



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES  
ASOCIADOS, HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**AUTORA: DRA. VIVIANA SOLEDAD MATUTE ORTEGA**

**DIRECTORA: DRA. ANDREA PAULINA ESPINOZA PEÑA**

**ASESOR: DR. CARLOS EDUARDO AREVALO PELÁEZ**

**CUENCA-ECUADOR**

**2014**

## RESUMEN

**Antecedentes:** La disfunción sexual femenina (DSF) incluye múltiples desórdenes frecuentes presentes en una de cada tres mujeres, razón por la que es necesario el conocimiento de la fisiología de la respuesta sexual femenina y sus alteraciones.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de disfunción sexual femenina y los factores asociados.

**Metodología:** Estudio transversal en 303 pacientes que fueron entrevistadas en las dependencias del servicio de Ginecología del Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo de enero a julio del 2013.

**Resultados:** La prevalencia de Disfunción Sexual Femenina de acuerdo al Índice de Disfunción Sexual Femenina de Rossen y col. fue del 60.4%, en las formas clínicas de disfunción sexual femenina el dolor en la relación sexual fue 60.7%, seguido de la alteración en el deseo y excitación con un 60.1% cada uno, falta de lubricación y anorgasmia en un 51.4% cada uno y finalmente la insatisfacción sexual se presentó en el 41.0%, como factores de riesgo en orden de importancia; la instrucción primaria (OR) de 7.04 (IC 95%:2.21-22.27) con un valor p de 0.000, la edad comprendida entre los 41 a 60 años (OR) de 5.72 (IC 95%:3.37-9.70) con un valor p de 0.000, los trastornos nerviosos (OR) de 2.70 (IC 95%:1.44-5.04) con un valor p de 0.002, las enfermedades orgánicas (OR) de 2.35 (IC 95%:1.44-3.82) con un valor p de 0.001, el antecedente de cirugía pélvica (OR) de 2.26 (IC 95%:1.31-3.90) con un valor p de 0.003, la violencia (OR) de 1.95 (IC 95%:1.03 - 3.70) y un valor p de 0.047.

**Descriptores:** PREVALENCIA, DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA, FACTORES ASOCIADOS.



## ABSTRACT

**Background:** Female sexual dysfunction (FSD) includes multiple common disorders present in one in three women, why knowledge of the physiology of the female sexual response and alterations necessary.

**Objective:** To determine the prevalence of female sexual dysfunction and associated factors.

**Methods:** Cross-sectional study in 303 patients who were interviewed at the offices of the gynecology service Carrasco José Arteaga Hospital during the period January to July 2013.

**Results:** Prevalence of Female Sexual Dysfunction according to the Index of Female Sexual Dysfunction Rossen et al. it was 60.4% in the clinical forms of female sexual dysfunction, pain with intercourse was 60.7%, followed by the change in desire and arousal with 60.1% each , lubrication and anorgasmia in 51.4% each and finally sexual dissatisfaction was presented in 41.0% , as risk factors in order of importance; primary education (OR ) of 7.04 (IC 95%:2.21-22.27 ) with a p-value of 0.000, the age between 41-60 years (OR) of 5.72 (IC 95%:3.37-9.70) with a p-value of 0.000, nerve disorders (OR) of 2.70 (IC 95%:1.44-5.04 ) with a p-value of 0.002, the organic diseases (OR) of 2.35 (IC 95%:1.44-3.82 ) with a p-value of 0.001, previous pelvic surgery (OR ) of 2.26 (IC 95%:1.31-3 .90) with a p-value of 0.003, the violence (OR ) of 1.95 (IC 95%:1.03-3.70) and a p-value of 0.047

**Descriptors:** PREVALENCE, FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION, ASSOCIATED FACTORS.

**ÍNDICE**

<b>RESUMEN</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>7</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>11</b>
1.1 INTRODUCCIÓN .....	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	14
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>15</b>
2. FUNDAMENTO TEÓRICO .....	15
DISFUNCION SEXUAL FEMENINA .....	15
Antecedentes .....	15
1. Definición .....	19
2. Epidemiología .....	20
3. Factores de riesgo para disfunción sexual femenina .....	21
4. Aspectos etiológicos más frecuentes .....	25
4.1 Biológicas .....	25
6. Clasificación de la Disfunción Sexual Femenina .....	30
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>35</b>
3.1 HIPÓTESIS .....	35
3.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	35
3.2.1 OBJETIVO GENERAL: .....	35
3.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO: .....	35
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	<b>36</b>
METODOLOGIA .....	36
4.1. TIPO DE ESTUDIO .....	36
4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO: .....	36
4.3. MUESTRA .....	36
4.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	36
4.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	37
4.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	37



4.7. UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTREO: .....	37
4.8. TIPO DE MUESTREO: .....	37
4.9. RELACIÓN EMPÍRICA DE VARIABLES: .....	37
4.10. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	38
4.11. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:.....	39
4.12. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS: .....	39
4.14. PRUEBA DE HIPÓTESIS:.....	40
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>41</b>
5. RESULTADOS.....	41
5.1. PREVALENCIA DE LA DISFUNCION SEXUAL FEMENINA .....	41
5.2. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO.....	42
5.3. FORMAS CLÍNICAS DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA, HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA .....	44
5.4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISFUNCION SEXUAL FEMENINA .....	45
5.4.1. Edades entre 41 a 60 años como factor de riesgo de disfunción sexual femenina.....	45
5.4.2. Estado civil unión libre como factor protector de disfunción sexual femenina.....	46
5.4.3. Presencia de violencia como factor de riesgo de disfunción sexual femenina.....	47
5.4.4. Trastorno nervioso como factor de riesgo para disfunción sexual femenina.....	48
5.4.5. Disfunción familiar como factor de riesgo para disfunción sexual femenina.....	48
5.4.6 Migración como factor de riesgo para disfunción sexual femenina.	49
5.4.8. Consumo de medicamentos como factor de riesgo para disfunción sexual femenina.....	50
5.4.9. Consumo de cigarrillos como factor de riesgo para disfunción sexual femenina.....	51
5.4.10. Consumo de alcohol como factor de riesgo para disfunción sexual femenina.....	52



5.5 ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTIVARIADA.....	56
<b>CAPÍTULO VI .....</b>	<b>59</b>
DISCUSIÓN.....	59
<b>CAPÍTULO VII .....</b>	<b>63</b>
CONCLUSIONES .....	63
<b>CAPÍTULO VIII .....</b>	<b>64</b>
RECOMENDACIONES.....	64
<b>CAPÍTULO IX .....</b>	<b>65</b>
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65
<b>CAPÍTULO X.....</b>	<b>69</b>
ANEXOS.....	69
ANEXO I.....	69
ANEXO II.....	70
ANEXO III.....	71



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
Fundada en 1867

Yo Dra. Viviana Soledad Matute Ortega, autora de la tesis "PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES ASOCIADOS, HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Marzo del 2014

Dra. Viviana Soledad Matute Ortega

C.I. 0703318642



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo Dra. Viviana Soledad Matute Ortega, autora de la tesis "PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES ASOCIADOS, HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Marzo del 2014

Dra. Viviana Soledad Matute Ortega

C.I. 0703318642

---

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail [cdjbv@ucuenca.edu.ec](mailto:cdjbv@ucuenca.edu.ec) casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador





## DEDICATORIA

A mi familia por sus consejos y palabras de aliento.

Simplemente soy el reflejo de las enseñanzas de mis padres.

A mi esposo Paul por su amor, por ser la fuerza de mí día a día.

Y porque a pesar de la distancia superamos todos los obstáculos para cumplir nuestros sueños. Siempre juntos

TE AMO.



## **AGRADECIMIENTO**

A nuestro director de postgrado Dr. Roberto Herrera Calvo.

A mi directora de tesis Dra. Andrea Espinoza Peña.

A nuestro asesor Dr. Carlos Arévalo.

Gracias por brindarme su amistad, ser un ejemplo de lucha y superación constante y por compartir la elaboración y dedicación de este trabajo de investigación.

Sin ustedes no lo hubiera logrado.

## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La sexualidad es parte esencial de un ser humano y de su bienestar individual y social, que influye tanto en hombres y mujeres si existe alguna alteración en la sexualidad se convierte en un problema de salud que afecta el bienestar físico, mental y llegando inclusive alterar el equilibrio familiar, laboral y social. (1)

Las mujeres y los hombres expresan su sexualidad de manera diferente, mientras que el orgasmo masculino es representado por la “eyaculación que es esencial para la reproducción, el orgasmo femenino no tiene que ver con el proceso reproductivo” (2).

La OMS hace referencia a la salud sexual como “la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, respetando el derecho al placer sexual, a la expresión sexual emocional, a la información basada en el conocimiento científico, a la educación sexual integral, a la atención de la salud sexual los mismos que deben ser reconocidos y garantizados” (3).

La comunicación es el pilar fundamental en una relación de pareja, sin embargo, cuando existen dificultades sexuales, la comunicación, puede afectarse o perderse completamente. Las disfunciones sexuales llegan a separar y distanciar a las parejas e incluso afectan los vínculos existentes con la familia, amistades e influyen en el desempeño laboral (4).

Los distintos mecanismos que intervienen en la respuesta sexual femenina constituyen aun uno de los grandes enigmas en el conocimiento de la fisiología humana (4).



En 1960 Master y Johnson fueron los primeros en estudiar la fisiología del acto sexual con una “respuesta sexual femenina en cuatro fases: excitación, plateau o meseta, orgasmo y resolución” (4).

En 1979 Helen Kaplan, define a la “ respuesta sexual femenina en 3 fases: deseo sexual, excitación y orgasmo”(2). Con el paso de los años la Asociación Psiquiatría Americana (APA) divide a las alteraciones sexuales en: “trastorno del deseo, trastorno de la excitación, falla orgásmica y dolor sexual, pero esta clasificación no solo determina procesos psicológicos sino también orgánicos” (5).

The Internantional Consensus Development Conferenceon Female Sexual Dysfunctions considero dos criterios más, como son : la lubricación y satisfacción, por lo que se desarrolló en el año 2000 un formulario para evaluar la función sexual femenina llamado “INDICE DISFUNCION SEXUAL FEMENINA” (IFSF), que es el cuestionario que usaremos para el desarrollo de esta tesis basándonos en: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, en el cual puntuación total de 26,55 IFSF es el corte óptimo para la diferenciación de las mujeres con y sin disfunción sexual. (5)(4)



## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La disfunción sexual se encuentra dentro de una problemática de alta prevalencia en distintas poblaciones estudiadas y siendo un problema frecuente y complejo, se convierte en un verdadero reto para los diferentes profesionales de la salud en las distintas áreas.

El conocer los factores asociados a la Disfunción Sexual Femenina presentes en las mujeres del Hospital José Carrasco Arteaga será un paso fundamental, para determinar el impacto de los mismos en la salud de estas mujeres y así poder definir las estrategias adecuadas de actuación sobre esta problemática.

La pregunta de investigación de este estudio fue ¿Cuál es la prevalencia de disfunción sexual femenina y cuáles son los factores asociados a esta patología?



### 1.3 JUSTIFICACIÓN

Una alta prevalencia a nivel mundial de las disfunciones sexuales ha sido relacionada con el deterioro en la calidad de vida de quienes padecen esta patología, generando un impacto en la esfera social y siendo en la mayoría de los casos subdiagnosticada. Razón por la que se estudió la prevalencia, factores biológicos y psicosociales que influyen en las mujeres que asisten al Hospital José Carrasco Arteaga, y tratar de darles la importancia debida como un problema de salud y buscar las posibles soluciones.

A nivel local y nacional no se tiene una base que permita buscar posibles soluciones, por lo que es importante recalcar que el conocimiento que tengan las pacientes sobre sexualidad ayudara a mejorar su calidad de vida ya si podremos encontrar los posibles factores involucrados que influyan en la disfunción sexual femenina, esto nos ayudara a prevenirlos o tratarlos, lo que significaría un gran beneficio que como médicos podemos brindar a las pacientes.

## CAPÍTULO II

### 2. FUNDAMENTO TEÓRICO

#### DISFUNCION SEXUAL FEMENINA

##### Antecedentes

En la respuesta sexual existen “fenómenos neurofisiológicos, vasculares y hormonales que influyen en diferente forma a los órganos genitales describiéndose como una secuencia cíclica de etapas o fases”(5).

La función sexual es guiada por el Sistema Nervioso Central a varios niveles Corticales por lo que las disfunciones sexuales pueden ocurrir por alteraciones en cualquier nivel de este sistema. “La actividad genital y otros tejidos eréctiles son mediados por el Sistema Nervioso Parasimpático mientras que el orgasmo y la eyaculación están bajo el control del Sistema Nervioso Simpático” (6).

Fisiológicamente los dos sistemas están en equilibrio, al existir un desbalance como ocurre en situaciones de respuesta de ansiedad tanto en los hombres como en las mujeres, la mujer se puede presentar la dificultad de no tener un orgasmo antes de concluir su encuentro sexual. En cada caso la “respuesta sexual y la respuesta de ansiedad podrían estar inhibidas por el Parasimpático y activadas por el Simpático”(6,7).

