ORIGINAL

Disfunción sexual femenina en atención primaria: estudio de prevalencia

Olivares Ortiz J, Sánchez Sánchez M, De Miguel Vicenti M

La Salud sexual viene definida por la OMS 1975) como "la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor". Una buena salud sexual no es una necesidad básica pero sí un importante elemento que contribuye a una mejor calidad de vida. Una buena salud sexual reporta múltiples beneficios y se ha relacionado con una mayor longevidad[1].

La disfunción sexual femenina (DSF) es la alteración persistente o recurrente de alguna de las fases de la respuesta sexual femenina que provoca malestar e insatisfacción en la persona que lo padece. Su origen multifactorial tiene que ver con condiciones anatómicas, médicas, fisiológicas, psicológicas y sociales[2,3]; por tanto su abordaje debe ser llevado a cabo por un profesional capaz de entender al ser humano como un entidad biopsicosocial; probablemente el médico de familia sea el mejor capacitado para ello. La presencia de una disfunción sexual supone una merma en la calidad de vida[1].

El estudio de la función sexual femenina se ha abordado hasta ahora con investigaciones de carácter fisiológico, a través de instrumentos que no son de uso habitual en la práctica clínica. Por otro lado se han empleado diferentes cuestionarios autoadministrados [Brief Sexual Function for Women BSFI-W), Female Sexual Function Index FSFI), Sexual Function Questionarie SFQ)], que son métodos bien estandarizados, relativamente baratos, fáciles de administrar y que han demostrado ser útiles en estudios epidemiológicos y para la práctica clínica[4.]

En este momento contamos con el cuestionario Función Sexual Femenina FSM) estructurado a partir de la última clasificación de la DSM IV, validado en España[1], que constituye un instrumento útil en el diagnóstico individual y que es válido para estudios epidemiológicos.

Se sabe poco acerca de la prevalencia de DSF en la población general[5-8]. Los estudios de prevalencia desarrollados hasta ahora dan unas cifras que oscilan en torno al 40%, con una clara relación con la edad[4,9], desempleo[4,9], no estar casada[6] y el nivel educativo más bajo[6,9].

Los tipos de disfunción sexual que se han visto con más frecuencia en estudios previos son la disminución del deseo sexual[6,7], la sequedad vaginal[6,8,15], la anorgasmia[6,8,15], la dispareunia[6,8] y la ansiedad en el contexto de la relación sexual[8].

Dada la alta prevalencia de la DSF en la población general el profesional más competente para su abordaje debe ser el médico general[10]. Los médicos de familia frecuentemente se sienten poco cualificados para tratar los problemas sexuales[11]. Se tiende, en general, a subestimar la prevalencia de problemas sexuales en nuestra población[12]. Los médicos de familia deben asumir un papel activo en el diagnóstico y tratamiento de estos trastornos. Las estrategias terapéuticas básicas para la mayoría de las disfunciones sexuales pueden ser desarrolladas con éxito en atención primaria con el conocimiento de la fisiología sexual femenina y la aplicación de unos conocimientos médicos y ginecológicos básicos; la derivación se puede reservar para los pacientes que no respondan al tratamiento[13]. Los trastornos sexuales en la mujer deben ser abordados desde estrategias psicológicas y fisiológicas; aunque se le ha atribuido un gran valor a la psicoterapia en la DSF hay pocos estudios bien diseñados que demuestren su eficacia[14].

En una consulta médica de un centro de salud con un cupo de 1.500 adultos, se calcula que hay un mínimo de 90 personas con un problema sexual para el que les gustaría recibir ayuda[15].

La mayoría de los pacientes consideran apropiado hablar con sus médicos de familia de sus problemas sexuales[6,16]. Las mujeres consultarían a sus médicos de familia por este tipo de problemas y además prefieren que sea su médico quien les pregunte sobre el tema y no hacer una consulta directa[17].

Se han identificado como barreras para hablar con su médico de familia de problemas sexuales la

edad y sexo del médico, la falta de tiempo y de intimidad de las consultas y la identificación de dichos problemas como propios de otra especialidad[18].

El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de la DSF en la población del Centro de Salud, a través de la aplicación del cuestionario FSM, a través de la relación entre DSF y factores sociodemográficos (edad, nivel de estudios, profesión); también evaluar si los pacientes consultarían a su médico de familia por un problema de tipo sexual: conocer este dato abre nuevas vías de investigación dirigidas a saber por qué los pacientes que consultarían a su médico no lo hacen, y si los médicos de familia disponen de los conocimientos y herramientas necesarias para abordar estos problemas desde atención primaria.

