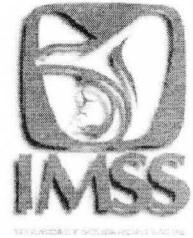


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
CÓRDOBA, VERACRUZ

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL Y FACTORES
ASOCIADOS EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS. EN UN HOSPITAL
GENERAL DE ZONA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LILIA DÍAZ RUSTRIAN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL Y FACTORES ASOCIADOS EN
MUJERES DE 20 A 40 AÑOS. EN UN HOSPITAL GENERAL DE ZONA.**

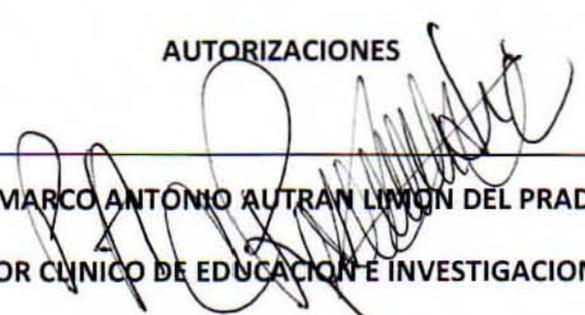
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA

FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LILIA DIAZ RUSTRIAN

AUTORIZACIONES



DR MARCO ANTONIO AUTRAN LIMÓN DEL PRADO

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8

CORDOBA VERACRUZ



L.E.O.- CARMELA RESENDIZ BATTOLY

DIRECTOR DE TESIS



DRA. GLORIA ESTELA GARCÍA DÍAZ

TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

ADSCRITO A UMF 21



I.M.S.S.

DELEG. REG. VER. SUR.

H. G. Z. No. 8

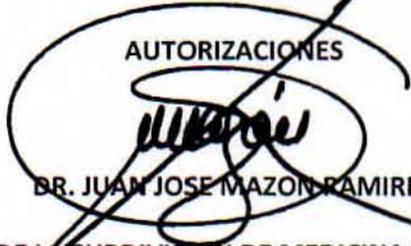
**COORDINADOR DE EDUCACIÓN
EN SALUD
CORDOBA, VER.**

**EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL Y FACTORES ASOCIADOS EN
MUJERES DE 20 A 40 AÑOS. EN UN HOSPITAL GENERAL DE ZONA.
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. LILIA DIAZ RUSTRIAN

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



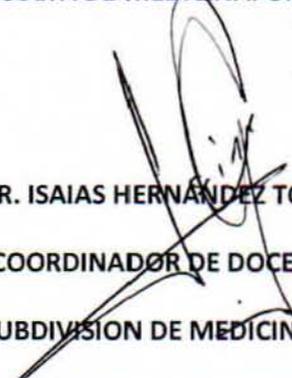
DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACION

DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTA DE MEDICINA. U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA. U.N.A.M.

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3101 con número de registro 17 CI 30 118 018 ante COFEPRIS

H. GRAL REGIONAL, VERACRUZ SUR

FECHA 14/09/2017

MTRA. CARMELA RESÉNDIZ DÁTTOLY

PRESENTE

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

Evaluación de la función sexual y factores asociados en mujeres de 20 a 40 años. En un Hospital General de Zona

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

Núm. de Registro
R-2017-3101-16

ATENTAMENTE

DR.(A). PEDRO MARTÍNEZ SERENA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3101

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION VERACRUZ SUR
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.8 CÓRDOBA,VER.

Evaluación de la función sexual y factores asociados en mujeres de 20 a 40 años.
En un Hospital General de Zona.

Autores

*Dra. Lilia Díaz Rustrían

**LEO Carmela Reséndiz Dáttoly

*Médico General. Unidad de Medicina Familiar No. 21 Vicente Oax. Ignacio de la Llave S/N Col. Centro 71 44133 Ext.412. lilys0520@hotmail.com

**Subjefe de Educación en Enfermería y Carreras Técnicas. Hospital General de Zona No.8 Córdoba, Ver. Av. 11 S/N Col.Centro Teléfono. 271 71 43800 ext.129 Correo electrónico. dattolyrc@hotmail.com

Índice

Resumen.....	3
Summary	4
Marco teórico	5
Justificación	16
Planteamiento del problema.....	16
Objetivo general	18
Criterios de selección	19
Operación de las variables	20
Análisis estadístico.....	23
Procedimiento	23
Cronograma.....	26
Resultados	29
Discusión	36
Conclusiones.....	38
Referentes bibliográficos	39
Anexo. II.....	42

Resumen

Evaluación de la función sexual y factores asociados en mujeres de 20 a 40 años. En un Hospital General de Zona.

Antecedentes. La sexualidad, tiene un significado amplio que abarca todos los planos del ser sexual, es una dimensión de la personalidad y no solamente de la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica. Los cambios de la mentalidad de las nuevas concepciones de la persona han incitado a la ciencia a investigar y considerar la sexualidad como una realidad humana capaz de unir las dimensiones biológica y social. Anteriormente estaba vinculada únicamente con la reproducción, y solamente por ésta se justificaba las relaciones sexuales

Objetivo. Determinar la función sexual y factores asociados en mujeres de 20 a 40 años en el HGZ No.8 Córdoba, Ver.

Material y métodos. Se realizará un estudio transversal, observacional, descriptivo, la población serán mujeres de 20 a 40 años, se tomaran como casos consecutivos, previo consentimiento informado.

Resultados. La edad media fue de 25 años y la mayoría de nuestra población se encuentra en unión libre, prevalecen los estudios de bachillerato, la mayoría de la población es de nivel socioeconómico medio bajo y un 65% de las mujeres encuestadas refieren estar muy satisfechas en su sexualidad.

Recursos e infraestructura. Recursos e Infraestructura. 1 equipo de cómputo, 1 impresora, Tinta para impresora, 1 caja de lapiceros, Hojas blancas, 2 Basculas, 1 calculadora científica, 1 caja de grapas, 2 Marca textos, 1 engrapadora, 1 caja de clips.

Experiencia del grupo. El trabajo se diseñó para levantar la información en el mes de septiembre 2017, la experiencia será adquirida al término de la propuesta de investigación.

Tiempo a desarrollarse. Septiembre 2107.

Summary

Evaluation of sexual function and associated factors in women from 20 to 40 years. In a General Hospital of the Zone.

Background. Sexuality has a broad meaning that encompasses all planes of the sexual being, it is a dimension of the personality and not only of the individual's ability to generate an erotic response. Changes in the mentality of new conceptions of the person have encouraged science to investigate and consider sexuality as a human reality capable of uniting the biological and social dimensions. Previously, it was only linked to reproduction, and only for this was sexual relations justified

Objective. To determine the sexual function and associated factors in women from 20 to 40 years old in the HGZ No.8 Córdoba, Ver.

Material and methods. A cross-sectional, observational, descriptive study will be carried out, the population will be women from 20 to 40 years old, they will be taken as consecutive cases, with prior informed consent.

Results The average age was 25 years and the majority of our population is in free union, the baccalaureate studies prevail, the majority of the population is of a medium low socioeconomic level and 65% of the women surveyed report being very satisfied in their sexuality.

Resources and infrastructure. Resources and Infrastructure. 1 computer equipment, 1 printer, printer ink, 1 pencil case, white sheets, 2 scales, 1 scientific calculator, 1 box of staples, 2 mark texts, 1 stapler, 1 box of clips.

Group experience the work was designed to raise the information in the month of September 2017, the experience will be acquired at the end of the research proposal.

Time to develop. September 2107.

Marco teórico

Masters y Johnson (1966), con miras a establecer un panorama más conciso de la reacción fisiológica con los estímulos sexuales, dividieron las respuestas sexuales masculina y femenina en cuatro fases progresivas: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Posteriormente el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales consideró las siguientes fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución. Cuando los procesos característicos de la respuesta sexual se alteran o cuando se presenta dolor asociado con el acto sexual, se considera que existe una disfunción o trastorno sexual. En la mujer pueden presentarse las siguientes disfunciones: deseo sexual hipoactivo, aversión al sexo, trastorno de la excitación, trastorno orgásmico femenino, dispareunia y vaginismo. ⁽¹⁾

La salud sexual femenina es un fenómeno dinámico y polifacético con un nexo estrecho con la calidad de vida global de la mujer. La expresión de su sexualidad se ve influida por una amplia gama de factores socioculturales, cognitivos, afectivos, de relación, intrapsíquicos, etc. Todos ellos deben tenerse en cuenta para la comprensión de sus problemas, desde una perspectiva integral. Para las mujeres el sexo era algo que debía soportarse, lo que llevó a la aparición. ⁽²⁾

La definición exacta de la disfunción sexual femenina es objeto de polémica, aunque se admite que es relativamente frecuente. Su prevalencia ha sido, y continúa siendo, objeto de múltiples debates. Abarcan diferentes formas de incapacidad para participar en una relación sexual deseada. Rubio las define 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 y que se presentan en forma persistente y recurrente”. ⁽³⁾

La disfunción sexual es un trastorno que afecta la sexualidad en su sentido más pleno y por tanto constituye un problema de salud, que si bien no pone en peligro la vida de las pacientes, afecta de forma directa su salud física y mental, así como distorsiona su equilibrio familiar, laboral y social. Por otra parte, en el deseo sexual de una persona en especial en la mujer, intervienen muchos factores de índole

psicológico y sociocultural, además de biológicos, los cuales integran y matizan la frecuencia e intensidad de los deseos que presenta un individuo en todos los aspectos de su vida sexual erótica. (4, 5)

La disfunción sexual es un síndrome en el que los procesos eróticos de la respuesta sexual, resultan no deseables para el individuo, en forma recurrente o persistente y cuya causa no se asocia con alguna enfermedad; de lo contrario, deberá especificarse como trastorno sexual. El trastorno sexual se diagnostica cuando existe alguna alteración clínicamente significativa, provocada sólo por los efectos de alguna enfermedad, sus manifestaciones clínicas son del mismo tipo e intensidad que las clasificadas como disfunción sexual. (6)