La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como “la integración de aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de forma enriquecedora y que potencie la personalidad, la comunicación y el afecto”.(8)

Masters y Johnson fueron los primeros en estudiar la función sexual normal y la disfunción sexual en los años sesenta, describiendo cuatro fases del

ciclo de la respuesta sexual humana: “excitación, meseta, orgasmo y resolución”. (5,6)

(v. figura 1)

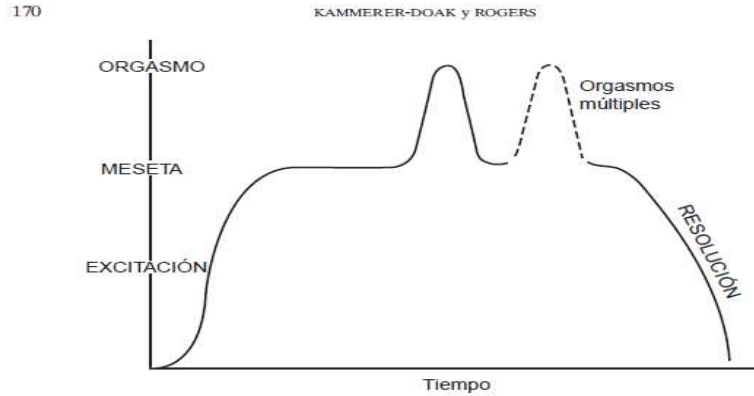


Figura 1. Ciclo de respuesta sexual definido por Masters y Johnson. (Tomado de Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little Brown & Company; 1966; con autorización.)

En los últimos años la respuesta sexual ha sido condicionada por la intimidad vinculando también el aspecto psicológico y social en la función sexual femenina, además del deseo sexual y la satisfacción física (v. figura2)

(8)

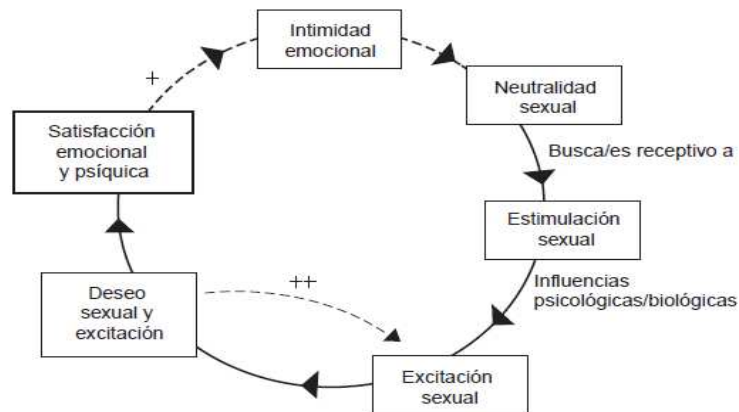


Figura 2. Relaciones existentes entre la intimidad, la excitación sexual, el deseo y la satisfacción. (Tomado de Basson R. Are the complexities of women's sexual function reflected in the new consensus definitions of dysfunction? J Sex Marital Ther 2001;27:105-12; con autorización.)

**DESEO** estado mental que es desencadenado por estímulos externos e internos que forman parte en la actividad sexual, “tiene raíces biológicas



como las hormonas Andrógenos y estrógenos; raíces de motivación, como parte de la intimidad (placer) y cuestiones cognitivas (riesgo y el deseo)”(5).

**EXCITACIÓN** estado de sentimientos específicos y de procesos fisiológicos que se asocian a la actividad sexual en la que intervienen los genitales, consta de: “mecanismos centrales (activación de pensamientos, sueños y fantasías), mecanismos periféricos no genitales (salivación, el sudor, la vasodilatación cutánea, la erección de los pezones) y mecanismos genitales (la intumescencia del clítoris, los labios y la vagina)”(5).

**ORGASMO** estado de alteración de la conciencia debida a una estimulación sensitiva principalmente a nivel genital. “Consiste en información aferente sensitiva múltiple procedente de los puntos específicos, como el clítoris, los labios mayores y menores, la vagina, las glándulas periuretrales, que la transmiten en dirección.

central a estructuras supra medulares en las que probablemente interviene el septum talámico, después de la estimulación sensitiva suficiente, la descarga central de neurotransmisores durante el orgasmo tiene como consecuencia contracciones motoras repetidas de un segundo del suelo de la pelvis (de 3 a 8 por orgasmo), seguidas a los dos a cuatro segundos de contracción repetida del músculo liso uterino y vaginal, también se transmite información sensitiva placentera a las áreas de del placer corticales”(5).

## **SEXUALIDAD EN MENOPAUSIA**

La menopausia es una etapa durante la vida de una mujer sujeta a cambios fisiológicos, psicológicos, ginecológicos, sexuales y los sociales, cuyas alteraciones provocan disfunciones en la sexualidad femenina. Se pierden o tienen menos deseos sexuales, existe resequedad vaginal debido a la falta de lubricación y dispareunia todo debido a la disminución de los niveles de estrógenos los mismos que también producen modificaciones y atrofia en el aparato genital femenino produciendo una respuesta sexual diferente.(7,8)

Por lo contrario el hecho de abandonar el uso de los métodos anticonceptivos y ya no poder embarazarse puede ayudar a mejorar la frecuencia y variación del coito, llevando más bien a un despertar sexual.(9)

Durante el climaterio hay alteraciones de la respuesta sexual que muestra diferencias con edades más jóvenes, como ocurre en las distintas fases:

**Fase excitación:** no existe un aumento de tamaño de los senos, pero persiste la sensibilidad a la estimulación y disminuye la vasodilatación de las mamas, igualmente el rubor sexual se presenta con menos intensidad y frecuencia, también existe disminución de la elevación del tono muscular y de la actividad secretoria de las glándulas de bartolino (9).

**Fase de meseta:** existen pocos cambios a nivel del clítoris, la vagina presenta poca elasticidad y expansión durante cópula, con una disminuida lubricación de la misma, al igual que en la plataforma orgásmica y elevación del útero dentro de la pelvis (9).

**Fase orgásmica:** existe un decrecimiento de la tensión muscular y menor intensidad del orgasmo (9).

Todos estos cambios traen como consecuencia una respuesta sexual con disminución del deseo sexual, dolor durante el coito, así como también la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales.

A más de cambios orgánicos y las insatisfacciones sexuales, existen problemas de comunicación y afecto que empeoran el rendimiento sexual de las parejas (9,10).

Los datos procedentes del National Survey of Family Growth indican que la frecuencia de relaciones sexuales disminuye con la edad, la actividad sexual es continua en el 47% de mujeres casadas 66 y 71 años. En

poblaciones con mujeres más jóvenes de mediana edad y mayores el 50 y el 75% de ellas continúan sexualmente activas. La inactividad sexual está justificada por ausencia de interés y la falta de un compañero. La frecuencia promedio de actividad sexual de una mujer es seis veces al mes frente a siete veces al mes en el hombre; siendo el coito vaginal la práctica sexual más frecuente seguida distantemente por el sexo oral. (1)

## 1. Definición

La Organización Mundial de la Salud en la Clasificación de Enfermedades CIE-10 en 1992 definió “disfunción sexual como la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea” (11).

El DSM IV como representante de la Asociación Americana de Psiquiatría definió en 1994 las “Disfunciones Sexuales como las alteraciones en el deseo sexual así como cambios en la psicofisiología que caracterizan el ciclo de respuesta sexual y que causan disturbios y dificultades interpersonales”(11).

Las dos descripciones anteriores “tienen como fundamento el ciclo de respuesta sexual descrito por Masters y Johnson y complementado por Helen Singer Kaplan, pues este modelo enfatiza una secuencia y coordinación de las fases: deseo, excitación y orgasmo, a las que se agregaría la satisfacción”(12).

El Consenso Internacional efectuado en los Estados Unidos (International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions: Definitions and Classifications) estableció una nueva clasificación para los problemas de disfunción sexual femenina, en la cual se mantuvo las cuatro áreas básicas y se agregó los factores de lubricación y satisfacción, ya que existen mujeres que no tienen orgasmos y sí tienen satisfacción en la actividad sexual. Con estos elementos se desarrolló el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), que actualmente se considera como el patrón de oro para estudiar los problemas de disfunción sexual.(13)

## 2. Epidemiología

La disfunción sexual femenina (DSF) son una serie de desórdenes frecuentes que se presentan en una de cada tres mujeres y a pesar de ello el conocimiento de la fisiología de la respuesta sexual femenina y sus alteraciones continua siendo restringido.(2,14)

En cuanto a la prevalencia de disfunción sexual en Latinoamérica, en uno de los “estudios más grandes realizados hasta la fecha se aplicó el IFSF a 7243 mujeres sanas de 40 a 59 años, definiendo como punto de corte un valor total  $\leq 26,55$ . Cartagena de Indias fue la ciudad con menor prevalencia de disfunción sexual con el 21%, mientras que en Santiago de Chile la cifra alcanzó a 36%. La prevalencia fue mayor en zonas con población de más edad, como Buenos Aires y Montevideo y en zonas con predominio de población indígena” (13).

Estudios realizados en 1999 donde se entrevistaron a “1749 mujeres y 1410 hombres entre 18-59 años reportaron una frecuencia de 43% de disfunción sexual femenina y 31% en varones” (15).

Mientras que en México “la prevalencia de disfunción sexual en mujeres fue del 52% y en los hombres la disfunción sexual alcanzo el 38.8%, en otros estudios realizados en Austria, Turquía y USA definieron que los índices de prevalencia de disfunción sexual femenina varían entre 40 y 50%” (11,16).

“Un estudio británico reciente concluyó que 53,8% de mujeres tenían como mínimo un problema sexual por mínimo un mes en un período de dos años” (12).

La disminución del deseo es el tipo de disfunción sexual más frecuente representado por un 51% (14,17), seguido por las alteraciones en la excitación con el 33% y posteriormente desórdenes sexuales dolorosos con un 16% (12).

Las disfunciones sexuales se presentan con mayor frecuencia en mujeres adultas debido a alguna experiencia no muy agradable en la etapa de la menopausia, que soporta un exagerado desempeño para cubrir las necesidades de la familia y a esto se suma la desinformación sexual que muchas de ellas poseen. En las mujeres adultas las disfunciones sexuales de mayor frecuencia fueron el “deseo sexual inhibido y la anorgasmia, las variables ingestión de fármacos, ausencia de salud física, poco deseo sexual, comunicación deficiente de pareja y no recibir educación sexual son factores de riesgo que están fuertemente asociados con la aparición de disfunciones sexuales en estas mujeres y los factores ambientales no se asocian con la aparición de estas disfunciones” (2,18).

### **3. Factores de riesgo para disfunción sexual femenina**

Las disfunciones sexuales suelen ser la manifestación de “problemas biológicos o de conflictos intrapsíquicos o interpersonales o una combinación de estos factores” (8). También existe influencia del estrés, trastornos emocionales, o simplemente el poco conocimiento de la función y fisiología sexual. “La disfunción puede ser de toda la vida o adquirida, generalizada o situacional (limitada a una pareja o situación) y progresiva” (8,12).

Existen factores de riesgo como: “tabaco, menopausia, dieta, estado civil, otros estudios asocian edad, nivel educacional, multiparidad, desempleo y enfermedades crónicas. También se mencionan cirugías, antecedentes culturales y actividad deportiva. Sin embargo, los resultados no son concluyentes en la mayoría de los casos, reflejando la necesidad de estudios futuros en este ámbito” (10).

También se debe considerar que las disfunciones sexuales pueden tener un origen multifactorial que afecten e influyan en las diferentes fases del ciclo de respuesta sexual. (16)

La etiología psicosocial de la disfunción sexual es de gran interés en los últimos años, estudiar las dificultades sexuales que existe en ambos sexos, la educación, respuesta sexual y la debida comunicación de sus necesidades sexuales es de gran interés actualmente (19).

Presentamos algunas de las causas médicas, farmacológicas y psicosociales que intervienen en las disfunciones sexuales además un cuadro adicional con causas ginecológicas asociadas a Disfunción sexual femenina principalmente del tipo trastornos dolorosos. Así mismo el antecedente de cirugías pélvicas como causa de disfunción sexual es controversial, según el tipo de cirugía practicada y las condiciones de la paciente pueden haber resultados que alteren la esfera sexual femenina (12,20).

**TABLA 1.**  
**DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**  
**CAUSAS MÉDICAS**

<b>CARDIOVASCULAR</b>	<b>GASTROINTESTINAL</b>	<b>NEUROLOGICO</b>
Hipertensión Arterial Enfermedad Coronaria Infarto Agudo de Miocardio Enfermedad Vasculard Crónica	Cirrosis Hepática Insuficiencia Hepática Síndrome de intestino Irritable Colostomías Hemorroides Cáncer	Epilepsia Lóbulo Temporal Accidente Vasculard periférico Enfermedad Parkinson Lesión Hipotalámica Esclerosis Múltiple Neuropatía Alcohólica Esclerosis Lateral Amiotrófica Trauma Raquimedular Hernia discal lumbar
<b>ENDOCRINOLOGICAS</b>	<b>REUMATOLOGICAS</b>	<b>OTRAS</b>
Adenoma Hipofisario Prolactinoma Insuficiencia suprarrenal Déficit de testosterona Hipotiroidismo Diabetes Mellitus tipo 1 Diabetes Mellitus tipo 2 Deficiencia estrogénica Menopausia Oforectomía Hipogonadismo	Fibromialgias Artritis Enfermedades autoinmunes	Insuficiencia Renal Crónica, Hemodiálisis Cirugías previas Disfunción eréctil masculina Radiación

ELDER J, BRAVER Y. Female Sexual dysfunction.Disease Management Project. *The Cleveland Clinic*, April 2005.

