

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA, ASOCIACIÓN CON OTRAS ENFERMEDADES Y FACTORES DE RIESGO

Dra. Rosa María Real Cancio.

### SÍNTESIS

Con el objetivo de Caracterizar de manera clínico-epidemiológica la disfunción sexual femenina (DSF), y su asociación con otras enfermedades, así como factores de riesgo que pueden estar asociados a su presentación nos propusimos realizar el presente trabajo. De una población de 4832. Se selecciono una muestra de 1500 mujeres de forma aleatoria, posteriormente teniendo en cuenta criterios de inclusión establecidos para la investigación y sobre todo cumpliendo el principio de voluntariedad, se entrevistaron 1000 mujeres de las cuales 850 fueron incluidas en el estudio

La edad promedio de las mujeres incluidas en el estudio fue de 30,0 años teniendo en cuenta que fueran mujeres sexualmente activas. La Talla promedio de las mujeres fue de 1.61cm, con un IMC en la categoría de normopeso.

El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales y básicos.

En él trabajo nos propusimos determinar la prevalencia de la DSF en un área de salud de la Capital. Obteniendo resultados similares a estudios realizados en otros países. Se encontró una frecuencia de 42,1% en sus formas clásicas y un incremento hasta un 62,1% si incluimos los trastornos de la satisfacción sexual. Las Disfunciones sexuales primaria se presentaron en el 7,1% y las secundarias en el 33% de las mujeres encuestadas.

La determinación de que factores de riesgos tuvieron más relación con la aparición de este problema de salud así como con que enfermedades estuvo más frecuentemente asociada ha contribuido a romper mitos y establecer realidades sobre la base de estudios analíticos de la DSF, lo cual nos hace concluir que la atención médica especializada de la salud sexual, puede llevar a prevenir la aparición de este tipo trastorno desde sus inicios y no cuando en silencio e insidiosamente han deteriorado y violentado la personalidad e integridad de la mujer y de su pareja.

El conocimiento adquirido ha permitido tener más elementos para enfrentar las disfunciones sexuales de la mujer. En ellas es más difícil de demostrar, por lo que ha

reinado el silencio durante años; este trabajo constituye un primer acercamiento a la magnitud del problema, así como al enfrentamiento multidisciplinario.

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 aplicación de los conocimientos adquiridos este trabajo nos ayudo a reforzar la idea que constituye un reto para los profesionales de la salud.

#### 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.

La sexualidad se establece a través de la interacción entre el individuo y la sociedad. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales. La salud sexual debe ser un derecho humano básico, y así 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 en el hombre como en la mujer y por tanto constituye un problema de salud, que si bien no pone en peligro la vida de los pacientes, afecta en forma directa la salud física, mental y distorsiona el equilibrio familiar, laboral y social.

Sus determinantes pueden encontrarse en una variedad de niveles de 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 de nuestro 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 (4).

El desarrollo alcanzado por la sexología ha permitido tener más elementos para enfrentar la disfunción sexual en el hombre y en la mujer.

No obstante a pesar de los avances en el conocimiento de la respuesta sexual de la mujer, de las diferentes fases que integran esta respuesta, así como la extrapolación de los conocimientos adquiridos en la respuesta sexual del varón, aún existe un camino muy

amplio por recorrer, para establecer un diagnóstico y tratamiento de este trastorno en las mujeres.

La multicausalidad de la Disfunción Sexual Femenina determina que es necesario establecer un protocolo de trabajo para llegar al diagnóstico correcto, orientar y adecuar el tratamiento óptimo.

En los objetivos de la investigación estuvo, conocer la prevalencia de la Disfunción Sexual Femenina, la epidemiología clínica, su asociación con otras enfermedades y factores de riesgo, tales como: determinadas enfermedades, procedimientos y cambios ginecológicos, particularmente del suelo pélvico, ingestión de medicamentos que tienen efectos sobre la función sexual, así como el uso de sustancias tóxicas tales como el alcohol, consumo de drogas cigarrillos, medicamentos. Además, determinadas condiciones sociales y psicológicas, pueden condicionar o perpetuar este trastorno, (stress, ansiedad, depresión, sentimientos de pena, culpa, traumas psicológicos, abusos sexuales, violaciones, conflictos interpersonales con la pareja sexual y conflictos de identidad sexual.

