

Disfunciones sexuales en el sistema sanitario: ¿y nosotras qué?

Luis García-Giralda Ruiz^a, Lorenzo Guirao Sánchez^b, Juan Vicente Alfaro González^c, Isabel Casas Aranda^a, Yaiza Torralba Tophan^a y María Teresa Izquierdo Ros^a

^aCentro de Salud Murcia-Centro. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. SMS. Murcia. España.

^bCentro de Salud de Alguazas. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. SMS. Murcia. España.

^cCentro de Salud de Archena. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. SMS. Murcia. España.

RESUMEN

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

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 el 82,88%.

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

– *Puntuación a la pareja:* puntuación media de 7,12 puntos (4-10).

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 hay que indagar acerca de conflictos vitales, de salud, personales o de pareja y realizar un abordaje integral.

Palabras clave: Disfunción sexual femenina. Cribado. Atención primaria de salud.

ABSTRACT

Sexual dysfunction in the health system: and what are we doing?

Objective: The aim of this research is to detect female sexual dysfunctions and their links with the different phases of life in primary health care.

Method: A longitudinal, observational, open and multicentric study, using the validated questionnaire about sexual female health and dysfunction.

Results: 430 of the 638 questionnaires delivered in the four participant health centres were collected.

– *Sexual health:* sexual satisfaction: a lot or quite a lot 75%; interested in sex: some, a bit or any interest at all 77.17%; pleasant sensations: sometimes, never or hardly ever 70.22%; excitement during sexual relations: a lot or quite a lot 75.7%; pain during sexual relations: any pain at all 89.03%; reach orgasm: always or almost always 53.59%; have sexual problems with couple: never or hardly ever 84.62%; would go with out 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%.

– *Cause of the sexual problem:* illness 38.61%; pregnancy 20.79%; birth of a child 18.32%; anti-conceptives 21.78%; taking medicines 5.94%; domestic violence 3.45%; couple problems 35.15%. More than one previous causes (17.13%).

– *Partner score:* average score of 7.12 points (4-10).

Conclusions: Sexual female dysfunctions are frequent and have a deep impact in social-familiar and couple context of the women. So when we treat a woman with sexual dysfunction in primary health care, we must search health, personal or couple vital conflicts and provide a complete treatment.

Key words: Female sexual dysfunction. Screening. Primary health care.

Correspondencia: Dr. L. García-Giralda Ruiz.
Escultor Sánchez Lozano, 7, 1.ª planta. 30005 Murcia. España.
Correo electrónico: lgiralda@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Cuando realizamos alguna búsqueda bibliográfica en cualquier base de datos acerca de temas relacionados con la sexualidad, probablemente nos encontraremos con que la mayoría de los artículos publicados en disfunciones sexuales en el contexto de la medicina asistencial de los diversos sistemas sanitarios, se refieren a la sexualidad masculina y, concretamente, a la disfunción eréctil en esta última década como parte de un trastorno orgánico, mientras que los relacionados con las disfunciones femeninas podemos encontrarlos mayoritariamente en el contexto de trastornos psicoafectivos, pero difícilmente en el entorno de los sistemas sanitarios. Esto se explica, en parte, porque hasta hace poco la sexualidad no era una parte integrante de la salud, de tal forma que constituía un asunto ajeno a los profesionales sanitarios. De hecho, hasta 1987 la Organización Mundial de la Salud no se hizo eco del tema y definió la “salud sexual” como un derecho básico del ser humano.

Cada vez más los profesionales de atención primaria entendemos que la sexualidad y los conflictos sexuales entran en el abordaje global de la salud que se debe realizar en la medicina de familia, apoyándose en otras disciplinas como la andrología, la urología y la ginecología. Hablar de la sexualidad como un aspecto más de la salud nos permite 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 Johnson³ un 50% de las parejas heterosexuales presenta alguna disfunción sexual. Frank et al⁴ establecen una prevalencia de disfunciones sexuales en parejas de un 40% para los varones y un 60% para las mujeres. Posteriormente Nathan⁵ 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 me-

dicamentos. No obstante, en la valoración de estas pacientes hemos 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 debe 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 y concretamente la disfunción eréctil (a pesar de que la más frecuente en el varón es la eyaculación prematura), probablemente porque la disminución del deseo es el trastorno más frecuente en las mujeres y no se le considera como importante para su estado de salud⁸.

