

ORIGINALES

Disfunciones sexuales femeninas en atención primaria: una realidad oculta

L. Guirao Sánchez^a, L. García-Giralda^b, I. Casas^c, J.V. Alfaro^a, F.J. García-Giralda^d
y L. Guirao Egea^e

^aCentro de Salud de Alguazas. Murcia España.

^bCentro de Salud Murcia-centro. Murcia. España.

^cConsultorio Simón García. Murcia. España.

^dCentro de Salud de Cehegín. Murcia. España.

^eFacultad de Medicina. Universidad de Murcia. Murcia. España.

ABSTRACT

Objetive: To detect female sexual dysfunction and its association with the different phases of life in primary health care.

Material and method: We performed a longitudinal, observational, open, multicenter study, using a validated questionnaire on female sexual health and dysfunction.

Results: Of the 638 questionnaires delivered to the 4 participating health centers, 403 were completed.

Sexual health: sexual satisfaction, fair, quite a lot, or a lot 75%; interested in sex, somewhat, a bit, or not at all 77.17%; pleasurable sensations, sometimes, hardly ever, or never 70.22%; excitement during sexual relations, quite a lot or a lot 75.7%; pain during sexual relations, no pain at all 89.03%; reaching orgasm, always or almost always 53.59%; sexual problems in the couple, never or hardly ever 84.62%; would go without sexual relations, never or hardly ever 33.29%, sometimes or often 49.22%; depressed or nervous due to sexual problems, never or hardly ever 13.15%, sometimes or often 82.88%.

Causes of sexual problems: illness (anxiety-depression syndrome) 38.61%; pregnancy 20.79%; birth of a child 18.32%; contraceptives 21.78%; taking medication 5.94%; domestic violence 3.45%; problems in the relationship with the partner: 35.15%. More than one of the previous causes (17.33%).

Conclusions: Female sexual dysfunction is frequent and has a deep impact on women's relationships. Consequently when treating women with sexual dysfunction, primary care physicians should adopt an integral approach and investigate health and personal conflicts, as well as relationship difficulties in the couple.

Aceptado para su publicación el 14 de diciembre de 2006.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad y los conflictos sexuales entran en el abordaje global de la salud que debe realizar la medicina de familia, apoyándose en la ginecología y en otras disciplinas. Hablar de la sexualidad como un aspecto más de la salud nos permitirá acercarnos a los aspectos psicosociales, valorar el grado de satisfacción vital y detectar problemas¹.

Las disfunciones sexuales abarcan diferentes formas de incapacidad para participar en una relación sexual deseada. Según los casos, se trata de una falta de interés, una imposibilidad de sentir placer, un fracaso en la respuesta fisiológica necesaria para la interacción sexual o una incapacidad para controlar o sentir el orgasmo.

Los consensos clínicos prefieren utilizar los subtipos que proporciona el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales en su texto revisado (DSM-IV-TR)² para indicar el inicio, el contexto y los factores etiológicos asociados a los trastornos de disfunciones sexuales.

Para Master y Johnson (1970)³ un 50% de las parejas heterosexuales presenta alguna disfunción sexual. Frank, Anderson y Rubistein (1978)⁴ establecen una prevalencia de disfunciones sexuales en parejas de un 40% para los varones y un 60% para las mujeres. Posteriormente Nathan (1986)⁵ mantiene unas cifras del 15% en varones y del 35% en mujeres.

Frecuentemente, las pacientes que presentan algún tipo de disfunción sexual, especialmente disminución del deseo sexual y trastornos de la excitación, achacan su problema a agotamiento físico, estrés psíquico, condiciones sociales o laborales difíciles, problemas de pareja, abuso de alcohol y efectos secundarios de medicamentos. No obstante, en la valoración de estas pacientes se ha de investigar la presencia de factores de riesgo cardiovascular, enfermedades orgánicas y trastornos mentales concomitantes⁶.

Los diversos estudios acerca de disfunciones sexuales sugieren que alrededor del 20-25% de los casos se deben al uso de sustancias o fármacos de uso común en la consulta de atención primaria⁷, por lo que se hace necesario preguntar acerca de estos problemas a las pacientes que toman medicamentos que pueden interferir en la función sexual para, entre otras cosas, evitar el rechazo de las pacientes y el consiguiente abandono del plan terapéutico.