En la relación sexual, se interrelacionan un sinnúmero de elementos tanto psicológicos, sociales y biológicos, por lo tanto al enfrentarse a un trastorno de la esfera sexual es imposible ignorar las múltiples corrientes que influyen tanto su fisiología, como su patología. Dentro de la respuesta orgánica al estímulo sexual se han evidenciado diversos factores que interfieren en ésta, tales como estados emocionales de angustia, ansiedad o depresión, pudiendo afectar el estímulo sensorial, y también el rol de los andrógenos y la progesterona como factores que influyen la respuesta sexual. (7)

Respecto a la influencia en la neurotransmisión, la investigación en enfermedades como el Parkinson han entregado algunas claves del manejo del trastorno del deseo sexual. Se plantean vías influenciadas principalmente por 3 neurotransmisores: a) Dopamina la cual cumple una función esencial en la modulación del deseo sexual, aumentando la sensación subjetiva del deseo una vez comenzada la estimulación; b) Serotonina, la cual parece ejercer un efecto inhibitorio sobre el deseo sexual; y c) Noradrenalina, las vías noradrenérgicas, tendrían un rol modulador en la respuesta sexual. (8, 9)

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer y es reflejo de su bienestar físico, psicológico y social. Es un fenómeno complejo, comprende procesos tanto psicológicos como orgánicos y su comportamiento ha variado en el tiempo. Por este motivo resulta tan complejo su estudio, que sumado a los

problemas metodológicos que han presentado la mayoría de los estudios que investigan el tema, resulta en una dificultad para interpretar y comparar los resultados publicados sobre esta área de la conducta humana.⁽¹⁰⁾

Cabada RE y Cols. (2011), refieren que la palabra sexo se utiliza con frecuencia para aludir al hombre y a la mujer y para referirse a una actividad física en la que interviene el aparato genital. La sexualidad, tiene un significado amplio abarca todos los planos del ser sexual, es una dimensión de la personalidad y no solamente de la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica. Los cambios de la mentalidad de las nuevas concepciones de la persona han incitado a la ciencia a investigar y considerar la sexualidad como una realidad humana capaz de unir las dimensiones biológica y social. Anteriormente estaba vinculada únicamente con la reproducción, y solamente por ésta se justificaba las relaciones sexuales.^(11, 12)

La función sexual es un aspecto importante del bienestar sexual y social y los problemas de la función sexual femenina se reportan con mayor frecuencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los trastornos sexuales como “las muchas formas en las cuales un individuo es incapaz de participar en una relación sexual como desearía”. Existe incremento de la violación desde temprana edad que repercuten en la edad adulta alterando las relaciones sexuales. Así mismo CM Emerson argumenta que en la evaluación de la libido en mujeres, deben tomarse en cuenta la calidad de vida, la autoestima y las características de las relaciones. Existen muchos retos al tratar este tema: los diversos desencadenantes, los estadios de la vida reproductiva de una mujer, las definiciones, los métodos de evaluación y la forma de actuar de los médicos. Muchos casos permanecen desconocidos debido a que sólo una pequeña proporción de mujeres busca consejo médico. En su mismo artículo refiere que Nazareth y col. reportaron sólo 22% (39/174) de mujeres con falta o pérdida del deseo sexual. Masters y Johnson dividieron en forma clásica la respuesta sexual femenina en cuatro partes: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Este modelo resalta los aspectos físicos de la respuesta sexual sin hacer referencia alguna a los procesos mentales subyacentes. Más tarde Kaplan revisó este modelo y lo cambió por deseo,

excitación y orgasmo. En esta formulación el deseo es un componente de los pensamientos, fantasías y motivación sexuales; esto podría ser espontáneo o en respuesta a acciones sexuales. Esto conduce a un estado de excitación con ingurgitación genital y lubricación hasta el orgasmo. ⁽¹³⁾

Posteriormente Masters, Johnson y Kaplan definieron la vía del deseo al orgasmo como lineal, con un periodo de conciencia del deseo que conduce a la excitación. Sin embargo, este paradigma de secuencia lineal se ha disputado. Existe evidencia de que en una relación establecida, el deseo puede ocurrir en realidad después de la excitación y esto llevó a Basson y Boldmeier a argumentar por una vía de respuesta del deseo. Este modelo sugiere que una mujer puede participar en una actividad sexual inicialmente por razones no sexuales (intimidad, sentido de bienestar, "deber"), pero la estimulación conduce a la excitación y ésta implica deseo, por tanto, responsabilidad. Aunque el deseo en respuesta se ve como una normativa, las mujeres se quejan de esto y pueden sentirse angustiadas. ^(12 13)

Estudios por González RY en Cuba refiere que la población mayor al número de mujeres que transitarán por el climaterio. A la par, la sexualidad femenina es un tema tratado frecuentemente en la literatura médica nacional e internacional, 3-9 en especial, lo referente a los cambios en la respuesta sexual que ocurren en las diferentes etapas del ciclo de vida de la mujer, sobre todo aquellos relativos a la postmenopausia y al envejecimiento, en los que se reportan frecuencias de disfunción sexual que varían entre el 45 y el 88 %. ⁽¹⁴⁾

La regresión funcional de los ovarios característica del climaterio, con el déficit estrogénico consecutivo, unido al envejecimiento al modificarse el aparato genital femenino, pudiera explicar los resultados antes expuestos, aunque autores como *Foray* otros le confieren mayor importancia patogénica a los factores sociales, como las relaciones de pareja. Estudios reportados en los Aspectos relacionados con la respuesta sexual. A partir de la auto percepción de la mujer referente a considerar si en los últimos 6 meses hubo modificaciones (incremento o decremento) o no en cada una de las fases de la respuesta sexual (deseo, excitación y orgasmo). ⁽¹⁴⁾

En la mujer, el embarazo representa una situación crítica desde el punto de vista endocrino metabólico y afectivo. La mayoría de las mujeres expresan esta

sobrecarga con modificaciones del comportamiento sexual. La impresión general es que en el curso del embarazo disminuye la libido, la frecuencia de coitos, la capacidad orgásmica y la satisfacción sexual de la embarazada. En la actualidad, el coito no se considera simplemente como una función en pro de la reproducción, sino también como complementaria para el mantenimiento de la pareja. La libido es una función fisiológica más, que, de no realizarse, es causa de múltiples alteraciones en su estado afectivo. ⁽¹⁵⁾

La disminución del apetito sexual puede ser debida a diferentes causas, tales como la pérdida del atractivo de su pareja, el temor a dañar a ella o al feto, la creencia de que es inmoral tener relaciones sexuales con una embarazada o el miedo a no ser capaz de satisfacer las necesidades de su pareja. La sexualidad femenina humana también está condicionada por los tabúes sexuales que relacionan el coito con posibles lesiones fetales. ⁽¹⁵⁾

La conveniencia de la actividad sexual durante el embarazo y sus consecuencias ha estado sujeta durante largo tiempo a una considerable especulación. Los pacientes adoptan sus propias determinaciones sobre los cambios en el comportamiento sexual durante el embarazo, pero a veces lo hacen de forma equivocada o influida por elementos extraños. ⁽¹⁵⁾

Susan R Devis y cols (2011), argumentan la prevalencia de los problemas sexuales en mujeres varía entre 9 y 43%. Entre estas mujeres, el trastorno de deseo sexual hipoactivo es una afección reportada comúnmente, motivada por los síntomas, caracterizada por disminución o ausencia de interés en la actividad sexual, lo que causa angustia. La disminución de la libido es común después de la menopausia natural, y la ooforectomía bilateral. ⁽¹⁶⁾

El funcionamiento sexual de las mujeres ha recibido una atención considerablemente menor. Investigaciones sobre sexualidad femenina y diabetes afrontan una serie de complicaciones relativas a la actividad sexual. Aunque no se observaba un aumento de los problemas de las mujeres para alcanzar el orgasmo, aumentaba el riesgo de una disminución de la excitación sexual, con una lubricación lenta y/o inadecuada, una reducción del deseo sexual y una probabilidad de que aumentase el dolor durante la penetración. ⁽¹⁷⁾

Otro estudio reciente que comparaba a las mujeres con diabetes tipo 1 con un grupo de mujeres de edades similares sin diabetes también encontró mayor incidencia de disfunción sexual y una disminución de la lubricación. Las mujeres con complicaciones diabéticas manifestaron tener bastantes menos problemas con su funcionamiento sexual que quienes no tenían complicaciones. Las mujeres del estudio con problemas sexuales (tanto aquellas con diabetes como las no tenían la afección) manifestaron una menor calidad en sus relaciones con su pareja. ⁽¹⁷⁾

Algunas mujeres en fase inicial de Diabetes Tipo 1 sin diagnosticar podrían experimentar problemas de excitación sexual, pérdida del deseo sexual (libido) e incluso incapacidad de llegar al orgasmo. Sin embargo, todo vuelve a lo normal una vez que se diagnostica la diabetes y se establece una terapia con insulina. ⁽¹⁷⁾

Entre los factores de riesgo de las dificultades sexuales más graves en mujeres con diabetes se encuentran el mal control glucémico, la presencia de complicaciones (especialmente la lesión de los nervios sensoriales) y algunos medicamentos, como los antidepresivos tricíclicos, que suelen utilizarse para combatir el dolor en la neuropatía. ⁽¹⁷⁾

Concuerdan otros autores que la disfunción sexual se entiende como una alteración persistente o recurrente de cualquiera de las fases del ciclo de la respuesta sexual humana que interfiere con la adecuada realización y gratificación de la misma a causa de factores psicológicos, fisiológicos o conjuntos, incluyendo los producidos por efectos secundarios en determinados fármacos. Las Disfunción sexual pueden afectar a la fase de interés o deseo sexual, a la fase de excitación y/o a la fase de orgasmo. Se trata, pues, de un término que engloba un grupo heterogéneo de síntomas que van a afectar en mayor o menor medida a la calidad de vida de nuestros pacientes. La mayoría de las disfunciones sexuales tienen una etiología multifactorial y determinadas enfermedades crónicas causan o están asociadas a disfunción sexual con mucha frecuencia, incluso algunos fármacos comunes en estas enfermedades pueden generar alteraciones sexuales. Una de las enfermedades cardiovasculares asociada a la presencia de disfunción sexual es la hipertensión arterial, la cual podría generar estas anomalías por mecanismos fisiopatológicos inherentes a la propia enfermedad vascular hipertensiva; en otros

casos se implican factores psicogénicos y en otros puede ser un efecto adverso de la medicación antihipertensiva. ⁽¹⁸⁾

