

# Estudio Transversal: Prevalencia de Disfunción Sexual Femenina y Factores Asociados en Pacientes del Hospital “José Carrasco Arteaga”.

Viviana Matute Ortega <sup>1</sup>, Carlos Arévalo Peláez <sup>2</sup>, Andrea Espinoza Peña <sup>3</sup>.

1. Servicio Ginecología y Obstetricia. “Hospital María Lorena Serrano”. El Oro-Ecuador
2. Facultad de Odontología. Universidad de Cuenca, Cuenca-Ecuador.
3. Servicio Materno-Infantil. Hospital “José Carrasco Arteaga”. Cuenca-Ecuador

## CORRESPONDENCIA:

Viviana Soledad Matute Ortega  
Correo Electrónico: vivi2809@hotmail.com  
Dirección: Calle Cantón Paute 11-06 y Avenida Las Américas. Cuenca-Ecuador  
Código Postal: EC010114  
Teléfono: [593] 072 888 656

Fecha de recepción: 01-09-2015.  
Fecha de aceptación: 10-11-2015.  
Fecha de publicación: 10-03-2016.

## MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Matute V, Arévalo C, Espinoza A. Estudio Transversal: Prevalencia de Disfunción Sexual Femenina y Factores Asociados en Pacientes del Hospital “José Carrasco Arteaga”. *Rev Med HJCA* 2016; 8(1): 19-24. <http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.1.ao.03>

## ARTÍCULO ORIGINAL ACCESO ABIERTO



©2016 Matute et al.; Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de “Creative Commons Attribution License” (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), el cual permite el uso no restringido, distribución y reproducción por cualquier medio, dando el crédito al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<https://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición personal del autor.

\* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la biblioteca virtual en salud (BVS) de la edición actualizada a mayo de 2015, el cual incluye los términos MESH de MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La disfunción sexual femenina (DSF) incluye múltiples desórdenes presentes en una de cada tres mujeres, la cual está asociada a varios factores propios y externos principalmente biológicos y psicológicos. El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de disfunción sexual femenina y sus factores asociados.

**MÉTODO:** El presente es un estudio transversal de prevalencia llevado a cabo en 303 pacientes entrevistadas en el servicio de Ginecología del hospital “José Carrasco Arteaga” (HJCA) durante 2013. Se conformaron dos grupos definidos por la presencia o ausencia de disfunción sexual para lo cual se utilizó el IFSF y contrastar los factores asociados. Se analizó la información de acuerdo a la estadística descriptiva, razón de prevalencia (RP) y chi cuadrado ( $\chi^2$ ).

**RESULTADOS:** La prevalencia de DSF fue de 60.4%; las pacientes refirieron dolor durante la relación sexual (60.7%), alteración en el deseo y excitación (60.1%), falta de lubricación y anorgasmia (51.4%) e insatisfacción sexual (41%). Se estudiaron como factores: instrucción primaria (OR=7.04; IC-95%=2.21-22.27; P=0.0001), edad 41-60 años (OR=5.72; IC-95%=3.37-9.70; P=0.0001), trastornos nerviosos (OR=2.70; IC-95%=1.44-5.04; P=0.002), enfermedades orgánicas (OR=2.35; IC-95%=1.44-3.82; P=0.001), cirugía pélvica anterior (OR=2.26; IC-95%= 1.31-3.90; P=0.003), violencia (OR=1.95; IC-95%=1.03-3.70; P=0.047), instrucción superior (OR=0.37; IC-95%=0.23-0.6; P=0.0001), consumo de cigarrillos (OR=0.46; IC-95%=0.25-0.87; P=0.023) y la ingesta de alcohol (OR=0.40; IC-95%=0.17-0.91; P=0.034).

**CONCLUSIONES:** La prevalencia de disfunción sexual femenina fue muy alta (60.4%), se encontró asociación como factores de riesgo con: instrucción primaria, edad entre 41 y 60 años, trastornos nerviosos, enfermedades orgánicas, antecedentes de cirugía pélvica y violencia; como factores protectores: unión libre, la instrucción superior, el consumo de cigarrillo y de alcohol.

**DESCRIPTORES DeCS:** TRASTORNOS SEXUALES Y DE GÉNERO, DISFUNCIONES SEXUALES PSICOLÓGICAS, PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO.

## ABSTRACT

Cross-Sectional Research: Prevalence of Female Sexual Dysfunction and Associated Factors in Patients from “José Carrasco Arteaga” Hospital.

**BACKGROUND:** Female sexual dysfunction (FSD) includes multiple frequent disorders which are present in one of every three women; it is associated with many individual and external factors mainly biological and psychological. The objective of this study was to determine prevalence of female sexual dysfunction and its associated factors.