**TABLA 2**  
**DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**  
**CAUSAS GINECOLÓGICAS**

Externas o superficiales	Internas o profundas
Vulvitis Vulvovaginitis Distrofia vulvar Bartholinitis Vestibulitis Variantes anatómicas Remanente de himen Enfermedades dermatológicas vulvares Radiación Cáncer vulvar Episiotomía Tamaño peneano	Deficiencias estrogénicas Vaginitis Atrofia Vaginal Irritación química Endometriosis Septo vaginal Prolapso uterino Útero en retroversoflexion Cistocele/rectocole Uretritis Cistitis Incontinencia urinaria Enfermedad inflamatoria pélvica Enfermedades de trasmisión sexual Tumor ovárico Cáncer Cirugía Vaginal Dolor abdominal crónico Síndrome de intestino irritable Hemorroides

ELDER J, BRAVER Y. Female Sexual dysfunction.Disease Management Project.*The Cleveland Clinic*, April 2005

**TABLA 3**  
**DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**  
**CAUSAS PSICOLÓGICAS**

FACTORES INTERPERSONALES	FACTORES AFECTIVOS	OTROS
Pérdida del atractivo físico Disminución de la intimidad sexual Rutinización de la relación sexual Aventuras extramaritales Falta de comunicación de pareja Excesiva dependencia sexual Modelo relación sexual (coito, causa más frecuente de anorgasmia) Ignorancia de necesidades sexuales de la pareja	Ansiedad de desempeño Miedo a la crítica Culpa Depresión Autoestima Temores al embarazo Trastornos situacionales Cambios vitales mayores Factores del desarrollo Experiencia sexuales traumáticas Abuso sexual	Creencias religiosas Normas familiares Mitos culturales Contexto sociocultural Desinformación Ignorancia sexual Fatiga Estrés

ELDER J, BRAVER Y. Female Sexual dysfunction.Disease Management Project.*The Cleveland Clinic*, April 2005

**TABLA 4**  
**FÁRMACOS IMPLICADOS EN LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**

<b>ANTIHIPERTENSIVOS</b>	<b>ANTIDEPRESIVOS</b>	<b>ANSIOLÍCOS</b>	<b>DROGAS DE ABUSO</b>
Alfa y beta bloqueadores <ul style="list-style-type: none"><li>• Propanolol</li><li>• Timolol</li><li>• Metoprolol</li></ul> Diuréticos Espironolactona	Bupoprión Fluoxetina Imipramina Paroxetina Sertralina Venlafaxina	Alprazolam Clonazepam Litio Clomipramina Lorazepam	Alcohol Anfetaminas Cocaína Marihuana Morfina Tabaco
<b>HORMONAS</b>	<b>ANTICONVULSIVOS</b>	<b>BLOQUEADOR DE RECEPTORES H2</b>	<b>OTRAS</b>
Medroxiprogesterona Ethinilestradiol	Fenitoina	Ranitidina Famotidina	Digoxina Acetazolamida Amiodarona Gemfibrocilo Agente quimioterapéutico

ELDER J, BRAVER Y. Female Sexual dysfunction. Disease Management Project. *The Cleveland Clinic*, April 2005

No existió alguna alteración en los seis dominios del funcionamiento sexual en relación al parto y la cesárea planificada (21)

Un estudio chileno al igual que en otros estudios internacionales, indican que la “sexualidad de las mujeres no se afecta negativamente después de la histerectomía total o subtotal abierta o laparoscópica” (22).

Por otro lado las cirugías practicadas en pacientes con “cáncer rectal refieren Disfunción sexual femenina asociada en gran número de casos” (12).

La incontinencia urinaria afecta a cerca del 20% de las mujeres en edad reproductiva y afecta negativamente la calidad de vida y la sexualidad. (22)

Mientras que las mujeres con prolapsos genitales presentan una pobre función sexual, la cirugía reparadora del prolapso genital por técnicas convencionales mejoró significativamente la vida sexual de las pacientes con disfunción del piso pélvico, siendo más placentera y con mejoría de su calidad de vida. (23)



#### **4. Aspectos etiológicos más frecuentes**

Para investigar una disfunción sexual es muy importante un interrogatorio apropiado para obtener la información necesaria, ya que cuando realizamos preguntas de una manera directa obtenemos un 16 % de información, mientras que cuando la paciente lo hace en forma espontánea solamente recibimos el 3 % de la misma (24).

Además algunas mujeres consideran les es difícil expresarse, no se sienten a gusto al hablar de sexo y muchas por ignorancia creen que no tienen solución ni tratamiento, piensa que va a ser juzgada por el médico, lo que de alguna manera perjudica y desestabiliza la relación médico paciente. (24,25)

La etiología de la “Disfunción Sexual Femenina es multifactorial, una DS en general tiene su origen en varios factores al mismo tiempo; determinar la causa es fundamental y entre algunos existen estén implicados tanto factores psicológicos como somáticos” (19).

##### **4.1 Biológicas**

Los cambios tanto anatómicos o fisiológicos en el organismo pueden provocar malestar o imposibilidad de una vida sexual satisfactoria. Cuando estas modificaciones son sobre los órganos genitales o en su fisiología son fáciles de detectar, pero cuando no tienen relación directa son difícil de detectarlos lo que afecta el desempeño y la respuesta sexual por lo que revisaremos las siguientes alteraciones biológicas (1).

##### **a. Fisiológicas o naturales**

Aquí encontramos la edad de una mujer, sobre todo relacionada con perimenopausia, la menopausia y posmenopausia. El embarazo, puerperio y lactancia materna también tiene asociación. También el agotamiento psíquico y físico en las diferentes edades son causa de desinterés sexual (1).

### **b. Patológicas**

Encontramos patologías de origen genético como el “Síndrome de Turner, el Pseudohermafroditismo femenino y masculino. Las malformaciones congénitas tales como: la Agenesia y Tabique Vaginal, Hipoplasia de la vagina, Himen fibroso y sinéquia de los labios” (1).

Los procesos inflamatorios influyen en la aparición de disfunciones sexuales, sobre todo con las de origen doloroso que se presentan antes y durante la penetración, llegando incluso a producir incapacidad para que ocurra, entre estas encontramos: “vulvitis, vulvovaginitis, colpitis, endometritis, anexitis, endometriosis y el síndrome inflamatorio pélvico crónico” (1).

También existen causas de origen traumático, como son los traumas obstétricos o accidentales que afectan el aparato genital (1).

Los problemas de disfunción sexual pueden asociarse a enfermedades de órganos vecinos y más aún las relacionadas con el aparato urológico como: la uretra, vejiga (cistitis intersticial). Otras patologías como hernias discales a nivel sacro S4-S5 y las enfermedades del recto también se han relacionado (1).

Las enfermedades endocrinas juegan un papel muy importante en la disfunción sexual, ya sea tanto por déficit hormonal como por la hiperfunción, algunos también por la presencia de tumores, adrenales o hipofisarios.

El hipogonadismo femenino y masculino primario y secundario, el postpuberal con los trastornos en la esfera sexual (1).

Actualmente también existe relación con el “Síndrome de Insuficiencia Androgénica, y se ha involucrado la disfunción endotelial en la etiopatogenia del Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) como responsable de disfunciones sexuales. El compromiso del eje tiroideo se

describe entre las causas de DS; la hipofunción tiroidea ha estado relacionada con disminución del deseo sexual cuando no es diagnosticada y tratada. El Hipertiroidismo también es causa de DS”(1).

La Diabetes Mellitus, así como el Síndrome Metabólico con todos sus componentes y la conocida insulina-resistencia se han estudiado como posibles causas de disfunción sexual en la mujer, no se ha evidenciado un aumento de los problemas para alcanzar el orgasmo, más bien aumenta el riesgo de una disminución de la excitación sexual, con una lubricación lenta y/o inadecuada, una reducción del deseo sexual y una probabilidad de que aumentar el dolor durante la penetración. (1,26)

Existen enfermedades neurológicas y del tejido conectivo como “causa de disfunción sexual en hombres y mujeres como la Miastenia Gravis, Esclerosis Múltiple, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Esclerodermia y el Lupus Eritematoso Sistémico” (1).

“En LES se ha descrito un síndrome inmunoendocrino caracterizado por aumento de las gonadotropinas en el 23,8% de las mujeres que lo padecen, así como presencia de anticuerpos ováricos en el 26,7%, antiendometriales en el 40% y marcador ovárico tumoral elevado en el 32,5% que explica el fallo ovárico precoz en estas mujeres con repercusión en la vida reproductiva y sexual” (1).

#### **4.2 Psicológicas**

Son causas muy importantes que influyen en el inicio, la gravedad, la exacerbación de un trastorno sexual. Toda enfermedad que impresione a un paciente en el proceso salud – enfermedad necesita ser evaluado en la consecuencia psicológica que puede originar una disfunción sexual; podemos nombrar los siguientes: “Antecedentes psicotraumáticos, Sentimientos de culpa, pena, inhibición, no aceptación del rol femenino y fobias, Autoimagen corporal deteriorada, Autoestima disminuida, Trastornos psiquiátricos de ansiedad, depresión, de personalidad” (1,27).

Algunos autores, proponen que las mujeres que poseen un esquema mental de carácter negativo ante sí mismas, la vida y su propia sexualidad, conforman esquemas sexuales basados en una baja excitabilidad en sus experiencias sexuales, con una menor disposición a vivir experiencias románticas y de tipo sexual, que lleva a inhibir o disminuir la excitación sexual siendo características emociones como: ansiedad, culpa y autocrítica sexual y la baja de su sexualidad en general. Además que la pérdida de la libido es frecuente en las personas que cursan un cuadro depresivo, desde una disminución del interés espontáneo hacia la actividad sexual, hasta una marcada obsesión de rechazo o aversión hacia el sexo. (28)

### **5.3 Sociales**

No es posible dejar de asociar la Disfunción Sexual de la mujer con factores sociales, y al mismo tiempo la presencia de mitos, tabúes transmitidos de una generación a otra influyen en la posición que ha ocupado la mujer históricamente en la sociedad.

Es conocido que tanto el estrés, la fatiga y la depresión interfieren en la actividad sexual. En nuestro medio las mujeres tienen a su cargo grandes presiones tanto económicas y sociales. (19)

Los valores reprimidos en relación con el sexo, influyen en la “conducta sexual de la mujer de cualquier época, las influencias religiosas negativas con respecto a la sexualidad y los prejuicios sexuales enmarcan la conducta sexual. Así también las condiciones inapropiadas de hábitat, problemas socioeconómicos, la educación sexual inadecuada, problemas de relación con la sociedad, interpersonales y de pareja, pueden influir en la presencia de disfunción sexual en la mujer” (1).

Muchas mujeres se sienten incómodas al expresar sus necesidades y preferencias sexuales con su pareja y aún no conocen su cuerpo y el tipo de estimulación que necesitan para responder. Lo que influye en el funcionamiento sexual ya que la “asertividad sexual y el conocimiento del

propio cuerpo consiguen disminuir la ansiedad y aumenta la frecuencia del orgasmo” (18).

#### **5.4 Fármacos**

Las drogas y los fármacos intervienen en la sexualidad humana ya que modifican químicamente las terminaciones nerviosas que regulan la respuesta sexual. Algunas actúan directamente en el centro cerebral de la sexualidad y otras lo hacen a nivel de los nervios periféricos que regulan el funcionamiento de los órganos sexuales. “Los distintos efectos sobre la conducta sexual deben evaluarse dentro de la complejidad global de los factores psicológicos e interpersonales que están esencialmente vinculados a la conducta sexual. La misma droga o fármaco, por ejemplo, puede producir efectos diferentes sobre la sexualidad dependiendo de la influencia de estos otros factores” (18).

#### **5.5 Alcohol**

Es conocida su influencia sobre el deseo y la conducta sexual y que en dosis bajas y moderadas el alcohol logra inhibir los centros cerebrales que dirigen el miedo y la ansiedad lo que reduce las inhibiciones sexuales y ello puede producir un incremento en el impulso sexual (18).

Sin embargo, “fisiológicamente, el alcohol produce una disminución de la vaso- congestión, a pesar de sus efectos subjetivos, a altas dosis, la ingestión masiva de alcohol produce un deterioro significativo de la respuesta sexual. En la mujer este efecto se manifiesta típicamente en forma de dilación o supresión de la capacidad orgásmica. Los barbitúricos, otros hipnóticos y los narcóticos tienen un efecto depresor similar sobre la conducta sexual, al igual que la cocaína a altas dosis. El alcoholismo crónico o la utilización habitual de narcóticos pueden producir una lesión neurológica que sea la responsable de un deterioro sexual permanente” (18).

Se estudió el comportamiento sexual de las mujeres bajo los efectos del alcohol y

Y se encontró que las mujeres mantenían una actividad sexual más placentera y mayor intimidad con la pareja, con un menor cuidado en la elección de pareja y además experimentaban una mayor diversidad de prácticas sexuales como la masturbación y relaciones homosexuales. No se demostró mayor frecuencia de disfunciones sexuales, aunque si había con dependencia al alcohol mostraba niveles significativos de disfunción: 23% vaginismo; 15 falta de deseo sexual y 12% anorgasmia.(29)

## **6. Clasificación de la Disfunción Sexual Femenina**

La clasificación actual de la “Disfunción Sexual Femenina surge de la modificación realizada por el Consenso del Consejo de Salud de la Fundación Americana para Enfermedades Urológicas (American Foundation for Urologic Disease -AFUD-) en el año 1998 y está basada en el DSM-IV e identifica 4 categorías mayores de dificultades” (5).