Se dispone de varias pruebas diagnósticas para medir el grado de disfunción sexual⁹, pero los cuestionarios autoevaluativos son las herramientas que mejor pueden superar las barreras morales y culturales¹⁰.

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)¹¹, 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 su 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.

Objetivo

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

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)¹².

El tamaño muestral necesario era de 369 (para una respuesta estimada del 40%¹³ y con una precisión $\alpha = 0,05$), pero decidimos duplicar la muestra en previsión de las pérdidas observadas en otros estudios acer-

ca de sexualidad. 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).

A. Datos sociosanitarios. La edad promedio de las participantes fue de 48 años (desviación estándar: 16). El estado civil era mayoritariamente casada (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 de educación 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 no trabajaban y 38 eran 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 87 mujeres (21,59%), diabetes mellitus 26 (6,45%), hipercolesterolemia 76 (18,86%), artrosis 54 (13,4%), incontinencia urinaria 38 (9,43%) y trastornos ansiosos y/o depresivos 132 (32,75%).

B. Salud sexual. Las respuestas en una escala Likert se muestran en la figura 1.

C. Desencadenantes de problemas sexuales. 202 encuestadas contestaron este apartado (fig. 2).

D. Puntuación a la pareja. La puntuación media que concedieron estas mujeres a sus parejas fue de 7,12 puntos (4-10).

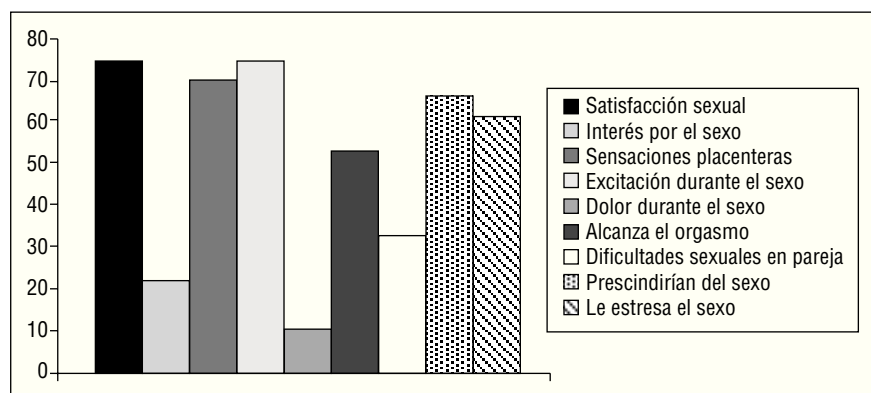


Figura 1. Salud sexual.

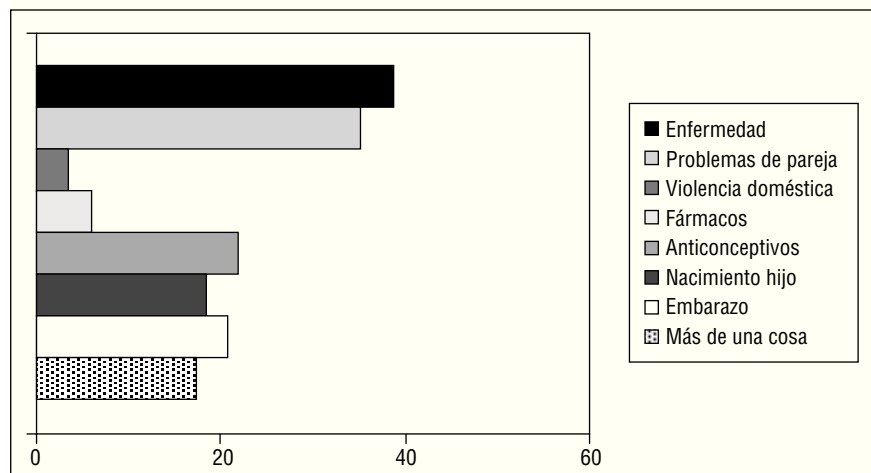


Figura 2. Desencadenantes de la disfunción sexual.

