



---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA DE  
TRABAJADORAS DE UN HOSPITAL PRIVADO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO.**

**T E S I S   D E   P O S G R A D O**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A**  
**DR. ARMANDO RAMÍREZ CARRASCO**

**A S E S O R**  
**DR. SILVERIO RODOLFO ISLAS CORTÉS**

**HOSPITAL ÁNGELES MÉXICO**



**CDMX, 2017**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

Dra. María del Pilar Velázquez Sánchez

Jefa de División de Educación Médica

---

Dr. Claudio Francisco Serviere Zaragoza

Profesor Titular del Curso

de Especialización en Ginecología y Obstetricia

---

Dr. Francisco Javier Borrajo Carbajal

Profesor Adjunto del Curso

de Especialización en Ginecología y Obstetricia

---

Dr. Silverio Rodolfo Islas Cortés

Asesor de Tesis

**ATÍ**

## DEDICATORIAS ESPECIALES

A mi mamá, quien ha sido mi impulso y guía por el camino de la vida. La especialidad en Ginecología y Obstetricia la debo no sólo a mi esfuerzo o dedicación sino, también, a su atinada insistencia.

A mi papá, quien es mi ejemplo; modelo de trabajo, empeño y constancia. La vida se vuelve más práctica desde su punto de vista.

A Dany, quien no deja de sorprenderme por la incansable dedicación que pone a su profesión y al deporte. Es también mi ejemplo de perseverancia y entrega.

A mi Aby, mi Abue, mis tíos y primos, ¡a todos! Esta tesis es el reflejo de todos los elementos que cada uno de ellos me han brindado para desarrollarme como persona. Inmerso siempre en un ámbito familiar armonioso.

A Férou, testigo fiel de las noches de desvelo, las desmañanadas, el estrés por las guardias, algunos momentos malos y las buenas vivencias; experiencias todas. Es la depositaria de mi confianza, consultora desinteresada. Su amor incondicional me mueve hacia adelante siempre.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Dr. Islas Cortés por la confianza al aceptar ser asesor en la realización de esta tesis. Por su apoyo sin medida para el desarrollo de la misma.

A los doctores Hernández Valencia, Niz Ramos y De los Santos Quintanilla quienes me brindaron su valiosa experiencia en metodología de la investigación y estadística para la realización de este trabajo.

A los doctores Velázquez Sánchez, Serviere Zaragoza y Borrajo Carbajal; han sido los pilares de mi educación en Ginecología y Obstetricia.

A los profesores de módulo y a cada uno de los médicos que ejercen su profesión en el Hospital de México, o en cada uno de los lugares que nos acogieron como rotantes; maestros todos. De cada uno de ellos me llevo varias enseñanzas, de cada uno guardo alguna experiencia que he de retomar en mi desarrollo como Ginecólogo y Obstetra.

A mis compañeros residentes, a los que me precedieron y a los que me suceden. Son todos mis maestros, amigos, casi hermanos.

A todos los que desinteresadamente apoyaron en la aplicación de las encuestas para la realización de este estudio.

Al personal femenino del hospital: médicos, enfermeras, administrativas, técnicas, intendentes, etc. Por haberse dado el tiempo de participar en la presente investigación; por permitirme explorar su sexualidad. Son ellas la razón de ser de esta tesis.

## RESUMEN

La sexualidad se manifiesta en todos los ámbitos de la existencia. Incluye procesos fisiológicos, cognitivos, emocionales y nos incluye dentro de la sociedad. El *Índice de Función Sexual Femenina* (IFSF) es un instrumento que explora la respuesta sexual y determina la existencia de disfunción sexual. Existen múltiples estudios que demuestran la relación entre factores personales y el IFSF. Este trabajo pretende indagar sobre dicha relación.

Presentamos un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo en el cual se aplicó el IFSF a trabajadoras de un hospital privado de la Ciudad de México que participaron voluntariamente y cumplieron con los criterios de inclusión.

Se aplicaron 165 encuestas, 83 de éstas cumplieron con los criterios de inclusión. La media de edad fue 33.44 (+/- 9.14) años, la mayoría de las encuestadas son solteras, de escolaridad *técnico*, católicas y de orientación heterosexual. La mayor parte son enfermeras, del turno matutino que reportaron trabajar menos de 48 horas a la semana. El 60.2% de las voluntarias utilizaba algún método anticonceptivo al momento del estudio.

La media del IFSF fue de 28.59 (+/- 4.47). El dominio más bajo fue *deseo*. Encontramos posible disfunción sexual en 32.53% de nuestras trabajadoras. Al determinar la relación entre el IFSF y los

factores sociodemográficos encontramos diferencias significativas en las siguientes variables: grupos de edad, utilización de método de planificación familiar y percepción de disfunción sexual.

Consideramos que los resultados de este trabajo son de capital importancia aunque sabemos que nuevas investigaciones deben ser realizadas sobre el tema.



## ÍNDICE

Introducción	9
Marco teórico	11
Justificación	17
Planteamiento del problema	17
Pregunta de investigación	19
Objetivos	19
Hipótesis	19
Metodología	20
Consideraciones éticas	23
Resultados	24
Discusión	40
Conclusiones	48
Referencias	50
Anexos	57

## INTRODUCCIÓN

La sexualidad humana está presente en cada una de las acciones que llevamos a cabo en nuestro día a día. Incluye procesos no sólo fisiológicos sino también cognitivos y emocionales. Además, nos estrecha íntimamente dentro del grupo social, nos incluye en él.<sup>1</sup>

Uno de los aspectos más importantes de la sexualidad humana es el proceso llamado *respuesta sexual*, el cual ha sido estudiado y descrito ampliamente por los clásicos de la sexología, y permanece todavía con un auge vigente entre los estudiosos del tema. No todo está escrito.

Existen diferentes instrumentos psicométricos que nos permiten explorar la respuesta sexual humana. Uno de ellos es el creado por Rosen y cols. llamado *Índice de Función Sexual Femenina* el cual, de una manera rápida y sencilla de aplicar, arroja resultados esclarecedores en el campo de la respuesta sexual de la mujer encuestada y nos permite determinar si existe o no la posibilidad de tener una disfunción sexual.<sup>2</sup> Este instrumento retoma la clasificación de disfunciones sexuales del *International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions*.<sup>3</sup>

En nuestro hospital ya se habían realizado investigaciones sobre el Índice de Función Sexual, aunque los estudios que se realizaron tuvieron como objeto de estudio una población de pacientes

embarazadas. En dicho trabajo se encontró un puntaje más alto durante el segundo trimestre de la gestación en comparación con el primer y tercer trimestres.<sup>4</sup>

Existen múltiples estudios que demuestran que existe relación entre diferentes factores personales, académicos y laborales y el Índice de Función Sexual Femenina. El presente trabajo pretende indagar sobre dicha relación.<sup>4-9</sup>

## MARCO TEÓRICO

La sexualidad constituye una función básica del ser humano. Implica factores fisiológicos, emocionales y cognitivos; y guarda una estrecha relación con el estado de salud y con la calidad de vida del individuo.<sup>1</sup>

Además, la Organización Mundial de la Salud incluye dentro de su definición de salud sexual al ámbito social. Lo hace definiendo salud sexual como *un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad*. Asimismo contempla *el requerimiento de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia*.<sup>10</sup>

De mejor forma pudieron expresarlo Rubio y Díaz: *la sexualidad se manifiesta en todos los ámbitos de la existencia humana*.<sup>11</sup> El funcionamiento sexual puede incluso ser considerado como un indicador de calidad de vida.<sup>12</sup>

Un desarrollo pleno de la sexualidad depende de la satisfacción de ciertas necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor.<sup>13</sup>

La respuesta sexual femenina está basada en tres componentes básicos: el deseo, la excitación y el orgasmo.<sup>14</sup> Estos componentes, exceptuando el deseo, fueron descritos inicialmente en 1966 por la pareja de investigadores, hombre y mujer, Masters y Johnson.<sup>15</sup> Ver anexo *Respuesta Sexual Humana*.

Fue en 1974 cuando la doctora Kaplan agregó al estudio de la respuesta sexual humana el elemento llamado *deseo sexual*.<sup>16</sup> Recientemente Basson aportó el concepto de respuesta sexual circular, en donde el deseo en la mujer no aparece comúnmente al comienzo de la respuesta sexual, como sucede en el varón. La respuesta sexual femenina comienza con un período de intimidad con su pareja, y luego de la excitación, le sigue recién la fase de deseo sexual.<sup>17</sup>

Sasson define disfunción sexual como *una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social, ya que se presentan en forma persistente o recurrente*.<sup>18</sup> Cabe recalcar el carácter sindromático de las disfunciones sexuales. Responden a múltiples manifestaciones como consecuencia de diferentes causas. Esto nos obliga a determinar que su tratamiento dependerá absolutamente de un manejo multidisciplinario.<sup>14</sup>

El Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-5), retomando los elementos estudiados por

Masters, Johnson y Kaplan, nos ofrece una clasificación muy socorrida de las disfunciones sexuales. El DSM-5 es un trabajo de doce años en el cual colaboraron diversas instituciones, más de 130 miembros de grupos de trabajo, y 400 consejeros.<sup>19</sup> Se han realizado revisiones en los últimos años ya que faltan detalles por mejorar. Se trata de un manual cuya evolución es constante y se encuentra en un proceso de adaptación continuo.<sup>20</sup>

Dicha clasificación de disfunciones sexuales es aceptada en nuestro medio y parte del modelo de la respuesta sexual humana descrito anteriormente. El Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-5), en su apartado Disfunciones Sexuales, agrupa a este espectro de patologías en tres grupos: trastorno del interés/excitación sexual femenino; trastorno orgásmico femenino; y trastorno de dolor genitopélvico/penetración.<sup>19</sup> Ver anexo Clasificación actual de disfunciones sexuales no inducidas por sustancias o medicamentos.

No debemos dejar a un lado la clasificación anterior de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), la cual agrupaba a los trastornos de la respuesta sexual en cuatro tipos: trastornos del deseo, trastornos de la excitación, falla orgásmica y dolor sexual.<sup>21</sup>

Es preciso recalcar que la sexualidad compromete no sólo procesos psicológicos sino también algunos procesos orgánicos. Es por eso

que el International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions desarrolló una nueva clasificación; mantuvo las cuatro áreas básicas abordadas por la APA, (deseo, excitación, orgasmo y dolor) y agregó dos más: lubricación y satisfacción.<sup>3</sup>

Rosen y cols. desarrollaron un instrumento que refuerza la clasificación del International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions<sup>2</sup>; se trata de un cuestionario de diecinueve preguntas, autoadministrado, simple y confiable que evalúa la función sexual femenina en un amplio rango de edad. Lo denominaron *Índice de Función Sexual Femenina* y demostraron su confiabilidad y propiedades psicométricas en la evaluación de la función sexual femenina.<sup>3</sup> Dicho instrumento es considerado por algunos el cuestionario autoaplicado estándar de oro en la exploración de la función sexual femenina.<sup>22</sup>

Para determinar el puntaje se cuantifican los puntos que se tienen asignados cada pregunta; el resultado se multiplica por un factor establecido para obtener el puntaje específico por dominio. La suma de todos los dominios arroja el puntaje total.<sup>2</sup> Ver anexo Sistema de puntaje para el Índice de Función Sexual Femenina.

La doctora Meston, en 2003, tuvo a cargo uno de los primeros estudios de validación del instrumento con una población reclutada en Austin, Texas.<sup>23</sup> Fueron Markus y cols. quienes en

2005 realizaron nuevos estudios de validación del instrumento y determinaron que una calificación < 26.00 puntos en el Índice de Función Sexual Femenina puede ser considerada como un riesgo de presentar una disfunción sexual.<sup>24</sup>

Dicho instrumento ha sido validado en población latinoamericana por Blümel y cols. quienes realizaron el proceso antes mencionado con pacientes atendidas en el Centro de Salud “Carol Urzúa” del Servicio de Salud Oriente de la Región Metropolitana, en Chile.<sup>3</sup>

Cabe mencionar que el instrumento ha sido validado de igual manera en población brasileña por Carvalho y cols. quienes hicieron lo propio en la ciudad de São Paulo, Brasil.<sup>25</sup> Asimismo, el Índice de Función Sexual Femenina fue validado en Colombia por Vallejo y cols.<sup>26</sup>

Se han realizado numerosos esfuerzos por simplificar el cuestionario reduciéndolo a nueve preguntas<sup>27</sup> e incluso a solamente seis.<sup>28, 29</sup> Igualmente se ha realizado una adaptación visual análoga del instrumento.<sup>30</sup>

En específico, no hemos encontrado un estudio de validación del Índice de Función Sexual Femenina en población mexicana; sin embargo existen múltiples investigaciones realizadas en México que utilizan de manera asidua dicho instrumento para poder explorar esta parte de la sexualidad femenina.<sup>4-9</sup>



Múltiples autores han encontrado diferencias en el Índice de Función Sexual Femenina asociadas a factores personales como la edad, la escolaridad, el estatus social o antecedentes médicos;<sup>4-9</sup> sin embargo, existen muy pocos estudios que valoren las diferencias en la función sexual femenina relacionándolas a factores laborales como las horas trabajadas por semana o el turno laboral en el que se desempeñan las empleadas.<sup>31, 32</sup>

## **JUSTIFICACIÓN**

Conocer el Índice de Función Sexual Femenina nos permite tener un panorama de la situación actual que prevalece en la población en estudio con respecto al comportamiento de algunos factores sobre la sexualidad y las disfunciones sexuales.

