricia

**Disfunción sexual femenina en pacientes premenopáusicas
del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto**

Carla Lizeth Loredo Mora

ASESOR

Mayra Angélica Martínez Martínez
Subespecialidad en Urología Ginecológica

CO – ASESORES

Vicente Esparza Villalpando
Doctor en Ciencias



Abril 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

TÍTULO DE TESIS

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN PACIENTES PREMENOPÁUSICAS DEL
HOSPITAL CENTRAL “DR. IGNACIO MORONES PRIETO”

PRESENTA
CARLA LIZETH LOREDO MORA

Firmas

Director Dra. Mayra Angélica Martínez Martínez Médico adscrito de urología ginecológica del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”	
Asesor metodológico Dr. Vicente Esparza Villalpando Doctorado en ciencias en investigación clínica.	

Sinodales

Dr. Salvador de la Maza Labastida Médico adscrito. Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”	
Dr. José Francisco Salas González Médico adscrito. Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”	
Dr. Ernesto Rendón Hernández Médico adscrito Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”	
M. en C. Ma. del Pilar Fonseca Leal Jefe de Investigación y Posgrado Clínico de la Facultad de Medicina	Dra. Mayra A. Martínez Martínez Coordinador de la Especialidad de Ginecología y obstetricia



RESUMEN

La disfunción sexual femenina engloba un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por una alteración clínica significativa en la capacidad para responder sexualmente o para experimentar una relación sexual placentera. La prevalencia varía del 22 – 59%, siendo más frecuente a mayor edad. En pacientes premenopáusicas se ha descrito su relación con la menstruación, cambios hormonales, la relación en pareja, enfermedades concomitantes y factores ambientales. Se utiliza el “Índice de función sexual femenina” ya que engloba las diferentes áreas de afección, esta validado al español, es de fácil comprensión y aplicación a la población. **Objetivo:** Determinar si existe disfunción sexual femenina en pacientes premenopáusicas del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”. **Material y métodos:** Estudio descriptivo. Se incluyeron las mujeres que asistieron a valoración ginecológica. Se aplicó el “Índice de función sexual femenina” vía telefónica y de manera presencial en el periodo comprendido de julio 2020 a enero 2021. El corte para el diagnóstico de disfunción sexual femenina fue una puntuación total <26.55 en el índice y <3 para cada dominio evaluado individualmente. Los criterios de exclusión fueron pacientes sin vida sexual activa las últimas 4 semanas, embarazadas, en puerperio y con diagnóstico de cáncer. **Resultados:** Se aplicó la encuesta a 796 mujeres, se excluyeron 187 con criterios de exclusión y 59 con amenorrea mayor a un año, quedando un total de 550 pacientes. La edad promedio fue de 28.5 años. Se observó una prevalencia de disfunción sexual femenina del 26.7% de la muestra. De acuerdo con su frecuencia se vio afección en el deseo (18.90%), orgasmo (15%), excitación (10.18%), satisfacción (10.18%), y lubricación (6.36%). **Conclusión:** La prevalencia de disfunción sexual femenina en mujeres premenopáusicas es del 26.7% (IC 95%), con el deseo predominantemente, similar a lo reportado en bibliografía mundial.



DEDICATORIAS

A mi familia.

A mi papás, Eduardo y Elizabeth que siempre han estado a mi lado; que me infundieron valores para convertirme en la persona que hoy soy, gracias por no dejarme hacer siempre mi voluntad.

A mi hermano Eduardo que es y seguirá siendo mi respaldo, que me enseña más de lo que yo puedo enseñarle, con el que seguiré creciendo ahora como colegas.

A Mila, por su amor incondicional, acompañándome en todas esas noches de desvelo y recibéndome con una sonrisa en aquellos días que no parecían tan buenos.

A ti Marco, por creer en mí cuando incluso ni yo lo hacía, por abrazarme más fuerte cuando estuve a punto de abandonarlo todo, por ese silencio tantas veces necesario y palabras fuertes cuando no veía claro, por demostrarme día con día que vale la pena el sacrificio que hacemos.

Pero sobre todo a ti, Alonso. Llegaste a darle un nuevo sentido a mi vida, a mostrarme que cada día somos capaces de aprender algo nuevo de todo y de todos. Eres lo que me impulsa a seguir superándome, por que me gustaría verte crecer sintiéndote orgulloso de mi.



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Facultad de Medicina y el Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, por permitirme crecer y apoyarme durante mi formación en este posgrado.

A mis maestros, gracias por guiarme en el camino, compartirme su conocimiento y experiencia en virtud de mi enseñanza, estoy feliz de llevarme algo de cada uno de ustedes.

A mis compañeros, que con el paso del tiempo se fueron convirtiendo en mis amigos y familia, con quienes compartí muchas experiencias que me hicieron llevadera la residencia y formaron parte de mi aprendizaje.

A todas las pacientes, ya que, a pesar de estar pasando por un momento vulnerable, pusieron en mi la confianza para ser atendidas esperando los mejores resultados, aun cuando quizá no siempre fui la mejor opción.

ÍNDICE

RESUMEN	I
DEDICATORIAS	II
AGRADECIMIENTOS	III
ANTECEDENTES	1
JUSTIFICACIÓN	9
HIPÓTESIS	10
OBJETIVOS	10
SUJETOS Y MÉTODOS	11
ÉTICA.....	16
RESULTADOS.....	17
DISCUSIÓN.	35
LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN	38
CONCLUSIONES.....	39
BIBLIOGRAFÍA.	40
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Antecedentes ginecoobstétricos en pacientes con disfunción sexual	19
Tabla 2. Características demográficas de pacientes con disfunción sexual.....	20
Tabla 3. Variables numéricas en pacientes con afección en deseo sexual.....	22
Tabla 4. Características de disfunción en deseo sexual.	23
Tabla 5. Variables numéricas en pacientes con afección en excitación.....	24
Tabla 6. Características de disfunción en excitación.....	25
Tabla 7. Variables numéricas en pacientes con afección en lubricación.....	26
Tabla 8. Características de disfunción de lubricación.	27
Tabla 9. Variables numéricas en pacientes con afección en orgasmo.....	28
Tabla 10. Características de disfunción de orgasmo.....	30
Tabla 11. Variables numéricas en pacientes con afección en satisfacción.	31
Tabla 12. Características de disfunción de satisfacción.....	32
Tabla 13. Variables numéricas en pacientes con afección en dolor.....	33
Tabla 14. Características de disfunción de dolor.....	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Flujograma sobre el proceso de selección de los pacientes.....	17
Figura 2. Prevalencia por áreas de disfunción sexual femenina	21

LISTA DE ABREVIATURAS

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

FSFI: Female Sexual Function Index

IMC: Índice de masa corporal

DS: desviación estándar

BSSC – W: Brief Sexual Symptom Checklist for Women

LISTA DE DEFINICIONES

Disfunción sexual: Grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por una alteración clínica significativa en la capacidad para responder sexualmente o para experimentar una relación sexual placentera.

Deseo sexual: Inclinação a participar o continuar con la actividad sexual.

Excitación: Reacción física del cuerpo al deseo y a la estimulación.

Orgasmo: Pico de excitación sexual, en el cual todos los músculos que se contraen rítmicamente durante la excitación sexual se relajan y causan una sensación de placer intenso.

Satisfacción sexual: Placer de establecer y mantener una relación sexual con una pareja, ya sea para satisfacer las necesidades sexuales propias y/o de la pareja.

Dolor: Sensación álgica relacionada con la estimulación sexual o el contacto vaginal.

Lubricación: Proceso fisiológico durante la fase de excitación donde la vagina se humedece, lo que hace que sea más fácil introducir cosas en ella.

ANTECEDENTES

En una respuesta sexual normal de la mujer, la excitación sexual se da como resultado de un incremento de flujo sanguíneo hacia los genitales, aumento de volumen de los labios y paredes vaginales, secreción de lubricación del tracto genital, y trasudación de la vasculatura subepitelial.^{1,2} El deseo sexual puede resultar por deseo espontáneo o disparado por estimulación sexual.³ El flujo sanguíneo vulvar incrementa por dilatación de los espacios sinusoidales en el tejido corporal del clítoris, bulbos vestibulares y del tejido esponjoso que rodea la uretra.³ La estimulación del nervio pélvico resulta en relajación del músculo liso del clítoris y dilatación del músculo liso arterial, permitiendo su dilatación, aumento del flujo y aumento de la presión intracavernosa del clítoris que incrementa la liberación de óxido nítrico y péptido vasoactivo intestinal; mientras que la excitación y el deseo son disparados por la activación de la dopamina en el hipotálamo desde el inicio de la respuesta sexual, y testosterona. La activación noradrenérgica inicia sensaciones autonómicas de excitación incluido el aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial. El orgasmo es un pico transitorio descrito como un reflejo con contracciones rítmicas de varios músculos como el perineal, bulbocavernoso y pubococcigeo, y la liberación de opiodes, serotonina, prolactina y oxitocina endógenos. La resolución del orgasmo está asociado con un aumento de serotonina y un decremento en la secreción de dopamina.^{1,3}

La disfunción sexual femenina engloba varias condiciones que se caracterizan por la angustia personal en una o varias áreas, ya sea del deseo, excitación, orgasmo, o dolor.¹

La definición de disfunción sexual ha cambiado con los años, durante mucho tiempo sólo existía la “frigidez femenina”. La primera aparición del término disfunción sexual fue en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - III (DSM -

III), que incluía la inhibición del deseo como parte del trastorno. Ya el DSM - IV (1994) distingue entre trastorno sexual del deseo, de la excitación, del orgasmo y del dolor, siendo más acercado a la definición actual, sin embargo, no fue hasta 1998 cuando tras el “International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction”, se distingue la causa de origen psicológica y orgánica, clasificándolas independientemente y se incluye el dolor no coital como parte del trastorno; sin embargo, el DSM - V (2013) ya no hace esta distinción entre lo psicológico y orgánico y los engloba como una combinación de estos.^{4,5} Es debido a todos estos cambios en las definiciones y criterios diagnósticos a lo largo de la historia que ha sido difícil establecer una prevalencia real, pues en los estudios se han seguido los criterios de la época.⁶ Las últimas guías internacionales se basan en el DSM - V para establecer criterios diagnósticos.^{1,2,6}

La definición más actual de disfunción sexual femenina engloba un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por una alteración clínica significativa en la capacidad para responder sexualmente o para experimentar una relación sexual placentera.²

La prevalencia varía entre los criterios aplicados; acorde a un estudio de cohorte de 31,581 mujeres en Estados Unidos, al menos el 43% presenta algún problema sexual, y al menos el 22% refiere angustia debido a ello, siendo más frecuente en mujeres entre 45 - 64 años.⁷ En otro estudio de cohorte de 1,065 mujeres entre 18 - 75 años en Londres, al menos 40% de las mujeres cumplen un criterio para disfunción sexual, y está asociado a insatisfacción sexual.⁸ En México varía, ya que se ha reportado desde un 22% hasta un 59%, aumentando la prevalencia con la edad, aunque solo se aplicaron menos de 300 cuestionarios en total.^{9,10} Por lo tanto, la disfunción sexual femenina debe considerarse un problema de salud pública por ser atendido, al representar un porcentaje considerable de mujeres, y tener una repercusión en la calidad de vida y desarrollo personal, con la pareja, familia y sociedad.