MATERIAL Y MÉETODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal, desarrollado sobre la población femenina de 18 a 65 años adscrita al centro de salud de una localidad de la periferia sur de Madrid. Se procede al cálculo del tamaño muestral a partir de las cifras de prevalencia estimada por los estudios previos (40%) mediante el programa Epidat.

Está basado en el uso del cuestionario FSM, desarrollado y validado en España con un fin diagnóstico, con el que podemos detectar las diferentes clases de disfunción sexual femenina, al que se han añadido dos preguntas dirigidas a saber si las pacientes acudirían a su médico para consultar un problema sexual, autoadministrado en la muestra seleccionada.

El cuestionario FSM consta de 14 preguntas de respuesta múltiple, con una puntuación numérica asignada a cada respuesta. La corrección del cuestionario requiere de la utilización de una tabla de interpretación de resultados, para cuyo acceso es necesario ponerse en contacto con el autor de la misma[1].

La demanda que la disfunción sexual femenina pueda generar en las consultas del médico de familia depende del interés de la propia población por consultar dicho problema; por esta razón se incluyen en el cuestionario dos preguntas dirigidas a ello.

Los criterios de inclusión son: mujer, edad de 18 a 65 años, pertenecientes al cupo de pacientes del centro de salud, estar citada en la consulta tipo demanda o programada en el periodo de estudio. El único criterio de exclusión es la incapacidad para leer o comprender el cuestionario.

Para la selección de la muestra se procede a la aleatorización (Rasgosogt®, Melatesoft® 1.0) de los días del mes en el que se va a desarrollar el estudio y de los pacientes de las agendas de cada médico colaborador que cumplen los criterios de inclusión y exclusión. Cada día el médico investigador evalúa qué pacientes cumplen los criterios para entrar a formar parte del estudio. Se entrega al médico colaborador las encuestas correspondientes, que se dan en un sobre cerrado y anónimo. El médico colaborador explica brevemente que se trata de un trabajo realizado por un compañero del centro, que consta de una encuesta de 16 preguntas que abordan aspectos de su vida sexual, que es anónima y confidencial, y a continuación se le pregunta si quiere participar. El médico completa la primera hoja del cuestionario, lo que permite evaluar las pérdidas del estudio. La encuesta debe completarla en el mismo día de forma individual y fuera de la consulta, y entregarla a su médico en el sobre cerrado, que al día siguiente será entregado al médico investigador.

Para el cálculo estadístico se ha utilizado el programa SPSS 12.0®. Las variables del estudio son la disfunción sexual global (variable dependiente principal), los diferentes subtipos de disfunción sexual femenina (variables dependientes secundarias), es decir las relacionadas con el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, los problemas con la penetración vaginal y la ansiedad anticipatoria. Las variables independientes son edad, estudios, profesión, confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja, capacidad de disfrutar con la actividad sexual, iniciativa sexual, satisfacción con su vida sexual en general, frecuencia de actividad sexual, intención de consultar con un profesional si se padeciera un problema sexual, e intención de consultar con su médico de familia.

Se describe la muestra con la variable cuantitativa (edad) con su media y su desviación estándar y las variables cualitativas (estudios y profesión) con sus tablas de frecuencia. Las variables dependientes, principal y secundarias, y las variables independientes, todas ellas cualitativas, se expresarán con sus tablas de frecuencia.

Se analizan las asociaciones entre variables mediante tablas de 2 x 2, calculando la OR con su IC

95% y la X2 con su p valor correspondiente.

Se analizan las variables del estudio mediante análisis multivariante. Previamente se procede a estudiar la correlación entre las variables independientes mediante el modelo de correlación de Spearman. Se observa una correlación alta entre la variable "capacidad de disfrutar" y "confianza para comunicar preferencias" e "iniciativa sexual". También la variable demográfica "profesión" se correlaciona con "estudios" y "edad". Se eliminan las variables con información redundante. Al final, el análisis se hace sobre las variables independientes: edad, estudios, confianza para comunicar preferencias, iniciativa sexual, satisfacción general, intención de consultar al médico de familia, frecuencia de actividad sexual e intención de búsqueda de ayuda profesional.

RESULTADOS

El análisis se realizó con 244 encuestas contestadas. De las 136 encuestas no contestadas hay 83 que se corresponden en su mayoría con encuestas que el médico colaborador decidió no entregar por decisión propia.

Los datos demográficos de la muestra se pueden ver en la tabla 1. La edad media fue de 37,56 (DE 9,394) años. Las componentes de la muestra eran eminentemente trabajadoras, con un nivel de estudios bajo: 39% no habían completado sus estudios más allá de la educación básica (graduado escolar) y 13,1% había cursado estudios universitarios. Había 16% de amas de casa, 1,5% de estudiantes y el grupo predominante, el del sector servicios, supuso 66,9%.

