



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO Cirugía, Oftalmología,
Otorrinolaringología y Fisioterapia.

TESIS DOCTORAL

**Función Sexual Femenina en Castilla y León:
Rangos de Normalidad**

Fátima Castroviejo Royo

Valladolid, 2010

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

TESIS DOCTORAL

**Función Sexual Femenina en Castilla y León:
Rangos de Normalidad**

Fátima Castroviejo Royo

DIRECTOR:

Prof. Carlos Vaquero Puerta

CODIRECTORES:

Dr. Luis Antonio Rodríguez Toves

Dra. Consuelo Conde Redondo

Valladolid, 2010

A mis padres

Deseo mostrar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas sin las cuales, este trabajo no habría visto la luz:

Al profesor Carlos Vaquero Puerta, director de esta tesis y un verdadero apoyo en los momentos más difíciles. Gracias por colaborar en mi formación investigadora como residente, e iniciarme en el mundo de la investigación científica.

Al Dr. Luis Antonio Rodríguez Toves, por la colaboración, paciencia, apoyo brindados desde siempre y sobre todo por esa gran amistad que me brindó y me brinda, por escucharme y aconsejarme siempre.

A la Dra. Consuelo Conde Redondo, por su apoyo, ánimo, cariño, por compartir conmigo muchos momentos tanto alegres como tristes, por tener siempre tendida su mano amiga, por escucharme, en fin, por darme docencia y amistad desde el día en que la conocí.

Al Dr. José María Martínez-Sagarra Oceja, sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación son fundamentales para mi formación como urólogo e investigador.

Al Dr. Manuel González Sagrado, por su inconmensurable ayuda y paciencia en la parte estadística de esta tesis, sin él nunca hubiera obtenido los resultados aquí presentados.

A mis compañeros del Servicio de Urología del Río Hortega que en mayor o menor medida han colaborado con su tiempo, apoyo, paciencia y no pocas críticas constructivas, a que “las cartas” y esta tesis llegaran a su destino.

A las mujeres de Castilla y León que colaboraron anónimamente en la realización del estudio que hemos llevado a cabo.

A mis padres, Germán y M^a Jesús por estar siempre ahí, tanto en los momentos buenos como en los malos y enseñarme a que todas las carreras se ganan por etapas.

A Pablo, por su ánimo incondicional y la “Teoría de la Eficacia”.

En general quisiera agradecer a todas y cada una de las personas que han vivido conmigo la realización de esta tesis doctoral, con sus altos y bajos y que no necesito nombrar porque tanto ellas como yo sabemos que les agradezco el haberme brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo cariño y amistad.

ÍNDICE

Introducción.....	15
1 Sinopsis de la fisiología y fisiopatología de la respuesta sexual.....	20
Anatomía y fisiología de la excitación sexual genital.....	22
Cambios fisiológicos en los genitales durante la Respuesta Sexual.....	27
Cambios fisiológicos extragenitales durante la Respuesta Sexual.....	28
Regulación neuroquímica de la Respuesta Sexual.....	28
Regulación hormonal de la Respuesta Sexual.....	34
Evaluación Clínica de la Respuesta Sexual Femenina.	36
2 Disfunción Sexual Femenina.....	39
1 TRASTORNO DEL DESEO SEXUAL	50
2. TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN SEXUAL.	55
3. TRASTORNO ORGÁSMICO	59
4. TRASTORNO SEXUAL POR DOLOR	62
5. TRASTORNO SEXUAL DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA.	67
6. TRASTORNO SEXUAL INDUCIDO POR SUSTANCIAS.....	74
7. TRASTORNO SEXUAL NO ESPECIFICADO.....	78
Hipótesis y Objetivos.....	79
Hipótesis.....	81
Objetivos.....	82
Material y Métodos	83
1. Diseño del estudio.....	85
2. Ámbito de realización.....	85
3. Población de estudio.....	85
3.1. Criterios de inclusión y exclusión.	90

4. Variables estudiadas.....	91
4.1 Variables epidemiológicas.....	92
4.2 Variable de estudio de la función sexual femenina: cuestionario FSFI© versión en castellano.	93
5. Análisis estadístico.....	103
6. Tratamiento informático y control de calidad de los datos.....	104
7. Financiación y permisos.....	105
8. Revisión bibliográfica.....	105
Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.....	107
Resultados	111
1. Análisis descriptivo de la muestra.....	113
1.1. Grupo de estudio	113
1.1.1. Análisis descriptivo por provincia.	114
1.1.2. Análisis descriptivo por edad.	114
1.1.3. Análisis descriptivo según la raza.....	116
1.1.4. Análisis descriptivo según la tendencia sexual.	116
1.1.5. Análisis descriptivo según la actividad sexual.....	116
1.1.6. Análisis descriptivo por el número de relaciones sexuales en las cuatro últimas semanas.	117
1.1.7. Análisis descriptivo para el nivel de estudios.	118
1.1.8. Análisis descriptivo para el número de hijos.	118
1.1.9. Análisis descriptivo según el antecedente de cirugía vaginal previa.	119
1.1.10. Análisis descriptivo del tipo de intervención quirúrgica previa.....	120
1.2. Descripción de la variable: cuestionario FSFI©.	123
1.2.1. Resultados de cada una de las 19 preguntas del test FSFI©.	124
1.2.2. Resultados por índice de respuestas dadas a cada una de las 19 preguntas que componen el cuestionario FSFI©.....	129
1.2.3. Resultados de cada uno de los seis dominio que componen el test FSFI© y del resultado global del test FSFI©.....	148

2.Inferencia de las Medias a la Población de Estudio.....	154
3. Estadística analítica	159
3.1 Diferencias por Provincia	159
3.2 Diferencias por Grupo de Edad	176
3.3 Diferencias por Raza.....	190
3.4 Diferencias por Tendencia Sexual	194
3.5 Diferencias por Actividad Sexual en las Últimas Cuatro Semanas	198
3.6 Diferencias por Nivel Cultural/Nivel de Estudios	201
3.7 Diferencias por Número de Hijos	212
3.8 Diferencias por Intervención Quirúrgica Vaginal Previa	226
3.9 Diferencias por Tipo de Intervención Quirúrgica Vaginal Previa	235
4. Regresión Logística.....	250
Aplicabilidad de los Resultados	257
Discusión.....	261
1.Cuestionario de Función Sexual de la Mujer: FSM©.....	267
2.Cuestionario Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-31).....	272
3.Versión reducida del Cuestionario Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12).....	272
4.The Female Sexual Function Index (FSFI).....	274
5.Índice de Función Sexual Femenina (FSFI).....	275

Conclusiones	291
Aplicación a la Práctica Clínica: Tablas de Función Sexual para Mujeres de Castilla y León.....	295
Anexos.....	299
Bibliografía.....	319

INTRODUCCIÓN

Toda aproximación a la sexualidad humana requiere de una mirada a su concepto. Es el único modo de no parcializar, descontextualizar o, incluso, deshumanizar el afrontamiento de las dificultades en este ámbito.

Siguiendo a los principales autores que han escrito acerca del concepto de sexualidad, convenimos con ellos en que ésta es todo aquello relacionado con las partes, con los sexos, que resultaron de la opción de las especies por el sistema de reproducción sexual como forma óptima de adaptación, supervivencia y evolución. Por tanto, dando un gran salto hasta el momento actual de la humanidad, la sexualidad es todo aquello relacionado con todas las maneras posibles de ser hombre o mujer, en toda su diversidad. La sexualidad no equivale a “conductas sexuales”. En todo caso, éstas son una leve expresión de aquella. Parecen obvias estas afirmaciones, sin embargo, a no son compartidas, o no son tenidas en cuenta. De este modo ocurre que las diversas disciplinas que abordan cuestiones relacionadas con la sexualidad humana tienden a distorsionar tanto las cuestiones que en ocasiones, se pierde el sentido de su naturaleza sexual. De ahí podemos deducir la gran necesidad de alcanzar un lenguaje común entre los profesionales que, de un modo u otro, están en el ámbito de la sexualidad humana.

Tanto desde el ámbito de lo popular, como desde el profesional, existe una clara tendencia a asimilar la sexualidad con comportamientos sexuales, sin embargo, tal y como indicaba Katchadourian, la sexualidad descansa en dos pilares esenciales: todo lo relacionado con el dimorfismo sexual original, que el proceso de culturización transforma en el amplio concepto de identidad sexual, de género y todas sus derivaciones; y todo lo relacionado con la motivación sexual que, en términos humanos, se traduce en el deseo erótico y sus implicaciones.

Ambos ámbitos están relacionados entre sí. El deseo erótico no deja de ser una dimensión de la identidad sexual. El modo en que construimos y orientamos nuestro deseo erótico parte de la manera en que nos sentimos hombres o mujeres. Los

comportamientos sexuales funcionales o disfuncionales no son conductas aisladas, si no la expresión del deseo erótico, cuya dinámica se incorpora a la estructura general de personalidad. El deseo erótico es una emoción compleja que parte de sus bases biológicas heredadas genéticamente y se construye a lo largo de la socialización en el medio cultural, que es portador de su propio discurso acerca de la sexualidad.

El deseo erótico expresado y satisfecho a través de los comportamientos sexuales requiere del espacio de la intimidad. El hecho de sentirse seguro y confortable en este espacio necesita de un grado determinado de seguridad básica, donde el modelo interno, generado por el proceso de vinculación afectiva, de apego, juega un papel determinante.

Los comportamientos sexuales compartidos, que articulan el lenguaje erótico, se transforma en señales de comunicación verbal y gestual que se transmiten por los canales propios del sistema establecido entre dos personas. Por tanto la calidad de las vías de comunicación del sistema determina la calidad de la experiencia erótica compartida.

La experiencia erótica humana es de la más psicósomáticas, por tanto, la integridad de sus bases orgánicas psicofisiológicas son también decisivas para comprender las disfunciones sexuales¹.

En 1909, Ivan Bloch definía la sexología como ciencia; en 1921, se celebraba el primer congreso de sexología presidido por Magnus Hirschfeld. Desde entonces, ha ido evolucionando y asentándose, siguiendo un proceso muy similar al de otras disciplinas. No obstante, todavía hoy existe una falta de acuerdo sobre el significado de la sexología².

La concepción de ciencia ha cambiado en los últimos 40 años. La posición estricta del positivismo que conceptualizaba la ciencia como proporcionadora de verdad y fuente de toda sabiduría empírica, hoy no se sostiene. La gran mayoría de los científicos reniega de las tesis positivistas³, la nueva visión postpositivista del significado de la ciencia permite a la investigación tener un papel más creativo y cumplir una función más solucionadora de problemas. Bajo esta visión de la ciencia, se han aunado profesionales de varias orientaciones, remodelando la investigación sexual para que aumente su valor para la sociedad⁴.

La inexistencia, hasta ahora, de una institucionalización de la sexología como entidad propia, supone un freno al crecimiento en aplicación e investigación de esta emergente ciencia, la cual parte de la multidisciplinaridad, pero que al mismo tiempo se ve frenada por la misma.

La conducta sexual es una de las manifestaciones más importantes, aunque no la única, de nuestra sexualidad. Conlleva, junto a una compleja interacción de factores intrapsíquicos, interpersonales y sociales que intervienen en su iniciación y mantenimiento, una expresión psicofisiológica característica, un conjunto de cambios físicos y mentales que constituyen la llamada, desde Masters y Johnson⁵, respuesta sexual.

Los cambios fisiológicos más característicos tienen lugar en los órganos genitales, aunque, en realidad, la respuesta sexual implica al conjunto del organismo. Todos nuestros órganos y sistemas modifican en diversa medida su estado funcional durante ella. La complejidad de la respuesta sexual hace que requiera, para su desarrollo efectivo y gratificante, un cuerpo especialmente sano. Por ello, muchos trastornos del organismo de diverso tipo pueden afectar negativamente la producción de una respuesta sexual satisfactoria⁶.

1. Sinopsis de la fisiología y fisiopatología de la respuesta sexual.

La respuesta sexual consiste en una serie de fenómenos neurofisiológicos, vasculares y hormonales que afectan especialmente al funcionamiento de los órganos genitales y, en diferente grado, al de la totalidad del organismo. La respuesta sexual se suele describir esquemáticamente como una secuencia cíclica de etapas o fases características que se facilitan, refuerzan o inhiben entre sí⁷. En 1996 Masters y Johnson⁵ describieron por primera vez la respuesta sexual femenina que se compone de deseo, excitación, orgasmo y resolución (tanto fisiológicos como psicológicos). En 1974 Kaplan describió tres fases: deseo, excitación y orgasmo⁸.

En el análisis de la respuesta sexual humana se suelen diferenciar una serie de componentes: deseo, excitación y orgasmo (y la fase de resolución que le sigue), los cuales interactúan y se refuerzan o inhiben recíprocamente. Esta distinción tiene utilidad clínica: muchos procesos patológicos y/o sus tratamientos farmacológicos o quirúrgicos afectan primariamente a alguno de tales componentes de modo más o menos selectivo⁹. (Figura1)

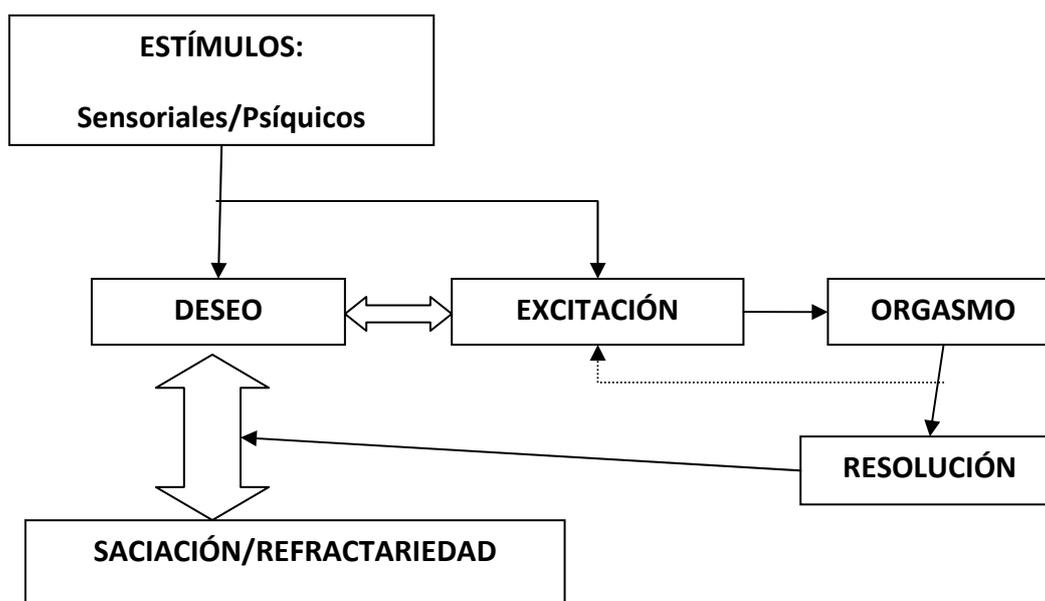


Figura1. Esquema interactivo del ciclo de la Respuesta Sexual humana. Interpretación circular.

El deseo es el estado mental creado por estímulos externos e internos que induce una necesidad o voluntad de tomar parte en la actividad sexual. Se podría decir que el deseo consta de: raíces biológicas, que se basan en parte en hormonas, como los andrógenos y estrógenos; raíces de motivación, basadas en la parte de la intimidad, el placer y cuestiones referentes a la relación; y cuestiones cognitivas que son el riesgo y el deseo.

La excitación es un estado de sentimientos específicos y alteraciones fisiológicas que habitualmente se asocia a una actividad sexual en la que intervienen los genitales. Consta de: mecanismos centrales, como son la activación de pensamientos, sueños y fantasías; mecanismos periféricos no genitales, como la salivación, el sudor, la vasodilatación cutánea y la erección de los pezones; y mecanismos genitales, como son la intumescencia del clítoris, los labios y la vagina.

El orgasmo es el estado de alteración de la conciencia asociado a una estimulación sensitiva fundamentalmente genital. Consiste en información aferente sensitiva múltiple procedente de los “puntos gatillo”, como el clítoris, los labios mayores y menores, la vagina, las glándulas periuretrales, que la transmiten en dirección central a estructuras supramedulares en las que probablemente interviene el septum talámico. Después de la estimulación sensitiva suficiente, la descarga central de neurotransmisores durante el orgasmo tiene como consecuencia contracciones motoras repetidas de un segundo del suelo de la pelvis (de 3 a 8 por orgasmo), seguidas a los dos a cuatro segundos de contracción repetida del músculo liso uterino y vaginal. También se transmite información sensitiva placentera a las áreas de del placer corticales⁷.

En la respuesta fisiológica se diferencian tres fases: excitación, orgasmo y resolución. (Tabla 1)

Anatomía y fisiología de la excitación sexual genital.

Los genitales externos femeninos consisten en diversas estructuras. La vagina es un órgano cilíndrico situado en la línea media que conecta el útero con los genitales externos. La pared vaginal está formada por tres capas: un epitelio escamoso estratificado interno de tipo mucoso que se apoya en una lámina propia gruesa, que experimenta cambios cíclicos relacionados con las hormonas; la muscular compuesta por fibras musculares lisas longitudinales externas y fibras circulares internas; y una capa fibrosa externa rica en colágeno y elastina que proporciona soporte estructural a la vagina. La vulva, limitada por la sínfisis del pubis, el esfínter anal y las tuberosidades isquiáticas, está compuesta por los labios, el espacio interlabial y el tejido eréctil. Las formaciones de los labios son dos estructuras cutáneas pares: los labios mayores, que son pliegues grasos cubiertos por piel revestida de vello que se fusionan por la parte anterior con el monte de Venus o prominencia anterior de la sínfisis del pubis y por la parte posterior con el cuerpo del periné o comisura posterior; y los labios menores, que son unos pliegues más pequeños cubiertos en su parte lateral por piel desprovista de vello y en la parte medial por mucosa vaginal, que se fusionan en la parte anterior para formar el prepucio del clítoris y en la parte posterior en la fosa navicular. El espacio interlabial está compuesto del vestíbulo, el meato urinario y la abertura vaginal, y está limitado por el espacio medial a los labios menores, la fosa navicular y el clítoris. El clítoris es un órgano en forma de “Y”, de 7 a 13 mm, compuesto del glande, el cuerpo y los pilares¹⁰. El cuerpo del clítoris está rodeado de la túnica albugínea y consta de dos cuerpos cavernosos pares formados por músculo liso trabecular y sinusoides lacunares. Finalmente, el bulbo vestibular está formado por estructuras pares localizadas por debajo de la piel de los labios menores y representa el homólogo del cuerpo esponjoso masculino¹¹.