En otras palabras, a corto plazo podemos conocer qué tan frecuentes son las disfunciones sexuales en la población estudiada. A largo plazo nos permitirá elaborar acciones encaminadas a detectar portadoras de alguna disfunción sexual en la misma población con la finalidad de poderles brindar un tratamiento multidisciplinario adecuado.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las disfunciones sexuales femeninas pueden ser consideradas síndromes porque reaccionan a múltiples manifestaciones como consecuencia de diferentes causas, por lo que ameritan que el diagnóstico y tratamiento sea multidisciplinario.<sup>14</sup>

Existen muchos estudios en la literatura científica que han encontrado prevalencias de disfunción sexual en por lo menos 30% de las participantes.<sup>8, 33, 34</sup> Lo anterior nos compete y convierte a las disfunciones sexuales en un problema que debería considerarse de salud pública por su efecto nocivo en la mujer, la pareja y, por ende, la familia.

Con el presente estudio pretendemos identificar la prevalencia de disfunciones sexuales en trabajadoras de un hospital privado de la Ciudad de México por medio de la aplicación del Índice de Función Sexual Femenina. Pretendemos además identificar si existen relaciones entre los factores sociodemográficos y el Índice de Función Sexual Femenina. De igual manera quisiéramos dilucidar si existe una disminución del Índice de Función Sexual Femenina cuanto más sean las horas que una mujer trabaja por semana y en relación igualmente al turno en el que labora.

Existen algunos estudios que han relacionado factores demográficos como la mayor edad de la paciente con la disminución del Índice de Función Sexual Femenina.<sup>4-9</sup> De igual manera se reconoce en otros estudios que a mayor escolaridad existe un aumento en el Índice de Función Sexual Femenina.<sup>35, 36</sup>

Existen hasta el momento muy pocos estudios que indaguen la relación existente entre el Índice de Función Sexual Femenina y las características laborales inherentes a las trabajadoras.<sup>31-32</sup> Una vez identificado lo anterior, hacemos hincapié en la importancia que representa realizar la presente investigación y en la relevancia que pueden tener los resultados obtenidos.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el Índice de Función Sexual Femenina de trabajadoras de un hospital privado de la Ciudad de México?

## **OBJETIVO GENERAL**

Estimar el Índice de Función Sexual Femenina de trabajadoras de un hospital privado de la Ciudad de México.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Describir la relación entre los factores personales, académicos o laborales y el Índice de Función Sexual Femenina de trabajadoras de un hospital privado de la Ciudad de México.

Encontrar las diferencias relacionadas a los factores personales, académicos o laborales y el Índice de Función Sexual Femenina en trabajadoras de un hospital privado de la Ciudad de México.

## **HIPÓTESIS**

Existen diferencias relacionadas a los factores personales, académicos o laborales y el Índice de Función Sexual Femenina de trabajadoras de un hospital privado de la Ciudad de México.

## **METODOLOGÍA**

### **Tipo y diseño general del estudio**

Estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo, que evalúa la sexualidad femenina con la encuesta “Índice de Función Sexual Femenina” desarrollado por Rosen y cols.<sup>2</sup>

Se realizaron análisis descriptivos univariados y bivariados, tanto con el Índice de Función Sexual Femenina (y sus rubros), como con las demás variables sociodemográficas. Para determinar la relación entre el Índice de Función Sexual Femenina (y sus dominios) y las variables sociodemográficas utilizamos Chi cuadrada de Pearson. Utilizamos un nivel de significancia de  $p < 0.05$

### **Definiciones operacionales**

Ver anexo *Definición operacional de variables*.

### **Universo de estudio**

El universo de estudio son las trabajadoras del Hospital Ángeles México que voluntariamente participaron en el estudio y cumplieron con los criterios de inclusión.

### **Selección y tamaño de la muestra**

Las trabajadoras del Hospital Ángeles México, voluntarias, fueron seleccionadas por medio de un método muestral no probabilístico por conveniencia.

### **Criterios de inclusión**

Encuestas de trabajadoras voluntarias del Hospital Ángeles México con actividad sexual en las últimas cuatro semanas y salud normal. Se tomaron como límite las cuatro semanas ya que con ese mismo tiempo está diseñado el instrumento de medición y las validaciones del mismo.

### **Criterios de exclusión**

Trabajadoras del Hospital Ángeles México que no aceptaron ser encuestadas voluntariamente.

### **Criterios de eliminación**

Encuestas de voluntarias posoperadas de histerectomía; con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión e hipotiroidismo, entre otras); embarazadas o en puerperio. Igualmente encuestas mal contestadas o incompletas.

### **Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos**

Se aplicó el instrumento “Índice de Función sexual Femenina” (Ver anexo *Cuestionario dirigido a trabajadoras del Hospital Ángeles México sobre su sexualidad*) a 165 trabajadoras del Hospital Ángeles México que cumplieron con los criterios de inclusión del presente trabajo.

El Índice de Función Sexual Femenina se trata de una encuesta autoaplicable de diecinueve preguntas, con un tiempo de realización de 5 a 15 minutos. Se agregaron al inicio del cuestionario preguntas que abarcan datos sociodemográficos generales y antecedentes médicos.

### **Procedimientos para garantizar buenas prácticas éticas en las investigaciones con sujetos humanos o animales**

Se mantuvo la confidencialidad de las encuestas colocándolas dentro de una urna cerrada en la cual la trabajadora depositó personalmente las hojas del cuestionario. Estas no debieron llevar el nombre de la encuestada.

Se les solicitó a las encuestadas la firma de un consentimiento informado. Se les brindó de igual manera, de forma verbal, la información contenida en dicho documento. Ver anexo *Consentimiento Informado*.

### **Recursos**

Recursos humanos

Tesista, asesor experto, asesores metodológicos.

Recursos materiales

Una computadora con el programa de análisis de datos *IBM® SPSS® Statistics Version 21*, formatos de consentimiento informado, encuestas, urna para el depósito de las mismas.

Recursos financieros

Serán absorbidos por el asesor experto y el tesista. No existen conflictos de interés.

### **CONSIDERACIONES ETICAS**

Se respetó lo señalado en la Ley General de Salud para la investigación clínica. Los datos se conservaron en confidencialidad y anonimato colocando las encuestas, como ya se dijo, dentro de una urna cerrada en la cual la trabajadora depositó personalmente las hojas del cuestionario. Estas no debieron llevar el nombre de la encuestada.

Se les solicitó a las encuestadas la firma de un consentimiento informado. Se les brindó de igual manera, de forma verbal, la información contenida en dicho documento. Todo lo anterior bajo las condiciones de buenas prácticas clínicas.



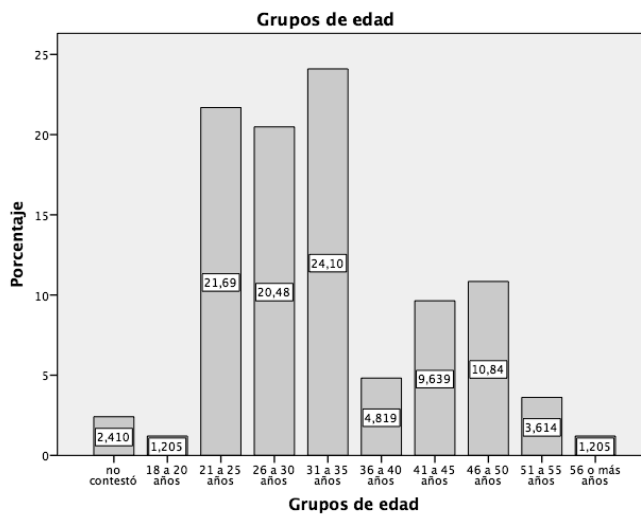
## RESULTADOS

Se obtuvieron 165 encuestas de trabajadoras que aceptaron voluntariamente contestar las mismas. Se eliminaron 82 encuestas que no cumplieron con los criterios de inclusión del estudio: encontramos cuarenta y tres encuestas de trabajadoras que no tuvieron actividad sexual en las cuatro semanas que precedieron a la investigación.

Fueron eliminadas dos encuestas de voluntarias posoperadas de histerectomía (una vaginal y otra abdominal); diecinueve de mujeres con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, hipotiroidismo, asma y artritis reumatoide); dos de trabajadoras embarazadas y cuatro de encuestadas que reportaron estar en puerperio. Se eliminaron igualmente: una encuesta de una usuaria de isoflavonas; tres encuestas de trabajadoras con prescripción de antidepresivos; y el cuestionario de una trabajadora con síndrome de ovario poliquístico. Siete encuestas estuvieron mal contestadas o incompletas. Quedaron, por todo lo anterior, un total de 83 encuestas.

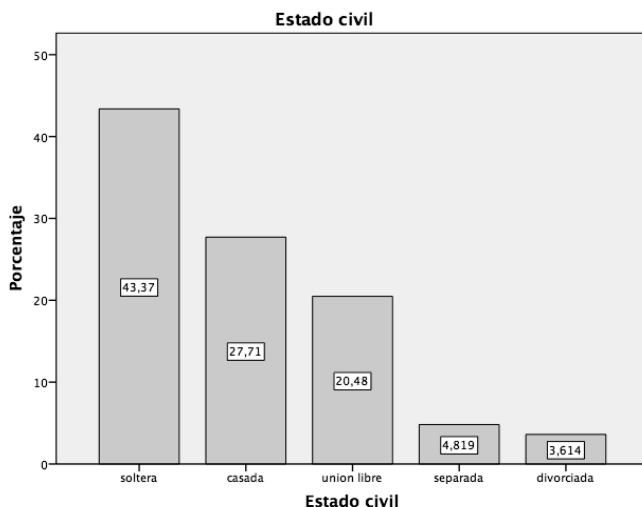
La edad de las encuestadas tuvo una media de 33.44 (+/- 9.14) años, con una moda a los 25 años, edad mínima de 20 años y máxima de 56 años.

Al dividir en intervalos la variable *edad* se obtuvieron los siguientes datos: De 18 a 20 años, una encuestada (1.2%); de 21 a 25 años, 18 encuestadas (21.7%); de 26 a 30 años, 17 encuestadas (20.5%); de 31 a 35 años, 20 encuestadas (24.1%); de 36 a 40 años, 4 encuestadas (4.8%); de 41 a 45 años, 8 encuestadas (9.6%); de 46 a 50 años, 9 encuestadas (10.8%); De 51 a 55 años, tres encuestadas (3.6%). Una trabajadora encuestada reportó una edad de 56 años (1.2%). Dos encuestadas (2.4%) no contestaron dicha pregunta. Ver gráfica 1.



Gráfica 1. Grupos de edad

En cuanto al estado civil de las encuestadas, treinta y seis respondieron ser solteras (43.4%); veintitrés casadas (27.7%); diecisiete unión libre (20.5%); cuatro contestaron ser separadas (4.8%); y tres divorciadas (3.6%). Ver gráfica 2.