Esta clasificación facilitará los estudios de la fisiología sexual dentro de un orden más estricto y específico. (26)

“Según la DSM-IV dividimos el tipo de disfunciones sexuales femeninas en:

### **1. Trastornos del deseo sexual**

- Deseo sexual hipoactivo.
- Trastorno por aversión al sexo.

### **2. Trastornos de la excitación sexual**

- Trastorno de la excitación sexual de la mujer.

### **3. Trastornos orgásmicos**

- Trastorno orgásmico femenino.

### **4. Trastornos sexuales por dolor**

- Dispareunia (no debida a una enfermedad médica)

- Vaginismo (no debido a una enfermedad médica)
5. Trastorno sexual debido a una enfermedad médica
- Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a una enfermedad médica (indicar la enfermedad médica).  
Dispareunia femenina debida a una enfermedad médica (indicar la enfermedad médica)
  - Otros trastornos sexuales femeninos debidos a una enfermedad médica (indicar la enfermedad médica).
6. Trastorno inducido por sustancias.
7. Trastorno sexual no especificado” (26).

### 6.1. Desórdenes del deseo sexual

**Deseo sexual hipoactivo:** “ausencia persistente o recurrente de fantasías sexuales y/o de **deseo** para la actividad sexual o receptividad sexual que causa angustia personal y no se debe a los efectos fisiológicos de fármacos o a una enfermedad médica” (13). Estas personas nunca toman la iniciativa en una relación sexual, con baja frecuencia de experiencias sexuales (30).

Hay que diferenciarlas de las alteraciones neurológicas, hormonales y metabólicas que pueden alterar específicamente los sustratos fisiológicos del impulso sexual, la alteración de la biodisponibilidad total de testosterona y prolactina pueden indicar la presencia de trastornos hormonales responsables de la pérdida de deseo sexual, varios estudios han sugerido que la testosterona libre puede guardar correlación con la experiencia de pensamientos sexuales y con el promedio de frecuencia de coitos. (30)

**Aversión sexual:** “aversión fóbica persistente o recurrente, a evitar el contacto sexual genital con una pareja sexual, que causa angustia personal.

La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales” (19).

### **6.2. Desórdenes de la excitación sexual.**

“Incapacidad persistente o recurrente para conseguir o mantener excitación sexual. Se puede manifestar como una falta subjetiva de excitación o falta de **lubricación** o alguna otra respuesta somática” (29).

### **6.3. Desórdenes orgásmicos**

Se define como “orgasmo inhibido y consiste en la ausencia recurrente o persistente del orgasmo después de una fase de excitación normal, el orgasmo resulta de contracciones miotónicas y vasocongestión acumulada en la fase de excitación y meseta en forma de pulsos de entre 8 a 12 segundos de duración”(30).

Desde el punto de vista psicológico, “es la percepción altamente placentera del clímax de respuesta física. En algunas mujeres se ha observado la emisión de un líquido llamado “pseudoejaculado” durante el orgasmo proveniente de las glándulas uretrales, parauretrales y conductos de Skene” (30).

En 1944 se describió “una zona de sensación erógena localizada a lo largo de la superficie suburetral en la pared anterior de la vagina, área específica cuya estimulación produciría la emisión de un líquido durante el orgasmo lo denominaron Punto G” (30). Dentro de la clasificación de las alteraciones del orgasmo tenemos: Primarias, quienes nunca lo han experimentado y Secundarias cuando luego de ser orgásmicas se tornan disorgásmicas (30).

### **6.4 Trastornos sexuales por dolor**

**A. Dispareunia:** “Dolor genital recurrente o persistente en relación con el coito” (31).

En mayoría de los casos aparece durante el acto sexual, pudiendo también manifestarse antes o después de éste.



Fisiológicamente existe relación con la falta de lubricación vaginal durante la etapa de excitación, que puede deberse a patología orgánica como déficit de estrógenos o a estimulación sexual inadecuada.

**Superficial** cuando se presenta durante la penetración.

**Profunda** cuando se presenta con los movimientos coitales, provocando malestar que puede ser leve o llegar a cuadros muy agudos. (31)

**B. Vaginismo:** “Espasmo involuntario recurrente o persistente de la musculatura del tercio externo de la vagina y raíz de los muslos que interfiere con la **penetración**, y causa angustia personal” (31).

Desde un punto de vista psicológico, son más propensas a presentar un coito doloroso las personas ansiosas frente al acto sexual, la anticipación del dolor lleva a evitar las relaciones sexuales. (30)

Causan dispareunia y vaginismo los procesos que cursen con disminución del nivel de estrógenos circulantes como la menopausia, también estos síntomas se presentan en la endometriosis cuando existe compromiso del tabique rectovaginal, la presencia de tejido cicatrizal en la vagina debido a radioterapia, atrofia vaginal, irritación o infección del tracto urinario o vaginal y algunas enfermedades gastrointestinales. (30)

### 6.5 Dolor sexual no coital

“Dolor genital recurrente o persistente producido por estimulación no coital” (30)

En general todos estos trastornos pueden ser:

**Primarios:** presentes desde el inicio de la vida sexual activa, existe una inhibición primaria del deseo sexual o del orgasmo, es frecuente en mujeres con influencia de actitudes restrictivas o influencias



religiosas negativas con respecto a la sexualidad, en mujeres abusadas sexualmente o violadas.

**Secundarios:** aparece luego de haber experimentado una respuesta sexual normal. Generalmente es secundario a problemas de parejas, traumas físicos, emocionales, ingestión de sustancias tóxicas, abuso de drogas y cirugía del suelo pélvico.

**Totales:** Cuando aparecen siempre por cualquier circunstancia.

**Situacionales:** aparecen en determinadas circunstancias, por ejemplo, con una pareja y no con otra, durante el coito pero no en otras situaciones de la actividad sexual como juegos sexuales y masturbación. (30)

## CAPÍTULO III

### 3.1 HIPÓTESIS

La disfunción sexual femenina tiene una alta prevalencia en las mujeres que acuden al Hospital José Carrasco Arteaga y está asociado diversos factores biológicos como enfermedades orgánicas, consumo de medicamentos, presencia de hábitos tóxicos, sobrepeso u obesidad y trastornos en la esfera psicosocial de la mujer.

### 3.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.2.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la prevalencia de disfunción sexual femenina y los factores asociados en las pacientes que acuden al Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2013

#### 3.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Caracterizar al grupo de estudio de acuerdo a las variables demográficas
- Determinar la distribución de la frecuencia de las distintas formas clínicas de la disfunción sexual femenina.
- Identificar la asociación entre la disfunción sexual femenina y los factores biológicos como enfermedades orgánicas, consumo de medicamentos, presencia de hábitos tóxicos, sobrepeso u obesidad y trastornos en la esfera psicosocial de la mujer.

## CAPÍTULO IV

### METODOLOGIA

#### 4.1. TIPO DE ESTUDIO:

Estudio transversal

#### 4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Pacientes que fueron atendidas en las dependencias del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga.

#### 4.3. MUESTRA

Se tomó de la población de pacientes que fueron atendidas en las dependencias del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

#### 4.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Fue calculada en base a las siguientes restricciones:

- a) Tamaño total de la población: 980
- b) Nivel de confianza: 95%
- c) Precisión: 5%
- d) Frecuencia esperada de disfunción sexual femenina: 53.8%
- e) Efecto del diseño: 1

Con estos datos en el programa EpiDat 4.0 se obtuvo un tamaño muestral de 275 pacientes, se estima una proporción esperada por pérdidas del 10% quedando constituida la muestra por 303 pacientes.

#### 4.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edad de 20 a 59 años.
- Inicio vida sexual
- Sexualmente activas (que hayan mantenido relaciones sexuales por lo menos en las últimas 4 semanas).

#### 4.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Embarazo.
- Pacientes psicóticas.
- Retardo mental
- Enfermedades malignas y caquetizantes.

#### 4.7. UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTREO:

Pacientes que fueron atendidas en las dependencias del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga.

#### 4.8. TIPO DE MUESTREO:

Muestra probabilística, muestreo simple aleatorio.

#### 4.9. RELACIÓN EMPÍRICA DE VARIABLES:

**Variable dependiente:** Disfunción sexual femenina.

**Variables independientes:** enfermedades orgánicas, consumo de medicamentos, presencia de hábitos tóxicos, sobrepeso u obesidad y trastornos en la esfera psicosocial de la mujer.

**Variables moderadoras:** Edad, procedencia, estado civil.

#### 4.10. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Período de tiempo comprendido desde el nacimiento hasta la fecha de ingreso	Años cumplidos	20 - 40 41 - 60
Procedencia	Lugar donde nació	Lugar geográfico	Urbano Rural
Estado civil	Grado de vínculo entre dos personas determinado por ley	Estado civil establecido en su documento de identificación.	Soltera Casada Unión libre Divorciada
Instrucción	Años escolares aprobados en una institución educativa	Años de estudio aprobados	Ninguna Primaria Secundaria Superior
Paridad	Número de partos con finalización del alumbramiento, más allá de la semana 20, o con un recién nacido de peso mayor a 500 gramos.	Número de partos.	Nulípara Primípara Secundípara Multípara Gran multípara
Antecedente de cirugía pélvica	Historia personal de cirugías realizadas en la cavidad abdominopélvica por diferentes patologías	Historia clínica, sistema informático AS 400, verificación de la cicatriz quirúrgica.	Sí No
Violencia intrafamiliar	Cualquier tipo de abuso de poder de parte de un miembro de la familia sobre otro.	Abuso de poder intrafamiliar informado por la paciente	Psicológica Física Sexual
Problemas económicos	La presión psicológica que la familia siente cuando los recursos económicos no son suficientes para seguir patrones establecidos de funcionamiento de la familia y las normas	Recursos económicos insuficientes.	Sí No
Enfermedad y/o hospitalización de un familiar	La enfermedad genera en el paciente y su cuidador incertidumbre, desgaste físico, dependencia, cambios en el estilo de vida y tiene repercusiones sobre el área personal y social del individuo	Información aportada por la paciente sobre enfermedad y/o hospitalización de un familiar.	Sí No
Migración de un familiar	Traslado de su lugar de origen a otro donde considere que mejorará su calidad de vida.	Información aportada por la paciente sobre migración del familiar.	Sí No
Disfunción familiar	Es una familia en la que los conflictos, la mala conducta, y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se producen continuamente y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse a tales acciones	Percepción de la función familiar. Cuestionario APGAR familiar	Normofuncional: 7 - 10 puntos Disfuncional leve: 0 - 2 Disfuncional grave: 3 - 6

Trastorno nervioso	Enfermedad que afecta la salud mental clasificada en el Sistema DSM IV	Historia clínica, sistema informático AS 400	Neurosis Depresión Síndrome ansioso-depresivo Ninguno
Consumo de medicamentos	Prescripción de fármacos de uso crónico por diferentes enfermedades	Historia clínica, sistema informático AS 400	Si No
Consumo de cigarrillo		Información indicada por la paciente	Si No
Consumo de alcohol		Información indicada por la paciente	Si No
Desempleo	Ausencia de actividad laboral que crea remuneración	Información indicada por la paciente	Si No

#### 4.11. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

La recolección de datos se realizó mediante un formulario elaborado para el efecto (Anexo 2 y 3).

#### 4.12. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:

1. Aprobación del Comité de Especialidad, Comisión de Investigación y Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, aprobación del Comité de Bioética, Dirección Técnica de Docencia y Coordinador de Gineco-Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga.
2. Firma del consentimiento informado (Anexo 1).
3. Distribución del grupo: Con el transcurso de la investigación se fueron ubicando las pacientes según la presentación o no del efecto. Mujeres con el efecto "Disfunción sexual": con los factores asociados y otras sin estos factores. Mujeres sin el efecto "sin Disfunción sexual": con los factores asociados y otras sin estos factores.
4. Recolección de la información, mediante un formulario elaborado para el efecto en el que se incluyó el cuestionario "Índice de Función Sexual Femenina" (IFSF), desarrollado por Rosen y validado al español (Cronbach >70%).

#### **4.13. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

Luego de la recolección de los datos en un formulario diseñado para el efecto se procedió al ingreso y tabulación de los mismos por medio de un programa Software estadístico de computación SPSS, PASW Statistics 18, para su análisis y prueba de hipótesis.

#### **4.14. PRUEBA DE HIPÓTESIS:**

La hipótesis fue probada por la determinación de la prevalencia total y además la se cuantifico la asociación de los factores mediante ODDS RATIOS (OR) de la Disfunción Sexual, con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y se consideró estadísticamente significativo a valor  $p < 0.05$  de los factores de riesgo asociados.

Para cuantificar la magnitud total de los factores asociados se realizó regresión logística multivariada.



## CAPÍTULO V

### 5. RESULTADOS

Se procederá a exponer los resultados mediante tablas sugeridas en la metodología en donde se analizaron los datos mediante estadística descriptiva, estadística inferencial para el caso de las variables asociadas al evento y finalmente se detallaron tablas vinculadas al análisis multivariado.

#### 5.1. PREVALENCIA DE LA DISFUNCION SEXUAL FEMENINA

De 303 pacientes que fueron entrevistadas en las dependencias del Hospital José Carrasco Arteaga, 183 tuvieron Disfunción Sexual Femenina de acuerdo al Índice de Disfunción Sexual Femenina de Rossen y col. que corresponde al 60.4% (IC: 54.9 – 65.9) del total de la muestra de estudio (Tabla N° 1).