FASE	ÓRGANOS GENITALES		REACCIONES EXTRAGENITALES
	HOMBRE	MUJER	AMBOS SEXOS
EXCITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Erección del pene. -↑del tamaño y elevación de testes. -Tumescencia del glande 	<ul style="list-style-type: none"> -tumescencia del clítoris y labios menores. -Lubricación vaginal. -Alargamiento de 2/3 internos de la vagina. -Estrechamiento 1/3 externo de la vagina. -Secreción mucoide por glándulas periuretrales. -Retracción del clítoris. 	<ul style="list-style-type: none"> -Erección de los pezones. -Hiperventilación. -Taquicardia. -↑presión sanguínea. -“Rubor sexual”.
ORGASMO	<ul style="list-style-type: none"> -Emisión seminal. -Eyaculación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Contracciones uterinas. -Contracciones 1/3 externo de la vagina. 	<ul style="list-style-type: none"> -Espasmos musculares. -Contracciones del ano. -↑ventilación pulmonar. -↑taquicardia. -↑presión sanguínea.
RESOLUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Involución rápida de la erección. -Periodo refractario. 	<ul style="list-style-type: none"> -↓lenta de la congestión pélvica. -Pérdida de la tumescencia del clítoris y labios menores. -Posible retorno a la fase orgásmica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Sudoración. -↓Presión sanguínea. -↓Frecuencia cardiaca.

Tabla 1. Respuesta sexual fisiológica en tres fases.

Los conocimientos respecto a la localización precisa de las estructuras neurovasculares vegetativas relacionadas con el útero, el cérvix y la vagina son limitados. Los nervios uterinos proceden del plexo hipogástrico inferior formado por la

unión de los nervios hipogástricos (simpáticos D10 a L1) y las fibras esplácnicas (parasimpáticas S2 a S4). Este plexo tiene tres porciones: plexo vesical, plexo rectal y plexo uterovaginal (ganglios de Frankenhauser), situado en la base del ligamento ancho, en posición dorsal a los vasos uterinos, y en una localización lateral respecto al ligamento uterosacro y cardinal. Este plexo inerva el cuello uterino, la parte superior de la vagina, la uretra, los bulbos vestibulares y el clítoris a través del ligamento cardinal y los ligamentos uterosacros. A nivel del cuello uterino, los nervios simpáticos y parasimpáticos forman los ganglios paracervicales. El de mayor tamaño recibe el nombre de ganglio cervicouterino, y es a este nivel donde se pueden producir lesiones de las fibras vegetativas de la vagina, los labios y del cuello uterino durante la histerectomía. El nervio pudendo (S2 a S4) alcanza el periné a través del conducto de Alcock y proporciona inervación sensitiva y motora a los genitales externos. (Tabla 2)

Nuestros conocimientos respecto a la forma en que el sistema nervioso central controla la función sexual femenina están llenos de grandes lagunas. Datos limitados sugieren que la modulación supramedular descendente de los reflejos genitales femeninos emana de: estructuras del tronco encefálico, como es el núcleo paragigantocelular (acciones inhibitorias por la serotonina), el *locus coeruleus* (noradrenalina, intumescencia nocturna durante el sueño REM) y la sustancia gris periacueductal del mesencéfalo; estructuras hipotalámicas, como es el área preóptica medial, el núcleo ventromedial y el núcleo paraventricular; y estructuras prosencefálica, como es la amígdala. Numerosos factores interactúa a niveles supramedulares para influir sobre la excitabilidad de los reflejos sexuales medulares, incluyendo: las hormonas gonadales, información sensitiva genital a través de la vía mielínica espinotalámica y la vía amielínica espinoreticular; e impulsos procedentes de los centros cognitivos corticales superiores.

Las respuestas de excitación sexual de las múltiples estructuras anatómicas genitales y no genitales periféricas son fundamentalmente producto de mecanismos reflejos a nivel de la médula espinal. Los segmentos medulares están sometidos a control descendente excitador e inhibitorio procedente de múltiples localizaciones supramedulares. La rama aferente es fundamentalmente refleja a través del nervio

puddendo. La rama eferente del arco reflejo consiste en una actividad somática y vegetativa coordinada. Un reflejo sexual medular es el reflejo bulbocavernoso, en el que participan los segmentos de la médula sacra S2, S3 y S4, en el cual la estimulación del nervio pudendo tiene como consecuencia la contracción muscular del suelo pélvico. Otro reflejo sexual medular implica la estimulación de los nervios vegetativos vaginales y cavernosos del clítoris, y tiene como consecuencia la tumescencia del clítoris de los labios y de la vagina.

RAICES	NERVIO	TIPO	NEURO-TRANSMISOR	FUNCIÓN
S3 (S2-S4)	N. PÉLVICO	Parasimpático	-Óxido Nítrico. (NO) -Neuropéptido. (VIP) -Acetilcolina.	-Erección. -Lubricación vaginal.
T12-L2	N. HIPOGÁSTRICO	Simpático	-Noradrenalina.	-Emisión seminal. -Contracciones uterinas. -Detumescencia
S2-S4	N. PUDENDO	- <u>Somatomotor</u> (m. bulboesponjoso, m. isquicavernoso, m. pubococcigeo) - <u>Somatosensorial</u> (sensibilidad de genitales externos).	-Acetilcolina.	-Erección. -Eyaculación. -Contracciones orgásmicas. -Sensibilidad táctil.

Tabla 2. Principales nervios periféricos que regulan el funcionamiento de los órganos genitales durante la Respuesta Sexual.

En condiciones basales, los músculos lisos del cuerpo del clítoris y de la vagina mantienen un tono de contracción. Después de la estimulación sexual, la liberación neurogénica y endotelial de óxido nítrico (NO) desempeña un papel importante en la relajación del músculo liso de la arteria cavernosa del clítoris y de las arterias helicinas¹². Esto conduce a un aumento del flujo arterial aferente al cuerpo cavernoso del clítoris, un aumento de la presión intracavernosa del clítoris y a la ingurgitación del mismo. El resultado es el afloramiento del glande del clítoris y una potenciación de la sensibilidad.

En condiciones de reposo, el epitelio vaginal reabsorbe sodio del trasudado plasmático de los capilares submucosos. Después de la estimulación sexual se liberan varios neurotransmisores, incluyendo el óxido nítrico (NO) y el péptido intestinal vasoactivo (VIP), modulando la relajación del músculo liso vascular y no vascular vaginal. El aumento espectacular del flujo capilar aferente en la submucosa desbordará la reabsorción de sodio, lo cual produce de 3 a 5 ml de trasudado vaginal, que potencia la lubricación fundamental para un coito placentero. La relajación del músculo liso vaginal produce un aumento de longitud de la vagina y del diámetro de la luz, especialmente en los dos tercios distales de la vagina. El péptido intestinal vasoactivo (VIP) es un neurotransmisor no adrenérgico, no colinérgico, que desempeña un papel potenciando el flujo sanguíneo vaginal, la lubricación y las secreciones¹³.

A continuación especificaremos los cambios fisiológicos genitales y no genitales y la regulación neuroquímica de la respuesta sexual.

Cambios fisiológicos en los genitales durante la Respuesta Sexual.

La fase de excitación se caracteriza por un considerable aumento del aporte sanguíneo a la pelvis y la región genital, debido a la vasodilatación de los órganos que contiene. En el hombre se traduce en la erección del pene, y el aumento de secreciones del tracto genital, como las de la próstata y las vesículas seminales. En la mujer, da lugar a la erección del clítoris y la vasocongestión del suelo pélvico, con aumento de tamaño y dilatación de la vulva, y la lubricación vaginal. Este último fenómeno, de gran importancia para facilitar la penetración, se debe al trasudado de plasma sanguíneo desde el plexo vascular perivaginal dilatado.

La fase orgásmica se caracteriza por contracciones intermitentes tanto de la musculatura lisa de los órganos genitales como de la musculatura esquelética de la pelvis. Manifestaciones del primer fenómeno son, en el hombre, la contracción del conducto deferente, enviándose los espermatozoides allí almacenados hacia la uretra, y de las vesículas seminales y la próstata, que vierten su contenido en la misma; en la mujer pueden producirse contracciones uterinas. La contracción rítmica de los músculos estriados del suelo de la pelvis, en el hombre, propulsa el líquido seminal a lo largo de la uretra, expulsándole con cierta fuerza (ello requiere el cierre simultáneo del cuello vesical para impedir el paso del eyaculado a la vejiga). En la mujer estos músculos hacen estrecharse, intermitentemente las paredes de la porción más externa de la vagina. El esfínter anal se contrae también de modo intermitente en ambos sexos. La pérdida de tono de estos músculos, además de producir problemas como incontinencia urinaria y prolapsos, afecta también a la intensidad y el placer de la respuesta sexual. Por el contrario, la rehabilitación tonificante de dichos músculos además de ser eficaz para prevenir problemas genitourinarios, como la incontinencia urinaria o los prolapsos de órganos pélvicos; pueden mejorar significativamente la calidad y la intensidad de las sensaciones sexuales⁹.

Cambios fisiológicos extragenitales durante la Respuesta Sexual.

En la respuesta sexual hay también un importante componente extragenital que implica a diversos órganos y sistemas de nuestro organismo. La utilidad fisiológica de algunos de estos cambios es evidente; permiten, por ejemplo, aumentar el aporte de sangre y oxígeno a los órganos genitales o disipar el calor. Así, durante la excitación hay aumento de la presión sanguínea, de la frecuencia cardíaca y de la ventilación pulmonar que alcanzan su máximo en el orgasmo, decayendo rápidamente tras el mismo. Tras el orgasmo se manifiesta también, con intensidad variable, una reacción de sudoración. Se han encontrado también cambios en los niveles plasmáticos de varias hormonas, siendo los más documentados los aumentos de vasopresina durante la excitación, de oxitocina durante el orgasmo y de prolactina tras el mismo. Se han descrito también, aumentos más difusos y sostenidos (no confirmados con todos los estudios) de adrenalina, gonodotropinas y testosterona asociados a la actividad sexual. Hay importantes cambios psíquicos, con sensaciones que se suelen percibir como sumamente placenteras. La experiencia orgásmica conlleva una alteración del estado de conciencia de variada intensidad. Todo ello indica que la función sexual implica una auténtica respuesta integrada, que afecta a la totalidad del organismo⁹.

Regulación neuroquímica de la Respuesta Sexual.

La regulación neuroquímica se estudia en dos niveles¹⁴:

- Neurotransmisión periférica.
- Neurotransmisión central.

a. Neurotransmisión periférica.

Gran parte de los cambios, genitales y extragenitales, que conlleva la respuesta sexual están regulados fundamentalmente por la actividad de los nervios que, desde el sistema nervioso central, se proyectan sobre los distintos órganos implicados. En su mayor parte, dicha inervación la proporcionan las divisiones parasimpática y simpática del sistema nervioso autónomo, que regula la actividad de los distintos órganos del cuerpo, incluidos los genitales. Para ello, utilizan una variada gama de neurotransmisores. Con respecto a la respuesta sexual, a la actividad parasimpática se le atribuyen fenómenos de vasodilatación, característicos de la fase de excitación, aunque es probable que la inervación simpática también transmita señales erectógenas. La actividad simpática predomina claramente en los fenómenos orgásmicos, tanto genitales como extragenitales.

La inervación somática es también importante al transmitir, tanto señales sensoriales, fundamentalmente en todo el proceso de excitación y respuesta sexual, como órdenes motoras a grupos musculares específicos tales como los del suelo pélvico.

La lesión de estos nervios por traumatismo y tumores de la próstata o del recto y como secuela de su tratamiento quirúrgico, es causa frecuente de disfunción sexual. La capacidad de funcionamiento de estos nervios de los genitales resulta también muy afectada por diversos trastornos crónicos como la diabetes mellitus o la insuficiencia renal o por agentes terapéuticos (por ejemplo, antihipertensivos).

Los nervios del sistema nervioso autónomo ejercen su acción sobre los diversos órganos mediante la liberación de neurotransmisores. Tradicionalmente, se ha considerado a la noradrenalina y la acetilcolina, como los más importantes de los empleados por el sistema simpático y parasimpático respectivamente. Sin embargo, se está descubriendo la participación de varios otros mensajeros químicos, como el péptido intestinal vasoactivo (VIP) o el óxido nítrico (NO), mediadores de la llamada

transmisión “no-adrenérgica-no-colinérgica” (NANC), que parecen ser más importantes, especialmente el segundo, para las respuestas de erección, que la acetilcolina¹². La vagina está ricamente inervada por fibras nerviosas inmunorreactivas al VIP que están en íntima relación con el epitelio y los vasos sanguíneos. El óxido nítrico se considera que es el principal mediador de la ingurgitación del clítoris y de los labios^{12,13}.

Los neurotransmisores del sistema nervioso autónomo interactúan con diversas señales reguladoras, producidas por los propios tejidos genitales. Tales mensajeros locales proceden de la secreción paracrina (por el endotelio del tejido eréctil) y autocrina (por las propias células musculares lisas) del tejido eréctil. Entre ellos se encuentran diversos prostanoïdes, vasoconstrictores y vasodilatadores (como las prostaglandinas E), péptidos (como la endotelina) y óxido nítrico, producido por el endotelio.

b. Neurotransmisores centrales.

Dentro del sistema nervioso central, las estructuras preópticas internas, la región del hipotálamo anterior y las áreas del hipocampo-límbicas afines son responsables de la excitación sexual. Cuando estos centros se activan transmiten sus señales eléctricas a través del sistema autónomo.

Se han identificado también, muchos de los neurotransmisores que intervienen en los circuitos cerebrales y meduloespinales de la conducta sexual. (Tabla 3). Destacan entre ellos las monoaminas: dopamina, noradrenalina y serotonina. Las catecolaminas dopamina y noradrenalina intervienen fundamentalmente en vías centrales facilitadoras del comportamiento sexual, mientras que a la serotonina se le atribuyen efectos predominantemente inhibitorios (aunque matizados por los subtipos de receptor serotoninérgico implicado). En otros neuromedidores de la conducta sexual destacan

diversos péptidos, incluidos los opioides endógenos (con acciones inhibitorias) y la alfa-MSH, algunos aminoácidos y el óxido nítrico.

Se dispone de fármacos que imitan, potenciándole, la acción de algunos de los neurotransmisores que actúan en el cerebro facilitando la iniciación fisiológica de la respuesta sexual. La apomorfina SL (Uprima™) imita la acción cerebral de la dopamina y el péptido sintético Melanotan es un análogo del neuromediador fisiológico alfa-MSH. Ambos han demostrado su eficacia en el tratamiento de los trastornos sexuales. Parecen de mayor utilidad cuando hay un componente psicógeno importante. Es previsible que se desarrollen también nuevos y más eficaces fármacos de acción central en un futuro próximo. Los neurotransmisores y los fármacos relacionados con ellos, pueden influir sobre el comportamiento sexual por diversos mecanismos. Uno es su intervención directa en los relevos sinápticos de las vías neurales, centrales o periféricas, que regulan estas conductas. Otro es influyendo sobre la actividad endocrina del hipotálamo y la adenohipófisis y, secundariamente, sobre la secreción de esteroides sexuales dependiente de ellas.

NEURO- TRANSMISORES	LUGARES DE ACCIÓN		
	INERVACIÓN GENITAL	MÉDULA ESPINAL	CEREBRO
<u>-MONOAMINAS:</u>			
• Dopamina	• -----	• -----	• +++
• Serotonina	• -----	• +++	• +++
• Noradrenalina	• +++	• +	• +++
<u>-ACETILCOLINA</u>	• +++	• ++	• +
<u>-AMINOÁCIDOS:</u>			
• GABA	• -----	• -----	• ++
<u>-PÉPTIDOS:</u>			
• Opioides	• -----	• +	• +++
• VIP	• +++	• -----	• -----
• Neuropeptido Y	• +	• -----	• ++
• Alfa-MSH	• -----	• -----	• +++
• Sustancia P	• +	• +	• -----
• Oxitocina	• -----	• +	• ++
• Gn-RH	• -----	• -----	• ++
• TRH	• +	• ++	• +
<u>-GASES:</u>			
• NO	• +++	• ++	• ++
• CO	• ++	• -----	• ++

Tabla 3. Neurotransmisores centrales y periféricos implicados en el control de la función sexual. Participación de diferentes neurotransmisores en la función sexual: +++, claramente establecida; ++, probable; +, posible; -----, no hay datos que lo sustente.

A su vez, las hormonas gonadales influyen sobre la actividad de varios neurotransmisores centrales como las monoaminas o los opioides. La hormona adenohipofisaria prolactina, disminuye la motivación y reactividad sexuales, en ambos sexos; de hecho, la disfunción sexual puede ser el síntoma inicial de un cuadro de hiperprolactinemia. Ello parece deberse a su acción inhibitoria de la secreción de las gonadotropinas (y, por consiguiente, de los esteroides gonadales), y a su antagonismo directo de la transmisión dopaminérgica en algunas áreas cerebrales. Los efectos sexuales de muchos fármacos son producto de la combinación de sus acciones sobre neurotransmisores centrales o periféricos con los que ejercen sobre las secreciones hormonales^{15,16,17}. (Tabla 4)

FÁRMACOS	
Medicación cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Antihipertensivos: bloqueantes beta, agonistas alfa 2, antagonistas alfa1, metildopa, reserpina, diuréticos.... • Digitálicos. • Clofibrato.
Medicación neuropsiquiátrica	<ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos tricíclicos. • Antidepresivos serotoninérgicos. (SSRIs) • Litio • Benzodiazepinas • Antiepilépticos • Levodopa
Medicación gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Antihistamínicos H2
Medicación hormonal	<ul style="list-style-type: none"> • Antiandrógenos • Estrógenos • Ketoconazol

Tabla 4. Fármacos a los que se ha encontrado con mayor frecuencia efectos adversos sobre la función sexual.