**METHOD:** This is a cross-sectional study performed with 303 patients who attended to Gynecology department of HJCA and were interviewed during 2013. The patients were divided in two groups defined by the presence of sexual dysfunction which was determined using FSFI and relation with every associated factors was established. Data was analyzed according to descriptive statistics, prevalence ratio (PR) and squared chi ( $\chi^2$ ).

**RESULTS:** Prevalence of FSD was 60.4%; patients referred pain during sexual intercourse (60.7%), abnormalities of desire and excitement (60.1%), insufficient lubrication and anorgasmia (51.4%) and sexual dissatisfaction (41.0%). These factors were studied: primary education (OR=7.04; CI-95%=2.21-22.27; P=0.0001), age between 41-60 years (OR=5.72; CI-95%=3.37-9.70; P=0.0001), nerve disorders (OR=2.70; CI-95%=1.44-5.04; P=0.002), organic diseases (OR=2.35; CI-95%=1.44-3.82; P=0.001), precedent of pelvic surgery (OR=2.26; CI-95%=1.31-3.90; P=0.003), violence (OR=1.95; CI-95%=1.03-3.70; P=0.047), university schooling (OR=0.37; CI-95%=0.23-0.6; P=0.0001), cigarette consumption (OR=0.46; CI-95%=0.25-0.87; P=0.023) and alcohol drinking (OR=0.40; CI-95%=0.17-0.91; P=0.034).

**CONCLUSIONS:** Prevalence of female sexual dysfunction was very high (60.4%), association as risk factors was found with: primary schooling, age between 41 and 60 years, nerve disorders, organic diseases, story of pelvic surgery and violence; as protective factors, free union as marital status, university schooling, cigarette and alcohol consumption were found.

**KEYWORDS:** SEXUAL AND GENDER DISORDERS, SEXUAL DYSFUNCTIONS-PSYCHOLOGICAL, PREVALENCE, RISK FACTORS.

## INTRODUCCIÓN

La sexualidad es parte esencial de un ser humano y de su bienestar individual y social, el mismo que influye tanto en hombres y mujeres; si existe alguna alteración en la sexualidad, se convierte en un problema de salud que afecta el bienestar físico y mental llegando inclusive a alterar el equilibrio familiar, laboral y social [1]. Las mujeres y los hombres expresan su sexualidad de manera diferente, mientras que el orgasmo masculino es representado por la "eyacuación que es esencial para la reproducción, el orgasmo femenino no tiene que ver con el proceso reproductivo" [2]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia a la salud sexual como "la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, respetando el derecho al placer sexual, a la expresión sexual emocional, a la información basada en el conocimiento científico, a la educación sexual integral y a la atención de la salud sexual, los mismos que deben ser reconocidos y garantizados" [3].

La comunicación es el pilar fundamental en una relación de pareja, sin embargo, cuando existen dificultades sexuales, la comunicación puede afectarse o perderse completamente. Las disfunciones sexuales llegan a separar y distanciar a las parejas e incluso afectan los vínculos existentes con la familia, amistades e influyen en el desempeño laboral. Los distintos mecanismos que intervienen en la respuesta sexual femenina constituyen aun uno de los grandes enigmas en el conocimiento de la fisiología humana [4].

En 1960 Master y Johnson fueron los primeros en estudiar la fisiología del acto sexual con una "respuesta sexual femenina en cuatro fases: excitación, plateau o meseta, orgasmo y resolución" [4]; Helen Kaplan en 1979 definió a la "respuesta sexual femenina en 3 fases: deseo sexual, excitación y orgasmo" [2]. Con el paso de los años la Asociación Psiquiatría Americana (APA) divide a las alteraciones sexuales en: trastorno del deseo, trastorno de la excitación, falla orgásmica y dolor sexual; pero esta clasificación no solo determina procesos psicológicos sino también orgánicos [5].

La Organización Mundial de la Salud en la Clasificación de Enfermedades CIE-10 en 1992 definió "disfunción sexual como la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea" [6]. The International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions considero dos criterios más, como son: la lubricación y satisfacción, por lo que se desarrolló en el año 2000 un formulario para evaluar la función sexual femenina llamado "Índice de la Función Sexual Femenina" (IFSF), basándose en: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; la puntuación total de 26.55 IFSF es el corte óptimo para la diferenciación de las mujeres con y sin disfunción sexual [4, 5].