Es difícil establecer una etiología para la disfunción sexual ya que se requiere integrar múltiples sistemas y factores biológicos, psicosexuales, educativos, del desarrollo personal, familiares, de pareja, religión, etc. ^{1,6} Sin embargo, se pueden identificar algunas causas comunes y factores de riesgo para disfunción sexual femenina, como desorden de ansiedad, diabetes, depresión, mutilación genital, síndrome genitourinario debido a menopausia, historia de abuso sexual, hipertensión, histerectomía, violencia familiar, uso de medicamentos (inhibidores de recaptura de serotonina, hormonales, etc.), enfermedad neurológica, personalidad perfeccionista o de auto - rechazo, problemas con la aceptación corporal, abuso de sustancias, trastornos alimentarios, periodo postparto que puede incluir si está amamantando o trauma obstétrico, insuficiencia ovárica prematura, secuela psicológica de cáncer ginecológico o de mama, estrés emocional o ambiental, cistitis, incontinencia urinaria, etc. ^{1,2,6,11-15}

El DSM - V identifica cuatro tipos específicos de disfunción sexual femenina:

Trastorno del interés/excitación sexual femenino. Interés ausente o reducido en la actividad sexual, fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausentes o reducidos, inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla, excitación o placer sexual ausente o reducido durante casi o todas las ocasiones de actividad sexual, excitación o placer sexual ausente o reducido en respuesta a cualquier invitación sexual o erótica, interna o externa y sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual en todas o casi todas las ocasiones. ¹⁶ Fluctuaciones en el interés sexual y excitación pueden ocurrir a lo largo de la vida de toda mujer con cierta normalidad, con factores individuales o de pareja modificables, pero comunes como, cambios en el patrón de sueño, estrés, cambios en la percepción de imagen corporal o de peso, embarazo, estilo de vida sedentario, abuso de sustancias, problemas de pareja, etc. ^{12,13,17-20}

Trastorno orgásmico femenino. Retraso marcado, infrecuencia marcada o ausencia de orgasmo o reducción marcada de la intensidad de las sensaciones orgásmicas. Se tiene que presentar en todas o casi todas las ocasiones. ¹⁶ La mayoría se presentan en relación con una condición médica de nueva aparición, o una condición anatómica, de comportamiento, de relación o psicológica que usualmente está relacionado con trastorno de interés y excitación sexual, dolor genito - pélvico o dolor a la penetración. ^{1,16,21} Las mujeres con este trastorno usualmente tienen deseo sexual normal. ³

Trastorno de dolor genito – pélvico / penetración. Dificultades persistentes o recurrentes con una o más de las siguientes: (1) dificultad de penetración vaginal durante las relaciones, (2) marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración, (3) marcado dolor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal y, (4) tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal. ¹⁶ Este desorden puede estar desde que la mujer alcanzó la madurez sexual, o adquirido, cuando aparece tras un periodo de actividad sexual relativamente normal. ^{1,16} Las mujeres presentan un decremento o no deseo y evitación de actividad sexual, y miedo o fobia por dolor. ^{1,6} Usualmente ocurre concomitantemente con otras causas médicas, situacionales y psicosociales, y resuelve una vez tratadas estas condiciones. ^{11,22–24}

Disfunción sexual inducida por sustancias / medicamentos. Definida como un trastorno clínicamente significativo de la función sexual que ocurre durante o poco después de la ingesta (o aplicación) de una sustancia o medicación que se conoce su capacidad para provocar esos cambios. ¹⁶ Las sustancias más asociadas son anticolinérgicos, medicamentos hormonales, agentes cardiovasculares y psiquiátricos; el alcohol y otros narcóticos como la marihuana también pueden estar asociados. ^{1,2,16}

Otra disfunción sexual especificada y no especificada. La disfunción especificada se aplica a presentaciones en las que predominan síntomas característicos de una disfunción sexual que causan un malestar clínicamente significativo en la mujer, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstico de disfunción sexual. Se aplica en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple criterios de ninguna disfunción sexual específica, esto se hace registrando “otra disfunción sexual especificada” seguida del motivo específico (ejemplo: “aversión sexual”).¹⁶ La no especificada se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios de una disfunción sexual específica, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.^{1,16}

Para establecer el diagnóstico de disfunción sexual femenina, el DSM - V tiene criterios desglosados; el criterio A se refiere a la disminución o ausencia completa del interés sexual - excitación, manifestada por al menos tres de los siguientes: Ausencia o disminución (1) del interés en la actividad sexual, (2) de pensamientos eróticos o fantasías sexuales, (3) de iniciativa para la actividad sexual, (4) de excitación sexual o capacidad de disfrutar durante el acto sexual en todas o casi todas las ocasiones (75 - 100% de los encuentros sexuales), (5) de interés o excitación en la respuesta a algunos estímulos sexuales internos o externos (escrito, verbal o visual) y, (6) de sensaciones placenteras genitales o no genitales durante la actividad sexual en todas o casi todas las ocasiones (75 - 100% de encuentros sexuales); el criterio B, es que los síntomas del criterio A coexistan al menos seis meses; el criterio C, es que los síntomas del criterio A causan malestar significativo en el individuo; criterio D, la disfunción sexual no es considerada si es causada por una alteración mental no sexual, dificultades de pareja, estresores externos, fármacos o cualquier otra enfermedad no sexual.¹⁶

Idealmente los ginecólogos deberían incluir las preguntas relacionadas a disfunción sexual en las consultas de rutina como parte de un abordaje integral, ya que solo un tercio de las mujeres con problemas sexuales buscan ayuda; la mayoría de las mujeres desean expresar sus angustias referente a sus problemas sexuales con un profesional de salud, sin embargo, la mayoría prefieren que el médico inicie la conversación sobre el sexo; ²⁵ esto da la oportunidad a las mujeres de analizar problemas que de otra manera no hablaría por temor, vergüenza o sensación de que no es importante. ²⁶

El modelo PLISSIT puede ser una herramienta útil para iniciar un diálogo de problemas de salud con las pacientes. El nombre PLISSIT es un acrónimo en inglés para P (Permission), permiso de hablar acerca de los problemas sexuales haciendo preguntas abiertas; LI (Limited Information), proveer a la paciente con información limitada como educación acerca de anatomía femenina, fisiología y cambios básicos en la función sexual con la edad; SS (Specific Suggestions), dar sugerencias específicas en respuesta a un problema (ej: Uso de lubricante en sequedad vaginal); e IT (Intensive Therapy), referencia a un especialista para terapia intensiva podría ser más apropiada una vez que se haya dado educación básica y sugerencias, recordando que la mayoría de los problemas son multidisciplinarios. ²⁷

El modelo PEARLS provee una estructura útil en el momento de la entrevista médica para provocar empatía y una comunicación abierta. PEARLS es un acrónimo en inglés para P (Partnership), el médico debe reconocer que es una asociación o relación y que están en esto juntos; E (Empathy), el médico debe expresar entendimiento y empatía; A (Apology), el clínico debe abordar cualquier expectativa no satisfecha con una disculpa; R (Respect/Reflection/Reinforce), el médico debe reconocer a cualquier paciente que sufra o esté insatisfecha con respeto, reflexión y reforzamiento; L (Legitimize), el clínico debe legitimar las preocupaciones y sentimientos de la paciente; S (Support), el médico deber apoyar a la paciente y enfatizar que continuará trabajando con ella. ²⁷

Cualquier consulta puede incluir una breve evaluación de la función sexual.²⁷ Existen múltiples instrumentos de detección que ayudan a identificar mujeres con problemas de disfunción sexual.^{1,2,6} Muchas herramientas de tamizaje o encuestas son complicadas y más útiles en el entorno de investigación que en la práctica clínica.²⁷ Se aconsejan algunas preguntas para iniciar el tamizaje de disfunción sexual (**Anexo 1**).²⁷ La Lista breve de verificación de síntomas sexuales también puede resultar útil (**Anexo 2**).²⁸ El Índice de función sexual femenina (FSFI, “Female Sexual Function Index”) (**Anexo 3**) es uno de los pocos cuestionarios validados que valora los componentes de deseo, excitación, orgasmo y dolor.^{1,27,29}

Al elegir un cuestionario, el clínico debe considerar lo que espera lograr y si está buscando información genérica o específica de la condición.^{1,6,27} Cuando no se tiene entrenamiento específico en medicina sexual el tamizaje de detección del deseo sexual disminuido es una encuesta validada de cinco preguntas que la paciente realiza a sí misma y detecta trastornos de interés y/o excitación sexual en pacientes pre y postmenopáusicas^{26,30}.

Al existir múltiples instrumentos diagnósticos validados, y cuando no se busca en específico un aspecto de disfunción sexual, se puede utilizar el Índice de función sexual femenina (FSFI, “Female Sexual Function Index”) que fue desarrollado en el año 2000 a partir del DSM - IV, e incluye las categorías de deseo, excitación, orgasmo y dolor, separados en 6 dominios, incluyendo lubricación y satisfacción en 19 preguntas, lo cual lo hace tener adecuada consistencia interna en población general para detectar disfunción sexual y el área afectada.³¹ En el año 2010 se desarrolló el FSFI - 6, que es obtuvo a partir de tomar el ítem con mayor peso de cada uno de los aspectos evaluados, con una buena consistencia interna, confianza aceptable y buena validez,³² sin embargo se prefiere el FSFI - 19 para detectar con mayor exactitud el dominio de afección.³¹ Al estar basados en un manual anterior, y con el cambio en los criterios diagnósticos, no se debería tomar deseo y excitación



como diferentes constructos en la disfunción sexual, sin embargo, al estar separados sigue siendo útil con fines clínico. ^{16,29}

La traducción y adaptación de la herramienta se ha realizado en múltiples lenguas y se ha validado según la cultura de cada país. ³³⁻³⁷ Al idioma español se ha realizado validación en países hispanohablantes como Chile, ³⁸ España, ³⁹ y Colombia. ⁴⁰ Aunque se emplea el mismo idioma, la adaptación latinoamericana es la más parecida a la mexicana, por lo que se toma en cuenta el cuestionario colombiano sobre la adaptación a castellano. ^{39,40}



JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de la disfunción sexual femenina varía desde 22 – 59%. Es un área en la cual no se profundiza durante una consulta debido a la disponibilidad de tiempo, tabú social o incluso falta de capacitación médica.

