

**Ministerio de Salud Pública
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DE LA HABANA**

**HOSPITAL CLINICO QUIRÚRGICO “HERMANOS AMEIJERAS”
Servicio de Endocrinología Y Reproducción**

**Estudio epidemiológico de la Disfunción Sexual
Femenina. Asociación con otras enfermedades y
factores de riesgo.**

**Tesis presentada en opción del grado Científico de
Doctor en Ciencias Médicas**

Autor: Dra. Rosa María Real Cancio.

Especialista de II Grado en Endocrinología

Tutor: DrC Médicas Bartolomé Arce Hidalgo

Asesores: Dra C Médicas Rosa Jiménez Paneque

Dr Abel Pernas González

Ciudad de la Habana

2010

Al Doctor Bartolomé Arce Hidalgo, por su constante preocupación, por estar a mi lado en todo momento, por darme la oportunidad de contar con su ejemplo, mi eterno agradecimiento.

Al Dr. Abel Pernas. Por su disposición e inestimable ayuda. Todo mi agradecimiento por su gentileza.

Al Licenciado Pedro Sáez Montejo. Por estar cerca desde hace muchos años por sus sabios consejos, porque este también fue uno de sus sueños, a él por la grandeza de su alma y entrega. Muchas gracias por contar contigo.

A la Doctora Daisy Navarro. Por haberme formado como especialista y seguir contando con su ayuda después de tantos años, por estar presente en mi vida.

A la Licenciada Cary Tere. Agradezco tu compañía, tú cariño, tu amistad e inestimable ayuda profesional .A ti que eres mi familia.

Al Doctor Manuel Gómez Alzugaray. Por contar con su mano amiga en cualquier circunstancia. Por lo que ayudó en mi formación como especialista y a cultivar en mí, el espíritu de superación, por su ejemplo, por su amistad por ser el padre de un gran amigo.

Al Dr. Felipe Santana. Por todas sus enseñanzas, porque con el pasar del tiempo, he aprendido a valorar lo importante que fueron sus exigencias como tutor, a él que me enseñó a andar por estos caminos, que durante mi formación estuvo siempre cerca sin escatimar horas para que mis proyectos como especialista se hicieran realidad.

A mis amigos: Nancy, aunque hoy en la distancia siempre son valiosos para mi sus recuerdos y su gran ayuda con mi maternidad. Especialmente a

Raymundo por su valentía ante la vida, a él que probablemente cuando este trabajo llegue a su fin será Licenciado en Enfermería. A él, que me ha dado muestra crecerse ante las dificultades y levantarse ante las derrotas.

A mí querida Charo y mamá Dania que no han cesado en el empeño de alentarme a terminar.

A Nereida: por su inestimable ayuda, porque a pesar de no saber lo que me proponía, intentó ayudar para que mis proyectos fueran realidad.

A mis compañeros de trabajo por su comprensión. A Edmundo Rivero por su sincera amistad, por su grandeza como ser humano.

A la Dra. Luz Marina Miquet. Por su apoyo, por sentir que es mi amiga, por sus constantes mensajes de aliento en momentos difíciles.

A la Dra. Kenia Rodríguez Martínez: por comprender y apoyarme.

A mi familia: porque finalmente aunque no están presentes se que para ellos esto significa una hermosa página de nuestras vidas. Por respetar mis decisiones. A mi hermana Damaris y mis sobrinos.

A Dany: mi hermana pequeña y sus hijos, por todo lo que significan para mi, por los difíciles momentos que han vivido, deseo nombrarla hoy por la admiración que siento por su optimismo, por su grandeza, por su valentía para abrirse paso en un mundo diferente y muy distante a como nos educaron nuestros padres. A mi prima Marlen y Pepé. Que a lo largo de mi vida han sido mis hermanos.

A mis pacientes: a todos los que hicieron posible la realización de este trabajo aunque no mencione sus nombres gracias por siempre.

Al Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos. A todos mis pacientes, por su preocupación, porque este proyecto saliera adelante, por su comprensión, gracias por estar en mi vida, por la valiosa ayuda que ha representado esta institución en mi práctica médica y mi preparación integral. No me alcanzarían las páginas para mencionar la inestimable ayuda de esta Institución y sus trabajadores en mi formación, como médico, como

especialista y ahora como Doctora en Ciencias Médicas. A todos los que ya no están y a los que aún hoy se encuentran trabajando en ella.

A mi hijo: Jorge Rafael. Inspiración de toda mi vida, mi máspreciado tesoro, mi mayor logro. A él que por su nacimiento y su cuidado pospuse este sueño varias veces.

Al padre de mi hijo: Por acompañarme. Por estar cerca después de momentos difíciles.

A. Jorge Luis Aspiolea Roig. Por ser este uno de sus sueños; hoy realizado. A él por su meritoria ayuda en esta historia, porque sin su presencia no hubiese sido posible alcanzar muchas metas de mi vida.

Al Dr. Nicolás Fiallo. Por ayudarme a seguir adelante.

A la memoria de mi padre y mi Cuqui.

Abreviaturas usadas.

- **DS (Disfunción Sexual)**
- **DSP (Disfunción Sexual Primaria)**
- **DSS (Disfunción Sexual Secundaria)**
- **DSF (Disfunción sexual femenina)**
- **RSF (Respuesta sexual femenina)**
- **FSH (Hormonas Foliestimulante)**
- **LH (Hormona Luteinizante).**
- **E₂ (Estradiol).**
- **T (Testosterona)**
- **Prg (Progesterona)**
- **PRL (Prolactina)**
- **SOP (Síndrome de Ovario Poliquístico)**
- **HCG (Gonadotropina Corionica Humana)**
- **TRH (Hormona liberadora de tirotropina)**
- **GNRH (Hormona liberadora de Gonadotropinas)**
- **H-H (referente al eje hipotalamo hipofisis)**
- **ADN (Acido Desoxiribonucleico)**
- **ARN m (Acido ribonucleico mensajero)**
- **TSH (Hormona estimulante del tiroides)**
- **T₃ (Hormona tiroidea. Triiodotironina)**
- **T₄ (Hormona tiroidea. Tetraiodotironina)**
- **IGF (Factor estimulante de la insulina I y II)**
- **RER (Retículo Endoplasmico Rugoso)**
- **GABA (Acido Gammaminobutirico)**
- **PE (Potenciales evocados)**
- **p (probabilidad)**
- **RMN (Resonancia Magnética Nuclear)**
- **RSH (Respuesta Sexual Humana)**

INDICE

	Pág
1. Introducción.....	1
1.1. Hipótesis de trabajo.....	6
1.2. Objetivos.....	7
1.3. Novedad científica.....	7
1.4. Aporte al conocimiento.....	9
1.5. Importancia práctica.....	10
2. Desarrollo.....	12
Capítulo.1	
Aspectos conceptuales fundamentales en la Disfunción Sexual	
Femenina.....	12
1.1. Antecedentes.....	12
1.2. Clasificación de la disfunción sexual femenina.....	16
1.3. Disfunciones sexuales. Aspectos etiológicos.....	18
1.3.1. Biológicas.....	18
1.3.1.1. Fisiológicas.....	18
1.3.1.2. Patológicas.....	18

1. 3.1.3. Iatrogénicas.....	20
1.3.2. Psicológicas.....	22
1.3.3. Factores sociales.....	23
1.3.4. Disfunciones sexuales de origen Mixto.....	23
1.3.5. Disfunciones sexuales de etiología desconocida.....	23
1.4. Endocrinología de la respuesta sexual humana.	
1.4.1 Hormonas, Neurotransmisores y Respuesta Sexual Humana.....	24
1.4.2. Receptores hormonales; sensibilidad y habilidad de recepción....	30
1.4.2.1. Mecanismos de acción hormonal.....	31
1.4.3. Principales causas endocrinas de disfunción sexual.....	32
1.5. Aspectos epidemiológicos en la Disfunción Sexual Femenina.....	36

Capítulo 2

Diseño metodológico de la Investigación

2.1. Material y Método.....	39
2.1.1. Universo y selección de la muestra del estudio.....	39
2. 2. Diseño del procedimiento de trabajo en la Investigación.....	40

2. 3. Procesamiento y análisis de los resultados.....	51
2.4. Consideraciones éticas.....	52
2.5. Otras consideraciones.....	53

Capítulo. 3

Resultados y Discusión

Resultados.....	55
Discusión.....	88

3. Conclusiones.....	115
-----------------------------	------------

4. Recomendaciones.....	117
--------------------------------	------------

5. Referencias bibliográficas.....	118
---	------------

6. Anexos.

1. INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer y amor.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales. La salud sexual debe ser un derecho humano básico para alcanzar una sexualidad saludable. La atención médica especializada de la salud sexual, tiene como objetivo prevenir y tratar todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales. ^(1, 2,3)

La disfunción sexual es un trastorno que afecta la sexualidad en su sentido más pleno, tanto de hombres como mujeres, por tanto constituye un problema de salud, que si bien no pone en peligro la vida de las personas, afecta de forma directa la salud física, mental y distorsiona el equilibrio familiar, laboral y social.

Sus determinantes pueden encontrarse en la naturaleza humana, desde la constitución biológica, con las consecuencias que sobre la misma producen muchas enfermedades; la naturaleza psicológica, que reclama integración armónica de las potencialidades eróticas dentro de la totalidad del ser; la naturaleza del vínculo de pareja, el ambiente social y cultural ante el erotismo, los aprendizajes, las vivencias de la sexualidad y la afectividad desde los inicios de la vida de las personas.

El desarrollo alcanzado por la sexología ha permitido tener más elementos para enfrentar la disfunción sexual de hombres y mujeres. ⁽⁴⁾

A pesar de los avances en el conocimiento de la respuesta sexual de la mujer, de las diferentes fases que la integran, así como la extrapolación de los

conocimientos adquiridos sobre la respuesta sexual del varón, aún existe un camino por recorrer, para establecer el diagnóstico y tratamiento de este trastorno.

La multicausalidad de la *Disfunción Sexual Femenina* hace necesario establecer un protocolo de trabajo que permita alcanzar el diagnóstico correcto, así como orientar y adecuar el tratamiento óptimo. En muchos casos el motivo de consulta no se corresponde exactamente con el diagnóstico y se impone la necesidad de confeccionar una historia clínica, que contemple interrogatorio y examen físico detallado, así como aplicación del Índice Internacional de Función Sexual, ^(5,6) y realización de complementarios generales.

Existen estudios complementarios en fase de investigación tales como: ecografía doppler de arterias clitorideas, fotopletismografía vaginal y/o labial, temperatura vaginal y clitoridiana, pruebas de sensibilidad vibratoria y arteriografía pudenda ⁽⁷⁾. Estos trabajos pueden orientar en la disfunción orgásmica y de la excitación objetiva (lubricación). Los estudios neurofisiológicos (potenciales evocados, electromiografía) y resonancia magnética nuclear, pueden ser útiles en la disfunción orgásmica y el dolor coital o no coital (clitorodinia, vulvodinia). ⁽⁸⁾

La experiencia en sexología clínica adquirida en estos últimos años, indica que es menor el número de mujeres que van a consulta por problemas sexuales propios, que el número de hombres. Esto hace pensar que los problemas se sufren en silencio, o no se consideran problemas. Se conoce que un número importante de mujeres no tienen orgasmo y que son más proclives a perder el interés sexual y apenas lo “conversan entre ellas mismas”.

Después de siglos de oscurantismo en el conocimiento y desarrollo armónico de la actividad sexual, no es hasta la segunda mitad del siglo XX que por primera vez se utiliza un método científico para enfrentar los trastornos sexuales en general.

La incorporación a la Medicina de otras ciencias afines y el crecimiento ininterrumpido de las tecnologías aplicadas a las Ciencias Médicas, contribuyó de forma importante a esclarecer numerosos aspectos de la fisiología sexual, y por tanto de las alteraciones que de esta se derivan.

Los avances en el estudio de la disfunción sexual masculina han permitido conocer la importancia de los factores neurológicos, vasculares, endocrinos y psíquicos en las diferentes fases del acto sexual. En un pasado reciente se pensaba que la disfunción sexual eréctil se debía en más del 90 % a trastornos psicológicos. El conocimiento sobre la fisiología de la erección, permitió plantear que el 50% de los pacientes con disfunción eréctil, estaba presente la causa orgánica: la insuficiencia arterial del sistema aortoíliaco pudendo cavernoso, insuficiencia venosa o escape venoso y enfermedades del SNC, periférico y neurovegetativo, consideradas las causas orgánicas más frecuentes. ^(9, 10)

Estudios recientes indican que la DSF alcanza también niveles de prevalencia muy altos. En un artículo publicado en el Journal of the American Medical Association, ⁽¹¹⁾ los autores definen la DS en la mujer como: alteraciones en el deseo sexual y los cambios psicofisiológicos asociados a la respuesta sexual, clasificadas en 5 grupos según el síntoma predominante. Los investigadores encontraron disfunción en 43 % de las mujeres estudiadas; Inglaterra señaló una frecuencia de 41%. ⁽¹²⁻¹⁵⁾

La sexualidad de la mujer no está determinada por sus diferencias biológicas con el hombre, sino que involucra factores culturales, sociales, y económicos que tienen su origen en la inequidad de género. Las presiones ejercidas por los riesgos y desigualdades en la vida cotidiana de las mujeres, pueden ocasionar agotamiento físico y psicológico, en particular durante los años de crianza de los hijos. Además, para muchas mujeres el sexo no es siempre un acto voluntario y la primera relación sexual es producto de la coerción de la pareja, a veces en edades tempranas, sin dejar de mencionar las que son víctimas de violación. En consecuencia tienen mayor tendencia que los hombres a desarrollar problemas de ansiedad, depresión y trastornos sexuales. ⁽¹⁶⁻²⁰⁾

La disfunción sexual femenina es un reto para los profesionales de la salud dedicados a ella; solo un pequeño porcentaje de los pacientes con trastornos de la sexualidad concurren, en primera instancia, a lugares que se publican en los medios de comunicación para tratar las disfunciones sexuales. La mayoría asisten a sus médicos clínicos, psiquiatras, psicólogos, al decir del Dr. León Roberto Gindin en su artículo "*Errores en medicina y psicología*" ⁽²¹⁾. Es de destacar que muchos sistemas sociales no incluyen la sexología entre sus especialidades y es preocupante por la elevada incidencia de los trastornos sexuales, especialmente de la DSF.

Es obvio que errores en el manejo de la DSF se relacionan con falta de preparación de los estudiantes de medicina y psicología en el tema. En general los profesionales egresados de esas profesiones están poco formados en el campo sexológico. ⁽²²⁾

El hecho que en el país no se conozca la frecuencia de DSF, unido que en el Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras” existe un grupo multidisciplinario encargado de llevar a cabo la consulta especializada de este trastorno de la sexualidad, motivó la realización de la investigación.

Entre los objetivos estuvo: conocer la prevalencia de la DSF, la caracterización clínica, su asociación con otras enfermedades y factores de riesgo, así como con procedimientos que afecten particularmente el suelo pélvico, ingestión de medicamentos que tienen efectos sobre la función sexual, el uso de sustancias tóxicas como alcohol, consumo de drogas y hábito de fumar. Además fueron incluidas determinadas condiciones sociales y psicológicas, que pueden condicionar o perpetuar este trastorno: estrés, ansiedad, depresión, sentimientos de pena, culpa, traumas psicológicos, abusos sexuales, violaciones, conflictos interpersonales con la pareja sexual y conflictos de identidad sexual.

La identificación de factores asociados a la DS, específicos de la población cubana y la caracterización de los trastornos que presentan las mujeres en el país es fundamental, porque lo deseable es que un país cuente con estudios propios para lograr una correcta interpretación en su ámbito específico, en lugar de recurrir a información generada por otros ambientes geográficos culturales y sociales; así como determinar su impacto sobre la salud y definir estrategias de actuación.

La significativa contribución del enfoque multidisciplinario de la DSF, puso en evidencia la importancia de este trastorno por su alta frecuencia, convirtiéndose en un problema de salud pública, lo cual enfatiza el interés por el tema. Actualmente se dispone de limitados datos epidemiológicos y su asociación con otras enfermedades de manera general y particular en Cuba.

1.1. Hipótesis:

La prevalencia de disfunción sexual en la mujer de la población cubana y sus características son similares a lo que se reporta en estudios de otros países. Se asocia a diversos factores como la existencia de otras enfermedades orgánicas, los trastornos en la esfera psicosocial de la mujer y su relación de pareja, consumo de algunos medicamentos, presencia de hábitos tóxicos y alteraciones del índice de masa corporal.

1.2. Objetivos

General:

Estimar la prevalencia de la disfunción sexual femenina (DSF) e identificar sus características clínicas y el grado de asociación con otras enfermedades (endocrinas y no endocrinas) así como con otros factores de riesgo reportados en la literatura.

Específicos:

1. Estimar la frecuencia de la DSF en un área de salud.
2. Identificar la presencia y frecuencia de presentación de las distintas formas clínicas de la disfunción sexual femenina en esta área de salud.
3. Identificar si existe asociación entre la disfunción sexual femenina y los siguientes factores:
 - Presencia de otras enfermedades.
 - Trastornos en la esfera psicosocial y de la relación de pareja
 - Presencia de hábitos tóxicos
 - Consumo de algunos medicamentos
 - Índice de masa corporal

1.3. Novedad científica.

El estudio clínico epidemiológico de la disfunción sexual femenina aborda un aspecto novedoso: permitirá conocer la frecuencia de los trastornos de la respuesta sexual en mujeres de nuestro medio, conociendo que en Cuba no existen trabajos realizados que aborden este tema en mujeres sanas y en edad reproductiva. Además, permitirá realizar una caracterización clínica de las

principales formas de presentación, así como la relación de la DS con otros aspectos tales como: su asociación con enfermedades endocrinas y no endocrinas, factores de riesgos, e influencias de aspectos psicosociales.

La objetividad de la alteración de la función sexual en el hombre, lo impulsa a solicitar atención médica en forma inmediata. Esta situación cuando se presenta en las mujeres tiene un carácter diferente, pueden mantener las relaciones a pesar de la DS que presentan. Este hecho, a largo plazo afecta el equilibrio psíquico de la mujer y el funcionamiento de la pareja.

Los estudios científicos de la disfunción del hombre y el poco desarrollo en el estudio y manejo de los problemas sexuales de la mujer, han sido determinantes para aumentar el interés de investigadores en los problemas sexuales de la mujer. Esta investigación se propone obtener resultados de orden científico y social que repercutirán, de forma positiva en el bienestar de la familia.

La relación armónica de una pareja se ve profundamente afectada en las mujeres con DS y su repercusión en el resto de las esferas de la vida ha constituido un motivo importante para investigar un fenómeno que se ha observado durante años de manera distante sin utilizar los métodos científicos para su estudio.

Esta investigación es el primer paso para obtener experiencia necesaria y lograr un enfoque científico de los aspectos que concurren en la disfunción sexual de la mujer, pilar fundamental de la familia y la sociedad. El tema aportará una información detallada de la frecuencia de la DSF en la población y la relación que existe entre esta alteración con algunas enfermedades. Además, es el primer paso que se lleva a cabo para realizar una investigación de carácter epidemiológico de este problema de salud. Brindará datos significativos sobre la morbilidad de este

trastorno y ayudará a enfrentar el problema desde un punto de vista científico. Servirá para preparar a los profesionales de la salud que enfrentan esta situación con frecuencia sin tener formación en el tema, por ser la DSF un aspecto no tratado durante la carrera de medicina, ni en la formación de especialistas vinculados con la atención del aspecto sexual y reproductivo de la mujer, como ginecólogos, endocrinólogos y urólogos.

Ayudará a resolver la confusión que aún reina en la sociedad médica y psicológica entre “**Sexualidad Placentera**” y “**Sexualidad Reproductiva**”; muchos trabajos de la literatura internacional reflejan que esta situación afecta en gran medida a casi toda la comunidad médica de todos los países.

La etiología de esta afección es determinada por múltiples factores. La investigación que hoy se propone, llevará tiempo y participación conjunta de varias especialidades. La relevancia del tema por su alta prevalencia, el conocimiento de las características clínicas de este trastorno y el posterior estudio de los factores asociados a éste en nuestro medio, son expresión de la novedad del tema.

1.4. Aporte al conocimiento.

Esta investigación aporta conocimientos propios de nuestra población, sin necesidad de tomar referencias de estudios realizados en otros países con culturas e idiosincrasias diferentes. Permite abordar el tema con el conocimiento e información adquirida desde nuestras condiciones económicas políticas y sociales donde la mujer se desarrolla, en condiciones de igualdad de derechos a diferencia de otras mujeres del mundo. Sin embargo esto no excluye a los trastornos de la sexualidad como un importante problema de salud en la población cubana. Con el trabajo se obtuvieron respuestas a varias preguntas tales como: la frecuencia de

presentación de la DSF, su distribución según edad, color de la piel, nivel escolar, caracterización de sus aspectos clínicos, relación con otras enfermedades endocrinas y factores de riesgo como el consumo de alcohol, café, medicamentos, hábito de fumar, e influencias de aspectos psicosociales.

Desde el punto de vista social esta investigación ayudará a conocer más sobre la sexualidad, a librarse de tabúes y estereotipos que marcan la vida de la mujer y repercuten en su bienestar, en su realización profesional, y lo que es más esencial: en su dignidad como ser humano. Muchas mujeres acuden a las consultas, desesperadas por las exigencias sexuales de sus parejas que no pueden satisfacer, otras con el desaliento causado por un divorcio, la separación, y la soledad. Por tanto, se considera que este trabajo tiene importancia cardinal, porque en la medida que se logre mayor conocimiento de las características de este problema de salud se podrán asumir conductas preventivas y terapéuticas que reportarán beneficios para la vida sexual de la pareja.

Además, aportará conocimientos sobre la importancia de la participación multidisciplinaria de endocrinólogos, ginecólogos, psiquiatras, psicólogos y educadores para la salud, que en forma coordinada, ayudaran a enfrentar todos los trastornos que se derivan de esta alteración; y a la vez adquirir la experiencia necesaria para realizar el diagnóstico y tratamiento adecuado.

1.5. Importancia práctica.

El conocimiento obtenido a partir de esta investigación tiene importancia práctica porque permite conocer la magnitud del problema y caracterización del mismo. Ofrece información con respecto a la prevalencia del trastorno en la edad

reproductiva de mujeres sexualmente activas y permite trazar estrategias para la atención de este problema de salud.

Permitió llegar al consenso con respecto al valor del enfoque multidisciplinario en el manejo de la DSF y la importancia de unificar criterios y confeccionar una guía de prácticas clínicas para la atención. Así como la actuación protocolizada.

El trabajo actual y la continuidad del mismo, con la aplicación de otros protocolos confeccionados para el estudio de las causas y el manejo terapéutico de la DSF y la publicación de los resultados, servirán de referencia nacional.

A punto de partida de los resultados de esta investigación, se llevara acabo la realización de la entrevista confeccionada para estos efectos en otras áreas de salud a través del apoyo de otros grupos multidisciplinarios de atención a los trastornos de la sexualidad. Toda mujer, en la que se logre caracterizar un trastorno de la respuesta sexual, será atendida por el Grupo Multidisciplinario del “Hospital Hermanos Ameijeiras” a través de la consulta especializada.

Capítulo 1. ASPECTOS CONCEPTUALES FUNDAMENTALES DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

1.1. Antecedentes históricos del estudio de la DSF:

Lo propio de las sociedades modernas, no es que haya obligado al sexo a permanecer en la sombra, sino que se haya hablado del sexo siempre poniéndolo de relieve como lo secreto.

Lo que hoy se sabe desde el punto de vista científico sobre la sexualidad, ha sido de conocimiento reciente. A mediados del siglo XIX algunos científicos comienzan a interesarse abiertamente por el estudio de la sexualidad. A finales de ese siglo se establecen en materia de sexualidad principios muy represivos. Krafft-Ebing (1862-1939), representante de esos principios y considerado predecesor de la Sexología, tuvo una influencia decisiva en la Medicina y el Derecho, al realizar por primera vez la descripción sistemática de determinadas conductas sexuales, pero lo hizo tomando como criterio científico la moral dominante. ⁽²³⁾

El liberalismo, como corriente de pensamiento tuvo menor dependencia de los planteamientos religiosos rígidos e hizo posible la aparición de ideas críticas más abiertas en torno a la sexualidad. Ellis y Freud pertenecen a este pensamiento y proponen una nueva concepción de la sexualidad verdaderamente revolucionaria. Dentro de esta corriente surgió el movimiento feminista que obligó a implantar numerosas reivindicaciones sociales referidas a la sexualidad. Reich, representante de la corriente freudo-marxista, introdujo por primera vez la sexualidad en el campo de estudio de la Medicina. Reich, Marcuse y la izquierda freudiana, continuaron la crítica al carácter represor sobre el sexo, por parte de la cultura de aquellos tiempos. ⁽²³⁾ Forel (1848-1931), Ellis (1859-1939) y Hirschfeld

(1866-1935) ofrecieron una visión más objetiva de la sexualidad: Havelock Ellis enfoca una nueva visión de la sexualidad y permitió adelantarse varias décadas, con ideas hoy asumidas por casi todos los profesionales. Rechazó planteamientos aceptados como verdades científicas, como que el placer es solo deseable en el hombre y planteó que la mujer puede desear y obtener placer en las relaciones sexuales. ⁽²³⁾ Reconoció el peso de los **factores psicosociales** en el origen de las **disfunciones sexuales**, rompiendo con la concepción **biologicista**, y concedió importancia a la **sexualidad infantil** y a la **educación sexual en la infancia**. ⁽²⁴⁻²⁸⁾ Sigmund Freud, tuvo mayor influencia en el planteamiento de la importancia decisiva de la sexualidad en la vida humana. Reconoció la importancia de la **sexualidad infantil** y postuló una teoría de la enfermedad psicosomática que tiene como base una historia sexual disfuncional. ⁽²⁹⁾ La sexualidad es la fuente motivadora de la conducta sexual humana. Está enraizada en lo biológico, es vivenciada como necesidad de búsqueda del placer; es imposible escapar a su influencia y no tiene prefijado el objeto de satisfacción.

Con posterioridad, surgieron movimientos revolucionarios como el Sex-Pol de los años treinta. Esta revolución sexual defendía el derecho de los jóvenes a la sexualidad y la obligación de la sociedad de ofrecer educación sexual.

Otras corrientes como el neopsicoanálisis, hace una desexualización del pensamiento psicoanalítico, menos biologicista y más compleja, y reconoce otras motivaciones humanas originales. ⁽³⁰⁾

En este período se publicaron libros en los que se explican técnicas sexuales con la finalidad de favorecer el placer en las relaciones sexuales. El libro de Van de

Velde, *“El Matrimonio Ideal”* (1926), y el de Rutgers, *“Cómo alcanzar y practicar la vida sexual ideal”* (1937), tuvieron gran difusión. ^(31,32)

La depresión de 1929, el acceso al poder del fascismo y la segunda guerra mundial, paralizaron el proceso de reconocimiento social de la sexualidad. El triunfo de las democracias en Occidente, vuelve a crear las condiciones sociales para que los científicos vuelvan a interesarse por la sexualidad.

Entre los muchos autores que llevaron a cabo estudios sobre la sexualidad, Kinsey (1894-1956) en los años cincuenta y Masters y Johnson a partir de los años sesenta, crean un nuevo campo de estudio en la Sexología y revolucionan los conocimientos sobre la sexualidad humana. ⁽³⁴⁾

Kinsey comenzó a interesarse por la sexualidad en 1938, cuando comprendió que no había datos científicos sobre la sexualidad humana. Llegó a la conclusión que la mejor manera de estudiar la sexualidad humana era por medio de entrevistas personales. Como resultado de estos estudios publicó, dos grandes informes: “La sexualidad masculina” (1948) y “La sexualidad femenina” (1953). A pesar de las limitaciones técnicas de estos estudios, se inicia una forma nueva de estudiar la sexualidad: la sociológica. ⁽³⁵⁾

La Sexología debe ser una ciencia interdisciplinaria, donde la perspectiva sociológica no puede estar ausente. Con ella, se introdujeron los métodos cuantitativos, las técnicas de cuestionario, entrevistas y lo más decisivo, el estudio de sujetos normales. Los trabajos de Kinsey han sido continuados en EUA por sus colaboradores, Reiss (1967), Morton (1974), y Hite (1980).

En 1966 Masters y Johnson concluyeron una investigación sobre la fisiología sexual, que favoreció a la mujer. Se demostró que la capacidad de respuesta

sexual era igual o mayor a la del hombre. Esta investigación marcó un hito de trascendencia en la liberación femenina. Se describieron 4 fases de la respuesta sexual humana: excitación, meseta, orgasmo y resolución llamada **respuesta tetrafásica**. Con posterioridad Helen Kaplan la simplificó y planteó la **respuesta bifásica** (excitación y orgasmo). Esta misma autora en 1977, planteó la **respuesta trifásica** (deseo, excitación, orgasmo). ⁽³⁶⁾ Se impuso este tipo de respuesta y se comenzaron a estudiar las alteraciones de estas fases como **disfunciones** ⁽³⁷⁾. Esto constituyó una herramienta de trabajo para la terapia sexual y fue la primera vez que se propuso el factor hormonal androgénico, como causa orgánica del deseo sexual. ⁽³⁸⁻⁴⁴⁾

Del año 1980 al 2000, los conocimientos de la fisiología genital, en particular la neural y las alteraciones hemodinámicas del pene, fueron pasos importantes en el conocimiento de la DS masculina; representaron un punto de referencia y motivación para el estudio de la DSF. Fue la llave de entrada para que las Ciencias Médicas exploraran a fondo la fisiología hormonal, neural y circulatoria de los genitales femeninos. ⁽⁴⁵⁾

En el 1^{er} quinquenio de los años 90, los estudios de la DSF estaban en igualdad de condiciones que en la época de Masters y Johnson. En el **2do quinquenio de los años 90 y el año 2000**, los urólogos comenzaron a liderar grupos multidisciplinarios para la investigación de la fisiología del clítoris, la vulva, la vagina y sus relaciones con los sistemas neuroendocrino y vascular. En 1999 culminaron las primeras investigaciones que fueron presentadas en el primer encuentro para el estudio de la DSF en Boston. ⁽⁴⁶⁻⁵⁰⁾ Son cada vez más los países que se preocupan por los aspectos de la sexualidad y son más numerosos los

estudios epidemiológicos, de prevalencia y los nuevos enfoques terapéuticos de ese problema de salud. (11-13, 51-52)

Clasificación de la disfunción sexual femenina. (53-54)

Un panel de consenso para la **clasificación** de la **Disfunción Sexual Femenina** de la Fundación Americana de Enfermedades Urológicas, basándose en la opinión de Kaplan (36, 55) (3 fases: deseo, excitación, orgasmo) y la de Masters y Johnson (4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución) proponen la clasificación siguiente. (34, 56, 57)

I. Desórdenes del deseo sexual

A. Deseo sexual hipoactivo: deficiencia (o ausencia) persistente o recurrente de fantasías sexuales y/o de **deseo** para la actividad sexual o receptividad sexual que causa angustia personal.