En cuanto a la prevalencia de disfunción sexual en Latinoamérica, en uno de los estudios más grandes realizados, se aplicó el IFSF a 7243 mujeres sanas con edades entre 40 y 59 años, definiendo como punto de corte un valor total  $\leq$  26.55; Cartagena de Indias fue la ciudad con menor prevalencia de disfunción sexual con el 21%, mientras que en Santiago de Chile la cifra alcanzó un 36%. La prevalencia fue mayor en zonas con población de más edad, como Buenos Aires, Montevideo y en zonas con predominio de población indígena [7].

Estudios realizados en 1999 que entrevistaron a 1749 mujeres y 1410 hombres con edades entre 18 y 59 años reportaron una frecuencia de disfunción sexual femenina del 43% y del 31% en varones [8]. En México la prevalencia de disfunción sexual en mujeres alcanzó un 52% y en hombres llegó hasta el 38.8%, en estudios realizados en Austria, Turquía y USA se determinó que la prevalencia de disfunción sexual femenina varía entre 40% y 50% [6, 9]. Un estudio británico consultado concluyó que hasta el 53.8% de mujeres

tenían como mínimo un problema sexual durante un mes dentro de un período de dos años [10]. La disminución del deseo es el tipo de disfunción sexual más frecuente representado por un 51%, seguido por las alteraciones en la excitación con el 33% y posteriormente los desórdenes sexuales dolorosos con un 16% [10, 14, 17].

Un estudio chileno al igual que otros internacionales, indica que en la sexualidad de las mujeres no existe afectación negativa después de la histerectomía total o subtotal abierta o laparoscópica [11]. Por otro lado, las cirugías realizadas en pacientes con cáncer rectal muestran asociación con la disfunción sexual femenina en algunos casos [10].

Datos procedentes del National Survey of Family Growth indican que la frecuencia de relaciones sexuales disminuye con la edad, la actividad sexual es continua en el 47% de mujeres casadas con edades entre 66 y 71 años; en poblaciones con mujeres más jóvenes de mediana edad y mayores, entre el 50 y el 75% de ellas continúan sexualmente activas. La inactividad sexual está justificada por ausencia de interés y la falta de un compañero. La frecuencia promedio de actividad sexual de una mujer es de seis veces por mes frente a siete veces por mes en el hombre, siendo el coito vaginal la práctica sexual más frecuente seguida distantemente por el sexo oral [4].

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

Una alta prevalencia a nivel mundial de las disfunciones sexuales ha sido relacionada con el deterioro en la calidad de vida de quienes padecen esta patología, generando un impacto en la esfera social y siendo en la mayoría de los casos subdiagnosticada, razón por la que se estudió la prevalencia, factores biológicos y psicosociales que influyen en las mujeres que asisten al Hospital "José Carrasco Arteaga" para brindar la importancia debida a la patología como un problema de salud y buscar las posibles soluciones. A nivel local y nacional no se contó con una base que permita buscar posibles soluciones por lo que es importante recalcar que el conocimiento que tienen las pacientes sobre sexualidad ayuda a mejorar su calidad de vida. El objetivo principal de este estudio fue determinar la prevalencia de disfunción sexual femenina y sus factores asociados en las pacientes que acuden al servicio de Ginecología del HJCA.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un estudio observacional, descriptivo y transversal de prevalencia, llevado a cabo con las mujeres atendidas en las dependencias del departamento de Ginecología y Obstetricia del hospital "José Carrasco Arteaga" durante el periodo de enero a julio del año 2013. 303 pacientes cumplieron los criterios de inclusión: edad entre 20 y 59 años, inicio de vida sexual, sexualmente activas (que hayan mantenido relaciones sexuales por lo menos en las últimas 4 semanas); los criterios de exclusión fueron: embarazo, pacientes psicóticas, retardo mental, enfermedades malignas y caquectizantes. La muestra fue probabilística aleatoria simple tomando como variable dependiente a la presencia de disfunción sexual femenina, como variables independientes: enfermedades orgánicas, consumo de medicamentos, presencia de hábitos tóxicos, sobrepeso u obesidad y trastornos en la esfera psicosocial de la mujer, y como variables moderadoras: edad, procedencia y estado civil.

Se conformaron dos grupos definidos por la presencia o ausencia de disfunción sexual (IFSF), los cuales fueron utilizados para elaborar tablas de dos por dos con cada uno de los factores asociados. La recolección de la información se la realizó mediante un formulario elaborado para el efecto en el que se incluyó el cuestionario "Índice

de Función Sexual Femenina" (IFSF), desarrollado por Rosen y validado al español. La información fue analizada de acuerdo a la estadística descriptiva, se utilizó la razón de prevalencia (RP) para establecer la influencia de los factores y chi cuadrado ( $\chi^2$ ) para determinar asociación. Se utilizó el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v. 18 para la tabulación y análisis de la información.