Las dos últimas décadas han visto un crecimiento espectacular de los conocimientos sobre fisiología y farmacología sexual. Estos permiten explicar, así como prevenir y tratar, muchas de las disfunciones sexuales que se están detectando con mayor frecuencia en un aparte importante de la población. Es previsible que la prevalencia de tales trastornos aumente en un futuro próximo, dado el envejecimiento de la población y la mayor supervivencia a enfermedades crónicas y a la mayor información por parte de médicos y pacientes.

Por otra parte, la investigación creciente de los mecanismos fisiológicos de la respuesta sexual está descubriendo, hasta el nivel molecular, nuevas señales biológicas mediadoras de la respuesta sexual y que son susceptibles de ser imitados o interferidos mediante fármacos. Muchos aspectos importantes del funcionamiento sexual se desconocen o comprenden insuficientemente todavía. Los profesionales pueden y deben contribuir a este conocimiento mediante la comunicación de observaciones, rigurosas y libres de prejuicios, realizadas en el curso de su práctica clínica.

Regulación hormonal de la Respuesta Sexual.

En la respuesta sexual femenina intervienen varias hormonas, pero las fundamentales son: estrógenos y testosterona.

- Estrógenos.

Los estrógenos influyen de forma importante en la función sexual de la mujer. Las concentraciones de estradiol afectan a la totalidad de las células del sistema nervioso central e influyen en la transmisión nerviosa. Si los estrógenos descienden (estradiol < 50pg/μl), el epitelio de la mucosa vaginal se adelgaza, y la musculatura lisa de la pared de la vaginal se atrofia. También se produce un medio menos ácido en el

conducto vaginal. Estos cambios pueden, incluso, provocar infecciones vaginales y de las vías urinarias, incontinencia y manifestaciones de disfunción sexual. En las mujeres postmenopáusicas, la hormonoterapia sustitutiva a base de estrógenos consigue que se recuperen los umbrales de la sensibilidad vibratoria y de la presión de la vagina. Los estrógenos tiene también efectos vasopresores y vasodilatadores que aumentan el riego sanguíneo en el clítoris y la vagina. Los síntomas más frecuentes de la disfunción sexual por déficit de estrógenos son: pérdida del deseo, actividad sexual menos frecuente, coitos dolorosos, disminución de la reactividad sexual, dificultades para lograr el orgasmo y disminución de la sensibilidad genital^{9,18}.

- Testosterona.

Cuando los niveles de testosterona descienden (menos de 20pg/dl de testosterona total o menos de 0.9pg/dl de testosterona libre) se observa disminución de la excitación sexual, de la sensibilidad de los genitales, de la libido y el orgasmo. Además, estos niveles de testosterona bajos se acompañan de caída del vello púbico, adelgazamiento de la mucosa vaginal, y de una disminución generalizada de la sensación de bienestar. Actualmente no hay preparados de testosterona para la mujer que estén aprobados por la Food and Drug Administration; sin embargo se ha demostrado que la administración de testosterona a las mujeres menopáusicas u ooforectomizadas aumenta el deseo sexual, todos los andrógenos con llevan el riesgo de virilización de la mujer (acné, hirsutismo, irregularidades menstruales, calvicie, cambios de voz o hipertrofia del clítoris, hipercolesterolemia)^{9,18}.

Evaluación Clínica de la Respuesta Sexual Femenina.

Hasta hace unos años la evaluación de las mujeres que se quejaban de trastornos de la función sexual se reducía a efectuar un estudio o valoración psicológica. Los estudios fisiológicos de la respuesta sexual femenina en el ámbito clínico se han complicado por la dificultad para cuantificar objetivamente los cambios que se producen durante la excitación sexual. A diferencia de la respuesta eréctil en el varón, hay muchos cambios genitales que forman parte de la respuesta sexual femenina, como ya hemos descrito, y que son, no sólo difíciles de medir, sino que pueden pasar desapercibidos para la propia paciente. Debemos hacer dos evaluaciones complementarias: la médica/fisiológica y la evaluación psicosocial/psicosexual¹⁸.

- Evaluación médica/fisiológica.

Para evaluar a una paciente con disfunción sexual hay que realizar una exploración clínica completa, incluido el examen ginecológico y una evaluación psicológica, unos análisis hormonales o estudios de laboratorio si están indicados, y una valoración fisiológica de los parámetros que miden la excitación sexual. De esta manera se pueden obtener y evaluar unos parámetros subjetivos y objetivos. El perfil hormonal que sugerimos comprende el análisis de la hormona foliculoestimulante (FSH), la hormona luteinizante (LH), la prolactina, los niveles de testosterona libre y total, la globulina unida a las hormonas sexuales (SHBG), y las concentraciones de estradiol. La testosterona está unida a la albúmina y a la SHBG de la sangre. Los niveles de SHBG se elevan con la edad y descienden al administrar estrógenos endógenos. Si se registra un nivel anormal de estrógenos o de testosterona, se puede empezar la hormonoterapia sustitutiva correspondiente para resolver o mejorar los síntomas de la paciente. Las mujeres que tienen niveles bajos de estrógenos o de testosterona experimentan habitualmente síntomas como disminución de la libido,

menor sensibilidad, sequedad vaginal, dispareunia, y menos capacidad para excitarse.

Debe identificarse la existencia de ciertas enfermedades, como los que interrumpen el eje hipotálamo-hipofisario, o los déficits hormonales secundarios a la menopausia, a la quimioterapia antineoplásica, o los que aparecen después de ooforectomía bilateral. Igualmente hay que reconocer y sustituir, si no hay contraindicación, ciertos medicamentos que afectan negativamente a la función sexual como: antihipertensivos, antipsicóticos, antidepresivos, sedantes, antiandrógenos, anticonceptivos orales¹⁴... (Tabla 4)

La evaluación de la respuesta sexual femenina en el ámbito clínico confirma el problema de la paciente y permite además diagnosticar posibles enfermedades orgánicas, como la insuficiencia vascular, las alteraciones hormonales o los procesos neurológicos. Los estudios que se realizan tratan de precisar los límites normales de los siguientes parámetros:

- Riego sanguíneo de los genitales: presión sistólica máxima presión diastólica final del clítoris, los labios, la uretra y la vagina por medio de la ecografía-doppler.
- Parámetros de la lubricación vaginal.
- Distensibilidad/elasticidad vaginal: cambios de la curva presión-volumen.
- Sensibilidad genital: umbrales de la percepción vibratoria y térmica.

Estas medidas deben determinarse en condiciones basales y después de aplicar estímulos sexuales. La definición de estos parámetros antes de emprender un tratamiento médico puede llegar a convertirse en una norma de la asistencia¹⁸.

- Evaluación psicosocial/psicosexual.

Además de las evaluaciones fisiológicas, en todas las pacientes hay que evaluar los problemas emocionales o de relación con la pareja que pueden favorecer algunas disfunciones.

El clínico debe conocer el contexto en el que la paciente obtiene sus experiencias sexuales, en donde está encuadrada su autoestima y su imagen corporal, y conocer su capacidad para expresar sus necesidades sexuales a su pareja. Esta evaluación es un elemento esencial del estudio ya que los aspectos emocionales o de relación deben resolverse antes de aplicar ningún tratamiento e indudablemente antes de determinar la eficacia del mismo.

Para evaluar la función sexual subjetiva, especialmente la excitación existen varios instrumentos, los más usados los cuestionario de función sexual como puede ser el FSFI© de Rosen del cual es objeto nuestro estudio, el Bief Index of Sexual Function Inventory (BISF-W) es un cuestionario de 21 apartados relativos a interés, actividad, satisfacción y preferencias sexuales y que distingue a las pacientes deprimidas, a las que sufren alguna disfunción sexual y a las mujeres sana el Sex History Form (SHF, 46 puntos), los cambios en el Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ, 35 puntos), el Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR, 25 puntos), el Female Sexual Function Index (FSFI, 19 puntos), el Golombok-Rusk Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS, 28 puntos), etc¹⁷.

Los datos sobre la respuesta sexual subjetiva son un reflejo de la experiencia personal de la paciente, una variable que es importante para la evaluación, pues el objetivo en último caso es aumentar la experiencia sexual de la mujer. El tratamiento no se considera eficaz salvo que la mujer sea capaz de experimentar subjetivamente la excitación sexual, el placer y la satisfacción. El clínico debe averiguar se los cambios fisiológicos o el aumento del flujo sanguíneo se traducen en una mejoría de las experiencias sexuales. Un aumento comprobado del flujo sanguíneo carece de interés salvo que, la paciente experimente mayor

excitación, obtenga más sensación y más satisfacción gracias a estos cambios fisiológicos¹⁹.

2. Disfunción Sexual Femenina.

Las disfunciones sexuales se caracterizan por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales.

En octubre de 1998 se reunió un grupo de consenso de la American Foundation of Urologic Disease (AFUD) integrado por 19 expertos sobre disfunción el suelo pélvico procedentes de cinco países. Estos expertos provenían de los campos de la endocrinología, medicina de familia, ginecología, enfermería, farmacología, fisiología, psiquiatría, psicología, rehabilitación y urología. El objetivo del grupo era evaluar y revisar las definiciones existentes sobre disfunción sexual femenina²⁰.

Las disfunciones sexuales comprenden los trastornos del deseo sexual (por ejemplo, deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo), trastornos de la excitación (por ejemplo, trastorno de la excitación sexual de la mujer), trastornos del orgasmo (por ejemplo, trastorno orgásmico femenino), trastornos sexuales por dolor (por ejemplo, dispareunia o vaginismo no debidos a una enfermedad médica), disfunción sexual debida a una enfermedad médica, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada.

El trastorno sexual no especificado se incluye para codificar trastornos de la actividad sexual que no son clasificables en una de las categorías específicas.

Es importante tener en cuenta que las nociones de desviación, de estándares de la función sexual y de conceptos del papel sexual apropiado pueden variar entre las diferentes culturas²¹.

Los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por el dolor asociado con la realización del acto sexual. El ciclo completo de la respuesta sexual puede dividirse en las siguientes fases:

Deseo. Esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo.

Excitación. Esta fase consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios más importantes en el hombre son la tumescencia peneana y la erección. Los cambios más importantes en la mujer son la vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos.

Orgasmo. Esta fase consiste en el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En el hombre existe sensación de inevitabilidad eyaculatoria, que va seguida de la emisión de semen. En la mujer se producen contracciones (no siempre experimentadas subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina. Tanto en el hombre como en la mujer el esfínter anal se contrae de manera rítmica.

Resolución. Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante ella los hombres son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un periodo de tiempo variable. Por el contrario, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente.

Los trastornos de la respuesta sexual pueden aparecer en una o más de estas fases. Cuando hay más de una disfunción sexual deben diagnosticarse todas. En los criterios diagnósticos no se intenta especificar la frecuencia mínima de las situaciones, actividades o tipos de contacto sexual en los que puede aparecer la disfunción sexual.

Este juicio debe establecerlo el clínico, que debe tener en cuenta diversos factores como la edad y la experiencia del individuo, la frecuencia y la cronicidad del síntoma, el malestar subjetivo y el efecto sobre otras áreas de actividad. La palabra “persistente, recurrente o recidivante” en los criterios diagnósticos señalan la necesidad de un juicio clínico.

Si la estimulación sexual es inadecuada en cuanto al tipo, la intensidad o la duración, no debe establecerse el diagnóstico de disfunción sexual que implique la excitación o el orgasmo.

Subtipos.

Se describen una serie de subtipos para señalar el inicio, el contexto y los factores etiológicos que se asocian con los trastornos sexuales. Si hay varios trastornos sexuales, es necesario indicar cada uno de los subtipos. Estos subtipos no deben aplicarse al diagnóstico de trastorno sexual debido a enfermedad médica o trastorno sexual inducido por sustancias²¹.

Para señalar la naturaleza del inicio del trastorno sexual puede utilizarse uno de los siguientes subtipos:

- De toda la vida. Este subtipo indica que el trastorno sexual ha existido desde el inicio de la actividad sexual.
- Adquirido. Este subtipo indica que el trastorno sexual ha aparecido después de un periodo de actividad sexual normal.

Para indicar el contexto en el que aparece el trastorno sexual, puede usarse uno de los siguientes subtipos:

- General. Este subtipo indica que la disfunción sexual no se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros.

- Situacional. Este subtipo indica que la disfunción sexual se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros. El patrón situacional específico de la disfunción sexual puede ayudar a realizar el diagnóstico diferencial. Por ejemplo, la función masturbatoria normal en presencia de una relación deteriorada con él/ella compañero/a sugiere que un síntoma principal de disfunción eréctil se debe más a un problema interpersonal o intrapsíquico que a una enfermedad médica o a la toma de alguna sustancia.

Puede usarse uno de los siguientes subtipos para indicar los factores etiológicos asociados al trastorno sexual:

- Debido a factores psicológicos. Este subtipo se ha descrito para los casos en los que los factores psicológicos son de gran importancia en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno sexual, y las enfermedades médicas y la toma de sustancias no desempeñan ningún papel en su etiología.
- Debido a factores combinados. Este subtipo se ha descrito cuando: 1. los factores psicológicos son de gran importancia en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno sexual, y 2. las enfermedades médicas y la toma de sustancias contribuyen a la aparición del trastorno, pero no son suficientes para constituir su causa. Cuando una enfermedad médica o el consumo de sustancias (incluso los efectos secundarios de los fármacos) sean suficientes como causa del trastorno, deben diagnosticarse de trastorno sexual debido a una enfermedad médica y/o trastorno sexual inducido por sustancias.

Trastornos asociados.

Los trastornos sexuales están asociados a trastornos del estado de ánimo y a trastornos de ansiedad (trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia con agorafobia y fobia específica).

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.

El juicio clínico sobre la presencia de un trastorno sexual debe tener en cuenta la raza, la cultura, la religión y el entorno social del individuo, ya que pueden influir en el deseo sexual, en las expectativas y en las actitudes sobre la actividad sexual. Por ejemplo, en algunas culturas se da menor importancia al deseo sexual de la mujer especialmente si la fertilidad es la preocupación principal. El proceso de envejecimiento puede ir asociado a una disminución del interés y la actividad sexual, pero hay diferencias amplias entre los individuos.

Prevalencia.

Hay muy pocos datos epidemiológicos sistemáticos referentes a la prevalencia de los diversos trastornos sexuales, y muestran una gran variabilidad, muy probablemente debido a los diferentes métodos de valoración, las definiciones empleadas y las características de la población estudiada; de esta forma encontramos que los estudios epidemiológicos sobre la disfunción sexual femenina correctamente diseñados, con muestreo aleatorio y basados en la comunidad son limitados⁷.

El estudio más detallado efectuado hasta el momento es una muestra representativa de la población de Estados Unidos de edades comprendidas entre los 18 y 59 años, sugiere las siguientes estimaciones sobre la prevalencia de varias alteraciones de tipo sexual: 3% para la dispareunia masculina, 15% para la dispareunia femenina, 10% para problemas del orgasmo en el hombre, 25% para problemas del orgasmo en la mujer, 33% para el deseo sexual hipoactivo en la mujer, 27% para la eyaculación precoz, 20% para alteraciones de la excitación femenina y 10% para alteraciones eréctiles en el varón. Los trastornos de la erección en el varón también aumentan su prevalencia tras los 50 años²¹. No está claro si estos síntomas de tipo sexual hubiesen

cumplido criterios diagnósticos para el trastorno sexual del DSM-IV. No se dispone de las estimaciones de los porcentajes de prevalencia para la aversión sexual, el vaginismo, las disfunciones sexuales debido a enfermedades médicas y las disfunciones sexuales inducidas por sustancias²¹.

Para Masters y Johnson⁵ en 1970 un 50% de parejas heterosexuales presentaban alguna disfunción sexual. Frank, Anderson y Rubistein²² en 1978 establecen una prevalencia de disfunciones sexuales en parejas, de un 40% para hombre y un 60% para mujeres. Nathan²³ en 1986 mantiene unas cifras del 1 al 15% en hombres y 1 al 35% en mujeres, Spector y Carey²⁴ en 1990 encuentran una prevalencia del 4 al 10% de la población y Laumann, Paik y Rosen²⁵ en 1999, fijan una prevalencia del 31% para los hombres y el 43% para las mujeres; en la encuesta National Health and Social Life Survey (encuesta nacional de salud y vida social), realizada a 1749 mujeres; esta encuesta no evaluaba mujeres de más de 59 años ni establecía una correlación entre factores de riesgo médico y las quejas respecto a la función sexual. Aunque fue un estudio con una muestra de gran tamaño, su valor está limitado por su diseño de corte transversal.

Los datos del censo de población de Estados Unidos muestran que 9.7 millones de mujeres norteamericanas de entre 50 y 74 años de edad describían quejas de disminución de la excitación, dolor con el coito y dificultades en lograr el orgasmo. La incidencia de quejas respecto a la función sexual femenina aumenta con el envejecimiento, la menopausia y diversos factores de riesgo médicos²⁶.

Los estudios epidemiológicos que están realizándose en la mujer indican que los mismos procesos morbosos que se asocian a la disfunción eréctil del varón, como el envejecimiento, la hipertensión el tabaquismo, la hipercolesterolemia y la cirugía de la pelvis, se asocian también a disfunción sexual en la mujer¹⁸.

Diagnóstico Diferencial.