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

II. Desórdenes de la excitación sexual.

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

III. Desórdenes orgásmicos:

Dificultad persistente o recurrente, demora o ausencia para obtener un orgasmo, después de un estímulo sexual suficiente y excitación adecuada, que causa angustia personal.

IV. Desórdenes sexuales por dolor

A. Dispareunia: Dolor genital recurrente o persistente en relación con el coito.

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

C. Dolor sexual no coital: Dolor genital recurrente o persistente producido por estimulación no coital.

En general todos estos trastornos pueden ser:

Primarios: Se presentan desde el inicio de la vida sexual activa.

Es un trastorno donde existe una inhibición primaria del deseo sexual o del orgasmo, se presenta en mujeres que provienen de familias con actitudes muy restrictivas o influencias religiosas negativas con respecto a la sexualidad, en mujeres abusadas sexualmente o violadas.

Secundarios: Es el que aparece después de haber experimentado todas las fases de la respuesta sexual de forma fisiológica, normal. En general es secundario a problemas de parejas, traumas físicos, emocionales, ingestión de sustancias tóxicas, abuso de drogas y cirugía del suelo pélvico.

Totales: Cuando aparecen siempre, en cualquier circunstancia.

Situacionales: Cuando aparecen en determinadas circunstancias. Por ejemplo, con una pareja y no con otra. Aparecen durante el coito pero no en otras situaciones de la actividad sexual como juegos sexuales y masturbación.

La etiología de la Disfunción Sexual Femenina es multifactorial, una DS en general tiene su origen en varios factores al mismo tiempo; identificar adecuadamente la causa es fundamental.

Aspectos etiológicos.

1.3.1 Biológicas:

Las modificaciones anatómicas o fisiológicas en el organismo pueden provocar situaciones de malestar o imposibilidad para la realización de la actividad sexual satisfactoria. Cuando se producen directamente sobre los órganos genitales o en su fisiología, los efectos son fáciles de detectar, pero cuando no están en relación directa, su detección es más difícil y estos factores afectan tanto el desempeño como la respuesta sexual y los aspectos subjetivos de la misma.

Pueden ser: Fisiológicas o naturales.

1.3.1.1. Entre las causas fisiológicas se menciona la edad de la mujer. ⁽¹⁸⁾

Sobre todo relacionada con la etapa de la perimenopausia, la menopausia y posmenopausia. ⁽⁵⁸⁻⁶⁴⁾ El embarazo, puerperio y lactancia materna también se asocian. El agotamiento psicofísico referido por muchas mujeres de diferentes edades se menciona como causa de desinterés sexual. ⁽⁶⁵⁻⁶⁷⁾

1.3.1.2. **Las patológicas** ^(44, 46, 68) pueden ser de origen Genético como es el caso del Síndrome de Turner, el Seudohermafroditismo femenino y masculino. ^(69,70)

Las malformaciones congénitas tales como: la Agenesia y Tabique Vaginal, Hipoplasia de la vagina, Himen fibroso y Sinequia de los labios.

Las causas inflamatorias también influyen en la aparición de disfunciones sexuales en la mujer, relacionadas sobre todo con las de origen doloroso por las molestias que ocasionan antes y durante la penetración, llegando incluso a producir incapacidad para que ocurra. Entre ellas se encuentran los procesos inflamatorios de la vulva y la vagina: vulvitis, vulvovaginitis, colpitis, endometritis, anexitis, endometriosis y el síndrome inflamatorio pélvico crónico. ⁽⁷¹⁾

Entre las causas patológicas, existen referencias sobre las de origen traumático, como los traumas obstétricos o aquellos accidentales que afectan el aparato genital. Los tumores de la vulva, vagina, cuello uterino y ovarios.

Las enfermedades de órganos vecinos producen DS en la mujer, sobre todo las relacionadas con el aparato urológico; las de la uretra, vejiga, como es el caso de cistitis intersticial. Las afecciones osteomioarticulares como las hernias discales a nivel sacro S4-S5 y las enfermedades del recto también se han relacionado. ⁽⁷¹⁾

Las enfermedades endocrinas ⁽⁷²⁾ son responsables en importante medida de disfunciones sexuales, tanto por la presencia de déficit hormonal como por la hiperfunción, es el caso del Síndrome y la Enfermedad de Cushing, producidos generalmente por la presencia de tumores, adrenales o hipofisarios respectivamente, que producen hipercortisolismo con repercusión sistémica.

La afectación gonadal es causa frecuente de DS, es el caso del hipogonadismo femenino y masculino primario y secundario; relacionado con mayor frecuencia, el postpuberal con los trastornos en la esfera sexual. En la actualidad, también se relacionan con el Síndrome de Insuficiencia Androgénica, y se ha involucrado la disfunción endotelial en la etiopatogenia del Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) como responsable de disfunciones sexuales.

El compromiso del eje tiroideo se describe entre las causas de DS; la hipofunción tiroidea ha estado relacionada con disminución del deseo sexual cuando no es diagnosticada y tratada. El Hipertiroidismo también es causa de DS.

La Hiperprolactinemia en general, tanto de origen tumoral como funcional es causa de trastornos en la esfera sexual y reproductiva de la mujer, origina

trastornos del deseo sexual. El Hipopituitarismo y la Insuficiencia adrenal se consideran como posibles causas.

La Diabetes Mellitus, así como el Síndrome Metabólico con todos sus componentes y la conocida insulina-resistencia se han estudiado como posibles causas de disfunción sexual en la mujer. ⁽⁷³⁻⁷⁷⁾

Algunas enfermedades neurológicas y del tejido conectivo se señalan como causa de DS en hombres y mujeres como la Miastenia Gravis, Esclerosis Múltiple, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Esclerodermia y el Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

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

1.3.1.3. Las causas iatrogénicas de DS son frecuentes y poco conocidas, sin embargo son numerosos los fármacos con efectos deletéreos sobre la función sexual. Se mencionan también las técnicas quirúrgicas: cirugías que impliquen la vulva, el suelo pélvico en general o la función gonadal (Ooforectomía y Radioterapia). ⁽⁷¹⁾

Los **Fármacos:** ⁽⁸¹⁻⁸⁶⁾ Varios medicamentos tienen efectos adversos sobre la función sexual, ya sea afectando el deseo, la excitación o el orgasmo en la mujer, por diferentes mecanismos de acción central, a nivel de las terminaciones nerviosas y por bloqueo del receptor adrenérgico.

Neurolépticos. Trifluoperazina. (5mg). Asociada con frecuencia a la anorgasmia y déficit de lubricación.

Anticonvulsivos como la Carbamazepina, Fenitoína.

Fenotiazinas y Butirofenona. Los llamados tranquilizantes mayores.

Clorpromazina, Tioridazina.

Los **Sedantes** (Tranquilizantes Menores). Diazepam, Clordiazepóxido.

Barbitúricos como el fenobarbital y los **Antidepresivos**, en general producen DS en la mujer, sobre todo trastornos del orgasmo, tanto los denominados antidepresivos tricíclicos, como los actuales inhibidores de la recaptación de serotonina. Entre los representantes del primer grupo se encuentra la Amitriptilina, Imipramina y el Carbonato de Litio, en el otro grupo la Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina entre otros.

Los **Antiparkinsonianos** como la Levodopa, **Hipnóticos** como el Nitrazepam se describen también con efectos negativos sobre la función sexual.

Otro grupo de medicamentos asociado a la aparición de disfunciones sexuales y que tienen marcada importancia por la frecuencia de uso son los **Antihipertensivos**. Entre ellos la Alfametildopa, Hidralacina, Clonidina, Reserpina, Propranolol, Atenolol, Nifedipina. Los **Diuréticos** son otros de los fármacos empleados en el tratamiento de la hipertensión arterial y en otras enfermedades y son inductores de DS: la Furosemida, Tiazidas, Clortalidona, Espironolactona.

Los **Anticolinérgicos**, los **Análogos del ácido Fólico** como el clofibrato indicado en la hipertrigliceridemia también se mencionan como desencadenantes de problemas sexuales. El uso de **Antihistamínicos**, Cimetidina y Ranitidina se ha

relacionado; preparados hormonales, el uso de Esteroides, Antiandrógenos, Acetato de Ciproterona, Acetato de Medroxiprogesterona.

Analgésicos no opiodes como el Naproxeno.

Los Estimulantes del SNC, las Anfetaminas y otras sustancias tienen efectos deletéreos sobre la función sexual; el Alcohol, Marihuana, Heroína y la Metadona.

Las técnicas quirúrgicas: Se mencionaron con anterioridad entre las causas iatrogénicas de DS. Cualquier cirugía que involucre la región pelviana y lesione el sistema nervioso o vascular de la zona genital puede ocasionarla. Las cirugías de la columna vertebral, las intervenciones obstétricas.

1.3.2 ♦ Psicológicas:

Ocupan un lugar destacado en la aparición de disfunciones sexuales, no dejan de estar presentes, cuando no son causa principal o directa de la DS, la condicionan y acompañan. Cualquier enfermedad que afecte a un paciente en el proceso salud – enfermedad es imprescindible evaluar la repercusión psicológica que puede tener y originar una disfunción sexual.

- Antecedentes psicotraumáticos^(87- 88)
- Sentimientos de culpa, pena, inhibición, no aceptación del rol femenino y fobias.
- Autoimagen corporal deteriorada.
- Autoestima disminuida.
- Trastornos psiquiátricos de ansiedad, depresión, de personalidad. ⁽⁸³⁾

1.3.3 Sociales:

Es difícil pensar que un problema de salud como la DS de la mujer no esté relacionado con factores sociales, y no esté condicionado por mitos, tabúes

transmitidos de una generación a otra e influido por la posición que ha ocupado la mujer históricamente en la sociedad. Los Sistemas de valores represivos, sobre todo en relación con el sexo, pueden influir definitivamente en la conducta sexual de la mujer de cualquier época, las influencias religiosas negativas con respecto a la sexualidad y los prejuicios sexuales pueden marcar la conducta sexual.

Las condiciones inapropiadas de hábitat, problemas socioeconómicos, la educación sexual inadecuada, problemas de relación con la sociedad, interpersonales y de pareja, pueden influir en la presencia de DS en la mujer.

1.3.4 Mixtas: Cuando coinciden causas orgánicas, psicológicas, iatrogénicas, medicamentosas, entre otras.

1.3.5 De etiología desconocida: Son aquellas disfunciones sexuales que pueden aparecer de forma intermitente o permanente, que después de ser estudiadas no se determina la presencia de una causa psíquica, orgánica o de otra índole que nos permita actuar sobre el trastorno de la respuesta sexual.

1.4 ENDOCRINOLOGÍA DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA

1.4.1. Hormonas y Neurotransmisores en la respuesta sexual humana.

Kaplan (1974) efectúa un resumen interesante sobre la acción de las hormonas sexuales masculinas y femeninas en la conducta en general y la respuesta sexual en particular. Los estudios en cuanto a los determinantes endocrinos del comportamiento sexual femenino han estado marcados por el hecho que se ha tomado como referencia el comportamiento masculino y se han deducido algunos aspectos del comportamiento sexual femenino; en 1975, Beach a partir de un estudio realizado en roedores sugirió que el conocimiento desde el punto de vista endocrino estaría facilitado considerablemente al separarlos en tres componentes relacionados con la eficacia de la mujer como estímulo sexual, con la intensidad con que la hembra busca al macho y provoca el comportamiento sexual, y el deseo de recibir al macho en apareamiento⁽⁸⁹⁾

La mayoría de las observaciones o estudios realizados en el género humano, no han podido diferenciar estos componentes. En consecuencia puede ser equivocado evaluar esta perspectiva de comparar y por tanto confundir el comportamiento femenino con el masculino.

Los estudios de sexualidad de manera frecuente omiten la realización de pruebas endocrinas, y los niveles de las hormonas involucradas en la RSF muchas veces son inferidos o deducidos. En la actualidad existen datos relativamente escasos para evaluar los influjos hormonales en el comportamiento sexual femenino, de modo especial en aquellas que tienen buen estado de salud.⁽⁹⁰⁾

La **testosterona** en hombres y mujeres, incrementa el deseo sexual, favorece la vasocongestión con más altos niveles de excitación y brinda el entorno químico

que se requiere para el funcionamiento y estructuración del orgasmo: producción de semen, erección y eyaculación. Aumenta el nivel energético, el metabolismo.

Los andrógenos son sintetizados en el testículo del varón, y los ovarios y las glándulas suprarrenales de la mujer; por estímulo de la hormona folículo estimulante y la hormona luteinizante (FSH y LH) de la hipófisis, que a su vez son liberadas por estímulo de un decapeptido descubierto en 1971: la hormona liberadora de la gonadotropina (Gn-RH) producida en el hipotálamo, considerada como una neurohormona. El avance en la comprensión de las secreciones hormonales a nivel del hipotálamo, es clave para la comprensión del mecanismo por el cual las emociones y los estímulos psíquicos favorecen la liberación de las hormonas sexuales. ⁽⁴⁵⁾

Kaplan insiste que los andrógenos, por su importancia para condicionar la conducta sexual, actúan poco en comparación con las influencias psíquicas, que son soberanas en su poder de presidir la conducta sexual. ⁽³⁶⁾

Los bajos niveles de testosterona se asocian a disminución del deseo sexual, así como a disminución de la sensibilidad genital, y afectación del orgasmo.

La fisiología sexual de la mujer incluye una cantidad crítica de testosterona no solo para el desarrollo de todos los tejidos sino para experimentar energía vital y libido. La mujer tiene del **1 al 3 %** de **testosterona libre** para efectos tisulares y actúa a través de receptores hormonales.

En mujeres en edad reproductiva, el ovario es la fuente más importante de estrógenos y andrógenos. Los andrógenos complementan la contribución de los precursores adrenales que en órganos periféricos, pueden ser transformados en andrógenos bioactivos y estrógenos. Se estima que los ovarios contribuyen en un

50 % a los niveles de testosterona, mientras que la corteza adrenal aporta el **50 %** restante, a partir de la conversión periférica. ⁽⁹¹⁾

La testosterona y androstenediona son precursores para la formación de estrona y estradiol, respectivamente, por acción de la enzima aromatasa. Este proceso se produce en el ovario y los tejidos periféricos, el cerebro, hueso, vasos sanguíneos, y otros órganos periféricos, como tejido adiposo, músculo y hígado. Sin embargo, la mayor parte de testosterona intracelular no alcanza el torrente circulatorio.

Los niveles de estradiol tienen relación con la vagina a través del SNC y periférico y en la transmisión nerviosa. Modelos de experimentación han permitido deducir que los estrógenos afectan los umbrales de sensibilidad, se relacionan con la **sensibilidad** vibratoria y los umbrales de sensibilidad a la presión. ⁽⁴²⁾

Los estrógenos de manera indirecta influyen en el deseo sexual al contribuir en la retroalimentación positiva de la respuesta sexual en la fase de excitación, tienen función facilitadora de la vasodilatación, protegen la circulación clitoridiana, uretral y vaginal; que se describe como efecto preventivo de la aterosclerosis en los territorios pélvicos. ⁽⁴⁴⁾ Regulan la **sintetasa del óxido nítrico**, enzima involucrada en la síntesis del **óxido nítrico**. ⁽⁴⁸⁾ Favorecen el trofismo de las paredes vaginales, así como la lubricación vaginal, efecto más evidente en las mujeres posmenopáusicas cuando declinan los niveles de ellos.

Prolactina. Hormona producida por las células lactotropas de la adenohipófisis. En las mujeres el número células aumenta durante el embarazo y puerperio. Es una hormona de alto recambio, no se almacena, actúa por mecanismo de acción mediado por receptores que no son específicos para la prolactina y pueden ser estimulados por otras hormonas, que se les denomina lactogénicos. La respuesta

del receptor a la hormona depende del tejido donde se encuentre. Es una hormona de estrés que aumenta con determinadas condiciones fisiológicas: ejercicio, embarazo, coito, el orgasmo femenino, hipoglucemia, amamantamiento y por acción de medicamentos. Sufre variaciones con el ciclo menstrual por influencia de los estrógenos. Es la única hormona que se modifica durante el acto sexual y aumenta cuando hay orgasmo y solo en mujeres. ⁽⁹²⁾

Acción gonadal. Actúa tanto en las gónadas femeninas como masculinas.

En el **Ovario**: interviene en la ovulación y no en el desarrollo folicular. La hiperprolactinemia produce: galactorrea., infertilidad por anovulación, trastornos menstruales del tipo de la amenorrea secundaria. Actúa sobre **la esteroidogénesis ovárica**, aumenta la captación de ésteres de colesterol estimula el complejo 20-22 desmolasa, inhibe la 17-20 desmolasa y disminuye la formación de esteroides sexuales. Además bloquea la esteroidogénesis en las células de la granulosa. Actúa sobre **las células granulosas** (sistema enzimático, producto de estrógenos ováricos que tienen receptores de FSH).

- Desarrollan las células de la granulosa.
- Induce la aparición de receptores para la LH.
- Induce la luteinización de la granulosa.
- Estimula la secreción de progesterona de células de la granulosa.

Disminuye la velocidad de recambio del receptor LH (*Down Regulation*). Sin embargo la hiperprolactinemia produce en la mujer disminución del deseo sexual por aumento de la SHBG que disminuye los niveles de testosterona libre, infertilidad por anovulación y disminución de la FSH y LH.

Oxitocina.

Es una hormona peptídica, segregada a nivel hipotalámico, se almacena y se libera en la neurohipófisis. Es un nonapéptido con peso molecular de 1100 Daltons con un puente disulfuro en la posición 1-6.

Síntesis. El estímulo de la succión causa excitación de las fibras colinérgicas que provoca acción sináptica de la acetilcolina. Estimula la formación de gránulos secretorios. Así la hormona sintetizada se une al gránulo neurosecretor y se une a una proteína (neurofisina). Es transportada a lo largo de los axones hasta almacenarse en neurohipófisis en neurovesículas.

Liberación. El estímulo de succión crea potenciales de acción de membrana inducido por la acetilcolina que recorren axones del H-H (la acetilcolina produce despolarización de membrana plasmática y entrada a las células de Na^+ y Ca^{++} . Todo esto produce disociación de oxitocina del complejo neurofisina-oxitocina potencializado por el calcio y se libera la oxitocina de las neurovesículas, pasa a los capilares por: exocitosis, pinocitosis y secreción porosa. También puede pasar a la red de neurotúbulos de los cuerpos de Herring antes de llegar al capilar, sirviendo los neurotúbulos de almacén temporal.

Otros estímulos, pueden inhibir la liberación de oxitocina como el estrés emocional y es estimulada por la excitación sexual y el orgasmo, otro ejemplo es el trabajo de parto para mantener las contracciones uterinas. Los reflejos originados en el útero contraído provocan liberación de oxitocina. Durante la succión hay aumento de la contractilidad del útero posparto que indica relación entre la succión, oxitocina y contracción biométrica. Relacionada con la involución uterina posparto y la función neuroreguladora.

Neurotransmisores:

Los neurotransmisores deben cumplir determinadas condiciones: ser liberados por neuronas presinápticas y degradados o reabsorbidos por neuronas postsinápticas, tener acción local en la sinapsis con efectos pasajeros, de corta duración. Su efecto debe corresponder al estímulo que lo provocó. Se liberan a la llegada de un potencial de acción por activación del complemento. Ejemplo: acetilcolina, dopamina, noradrenalina, adrenalina, serotonina, histamina y GABA.

En la respuesta sexual humana está involucrada la actividad neuroendocrina a través de neurohormonas y neurotransmisores estos son sustancias producidas por las neuronas neuroaminérgicas. Conocidas como **primeros mensajeros**. Formados por un núcleo de catecol (un anillo de benceno y 2 grupos hidroxilos) y una cadena lateral de etilamina. El aminoácido precursor es la tirosina.

En el caso de la dopamina se plantea que facilita la respuesta sexual, se ha observado en animales de experimentación sobre todo en el macho, su aumento incrementa la actividad sexual, sin embargo en hembras la respuesta a la estimulación con dopamina es variable. ⁽⁹²⁾ Se considera a la dopamina como el factor inhibitorio de la liberación de prolactina por excelencia. Un incremento de dopamina traería consigo disminución de los niveles de prolactina; en valores de hiperprolactinemia afecta la función sexual, el deseo.

Serotonina. Su acción relacionada con la RSH no está aún muy clara pero se ha descrito que un incremento en las vías nerviosas serotoninérgicas produce disminución de la actividad y excitación sexual e incluso retardan el orgasmo. Estas acciones inhibitorias son causadas por alteraciones de los receptores 5HT2.

Estos efectos coinciden con algunos de los efectos encontrados en la clínica con el uso de los inhibidores de la recaptación de serotonina.

Se plantea que el ácido gammaminobutírico (GABA) es un inhibidor de la actividad sexual. Lo cual se ha hecho evidente en la clínica con empleo de algunos psicofármacos como es el caso de las benzodiazepinas.

1.4.2. Receptores hormonales, sensibilidad, especificidad, habilidad de recepción. ⁽⁹³⁻⁹⁴⁾

Los receptores hormonales: Son una familia de proteínas dentro de la membrana celular y el núcleo que se ligan específicamente a la hormona y algunos tienen áreas de activación transcritora de funciones. **La sensibilidad** de los receptores es importante de manera que la calidad de su impregnación origina el resultado final del deseo sexual en su componente químico.

Los receptores cerebrales de la testosterona están concentrados en áreas cerebrales implicadas con la sexualidad y las emociones. La cantidad de receptores no es solo lo fundamental, sino la **habilidad de recepción**. Las hormonas implicadas en la respuesta sexual (RS) el mecanismo de acción está mediado por receptores.

Especificidad de la acción hormonal. ⁽⁹⁵⁾

No todos los órganos y tejidos son sensibles a la acción de todas las hormonas. Para cada hormona existe un órgano o grupo de estos, capaces de responder a esa hormona en específico. Los órganos sensibles se conocen como órganos diana. Este aspecto está relacionado al concepto de receptor hormonal. Las hormonas al arribar a las células de órgano diana deben unirse a una estructura molecular específica denominada receptor. El hecho que un órgano responda o no

a cierta hormona está determinado por la presencia o ausencia de los receptores específicos, mientras que el carácter de la respuesta está dado por el aparato metabólico del órgano diana. No todos los órganos diana de una hormona generan la misma respuesta ante un estímulo hormonal. La misma hormona puede originar diferentes respuestas al actuar sobre órganos diferentes.

1.4.2.1 Mecanismos generales de acción hormonal.

Las hormonas actúan a través de su unión a receptores específicos. La unión provoca cambios conformacionales, que llevan información a otros elementos específicos de la célula. Las hormonas no producen en las células diana la aparición de eventos metabólicos nuevos, sino que aceleran o retardan determinados procesos metabólicos presentes, en determinados puntos clave o de control. Sus efectos se producen por 2 mecanismos generales:

- Modificando la actividad enzimática.
- Modificando la cantidad de enzimas (induciendo la síntesis enzimática).

Es importante señalar que los receptores pueden encontrarse como: receptor de superficie. Constituyen señales para segundos mensajeros. Desencadenan cascadas de sucesos que llevan a respuestas hormonales, (activación del sistema AMP_c de la célula que a su vez desencadenan las funciones celulares específicas. Ejemplo: hormonas peptídicas o proteicas). También pueden establecer interacción intracelular hormona – receptor: activación de genes que actúan sobre la expresión genética, formando proteínas intracelulares con funciones celulares específicas. Ejemplo: esteroides y hormonas esteroideas. Las hormonas se unen a sus receptores de manera reversible y no covalente.

1.4.3. Principales causas endocrinas de disfunción sexual. ⁽⁹⁷⁾

El desarrollo de la hormonología y su contribución al conocimiento de los mecanismos de acción, así como las acciones específicas de las hormonas y las diferentes regulaciones de cada eje endocrino y los neurotransmisores, ⁽⁷⁶⁾ hace difícil pensar que disfunciones en estos sistemas no sean factores importantes en la aparición de disfunciones sexuales.

De las causas mencionadas se debe hacer referencia a las principales **causas endocrinas** de DSF. Los aportes de Helen Kaplan fueron decisivos en el enfoque endocrino. Alcanzó especial importancia el factor hormonal androgénico como causa orgánica del deseo sexual para hombres y mujeres.

Disfunción hipotálamo hipofisaria por diferentes causas.

Las glándulas endocrinas tienen una ubicación diversa y extendida en todo nuestro organismo y son las responsables de controlar las funciones internas a través de la síntesis y secreción de hormonas que a través de la integración neuroendocrina conforman la regulación de los diferentes ejes endocrinos. La regulación que ejerce el hipotálamo sobre la hipófisis y esta a su vez sobre la tiroides, las adrenales y las gónadas utilizando diferentes mecanismos de retroalimentación positivo o negativo, de asa larga, corta o ultra corta determina que cualquier disfunción en la integración de estos mecanismos pueda tener efecto significativo desde el punto de vista hormonal con repercusión en la sexualidad de la mujer.

Menopausia. Es una etapa de la vida femenina caracterizada por el cese de la menstruación. De manera general el climaterio es una etapa de transición de la

vida reproductiva a la no reproductiva, se divide en tres momentos, premenopausia, perimenopausia y postmenopausia. La actividad ovárica decreciente es responsable del Síndrome Climatérico donde ocurren cambios hormonales que influyen en la RSF como: reducción de los estrógenos plasmáticos, el incremento de la FSH, predominio de la estrona, sobre el estradiol plasmático, así como predominio de la producción extragonadal de estrógenos por aromatización periférica de androstenediona. Lo anterior traduce trastornos en la excitación, lubricación y el deseo sexual, por déficit estrogénico y de testosterona. Además de los múltiples cambios biopsicosociales que ocurren en la mujer en esta etapa que contribuyen a la aparición de trastornos en la respuesta sexual de forma diversa.

Falla ovárica precoz. Definido como el cese no fisiológico de la menstruación antes de los 40 años después de una menarquia espontánea, por agotamiento folicular del ovario que ocasiona la desaparición progresiva de los folículos o por la resistencia o falta de respuesta de los folículos a los estímulos hormonales gonadotrópicos, en edades previa al cese normal de la función ovárica o en la premenopausia. Es un síndrome complejo producido por múltiples causas que se manifiesta generalmente como una amenorrea secundaria con perfil hormonal de hipogonadismo hipergonadotrópico con predominio de FSH sobre LH e hipoestrogenismo. La mujer joven no está preparada emocionalmente para este diagnóstico que conduce a la afectación de su salud reproductiva y sexual con repercusión en la salud mental. Muchas son las manifestaciones psicológicas que develan, sentimientos de tristeza de culpabilidad e indefensión, todos ello con un impacto negativo sobre la propia imagen corporal y la percepción de feminidad. La

pérdida de la capacidad reproductiva puede ser traumática para la mujer que no había finalizado su deseo reproductivo y la esfera sexual suele verse comprometida. Aparece disminución de deseo sexual, hipoactividad sexual, dispareunia, escasa satisfacción sexual y otros síntomas asociados a la deficiencia estrogénica como la atrofia vaginal. En estas mujeres el riesgo de enfermedad cardiovascular y osteoporosis es superior al de la mujer con menopausia fisiológica, si no se diagnostica y se indica tratamiento.

Anticoncepción hormonal prolongada. Discutida, generalmente aparecen efectos sobre la función sexual en pacientes con historia previa de trastornos en la RS. Existen autores que asocian los efectos sobre la función sexual con la inhibición que ejercen los anticonceptivos sobre la producción de hormonas sexuales, los andrógenos, factor hormonal muy relacionado con el deseo sexual, se justifica por la acción inhibitoria de los contraceptivos a nivel hipofisario y ovárico. Otros lo relacionan con la acción antiandrogénica que tienen algunos, o con el incremento de la proteína transportadora SHBG, incluso responsabilizan los efectos descritos sobre la función sexual con la elevación crónica de la SHBG ante una exposición prolongada a estrógenos sintéticos.

La hiperprolactinemia afecta la esfera del deseo sexual y la excitación por incremento de la proteína transportadora de andrógeno que conduce a un hipoandrogenismo funcional que determina disminución en el nivel de testosterona actuante y se afecta el deseo sexual. En la hiperprolactinemia tumoral, el compromiso de la esfera sexual guarda relación con la actividad funcional del tumor y con el efecto de masa sobre las células hipofisarias productoras de hormonas implicadas en la RS. ⁽⁹²⁾

Diabetes Mellitus. Los trastornos descritos en la esfera sexual son retraso en la fase de excitación y dificultades en la lubricación, aunque en ocasiones se describe disminución del deseo sexual y trastornos del orgasmo. Los trastornos referidos algunos autores lo relacionan con complicaciones frecuentes en las pacientes con diabetes como la neuropatía diabética; señalando que el compromiso de la inervación pélvica así como el compromiso vascular de las pequeñas arterias del mismo territorio, ocasionan diferentes trastornos sexuales en la enfermedad. En la actualidad se plantea que sin estar presente la complicación neuropática en la mujer diabética, se pueden presentar trastornos en la RS relacionados con los desórdenes del metabolismo lipídico y con el síndrome de insulinoresistencia que ellas padecen y con la disfunción endotelial.