Existe diversos factores de riesgo para el desarrollo de la disfunción sexual (biológicos, relación de pareja, psicológicos y sociales). La edad es uno de los factores de riesgo más importantes, debido al envejecimiento y los cambios neuroendocrinos del organismo; y en las pacientes premenopáusicas se ha descrito su relación con la menstruación, cambios hormonales asociados al embarazo y parto, trauma obstétrico, la lactancia, los anticonceptivos, la relación en pareja, enfermedades concomitantes y factores ambientales (nivel educativo, tiempo de su relación actual, normas culturales).

En la consulta de ginecología no se ha implementado una herramienta para la detección de la disfunción sexual, por lo que consideramos de vital importancia el inicio de la aplicación de una encuesta que ayude a establecer los factores de riesgo en nuestra población, un diagnóstico con las áreas de mayor afección e inicio oportuno de tratamiento para disminuir el impacto en la calidad de vida y las relaciones interpersonales de las pacientes.



HIPÓTESIS

Existe disfunción sexual femenina en las pacientes premenopáusicas del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

OBJETIVOS

a. OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe disfunción sexual femenina en las pacientes premenopáusicas del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar una encuesta para la determinación de disfunción sexual femenina utilizando el Índice de función sexual femenina.

c. OBJETIVOS EXPLORATORIOS

Determinar la relación entre las áreas de disfunción sexual femenina y edad, antecedentes gineco – obstétricos, índice de masa corporal, estado civil, religión, escolaridad y la presencia de una pareja estable.

Determinar la relación entre las áreas de disfunción sexual femenina y enfermedades concomitantes.

SUJETOS Y MÉTODOS

LUGAR DE REALIZACIÓN:

División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Todas las pacientes con vida sexual activa, que accedan a la realización de la encuesta “Índice de función sexual femenina” vía telefónica o presencial al acudir a valoración ginecológica de julio de 2020 a enero de 2021.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

- **Inclusión:**
 - Pacientes mayores de edad
 - Pacientes que acepten participar en el estudio.
 - Pacientes con vida sexual activa dentro de las ultimas 4 semanas.
 - Pacientes premenopáusicas.

- **Exclusión:**
 - Pacientes sin vida sexual activa.
 - Pacientes embarazadas o puérperas.
 - Pacientes con diagnóstico de cáncer.

- **Eliminación:**
 - Información incompleta en la encuesta “Índice de función sexual femenina”

VARIABLES EN EL ESTUDIO

- Variables de respuesta
- Variables explicativas
- Variables confusoras

Cuadro de Variables:

Variables de respuesta				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Disfunción Sexual percibida por la paciente	Alteración clínica significativa en la capacidad para responder sexualmente o experimentar una relación sexual placentera.	Si No	No aplica	dicotómica
Menopausia	Cese de la menstruación al menos 12 meses.	Si No	No aplica	dicotómica
Variables explicativas				
Edad paciente	Tiempo de vida	18 - 99	años	continua
Inicio de vida sexual	Edad de la primera relación sexual	10 - 99	años	continua
Número de parejas sexuales	Número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales	1 - 100	No aplica	continua
Paridad	Número de embarazos	Nuligesta Multigesta	No aplica	dicotómica
Cirugía ginecológica previa	Cirugía del aparato genitourinario	Si No	No aplica	dicotómica
Índice de Masa Corporal	Relación entre peso y talla	Delgadez Normal Sobrepeso Obesidad	Kg/m ²	continua
Variables confusoras				
Estado Civil	Condición según el registro civil en cuanto a presencia o no de pareja.	Casada Soltera Divorciada Viuda Unión libre	No aplica	categorico
Comorbilidades de la paciente	Enfermedades concomitantes	Si No	No aplica	dicotómica
Pareja	Asociación afectiva y estable entre 2 personas	Si No	No aplica	dicotómica

PLAN DE TRABAJO

- Se definió la encuesta de “Índice de función sexual femenina” en español latino (**Anexo 3**) como la herramienta de evaluación para el estudio.
- Se capacitó a todo el personal involucrado en la realización del estudio para lograr de una manera sistemática y efectiva conseguir toda la información necesaria.
- En el Departamento de Atención Hospitalaria (DAHos – fuente interna) se identificaron aquellas pacientes mayores de edad que acudieron a consulta externa de ginecología en el año 2019 y con el Informe de llamada y aviso de privacidad (**Anexo 4**), se realizó la encuesta “Índice de función sexual femenina” vía telefónica.
- A las pacientes captadas en urgencias/consulta externa, se les explicó el protocolo de estudio y se les invitó a participar con la firma del consentimiento informado (**Anexo 6**), para continuar con la recolección de datos.
- Se recaba la siguiente información al inicio de la encuesta (**Anexo 5**):
 - Demográficos: edad, estado civil, escolaridad, edad de su pareja, ocupación de su pareja.
 - Clínicos: Enfermedades/comorbilidades de la paciente, antecedentes gineco - obstétricos, enfermedades de su pareja.
- Se realizó la encuesta: “Índice de función sexual femenina”
- Posterior a su formulación se analizó e interpretó dicha encuesta para valorar su adecuado llenado o su eliminación, así como detectar alguna alteración en las áreas de función sexual femenina.
- Se vaciaron los datos en la hoja de recolección de datos específica en el programa de Microsoft Excel. Se realizó el análisis estadístico con todos los datos capturados en la base de datos.
- Se interpretaron los datos encontrados y buscaron resultados significativos.



- Se analizaron las limitaciones y fortalezas del estudio, para encontrar áreas de oportunidad y encontrar futuras líneas de investigación sobre el mismo tema.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Recursos humanos:

-El residente co - investigador (tesista) se encargó de la identificación de pacientes candidatas a formar parte del protocolo, explicación del protocolo y firma del consentimiento informado, así como resolver dudas de la paciente.

-Los residentes de primer, segundo, y tercer año de Ginecología y Obstetricia rotando en urgencias y consulta externa de ginecología fueron capacitados para realizar el mismo proceso.

Recursos materiales:

Computadora del tesista: Sin costo para el estudio.

Papelería: Encuestas y consentimientos costo aproximado de 5 000.00 pesos MNX

Caja de bolígrafos: costo aproximado 200.00 pesos MNX.

CAPACITACIÓN DE PERSONAL:

Se capacitó a residentes de 1er, 2do y 3er año de la residencia de ginecología y obstetricia para explicar el protocolo, invitar a pacientes, y aplicar las encuestas.

FINANCIAMIENTO:

Interno.

No requirió financiamiento externo, se utilizó una computadora personal y la papelería fue cubierta por los investigadores.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

TIPO DE MUESTREO

Probabilístico por conveniencia.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

El cálculo de la muestra fue basado en la fórmula para una muestra aleatoria simple.

n: muestra

N: población de la que se obtuvo la muestra

e: margen de error tolerable

S: desviación estándar poblacional

$z_{\alpha/2}^2$: probabilidad Z a dos colas

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 S^2}{e^2 + \frac{z_{\alpha/2}^2 S^2}{N}}$$

El tamaño de la muestra se calculó con base en una muestra probabilística por conveniencia para una población de 717 pacientes que en promedio acudieron durante el año 2019 al servicio de ginecología del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” (DAHos – fuente interna), por lo tanto, para obtener una muestra representativa de dicha población con un nivel de confianza del 95% se requerían 489 pacientes.

MÉTODO DE ALEATORIZACIÓN

No aplica

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizará un análisis descriptivo de las variables, en el cual las continuas se expresan como promedio (\pm desviación estándar) o mediana [IQR] de acuerdo con la distribución de las variables, y las categóricas como conteos y porcentajes.



ÉTICA

Investigación sin riesgo.

Se considera una investigación sin riesgo ya que solo se realizará la encuesta y se recabará la información de las pacientes valoradas, y en caso de diagnosticarse afección en alguna de las áreas de disfunción sexual femenina, previa autorización de la paciente, se compartirá la información con el médico tratante para valorar su tratamiento y seguimiento, siendo las pacientes quienes decidirán si acudirán o no a la misma.

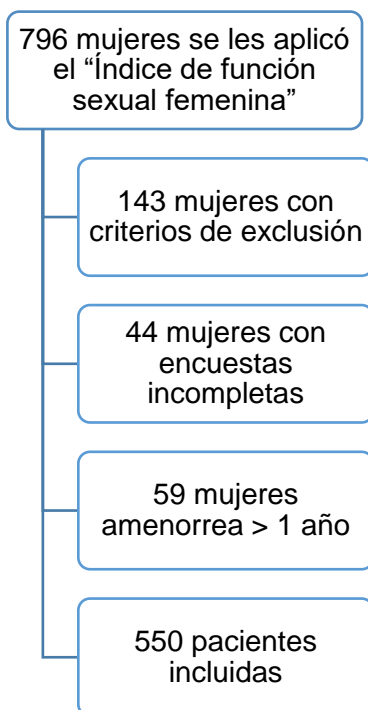
Se sometió el presente estudio al comité de investigación y al comité de ética del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”. En todo momento se cuidó que no se trasgrediera las normas de la declaración de Helsinki adoptada por la 18va asamblea médica mundial, Helsinki, Finlandia en junio de 1964 y hasta la enmienda de WMA General Assembly, Fortaleza, Brasil en octubre del 2013. En apego a las leyes y códigos de México como el artículo 100 de la Ley General de Salud y el artículo 20 donde señala que se entiende por consentimiento bajo información, el acuerdo por escrito mediante el cual el sujeto de investigación, o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

A las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se les informa en que consiste el estudio y su participación de manera verbal y escrita, y en caso de aceptar formar parte del presente estudio se procedió a la firma del consentimiento informado para recabar su información. La paciente podía revocar su consentimiento en cualquier momento de estudio, sin que afecte su atención médica. La información permanecerá confidencial.

RESULTADOS

Se identificaron a las pacientes mayores de edad que acudieron a consulta externa de ginecología en el periodo comprendido del 1 de enero a 31 de diciembre de 2019 (DAHos – fuente interna). Se contactó vía telefónica a las pacientes. Con el informe de llamada y aviso de privacidad (**Anexo 4**) se les invitó a participar en el estudio. A las pacientes que aceptaron, se les realizó la recolección de datos (**Anexo 5**) y posteriormente la encuesta “Índice de función sexual femenina” (**Anexo 3**).

A las pacientes que acudieron a urgencias o consulta externa de julio de 2020 a enero de 2021, se les explicó el protocolo de estudio y se les invitó a participar con la firma del consentimiento informado (**Anexo 6**). Se recolectaron datos y posteriormente la encuesta “Índice de función sexual femenina” (**Anexo 3**).



Se aplicó el “Índice de función sexual femenina” a 796 mujeres. Al iniciar la encuesta se les preguntó a las pacientes si identificaban, conocían o habían escuchado el término “disfunción sexual femenina”, resultando en un 100% de respuestas negativas.