Si un trastorno está causado exclusivamente por los efectos fisiológicos de un enfermedad médica específica, el diagnóstico debe ser trastorno sexual debido a una enfermedad médica²¹. Para ello es necesario basarse en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física⁶. (Tabla 5)

Si el trastorno sexual está causado exclusivamente por los efectos fisiológicos de drogas, fármacos o de exposición a tóxicos, el diagnóstico debe ser trastorno inducido por sustancias. El clínico debe interrogar detenidamente sobre la naturaleza y el alcance del consumo de sustancias, fármacos incluidos. Los síntomas que aparecen durante o poco tiempo después (por ejemplo, en las primera cuatro semanas) de la intoxicación por alguna sustancia o después de la ingestión de algún fármaco pueden ser especialmente indicativos de un trastorno sexual inducido por sustancias según el tipo, la cantidad o la duración de la sustancia consumida¹⁴. (Tabla 4)

Si el clínico sabe con certeza que el trastorno sexual es debido tanto a una enfermedad médica como al consumo de sustancias, deben efectuarse los dos diagnósticas, trastorno sexual debido a enfermedad médica y trastorno sexual inducido por sustancias.

El diagnóstico de trastorno sexual con subtipo debido a factores combinados debe establecerse si la combinación de factores psicológicos con una enfermedad médica o con el consumo de una sustancia desempeña un papel etiológico en la enfermedad, aunque ninguna de estas etiologías sea suficiente para explicar el trastorno²¹.

Cuando el clínico no puede determinar el papel etiológico de los factores psicológicos, de alguna enfermedad médica o del consumo de sustancias, entonces debe establecerse el diagnóstico de trastorno sexual no especificado.

TIPO DE TRASTORNO	ENTIDAD CLÍNICA
Psiquiátricos.	-Depresión/anorexia nerviosa.
Neurológicos.	-Epilepsia. -Lesión del lóbulo temporal. -Tumor hipotalámico o hipofisario. -ACV. -Esclerosis Múltiple. -Lesión médula espinal.
Endocrinos.	-Diabetes Mellitus. -Hipogonadismo. -Hiperprolactinemia. -Hiper- o hipotiroidismo.
Cardiovasculares.	-Cardiopatía isquémica/arteriosclerosis. -HTA.
Respiratorios.	-Enfisema Pulmonar.
Renales.	-Insuficiencia renal crónica/hemodiálisis.
Aparato locomotor.	-Artritis, artrosis.
Secuelas quirúrgicas y traumáticas.	-Prostatectomía radical. -Cirugía colorrectal. -Ooforectomía. Histerectomía. -Mastectomía. -Mutilación genital. -Traumatismos en nervios pelvianos.

Tabla 5. Algunas enfermedades y trastornos crónicos frecuentemente asociados a disfunción sexual.

No debe establecerse el diagnóstico de trastorno sexual si la disfunción se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (por ejemplo, si la disminución del deseo sexual se produce exclusivamente en el contexto de un episodio depresivo mayor). Sin embargo, si la alteración de la función sexual antecede al trastorno del Eje I o constituye objeto de atención clínica independiente, puede establecerse el diagnóstico adicional de trastorno sexual²¹.

De manera habitual cuando aparece un trastorno sexual (por ejemplo, trastorno de la excitación sexual) se observarán asimismo otros trastornos sexuales (por ejemplo, deseo sexual hipoactivo). En estos casos, todos ellos deben diagnosticarse. Puede coexistir un trastorno de la personalidad con un trastorno sexual; en este caso, el trastorno sexual debe registrarse en el Eje I y el trastorno de la personalidad en el Eje II. Cuando otro problema clínico, como un problema relacional, se asocia a una alteración de la función sexual, debe diagnosticarse el trastorno sexual y el problema clínico ha de incluirse también en el Eje I. Las alteraciones eventuales del deseo sexual, de la excitación o del orgasmo, que no sean persistentes ni recurrentes o no vayan acompañadas de malestar intenso o dificultades interpersonales, no se consideran trastornos sexuales.

Considerando que un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planteamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial del DSM-IV se incluyen 5 ejes:

- Eje I: Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención médica.

El Eje I describe todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de personalidad y el retraso mental (incluidos en el Eje II). Se incluyen en este Eje: trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos, trastornos mentales debidos a una enfermedad médica o inducidos por sustancias, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastornos somatomorfos, trastornos

facticios,. Trastornos disociativos, trastornos sexuales, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno del sueño, trastorno adaptativos...

- Eje II: Trastornos de la personalidad. Retraso mental.

El Eje II incluye los trastornos de la personalidad y el retraso mental. También puede utilizarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad. Incluye: trastorno paranoide de la personalidad, trastorno esquizoide de la personalidad, trastorno esquizotípico de la personalidad, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno histriónico de la personalidad, trastorno narcisista de la personalidad, trastorno de la personalidad por evitación, trastorno de la personalidad por dependencia, trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo, trastorno de la personalidad no especificado y retraso mental.

- Eje III: Enfermedades médicas.

El Eje III incluye las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o el abordaje del trastorno mental del sujeto. Las enfermedades médicas pueden relacionarse con los trastornos mentales de diferentes modos. En algunos casos es evidente que la enfermedad médica constituye un factor causal directo para el desarrollo o empeoramiento de síntomas mentales, y que los mecanismos implicados en este efecto son fisiológicos. Incluyen: algunas enfermedades infecciosas y parasitarias, neoplasias, enfermedades de la sangre, órganos hematopoyéticos y algunas enfermedades inmunitarias, enfermedades endocrinas y de nutrición, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del ojo y anejos, enfermedades del oído y la mastoides, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del aparato digestivo, enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo, enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo, enfermedades del sistema genitourinario, embarazo, parto y puerperio, patología perinatal, malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas, heridas, envenenamientos y otros procesos de causa externa, morbilidad y mortalidad de causa externa, factores que influyen sobre el estado de salud y el contacto con los centros sanitarios.

- Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.

En el Eje IV se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales (Eje I y II). Los problemas se han agrupado en: problemas relativos al grupo primario de apoyo, problemas relativos al ambiente social, problemas relativos a la enseñanza, problemas laborales, problemas de vivienda, problemas económicos, problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria, problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen...

- Eje V: Evaluación de la actividad global.

El Eje V incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de la actividad del sujeto, puede hacerse utilizando la escala de evaluación de la actividad global (EEAG) que está dividida en 10 niveles de actividad con puntuación del cero al cien²⁵.

Clasificación de las Disfunciones Sexuales Femeninas.

Según la DSM-IV dividimos el tipo de disfunciones sexuales femeninas en²¹:

1. Trastornos del deseo sexual

1.A Deseo sexual hipoactivo.

1.B Trastorno por aversión al sexo.

2. Trastornos de la excitación sexual

2.A Trastorno de la excitación sexual de la mujer.

3. Trastornos orgásmicos

3.A Trastorno orgásmico femenino.

4. *Trastornos sexuales por dolor*

4.A Dispareunia (no debida a una enfermedad médica)

4.B Vaginismo (no debido a una enfermedad médica)

5. *Trastorno sexual debido a una enfermedad médica*

5.A Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a una enfermedad médica (indicar la enfermedad médica).

5.B Dispareunia femenina debida a una enfermedad médica (indicar la enfermedad médica).

5.C Otros trastornos sexuales femeninos debidos a una enfermedad médica (indicar la enfermedad médica).

6. *Trastorno inducido por sustancias.*

7. *Trastorno sexual no especificado.*

El consejo sobre salud de la función sexual de la AFUD (American Foundation of Urologic Disease) en 1998, a las definiciones de carácter psicológico que hemos descrito de la DSM-IV, añadieron los factores de riesgo y la etiología de los trastornos sexuales de la mujer²⁰.

1. TRASTORNO DEL DESEO SEXUAL.

En los trastornos del deseo podemos encontrar dos tipos de disfunción sexual: deseo sexual hipoactivo y trastorno por aversión al sexo.

1. A. DESEO SEXUAL HIPOACTIVO.

Características Diagnósticas.

La característica esencial del deseo sexual hipoactivo es la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual²⁰. La alteración provoca malestar

acusado o dificultades interpersonales, no se puede explicar mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica.

El deseo sexual disminuido puede ser global y abarcar todas las formas de expresión sexual o situacional y limitado a un/a compañero/a o a una actividad sexual concreta, por ejemplo, el coito, pero no la masturbación. Existe poca motivación para buscar estímulos adecuados y una reducción de la frustración cuando se prive a estos individuos de la oportunidad de una relación sexual. Generalmente, estas personas no inician casi nunca la relación sexual y sólo la llevan a cabo a regañadientes cuando es la pareja quien lo decide. A pesar de que la frecuencia de experiencias sexuales es habitualmente baja, la presión que ejerce la pareja a las necesidades de tipo no sexual (por ejemplo, placer físico o intimidad) pueden incrementar la tasa de relaciones sexuales.

Debido a la falta de información sobre el papel de la edad y el sexo, respecto a la frecuencia o al grado de deseo sexual, el diagnóstico debe establecerse según el juicio clínico del médico, basándose en las características individuales, los determinantes interpersonales, el tipo de vida y el entorno cultural. El clínico puede requerir al examen de los dos miembros de la pareja cuando las diferencias en el deseo sexual obligan a la petición de atención profesional. La disminución del deseo sexual de un miembro de la pareja puede reflejar un aumento excesivo del deseo sexual del otro miembro. De manera alternativa, los dos miembros de la pareja pueden presentar niveles de deseo sexual dentro del margen de la normalidad, pero en los polos opuestos del *continuum*.

Subtipos.

Los tipos indican el inicio (de toda la vida o adquirido), el contexto (general o situacional) y los factores etiológicos (factores psicológicos o factores combinados) del deseo sexual hipoactivo.

Síntomas y Trastornos Asociados.

La disminución del interés por el sexo va frecuentemente asociada a problemas de excitación sexual o a dificultades para llegar al orgasmo. La falta de deseo sexual puede ser la disfunción más importante o ser la consecuencia del malestar emocional producido por las alteraciones de la excitación y el orgasmo. Sin embargo, existen individuos con deseo sexual reducido que conservan la capacidad de experimentar una excitación y un orgasmo normales en respuesta a la estimulación sexual.

Las enfermedades médicas pueden producir un efecto deletéreo no específico sobre el deseo sexual debido a debilidad, dolor, problemas con la imagen corporal o preocupaciones sobre la supervivencia. Muy a menudo, los trastornos depresivos se asocian a una disminución del deseo sexual, el inicio de la depresión puede preceder, coexistir o ser la consecuencia del escaso interés por el sexo. Los individuos con deseo sexual hipoactivo pueden tener dificultades a la hora de mantener relaciones sexuales estables, así como, insatisfacción matrimonial y problemas de separación.

Curso.

La edad de inicio para los individuos con deseo sexual hipoactivo de toda la vida suele ser la pubertad. Con más frecuencia, el trastorno se presenta en la vida adulta (después de un periodo de interés sexual normal) en relación con malestar psicológico, acontecimientos estresantes o problemas interpersonales²⁷. La pérdida de deseo sexual puede ser continua o episódica según los factores psicológicos o relacionales. En algunos casos aparece un patrón fijo de falta de deseo sexual siempre que debe hacerse frente a los problemas relacionados con la intimidad y los compromisos²⁸.

Diagnóstico Diferencial.

El deseo sexual hipoactivo debe diferenciarse del trastorno sexual debido a una enfermedad médica. Esta diferencia se basa en la historia clínica, los hallazgos de laboratorio y la exploración física. Algunas enfermedades médicas, como las alteraciones neurológicas, hormonales y metabólicas, pueden alterar específicamente los sustratos fisiológicos del impulso sexual. Las anomalías de la biodisponibilidad

total de testosterona y prolactina pueden indicar la presencia de trastornos hormonales responsables de la pérdida de deseo sexual, varios estudios han sugerido que la testosterona libre puede guardar correlación con la experiencia de pensamientos sexuales y con el promedio de frecuencia de coitos²⁹. Cuando hay un deseo sexual hipoactivo y una enfermedad médica, pero se sabe que el trastorno sexual no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de este trastorno, es necesario efectuar el diagnóstico de deseo sexual hipoactivo debido a la combinación de factores.

A diferencia del deseo sexual hipoactivo, el trastorno inducido por sustancias, se produce exclusivamente por los efectos directos de una sustancia. Cuando se observa un deseo sexual hipoactivo junto al consumo de sustancias, pero se sabe que el trastorno sexual no está producido exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de la sustancia en particular, entonces debe efectuarse el diagnóstico de deseo sexual hipoactivo debido a la combinación de factores. Cuando la disminución del deseo sexual se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica y al uso de sustancias, es necesario efectuar el diagnóstico de trastorno sexual debido a enfermedad médica y trastorno sexual inducido por sustancias²¹.

El deseo sexual hipoactivo puede asimismo presentarse asociado a otros trastornos sexuales, y en este caso deben establecerse ambos diagnósticos. Generalmente, no es necesario efectuar el diagnóstico adicional de deseo sexual hipoactivo si la disminución del deseo sexual se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno de estrés postraumático). El diagnóstico adicional puede ser apropiado si la disminución del deseo sexual antecede al trastorno del Eje I o es objeto independiente de atención clínica.

Los problemas eventuales del deseo sexual que no son persistentes o recurrentes o que no se acompañan de malestar intenso o dificultades de relación interpersonal no se consideran deseo sexual hipoactivo.

1. B. TRASTORNO POR AVERSIÓN AL SEXO.

Características Diagnósticas.

La característica esencial de trastorno por aversión al sexo es la aversión y la evitación activa del contacto sexual genital con la pareja²⁸.

La alteración provoca malestar acusado o dificultades interpersonales, no se puede explicar mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual). El individuo sufre ansiedad, miedo o aversión a la hora de intentar una relación sexual con otra persona. La aversión al contacto genital se centra en algún aspecto particular del sexo (por ejemplo, secreciones genitales o penetración vaginal). Algunos individuos muestran repulsión por todos los estímulos de tipo sexual, incluso los besos y los contactos superficiales. La intensidad de la reacción del individuo frente al estímulo aversivo puede ir desde una ansiedad moderada y una ausencia de placer hasta un malestar psicológico extremo²¹.

Subtipos.

Los tipos indican el inicio (de toda la vida o adquirido), el contexto (general o situacional) y los factores etiológicos (factores psicológicos o factores combinados) del trastorno por aversión al sexo.

Síntomas y Trastornos Asociados.

Existen individuos con formas graves de este trastorno que, ante una situación de tipo sexual, pueden sufrir crisis de angustia, con ansiedad extrema, terror, desmayos, náuseas, palpitaciones, mareos y dificultad para respirar. Las relaciones interpersonales pueden estar gravemente afectadas (por ejemplo, insatisfacción matrimonial). Estas personas pueden evitar las situaciones de tipo sexual o los compañeros sexuales

mediante estrategias de distinto tipo (por ejemplo, acostándose pronto, tomando sustancias o volcándose excesivamente en actividades familiares, sociales y laborales).

Diagnóstico Diferencial.

El trastorno por aversión al sexo puede aparecer asociado a otras disfunciones sexuales, como la dispareunia. Cuando esto se produce, debe indicarse la presencia de los dos trastornos. Generalmente, no se efectúa un diagnóstico adicional de trastorno por aversión al sexo si la aversión se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno de estrés postraumático). El diagnóstico adicional tendrá que realizarse si la aversión antecede al trastorno del Eje I o es objeto independiente de atención clínica. A pesar de que la aversión sexual puede cumplir técnicamente los criterios de fobia específica, no debe efectuarse este diagnóstico adicional.

La aversión sexual ocasional no persistente ni recidivante o que no se acompañan de malestar intenso o dificultades de relación interpersonal, no se considera trastorno por aversión al sexo.

2. TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN SEXUAL.

2. A. TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN SEXUAL EN LA MUJER.

Características Diagnósticas.

La característica esencial del trastorno de la excitación sexual en la mujer es una incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación sexual hasta la terminación de la relación

sexual²¹. La respuesta excitatoria consiste en una vasocongestión pelviana, en una lubricación y dilatación vaginales y en una tumefacción de los genitales externos femeninos. Se puede experimentar como una falta de excitación subjetiva o como ausencia de respuestas genitales (lubricación e hinchazón) o de otras respuestas somáticas³⁰. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales, no se puede explicar mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica²¹.

Los trastornos de la excitación sexual incluyen, entre otros, la falta o la disminución de la lubricación vaginal, una reducción de la sensibilidad del clítoris o de los labios, menor ingurgitación labial y clitorídea, y la ausencia de relajación de la musculatura lisa vaginal³⁰.

Subtipos.

Los tipos indican el inicio (de toda la vida o adquirido), el contexto (general o situacional) y los factores etiológicos (factores psicológicos o factores combinados) del trastorno de la excitación sexual en la mujer.

Síntomas y Trastornos Asociados.

Algunas pruebas sugieren que el trastorno de la excitación en la mujer se acompaña a menudo de trastorno del deseo sexual y de trastorno orgásmico femenino. La mujer que sufre este trastorno puede tener poca o nula sensación subjetiva de excitación sexual. El trastorno puede provocar dolor durante el coito, evitación sexual y alteración de las relaciones sexuales y matrimoniales²¹.

Diagnóstico diferencial.

El trastorno de la excitación sexual de la mujer debe diferenciarse del trastorno

sexual debido a una enfermedad médica. El diagnóstico correcto sería trastorno sexual debido a una enfermedad médica, siempre que el trastorno esté producido exclusivamente por los efectos fisiológicos de una enfermedad (por ejemplo, disminución de los niveles de estrógenos durante la menopausia o la postmenopausia, vaginitis atrófica, diabetes mellitus, radioterapia pélvica...) ³¹. Se ha descrito, asimismo, disminución de la lubricación durante el periodo de lactancia. Este diagnóstico debe basarse en la historia clínica, hallazgos de laboratorio y la exploración física. Si coexisten el trastorno de la excitación sexual en la mujer y una enfermedad médica, pero el trastorno no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de ésta última debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de la excitación sexual en la mujer debido a factores combinados.

A diferencia del trastorno de excitación sexual en la mujer, el trastorno sexual inducido por sustancias se debe sólo a los efectos fisiológicos directos del consumo de una sustancia (por ejemplo, lubricación disminuida producida por antihipertensivos o antihistamínicos). Cuando coexisten el trastorno de excitación sexual en la mujer y el consumo de sustancias, deben establecerse el diagnóstico de trastorno de la excitación en la mujer debido a factores combinados.