No hay muchos estudios epidemiológicos publicados sobre mujeres; los instrumentos psicométricos ofrecen una evaluación sólo parcial de su función sexual (alguna fase de su respuesta sexual), siendo escasos y poco accesibles a los médicos esencialmente los validados en castellano. El cuestionario evaluador de la Función Sexual de la Mujer (FSM) (Sánchez eat al), de inminente publicación, ha demostrado fiabilidad y validez, y se ha convertido en el instrumento para abordar las disfunciones sexuales en las mujeres, y se espera que resulte útil tanto para el diagnóstico individualizado como para la realización de estudios poblacionales. ⁽¹⁹⁾

Aunque casi todos los estudios sobre disfunción sexual vasculogénicas se suelen referir a la disfunción sexual, la mujer también sufre en su sexualidad las consecuencias de la hipertensión arterial y demás trastornos vasculares. En la normal respuesta sexual los mediadores y neurotransmisores que relajan el músculo liso de las arterias y arteriolas, inducen un aumento de la lubricación vaginal y del crecimiento del clítoris en longitud y diámetro, similar a la respuesta eréctil en el hombre, cuando hay compromiso de la irrigación arterial de la vagina y del clítoris, esencialmente por lesiones escleróticas, se afecta la lubricación vaginal ocasionando dispareunia, disminución de la sensibilidad vaginal y dificultad orgásmica. ⁽²⁰⁾

Juan Enrique Blümel M, Lorena BinfaE, Paulina Cataldo A, Alejandra Carrasco V, Humberto Izaguirre, Salvador Sarrá en un estudio y con el objetivo de aplicar y validar en una población chilena el “Índice de Función Sexual Femenina” establecido en el International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions. Estudiaron 383 mujeres sanas de 20 a 59 años con actividad sexual, beneficiarias del Centro de Salud “Carol Urzúa”. Instrumento: cuestionario de 19 preguntas, agrupadas en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Análisis estadístico: Se utilizaron ANOVA, Kruskal-Wallis, Chi cuadrado, regresión logística y alpha de Cronbach. Obtuvieron resultados

siguientes: Edad media: 35,3±10,9 años, casadas (50,4%) o conviviente (17,0%), con educación media (48,2%). La consistencia interna del test fue buena (>0,70). La sexualidad logra su máxima expresión a los 35-40 años (puntaje: 29,1±4,9) para caer posteriormente (21,0±6,0), especialmente el deseo y excitación. Después de los 44 años se incrementa el riesgo de disfunción sexual (OR:3,6; IC: 2,1-6,3; p< 0,0001). La mayor educación y la estabilidad de pareja disminuyen el riesgo (OR: 0,45; IC:0,28-0,80; p< 0,005 y OR:0,58; IC:0,35-0,98; p< 0,05. Además concluyeron que el Índice de Función Sexual Femenino es un instrumento sencillo de aplicar, con propiedades psicométricas adecuadas que permite evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida. Es adecuado para estudios epidemiológicos y clínicos.

(20)

La Consejería de Salud, a través del servicio de salud de Andalucía publican un cuestionario EVALUADOR DE LA FUNCION SEXUAL DE LA MUJER-FSM el cual consta de 14 Items los cuales son los siguientes: 1.- Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes) Relacionados con actividades sexuales? 2. Durante las 4 últimas semanas ¿Ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual? 3.- Durante las 4 últimas semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente? 4.- En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han(o se ha) tocado o acariciado ¿Ha tenido excitación sexual? Por ejemplo sensación de “ponerse en marcha” “deseo de avanzar más” en la actividad sexual. 5.- En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han(o se ha) tocado o acariciado ¿Ha tenido excitación sexual? Por ejemplo sensación de “ponerse en marcha” “deseo de avanzar más” en la actividad sexual. 6.- En las 4 últimas semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y /o zona genital ¿Ha sentido dolor? 7a.- En las 4 últimas semanas, durante su actividad sexual La penetración vaginal (del pene, dedo, objeto....) ¿podría realizarse con facilidad? Instrucciones: No debe contestar a esta última pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas semanas. En su lugar responda la pregunta 7b, hasta aquí en estos Items , las respuestas están categorizadas en: Casi siempre-siempre, nunca, raramente, a veces, a

menudo, casi siempre-siempre. En el Ítems 7b.- Indique porqué motivo no ha habido penetración vaginal durante las 4 últimas semanas? Instrucciones: Conteste esta pregunta solo si no contesto la pregunta 7^a, la categorización de las respuestas es la siguiente: Por sentir dolor, Por miedo a la penetración, Por falta de interés para la penetración vaginal, Por no tener pareja sexual, Incapacidad para la penetración por parte de su pareja. El siguiente ítems es número 8.- Durante las 4 últimas semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿Ha sentido miedo, inquietud, ansiedad. 9.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración,10.- En las últimas 4 semanas ¿Cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? Nota informativa: El término “con otra persona” se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas independientemente de su sexo.11.- Durante las 4 últimas semanas,¿ se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?12.- Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuántas veces ha tenido actividad sexual?13.- Durante las 4 últimas semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual, 14.- En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas ¿se ha sentido satisfecha? ⁽²¹⁾

De la pregunta No.9 a la 13 las respuestas están categorizadas en: Casi siempre-siempre, nunca, raramente, a veces, a menudo, casi siempre-siempre. La pregunta 14 la categorización es: Muy insatisfecha, Ni satisfecha, ni insatisfecha, Bastante satisfecha, Muy satisfecha. ⁽¹⁹⁾.

Los ítems significan las siguientes variables: Deseo, del 1,2, 4, Excitación, 3, 4,5.lubricación 5, orgasmo 9, problemas con la penetración vaginal 6, 7ay 8, ansiedad anticipatoria 8, iniciativa sexual 10, grado de comunicación sexual 11, satisfacción de la actividad sexual 9, 13, satisfacción sexual general 14, actividad sexual sin penetración vaginal 7b, frecuencia de actividad sexual 12, existencia o no de pareja sexual 11. Para diagnosticar disfunción sexual solo contabilizan los 6 primeros DEAS: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, problemas con la

penetración vaginal, ansiedad anticipatoria. Dominio “grado de comunicación sexual”: no evaluable si la opción elegida por la mujer fuese no tengo pareja¹⁹.

Dominio “actividad sexual sin penetración vaginal”: evaluable solo si no hay respuesta a la pregunta 7a y sí a 7b. Consideraciones diagnósticas a la información complementaria del ítem 7b: Si la respuesta es a) Dolor o b) Miedo a la penetración: Considerar posible “trastorno sexual por dolor” (DSM-IV-TR y CIE 10): Vaginismo o dispareunia severos. Si la respuesta es d) Incapacidad por parte de su pareja: Estudiar posible disfunción eréctil u otro trastorno de la pareja. ⁽¹⁹⁾.

FalfanZG, Romero PAM, Hernández GJA utilizan el método Graffar para evaluar el nivel socioeconómico el puntaje es del 1- al 5 y lo categoriza 04-6 estrato alto, 07-09 medio alto, 10-12 medio bajo, 13-16 obrero, 17-20 marginal ⁽²⁰⁾

En este mismo contexto ,otros estudios publicados por Gerardo J Bauce, para incorporar el aspecto socioeconómico, en la investigación del área de la salud, han utilizado para evaluar el estrato social de las familias, el Método Graffar Modificado por Méndez Castellano el cual consideraba cuatro variables, conocer : profesión del jefe de familia nivel de instrucción de la madre principal fuente de ingreso de la familia y tipo de la vivienda, se plantearon la necesidad de considerar otras variables que de alguna manera permitieran tener una aproximación mucho más cercana a la realidad, dado que los sectores donde se estaba realizando una actividad de extensión por parte de la Universidad, corresponden a familias de escasos recursos, pero que basado en las experiencias obtenidas por quienes participamos en las reuniones, en un gran número de familias de las zonas o sectores visitados, observaron que dichas familias disponían de una diversidad de artefactos eléctricos, servicios, ciertas comodidades, las cuales de alguna manera debían ser tomadas en cuenta, para de esta manera realizar una medición ajustada a esa realidad.⁽²¹⁾

Rivera GP, González IR, Vargas Peña, (2004), coinciden en su estudio realizado en población mapuche que la disfunción sexual femenina es un problema multicausal y multidimensional, en que se combina la biología de la persona, la psicología y las relaciones interpersonales. Está relacionada, al igual que en el hombre, con la edad; es progresiva y altamente frecuente, afectando del 30 al 50% de las mujeres. Según datos aportados por el *National Health and Social Life Survey*, el 43% de las mujeres norteamericanas experimentan disfunciones sexuales. En la novena región de la Araucanía, existe una gran cantidad de población mapuche, con costumbres, cultura, religión y calidad de vida muy diferente a la población no mapuche. ⁽²²⁾

En México se considera que esta disfunción afecta a 80% de las mujeres provenientes de un medio socioeconómico y escolaridad bajos. Según Álvarez Gayou ésta se observa en 40% de la población femenina y tiene consecuencias nocivas para la mujer, que repercuten en la familia y que se manifiestan mediante síntomas psicósomáticos; por lo tanto, se le considera un problema de salud sexual y mental. ⁽²³⁾

En otro estudio se efectuó con un diseño correlacional, con 311 estudiantes de una universidad pública. La edad promedio fue 20,2 años (rango de edad de 16-31 años); el estado civil del 93,9% eran solteras, el 3,9% vivía en unión libre y el 2,2% restante estaban comprometidas. Los resultados permiten concluir que no existe relación estadísticamente significativa entre autoestima y disfunción sexual. ⁽²⁴⁾

En estudio realizado en un medio rural, la edad promedio fue 25,3 años; resultaron solteros 76,5 % de los hombres y 43,6 % de las mujeres. El 96,1 % de las personas saben leer y escribir pero únicamente 19,5 % tenían bachillerato completo. Así 35,9 % eran obreros, 82,8 % recibían sueldo básico y 82 % conocen los métodos anticonceptivos. El condón y los anticonceptivos orales son los mayormente usados. Fue baja la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). La mayoría tenía entre 0 y 1 hijo. Los hombres por iniciativa propia buscan información sobre sexualidad. El conocimiento sobre sexualidad en ambos géneros es bajo. Ambos géneros mantienen relaciones sexuales por amor y con fines reproductivos.