## RESULTADOS

303 pacientes formaron parte del estudio y de ellas, 183 tuvieron disfunción sexual de acuerdo al IFSF de Rossen y cols. que corresponde a una prevalencia del 60.4% (IC-95%: 54.9-65.9). De las pacientes que presentaron disfunción sexual, las características más frecuentes fueron el grupo con edad entre 41 y 60 años, estado civil casada, procedencia urbana, instrucción secundaria y sin antecedentes de cirugía pélvica (Tabla 1).

De acuerdo a las diferentes formas clínicas de la disfunción sexual femenina, el deseo y excitación sexual estuvieron alteradas en el 60.1% de los casos, las alteraciones en la lubricación y en el orgasmo alcanzaron un 51.4% cada una, la satisfacción sexual estuvo afectada en el 41% de los casos y finalmente el dolor en la relación sexual se presentó en el 60.7% de las pacientes con disfunción sexual femenina (Tabla 2).

Tabla 1. Función sexual femenina según características de las pacientes estudiadas.

CARACTERÍSTICA	VARIABLE	DISFUNCIÓN	NORMOFUNCIÓN	TOTAL	P
		N=183 (60.4%)	N=120 (39.6%)	N=303 (100%)	
EDAD	20-40 AÑOS	73 (39.9%)	95 (79.2%)	168 (55.4%)	0.0001
	41-60 AÑOS	110 (60.1%)	25 (20.8%)	135 (44.6%)	
ESTADO CIVIL	SOLTERA	21 (11.5%)	10 (8.3%)	31 (10.2%)	0.441
	CASADA	135 (73.8%)	80 (66.6%)	215 (71%)	0.197
	DIVORCIADA	16 (8.7%)	4 (3.3%)	20 (6.6%)	0.096
	UNIÓN LIBRE	11 (6%)	26 (21.6%)	37 (12.2%)	0.0001
PROCEDENCIA	URBANA	114 (62.3%)	86 (71.7%)	200 (60%)	0.107
	RURAL	69 (37.7%)	34 (28.3)	103 (40%)	
INSTRUCCIÓN	NINGUNA	2 (1.1%)	1 (0.8%)	3 (1%)	1.000
	PRIMARIA	28 (15.3%)	3 (2.5%)	31 (10.2%)	0.0001
	SECUNDARIA	102 (55.7%)	55 (45.9%)	157 (51.8%)	0.101
	SUPERIOR	51 (27.9%)	61 (50.8%)	112 (37%)	0.0001
CIRUGÍA PÉLVICA	SI	64 (35%)	23 (19.2%)	87 (28.7%)	0.003
	NO	119 (65%)	97 (80.8%)	216 (71.3%)	

Tabla 2. Distribución de características clínicas según presencia de disfunción sexual femenina y secciones evaluadas por IFSF.

IFSF	VARIABLE	DISFUNCIÓN N=183 (60.4%)	NORMOFUNCIÓN N=120 (39.6%)	TOTAL N=303 (100%)
DESEO	DESEO ALTERADO	110 (60.1%)	6 (5%)	116 (38.3%)
	DESEO NORMAL	73 (39.9%)	114 (95%)	187 (61.7%)
EXCITACIÓN	EXCITACIÓN ALTERADA	110 (60.1%)	0 (0%)	110 (36.3%)
	EXCITACIÓN NORMAL	73 (39.9%)	120 (100%)	193 (63.7%)
LUBRICACIÓN	LUBRICACIÓN ALTERADA	94 (51.4%)	1 (0.8%)	95 (31.4%)
	LUBRICACIÓN NORMAL	89 (48.6%)	119 (99.2%)	208 (68.6%)
ORGASMO	ORGASMO ALTERADO	94 (51.4%)	1 (0.8%)	95 (31.4%)
	ORGASMO NORMAL	89 (48.6%)	119 (99.2%)	208 (68.6%)
SATISFACCIÓN	SATISFACCIÓN ALTERADA	75 (41%)	5 (4.2%)	80 (26.4%)
	SATISFACCIÓN NORMAL	108 (59%)	115 (95.8%)	223 (73.6%)
DOLOR	PRESENTE	111 (60.7%)	5 (4.2%)	116 (38.3%)
	AUSENTE	72 (39.3%)	115 (95.8%)	187 (61.7%)