Insuficiencia adrenal. Existe referencia que origina trastornos del deseo sexual y trastornos en la respuesta orgásmica por disminución de la síntesis de andrógenos adrenales, por exceso SHBG que disminuye la testosterona libre, actuante. En la falla adrenal están involucrados mecanismos autoinmunes y en muchas ocasiones se asocia a la afectación de otras glándulas endocrinas; con frecuencia a la Tiroiditis de Hashimoto y al Fallo Ovárico Prematuro con las referidas consecuencias sobre la respuesta sexual.

Hipotiroidismo. Están descritos trastornos del deseo sexual y dificultades en la excitación sexual. En la práctica clínica la disfunción del deseo sexual puede ser expresión de un hipotiroidismo subclínico.

Hipercortisolismo endógeno. Las afectaciones en la esfera sexual, se derivan de las propias alteraciones que produce la enfermedad; el síndrome metabólico en las mujeres con este padecimiento caracterizado, por distribución centrípeta de la

grasa corporal, insulinoresistencia, hipertensión arterial, dislipidemias y diabetes mellitus favorece el daño vascular y la disfunción endotelial que disminuye el flujo vascular del clítoris y vagina. La delgadez, afinamiento de las extremidades y la región glútea por pérdida y debilidad de la masa muscular así como una redistribución de la grasa hacia el segmento superior del cuerpo producen cambios corporales que conllevan a la pérdida del atractivo físico, las infecciones vaginales y de la piel, unido a la depresión que padecen estas pacientes contribuyen a la DS.

Síndrome de deficiencia androgénica. Debe sospecharse en los casos con pérdida del deseo, motivaciones y fantasías sexuales, ausencia del placer, dificultades con la excitación sexual, cambios de la respuesta somática, fatiga, cambios en el grosor del vello pubiano y axilar, disminución de este; depresión de causa inexplicable y afectación de la calidad de vida. Las manifestaciones clínicas se relacionan con el déficit de andrógenos por compromiso de su síntesis, de la liberación o por exceso de proteína transportadora. Es un síndrome donde se impone el enfoque multidisciplinario con participación de endocrinólogos, ginecólogos, urólogos psicólogos, psiquiatras, nutricionistas clínicos y sexólogos. La confirmación se hace a través de la dosificación de andrógenos que debe realizarse sobre el 8-15 día del ciclo.

1.5 Aspectos epidemiológicos de la DSF

Las disfunciones sexuales son un problema de salud de alta prevalencia y tienen importante repercusión en la calidad de vida de hombres y mujeres, así como en la de su pareja. Hasta hace poco tiempo, los datos epidemiológicos existentes

sobre las mismas eran escasos. A ello ha contribuido la falta de estudios de investigación que analicen este problema de salud.

En los últimos 20 años se ha vivido una explosión de estudios sobre la sexualidad en la mujer. Aunque el estudio epidemiológico serio de la sexualidad femenina comenzó básicamente con la publicación *Sexual Behavior of the Human Female* en 1953, las investigaciones adolecieron de muchas dificultades relacionadas sobre todo con el diseño. La falta de estudios propios en cada país y la toma de referencia de otros realizados en condiciones sociodemográficas y culturales diferentes influyen de manera negativa en el conocimiento de aspectos epidemiológicos de la DSF.

La prevalencia de la DSF reportada es variable. Varios estudios coinciden que la frecuencia en la población en general se encuentra entre un 35 % - 40 % ⁽¹³⁾.

Un estudio del National Health and Social Life Survey reportó un 43 % para la DSF y un 31% para la DSM. ⁽¹¹⁾ Otro realizado en Inglaterra con 1748 personas de ellas 789 hombres y 979 mujeres señaló una frecuencia de 34 % y 41% respectivamente ⁽¹²⁾. Egipto ha reportado una prevalencia de 58,7 % ⁽¹⁵⁾, en Irán 31,5 % ⁽¹⁶⁾. La India informó una frecuencia de 73,2%, ⁽¹⁷⁾ en Ecuador y China se estimó un 55,7% y 43 % respectivamente ⁽¹⁴⁾. Varios estudios hacen referencia que incrementa la incidencia con la edad y asciende hasta más del 50% en la perimenopausia y postmenopausia. Los resultados de un estudio realizado en una amplia población de 29 países de todo el mundo demuestran una asociación entre la aparición de problemas sexuales y la edad. ^(17-20, 55)

En general casi todas las series reportan una prevalencia elevada. Así, para Masters y Jhonson ⁽⁵⁶⁾ (1970), un 50% de parejas heterosexuales presenta alguna

DS. Frank, Anderson y Rubistein establecen una prevalencia de disfunciones sexuales en parejas, de un 40% para los varones y un 60 % para las mujeres. Nathan mantiene unas cifras del 1 al 15% en hombres y 1 al 35% en mujeres.

En relación con las formas clínicas de presentación de la DSF se conoce que la más frecuente es la mixta o combinada, sin embargo son variables los reportes de algunos estudios. Sierra 1991 señala como problema más frecuente en la mujer los trastornos del deseo y la excitación sexual. Kaplan en 1982 reporta un 40 % de frecuencia para los trastornos del deseo. Masters y Jhonson en su trabajo reportaron una frecuencia de un 20 % para la anorgasmia, 15 % para la dispareunia y un 2-3 % para el vaginismo ⁽⁵⁶⁾.

En acápites anteriores se realizó referencia a los principales factores de riesgo y agentes etiológicos de la DSF. Se ha asociado a múltiples y variados factores tales como: la edad, bajo nivel económico y escolar, enfermedades crónicas como la Diabetes, Obesidad, HTA y trastornos psicológicos como Ansiedad y Depresión. El consumo de algunos medicamentos y hábitos tóxicos se asocian.

A nuestro juicio el conocimiento de la epidemiología de los problemas sexuales que afectan a las mujeres de nuestro medio en las distintas edades debe constituir el punto de partida para la elaboración, desarrollo y aplicación de programas de intervención desde la clínica, la psicología que tengan como objetivo la prevención de las disfunciones sexuales, así como la promoción de salud sexual en la población general. En este sentido desde nuestras realidades, nuestra cultura y no de datos provenientes de otros lugares y momentos puede ser una de las claves para el éxito de programas de educación para la salud. El primer paso para prevenir un problema e intervenir sobre él, es el conocimiento de su existencia.

Capítulo 2. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Se diseñó un estudio descriptivo transversal realizado sobre una muestra del sexo femenino para caracterizar en el orden clínico-epidemiológico la DSF y su asociación con otras enfermedades y con determinados factores de riesgos.

2.1 MATERIAL Y MÉTODO:

2.1.1 Universo y muestra:

En el área de salud del policlínico Tomas Romay Chacón del Municipio Habana Vieja se registraban en el momento del estudio 4380 mujeres entre 16 y 45 años de edad que constituyeron el universo básico del estudio para la estimación de la prevalencia.

No obstante, a pesar de que no se podían precisar antes de la selección de la muestra se consideraron los siguientes criterios para la inclusión o no de una mujer en el estudio.

- que hayan iniciado la actividad sexual.
- que no estuvieran embarazadas.
- que no tuvieran algún trastorno nervioso con nivel de funcionamiento de carácter psicótico.
- que no tuvieran retraso mental moderado a severo y
- que no presentaran alguna enfermedad malignas o caquetizante.

Muestra: El tamaño muestral fue calculado a partir de los siguientes datos:

- Tamaño de la población: 4 380
- Proporción esperada de disfunción sexual: 40 %
- Nivel de confianza: 95 %

- Precisión absoluta: 4 %
- Efecto de diseño: 1.5
- Pérdidas esperadas: 5 %

El tamaño mínimo necesario se calculó en 804 pacientes, finalmente pudieron ser entrevistadas 850 mujeres. Se empleó el paquete estadístico *Epidat 3.1*.

Diseño muestral

Para la selección de la muestra se aplicó un muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional al tamaño usando la siguiente división en grupos etarios:

- 16 – 19 años.
- 20 – 24 años.
- 25 – 29 años
- 30 – 34 años
- 35 – 39 años
- 40 – 45 años

Mediante este tipo de muestreo se aseguró que en la muestra hubiera representatividad de cada grupo etario. El primer paso fue obtener listas separadas de cada estrato o grupo etario y luego se calculó el tamaño que cada estrato debía tener en la muestra, al final se seleccionó por muestreo simple aleatorio las pacientes dentro de cada grupo etario. Este procedimiento fue posible debido a que las áreas cuentan con listados de la población que están disponibles mediante el sistema de dispensarización del Sistema Nacional de Salud.

2.2 Diseño del estudio:

De mayo del 2006 a mayo del 2007 un médico especialista en endocrinología y miembro del grupo multidisciplinario de disfunción sexual femenina del Hospital “Hermanos Ameijeiras, en conjunto con el médico de la familia del consultorio donde pertenecía cada mujer seleccionada para participar en el estudio, organizó el trabajo de forma que pudieran entrevistarse un número de 20 mujeres por día en dos sesiones de trabajo. Para ello se citaron las mencionadas mujeres en sus casas a través de la enfermera de la familia y se dispuso un local del Policlínico en cuestión que reuniera condiciones adecuadas para garantizar la privacidad del trabajo y facilitara un ambiente propicio para tratar el tema, las mujeres fueron citadas en su casa por la enfermera de la familia.

En primer lugar se explicaron los objetivos del trabajo, la importancia del mismo y se trató de transmitir confiabilidad y seguridad a las pacientes con respecto a la confidencialidad del trabajo, pues es un tema muy sensible y de vital importancia por el hecho de estar implicada su sexualidad y la de su pareja.

El mismo día se llevó a cabo la entrevista individual por parte del especialista, sin realizar ninguna modificación de medicación habitual de alguna mujer que presentara tratamiento por determinada enfermedad. Esta entrevista fue, según el medio: cara a cara, al poder el entrevistador observar la gestualidad y formas del mismo. Además según la forma puede considerarse estandarizada al seguir las preguntas una secuencia similar sobre todas las mujeres.

Se dispuso además la presencia de una pesa con tallímetro en el local para obtener datos como peso y talla de las mujeres incluidas, y que el personal entrenado para la aplicación de la entrevista siempre fuera el mismo (la autora), y utilizara el mismo procedimiento para la aplicación de la misma.

La guía de preguntas empleada para la entrevista fue confeccionada por expertos del grupo multidisciplinario de atención a los trastornos sexuales de la mujer con más de 20 años de experiencia en el manejo de la Disfunción Sexual Femenina del Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. Para su confección se tuvo en cuenta la experiencia de trabajo en la consulta especializada en este problema de salud y otras encuestas elaboradas por grupos de expertos de otros países y el Índice Internacional de Función Sexual Femenina. (Ver Anexo 2).

Fueron entrevistadas 850 mujeres, e incluidas en el procesamiento 845 pues cinco de las mujeres entrevistadas no aportaron información necesaria para el estudio.

Operacionalización de las variables

De la pareja:

Ocupación: Variable cualitativa nominal politómica. Categorías: trabajadoras, amas de casa, no precisaron. Referida por la mujer

Edad: Variable cuantitativa continua, medida en años cumplidos.

Tiempo de relación: Variable cuantitativa continua. Quedó definido como el tiempo, en años que mantenía la relación de pareja. Referido por la mujer.

Nivel de escolaridad. Definido por el nivel de escolaridad terminado que alcanzaron las mujeres. Variable cualitativa ordinal. Categorías: primaria, secundaria, preuniversitario o técnico medio y universitario. Referido por la mujer

De la mujer:

Peso y talla: Variables cuantitativas continuas, medidas en Kgs y cms respectivamente.

Índice de masa corporal. Índice de Quetelet: Variable cuantitativa continua.

Calculada según fórmula. $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla (cm}^2\text{)}$. Se calculó el valor y se tuvo en cuenta la siguiente clasificación.

Clasificación de la obesidad según Índice de masa corporal.

IMC menor que 18,5 Bajo peso.

IMC 18,5 - 24,9 Normopeso.....Grado 0

IMC 25 - 29,9 Sobrepeso.....Grado I

IMC 30 - 39,9 Obesidad..... Grado II

IMC mayor o igual que 40 Obesidad Severa.....Grado III

Color de la piel: Variable cualitativa nominal politómica. Categorías: blanca, negra y mestiza. Referida en el carne de identidad.

Estado civil: Variable cualitativa nominal politómica. Categorías: casada, soltera, divorciada y acompañada. Se definió con números del 1 al 4. Referida por la mujer

Creencias religiosas: Variable cualitativa nominal politómica. Categorías: católica, afrocubana, testigo de Jehová, cristiana, pentecostal, pinos nuevos, espiritismo. Referida por la mujer

Edad de la menarquia: Variable cuantitativa continua. Definida por la edad de la primera menstruación. Referida por la mujer

Edad de la primera relación sexual: Variable cuantitativa continua. Definida por la edad en que refiere haber tenido su primera relación sexual. Referida por la mujer

Características de la primera relación sexual. Expresada por la propia mujer
Variable cualitativa ordinal. Categorías: espontánea, provocada, forzada, violada.

Espontánea. Cuando la mujer fue a su primera relación sexual porque lo deseaba de manera libre y espontánea.

Provocada. Cuando la mujer fue a su primera relación sexual sin considerarse preparada para ella. La relación sexual fue producto de la insistencia de la pareja y la labor de convencimiento desarrollada por el otro miembro de la pareja.

Forzada. Cuando participó de la primera relación sexual producto de la insistencia intimidatoria de la pareja. Participó por temor a perder la pareja, para evitar los continuos reclamos.

Antecedentes patológicos personales. Expresados por la mujer. En el caso de la Diabetes y los trastornos psiquiátricos se operacionalizó de la siguiente forma:

Diabetes mellitus. Variable cualitativa nominal politómica.

Diabetes tipo 11, Diabetes tipo 2....2, No tiene... ... 3

Tiempo de evolución de la diabetes. Variable cuantitativa continua medida en años. Medida en las categorías siguientes:

- Hasta 10 años.....1, Más de 10 años.....2

Hipotiroidismo. Variable cualitativa nominal dicotómica. (Si... 1; No...2).

Galactorrea. Variable cualitativa nominal dicotómica. (Si... 1; No...2).

Trastorno nervioso. Referente al antecedente de un diagnóstico por salud mental establecido y referido por la propia mujer. Variable cualitativa nominal politómica. Categorías

Neurosis-----1, Depresión ----- 2, Síndrome depresivo ansioso-----3 ,

No tiene----- 4

Otras enfermedades. Cada una de las variables de este acápite se consideró una variable cualitativa nominal dicotómica con 2 categorías, en dependencia si refería la enfermedad o no. (Si... 1; No...0).

Hipertensión arterial, Asma bronquial, Tumores hipofisarios, Infertilidad, Hipertiroidismo, Síndrome de ovarios poliquísticos, Hiperandrogenismo, Hiperkortisolismo endógeno, Diabetes insípida, Insuficiencia adrenal, Espondiloartrosis, Esofagitis, Osteoporosis, Alergia, Neuropatía, Obesidad, Gastritis, Glaucoma, Cervicitis, Amigdalitis, Diabetes gestacional, Anemia, Úlcera péptica, Hipercolesterolemia, Hipertrigliceridemia, Dislipidemia mixta, Migraña, Epilepsia, Siclemia, Displasia mamaria, Psoriasis.

Medicamentos utilizados. Variable cualitativa nominal dicotómica con dos categorías: (No...0), (Si...1)

- Esteroides, Cimetidina, Ranitidina, Metilbromuro de homatropina, Naproxeno, Carbamacepina, Fenitoina, Furosemida, Propranolol, Clortalidona, Atenolol,

Otros medicamentos. Variable que se operacionalizó en caso de si alguna mujer tomaba algún medicamento que no estuviera recogido en la encuesta. Variable cualitativa nominal dicotómica. Referida por la mujer. No.....0 , Si.....1

Antecedentes Ginecobstétricos. Todos fueron recogidos por las referencias de las mujeres del estudio.

Métodos contraceptivos utilizados. Variable cualitativa nominal politómica. Se le dio un número al método utilizado.

Método Hormonal

Triquilar...1, Norgestrel...2, Norgestrel E...3, Trinor.....4, Etinor...5, Otros...6

Inyecciones mensuales.....7, Inyecciones bimensuales... 8, Inyecciones Trimestrales.....9, Implantes por 2años..... 10, Implantes por 5 años.....11, No.....12.

Uso de DIU. Referente a dispositivo intrauterino.

Se utilizó un número cada uno de los dispositivos referidos por las mujeres.

T.....1, Asa...2, Anillo....3, Meduza...4, Multiloga...5, No precisa....6, No DIU...7.

Trastornos menstruales. Variable cualitativa nominal dicotómica.

Referente a trastornos del ciclo menstrual, irregularidades relacionadas con la duración de los ciclos menstruales, con el tiempo de duración de la menstruación o la presencia de sangrado ínter ciclo. Categorías: Si...1, No....2

Embarazos. Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Si...1, No....2

Cantidad de embarazos. Variable cuantitativa discreta. Categorías: Se ingresó el número de embarazos referidos.

Cantidad de partos. Variable cuantitativa discreta. Categorías: Se ingresó el número de partos referidos.

Ninguno...0, Uno...1, Dos...2

Cantidad de abortos. Variable cuantitativa discreta. Categorías: Se ingresó el número de abortos referidos. Ninguno.....0, Uno.....1, Dos.....2, Tres.....3

Abortos espontáneos. Se refiere a si la mujer presentó esta condición. Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Si...1, No...2

Abortos provocados. Se refiere a si la mujer presentó esta condición Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Si...1, No...2

Hábitos tóxicos: Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Si....1 No....2, para cada uno de ellos

Hábito de fumar: De la mujer y de su pareja, Bebidas alcohólicas, Café, Drogas.

Otras condiciones a evaluar.

- **Conocimiento de las zonas erógenas por la mujer y las de mayor disfrute sexual.** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: No...0 y Si....1
- Determinar la práctica de autoestimulación y la satisfacción que ésta causa. Variable cualitativa nominal politómica. Si....1, No....2, A veces...3
- **Exploración del placer a través de la relación sexual.** Variable cualitativa nominal politómica. Categorías: Si....1, No....2, A veces...3
- **Exploración de elementos psicológicos relacionados con la actividad sexual.** Referidos por las mujeres. Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Si.....1 No.....2
- **Exploración de condiciones ambientales y sociales que pudieran tener relación con la aparición de disfunciones sexuales,** referente a falta de privacidad, presencia de niños u otra persona en la habitación, no disponer de un dormitorio, ausencia de puertas. Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Si.....1, No.....2
- **Relación de la disfunción sexual con algún evento específico.** Referidos por la mujer como problemas de pareja, parto, aborto problemas laborales. Stress, sobrecarga de roles. Cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Si.....1, No.....2

Valoración de la función sexual y la relación de pareja.

- Valoración de la relación integral de pareja. Variable cualitativa ordinal.

Relación Integral de pareja: Referente a una valoración de la mujer en cuanto a la relación con la pareja en los diferentes aspectos de la vida sin tener en cuenta la relación sexual; relacionada con la armonía dentro de la pareja en cuanto a estilos de vida, comunicación, a la capacidad de resolver los problemas de forma adecuada, sin discusiones violentas y llegar acuerdos que respeten las opiniones de ambos miembros de la pareja.

Buena.....1 Regular.....2 Mala.....3

Valoración de la relación sexual. Variable Cualitativa Ordinal. Referente a una valoración expresada por la mujer. Categorías: Satisfactoria.....1
No satisfactoria.....2 Ocasionalmente no satisfactoria...3

Todas las variables descritas a continuación son referidas por la mujer en la entrevista.

• **En caso de tener dificultades sexuales.** Variable cualitativa ordinal. Categorías. No tienen dificultades....4, De ambos...3, De su pareja...2
De usted...1.

• **Dificultad en la potencia, en la erección de la pareja.** Variable cualitativa ordinal Categorías: Siempre....1, A veces....2, Nunca.....3.

• **Eyacuación rápida.** Variable cualitativa ordinal. Categorías. Nunca.....3, A veces.....2, Siempre.....1

• **Se refiere a la eyacuación tardía.** Variable cualitativa ordinal. Categorías

• Nunca.....3, A veces.....2, Siempre.....1

• **Ausencia de eyacuación** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías (Si...1, No....2)

- **Relaciones sexuales en etapa menstrual.** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías. Si...1, No....2
- **Se refiere a si conoce qué es el orgasmo.** Variable cualitativa ordinal dicotómica. Categorías. Si...1, No....2.
- **Alcanza el orgasmo.** Variable Cualitativa Ordinal Categorías.
Siempre.....1, A veces.....2, Nunca....3
- **Multiorgasmos.** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías.
Si...1, No....2
- **Cómo alcanza el orgasmo.** Variable cualitativa nominal politómica. Categorías. Estimulación...1, Penetración....2, Ambos.....3
- **Disminución del deseo sexual.** Variable cualitativa ordinal. Categorías.
Siempre.....1, A veces.....2, Nunca...3
- **Ausencia de deseo:** Variable cualitativa ordinal. Categorías. Siempre.....1, A veces.....2, Nunca.....3.
- **Coito doloroso.** Variable cualitativa nominal politómica. Categorías.
Siempre...1, A veces por falta de preparación...2, A veces por la posición....3, A veces sin relación con posición y penetración....4, Nunca....5
- **Sequedad vaginal.** Variable cualitativa nominal politómica. Categorías.
Si.....1, No...2, A veces....3
- **Formas de disfunción sexual.** Variable cualitativa ordinal. Valoración diagnóstica del personal especializado en este caso del medico que realiza la entrevista. Categorías. Primaria....1, Secundaria....2, No tiene.... 3

- **Años de evolución.** Variable cuantitativa discreta medida en las categorías siguientes: Entre uno y 10 años...1 y Menos de un año.....2

- **Eventos asociados:** Se utilizó este término para definir diferentes sucesos que fueron encontrados como factores asociados, contribuyentes en la aparición de un trastorno de la respuesta sexual o a una disfunción sexual establecida. Ejemplo: parto, aborto embarazo, problemas familiares de pareja, laborales, otros. Variable cualitativa nominal politómica. Categorías: para cada uno de los eventos mencionados anteriormente se operacionalizó como: (si...1 y no...0)

- **Creencias sexuales inadecuadas.** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Si.....1, No.....2

Referentes a: que la mujer para tener orgasmo debe tener emisión de fluidos, similar al hombre. Referente a la participación pasiva de la mujer en el acto sexual, que no es adecuado tomar la iniciativa, sensaciones de menor intensidad que el hombre, y menor deseo sexual y menos necesidades sexuales determinado por diferencias biológicas. Referente a confusión entre sexualidad placentera y reproductiva. Creencias inadecuadas en relación a la autoestimulación ejemplo: no es propio de mujeres, tiene consecuencia negativa para la salud sexual y para la salud en general y no es una vía para alcanzar una satisfacción sexual sana.

- **Educación sexual deficiente.** Variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: Si.....1, No.....2

Referente a una valoración realizada por la mujer en relación con su preparación y conocimiento de aspectos sexuales básicos o aquellas mujeres que durante la entrevista mostraron desconocimiento de su respuesta sexual, de su cuerpo que

no conocían que era un orgasmo, y mostraron creencias sexuales inadecuadas, prejuicios sexuales, tabúes en relación a hablar de sexo, con desconocimiento de la importancia del vínculo erótico en la pareja.

2.3 Procesamiento y análisis de los resultados:

Con posterioridad se creó una base de datos teniendo en cuenta las diferentes variables contenidas en la encuesta y se procedió al procesamiento estadístico de los datos obtenidos con el fin de cumplir con los objetivos trazados en esta investigación. Se dieron salida a los objetivos mediante la confección de tablas y gráficos. Para el análisis de los resultados se usaron medidas de resumen tales como el porcentaje, la media aritmética y la desviación estándar, se aplicaron técnicas estadísticas para valorar asociación entre variables de interés (Chi cuadrado). Se consideró significativa la asociación cuando la p (probabilidad) encontrada era inferior a 0.05. También se calcularon intervalos de confianza al 95% en algunos casos.

Se tomaron medidas con el fin de controlar los principales sesgos que pudieron presentarse en el estudio como el sesgo de duración, el de información, el de selección y el de memoria. El uso del muestreo aleatorio estratificado ayudó a controlar el sesgo de selección, fue debido a eso, que la edad fue uno de los estratos que se consideró. El resultado de este muestreo fue una muestra representativa de la población que le dio origen.

En relación al sesgo de información que en nuestro trabajo pudiera verse representado debido al cambio del nivel de exposición de diferentes factores en el tiempo, como por ejemplo: los anticonceptivos hormonales, los hábitos tóxicos, la disfunción en la relación de pareja entre otros y por ser la DSF un tema poco

tratado del cual se disponen de limitados datos epidemiológicos sobre estos factores a nivel internacional y nacional, fue que decidimos investigar la presencia de ellos en cualquier momento de la vida de la mujer, previo o durante la aparición de la DSF. El sesgo de duración es aquel en el cuál la muestra tiende a estar sobre representada por mujeres de más tiempo de evolución del trastorno. En el caso de la DSF se considera de larga duración cuando tiene más de un año de evolución. El muestreo aleatorio estratificado siendo la edad el estrato, es la única posible alternativa para evitarlo, al inyectarle representatividad a la muestra. En los resultados se abunda más en esta característica. El sesgo de memoria es aquel que se presenta cuando las mujeres tienden a recordar con más exactitud eventos previos relacionados con sucesos traumáticos que aquellas que no los tuvieron. Se trató de controlar mediante una entrevista a profundidad donde se trataba de no marcar una respuesta sin explicación previa sino que se trabajaba en conjunto con la mujer para satisfacer cualquier duda o inquietud y ayudarla a responder con precisión las preguntas sobre eventos previos relacionados con la DSF.

2.4. Consideraciones éticas.

A todas las participantes se les explicó en detalle los objetivos y procedimientos del estudio y se les brindó la información necesaria para su conocimiento. Además para que pudieran responder correctamente, se procedió a la realización de la entrevista siempre que las pacientes expresaron su consentimiento verbal a participar en la investigación y estuvieron además de acuerdo en responder preguntas que involucran la sexualidad de la pareja. No se obtuvo el consentimiento por escrito al tratarse de una investigación observacional que no

requirió de una intervención médica sobre las mujeres y desde el punto de vista legal según la declaración de Helsinki no es necesario que este consentimiento sea escrito; además de tratarse de un proyecto de investigación citado en la categoría de investigación sin riesgo.

2.5 Otras consideraciones: Definición de términos:

Disfunción sexual: Es la dificultad o imposibilidad del individuo para tener relaciones sexuales satisfactorias. Se trata de una falta de interés, una imposibilidad de sentir placer, una alteración en la respuesta fisiológica necesaria para una interacción sexual (por ejemplo, erección) o una incapacidad para controlar o sentir el orgasmo.

Trastorno de la respuesta sexual: Se define como cualquier alteración que ocurra en cualquiera de las fases que integran la respuesta sexual de la mujer que puede ser considerada o no como una disfunción sexual transitoria o como una disfunción establecida.

Disfunción sexual femenina: Esta definida como alteraciones en la fantasía, el deseo sexual, la excitación y el orgasmo, así como dolor relacionado con la actividad sexual que causa angustia y malestar personal significativo y que puede tener impacto en la calidad de vida.

Disminución del deseo sexual. Es la deficiencia o la ausencia persistente o recurrente de pensamientos o fantasías sexuales y del deseo de realizar la actividad sexual o receptividad para esta lo cual causa malestar personal.

Orgasmo: Kinsey lo definió como una descarga de tensión neuromuscular, según el individuo alcance el pico máximo de la actividad sexual. Puede tener diferentes formas de expresión corporal, como tensión muscular momentánea o mantenida

hasta llegar a un pico máximo de tensión que puede dar lugar a una serie de espasmos musculares involuntarios o convulsiones, a través de los cuales, se retorna al estado fisiológico normal.

Anorgasmia (disfunción orgásmica): Es la dificultad persistente o permanente para obtener un orgasmo, así como su retraso o ausencia tras una suficiente estimulación sexual y excitación, lo que genera malestar personal.

Puede ser de diferentes tipos:

1. **Primaria:** Cuando no se ha producido nunca el orgasmo. Está presente desde el inicio de la vida sexual.
2. **Secundaria:** Cuando el orgasmo existía normalmente y se pierde posteriormente. Aparece después de haber experimentado todas las fases que integran la respuesta sexual.
3. **Situacional:** Cuando se produce solamente en ciertas circunstancias.
4. **Coital:** Cuando el orgasmo no se logra durante el coito, pero puede lograrse con otros tipos de estímulos extracoitales. La anorgasmia coital es a su vez una forma de anorgasmia situacional.

Vaginismo: Se caracteriza por una contractura espasmódica involuntaria persistente o recurrente de los músculos de la entrada de la vagina y de la raíz de los muslos, que impide la penetración; con tendencia a cerrar las piernas y protegerse con las manos la región genital, y causa angustia personal.

Dispareunia: Es el dolor, en la región genital persistente o recurrente asociado con el acto sexual que puede adoptar diferentes modalidades: ardor, dolor, sensación de quemadura y contracción. Puede aparecer al principio de la cópula, en el lapso intermedio del coito o después del mismo.

Capítulo 3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Características de los pacientes incluidos en el estudio.

De una población de 4830 mujeres, distribuida en diferentes grupos de edades, teniendo en cuenta los criterios de inclusión, se seleccionó una muestra de 850 mujeres, que fueron entrevistadas y aceptaron participar en la investigación. De las entrevistadas no fueron útiles cinco, por no recoger la información necesaria.

Las características generales de la muestra se observan en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Características generales de las mujeres incluidas en el estudio.

Características generales	n=845		DS
	X		
Edad (años)	31.02	(30.52-31.02)	7.36
Talla (cm)	161.1	(160.7-161.6)	0.07
Peso en (Kg)	61.64	(60.86-62.42)	11.49
Índice Quetelet.	23.74	(23.45-24.03)	4.24

En la tabla 1, se observa una media de edad de 31 años (rango de 16 a 45 años), una talla promedio de 161 cm, con un peso promedio de 61.6 Kg. y un IMC de 23,7, con sus respectivos intervalos de confianza.