**TABLA N° 1**  
**PREVALENCIA DE LA DISFUNCION SEXUAL FEMENINA EN 303**  
**PACIENTES DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEGA**  
**CUENCA 2013**

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA	PACIENTES DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEGA CUENCA		
	Número	Porcentaje %	IC 95%
Disfunción sexual	183	60.4	54.9 – 65.9
Función sexual normal	120	39.6	
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Md. Viviana Matute O.

## 5.2. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

De las pacientes que fueron entrevistadas el mayor porcentaje de disfunción sexual femenina con un 60.1% lo ocuparon pacientes con edades comprendidas entre los 41 a 60 años, mientras que un 39.9% fueron de 20 a 40 años, al contrario la mayoría de pacientes con normofunción sexual con un 79.2% se ubicaron entre los 20 a 40 años y apenas un 20.8% entre los 41 a 60 años.

De acuerdo al estado civil se identificaron en el grupo con disfunción sexual femenina que el 73.8% eran casadas, el 11.5 % eran solteras, el 8.7% fueron divorciadas y el 6.0% mantenían una unión libre, datos similares se obtuvieron en las pacientes con normofunción excepto en el estado civil unión libre en la que se encontró un 21.6%.

De las pacientes que tienen disfunción sexual femenina en relación a la residencia el 62.3% eran del área urbana y el 37.7 % del área rural, en el grupo con normofunción el 71.7% correspondieron a la zona urbana y el 28.3 % de zona rural.

Según la instrucción, en las pacientes con disfunción sexual femenina es más frecuente en las pacientes que alcanzaron el nivel de instrucción secundaria con el 55.7%, seguido del nivel superior con el 27.9%, en el grupo de normofunción se invirtió esta secuencia con un 50.8% del nivel superior y un 45.9% la secundaria.

En lo referente al estado nutricional, en las pacientes con disfunción sexual femenina es más frecuente el sobrepeso con un 58.8 % le sigue el peso normal con el 29% y un número menor de obesidad con el 13.7%, esta secuencia se mantuvo en el grupo con normofunción ocupando el sobrepeso un 59.2% peso normal 30.8% y obesidad 10.0%.

En el grupo con disfunción sexual femenina tuvieron el antecedente de cirugía pélvica un 35.0% mientras que en la normofunción estuvo presente este antecedente en el 19.2%.

**TABLA Nº 2**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD SEXUAL FEMENINA SEGÚN**  
**LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y GINECOLÓGICAS HOSPITAL**  
**JOSÉ CARRASCO ARTEAGA,**  
**CUENCA 2013**

Variable	Disfunción		Normofunción		Total		Valor p
	F	%	F	%	F	%	
<b>EDAD</b>							
20 - 40 años	73	39.9	95	79.2	168	55.4	<b>0.000</b>
41 - 60 años	110	60.1	25	20.8	135	44.6	
Total	183	100.0	120	100.0	303	100.0	
<b>ESTADO CIVIL</b>							
Soltera	21	11.5	10	8.3	31	10.2	0.441
Casada	135	73.8	80	66.6	215	71	0.197
Divorciada	16	8.7	4	3.3	20	6.6	0.096
Unión libre	11	6.0	26	21.6	37	12.2	<b>0.000</b>
Total	183	100.0	120	100.0	303	100.0	
<b>PROCEDENCIA</b>							
Urbana	114	62.3	86	71.7	200	60.0	0.107
Rural	69	37.7	34	28.3	103	40.0	
Total	183	100.0	120	100.0	303	100.0	
<b>INSTRUCCIÓN</b>							
Ninguna	2	1.1	1	0.8	3	1	1.000
Primaria	28	15.3	3	2.5	31	10.2	<b>0.000</b>
Secundaria	102	55.7	55	45.9	157	51.8	0.101
Superior	51	27.9	61	50.8	112	37.0	0.000
Total	183	100.0	120	100.0	303	100.0	
<b>CIRUGÍA PÉLVICA</b>							
Si	64	35.0	23	19.2	87	28.7	<b>0.003</b>
No	119	65.0	97	80.8	216	71.3	
Total	183	100.0	120	100.0	303	100.0	

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Md. Viviana Matute O.

### **5.3. FORMAS CLÍNICAS DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA, HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA**

De acuerdo a las diferentes formas clínicas de la disfunción sexual femenina, el deseo estuvo alterado en el 60.1% de las disfunciones sexuales y solamente en el 5% de las normo funcionales.

Con relación a la excitación sexual se observó una alteración en el 60.1% de las disfunciones sexuales y no estuvo presente en las normo funcionales. En las que presentaron disfunción sexual femenina la alteración en la lubricación ocupó el 51.4%, en contraste con las normo funcionales siendo apenas de un 0.8%.

La alteración en el orgasmo se presentó en el 51.4% de las que debutaron con disfunción sexual femenina, y solo un 0.8% en las normo funcionales. En las que presentaron disfunción sexual femenina la alteración en la satisfacción sexual ocupó el 41.0%, en contraste con las normo funcionales siendo apenas de un 4.2%.

Finalmente el dolor en la relación sexual se presentó en un 60.7% de las pacientes con disfunción sexual femenina, mientras que en las normo funcionales ocupó un 4.2%.

**TABLA Nº 3**  
**DISTRIBUCION DE LAS DISTINTAS FORMAS CLÍNICAS DE LA**  
**DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA, HOSPITAL JOSÉ CARRASCO**  
**ARTEAGA**  
**CUENCA 2013**

FORMAS CLÍNICAS DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA	Disfunción		Normofunción		Total	
	F	%	F	%	F	%
<b>DESEO</b>						
Deseo alterado	110	60.1	6	5.0	116	38.3
Deseo normal	73	39.9	114	95.0	187	61.7
Total	183	100.0	120	100.0	303	100.0
<b>EXCITACIÓN</b>						
Excitación alterada	110	60.1	0	0	110	36.3
Excitación normal	73	39.9	120	100.0	193	63.7
Total	183	100.0	120	100.0	303	100.0
<b>LUBRICACIÓN</b>						
Lubricación alterada	94	51.4	1	0.8	95	31.4
Lubricación normal	89	48.6	119	99.2	208	68.6
Total	183	100.0	120	100.0	303	100.0
<b>ORGASMO</b>						
Orgasmo alterada	94	51.4	1	0.8	95	31.4
Orgasmo normal	89	48.6	119	99.2	208	68.6
Total	183	100.0	120	100.0	303	100.0
<b>SATISFACCIÓN</b>						
Satisfacción alterada	75	41.0	5	4.2	80	26.4
Satisfacción normal	108	59.0	115	95.8	223	73.6
Total	183	100.0	120	100.0	303	100.0
<b>DOLOR</b>						
Presente	111	60.7	5	4.2	116	38.3
Ausente	72	39.3	115	95.8	187	61.7
Total	183	100.0	120	100.0	303	100.0

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Md. Viviana Matute O.

#### **5.4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISFUNCION SEXUAL FEMENINA**

##### **5.4.1. Edades entre 41 a 60 años como factor de riesgo de disfunción sexual femenina.**

Con relación a las pacientes que presentaron disfunción sexual femenina observamos que el 61.1% tuvieron edades entre 41 a 60 años mientras que en las pacientes con normofunción sexual este grupo etario ocupó un 20.8%,

presentando un odds Ratio (OR) de 5.72 (IC 95%:3.37-9.70) con un valor p de 0.000. Por lo tanto, las edades entre 41 a 60 años se consideran como factor de riesgo para desarrollar una disfunción sexual femenina con significación estadística (Tabla N° 4).

**Tabla N° 4**  
**DISTRIBUCIÓN DE 303 PACIENTES SEGÚN LA EDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA DISFUNCION SEXUAL FEMENINA, HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA CUENCA 2013**

EDAD (años)	DISFUNCIÓN		NORMOFUNCIÓN		TOTAL		OR	IC 95%	VALOR P
	F	%	F	%	F	%			
20 - 40	73	39.9	95	79.2	168	55.4	5.72	3.37-9.70	0.000
41 - 60	110	61.1	25	20.8	135	44.6			
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>303</b>	<b>100.0</b>			

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Md. Viviana Matute O.

#### **5.4.2. Estado civil unión libre como factor protector de disfunción sexual femenina**

Apenas un 6.0% de pacientes con disfunción sexual femenina tuvieron como estado civil la unión libre en contraste con las de normofuncion sexual femenina en las que represento un 21.7 %, lo cual connota un odds ratio (OR) de 0.23 (IC 95%:0.11-0.48) con un valor p de 0.000. Por lo tanto con este resultado el estado civil unión libre constituye un factor protector para no presentar disfunción sexual femenina, de manera estadísticamente significativa. (Tabla N° 5).

**TABLA N° 5**  
**DISTRIBUCIÓN DE 303 PACIENTES SEGÚN EL ESTADO CIVIL UNION**  
**LIBRE COMO FACTOR PROTECTOR PARA DISFUNCION SEXUAL**  
**FEMENINA, HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA**  
**CUENCA 2013**

UNION LIBRE	DISFUNCIÓN		NORMOFUNCIÓN		TOTAL		OR	IC 95%	VALOR P
	F	%	F	%	F	%			
Si	11	6.0	26	21.7	37	12.2	0.23	0.11-0.48	0.000
No	172	94.0	94	78.3	266	87.8			
Total	183	100.0	120	100.0	303	100.0			

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Md. Viviana Matute O.

#### **5.4.3. Presencia de violencia como factor de riesgo de disfunción sexual femenina**

En la siguiente tabla se establece la presencia de violencia (psíquica, física, sexual) en el 21.9% de las pacientes que presentaron disfunción sexual femenina a diferencia de un 12.5% de violencia en aquellas que fueron normo funcionales, esto fue estimado con una significación estadística por intermedio de un odds ratio (OR) de 1.95 (IC 95%:1.03 - 3.70) y un valor p de 0.047. Por lo tanto la violencia de cualquier tipo fue un factor de riesgo para desarrollar una disfunción sexual femenina. (Tabla N° 6).

**TABLA N° 6**  
**DISTRIBUCIÓN DE 303 PACIENTES SEGÚN LA PRESENCIA DE**  
**VIOLENCIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA DISFUNCION SEXUAL**  
**FEMENINA, HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA CUENCA 2013**

VIOLENCIA	DISFUNCIÓN		NORMOFUNCIÓN		TOTAL		OR	IC 95%	VALOR P
	F	%	F	%	F	%			
Si	40	21.9	15	12.5	55	18.2	1.95	1.03 - 3.70	0.047
No	143	78.1	105	87.5	248	81.8			
Total	183	100.0	120	100.0	303	100.0			

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Md. Viviana Matute O.

#### 5.4.4. Trastorno nervioso como factor de riesgo para disfunción sexual femenina

El trastorno nervioso estuvo presente en el 27.9% de las pacientes que presentaron disfunción sexual femenina, las pacientes con normo función padecieron de este trastorno apenas en un 12.5%, al realizar el análisis estadístico se obtuvo un odds ratio (OR) de 2.70 (IC 95%:1.44-5.04) con un valor p de 0.002. El trastorno nervioso involucra riesgo desarrollar disfunción sexual femenina con significación estadística (Tabla N° 7).

**TABLA N° 7**  
**DISTRIBUCIÓN DE 303 PACIENTES SEGÚN LA PRESENCIA DE**  
**TRASTORNO NERVIOSO COMO FACTOR DE RIESGO PARA**  
**DISFUNCION SEXUAL FEMENINA,**  
**HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2013**

Trastorno Nervioso	DISFUNCIÓN		NORMOFUNCIÓN		TOTAL		OR	IC 95%	VALOR P
	F	%	F	%	F	%			
Si	51	27.9	15	12.5	66	21.8	2.70	1.44-5.04	0.002
No	132	72.1	105	87.5	237	78.2			
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>303</b>	<b>100.0</b>			

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Md. Viviana Matute O.

#### 5.4.5. Disfunción familiar como factor de riesgo para disfunción sexual femenina

Un resultado que llama la atención que no existe vinculación de la familia disfuncional como factor de riesgo con relación a la disfunción sexual femenina, puesto que se presentaron porcentajes muy similares tanto en las pacientes con disfunción sexual como las normo funcionales con un 15.3% y 15.0% respectivamente y un valor p de 1.000. (Tabla N° 8).



**TABLA N° 8**  
**DISTRIBUCIÓN DE 303 PACIENTES SEGÚN DISFUNCIÓN FAMILIAR**  
**COMO FACTOR DE RIESGO PARA DISFUNCION SEXUAL FEMENINA,**  
**HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2013**

Disfunción Familiar	DISFUNCIÓN		NORMOFUNCIÓN		TOTAL		OR	IC 95%	VALOR P
	F	%	F	%	F	%			
Si	28	15.3	18	15.0	46	15.2	1.02	0.54-1.93	1.000
No	155	84.7	102	85.0	257	84.8			
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>303</b>	<b>100.0</b>			

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Md. Viviana Matute O.

#### 5.4.6 Migración como factor de riesgo para disfunción sexual femenina

La migración familiar estuvo presente en un mayor número en el grupo de la disfunción sexual femenina con el 27.3% con un odds ratio (OR) de 1.23 y un IC 95% 0.72 -2.09 con un valor p de 0.502, mientras que en las pacientes con normo función 23.3%, sin embargo, esta diferencia no resulto estadísticamente significativa concluyendo que en nuestro estudio no constituye un factor de riesgo. (Tabla N° 9).