Con relación a las pacientes que presentaron disfunción sexual femenina observamos que constituyen factores de riesgo: la edad de 41

a 60 años en el 60.1% (OR=5.72; IC-95%=3.37-9.70; P=0.0001), la presencia de violencia (psíquica, física, sexual) con el 21.9% (OR=1.95; IC-95%=1.03-3.70; P=0.047), presencia de trastorno nervioso con un 27.9% (OR=2.70; IC-95%=1.44-5.04; P=0.002), enfermedad orgánica con el 49.2% (OR=2.35; IC-95%=1.44-3.82; P=0.001), cirugía pélvica con 35% (OR=2.26; IC-95%=1.31-3.90; P=0.003), instrucción primaria con 15.3% (OR=7.04; IC-95%=2.21-22.27; P: 0.0001). La instrucción superior con un 50.8% (OR=0.37; IC-95%=0.23 - 0.6; P=0.0001), el consumo de cigarrillos en un 11.5% (OR=0.46; IC-95%=0.25-0.87; P=0.023) y la ingesta de alcohol con apenas el 5.5% (OR=0.40; IC-95%=0.17-0.91; P=0.034), llaman la atención puesto que se comportan como factores de protección para la presencia de disfunción sexual (Tabla 3).

**Tabla 3. Distribución de pacientes según presencia de disfunción sexual y factores de riesgo.**

CARACTERÍSTICAS	VARIABLE	DISFUNCIÓN N=183 (60.4%)	NORMOFUNCIÓN N=120 (39.6%)	TOTAL N=303 (100%)	OR	IC-95%	P
EDAD (AÑOS)	20-40	73 (39.9%)	95 (79.2%)	168 (55.4%)	5.72	3.37-9.7	0.0001
	41-60	110 (60.1%)	25 (20.8%)	135 (44.6%)			
UNIÓN LIBRE	SI	11 (6%)	26 (21.7%)	37 (12.2%)	0.23	0.11-0.48	0.0001
	NO	172 (94%)	94 (78.3%)	266 (87.8%)			
VIOLENCIA	SI	40 (21.9%)	15 (12.5%)	55 (18.2%)	1.95	1.03-3.7	0.047
	NO	143 (78.1%)	105 (87.5%)	248 (81.8%)			
TRASTORNO NER- VIOSO	SI	51 (27.9%)	15 (12.5%)	66 (21.8%)	2.70	1.44-5.04	0.002
	NO	132 (72.1%)	105 (87.5%)	237 (78.2%)			
ENFERMEDAD ORGÁNICA	SI	90 (49.2%)	35 (29.2%)	125 (41.3%)	2.35	1.44-3.82	0.001
	NO	93 (50.8%)	85 (70.8%)	178 (58.7%)			
CIGARRILLOS	SI	21 (11.5%)	26 (21.7%)	47 (15.5%)	0.46	0.25-0.87	0.023
	NO	162 (88.5%)	94 (78.3%)	256 (84.5%)			
CIRUGÍA PÉLVICA	SI	64 (35%)	23 (19.2%)	87 (28.7%)	2.26	1.31-3.9	0.003
	NO	119 (65%)	97 (80.8%)	216 (71.3%)			
INSTRUCCIÓN PRIMARIA	SI	28 (15.3%)	3 (2.5%)	31 (10.2%)	7.04	2.21-22.2	0.0001
	NO	155 (84.7%)	117 (97.5%)	272 (89.8%)			
INSTRUCCIÓN SUPERIOR	SI	51 (28.9%)	61 (50.8%)	112 (37%)	0.37	0.23-0.6	0.0001
	NO	132 (72.1%)	59 (49.2%)	191 (63%)			

## DISCUSIÓN

Estudios demuestran que la frecuencia de la actividad sexual disminuye al aumentar la edad, así entre los 66 y 71 años el 47% mantienen una actividad sexual continua, como un tercio de la población mayor de 78 años [12]. Varios estudios han determinado la prevalencia de la disfunción sexual femenina reportando valores que varían significativamente entre uno y otro estudio desde un 25% a un 63% [13].

El presente estudio reveló una prevalencia de Disfunción Sexual Femenina correspondiente al 60.4% (IC=54.9-65.9) de acuerdo al Índice de Función Sexual Femenina de Rossen y col., constituye una prevalencia muy alta en relación a los publicados en Brasil con el estudio de Abrantes et al. en 2001 con una prevalencia del 54%; Oelrich Olivares P en Chile durante 2006 con una prevalencia del 50.6%; Laumann y col. obtuvieron un 43%, Baldwin en Estados Unidos, presento resultados de disfunción sexual femenina del 43% [2, 14]. La incapacidad para alcanzar el orgasmo fue del 34.09%, constituyendo la disfunción sexual más frecuente [15]. Durante el coito se evidencia que solo el 20% de las mujeres alcanzan el orgasmo según otro estudio, y que el restante 80% lo hace antes o después por medio de la estimulación manual, oral o con un vibrador; así mismo se describe que solo el 30% alcanzan el orgasmo durante la relación sexual en comparación con los hombres (75%) [16].