La importante contribución del enfoque multidisciplinario de la Disfunción Sexual Femenina, puso en evidencia la importancia de ese trastorno y lo ha convertido en un problema de Salud Pública, lo cual enfatiza nuestro interés por el tema.

Actualmente se dispone de limitados datos epidemiológicos sobre este trastorno y su asociación con otras enfermedades endocrinas y no endocrinas.

#### OBJETIVOS

##### General:

Caracterizar de manera clínico-epidemiológica la disfunción sexual femenina (DSF), y su asociación con otras enfermedades, así como factores de riesgo que pueden afectarla.

##### *Específicos:*

1. Identificar la frecuencia de la disfunción sexual femenina (DSF) en un área de salud.
2. Caracterizar clínicamente la disfunción sexual femenina.
3. Identificar si existe relación entre la Disfunción Sexual Femenina con enfermedades coincidentes
4. Determinar la relación de la Disfunción Sexual Femenina con algunos factores de riesgo como: peso corporal, hábito de fumar, ingestión de bebidas alcohólicas, y medicamentos.
5. Determinar la influencia de determinados factores psicosociales y de pareja en la aparición de Disfunciones sexuales en la mujer.

#### MATERIAL Y MÉTODO

### *Características de la Población*

La muestra seleccionada correspondió a un área de salud de atención primaria del Municipio Habana Vieja, ubicado en el casco histórico de la ciudad. En el estudio se incluyeron mujeres sexualmente activas y con un rango de edad entre 16 y 45 años, que desearon participar de la investigación, con previo conocimiento del tipo de estudio que se realizó.

Se diseñó un estudio poblacional que se llevó a cabo desde mayo 2004 a mayo 2005.

Se estratificó la población femenina por grupos de edades.

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

La pirámide de población es similar a la de Ciudad de la Habana por ende es representativo del total. (77)

Tipo de Estudio y Selección de las mujeres.

Se diseñó un estudio poblacional transversal y aleatorio realizado sobre una muestra estratificada por grupo de edades y sexo femenino.

Fueron elegidas para ser entrevistadas 1000 mujeres residentes en el área correspondiente al policlínico Dr. Tomas Romay Chacón de una población de 4380 mujeres distribuidas en 42 consultorios

No se encuestaron 150 mujeres porque no cumplían con los criterios de inclusión, o no desearon participar en la investigación.

Para la selección y entrevistas de las mujeres utilizamos el sistema de dispensarización de la población establecido por el sistema de salud.

Las mujeres incluidas en el estudio cumplieron los siguientes criterios.

#### *Criterios de Inclusión:*

1. Que estén comprendidas entre las edades de 16 a 45 años.
2. Que hayan iniciado la actividad sexual.

#### *Criterios de exclusión:*

1. Embarazo.
2. Trastorno nervioso con nivel de funcionamiento de carácter sicótico.
3. Retraso mental moderado a severo.

#### 4. Enfermedades malignas y caquetizantes.

La recolección de los datos se realizó a partir de una encuesta que se aplicó a las mujeres seleccionadas para participar en el estudio, de acuerdo a los criterios establecidos. (Ver ANEXOS 2).

Posteriormente 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.

##### *Metodología del Estudio:*

Después de 2 meses de trabajo informativo con la población apoyándonos en el sistema de atención primaria, obtuvimos el consentimiento informado de las pacientes para participar en la investigación y procedimos a la ejecución del protocolo de trabajo establecido.

De mayo del 2004 a mayo del 2005 un médico especialista en endocrinología y miembro del grupo multidisciplinario de disfunción sexual femenina del Hospital "Hermanos Ameijeiras", llevó a cabo la entrevista en diferentes consultorios médicos de la familia, sin realizar ninguna modificación de medicación habitual de algún paciente que presentara algún tratamiento por determinada enfermedad.