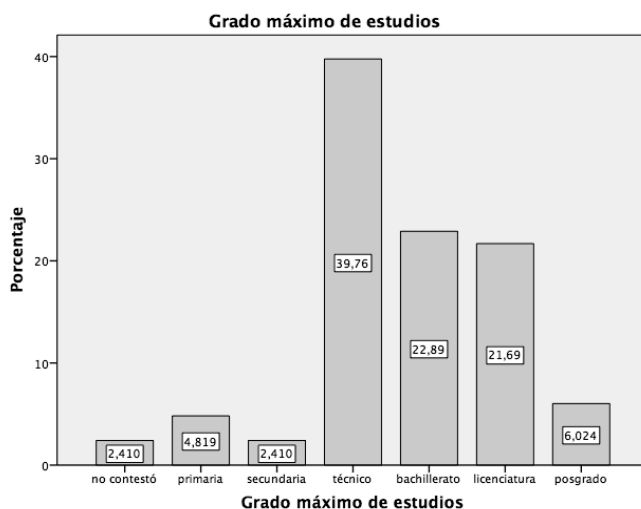
Gráfica 2. Estado civil

La mayoría de las encuestadas respondieron tener escolaridad “técnico” (39.8%). Las demás encuestadas respondieron lo siguiente: primaria, cuatro personas (4.8%); secundaria dos encuestadas (2.4%); bachillerato, diecinueve trabajadoras (22.9%); licenciatura, dieciocho voluntarias (21.7%); y posgrado cinco empleadas (6%). Dos encuestadas (2.4%) no contestaron dicha pregunta. Ver gráfica 3.

La mayoría de las encuestadas profesan la religión católica (86.7%), el 8.4% son de religión cristiana y cinco trabajadoras (3.6%) no tienen religión. Una de las encuestadas (1.2%) reportó profesar *otra* religión, sin especificar cuál.

El 92.8% de las encuestadas contestó ser de orientación *heterosexual*, una voluntaria respondió ser *bisexual* (1.2%)

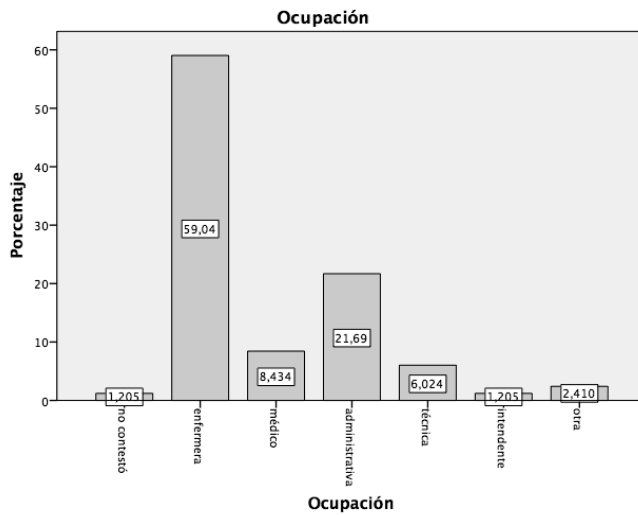
mientras que el 6% de las encuestas tenían esta respuesta en blanco.



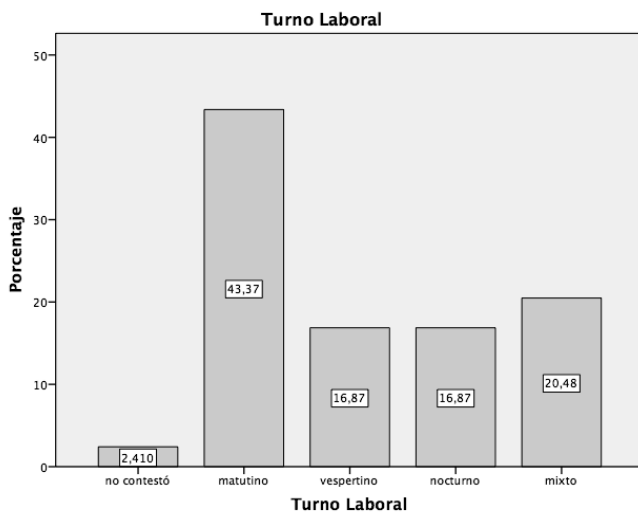
Gráfica 3. Grado máximo de estudios

En el rubro de ocupación el 59% de las encuestadas son enfermeras, 8.4% médicos, 21.7% administrativas; se encuestó a una trabajadora de limpieza (1.2%), cinco técnicas (6%) y dos encuestadas (2.4%) contestaron tener *otra* ocupación. Una persona encuestada (1.2%) prefirió dejar esta pregunta en blanco. Ver gráfica 4.

El 43.4% de las encuestadas trabajan en el turno matutino, 16.9% en el vespertino, 16.9% en el nocturno y 20.5% contestaron trabajar en un turno mixto. Dos encuestadas (2.4%) no contestaron dicha pregunta. Ver gráfica 5.

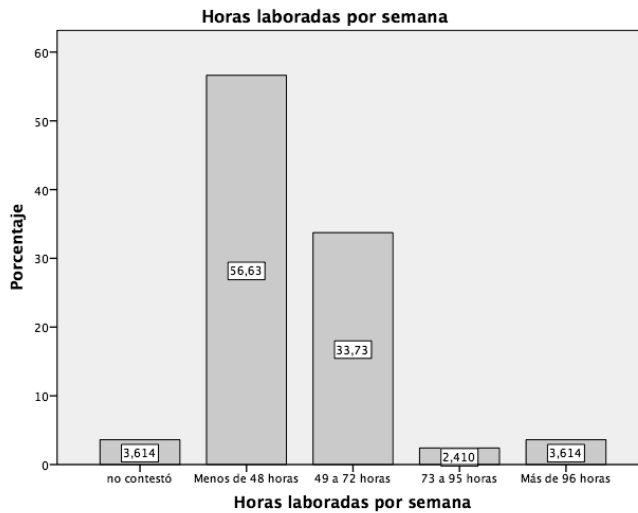


Gráfica 4. Ocupación



Gráfica 5. Turno laboral

En cuanto al número de horas que trabajan las encuestadas por semana encontramos los siguientes resultados: el 56.6% trabajan menos de 48 horas, 33.7% entre 49 y 72 horas, el 2.4% entre 73 y 95 horas. Tres trabajadoras cumplen su labor durante más de 96 horas (3.6%). Tres encuestadas (3.6%) dejaron la respuesta en blanco. Ver gráfica 6.



Gráfica 6. Horas laboradas por semana

Se encontró una media de menarca de 12.27 (+/- 1.61) años, con una moda a los 12 años, edad mínima de 8 años y máxima de 17 años.

En cuanto a la duración de la menstruación encontramos que siete encuestadas (8.4%) ya no reglan; el 13.3% lo hacen durante menos de 3 días (oligomenorrea); 69.9% de las trabajadoras reportó una

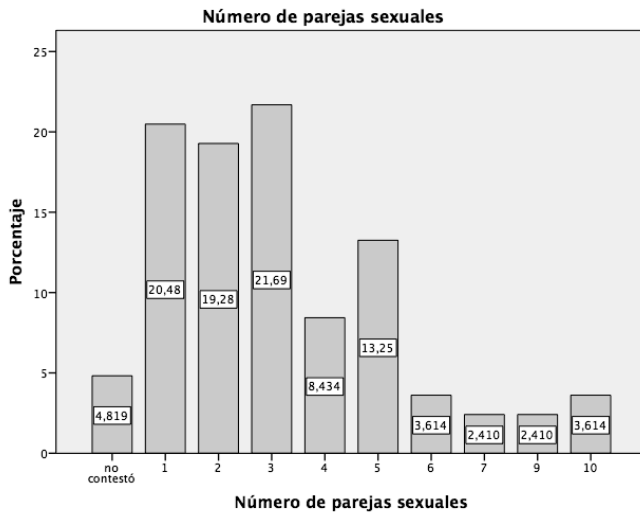
duración de menstruación de 3 a 7 días; y 7.2% de las voluntarias reportó una duración de más de 7 días (polimenorrea).

En cuanto a la duración del ciclo menstrual: 77.1% de las encuestadas reportaron una duración de 21 a 35 días; 9.6% tienen ciclos de más de 35 días (opsomenorrea) y el 3.6% reportó proiomenorrea (duración menor a 21 días).

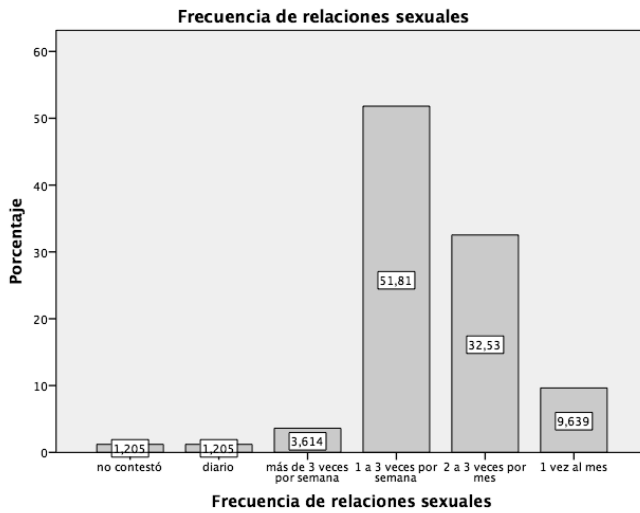
Se encontró una media de inicio de vida sexual activa de 18.96 (+/- 3.42) años, con una moda a los 18 años, edad mínima de 14 años y máxima de 34 años.

Dieciocho voluntarias (21.7%) respondieron haber tenido 3 parejas sexuales hasta el momento de la encuesta. Seguido en frecuencia por: una pareja sexual (20.5%) y dos parejas sexuales (19.3%). Veintiocho trabajadoras reportaron haber tenido más de tres parejas sexuales (33.7%), cuatro encuestadas (4.8%) dejaron la respuesta en blanco. Ver gráfica 7.

En cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales las respuestas fueron las siguientes: diario 1.2%, más de 3 veces por semana 3.6%, 1 a 3 veces por semana 51.8%, 2 a 3 veces por mes 32.5%, y una vez al mes 9.6%. Ver gráfica 8.



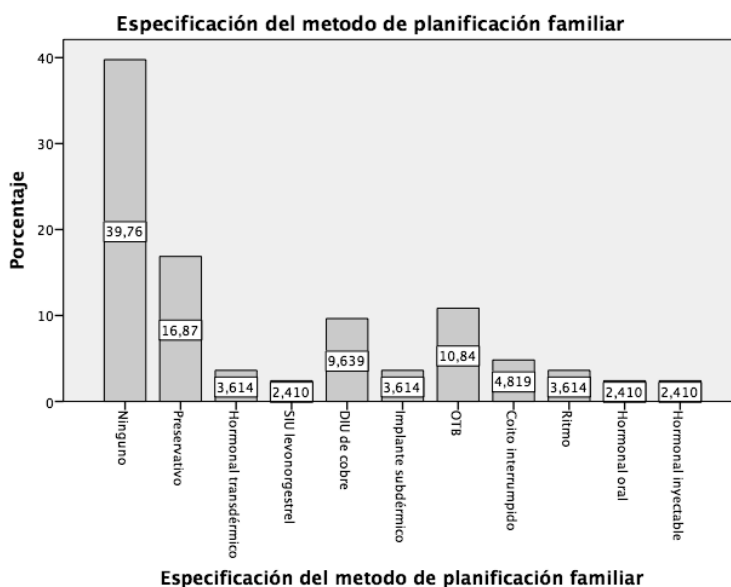
Gráfica 7. Número de parejas sexuales



Gráfica 8. Frecuencia de relaciones sexuales



Encontramos que el 60.2% de las trabajadoras encuestadas utilizan algún método de planificación familiar siendo el preservativo el más utilizado (16.9%); seguido en orden descendente de frecuencia por *salpingoclasia*, *dispositivo intrauterino* y *coito interrumpido*, entre otros. Ver gráfica 9.

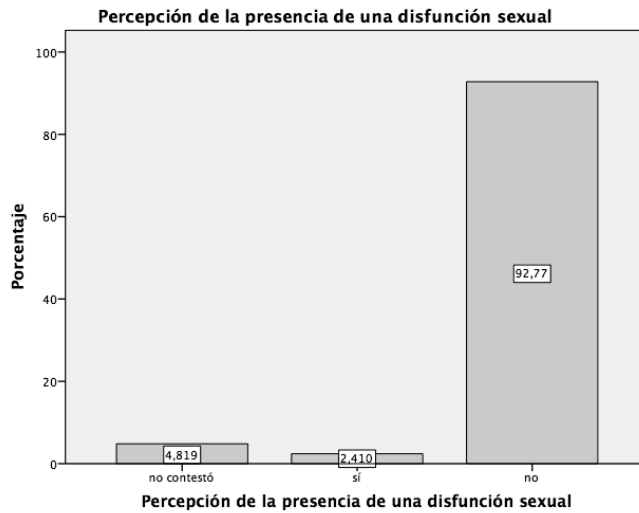


Gráfica 9. Especificación del método de planificación familiar

Cuatro de las encuestadas (4.8%) reportaron haber tenido alguna infección de transmisión sexual, dos de ellas especificaron “VPH” como respuesta (2.4%). Por otro lado, dos encuestadas (2.4%) no especificaron la enfermedad padecida.