Cuando los trastornos de excitación son debidos exclusivamente a los efectos de una enfermedad médica y del consumo de sustancias deben efectuarse los dos diagnósticos: trastorno sexual inducido por sustancias y trastorno sexual debido a

Síntomas y Trastornos Asociados.

Algunas pruebas sugieren que el trastorno de la excitación en la mujer se acompaña a menudo de trastorno del deseo sexual y de trastorno orgásmico femenino. La mujer que sufre este trastorno puede tener poca o nula sensación subjetiva de excitación sexual. El trastorno puede provocar dolor durante el coito, evitación sexual y alteración de las relaciones sexuales y matrimoniales ²¹.

Diagnóstico diferencial.

El trastorno de la excitación sexual de la mujer debe diferenciarse del trastorno sexual debido a una enfermedad médica. El diagnóstico correcto sería trastorno sexual debido a una enfermedad médica, siempre que el trastorno esté producido exclusivamente por los efectos fisiológicos de una enfermedad (por ejemplo, disminución de los niveles de estrógenos durante la menopausia o la postmenopausia, vaginitis atrófica, diabetes mellitus, radioterapia pélvica...) ³¹. Se ha descrito, asimismo, disminución de la lubricación durante el periodo de lactancia. Este diagnóstico debe basarse en la historia clínica, hallazgos de laboratorio y la exploración física. Si coexisten el trastorno de la excitación sexual en la mujer y una enfermedad médica, pero el trastorno no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de ésta última debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de la excitación sexual en la mujer debido a factores combinados.

A diferencia del trastorno de excitación sexual en la mujer, el trastorno sexual inducido por sustancias se debe sólo a los efectos fisiológicos directos del consumo de una sustancia (por ejemplo, lubricación disminuida producida por antihipertensivos o antihistamínicos). Cuando coexisten el trastorno de excitación sexual en la mujer y el consumo de sustancias, deben establecerse el diagnóstico de trastorno de la excitación en la mujer debido a factores combinados.

Cuando los trastornos de excitación son debidos exclusivamente a los efectos de una enfermedad médica y del consumo de sustancias deben efectuarse los dos diagnósticos: trastorno sexual inducido por sustancias y trastorno sexual debido a enfermedad médica.

El trastorno de la excitación sexual en la mujer puede presentarse junto con otros trastornos sexuales (por ejemplo, trastorno orgásmico femenino). Si esto ocurre, deben anotarse ambos trastornos. No debe establecerse el diagnóstico adicional de trastorno de la excitación sexual en la mujer si la alteración se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno de estrés postraumático). El diagnóstico debe efectuarse si el trastorno de la excitación sexual antecede al trastorno del Eje I o constituye objeto de atención clínica independiente ²¹.

Los trastornos ocasionales de la excitación sexual no persistentes ni recidivantes o que no se acompañan de malestar intenso o dificultades de relación interpersonal, no se consideran trastornos de la excitación sexual en la mujer. Tampoco es correcto efectuar un diagnóstico de este trastorno si la alteración de la excitación se debe a una estimulación sexual no apropiada en cuanto a objeto, intensidad y duración.

3. TRASTORNO ORGÁSMICO.

3. A. TRASTORNO ORGÁSMICO FEMENINO.

Características Diagnósticas.

La característica esencial del trastorno orgásmico femenino es una ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal. Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo y la intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. El diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debe basarse en la opinión médica de que la capacidad orgásmica femenina es inferior a la correspondiente a la edad, la experiencia sexual y la estimulación sexual recibida³⁰.

La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica.

Subtipos.

Los tipos indican el inicio (de toda la vida o adquirido), el contexto (general o situacional) y los factores etiológicos (factores psicológicos o factores combinados) del trastorno orgásmico femenino.

Síntomas y Trastornos Asociados.

No se ha observado asociación alguna entre rasgos específicos de personalidad o psicopatología y trastorno orgásmico femenino. El trastorno orgásmico en la mujer puede alterar la imagen corporal, la autoestima o la satisfacción en las relaciones. Según estudios controlados, la capacidad orgásmica no se correlaciona con el tamaño de la vagina o con la fuerza de la musculatura del suelo pélvico³⁰. Aunque algunas mujeres que han sufrido lesiones medulares, extirpación de la vulva o escisiones y reconstrucciones vaginales manifiestan tener orgasmos, lo más frecuente es que presenten trastorno orgásmico. Sin embargo, enfermedades crónicas como la diabetes mellitus o el cáncer pélvico suelen alterar fundamentalmente la fase de excitación sexual, pero mantienen intacta la capacidad para experimentar orgasmos.

Curso.

Debido a que la capacidad orgásmica femenina aumenta con la adquisición de experiencia sexual, el trastorno orgásmico puede ser más prevalente en mujeres jóvenes. En la mayoría de los casos los trastornos orgásmicos han existido siempre y no son adquiridos. Cuando una mujer aprende a conseguir el orgasmo, es poco frecuente que pierda esta capacidad, a no ser que exista una comunicación sexual pobre, problemas de relación con la pareja, un acontecimiento traumático (por ejemplo, una violación), un trastorno del estado de ánimo o una enfermedad médica. Cuando un trastorno orgásmico se produce solamente en circunstancias muy determinadas, suelen aparecer también alteraciones del deseo sexual o de la excitación. Muchas mujeres aumentan su capacidad para llegar al orgasmo a medida que experimentan una amplia variedad de estimulaciones y adquieren mayor conocimiento de su propio cuerpo²¹.

Diagnóstico diferencial.

El trastorno orgásmico femenino debe diferenciarse del trastorno sexual debido a una enfermedad médica. Cuando este trastorno esté producido exclusivamente por los efectos fisiológicos de una enfermedad (por ejemplo, lesión medular), el diagnóstico correcto sería trastorno sexual debido a una enfermedad médica. Este diagnóstico debe

basarse en la historia clínica, hallazgos de laboratorio y la exploración física. Cuando se den ambos trastornos, pero el trastorno sexual no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica, debe efectuarse el diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debido a factores combinados.

A diferencia del trastorno orgásmico femenino, el trastorno sexual inducido por sustancias se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos del consumo de una sustancia (por ejemplo, antidepresivos, benzodiazepinas, neurolepticos, antihipertensivos u opiáceos). Cuando coexisten el trastorno orgásmico femenino y el consumo de sustancias, deben establecerse el diagnóstico de trastorno orgásmico femenino debido a factores combinados.

Cuando la disfunción sexual se produce únicamente por los efectos de una enfermedad médica y del consumo de sustancias deben efectuarse los dos diagnósticos: trastorno sexual inducido por sustancias y trastorno sexual debido a enfermedad médica.

El trastorno orgásmico femenino puede presentarse junto con otros trastornos sexuales (por ejemplo, trastorno de la excitación sexual en la mujer). Si esto ocurre, deben anotarse ambos trastornos. Generalmente, no se establece el diagnóstico adicional de trastorno orgásmico femenino si la alteración se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (por ejemplo, trastorno depresivo mayor). El diagnóstico debe efectuarse si el trastorno orgásmico femenino antecede al trastorno del Eje I o constituye objeto de atención clínica independiente²¹.

Los problemas orgásmicos ocasionales que no son persistentes ni recidivantes o que no se acompañan de malestar intenso o dificultades de relación interpersonal, no se consideran trastornos orgásmicos femeninos. Tampoco es correcto efectuar un diagnóstico de este trastorno si los problemas se deben a una estimulación sexual no apropiada en cuanto a objeto, intensidad y duración.

4. TRASTORNO SEXUAL POR DOLOR.

En los trastornos sexuales por dolor podemos encontrar dos tipos de disfunción sexual: dispareunia y vaginismo.

Aunque podemos encontrar otros trastornos sexuales dolorosos; el dolor persistente o recurrente en los genitales inducido por estimulación sexual no coital. Se dividen en permanentes o adquiridos, generalizados o de situación, y orgánicos frente a psicógenos o mixtos²⁰.

4. A. DISPAREUNIA.

Características Diagnósticas.

La característica esencial de este trastorno consiste en dolor genital durante el coito. A pesar de que normalmente se produce durante el coito, puede también aparecer antes o después de la relación sexual. Este trastorno afecta tanto a hombres como a mujeres. En éstas el dolor puede describirse como superficial durante la penetración o como profundo ante los movimientos coitales. La intensidad de los síntomas comprende desde una sensación de leve malestar hasta un dolor agudo.

Este trastorno provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. No es debido exclusivamente a vaginismo o falta de lubricación, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (fármacos incluidos) o a una enfermedad médica²¹.

Aunque este proceso se ha definido históricamente con teorías psicológicas, el enfoque actual del tratamiento defiende un modelo integrado de dolor. Para lograr el éxito en el diagnóstico es fundamental la identificación de los factores iniciadores²⁷.

Subtipos.

Los tipos indican el inicio (de toda la vida o adquirido), el contexto (general o situacional) y los factores etiológicos (factores psicológicos o factores combinados) de la dispareunia.

Síntomas y Trastornos Asociados.

La dispareunia es un trastorno infrecuente en los centros de salud mental, los individuos que presentan este trastorno habitualmente buscan ayuda médica en los centros de asistencia primaria. La exploración física no muestra generalmente ningún tipo de anomalías. El dolor genital experimentado en el coito puede comportar la evitación de las relaciones sexuales, su alteración o limitar posibles nuevas relaciones²¹.

Curso.

La poca información de que se dispone sugiere que el curso de la dispareunia tiende a ser crónico³¹.

Diagnóstico diferencial.

La dispareunia debe diferenciarse del trastorno sexual debido a una enfermedad médica. Cuando este trastorno está producido exclusivamente por los efectos fisiológicos de una enfermedad (por ejemplo, insuficiente lubricación vaginal, tejido cicatricial en la vagina, endometriosis o adherencias, atrofia vaginal, postmenopaúsica, privación temporal de estrógenos durante la lactancia, irritaciones o infecciones del tracto urinario o genital o enfermedades gastrointestinales), el diagnóstico correcto sería trastorno sexual debido a una enfermedad médica. Este diagnóstico debe basarse en la historia clínica, hallazgos de laboratorio y la exploración física. Cuando se den ambos trastornos, pero el trastorno sexual no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica, debe efectuarse el diagnóstico de dispareunia debida a factores combinados.

A diferencia de la dispareunia, el trastorno sexual inducido por sustancias se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos del consumo de una sustancia. Sustancias como: la flufenacina (neuroléptico usado en el tratamiento de la esquizofrenia), la tioridacina (una fenotiacina usada como antipsicótico) y la amoxapina (antidepresivo tricíclico) pueden hacer que el orgasmo resulte doloroso¹⁴. Cuando coexisten la dispareunia y el consumo de sustancias, pero se considera que el trastorno sexual no es debido únicamente a los efectos directos de su consumo, debe establecerse el diagnóstico de dispareunia debido a factores combinados.

Cuando se considera que el dolor sexual se produce únicamente por los efectos de una enfermedad médica y del consumo de sustancias deben efectuarse los dos diagnósticos: trastorno sexual inducido por sustancias y trastorno sexual debido a enfermedad médica.

No debe diagnosticarse dispareunia si está causada únicamente por vaginismo o por ausencia de lubricación³¹. Generalmente, no se establece el diagnóstico adicional de dispareunia si la alteración se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (por ejemplo, trastorno de somatización). El diagnóstico adicional debe efectuarse si la dispareunia antecede al trastorno del Eje I o constituye objeto de atención clínica independiente. La dispareunia puede, asimismo, aparecer junto a otros trastornos sexuales (al margen del vaginismo), y, si se cumplen los criterios para los dos trastornos, deben codificarse ambos.

El dolor ocasional durante el coito no persistente ni recidivante o que no se acompañan de malestar intenso o dificultades de relación interpersonal, no se consideran dispareunia²¹.

4. B. VAGINISMO.

Características Diagnósticas.

La característica esencial del vaginismo es la contracción involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos. La

alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales, no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (excepto otra disfunción sexual) y no se debe a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica. En algunas mujeres sólo la idea de la penetración vaginal puede producir un espasmo muscular. La contracción puede ser desde ligera (produciendo rigidez y malestar) y hasta intensa impidiendo la penetración.

Subtipos.

Los tipos indican el inicio (de toda la vida o adquirido), el contexto (general o situacional) y los factores etiológicos (factores psicológicos o factores combinados) del vaginismo.

Síntomas y Trastornos Asociados.

Es posible que las respuestas sexuales (por ejemplo, deseo, placer o capacidad orgásmica) no estén afectadas, a no ser que se produzca o se piense en la penetración. El obstáculo físico debido al espasmo impide generalmente el coito. Por esta razón este trastorno puede limitar las relaciones. Ha habido casos de matrimonios no consumados y de infertilidad asociados al vaginismo.

El diagnóstico se establece a menudo durante las exploraciones físicas ginecológicas de rutina, cuando la respuesta al examen pélvico es una contracción de la abertura vaginal. El vaginismo se ha dividido en grados de 1 a 4, que describen la intensidad del espasmo durante la exploración ginecológica³⁰. En algunos casos la intensidad del espasmo puede ser tan aguda o prolongada que llega a producir dolor. Sin embargo, en algunas mujeres el vaginismo aparece sólo durante la actividad sexual, pero no durante la exploración ginecológica. Este trastorno se observa más en mujeres jóvenes, en mujeres con actitud negativa hacia el sexo y en mujeres que tienen historia previa de abusos o traumas de tipo sexual.

Curso.

El vaginismo de toda la vida tiene habitualmente inicio repentino, se manifiesta durante los primeros intentos de penetración vaginal por parte de la pareja o durante el primer examen ginecológico. Una vez que ha aparecido el trastorno, el curso es generalmente crónico, a no ser que mejore con el tratamiento. El vaginismo adquirido puede también aparecer de repente, en respuesta a un trauma sexual o a una enfermedad médica²¹.

Diagnóstico diferencial.

El vaginismo ha de diferenciarse del trastorno sexual debido a una enfermedad médica. Cuando este trastorno está producido exclusivamente por los efectos fisiológicos de una enfermedad (por ejemplo, endometriosis o infección vaginal), el diagnóstico correcto sería trastorno sexual debido a una enfermedad médica. Este diagnóstico debe basarse en la historia clínica, hallazgos de laboratorio y la exploración física. El vaginismo puede permanecer como un problema residual después de la resolución de una enfermedad médica. Cuando se den ambos trastornos, pero se considere que los espasmos vaginales no se deben exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica, debe efectuarse el diagnóstico de vaginismo debido a factores combinados²¹.

El vaginismo puede aparecer junto a otro trastorno sexual (por ejemplo, deseo sexual hipoactivo). Si esto se produce, ambos trastornos deben registrarse. Aunque en el vaginismo puede aparecer dolor durante el coito, no debe efectuarse el diagnóstico de dispareunia. Tampoco se establece el diagnóstico de vaginismo si los espasmos vaginales se explican mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (por ejemplo, trastorno de somatización). El diagnóstico adicional puede efectuarse cuando los espasmos vaginales anteceden al trastorno del Eje I o constituye objeto de atención clínica independiente²¹.

5. TRASTORNO SEXUAL DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA.

Características Diagnósticas.

La característica esencial de este trastorno es la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa, que se considera producida exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

En este tipo de trastorno sexual puede presentarse dolor durante el coito, deseo sexual hipoactivo, disfunción eréctil en el varón u otras formas de disfunción sexual y debe provocar malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. Deben existir pruebas, ya sea a partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio, de que la alteración se explica en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno depresivo mayor).

A la hora de determinar si el trastorno es debido únicamente a una enfermedad médica, ante todo, el clínico debe verificar la existencia de una enfermedad y, a continuación, averiguar si el trastorno se encuentra relacionado etiológicamente con ella a través de algún mecanismo fisiológico. Para establecer esta relación es necesario valorar de manera extensa y detenida, múltiples factores. A pesar de que no hay directrices infalibles para determinar si la relación entre el trastorno sexual y la enfermedad médica es etiológica, algunas consideraciones pueden servir de orientación. Una de ellas es la presencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad y la disfunción sexual; otro es la presencia de rasgos poco habituales de un trastorno sexual primario (por ejemplo, edad de inicio o curso atípico).

La literatura existente sobre la posible asociación entre una enfermedad médica y la aparición de un trastorno sexual también ayuda en algunos casos. (Tabla 5) Además el clínico tiene que juzgar si la alteración no se explica mejor por la presencia

de un trastorno sexual primario, un trastorno sexual inducido por sustancias u otro trastorno mental primario. Por otra parte se establece el diagnóstico de trastorno sexual con el subtipo debido a factores combinados cuando se considera que la combinación de factores psicológicos y la enfermedad médica o alguna sustancia desempeña un papel etiológico, aunque ninguno de estas etiologías sea suficiente para explicar el trastorno.

Subtipos.

El código diagnóstico y el término para un trastorno sexual debido a una enfermedad médica se selecciona basado en el trastorno sexual predominante:

- Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a... (indicar enfermedad médica). Este término se usa si el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente.
- Dispareunia femenina debida a... (indicar enfermedad médica). Este término se usa si el rasgo predominante es el dolor asociado al coito.
- Otros trastornos sexuales femeninos debidos a... (indicar enfermedad médica). Este término se usa si predomina otro síntoma o no predomina ninguno.

Enfermedades médicas asociadas.

Son numerosas las enfermedades médicas que pueden producir trastornos sexuales: enfermedades neurológicas (esclerosis múltiple, lesiones medulares, neuropatías, lesiones del lóbulo temporal...), enfermedades endocrinológicas (diabetes mellitus, hipotiroidismo, hiper-hipoadrenocortisolismo, hiperprolactinemia, estados hipogonadales, alteraciones hipofisarias...), enfermedades vasculares y genitourinarias (infecciones uretrales, infecciones o lesiones genitales, vaginitis atrófica, complicaciones postquirúrgicas como cicatrices de episiotomía, vagina reducida, endometriosis, prolapso de órganos pélvicos, neoplasias, ooforectomía sin sustitución hormonal y efectos adversos del tratamiento del cáncer: quirúrgico, radioterápico o quimioterápico).