La tabla 2 muestra la distribución del resto de las variables independientes. En general podemos decir que las mujeres de esta muestra tenían un nivel de satisfacción sexual elevado, por encima de 90%, con una iniciativa, confianza para comunicar sus preferencias y capacidad de disfrutar también altos. Por otro lado, la intención <a priori> de consultar a un profesional y a su médico de familia estaba por encima de 90% en ambos casos.

La distribución de los diferentes tipos de disfunción sexual, así como la disfunción sexual global se puede ver en la tabla 3. El dato más relevante es la cifra total de prevalencia de 24% para padecer algún tipo de disfunción sexual.

El 94,2% de las mujeres de esta muestra consultarían a su médico de familia en caso de padecer algún problema sexual, pero 66,7% de las pacientes que no consultarían ya padecían algún trastorno. El nivel de satisfacción sexual general era elevado (95%) y se relaciona con la presencia de disfunción (OR 3,422 (1,253-9,897) p<0,05); sin embargo, ni la frecuencia de actividad sexual ni la edad se relacionaban con un mayor nivel de satisfacción. Las amas de casa tenían 2,897 veces (1,270-6,604 IC 95% p<0,01) más disfunción de la fase del deseo y 3,776 (1,341-10,628 IC 95% p<0,01) más disfunción de la fase de excitación que las que desarrollaban algún tipo de profesión fuera del hogar.

La probabilidad de padecer algún tipo de disfunción sexual (DSF global) era mayor en mujeres con menor confianza para comunicar sus preferencias sexuales y en las que tenían relaciones sexuales con menos frecuencia; además, estas mujeres manifestaban estar menos satisfechas (tabla 4). Por otro lado, cada año que pasaba la probabilidad de tener alguna disfunción sexual aumentaba. Entre las mujeres que no consultarían a su médico por un problema sexual era más frecuente que algún tipo de disfunción.

Cuando se analizaron los factores que condicionaban los diferentes tipos de disfunción, encontramos que la disfunción de la fase del deseo, que es la más prevalente, era más frecuente en las mujeres sin iniciativa sexual y sin confianza para comunicar sus preferencias sexuales, se relacionaba con un menor nivel de satisfacción y se daba con más frecuencia en mujeres con estudios básicos. Y entre las que no consultarían a su médico de familia había una mayor frecuencia de disfunción del deseo y no existía relación significativa para el resto de tipos de disfunción, probablemente por el bajo número casos.

La edad se relacionó con las disfunciones de excitación y de lubricación, de manera que por cada año que pasaba éstas aumentaban.

Se ha demostrado en este análisis que la confianza para comunicar sus preferencias sexuales, frente al resto de variables, es la que tiene una relación más constante con todos los tipos de disfunción, excepto con la de excitación.

COMENTARIO

La prevalencia de disfunción sexual, cuando ésta

se analiza de forma global, es importante (24%) y más baja que en estudios previos[2,3,5,6,15,19-21]. Dada la gran variabilidad de resultados encontrados en otros estudios, que van del 20 al 70% de prevalencia de trastorno sexual, con mayor frecuencia de diferentes tipos de disfunción según el trabajo, es difícil sacar conclusiones. Las diferencias se justifican por los instrumentos de medida heterogéneos que se han utilizado y la falta de rigor en la definición de los problemas sexuales.

El cuestionario se diseñó para que sólo fuera contestado por las personas que hubieran mantenido actividad sexual en las cuatro semanas previas, lo que se consigue mediante un primera pregunta llave: si se contesta negativamente a ésta no se debe continuar con la encuesta. De esta forma la respuesta a las preguntas probablemente se basan en una experiencia más reciente y será, por tanto, más real. Sin embargo, si no se ha mantenido actividad sexual porque padece una disfunción, estamos perdiendo estos casos.

En estudios previos se había relacionado el nivel académico con experiencias sexuales menos placenteras[6]. En este estudio sólo se ha relacionado con la fase del deseo. Las áreas de la respuesta sexual que tienen más que ver con la respuesta fisiológica (excitación, lubricación, orgasmo), y por tanto más condicionada por factores biológicos, no se ven influidas por el nivel de estudios.

La mayoría de las mujeres consultarían a su médico si padecieran algún problema de tipo sexual. No obstante, hay un importante número de mujeres que sufren algún tipo de disfunción que no consultarían directamente, pero puede que por causa de otros trastornos (ansiedad, trastornos somáticos) sí acudan a la consulta.