A la pregunta: ¿Cree usted padecer alguna disfunción sexual? Setenta y siete voluntarias (92.8%) contestaron negativamente.

Cuatro de las encuestadas (4.8%) dejaron en blanco dicha pregunta. Sólo dos trabajadoras encuestadas (2.4%) contestaron afirmativamente la pregunta en cuestión. Ver gráfica 10.



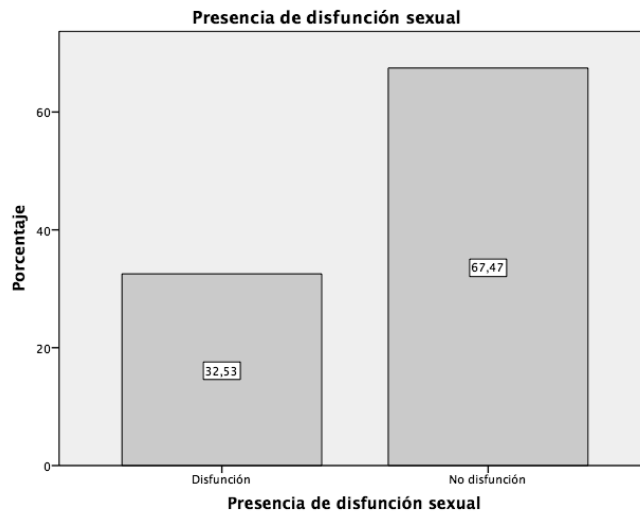
Gráfica 10. Percepción de la presencia de una disfunción sexual

Al calcular el Índice de Función Sexual Femenina el valor mínimo encontrado fue 16.30 y el máximo 35.70 (recordemos que el instrumento arroja una calificación que va de 2.00 a 36.00) con una media de 28.59 (+/- 4.47). (Un Índice de Función Sexual Femenina < 26.00 puede ser considerado como un riesgo de presentar una disfunción sexual).

En cuanto a los diferentes dominios encontramos los siguientes resultados: *deseo* una media de 3.70 (+/- 0.91); *excitación* 4.60 (+/- 0.98); *lubricación* 5.11 (+/-0.90); *orgasmo* 4.98 (+/- 0.83); *satisfacción* 5.12 (+/- 1.02); *dolor* 4.96 (+/- 1.22).

Ante los resultados anteriores podemos decir que: las encuestadas resultaron mejor evaluadas en el rubro de *satisfacción* seguido por *lubricación* y peor calificadas en el rubro *deseo*.

Debemos hacer notar que el 32.53% de las encuestas arrojaron resultados del Índice de Función Sexual Femenina  $< 26.00$ , lo que puede ser considerado como un riesgo de presentar una disfunción sexual. Ver gráfica 11.



Gráfica 11. Presencia de disfunción sexual

Se realizaron análisis descriptivos bivariados, tanto con el Índice de Función Sexual Femenina (y sus rubros), como con las demás variables sociodemográficas. Para determinar la relación entre el Índice de Función Sexual Femenina (y sus dominios) y las variables sociodemográficas utilizamos Chi cuadrada de Pearson. Utilizamos un nivel de significancia de  $p < 0.05$ . Les presentamos una tabla que resume las asociaciones que recabamos. Ver tabla 1.

Les presentamos igualmente una tabla donde se plasman las diferencias que presenta el Índice de Función Sexual Femenina dentro de los diferentes grupos de edad que fueron estudiados. Ver tabla 2.

**TABLA 1. ASOCIACIONES ESTADÍSTICAS ENTRE EL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y LAS DIFERENTES VARIABLES ESTUDIADAS.**

<b>Asociación</b>	<b>p<sup>a</sup></b>
IFSF contra Grupos de edad	0.029 <sup>b</sup>
IFSF contra Utilización de MPF	0.012 <sup>b</sup>
IFSF contra Percepción de disfunción	0.035 <sup>b</sup>
IFSF contra Grado máximo de estudios	0.075 <sup>c</sup>
IFSF contra Duración del ciclo menstrual	0.090 <sup>c</sup>
IFSF contra Estado civil	0.405 <sup>d</sup>
IFSF contra Religión	0.514 <sup>d</sup>
IFSF contra Orientación sexual	0.103 <sup>d</sup>
IFSF contra Ocupación	0.152 <sup>d</sup>
IFSF contra Turno laboral	0.353 <sup>d</sup>
IFSF contra Horas laboradas por semana	0.558 <sup>d</sup>
IFSF contra Menarca	0.382 <sup>d</sup>
IFSF contra Duración de menstruación	0.455 <sup>d</sup>
IFSF contra Inicio de vida sexual activa	0.455 <sup>d</sup>
IFSF contra Parejas sexuales	0.145 <sup>d</sup>
IFSF contra Frecuencia de relaciones sexuales	0.147 <sup>d</sup>
IFSF contra Infección de transmisión sexual	0.445 <sup>d</sup>

a. Chi cuadrada de Pearson b. Con significancia estadística c. Con tendencia a la significancia d. No hubo significancia estadística

IFSF Índice de Función Sexual Femenina MPF Método de Planificación Familiar

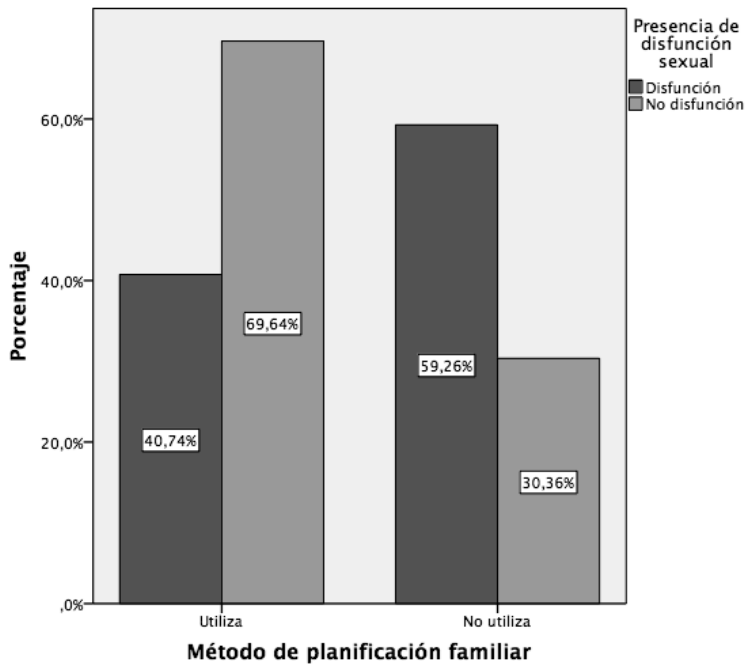
**TABLA 2. ANÁLISIS ENTRE GRUPOS DE EDAD Y LOS PUNTAJES POR DOMINIO DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**

<b>Edad</b>	<b>IFSF</b>	<b>Deseo</b>	<b>Excitación</b>	<b>Lubricación</b>	<b>Orgasmo</b>	<b>Satisfacción</b>	<b>Dolor</b>
18 a 20 años	21.20	3.00	4.20	3.60	3.60	3.20	3.60
21 a 25 años	29.20 (± 4.17)	3.76 (± 0.92)	4.85 (± 0.90)	5.25 (± 0.92)	5.07 (± 0.67)	5.38 (± 0.66)	4.88 (± 1.31)
26 a 30 años	26.11 (± 4.52)	3.32 (± 0.60)	4.25 (± 1.13)	4.80 (± 1.06)	4.58 (± 0.87)	4.61 (± 1.32)	4.54 (± 1.58)
31 a 35 años	30.43 (± 3.99)	4.17 (± 1.06)	4.92 (± 0.88)	5.34 (± 0.80)	5.20 (± 0.82)	5.38 (± 0.91)	5.42 (± 0.84)
36 a 40 años	30.52 (± 4.13)	3.90 (± 1.43)	4.95 (± 0.99)	5.77 (± 0.29)	5.30 (± 0.82)	5.70 (± 0.38)	4.9 (± 0.89)
41 a 45 años	29.03 (± 4.17)	3.68 (± 0.81)	4.73 (± 0.86)	5.14 (± 0.78)	5.00 (± 0.86)	5.40 (± 0.68)	5.10 (± 1.24)
46 a 50 años	29.36 (± 3.28)	3.67 (± 0.56)	4.50 (± 0.70)	5.23 (± 0.75)	5.37 (± 0.66)	5.29 (± 1.03)	5.29 (± 0.84)
51 a 55 años	26.33 (± 7.26)	3.60 (± 1.20)	4.00 (± 1.25)	4.60 (± 1.35)	4.67 (± 1.40)	4.80 (± 1.06)	4.67 (± 1.22)
> 56 años	20.50	3.00	2.10	4.20	4.00	4.80	2.40
Total	28.59 (± 4.47)	3.70 (± 0.91)	4.60 (± 0.98)	5.11 (± 0.90)	4.98 (± 0.83)	5.12 (± 1.02)	4.96 (± 1.22)
Valor p	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

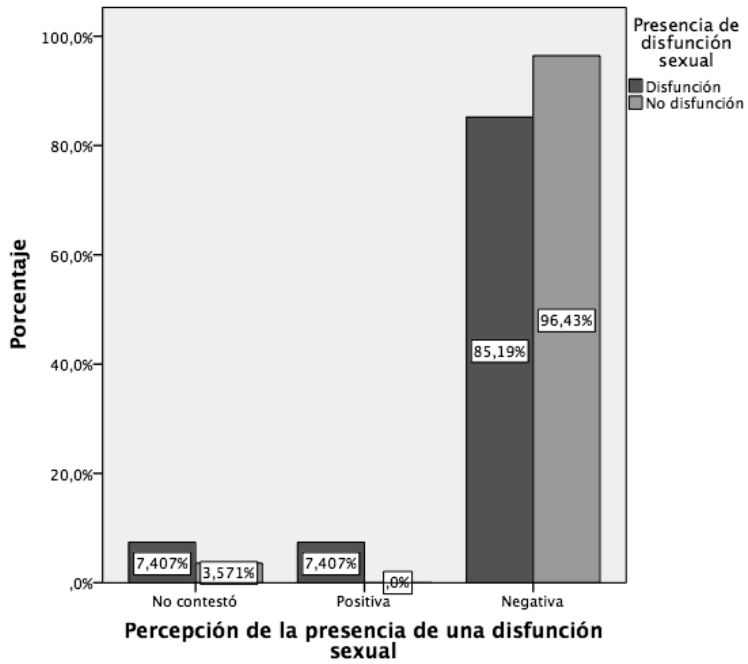
Tanto en el grupo de 18 a 20 años como en el de mayores de 56 años encontramos solamente un caso por grupo; por lo que no existe desviación estándar.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.012$ ) entre las trabajadoras con riesgo de presentar una disfunción sexual y aquellas que utilizan algún método de planificación. Ver gráfica 12.

A pesar de que encontramos un riesgo de presentar alguna disfunción sexual en 32.53% de nuestras trabajadoras, la mayoría de nuestras encuestadas (92.8%) percibe no tener alguna disfunción sexual. Las diferencias fueron igualmente significativas ( $p = 0.035$ ). Ver gráfica 13.



Gráfica 12. Asociación con método de planificación familiar



Gráfica 13. Asociación con percepción de la presencia de una disfunción



## **DISCUSIÓN**

Tratar sobre la sexualidad no es cosa fácil; indagar sobre aspectos de la sexualidad de una mujer es, todavía, una tarea que representa un mayor obstáculo.