Las disfunciones femeninas son las más prevalentes, sin embargo las disfunciones que más se consultan en los centros sanitarios son las que afectan a varones, concretamente la disfunción eréctil (a pesar de que la más frecuente en el varón es la eyaculación prematura). Uno de los estudios más relevantes para calcular la prevalencia de las disfunciones femeninas es el realizado mediante la encuesta de salud de Estados Unidos en 1.749 mujeres (1999)⁸, en el que se observa que el 43% de ellas presenta alguna disfunción sexual cuando se consultaba acerca de los últimos 12 meses.

Nuestro propósito es acercarnos a la realidad de las disfunciones sexuales femeninas en atención primaria para evaluar su impacto en la calidad de vida y en su salud, así como para derivar, en su caso, a estas pacientes para su atención especializada, en los supuestos que lo precisen.

El objetivo de este trabajo es detectar, en atención primaria, la disfunción sexual femenina y su relación con las distintas etapas de la vida.

Secundariamente se valora su estado de salud y hábitos de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio longitudinal, observacional, abierto y multicéntrico, para analizar las disfunciones sexuales femeninas en atención primaria, utilizando el cuestionario validado sobre salud y disfunción sexual femenina (SyDSF-AP) (anexo 1).

El tamaño muestral necesario era de 369 (para una respuesta estimada del 40%⁹ y con una precisión $\alpha =$

0,05). La inclusión ha sido consecutiva en un período de 3 meses, con el único criterio selectivo de ser mujer mayor de 18 años y que aceptara realizar el cuestionario.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 403 cuestionarios (63,15%) de los 638 entregados en los 4 centros de salud participantes en el estudio, que representan diversas características sociodemográficas (rural, semiurbano, urbano y metropolitano de población comprendida entre 3.900 y 350.000 habitantes).

Datos sociosanitarios

La edad promedio de las participantes fue de 48 años (desviación estándar [DE], 16). El estado civil era mayoritariamente casadas (67,25%) y el 94,79% (382) con pareja estable en los últimos 6 meses. El número de embarazos medio era de 1,71 y el número de hijos era de 1,6. El nivel educacional estaba ampliamente distribuido en ninguno (21,2%), primarios (49,05%), secundarios (18,30%) y superiores (11,45%), y la situación laboral era activa en 234 participantes, 131 amas de casa y 38 pensionistas.

Respecto a los hábitos saludables, fumaba el 52,36%, consumía alcohol el 30,52% y realizaba ejercicio físico el 19,6%.

El 42,68% manifestó que no había presentado ninguna enfermedad en los últimos 6 meses y el 58% recibió algún tipo de tratamiento médico en el mismo período (87 tomaban anticonceptivos orales). Presentaban hipertensión arterial (HTA) 87 mujeres (21,59%), diabetes mellitus 26 (6,45%), hipercolesterolemia 76 (18,86%), artrosis 54 (13,4%) y trastornos ansiosos y/o depresivos 132 (32,75%).

Salud sexual

Las respuestas sobre una escala Likert se muestran en la tabla I.

TABLA I. Salud sexual. Resultados de la encuesta DSF-AP

Satisfacción sexual	Bastante, mucho o muchísimo el 75%
Interés por el sexo	Algo, un poco o nada el 77,17%
Sensaciones placenteras	A veces, casi nunca o nunca el 70,22%
Excitación durante la relación	Bastante, mucho o muchísimo el 75,7%
Dolor durante la relación	Nada el 89,03%
Alcanza el orgasmo	Casi siempre o siempre el 53,58%
Dificultades sexuales en pareja	Nunca o casi nunca el 33,29%
Prescindirían de las relaciones sexuales	Nunca o casi nunca el 33,29%, a veces o a menudo el 49,22%
Deprimida o nerviosa por problemas sexuales	Nunca o casi nunca el 13,15%, a veces o a menudo el 82,88%

TABLA II. Desencadenantes de problemas sexuales. Encuesta DSF-AP

Enfermedad	38,61%
Embarazo	20,79%
Nacimiento hijo	18,32%
Anticonceptivos	21,79%
Fármacos	5,94%
Violencia doméstica	3,47%
Problemas de pareja	35,15%
Más de una causa anterior	17,33%

Desencadenantes de problemas sexuales

El 50,02% (202) de las mujeres encuestadas ha contestado este apartado y los datos se recogen en la tabla II.