En la tabla 2, se recogieron datos donde se puede apreciar que hubo un predominio del color de la piel blanca (59,1%), negra (13 %) y mestizas (28%). Predominó el estado civil casado entre las mujeres de la muestra con un 43,8 %,

seguido del acompañado con 32,7 %, este también fue más frecuente entre las mujeres con DS.

Tabla 2. Características generales de las mujeres incluidas en el estudio.

Características	Mujeres n=845		Pareja	
	No	%	No	%
<u>Color de la Piel</u>				
Blanca	499	59.1		
Negra	109	12.9		
Mestiza	237	28		
<u>Estado Civil</u>	No	%		
Casada	370	43.8		
Soltera	145	17.2		
Divorciada	54	6.4		
Acompañada	276	32.7		
<u>Nivel escolar</u>	No	%	No	%
Primaria	3	0.4	3	0.4
Secundaria	100	11.8	95	11.4
Preuniversitario y/o (Técnico)	541	64.0	522	61.8
Universitario	201	23.8	225	26.6
<u>Ocupación</u>	No	%		
Trabajadoras	618	73.1		
Ama de casa	200	23.7		
No precisaron	27	3.2		

En relación al nivel escolar predominó el nivel preuniversitario o técnico, con 64,1 %, seguido del nivel universitario con 23,7 %, comportándose de manera similar

en la pareja. De igual manera se comportó en las mujeres con DS. El mayor porcentaje de las mujeres del estudio eran trabajadoras 73.2 %.

La distribución de las mujeres según edades de ella y de la pareja se comportó como se observa en la tabla 3 de la forma siguiente: Se puede observar que la edad promedio de la pareja estuvo acorde con la edad de la mujer, sin que aparecieran notables diferencias entre ellos.

Tabla 3. Medidas de tendencia central de edad de la pareja según edad de la mujer.

Mujeres 845	Total	Edad Pareja
Grupo de edades	N	X
16- 19	60	17.8
20-24	132	22.1
25-29	166	27
30-34	193	32.2
35-39	164	36.8
40- 45	130	41.7

.En la tabla 4, se muestra una distribución de las mujeres según su índice de masa corporal. El mayor porcentaje de mujeres de la muestra estuvo en la categoría de normopeso con un 67,9 %, seguido de las incluidas en la categoría de sobrepeso con un 21,6 % y 5,1 % en el rango de obesas con una media general de IMC de 23.7.

Tabla 4. Distribución de las mujeres y medidas de tendencia central según el índice de masa corporal.

Índice de masa corporal	Estadísticos descriptivos			
	n= 845			
	No	%	X	SD
<18,5	38	4,50		
18,5 ≥ 24,9	574	67,93		
25 ≥ 29,9	183	21,66		
30 ≥ 39,9	43	5,1		
≥ 40	7	0,8		
Total	845	100,0	23,74	4,24

Los antecedentes ginecobstétricos se observan en las tablas 5 y 6 donde hubo un predominio de multigestas. El antecedente de 2 a 3 embarazos fue el más frecuente con 38,1%; nunca se habían embarazado el 16,9 %. Del total no tuvo antecedentes de parto un 31,6 %; un 41,6 % refirió un parto, y el 25,3 % de 2 a 3 partos. Se habían practicado alguna interrupción de embarazo el 62,2 %.

Tabla 5. Antecedentes obstétricos de las mujeres incluidas en el estudio

FRECUENCIA DE LOS EVENTOS n= 845	EMBARAZO		PARTO		ABORTO	
	No	%	N	%	N	%
NINGUNO	143	16.92	267	31.60	319	37.75
SOLO 1	168	19.88	352	41.66	210	24.85
DE 2 A 3	322	38.11	214	25.33	222	26.27
DE 4 A 5	145	17.16	12	1.42	60	7.10
DE 6 A 9	56	6.63			25	2.96
MAS DE 10	15	1.78			9	1.07

En la tabla 6 se aprecian los métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres. Entre los más usados encontramos los dispositivos intrauterinos con una frecuencia de 62,1%, seguido de los métodos de barrera, específicamente el condón con una frecuencia 31.9 % y las píldoras orales con 28,8 %.

Tabla 6. Métodos contraceptivos usados por las mujeres del estudio.

Métodos contraceptivos	N	%
DIU	526	62.1
PILDORAS ORALES	243	28.8
INYECTABLES	61	7.3
IMPLANTES	8	1.1
METODO DEL RITMO	3	0.4
COITO INTERRUPTO	3	0.4
DIAFRAGMA	1	0.1
CONDON	270	31.9

Con respecto al desarrollo e historia sexual, la edad promedio de la primera menstruación fue de 12,5 años y de la primera relación sexual fue de 17 años.

De las mujeres del estudio, tuvo una primera relación sexual espontánea el 87.3%, una relación provocada en respuesta a las exigencias sexuales de sus parejas el 11,1 %, y el 1,5 % fueron violadas en su primera relación sexual.

Se encontró que el 63,3 % de las mujeres respondieron tener satisfacción en su primera relación sexual y el 36,7 % la clasificaron de no satisfactoria.

Refirieron no tener relaciones sexuales en etapa menstrual 75,5%. Solo el 8.9 % de la mujeres señalaron tener hipersensibilidad dolorosa a la estimulación del clítoris, mientras que 91.1 % expresó no tener ninguna molestia a la estimulación, roce o contacto del mismo.

La tabla 7 refleja el conocimiento que tienen las mujeres de las zonas erógenas del cuerpo. En el estudio se obtuvo como resultado que el 89.3 % de las pacientes las conocían, de estas, el 14,1 % no desearon mencionar cuales eran más significativas para ellas. Solo 10.9 % respondió no conocerlas.

Tabla 7. Conocimiento y caracterización de las zonas erógenas

ZONAS ERÓGENAS	N	%
Si conocen	756	89,4
No conocen	89	10,9
Total	845	100

Entre las zonas erógenas mencionadas por las mujeres, se encontró que las mamas ocuparon el lugar más destacado con una frecuencia de 55,5 %, el cuello 40,4 %, el clítoris un 34,9 %, los muslos un 11,2 %, la boca 10,7 %, la espalda 10,0 %, los oídos 8,5 %, la vulva 7,6 %; entre otras zonas señaladas con menor frecuencia.

En la tabla 8 se analiza el comportamiento de la práctica de autoestimulación donde se muestra que un 60,5% de las mujeres no practicaban la autoestimulación y el 39,5% de las mujeres se autoestimulaban. Del total de mujeres que practicaban la autoestimulación el 83,5% (279) tenían orgasmo (33% del total de mujeres del estudio) y el 16,5% (55 mujeres que representan el 6,5% del total del estudio) refirió no tener orgasmo. De ellas expresaron tener orgasmo siempre el 85,7% del total de mujeres con orgasmo lo que representa el 28,3% del total de mujeres del estudio y 14,3% señaló tenerlo a veces lo que representa el

4,7% del total. En relación al placer el 96,1% de las mujeres que se autoestimulaban señalaron experimentarlo (el 38% del total de mujeres). Experimentaron placer siempre el 91% (292 mujeres, el 38% del total del estudio) de las que sentían placer con la autoestimulación, el menor porcentaje señaló experimentarlo a veces 9% (3,4% del total).

Tabla 8. Comportamiento de la autoestimulación en el estudio.

CARACTERIZACIÓN DE LA AUTOESTIMULACIÓN	N	%Total
Auto estimulación	334	39.5
Orgasmo	279	33.0
Si	239	28.3
A veces	40	4.7
Placer	321	38.0
Si	292	34.6
A Veces	29	3.4

En la **tabla 9** se muestra que un 26.4 % de las mujeres presentaron algún tipo de trastornos del ciclo menstrual, donde el sangramiento prolongado fue el trastorno descrito con mayor frecuencia, de 9,1 %, seguido de la oligoamenorrea y el sangramiento intermenstrual.

Con respecto a las causas de los trastornos menstruales expresaron no conocer la causa el 54.8 % y el 45.2 % señaló conocerla. La causa mencionada con mayor frecuencia, fue el uso de anticonceptivos que representó un 3,3 % y hubo un 2,9 % que no precisaron la causa de su trastorno menstrual.

Tabla 9. Comportamiento de los trastornos menstruales en el estudio.

COPORTAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENSTRUALES		
	N	%
Mujeres sin trastornos menstruales.	622	73.6
Mujeres con trastornos menstruales.	223	26.4
TIPOS DE TRASTORNOS		
Oligoamenorrea	75	8.90
Amenorrea	52	6.20
Sangramiento intermenstrual	55	6.50
Sangramiento prolongado	77	9.10
Total	845	100
CAUSAS DE TRASTORNOS MENSTRUALES (T M)		
N = 259	No	%
No conocen la causa	142	54.8
Conocen la causa	117	45.2
Quirúrgicas	9	1.1
Anticonceptivos	28	3.3
Poliquistosis ovárica	6	0.5
Hiperprolactinemia	3	0.4
Perimenopausia	7	0.8
Lesiones ginecológicas	4	0.5
Otras	10	1.2
No precisaron	25	2.9

De los trastornos metabólicos como se describen en la tabla 10 se encontró con mayor frecuencia el sobrepeso corporal y la obesidad con un 21,7 y 5,9 % respectivamente; seguido de la diabetes que representó un 2,4 %. Los trastornos del metabolismo lipídico se presentaron en un 0,1 %. La afectación metabólica en general fue de un 30,1 % de la muestra.

Tabla 10. Relación de mujeres del estudio según enfermedades endocrinas.

Enfermedades endocrinas n= 845		Si	%	No	%
Enfermedades del tiroides	Hipotiroidismo	28	3,3	817	96,7
	Hipertiroidismo	10	1,2	835	98,8
	Bocio simple	4	0,4	841	99,6
	Carcinoma papilar tiroideo	1	0,1	844	99,9
	Nódulo tiroideo solitario	1	0,1	844	99,9
Enfermedades metabólicas	Diabetes tipo I	8	0,9	836	99,1
	Diabetes tipo II	11	1,3	834	98,7
	Diabetes gestacional	2	0,2	842	99,8
	Hipercolesterolemia	1	0,1	844	99,9
	Sobrepeso(según IMC)	183	21,7	662	79,3
	Obesidad (según IMC)	50	5,9	795	94,1
Enfermedades Hipofisarias	Tumor	1	0,1	844	99,9
	Hiperprolactinemia	3	0,3	842	99,7
	Galactorrea	35	4,1	810	95,9
	Diabetes insípida	1	0,1	844	99,9
Trastornos Gonadales	Menopausia precoz	9	1,1	836	98,9
	Perimenopausia	7	0,8	838	99,2
	Ovario poliquístico	6	0,7	839	99,3

En cuanto a la afectación del tiroides predominaron los trastornos de la función tiroidea, con una frecuencia de 4,5 % en el grupo estudiado, 3,3 % para la hipofunción tiroidea y 1,2% para la hiperfunción. Siendo menos frecuentes los trastornos anatómicos y el cáncer del tiroides. El porcentaje de aparición de las enfermedades del tiroides fue de un 5,1%.

La afectación hipofisaria presentó una distribución de 4,1% para la galactorrea, 0,1% para los tumores hipofisarios, 0,3 % para la hiperprolactinemia y 0,1% para la diabetes insípida. Tuvo una prevalencia de 4,6 %.

El compromiso gonadal, fue menos prevalente. La afectación ovárica se presentó en alrededor del 3 % de las mujeres del estudio. La menopausia precoz estuvo presente en el 1,1% de las pacientes, dentro de las cuales predominó la causa quirúrgica y el síndrome de ovarios poliquísticos se presentó en 1,1 % de la muestra.

La prevalencia de la disfunción sexual en las mujeres estudiadas fue de 42,13 %, con un intervalo de confianza al 95% del 38,74 % al 45,52 %. Se comportó como una disfunción sexual primaria en un 9,11%, y en un 33,02 % como una disfunción secundaria y no se presentó DS en 57,87%. (Tabla 11).

Tabla.11 Prevalencia de la disfunción sexual en el estudio.

Presencia de Disfunción Sexual	n= 845		IC 95%
	No	%	
Primaria	77	9,11	(7.11-11.11)
Secundaria	279	33,02	(29.79-36.25)
TOTAL	356	42,13	(38.74-45.52)
No tienen	489	57,87	(54.48-61.26)

En la tabla 12 se describen las alteraciones aisladas de la respuesta sexual encontradas en el estudio. Con anorgasmia se encontró el 26,9 %. Dentro de las mujeres con trastornos del deseo sexual, se observó disminución de este en un 27,9 % y ausencia en un 4,38%. En general los trastornos del deseo se presentaron en un 32,2 %. El coito doloroso (dispareunia) se presentó en un 6,63 %. Se detectaron dos casos de vaginismo lo que representó un 0,24 %. Los trastornos de la excitación en su forma objetiva alcanzaron un 19,8 %.

Tabla 12. Alteraciones aisladas de la respuesta sexual en el estudio.

TIPO DE ALTERACIÓN n=845	No	%	IC 95%
Anorgasmia	228	26,98	(23.93-30.03)
Deseo disminuido	236	27,93	(24.85-31.01)
Deseo Ausente	37	4,38	(2.94-5.82)
Dispareunia	56	6,63	(4.89-8.36)
Vaginismo	2	0,24	(0.03-0.85)
Excitación	168	19,88	(17.13-22.63)

A pesar de lo anterior las formas combinadas fueron las más frecuentes, la combinación más frecuente fue la anorgasmia con el deseo disminuido que representó un 68,0 %, la combinación con deseo ausente fue de 10,3 % y con dispareunia fue de 14,0 %. No existió combinación entre la anorgasmia y el vaginismo. El deseo disminuido fue la más frecuente dentro de las formas aisladas, se combinó con la dispareunia en un 11,9 % y con vaginismo en un caso para un 0,4 %. El deseo ausente que en forma aislada se presentó en un 4,3 % de las mujeres, se asoció con la dispareunia en 13 casos que representó una frecuencia de un 35,1 %.

En relación a los trastornos de la excitación, se encontró que de 845 mujeres, 49 de ellas (5,9 %) siempre tenían problemas con la excitación sexual y 14,1 % referían que a veces. Esto se expresó fundamentalmente por dificultades en la lubricación vaginal donde se encontró que el 20% de las mujeres incluidas en el estudio tenían trastornos de la excitación que se presentaron de forma aislada

pero también se combinaron con otras formas clínicas de DS como la anorgasmia, los trastornos de deseo sexual y la dispareunia.

En la tabla 13 se puede observar un aumento de la prevalencia de la DS con la edad. La prevalencia mayor apareció en los grupos de 30-39 y de 40-45 años. Con una frecuencia de 39 % del total de mujeres entre 30-34 años, de 42,7 % para las de 35-39 años. Se encontró la mayor frecuencia en el grupo de 40-45 que fue de 51,5% y fue menor en el grupo de 16-19. En las de 20-24 la disfunción tuvo una frecuencia de 40,1 % del total de mujeres en este rango de edades y en las mujeres de 25-29 años fue de 40,9 %.

Tabla13. Distribución de mujeres según disfunción sexual y edad.

Disfunción Sexual	16-19 n= 60		20-24 n=132		25-29 n=166		30-34 n=193		35-39 n=164		40-45 n=130		TOTAL No
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
Primaria	11	18,3	21	15,9	14	8,4	16	8,3	6	3,7	9	6,9	77
Secundaria	12	20	32	24,2	54	32,5	59	30,6	64	39	58	44,6	279
Total	23	38,3	53	40,1	68	40,9	75	39	70	42,7	67	51,5	356
No tienen	37	61,7	79	54,8	98	59	118	61,1	94	57,3	63	48,5	486

Tabla 13.1 Distribución de mujeres según tiempo de evolución de la DSF

Disfunción Sexual	Menor de un año de evolución		Más de un año de evolución		TOTAL	
	No	%	No	No	No	%
Primaria	40	11,2	37	10,4	77	21,6
Secundaria	142	39,9	137	38,5	279	78,4
Total	182	51,1	174	48,9	356	100,0

En la tabla 14 se menciona que el 61,8 % de las mujeres presentaron algún trastorno de la respuesta sexual. En esta se puede observar que 36,5 % de las mujeres, señalaron tener alguna dificultad en la respuesta sexual y la asociaron a algún evento específico; mientras que 25,3 % manifestaron que sus dificultades en la esfera sexual no estaban relacionadas.

Tabla 14. Distribución de mujeres con trastornos de la respuesta sexual según evento asociado.

Eventos Asociados	Trastorno de la respuesta sexual n=845		
	N	%	IC al 95%
Parto	32	3,79	(2.44-5.13)
Aborto	4	0,47	(0.13-1.21)
Problemas de pareja	128	15,15	(12.67-17.62)
Problemas familiares	57	6,75	(5.00-8.50)
Problemas Laborales	22	2,60	(1.47-3.74)
Otros	66	7,81	(5.94-9.68)
subtotal	309	36,57	
Sin asociación	215	25,44	(22.45-28.44)
Total	514	60,83	

Los problemas de pareja ocuparon el lugar más importante entre los eventos referidos por las mujeres con asociación a los trastornos de la respuesta sexual alcanzaron una frecuencia de 15,15 %.

En la tabla 15, se observa el comportamiento de la relación integral de pareja con respecto a la presencia de DS en el estudio. Se encontró que el 77,0 % de las

mujeres expresaron tener una buena relación de pareja. Sin embargo de ellas el 25,1 % tenían una DS correspondiendo el mayor porcentaje de afectación (20 %) a DSS. Se encontró que un 23,8 % de las mujeres señalaron tener problemas de relación de pareja valorándola de regular o mala 21,1 y 1,9 % respectivamente. De ellas 4,0 % tenían DSP y 13 % presentó DSS. En las mujeres sin DS, el mayor porcentaje (52,0%) respondió tener buena relación integral de pareja y solo el 5,9 % dijo tener alguna dificultad.

Tabla 15. Distribución de mujeres según relación integral de pareja y tipo de disfunción sexual.

Relación integral de pareja	Disfunción Sexual						Total	
	Primaria		Secundaria		No tienen		No	% del total
	No	% del total	No	% del total	No	% del total		
Buena	43	5,1	169	20,0	439	52,0	651	77,0
Regular	28	3,3	102	12,1	48	5,7	178	21,1
Mala	6	0,7	8	0,9	2	0,2	16	1,9
Total	77	9,1	279	33,0	489	57,9	845	100

p=0,000

El comportamiento de la valoración de la relación sexual que realizaron las mujeres incluidas en el estudio y su asociación con la aparición de DS lo cual fue significativo estadísticamente con una p=0,000, lo cual se observa en la **tabla 16**. Del total de mujeres del estudio el 78,7 % señalaron tener una relación sexual satisfactoria, 5,9 % no satisfactoria y 15,4 % ocasionalmente no satisfactoria. Del total de mujeres que calificaron como satisfactoria la relación sexual (78.7 %), el mayor número (55,9 %) no presentó DS y el 22,8 % tuvo algún tipo de DS.

En aquellas mujeres que calificaron como no satisfactoria la relación sexual, la DS fue de 5,4 % mientras que solo un 0,5 % de estas no presentaron dificultades en la esfera sexual. Las que señalaron sus relaciones sexuales como ocasionalmente no satisfactoria (13,8 %), presentó algún tipo de DS y solo 1,5 % no tuvo dificultades.

Tabla 16. Distribución de mujeres según valoración de la relación sexual y tipo de disfunción sexual.

Disfunción Sexual	Valoración Relación Sexual						Total	
	Satisfacción		No satisfactoria		Ocasionalmente no satisfactoria			
	N	%total	N	%total	N	%total	N	%total
Primaria	40	4,7	13	1,5	24	2,8	77	9,1
Secundaria	153	18,1	33	3,9	93	11,0	279	33,0
No tienen	472	55,9	4	0,5	13	1,5	489	57,9
Total	665	78,7	50	5,9	130	15,4	845	100

p=0,000

De manera general se pudo observar que la DS tuvo mayor frecuencia en las mujeres que manifestaron insatisfacción con su vida sexual.

Las mujeres con DS atribuyeron las dificultades que presentaban en el orden sexual de forma diferente. El 10,2 % del total de las mujeres del estudio presentaron una DS y se responsabilizaron ellas mismas con su alteración, mientras que el 17 % la atribuyó a ambos miembros de la pareja y un 15 % no la vinculó con la pareja. El comportamiento de las valoraciones, de las mujeres incluidas en el estudio en relación a quien atribuir sus dificultades desde el punto

de vista sexual se realizó sobre la base del conocimiento que existe un porcentaje elevado de DSS a las disfunciones sexuales del otro miembro de la pareja.

Del total de mujeres del estudio, el 12,7% señalaron que sus parejas tenían dificultades con la potencia sexual, mientras que el 87,3% señalaron que no presentaban este problema (**Tabla 17**). Aquellas que refirieron dificultades con la erección siempre o a veces, el 2,5% presentó una DSP y el 5,7% tuvo una DSS mientras que el 4,5% no presentaron alteración. El porcentaje de aparición de DS fue mayor en el grupo que refirió trastornos con la erección, el 64,4 % presentó DS y el 35,5 % no, a pesar de la dificultad. Las mujeres que refirieron que nunca hubo dificultades con la potencia sexual, el mayor porcentaje 53,4% no tuvo DS, mientras que el 33,9 % si la tuvo, con mayor prevalencia de la DSS con 27,3% lo que representa el 82,3 % del total de mujeres con DSS.

Tabla 17. Distribución de las mujeres según dificultades en la potencia sexual de sus parejas y tipo de disfunción sexual.

Disfunción sexual	Dificultades en la potencia sexual						Total	
	Siempre		A veces		Nunca		N	%total
	N	%total	N	% total	N	%total		
Primaria	5	0,6	16	1,9	56	6,6	77	9,1
Secundaria	12	1,4	36	4,3	231	27,3	279	33,0
No tienen	21	2,5	17	2,0	451	53,4	489	57,9
Total	38	4,5	69	8,2	738	87,3	845	100

En la **tabla 18** se observa el comportamiento de la percepción de las mujeres en relación a la rapidez de eyaculación de su pareja. Se encontró que del total de mujeres incluidas en el estudio 35,7 % señalaron que sus parejas eyaculaban

demasiado rápido siempre o a veces. De ellas el 19,1 % del total tenían una DS, distribuida en 4,3 % presentaron DSP y 14,8 % una disfunción secundaria. Mientras el 14,5 % refirió rapidez en la eyaculación y sin embargo no tenían DS. De manera general se puede decir que de las mujeres que percibieron que sus parejas siempre o a veces presentaban una eyaculación rápida, que no les permitía alcanzar el orgasmo o un disfrute más pleno de la relación sexual, presentaron una DS en el 56,8%, el mayor porcentaje. Aquellas que señalaron que nunca presentaron dificultades con la pareja en relación a la rapidez de la eyaculación (66,3%), el mayor porcentaje no tuvo afectación de su función sexual (65,4 %).

Tabla 18. Distribución de mujeres según percepción del tiempo eyaculación y tipo de disfunción sexual.

Disfunción Sexual	Percepción de rapidez en el tiempo de eyaculación							
	Siempre		A veces		Nunca		Total	
	N	% del total	N	% del total	N	% del total	N	% del total
Primaria	8	0,9	29	3,4	40	4,7	77	9,1
Secundaria	33	3,9	92	10,9	154	18,2	279	33,0
No tienen	17	2,0	106	12,5	366	43,3	489	57,9
Total	58	6,9	227	26,9	560	66,3	845	100,0

p=0.000

En la **tabla 19** se observa el comportamiento de otro tipo de disfunción masculina en relación al tiempo de eyaculación y la disfunción de la mujer. Del total de mujeres del estudio un 13.9 % expresaron que su pareja se demoraba en eyacular más de lo deseado por ellas, siempre o a veces ocasionando molestias en la

relación sexual. De estas mujeres el 56,4 % presentó DS y 43.5% no expresaron dificultades en su respuesta sexual a pesar del problema de sus parejas.

Del total de mujeres del estudio un 86,2 % señalaron que sus parejas nunca presentaron eyaculación demorada. De estas el mayor porcentaje no tuvo DS (60,2 %) lo que representa (51,8 %) del total de mujeres del estudio mientras que 39,8 % si aquejaron algún tipo de DS. En este grupo la DS que prevaleció fue la secundaria que representó un 26,7 % del total del estudio y representó un 81,0 % del total de mujeres con DSS. El mayor porcentaje de mujeres con DS estuvo entre las que señalaron eyaculación demorada siempre o a veces y el mayor porcentaje de las que dijeron que nunca no padecieron de DS. Se encontró asociación significativa entre estas variables, con una p asociada de 0.017.

Tabla 19. Distribución de mujeres según eyaculación demorada y tipo de disfunción sexual.

Disfunción Sexual	Eyaculación Demorada							
	Siempre		A veces		Nunca			
	N	%total	N	% total	N	% total	N	%total
Primaria	3	0,4	10	1,2	64	7,6	77	9,1
Secundaria	10	1,2	43	5,1	226	26,7	279	33,0
No tienen	8	0,9	43	5,1	438	51,8	489	57,9
Total	21	2,5	96	11,4	728	86,2	845	100,0

p=0.017

Otros eventos asociados a la aparición de DS fueron el embarazo, parto y aborto.

Tabla 20. El grupo de mujeres que no refirieron antecedentes de embarazo, parto o aborto representaron el 16,9; 31,6; 37,8 % de la muestra respectivamente. En relación con el embarazo y la DS, predominó el grupo de mujeres con 2 o 3

embarazos (31,2 %), dentro de las que presentaron DSP. Este grupo (2 o 3 embarazos), también prevaleció en la DSS (40,5 %), y en las que no tenían antecedentes de DS (37,8 %). De manera general se evidenció asociación significativa ($p=0.01$) entre la cantidad de embarazos y el tipo de DS.

En relación a las mujeres con al menos un parto, prevaleció el grupo de las que tuvieron solo uno (37,7 %); este mismo comportamiento (solo un parto), predominó dentro de las mujeres con DSS (44,4 %), y dentro de las que no tuvieron alteraciones sexuales (40,7 %). Los porcentajes de mujeres con DSP o secundaria disminuyeron en la medida que aumentaba el número de partos con asociación significativa entre el número de partos y el tipo de DS ($p=0.02$).

Tabla 20. Distribución de mujeres según número de embarazos, partos, abortos y disfunción sexual.

Antecedentes obstétricos		Disfunción Sexual						total	
		Primaria		Secundaria		No tienen			
		N	%total	N	% total	N	%total	N	% total
Embarazo p=0.01	Ninguno	17	22,1	31	11,1	95	19,4	143	16,9
	1	16	20,8	52	18,6	100	20,4	168	19,9
	2 a 3	24	31,2	113	40,5	185	37,8	322	38,1
	4 a 5	11	14,3	58	20,8	72	14,7	141	16,7
	6 a 9	7	9,1	24	8,6	25	5,1	56	6,6
	10 o más	2	2,6	1	0,4	12	2,5	15	1,8
Parto p=0.002	Ninguno	33	42,9	63	22,6	171	35,0	267	31,6
	1	29	37,7	124	44,4	199	40,7	352	41,7
	2 a 3	15	19,5	86	30,8	113	23,1	214	25,3
	4 a 5	0	0,0	6	2,2	6	1,2	12	1,4
Aborto p=0.013	Ninguno	27	35,1	91	32,6	201	41,1	319	37,8
	1	18	23,4	77	27,6	115	23,5	210	24,9
	2 a 3	21	27,3	80	28,7	121	24,7	222	26,3
	4 a 5	5	6,5	20	7,2	35	7,2	60	7,1
	6 a 9	6	7,8	11	3,9	8	1,6	25	3,0
	10 o más	-	-	-	-	9	1,8	9	1,1

En el grupo de mujeres con un aborto como mínimo predominó el conjunto de las que tuvieron 2 o 3, en todas las categorías de la variable DS mostraron 27,3 % en la primaria, 28,7 % en la secundaria y 24,7 % en las que no presentaron DS. También se encontró asociación significativa ($p=0.013$), entre el número de abortos y la DS. En la tabla 21 se analizó como se presentaron las creencias religiosas, se encontró que 35,2 % de las mujeres practicaban algún tipo de religión.

Tabla 21. Comportamiento de aspectos religiosos en el grupo estudiado.

Creencias Religiosas	n=845	N	%
CATOLICA		84	9.9
AFROCUBANA		160	18.9
TESTIGO DE JEHOVA		7	0.8
CRISTIANA		29	3.4
PENTECOSTAL		11	1.3
PINOS NUEVOS		1	0.1
ESPIRITISMO		7	0.8
TOTAL		299	35.2

En la **tabla 22** se muestra que se encontraron mujeres con trastornos psicológicos lo cual representa una frecuencia de 6,6 %. Predominó el síndrome depresivo ansioso que se presentó en 4,6 %. Los porcentajes restantes se distribuyeron entre la neurosis y la depresión.

Tabla 22. Comportamiento de los trastornos psicológicos referidos por las mujeres.

TRASTORNOS Psicológicos	N	%
NEUROSIS	6	0.7
DEPRESIÓN	11	1.3
SINDROME DEPRESIVO ANSIOSO	39	4.6
TOTAL	56	6.6

En la **tabla 23**, se expresa que la angustia se presentó en 15,3 % del total, de ellas un 20,2 % presentó una DSP y el 56,6 % presentó una DSS. Del total de mujeres que refirieron el síntoma. La ansiedad fue señalada por 18,1 % de mujeres, de estas 19,0 % presentó DSP y 58,8 % presentó una DSS y 22,2 % no tuvo ningún problema en la esfera sexual.