En culturas conservadoras como la nuestra, el desarrollo del erotismo sigue siendo distinto para hombres que para mujeres. En las mujeres, a pesar de que se han ido incorporando a actividades que antes eran exclusivas para los hombres; todavía se sigue castigando el ejercicio abierto de la sexualidad. En las mujeres, la sexualidad permanece ligada casi exclusivamente al ámbito de la reproducción o enmarcada dentro de una relación de pareja estable.<sup>14, 37</sup>

## **FÁRMACOS Y FUNCIÓN SEXUAL**

Carey ha encontrado una serie de efectos farmacológicos sobre la función sexual como: pérdida de la libido, disfunción orgásmica, dolor pélvico, lubricación inadecuada y dispareunia. Estos efectos están relacionados sobretodo a antihipertensivos, antidepresivos, interferon  $\alpha$ , agonistas adrenérgicos  $\alpha$ , antipsicóticos, inhibidores de aromatasas, agonistas colinérgicos, análogos de GnRH y benzodiazepinas.<sup>38</sup> Es por lo anterior que en nuestro estudio decidimos eliminar las encuestas de aquellas participantes que hubieran reportado el uso de alguno de los medicamentos antes

mencionados. Se encontró una mejor función sexual en pacientes usuarias de terapia hormonal sustitutiva.<sup>39</sup> En nuestra recolección de datos no encontramos trabajadoras con estas características.

## **ANTECEDENTES MÉDICOS Y FUNCION SEXUAL**

Existen algunos estudios que demuestran que la comorbilidad con ciertas patologías disminuyen el Índice de Función Sexual Femenina. Estas patologías son: enfermedades reumáticas, diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson y síndrome de Sjögren, entre otras.<sup>5, 40-43</sup> Existe además un estudio en el cual se demuestra la afectación de la función sexual de pacientes sometidas a procedimientos ureteroscópicos.<sup>44</sup> Por todo lo antes mencionado decidimos eliminar de este trabajo las encuestas contestadas por trabajadoras que hubieran tenido como antecedente alguna enfermedad crónica.

Existe una investigación que sugiere que la función sexual no se ve afectada después de una histerectomía; es la educación brindada a la paciente la que puede mejorar su satisfacción y su función sexual.<sup>45</sup> A este respecto, encontramos un estudio que trató de encontrar alguna diferencia entre las pacientes sometidas a una histerectomía total laparoscópica en comparación con una histerectomía subtotal laparoscópica. No se vio afectada la función sexual de esta población estudiada.<sup>6</sup> A pesar de lo anterior, y como

sólo nos enfrentamos a dos encuestas con el antecedente de histerectomía, decidimos, de todos modos, eliminarlas del estudio.

Por último, se han visto cambios en la función sexual en presencia de estados fisiológicos como el embarazo, por lo que hemos eliminado de nuestro trabajo aquellas encuestas de trabajadoras embarazadas o en puerperio.<sup>4, 46</sup>

### **EDAD, GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS Y FUNCIÓN SEXUAL**

En su estudio, Ghazanfarpour encontró una disminución del Índice de Función Sexual Femenina en mujeres mayores de 60 años, así como en las que reportaron tener un nivel educacional menor.<sup>35</sup> Igualmente, en un estudio realizado en una población china, se encontró que, a mayor edad el Índice de Función Sexual Femenina disminuía.<sup>47</sup> Otro estudio brasileño confirma la disminución del Índice de Función Sexual Femenina cuanto menor es la escolaridad de la encuestada.<sup>36</sup> Lo anterior coincide con los resultados obtenidos en nuestro estudio. Con una significancia estadística ( $p = 0.029$ ) encontramos que a mayor edad de las trabajadoras encuestadas menor fue el Índice de Función Sexual Femenina calculado. Otro dato que encontramos en nuestro estudio y que coincide con el de Valenzuela y cols. es que el índice de Función Sexual Femenina tiene su acmé en el grupo de los 36 a 40 años de edad para posteriormente comenzar su descenso.<sup>32</sup> Como ya dijimos, existen estudios que demuestran que: es mejor el Índice

de Función Sexual Femenina en tanto mayor es el grado máximo de estudios.<sup>35, 36</sup> Aunque en nuestro estudio la correlación no fue significativa, realmente tiende a la significancia ( $p = 0.075$ ).

## **MENOPAUSIA Y FUNCIÓN SEXUAL**

En una población de la Ciudad de México se encontró un 56.83% de encuestadas con disfunción sexual. Se trataba de una población de mujeres en peri y posmenopausia con una media de edad de 50.35 años.<sup>9</sup> Otro estudio encontró disfunción sexual en el 70 % de las encuestadas, con una media de edad de 52.57 años.<sup>48</sup> Un tercer estudio encontró un 81.4% de disfunción sexual en pacientes de las mismas características que los primeros dos estudios.<sup>49</sup>

Además, en una investigación en la Ciudad de México, el Índice de Función Sexual Femenina estuvo afectado en el 71.9% de la población estudiada (mujeres mayores de 40 años), el área *lubricación* fue la mayormente afectada.<sup>7</sup>

Nuestros resultados no coinciden del todo con lo encontrado en la literatura. Al separar las encuestas de las trabajadoras mayores de 40 años (21 encuestas), encontramos una media en el Índice de Función Sexual Femenina de 28.38 (+/- 4.47). El área mayormente afectada fue, al igual que en nuestras trabajadoras más jóvenes, el *deseo*; con una media de 3.62 (+/- 0.72).

En el 28.6% de nuestras trabajadoras mayores de cuarenta años se les calculó un Índice de Función Sexual Femenina < 26.00. Es claro que el riesgo de presentar una disfunción sexual en nuestro grupo de trabajadoras mayores de 40 años no es tan alto y, en el mismo sentido, el Índice de Función Sexual Femenina no fue tan bajo comparado con lo encontrado en los estudios antes mencionados. Encontramos una disminución de la función sexual en este grupo de trabajadoras mayores de 40 años , aunque no fue significativa.

### **EL DESEO COMO COMPONENTE DE LA FUNCIÓN SEXUAL**

En un estudio de la Ciudad de México, en un centro médico de tercer nivel, se encontró en el grupo control una prevalencia de disfunción sexual de 33%, el ítem más afectado fue *deseo*.<sup>8</sup> Otro estudio encontró una prevalencia de disfunción sexual de 35% y el *deseo* fue igualmente el rubro mayormente afectado.<sup>50</sup> La prevalencia de *bajo deseo* se encontró en un 69.3 % de una población estudiada por Worsley.<sup>33</sup> Existe otro estudio que fue realizado en pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida; en ellas se encontró igualmente una disminución en el dominio *deseo*.<sup>51</sup> Las referencias anteriores coinciden con lo que encontramos en nuestros resultados. El *deseo* es el rubro más afectado de la función sexual femenina con una media de 3.70 (+/- 0.91).

## PERSONAL DE SALUD Y FUNCIÓN SEXUAL

En cuanto al personal de salud queremos mencionar primeramente que existe un estudio realizado en una población de enfermeras chinas, con una media de edad de 32.7 años. Encontraron en esta investigación una media del Índice de Función Sexual Femenina de 24.20 y una prevalencia para disfunción sexual de 50.99%.<sup>31</sup> Se trata de una prevalencia mucho más alta que la encontrada en nuestro trabajo (32.53%).

Además, existe un estudio en trabajadoras del campo de la salud en el que encontraron una media de edad de 36.5 años con una prevalencia para disfunción sexual de 43.2%.<sup>32</sup> Igualmente un valor mayor al arrojado por nuestras encuestas.

Por otro lado, en un estudio de 2612 encuestadas, estudiantes de medicina, menores de 30 años, el 33.5% tuvieron un Índice de Función Sexual Femenina < 27.00. En dicha investigación, una actividad alta en el trabajo estuvo asociada a puntajes igualmente altos en el Índice de Función Sexual Femenina.<sup>34</sup> Los resultados de este estudio descrito, ligado a mujeres relacionadas con la salud, es el que más se acerca al valor del Índice de Función Sexual Femenina hallado en nuestra investigación. Cabe mencionar, finalmente, que realizamos durante el estudio una serie de asociaciones entre el Índice de Función Sexual Femenina y algunas

variables como: ocupación, turno laboral y horas laboradas por semana; no encontramos significancia estadística.

## **MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y FUNCIÓN SEXUAL**

Encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.012$ ) entre las trabajadoras con riesgo de presentar una disfunción sexual y aquellas que utilizan algún método de planificación. No encontramos en la literatura algún trabajo que demuestre esta asociación. Consideramos que las encuestadas que utilizan algún método anticonceptivo se sienten más seguras de no embarazarse y esto las lleva a mejorar su función sexual.

Es de llamar la atención que el cuarto método de planificación familiar más utilizado en nuestra población de trabajadoras (después *preservativo*, *salpingoclasia* y *DIU de cobre*) sea el coito interrumpido. No sólo por su baja eficacia para evitar un embarazo no planeado o por su baja seguridad en la prevención de transmisión de infecciones; sino también por considerarse un método que va en contra del desarrollo normal del acto sexual, lo interrumpe frustrando una adecuada respuesta sexual.

## **PERCEPCIÓN DE DISFUNCIÓN SEXUAL**

A pesar de que encontramos un riesgo de presentar alguna disfunción sexual en 32.53% de nuestras voluntarias, la mayoría de

nuestras trabajadoras (92.8%) percibe no tener alguna disfunción sexual.

Las diferencias fueron significativas ( $p = 0.035$ ). Lo anterior coincide con lo encontrado por Dupré en su estudio de una población de mujeres de la Ciudad de México.<sup>9</sup>



## CONCLUSIONES

A lo largo de la realización de este estudio pudimos dar cumplimiento a los objetivos que nos propusimos en un inicio. Tuvimos, en primer lugar, la oportunidad de poder estimar el Índice de Función Sexual Femenina en nuestra población; nos dimos cuenta de la importancia de haber abordado este tema, que, reiteramos, debería ser considerado un problema de Salud Pública.

En segundo lugar, pudimos determinar las relaciones que existen entre los diferentes factores personales, académicos y laborales, y el Índice de Función Sexual Femenina. Aunque la hipótesis no se cumplió en todos los factores estudiados, sí encontramos significancia estadística en algunos de ellos. Las variables que no arrojaron una diferencia significativa fueron: estado civil, religión, orientación sexual, ocupación, turno laboral, horas laboradas por semana, menarca y duración de menstruación; tampoco encontramos diferencias significativas en las variables: inicio de vida sexual activa, parejas sexuales, frecuencia de relaciones sexuales e infección de transmisión sexual.

Las variables que sí mostraron diferencia significativa al ser asociadas con el Índice de Función Sexual Femenina fueron, como ya se mencionó en la *discusión*: grupos de edad, utilización de método de planificación familiar y percepción de disfunción sexual.

Con este estudio tratamos de esclarecer el panorama que nos rodea conociendo las características sociodemográficas que estudiamos en nuestras trabajadoras. Los resultados que arroja nuestra investigación son, en definitiva, interesantes y atractivos. Dichas características no se quedan exclusivamente en lo sensacionalista; sino que nos motivan a continuar con la línea de investigación para poder cumplir los objetivos que nos trazamos a largo plazo: poder tomar acciones encaminadas a detectar portadoras de alguna disfunción sexual con la finalidad de poderles brindar un tratamiento adecuado y multidisciplinario.

Sabíamos, desde el planteamiento del protocolo de esta tesis, que indagar sobre la sexualidad humana no es cosa fácil; nos enfrentamos durante el estudio a voluntarias renuentes a contestar la encuesta, a una clara falta de información y educación sexual por los comentarios que recabábamos y una resistencia casi generalizada a abordar tópicos tan (aunque no deberían serlo) sensibles.

En suma, consideramos que los resultados que aporta este trabajo son de capital importancia. Estamos conscientes de que debemos realizar nuevas investigaciones sobre el tema en nuestra misma población; esto con la finalidad de aclarar el comportamiento natural de este proceso global, meramente humano, llamado sexualidad.