No se incluyeron a 143 mujeres que presentaron alguno de los criterios de exclusión (sin vida sexual activa dentro de las últimas 4 semanas, embarazo, puerperio, diagnóstico de cáncer o menores de 18 años); se eliminaron 44 encuestas por mal llenado.

Figura 1. Flujograma sobre el proceso de selección de pacientes.

De las 609 pacientes restantes, 59 mujeres (9.7%) presentaban amenorrea en un periodo mayor a un año y por pertenecer a la definición operacional de menopausia fueron descartadas. Se obtuvo una muestra de 550 pacientes.

La edad promedio fue de 28.5 ± 8.09 años. Referían un inicio de vida sexual a los 18.5 ± 2.75 años, con un promedio de 4.10 ± 6.35 parejas sexuales y habían cursado con 0.94 ± 1.34 embarazos. Las pacientes presentaron un índice de masa corporal de 25.1 ± 5.29 .

Para determinar disfunción sexual se utiliza como punto de corte un valor menor o igual de 26.55 usando el instrumento índice de función sexual femenina; ² teniendo esto como base, se observó disfunción sexual femenina en un total de 147 pacientes (26.7%).

En las pacientes con disfunción se encontró un aumento en el número de embarazos 0.942 ± 1.34 vs. 1.32 ± 1.44 ($p = < 0.001$) respecto a la población normal; y por consiguiente mayor número de partos 0.365 ± 0.807 vs 0.415 ± 0.792 ($p = 0.16$), cesáreas 0.396 ± 0.796 vs 0.633 ± 0.951 ($p = < 0.001$) y abortos 0.185 ± 0.535 vs 0.272 ± 0.543 ($p = < 0.001$) (**Tabla 1**).

Antecedentes ginecoobstétricos en pacientes con disfunción sexual

	Disfunción (n = 147)	Normal (n = 403)	Total (n = 550)	Valor p
Edad (años) Media (DS)	29.2 (8.80)	28.2 (7.82)	28.5 (8.09)	$p = 0.32$
Inicio de vida sexual (años) Media (DS)	18.6 (2.98)	18.4 (2.67)	18.5 (2.75)	$p = 0.69$
Número de parejas sexuales (número) Media (DS)	4.62 (9.57)	3.91 (4.66)	4.10 (6.35)	$p = 0.27$
Embarazos (número) Media (DS)	1.32 (1.44)	0.80 (1.28)	0.94 (1.34)	$p = < 0.001^*$
Partos (número) Media (DS)	0.41 (0.79)	0.34 (0.81)	0.36 (0.80)	$p = 0.16$
Cesáreas (número) Media (DS)	0.63 (0.95)	0.31 (0.71)	0.39 (0.79)	$p = < 0.001^*$
Abortos (número) Media (DS)	0.27 (0.54)	0.15 (0.52)	0.18 (0.53)	$p = < 0.001^*$

IMC (Kg/m²) Media (DS) 25.7 (5.30) 24.8 (5.28) 25.1 (5.29) $p = 0.079$

Wilcoxon Sum-Rank

Tabla 1. Antecedentes ginecoobstétricos en pacientes con disfunción sexual

Se observó que predominaron las mujeres solteras (59.3%), con escolaridad licenciatura (43.5%) y una pareja estable (90.9%) al momento del estudio. El 23.6% tenían alguna enfermedad sistémica y 23.8% contaban con algún tratamiento médico. Solo 35 mujeres, que representan el 6.4% de la muestra, referían contar con alguna cirugía ginecológica previa (**Tabla 2**).

Características demográficas de pacientes con disfunción sexual

	Disfunción (n = 147)	Normal (n = 403)	Total (n = 550)	Valor p
Religión				$p^{\circ} = 0.83$
Agnóstica	3 (2.0%)	10 (2.5%)	13 (2.4%)	
Atea	3 (2.0%)	5 (1.2%)	8 (1.5%)	
Católica	111 (75.5%)	319 (79.2%)	430 (78.2%)	
Creyente	0 (0%)	2 (0.5%)	2 (0.4%)	
Cristiana	6 (4.1%)	17 (4.2%)	23 (4.2%)	
Evangélica	0 (0%)	2 (0.5%)	2 (0.4%)	
Ninguna	23 (15.6%)	45 (11.2%)	68 (12.4%)	
Testigo de Jehová	1 (0.7%)	3 (0.7%)	4 (0.7%)	
Estado Civil				$p^{\circ} = 0.010^*$
Casada	48 (32.7%)	118 (29.3%)	166 (30.2%)	
Divorciada	4 (2.7%)	6 (1.5%)	10 (1.8%)	
Soltera	74 (50.3%)	252 (62.5%)	326 (59.3%)	
Unión Libre	21 (14.3%)	27 (6.7%)	48 (8.7%)	
Escolaridad				$p+ = <0.001^*$
Licenciatura	58 (39.5%)	181 (44.9%)	239 (43.5%)	
Posgrado	10 (6.8%)	55 (13.6%)	65 (11.8%)	
Preparatoria	57 (38.8%)	133 (33.0%)	190 (34.5%)	

Primaria	6 (4.1%)	1 (0.2%)	7 (1.3%)	
Secundaria	15 (10.2%)	23 (5.7%)	38 (6.9%)	
Técnica	1 (0.7%)	10 (2.5%)	11 (2.0%)	
Enfermedades concomitantes				<i>p = 0.020*</i>
Si	45 (30.6%)	85 (21.1%)	130 (23.6%)	
No	102 (69.4%)	318 (78.9%)	420 (76.4%)	
Tratamiento de enfermedades				<i>p = 0.070</i>
Si	43 (29.3%)	88 (21.8%)	131 (23.8%)	
No	104 (70.7%)	315 (78.2%)	419 (76.2%)	
Cirugía ginecológica previa				<i>p = 0.15</i>
Si	13 (8.8%)	22 (5.5%)	35 (6.4%)	
No	134 (91.2%)	381 (94.5%)	515 (93.6%)	
Pareja Estable				<i>p = 0.026*</i>
Si	127 (86.4%)	373 (92.6%)	500 (90.9%)	
No	20 (13.6%)	30 (7.4%)	50 (9.1%)	
Penetración vaginal				<i>p° = 0.004*</i>
Si	140 (95.2%)	400 (99.3%)	540 (98.2%)	
No	7 (4.8%)	3 (0.7%)	10 (1.8%)	

*F-fisher

+Chi-squared (p-value simulate)

Chi-squared

Tabla 2. Características demográficas de pacientes con disfunción sexual.

Las pacientes con disfunción sexual tenían una media de edad 29.2 ± 8.8 años ($p = 0.32$) respecto a la población con un índice de función sexual adecuado. De igual manera prevalecieron las mujeres solteras (50.3%), con escolaridad licenciatura (39.5%) y con una pareja estable (86.4%).

Se reportaron 10 pacientes (1.8%) con actividad sexual que no presentaban penetración vaginal, donde el 4.8% ($p = 0.004$) presentó un valor menor o igual a 26.55 en el índice, por lo que clasifica para disfunción sexual. La edad de inicio de vida sexual, el número de parejas sexuales, cirugías ginecológicas previas, índice de masa corporal y religión no tuvieron un resultado significativo (**Tabla 2**).

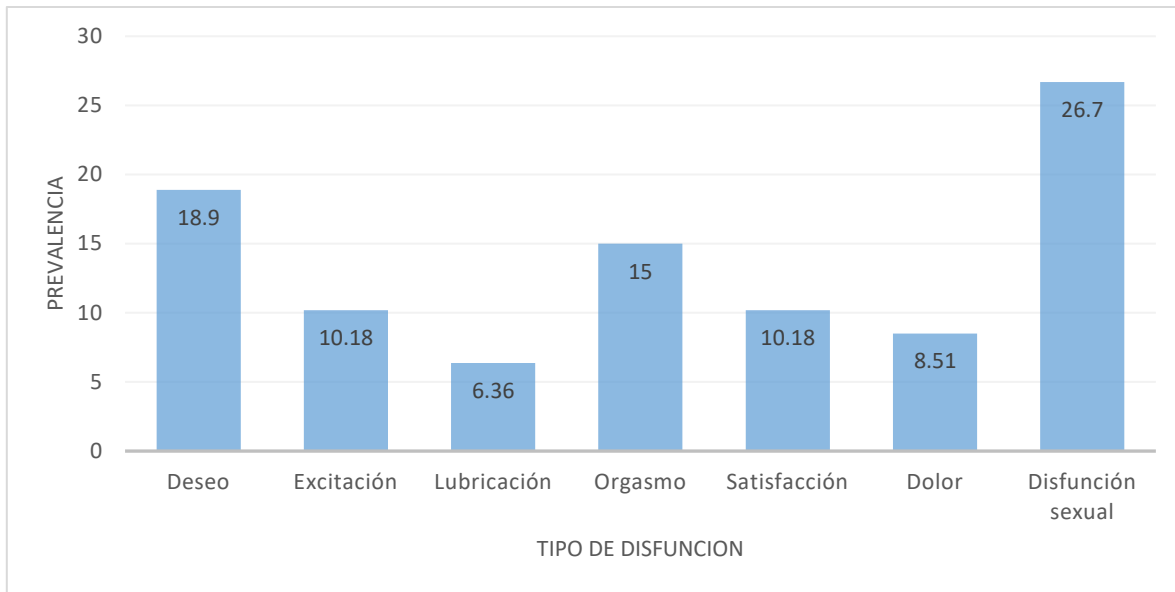


Figura 1. Prevalencia por áreas de disfunción sexual femenina

Separando la disfunción sexual por los rubros evaluados en el índice de función sexual femenino, un total de 104 pacientes (18.9%), presentaron valores promedio menor a 3 en las preguntas relacionadas al área del deseo sexual, por lo que se clasifica como disfunción.⁹

Disfunción sexual femenina en el deseo

	Disfunción (n = 104)	Normal (n = 446)	Total (n = 550)	Valor p
Edad (años) Media (DS)	30.7 (9.31)	28.0 (7.71)	28.5 (8.09)	$p = 0.008^*$
Inicio de vida sexual (años) Media (DS)	18.5 (2.75)	18.4 (2.76)	18.5 (2.75)	$p = 0.59$
Número de parejas sexuales (número) Media (DS)	4.92 (11.0)	3.91 (4.67)	4.10 (6.35)	$p = 0.60$
Embarazos (número) Media (DS)	1.46 (1.51)	0.821 (1.27)	0.942 (1.34)	$p = <0.001^*$
Partos (número) Media (DS)	0.433 (0.856)	0.350 (0.795)	0.365 (0.807)	$p = 0.26$
Cesáreas (número) Media (DS)	0.702 (0.984)	0.325 (0.728)	0.396 (0.796)	$p = <0.001^*$
Abortos (número) Media (DS)	0.327 (0.598)	0.152 (0.514)	0.185 (0.535)	$p = <0.001^*$
IMC (Kg/m ²) Media (DS)	25.8 (5.21)	24.9 (5.30)	25.1 (5.29)	$p = 0.061$

Wilcoxon Sum-Rank

Tabla 3. Variables numéricas en pacientes con afección en deseo sexual.