La experiencia clínica actual indica que el trastorno sexual debido a una enfermedad médica es muy frecuente. Los hallazgos de la exploración física, de las pruebas de laboratorio, la prevalencia y el inicio de la enfermedad reflejan el papel etiológico de la enfermedad. Entre ellos vamos a profundizar en los más importantes:

- Problemas vasculares.

Los síndromes recién bautizados de insuficiencia vascular clitorídea y vaginal esta, directamente relacionados con una disminución del riego sanguíneo de los órganos genitales debida a la aterosclerosis del lecho arterial ilíaco-hipogástrico y pudendo³². La reducción del flujo sanguíneo a la pelvis consecutiva a un proceso aortoiliaco o aterosclerótico va seguida de fibrosis de la musculatura lisa de la pared vaginal y del clítoris. Este defecto puede acabar provocando síntomas como sequedad vaginal y dispareunia. Cuando en la mujer existe arteriosclerosis de las arterias cavernosas, el clítoris femenino muestra pérdida de musculatura lisa que es sustituida por tejido conjuntivo fibroso. Aunque se desconoce su mecanismo exacto, es posible que las lesiones ateroscleróticas que se producen en la musculatura lisa de las trabéculas y en los vasos del clítoris dificulten las respuestas normales de relajación y de dilatación que normalmente ocurren ante los estímulos sexuales. Cualquier lesión traumática del lecho arterial ilíaco-hipogástrico y pudendo debido a fracturas de la pelvis, traumatismos no penetrantes, lesiones quirúrgicas o compresiones crónicas sobre el periné como las que ocurren al montar en bicicleta, pueden reducir el flujo sanguíneo del clítoris y dar lugar a manifestaciones de disfunción sexual²⁹.

- Procesos neurológicos.

Pueden producir disfunción sexual en la mujer, las lesiones de la médula espinal o las enfermedades del sistema nervioso central o periférico, como en la diabetes mellitus, y las lesiones completas de la motoneurona superior que afecta a los segmentos medulares sacros. Las mujeres con lesiones incompletas conservan la capacidad de excitación sexual debida a los estímulos psíquicos y la lubricación vaginal. Respecto al orgasmo,

las mujeres que tienen lesiones medulares tienen bastante más dificultad para alcanzarlo que las mujeres normales²⁹.

- Causas hormonales/endocrinológicas.

Los trastornos funcionales del eje hipotálamo-hipofisario, la castración médica o quirúrgica, la menopausia y la insuficiencia ovárica prematura, y el control prolongado de la natalidad son las causas más frecuentes de disfunción sexual femenina de base hormonal. Las manifestaciones que más a menudo se asocian a un descenso de los niveles de estrógenos o testosterona son la pérdida del deseo sexual y de la libido, la sequedad vaginal y la ausencia de excitación sexual. Los estrógenos mejoran la integridad de la mucosa vaginal y mejoran la sensibilidad vaginal, favoreciendo la congestión vascular y las secreciones vaginales, con lo que se produce un aumento de la excitación. La ausencia de estrógenos produce una disminución significativa del flujo sanguíneo en el tejido cavernoso del clítoris, de la vagina y la uretra³⁰. Histológicamente se aprecia la fibrosis difusa del clítoris, de la vagina y la reducción de la vascularización en la submucosa vaginal. Al disminuir los estrógenos circulantes se producen unos efectos secundarios desfavorables sobre la estructura y función de la vagina y el clítoris que en último término afectan a la función sexual.

El déficit de andrógenos en la mujer se caracteriza por deterioro de la función sexual, menor sensación de bienestar, pérdida de energía, y unos efectos negativos sobre la masa ósea. La testosterona y su metabolito, la dihidrotestosterona, son los andrógenos endógenos más potentes que se encuentran en el varón y en la mujer. También es el principal precursor de los estrógenos. Durante la época fértil, los niveles de testosterona descienden considerablemente. Hacia los 45 años, los niveles circulantes de testosterona son aproximadamente la mitad de los que tiene una mujer de 20 años; sin embargo los andrógenos no descienden mucho durante la menopausia espontánea. La ooforectomía bilateral produce un descenso más importante³³.

- Problemas musculares.

Los músculos del suelo de la pelvis, sobre todo el elevador del ano y los de la membrana perineal, participan en la función y reactividad sexual de la mujer. La membrana perineal, formada por los músculos bulbocavernoso e isquiocavernoso, cuando se contrae voluntariamente favorece e intensifica la excitación sexual y el orgasmo. Además, estos músculos son responsables de las contracciones rítmicas e involuntarias que acompañan al orgasmo. El elevador del ano también modula las respuestas motoras que se producen durante el orgasmo y la penetración vaginal. Cuando hay hipertonia de estos músculos puede aparecer vaginismo, dispareunia y otros trastornos sexuales dolorosos. Cuando, por el contrario, hay hipotonía pueden observarse hipoestesia vaginal, anorgasmia durante el coito, o incontinencia urinaria durante el coito³⁰.

- Trastornos del suelo de la pelvis.

Los trastornos del suelo de la pelvis, un término que se usa en general para describir la disfunción de los mecanismos de continencia y el prolapso genital, pueden afectar a la función sexual. El suelo de la pelvis consta de todos los tejidos situados entre el peritoneo pélvico y el periné, la aponeurosis visceral y el diafragma de la pelvis, y los triángulos urogenital y anal, e incluye la pelvis ósea, tejidos conjuntivos, músculos y paquetes vasculonerviosos. Estas estructuras proporcionan apoyo a los órganos de la pelvis y la coordinación de las respuestas de la micción, defecación y sexual. Los músculos de la pelvis proporcionan el principal sostén activo del suelo pélvico. El músculo elevador del ano forma la capa más profunda, y consta de una porción anterior constituida por: el músculo pubococcígeo, el pubovaginal y puborrectal; y una porción posterior que está formada por el músculo iliococcígeo. El suelo de la pelvis intacto forma los elementos cruciales para el disfrute sexual, con una sensibilidad, un flujo vascular y una contracción muscular intactos. La contracción de estos músculos, como hemos comentado antes, intensifica la excitación sexual y el orgasmo.

El músculo elevador del ano fija el cuello vesical, la unión anorrectal, y los fónix vaginales a la pared lateral de la pelvis a través del ligamento suspensorio y el ligamento hiatal. Con la contracción, participan en el mecanismo de la evacuación (micción, defecación). Durante el coito, la distensión vaginal por el pene en erección desencadena los reflejos vaginoelevador y vaginopuborrectal, con la contracción del músculo elevador del ano, que se contrae también, con la estimulación del clítoris o del cuello uterino. Estas acciones potencian la respuesta sexual. La subluxación y caída del elevador del ano conducen a disfunción del músculo, que en último término, tiene como consecuencia dolor pélvico, dispareunia, disminución de la sensibilidad vaginal y una menor intensidad del orgasmo³⁴. En 1952 Arnold Kegel publicó sus hallazgos relacionados con la función sexual del músculo pubococcígeo. Observó que la sensibilidad de la vagina está relacionada con el tono muscular y que se podía mejorar a través de ejercicios específicos³⁵.

El prolapso de órganos pélvicos puede afectar al disfrute sexual como consecuencia de la alteración de la anatomía. Para la capacidad orgásmica y para minimizar el dolor puede ser importante el ángulo entre la vaginal y los otros órganos pélvicos. Este ángulo puede facilitar también el contacto entre la pelvis masculina y el clítoris femenino durante las contracciones del coito y de éste modo mejorar la capacidad orgásmica. De ahí la importancia de mantener el eje y la profundidad de la vagina durante la cirugía correctora del prolapso. Cada vez son más numerosos los estudios comparando la función sexual en mujeres con prolapso e incontinencia urinaria y en mujeres con cirugía correctiva de dicho problema, como analizaremos en la discusión de este trabajo³⁰; pero decir, que se ha sugerido la existencia de una asociación entre la incontinencia y la disfunción sexual femenina en mujeres sin componente de prolapso pélvico. La incontinencia parece afectar al bienestar emocional, y desencadena respuestas de vergüenza, depresión, ira, culpa, pérdida de autoestima y preocupación respecto al control de la orina y más del 40% sufre trastornos de la vida sexual debidos a su incontinencia (dolor en el coito, incontinencia con el coito)³⁶.

La cirugía de la pelvis para corregir el prolapso y la incontinencia puede afectar a la función sexual.

Diagnóstico diferencial.

El trastorno sexual debido a una enfermedad médica debe diagnosticarse sólo si se puede explicar de manera completa por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Si los factores psicológicos desempeñan también un papel en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la presencia del trastorno, el diagnóstico es un trastorno sexual primario (con el subtipo debido a factores combinados)²¹.

A la hora de determinar si el trastorno es primario debido exclusivamente a los efectos directos de una enfermedad médica, el componente más importante de la evaluación es una historia clínica y psicosexual lo más detallada posible. En las mujeres es importante el examen ginecológico completo, especialmente en los trastornos sexuales por dolor. En los hombres es útil estudiar la tumescencia peneana nocturna, realizar pruebas de tipo vascular e inyectar estimuladores tisulares para provocar la erección (por ejemplo, prostaglandinas o papaverina). La exploración neurológica y endocrinológica son de utilidad tanto en mujeres como en hombres.

Cuando las pruebas de consumo de una sustancia (reciente o prolongada), de abstinencia de una sustancia o de exposición a un tóxico, y el trastorno sexual se explica en su totalidad por los efectos directos de la sustancia, debe diagnosticarse de trastorno sexual inducido por sustancia. El clínico ha de interrogar detenidamente sobre la naturaleza y la magnitud del consumo de las sustancias, incluso los fármacos. Los síntomas que aparecen durante o poco tiempo después (por ejemplo, en un periodo de cuatro semanas) de la intoxicación por sustancias o después del consumo de un fármaco pueden ser especialmente indicativos de disfunción sexual inducida por sustancias, dependiendo del tipo o de la cantidad de la sustancia usada o de la duración de su consumo

Si el clínico se ha asegurado de que el trastorno sexual es debido tanto a una enfermedad médica como al consumo de sustancias, entonces debe efectuar ambos diagnósticos.

El deseo sexual hipoactivo, los trastornos de la excitación y en menor medida, el trastorno orgásmico pueden presentarse como síntomas de trastorno depresivo mayor. El trastorno sexual debido a una enfermedad médica debe diferenciarse de la disminución del interés y de la actividad sexual asociada al paso de los años.

6. TRASTORNO SEXUAL INDUCIDO POR SUSTANCIAS.

Características Diagnósticas.

La característica esencial del trastorno sexual inducido por sustancias es la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. Según sea la sustancia consumida, el trastorno puede alterar el deseo sexual y la excitación, así como el orgasmo, o producir dolor. Se considera que la alteración puede explicarse en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (drogas, fármacos o exposición a tóxicos). La alteración no se explica mejor por la presencia un trastorno sexual no inducido por sustancias. Este diagnóstico se establece en vez del de intoxicación por sustancias sólo cuando los síntomas sexuales exceden de los que habitualmente se asocian a la intoxicación y son de la suficiente gravedad clínica como para precisar atención clínica independiente²¹.

El trastorno sexual inducido por sustancias se diferencia de un trastorno sexual primario por el inicio y el curso del trastorno. Para el abuso de drogas debe haber pruebas de la intoxicación a partir de la historia clínica, la exploración física y los hallazgos de laboratorio. Los trastornos sexuales inducidos por sustancias se producen solamente en asociación con su consumo, mientras que los trastornos sexuales primarios

pueden aparecer antes del inicio de este consumo o durante la abstinencia. Los factores sugerentes de que el trastorno se explica mejor por un trastorno sexual primario son: persistencia de la disfunción durante un periodo de tiempo considerable (aproximadamente un mes) después de la intoxicación por sustancias, naturaleza excesiva de los síntomas teniendo en cuenta la que cabría esperar dado el tipo de la sustancia usada o la duración de su consumo, o historia anterior de un trastorno sexual primario.

Especificaciones.

Según el trastorno sexual predominante:

- Con alteración del deseo. Esta especificación se usa si el síntoma predominante es la ausencia o la disminución del deseo sexual.
- Con alteración de la excitación. Esta especificación se usa si el síntoma predominante es la ausencia o la disminución de la excitación sexual.
- Con alteración del orgasmo. Esta especificación se usa si el síntoma predominante es la ausencia o la disminución del orgasmo
- Con dolor sexual. Esta especificación se usa si el síntoma predominante es el dolor durante el coito.

Los trastornos sexuales inducidos por sustancias generalmente tienen su inicio durante la intoxicación por sustancias, y es necesario entonces señalarlo mediante una anotación de inicio durante la intoxicación.

Sustancias específicas.

Las disfunciones sexuales pueden aparecer asociadas a la intoxicación por las siguientes sustancias: alcohol, anfetaminas y sustancias de acción similar, cocaína, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias²¹. (Tabla 4)

La intoxicación aguda por sustancias de abuso, así como el abuso crónico o la dependencia de éstas, disminuye el interés por el sexo y provoca trastornos de la excitación en ambos sexos.

La disminución del interés por el sexo, los trastornos de la excitación y los trastornos orgásmicos pueden también, estar producidos por los fármacos prescritos a diario, como antihipertensivos, antagonistas de los receptores H₂ de la histamina, antidepresivos (especialmente, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), neurolépticos, ansiolíticos, esteroides anabolizantes y antiepilépticos. El orgasmo doloroso puede producirse por la flufenacina (neuroléptico usado en el tratamiento de la esquizofrenia), la tioridacina (una fenotiacina usada como antipsicótico) y la amoxapina (antidepresivo tricíclico). Se han registrado casos de priapismo con clorpromacina (neuroléptico), trazodona (compuesto psicoactivo con propiedades sedantes y antidepresivas) y clozapina (antipsicótico) y con la inyección intraacavernosa peneana de papaverina o prostaglandinas. Fármacos como los antihipertensivos o los esteroides anabolizantes pueden asimismo causar un estado de ánimo depresivo o irritable, además del trastorno sexual; en ese caso, es necesario realizar un diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. La experiencia clínica actualmente indica claramente que este tipo de trastorno sexual inducido por sustancias es bastante frecuente (no está por tanto, limitado a ciertos tipos de estimulación, situaciones o compañeros sexuales)^{6,14}.

Diagnóstico diferencial.

Las disfunciones sexuales inducidas por sustancias aparecen más probablemente durante una intoxicación por sustancias. El diagnóstico de la intoxicación por una sustancia determinada será habitualmente suficiente para categorizar la presentación de

los síntomas²¹.

Debe establecerse el diagnóstico de trastorno sexual inducido por sustancias sólo si el trastorno sexual se considera excesivo respecto del que habitualmente se asocia al síndrome de intoxicación y si los síntomas son de la suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Si los factores psicológicos desempeñan también un papel en el inicio, la gravedad, la exacerbación, o la persistencia de un síntoma, el diagnóstico es trastorno sexual primario (con el subtipo debido a factores combinados).

La disfunción sexual inducida por sustancias se diferencia del trastorno sexual primario por el hecho de que los síntomas se explican en su totalidad por los efectos directos de una sustancia.

El trastorno sexual inducido por sustancias debido al tratamiento de un trastorno mental o de una enfermedad médica ha de iniciarse mientras el enfermo tome el medicamento. Al finalizar el tratamiento, el trastorno sexual desaparecerá en un periodo de días o varias semanas (según la vida media del fármaco). Si el trastorno sexual persiste, deben considerarse otras causas responsables de la aparición del trastorno. Los efectos indeseables de los fármacos que afectan a la función sexual pueden hacer que los individuos realicen un mal cumplimiento terapéutico si valoran más la relación sexual que los beneficios del medicamento.

Debido a que los individuos con enfermedades crónicas toman fármacos a menudo, el clínico debe considerar la posibilidad de que el trastorno sexual esté producido por las consecuencias fisiológicas de la enfermedad médica más que por los fármacos; en este caso debe efectuarse el diagnóstico de trastorno sexual debido a una enfermedad médica. Generalmente, la historia clínica del enfermo proporciona los datos para esta consideración. A veces, es necesario un cambio en el tratamiento de la enfermedad médica (por ejemplo, cambiar o suprimir un fármaco) con el fin de

determinar empíricamente si el medicamento es la causa del trastorno. Si el clínico sabe con seguridad que el trastorno se debe tanto al consumo de sustancias como a la enfermedad médica, deben establecerse ambos diagnósticos²¹.

Cuando no hay pruebas suficientes para determinar si el trastorno sexual se debe a una sustancia en particular, o a una enfermedad médica, o es de tipo primario, hay que diagnosticar como trastorno sexual no especificado.

7. TRASTORNO SEXUAL NO ESPECIFICADO.

Esta categoría incluye los trastornos sexuales que no cumplen los criterios para un trastorno sexual específico.

- Ausencia (o disminución sustancial) de pensamientos eróticos subjetivos, a pesar de de que la excitación y el orgasmo sean normales.
- Situaciones en las que el clínico ha constatado la presencia de un trastorno sexual, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a una enfermedad médica o inducido por sustancias.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS

A pesar de vivir en un mundo globalizado, hay que tener en cuenta que existen importantes diferencias culturales con respecto a la función sexual con respecto a las distintas poblaciones. Por lo que no es correcto extrapolar los resultados, hallados en la literatura, sobre la función sexual femenina obtenidos en poblaciones distintas a la española, (americana, francesa. italiana, sudamericana...) a nuestra población, ni a nuestras pacientes.

La hipótesis de este estudio, es comprobar que la aplicación del test de función sexual femenina FSFI© a una población española, como es la de nuestra comunidad Castilla y León, difiere de los resultados publicados de la población americana, que tomábamos hasta ahora como referencia en los estudios sobre función sexual femenina.

OBJETIVOS

1. Objetivo general:

Conocer el nivel de la función sexual de un grupo de mujeres de edades comprendidas entre los 20 y los 71 años con domicilio en la comunidad de Castilla y León.