Puntuación a la pareja

La puntuación media que conceden estas mujeres a sus parejas es de 7,12 puntos (4-10).

Comentarios

Realizados por el 7,94% de las encuestadas, se describen como:

- Influencia negativa del estrés, 23,4%.
- Influencia de los hijos, 17,23%.
- Problemas por actitud egoísta de la pareja, 31,25%.
- Dificultades por los fármacos, 12,5%.
- Les gustaría consultar con un sexólogo, 6,25%.
- Otras, 9,37% (sentimiento de culpa, ausencia de diálogo, el problema es de su pareja).

CONCLUSIONES

Si bien se consiguió un número de cuestionarios superior al tamaño muestral requerido, la principal limitación de este estudio es el desconocimiento de los problemas y disfunciones sexuales del 36,85% de las mujeres que no entregaron el cuestionario, por lo que no se pueden inferir estos resultados a la población general. No obstante, se entiende que esa dificultad no invalida el objetivo de detectar las disfunciones sexuales femeninas en atención primaria.

Una de las conclusiones es la aparente discordancia entre la valoración a la pareja y el que 7 de cada 10 mujeres podrían prescindir de la relación sexual, que entendemos es debida a que en la sexualidad femenina son muy importantes la comunicación y el cortejo, como refieren en los comentarios al achacar

los problemas de sexualidad a la actitud egoísta de su pareja.

Aunque para los profesionales es muchas veces un tema difícil de tratar por las barreras morales y culturales¹⁰, por el componente emocional que conlleva y por la escasa formación pre y posgrado en sexología, la utilización de un cuestionario autoadministrable favorece la sinceridad en las respuestas al preservar su intimidad y permite la exploración de la salud sexual en un corto período.

A pesar de que algunos autores opinan que las disfunciones sexuales femeninas no son un problema de salud^{11,12}, la realidad nos muestra que las cifras de prevalencia son muy elevadas y que tienen un importante impacto en el contexto sociofamiliar y de pareja de las mujeres, puesto que la sexualidad femenina trasciende la respuesta sexual genital¹, de manera que cuando se presenta una mujer con disfunción sexual en atención primaria se debe indagar acerca de conflictos vitales, personales o de pareja y realizar un abordaje integral.

RESUMEN

Objetivo: Detectar la disfunción sexual femenina y su relación con las distintas etapas de la vida en atención primaria.

Material y método: Estudio longitudinal, observacional, abierto y multicéntrico, utilizando el cuestionario validado sobre salud y disfunción sexual femenina (SyDSF).

Resultados: Se recogieron 403 cuestionarios de los 638 entregados en los 4 centros de salud participantes en el estudio.

Salud sexual: satisfacción sexual, bastante, mucho o muchísimo el 75%; interés por el sexo, algo, un poco o nada el 77,17%; sensaciones placenteras, a veces, casi nunca o nunca el 70,22%; excitación durante la relación, bastante, mucho o muchísimo el 75,7%; dolor durante la relación, nada el 89,03%; alcanza el orgasmo, casi siempre o siempre el 53,59%, dificultades sexuales en pareja, nunca o casi nunca el 84,62%; prescindirían de las relaciones sexuales, nunca o casi nunca el 33,29%, a veces o a menudo el 49,22%; deprimida y nerviosa por problemas sexuales, nunca o casi nunca el 13,15%, a veces o a menudo 82,88%.

Desencadenantes de problemas sexuales: enfermedad (síndrome ansioso-depresivo) el 38,61%, embarazo el 20,79%, nacimiento de un hijo el 18,32%, anticonceptivos el 21,78%, toma de fármacos 5,94%, violencia doméstica el 3,47%, problemas de pareja el 35,15%. Más de una causa de las anteriores (17,33%).