E. Comentarios. Los realizó el 7,94% de las encuestadas y 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 sexual lo tiene su pareja).

DISCUSIÓN Y 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 por el 36,85% de las mujeres que no entregaron el cuestionario, por lo que no podemos inferir estos resultados a la población general. No obstante entendemos que esa dificultad no invalida el objetivo de detectar las disfunciones sexuales femeninas en atención primaria.

Podemos observar que bastantes mujeres encuestadas (25%) no están satisfechas sexualmente y tampoco tienen interés por el sexo, a pesar de que sientan sensaciones placenteras y se exciten durante la relación sexual. Llama la atención que más de la mitad de las mujeres se “estresen” por las relaciones sexuales con su pareja, alcanzando el orgasmo solamente en la mitad de las ocasiones, e incluso muchas podrían prescindir a menudo de las relaciones sexuales. Aun así, las pacientes valoran bastante bien a sus parejas otorgándole un “notable” en sus relaciones sexuales.

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 se debe, en gran parte, 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 culturales¹⁴, 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 espacio de tiempo. Por otra parte, cuando indagamos en los problemas de salud de nuestra pacientes, sobre todo los que afectan al área ginecológica y urológica, tenemos una oportunidad para preguntar y detectar los problemas sexuales de muchas de éstas¹⁵.

A pesar de que algunos autores opinan que las disfunciones sexuales femeninas no son un problema de salud^{16,17}, 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 debemos indagar sobre conflictos vitales, personales o de pareja y realizar un abordaje integral.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros maestros en salud de la mujer, el Prof. Juan José Parrilla, el Dr. Santiago Palacios y nuestro sexólogo amigo Paco Cabello. A Alberto Murcia, por su empeño en que sigamos mejorando en el campo de la urología y al comité editorial por su amable invitación a publicar este estudio.

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. Master WH, Jhonson 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. J Sex Marital 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 sildenafil. Aten Primaria. 2002;5:290-6.
7. Cabello F. Disfunción eréctil: un abordaje integral. Madrid: Psimática ediciones; 2004.
8. Guirao L, García-Giralda L, Casas I, Alfaro JV, García-Giralda FJ. Disfunciones sexuales femeninas en atención primaria: una realidad oculta. Clin Inv Ginecol Obstet. 2007;34:90-4.
9. Phillips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. Am Fam Physician. 2000;62:127.
10. Argimon JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2.ª ed. Madrid: Ediciones Harcourt, S.A.; 2000.
11. Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA. 1999;281:537-44.
12. Casas I, Guirao L, García-Giralda L, Alfaro JV, Sandoval C, García-Giralda FJ. SyDSF-AP: un cuestionario de 21 ítems para aproximarnos a la salud sexual y detectar las disfunciones sexuales femeninas en atención primaria. Semergen. 2007;33:9-13.
13. 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.
14. Nazareth I, Boynton P, King M. problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. BMJ. 2003;327:409-10.
15. García-Giralda L, Guirao L, Alfaro JV, Velasco MA, Caravaca J, Sandoval C. La calidad de vida: un nuevo argumento para abordar la incontinencia urinaria en Atención Primaria. Cuadernos de Urología. 2004;45:19-22.
16. Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. BMJ. 2003;326:45-7.
17. Moynihan R. The marketing of a disease: female sexual dysfunction. BMJ. 2005;330:19-4.