Desconocen qué es el orgasmo, siendo el problema fundamental de disfunción sexual, la sexualidad la consideran como un tabú y conocen los anticonceptivos pero no los usan con frecuencia. (25,26,27,28)

Justificación

La conducta sexual es una de las manifestaciones más importantes, aunque no la única. Conlleva, junto a una compleja interacción de factores intrapsíquicos, interpersonales y sociales que intervienen en su iniciación y mantenimiento, una expresión psicofisiológica característica, un conjunto de cambios físicos y mentales que constituyen la llamada, desde Masters y Johnson, respuesta sexual.

Los cambios fisiológicos más característicos tienen lugar en los órganos genitales, aunque, en realidad, la respuesta sexual implica al conjunto de todo el organismo.

Todos nuestros órganos y sistemas modifican en diversa medida su estado funcional durante la vida. La complejidad de la respuesta sexual hace que requiera, para su desarrollo efectivo y gratificante, un cuerpo especialmente sano.

Por ello, muchos trastornos del organismo de diverso tipo pueden afectar negativamente la producción de una respuesta sexual satisfactoria.

En el año 2000, un grupo de investigadores desarrolló y validó un instrumento capaz de medir y calcular un Índice de Función Sexual Femenina (IFSF). Dicho instrumento explora el deseo sexual, la capacidad de excitación, de lubricación, la calidad del orgasmo, los problemas con la penetración y la satisfacción con la vida sexual.

En los últimos años se han realizado otros estudios relacionados con la función sexual masculina, pero no se analiza en el ámbito de la atención primaria la satisfacción de la sexualidad en la mujer, existiendo siempre el tabú de minimizar el género femenino como un derecho de manifestar sus deseos sexuales.

En este sentido se considera fundamental que el Médico Familiar identifique ciertos aspectos relacionados a la sexualidad de mujeres derechohabientes, considerando el manejo de la familia desde varios enfoques .

Planteamiento del problema

Toda aproximación a la sexualidad humana requiere de una percepción de su propio concepto. Es el único modo de no parcializar, descontextualizar o, incluso, deshumanizar el afrontamiento de las dificultades en este ámbito.

La sexualidad está inmersa por una cultura y caracterizada por una fuerte influencia judeocristiana, que ha establecido y promueve códigos y preceptos rígidos que responden a las formas de convivencia de épocas pretéritas

El desconocimiento de la funcionalidad sexual, y los crecientes daños físicos, psicológicos y morales como efecto de un ejercicio sexual, mitificado y estereotipado por la sociedad, es determinante que deje atrás la subcultura de la culpa, de las actitudes vergonzantes y la intolerancia.

La sexualidad no es un acto solamente biológico de los actos más repetitivos y banales de la vida cotidiana. Las normatividades de la vida sexual y amorosa se encuentran, de hecho, prescritas y proscritas por diversos espacios, tiempos, modos y ritos.

El deseo erótico no deja de ser una dimensión de la identidad sexual. El modo en que construye y orienta parte de la manera en que perciben las mujeres en edad fértil.

El deseo erótico expresado y satisfecho a través de los comportamientos sexuales requiere del espacio de la intimidad. El hecho de sentirse seguro y cómodo en este espacio necesita de un grado determinado de seguridad básica, donde el modelo interno, generado por el proceso de vinculación afectiva, de apego, juega un papel determinante sin importar el lugar en donde radican las mujeres siendo tanto urbana como rural.

Se ha observado que existen pocos trabajos de investigación publicados referente a la percepción de la funcionalidad sexual en mujeres de edad fértil en nuestra zona. Derivado de lo anterior nos surge la siguiente pregunta a investigar.

¿Cuál es la función sexual y factores asociados en mujeres de 20 a 40 años en el HGZ No.8 Córdoba, Ver. ?

Objetivo general

Determinar la función sexual y factores asociados en mujeres de 20 a 40 años en el HGZ No.8 Córdoba, Ver.

Objetivos específicos

Identificar la función sexual en mujeres de 20 a 40 años en el HGZ No.8 Córdoba, Ver., por edad

Identificar la función sexual por estado civil, en el género femenino, en el HGZ No.8 Córdoba, Ver.

Identificar la función sexual por religión, en el género femenino, en el HGZ No.8 Córdoba, Ver.

Identificar la función sexual por escolaridad, en el género femenino, en el HGZ No.8 Córdoba, Ver.

Identificar la función sexual por ocupación en el género femenino, en el HGZ No.8 Córdoba, Ver.

Hipótesis

Por ser un estudio descriptivo no aplica hipótesis.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Población de estudio. Mujeres derechohabientes de 20 a 40 años que acuden a consulta al Hospital General de Zona No.8 Córdoba, Ver.

Lugar del estudio. Hospital General de Zona No.8 Córdoba, Ver.

Tamaño de la muestra. 246 mujeres

Universo de trabajo y lugar: Pacientes que acudan a la consulta externa de Ginecología y Control Prenatal Hospitalario del Hospital General de Zona No.8 Córdoba, Ver

Periodo del estudio. Septiembre 2017

Determinación del tamaño y tipo de muestreo

Fórmula para poblaciones infinitas

$$n = Z^2 p q / d^2$$

n = tamaño de muestra

$$Z = 1.96$$

p = prevalencia, frecuencia o proporción del fenómeno a estimar.

$$q = 1-p$$

d = error estimado o diferencia o promedio de las diferencias de las proporciones, frecuencias o prevalencias reportadas.

Como ejemplo tomemos un 5% (0.05 en proporción) de las diferencias de investigaciones realizadas.

$$N = 1.962 \times 0.20 \times 0.80 / 0.052 = 3.849 \times 0.20 \times 0.80 / 0.0025 = 0.6158 / 0.0025 =$$

$$N = 246 \text{ formula para poblaciones infinitas}$$

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Mujeres de 20 a 40 años que acudan a la consulta externa del Hospital General de Zona No.8 con actividad sexual en los últimos cuatro meses, edad de 20 a 40 años, de indistinto estado civil, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico.

Criterios de no inclusión

Mujeres que no acepten participar en el estudio.

Criterios de eliminación

Cuestionarios incompletos y que aunque hayan firmado la hoja de consentimiento informado deseen retirarse en el momento del estudio.

Variables

Variables independientes

Edad

Estado civil

Religión,

Escolaridad.

Ocupación.

Nivel socioeconómico

Variable dependiente.

Funcionalidad sexual

Operación de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala	Indicador
Edad	Años que ha vivido una persona desde el nacimiento.	Años que tiene el individuo en el momento del estudio.	Cuantitativa	Razón, discreta	18,19,20 etc.
Estado civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones del matrimonio	Situación de matrimonio del individuo ha estudiado.	Cualitativa	Nominal	1.- Casada. 2. Unión libre.
Religión	Es una práctica humana de creencias existenciales, morales y sobrenaturales.	Será la religión que tiene en el momento del estudio	Cualitativa	Nominal	1.- Católico 2.-Evangélico 3.- Testigo de Jehová
Escolaridad	Conjunto de enseñanzas y cursos que se le imparten al estudiante.	Nivel de estudio terminado del individuo interrogado.	Cualitativa	Ordinal	1.- Analfabeta 2.-Primaria incompleta 3.-Primaria completa 4-Secundaria Completa

					5.-Preparatoria 6.- Técnico 7.- Profesionista
--	--	--	--	--	---

CATEGORIZACION Y OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala	Indicador
Ocupación	Situación de una actividad del individuo en una sociedad determinada	Será la actividad que desempeña al momento del estudio	Cualitativa	Nominal	1.- ama de casa 2.- obrera 3.- secretaria 5.- técnica 6.- profesionista
Nivel socioeconómico.	Ingreso como individuo y/o como grupo, y otros factores como ser equipamiento del hogar, condiciones generales en las que vive, nivel educativo, etc.	Situación económica por la que cursa el individuo en el momento del estudio mediante instrumento exprofeso.	Cualitativa	Nominal	1.- Muy bajo Bajo 2.- Medio 3.- Medio alto 4. Alto
Funcionalidad sexual	Percibir mediante los sentidos el deseo sexual.	Persona que aporta lo que percibe mediante los sentidos en razón del deseo	Cualitativa	Nominal politómica	Muy insatisfecha, Bastante satisfecha, Ni satisfecha, ni insatisfecha, Bastante satisfecha,

		sexual en el momento del estudio mediante un instrumento exprofeso .FSM			Muy satisfecha

CATEGORIZACION Y OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala	Indicador
No de parejas	Número de personas con la que se ha tenido relaciones sexuales	Será el número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales en el momento del estudio	Cuantitativa	Numérica continua	1.-una 2.- dos 3. Tres 4. 4 y mas
Edad de Inicio de vida sexual	Edad en la que se inicia por primera vez una relación sexual	Edad en la inicia por primeras una relación sexual en el momento del estudio	cuantitativa	Numérica continúa	1.-14 -16 2.-17-19 3.-20-22 4.-23 y más
Uso de anticonceptivos	Métodos y técnicas de prevención de un embarazo o de enfermedades transmisión sexual	Será los métodos o técnicas de prevención de embarazos o de enfermedades de transmisión sexual utilizados en el momento del estudio	Cualitativa	Nominal	1.Hormonales 2.Diu 3.Métodos definitivos 4.Preservativo

Análisis estadístico

Los datos se presentaran en porcentajes y frecuencias además medidas de tendencia central y desviación estándar.