El día de la entrevista agrupamos determinado número de pacientes y le explicamos los objetivos del trabajo, la importancia del mismo y tratamos de transmitir confiabilidad y seguridad en las pacientes con respecto a la confidencialidad del trabajo, ya que para muchos es de vital importancia por el hecho de estar implicada su sexualidad y la de su pareja.

##### *Recursos materiales:*

1. Hojas de papel.
2. Servicio de computación.
3. Servicio de impresión o de fotocopias.
4. Pesa con tallímetro.

##### *Recursos humanos:*

Especialistas de Endocrinología.....1

Especialista en Bioestadística.....1

##### RESULTADOS:

Prevalencia % de la Disfunción sexual en el estudio tenemos que de 850 mujeres encuestadas que cumplieron con los requisitos de inclusión 356 de ellas tenía Disfunción

sexual (42,1%). En el 9,1% (77 Mujeres) se comportó como una Disfunción sexual Primaria y el 33% como una Disfunción secundaria.

Tabla.1 Prevalencia de la Disfunción Sexual en el estudio

<i>N = 850</i>		
<i>Mujeres con Dx</i>	<i>No</i>	<i>%</i>
<i>Primaria</i>	77	9.10
<i>Secundaria</i>	279	33.00
<i>TOTAL</i>	356	42.10

En la tabla 2. Se recoge la distribución de la disfunción sexual femenina según el grupo de edad. En el caso de la disfunción sexual primaria para el grupo de edad de 16-19 se presento en un 18,3% de las 60 mujeres que se encontraban en ese rango de edad mientras que la secundaria se presento en 12 (20%) para un comportamiento general para este grupo de 38,3%. En el grupo de 20-24 se presento en 21 (15,9%) y la secundaria en 32 (24,2%) de un total de 132 mujeres para ese grupo de edad y represento un 40,1% en el total; en el de 25-29 en 14 (8.4%) y la secundaria en 54 (32,5%) de un total de 166, con una frecuencia 40, 9% en el grupo, de 30-39 se encontró disfunción primaria en 22 mujeres (6,2%) y en 123 mujeres para un 34,5% de la secundaria de un total para el grupo de 357 mujeres locuaz represento un compromiso de la función sexual de un 40,7%, de 40-45 en 9 mujeres (6,9%) se encontró primaria y en 58 (44,6%) secundaria de un total de 145 mujeres con una afectación general para el grupo de 51,5%.

Tabla 2. Distribución de la Disfunción sexual femenina según edades.

PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL SEGÚN EDADES													
N=845													
	16-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-45		TOTAL
	N= 60		N=132		N=166		N=193		N=164		N=130		
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
<b>Primaria</b>	11	18.3	21	15.9	14	8.4	16	8.3	6	3.7	9	6.9	77
<b>Secundaria</b>	12	20	32	24.2	54	32.5	59	30.6	64	39	58	44.6	279
<b>Total</b>	23	38.3	53	40.1	68	40.9	75	39	70	42.6	67	51.5	356
<b>No tienen</b>	37	61.7	79	54.8	98	59	118	61.1	94	57.3	63	48.5	486

En el cuadro3 se describen las alteraciones aisladas de la respuesta sexual encontradas en el estudio. Con trastornos del orgasmo se encontraron 228 (26,8%). Con trastornos del deseo sexual. Libido disminuida 236 para un 27,8% y ausencia de deseo sexual 37 para un 4,4%. Los trastornos de deseo se presentaron de forma general en 32,2%. El coito doloroso (dispareunia) se presentó en 60 mujeres (7,1%). Se encontraron 2 casos de Vaginismo lo que representó un 0.2%.

Tabla 3. Alteraciones aisladas de la respuesta sexual en el estudio.