**TABLA N° 9**  
**DISTRIBUCIÓN DE 303 PACIENTES SEGÚN LA MIGRACIÓN COMO**  
**FACTOR DE RIESGO PARA DISFUNCION SEXUAL FEMENINA,**  
**HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA,**  
**CUENCA 2013**

Migración Familiar	DISFUNCIÓN		NORMOFUNCIÓN		TOTAL		OR	IC 95%	VALOR P
	F	%	F	%	F	%			
Si	50	27.3	28	23.3	78	25.7	1.23	0.72-2.09	0.502
No	133	72.7	92	76.7	225	74.3			
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>303</b>	<b>100.0</b>			

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Md. Viviana Matute O.

#### 5.4.7. Enfermedad orgánica como factor de riesgo para disfunción sexual

La presencia enfermedad orgánica en aquellas pacientes con disfunción sexual femenina fue del 49.2% de aquellas que tuvieron disfunción sexual femenina, en contraste con apenas un 29.2% en el grupo de normofunción lo cual connota un odds ratio (OR) de 2.35 (IC 95%:1.44-3.82) con un valor p de 0.001. Con lo anterior se incluye a la enfermedad orgánica como un factor de riesgo para presentar disfunción sexual femenina de manera estadísticamente significativa. (Tabla N° 10).

**TABLA N° 10**  
**DISTRIBUCIÓN DE 303 PACIENTES SEGÚN ENFERMEDAD ORGÁNICA**  
**COMO FACTOR DE RIESGO PARA DISFUNCION SEXUAL FEMENINA,**  
**HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2013**

Enfermedad Orgánica	DISFUNCIÓN		NORMOFUNCIÓN		TOTAL		OR	IC 95%	VALOR P
	F	%	F	%	F	%			
Si	90	49.2	35	29.2	125	41.3	2.35	1.44-3.82	0.001
No	93	50.8	85	70.8	178	58.7			
Total	183	100.0	120	100.0	303	100.0			

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Md. Viviana Matute O.

#### 5.4.8. Consumo de medicamentos como factor de riesgo para disfunción sexual femenina

Existe una clara tendencia a un mayor consumo de medicamentos en el grupo de la disfunción sexual femenina con un alto porcentaje 51.4%, a diferencia de un 40% en el grupo normo funcional que no por ser menor deja de ser importante, reflejándose un odds ratio (OR) de 1.58 (IC 95%:0.99-2.52) con un valor p de 0.060, siendo no significativo estadísticamente, ya que el límite inferior del IC es muy cercano a la unidad. (Tabla N° 11).

**TABLA N° 11**  
**DISTRIBUCIÓN DE 303 PACIENTES SEGÚN CONSUMO DE**  
**MEDICAMENTOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA DISFUNCION**  
**SEXUAL FEMENINA,**  
**HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2103**

Consumo de Medicamentos	DISFUNCIÓN		NORMOFUNCIÓN		TOTAL		OR	IC 95%	VALOR P
	F	%	F	%	F	%			
<b>Si</b>	94	51.4	48	40.0	142	46.9	1.58	0.99-2.52	0.060
<b>No</b>	89	48.6	72	60.0	161	53.1			
<b>Total</b>	183	100.0	100	100.0	303	100.0			

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Md. Viviana Matute O.

#### **5.4.9. Consumo de cigarrillos como factor de riesgo para disfunción sexual femenina**

Llama la atención los resultados sobre el consumo de cigarrillos ya que las pacientes que consumen cigarrillos presentan disfunción sexual apenas un 11.5% y tienen normofuncion un porcentaje más alto 21.7%, lo que calificaría al consumo de cigarrillos como un factor más bien protector de disfunción sexual con significancia estadística con un odds ratio (OR) de 0.46 (IC 95%:0.25-0.87) con un valor p 0.023. Sin embargo este resultado deberíamos interpretarlo con cautela puesto que se piensa que en aquellas pacientes el cigarrillo remitiría momentáneamente la ansiedad, lo cual influiría favorablemente en algunas de las formas clínicas de la disfunción sexual sobre todo en las del deseo y la excitación sexual, sin constituir este un factor terapéutico o protector. (Tabla N° 12).

**TABLA N° 12**  
**DISTRIBUCIÓN DE 303 PACIENTES SEGÚN CONSUMO DE**  
**CIGARRILLOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA DISFUNCION SEXUAL**  
**FEMENINA, HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2013**

Cigarrillos	DISFUNCIÓN		NORMOFUNCIÓN		TOTAL		OR	IC 95%	VALOR P
	F	%	F	%	F	%			
Si	21	11.5	26	21.7	47	15.5	0.46	0.25-0.87	0.023
No	162	88.5	94	78.3	256	84.5			
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>	<b>303</b>	<b>100.0</b>			

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Md. Viviana Matute O.

#### **5.4.10. Consumo de alcohol como factor de riesgo para disfunción sexual femenina**

En lo que respecta al consumo de alcohol también se obtuvieron resultados llamativos, pues aquellas de las pacientes que consumen alcohol presentan disfunción sexual apenas un 5.5% y tienen normofuncion un porcentaje más alto 12.5%, con estos datos interpretaríamos como que el consumo de alcohol actuaría como un factor protector de disfunción sexual con significancia estadística con un odds ratio (OR) de 0.40 (IC 95%:0.17-0.91) con un valor p de 0.034. (Tabla N° 13).

**TABLA N° 13**  
**DISTRIBUCIÓN DE 303 PACIENTES SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL**  
**COMO FACTOR DE RIESGO PARA DISFUNCION SEXUAL FEMENINA,**  
**HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2013**

Alcohol	DISFUNCIÓN		NORMOFUNCIÓN		TOTAL		OR	IC 95%	VALOR P
	F	%	F	%	F	%			
Si	10	5.5	15	12.5	25	8.3	0.40	0.17-0.91	0.034
No	173	94.5	105	87.5	278	91.7			
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>303</b>	<b>100.0</b>			

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Md. Viviana Matute O.

#### 5.4.11. Desempleo como factor de riesgo para disfunción sexual femenina

De las pacientes con disfunción sexual femenina, un 19.1% estuvo desempleada en el momento del estudio a diferencia de las pacientes con normofunción con un 15.0% sin empleo, porcentajes que son altos con relación al porcentaje de desempleo en Cuenca a septiembre del 2013 del 4.29%, Existe una clara tendencia a presentar disfunción sexual femenina en las pacientes sin empleo con un odds ratio (OR) de 1.34 sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa por un IC 95%:0.72-2.48 con un valor p de 0.440. (Tabla N° 14).

**TABLA N° 14**  
**DISTRIBUCIÓN DE 303 PACIENTES SEGÚN DESEMPLEO COMO**  
**FACTOR DE RIESGO PARA DISFUNCION SEXUAL FEMENINA,**  
**HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA.**

DESEMPLEO	DISFUNCIÓN		NORMOFUNCIÓN		TOTAL		OR	IC 95%	VALOR P
	F	%	F	%	F	%			
<b>Si</b>	35	19.1	18	15.0	53	17.5	1.34	0.72-2.48	0.440
<b>No</b>	148	80.9	102	85.0	250	82.5			
<b>Total</b>	100	100.0	120	100.0	303	100.0			

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Md. Viviana Matute O.

#### 5.4.12. Sobrepeso u obesidad como factor de riesgo para disfunción sexual femenina

El sobrepeso u obesidad se presentó en las pacientes con disfunción sexual femenina con un 70.9% en las pacientes con normofunción también ocupó un porcentaje demasiado alto aunque menor al anterior 69.2% sin embargo esta diferencia no resultó estadísticamente significativa a pesar de obtener un odds ratio (OR) de 1.08 ya que presentó un IC 95%:0.65-1.79 con un valor p de 0.798, concluyendo que en nuestro estudio no constituye un factor de riesgo, pese al elevado porcentaje de pacientes que presentaron esta alteración del estado nutricional.(Tabla N° 15).

**TABLA N° 15**  
**DISTRIBUCIÓN DE 303 PACIENTES SEGÚN SOBREPESO U OBESIDAD**  
**COMO FACTOR DE RIESGO PARA DISFUNCION SEXUAL FEMENINA,**  
**HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2013**

SOBREPESO U OBESIDAD	DISFUNCIÓN		NORMOFUNCIÓN		TOTAL		OR	IC 95%	VALOR P
	F	%	F	%	F	%			
Si	129	70.9	83	69.2	212	70.2	1.08	0.65-1.79	0.798
No	53	29.1	37	30.8	90	29.8			
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>302</b>	<b>100.0</b>			

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Md. Viviana Matute O.

#### **5.4.13. Antecedente de cirugía pélvica como factor de riesgo para disfunción sexual femenina**

En el grupo con disfunción sexual femenina tuvo el antecedente de cirugía pélvica un 35.0% mientras que en la norma función estuvo presente este antecedente en el 19.2%, lo cual connota un odds ratio (OR) de 2.26 (IC 95%:1.31-3.90) con un valor p de 0.003. Con lo anterior se incluye al antecedente de cirugía pélvica como un factor de riesgo para presentar disfunción sexual femenina de manera estadísticamente significativa. (Tabla N° 16).

**TABLA N° 16**  
**DISTRIBUCIÓN DE 303 PACIENTES SEGÚN ANTECEDENTE DE**  
**CIRUGÍA PÉLVICA COMO FACTOR DE RIESGO PARA DISFUNCION**  
**SEXUAL FEMENINA, HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA**  
**CUENCA 2013**

CIRUGÍA PÉLVICA	DISFUNCIÓN		NORMOFUNCIÓN		TOTAL		OR	IC 95%	VALOR P
	F	%	F	%	F	%			
Si	64	35.0	23	19.2	87	28.7	2.26	1.31-3.90	0.003
No	119	65.0	97	80.8	216	71.3			
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>303</b>	<b>100.0</b>			

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Md. Viviana Matute O.

#### 5.4.14. Instrucción primaria como factor de riesgo para disfunción sexual femenina

El 15.3% de las pacientes con disfunción sexual femenina cursaron la instrucción primaria completa contrasta mucho con un 2.5% en el grupo con normofunción sexual, esto nos estima un odds ratio (OR) de 7.04 (IC 95%:2.21-22.27) con un valor p de 0.000. Con lo anterior se concluye que en nuestro estudio la instrucción primaria es el factor de riesgo más significativo para presentar disfunción sexual femenina. (Tabla N° 17).

Tabla N° 17

#### DISTRIBUCIÓN DE 303 PACIENTES SEGÚN INSTRUCCIÓN PRIMARIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA DISFUNCION SEXUAL FEMENINA, HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2013

INSTRUCCIÓN PRIMARIA	DISFUNCIÓN		NORMOFUNCIÓN		TOTAL		OR	IC 95%	VALOR P
	F	%	F	%	F	%			
Si	28	15.3	3	2.5	31	10.2	7.04	2.21-22.27	0.000
No	155	84.7	117	97.5	272	89.8			
Total	183	100.0	120	100.0	303	100.0			

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Md. Viviana Matute O.

#### 5.4.15. Instrucción superior como factor de riesgo para disfunción sexual femenina

Denota mucho interés los resultados con relación a la instrucción superior la misma que se presentó en un altísimo porcentaje 50.8% en las pacientes con normofunción sexual, a diferencia de un 28.9% en las pacientes con disfunción sexual, lo que conceptuaría a la instrucción superior como un factor más bien protector de disfunción sexual con significancia estadística con un odds ratio (OR) de 0.37 (IC 95%:0.23-0.60) con un valor p de 0.000. (Tabla N° 18).

**TABLA N° 18**  
**DISTRIBUCIÓN DE 303 PACIENTES SEGÚN INSTRUCCIÓN SUPERIOR**  
**COMO FACTOR DE RIESGO PARA DISFUNCION SEXUAL FEMENINA,**  
**HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2013**

INSTRUCCIÓN SUPERIOR	DISFUNCIÓN		NORMOFUNCIÓN		TOTAL		OR	IC 95%	VALOR P
	F	%	F	%	F	%			
Si	51	28.9	61	50.8	112	37.0	0.37	0.23-0.60	0.000
No	132	72.1	59	49.2	191	63.0			
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>303</b>	<b>100.0</b>			

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Md. Viviana Matute O.

### 5.5 ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTIVARIADA

De manera complementaria es necesario establecer la relación entre las variables independientes que constituyen factores de riesgo como la edad de 41 a 60 años, instrucción primaria, violencia intrafamiliar, antecedentes de cirugía pélvica, trastornos nerviosos, enfermedades orgánicas las mismas que estuvieron asociadas con significancia estadística con la variable dependiente (disfunción sexual femenina), además de averiguar en qué medida la variable dependiente puede estar explicada por las variables independientes y obtener predicciones en la variable dependiente.

Resumen del modelo: Se evidencia en la (Tabla N° 19) que si analizamos en conjunto las variables edad de 41 a 60 años, instrucción primaria, violencia intrafamiliar, antecedentes de cirugía pélvica, explican el 18.3% de la varianza de la variable dependiente, (disfunción sexual femenina) ya que como se observa la R cuadrado de Cox y Snell = 0.183.



**TABLA N° 19**  
**RESUMEN DEL MODELO**

Paso	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	359.383 <sup>a</sup>	.145	.196
2	345.686 <sup>b</sup>	.183	.247

a. Variables predictoras: (Constante), edad de 41 a 60 años, instrucción primaria, violencia intrafamiliar, antecedentes de cirugía pélvica, b. Variable dependiente: Disfunción sexual femenina.

Fuente: Formulario de datos  
Elaboración: Md. Viviana Matute O.

En la (Tabla N°20), observamos los valores absolutos de los coeficientes de regresión beta, estos estadísticos nos revelan la importancia relativa o peso de cada variable independiente en la ecuación de regresión.