Procedimiento

Al ser concluida la propuesta de investigación se presentará ante el CLEIS para su análisis, otorgado el número de registro se solicitará a las autoridades correspondientes el permiso para el levantamiento de datos.

Se identificará en la sala de espera de Ginecología y Control Prenatal Hospitalario a las mujeres que cumplan con los criterios de inclusión, se invitará a participar mediante consentimiento informado. A la aprobación de las mujeres de formar parte del estudio se les informará relativo al llenado de la encuesta. Una vez obtenido los datos se ingresaran en un programa SPSS versión 19.

El instrumento FSM consta de 14 ítems que exploran la funcionalidad sexual y variables sociodemográficas además el método de Graffar

CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO:

Este estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud; en materia de experimentación con seres humanos, así como en la declaración de Núremberg emitida en 1947, en el tribunal internacional del mismo nombre a través de la cual se establecen las condiciones éticas para la práctica de la investigación en seres humanos. Esta declaración fue reformada en 1964 durante la Asamblea Mundial de Helsinki y actualizada por la misma Asamblea en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000, en Tokio, Venecia, Hong Kong, Somerset y Edimburgo, respectivamente.²⁹

CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS ÉTICAS E INSTRUCTIVO INSTITUCIONALES.

El presente proyecto de investigación se ajustó a las normas e instructivos internacionales en materia de investigación científica y será autorizado por el comité de investigación local.

Recursos

Humanos

Un Investigador

Un asesor metodológico y estadístico:

376 pacientes

Materiales

- Un escritorio
- 18 artículos
- Un equipo de cómputo
- Programas de internet
- Un cañón
- Una copiadora/impresora
- 20 Bolígrafos
- Una memoria flash 2.0, 2 MB
- 10 lápices
- 2 engrapadoras
- 20 Fólder
- 2000 hojas blancas.
- \$5000,00 pasajes y comidas.

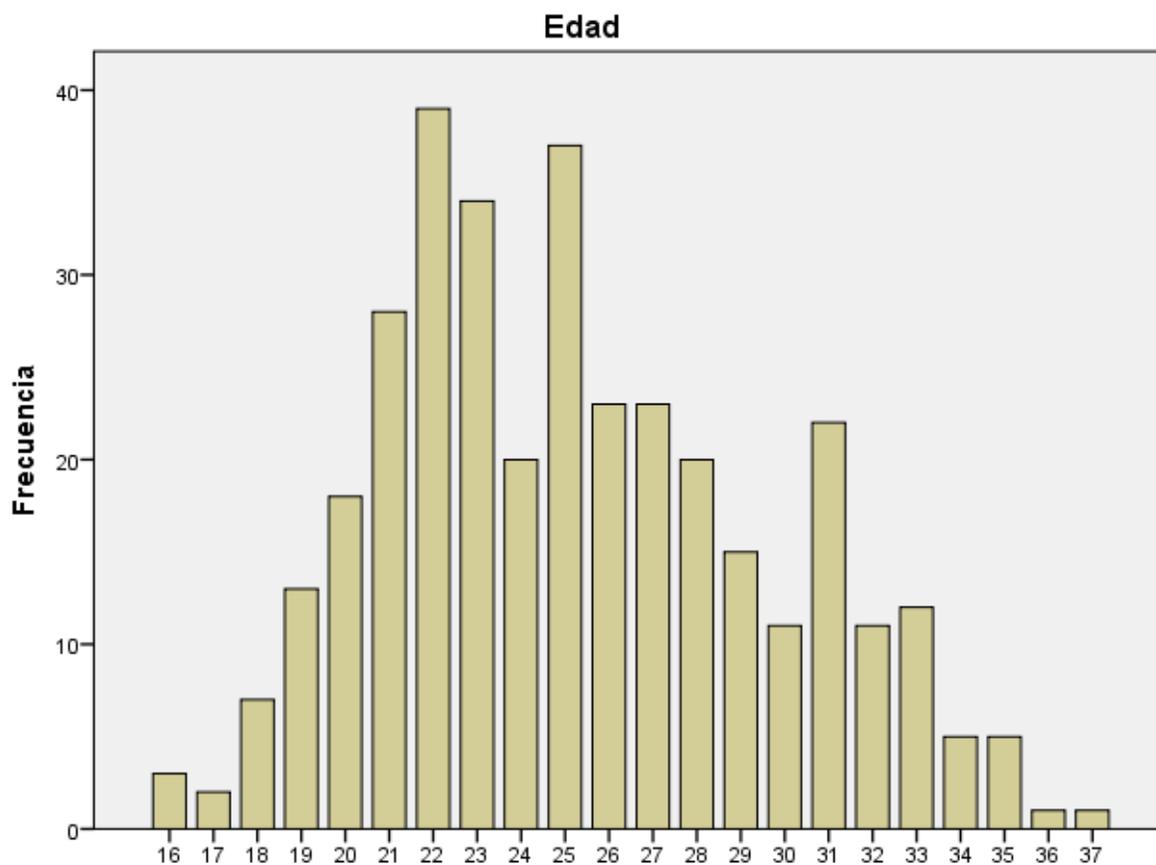
Financieros:

Los propios del investigador.

Resultados

A continuación se muestran los resultados obtenidos de la aplicación de los cuestionarios del protocolo de investigación “Evaluación de la función sexual y factores asociados en mujeres de 20 a 40 años. En un Hospital General de Zona .

Tabla No.1 Edad

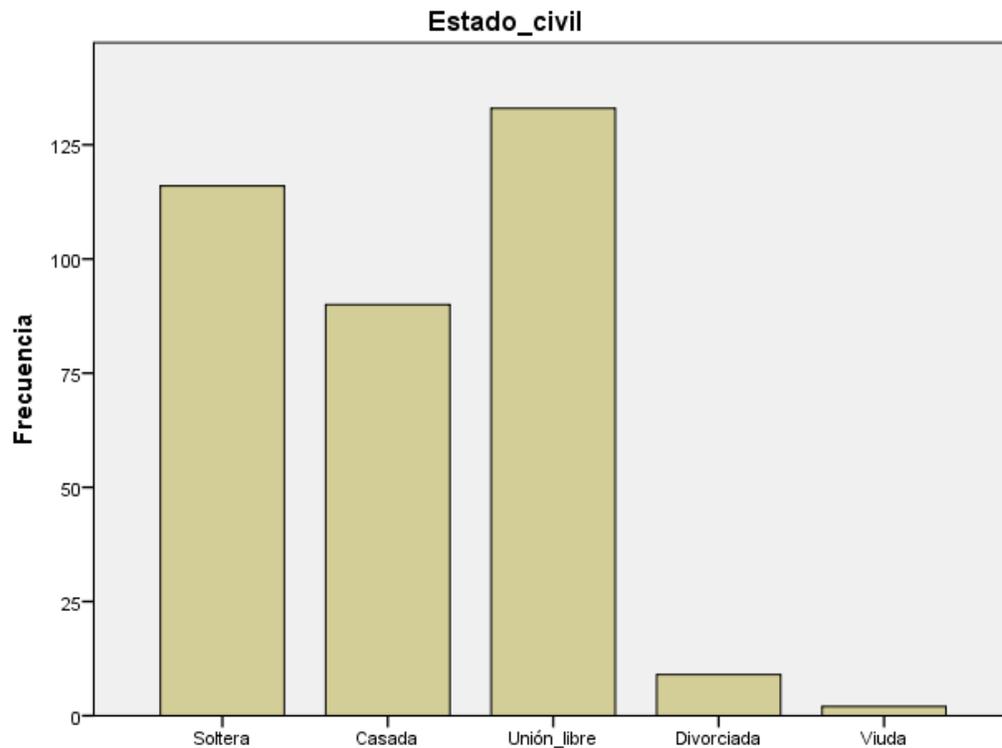


Fuente. Resultados de la base de datos del trabajo “Evaluación de la función sexual y factores asociados en mujeres de 20 a 40 años. En un Hospital General de Zona.”

Como se observa en los gráficos anteriores, la población de estudio tuvo un comportamiento un poco más amplio en las edades esperadas, teniendo como

mujer fértil a la mujer de 16 hasta los 37 años. La media aritmética de la edad fue de 25 años con una desviación estándar de