## REFERENCIAS

1. Carrobles, J. Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*, vol. 27, núm. 1, enero, pp. 27-34, 2011
2. Rosen, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assesment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26:191–208, 2000
3. Blumel, J.R. Índice de función sexual femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 69(2): 118-125; 2004
4. Limón, K. Índice de la Función Sexual en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Ángeles México, en el periodo diciembre 2012 a mayo 2013. Tesis de posgrado. UNAM. México, 2013
5. Coronado, I. Prevalencia de las alteraciones de la función sexual (AFS) en sujetos mexicanos con diabetes mellitus de tipo 1 (DM1) y 2 (DM2) que acuden a una Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE). *Gaceta Médica de México*; 150 Suppl 1:107-13; 2014
6. Martínez, M. Evaluación de la Función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica. *Rev Chil Obstet Ginecol*; 75(4); 2010

7. Jiménez, Y. Evaluación de la sexualidad durante la etapa del climaterio en las mujeres sin terapia hormonal sustitutiva de 40 a 59 años de edad del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Tesis de posgrado. UNAM. México, 2011
8. Robledo, M. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres con infertilidad en un centro médico de tercer nivel de atención. Tesis de posgrado. UNAM. México, 2009
9. Dupré, G. Prevalencia de disfunción sexual femenina en mujeres en la peri y posmenopausia por medio de la aplicación del cuestionario de Rosen (FSFI) en el INPerIER. Tesis de posgrado. UNAM. México, 2009
10. Organización Mundial de la Salud. Salud Sexual [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](http://www.who.int/topics/sexual_health/es/) consultado el 30 de junio de 2017
11. Sánchez Bravo, C. Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. *Perinatol Reprod Hum*; 19:152-160; 2005
12. Martínez, I. Modelo de funcionamiento sexual femenina. Tesis doctoral. UNAM. México, 2010
13. Del Valle, M. Índice de función sexual en mujeres que ejercen el comercio sexual. *Rev Chil Obstet Ginecol*; 80(5): 358 – 366; 2015
14. Islas, S.R. Disfunciones Sexuales femeninas: intervención y tratamiento. *Ginecol Obstet Mex*;78(1): S391-S413; 2010
15. Masters W, Johnson V, Kolondy R. La sexualidad humana. 13a. ed. Vols. 1-3. Barcelona: Grijalbo; 1995

16. Kaplan H. La nueva terapia sexual: Tratamiento activo de las disfunciones sexuales. México: Grupo Anaya Comercial, 2002
17. Granero, M. Sexología basada en la evidencia: historia y actualización. Revista Costarricense de Psicología. Vol. 33, N.º 2; 2014
18. Sasson A, Leiblum S. Revised Definitions of women's sexual dysfunctions. Journal of Sexual medicine; 1:40-8; 2004
19. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Editorial Médica Panamericana. México. 2015
20. Moyano, N. Descifrando las disfunciones sexuales femeninas en el DSM-5. Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XXIV, núm. 3, noviembre, pp. 277- 286; 2015
21. Asociación Americana de Psiquiatría. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994
22. Kyle R. Stephenson, Nasreen Toorabally, Leah Lyons & Cindy M. Meston: Further Validation of the Female Sexual Function Index: Specificity and Associations With Clinical Interview Data, Journal of Sex & Marital Therapy, 00 (00), 1–14, 2015
23. Meston, C. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in Women with Female Orgasmic Disorder and in

- Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29:1, 39-46. 2003
24. Markus, W. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31:1, 1-20. 2005
25. Carvalho, R. Validade de construto de uma versão em português do *Female Sexual Function Index*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(11):2333-2344, nov, 2009
26. Vallejo, P. Translation, Adaptation, and Preliminary Validation of the Female Sexual Function Index into Spanish (Colombia). *Arch Sex Behav*. Published online, may, 2017
27. Carpenter, J. Female Sexual Function Index Short Version: A MsFLASH Item Response Analysis. *Arch Sex Behav* 45:1897–1905. 2016
28. Chedraui, P. Assessment of sexual function of mid-aged Ecuadorian women with the 6-item Female Sexual Function Index. *Maturitas* 71 407–412. 2012
29. Chedraui, P. Assessing sexual problems in women at midlife using the short version of the female sexual function index. *Maturitas* 82 298–302. 2015
30. Wolpe, R. Psychometric properties of the Female Sexual Function Index in the visual analogue scale format. *Sexual Health* 14(3) 213-220. 2017
31. Yang, Y. Sexual Dysfunction among Chinese Nurses: Prevalence and Predictors. *Biomed Environ Sci*; 30(3): 229-234. 2017

32. Valenzuela, R. Influence of the type of work shift in Female Sexual Function Index of healthcare sector female workers. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 210 39–44. 2017
33. Worsley, R. Prevalence and Predictors of Low Sexual Desire, Sexually Related Personal Distress, and Hypoactive Sexual Desire Dysfunction in a Community-Based Sample of Midlife Women. *J Sex Med*; 14:675e686. 2017
34. Wallwiener, C.W. Sexual Function, contraception, relationship, and lifestyle in Female Medical Students. *J Womens Health*. Feb;26(2):169-177. 2017
35. Ghazanfarpour, M. Investigating the Relationship Between Sexual Function and Quality of Life in Menopausal Women. *J Family Reprod Health*. 10(4):191-197. 2016
36. Prado, D. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 32(3):139-43. 2010
37. Cruz del Castillo, E. Indicadores de Deseo, Autoerotismo e Impulsividad Sexual en Mujeres de la Ciudad de México. *Acta de Investigación Psicológica*, 3 (1), 1031 – 1040. 2013
38. Carey, J.C. Efectos farmacológicos sobre la función sexual. *Obstet Gynecol Clin N Am* 33, 599 – 620. 2006
39. Blumel, J. Función sexual en mujeres usuarias de terapia de reemplazo hormonal. *Rev Méd Chile*; 131: 1251-1255. 2003
40. Ferreira, C. Frequency of sexual dysfunction in women with rheumatic diseases. *Rev Bras Reumatol*; 53(1):35–46. 2013

41. Afshari, P. The Relation of Diabetes Type 2 with Sexual Function among Reproductive Age Women in Iran, a Case-Control Study. *Adv Med.* 2017;2017:4838923. doi: 10.1155/2017/4838923. Epub Apr 6, 2017
42. Azevedo, J. Disfunção Sexual na Doença de Parkinson. *ARQUIVOS DE MEDICINA*, 24(2):39-45. 2010
43. Isik, H. Are the women with Sjögren's Syndrome satisfied with their sexual activity? *Rev Bras Reumatol*; 57(3):210–216. 2017
44. Eryildirim, B. Evaluation of sexual function in patients submitted to ureteroscopic procederes. *Int Braz J Urol*; 41: 791-5. 2015
45. Thakar, R. Is the Uterus a Sexual Organ? Sexual Function Following Hysterectomy. *Sex Med Rev.* 3(4):264-278. 2015
46. Nóbrega, M. Prevalence of Sexual Dysfunction among Expectant Women. *Rev Bras Ginecol Obstet*; 38:559–563. 2016
47. Zhang, C. Sexual activity and function assessment in middle-aged Chinese women using the female sexual function index. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society* Vol. 24, No. 6, pp. 669-676. 2017
48. Díaz, C. Prevalencia de disfunción sexual femenina en pacientes en la posmenopausia. Relación con niveles de andrógenos en el Hospital Juárez de México. Tesis de posgrado. UNAM. México, 2009



49. Soria, K. Evaluación de la función sexual femenina y su relación con la calidad de vida y factores comorbidos en pacientes de la clínica de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos. Tesis de posgrado. UNAM. México, 2011
50. Rodríguez, L. Prevalencia de disfunciones sexuales en las mujeres derechohabientes de la UMF No. 23. Tesis de posgrado. UNAM. México, 2011
51. Rodrigues, C. Função sexual de mulheres submetidas à reprodução assistida. Rev Bras Ginecol Obstet; 36(11):484-8. 2014
52. Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. Curso de orientación sexual y salud reproductiva. México D.F., México. Secretaría de Salud. pp.75-81. 1992
53. Organización Panamericana de la Salud. Hablemos de salud Sexual : Manual para profesionales de atención primaria de la salud. Información, herramientas educativas y recursos. 2000

## **ANEXOS**

Se presentan los siguientes anexos:

1. Respuesta sexual humana
2. Clasificación actual de disfunciones sexuales no inducidas por sustancias o medicamentos (DSM-5)
3. Definición operacional de variables
4. Cuestionario dirigido a trabajadoras del Hospital Ángeles México sobre su sexualidad
5. Consentimiento Informado
6. Sistema de puntaje para el Índice de Función Sexual Femenina.
7. Cronograma de actividades

## **ANEXO 1. RESPUESTA SEXUAL HUMANA** <sup>14, 15, 52, 53</sup>

Con este término nos referimos a la serie de cambios que ocurren en el organismo como producto de estímulos sexuales. La diversidad de respuestas frente a un estímulo significa que su efectividad está condicionada por situaciones tales como el estado de ánimo, experiencias previas, desconocimiento de las preferencias del compañero y antecedentes culturales, religiosos o morales.

La respuesta sexual humana es un tema de sumo interés para la salud sexual, su estudio ha llevado a la comprensión de fenómenos que pueden ayudar a las parejas a mejorar y enriquecer su actividad sexual.

Además, ha abierto el campo del tratamiento de las disfunciones sexuales, por diferentes medios. Los cambios corporales que ocurren durante la actividad sexual fueron descritos en forma sistemática por primera vez en 1966 por Masters y Johnson, en un libro que se convirtió en un clásico titulado: Respuesta sexual humana. Estos autores representaron sus hallazgos por medio de una curva y la dividieron en tres fases, además de un período refractario. Actualmente conocemos más de esta respuesta a partir de los descubrimientos sobre la participación en ella de los factores neuroquímicos.

La respuesta sexual humana implica diversos cambios en los cuerpos de mujeres y hombres en cada una de sus fases. A continuación, una breve descripción de éstas de acuerdo a Masters y Johnson.

### **La excitación**

El sustrato biológico de esta fase es la vasocongestión mediada por el sistema nervioso. Cuando un estímulo resulta efectivo para iniciar la respuesta sexual, el sistema nervioso emite neurotransmisores a los microvasos de la región pélvica. El mensajero químico produce apertura de arteriolas y cierre de vénulas y todo ello ocasiona la vasocongestión. La congestión sanguínea provoca que las estructuras genitales aumenten de tamaño, como puede observarse en los labios menores, el clítoris y el pene. Debido a la intensa vasocongestión referida, algunos de los primeros signos de la excitación sexual son la lubricación vaginal y la erección del pene; el epitelio vaginal hace difícil el paso de un exudado en tan corto tiempo, lo que da lugar a la lubricación. En esta fase también las paredes vaginales se separan y el útero, que normalmente descansa sobre la vejiga, tiende a elevarse de su posición normal.

En el varón, aparte de la erección peneana, los testículos se aproximan al periné debido a la acción del cremáster, músculo que se localiza en el escroto y que también realiza esta acción cuando

el medio es muy frío o ante una reacción de alerta. Lo contrario sucede cuando hace calor; es decir, la piel del escroto se torna delgada y los testículos penden hasta el extremo más bajo de esta bolsa. Tanto para el hombre como para la mujer se observa aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial. Igualmente un ligero enrojecimiento de algunas zonas del cuerpo: el rubor sexual. Durante esta fase también puede ocurrir que los pezones se pongan erectos y la areola aumente de tamaño. Las glándulas mamarias pueden aumentar hasta un 25% de su volumen.

### **La meseta**

Esta fase se caracteriza porque los cambios antes descritos alcanzan sus máximos posibles. En las mujeres, los labios mayores se hinchan y tienden a separarse; los labios menores también se tornan turgentes y adquieren una coloración intensa. Debido a un proceso de retracción, el clítoris parece disminuir de tamaño, pero esto es sólo un efecto aparente y no significa que la excitación disminuya y mucho menos que haya terminado. Es posible que la lubricación vaginal comience a desaparecer y el completo enderezamiento del útero produzca la formación de una especie de cámara en la parte posterior o profunda de la vagina. El pene alcanza sus máximas dimensiones en cuanto a longitud y circunferencia se refiere. Es posible observar por la uretra la salida de unas cuantas gotas de un líquido transparente que proviene de las glándulas bulbouretrales o de Cowper y cuya función es

alcalinizar la uretra para impedir que los espermatozoides sean dañados por el medio ácido que produce la orina. Es importante señalar que este líquido contiene espermatozoides, y aunque el varón se retire antes de eyacular dentro de la vagina, siempre existe la posibilidad de un embarazo. Los testículos pueden estar pegados al periné, aunque descenderán de vez en cuando si la meseta se prolonga. Los ritmos cardíaco y respiratorio aumentan aun más. El rubor sexual se extiende y aumenta la tensión muscular. La duración de la meseta es muy variable y está muy influenciada por aspectos psicosociales.

## **El orgasmo**

Esta fase se caracteriza por dos elementos diferenciados: las contracciones musculares y la sensación subjetiva de placer. Al mismo tiempo, se suceden contracciones involuntarias de la musculatura pélvica que provocan que el individuo tenga diversas sensaciones que varían de acuerdo con su experiencia. Las expresiones pueden variar desde un clímax, hasta manifestaciones más sutiles como un suspiro o un leve relajamiento. La mujer presenta una serie de contracciones en la parte más externa de la vagina y tiene sensaciones placenteras.