<b>TIPO DE ALTERACIÓN</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
ANORGASMIA	228	26.8
DESEO DISMINUIDA	236	27.8
DESEO AUSENTE	37	4.4
DISPAREUNIA	56	7.1
VAGINISMO	2	0.2

Tabla.4 Formas combinadas más frecuentes de la Disfunción sexual

<b>FORMAS COMBINADAS DE LA Dx</b>		
<b>ANORGASMIA N= 228</b>		
	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>DESEO DISMINUIDO</b>	<b>155</b>	<b>68.0</b>
<b>DESEO AUSENTE</b>	<b>23</b>	<b>10.3</b>
<b>DISPAREUNIA</b>	<b>32</b>	<b>14.0</b>
<b>VAGINISMO</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>
<b>DESEO DISMINUIDO N=236</b>		
	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>DISPAREUNIA</b>	<b>28</b>	<b>11.9</b>
<b>VAGINISMO</b>	<b>1</b>	<b>0.4</b>
<b>DESEO AUSENTE N=37</b>		
	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>DISPAREUNIA</b>		<b>35.1</b>
<b>VAGINISMO</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>

La forma de combinación más frecuente fue la anorgasmia con deseo disminuido que se presento en 155 casos lo que represento 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 que fue de las formas aisladas la más frecuente se combino con la dispareunia en 28 casos para un 11,9% y con vaginismo en un caso para un 0.4%.

El deseo ausente que en forma aislada solo se presento en 37 mujeres se combinó con la dispareunia en 13 casos lo que representó una frecuencia de un 35,1%.

Tabla. Distribución de pacientes según enfermedades concomitantes y tipo de disfunción sexual

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

En la muestra de estudio se encontró que 48 mujeres padecían de Hipertensión Arterial 5,7%, de ellas 26 (2,8%) tenían una disfunción sexual, mientras que 24 mujeres 2,4 de las mujeres con hipertensión no tenían disfunción Sexual. Además 62 mujeres señalaron padecer de Asma Bronquial, 7,3% y el 3% de estas presentaron trastornos de la respuesta sexual y el 4,4% de las no padecieron de Disfunción Sexual.

Con respecto a Enfermedades Gastrointestinales encontramos que 14 mujeres señalaron padecer de Gastritis (1,7%) de estas 7 0,8% presentaron disfunción Sexual, una de ellas una Disfunción Primaria y las 6 restantes una Disfunción Secundaria.

Otras enfermedades referidas por las mujeres que padecían fueron Amigdalitis, Anemia, Epilepsia Sickleimia. Las tres primeras se presentaron en el 0,6% de la muestra 5 casos por enfermedad lo que representa el 0,6%. El total de mujeres con amigdalitis refirió una disfunción sexual y 3 de las 5 mujeres con anemia presentaron Disfunción Sexual. De las 7 mujeres que refirieron padecer de Sickleimia 6 de ellas presentaron una Disfunción Sexual 0,8%.

Con respecto a la frecuencia de los trastornos endocrinos en las 850 mujeres incluidas en el estudio se encontró que lo más frecuentes fueron los trastornos metabólicos, luego las enfermedades del tiroides, hipofisarias y por último las gonadales.

De los trastornos metabólicos como se describe en la tabla se encontró ocupando el primer lugar el *sobrepeso corporal* y la *obesidad* con un % de 21.7 y de 5.9 respectivamente; seguido de la *Diabetes* que represento el 2.4%, un 0.9% para la Diabetes Mellitus tipo I, un 1.3% para la tipo II y 0.2 para la Diabetes gestacional. Con respecto a los trastornos del Metabolismo *lipídico* se presentaron en 0.1%. La afectación metabólica en general fue de un 8.4% de la muestra.

En cuanto a los Trastornos del tiroides predominaron los trastornos de la función tiroidea, con una prevalencia de 4.8% 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, los cuales se presentaron con un 0.5% para los primeros y un 0,1% para el carcinoma papilar del tiroides. El por ciento de aparición de las enfermedades del tiroides fue de 5.7%.