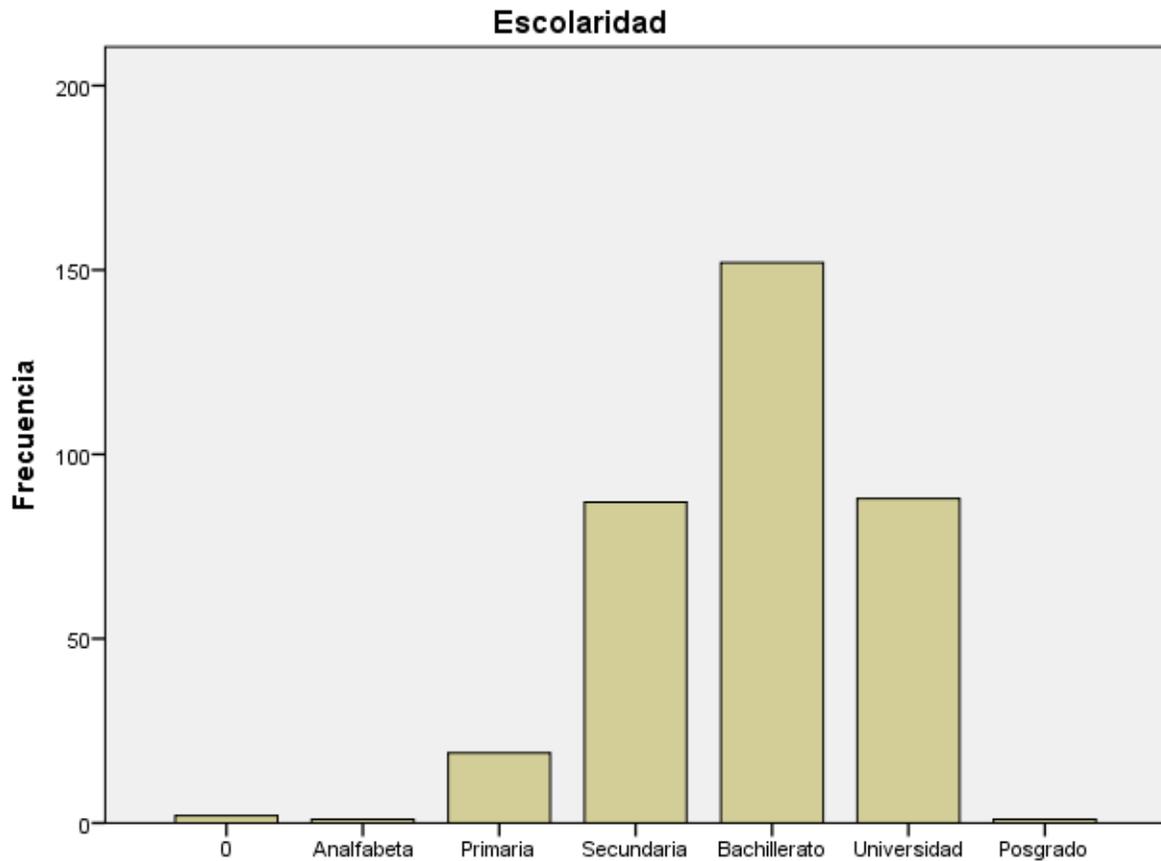
Tabla No.2 Estado civil



Fuente. Resultados de la base de datos del trabajo "Evaluación de la función sexual y factores asociados en mujeres de 20 a 40 años. En un Hospital General de Zona."

Con lo que respecta al estado civil de las mujeres de estudio, se encontró que un 37% fue de unión libre, seguido de un 32% soltera y con actividad sexual y un 25% casadas, divorciada 2%,viuda 2%.

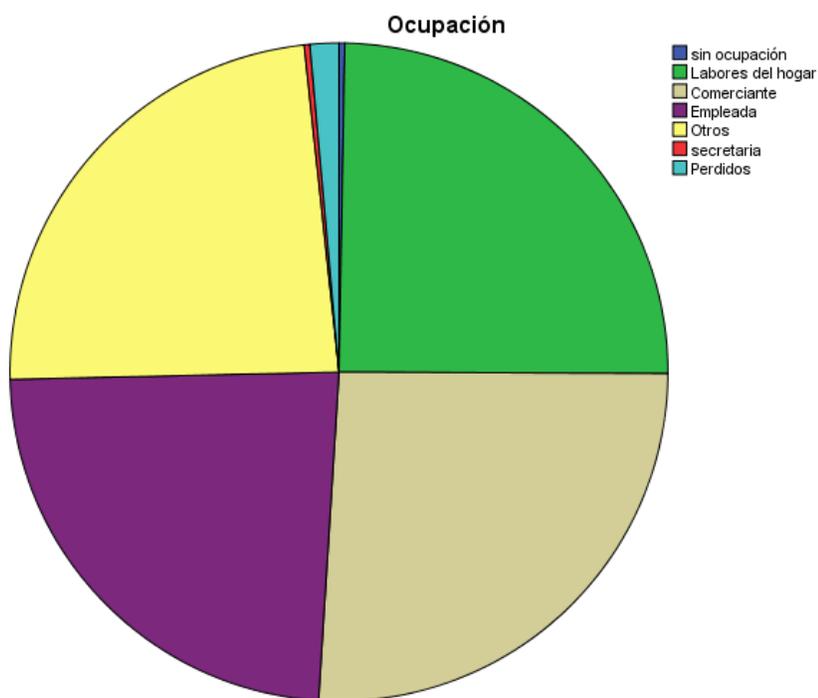
Tabla No.3 Escolaridad



Fuente. Resultados de la base de datos del trabajo "Evaluación de la función sexual y factores asociados en mujeres de 20 a 40 años. En un Hospital General de Zona."

Respecto a la escolaridad que presentó nuestra población de estudio, los estudios de bachillerato estuvo presente en un 42%, lo que fue secundaria y universitarias se presentó en un 24% cada una; sólo 1 persona tiene estudios de posgrado.

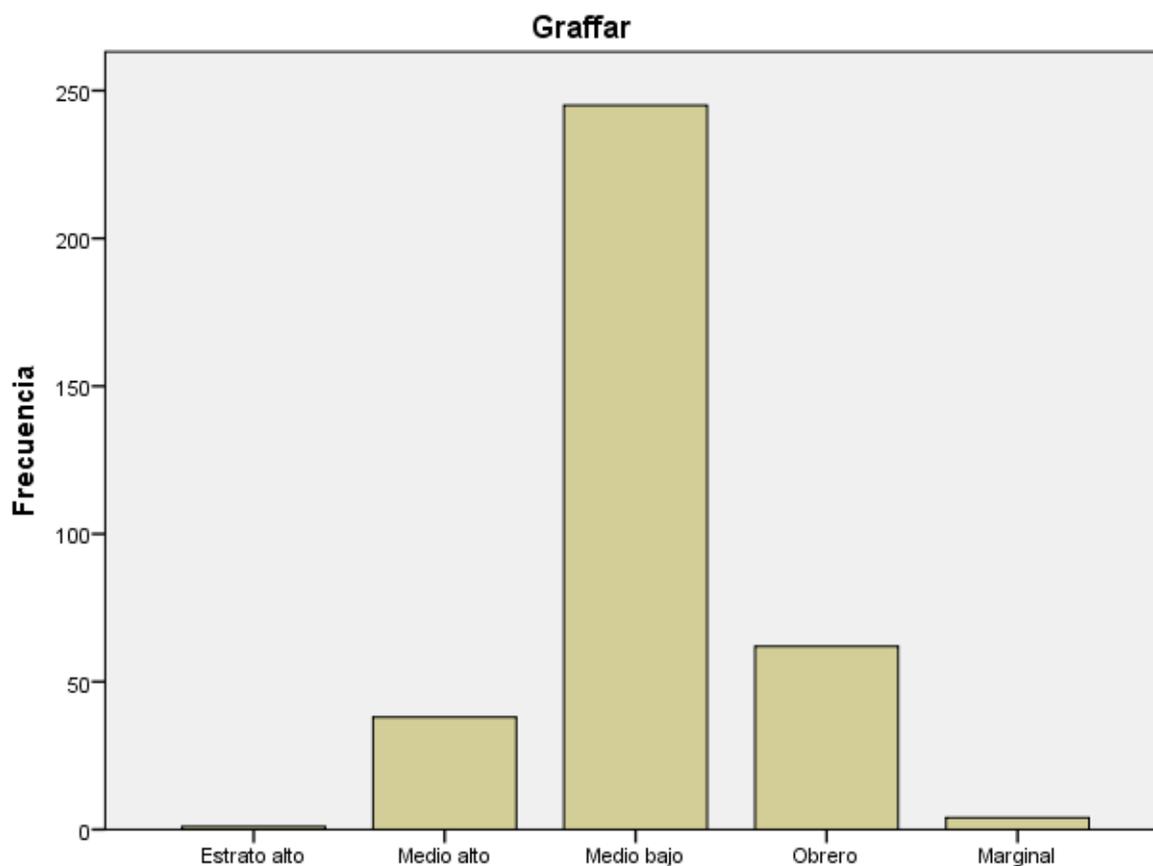
Tabla No. 4 Ocupación



Fuente. Resultados de la base de datos del trabajo” Evaluación de la función sexual y factores asociados en mujeres de 20 a 40 años. En un Hospital General de Zona.”

En cuanto a las actividades realizadas por nuestra muestra de estudio, una cuarta parte se dedica a labores del hogar, seguido por una diferencia mínima de comerciante y de empleada. Una considerable parte de la población se dedica a otros empleos no clasificables (23%).

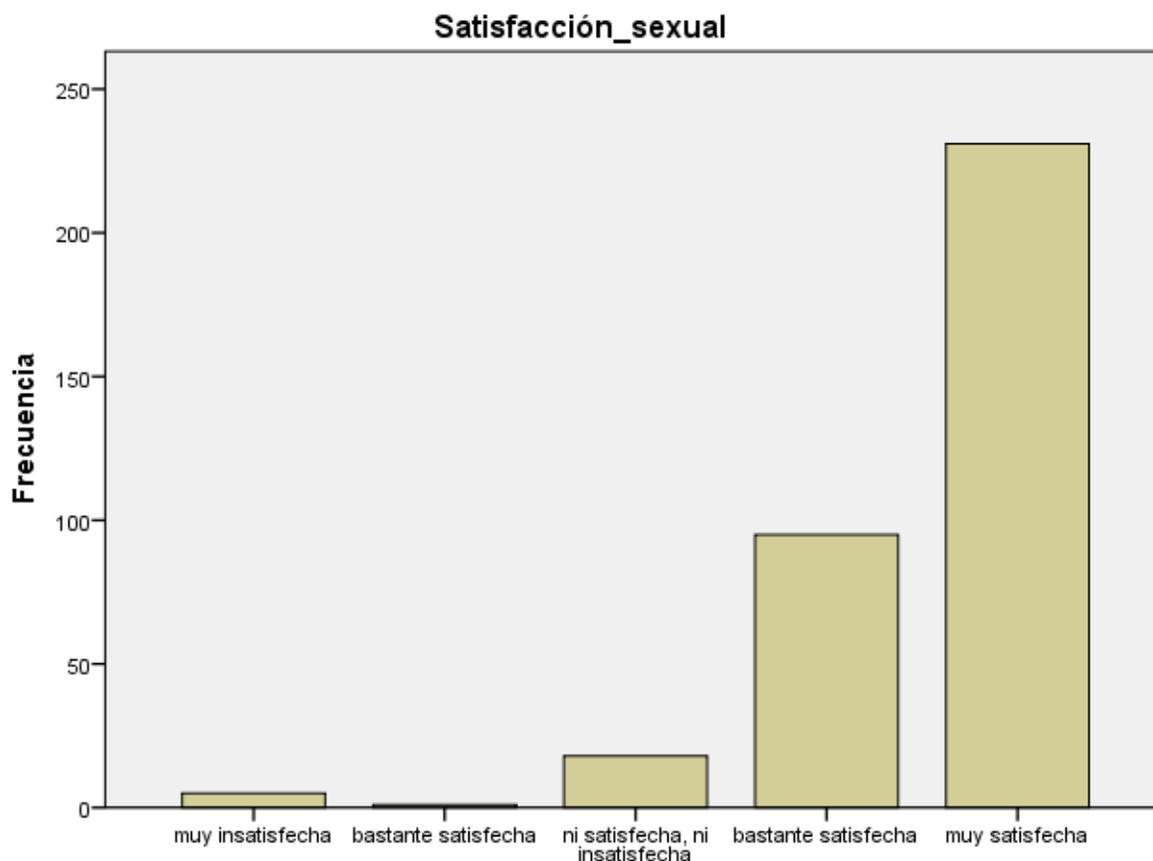
Tabla No. 5 Nivel socioeconómico



Fuente. Resultados de la base de datos del trabajo "Evaluación de la función sexual y factores asociados en mujeres de 20 a 40 años. En un Hospital General de Zona."