En atención primaria hay que ser conscientes del problema que supone la DSF. Debemos evaluar nuestra formación al respecto para estar preparados para afrontar en el día a día de nuestra consulta los problemas sexuales de nuestras pacientes como parte de su atención integral.

Es necesario profundizar en el conocimiento de la DSF, así como evaluar la capacitación de los médicos de familia para afrontar el manejo de esta patología. Sería interesante ampliar el estudio con las mujeres que inicialmente no contestaron la encuesta por no haber tenido relaciones sexuales recientes, así como profundizar en las razones por las que las mujeres con problemas evitarían la consulta con su médico.

AGRADECIMIENTOS

Por su inestable apoyo y colaboración a lo largo de todo el largo proceso del estudio desde la gestación de la idea hasta su desarrollo a la Dra. Nieves Reyes Fernández y al Dr. Luis Benito Ortiz; por su ayuda con el abordaje estadístico del trabajo al Dr. Luis García Olmos; a todos los médicos de familia que colaboraron con el estudio en el Centro de Salud.

Tabla 1: Datos demográficos de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Estudios			
Sin estudios	4	1,5	0,410-3,791
Estudios básicos	104	39	32,951-44,988
Estudios medios	67	25,1	19,706-30,481
Estudios técnicos	57	21,3	16,246-26,451
Estudios universitarios	35	13,1	8,873-17,344
Profesión			
Ama de casa	43	16,5	11,830-21,247
Estudiante	4	1,5	0,421-3,892
Personal de enseñanza	14	5,4	2,449-8,321
Sector servicios	174	66,9	61,012-72,834
Trabajadora industrial	10	3,8	1,316-6,376
Personal sanitario	15	5,8	2,743-8,796

Tabla 2: Variables independientes.

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Satisfacción sexual general			
Buena satisfacción	224	92,9	89-506-96,386
Moderada satisfacción	5	2,1	0,677-4,775
Insatisfacción	12	5	2,026-7,933
Iniciativa sexual			
Buena iniciativa	188	78	75,572-83,445
Moderada iniciativa	28	11,6	7,365-15,871
Ausencia de iniciativa	25	10,4	6,316-14,431
Confianza para comunicar preferencias sexuales			
Buena confianza	214	89,2	85,026-93,307
Moderada confianza	17	7,1	3,629-10,537
Ausencia de confianza	9	3,8	1,138-6,362
Capacidad para disfrutar de actividad sexual			
Buena capacidad	195	81,3	76,104-86,396
Moderada capacidad	43	17,9	12,857-22,977
Incapacidad para disfrutar	2	0,8	0,101-2,978
Frecuencia de actividad sexual			
1-2 veces/semana	54	22,7	17,158-28,220
3-4 veces/semana	86	36,1	29,821-42,448
5-8 veces/semana	59	24,8	19,094-30,486
9-12 veces/semana	28	11,8	7,461-16,068
Más de 12 veces/semana	11	4,6	1,744-7,499
Búsqueda de ayuda profesional			
Sí	224	92,2	88,600-95,762
No	19	7,8	4,238-11,400
Búsqueda de ayuda medico de familia			
Sí	227	94,2	91,030-97,352
No	14	5,8	2,648-8,970

Tabla 3: Prevalencia de la disfunción sexual global y sus subtipos.

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Deseo			
Sin trastorno	209	86	81,441-90,576
Trastorno moderado	32	13,2	8,674-17,555
Trastorno grave	2	0,8	0,099-2,929
Total	34	14	9,384-18,485
Excitación			
Sin trastorno	222	92,1	88,506-95,723
Trastorno moderado	18	7,5	3,892-10,862
Trastorno grave	1	0,4	0,010-2,262
Total	19	7,9	4,220-11,354
Penetración vaginal			
Sin trastorno	220	97,3	95,028-99,662
Trastorno moderado	5	2,2	0,669-4,717
Trastorno grave	1	0,4	0,010-2,262
Total	6	2,6	0,311-4,607
Lubricación			
Sin trastorno	218	89,7	85,686-93,737
Trastorno moderado	18	7,4	3,892-10,862
Trastorno grave	7	2,9	0,569-5,168
Total	25	10,3	6,236-14,256
Orgasmo			
Sin trastorno	225	93	89,549-96,402
Trastorno moderado	9	3,7	1,119-6,258
Trastorno grave	8	3,3	0,839-5,718
Total	17	7	3,568-10,367
Ansiedad anticipatoria			
Sin trastorno	227	94,6	91,511-97,655
Trastorno moderado	9	3,8	1,119-6,258
Trastorno grave	4	1,7	0,448-4,144
Total	13	5,5	2,305-8,351
Disfunción sexual femenina global			
Con trastorno	54	24	16,717-27,515
Sin trastorno	171	76	70,197-81,803

Tabla 4: Resultados del análisis multivariante sobre la disfunción sexual global y sus subtipos.