La disfunción sexual de acuerdo al género es mucho más frecuente en las mujeres (43%) en relación a los hombres (31%) y se asocia a

una menor edad, nivel educativo más bajo y a estado civil de soltera [4, 16]. Una encuesta con la aplicación del Índice de Función Sexual Femenina a 217 pacientes confirma que el 67.7% presentaron desórdenes de DSF así: 52.9% alteraciones del deseo sexual, 28.6% falta de lubricación, 17.9% dispareunia y 24.8% falta de excitación [17].

Las formas clínicas de disfunción sexual femenina en el presente estudio, ocuparon una prevalencia más alta con relación a otras poblaciones; la presencia de dolor en la relación sexual ocupó el 60.7%, seguida de la alteración en el deseo y excitación con un 60.1% cada uno, falta de lubricación y anorgasmia en un 51.4% cada uno y finalmente la insatisfacción sexual se presentó en el 41% de los casos, datos que los podríamos comparar con los de Oelrich Olivares P en Chile durante 2006 que mostraron alteración en el deseo sexual (42.8%), trastorno de la excitación (19.2%), ausencia de lubricación (14.6%) y anorgasmia (12.7%) [2].

Uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes en las mujeres es el tratamiento de la incontinencia urinaria que afecta a cerca del 20% de las mujeres en edad reproductiva, y que trae como consecuencias un deterioro de la calidad de vida y la sexualidad [18]. Otros estudios concluyen que la reparación de estos problemas quirúrgicos (prolapso genital) mejora la función sexual de las pacientes [19]. No se demostraron diferencias estadísticamente significativas de la función sexual femenina entre las mujeres que terminaron su embarazo por vía vaginal en relación a las que se sometieron a cesáreas [20]; en cambio, las pacientes sometidas a histerectomía pre-

sentaron niveles de deseo y satisfacción sexual bajos [21]. En el estudio realizado, la disfunción sexual femenina en las pacientes con antecedente de cirugía pélvica fue de 35% (OR=2.26; IC-95%=1.31-3.90; P=0.003), lo que indica riesgo como en los estudios ya citados.

En relación al deseo sexual inhibido, se reporta que un tercio de las mujeres lo padecen y que está asociado a la escolaridad de la mujer, situación laboral, satisfacción de las necesidades básicas, y satisfacción sexual [22]. En los EEUU, un estudio afirma que la disfunción sexual es un problema de Salud Pública, concluyen que la disfunción sexual es más prevalente en las mujeres (43%) que en los hombres (31%), y que está asociada a la edad y al nivel educacional [7]. La menopausia es una etapa que implica una serie de cambios fisiológicos y anatómicos, que de alguna manera alteran la vida sexual de las mujeres [23].

Se identifican como problemas asociados a la excitación y al orgasmo, la baja autoestima, sumisión, problemas conyugales, temores en la sexualidad y falta de información sexual [24]. Un estudio chileno reporta que la sexualidad alcanza su máxima expresión entre los 35 y 40 años, sobre todo en lo referente al deseo y excitación, y que a los 44 años se incrementa el riesgo de disfunción sexual (OR=3.6; IC-95%=2.1-6.3). La mayor educación y estabilidad de pareja disminuyen el riesgo de disfunción sexual (OR=0.45; IC-95%=0.28-0.80) y (OR=0.58 IC-95%=0.35-0.98) [2, 7, 14]. En el presente estudio la prevalencia de pacientes que presentaron disfunción sexual femenina fue del 61.1% y cuyas edades estuvieron entre 41 a 60 años; lo cual se relaciona con los estudios expuestos; sin embargo, según la instrucción, la disfunción sexual es más frecuente en las pacientes con nivel de instrucción secundaria con el 55.7%, seguido del nivel superior con el 27.9%, también según el estado civil se identificó que en el grupo con disfunción sexual femenina y el 73.8% estaban casadas, el 11.5 % eran solteras, el 8.7% fueron divorciadas y el 6% mantenían una unión libre, siendo resultados diferentes a los ya citados en estudios anteriores [2, 14].