Se observa muy claramente que la población estudiada tiene un nivel socioeconómico medio bajo, manteniendo un sueldo mensual, estudios incompletos y empleos sin clasificar.

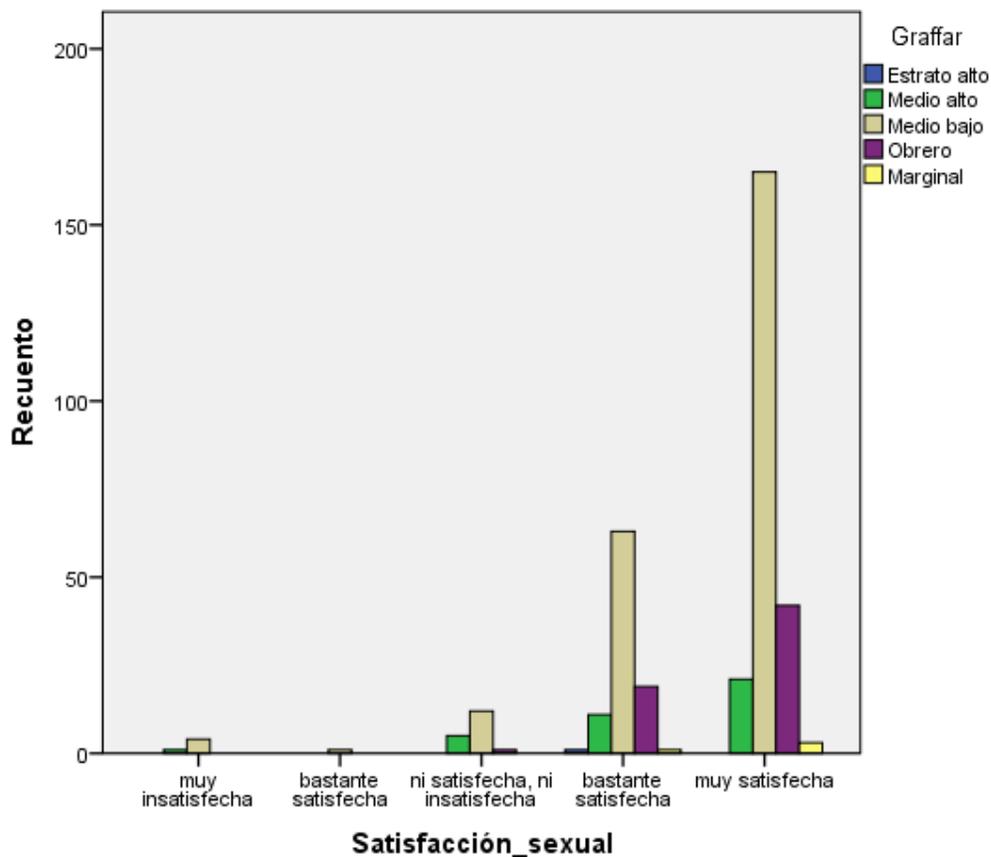
Tabla No.6 Funcionalidad sexual



Fuente. Resultados de la base de datos del trabajo "Evaluación de la función sexual y factores asociados en mujeres de 20 a 40 años. En un Hospital General de Zona."

En lo que se observó con respecto a la funcionalidad sexual, se halló que un 65% dijo estar muy satisfecha con su sexualidad, pero es importante ver que un 2% de la población mencionó estar muy insatisfecha/ bastante insatisfecha.

Tabla No.7 Funcionalidad sexual/nivel socioeconómico.



Fuente. Resultados de la base de datos del trabajo "Evaluación de la función sexual y factores asociados en mujeres de 20 a 40 años. En un Hospital General de Zona."

En lo anterior se encontró que la mayoría de las mujeres que dijeron estar muy satisfechas en su sexualidad son de estado socioeconómico medio bajo, así como también las muy insatisfechas. Por lo que se concluye que el nivel socioeconómico no afecta la satisfacción sexual de las mujeres, ésta va encaminada a factores emocionales y socioculturales, así como de pareja.

Discusión

La función sexual es un aspecto importante del bienestar sexual y social, y los problemas de la función sexual femenina se reportan con mayor frecuencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los trastornos sexuales como “las muchas formas en las cuales un individuo es incapaz de participar en una relación sexual como desearía”.

De acuerdo a Blümel M, Binfa E.a, Cataldo A. et al, en un estudio y con el objetivo de Aplicar y validar en una población chilena el “Índice de Función Sexual Femenina” establecido en el International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions. Estudiaron 383 mujeres sanas de 20 a 59 años con actividad sexual, donde aplicaron el cuestionario de 19 preguntas, agrupadas en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Obtuvieron una edad media: $35,3 \pm 10,9$ años, casadas (50,4%) o conviviente (17,0%), con educación media (48,2%). La sexualidad logra su máxima expresión a los 35-40 años (puntaje: $29,1 \pm 4,9$) para caer posteriormente ($21,0 \pm 6,0$), especialmente el deseo y excitación. Después de los 44 años se incrementa el riesgo de disfunción sexual (OR:3,6; IC: 2,1-6,3; $p < 0,0001$). La mayor educación y la estabilidad de pareja disminuyen el riesgo (OR: 0,45; IC:0,28-0,80; $p < 0,005$ y OR:0,58; IC:0,35-0,98; $p < 0,05$). Y concluyeron que el Índice de Función Sexual Femenino es un instrumento sencillo de aplicar, con propiedades psicométricas adecuadas que permite evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida.

Comparando nuestros resultados, la edad media fue de 25 años y la mayoría de nuestra población se encuentra en unión libre, prevalecen los estudios de bachillerato, la mayoría de la población es de nivel socioeconómico medio bajo y un 65% de las mujeres encuestadas refieren estar muy satisfechas en su sexualidad.

En otro estudio, Susan R Devis y cols (2011), argumentan la prevalencia de los problemas sexuales en mujeres varía entre 9 y 43%. Entre estas mujeres, el trastorno de deseo sexual hipoactivo es una afección reportada comúnmente,

motivada por los síntomas, caracterizada por disminución o ausencia de interés en la actividad sexual, lo que causa angustia.

De acuerdo a los resultados de nuestra investigación, un 2% de la población estudiada es la que refiere problemas de insatisfacción sexual y un 65% refiere estar muy satisfecha.

En el estudio de Rivera GP, González IR., Vargas Peña, (2004), realizado en población mapuche resultó que la disfunción sexual femenina es un problema multicausal y multidimensional, en que se combina la biología de la persona, la psicología y las relaciones interpersonales. En esta investigación, al analizar el método de Graffar resultó que las mujeres con satisfacción sexual satisfechas y las muy insatisfechas son de un nivel socioeconómico medio bajo, dando como conclusión que el estrato socioeconómico no influye en la satisfacción sexual, por lo que se deduce que al igual que los autores antes mencionados, el 2% de la población que refiere insatisfacción sexual se debe a la psicología de las personas y relaciones interpersonales.

Conclusiones

La salud sexual femenina es un fenómeno dinámico y polifacético con un nexo estrecho con la calidad de vida global de la mujer. La expresión de su sexualidad se ve influida por una amplia gama de factores socioculturales, cognitivos, afectivos, de relación, intrapsíquicos, etc. Todos ellos deben tenerse en cuenta para la comprensión de sus problemas, desde una perspectiva integral.

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio, la edad media de nuestra población de estudio fue de 25 años \pm 4; estado civil un 37% unión libre, seguido de un 32% solteras y un 25% casadas; en el nivel de escolaridad prevaleció un 42% estudios de bachillerato y 24% secundaria y universitarias; la mayoría de las encuestadas son comerciantes, empleadas y amas de casa. Al aplicar el método de Graffar, se observó que un 69% es de nivel socioeconómico medio bajo, seguido de un 17% obrero y un 10% medio alto. Analizando la satisfacción sexual un 65% mencionó estar muy satisfecha, seguida de un 26%

Se concluye que el nivel socioeconómico no influye en la satisfacción sexual, ésta va más encaminada hacia problemas emocionales, de autoestima, violencia en la pareja y socioculturales que afectan la salud sexual de las mujeres. Se requieren realizar otros estudios para determinar cómo se ve influenciada la satisfacción sexual con problemas emocionales y relaciones interpersonales.