Tabla 23. Relación de determinados elementos psicológicos y la disfunción sexual

Elementos Psicológicos	Disfunción Sexual						Total	
	Primaria		Secundaria		No tienen			
	N	% del total de la fila	N	% del total de la fila	N	% del total de la fila	N	% del total de la fila
Angustia (p=0.000)	26	20,2	73	56,6	30	23,3	129	100,0
Ansiedad (p=0.000)	29	19,0	90	58,8	34	22,2	153	100,0
Agresividad (p=0.000)	12	21,8	27	49,1	16	29,1	55	100,0
Inhibición (p=0.000)	18	17,5	45	43,7	40	38,8	103	100,0
Poco control conductual (p=0.001)	11	23,4	17	36,2	19	40,4	47	100,0
Autoimagen deteriorada (p=0.012)	10	19,6	19	37,3	22	43,1	51	100,0

La agresividad se presentó en 6,5 % del total de mujeres del estudio. De ellas 70,9 % presentaron DS, el 21,8 % un trastorno primario y 49,1 % un trastorno

secundario. Se evidenció una asociación significativa entre angustia, ansiedad, agresividad y la DS con una $p=0.000$.

La inhibición relacionada con la vida sexual fue referida por un 12,2 % de mujeres. Se encontró que de ellas 17,5 % presentó DSP y un 43,7 % tuvo una DSS. Se obtuvo una p de 0.000.

En el 6,0 % del total de mujeres del estudio se encontró autoimagen deteriorada, de ellas 56,8 % padecían una DS, un 23,4 % de tipo primario y 37,3 % secundaria; no sufrían de DS el 43,1 % a pesar de manifestar el síntoma; con una $p=0,012$.

Los factores sociales y la presentación de DS también fueron analizados en este estudio. En este caso fue nuevamente significativa la asociación desde el punto de vista estadístico ($p=0.05$).

En la **tabla 24** se encontró que en 10,1 % del total de mujeres del estudio expresaron tener temor al desempeño, de ellas, 27,1% presentó una DSP y 49,4 % un trastorno secundario, el 23,5 % no presentaron alteraciones a pesar de manifestar temor al desempeño. Del total de mujeres que expresaron temor al desempeño un 76.5 % presentó DS y prevaleció la DSS.

En el estudio el 14,3% de las mujeres refirieron limitada experiencia sexual, de ellas 62,8 % presentó DS, el 19,0 % una DSP y el 43,8 % DSS.

También se encontró que un 5,4 % de mujeres del total refirieron creencias sexuales inadecuadas, de ellas 23,9 % padeció de una DSP y 43,5 % presentó una DSS. Por tanto el 67,4 % de estas mujeres presentó disfunción. En relación a los prejuicios sexuales el 64,5 % de las mujeres que señalaron tenerlos presentaron DS y un 35,5 % no estuvieron afectadas. Las relaciones vinculares inadecuadas, así como, los elementos traumáticos desencadenantes del trastorno

sexual fueron observados en un 5,4 % y en 7,2 % respectivamente del total de mujeres del estudio. De las mujeres que expresaron dificultades en las relaciones vinculares, el 69,6 % padecieron de una DS y el 30,4 % no la padecieron. En ocasiones las DS son a punto de partida de un elemento traumático.

Tabla 24. Relación de determinados factores sociales y las disfunciones sexuales

Factores sociales	Disfunción Sexual						Total	
	Primaria		Secundaria		No tienen			
	N	% del total de la fila	N	% del total de la fila	N	% del total de la fila	N	% del total de la fila
Elemento traumático desencadenante (p=0.000)	10	16,4	47	77,0	4	6,6	61	100,0
Limitada experiencia sexual (p=0.000)	23	19,0	53	43,8	45	37,2	121	100,0
Creencias sexuales inadecuadas (p=0.000)	11	23,9	20	43,5	15	32,6	46	100,0
Presencia de Prejuicios sexuales (p=0.000)	14	22,6	26	41,9	22	35,5	62	100,0
Temor al desempeño (p=0.000)	23	27,1	42	49,4	20	23,5	85	100,0
Condiciones ambientales inapropiadas (p=0.002)	13	14,3	41	45,1	37	40,7	91	100,0
Relaciones vinculares inadecuadas (p=0.001)	7	15,2	25	54,3	14	30,4	46	100,0
Educación sexual deficitaria (p=0.000)	36	18,3	82	41,6	79	40,1	197	100,0

De las mujeres que vincularon sus trastornos sexuales con un factor desencadenante de este tipo, un 93,4 % fueron afectadas por una DS con prevalencia de la DSS, en 77,0 %.

Las mujeres que tenían relaciones vinculares inadecuadas mostraron DSP en un 15,2 % y el 54,3 % una DSS es decir el 69,5 % padeció de algún tipo de DS. Las condiciones ambientales inapropiadas fue otro de los elementos a considerar y estuvo presente en un 10,7 % de las mujeres del estudio, de ellas 59,4 % padeció de DS, 14,3 % presentó una DSP, el 45,1 % una DSS y el 40,7 % no presentó dificultades en relación al comportamiento sexual.

La educación sexual deficitaria fue encontrada en un 23,3 % de las mujeres. A 18,3 % se le diagnosticó una DSP y a 41,6 % una DSS; aquellas mujeres que presentaron inadecuada educación sexual (59,9 %) padeció de DS.

En la **tabla 25** se puede observar la distribución de mujeres en relación a hábitos tóxicos, creencias religiosas y tipo de DS. De las mujeres del estudio se encontró que el mayor porcentaje 65,2 % expresaron no tener creencias religiosas y 35,2 % señalaron tener alguna creencia. Del total de mujeres que no tenían antecedentes de creencias religiosas 59,3 % no presentaron DS y 40,7 % sufrió alguna forma clínica de ella; siendo más frecuente la forma primaria la cual representó 66,2 % del total de mujeres con DSP.

Las prácticas religiosas más frecuentes fueron, la religión afrocubana (18,3 % del total) y luego la religión católica con un 9.9 % de frecuencia en el estudio.

Las mujeres que practicaban la religión afrocubana un 56,8 % no presentaron DS, lo que representa 18,0 % del total de mujeres sin disfunción, y 43,2 % padecieron

de disfunción, lo que representa 18,8 % del total de mujeres con DS, prevaleció la DSS que representó 20,4 % del total de mujeres con DSS.

En relación a la religión católica, 58,3 % de las mujeres no presentaron DS que representa 10,0 % del total de mujeres sin disfunción; 41,7 % de estas presentaron DS lo que representa 9,8 % del total de mujeres con afectación sexual en el estudio. El resto de las mujeres que practican alguna religión se distribuyó en menor porcentaje entre las religiones cristiana, espiritismo y pentecostal. Siendo mayor el porcentaje de mujeres sin DS en estos grupos al igual que en el resto de las religiones. No se encontró asociación significativa, el cálculo de la $p=0.294$, demostró lo anteriormente expresado.

En cuanto al comportamiento de los hábitos tóxicos en la población estudiada se observó que de las mujeres incluidas en el estudio un 14,8 % consumían alcohol, un 27,9 % tenían hábito de fumar y un 38,5 % tomaban café, ninguna refirió el uso de drogas. En relación a sus parejas se encontró un mayor porcentaje de consumo de sustancias tóxicas. En el trabajo se analizó la asociación del consumo de alcohol como factor asociado a la aparición de DS (Tabla 25). Del total de mujeres del estudio, las que consumían alcohol representaron el 14,8 %; de ellas 16,9 % tenían una DSP y 15,8 % presentaban una DSS, 13,9 % de las mujeres consumían alcohol y no tenían DS. Del total de mujeres consumidoras de alcohol tenían DS 45,6 % y 54,4 % no la presentaba. El cálculo de la $p=0.676$ demostró que no se encontró asociación significativa desde el punto de vista estadístico.

En relación al hábito de fumar, 27,9 % del total de mujeres del estudio eran fumadoras, de ellas 54,2 % no padecían de DS lo que representa 28,3 % del total de mujeres sin disfunción y 45,7 % si la presentaron, de estas el 12,3 %

presentaban una DSP, lo que representa 37,7 % del total DSP y en 33,4 % de las mujeres se constató DSS para un 28,3 % del total de mujeres con DSS. No se encontró asociación significativa entre el hábito de fumar y la DS. El calculo de la $p=0.111$

Tabla 25. Distribución de mujeres según hábitos tóxicos, religión y disfunción.

Hábitos tóxicos y Creencias Religiosas		Disfunción Sexual							
		Primaria		Secundaria		No tienen		total	
		N	%total	N	%total	N	%total	N	%total
Alcohol $p=0.676$	si	13	16,9	44	15,8	68	13,9	125	14,8
	no	64	83,1	235	84,2	421	86,1	720	85,2
Cigarro $p=0.111$	si	29	37,7	79	28,3	128	26,2	236	27,9
	no	48	62,3	200	71,7	361	73,8	609	72,1
Café $p=0.120$	si	28	36,4	121	43,4	176	36,0	325	38,5
	no	49	63,6	158	56,6	313	64,0	520	61,5
Creencias religiosas $p=0.294$	No cree	51	66,2	173	62,0	327	66,9	551	65,2
	Católica	5	6,5	30	10,8	49	10,0	84	9,9
	Pinos Nuevo	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,1
	Afrocubana	10	13,0	57	20,4	88	18,0	155	18,3
	T. Jehová	1	1,3	2	0,7	4	0,8	7	0,8
	Pentecostal	3	3,9	3	1,1	5	1,0	11	1,3
	Espiritismo	2	2,6	2	0,7	3	0,6	7	0,8
Cristiana	5	6,5	12	4,3	12	2,5	29	3,4	

Otro de los factores de riesgo analizados por su influencia conocida en la inducción de DS fue el consumo de medicamentos. Del total de mujeres 27.9 %

consumían algún medicamento y 72.1 % no consumían. El 2.2 % de las mujeres refirieron consumir esteroides.

La cimetidina y ranitidina representaron 3,3 y 0,7% respectivamente. El naproxeno lo consumieron un 2,2 %; la carbamazepina y fenitoína (0,1 y 0,9%).

Entre los diuréticos, la clortalidona, la furosemida representaron 1,8 y 0,6% y los tiazidicos representaron el 0,4 %. Los betabloqueantes: el propranolol y atenol presentaron baja frecuencia de uso. Se usaron otros hipotensores como la nifedipina y metildopa en pocos casos. Los inhibidores de la ECA, el captopril alcanzó una frecuencia de 2,4 %.

Los medicamentos antidepresivos, la amitriptilina fue el que se consumió con mayor frecuencia, un 2,4 %. Otro de los medicamentos consumidos que tiene efecto sobre la función sexual fue la trifluoperacina con un 1,8 % y el nitrasetan con igual porcentaje. El diazepam fue referido por las mujeres y alcanzó una frecuencia de 4,1 %; la tioridazina, fenobarbital, levodopa y la clorpromacina fueron reportados con baja frecuencia de uso. En el acápite de otros medicamentos se encontró una frecuencia del uso del 13,9 %, la mayoría de los referidos no tienen efectos descritos sobre la función sexual.

Tabla 26 muestra que las mujeres con DSP 39 % de ellas consumían medicamentos y en la DSS el 36,2 %. De las mujeres que expresaron no tener ningún trastorno de la función sexual 38.9 % tomaba medicamentos. Del total de mujeres con DS 36,8%, tenían DS y consumían medicamentos.

Tabla 26. Distribución de mujeres según consumo de medicamentos y tipo de disfunción sexual

Medicamentos	Disfunción Sexual						Total	
	Primaria		Secundaria		No tienen			
	N	% de la columna	N	% de la columna	N	% de la columna	N	% de la columna
Esteroides	4	13,33	5	4,95	10	5,26	19	5,92
Antihipertensivos	7	23,33	24	23,76	44	23,16	75	14,33
Diuréticos	-	-	5	4,95	3	1,58	8	2,49
Psicofármacos	6	20,00	20	19,80	39	20,53	65	20,25
Antinflamatorios	1	3,33	5	4,95	12	6,32	18	5,61
Anticonvulsivantes	1	3,33	2	1,98	6	3,16	9	2,80
Otros	11	36,67	40	39,60	76	40,00	127	39,56
TOTAL	30	100	101	100	190	100	321	100

En la tabla 27, se muestran las enfermedades coincidentes no endocrinas encontradas con mayor frecuencia, entre ellas la hipertensión arterial, la cual representó un 5,7 %, el asma bronquial y las enfermedades alérgicas que representaron 7,3 y 5,2 % respectivamente.

De las mujeres que padecían de asma bronquial 3,0 % del total de mujeres incluidas en el estudio presentó una DS lo que representa el 7% del total de mujeres con DS y el 4.4% no la presentó lo que representa el 7.5% del total de mujeres sin problemas sexuales y tener el padecimiento en cuestión. De las mujeres que padecían de asma 40,3 % presentaron algún tipo de disfunción con un predominio de la DSS, mientras que 59,7 % de ellas no presentaron alteraciones en su vida sexual.

Del total de mujeres incluidas en el estudio 5,7 % de ellas eran hipertensas y de ellas el 2,8 % tenían una disfunción. Las mujeres con hipertensión y DS representan 6,7 % del total de mujeres con DS. Las hipertensas sin afectación de su vida sexual representan 4,9 % del total de mujeres que no tienen DS. Además 50 % del total de mujeres hipertensas presentó una DS siendo más frecuente entre ellas la DSS; y el otro 50 % no presentó disfunción sexual.

Las pacientes que expresaron tener una enfermedad alérgica el 2,0 % presentaron DS y 3,2 % no presentó DS. Las mujeres que padecían de alergia y además tenían DS representan 4,8 % del total de mujeres con DS. Del total de mujeres con alergia 38,6 % presentó una DS y 61,4 % no la padecían.

Tabla 27. Distribución de mujeres según enfermedades concomitantes y tipo de disfunción sexual.

Enfermedades concomitantes	Disfunción sexual							
	Primaria		Secundaria		No tienen		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hipertensión	2	0,2	22	2,6	24	2,8	48	5,7
Asma	4	0,5	21	2,5	37	4,4	62	7,3
Alergia	6	0,7	11	1,3	27	3,2	44	5,2
Gastritis	1	0,1	6	0,7	7	0,8	14	1,7
Amigdalitis	1	0,1	4	0,5	0	0,0	5	0,6
Anemia	1	0,1	2	0,2	2	0,2	5	0,6
Epilepsia	0	0,0	1	0,1	4	0,5	5	0,6
Sickleimia	2	0,2	4	0,5	1	0,1	7	0,8

En relación a las enfermedades endocrinas se describió anteriormente su comportamiento en el estudio; en la **tabla 28** se puede observar como se comportó la función sexual en las mujeres que presentaron algunas de ellas.

En las enfermedades metabólicas; la diabetes mellitus en general, la tipo I y II así como la gestacional representan un 2,4 % del total de mujeres incluidas en el estudio. En la DSP (3 mujeres) presentaron diabetes lo que representa 3,8 % del total de mujeres con trastorno primario de la función sexual. En relación a la DSS 4,4 % presentó la doble condición de ser diabética y tener una DS, mientras que 1,2 % tenían diabetes mellitus y no presentaron afectación de la esfera sexual.

Con respecto a los trastornos del metabolismo lipídico se encontró la referencia de una mujer que padecía de hipercolesterolemia severa y DSS, que representó un 0,4 % de los trastornos secundarios de la respuesta sexual. Entre los trastornos metabólicos también se consideró el sobrepeso corporal y la obesidad como se expresa en la **tabla 29**. Se evidenció mayor porcentaje de DS en las mujeres con peso inadecuado para la talla.

En relación a los problemas tiroideos se encontró que los trastornos de la función presentaron una prevalencia mayor. Se detectó que 3,3 % del total de mujeres incluidas en el estudio padecían de hipotiroidismo, de ellas 5,6 % presentó DS, lo cual representó un 2,6 % para la DSP y 6,5 % para la secundaria, sin embargo 1,6 % de las mujeres eran hipotiroideas y no presentaron DS.

Del total de mujeres con hipotiroidismo 71,4 % padeció algún tipo de DS y un porcentaje menor no tuvo DS (28,6 %). Se encontró una asociación significativa entre estas variables con una $p=0.002$.

Tabla 28. Distribución de las mujeres según enfermedad endocrina y tipo de disfunción.

Enfermedades Endocrinas		Disfunción Sexual					
		Primaria (n=77)		Secundaria (n =279)		No tienen (n=489)	
		N	%	N	%	N	%
Diabetes	1	1	1.3	5	1.8	2	0.4
Tipo	2	1	1.3	6	2.2	4	0.8
Diabetes Gestacional		1	1,3	1	0.4	-	-
Hipercolesterolemia		-	-	1	0.4	-	-
Hipotiroidismo(p=0.002)		2	2.6	18	6.5	8	1.6
Hipertiroidismo p=0,048		2	2,6	6	2,2	2	0,4
Galactorrea p=0.031)		2	2.6	17	6.1	16	3,3
Hiperprolactinemia.		1	1.3	2	0.7	-	-
S de Ovario Poliquístico		2	2.6	3	1.1	1	0.2
Peri- menopausia		-	-	4	1.4	3	0.6
Menopausia Precoz		-	-	4	1.4	5	1,0
Osteoporosis		-	-	1	0.4	1	0.2

En la hiperfunción tiroidea se encontró que 0,8 % de las mujeres de la muestra refirieron padecer de hipertiroidismo y no tener disfunción, mientras que 2,6 % tenían hiperfunción y DSP, así como el 2,2 % tenía DSS. Del total de mujeres con hipertiroidismo 80 % presentó alguna forma clínica de DS y 20 % restante no tuvo afectación. Se encontró asociación significativa desde el punto de vista estadístico con (p=0.048) entre las dos variables. No se encontraron alteraciones de la función sexual en los trastornos anatómicos del tiroides.

En las afecciones hipofisarias se encontró que las mujeres que refirieron galactorrea 2,6 %, de ellas presentaron una DSP y 6,1 % presentó DSS. Del total

de mujeres con DS 5,3 % presentó galactorrea. Del grupo sin DS refirieron galactorrea 3,3 %. Las mujeres con galactorrea, 54,3 % estuvo afectada por una DS y el 45,7 % no reportaron de dificultades. El calculo de la $p=0,131$.

En el estudio 0,4 % de las mujeres refirieron tener diagnóstico de hiperprolactinemia y se encontró que en el total de los casos estaba presente un trastorno de la función sexual.

En los trastornos gonadales 1,1 % del total de mujeres del estudio refirieron tener una menopausia precoz de origen quirúrgico, de ellas 44.4 % padecieron una DSS, lo que representa 1,4 % del total de mujeres con DSS y 55,6 % no padeció de trastorno de la respuesta sexual que es 1 % del total de mujeres sin DS. De las mujeres que refirieron tener síntomas y signos de perimenopausia en la entrevista 57,1 % refirieron una DSS lo que representa el 1,4% para el total de mujeres con DSS y 42,9 % no presentaron alteraciones en su respuesta sexual lo que representa 0,6 % del total de mujeres sin DS.

En el síndrome de ovarios poliquísticos (SOP), una mujer refirió no tener afectación de la función sexual lo que representó 0,2 % para el grupo sin DS. De las mujeres con este diagnóstico y que además presentaron DS, 2.6 % presentó un trastorno primario y 1.1 % padeció de DSS. En el SOP 83.3 % de las mujeres presentaron una DS, y 16,7 % refirió no tenerla.

La distribución de peso según IMC en relación a las mujeres que tenían DS se presentó como se refleja en la **tabla 29**. Las mujeres que clasificaron como normopeso 41,1 % presentó DS, 8,9 % de ellas aquejaron DSP y 32,2 % refirió DSS. Las incluidas en la categoría de sobrepeso, 42,7 % padecieron DS, el mayor porcentaje estuvo en el grupo de las DSS, que representó un 37,2 % del

total de mujeres y 5,5 % refirió DSP, sin embargo 57,4 % de las mujeres de este grupo a pesar de tener un peso superior al ideal no presentaron DS.

Tabla 29. Distribución de mujeres según índice de masa corporal y tipo de disfunción sexual

Índice de masa corporal (IMC)	Disfunción Sexual						total	
	Primaria		Secundaria		No tienen			
	N	% de la fila	N	% de la fila	N	% de la fila	N	% de la fila
Bajo peso	11	28,9	8	21,1	19	50,0	38	100
Normopeso	51	8,9	185	32,2	338	58,9	574	100
Sobrepeso	10	5,5	68	37,2	105	57,4	183	100
Obesidad	5	10,0	18	36,0	27	54,0	50	100
Total	77	9,1	279	33,0	489	57,9	845	100

p =0,001

Las mujeres obesas un 46% tuvo DS y predominó la DSS con un 36,0%. De las mujeres con obesidad 54 % no presentaron DS. El porcentaje de mujeres obesas fue mayor 6,5% entre las mujeres con DS en relación a las que no tienen trastornos de la sexualidad que fue de 5,5%. En la categoría de bajo peso se encontró 4,5 % del total de mujeres; de ellas el 50 % tuvo DS. El 28,9 % y 21,1 % presentaron un DSP y DSS respectivamente, mientras que 50,0 % de las mujeres que tenían igual condición no presentaron trastornos en su vida sexual.

El mayor porcentaje de DS se encontró entre las mujeres que tuvieron un peso inadecuado para la talla. Se encontró evidencia suficiente para plantear asociación significativa entre las variables IMC y DS al 95% de confiabilidad, ya que la p asociada fue de 0.001.

DISCUSIÓN

La comunidad científica internacional reporta evidencias suficientes que la disfunción sexual, constituye un problema de salud que afecta con alta frecuencia a la mujer, adoptando diferentes formas clínicas y asociándose con múltiples y variados factores. ^(11, 13,14)

En la investigación realizada tuvimos presente algunas características de la pareja como edad y nivel escolar. En la práctica médica observamos con alguna frecuencia disfunciones sexuales secundarias a parejas disfuncionales en cuanto a intereses, estilos de vida que se relacionan con las variables mencionadas o reactivas a disfunciones sexuales del hombre, sobre todo a la disfunción eréctil ⁽⁶⁸⁾

En el estudio se encontró correspondencia entre las edades y el nivel escolar de ambos integrantes de la pareja que puede estar relacionado con los logros alcanzados por nuestro sistema social con respecto a la igualdad plena de la mujer, el derecho a la educación, superación profesional y al trabajo. Lo anterior conduce a observar con menor frecuencia la tendencia a la búsqueda de parejas con mayor edad y por consiguiente, con mejor desempeño económico.

Lo anterior ha influido satisfactoriamente en el desempeño y educación sexual de la mujer y ha propiciado una historia sexual, con incorporación plena en el disfrute y la satisfacción sexual.

La mayoría de las mujeres incluidas en el estudio fueron normopeso, se encontraban activas sexualmente con fertilidad probada, multigestas con promedio de 2 a 3 embarazos y presentaban historia contraceptiva previa en el momento que se realizó la entrevista. Coincidiendo con otros trabajos, el mayor porcentaje de uso de contraceptivo en estas edades, lo alcanzó el DIU, seguido

de la píldora oral y luego el condón. ⁽⁷¹⁾ En el trabajo que se presenta, se determinó, que el condón ocupó el segundo lugar en frecuencia de uso, lo cual evidencia mejor preparación y educación sexual de las mujeres para el control de la fertilidad y protección de enfermedades de transmisión sexual; además de la mayor disponibilidad. Se evidenció incremento de uso y avance en la aceptación como método, promovido por campañas de prevención y promoción de salud sexual y reproductiva.

El uso de métodos contraceptivos contribuye a menos agresiones ginecológicas por la realización de abortos y regulaciones menstruales, a pesar de lo avanzado en este sentido, siguen teniendo alta frecuencia y se mencionan como factores asociados a la aparición de DS en la mujer. ^(71, 98, 99)

El desconocimiento del cuerpo, de las principales zonas erógenas por la mujer, puede ocasionar pérdida de vínculo erótico con la pareja y limitar el disfrute de la sexualidad en pareja y en solitario, a través de la autoestimulación, ocasionando trastornos de la respuesta sexual. ⁽¹⁰⁰⁾ En el estudio, el mayor porcentaje de mujeres expresaron conocer las principales zonas erógenas de su cuerpo. El menor porcentaje del total, señaló practicar la autoestimulación, la mitad de ellas experimentó orgasmo y placer.

Un grupo de mujeres presentaron trastornos menstruales en porcentaje menor que las que señalaron no tener problemas con sus ciclos. No se evidenció relación entre el trastorno menstrual de mayor frecuencia reportado, el sangramiento prolongado, y la aparición de DS. La mayoría de las mujeres no conocían la causa del trastorno menstrual y las que respondieron conocerla, mencionaron con mayor frecuencia los anticonceptivos y lo anterior puede estar

relacionado con el hecho que los DIU presentaron mayor frecuencia de uso y pueden ocasionar este tipo de trastorno. ⁽¹⁰¹⁾

La prevalencia de la disfunción sexual encontrada fue del 42,1 % para las formas clásicas. Estos datos permitieron observar el comportamiento de la DS de la mujer en este medio y su alta prevalencia coincide con la señalada por otros países en estudios epidemiológicos de este problema de salud.

En los Estados Unidos de Norteamérica se realizó en el año 1999 un estudio del *National Health and Social Life Survey* que señaló una prevalencia de un 43 % para DSF y 41 % para la DS masculinas ⁽¹¹⁻¹⁴⁾. En Inglaterra un trabajo reportó frecuencias similares 41 % para las mujeres y 34 % para los hombres. Egipto un 58,7 % ⁽¹⁵⁾, en Irán 31,5 % ⁽¹⁶⁾. Un estudio realizado en la India informó una prevalencia de 73,2 % ⁽¹⁷⁾ y en Ecuador un 55,7 %.

La prevalencia de la DSP fue menor que la secundaria en esta investigación y puede estar relación con el carácter multifactorial de la DSF. Son múltiples y variados los factores que pueden coincidir y coexistir para que aparezca un trastorno de la respuesta sexual que van desde la naturaleza orgánica, psicológica, hasta lo social. Se ha descrito que la DS en la mujer está muy relacionada con factores socio-demográficos. ⁽¹²⁾

Las formas clínicas de presentación más frecuentes en el estudio fueron las mixtas o combinadas, también se presentaron de forma aislada los diferentes trastornos; los relacionados con el deseo sexual fueron más frecuentes, como el deseo hipoactivo y con menor frecuencia ausencia del deseo. El trastorno del deseo apareció como principal motivo de consulta en el estudio. La anorgasmia

fue otra forma clínica que mostró alta prevalencia, ⁽¹⁰²⁾ seguida de los trastornos de la excitación, dispareunia y el vaginismo.

La anorgasmia es señalada por muchos trabajos como la forma clínica más frecuente de presentación de los trastornos de la respuesta sexual, como reporta el trabajo realizado en Irán e India, ^(15,16) sin embargo otros han encontrado mayor frecuencia en los trastornos del deseo, ejemplo: son los estudios realizados en Egipto y Estados Unidos de Norteamérica que informan 33 % de disfunción del deseo, 24 % de disfunción orgásmica, 18 % de trastornos de la excitación y 14 % de trastornos en la satisfacción sexual. ^(11,12)

La mayor parte de los estudios reportan los trastornos de la excitación en tercer lugar como forma de presentación en la edad reproductiva, otros muestran una prevalencia mayor de este trastorno. En Egipto reportan una frecuencia de 36 %, Irán 30 % y en la India se encontró como la forma más prevalente, alcanzó un 96,3 % los trastornos objetivos de la excitación y 91,3% los trastornos subjetivos de ella. ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ El trabajo que se presenta reportó un 20 % de frecuencia.

Los trastornos de la excitación sexual en su forma objetiva representados por dificultades en la lubricación vaginal, se presentan en forma aislada y también combinados con otras formas de DS en esta investigación. En general se relacionan con el déficit de estrógenos; aumentan su prevalencia en la medida que avanza la edad y se establecen cambios hormonales relacionados con la perimenopausia y menopausia. ⁽¹⁰³⁾ Es poco frecuente que estos trastornos primen como forma de presentación en la DS de mujeres en etapa reproductiva. Existen algunos reportes en la premenopausia. ⁽¹⁷⁾

Las combinaciones encontradas con mayor frecuencia fueron trastornos de excitación con desórdenes del deseo, seguido de la combinación con trastornos del orgasmo y por último con dispareunia.

Según clasificación actual de la DS los trastornos dolorosos y en especial la dispareunia está reportado por algunos estudios, que ocupa el cuarto lugar según orden de frecuencia en la presentación de la DSF y señalan una prevalencia de 31,5 %. Otros informan una prevalencia de 26,7 %, 64,4 % y 73,3 %. ^(14,15) Se reporta frecuencia de presentación variable y asociada a factores ginecológicos y psicológicos. ⁽¹⁷⁾

La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales encontrada fue de 17 años, esto permitió explorar mejor la esfera sexual porque las mujeres incluidas en el estudio, la edad límite inferior establecida fue de 16 años y uno de los criterios para ser entrevistadas fue el inicio de la actividad sexual, que se garantizó porque la mayoría tenían fertilidad probada. Solo el 16,9 % nunca se habían embarazado y aunque no se precisaron los motivos pudiera estar en relación con el uso de métodos para el control de la fertilidad.

La edad influye en la aparición de DS y aumenta su incidencia en la medida que avanza. Se describe que la DSF aumenta hasta un 50 % en la perimenopausia y la posmenopausia. ^(18, 104) Los cambios están relacionados con múltiples factores, entre ellos los cambios hormonales. ⁽¹⁰⁵⁾

Los efectos más conocidos en la medida que avanza la edad están relacionados con los niveles decrecientes de estrógenos, sin embargo, los niveles decrecientes de testosterona comienzan temprano, son sutiles pero no menos significativos

para la sexualidad y contribuyen a la desmotivación sexual, acompañada de trastornos en la excitación y lubricación vaginal.

La afectación de las funciones sexuales por la edad, por envejecimiento, depende en gran medida del estado psicológico y de salud. Se relaciona con fármacos que utilizan, con enfermedades que padecen; sin olvidar los aspectos psicosociales que influyen de forma importante desde edades tempranas y afectan la sexualidad tanto de jóvenes, como de hombres y mujeres en edad madura. ^(103,104)

En el estudio, al igual que en otros realizados las disfunciones sexuales, se incrementaron con la edad y alcanzaron mayor frecuencia en las mujeres entre 30 y 45 años. La disfunción sexual secundaria fue más frecuente.