Al comparar la población normal contra la que presento afección del deseo, se encontró un aumento en la edad (28.0 ± 7.71 vs 30.7 ± 9.31 , $p = 0.008$), número de embarazos (0.821 ± 1.27 vs 1.46 ± 1.51 , $p = <0.001$), número de cesáreas (0.325 ± 0.728 vs 0.702 ± 0.984 , $p = <0.001$) y número de abortos (0.152 ± 0.514 vs 0.327 ± 0.598 , $p = <0.001$) (**Tabla 3**). De igual manera se obtuvieron resultados significativos en cuanto al estado civil ($p = 0.005$) y la escolaridad ($p = 0.017$) (**Tabla 4**).

Disfunción sexual femenina en el deseo

	Disfunción (n = 104)	Normal (n = 446)	Total (n = 550)	Valor p
Religión				$p^{\circ} = 0.21$
Agnóstica	0 (0%)	13 (2.9%)	13 (2.4%)	
Atea	2 (1.9%)	6 (1.3%)	8 (1.5%)	
Católica	89 (85.6%)	341 (76.5%)	430 (78.2%)	
Creyente	0 (0%)	2 (0.4%)	2 (0.4%)	
Cristiana	5 (4.8%)	18 (4.0%)	23 (4.2%)	
Evangélica	0 (0%)	2 (0.4%)	2 (0.4%)	
Ninguna	7 (6.7%)	61 (13.7%)	68 (12.4%)	
Testigo de Jehová	1 (1.0%)	3 (0.7%)	4 (0.7%)	
Estado Civil				$p^{\circ} = 0.005^*$
Casada	35 (33.7%)	131 (29.4%)	166 (30.2%)	
Divorciada	5 (4.8%)	5 (1.1%)	10 (1.8%)	
Soltera	50 (48.1%)	276 (61.9%)	326 (59.3%)	
Unión Libre	14 (13.5%)	34 (7.6%)	48 (8.7%)	
Escolaridad				$p+ = 0.017^*$
Licenciatura	43 (41.3%)	196 (43.9%)	239 (43.5%)	
Posgrado	9 (8.7%)	56 (12.6%)	65 (11.8%)	

Preparatoria	35 (33.7%)	155 (34.8%)	190 (34.5%)	
Primaria	5 (4.8%)	2 (0.4%)	7 (1.3%)	
Secundaria	8 (7.7%)	30 (6.7%)	38 (6.9%)	
Técnica	4 (3.8%)	7 (1.6%)	11 (2.0%)	
Enfermedades concomitantes				<i>p</i> = 0.38
Si	28 (26.9%)	102 (22.9%)	130 (23.6%)	
No	76 (73.1%)	344 (77.1%)	420 (76.4%)	
Tratamiento de enfermedades				<i>p</i> = 0.18
Si	30 (28.8%)	101 (22.6%)	131 (23.8%)	
No	74 (71.2%)	345 (77.4%)	419 (76.2%)	
Cirugía ginecológica previa				<i>p</i> = 0.28
Si	9 (8.7%)	26 (5.8%)	35 (6.4%)	
No	95 (91.3%)	420 (94.2%)	515 (93.6%)	
Pareja Estable				<i>p</i> = 0.33
Si	92 (88.5%)	408 (91.5%)	500 (90.9%)	
No	12 (11.5%)	38 (8.5%)	50 (9.1%)	
Penetración vaginal				<i>p</i> ° = 0.40
Si	101 (97.1%)	439 (98.4%)	540 (98.2%)	
No	3 (2.9%)	7 (1.6%)	10 (1.8%)	

° F-fisher

+Chi-squared (p-value simulate)

Chi-squared

Tabla 4. Características de disfunción en deseo sexual.

Se observó una prevalencia de disfunción en la excitación del 10.18% de la muestra, un total de 56 pacientes. Al comparar la población normal contra la que presento afección en la excitación, se encontró un aumento en la edad (28.1 ± 7.94 vs 31.5 ± 8.84 , $p = 0.003$), número de embarazos (0.870 ± 1.31 vs 1.57 ± 1.48 , $p = <0.001$), número de cesáreas (0.350 ± 0.760 vs 0.804 ± 0.980 , $p = <0.001$) y número de abortos (0.166 ± 0.522 vs 0.357 ± 0.616 , $p = <0.001$) (**Tabla 5**). De igual manera se obtuvieron resultados significativos en la presencia de una pareja estable ($p =$

<0.001), cirugías ginecológicas previas ($p = 0.018$) y la escolaridad ($p = <0.001$) (Tabla 6).

Disfunción sexual femenina en la excitación

	Disfunción (n = 56)	Normal (n = 494)	Total (n = 550)	Valor p
Edad (años) Media (DS)	31.5 (8.84)	28.1 (7.94)	28.5 (8.09)	$p = 0.003^*$
Inicio de vida sexual (años) Media (DS)	18.3 (2.99)	18.5 (2.73)	18.5 (2.75)	$p = 0.96$
Número de parejas sexuales (número) Media (DS)	6.89 (14.7)	3.78 (4.47)	4.10 (6.35)	$p = 0.71$
Embarazos (número) Media (DS)	1.57 (1.48)	0.870 (1.31)	0.942 (1.34)	$p = <0.001^*$
Partos (número) Media (DS)	0.411 (0.826)	0.360 (0.805)	0.365 (0.807)	$p = 0.62$
Cesáreas (número) Media (DS)	0.804 (0.980)	0.350 (0.760)	0.396 (0.796)	$p = <0.001^*$
Abortos (número) Media (DS)	0.357 (0.616)	0.166 (0.522)	0.185 (0.535)	$p = <0.001^*$
IMC (Kg/m ²) Media (DS)	25.9 (4.79)	25.0 (5.34)	25.1 (5.29)	$p = 0.077$

Wilcoxon Sum-Rank

Tabla 5. Variables numéricas en pacientes con afección en excitación.

Disfunción sexual femenina en la excitación

	Disfunción (n = 56)	Normal (n = 494)	Total (n = 550)	Valor p
Religión				$p^{\circ} = 0.76$
Agnóstica	0 (0%)	13 (2.6%)	13 (2.4%)	
Atea	1 (1.8%)	7 (1.4%)	8 (1.5%)	
Católica	46 (82.1%)	384 (77.7%)	430 (78.2%)	
Creyente	0 (0%)	2 (0.4%)	2 (0.4%)	
Cristiana	2 (3.6%)	21 (4.3%)	23 (4.2%)	
Evangélica	0 (0%)	2 (0.4%)	2 (0.4%)	
Ninguna	6 (10.7%)	62 (12.6%)	68 (12.4%)	
Testigo de Jehová	1 (1.8%)	3 (0.6%)	4 (0.7%)	
Estado Civil				$p^{\circ} = 0.094$

Casada	21 (37.5%)	145 (29.4%)	166 (30.2%)	
Divorciada	3 (5.4%)	7 (1.4%)	10 (1.8%)	
Soltera	28 (50.0%)	298 (60.3%)	326 (59.3%)	
Unión Libre	4 (7.1%)	44 (8.9%)	48 (8.7%)	
Escolaridad				$p+ = <0.001^*$
Licenciatura	22 (39.3%)	217 (43.9%)	239 (43.5%)	
Posgrado	2 (3.6%)	63 (12.8%)	65 (11.8%)	
Preparatoria	20 (35.7%)	170 (34.4%)	190 (34.5%)	
Primaria	5 (8.9%)	2 (0.4%)	7 (1.3%)	
Secundaria	6 (10.7%)	32 (6.5%)	38 (6.9%)	
Técnica	1 (1.8%)	10 (2.0%)	11 (2.0%)	
Enfermedades concomitantes				$p = 0.21$
Si	17 (30.4%)	113 (22.9%)	130 (23.6%)	
No	39 (69.6%)	381 (77.1%)	420 (76.4%)	
Tratamiento de enfermedades				$p = 0.22$
Si	17 (30.4%)	114 (23.1%)	131 (23.8%)	
No	39 (69.6%)	380 (76.9%)	419 (76.2%)	
Cirugía ginecológica previa				$p = 0.018^*$
Si	8 (14.3%)	27 (5.5%)	35 (6.4%)	
No	48 (85.7%)	467 (94.5%)	515 (93.6%)	
Pareja Estable				$p = <0.001^*$
Si	43 (76.8%)	457 (92.5%)	500 (90.9%)	
No	13 (23.2%)	37 (7.5%)	50 (9.1%)	
Penetración vaginal				$p^{\circ} = 1$
Si	55 (98.2%)	485 (98.2%)	540 (98.2%)	
No	1 (1.8%)	9 (1.8%)	10 (1.8%)	

° F-fisher

+Chi-squared (p-value simulate)

Chi-squared

Tabla 6. Características de disfunción en excitación.

Se observó una prevalencia de disfunción en la lubricación del 6.36%, un total de 35 pacientes presentaron un valor promediado menor de 3 en las preguntas relacionadas a ese rubro. Al comparar la población normal contra la que presento

afección en la lubricación, se encontró un aumento en el número de partos vía vaginal (0.348 ± 0.792 vs 0.629 ± 0.973 , $p = 0.036$) (**Tabla 7**) y resultado significativo en la escolaridad ($p = 0.006$) (**Tabla 8**).

Disfunción sexual femenina en la lubricación

	Disfunción (n = 35)	Normal (n = 515)	Total (n = 550)	Valor <i>p</i>
Edad (años) Media (DS)	32.3 (11.5)	28.2 (7.76)	28.5 (8.09)	$p = 0.068$
Inicio de vida sexual (años) Media (DS)	18.6 (2.97)	18.5 (2.74)	18.5 (2.75)	$p = 0.34$
Número de parejas sexuales (número) Media (DS)	7.20 (17.0)	3.89 (4.83)	4.10 (6.35)	$p = 0.87$
Embarazos (número) Media (DS)	1.43 (1.60)	0.909 (1.32)	0.942 (1.34)	$p = 0.051$
Partos (número) Media (DS)	0.629 (0.973)	0.348 (0.792)	0.365 (0.807)	$p=0.036^*$
Cesáreas (número) Media (DS)	0.543 (0.919)	0.386 (0.787)	0.396 (0.796)	$p = 0.26$
Abortos (número) Media (DS)	0.257 (0.505)	0.181 (0.537)	0.185 (0.535)	$p = 0.11$
IMC (Kg/m ²) Media (DS)	24.9 (4.94)	25.1 (5.32)	25.1 (5.29)	$p = 0.84$

Wilcoxon Sum-Rank

Tabla 7. Variables numéricas en pacientes con afección en lubricación.