Referentes bibliográficos

- 1.- Sánchez Bravo C, Carreño Meléndez J, Espíndola Hernández JG, Anzures Torres A. Las distintas funciones sexuales femeninas y la relación con ansiedad rango-estado. *Psicología Iberoamericana* 2012;15 (1):p. 52-59.
- 2.- Alcántara ZE, Ana Amuchástegui Herrera. Terapia sexual y normalización: significados del malestar sexual en mujeres y hombres diagnosticados con disfunción sexual. *Physis Revista de Saú de Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [3] 2013: 591-615
- 3.- Norberto ED, González UP, Pulido GP, Vázquez CW. Disfunción sexual en un grupo de mujeres del municipio de Güines. *Revista de Ciencias Médicas. La Habana*. 2014; 20(1):23-28
- 4.- Caballero PP, Moreno GA, Núñez CR. Disfunciones sexuales femeninas y su relación con la reproducción. *Rev Internacional de Andrología* 2013;3(11):58
- 5.- Martínez MR, Bustos HT, Ayala RE. Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica. *Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]*. 2012
6. - Mimoun St, Wylie KI. Female sexual dysfunctions: definitions and classification. *Maturitas* 2012; 63(2):116-8.
- 7.- Cristina IA, Ibacache JK. Trastorno de deseo sexual hipoactivo: Factores determinantes y el rol de la anticoncepción. *Rev Obstet Ginecol Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse*. 2013; 8 (2): 94-100
8. - Rees PM, Fowler CJ, Mave CP. Sexual function in men and women with neurological disorders. *Lancet* 2012; 3 (9): 512-25.
- 9.- Grimes DA, Schulz KF. Nonspecific side effects of oral contraceptives: nocebo or noise? *Contraception* 2014; 83(1): 5-9.
- 10.- Rodrigo Figueroa JAR. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas *Rev Med Chile* 2013; 137: 345-350
- 11.-Cabados RE. Cambios en la función sexual en hombres y mujeres de 40-59 años de edad. *Rev Esp Med Quirug marzo* 2014;.23(18)
- 12.- Emerson CR. Líbido baja en mujeres. *Revista del climaterio* 2013; 15(85):18-25

- 13.-Global Commission on HIV and the Law - Secretariat UNDP, HIV/AIDS Practice Bureau for Development Policy 304 East 45th Street, FF-1180, New York Oakland (CA), United States of America, 17 September 2012; 6(3):67.71
- 14.-González RY, Rivera MZ . Respuesta sexual en mujeres de edad mediana trabajadoras de la salud. Revista Cubana de Endocrinología. 2012; 22(2):133-143
- 15.- Piñero NS, Carter BB. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. Nure investigación.enero – febrero 2013; 4(6):23
- 16.-Susan RD. Testosterona para mujeres posmenopáusicas con libido baja que no consumen estrógenos. Revista del climaterio 2014; 14(83):149-161
- 17.- Macbeth RO. Disfunción sexual en personas. Práctica Clínica Diabetes Voice .Junio 20014; (2) :13-34
- 18.-López BR, Santiago CG.Disfunción sexual en la hipertensión arterial. Rev Med 2014; 22(2):59-72
- 19.- Enríquez MJ. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Revista Chilena de obstetricia y ginecología 2013; 69(2): 118-125.
- 20.- Falfan ZG, Romero PAM, Hernández GJA. Programa de actualización en medicina familiar. Revista de Medicina Familiar 2011; 24(5): 53-53
- 21.-Bauce JG. Cuestionario socioeconómico aplicado a grupos familiares del Distrito Capital para investigaciones en Salud Pública. Rev Inst Nacional de Higiene 2012:41(1).
- 22.- Rivera GP, González IR, Vargas PI. Disfunciones sexuales en la mujer mapuche .Revista Chilena 2014; 3(1):22-25.
- 23.-Castañeda CH, Rivera RR. Prevalencia de anorgasmia en mujeres derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.1 de Ciudad Obregón, Sonora. Ginecol Obstet Mex 2005; 73:525-30.
- 24.- Guillermo CO, Luisa Rosa, Eillen LB. Autoestima y disfunción sexual en estudiantes universitarias. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte 2014 ;(22): 50-62.
- 25.- Gàmez LI, Arteaga ES, Bastidas GH. Algunos elementos de sexualidad en pobladores en área rural. Acta Universitaria 2012; 3 (22): 13-22.

26.-Samaniego RH, Ortega BR. Evaluación de la Función Sexual de Mujeres en Edad Reproductiva. Centro de Salud Familiar Rahue Alto, Osorno. Cuad Méd Soc (Chile) 2012;46 (4): 274-283

27.- Plaza MS, Astudillo CS, Izurieta ES, Almenares SA .Evaluación de la función sexual en mujeres de mediana edad mediante el Índice de Función Sexual Femenino de 6 ítems. Instituto de Biomedicina 2013; 3(23):24

28.- Leonardo AB. Comportamiento de la función sexual de mujeres que viven con VIH en Colombia. Revista multidisciplinar del SIDA abril 2013; 4(7):24-25.

29.- The International Response to Helsinki; VI The WAR, Declaration of Helsinki, on Ethical-Principles for Medical Research Involving Human Subjects as Adopted by the 52 WMA General Assembly, Edeimburg, October 2000.

Anexo. II

CUESTIONARIO

Instrucciones: Señalar la respuesta que consideres correcta-

Edad._____ Estado civil._____ Escolaridad._____ Ocupación._____

Si trabaja ¿Cuánto gana?.

0	¿HA TENIDO USTED ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS? <u>Nota informativa:</u> La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia incluyendo caricias, juegos penetración, masturbación	SI
		NO

DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI LA RESPUESTAS ES AFIRMATIVA) MARQUE CON UNA CRUZ (X) EN UNA SOLA CASILLA.

Ítems	Ítems	Respuestas
1	Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes) Relacionados con actividades sexuales?	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre-siempre
2	Durante las 4 últimas semanas ¿Ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre-siempre
3	Durante las 4 últimas semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente?	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre-siempre

Ítems	Ítems	Respuestas
4		Nunca

	En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han(o se ha) tocado o acariciado ¿Ha tenido excitación sexual? Por ejemplo sensación de “ponerse en marcha” “deseo de avanzar más” en la actividad sexual.	Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre-siempre
5	Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿Notó humedad y/ o lubricación vaginal?	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre-siempre
6	En las 4 últimas semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y /o zona genital ¿Ha sentido dolor?	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre-siempre
7a	En las 4 últimas semanas , durante su actividad sexual La penetración vaginal (del pene, dedo, objeto....) ¿podría realizarse con facilidad? <u>Instrucciones:</u> No debe contestar a esta última pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas semanas. En su lugar responda la pregunta 7b	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre-siempre
7b	¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las 4 últimas semanas? <u>Instrucciones:</u> Conteste esta pregunta solo si no contesto la pregunta 7a	Por sentir dolor
		Por miedo a la penetración
		Por falta de interés para la penetración vaginal
		Por no tener pareja sexual
		Incapacidad para la penetración por parte de su pareja.
8	Durante las 4 últimas semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿Ha sentido miedo, inquietud, ansiedad?	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre-siempre
9	Durante las 4 últimas semanas, ¿Ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre-siempre

Ítems	Ítems	Respuestas
10		Nunca

	En las últimas 4 semanas ¿Cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? <u>Nota informativa:</u> El término “con otra persona” se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas independientemente de su sexo.	Raramente
		A veces
		A menudo
		Casi siempre-siempre
11	Durante las 4 últimas semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
12	Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuántas veces ha tenido actividad sexual?	1-2 veces
		De 3-4 veces
		De 5 a 8 veces
		De 9-12 veces
		Más de 12 veces
13	Durante las 4 últimas semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual	Nunca
		Raramente
		A veces
		A menudo
14	En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas ¿se ha sentido satisfecha?	Casi siempre-siempre
		Muy insatisfecha
		Bastante insatisfecha
		Ni satisfecha, ni insatisfecha
		Bastante satisfecha
		Muy satisfecha

METODO DE GRAFFAR

1. Profesión del jefe de Familia

- () 1.- Profesión universitaria, comerciantes, todos de alta productividad, oficiales de las fuerzas armadas (si tienen un rango de educación superior)
- () 2.- Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores.
- () 3.- Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o Productores.
- () 4.- Obreros especializados y parte de los del sector informal (con primaria completa)
- () 5.- Obreros no especializados y otra parte del sector de la economía (sin primaria completa)

2.- Nivel de instrucción de la Madre

- () 1.- Enseñanza universitaria o su equivalente
- () 2.-Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
- () 3.-Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
- () 4.- Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
- () 5.- Analfabeta

3.-Principal fuente de ingresos de la Familia

- () 1.- Fortuna heredada o adquirida
- () 2.-Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
- () 3.- Sueldo mensual
- () 4.-Salario semanal, por día, entrada a destajo
- () 5.- Donaciones de origen público o privado

4.- Condiciones de la vivienda

- () 1.- Vivienda en óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
- () 2.- Vivienda en óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.
- () 3.- Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
- () 4.-- Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
- () 5. Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

1	Estrato alto	04 - 06
2	Medio alto	07 - 09
3	Medio Bajo	10 - 12
4	Obrero	13 - 16
5	Marginal	17 - 20



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Evaluación de la función sexual y factores asociados en mujeres de 20 a 40 años. En un Hospital General de Zona .
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona No. 8, Córdoba, Ver.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La conducta sexual es una de las manifestaciones más importantes, aunque no la única. Conlleva, junto a una compleja interacción de factores intrapsíquicos, interpersonales y sociales que intervienen en su iniciación y mantenimiento, una expresión psicofisiológica característica, un conjunto de cambios físicos y mentales que constituyen la llamada, desde Masters y Johnson, respuesta sexual. Determinar la percepción de la funcionalidad sexual en mujeres de 20 a 40 años de edad, en el HGZ No.8 Córdoba, Ver.
Procedimientos:	Al ser concluida la propuesta de investigación se presentará ante el CLEIS para su análisis, otorgado el número de registro se solicitará a las autoridades correspondientes el permiso para el levantamiento de datos. Se identificará en la sala de espera de Ginecología y Control Prenatal Hospitalario a las mujeres que cumplan con los criterios de inclusión, se invitará a participar mediante consentimiento informado.
Posibles riesgos y molestias:	Prácticamente Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	No aplica
Privacidad y confidencialidad:	No se identificara ni proporcionara información
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Carmela Reséndiz Dátoly ,
Colaboradores:	Lilia Díaz Rustrian
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética e Investigación del Hospital General de Córdoba, Veracruz. Avenida 11 s/n entre calles 1 y 2.	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013