Debemos considerar que cuanto mayor es en valor absoluto el coeficiente de regresión estandarizado de una variable independiente, mayor peso o importancia tiene en la ecuación de regresión, bajo este concepto las variables más significativas de mayor a menor son: la instrucción primaria y la edad de 41 a 60 años; hay que tomar en cuenta que las demás variables violencia intrafamiliar, antecedentes de cirugía pélvica, trastornos nerviosos y enfermedades orgánicas no están consideradas en la ecuación de regresión puesto que sus coeficientes beta, la significancia y su Exp (B) no obtuvieron valores que reflejen la relación o expliquen la varianza de la variable dependiente.

El error típico tanto para las variables edad de 41 a 60 años, instrucción primaria, violencia intrafamiliar, antecedentes de cirugía pélvica, trastornos nerviosos, enfermedades orgánicas fueron favorables ya que son menores a 1.

Como podemos evidenciar la significancia para las variables que entraron en el análisis como son la edad de 41 a 60 años y la instrucción primaria son

factores favorables con  $p < 0.05$ , sus Exp (B) con los intervalos de confianza 95%, por lo que se concluye que existe un riesgo muy alto de presentar disfunción sexual femenina cuando están asociadas estas dos variables, lo que dejar ver que estas variables independientes contribuyen de manera significativa a explicar lo que sucede con la variable dependiente.

Se puede apreciar también que aunque el Exp (B) fue mayor a 1 en el caso de las variables violencia intrafamiliar y antecedentes de cirugía pélvica, constituyendo de esta manera un riesgo, sin embargo el límite inferior del intervalo de confianza 95% para Exp (B), fueron menores a la unidad no existiendo significancia estadística.

**TABLA N° 20**  
**VARIABLES EN LA ECUACION**

	B	Error típ.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Intervalo de confianza al 95% para Exp(B)	
							Límite inferior	Límite superior
Edad 41 a 60 años	1.520	.286	28.217	1	.000	4.573	2.610	8.014
Instrucción primaria	1.803	.651	7.676	1	.006	6.069	1.695	21.733
Violencia intrafamiliar	.379	.384	.974	1	.324	1.461	.688	3.104
Antecedente de cirugía pélvica	.466	.315	2.196	1	.138	1.594	.860	2.953
Trastornos nerviosos	-.687	.416	2.723	1	.099	.503	.222	1.138
Enfermedades orgánicas	-.397	.284	1.949	1	.163	.673	.385	1.174

a. Variables predictoras: (Constante), edad de 41 a 60 años, instrucción primaria, violencia intrafamiliar, antecedentes de cirugía pélvica, trastornos nerviosos, enfermedades orgánicas

b. Variable dependiente: Disfunción sexual femenina.

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Autora:** Dra. Viviana Matute.

## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como la integración de aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de forma enriquecedora y que potencie la personalidad, la comunicación, y el afecto.(8) Los estudios demuestran que la frecuencia de la actividad sexual desciende al aumentar la edad, así entre los 66 y 71 años el 47% mantienen una actividad sexual continua, como un tercio de la población mayor de 78 años. (8)

Varios estudios han determinado la prevalencia de la disfunción sexual femenina reportando valores que varían significativamente entre uno y otro estudio de 25% al 63%.(7) Los resultados obtenidos entre uno y otro estudio están en dependencia de la metodología utilizada. (32)

Nuestro estudio estuvo conformado por 303 pacientes que fueron entrevistadas en las dependencias de Ginecología del Hospital José Carrasco Arteaga, de las cuales 183 tuvieron Disfunción Sexual Femenina de acuerdo al Índice de Disfunción Sexual Femenina de Rossen y col. que corresponde al 60.4% (IC: 54.9 – 65.9), que constituye una prevalencia muy alta en relación a los publicados como Brasil con el estudio de Abrantes et al 2001 con una prevalencia del 54.0%, Oelrich Olivares P, Chile 2006 prevalencia del 50.6%, Laumann y col. obtuvieron un 43%, Baldwin en Estados Unidos 2001, presento resultados de disfunción sexual femenina en el 43%. (2,14)

La incapacidad para alcanzar el orgasmo fue del 34.09%, constituyendo la disfunción sexual más frecuente. (25) Durante el coito se evidencia que solo el 20% de las mujeres alcanzan el orgasmo según otro estudio, y que el restante 80% lo hace antes o después por medio de la estimulación manual, oral o con un vibrador. Así mismo se dice que solo el 30% alcanzan el

orgasmo durante la relación sexual en comparación con los hombres que es del 75%. (8)

La disfunción sexual de acuerdo al género es mucho más frecuente en las mujeres 43% en relación a los hombres 31%, y se asocia a una menor edad, nivel educativo más bajo y ha estado civil de soltera. (8)(4)

Una encuesta con la aplicación del Índice de Función Sexual Femenina a 217 pacientes confirma que el 67.7% presentaron desordenes de DSF así: 52.9% alteraciones del deseo sexual, 28.6% falta de lubricación, 17.9% dispareunia y 24.8% falta de excitación. (33)

Las formas clínicas de disfunción sexual femenina en el presente estudio, ocuparon una prevalencia más alta con relación a otras poblaciones la presencia de dolor en la relación sexual ocupó el 60.7%, seguido de la alteración en el deseo y excitación con un 60.1% cada uno, falta de lubricación y anorgasmia en un 51.4% cada uno y finalmente la insatisfacción sexual se presentó en el 41.0%, datos que los podríamos comparar con los de Oelrich Olivares P, Chile 2006,(2) alteración en el deseo sexual 42.8%, trastorno de la excitación 19.2%, ausencia de lubricación 14.6%, anorgasmia 12.7%.

Uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en las mujeres es el tratamiento de la incontinencia urinaria que afecta a cerca del 20% de las mujeres en edad reproductiva, y que trae como consecuencias un deterioro de la calidad de vida y la sexualidad.(31) Otros estudios concluyen que la reparación de estos problemas quirúrgicos (prolapso genital) mejora la función sexual de las pacientes.(23) No se demostró diferencias estadísticamente significativas de la función sexual femenina entre las mujeres que terminaron su embarazo por vía vaginal en relación a las que se sometieron a cesáreas. (21) Las pacientes sometidas a una histerectomía presentan niveles de deseo y satisfacción sexual bajos. (34). **En el estudio**

realizado la disfunción sexual femenina en las pacientes con antecedente de cirugía pélvica fue de 35% con un odds ratio (OR) de 2.26 (IC 95%:1.31-3.90) con un valor p de 0.003, lo que indica que es más elevada que la de los estudios publicados.

En relación al deseo sexual inhibido se reporta que un tercio de las mujeres lo padecen, y que está asociado a la escolaridad de la mujer, situación laboral, satisfacción de las necesidades básicas, y satisfacción sexual. (35). En los EEUU un estudio concluye que la disfunción sexual es un problema de Salud Pública. Concluyen que la disfunción sexual es más prevalente en las mujeres 43% que en los hombres 31%, y que está asociado a la edad y nivel educacional. (13) La menopausia es una etapa que implica una serie de cambios fisiológicos y anatómicos, que de alguna manera alteran la vida sexual de las mujeres. (9)

Se identifican como problemas asociados a la excitación y al orgasmo la baja autoestima, sumisión, problemas conyugales, temores en la sexualidad y falta de información sexual. (18) Un estudio chileno reporta que la sexualidad alcanza su máxima expresión de 35 a 40 años, sobre todo en lo referente al deseo y excitación. Que a los 44 años se incrementa el riesgo de disfunción sexual (OR 3.6 IC: 2.1 – 6.3). La mayor educación y estabilidad de pareja disminuyen el riesgo de disfunción sexual (OR 0.45 IC: 0.28 – 0.80) (OR 0.58 IC 0.35 – 0.98). En nuestro estudio las pacientes que presentaron disfunción sexual femenina fue del 61.1%, las edades estuvieron entre 41 a 60 años, lo cual se relaciona con los estudios expuestos, sin embargo, según la instrucción la disfunción sexual es más frecuente en las pacientes con nivel de instrucción secundaria con el 55.7%, seguido del nivel superior con el 27.9%, además según el estado civil se identificaron en el grupo con disfunción sexual femenina que el 73.8% eran casadas, el 11.5 % eran solteras, el 8.7% fueron divorciadas y el 6.0% mantenían una unión libre, siendo resultados diferentes a los ya citados en estudios anteriores

En nuestra investigación se establecieron como factores de riesgo en orden de importancia; la instrucción primaria (OR) de 7.04(IC 95%:2.21-22.27) con un valor p de 0.000, la edad comprendida entre los 41 a 60 años (OR) de 5.72 (IC 95%:3.37-9.70) con un valor p de 0.000, los trastornos nerviosos(OR) de 2.70(IC 95%:1.44-5.04) con un valor p de 0.002, las enfermedades orgánicas (OR) de 2.35 (IC 95%:1.44-3.82) con un valor p de 0.001, el antecedente de cirugía pélvica (OR) de 2.26(IC 95%:1.31-3.90) con un valor p de 0.003, la violencia (OR) de 1.95(IC 95%:1.03 - 3.70) y un valor p de 0.047.

Estos factores de riesgo son comunes a los hallados en otras poblaciones como el estudio de Blümel J, Binfa L, Cataldo P, Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá C, (13) quienes encuentran que después de los 44 años se incrementa el riesgo de disfunción sexual (OR:3.6; IC: 2.1-6.3;  $p < 0,0001$ ). Sin embargo difiere de otros resultados como el de Oelrich Olivares P, quien encuentra que la escolaridad de la mujer no fue un factor asociado al tipo de función sexual, con un valor  $p > 0.05$ .

Además la presente investigación detecto factores protectores o preventivos de disfunción sexual femenina similares a los relatados en la información científica internacional, como el estado civil unión libre (OR) de 0.23 (IC 95%:0.11-0.48) valor p de 0.000, la instrucción superior (OR) de 0.37 (IC 95%:0.23-0.60) valor p de 0.000. Otros investigadores como Blumel et al 2004 demostraron que la mayor educación y la estabilidad de pareja disminuyen el riesgo (OR: 0.45; IC: 0.28-0.80;  $p < 0.005$  y OR: 0.58; IC: 0.35-0.98;  $p < 0.05$  respectivamente).

## CAPÍTULO VII

### CONCLUSIONES

- La prevalencia de disfunción sexual femenina valorada mediante el índice de disfunción sexual de Rosen y col. en las pacientes que acuden a las dependencias de Ginecología del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca Ecuador fue muy alta 60.4% mayor a la reportada en otros estudio.
- Las formas clínicas de la disfunción sexual presentaron con una alta prevalencia, incluyendo algunas compartieron varias asociaciones de formas clínicas.
- Los factores de riesgo con significancia estadística de mayor a menor fueron la instrucción primaria, la edad comprendida entre los 41 a 60 años, los trastornos nerviosos, las enfermedades orgánicas, el antecedente de cirugía pélvica y finalmente la violencia.
- Los factores protectores o de prevención con significancia estadística fueron la unión libre y la instrucción superior.
- El consumo de cigarrillo y de alcohol se estimaron como factores protectores pero levanta una interrogante puesto que se sospecha que en aquellas pacientes el cigarrillo o el alcohol remitiría momentáneamente la ansiedad, lo cual influiría favorablemente en algunas de las formas clínicas de la disfunción sexual sobre todo en las del deseo y la excitación sexual, sin constituir este un factor terapéutico o protector.

## CAPÍTULO VIII

### RECOMENDACIONES

- Difundir los resultados de esta investigación en el Hospital José Carrasco Arteaga, la Universidad de Cuenca y posteriormente a nivel del país, con la finalidad de comprender que por su elevada prevalencia constituye ya un problema de salud pública, con sus implicaciones médicas y psico sociales.
- Profundizar en el conocimiento de esta patología en los diferentes niveles del sistema de salud con la finalidad de brindar la información adecuada a las pacientes y de esta manera contrarrestar a tiempo los factores de riesgo y promover factores protectores para esta patología.
- Fortalecer la relación médico paciente en temas de sexualidad, para lograr un mejor acercamiento a la paciente y trabajar de manera multidisciplinaria en coordinación con Psicólogos, Psiquiatras, Internistas, Urólogos, Ginecólogos, Sexólogos.
- Como Ginecólogos conocer adecuadamente sobre esta patología para poder informar y buscar el tratamiento adecuado a problemas de la sexualidad femenina.

Considerar estos resultados al momento de elaborar normas y protocolos de prevención de patología materna infantil en la atención primaria de salud.

Presentar los resultados de la investigación en la dirección provincial de salud, facultad de ciencias médicas de Universidad de Cuenca con el objetivo que se realice nuevas investigaciones en nuevas poblaciones y así validar los resultados con la finalidad de crear políticas de atención de salud.