Disfunción sexual femenina en la lubricación

	Disfunción (n = 35)	Normal (n = 515)	Total (n = 550)	Valor <i>p</i>
Religión				$p^{\circ} = 0.89$
Agnóstica	0 (0%)	13 (2.5%)	13 (2.4%)	
Atea	1 (2.9%)	7 (1.4%)	8 (1.5%)	
Católica	29 (82.9%)	401 (77.9%)	430 (78.2%)	
Creyente	0 (0%)	2 (0.4%)	2 (0.4%)	

Cristiana	1 (2.9%)	22 (4.3%)	23 (4.2%)	
Evangélica	0 (0%)	2 (0.4%)	2 (0.4%)	
Ninguna	4 (11.4%)	64 (12.4%)	68 (12.4%)	
Testigo de Jehová	0 (0%)	4 (0.8%)	4 (0.7%)	
Estado Civil				$p^{\circ} = 0.94$
Casada	12 (34.3%)	154 (29.9%)	166 (30.2%)	
Divorciada	0 (0%)	10 (1.9%)	10 (1.8%)	
Soltera	20 (57.1%)	306 (59.4%)	326 (59.3%)	
Unión Libre	3 (8.6%)	45 (8.7%)	48 (8.7%)	
Escolaridad				$p+ = 0.006^*$
Licenciatura	14 (40.0%)	225 (43.7%)	239 (43.5%)	
Posgrado	3 (8.6%)	62 (12.0%)	65 (11.8%)	
Preparatoria	11 (31.4%)	179 (34.8%)	190 (34.5%)	
Primaria	4 (11.4%)	3 (0.6%)	7 (1.3%)	
Secundaria	3 (8.6%)	35 (6.8%)	38 (6.9%)	
Técnica	0 (0%)	11 (2.1%)	11 (2.0%)	
Enfermedades concomitantes				$p = 0.26$
Si	11 (31.4%)	119 (23.1%)	130 (23.6%)	
No	24 (68.6%)	396 (76.9%)	420 (76.4%)	
Tratamiento de enfermedades				$p = 0.49$
Si	10 (28.6%)	121 (23.5%)	131 (23.8%)	
No	25 (71.4%)	394 (76.5%)	419 (76.2%)	
Cirugía ginecológica previa				$p = 0.26$
Si	4 (11.4%)	31 (6.0%)	35 (6.4%)	
No	31 (88.6%)	484 (94.0%)	515 (93.6%)	
Pareja Estable				$p = 1$
Si	32 (91.4%)	468 (90.9%)	500 (90.9%)	
No	3 (8.6%)	47 (9.1%)	50 (9.1%)	
Penetración vaginal				$p^{\circ} = 0.48$
Si	34 (97.1%)	506 (98.3%)	540 (98.2%)	
No	1 (2.9%)	9 (1.7%)	10 (1.8%)	

°F-fisher

+Chi-squared (p-value simulate)

Chi-squared

Tabla 8. Características de disfunción de lubricación.

Se observó una prevalencia de disfunción en el orgasmo del 15%, un total de 83 pacientes presentaron un valor promediado menor de 3 en las preguntas relacionadas a ese rubro. Al comparar la población normal contra la que presento afección en el orgasmo, se encontró un aumento en la edad (28.9 ± 7.93 vs 26.2 ± 8.69 , $p = 0.001$) (**Tabla 9**).

De igual manera se obtuvieron resultados significativos en la presencia de una pareja estable ($p = 0.023$), la escolaridad ($p = 0.001$), presencia de enfermedades concomitantes ($p = 0.008$) y tratamiento médico ($p = 0.021$) (**Tabla 10**).

Disfunción sexual femenina en el orgasmo

	Disfunción (n = 83)	Normal (n = 467)	Total (n = 550)	Valor <i>p</i>
Edad (años) Media (DS)	26.2 (8.69)	28.9 (7.93)	28.5 (8.09)	$p = 0.001^*$
Inicio de vida sexual (años) Media (DS)	18.2 (3.16)	18.5 (2.68)	18.5 (2.75)	$p = 0.14$
Número de parejas sexuales (número) Media (DS)	4.05 (5.41)	4.11 (6.51)	4.10 (6.35)	$p = 0.30$
Embarazos (número) Media (DS)	0.916 (1.33)	0.946 (1.34)	0.942 (1.34)	$p = 0.61$
Partos (número) Media (DS)	0.289 (0.654)	0.379 (0.831)	0.365 (0.807)	$p = 0.59$
Cesáreas (número) Media (DS)	0.373 (0.728)	0.400 (0.808)	0.396 (0.796)	$p = 0.89$
Abortos (número) Media (DS)	0.253 (0.581)	0.173 (0.526)	0.185 (0.535)	$p = 0.17$
IMC (Kg/m ²) Media (DS)	24.8 (5.39)	25.1 (5.28)	25.1 (5.29)	$p = 0.61$

Wilcoxon Sum-Rank

Tabla 9. Variables numéricas en pacientes con afección en orgasmo

Disfunción sexual femenina en el orgasmo

	Disfunción (n = 83)	Normal (n = 467)	Total (n = 550)	Valor <i>p</i>
Religión				$p^{\circ} = 0.34$
Agnóstica	3 (3.6%)	10 (2.1%)	13 (2.4%)	

Atea	3 (3.6%)	5 (1.1%)	8 (1.5%)	
Católica	59 (71.1%)	371 (79.4%)	430 (78.2%)	
Creyente	0 (0%)	2 (0.4%)	2 (0.4%)	
Cristiana	4 (4.8%)	19 (4.1%)	23 (4.2%)	
Evangélica	0 (0%)	2 (0.4%)	2 (0.4%)	
Ninguna	13 (15.7%)	55 (11.8%)	68 (12.4%)	
Testigo de Jehová	1 (1.2%)	3 (0.6%)	4 (0.7%)	
Estado Civil				<i>p° = 0.072</i>
Casada	18 (21.7%)	148 (31.7%)	166 (30.2%)	
Divorciada	2 (2.4%)	8 (1.7%)	10 (1.8%)	
Soltera	59 (71.1%)	267 (57.2%)	326 (59.3%)	
Unión Libre	4 (4.8%)	44 (9.4%)	48 (8.7%)	
Escolaridad				<i>p+ = 0.001*</i>
Licenciatura	29 (34.9%)	210 (45.0%)	239 (43.5%)	
Posgrado	4 (4.8%)	61 (13.1%)	65 (11.8%)	
Preparatoria	42 (50.6%)	148 (31.7%)	190 (34.5%)	
Primaria	3 (3.6%)	4 (0.9%)	7 (1.3%)	
Secundaria	5 (6.0%)	33 (7.1%)	38 (6.9%)	
Técnica	0 (0%)	11 (2.4%)	11 (2.0%)	
Enfermedades concomitantes				<i>p = 0.008*</i>
Si	29 (34.9%)	101 (21.6%)	130 (23.6%)	
No	54 (65.1%)	366 (78.4%)	420 (76.4%)	
Tratamiento de enfermedades				<i>p = 0.021*</i>
Si	28 (33.7%)	103 (22.1%)	131 (23.8%)	
No	55 (66.3%)	364 (77.9%)	419 (76.2%)	
Cirugía ginecológica previa				<i>p = 0.89</i>
Si	5 (6.0%)	30 (6.4%)	35 (6.4%)	
No	78 (94.0%)	437 (93.6%)	515 (93.6%)	
Pareja Estable				<i>p = 0.023*</i>
Si	70 (84.3%)	430 (92.1%)	500 (90.9%)	

No	13 (15.7%)	37 (7.9%)	50 (9.1%)	
Penetración vaginal				$p = 1$
Si	82 (98.8%)	458 (98.1%)	540 (98.2%)	
No	1 (1.2%)	9 (1.9%)	10 (1.8%)	

°F-fisher

+Chi-squared (p-value simulate)

Chi-squared

Tabla 10. Características de disfunción de orgasmo

Se observó una prevalencia de disfunción en la satisfacción del 10.18%, un total de 56 pacientes presentaron un valor promediado menor de 3 en las preguntas relacionadas a ese rubro. Al comparar la población normal contra la que presento afección en la satisfacción, se encontró un aumento en el número de embarazos (0.905 ± 1.34 vs 1.27 ± 1.31 , $p = 0.027$) y en las cesáreas (0.368 ± 0.766 vs 0.643 ± 0.999 , $p = 0.021$) (**Tabla 11**). Se obtuvieron resultados significativos en la escolaridad ($p = 0.007$), la presencia de una pareja estable ($p = < 0.001$), penetración vía vaginal ($p = 0.012$) y la presencia de enfermedades sistémicas ($p = 0.024$) (**Tabla 12**).

Disfunción sexual femenina en la satisfacción

	Disfunción (n = 56)	Normal (n = 494)	Total (n = 550)	Valor p
Edad (años) Media (DS)	30.0 (8.17)	28.3 (8.08)	28.5 (8.09)	$p = 0.097$
Inicio de vida sexual (años) Media (DS)	18.1 (3.20)	18.5 (2.70)	18.5 (2.75)	$p = 0.18$
Número de parejas sexuales (número) Media (DS)	4.05 (4.63)	4.11 (6.52)	4.10 (6.35)	$p = 0.36$
Embarazos (número) Media (DS)	1.27 (1.31)	0.905 (1.34)	0.942 (1.34)	$p = 0.027^*$
Partos (número) Media (DS)	0.482 (0.894)	0.352 (0.796)	0.365 (0.807)	$p = 0.33$
Cesáreas (número) Media (DS)	0.643 (0.999)	0.368 (0.766)	0.396 (0.796)	$p = 0.021^*$

Abortos (número) Media (DS)	0.143 (0.353)	0.190 (0.552)	0.185 (0.535)	$p = 0.97$
IMC (Kg/m ²) Media (DS)	24.7 (4.33)	25.1 (5.39)	25.1 (5.29)	$p = 0.97$

Wilcoxon Sum-Rank

Tabla 11. Variables numéricas en pacientes con afección en satisfacción.