Los eventos referidos por las mujeres que influyeron en la aparición de trastornos de la respuesta sexual, como se planteó en los resultados fueron: el parto, aborto, problemas de parejas, familiares, laborales y entre otros eventos se mencionó con frecuencia el estrés, la sobrecarga de roles y las condiciones socioeconómicas.

Al analizar estos eventos en orden de frecuencia, el porcentaje mayor estuvo relacionado con los problemas de parejas, seguido del estrés asociado con la sobrecarga de roles y la historia ginecobstétrica de la mujer. Las evidencias muestran que la RSF está influida por factores de naturaleza diversa, condicionantes o agravantes de la disfunción sexual.

Estudios de prevalencia no solo plantean como objetivos determinar frecuencia de presentación de la DSF, sino asociación con factores de riesgo. ^(16, 17, 106)

En el camino del conocimiento de la magnitud del problema, sus principales características y asociación con determinados factores; se crean las bases para

enfrentar de forma estratégica un problema de salud que ha permanecido oculto, en silencio durante años y de esta forma lograr un manejo integral.

No resulta sorprendente que factores psicopatológicos influyan sobre la sexualidad. Particular importancia tiene lo reportado por este estudio sobre: factores interpersonales, de pareja relacionados con conflictos maritales, de comunicación e intimidad.

La relación integral entre ambos miembros de la pareja influye en alguna medida sobre la actividad sexual, contribuye a que no aparezcan disfunciones cuando es adecuada y condiciona o agrava la existencia de estas, cuando es disfuncional. ¹⁰⁶

Aquellas mujeres que calificaron su relación integral como buena, mostraron menor porcentaje de DS, y se relacionó con el grupo de las DSS. La relación integral de pareja regular o mala fue señalada con menor frecuencia en este trabajo pero se relacionó con la presencia de problemas en la esfera sexual. Casi la totalidad de las mujeres que calificaron en este grupo presentaron DS con significación estadística.

Entre los factores relacionados con la intimidad de la pareja se encuentra la valoración que realiza la mujer de su relación sexual y como esta influye en la aparición de trastornos en la respuesta sexual.

Las mujeres con relaciones sexuales satisfactorias son menos propensas a tener DS. ⁽¹⁰⁴⁾ En este trabajo observamos que fueron más frecuentes los trastornos de la respuesta sexual en mujeres que valoraron su relación sexual como no satisfactoria. Algunas mujeres expresaron tener relaciones sexuales satisfactorias

y sin embargo, presentaron trastornos de la respuesta sexual, específicamente DSS, que puede estar relacionada con otros factores y no con insatisfacción en la relación sexual.

Aquellas que presentaron dificultades en la esfera sexual atribuyeron en mayor medida la responsabilidad de su disfunción a ambos integrantes de la pareja: en orden de frecuencia, señalaron en segundo lugar que sus dificultades no estaban relacionadas con la pareja, eran por causas ajenas a la relación y luego refirieron que la responsabilidad era de ellas. Lo anterior manifiesta que la DS de la mujer no debe ser estudiada como un problema que afecta solamente la salud sexual de ellas y su calidad de vida, se hace necesario valorarla desde el vínculo de pareja. La mujer no responsabilizó a su pareja sexual solo de sus dificultades, pero le otorgó un papel importante al señalar que ambos eran responsables de los trastornos presentados. ⁽¹⁰⁶⁾

Por tal motivo, el estudio analizó la presencia de DS eréctil como posible causa de disfunción reactiva en la mujer. Los resultados no coinciden con otros estudios. La mayoría de las parejas de mujeres con DS, no presentaron trastornos en la erección. A pesar que la literatura reporta hasta un 32 % de disfunciones sexuales en la mujer reactivas a las del hombre. ⁽⁶⁸⁾

La eyaculación precoz es otro de los trastornos de la respuesta sexual masculina que puede contribuir DS reactiva en la mujer. ⁽¹⁰⁷⁾ Nuestro trabajo se refiere más que a la eyaculación precoz por definición, a la percepción de las mujeres en cuanto al tiempo de eyaculación de sus parejas que puede conducir a una DSS.

Se conocen las fases de la respuesta sexual femenina (RSF) y la fase de meseta es más prolongada que en el hombre e incluso el tiempo de excitación. En ocasiones la respuesta de la mujer es más lenta a los estímulos sexuales, y esto refleja la mencionada disociación que suele ocurrir en las mujeres, a diferencia de los varones, entre la respuesta genital fisiológica y su percepción cognitiva.

Por tanto si a las características fisiológicas de la RSF se suma, que el hombre eyacule con prontitud, pueden originarse disfunciones orgásmicas; si no logran comunicación en este aspecto y los integrantes de la pareja no aprenden a equilibrar las diferencias individuales de sus respuestas o utilizan vías alternativas para alcanzar la satisfacción mutua, pueden aparecer disfunciones sexuales que comprometen la fase del deseo en la mujer. ⁽¹⁰⁷⁾ En el estudio encontramos mayor porcentaje de DS entre las mujeres que percibieron prontitud en el tiempo de eyaculación de sus parejas.

La eyaculación demorada es mencionada como posible causa de disfunciones reactivas. Especialmente dispareunia y dolor coital. ^(108,109) Los resultados reflejan una asociación significativa entre el retardo o ausencia de eyaculación y la DSF

En el estudio se detectó una asociación estadísticamente significativa entre las disfunciones sexuales y la historia ginecobstétrica (antecedentes de 2-3 partos, embarazos, abortos) lo cual puede estar en relación con numerosos factores.

Los partos por vía vaginal pueden contribuir a disfunciones del suelo pélvico, asociado a: desgarros vulvovaginales o uterinos que pueden ocurrir como complicaciones, estos a su vez requieren de cirugías y reconstrucciones del suelo

pélvico consideradas como factores predisponentes en la aparición de DS. Por tal motivo no puede pasar por alto que esta zona requiere de técnicas precisas y perfecto conocimiento de su anatomía, en ella se encuentran estructuras nerviosas y vasculares que determinan la irrigación e inervación de los genitales femeninos.

De manera general, la cirugía del suelo pélvico e intrapélvico puede asociarse a la DS por remoción de las estructuras mencionadas. En la literatura se señala que el 60 % de las mujeres después de ser sometidas a cirugía intrapélvica se mantienen sexualmente activas y 40 % de ellas sufren DS. ⁽¹¹⁰⁾

Los cambios que ocurren en la mujer desde el punto de vista hormonal, psíquico y físico durante la gestación, el parto y las implicaciones del nacimiento de un hijo, el estado de tensión emocional que genera esta nueva condición, puede traer cambios en la respuesta sexual de forma transitoria hasta que surjan los mecanismos de adecuación hormonal y emocional. ⁽³²⁾

Los resultados encontrados refuerzan la necesidad que la pareja implicada en eventos tan fisiológicos como el embarazo, el parto tengan información en relación a los cambios que pueden ocurrir en la sexualidad de la pareja, para el manejo correcto y búsqueda de ayuda especializada en caso necesario. Se impone la necesidad de una educación sexual adecuada para prevenir la DS que puede sobrevenir en esta etapa. ^(22, 25, 32)

Los factores psicológicos tienen importancia para la salud sexual y conocemos la influencia en el comportamiento sexual de la mujer. Numerosos estudios han

dedicado espacio a analizar la relación de estos con la aparición de desórdenes de la respuesta sexual humana. ¹¹¹

La ansiedad y la depresión influyen negativamente sobre la respuesta sexual de la mujer y su pareja, sobre todo en la erección y excitación; el deterioro mental tiene efectos adversos sobre la sexualidad y lleva a asumir actitudes negativas. Todos los factores que incrementan la ansiedad pueden influir en el deterioro de la respuesta sexual y contribuir a perpetuar el trastorno. ⁽¹¹²⁾

Entre los trastornos descritos se encuentra el desinterés sexual, muy vinculado a la depresión, ansiedad y con el abuso de sustancias como alcohol, marihuana, tabaco, cocaína, anfetaminas y opiáceos.

La asociación de desinterés sexual y depresión es un tema conocido en la clínica, su demostración epidemiológica tiene trascendencia y ofrece una idea de la magnitud del problema e induce sobre la necesidad de interrogar a los pacientes sobre aspectos relacionados con la sexualidad. Las personas deprimidas padecen de desinterés sexual dentro de un desapego general por las personas y las cosas, se sienten con estado de ánimo triste, pesimismo e ideas de ruina. Los síntomas de depresión aíslan al paciente, la autoestima disminuye y por tanto la sexualidad que necesita de la interacción con otras personas pierde presencia e interés para el deprimido. ⁽¹¹²⁾

Analizado con otro enfoque la DS en ocasiones genera malestar, ansiedad y depresión que agrava y perpetúa el trastorno de la función sexual con menor

respuesta en la esfera sexual a la medicación antidepresiva. Sin olvidar los efectos negativos de estos medicamentos sobre la función sexual. ¹¹³

La angustia y la agresividad fueron otros de los síntomas de la esfera psíquica descritos por las mujeres de este estudio, y consideramos que son expresión del trastorno ansioso depresivo mencionado, puesto que ambos síntomas integran el conocido síndrome depresivo ansioso.

La ansiedad, relacionada con la vida sexual, fue expresada con mayor frecuencia por las mujeres entrevistadas. Es conocida la influencia nociva de estos factores sobre la función sexual en general. ⁽¹¹⁴⁾ Contribuyó también a los desórdenes en la esfera sexual: la autoimagen deteriorada, la inhibición, limitada experiencia sexual, prejuicios y creencias sexuales inadecuadas.

Las relaciones vinculares inadecuadas, el desempeño sexual inadecuado y la presencia de elementos traumáticos desencadenantes de la disfunción fueron referidos por algunas mujeres con significación estadística. La pérdida o inmadurez de mecanismos de defensa psicológicos se asocian con la DS. ¹¹⁵

Es importante en el desarrollo de trastornos en la esfera sexual, la influencia de una educación sexual deficitaria que condiciona la existencia de prejuicios sexuales, temor al desempeño, creencias inadecuadas en relación a como debe vivenciar la sexualidad una mujer.

Los resultados obtenidos en la investigación confirman lo planteado, se encontró asociación significativa entre los factores mencionados y la presencia de DS; a

pesar de los importantes esfuerzos de los profesionales dedicados al tema por mejorar la educación sexual en todas las etapas de la vida.

Una educación sexual adecuada permite enfrentar en mejores condiciones, las disfunciones sexuales, los trastornos reproductivos, la ansiedad y fobias sexuales. Favorece una conducta sexual responsable y juiciosa en la toma de decisiones en torno al sexo. ⁽¹¹⁶⁾

Los factores sociales influyen en la respuesta sexual: entre ellos las creencias religiosas, contribuyen a la existencia de mitos y tabúes. Creencias inadecuadas sobre la sexualidad, desarrollan prejuicios sexuales que propician consideraciones acerca de la sexualidad, como algo pecaminoso y propio del sexo masculino; donde la mujer participa de forma pasiva para cumplir con el deber reproductivo y la satisfacción de la pareja. ⁽¹¹⁷⁾

En el estudio se detectó un porcentaje de mujeres que practicaban algún tipo de religión. Entre las más practicadas por razones históricas, relacionadas con la colonización, la religión afrocubana, seguida de la católica. La influencia de los factores religiosos no tuvo significación estadística en el grupo de estudio, pudiera estar en relación con el hecho que más de la mitad de las mujeres señalaron no tener creencias religiosas. Además nuestro sistema social no propicia la influencia religiosa en el desempeño social. El alto nivel educacional de las mujeres del estudio y sus parejas pudiera ser otra de las razones.

La asociación de hábitos tóxicos con la presencia de disfunciones sexuales es otro de los factores analizados por muchos autores. ⁽¹¹⁸⁾ En el trabajo no fue

significativa la presencia de hábitos tóxicos entre las mujeres, como consumo de alcohol, café y tabaquismo. El consumo de sustancias como cocaína, heroína, marihuana y anfetaminas no fue señalado por ninguna mujer.

El alcohol ha sido considerado por muchas personas como estimulante y/o excitante sexual. Trabajos de investigación realizados han constatado que tanto en hombres como mujeres, produce efectos negativos sobre las señales fisiológicas de la excitación sexual. ⁽¹¹¹⁾ En las mujeres debilita la respuesta orgásmica y en hombre afecta la erección, así mismo el alcohol debilita la eficacia masturbatoria y disminuye el goce y la intensidad del orgasmo. El alcohol es un potente depresor del SNC, sus efectos son apreciables aun en pequeñas cantidades.

En la encuesta de Athanasion Shaver y Tauris (1970), se encontró que el 45 % y 68 % de las mujeres consideraban que el alcohol incrementaba el placer sexual. El percibir el alcohol como estimulante sexual se debe a su efecto desinhibidor. ⁽¹¹⁹⁾ Como depresor central, disminuye el funcionamiento de centros superiores del cerebro y permite mayor autonomía de centros inferiores implicados en las respuestas emocionales. De esta forma las emociones se amplifican funcionalmente al disminuir el filtro o mecanismo controlador, que supone la actuación de segmentos cerebrales superiores.

En consecuencia, el alcohol puede alterar los comportamientos convencionales y hacer a las personas más relajadas permite perder el control sobre algunas emociones, desinhibir conductas. ¹²⁰ Deben ser considerados, problemas

adicionales que pueden presentarse con el consumo del alcohol en el funcionamiento sexual. Un estudio realizado en la universidad de Yale, en los Estados Unidos, reportó que las mujeres tenían expectativas superiores sobre el alcohol relacionadas con la sociabilización y la sexualidad. ⁽¹²¹⁾

El consumo excesivo de alcohol produce deterioro del funcionamiento sexual en el hombre, flaccidez que imposibilita la penetración. La situación es vivida como sensación de fracaso, que produce ansiedad y condiciona dificultades para la excitación de la mujer. Lo anterior condiciona miedo al fracaso, situación de displacer, originando una disfunción permanente de difícil manejo.

El consumo continuado de alcohol produce trastornos endocrinos, neurológicos, vasculares irreversibles que reducen de forma permanente la repuesta sexual de hombres y mujeres. ⁽¹¹⁹⁻¹²⁰⁾ Desencadena diferentes formas clínicas de presentación de la DS: anorgasmia, trastornos en la excitación sexual. El alcohol tiene efectos tóxicos directos sobre la gónada (testículo y ovario) y a nivel hepático aumenta el catabolismo de la testosterona y su transformación en estrógenos. Además de su efecto inhibitorio sobre el eje hipotálamo hipófisis gonadal. ⁽¹²⁰⁾

El abuso de drogas, como alcohol, opiáceos, cocaína y cáñamo, obedece a las propiedades afrodisíacas que se les conceden, pero se conoce que independiente del efecto subjetivo, afectan en forma negativa la respuesta sexual. ⁽¹²¹⁻¹²²⁾ La ingestión de medicamentos es otro factor relacionado con trastornos de la función sexual analizados en el estudio y mostró que el menor porcentaje de las mujeres

estudiadas, consumían medicamentos con efectos negativos sobre la función sexual. Entre los medicamentos descritos en otros estudios con repercusión sobre RSF se mencionan los psicofármacos. En el presente estudio los de mayor consumo reportado fueron los antidepresivos tricíclicos, así como las benzodiazepinas. Lo anterior puede relacionarse con mayor disponibilidad de ellos en el mercado; unido a que las alteraciones psicológicas, como ansiedad y depresión fueron significativas en las mujeres con DS.

Estudios realizados en otros países reportan a los inhibidores de la recaptación de serotonina: fluoxetina, paroxetina, sertralina y valenfaxina, indicando asociación frecuente entre su uso y la aparición de DS. ⁽¹²³⁾ Entre los efectos asociados con la medicación antidepresiva, se incluyen disminución del deseo sexual, la excitación con afectación del componente objetivo, la lubricación vaginal y anorgasmia o retardo para alcanzar el orgasmo. Alguno de estos trastornos puede ser mejorados o suprimidos recurriendo a la disminución de la dosis o la administración de otros fármacos y preparados que contrarresten los efectos tales como: yohimbina, ciproheptadina, amantadina, buspirona, bupropion. ⁽¹²⁴⁾ El efecto de estos antidepresivos sobre la sexualidad esta mediado por el sistema serotoninérgico. Existen datos inconsistentes acerca del rol excitatorio e inhibitorio de la serotonina sobre la sexualidad. ⁽¹²⁵⁻¹²⁶⁾

Otros medicamentos también se mencionan que tienen efectos negativos sobre la sexualidad y producen trastornos de la respuesta sexual en sus diferentes fases. Alguno de ellos fueron consumidos por mujeres del estudio que presentaron algún tipo de DS, pero no existió significación estadística.

Varios antihipertensivos se relacionan con DS. Entre ellos los betabloqueadores, sobre todos aquellos que no son cardioselectivos, como el propranolol; otros como la metildopa, la clonidina, potente bloqueador de los receptores alfa, guanetidina e incluso, los inhibidores de la enzima de conversión se señalan con efectos deletéreos sobre la función sexual aunque en menor medida. ⁽¹²⁷⁾

Numerosos estudios realizados afirman lo expresado; se han comparado grupos de pacientes tratados con el medicamento y otros con placebo y el trastorno se ha hecho evidente en el grupo tratado con antihipertensivos. ^(127,128) A pesar de estas evidencias no resultó significativo en esta investigación esta relación y puede obedecer a que la mujeres incluidas en el estudio no consumían medicamentos de forma significativa, a pesar que entre las enfermedades coincidentes encontradas con mayor frecuencia estuvo la hipertensión arterial y la mitad de las hipertensas padecían de DS.

La DS se asocia de manera frecuente al uso de antihipertensivos y psicofármacos y se reporta como causa de suspensión del tratamiento por los efectos inducidos: disminución de la libido, pérdida del orgasmo, disturbios eyaculatorios, ginecomastia, disfunción eréctil y priapismo ^(129,130) Los antihipertensivos se relacionan con trastornos de la función eréctil en el hombre y los psicofármacos con trastornos de la eyaculación. En las mujeres los primeros se asocian con pérdida del deseo y los segundos a retardo o desaparición del orgasmo. ^(128,129, 131) Los efectos en la mayoría de los casos, cuando son inducidos por los medicamentos son reversibles tras el cambio o suspensión. Los mecanismos a través de los cuales se explican estos efectos adversos en la función sexual son:

por inhibición adrenérgica, competencia por el receptor adrenérgico, propiedades anticolinérgicas. También debido a efectos endocrinos y sedativos. ⁽¹²⁹⁾

Los esteroides comprometen la respuesta sexual; pertenecen al grupo de los glucocorticoides, ocasionalmente es más entendida su acción sobre la sexualidad por ser medicamentos que integran el grupo de los hormonales. Los esteroides administrados por vía exógena producen inhibición de la esteroidogénesis en las glándulas suprarrenales que no solo afecta la producción de glucocorticoides por la corteza adrenal, sino la de sexoesteroides, la síntesis de andrógenos relacionados, con la vida sexual y reproductiva de la mujer. ⁽¹³²⁾

Por otra parte son causa de hipercortisolismo o Cushing iatrogénico, en caso de dosis altas y consumo prolongado, estado que contribuye a que aparezcan innumerables factores de riesgo endocrino metabólicos y vasculares que afectan en forma negativa la salud sexual y reproductiva; producen afectación de la esfera del deseo sexual y la lubricación vaginal. ⁽¹³³⁾ En esta investigación no fue significativo el uso de esteroides, ni su asociación con la DS.

Un número considerable de medicamentos son capaces de inducir DS. ⁽¹³⁴⁾ Por tanto tener una historia sexual adecuada de cada paciente antes de comenzar cualquier medicación por sencilla que se considere y buscar medicamentos que logren controlar la enfermedad con la menor dosis posible y así, disminuir las disfunciones dosis inducidas es necesario. De existir otros que controlen la enfermedad y no tengan efectos sobre la RS, deben prescribirse y en caso necesario de utilización, pueden indicarse medicamentos alternativos que

resuelvan la DS contrarrestando el mecanismo de acción a través del cual el fármaco en cuestión, la induce. ⁽¹²¹⁾

Las enfermedades en general afectan la esfera sexual de quienes la padecen, tanto las afectaciones endocrinas como las no endocrinas y están descritas entre las causas de DS. La insuficiencia renal, se conoce que produce anorgasmia, disminuye el deseo sexual y trae consigo trastornos del componente objetivo de la excitación, la lubricación vaginal sobre todo en la mujer con diálisis. ⁽¹⁰⁴⁾

La hipertensión arterial está descrita como causa de DS en mujeres y estuvo entre las enfermedades coincidente más frecuente encontrada en la muestra estudiada, así como el asma bronquial y las enfermedades alérgicas. Ellas se asocian a disfunciones sexuales por su fisiopatogenia y por los medicamentos empleados en su tratamiento. Un estudio realizado en Nigeria reportó que las mujeres hipertensas tenían mayor tendencia a desarrollar DS, sobre todo trastornos del deseo, incluso, antes de utilizar tratamiento. Se informó una frecuencia de 17,2 % de DS en hipertensas comparado con el 4,2 % entre las normotensas. ⁽¹³⁵⁾

Estudios epidemiológicos de la hipertensión y su relación con el sexo han permitido conocer que los mecanismos que confieren protección vascular a la mujer no están dilucidados, se plantea que las diferencias pueden estar en relación con los mecanismos que regulan la entrada de calcio intracelular a las células del músculo liso. Se identificó una proteína que se relaciona y plantea una nueva hipótesis, donde se asocia la diferencia entre el daño vascular que produce la hipertensión en hombres y mujeres a esta proteína. ⁽¹³⁶⁾

La hipertensión es un factor de riesgo tradicional de desórdenes cardiovasculares, produce injuria del endotelio dando como resultado: disminución de la biodisponibilidad del óxido nítrico y la vasodilatación del músculo liso en la vagina y el clítoris, por lo que se asocia a la DSF. Douma y colaboradores ⁽¹³⁷⁾ estudiaron la prevalencia de la DS en hipertensas y encontraron una prevalencia de 42,1% comparado con 19,4% en normotensas.

En nuestros resultados estuvo presente la tendencia que las mujeres con hipertensión arterial (50 % de ellas), manifestaron alteraciones en su función sexual con predominio de la DSS y el 50 % restante no señaló dificultades.

La aterosclerosis, hipertensión, diabetes y el hábito de fumar son causas potenciales de DS y esta a su vez, es considerada como un nuevo factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. Existe un común denominador entre la DS y los trastornos cardiovasculares la disfunción endotelial; es causa orgánica de DS en hombres y mujeres. ⁽¹³⁸⁾ Se encuentra involucrada en los mecanismos fisiopatológicos de la DSF, preclampsia, ^(139,140) el síndrome de ovario poliquístico ⁽¹⁴¹⁻¹⁴²⁾ y la menopausia temprana. ^(104, 139,40)

Los planteamientos anteriores están basados, en revisiones realizadas, que señalan al trastorno vascular, la disfunción endotelial como causa de trastornos en la excitación y el orgasmo. La disfunción endotelial precede el desarrollo de la lesión aterosclerótica, es un paso intermedio entre la aterosclerosis y la DS, se considera como un factor vínculo que disminuye el flujo sanguíneo a la vagina y el clítoris y así, la insuficiencia vascular disminuye la lubricación vaginal,

sensaciones vaginales, cantidad y calidad de los orgasmos y la excitación en general. Por tanto: la DS es un factor de riesgo no tradicional de trastornos cardiovasculares. ^(143; 144)

Poco conocemos sobre la actividad sexual y las disfunciones en mujeres con trastornos cardiovasculares. La valoración del problema es polémica y a la evidencia le está faltando estudios multicéntricos. ⁽¹⁴⁵⁾ Los trastornos cardiovasculares se encuentran entre las primeras causas de muerte en mujeres, por ello la comunidad médica necesita métodos para estratificar el riesgo cardiovascular, por tanto además de los factores clásicos necesita identificar riesgos no tradicionales. Las mujeres presentan síntomas de trastorno cardiovascular cuando el trastorno está más avanzado que los hombres; después de los 50 años la probabilidad de morir por enfermedad cardiovascular se iguala a la del hombre, y cuando tienen IMA, o son sometidas a cirugías de bypass coronario las probabilidades de morir es el doble. ⁽¹⁴⁶⁾

Reflexionar sobre la DS y el hecho que puede ser una ventana que permite mirar la salud vascular y encontrar el trastorno cardiovascular oculto en hombres y mujeres ofrece una oportunidad única para la prevención primaria del trastorno cardiovascular. Es una realidad que el flujo arterial genital, se afecta primero que cualquier otro flujo vascular del organismo. ^(147, 148)

La esclerosis múltiple se encuentra entre las enfermedades que produce DS en hombres y mujeres. Desencadena trastornos de la función orgásmica. Describen algunos autores disminución de la libido en 31.4 % y también trastornos de la

función eréctil, y eyaculatoria en 63,2 % de los hombres. ⁽¹⁴⁹⁾ Los pacientes con esta enfermedad reportan más síntomas de DS y disfunción esfinteriana que los no afectados, con el impacto que produce sobre la función sexual y la vida social. Hallazgos encontrados, sugieren que un daño específico de las estructuras involucradas en la función sexual es responsable de la DS y evidencia la importancia de los estudios neurofisiológicos en muchas enfermedades y en la DSF. ⁽¹⁵⁰⁻¹⁵¹⁾

En las enfermedades crónicas, como en los procesos vitales se producen inevitables compromisos de la genitalidad. En el estudio solo una mujer padeció de Esclerosis Múltiples y presentó anorgasmia de tipo secundaria.

En estas, como en todos los casos donde se necesita de procesos rehabilitatorios, incluir la sexualidad como parte de los mismos, ayuda a la recuperación y a mejorar la calidad de vida. ⁽¹⁵²⁾

En capítulos anteriores se abordó la endocrinología de la respuesta sexual femenina y cómo los cambios hormonales influyen en la respuesta sexual, por la vía de los desequilibrios hormonales y la repercusión que producen sobre diferentes órganos y sistemas, por la interacción creciente del sistema endocrino con el resto de los sistemas hasta mostrar en la actualidad, el surgimiento de una nueva disciplina: la psiconeuroinmunoendocrinología. ⁽¹⁵³⁾

Las enfermedades endocrinas más frecuentes en nuestro estudio fueron las metabólicas, seguida de las enfermedades tiroideas, hipofisarias y por último, la afectación gonadal.

La Diabetes Mellitus, en contraste con lo que sucede con la DS del varón donde existen numerosos estudios que abordan la disfunción masculina y la diabetes. Las investigaciones en relación a la DSF y diabetes son escasas. Sin embargo, se conoce que origina disminución del deseo, anorgasmia y dificultad para la lubricación vaginal adecuada durante el acto sexual identificado en mujeres con Diabetes Mellitus tipo 2. Algunos autores sostienen el planteamiento que no existen evidencias que la neuropatía autonómica o periférica sea directamente responsable de este efecto en la mujer con Diabetes. ⁽¹⁵⁴⁾

Varios estudios reportan aumento de problemas sexuales en mujeres diabéticas, y en proporción similar a los varones. ⁽¹⁵⁵⁾ En estudios revisados se encontró, que el síntoma fundamental referido era la lubricación deficiente, considerado este desorden en la mujer equivalente al trastorno eréctil, por afectación de mecanismos similares ocurre daño vascular y autonómico del SNC, así como alteraciones en la producción de óxido nítrico. ⁽¹⁵⁶⁻¹⁵⁸⁾

El sobrepeso corporal y la obesidad ⁽¹²⁸⁻¹²⁹⁾ constituyen un alto riesgo para la salud en general, sin excluir la salud sexual, influyen en la aparición de DS por varias vías, entre ellas, la metabólica, por aumento de la resistencia a la insulina y hiperinsulinismo, que favorecen el daño vascular implicado en la etiología de los trastornos de la respuesta sexual. El sobrepeso corporal y la obesidad son causas frecuentes de disfunción hipotálamo hipófisis gonadal y ocasionan no solo trastornos sexuales (implicando el deseo y excitación) en la mujer, sino también reproductivos.

El síndrome metabólico en general se asocia con frecuencia a la DSF. Esposito y colaboradores ⁽¹⁵⁹⁾ señalaron un grupo de mujeres con síndrome metabólico (200 mujeres) donde aumentó la prevalencia del trastorno de la función sexual comparada con el grupo control y más tarde observaron que la dieta mediterránea mejoraba la función sexual en el grupo que se prescribió. ⁽¹⁶¹⁾

Algunos estudios señalan que el sobrepeso corporal y la obesidad severa influyen en la aparición de DS por insatisfacción con la imagen corporal. Las mujeres sienten que han perdido atractivo sexual y se reporta que después de lograr pérdida de peso, señalan mejorías en la percepción de la imagen corporal; el 80% de ellas se consideran más atractivas sexualmente y el 94 % de sus parejas expresan satisfacción basado en la referencia de mayor cantidad y calidad del orgasmo. ⁽¹⁶¹⁾

En nuestro estudio el 27,6 % de las mujeres no presentaron peso adecuado para su talla y el 67,6 % se clasificó como normopeso y el porcentaje de mujeres con DS fue menor entre ellas. El mayor porcentaje de mujeres con DS se encontró entre las que no tenían peso adecuado para la talla. Prevalció entre las mujeres con sobrepeso, obesas y bajo peso.

Entre las manifestaciones clínicas del hipotiroidismo se describen las afectaciones en la esfera sexual. Existen referencias de trastornos del deseo sexual, relacionado con el grado de descompensación del hipotiroidismo, pueden estar presentes otras formas clínicas de disfunción sexual. ⁽¹⁶²⁾

La hiperprolactinemia funcional o tumoral se menciona también como posible causa de DS, está descrita entre sus manifestaciones clínicas, los trastornos de tipo sexual. Existe mayor relación con las disfunciones del deseo, aunque existen

estudios que reportan compromiso de otras fases de la respuesta sexual en esta enfermedad. Se reporta relación directa entre la hiperprolactinemia y aumento de la SHBG con disminución de los androgenos libres, así como disminución de las gonadotropinas hipofisarias. ⁽¹⁶³⁾

Los resultados indicaron significativa la presencia de DS entre las mujeres que padecían de hipotiroidismo, hiperprolactinemia. Entre ellas hubo un porcentaje mayor de DS, así como las que presentaron síndrome de ovarios poliquísticos o referían manifestaciones clínicas de perimenopausia o menopausia precoz.