El varón también tiene contracciones involuntarias, sobre todo en la base del pene, y en la mayoría de los hombres la eyaculación (expulsión de semen por la uretra) ocurre durante el orgasmo. Sin

embargo, debe enfatizarse que orgasmo y eyaculación no son el mismo fenómeno. Al igual que en la mujer, en el hombre existen sensaciones placenteras que por definición son subjetivas y por lo tanto, únicas o personales. La multiorgasmia, esto es, la capacidad de tener varios orgasmos en un solo evento, se observa más frecuentemente en las mujeres, aunque en los hombres existe la misma potencialidad.

### **La resolución**

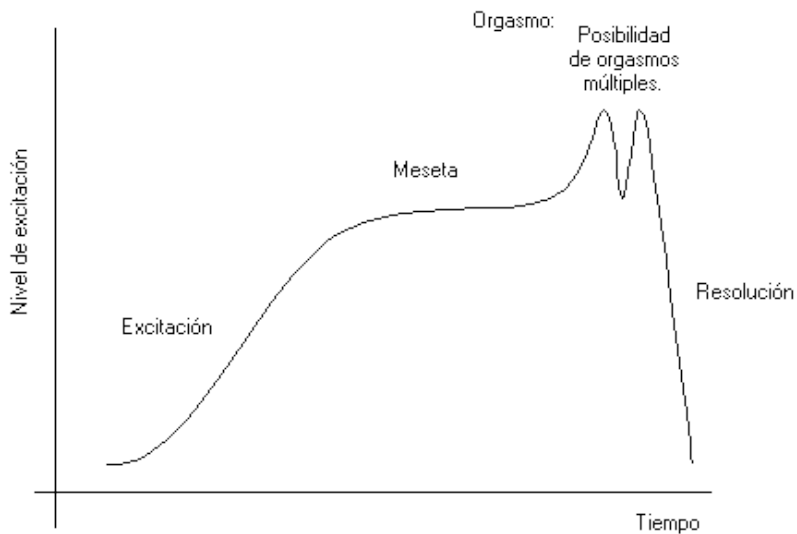
En esta fase los cambios ocurridos remiten; es decir, se pierde la erección del pene y los testículos retornan a su posición original. Y en la mujer, los labios tanto mayores como menores recobran su tamaño y el clítoris retorna a su posición inicial, lo mismo que el útero. Respecto al varón, debe señalarse que el tiempo requerido para que el pene pierda su erección se relaciona generalmente con la duración de la meseta: entre más tiempo dure la meseta, más tiempo estará el pene erecto después del orgasmo y viceversa.

### **Período refractario**

Masters y Johnson, señalan que forma parte de la fase de resolución y lo describen como exclusivo de los varones. Los autores afirman que durante el lapso que dura este período no se puede tener otra respuesta sexual, a diferencia de las mujeres que, por no tenerlo siempre, estarían dispuestas y podrían llegar a tener

orgasmos ad infinitum. Sin embargo, algunas mujeres mencionan que en ocasiones, después de un orgasmo, no pueden volver a intentar tener otra relación sexual porque están prácticamente satisfechas, algo similar a lo que ocurre en el hombre. La duración del período refractario suele aumentar conforme el varón envejece.

Para terminar este anexo, les presentamos el siguiente esquema que resume el modelo propuesto por Masters y Johnson:





## **ANEXO 2. CLASIFICACION ACTUAL DE DISFUNCIONES SEXUALES, NO INDUCIDAS POR SUSTANCIAS O MEDICAMENTOS (DSM-5)<sup>19</sup>**

### **Trastorno del interés/excitación sexual femenino**

A. Ausencia o reducción significativa del interés/excitación sexual femenina, que se manifiesta por lo menos por una de las tres siguientes:

1. Interés ausente o reducido en la actividad sexual.
2. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausentes o reducidos.
3. Inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla.
4. Excitación o placer sexual ausente o reducido durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos).
5. Excitación o placer sexual ausente o reducido en respuesta a cualquier invitación sexual o erótica, interna o externa (p. ej., escrita, verbal, visual).
6. Sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%)

de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos).

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.

C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p. ej., violencia de género) u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Especificar si:

De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.

Adquirido: El trastorno empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:

Generalizado: No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

### **Trastorno orgásmico femenino**

A. Por lo menos se tiene que experimentar uno de los síntomas siguientes en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos):

1. Retraso marcado, infrecuencia marcada o ausencia de orgasmo.
2. Reducción marcada de la intensidad de las sensaciones orgásmicas.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.

C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p. ej. violencia de género) u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Especificar si:

De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.

Adquirido: El trastorno empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:

Generalizado: No se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Situacional: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar si:

Nunca experimentó un orgasmo en ninguna situación

Especificar la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

### **Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración**

A. Dificultades persistentes o recurrentes con una (o más) de las siguientes:

1. Penetración vaginal durante las relaciones.
2. Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración.
3. Marcado dolor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal.
4. Tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.
- 5.

B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.

C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.

D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (por ejemplo violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

Especificar si:

De por vida: El trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.

Adquirido: El trastorno empezó tras un periodo de actividad sexual relativamente normal.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Evidencia de malestar leve a causa de los síntomas del Criterio A.

Moderado: Evidencia de malestar moderado a causa de los síntomas del Criterio A.

Grave: Evidencia de malestar grave o extremo a causa de los síntomas del Criterio A.

### ANEXO 3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición
Índice de Función Sexual Femenina	Interpretación clínica del análisis de los 6 principales componentes de la función sexual femenina: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.	Puntos	Cuantitativa	Ordinal

Edad	Tiempo que ha vivido una persona, según contesta en la encuesta.	Años	Cuantitativa	Ordinal
Estado Civil	Condición de una persona en relación con su filiación o matrimonio, que se hace constar en el registro civil. Según contesta en la encuesta.	Soltera Casada Unión Libre Viuda Separada Divorciada Otro	Cualitativa	Nominal



Grado máximo de estudios	Es el máximo nivel educativo alcanzado con algún certificado emitido por una institución académica reconocida. Según contesta en la encuesta.	Primaria Secundaria Técnico Bachillerato Licenciatura Posgrado	Cualitativa	Ordinal
Religión	Conjunto de creencias y dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de	Católica Cristiana Testigo de Jehová Judía Otra	Cualitativa	Nominal

<p>Religión (continuación)</p>	<p>veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales.</p>			
<p>Orientación Sexual</p>	<p>Patrón de atracción sexual, erótica, emocional o amorosa a determinado grupo de personas definidas por su sexo.</p>	<p>Heterosexual Homosexual Bisexual Otra</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>

Ocupación	Trabajo, empleo u oficio que realiza una persona durante su estancia en el hospital.	Enfermera Médico Administrativo Técnico Intendente	Cualitativa	Nominal
Turno laboral	Periodo de tiempo en el que el trabajador es asignado para realizar sus actividades dependiendo de los diferentes momentos del día.	Matutino Vespertino Nocturno Mixto	Cualitativa	Nominal

Horas laboradas por semana	Número de horas que un trabajador labora durante la semana tomando en cuenta las actividades remuneradas que se realicen fuera del hospital.	Menos de 48 horas 49 a 72 horas 73 a 96 horas Más de 96 horas	Cuantitativa	Ordinal
Menarca	Edad en la que aparece la primera menstruación	Años	Cuantitativa	Ordinal

Duración de menstruación	Número de días, al inicio del ciclo menstrual, en los cuáles la paciente percibe sangrado catamenial	Días	Cuantitativa	Ordinal
Duración del ciclo	Número de días que transcurren entre un sangrado catamenial y otro.	Días	Cuantitativa	Ordinal
Inicio de Vida Sexual Activa	Edad en la que se tiene a primera relación coital	Años	Cuantitativa	Ordinal

Parejas Sexuales	Número de personas con las que se han mantenido relaciones sexuales a lo largo de la vida de un individuo	Parejas Sexuales	Cuantitativa	Ordinal
Frecuencia de Relaciones Sexuales	Número de relaciones sexuales que un individuo mantiene en un periodo determinado de tiempo	Diario Más de 3 veces por semana 3 veces por semana 1-2 veces por semana 2-3 veces por mes 1 vez en el mes	Cuantitativa	Ordinal

Método de planificación familiar	Conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientadas al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de las relaciones sexuales.	Preservativo Hormonal Oral, transdérmico o inyectable SIU de levonorgestrel DIU de cobre Implante subdérmico Salpingoclasia Coito interrumpido Ritmo	Cualitativa	Nominal
----------------------------------	--	--	-------------	---------

<p>Antecedente de Infección de Transmisión Sexual</p>	<p>Presencia de alguna Infección de Transmisión Sexual en el historial clínico de un individuo</p>	<p>Sí No</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Dicotómica</p>
<p>Infección de Transmisión Sexual Activa</p>	<p>Presencia de alguna Infección de Transmisión Sexual y que no haya sido curada al momento del estudio.</p>	<p>Sí No</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Dicotómica</p>



Embarazo	Parte del proceso de la reproducción humana que va desde la implantación del conceptus hasta el momento del parto.	Sí No	Cualitativa	Dicotómica
Percepción de la presencia de una disfunción sexual	Representación cognitiva individual de la presencia o ausencia de una disfunción sexual	Sí No	Cualitativa	Dicotómica

#### ANEXO 4. CUESTIONARIO DIRIGIDO A TRABAJADORAS DEL HOSPITAL ÁNGELES MÉXICO SOBRE SU SEXUALIDAD.

Buen día: Se está realizando un estudio que aborda temas sobre su salud y su sexualidad. Este trabajo nos permite saber más sobre las disfunciones sexuales y así poder tener un **panorama de la situación actual** que prevalece en nuestra población. Se le está pidiendo que conteste unas preguntas, las cuales pueden ser contestadas en un tiempo breve. Por favor responda lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas son **confidenciales** en su totalidad. Su participación es completamente **voluntaria**, si no desea realizar la encuesta su negativa no le traerá ningún inconveniente. El Dr. Silverio Rodolfo Islas Cortés es quien dirige este estudio. Ninguno de los investigadores recibirán un pago por llevar adelante este proyecto. El mismo, ha sido evaluado y autorizado por el **Comité de Investigación** de este hospital. Dicho comité es encabezado por la Dra. Dora Gilda Mayen Molina. **Agradecemos de antemano su participación.**

##### Instrucciones

A continuación se le presenta una serie de preguntas, marque SÓLO UNA alternativa por pregunta. **NO ESCRIBA SU NOMBRE.**

1. Edad: \_\_\_\_\_ años  
(número de años)
2. Estado civil: <sub>1</sub> Soltera <sub>5</sub> Divorciada  
<sub>2</sub> Casada <sub>6</sub> Viuda  
<sub>3</sub> Unión Libre <sub>7</sub> Otro, especifique \_\_\_\_\_  
<sub>4</sub> Separada
3. Grado máximo de estudios: <sub>1</sub> Primaria <sub>4</sub> Bachillerato  
<sub>2</sub> Secundaria <sub>5</sub> Licenciatura  
<sub>3</sub> Técnico <sub>6</sub> Posgrado
4. Religión: <sub>1</sub> Católica <sub>4</sub> Judía  
<sub>2</sub> Cristiana <sub>5</sub> Otra, especifique \_\_\_\_\_  
<sub>3</sub> Testigo de Jehová <sub>6</sub> Ninguna
5. Orientación Sexual: <sub>1</sub> Heterosexual <sub>3</sub> Bisexual  
<sub>2</sub> Homosexual <sub>4</sub> Otra, especifique: \_\_\_\_\_
6. Seleccione la opción que más se ajuste a su ocupación dentro del hospital.  
<sub>1</sub> Enfermera <sub>4</sub> Técnica  
<sub>2</sub> Médico <sub>5</sub> Intendente  
<sub>3</sub> Administrativa <sub>6</sub> Otra, especifique: \_\_\_\_\_
7. Turno laboral: <sub>1</sub> Matutino <sub>3</sub> Nocturno  
<sub>2</sub> Vespertino <sub>4</sub> Mixto
8. ¿Cuántas horas trabaja por **SEMANA?** (Tomando en cuenta **OTROS TRABAJOS REMUNERADOS** fuera del hospital)  
<sub>1</sub> 48 horas o menos <sub>3</sub> 73 a 95 horas  
<sub>2</sub> 49 a 72 horas <sub>4</sub> 96 horas o más

## ANTECEDENTES MEDICOS

9. ¿Usted ha tomado algún o algunos **medicamentos** en la **última** semana?