La afectación hipofisaria presento una distribución de 4,1% para la galactorrea, 0,4% para los tumores hipofisarios y 0.3% para la hiperprolactinemia y de 0.1% para la Diabetes Insípida. La prevalencia fue de 4.9%

El compromiso gonadal, se encontró en una menor frecuencia Presentándose la Menopausia precoz en 1,1 % y fundamentalmente de causa quirúrgica Se encontraron mujeres con clínica sugestiva de peri menopausia en la entrevista con una frecuencia de 0.8%.

La poliquistosis ovárica se presento en el 1,1% de la muestra.

La afectación Ovárica se presento en el 3% de las mujeres incluidas en el estudio.

Disfunción Sexual	IMC								Total	
	Bajo peso		Normopeso		Sobrepeso		Obeso		N	% del total
	N	% del total	N	% del total	N	% del total	N	% del total		
<b>Primaria</b>	18	2,1%	44	5,2%	10	1,2%	5	,6%	77	9,1%
<b>Secundaria</b>	29	3,4%	164	19,4%	68	8,0%	18	2,1%	279	33,0%
<b>No tienen</b>	55	6,5%	302	35,7%	105	12,4%	27	3,2%	489	57,9%
<b>Total</b>	102	12,1%	510	60,4%	183	21,7%	50	5,9%	845	100,0%

P=0,037

Del Total de mujeres estudiadas 510 mujeres (60,4%) estaban normopeso con peso adecuado para su talla según IMC, mientras que 183 de ellas se clasificaron como sobrepeso lo que represento un 21,7%. El total de mujeres obesas en la muestra fue de 50(5,9%).

De las mujeres que fueron clasificadas como normopeso 44 (5,2%) tenían una Disfunción sexual primaria y 164 presentaron una Disfunción secundaria (19,4%). En este grupo 208 mujeres presentaron algún tipo de disfunción Sexual lo que representa un 24,6%. En esta categoría no presentaron ningún trastorno de la respuesta sexual 302 mujeres lo que representa un 35,7 %.

En el caso de las mujeres sobrepeso 10 de ellas (1,2%) tuvieron un trastorno primario de la respuesta sexual y 68 un trastorno secundario de la respuesta (8,0). Por lo que de las

183 mujeres que tenían un sobrepeso corporal por IMC 78 de ellas presentaron una Disfunción Sexual (9,2%) y 105 no evidenciaron trastornos en esta esfera (12,4%).

Las mujeres con IMC mayor o igual que 40, calificaron en la categoría de Obesas de un total de 50 (5,9) 23 presentaron algún trastorno de la sexualidad (8,1%) y 27 no refirieron dificultades (3,2%)

Se analizó otro grupo de mujeres que según calificación se encontraban bajo peso 102 mujeres, de ellas 47 (5,5%) presentaron algún tipo de Disfunción y 55 (6,5%) no presentaron ningún tipo de disfunción.

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

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

P=0.000

Del Grupo de mujeres con Disfunción Sexual el 20% de ellas refirió una valoración de la relación integral de pareja de Buena sin embargo el 13% señaló dificultades en la relación integral de pareja y la valoraron de regular o mala. Mientras que el Grupo que no

tiene Disfunción sexual el 52.0% de las mujeres señalaron tener una buena relación de pareja y solo el 5,9 señaló dificultades.

CONCLUSIONES:

1. La disfunción sexual femenina es un trastorno de la respuesta sexual con alta prevalencia que alcanzó el 42,1% para la formas clásicas de disfunción sexual y llegó hasta un 62,1% si incluimos en la clasificación los trastornos de la satisfacción sexual.
2. La forma clínica más frecuente de presentación fue la Disfunción sexual Secundaria.
3. Predominaron los trastornos del deseo sexual, deseo disminuido, seguido de la anorgasmia, de la excitación.
4. Existen factores de Riesgo modificables que pueden ayudar a prevenir la Disfunción sexual
5. El control adecuado de enfermedades asociadas a la disfunción sexual permite una mejoría de la respuesta sexual.