## CAPÍTULO IX

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Real Cancio RM. Estudio epidemiológico de la disfunción sexual femenina: asociación con otras enfermedades y factores de riesgo [Internet]. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2012 [citado 26 de julio de 2013]. Recuperado a partir de: <http://tesis.repo.sld.cu/550/>
2. OLIVARES PAO. EVALUACIÓN DE LA FUNCION SEXUAL EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA. [citado 26 de julio de 2013]; Recuperado a partir de:  
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmo.28e/sources/fmo.28e.pdf>
3. Charnay Rebolledo M, Henríquez Fierro E. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. Cienc Enferm. 2003;9(1):55-64.
4. IUGA Sexual Dysfunction in Women Roundtable. Int Urogynecology J. 7 de abril de 2009;20(S1):1-2.
5. Bechara AJ. Disfunción Sexual Femenina [Internet]. Universidad de Buenos Aires; 2004 [citado 26 de julio de 2013]. Recuperado a partir de: [http://www.imeweb.com.ar/trabajos/tesis\\_doctorado\\_disfuncion\\_sexual\\_femenina.pdf](http://www.imeweb.com.ar/trabajos/tesis_doctorado_disfuncion_sexual_femenina.pdf)
6. Bravo CS, Meléndez JC, Hernández JGE, Torres AA. Las Distintas Disfunciones Sexuales Femeninas y la Relación con Ansiedad Rasgo-Estado. Psicología. 2007;15(1):52-9.
7. Mirna Pérez Feo. Sexualidad humana y causas de disfunciones sexuales [Internet]. Med-ULA, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Vol 1 N° 3. Mérida, Venezuela; [citado 26 de noviembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21702/1/articulo3.pdf>
8. FUNCION Y DISFUNCIONES SEXUALES [Internet]. [citado 25 de julio de 2013]. Recuperado a partir de:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/502/502v35n02a13135164pdf001.pdf>

9. González Labrador I, Miyar Pieiga E. Respuesta sexual en la mujer climatérica. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2001;17(4):390-4.
10. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2012;72(2):103-114 Respuesta sexual en mujeres posmenopáusicas [Internet]. [citado 24 de julio de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v72n2/art05.pdf>
11. Bustamante F, de los Ángeles Larraín M, Zúñiga P, Nieto F. TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD. [citado 25 de noviembre de 2013]; Recuperado a partir de: <http://www.soykapaz.cl/3c.pdf>
12. DSF SIGLO XXI. [citado 24 de julio de 2013]; Recuperado a partir de: [http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/articulo\\_especial\\_121a1290.pdf](http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/articulo_especial_121a1290.pdf)
13. Blümel JE. Disfunción sexual en la mujer chilena. *Medwave* [Internet]. 2009 [citado 25 de julio de 2013];9(10). Recuperado a partir de: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Congresos/4211>
14. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. *JAMA J Am Med Assoc*. 1999;281(6):537-44.
15. Sánchez-Bravo C, Morales-Carmona F, Carreño-Meléndez J, Martínez-Ramírez S. Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. *Perinatol Reprod Humana*. 2005;19(3-4):152-60.
16. Bravo CS, Melendez JC, Ramirez SM, Lopez MEG. Feminine and masculine sexual dysfunctions: gender comparison in a Mexico City sample. *SALUD Ment*. 2005;28(4):74-80.
17. Basson R. Women's sexual desire and arousal disorders. *Prim Psychiatry*. 2008;15(9):72-81.
18. Bravo CS, Meléndez JC, Ayala NPC, Almaraz CH. Perfiles de los indicadores relacionados con trastornos de la excitación y el orgasmo femeninos. *Psicol Salud*. 2010;20(2):251-60.
19. Sultán FE, Chambless DL. FUNCIONAMIENTO SEXUAL DE LA MUJER. [citado 25 de julio de 2013]; Recuperado a partir de:

<http://www.uned.es/master-psicologia-deporte/sp/pdf/fsmuj.pdf>

20. Alcoba Valls SL, García-Giralda Ruiz L, San Martín Blanco C. Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales: atención primaria de calidad. Madrid: International Marketing & Communications; 2004.
21. Hosseini L, Iran-Pour E, Safarinejad MR. Sexual Function of Primiparous Women After Elective Cesarean Section and Normal Vaginal Delivery. *Urol J.* 2012;9(2):498-504.
22. Martínez M, Bustos H, Ayala R, Leroy L, Morales F, Watty A, et al. Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75(4):247-52.
23. Montiel C, Marcucci R, Contreras A. Función sexual antes y después de la reparación quirúrgica del prolapso genital. *REV CHIL OBSTET GINECOL.* 2013;78(2):102-13.
24. art01.pdf [Internet]. [citado 12 de octubre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v72n1/art01.pdf>
25. Prevalencia de disfunción sexual femenina en una población que asiste a una unidad de urología [Internet]. [citado 25 de julio de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2008/ur082d.pdf>
26. Robertson M. Disfunción sexual en personas con diabetes. Unidos Por Diabetes [Internet]. 2006 [citado 25 de noviembre de 2013]; Recuperado a partir de:  
[http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/issue\\_44\\_es.pdf#page=24](http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/issue_44_es.pdf#page=24)
27. Castroviejo Royo F. Función Sexual Femenina en Castilla y León: Rangos de Normalidad. 2010 [citado 25 de agosto de 2013]; Recuperado a partir de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/692>
28. Manzo C, Carvajal Á, Olea CP. Implementación de un Programa de Terapia Sexual en un Grupo de Mujeres con un Cuadro Depresivo Leve y Moderado y Sintomatología Ansiosa en Comorbilidad a una Disfunción



Sexual. *Ter Psicológica*. 2006;24(2):161-8.

29. Madruga AP, Fidalgo JL, Ulacia JCO, Escribano JJA. Disfunciones sexuales en el alcoholismo. *Adicciones Rev Socidrogalcohol*. 2004;16(4):277-86.

30. Royo FC. Función Sexual Femenina en Castilla y León: Rangos de Normalidad [Internet]. 2010 [citado 14 de noviembre de 2013]. Recuperado a partir de: [http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/692/1/TESIS70-100915.pdf?origin=publication\\_detail](http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/692/1/TESIS70-100915.pdf?origin=publication_detail)

31. Kingsberg SA, Janata JW. Trastornos sexuales femeninos: valoración, diagnóstico y tratamiento. *Clínicas Urol Norteamérica*. 2007;34(4):497-506.

32. Joubanoba M, Straz PJA. Prevalencia de Trastorno Orgásmico Femenino. [citado 25 de julio de 2013]; Recuperado a partir de: <http://www.sus.org.uy/images/165/tof.pdf>

33. kamei J. Estudio de la prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres que asisten a consultorio externo de gineco-obstetricia del Hospital la Serena. *Revista Chilena de Urología* [Internet]. 2005 [citado 12 de octubre de 2013];70(4). Recuperado a partir de: [http://www.cesi.cl/articulos/Estudio\\_de\\_la\\_prevalencia\\_de\\_los\\_trastornos\\_de\\_la\\_sexualidad\\_La\\_Serena\\_Chile.pdf](http://www.cesi.cl/articulos/Estudio_de_la_prevalencia_de_los_trastornos_de_la_sexualidad_La_Serena_Chile.pdf)

34. Chenevard CL, Román Mella F. Percepción, síntomas y sexualidad en mujeres histerectomizadas\*. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 2007;33(1):0-0.

35. Charnay Rebolledo M, Henríquez Fierro E. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Cienc Enferm*. 2003;9(1):55-64.



## CAPÍTULO X

### ANEXOS

#### ANEXO I



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
A N E X O I**

**PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES ASOCIADOS,  
HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO ACERCA DE:**

Señora/señorita usted ha sido seleccionada para participar en este estudio, previamente hemos tomado datos de su Historia Clínica, como la edad, procedencia, estado civil, peso, talla, antecedentes de enfermedades, cirugías previas, etc.

Se piensa que LA DISFUNCION SEXUAL FEMENINA se producen con mayor frecuencia cuando existen factores de riesgo asociados, los cuales queremos investigar si usted los tiene o no, para a futuro prevenirlos, lo cual le beneficiaría a usted y otras pacientes. Participar en esta investigación es absolutamente voluntario y gratuito, teniendo la opción de abandonar el estudio en cualquier momento, sin perder el derecho a los servicios del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga. Los resultados finales de esta investigación serán socializados, sin embargo se mantendrá en reserva la historia y nombres de las pacientes.

Yo.....con cédula de identidad N°.....declaro haber sido voluntariamente adecuadamente informada y haber tenido la oportunidad y el derecho de hacer preguntas por lo que en pleno uso de mis facultades mentales, voluntariamente consiento participar en esta investigación.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma de la paciente

.....  
...

Firma del investigador.....

Dirección.....Telefono.....

**ANEXO II**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
ANEXO II**

**FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS**

**PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES ASOCIADOS,  
HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA**

Fecha:..... Hora:.....  
 N° Historia clínica: ...  
 Edad: ...  
 Residencia: Urbana...Rural...  
 Peso:.....  
 Estatura:.....  
 Estado Civil: SOLTERA....CASADA.....DIVORCIADA.... UNION LIBRE.... VIUDA....  
 Instrucción educativa: NINGUNA.... PRIMARIA.... SECUNDARIA.... SUPERIOR....  
 Paridad: Gestas:..... Partos..... Cesárea..... Abortos.....  
 Antecedente de cirugía pélvica: Si..... No: .....

Violencia Intrafamiliar: Física: ..... Psíquica: ..... Sexual: .....

Problemas Económicos: Si..... No.....  
 Migración Familiar: Si..... No.....  
 Enfermedad Orgánica: Si: ..... No: .....

Disfunción Familiar: Normofuncional..... Disfuncional leve..... Disfuncional grave.....  
 Trastorno Nervioso: Neurosis..... Depresión..... Síndrome ansioso-depresivo.....  
 Consumo de Medicamentos Si..... No.....  
 Consumo de Cigarrillos Si: ..... No:.....  
 Consumo de Alcohol Si: ..... No: .....

Desempleo: Si:..... No: .....

Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	Casi nunca	aveces	Casi siempre
Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema			
Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa			
Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa			
Esta satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan junto			
Siente que su familia lo quiere?			
Total			

Firma del responsable.....  
 Dirección.....  
 Teléfono.....

**ANEXO III**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**  
**ANEXO III**

**PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES ASOCIADOS,**  
**HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA**

**INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**

**Instrucciones**

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

**Definiciones**

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

**Marque sólo una alternativa por pregunta**

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

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

Siempre o casi siempre  La mayoría de las veces (más que la mitad)  A veces (alrededor de la mitad)  Pocas veces (menos que la mitad)  Casi nunca o nunca

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

Muy alto  Alto  Moderado  Bajo  Muy bajo o nada

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

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

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

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

No tengo actividad sexual  Muy alto  Alto  Moderado  Bajo  Muy bajo o nada

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

No tengo actividad sexual  Muy alta confianza  Alta confianza  Moderada confianza  Baja confianza  Muy baja o nada de confianza

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

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

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

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



8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?  
No tengo actividad sexual \_\_\_ Extremadamente difícil o imposible \_\_\_ Muy difícil \_\_\_ Difícil \_\_\_  
Poco difícil \_\_\_ No me es difícil \_\_\_
9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?  
No tengo actividad sexual \_\_\_ Siempre o casi siempre la mantengo \_\_\_ La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad) \_\_\_ A veces la mantengo (alrededor de la mitad) \_\_\_  
Pocas veces la mantengo (menos que la mitad) \_\_\_ Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final \_\_\_
10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?  
No tengo actividad sexual \_\_\_ Extremadamente difícil o imposible \_\_\_ Difícil \_\_\_ Poco difícil \_\_\_  
No me es difícil \_\_\_
11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?  
No tengo actividad sexual \_\_\_ Siempre o casi siempre \_\_\_ La mayoría de las veces (más que la mitad) \_\_\_ A veces (alrededor de la mitad) \_\_\_ Pocas veces (menos que la mitad) \_\_\_  
Casi nunca o nunca \_\_\_
12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?  
No tengo actividad sexual \_\_\_ Extremadamente difícil o imposible \_\_\_ Muy difícil \_\_\_ Difícil \_\_\_  
Poco difícil \_\_\_ No me es difícil \_\_\_
13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?  
No tengo actividad sexual \_\_\_ Muy satisfecha \_\_\_ Moderadamente satisfecha \_\_\_ Ni satisfecha ni insatisfecha \_\_\_  
Moderadamente insatisfecha \_\_\_ Muy insatisfecha \_\_\_
14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?  
No tengo actividad sexual \_\_\_ Muy satisfecha \_\_\_ Moderadamente satisfecha \_\_\_ Ni satisfecha ni insatisfecha \_\_\_  
Moderadamente insatisfecha \_\_\_ Muy insatisfecha \_\_\_
15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?  
Muy satisfecha \_\_\_ Moderadamente satisfecha \_\_\_ Ni satisfecha ni insatisfecha \_\_\_  
Moderadamente insatisfecha \_\_\_ Muy insatisfecha \_\_\_
16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?  
Muy satisfecha \_\_\_ Moderadamente satisfecha \_\_\_ Ni satisfecha ni insatisfecha \_\_\_  
Moderadamente insatisfecha \_\_\_ Muy insatisfecha \_\_\_
17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?  
No tengo actividad sexual \_\_\_ Siempre o casi siempre \_\_\_ La mayoría de las veces (más que la mitad) \_\_\_ A veces (alrededor de la mitad) \_\_\_ Pocas veces (menos que la mitad) \_\_\_ Casi nunca o nunca \_\_\_
18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?  
No tengo actividad sexual \_\_\_ Siempre o casi siempre \_\_\_ La mayoría de las veces (más que la mitad) \_\_\_ A veces (alrededor de la mitad) \_\_\_ Pocas veces (menos que la mitad) \_\_\_ Casi nunca o nunca \_\_\_
19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?  
No tengo actividad sexual \_\_\_ Muy alto \_\_\_ Alto \_\_\_ Moderado \_\_\_ Bajo \_\_\_ Muy bajo o nada \_\_\_





## PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

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

Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. Journal of Sex & Marital Therapy 2000; 26: 191-208

-