Conclusiones: Las disfunciones sexuales femeninas son frecuentes y tienen un importante impacto en el contexto sociofamiliar y de pareja de las mujeres, de manera que cuando se presenta una mujer con disfunción sexual en atención primaria se debe indagar acerca de conflictos vitales, de salud, personales o de pareja y realizar un abordaje integral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ojuel J, Fuentes M, Mayolas E. Disfunción sexual femenina. AMF. 2005;1:86-93.
2. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2004.
3. Masters WH, Johnson VE. Incompatibilidad sexual humana. Buenos Aires: Inter-Médica; 1970.
4. Frank E, Anderson C, Rubinstein D. Frequency of sexual dysfunction in normal couples. N Engl J Med. 1978;299:111-5
5. Nathan SG. The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunction. Sex Manta Ther. 1986;12:276-81.
6. Guirao L, García-Giralda L, Sandoval C, Mocciano A. Disfunción eréctil en atención primaria como posible marcador del estado de salud: factores asociados y respuesta al silde-nafil. Aten Primaria. 2002;5:290-6.
7. Cabello F. Disfunción eréctil: un abordaje integral. Madrid: Psimática; 2004.
8. Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA. 1999;281:537-44.
9. Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar J, Caballero A. Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). Aten Primaria. 2004;34:286-94.
10. Nazarath I, Boynton P, King M. problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. BMJ. 2003;327:409-10.
11. Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. BMJ. 2003;326:45-7.
12. Moynihan R. The marketing of a disease: female sexual dysfunction. BMJ. 2005;330:19-4.

ANEXO 1. Cuestionario validado acerca de la salud y la disfunción sexual femenina (SyDSF-AP)

Este cuestionario es anónimo y pretende valorar la salud sexual de la mujer y detectar la disfunción sexual femenina (SyDSF-AP)

1. ¿Cuántos años tiene?
2. ¿Estado civil? Casada Soltera Separada Viuda Divorciada
3. ¿Tiene pareja estable en los últimos 6 meses? Sí No
4. Número de embarazos
5. Número de hijos
6. Nivel de estudios Ninguno Primarios Secundarios Superiores
7. Situación laboral Activa Sin trabajo Pensionista
8. Hábitos ¿Realiza ejercicio físico? Sí No
Tabaco Sí No
Alcohol Sí No
9. ¿Padece alguna enfermedad?
Hipertensión arterial Diabetes Hipercolesterolemia Depresión
Síndrome ansiedad Artrosis Otras ¿Cuál?
¿Toma fármacos? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuáles?

(Continúa en la página siguiente)

ANEXO 1. (Continuación)

¿Ha mantenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses? En caso afirmativo conteste a las siguientes preguntas:

10. ¿Está satisfecha con su vida sexual?

Nada Un poco Algo Bastante Mucho Muchísimo

11. ¿Ha decaído su interés por el sexo?

Nada Un poco Algo Bastante Mucho Muchísimo

12. ¿Tiene menos sensaciones placenteras durante su relación sexual?

Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre

13. ¿Se siente excitada o estimulada durante su relación sexual?

Nada Un poco Algo Bastante Mucho Muchísimo

14. ¿Siente dolor durante la relación sexual?

Nada Un poco Algo Bastante Mucho Muchísimo

15. ¿Logra tener orgasmos?

Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre

16. ¿Tiene dificultades sexuales cuando tiene sexo con su pareja, pero no cuando se masturba en soledad?

Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre

17. Si por usted fuera, ¿podría prescindir de las relaciones sexuales?

Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre

18. ¿Se siente deprimida y nerviosa porque tiene problemas sexuales?

Nunca Casi nunca A veces A menudo Casi siempre Siempre

19. En caso de tener problemas sexuales, éstos comenzaron después de... (marque todas las que considere)

Enfermedad ¿Cuál?

Embarazo

Nacimiento de un hijo

Ingesta de anticonceptivos

Toma de fármacos

Algún hábito tóxico

Violencia doméstica

Problemas de pareja

20. ¿Qué nota le pondría a su pareja de 0 a 10?

21. ¿Desea realizar algún comentario?