En esta investigación se establecieron como factores de riesgo en orden de importancia: la instrucción primaria (OR=7.04; IC-95%=2.21-22.27; P=0.0001), la edad comprendida entre los 41 a 60 años (OR=5.72; IC-95%=3.37-9.70; P=0.0001), los trastornos nerviosos (OR=2.70; IC-95%=1.44-5.04 P=0.002), las enfermedades

orgánicas (OR=2.35; IC-95%=1.44-3.82; P=0.001), el antecedente de cirugía pélvica (OR=2.26; IC-95%=1.31-3.90 P=0.003), la violencia (OR=1.95; IC-95%=1.03-3.70; P=0.047); estos factores de riesgo son similares a los hallados en otras poblaciones como el estudio de Blümel J y cols., quienes encuentran que después de los 44 años se incrementa el riesgo de disfunción sexual (OR=3.6; IC-95%=2.1-6.3; P< 0.0001) [13]; sin embargo, difiere de otros resultados como el de Oelrich Olivares P, quien encuentra que la escolaridad de la mujer no fue un factor asociado a disfunción sexual (P>0.05) [2].

La presente investigación detectó factores protectores o preventivos de disfunción sexual femenina similares a los relatados en la información científica internacional, como el estado civil de unión libre (OR=0.23; IC-95%=0.11-0.48; P=0.0001), la instrucción superior (OR=0.37; IC-95%=0.23-0.60; P=0.0001); otros investigadores como Blümel, et al. en 2004 demostraron que la mayor educación y la estabilidad de pareja disminuyen el riesgo (OR=0.45; IC-95%=0.28-0.80; P<0.005 y OR=0.58; IC-95%=0.35-0.98; P<0.05 respectivamente) [7]. El consumo de cigarrillo y alcohol también mostraron comportarse como factores de protección, sin embargo, su papel constituye una interrogante aunque se sospecha que en aquellas pacientes el cigarrillo o el alcohol remitiría momentáneamente la ansiedad, lo cual influiría favorablemente en algunas de las formas clínicas de la disfunción sexual sobre todo en las del deseo y la excitación sexual [24].




## CONCLUSIONES

La prevalencia de disfunción sexual femenina en las pacientes que acuden a las dependencias de Ginecología del hospital "José Carrasco Arteaga" fue muy alta (60.4%), dentro de los factores de riesgo asociados estuvieron la instrucción primaria, la edad comprendida entre los 41 a 60 años, los trastornos nerviosos, las enfermedades orgánicas, el antecedente de cirugía pélvica y finalmente la violencia; mientras que como factores protectores o de prevención están la unión libre, la instrucción superior, el consumo de cigarrillo y de alcohol.

## CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

VM y AE: Diseño del estudio y análisis crítico. CA: Análisis estadístico. VM: Recolección de información y tabulación de datos. VM y CA: Redacción del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

## INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Viviana Matute Ortega. Médica especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital María Lorena Serrano. El Guabo, El Oro-Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3888-2112>
- Carlos Arévalo Peláez. Magister en Investigación de la Salud. Universidad de Cuenca. Cuenca, Azuay-Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6427-4954>
- Andrea Espinoza Peña. Médica especialista en Ginecología y Obstetricia. Jefatura del departamento Materno Infantil HJCA. Cuenca, Azuay-Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0741-5164>

## ABREVIATURAS

DSF: Disfunción Sexual Femenina; Col: Colaboradores; OR: Odds ration; IC-95%: intervalo de confianza al 95%; P: valor de p; FSD: Female Sexual Dysfunction; OMS: Organización Mundial de la Salud; APA: Asociación de Psiquiatría Americana; CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades, décima versión; IFSF: Índice Función Sexual Femenina; SPSS: Statistical Package for the Social Sciences; Cols: colaboradores; N: número.

## AGRADECIMIENTOS

A todas las pacientes que colaboraron con la información para el presente estudio.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan ningún conflicto de intereses. La fuente económica de la investigación fue provista por la autora principal de la investigación. El presente artículo se basa en una publicación de un trabajo de graduación previa a la obtención del título de especialista en Ginecología y Obstetricia de Viviana Matute. La publicación original está en el repositorio digital de tesis de la Universidad de Cuenca con el link: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/5244>. PDF bajo publicación de libre acceso Creative Commons licencia 4.0. Publicación original de 73 páginas.