2. Objetivos específicos:

1. Determinar la función sexual base de las mujeres de nuestro entorno sociocultural de Castilla y León.
2. Analizar la vivencia de bienestar-satisfacción en el ejercicio de la sexualidad, en mujeres entre 20 y 71 años con domicilio en Castilla y León.
3. Conocer la vivencia de afectividad y reciprocidad de la afectividad en la o las relaciones de pareja en las mujeres de Castilla y León.
4. Determinar si podemos comparar mediante el test aplicado a mujeres de distintas comunidades de España y del otros países, para determinar posibles efectos culturales, religiosos o familiares entre las diferentes mujeres según su entorno sociocultural.
5. Determinar la función sexual base de nuestras pacientes con problemas genitourinarios y compararla con la función sexual base obtenida en Castilla y León.

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño del estudio.

Considerando la hipótesis y los objetivos reseñados previamente, se ha elegido un diseño de estudio observacional, transversal y descriptivo realizado entre septiembre de 2008 y octubre de 2009 con mujeres de Castilla y León.

2. Ámbito de realización.

El estudio ha sido realizado entre 4500 mujeres elegidas al azar tras estratificación por provincia y edad, entre la base de datos del SACYL (Servicio de Salud de Castilla y León), según el registro de la tarjeta sanitaria, de las mujeres de Castilla y León.

3. Población de estudio.

La población accesible ha estado formada por todas las mujeres de Castilla y León que tuvieran acceso a la tarjeta sanitaria de la Seguridad Social del SACYL (Servicio de Salud de Castilla y León), con una edad igual o mayor a 20 años y menor o igual de 71.

La población total de mujeres a uno de enero de 2008 era 1.287.992, siendo la distribución por provincias como se muestra en la siguiente tabla (Tabla 6); Ávila: 84.979, Burgos: 183.997, León: 255.414, Palencia: 87.602, Salamanca: 180.526, Segovia: 80.647, Soria: 46.765, Valladolid: 268.944 y Zamora: 99.118.

Cifras de población referidas al 01/01/2008 Real Decreto 2124/2008, de 26 de diciembre

Resumen por Provincias

Poblaciones referidas al 1 de enero de 2008 por provincias y sexo.
Unidades: Personas

	Mujeres
Ávila	84.979
Burgos	183.997
León	255.414
Palencia	87.602
Salamanca	180.526
Segovia	80.647
Soria	46.765
Valladolid	268.944
Zamora	99.118
Total	1.287.992

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

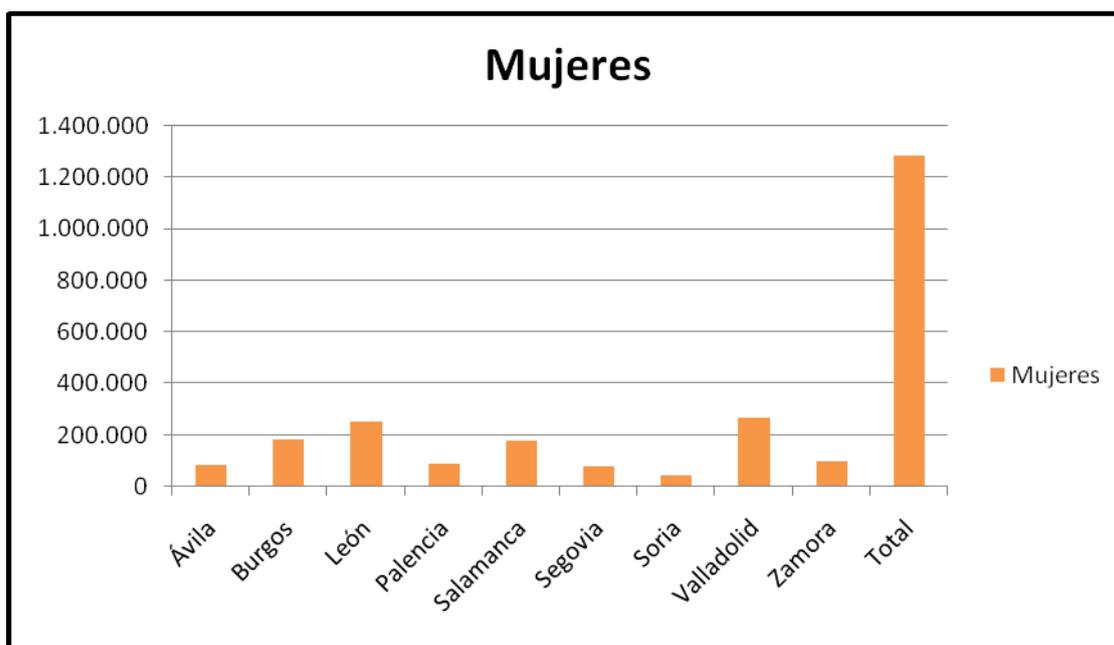


Tabla 6. Distribución de la población de mujeres de Castilla y León a uno en enero de 2008.

Una vez que tenemos el número de mujeres total de las provincias de Castilla y León, necesitamos saber las que van a poder formar parte de nuestro estudio que son las mujeres entre 20 y 71 años, que suponen el 67% de la población. (Tabla 7)

Población referida al 1 de enero de 2008 por provincias, sexo y edad.

Población Unidades: personas

	Mujeres
<u>Ávila</u>	54087
20-29	10005
30-39	11612
40-49	12305
50-59	9476
60-71	10689
<u>Burgos</u>	121807
20-29	22584
30-39	27915
40-49	27782
50-59	22296
60-71	21230
<u>León</u>	167780
20-29	30366
30-39	35557
40-49	38033
50-59	30988
60-71	32836
<u>Palencia</u>	57119
20-29	10608
30-39	11756
40-49	13393
50-59	11126
60-71	10236
<u>Salamanca</u>	118770
20-29	21742
30-39	25548
40-49	26765
50-59	21308
60-71	23407
<u>Segovia</u>	52030
20-29	10106
30-39	12016
40-49	12193
50-59	8694
60-71	9021
<u>Soria</u>	29113
20-29	5357
30-39	6451
40-49	6723
50-59	5016
60-71	5566

Valladolid	187966
20-29	34377
30-39	43788
40-49	41257
50-59	35658
60-71	32886
Zamora	62450
20-29	11043
30-39	12359
40-49	13704
50-59	11436
60-71	13908

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Copyright INE 2010

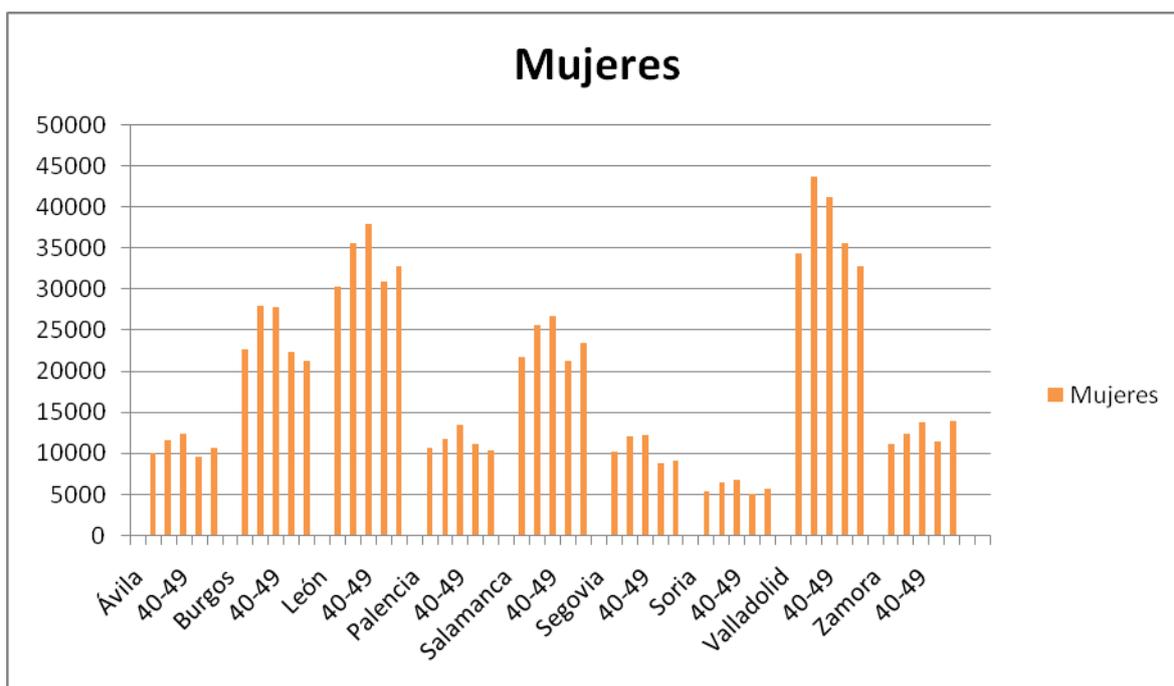


Tabla 7. Distribución de la población de mujeres de Castilla y León a uno en enero de 2008 por décadas de edad y provincias (entre los 20 y 71 años).

Según dicha distribución por provincias y edades de cada provincia de mujeres de 20 a 71 años, se enviaron encuestas a las nueve provincias de Castilla y León en proporción a la población entre 20 y 71 años de cada provincia. (Tabla 8)

Provincias	Población Provincias	Población entre 20 y 71 años	%	Enviadas	Respuestas	% Respuestas
AVILA	84.979	54.087	6,6	297	154	51,9
BURGOS	183.997	121.807	14,3	643	157	24,4
LEÓN	255.414	167.780	19,8	892	144	16,1
PALENCIA	87.602	57.119	6,8	306	153	50,0
SALAMANCA	180.526	118.770	14,0	631	188	29,8
SEGOVIA	80.647	52.030	6,3	282	154	54,7
SORIA	46.765	29.113	3,6	163	146	89,4
VALLADOLID	268.944	187.966	20,9	940	295	31,4
ZAMORA	99.118	62.450	7,7	346	136	39,3
CASTILLA Y LEÓN	1.287.992	851.122	100	4500	1527	33,9

Tabla 8. Distribución de la población de mujeres de Castilla y León total, de la población entre 20 y 71 años, el porcentaje de población de mujeres de cada provincia y el número de encuestas enviadas por población y el número y el porcentaje de encuestas respondidas.

Las respuestas fueron mayores del 30% de la población en el conjunto de Castilla y León y en todas las provincias excepto en Burgos y en León con menor tasa de respuestas, pero se acepta.

De acuerdo con los estudios publicados sobre la prevalencia de disfunción sexual femenina^{25,37}, la muestra mínima necesaria para su medida en Castilla y León se fijó en 1045 mujeres (prevalencia estimada del 41-43%, imprecisión del 3%; $\alpha=0.05$

para una población de 851.122 mujeres de Castilla y León entre 20 y 71 años) esperando alcanzarla con la selección inicial de 4500 mujeres. El tamaño muestral se obtiene mediante el programa estadístico informático: *ene 2.0*® (distribuido por el laboratorio GlaxoSmithKline desarrollado por el Servicio de Estadística de la Universidad Autónoma de Barcelona).

La selección de la muestra se ha realizado mediante las encuestas respondidas, a medida que la encuesta enviada a nuestra población elegida de mujeres iba siendo devuelta mediante correo postal, estudiando todos los que cumplían criterios de inclusión para la valoración de la función sexual femenina en Castilla y León teniendo en cuenta los principios de la Declaración de Helsinki³⁸. (Declaración de Helsinki. World medical association (asociación médica mundial). En internet: http://www.isciii.es/htdocs/terapia/documentos/Declaracion_de_Helsinki.pdf. (consultado el 6 de febrero de 2010).

3.1. Criterios de inclusión y exclusión.

Los **criterios de inclusión** en el estudio fueron los siguientes:

1. Toda mujer residente en Castilla y León con acceso a la tarjeta sanitaria del SACYL.
2. Mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 71 años.
3. Conocimiento de la lengua castellana.
4. Alfabetización para poder leer y rellenar el cuestionario.
5. Cumplimentación correcta del cuestionario de función sexual (FSFI© versión en castellano).

Los **criterios de exclusión** afectan a todos aquellos sujetos que no sean mujeres, no estén sus edades comprendidas entre los 20 y los 71 años, analfabetas, que tengan desconocimiento de la lengua castellana o que rechacen la participación en el estudio.

Un total de 4500 mujeres fueron elegidas al azar de la base de datos de la tarjeta sanitaria del SACYL, con edades comprendidas entre los 20 y los 70 años y con domicilio en una de las nueve provincias de Castilla y León (inicialmente la distribución de las 4500 mujeres tiene una representación similar a la población general de mujeres de Castilla y León con respecto a las provincias y las edades), se enviaron cartas a dichas mujeres con el cuestionario FSFI© en versión en castellano, una carta explicativa con los motivos de dicho estudio y un sobre prefranqueado para la devolución del cuestionario completado de forma anónima. Las cartas se enviaron en tres ocasiones, en los meses de septiembre y octubre de 2008, febrero y marzo de 2009 y agosto y setiembre de 2009. Siendo devueltas en total: 1527 cartas correctamente completadas (33.9%) y 182 devueltas por el Servicio de Correos por dirección desconocida o falta de datos (4.04%).

4. Variables estudiadas.

Las variables a estudio fueron:

- Variables epidemiológicas: provincia de residencia de Castilla y León, edad, raza, tendencia sexual, número de relaciones sexuales al mes, nivel de estudios, número de hijos e intervenciones quirúrgicas vaginales.
- Variable de estudio de la función sexual femenina: el cuestionario FSFI© versión en castellano⁴⁰. (tomado de www.mapi-institute.com)

4.1 Variables epidemiológicas.

Se registró:

- la **provincia** de Castilla y León de residencia: Ávila, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora.
- la **edad** de cada mujer, en el análisis comparativo por edad se dividió la población de estudio primero en décadas: 20-29 años, 30-39 años, 40-49 años, 50-59 años, 60-69 años y mayores de 70 años pero a la vista de los resultados, los grupos se redujeron a tres: ≤ 40 años, 41-50 años y ≥ 51 años, para realizar grupos más homogéneos según fueran mujeres premenopáusicas, perimenopáusicas o menopáusicas.
- la **raza**: blanca, negra y asiática, en el análisis comparativo por raza se dividió la población de estudio en blanca y no blanca.
- la **tendencia sexual**: heterosexual y homosexual.
- la **actividad sexual**: activas sexualmente y no activas sexualmente.
- el **número de relaciones sexuales** en las 4 últimas semanas.
- el **nivel de estudios**: primarios, secundarios y universitarios.
- el **número de hijos**, en el análisis comparativo por número de hijos se dividió la población de estudio en no tener hijos, 1 hijo, 2 hijos, 3 hijos y ≥ 4 hijos.
- el haber sido sometida a una **intervención quirúrgica vaginal** previamente: si o no.
- el **tipo de intervención quirúrgica vaginal**.

4.2 Variable de estudio de la función sexual femenina: cuestionario FSFI© versión en castellano.

El cuestionario original desarrollado por Rosen³⁹ fue traducido y validado al castellano por Blümel J.E y cols.⁴⁰ en el 2004.

Fue traducido al español, vuelto a traducir al inglés y nuevamente traducido al español (backward-translate technique). Para la valoración de la calidad de la encuesta traducida al español se aplicó la prueba alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de los diferentes dominios del test; se observa que se obtuvieron valores que señalan una buena (>0,70) o muy buena correlación (>0,80). La consistencia interna del test fue buena (>0,70). Por lo tanto, el Índice de Función Sexual Femenino es un instrumento válido, sencillo de aplicar, con propiedades psicométricas adecuadas que permite evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida. Es adecuado para estudios epidemiológicos y clínicos⁴⁰.

El cuestionario es autocumplimentado y consta de 19 ítems que, según la estructura original del test, pretenden evaluar seis dimensiones de la sexualidad femenina (dos ítems relacionados con el deseo, cuatro relacionados con la excitación, cuatro relacionados con lubricación, tres relacionados con orgasmo, tres para medir satisfacción y tres para evaluar el dolor en las relaciones sexuales). En las instrucciones, se advierte que el uso es puramente investigador y de carácter anónimo, (se les adjunta una hoja en la que se explica los fines del estudio, así como la forma de contacto con los investigadores principales para cualquier consulta posterior que deseen realizar).

El cuestionario, como en el caso del original, se basa en la medición de la respuesta en escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que varían en función del contenido de la pregunta.

Los 19 ítems del cuestionario están divididos en los siguientes seis dominios:

- **Deseo:**

1. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido deseo o interés sexual? Puntuación de 1 a 5.

2. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual? Puntuación de 1 a 5.

- **Excitación:**

3. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido excitada sexualmente (caliente) durante la actividad sexual o el coito? Puntuación de 0 a 5.

4. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de excitación sexual (caliente) durante la actividad sexual o el coito? Puntuación de 0 a 5.

5. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido segura de poder excitarse sexualmente durante la actividad sexual o el coito? Puntuación de 0 a 5.

6. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o el coito? Puntuación de 0 a 5.

- **Lubricación:**

7. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha estado lubricada (mojada) durante la actividad sexual o el coito? Puntuación de 0 a 5.

8. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil estar lubricada (mojada) durante la actividad sexual o el coito? Puntuación de 0 a 5.

9. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha mantenido su lubricación (humedad) hasta el final de la actividad sexual o el coito? Puntuación de 0 a 5.

10. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil mantener su lubricación (humedad) hasta el final de la actividad sexual o el coito? Puntuación de 0 a 5.

- **Orgasmo:**

11. Durante las cuatro últimas semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿con qué frecuencia ha llegado al orgasmo (clímax)? Puntuación de 0 a 5.

12. Durante las cuatro últimas semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿hasta qué punto le ha sido difícil llegar al orgasmo (clímax)? Puntuación de 0 a 5.

13. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su capacidad para llegar al orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o el coito? Puntuación de 0 a 5.

- **Satisfacción:**

14. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con la cantidad de intimidad emocional entre usted y su pareja durante la actividad sexual? Puntuación de 0 a 5.

15. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha de su relación sexual con su pareja? Puntuación de 0 a 5.

16. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su vida sexual en general? Puntuación de 0 a 5.

- **Dolor:**

17. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor durante la penetración vaginal? Puntuación de 0 a 5.

18. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor después de la penetración vaginal? Puntuación de 0 a 5.

19. Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cómo evaluaría su nivel (grado) de molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal? Puntuación de 0 a 5.