	OR	IC 95%	p
Disfunción sexual femenino: global			
Frecuencia de actividad sexual	2,951	1,287-6,769	0,011
Confianza para comunicar preferencias	13,335	3,631-48,982	0,000
Satisfacción sexual general	3,676	1,020-13,247	0,047
Edad	1,067	1,020-1,116	0,005
Búsqueda de ayuda al médico de familia	11,834	2,487-56,323	0,002
Disfunción sexual femenina: deseo			
Iniciativa sexual	3,752	1,490-9,445	0,005
Confianza para comunicar preferencias	4,155	1,332-12,962	0,014
Satisfacción sexual general	4,821	1,282-18,131	0,020
Búsqueda de ayuda a médico de familia	4,447	1,080-18,318	0,039
Estudios	2,638	1,063-6,547	0,036
Disfunción sexual femenina: excitación			
Iniciativa sexual	8,546	2,374-30,759	0,001
Edad	1,124	1,039-1,216	0,004
Disfunción sexual femenina: penetración			
Confianza para comunicar preferencias	48,750	5,139-462,436	0,001

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez F, et al. Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). Atención Primaria 2004;34:286-94
2. Salonia A, et al. Women's sexual dysfunction: a pathophysiological review. BJU International.2004;93:1156-64.
3. Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the managment of sexual dysfunction. Obstetrics & Gynecology 2001;98:350-3.
4. Rosen RC. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. Fertility and Sterility 2002;77:S89-S93.
5. Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional sudy. Br Med J 2003;327:423-8.
6. Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunctions in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999;281:537-44
7. Orborn M, Hawton K, Gath D. Sexual dysfunction among middle aged women in the community. Br Med J 1988;296:959-962
8. Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachamann GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynaecological clinic. Journal of Sex and Marital Therapy 1993;19:171-88.
9. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction an d potencial risk factors that may impair sexual function in Turkish women. Urol Int 2004;72:52-7.
10. Richardson J. Sexual difficulties. A general practice speciality. Aust Fam Physician 1989;18:200-4.
11. Humphrey S, Nazareth I. GPs' views on their management of sexual dysfunction. Family Practice 2001;18:516-8.
12. Fisher E. Common sexual problems in general

practice. Aust Fam Phys 1986;15:43-7.

13. Phillips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. American Family Physician 2000;62:127-136.

14. Salonia A, et al. Women's sexual dysfunction: a pathophysiological review. BJU International 2004;93:1156-64.

15. Heiman JR. Psychologic treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do need them? Archives of sexual behavior 2002;31:445-50.

16. Dunn K, Croft P, Hackett G. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. Oxford University Press 1998;15:519-24.

17. Spence SJA. Problems that patients feel are appropriate to discuss with their GPs. J Soc Med 1992;85:669-73.

18. Metz M, Steifert M. Women's expectations of physicians in sexual health concerns. Fam Pract Res J 1988;7:141-152

19. Basson R, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. The Journal of Uurology 2000;163:888.

20. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. Family Practice 2003;20:690-5.

21. Arcos B. Female Sexual Function and response. JAOA 2004;104:s16-s20.

22. Mercer C, et al. Sexual function problems an help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. Br Med J 2003;327:426-7.

23. Lightner D. Female sexual dysfunction. Mayo Clinic Proceedings.2002;77:698-704.

24. Sarkadi A, Rosenqvist U. Contradictions in the medical encounter: female sexual dysfunction in primary care contacts. Oxford University Press 2001;18:161-6.

25. Blumel JE, et al. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Rec Chil Obstet Ginecol 2004;69:118-25.

26. Min K, et al. Experimental models for the investigation of female sexual funcion and dysfunction. International Journal of Impotence Research 2001;13:151-6.

27. Muznarriz R, KimNN, Goldstein I, Traish AM. Biology of female sexual function. Urol Clin North Am 2002;29:685-93.

28. Leiblum SR, Wiegel M. Pychotherapeutic interventions for treating female sexual dysfunction. World Journal of Urology 2002;20:127-36.

29. Michelson D et al. Female sexual disfunción associated with antidepressant administration: a randomized placbo-controlled study of pharmacologic intervention. Am J Psychiatry 2000;157:239-43.

30. Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation and treatment options. Urology 1999;54:385-91.