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Matute V, Arévalo C, Espinoza A. Estudio Transversal: Prevalencia de Disfunción Sexual Femenina y Factores Asociados en Pacientes del Hospital "José Carrasco Arteaga". Rev Med HJCA 2016; 8(1): 19-24. <http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.1.ao.03>

## PUBLONS

 <https://publons.com/review/322804/>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real RM. Estudio epidemiológico de la disfunción sexual femenina: asociación con otras enfermedades y factores de riesgo. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2012 [citado 26 de julio de 2013]. Recuperado a partir de: <http://tesis.repo.sld.cu/550/>
2. Olivares P. Evaluación de la función sexual en mujeres en edad reproductiva. [Citado 26 de julio de 2013]; Recuperado a partir de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmo.28e/sources/fmo.28e.pdf>
3. Charnay M, Henríquez E. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. Cienc Enferm. 2003; 9(1):55-64.
4. IUGA Sexual Dysfunction in Women Roundtable. Int Urogynecology J. 7 de Abril de 2009; 20(S1):1-2.
5. Bechara AJ. Disfunción Sexual Femenina. Universidad de Buenos Aires; 2004 [citado 26 de julio de 2013]. Recuperado a partir de: [http://www.imeweb.com.ar/trabajos/tesis\\_doctorado\\_disfuncion\\_sexual\\_femenina.pdf](http://www.imeweb.com.ar/trabajos/tesis_doctorado_disfuncion_sexual_femenina.pdf)
6. Bustamante F, de los Ángeles Larrain M, Zúñiga P, Nieto F. Trastornos de la sexualidad. [Citado 25 de noviembre de 2013]; Recuperado a partir de: <http://www.soykapaz.cl/3c.pdf>
7. Blümel JE. Disfunción sexual en la mujer chilena. Medwave. 2009 [citado 25 de julio de 2013]; 9(10). Recuperado a partir de: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Congresos/4211>
8. Sánchez-Bravo C, Morales-Carmona F, Carreño-Meléndez J, Martínez-Ramírez S. Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y la asertividad. Perinatol Reprod Humana. 2005; 19(3-4):152-60.
9. Bravo CS, Meléndez JC, Ramírez SM, Lopez ME. Feminine and masculine sexual dysfunctions: gender comparison in a Mexico City sample. Salud Ment. 2005; 28(4):74-80.
10. DSF SIGLO XXI. [Citado 24 de julio de 2013]; Recuperado a partir de: [http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/articulo\\_especial\\_121a1290.pdf](http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/articulo_especial_121a1290.pdf)
11. Martínez M, Bustos H, Ayala R, Leroy L, Morales F, Watty A, et al. Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica. Rev Chil Obstet Ginecol. 2010; 75(4):247-52.
12. Función y disfunciones sexuales [Internet]. [Citado 25 de julio de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/502/502v35n02a13135164pdf001.pdf>
13. Mirna F. Sexualidad humana y causas de disfunciones sexuales [Internet]. Med-ULA, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Vol 1 No 3. Mérida, Venezuela; [citado 26 de noviembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21702/1/articulo3.pdf>
14. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States. JAMA J Am Med Assoc. 1999; 281(6):537-44.
15. Prevalencia de disfunción sexual femenina en una población que asiste a una unidad de urología [Internet]. [Citado 25 de julio de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2008/ur082d.pdf>
16. Función y disfunciones sexuales. [Citado 25 de julio de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/502/502v35n02a13135164pdf001.pdf>
17. Kamei J. Estudio de la prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres que asisten a consultorio externo de gineco-obstetricia del Hospital la Serena. Revista Chilena de Urología. 2005 [citado 12 de octubre de 2013]; 70(4). Recuperado a partir de: [http://www.cesi.cl/articulos/Estudio\\_de\\_la\\_prevalencia\\_de\\_los\\_trastornos\\_de\\_la\\_sexualidad\\_La\\_Serena\\_Chile.pdf](http://www.cesi.cl/articulos/Estudio_de_la_prevalencia_de_los_trastornos_de_la_sexualidad_La_Serena_Chile.pdf)
18. Kingsberg SA, Janata JW. Trastornos sexuales femeninos: valoración, diagnóstico y tratamiento. Clínicas Urol Norteamérica. 2007; 34(4):497-506.
19. Montiel C, Marcucci R, Contreras A. Función sexual antes y después de la reparación quirúrgica del prolapso genital. Rev chil obstet ginecol. 2013; 78(2):102-13.
20. Hosseini L, Iran-Pour E, Safarinejad MR. Sexual Function of Primiparous Women After Elective Cesarean Section and Normal Vaginal Delivery. Urol J. 2012; 9(2):498-504.
21. Chenevard CL, Román Mella F. Percepción, síntomas y sexualidad en mujeres histerectomizadas\*. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2007; 33(1):0-0.
22. Charnay M, Henríquez Fierro E. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. Cienc Enferm. 2003; 9(1):55-64.
23. González I, Miyar E. Respuesta sexual en la mujer climática. Rev Cuba Med Gen Integral. 2001; 17(4):390-4.
24. Bravo CS, Meléndez JC, Ayala NPC, Almaraz CH. Perfiles de los indicadores relacionados con trastornos de la excitación y el orgasmo femeninos. Psicol Salud. 2010; 20(2):251-60.