En la hiperfunción tiroidea también se describe compromiso de la función sexual por múltiples razones, el exceso de hormona tiroidea propicia un cuadro de ansiedad, tristeza, intranquilidad, astenia, pérdida de peso que contrasta con la hiperquinesia que provoca y conduce con facilidad al agotamiento físico en actividades habituales, disminuyendo el rendimiento físico y calidad de vida con repercusión en la salud sexual relacionada con la depresión y labilidad emocional propia de los hipertiroideos. El exceso de hormonas tiroideas produce aumento de la SHBG y puede conducir a la aparición de un síndrome de déficit androgénico y aparecer un cuadro de DS. ⁽⁶⁸⁾

Las mujeres que refirieron padecer esta enfermedad presentaron mayor porcentaje de DS con asociación significativa desde el punto de vista estadístico.

La anticoncepción hormonal con frecuencia se asocia a la aparición de trastornos de la respuesta sexual. Varios métodos contraceptivos se han relacionado con la DS, en usuarias de estos y se justifica a través de diferentes mecanismos. Entre los más relacionados se encuentran los contraceptivos combinados o los que contienen progestágenos, las píldoras orales, inyectables e implantes. ⁽¹⁶⁴⁾

Algunos de estos contraceptivos tienen efectos antiandrogénicos, por tanto producen una reducción de la síntesis ovárica, de testosterona, además de un incremento de la proteína transportadora de los andrógenos y por consiguiente, disminución de los niveles totales de testosterona actuante.

Estudios recientes han valorado el impacto de los contraceptivos hormonales combinados sobre la función sexual y se ha observado que en mujeres con trastornos sexuales que tomaban contraceptivos hormonales, los valores de la proteína transportadora de andrógenos era cuatro veces mayor que en el grupo de mujeres que no los usaban. Aquellas que descontinuaron su uso los valores a los tres meses y hasta después de los seis meses disminuían pero nunca hasta los valores normales del grupo que no usó el contraceptivo; para algunos autores los trastornos metabólicos y las consecuencias sobre la salud sexual y mental en algunas mujeres pudieran estar en relación con la elevación crónica de la SHBG.

(165)

Existen trabajos que responsabilizan a los contraceptivos hormonales orales combinados y los que contienen progestágenos solamente, con la aparición de trastornos de la función sexual y plantean en relación a los primeros, que la exposición prolongada a estrógenos sintéticos puede perpetuar la elevación de SHBG al inducir un gen que aumenta la expresión del gen SHBG. (166)

Otros estudios analizan el impacto de los contraceptivos hormonales sobre la función sexual e indican que estos no producen desórdenes metabólicos, ni de la función sexual de manera significativa, especialmente en mujeres sin historia previa de algún trastorno en la esfera sexual. (167-170)

Actualmente muchas investigaciones están dirigidas al estudio de la función sexual femenina en la comunidad médica internacional, por tener conciencia que se trata de un problema con elevada prevalencia y con tendencia a ser silenciado, (171-175) por desconocimiento a cómo enfrentar su queja ante la pareja, por sentimientos de pena o vergüenza al hablar de una sexualidad no placentera. Lo anterior resulta preocupante, pero alarmante es el hecho que apenas buscan atención y cuando lo deciden, encuentran profesionales no preparados en el campo sexológico, que no pueden brindar orientación adecuada o recomendar atención especializada.

La comunidad médica en general, debe tener conciencia de la complejidad de la función sexual femenina y su asociación con múltiples factores de riesgo y variables de la salud. El conocimiento y caracterización del problema, permitirá asistencia médica integral para alcanzar una sexualidad placentera que es indicador de calidad de vida.

3. CONCLUSIONES

- La disfunción sexual femenina es un fenómeno altamente prevalente, cerca de la mitad de las mujeres incluidas padecieron alguna de sus variantes.
- Los trastornos del deseo sexual fue la forma clínica más frecuente, con predominio del deseo sexual hipoactivo, seguido de los trastornos del orgasmo y de la excitación sexual y los trastornos dolorosos fueron menos frecuentes, prevaleció la dispareunia sobre el vaginismo.
- Las enfermedades no endocrinas coincidentes con la disfunción sexual en el estudio, fueron la hipertensión arterial, el asma bronquial y las enfermedades alérgicas sin resultar significativa su asociación con la DSF.
- Las enfermedades endocrinas coincidentes con la disfunción sexual femenina fueron las de tipo metabólico, seguido de los trastornos de la función tiroidea, la afectación hipofisaria y por último la afectación gonadal.
- Las mujeres que padecían de diabetes mellitus, hipotiroidismo e hipertiroidismo, hiperprolactinemia, galactorrea, así como las que tenían clínica de perimenopausia y síndrome de ovario poliquístico presentaron mayor afectación de su función sexual.
- Aumentó la incidencia de la disfunción sexual con la edad, y se relacionó con algunos factores de riesgo conocidos, como el peso corporal, presentó una frecuencia mayor entre las mujeres con peso inadecuado para su talla,

sobrepesos, obesas y bajo peso y no se evidenció asociación con el hábito de fumar, consumo de alcohol y café.

- La mayoría de las mujeres con trastornos de la respuesta sexual, asoció esta a determinados eventos: el mas frecuente, problemas de parejas, vida sexual insatisfactoria, determinada en ocasiones por disfunciones eyaculatorias, así como el número de embarazos, partos y abortos.

- Los factores psicosociales se encuentran implicados de forma importante en la aparición y el mantenimiento de las disfunciones sexuales de la mujer; una educación sexual deficiente genera angustia, prejuicios, tabúes, inhibiciones en relación a la sexualidad, así como una autoimagen deteriorada, autoestima baja y temor al desempeño, además conducen o acompañan a la DSF.

4. RECOMENDACIONES

- Brindar atención especializada a las mujeres que se detectaron en el estudio con alteración en la función sexual, o disfunciones sexuales establecidas, en la consulta especializada de nuestra institución.
- Coordinar a través del Grupo Nacional de Disfunción Sexual y los diferentes grupos multidisciplinarios que lo integran la realización de estudios epidemiológicos, que permitan conocer la frecuencia epidemiológica de la DSF en Cuba.
- Avanzar en el estudio y comprensión de la disfunción sexual femenina, para lograr un tratamiento integral de las pacientes en consultas especializadas y por grupos multidisciplinarios, a través de protocolos de actuación y guías de prácticas clínicas.
- Preparar a médicos generales y de especialidades afines en aspectos generales de la función sexual, y en la realización de interrogatorios no intrusivos pero si exhaustivos de toda mujer que acuda en busca de asistencia, para orientar y derivar a la atención especializada de los trastornos de la sexualidad.
- Continuar insistiendo en la importancia de una educación sexual adecuada en todas las etapas de la vida
- Sería de utilidad establecer un nuevo enfoque en cuanto al estudio y tratamiento de la DSF; en relación a las indicaciones farmacológicas, se necesitan estudios dirigidos a la búsqueda de fármacos efectivos para la mujer.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Alfonso Rodríguez AC, Sarduy Sánchez C. Educación sexual comunitaria, apuntes para un marco referente I Parte. *Sexología y Sociedad* 2000; 14: 9-16.
2. Alfonso Rodríguez AC, Sarduy Sánchez C. Algunas consideraciones acerca de la salud mental y sexual de las mujeres desde un enfoque de género. Sección Científica Pre – Lasex de Prensa Latina, 1994.
3. Rubio Aurole E. Introducción al estudio de la sexualidad humana. Antología de la sexualidad humana. México: CONAPO; 1994.
4. Pino E, Sepúlveda Parada E. Disfunción sexual femenina. *Sexología y Sociedad* 2000; 15:10-4.
5. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (FSFI): Multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26: 191- 208.
6. Meston CM. Validation of the female sexual function index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Marital Ther* 2003; 29: 39-46.
7. Vardi Y, Gruenwald I, Sprecher E, Gertman I, Yarnitsky D. Normative values for female genital sensation. *Urology* 2000; 56:1035- 40.
8. Munárriz R, Rodríguez Villalba R, Puigvert.A, Pomerol JM. Tratamiento de la disfunción sexual femenina. *Rev Int de Androl* 2004; 2: 28-36.
9. Wagner G, Saenz de Tejada I. Trastornos erectivos masculinos. *Br Med J* 1998; 316: 672-82.
10. Lue TF. Tratamiento de la disfunción eréctil. *J Med Assoc* 1999; 98: 233-4.

11. Laumann EO, Park A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. JAMA 1999; 281: 537- 44.
12. Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? J Sex Med 2006; 3:589-95.
13. Dun KM, Croft PR., Hackett GI. A study of the prevalence and need for health care in the general population. Fam Pract 1998; 15:519-24.
14. Lau JT, Cheng Y, Wang Q, Yang X. Prevalence and correlates of sexual dysfunction among young adult married women in rural China a population - based study. Int J Impot Res 2005; 15(5):323-8.
15. Elnashar AM, El-Dien Ibrahim M, El-Desoky MM, Ali OM, El-Sayd Mohamed Hassan M. Female sexual dysfunction in lower Egypt. BJOG 2007; 114:201-6.
16. Safarinejad SR. Female sexual dysfunction in a population- based study in Iran: prevalence and associated risk factors. Int J Impot Res 2006; 18:382-95.
17. Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. J Postgrad Med 2009; 55:113-20.
18. Chedraui P, Pérez-López FR, San Miguel G, Ávila C. La valoración de sexualidad entre mujeres de mediana edad. Uso del índice de la función sexual en mujeres. Climacteric 2009; 12:213-21.
19. Shaeer KZ, Osegbe DN, Siddiqui SH, Razzaque A, Glasser DB, Jaguste V. Prevalence of erectile dysfunction and its correlates among men attending primary

care clinics in three countries: Pakistan, Egypt, and Nigeria. *Int J Impot Res* 2003; 15 Suppl 1:S8-14.

20. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB. Sexual problems among women and men aged 40-80: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours. *International Journal of Impotence Research* 2005; 17:39-57.

21. Gidin LR. Errores en medicina y psicología. *Sexología y Sociedad* 2000; 14: 13-6.

22. Lief H. Razones por las que los profesionales de la salud deben recibir educación sexual. En: Green R. *Methodology in Sex Research*. Departamento de Sanidad y servicios Humanos de los EUA. ([ADM]. 80-766

23. Fader R, Pacheco G. Así construimos nuestras vidas. Una investigación sobre sexualidad infantil. San José, Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud; 1994.

24. Chu JA, Frey LM, Ganzel BL. Abuso infantil y memoria. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 749-55.

25. Miranda D. La sexualidad adolescente. Desarrollo psicosexual y aspectos éticos. Primera antología adolescentes y salud. Costa Rica: Caja costarricense de Seguro Social; 1991.

26. Meléndez L. Aprendiendo a crecer juntos: la construcción de la personalidad infantil. San José, Costa Rica. Centro de Educación Alternativa: 1990.

27. Laplanche J, Bertrand P. Diccionario de psicoanálisis 2. Vd. Colombia: Labor; 1994.
28. Masters WH, Johnson VE, Rosert CK. Teoria de Reud sobre el desarrollo sexual. La sexualidad en la niñez y la adolescencia. En: Tratado la Sexualidad Humana. Cuba. Editorial científico- técnica; 1988: 239- 73.
29. Berberich HJ, Neubauer H. Urological dysfunction after sexual abuse and violence. Urology 2004; 43:273-7.
30. Jones JS, Rossman L, Wynn BN, Ostovar H. Assailants' sexual dysfunction during rape: Prevalence and relationship to genital trauma in female victims. J Emerg Med 2009; 19-22.
31. Van de Velde T H. Tratado de sexología. El matrimonio perfecto. [s.l. :s.n.];1926.
32. Rutgers J. Tratado de sexología. Como alcanzar y practicar la vida sexual ideal. [s.l. :s.n.];1937.
33. Bullough Vern L. Ciencias en la alcoba, Una historia de investigación sexual. New York: [s.l. : s.n.];1977
34. Masters W, Johnson V. Human sexual response - Boston, Little Brown; 1966.
35. Kinsey A. La conducta sexual en el hombre y la mujer. Editorial. Siglo XX; 1970.
36. Kaplan H.S. Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy N. York, Brunner/Mazel Publication, 1979.
37. Berman JR, Shuker JM, Goidstein I. Female sexual dysfunction. En: Berman JR. Textbook of erectile dysfunction 2000; 628-36.

38. Min K, O'Connell L, Munárriz R, Huang YH, Choi S, Kim S. Sex steroid hormone modulation of the sexual function in the female rabbit model. Female Sexual Function Forum: Boston 2001.
39. Traish AM, Kim NN, Min K, Munárriz R, Goldstein I. Role of androgens in female genital arousal: Receptor expression, structure and function. Fertil Steril 2002; 62:1387-92.
40. Bachmann G, Bancroft J, Braunstein G, Burger H, Davis S, Dennerstein L. Female androgen insufficiency: The Princeton consensus statement on definition, classification and assessment. Fertil Steril 2002; 77: 660- 5.
41. Keefe D. Female sexual dysfunction: hormonal management. New perspectives and management female sexual dysfunction – Boston. Mass: Little, Brown; 1999.
42. Natoin B, McClusky NJ, Leranath CZ. The cellular effects of the estrogens on neuroendocrine tissues. J Steroid Biochem, 1998; 30:195-207.
43. Sarrel PM. Effects of hormone replacement therapy on sexual psychophysiology and behaviour in postmenopause. J Women Health Gend Based Med 2000; 9 (suppl1): 525-32.
44. Goldstein I, Traish A. The role of sexual steroid hormone in female sexual function and dysfunction. Clin Obstet and Gynecol 2002; 49:471- 84
45. Berman JR, Adhikari SP, Goldstein I. Anatomy and physiology of female sexual function and dysfunction. Eur Urol. 2001; 8: 225-34.
46. Berman JR, Berman LA, Werbin TJ, Leahy NM, Goldstein I. Clinical evaluation of female sexual function: Effect of age and estrogen status on subjective and physiologic sexual responses. Int J Impot Res 1999; 11:31-8.

47. Heinman JR. Psychophysiological models of female sexual response – Int J Impot Res Suppl 1998; 10: 394.
48. Burnett AL, Calvin DC, Silver RI. Immunohistochemical description of NO synthase isoforms in human clitoris – J Urol 1997; 158: 75-8.
49. Wadskier LA. Disfunción sexual femenina. Estudios neurológicos y vasculares. Australia: International Society of Impotence Research; 2000.
50. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. J Urol. 2000; 163: 888-93.
51. Munarriz R, Berman J, Goldstein I. Female sexual dysfunction: new frontiers in diagnostic and therapy. Contem. Urol. 2000; 2:55-60.
52. Aponte R. Nuevos enfoques terapéuticos de las disfunciones sexuales. San José de Costa Rica; Sociedad Médica de Costa Rica, 2000.
53. Vroege JA, Gijls L, Hengeveld MW. Classification of sexual dysfunctions: towards DSM-V and ICD-11. Compr Psychiatry. 1998; 39: 333- 337.
54. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. Geneva: The Organization; 1992.
55. Tomás R, Tárraga López PJ, Álvarez MC, Cerdán Oliver M, Celada Rodríguez A, Solera Albero J. Prevalencia de las Disfunciones sexuales en una consulta de la Atención Primaria. Ciudad de Albacete. España. Febrero 2007.
56. Masters W H, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston, Mass: Little, Brown; 1970.

57. Cañones PJ, Aizpiri J, Barbado JA, Fernández F, Goncalves F, Rodriguez JJ et al. Disfunciones sexuales de origen no orgánico. Rev Esp Med Gen 2002; 49: 916-22.
58. Gonzáles M. Menopausia y disfunción sexual. Asociación Colombiana de Menopausia 2004; Disponible en:
<http://www.encolombina.com/medicina/menopausia/meno10104-Menopausia.htm>
59. Palacios S, Tobar AC, Menéndez C. Sexuality in the climacteric years. Maturitas 2002; 43(Suppl 1): 69-77.
60. Van Anders S, Chernick A, Chernick B, Hampson E, Fischer W. Preliminary clinical experience with androgen administration for pre and postmenopausal women with hypoactive sexual desire. J Sex Marital Ther 2005; 31: 173-85.
61. Laan E, Van Lunsen RH. The effects of tibolone on vaginal blood flow, sexual desire and arousability in postmenopausal women. Climacteric 2001; 28-41.
62. Avellanet YR, Ortiz AP, Pando JR, Romaguera J. Dyspareunia in puerto rican middle-aged women. Menopause 2009; 16:742.
63. Nathorst-Boos J, Floater A, Jarkander- Rolff M, Caristrom K, Schoultz B. Treatment whit percutaneous testosterone gel in postmenopausal women with decreased libido-effects on sexuality and psychological general well-being. Maturitas 2006; 53: 11-8.
64. Gregersen N, Jensen PT, Giraldi AE. Sexual dysfunction in the peri- and postmenopause. Status of incidence, pharmacological treatment and possible risks. A secondary publication. Dan Med Bull. 2006; 53(3):349-53.

65. Woranitat W, Taneepanichskul S. Sexual function during the postpartum period. *J Med Assoc Thai.* 2007 Sep;90(9):1744-8.
66. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009; 145(2):133-7.
67. Colectivo de autores. Enciclopedia médica: Información general sobre la disfunción sexual. disponible: [http // www. Nim. nih gov/medline plus/ spanish/ency/article/ 00195.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/00195.htm)
68. Bertolini MV. Andrógeno y sexualidad femenina. *Rev. de la sociedad Argentina de Sexualidad Humana* 2003; 17: 31-48.
69. Yin A, Swerdloff R. Treating hypogonadism in younger males. *Expert Opin Pharmacother.* 2010; 11:1529-40.
70. Melo KF, Mendonca BB, Billerbeck AE, Costa EM, Inácio M, Silva FA et al. Clinical, hormonal, behavioral, and genetic characteristics of androgen insensitivity syndrome in a Brazilian cohort: five novel mutations in the androgen receptor gene. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88:3241-50.
71. Perdiz Álvarez C, Sueiro Domínguez E. Disfunciones sexuales. Protocolo de Obstetricia y Ginecología. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1995; 74: 217-22.
72. Müller J. Hypogonadism y los desórdenes metabólicos endocrinos en síndrome de Prader-Willi. *Acta Paediatr Suppl* 1997 423:58-9.
73. Ellenberg M. Sexual aspects of the female diabetic. *Mt Sinai J Med* 1977; 44: 495-500.
74. Newman SA, Bertelson AD. Sexual dysfunction in diabetic women. *J. Behav. Med* 1986; 9: 261-70.

75. Lozada F, Lezama Y, Arias F, Chacin LF, Contreras F, Celis S et al. Función sexual de las mujeres con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Venezuela* 2001; 24: 140-4.
76. Slob A, Koster J, Radder J. Sexuality and functioning in women with diabetes mellitus. *J Sex Marital Ther* 1990; 16: 59-9.
77. Wincze J. Sexual arousal in diabetes female: physiological and self report measure S. *Arch Sexual Behav* 1993; 6: 20-35.
78. Basson R.J. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. *Sex Marital Ther* 2001; 27:395-403.
79. Palacios S. Androgens and female sexual function. *Maturitas* 2007; 57: 61-5.
80. Turna B, Apaydin E, Semerci B, Altay B, Cikili N, Nazli O. Women with low libido: correlation of decreased androgen levels with female sexual function index. *Int J Impot Res* 2005; 17: 148-53.
81. Monteiro WO, Norshirvan HF, Marks IM. Anorgasmia from cloripramine in obsessive compulsive disorder: a controlled trial, *Br J Psychiatry* 1987; 151: 107-12.
82. Baldwin D. Psychotropic drugs and sexual dysfunction. *Int Ser Psychiatry* 1995; 7: 261-73.
83. Hsu JH, Shen W. Male sexual side effects associated with antidepressants a descriptive study of 32 patients. *Int J Psychiatry Med* 1995; 25: 191-201.
84. Fabre L. Sctraline safety and efficacy in major depression: a double blind fixed – comparison with placebo. *Biol Psych* 1995; 38:592-602.

85. Medical Economics Data. Paroxetina. N Jersey Physicians Desk Reference; Montrale. 1995: 2390- 5.
86. Cunnigham L. A comparison of senlafaxina, Trazodone and placebo in mayor depression. Clin Psychol 1994; 14: 99-106.
87. Steel JL, Herlitz CA. Risk of sexual dysfunction in randomly selected nonclinical sample of the swedisht population. Obstet Gynecol 2007;109:663-8.
88. Lutfey KE, Link CI, Litman HJ, Rosen RC, Mckinlay JB. An examination of the association of abuse physical, sexual or emotional and female sexual dysfunction results from the Boston Area of Community Health Survey. Fertil Steril 2008; 90: 957-64.
89. Robert M, Rose S, Edwuard S. Psicoendocrinología. En: Tratado de endocrinologia 5 ed. Barcelona: Salvat; 1984: 693-723.
90. Graziottin A. Libido: the biologic scenario. Maturitas 2000; 34 (suppl 1): 9-16.
91. Pfaus JG. Pathways of sexual desire. J Sex Med 2009; 6:1506-33.
92. Hung L Lamos S. Prolactina y Reproducción. En: Endocrinología en Ginecología Tomol. Cuba. Ed Ciencias Medicas, 2006: 100-64.
93. Roger D, Malcolm J, Joel K, Judy L. Neuroendocrinología. En: Williams R H. Tratado de endocrinología. Barcelona: Salvat; 2000: 91-173.
94. Daniel D. El paciente endocrinológico. Consideraciones generales. En: Williams R H. Tratado de endocrinología. Barcelona: Salvat; 2003:13-19.
95. Mitchell A. Mecanismos de acción de las hormonas que actúan sobre los receptores nucleares. En: Williams RH. Tratado de Endocrinología. Barcelona: Salvat; 2003; 41-49.

96. Allen S, Christin C, Simeon I. Mecanismos de acción de las hormonas que actúan sobre la superficie celular. En: Williams RH. Tratado de endocrinología. Barcelona. Salvat; 2008; 51-66.
97. Callejos Olmos J, Coroleu Lletget. Fallo Ovárico Prematuro. Buenos Aire; Madrid: Médica Panamericana. 2007: 135-141.
98. Senkumwong N, Chaovisitsaree S, Rugpao S, Chandrawongse W, Yanunto S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. J Med Assoc Thai 2006; 89 Suppl 4: 124-9.
99. Witting K, Santtila P, Alanko K, Harlaar N, Jern P, Johansson A, Von Der Pahlen B, Varjonen M, Algars M, Sandhabba NK Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. J Sex Marital Ther. 2008; 34: 89-106
100. Masters WH, Jhonson VE, Rosert CK. Perspectivas biológicas. Anatomía sexual. En: Tratado la Sexualidad Humana. Cuba. Editorial científico- técnica; 1988: 61- 88.
101. Allsworth JE, Clarke J, Peipert JF, Hebert MR, Cooper A, Boardman LA The influence of stress on the menstrual cycle among newly incarcerated women. Womens Health Issues. 2007; 17(4):202-9
102. Redelman M. A General look at female orgasm and anorgasmia. Sex Health 2006; 3: 143-53.
103. Blümel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sanches F, Gramegma G. Prevalence of sexual dysfunction in climateric women. Influence of menopause and hormone replace therapy. Rev Med Chil 2002; 130: 1131-38.
104. Meston CM. Aging and sexuality. West J Med 1997; 167: 285-90.

105. Gregersen N, Hilmand CB, Jensen PT, Giraldi AG. Sexual dysfunction in the menopause. Incidence, pharmacological treatment and side effects. *Ugeskr Laeger* 2006; 168: 559-63.
106. Stulhofer A, Gregurovic M, Pikic A, Galic I. Sexual problems of urban women in Croatia: prevalence and correlates in a community sample. *Croat Med J* 2005; 46: 45-51
107. Corona G, Petrone L, Mannucci E, Magini A, Lotti F, Ricca V et al. Assessment of the relational factor in male patients consulting for sexual dysfunction: the concept of couple sexual dysfunction. *J Androl* 2006; 27: 795-801.
108. Heiman JR, Talley DR, Bailen JL, Oskin TA, Rosenberg SJ, Pace CR et al. Sexual function and satisfaction in heterosexual couples when men are administered sildenafil citrate for erectile dysfunction: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *BJOG*. 2007;114(4):437-47
109. Bechara A. Desde la disfunción sexual masculina hacia las nuevas perspectivas en disfunción sexual femenina. En: Bechara A, Casabé A, Fredotovich N. Nuevas perspectivas en el diagnóstico y tratamiento de la Disfunción sexual. 2000; Hospital Carlos G. Durand.
110. Amano T, Takemae K, Sakai H, Sugase M, Kondond K. Analysis of mailed questionnaire for female sexual dysfunction after intrapelvic sugery, *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi* 2005; 96: 453-61.
111. Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Coronado Romero D, Fernández Camacho F, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ et al. Habilidades en salud

mental paramédicos generales. Sociedad española de Medicina General, 2. ed. Madrid: 1966; 357-70.

112. Serfaty E. Depresión y sexualidad. I Congreso Virtual de Psiquiatría. 1-15 febrero del 2000 Disponible en <http://www.psiquiatria.com/congreso/Mesa/Conferencia/> //

113. Otero A, Ballús C. Trastornos psicosexuales. En: Farreras Valentí P, Rozman C. Medicina interna, 13. ed, Madrid: Mosby-Doyma; 1995; 588-9.

114. Sarfati Y. Trastornos sexuales y psiquiatría. En: Praxis médica: clínica y terapéutica. Madrid: Praxis Médica; 2000.

115. Costa RM, Brody S. Vaginal orgasm is associated with less use immature psychological defense mechanisms. J Sex Med 2009; 6: 135-141.

116. Romi R. La educación de la sexualidad como atención primaria de salud, monografía inédita. concurso de monografía de CRESALAC. Bogotá. 1984.

117. Masters W H, Johnson VE, Rosert CK. Perspectivas históricas sobre la sexualidad humana. En: La sexualidad Humana. Cuba. Editorial Científico Técnica; 1988:20-25.

118. Saso L. Effects of drug abuse on sexual response. Ann Ist Super Sanita 2002; 38: 289-96.

119. Athanasion S, Tauris .Encuesta 1970. En: Masters W H, Johnson VE, Rosert CK. Panorama de la investigación sexológica Tratado la Sexualidad Humana. Cuba. Editorial científico- técnica; 1988: 40-57.

120. Balodis IM, Potenza MN, Olmstead MC. Binge drinking in undergraduates: relationships with sex, drinking behaviors, impulsivity, and the perceived effects of alcohol. *Behav Pharmacol* 2009; 20:518-26.
121. Liang Chen, Shuang Wang, Cheongeun Oh, Nicholas J Carriero, Hongyu Zhao. Todo el genoma de estudios de asociación sobre el alcoholismo que comparaban diferentes fenotipos de un solo uso de polimorfismos de nucleótido y de microsatélites. *BMC Genetics*, 2005; 6(Suppl 1): 130
122. Costa RM, Brody S. Immature defense mechanisms are associated with lesser vaginal orgasm consistency and greater alcohol consumption before sex. *J Sex Med* 2009; 6: 142-8.
123. Clayton AH, Pradko JF, Croft HA, Montano CB, Leadbetter RA, Bolden-Watson C et al. Prevalence of sexual dysfunction among newer antidepressants . *J Clin Psychiatry* 2002; 63:357-66.
124. Ahrold TK, Meston CM. Effects of SNS activation on SSRI-induced sexual side effects differ by SSRI. *J Sex Marital Ther* 2009; 35(4):311- 9.
125. Kennedy SH, Rizvi S, Fulton K. A double-blind comparison of sexual functioning, antidepressant efficacy, and tolerability between agomelatine and venlafaxine XR. *J Clin Psychopharmacol* 2008; 28:329-33.
126. Clayton AH, Kornstein SG, Rosas G, Guico-Pabia C, Tourian KA. An integrated analysis of the safety and tolerability of desvenlafaxine compared with placebo in the treatment of major depressive disorder. *CNS Spectr* 2009;14:183-95.

127. Weiss RJ. Effects of antihypertensive agents on sexual function. *Am Fam Physician* 1999; 44:2075-82.
128. Smith PJ, Talbert RL. Sexual dysfunction with antihypertensive and antipsychotic agents. *Clin Pharm* 1986; 5:373-84.
129. Elenitza IM. Endocrinologic adverse effects of psychotropic drugs. *Vertex* 2005; 16:43-8.
130. Palha AP, Esteves M .Drugs of abuse and sexual functioning. *Psychosom Med.* 2008; 29:131-49.
131. Allahdadi KJ, Tostes RC, Webb RC. Female sexual dysfunction: therapeutic options and experimental challenges. *Cardiovasc Hematol Agents Med Chem* 2009; 7:260-9.
132. Pope HG, Katz DL. Affective and psychotic symptoms associated with anabolic steroid use. *Am J Psychiatry* 145(4):487–490, 1988.
133. Medicamentos que atentan contra la plenitud sexual disponible. En <http://www.ligasmayores.bcn.cl/content/view/260796/Medicamentos-que-atentan-contra-la-plenitud-sexual.html>. 23-01-2010
134. Sun C Lays Broner S, Silberstein S, Tepper S, Newman L. Reversible anorgasmia with topiramate therapy for headache: a report of 7 patients. *Headache* 2006; 46:1450-3.
135. Okeahialam BN, Obeka NC. Trastorno sexual in hipertensives female. *J Natl Med Assoc* 2006; 98:638-40.
136. Giachini FR, Webb RC, Tostes RC. STIM and Orai proteins: players in sexual differences in hypertension-associated vascular dysfunction. *Clin Sci*; 118:391-6.