Disfunción sexual femenina en la satisfacción

	Disfunción (n = 56)	Normal (n = 496)	Total (n = 550)	Valor p
Religión				$p^{\circ} = 0.56$
Agnóstica	1 (1.8%)	12 (2.4%)	13 (2.4%)	
Atea	1 (1.8%)	7 (1.4%)	8 (1.5%)	
Católica	46 (82.1%)	384 (77.7%)	430 (78.2%)	
Creyente	0 (0%)	2 (0.4%)	2 (0.4%)	
Cristiana	0 (0%)	23 (4.7%)	23 (4.2%)	
Evangélica	0 (0%)	2 (0.4%)	2 (0.4%)	
Ninguna	7 (12.5%)	61 (12.3%)	68 (12.4%)	
Testigo de Jehová	1 (1.8%)	3 (0.6%)	4 (0.7%)	
Estado Civil				$p^{\circ} = 0.11$
Casada	17 (30.4%)	149 (30.2%)	166 (30.2%)	
Divorciada	3 (5.4%)	7 (1.4%)	10 (1.8%)	
Soltera	29 (51.8%)	297 (60.1%)	326 (59.3%)	
Unión Libre	7 (12.5%)	41 (8.3%)	48 (8.7%)	
Escolaridad				$p^+ = 0.007^*$
Licenciatura	25 (44.6%)	214 (43.3%)	239 (43.5%)	
Posgrado	3 (5.4%)	62 (12.6%)	65 (11.8%)	
Preparatoria	18 (32.1%)	172 (34.8%)	190 (34.5%)	
Primaria	4 (7.1%)	3 (0.6%)	7 (1.3%)	
Secundaria	6 (10.7%)	32 (6.5%)	38 (6.9%)	
Técnica	0 (0%)	11 (2.2%)	11 (2.0%)	

Enfermedades concomitantes				$p = 0.024^*$
Si	20 (35.7%)	110 (22.3%)	130 (23.6%)	
No	36 (64.3%)	384 (77.7%)	420 (76.4%)	
Tratamiento de enfermedades				$p = 0.060$
Si	19 (33.9%)	112 (22.7%)	131 (23.8%)	
No	37 (66.1%)	382 (77.3%)	419 (76.2%)	
Cirugía ginecológica previa				$p = 0.15$
Si	6 (10.7%)	29 (5.9%)	35 (6.4%)	
No	50 (89.3%)	465 (94.1%)	515 (93.6%)	
Pareja Estable				$p = <0.001^*$
Si	44 (78.6%)	456 (92.3%)	500 (90.9%)	
No	12 (21.4%)	38 (7.7%)	50 (9.1%)	
Penetración vaginal				$p^{\circ} = 0.012^*$
Si	52 (92.9%)	488 (98.8%)	540 (98.2%)	
No	4 (7.1%)	6 (1.2%)	10 (1.8%)	

°F-fisher

+Chi-squared (p-value simulate)

Chi-squared

Tabla 12. Características de disfunción de satisfacción

Se descartaron a 10 pacientes que al no contar con penetración vía vaginal tenían un valor de 0 en las respuestas con respecto a dolor. En las 540 pacientes incluidas, se observó una prevalencia de disfunción en el dolor del 8.51%, un total de 46 pacientes presentaron un valor promediado menor de 3 en las preguntas relacionadas a ese rubro (**Tabla 13**).

No se encontró ningún valor significativo al comparar la población sin resultados de disfunción contra la que presento afección en el dolor (**Tabla 14**).

Disfunción sexual femenina en el dolor

	Disfunción (N=46)	Normal (N=494)	Total (N=540)	Valor <i>p</i>
Edad (años) Media (DS)	28.9 (8.03)	28.5 (8.11)	28.5 (8.09)	<i>p</i> = 0.66
Inicio de vida sexual (años) Media (DS)	18.7 (3.66)	18.4 (2.67)	18.5 (2.76)	<i>p</i> = 0.82
Número de parejas sexuales (número) Media (DS)	4.96 (8.04)	3.94 (6.11)	4.03 (6.29)	<i>p</i> = 0.61
Embarazos (número) Media (DS)	1.22 (1.60)	0.921 (1.31)	0.946 (1.34)	<i>p</i> = 0.39
Partos (número) Media (DS)	0.391 (0.829)	0.368 (0.812)	0.370 (0.813)	<i>p</i> = 0.88
Cesáreas (número) Media (DS)	0.522 (0.937)	0.383 (0.776)	0.394 (0.791)	<i>p</i> = 0.39
Abortos (número) Media (DS)	0.326 (0.790)	0.174 (0.508)	0.187 (0.538)	<i>p</i> = 0.19
IMC (Kg/m ²) Media (DS)	24.6 (6.22)	25.1 (5.22)	25.1 (5.31)	<i>p</i> = 0.11

Wilcoxon Sum-Rank

Tabla 13. Variables numéricas en pacientes con afección en dolor.

Disfunción sexual femenina en el dolor

	Disfunción (N=46)	Normal (N=494)	Total (N=540)	Valor <i>p</i>
Religión				<i>p</i> ° = 0.14
Agnóstica	0 (0%)	13 (2.6%)	13 (2.4%)	
Atea	0 (0%)	8 (1.6%)	8 (1.5%)	
Católica	31 (67.4%)	392 (79.4%)	423 (78.3%)	
Creyente	0 (0%)	2 (0.4%)	2 (0.4%)	
Cristiana	4 (8.7%)	18 (3.6%)	22 (4.1%)	
Evangélica	0 (0%)	2 (0.4%)	2 (0.4%)	
Ninguna	11 (23.9%)	55 (11.1%)	66 (12.2%)	
Testigo de Jehová	0 (0%)	4 (0.8%)	4 (0.7%)	
Estado Civil				<i>p</i> ° = 0.20

Casada	12 (26.1%)	153 (31.0%)	165 (30.6%)	
Divorciada	0 (0%)	8 (1.6%)	8 (1.5%)	
Soltera	26 (56.5%)	293 (59.3%)	319 (59.1%)	
Unión Libre	8 (17.4%)	40 (8.1%)	48 (8.9%)	
Escolaridad				<i>p</i> = 0.84
Licenciatura	20 (43.5%)	212 (42.9%)	232 (43.0%)	
Posgrado	7 (15.2%)	58 (11.7%)	65 (12.0%)	
Preparatoria	15 (32.6%)	172 (34.8%)	187 (34.6%)	
Primaria	1 (2.2%)	6 (1.2%)	7 (1.3%)	
Secundaria	3 (6.5%)	35 (7.1%)	38 (7.0%)	
Técnica	0 (0%)	11 (2.2%)	11 (2.0%)	
Enfermedades concomitantes				<i>p</i> = 0.20
Si	14 (30.4%)	110 (22.3%)	124 (23.0%)	
No	32 (69.6%)	384 (77.7%)	416 (77.0%)	
Tratamiento de enfermedades				<i>p</i> = 0.64
Si	12 (26.1%)	114 (23.1%)	126 (23.3%)	
No	34 (73.9%)	380 (76.9%)	414 (76.7%)	
Cirugía ginecológica previa				<i>p</i> = 0.19
Si	5 (10.9%)	29 (5.9%)	34 (6.3%)	
No	41 (89.1%)	465 (94.1%)	506 (93.7%)	
Pareja Estable				<i>p</i> = 0.17
Si	39 (84.8%)	451 (91.3%)	490 (90.7%)	
No	7 (15.2%)	43 (8.7%)	50 (9.3%)	

°F-fisher

+Chi-squared (p-value simulate)

Chi-squared

Tabla 14. Características de disfunción de dolor

DISCUSIÓN.

Al analizar los resultados de nuestro estudio, confirmamos que existe disfunción sexual femenina en las mujeres premenopáusicas de nuestra población, por lo que se vuelve fundamental realizar un adecuado abordaje durante la valoración ginecológica para un diagnóstico oportuno e impacto en la calidad de vida de las pacientes.

Una adecuada vida sexual es esencial en la vida de todo ser humano. Por lo tanto, la salud sexual es fundamental para el desarrollo intrapersonal, interpersonal y como se desenvuelve un individuo en su entorno y su disfunción puede generar un impacto negativo en la calidad de vida a corto, mediano y largo plazo, poniendo en riesgo su adecuado desarrollo como individuo.

A lo largo de la historia, los temas relacionados a la sexualidad han pasado de ser temas normales, a temas tabú por algunas sociedades alrededor del mundo. Desde la instauración de las religiones judeo - cristianas como religiones predominantes en creyentes y seguidores, la sexualidad ha sufrido cierto grado de censura, dejando temas relacionados a salud sexual en el olvido o marcándolos con cierto grado de prohibición, por lo cual es difícil para muchas personas buscar consejería o atención médica especializada. Es por esto, que la salud sexual debe tratarse como una parte integral de la atención de todos los pacientes, haciendo pruebas de tamizaje con pequeños cuestionarios que permitan al paciente familiarizarse y entrar en confianza con el tema de la sexualidad y por consiguiente, resolver dudas o buscar ayuda en caso de algún grado de afección.

Existen varias escalas para determinar la función sexual en la mujer, sin embargo, no evalúan todos los dominios que en conjunto conforman la función sexual de una mujer; es por esto por lo que se prefiere el “índice de función sexual femenina”, ya

que es una herramienta validada en varios idiomas y que en español está adaptada a diferentes regiones de habla hispana. ^{27 - 29}

En Madrid en el año 2015, se realizó un estudio descriptivo que incluyó 120 mujeres premenopáusicas de edad mayor o igual a 30 años utilizando el mismo instrumento, en estas pacientes se encontró una prevalencia de disfunción sexual femenina del 33.3%. ⁴

En otro estudio realizado en la Ciudad de México en el periodo comprendido entre 2016 y 2017 con 171 mujeres de entre 20 a 60 años, utilizando el mismo instrumento validado en español hispano, se encontró una prevalencia de disfunción del 35%, sin embargo, se utilizó un valor de corte más alto para el diagnóstico (28 en lugar de 26.55, como el resto de la literatura), lo cual en teoría, haría más fácil el diagnóstico de disfunción. ⁹

En nuestra población 127 pacientes presentaron disfunción sexual, equivalente al 26.7%, por debajo de lo publicado previamente a nivel internacional y en población mexicana, esto podría deberse a que evaluamos un mayor número de mujeres con respecto a los estudios realizados en países de habla hispana, en edad reproductiva sin comorbilidades severas previas, con una media de edad menor (29.2 ± 8.8 años) y con un punto de corte para disfunción similar a lo reportado en la mayoría de la literatura internacional y nacional. Esto da fuerza al estudio, ya que se evalúa una población que en teoría no debería tener algún tipo de afección, sin embargo, encontramos algún grado de disfunción en 1 de cada 4 evaluadas.

Con respecto a las características sociodemográficas, el estudio reporta una mayor prevalencia de las mujeres solteras (50.3%), con una pareja estable (86.4%) y escolaridad licenciatura (39.5%). Esto concuerda con lo publicado previamente sobre población mexicana. ^{9,10,41,42}

Al explorar cada dominio observamos que el más afectado fue el deseo de las pacientes en un 18.9%, seguido del orgasmo con un 15%, la excitación y satisfacción ambos con un 10.18%, el dolor con 8.52% y por último la lubricación con 6.36%. Estos resultados son similares a lo reportado en Madrid, México, Eslovenia, Franja de Gaza, China, etc. ^{4,9,36,43,44}

Debido a la complejidad de la función sexual femenina, donde se incorporan factores como la intimidad, estímulos sexuales y la satisfacción en la relación, podría justificarse que el deseo sea el dominio más afectado. Algunos estudios han descrito que hay mujeres que refieren no tener deseo sexual, pero tienen la capacidad de excitarse en respuesta a estímulos por parte de su pareja para iniciar una actividad sexual. ¹

Se observa un grupo de 10 pacientes (1.8%) con vida sexual activa sin penetración vía vaginal; estas pacientes se descartaron del estudio en el rubro de dolor, ya que automáticamente se les asigna una calificación de 0. Sin embargo, aún descartando ese grupo de pacientes, se encontró que el 4.8% de las evaluadas presentó disfunción sexual. Esto apoya el último modelo de respuesta sexual propuesto por Basson, donde los estímulos externos pueden contribuir para una relación sexual satisfactoria sin mayor relevancia al contacto físico. ³

De acuerdo al DSM-V, la disfunción sexual debe persistir con síntomas al menos durante 6 meses y causar angustia o dificultades interpersonales, ¹⁶ por lo que esta encuesta debería repetirse en ese periodo de tiempo para evitar el sobrediagnóstico.

LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

La mayor limitante para este estudio fue la pandemia a causa de COVID – 19, ya que debido a los cambios en los protocolos de atención hospitalaria que implementó el hospital, se suspendió la consulta de ginecología, de donde se tomaría la mayoría de las pacientes para la muestra.

Fue necesario realizar la encuesta vía telefónica, así como captar a las pacientes que acudieron a valoración al servicio de urgencias o que estaban en seguimiento en la consulta externa de oncología ginecológica, pero con patología benigna para garantizar que su enfermedad no influyera en su vida sexual.

A pesar de lo que el equipo investigador suponía de entrada, las pacientes respondieron satisfactoriamente a la invitación para la realización de la encuesta de función sexual y se mostraron abiertas a hablarlo de manera directa vía telefónica con el encuestador; se presuponía cierta dificultad al ser un tema que en muchos sectores de la sociedad se puede considerar tabú. Sin embargo, observamos que debido a la falta de educación sexual en la población algunos términos del cuestionario fueron difíciles de comprender por parte de las pacientes, lo que las llevó a solicitar apoyo del personal médico. Al ser un cuestionario guiado vía telefónica o presencial, puede limitar el autollenado y confidencialidad.

Dada la “nueva normalidad” a causa de la pandemia que ha obligado a los servicios de salud ha trabajar de manera diferente, y el acceso a dispositivos con conexión a internet por la mayoría de la población en el país, se podría tomar como un área de oportunidad para la implementación del cuestionario a una población abierta y heterogénea.



CONCLUSIONES

Existe disfunción sexual femenina en pacientes premenopáusicas del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto. Los resultados fueron similares a la reportada en la bibliografía mundial. Se requieren estudios adicionales que evalúen con mayor profundidad la relación entre las diferentes variables con cada rubro de disfunción.

BIBLIOGRAFÍA.

1. ACOG. Practice Bulletin 213: Sexual dysfunction. *Obstet Gynecol.* 2019;133(76):168-186.
2. Dason S, Dason JT, Kapoor A. Guidelines for the diagnosis and management of recurrent urinary tract infection in women. *J Can Urol Assoc.* 2011;5(5):316-322.
3. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L. Revised Definitions of Women ' s Sexual Dysfunction. *J Sex Med.* 2004;1(1):40-48.
4. Portillo-Sánchez, Sandra, Pérez-Medina T. Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. *Progresos Obstet y Ginecol.* 2017;60(4):320-327.
5. Mwampagatwa IH. Sexuality and sexual dysfunction in women: A review of current knowledge and areas for further research. *Sky J Med Med Sci.* 2015;3(2):14-23.
6. Mancilla-Amador, Angélica; De la Torre y Fernández P. 5. Disfunciones sexuales femeninas. Guía de práctica clínica. *COMEGO.* Published online 2014:82-100.
7. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in united states women: Prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008;112(5):970-978.
8. Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: Cross sectional study. *Br Med J.* 2003;327(7412):423-426.
9. López-Maguey RP, Cantellano-Orozco M, Staufert-Gutiérrez JR, Gómez-Sánchez J, Herrera-Muñoz JA, Preciado-Estrella DA. Prevalencia de disfunción sexual femenina en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. *Rev Mex Urol.* 2018;78(3):169-175. doi:10.24245/rev
10. Genaro Vega M, Patricia Jezabel Flores C, Javier Ávila M, et al. Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2014;79(2):295-301.

11. ter Kuile MM, Vigeveno D, Laan E. Preliminary evidence that acute and chronic daily psychological stress affect sexual arousal in sexually functional women. *Behav Res Ther.* 2007;45(9):2078-2089.
12. Wiederman MW. Women's body image self-consciousness during physical intimacy with a partner. *J Sex Res.* 2000;37(1):60-68.
13. Cabral PUL, Canário ACG, Spyrides MHC, Uchôa SAC, Eleutério J, Gonçalves AK. Determinants of sexual dysfunction among middle-Aged women. *Int J Gynecol Obstet.* 2013;120(3):271-274.
14. Doğanay M, Kokanalı D, Kokanalı MK, Cavkaytar S, Aksakal OS. Comparison of female sexual function in women who underwent abdominal or vaginal hysterectomy with or without bilateral salpingo-oophorectomy. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2019;48(1):29-32.
15. Gomes TA, Faber M de A, Botta B, Brito LGO, Juliato CRT. Severity of urinary incontinence is associated with prevalence of sexual dysfunction. *Int Urogynecol J.*
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition.*; 2013.
17. Fergus KB, Gaither TW, Baradaran N, Glidden D V., Cohen AJ, Breyer BN. Exercise Improves Self-Reported Sexual Function Among Physically Active Adults. *J Sex Med.* 2019;16(8):1236-1245.
18. Silva GMD da, Lima SMRR, Reis BF dos, Macruz CF, Postigo S. Evaluation of Obesity Influence in the Sexual Function of Postmenopausal Women: A Cross- Sectional Study. *Rev Bras Ginecol e Obs.* 2019;41(11):660-667.
19. Rahmanian E, Salari N, Mohammadi M, Jalali R. Evaluation of sexual dysfunction and female sexual dysfunction indicators in women with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetol Metab Syndr.* 2019;11(1):1-17.
20. Yilmaz BA, Sonmez Y, Sezik M. Prevalence and risk factors for sexual dysfunction in reproductive-aged married women: A cross-sectional epidemiological study. *J Obstet Gynaecol Res.* 2020;46(3):507-516.

21. Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2014;4(11):1-12.
22. Shum LK, Bedaiwy MA, Allaire C, et al. Deep Dyspareunia and Sexual Quality of Life in Women With Endometriosis. *Sex Med*. 2018;6(3):224-233.
23. Lagaert L, Weyers S, Van Kerrebroeck H, Elaut E. Postpartum dyspareunia and sexual functioning: a prospective cohort study. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2017;22(3):200-206.
24. Steege JF, Zolnoun DA. Evaluation and treatment of dyspareunia. *Obstet Gynecol*. 2009;113(5):1124-1136.
25. Berman L, Berman J, Felder S, et al. Seeking help for sexual function complaints: What gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril*. 2003;79(3):572-576.
26. Kingsberg SA, Woodard T. Female sexual dysfunction: Focus on low desire. *Obstet Gynecol*. 2015;125(2):477-486.
27. Rezaee RL, Kingsberg SA. *Chapter 6 - Female Sexual Function and Dysfunction: Assessment and Treatment*. Fourth Edi. Elsevier Inc.; 2013.
28. Hatzichristou D, Rosen RC, Derogatis LR, et al. Recommendations for the clinical evaluation of men and women with sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2010;7:337-348.
29. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The female sexual function index (Fsf): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191-205.
30. Clayton AH, Goldfischer ER, Goldstein I, Derogatis L, Lewis-d'Agostino DJ, Pyke R. Validation of the decreased sexual desire screener (DSDS): A brief diagnostic instrument for generalized acquired female hypoactive sexual desire disorder (HSDD). *J Sex Med*. 2009;6(3):730-738.
31. Neijenhuijs KI, Hooghiemstra N, Holtmaat K, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI)—A Systematic Review of Measurement Properties. *J Sex Med*. 2019;16(5):640-660.

32. Isidori AM, Pozza C, Esposito K, et al. Development and validation of a 6-item version of the female sexual function index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2010;7(3):1139-1146.
33. Fakhri A, Pakpour AH, Burri A, Morshedi H, Zeidi IM. The Female Sexual Function Index: Translation and Validation of an Iranian Version. *J Sex Med.* 2012;9(2):514-523.
34. Anis TH, Gheit SA, Saied HS, Al-kherbash SA. Arabic Translation of Female Sexual Function Index and Validation in an Egyptian Population. *J Sex Med.* 2011;8(12):3370-3378.
35. Takahashi M, Inokuchi T, Watanabe C, Saito T, Kai I. The female sexual function index (FSFI): Development of a japanese version. *J Sex Med.* 2011;8(8):2246-2254.
36. Sun X, Li C, Jin L, Fan Y, Wang D. Development and Validation of Chinese Version of Female Sexual Function Index in a Chinese Population-A Pilot Study. *J Sex Med.* 2011;8(4):1101-1111.
37. Ryding EL, Blom C. Validation of the Swedish Version of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *J Sex Med.* 2015;12(2):341-349.
38. Blümel M JE, Binfa E L, Cataldo A P, Carrasco V A, Izaguirre L H, Sarrá C S. Índice De Función Sexual Femenina: Un Test Para Evaluar La Sexualidad De La Mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004;69(2):118-125.
39. Sánchez-Sánchez B, Navarro-Brazález B, Arranz-Martín B, Sánchez-Méndez Ó, de la Rosa-Díaz I, Torres-Lacomba M. The female sexual function index: Transculturally adaptation and psychometric validation in Spanish women. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(3).
40. Vallejo-Medina P, Pérez-Durán C, Saavedra-Roa A. Translation, Adaptation, and Preliminary Validation of the Female Sexual Function Index into Spanish (Colombia). *Arch Sex Behav.* 2018;47(3):797-810.
41. Sánchez-Bravo, Claudia, Carreño-Meléndez, Jorge, Martínez-Ramírez, Susana, Gómez-López ME. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas :



- comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Salud Ment.* 2005;28(4):74-80.
42. Carranza-Lira S, De Durazno Casillas Núñez F. Sexual dysfunction prevalence in a group of pre-and postmenopausal Mexican women. *Prz Menopauzalny.* 2018;17(1):39-42.
 43. Perat M, Levec T, Dahmane R, Poljšak B, Starc A. Female sexual function as a predictor of well-being. *J Appl Heal Sci.* 2019;5(2):217-223.
 44. Maasoumi R, Elsous A, Hussein H, Taghizadeh Z, Baloushah S. Female sexual dysfunction among married women in the Gaza Strip: An internet-based survey. *Ann Saudi Med.* 2019;39(5):319-327.
 45. Mazumder QH, Mazumder QH. Design and Analysis. *Introd to Eng.* Published online 2019:157-179.