- <sub>1</sub> Sí                      <sub>2</sub> No

9.1. Si su respuesta es afirmativa escriba cuál o cuáles:

---

10. ¿A lo largo de su vida, le han realizado alguna o algunas **cirugías**?

- <sub>1</sub> Sí                      <sub>2</sub> No

10.1. Si su respuesta es afirmativa escriba cuál o cuáles:

---

11. ¿Usted padece alguna o algunas **enfermedades crónicas**?

- <sub>1</sub> Sí                      <sub>2</sub> No

11.1. Si su respuesta es afirmativa escriba cuál o cuáles:

---

12. ¿A qué edad empezó a reglar? A los \_\_\_\_\_ años  
(número de años)

13. ¿Cuántos días dura el sangrado durante su regla?

- <sub>1</sub> Ya no reglo  
<sub>2</sub> Menos de 3 días  
<sub>3</sub> De 3 a 7 días  
<sub>4</sub> Más de 7 días

14. ¿Cada cuántos días ocurre su regla?

- <sub>1</sub> Ya no reglo  
<sub>2</sub> Cada 20 días o menos  
<sub>3</sub> Cada 21 a 35 días  
<sub>4</sub> Cada 36 días o má

### Si ha tenido vida sexual, conteste las siguientes preguntas:

15. ¿A qué **edad** empezó a tener relaciones sexuales? A los \_\_\_\_\_ años

16. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales **a lo largo de su vida**? \_\_\_\_\_

17. ¿Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Diario                    | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> 2-3 veces por mes                        |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Más de 3 veces por semana | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> 1 vez al mes                             |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 1-3 veces por semana      | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Sin relaciones sexuales en el último mes |

18. ¿Utiliza actualmente algún método anticonceptivo? <sub>1</sub> Sí <sub>2</sub> No

**Si su respuesta es afirmativa**, seleccione cuál (puede seleccionar más de una opción):

- <sub>1</sub> Preservativo (condón)
- <sub>2</sub> Parche
- <sub>3</sub> DIU con hormonas
- <sub>4</sub> DIU de cobre
- <sub>5</sub> Implante en el brazo
- <sub>6</sub> Salpingoclasia (ligadura de trompas)
- <sub>7</sub> Coito interrumpido
- <sub>8</sub> Ritmo
- <sub>9</sub> Pastillas, escriba cuáles: \_\_\_\_\_
- <sub>10</sub> Inyectable, escriba cuál: \_\_\_\_\_
- <sub>11</sub> Otro, escriba cuál: \_\_\_\_\_

19. ¿Alguna vez ha tenido una infección de transmisión sexual? <sub>1</sub> Sí <sub>2</sub> No

19.1. Si la respuesta anterior es **afirmativa** escriba cuál: \_\_\_\_\_

19.2. ¿Dicha enfermedad ha sido curada? <sub>1</sub> Sí <sub>2</sub> No <sub>3</sub> No aplica

20. ¿Se encuentra actualmente embarazada? <sub>1</sub> Sí <sub>2</sub> No

21. Si **recientemente** estuvo embarazada, han pasado **más de 6 semanas** desde el término de su embarazo? <sub>1</sub> Sí <sub>2</sub> No <sub>3</sub> No aplica

22. ¿Cree usted padecer una disfunción sexual? <sub>1</sub> Sí <sub>2</sub> No

A continuación le presentamos la parte más importante de este estudio. Estas preguntas abordan 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.

**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.

**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.

### Instrucciones

Lea con atención las siguientes preguntas. Marque con una cruz **SOLO UNA** alternativa por pregunta.

1. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan seguido sintió deseo o interés sexual?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Siempre o casi siempre                    | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Pocas veces (menos de la mitad) |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> La mayoría de las veces (más de la mitad) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Casi nunca o nunca              |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> A veces (alrededor de la mitad)           |   |

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Muy alto | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Bajo            |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Alto     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Muy bajo o nada |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Moderado |   |

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No tengo actividad sexual                 | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> A veces (alrededor de la mitad) |
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Siempre o casi siempre                    | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Pocas veces (menos de la mitad) |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> La mayoría de las veces (más de la mitad) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Casi nunca o nunca              |

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No tengo actividad sexual | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Moderado        |
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Muy alto                  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Bajo            |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Alto                      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Muy bajo o nada |

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No tengo actividad sexual | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Moderada seguridad           |
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Muy alta seguridad        | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Baja seguridad               |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Alta seguridad            | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Muy baja o nada de seguridad |

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No tengo actividad sexual                 | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> A veces (alrededor de la mitad) |
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Siempre o casi siempre                    | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Pocas veces (menos de la mitad) |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> La mayoría de las veces (más de la mitad) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Casi nunca o nunca              |

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0 No tengo actividad sexual                 | <input type="checkbox"/> 3 A veces (alrededor de la mitad) |
| <input type="checkbox"/> 5 Siempre o casi siempre                    | <input type="checkbox"/> 2 Pocas veces (menos de la mitad) |
| <input type="checkbox"/> 4 La mayoría de las veces (más de la mitad) | <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca o nunca              |

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 No tengo actividad sexual          | <input type="checkbox"/> 3 Difícil          |
| <input type="checkbox"/> 1 Extremadamente difícil o imposible | <input type="checkbox"/> 4 Poco difícil     |
| <input type="checkbox"/> 2 Muy difícil                        | <input type="checkbox"/> 5 No me es difícil |

9. En las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0 No tengo actividad sexual                             | <input type="checkbox"/> 3 A veces la mantengo (alrededor de la mitad) |
| <input type="checkbox"/> 5 Siempre o casi siempre la mantengo                    | <input type="checkbox"/> 2 Pocas veces la mantengo (menos de la mitad) |
| <input type="checkbox"/> 4 La mayoría de las veces la mantengo (más de la mitad) | <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca o nunca la mantengo              |

10. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 No tengo actividad sexual          | <input type="checkbox"/> 3 Difícil          |
| <input type="checkbox"/> 1 Extremadamente difícil o imposible | <input type="checkbox"/> 4 Poco difícil     |
| <input type="checkbox"/> 2 Muy difícil                        | <input type="checkbox"/> 5 No me es difícil |

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones sexuales, ¿con qué **frecuencia** alcanza el orgasmo o clímax?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0 No tengo actividad sexual                 | <input type="checkbox"/> 3 A veces (alrededor de la mitad) |
| <input type="checkbox"/> 5 Siempre o casi siempre                    | <input type="checkbox"/> 2 Pocas veces (menos de la mitad) |
| <input type="checkbox"/> 4 La mayoría de las veces (más de la mitad) | <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca o nunca              |

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones sexuales, ¿le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 No tengo actividad sexual          | <input type="checkbox"/> 3 Difícil          |
| <input type="checkbox"/> 1 Extremadamente difícil o imposible | <input type="checkbox"/> 4 Poco difícil     |
| <input type="checkbox"/> 2 Muy difícil                        | <input type="checkbox"/> 5 No me es difícil |

13. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0 No tengo actividad sexual | <input type="checkbox"/> 3 Ni satisfecha ni insatisfecha |
| <input type="checkbox"/> 5 Muy satisfecha            | <input type="checkbox"/> 2 Moderadamente insatisfecha    |
| <input type="checkbox"/> 4 Moderadamente satisfecha  | <input type="checkbox"/> 1 Muy insatisfecha              |

14. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecha está con la **cercanía emocional** que existe durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0 No tengo actividad sexual | <input type="checkbox"/> 3 Ni satisfecha ni insatisfecha |
| <input type="checkbox"/> 5 Muy satisfecha            | <input type="checkbox"/> 2 Moderadamente insatisfecha    |
| <input type="checkbox"/> 4 Moderadamente satisfecha  | <input type="checkbox"/> 1 Muy insatisfecha              |

15. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecha está con su pareja en el **ámbito sexual**?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Muy satisfecha                | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Moderadamente insatisfecha |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Moderadamente satisfecha      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Muy insatisfecha           |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Ni satisfecha ni insatisfecha |  |

16. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan satisfecha está con su vida sexual en **general**?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Muy satisfecha                | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Moderadamente insatisfecha |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Moderadamente satisfecha      | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Muy insatisfecha           |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Ni satisfecha ni insatisfecha |  |

17. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan a menudo siente incomodidad o dolor **durante** la penetración vaginal?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No tengo actividad sexual o penetración vaginal | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> A veces (alrededor de la mitad) |
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Siempre o casi siempre                          | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Pocas veces (menos de la mitad) |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> La mayoría de las veces (más de la mitad)       | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Casi nunca o nunca              |

18. En las últimas 4 semanas, ¿qué tan a menudo siente incomodidad o dolor **después** de la penetración vaginal?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No tengo actividad sexual o penetración vaginal | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> A veces (alrededor de la mitad) |
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Siempre o casi siempre                          | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Pocas veces (menos de la mitad) |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> La mayoría de las veces (más de la mitad)       | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Casi nunca o nunca              |

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su **nivel** (intensidad) de incomodidad o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No tengo actividad sexual o penetración vaginal | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Moderado        |
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Muy alto  | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Bajo            |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Alto  | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Muy bajo o nada |

**¡Muchas gracias por su participación!**

---

## ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

Índice de función sexual femenina en trabajadoras de un hospital privado en la Ciudad de México.

Investigador responsable: Dr. Silverio Rodolfo Islas Cortés

Tesista: Dr. Armando Ramírez Carrasco.

Hospital Ángeles México

Se le está pidiendo que conteste unas preguntas sobre usted, su estado de salud como y su sexualidad. Por favor responda las preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente en confidencialidad. Su participación es completamente voluntaria; si no desea realizar la encuesta, su negativa no le traerá ningún inconveniente.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite al investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión.

Este tipo de estudios se realiza para poder saber más sobre las disfunciones sexuales y así poder tener un panorama de la situación actual que prevalece en la población de estudio. En otras palabras conocer qué tan frecuente es este padecimiento en la población estudiada. A largo plazo permitirá tomar acciones encaminadas a detectar portadoras de alguna disfunción sexual con la finalidad de poderles brindar un tratamiento adecuado y multidisciplinarlo.

Si algunas preguntas la ponen incómoda, háganoslo saber y puede no contestar alguna de ellas si así lo prefiere. De todas maneras, lo ideal es tratar de dar toda la información requerida para que el estudio se haga en forma correcta. Puede suspender su participación en cualquier momento. No se le pagará por su participación en este estudio.

Es probable (aunque no seguro) que usted no se beneficie con los resultados de este estudio; sin embargo esperamos que el mismo sea útil para otros pacientes en el futuro. Usted no tiene riesgo de



lesiones físicas si participa en este estudio. Usted es libre de retirar su consentimiento para participar en la investigación en cualquier momento sin que esto lo perjudique.

El Dr. Silverio Rodolfo Islas Cortés es quien dirige este estudio. Ninguno de los investigadores recibirán un pago por llevar adelante esta investigación. El presente trabajo de investigación ha sido evaluado y autorizado por el Comité de Investigación de este hospital. Dicho comité es encabezado por la Dra. Dora Gilda Mayen Molina.

**He leído la información contenida en este Consentimiento Informado, he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad. He quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria. Presto mi consentimiento para la realización de la encuesta propuesta y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar mi decisión al médico responsable del estudio.**

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de  
la participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del  
Testigo

**ANEXO 6. SISTEMA DE PUNTAJE PARA EL ÍNDICE DE FUNCIÓN  
SEXUAL FEMENINA.**

Dominio	Preguntas	Rango	Factor	Puntuación mínima	Puntuación Máxima
Deseo	1, 2	1-5	0.6	1.20	6.00
Excitación	3, 4, 5, 6	0-5	0.3	0	6.00
Lubricación	7, 8, 9, 10	0-5	0.3	0	6.00
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0.4	0	6.00
Satisfacción	14, 15, 16	0 (o 1)-5	0.4	0.80	6.00
Dolor	17, 18, 19	0-5	0.4	0	6.00
Total				2.00	36.00

## ANEXO 7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	2016							2017					
	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio
Presentación de protocolo													
Segunda presentación de protocolo													
Tercera presentación de protocolo													
Recolección de información													
Presentación de avances													
Organización de información													
Procesamiento de información													
Análisis de información													
Elaboración de documento preliminar													
Entrega de documento final													

“Él es quien da a los hombres la ciencia,  
para que lo glorifiquen por sus maravillas”.

Eclo 38, 6