137. Doumas M, Tsiokras S, Tsakiris A. Female sexual dysfunction in essential hypertension: a common problem being uncovered. *J Hypertens* 2006; 24:2387-92.
138. Steinke EE. Sexual dysfunction in women with cardiovascular disease: What do we know? *J Cardiovasc Nurs* 2010; 570-3.
139. Agatista PK, Ness RB, Roberts JM. Impairment of endothelial function in women with a history of preeclampsia: an indicator of cardiovascular risk. *Am J Physiol Heart Circ Physiol* 2004; 286: 1389–93.
140. Lampinen KH, Ronnback M, Kaaja RJ. Impaired vascular dilation in women with a history of preeclampsia. *J Hypertens* 2006; 24:751-56.
141. Dahlgren E, Janson PO, Johansson S. Polycysticovary syndrome and risk for myocardial infarction. Evaluated from a risk factor model based on a prospective population study of women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992; 71:559-604.
142. Mather KJ, Kwan F, Corenblum B: Hyperinsulinemia in polycystic ovary syndrome correlates with increased cardiovascular risk independent of obesity. *Fertil Steril* 2000; 73: 150-6.
143. Lobo RA. Surgical menopause and cardiovascular risks. *Menopause* 2007; 14:562-6.
144. Rosenberg L, Hennekens CH, Rosner B. Early menopause and the risk of myocardial infarction. *J Obstet Gynecol* 1981; 139:47-51.
145. Atsma F, Bartelink ML, Grobee DE. Postmenopausal status and early menopause as independent risk factors for cardiovascular disease: a meta-analysis. *Menopause* 2006; 13:265-79.

146. Bailey LA, Hofftmann MD. Female sexual dysfunction: A nontraditional risk factor for cardiovascular disease. *Current Sexual Health Care Reports* 2008; 5:208-12.
147. Goldstein I, Berman JR: Vasculogenic female sexual dysfunction: vaginal engorgement and clitoral erectile insufficiency syndromes. *Int J Impot Res* 1998; 10 (Suppl 2): 84–90.
148. Park K, Goldstein I, Andry C. Vasculogenic female sexual dysfunction: the hemodynamic basis for vaginal engorgement insufficiency and clitoral erectile insufficiency. *Int J Impot Res* 1997; 9:27–37.
149. Demirkiran M, Sarica Y, Uguz S, Yerdelen D, Aslan K. Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: are there any differences? *Mult Scler* 2006; 12: 209-14.
150. Borello-France D, Leng W, O'Leary M, Xavier M, Erickson J, Chancellor MB et al. Bladder and sexual function among women with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2004; 10:455-61.
151. Valleroy ML, Kraft GH. Sexual dysfunction in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 1984; 65:125-8.
152. Zorzon M, Zivadinov R, Bosco A, Bragadin LM, Moretti R, Bonfigli L et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a case-control study. I. Frequency and comparison of groups. *Mult Scler* 1999; 5:418-27.

153. Arce Bustabab S. Psiconeuroendocrinoinmunología. En. Inmunología Clínica y Stress. En busca de la conexión perdida entre el alma y el cuerpo. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2007.
154. Abu Ali RM, Al Hajeri RM, Khader YS, Shegem NS, Ajlouni KM. Sexual dysfunction in jordanian diabetic women. *Diabetes Care*. 2008; 31:1580-1.
155. Enzlin P, Rosen R, Wiegel M, Brown J, Wessells H, Gatcomb P, Rutledge B et al. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: long-term diabeticas findings from the DCCT/ EDIC study cohort. *Diabetes Care*. 2009; 32: 780-5.
156. Wimalawansa SJ. Nitric oxide: new evidence for novel therapeutic indications. *Expert Opin Pharmacother*. 2008; 9:1935-54.
157. Steinke EE, Mosack V, Wright DW, Chung ML, Moser DK Risk factors as predictors of sexual activity in heart failure. *Dimens Crit Care Nurs*. 2009; 28(3):123-9.
158. Ogbera AO, Chinenye S, Akinlade A, Eregie A, Awobusuyi J. Frequency and correlates of sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *J Sex Med* 2009; 6:3401-6.
159. Esposito K, Ciotola M, Marfella R. Sexual dysfunction in women with the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2005; 28:756.
160. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, et al: Mediterranean diet improves sexual function in women with the metabolic syndrome. *Int J Impot Res* 2007; 19:486-91.

161. Camps MA, Zervos E, Goodes S, Rosemurgy AS. Impact of Bariatric Surgery on Body Image perception and sexuality in Morbidly obese patients and their partners. *Obes Surg* 1996; 6(4): 356- 360.
162. West SL, Vinikoor LC, Zolnoun D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annu Rev Sex Res* 2004; 5: 40-172.
163. Kadioglu P, Yalin AS, Tiryakioglu O, Gazioglu N, Oral G, Sanli O, Onem K, Kadioglu A. Sexual dysfunction in women with hyperprolactinemia: a pilot study report. *J Urol* 2006; 176:841-2.
164. Real Cancio RM, Santana Pérez F, Gómez Alzugaray M. Efectos sobre el metabolismo de lípidos y carbohidratos del implante subdérmico Norplant a los tres años de uso (Tesis de Especialidad) Instituto Nacional de Endocrinología; 1999:26.
165. Warnock JK, Clayton A, Croft H, Segraves R, Biggs FC. Comparison of androgens in women with hypoactive sexual desire disorder: those on combined oral contraceptives (COCs) vs. those not on COCs. *J Sex Med* 2006; 3: 878-82.
166. Panzer C, Wise S, Fantini G, Kang D, Munarriz R, Guay UN, Goldstein I. Impact of oral contraceptives on sex hormone-binding globulin and androgen levels: a retrospective study in women with sexual dysfunction. *J Sex Med* 2006; 3: 567- 70.

167. Wallwiener CW, Wallwiener LM, Seeger H, Mück AO, Bitzer J, Wallwiener M. Prevalence of Sexual Dysfunction and Impact of contraception in Female German Medical Students. *J Sex Med.*2010; 4: 24-8.
168. Santana Pérez F, Gómez Alzugaray, Real Cancio RM. Efecto del implante Norplant sobre el metabolismo de los carbohidratos durante 5 años de uso. *Rev. Cubana Endocrinol* 2000; 11:168-7.
169. Santana Pérez F, Gómez Alzugaray M, Real Cancio RM. Efecto del implante Norplant sobre el metabolismo de los lípidos. *Rev. Cubana Endocrinol* 2000; 11:41- 50.
170. Gómez Alzugaray M, Real Cancio RM. Lípidos y anticoncepción hormonal. Primer Consenso Nacional de Dislipoproteinemias. En: Manual de prácticas médicas del Hospital Hermanos Ameijeiras, Ciudad de La Habana: 2006.
171. Basson R, Athof S, David S, Fulgl-Meyer K, Goldstein I, Leiblun S et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunction in women. *J Sexual Med* 2004; 24-34.
172. Lutfey KE, Link CL, Rosen RC, Wiegel M, McKinlay JB. Prevalence and correlates of sexual activity and function in women: results from the Boston Area Community Health Survey. *Arch Sex Behav* 2009; 38:514-27.
173. Witting K, Santtila P, Jern P, Varjonen M, Wager I, Haglund M et al. Evaluation of the female sexual function index in a population based sample from Finland. *Arch Sex Behav* 2008; 37:912-24.

174. White GD. Reliable and valid self report outcome measures in sexual function: A Systematic Review. Arch Sex Behav 2002; 31:197-209.
175. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in woman. J sex Med 2004; 1: 66-8.
176. Lobitz WC, Lobitz GK. Resolving the sexual intimacy paradox: a developmental model for the treatment of sexual desire disorders J Sex Marital Ther 1996; 22:71-84.
177. Wong J, Seeman MV. Prolactin, menstrual irregularities, quality of life. Schizophr Res. 2007; 91(1-3):270- 1.
178. Aversa A, Pili M, Francomano D, Bruzziches R, Spera E, La Pera G, Spera G. Effects of vardenafil administration on intravaginal ejaculatory latency time in men with lifelong premature ejaculation. J Impot Res 2009; 21: 221-7.
179. Valadares ARL, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Sousa MH, Costa Paiva L, Condell doi DM. Prevalence of sexual dysfunction and its associated factor in women aged 40-65 years with 11 years or more of formal education: a population-based household survey. Clinics. 2008; 63:775-82.
180. Enzlin P, Rosen R, Wiegel M, Brown J, Wesells H, Gatcoms P et al. Sexual dysfunction in Women with Type 1 Diabetes. Disponible en: <http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/full/dc08-1164/DC1>.

181. Azadzo KM, Siroky MB. Neurologic Factors in Female Sexual Function and Dysfunction. Disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>.
182. Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalence of sexual dysfunctions in Women: results of survey study of 329 women in outpatient gynecological clinic. *J Sex Marital Ther.* 1993; 19:171-188.
183. Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *J Public Health* 1997; 19:387-91.
184. Berman J, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology evaluation and treatment options. *Urology* 1999; 54: 385-91.
185. Spector I, Carey M. Incidence and prevalence of the sexual dysfunction: a critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav* 1990; 19:389- 408.

Anexo 1. Producción Científica relacionada con el tema de la tesis.

Especialista de 2^{do} grado en Endocrinología. Miembro del Grupo Nacional de Sexualidad.

- Curso de ENDOCRINOPATIAS DE LA MUJER. Tema. Endocrinología de la Disfunción Sexual de la Mujer. 12- 15 de Julio 2006.
- Taller Nacional de obesidad. Simposio. Profesora. Tema. Acercamiento a las consecuencias sobre la sexualidad femenina en la Obesidad. Octubre 2006.
- Curso de Actualización en endocrinología. Dirigido a personal de enfermería. Profesora. Tema. Procederes Diagnósticos en la exploración de la función sexual femenina. Hospital Hermanos Ameijeiras. 2007
- Curso- Taller de Reproducción Humana. Profesora. Tema: Disfunción Sexual femenina. Hospital CIMEQ. Noviembre 2008.
- Curso- taller Atención a la pareja Infértil. La Habana. Cuba Febrero 2008.
- Repercusión de la infertilidad en la salud sexual.
- Curso Actualización en Disfunciones sexuales Femenina. Enero 2008.
- Tema. Epidemiología de las Disfunciones sexuales de la mujer.
- Conferencias en el Taller Nacional de Reproducción. CIMEQ noviembre del 2008. Disfunción Sexual de la Mujer.
- Simposio de Erótica y Sexualidad. Estado actual de la Disfunción Sexual en un área de salud. Profesora. Hemiciclo del Museo de Bellas Artes. Evento Auspiciado por El Centro Nacional de Educación Sexual. Noviembre del 2009.

- Mesa Redonda. Coordinadora y conferencista. Erótica y Disfunciones Sexuales Femenina. Mayo 2009
 - Tema. Mitos y Realidades en Disfunción sexual femenina.
 - Tema. Prevalencia de la Disfunción sexual de la mujer.
- Curso de Endocrinología de la Reproducción. Profesora.
- Tema. Hormonas de la reproducción. Su influencia en la conducta sexual Reproductiva. Centro de Atención al Diabético. INEN. Mayo 2009.
- Conferencia. 5to Congreso Cubano de Educación y orientación y Terapia Sexual. Comportamiento Clínico y Epidemiológico de la Disfunción sexual femenina. Enero 2010
- Ponente. Simposio. Investigaciones Clínicas y Epidemiológicas. Estado actual en Disfunción sexual Femenina. 5to Congreso Cubano de Educación y orientación y Terapia Sexual. Enero del 2010.
- Curso Experiencia de la Asistencia Protocolizada en Endocrinología. Profesora. Tema. Protocolo de Actuación en disfunción Sexual femenina. Abril del 2010.

Eventos relacionados con el tema.

- III Encuentro Iberoamericano de Andrología. Andro 2006. Palacio de las Convenciones Habana Cuba. Diciembre 2006. La Habana Cuba. Miembro de Comité Organizador y Científico del evento, Delegado, Presidente de sección de temas libres y Póster. Ponente. Rol de los andrógenos en la función sexual

- V Congreso Cubano de Educación y Orientación Sexual. Enero de 2008
Palacio de las Convenciones. Habana Cuba. Ponente
- II Taller Nacional de Atención a la Pareja Infértil. Febrero del 2008
- Forum ruso- Cubano de Andrología. Cuestiones Estratégicas de la Salud Reproductiva y Sexual.
- Taller Nacional de Reproducción Hospital CIMEQ. 24-27 Noviembre 2008.
- Taller de la Sociedad Cubana de Reproducción 8 de febrero 2008. Ciudad de la Habana. Plaza. Casa del Jurista.
- Ciclo de Conferencias contra la violencia Femenina Museo de Bellas Artes de Cuba. Salón de Reuniones del Hemiciclo. 10 diciembre del 2008.
- 9^{no} Taller General de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida. 23-26 abril 2009. Cancún- México.
- 1er Congreso Internacional de Reproducción Asistida y salud Sexual de la mujer. Mayo 2009. Palacio de las Convenciones Cuba. Comité científico y comité organizador.
- 5to congreso cubano de Educación y orientación y terapia Sexual. Enero 2010. Palacio de las Convenciones Cuba.
- II Congreso Mundial de Sexología Médica. Octubre 2011. Chile

Participación en trabajos de tesis:

- Tutor de T.T.R: “Estudio clínico y epidemiológico de la Disfunción Sexual Femenina en la atención primaria.

- Tutor de T. T. R: Comportamiento Clínico y bioquímico de la función sexual en un grupo de mujeres con enfermedades endocrinas.
- Tutor de TTR. Comportamiento clínico y bioquímico de la función sexual en mujeres con Diabetes Mellitus.

Investigaciones.

- Estudio epidemiológico y caracterización clínica de la Disfunción sexual de la mujer en una área de salud de la atención Primaria.
- Estudio epidemiológico de la disfunción sexual femenina, asociación con otras enfermedades y factores de riesgo.
- Comportamiento Clínico, Bioquímico y Hormonal de un grupo de mujeres con Disfunción sexual femenina.
- Comportamiento de la Función sexual en mujeres con Enfermedades endocrinas
- Características clínicas y aspectos psicológicos de las pacientes con vaginismo.

Publicaciones.

- Determinaciones Hormonales en Disfunción sexual Femenina. Manual de prácticas Médicas del Hospital Hermanos Ameijeiras (ISBN #978-959-212-283-3) Reconocido por el centro Nacional de derecho de autor (CENDA) bajo el registro 2938-2006 en la categoría de libro.

- Disfunción Sexual Femenina. Manual de prácticas Médicas del Hospital Hermanos Ameijeiras (ISBN #978-959-212-283-3) Reconocido por el centro Nacional de derecho de autor (CENDA) bajo el registro 2938-2006 en la categoría de libro.
- Grupo Multidisciplinario en Disfunción Sexual Femenina. Manual de prácticas Médicas del Hospital Hermanos Ameijeiras (ISBN #978-959-212-283-3)
- Disfunción sexual en la mujer Diabética. Revista Cubana de Endocrinología Marzo del 2000; volumen II: 27.
- Características clínicas y aspectos psicológicos de las pacientes con vaginismo. Revista cubana de Salud Pública .Mayo 2003 ; volumen 29:57
- Colectivo de autores. Primer Consenso Nacional de Dislipoproteinemias. "Contracepción hormonal y Lípidos".
- Efecto del implante Norplant sobre el metabolismo de los carbohidratos durante 5 años de uso. Revista Cubana de Endocrinología. volumen11 (3):168-7,2000.
- Efecto del implante Norplant sobre el metabolismo de los lípidos. Revista Cubana de obstetricia y ginecología.27 (3):177-83,2001.
- Sistema de implantes: Norplant: Revista cubana de Endocrinología. Vol. 11 (No 1:41-50, 2000.

Anexo 2

Consentimiento Informado para un Grupo de mujeres:

Hospital Hermanos Ameijeiras

Acta de Consentimiento Informado.

Damos lectura a las bases del consentimiento informado para participar en la investigación, luego de haber realizado una amplia explicación de los objetivos y beneficios que representan para la sexualidad femenina realizar esta investigación.

Esta información fue transmitida verbalmente a las mujeres seleccionadas para formar parte de la investigación, garantizando confidencialidad en caso que la mujer acepte la realización de la entrevista y la recogida de datos a través de la guía confeccionada para tales efectos. Se les explico a las mujeres que la identificación era opcional para todas y las que necesitaban algún tipo de información o atención del personal especializado en el tema podían dar sus datos de identificación para ser atendida en la consulta especializada de la institución.

La Dra. Rosa María Real especialista de endocrinología y responsable de Grupo Multidisciplinario, lleva la atención de los trastornos sexuales de la mujer en el Hospital Hermanos Ameijeiras ofreció la siguiente información.

La importancia del conocimiento del comportamiento epidemiológico de la Disfunción Sexual en nuestro país, la determinación del por ciento de mujeres afectadas.

De las formas de presentación y su prevalencia.

La importancia de realizar esta investigación en nuestro medio teniendo en cuenta nuestras propias condiciones y factores relacionados, sin necesidad de inferir a partir de estudios realizados en otros medios sociales.

Así como la importancia de conocer los factores que pudieran estar relacionados con este problema de salud, la asociación con otras enfermedades y el uso de medicamentos, drogas, hábitos tóxicos.

Explico la importancia de la realización de estudios que reflejen el comportamiento sexual y las alteraciones que se derivan, en mujeres sanas y con muestras de tamaño considerable que permitan obtener resultados más representativos de lo que ocurre en la población.

Objetivos de la investigación.

Conocer la frecuencia de la disfunción sexual femenina (DSF), sus características clínicas y su asociación con otras enfermedades y con algunos factores de riesgo conocidos como el peso corporal, el consumo de medicamentos y hábitos tóxicos.

Beneficios esperados:

Se explico que esta investigación después de entrevistar un número determinado de mujeres y procesar los datos obtenidos a través de la encuestas aplicadas, se pueden obtener resultados en cuanto al conocimiento del comportamiento de los trastorno de la respuesta sexual en la mujer, poco estudiados en la actualidad. De esta manera podemos llegar a tener consenso en cuanto al manejo de este tipo de trastorno y la importancia de la intervención multidisciplinaria en este problema de salud que tiene una alta incidencia,

mayor que los trastornos de la respuesta sexual encontrados en el hombre, el cual ha sido más ampliamente estudiado.

Detectar el problema de salud y brindar la posibilidad de ser atendido por un grupo multidisciplinario especializado en la atención de los trastornos de la sexualidad, en una institución del nivel terciario de salud.

Riesgos e Inconvenientes:

Explicamos que no existen **Riesgos** al participar de este tipo de investigación.

Inconvenientes los relacionados con la implicación que tiene para algunas mujeres el hablar de la sexualidad de la intimidad de sus parejas.

Se debe ser muy cuidadoso en la aplicación de la entrevista y el personal debe estar preparado adecuadamente para transmitir seguridad, confiabilidad a las mujeres y no hacer de algún elemento planteado un problema, tener en cuenta la importancia del respeto a la individualidad de las parejas en cuanto a la relación sexual.

Compensaciones:

No existe costo alguno en cuanto a la participación en una investigación realizada por un centro de atención terciaria de nuestro sistema de salud que garantizara atención especializada a aquellas mujeres que presenten algún tipo de trastornos y la realización de todas las pruebas necesarias para el diagnóstico y manejo del problema.

Derechos:

Informamos que tienen todo el derecho a recibir cualquier tipo de información y la atención especializada del equipo de salud en caso necesario.

Confidencialidad.

Los datos obtenidos a través de la entrevista, son de estricta confidencialidad y solo para el uso de los médicos implicados en la investigación del equipo multidisciplinario.

Voluntariedad.

Después de haber escuchado y analizado la información expresada, se recogió la disposición y voluntariedad de las mujeres a participar en el estudio así como la conformidad de forma verbal.

Anexo 3
GUIA DE PREGUNTAS
ENTREVISTA
DISFUNCION SEXUAL FEMENINA.

Nombre y Apellidos (***opcional***) _____

Dirección (***opcional***) _____

Ocupación _____ Teléfono (***opcional***) _____

Edad _____ Peso _____ Talla _____ IMC ____ Color de Piel _____

Estado civil:

Casada. _____

Soltera. _____

Divorciada. _____

Acompañada. _____

Edad de la pareja _____

Ocupación de la pareja _____

Tiempo de relación con la pareja _____

Nivel de Escolaridad. Mujer Pareja

Primaria _____ _____

Secundaria _____ _____

Preuniversitario _____ _____

Universitario _____ _____

Creencias Religiosas Si _____ No _____

En caso afirmativo señale cual religión
práctica. _____

Edad de la primera menstruación _____

Edad de la primera relación sexual _____. Fue Satisfactoria Si _____

No _____

Fue espontánea _____

Fue Provocada _____

Enfermedades Asociadas:

Padece de: Diabetes Mellitus. Si_____ No_____ Tipo_____

Años de evolución de la Diabetes:

Hasta 10 años ____

Más de 10 años____

Hipotiroidismo. ____

Galactorrea. (Secreción de leche o líquido blanquecino por el pezón)

Si_____ No_____

Padece trastorno Psiquiátrico: Si_____ No_____ en caso afirmativo.

¿Cuál?_____

Otras enfermedades: En caso afirmativo (¿SeñaleCuál o Cuales?)

Medicamentos con efectos sobre la función sexual. (Si los toma en forma mantenida o por 6 meses o más)

Esteroides_____

Cimetedina._____

Ranitidina._____

Metil bromuro de homatropina._____ (Novatropin)

Naproxeno._____

Carbamacepina._____

Fenitoina. _____

Furosemida. _____

Propranolol _____

Clortalidona_____

Atenolol _____

Corinfar _____

Captopril _____

Metil Dopa _____

Digoxina _____

Reserpina _____

Espirinolactona_____

Tiazidas_____

Amitriptilina. _____

Anfetamina _____

Clorpromacina _____

Diazepan _____

Imipramina _____

Levo Dopa _____

Tioridazina _____

Trifluperacina _____

Carbonato de litio _____

Nitrazepan. _____

Fenobarbital. _____

Otros:

¿Cómo valora su relación integral con la pareja?

Buena. _____

Regular _____

Mala _____

¿Como valora las relaciones sexuales de usted y su pareja?

Satisfactorias _____

No satisfactorias _____

2. a- Ocasional. _____

2 b-siempre _____

Las dificultades son: (En caso de tenerlas)

De usted _____

De su pareja _____

De ambos _____

Presenta su pareja dificultades en el desempeño sexual.

Dificultades con la potencia sexual.

Siempre. _____

A veces. _____

Nunca. _____

Eyacuación Rápida.

Siempre. _____

A veces. _____

Nunca. _____

Eyacuación muy demorada

Siempre. _____

A veces. _____

Nunca. _____

Ausencia de eyacuación: Si. _____ No _____

¿Tiene usted relaciones sexuales en etapa menstrual? (Regla). Si _____

No _____

Considera que es negativo para su salud. Si _____ No _____

Conoce que es el orgasmo: Si _____ No _____

Alcanza el orgasmo:

Siempre _____

A veces _____

Nunca _____

¿Ha tenido más de un orgasmo en una relación sexual? (**Orgasmo múltiples**) Si _____ No _____

En caso afirmativo puede decir cuántos (numerarlos.) _____

Alcanza el orgasmo por:

Estimulación _____

Penetración _____

Ausencia de deseo sexual

Siempre _____

A veces _____

Nunca _____

Disminución de deseo sexual

Siempre _____

A veces _____

Nunca _____

Coito doloroso

Siempre _____

A veces _____ (En este caso lo relaciona con: Preparación _____

Posición _____

Nunca _____

Sequedad vaginal Si _____ No _____ a veces _____

Forma clínica de disfunción sexual que está presente. (Para uso del encuestador)

Anorgasmia. _____

Alteración del deseo: Disminuido _____. Ausente _____.

Dispareunía _____

Vaginismo. _____

Formas Combinadas. _____

La Disfunción Sexual es:

Primaria _____

Secundaria _____

Edad de aparición _____

Años de Evolución _____

Hasta 10 años _____

Más de 10 años _____

Embarazos Si _____ No _____

Número de embarazos _____

Número de partos _____ Especificar vaginal _____ cesárea _____

Número de abortos _____

Espontáneos _____

Provocados _____

La pérdida del orgasmo o la disminución del deseo ha aparecido después de algún evento específico de su vida.

Si _____ No _____ (*En caso afirmativo señale cuál*)

Parto _____

Aborto _____

Problemas con su pareja. _____

Problemas familiares. _____

Problemas laborales. _____

Otros _____ (Especifique de ser posible)

Métodos contraceptivos utilizados.

DIU (Dispositivo intrauterino). Si _____ No _____

Métodos hormonales Si _____ No _____

En caso afirmativo mencione cual de ellos.

Tabletas anticonceptivas. _____ (Triquilar, Norgestrel , Norgestrel_E, Trinor, Etinor, Otras)

Inyecciones Mensuales _____ (Mesegyna)

Bimensuales _____ (Noretisteterona)

Trimestrales _____ (Depo-Provera)

Implantes por un año _____ (Uniplant)

Implantes por cinco años _____ (Norplant)

Otros _____

Método del ritmo o calendario _____

Coito interrumpido. _____

Diafragma. _____

Condón. _____

Presenta trastornos menstruales. Si _____ No _____.

Más de 35 días entre un ciclo y otro _____

Más de 6 meses sin tener menstruación _____

Sangramiento intermenstrual _____

Más de 7 días de duración del sangrado menstrual _____

¿Conoce la causa de su Trastorno menstrual en caso de tenerlo?

Si _____ No _____

En caso afirmativo señálela. _____

Hábitos Tóxicos

Consumen A) Hombres _____ (B) Mujeres _____

Alcohol _____.

Cigarros _____.

Café _____.

Drogas _____.

¿Tiene sueños eróticos? Si _____ No _____

¿Alcanza el orgasmo en los sueños eróticos? Si _____ No _____

Concuerda la frecuencia sexual de Ud. y de su pareja. Si ___ No__

Frecuencia sexual:

(A) ¿Cuál es la de Ud. ? _____ (B) ¿Cuál es la de su pareja? _____

_____ Todos los días _____.

_____ Dos o tres veces a la semana _____.

_____ Una vez a la semana _____.

_____ Una vez cada 15 días _____.

_____ Una vez al mes _____.

_____ Otras _____.

¿Es frecuente la congestión pélvica o dolor bajo vientre cuando no tiene relaciones sexuales o no logra el orgasmo? Si _____ No _____

Conoce Ud. las zonas más sensibles (erógenas) de su cuerpo Si _____ No _____

¿Cuales son estas

zonas?: _____

Presenta hipersensibilidad dolorosa a la estimulación del clítoris:

Si ___ No__

Autoestimulación si ___ no__ **alcanza el orgasmo** si ___ no__

Tiene **placer** por **autoestimulación** si ___ no__

Elementos psicológicos a evaluar:

¿Tiene placer durante sus relaciones sexuales? Si _____ No _____

Angustia. Si _____ No_____

Ansiedad Si _____ No_____

Agresividad Si _____ No_____

Inhibición. Si _____ No_____

Poco control conductual. Si _____ No_____

Autoimagen deteriorada. Si _____ No_____

Educación sexual deficitaria. Si _____ No_____

Relaciones vinculares inadecuadas Si _____ No_____

Presencia de elementos traumáticos desencadenante. Si ___No___

Limitada experiencia sexual. Si ___No___

Presencia de creencias sexuales inadecuadas. Si ___ No___

Presencia de prejuicios sexuales. Si _____ No_____

Temor al desempeño. Si ___ No_____

Condiciones ambientales inapropiadas. Si ___ No_____

Anexo. 4 Foto del modelo utilizado para la confección de la base de datos

1-Número de Encuesta:

2-Ocupación:

3-Teléfono:

4-Edad

5-Peso:

6-Talla:

7-IMC

8-Color de la piel:

9-Estado Civil

10-Edad pareja:

11-Ocupacion pareja:

12-Tiempo de relación años(1,2..15) o meses(0.10) :

13-Nivel esc de la mujer:

14-Nivel esc de la pareja:

15-Creencias religiosas:

16-Edad primera menstruación

17-Edad primera relación sexual:

18-Satisfactoria

19-Tipo de la Prim relacion

20-Diabetes Mellitus

21-Evolucion de la diabetes

22-Hipotiroidismo

59-Tiene trastornos Menstruales

60- Cual presenta:

Encuesta	Trastorno
301	

Registro: de 1

61- Conoce la causa del Trastorno

62- Causas

Encuesta	Causa
301	

Registro: de 1

63-Consume Alcohol Hombre

64-Consume Alcohol Mujer

65-Consume Cigarros Hombre

66-Consume Cigarros Mujer

67-Consume Cafe Hombre

68-Consume Cafe Mujer

69-Sueños Eróticos

70-Frecuencia sexual de ambos

71-Frecuencia sexual de Ud

72-Frecuencia sexual de la pareja

23-Galactorrea

24-Trastornos psiquiatricos

25- Otras Enfermedades

	Encuesta	Otras enfermedades
▶	301	No padece de otras enfermedades
*	301	

Registro: de 1

26- Medicamentos con efectos sobre la función sexual:

	Encuesta	Medicamento
▶	301	Ninguno
*	301	

Registro: de 1

27-Relación integral con la pareja:

28-Relación sexual con su pareja

29-En caso de tener dificultades estas son

30-Dificultades en la potencia sexual

31-Eyacuación Rápida

32-Eyacuación muy demorada

33-Ausencia de eyacuación

34-Relc sex en etapa de la menstruacion

73-Dolor bajo vientre o congestion pelvica

74A-ConceZonaEronena Si o No

74- Zonas más sensibles

	Encuesta	Zonas Sensibles
▶	301	Cuello
	301	Mamas
*	301	

Registro: de 2

75-Hipersensibilidad dolorosa o estimulación del clitoris

76- Autoestimulación

77-Alcanza el orgasmo

78-Placer por autoestimulación

79-Placer durante las relaciones:

80-Angustia

81-Ansiedad

82-Agresividad

83-Inhibición

84-Poco control Conductual

85-Autoimagen deteriorada

86-Educ sex deficitaria

87-Relc Vinculares inadecuadas

88-Elemnt traumaticos desencadenantes