Se empleó la formulación en segunda persona (modo formal, usted) para evitar la posible somatización y/o disonancia entre las preguntas del cuestionario y los sentimientos de las mujeres a las que estaba dirigido.

La puntuación de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntuación mejor sexualidad.

Se solicitaron y obtuvieron los permisos de utilización de la versión validada y adaptada a la población española.

CUESTIONARIO SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

(Spanish version of FSFI©)

Nº Identificación de la Paciente _____ Fecha ____/____/____

Día Mes Año

INSTRUCCIONES: Estas preguntas tratan sobre sus sentimientos y respuestas sexuales durante las últimas 4 semanas. Por favor, conteste a las siguientes preguntas con la mayor honestidad y claridad posibles. Sus respuestas serán totalmente confidenciales. Para contestar a estas preguntas, tenga en cuenta las siguientes definiciones:

Actividad sexual puede incluir caricias, juegos previos, masturbación o coito vaginal.

Relación sexual se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual incluye situaciones como los juegos previos con la pareja, la autoestimulación (masturbación) o las fantasías sexuales.

MARQUE SÓLO UNA CASILLA POR PREGUNTA

Deseo o interés sexual es un sentimiento que incluye querer tener una experiencia sexual, sentirse receptiva ante la iniciativa sexual de la pareja y pensar o tener fantasías sobre hacer el amor.

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** ha sentido deseo o interés sexual?

- 5 = Casi siempre o siempre
 4 = Muchas veces (más de la mitad del tiempo)
 3 = Algunas veces (aproximadamente la mitad del tiempo)
 2 = Pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
 1 = Casi nunca o nunca

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su **nivel** (grado) de deseo o interés sexual?

- 5 = Muy alto
 4 = Alto
 3 = Moderado
 2 = Bajo
 1 = Muy bajo o ninguno

La excitación sexual es un sentimiento que incluye tanto aspectos físicos como mentales. Puede abarcar sensaciones de calor o cosquilleo en los genitales, lubricación (humedad) o contracciones musculares.

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** se ha sentido excitada sexualmente (“caliente”) durante la actividad sexual o el coito?

- 0 = No he tenido actividad sexual
- 5 = Casi siempre o siempre
- 4 = Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 3 = Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- 2 = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 1 = Casi nunca o nunca

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su **nivel** (grado) de excitación sexual (“estar caliente”) durante la actividad sexual o el coito?

- 0 = No he tenido actividad sexual
- 5 = Muy alto
- 4 = Alto
- 3 = Moderado
- 2 = Bajo
- 1 = Muy bajo o ninguno

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido **segura** de poder excitarse sexualmente durante la actividad sexual o el coito?

- 0 = No he tenido actividad sexual
- 5 = Segurísima
- 4 = Muy segura
- 3 = Moderadamente segura
- 2 = Poco segura
- 1 = Muy poco o nada segura

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** se ha sentido satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o el coito?

- 0 = No he tenido actividad sexual
- 5 = Casi siempre o siempre
- 4 = Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 3 = Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- 2 = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 1 = Casi nunca o nunca

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** ha estado lubricada (“mojada”) durante la actividad sexual o el coito?

- 0 = No he tenido actividad sexual
- 5 = Casi siempre o siempre
- 4 = Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 3 = Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- 2 = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 1 = Casi nunca o nunca

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha sido **difícil** estar lubricada (“mojada”) durante la actividad sexual o el coito?

- 0 = No he tenido actividad sexual
- 1 = Extremadamente difícil o imposible
- 2 = Muy difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Ligeramente difícil
- 5 = Nada difícil

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia **ha mantenido** su lubricación (“humedad”) hasta el final de la actividad sexual o el coito?

- 0 = No he tenido actividad sexual
- 5 = Casi siempre o siempre
- 4 = Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 3 = Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- 2 = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 1 = Casi nunca o nunca

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha sido **difícil** mantener su lubricación (“humedad”) hasta el final de la actividad sexual o el coito?

- 0 = No he tenido actividad sexual
- 1 = Extremadamente difícil o imposible
- 2 = Muy difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Ligeramente difícil
- 5 = Nada difícil

11. Durante las últimas 4 semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿con qué **frecuencia** ha llegado al orgasmo (clímax)?

- 0 = No he tenido actividad sexual
- 5 = Casi siempre o siempre
- 4 = Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 3 = Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- 2 = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 1 = Casi nunca o nunca

12. Durante las últimas 4 semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿hasta qué punto le ha sido **difícil** llegar al orgasmo (clímax)?

- 0 = No he tenido actividad sexual
- 1 = Extremadamente difícil o imposible
- 2 = Muy difícil
- 3 = Difícil
- 4 = Ligeramente difícil
- 5 = Nada difícil

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido **satisfecha** con su capacidad para llegar al orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o el coito?

- 0 = No he tenido actividad sexual
- 5 = Muy satisfecha
- 4 = Moderadamente satisfecha
- 3 = Igual de satisfecha como de insatisfecha
- 2 = Moderadamente insatisfecha
- 1 = Muy insatisfecha

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido **satisfecha** con la cantidad de intimidad emocional entre usted y su pareja durante la actividad sexual?

- 0 = No he tenido actividad sexual
- 5 = Muy satisfecha
- 4 = Moderadamente satisfecha
- 3 = Igual de satisfecha como de insatisfecha
- 2 = Moderadamente insatisfecha
- 1 = Muy insatisfecha

15. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido **satisfecha** de su relación sexual con su pareja?

- 5 = Muy satisfecha
- 4 = Moderadamente satisfecha
- 3 = Igual de satisfecha como de insatisfecha
- 2 = Moderadamente insatisfecha
- 1 = Muy insatisfecha

16. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido **satisfecha** con su vida sexual en general?

- 5 = Muy satisfecha
- 4 = Moderadamente satisfecha
- 3 = Igual de satisfecha como de insatisfecha
- 2 = Moderadamente insatisfecha
- 1 = Muy insatisfecha

17. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** ha experimentado molestias o dolor durante la penetración vaginal?

- 0 = No he intentado tener relaciones
- 1 = Casi siempre o siempre
- 2 = Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 3 = Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- 4 = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 5 = Casi nunca o nunca

18. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** ha experimentado molestias o dolor después de la penetración vaginal?

- 0 = No he intentado tener relaciones
- 1 = Casi siempre o siempre
- 2 = Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- 3 = Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- 4 = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 5 = Casi nunca o nunca

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su **nivel** (grado) de molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- 0 = No he intentado tener relaciones
 1 = Muy alto
 2 = Alto
 3 = Moderado
 4 = Bajo
 5 = Muy bajo o ninguno

Gracias por completar este cuestionario. ©D. Ferguson and R. Rosen, 2000

Cuestionario FSFI©. Los números que se encuentran al lado de las opciones para responder son la puntuación correspondiente a cada respuesta.

CORRECCIÓN DEL FSFI

Sistema de puntuación: se obtiene la puntuación individual y se suman a los demás del mismo dominio, multiplicando por el factor correspondiente. La escala total es obtenida sumando los scores obtenidos de los seis dominios. Un score de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes.

Dominio	Preguntas	Rango	Factor	Score mínimo	Score máximo
Deseo	1,2	1-5	0.6	1.2	6.0
Excitación	3,4,5,6	0-5	0.3	0	6.0
Lubricación	7,8,9,10	0-5	0.3	0	6.0
Orgasmo	11,12,13	0-5	0.4	0	6.0
Satisfacción	14,15,16	0 (o 1)-5	0.4	0	6.0
Dolor	17,18,19	0-5	0.4	0	6.0
Rango total de la escala				2.0	36.0

Normas de corrección para el cuestionario FSFI©.

5. Análisis estadístico.

El tamaño muestral se obtiene mediante el programa estadístico informático: *ene 2.0*® (distribuido por el laboratorio GlaxoSmithKline desarrollado por el Servicio de Estadística de la Universidad Autónoma de Barcelona).

Los datos fueron introducidos en una base de datos en el programa Microsoft Excel 2002. Tras un proceso de depuración fueron exportados al programa SPSS 15.0 (SPSS Inc®, Chicago Ill, EEUU) con el que se llevó a cabo el análisis estadístico y los gráficos se obtuvieron con la aplicación GraphPad Prism 5.0.

Las variables continuas se describieron como media \pm DE (distribución normal) o como mediana y rango intercuartílico (distribución no normal), mientras que las cualitativas lo fueron mediante frecuencias absolutas y relativas o porcentajes. Los datos se recogieron en tablas y se representaron en gráficos (diagrama de barras para las variables cualitativas, histograma de frecuencias, diagrama de cajas y barras de error para las cuantitativas).

El test de Kolmogorov–Smirnov se usó para determinar la normalidad de las distribuciones. Para estudiar las diferencias entre medias se utilizaron los tests estadísticos paramétricos y no paramétricos exigidos por las condiciones de aplicación: t de Student o U de Mann-Whitney (para 2 grupos) y ANOVA con prueba post-hoc de Bonferroni o H de Kruskal-Wallis (para más de 2 grupos). El nivel de significación se consideró para una $p \leq 0,05$.

Las variables con una pérdida de datos mayor del 15% no se tendrán en cuenta para el análisis estadístico, dado que los resultados pueden estar sesgados.

El análisis del cuestionario de función sexual femenina (FSFI©) se llevó a cabo según las indicaciones de los autores originales. Teniendo en cuenta que en la pregunta 15 y en la 16 tenemos >5% de pérdidas se decide excluir los test sin estas respuestas

para el cálculo del dominio satisfacción y el cálculo del resultado global del test FSFI© total.

La inferencia a la población de los resultados (medias) de cada una de las 19 preguntas del cuestionario, de cada uno de los seis dominios y del resultado global del test FSFI©, se realizó a través del Intervalo de Confianza (IC) al 95% de la media (IC= media \pm 1.96xET) (ET: error típico).

Para el estudio del perfil de las mujeres con peor función sexual (FSFI \leq 21,7, lo que equivale al percentil 25 de su distribución) se ajustó un modelo de regresión logística. La variable estudiada (variable dependiente) fue “función sexual” con valor 1 si FSFI \leq 21,7, y 0 si FSFI $>$ 21,7. Fueron incluidas en el modelo como variables explicativas (independientes) las siguientes: edad (\leq 40 años, 41-50 años y \geq 51 años), raza (mujeres blancas y no blancas), nivel de estudios (primarios, secundarios y universitarios), número de hijos (no tener hijos, 1 hijo, 2 hijos, 3 hijos y \geq 4 hijos) y el haber sido sometida a una intervención quirúrgica vaginal (si y no).

6. Tratamiento informático y control de calidad de los datos.

El tratamiento informático de los datos, adecuadamente codificados, fue realizado en un ordenador personal portátil HP Mini-Note PC 2133, con procesador VC7-M, sistema operativo Windows XP y herramientas de Microsoft Office 2000. La búsqueda bibliográfica se efectuó a través de Internet en Microsoft Internet Explorer 6.0. Los datos recogidos fueron introducidos en una base de datos SPSS 15.0 (SPSS Inc®, Chicago Ill, EEUU) diseñada ex profeso. Se aseguró la calidad de los datos comprobándose al menos en dos ocasiones antes de su procesamiento definitivo para detectar datos perdidos, omisiones o errores.

7. Financiación y permisos.

El estudio ha sido llevado a cabo de acuerdo con la ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica publicada en el B.O.E. número 159 de 4/7/2007, páginas 28826 a 28848, de acuerdo a la confidencialidad de los datos obtenidos en la encuesta, y con la guía ética de la Declaración de Helsinki³⁸ de 1975, revisada en febrero de 2010.

Previo a comenzar este estudio, se solicitan y obtienen: el permiso de la Comisión de Investigación del Hospital Universitario del Río Hortega de Valladolid que garantiza el cumplimiento con todos los requisitos metodológicos; el permiso del autor del test Dr. Raymond Rosen para utilizar su versión en español (el permiso fue concedido vía e-mail) y el documento de confidencialidad para cesión de datos del SACYL (Sistema sanitario de Castilla y León).

8. Revisión bibliográfica.

La revisión bibliográfica ha sido realizada a través de buscadores médicos: la página de internet PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>), un servicio de acceso libre a la Base de datos Medline proporcionado por la National Library of Medicine (NLM), Doyma (<http://www.elsevier.es>) y Blackwell-Synergy (<http://www.3.interscience.wiley.com>). Para la búsqueda inicial se han empleado términos libres y vocabulario controlado (función sexual; función sexual femenina; FSFI; cuestionarios; cuestionarios y función sexual femenina; cuestionarios validados al castellano; FSFI validado al castellano; calidad de vida; quality of life; disfunción sexual femenina; función sexual y cirugía vaginal; función sexual y prolapso de órganos pélvicos; función sexual femenina e incontinencia.). La búsqueda libre ha sido completada con la utilización de vocabulario controlado (MeSH) restringiéndola a un término o ampliándola a varios si ha sido preciso. Los términos de búsqueda han sido

relacionados mediante operadores lógicos e implementados mediante truncadores, limitándose a los años 1970-2009, todos los idiomas, investigación en humanos y artículos con abstract. De los artículos recuperados han sido seleccionados los que aportaban la información más válida e importante según criterio personal.

Han sido utilizados libros de texto, monografías y manuales actualizados de interés relevante. Así mismo, se utilizó el fondo bibliográfico de la biblioteca del Hospital Universitario Río Hortega y de las bibliotecas de Ciencias de la Salud y Magisterio de la Universidad de Valladolid. Una parte de la bibliografía ha sido obtenida a través de los estudios o revisiones procedentes de las fuentes anteriores.

La revisión bibliográfica se hizo en dos tiempos: previa al diseño del estudio, para lograr una idea del estado actual de los estudios sobre función sexual femenina, sobre todo en España, y una nueva revisión posterior al diseño, con el objetivo de priorizar los datos obtenidos y establecer modelos comparativos.

Todas las referencias obtenidas fueron incluidas en una base del programa EndNote Versión 9 de archivo, edición y manejo de referencias bibliográficas.

En cuanto a la redacción de las referencias bibliográficas se utilizó el estilo recomendado por el *International Committee of Medical Journal Editors* conocido como normas de Vancouver y disponibles en las direcciones electrónicas: www.icmje.org y www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas

Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

Introducción

Es misión del médico salvaguardar la salud de las personas. Su conocimiento y conciencia están dedicados al cumplimiento de esta misión.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico a la aseveración: «La salud de mi paciente será mi empeño principal», y el Código internacional de Ética Médica declara que «cuando un médico proporcione una asistencia médica que pudiera tener un efecto de debilitamiento del estado físico y mental del paciente el médico deberá actuar únicamente en interés del paciente». La finalidad de la investigación biomédica que implica a personas debe ser la de mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y patogénesis de la enfermedad.

En la práctica médica actual, la mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o profilácticos implican riesgos. Esto rige especialmente en la investigación biomédica. El progreso médico se basa en la investigación que, en última instancia, debe apoyarse en parte en la experimentación realizada en personas. En el campo de la investigación biomédica, debe efectuarse una diferenciación fundamental entre la investigación médica en la cual el objetivo es esencialmente diagnóstico o terapéutico para los pacientes y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y que carece de utilidad diagnóstica o terapéutica directa para la persona que participa en la investigación. Deben adoptarse precauciones especiales en la realización de investigaciones que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados en la investigación. Puesto que es esencial que los resultados de las pruebas de laboratorio se apliquen a seres humanos para obtener nuevos conocimientos científicos y ayudar a la humanidad enferma, la Asociación Médica Mundial ha preparado las siguientes recomendaciones como guía para todo médico que realice investigaciones biomédicas en personas. Esta guía debería revisarse en el futuro. Debe destacarse que las normas tal como se describen constituyen únicamente una guía para los médicos de todo el mundo. Los médicos no quedan exonerados de las responsabilidades penales, civiles y éticas que recogen las leyes de sus propios países.

I. Principios básicos

1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.
2. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental.
3. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente calificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.
4. La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.
5. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.
6. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.
7. Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.
8. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

9. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.
10. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.
11. En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.
12. El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración.

II. Investigación médica combinada con asistencia profesional (Investigación clínica)

1. En el tratamiento de una persona enferma, el médico debe tener la libertad de utilizar un nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico, si a juicio del mismo ofrece una esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.
2. Los posibles beneficios, riesgos y molestias de un nuevo procedimiento deben sopesarse frente a las ventajas de los mejores procedimientos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
3. En cualquier estudio clínico, todo paciente, inclusive los de un eventual grupo de control, debe tener la seguridad de que se le aplica el mejor procedimiento diagnóstico y terapéutico confirmado.
4. La negativa del paciente a participar en un estudio jamás debe perturbar la relación con su médico.

5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado, las razones concretas de esta decisión deben consignarse en el protocolo experimental para conocimiento del comité independiente (v. *Principios básicos*, punto 2).
6. El médico podrá combinar investigación médica con asistencia profesional, con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos médicos, únicamente en la medida en que la investigación médica esté justificada por su posible utilidad diagnóstica o terapéutica para el paciente.

III. Investigación biomédica no terapéutica que implique a personas (Investigación biomédica no clínica)

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en personas, es deber del médico seguir siendo el protector de la vida y la salud de la persona participante en la investigación biomédica.
2. Las personas participantes deben ser voluntarios, o bien personas sanas o pacientes cuya enfermedad no esté relacionada con el protocolo experimental.
3. El investigador o el equipo investigador debe suspender la investigación si estimasen que su continuación podría ser dañina para las personas.
4. En investigaciones en el hombre, el interés de la ciencia y la sociedad jamás debe prevalecer sobre consideraciones relacionadas con el bienestar de las personas.

RESULTADOS

RESULTADOS

En las siguientes páginas se describirán de manera pormenorizada los resultados de nuestra investigación.

1. Análisis descriptivo de la muestra.

1. 1. Grupo de estudio.

Se estudiaron un total de 1527 mujeres que contestaron el cuestionario FSFI© de forma anónima, remitiéndolo al Hospital Universitario Río Hortega.

Se estudiaron las siguientes variables epidemiológicas:

- Análisis descriptivo para las provincias.
- Análisis descriptivo para la edad.
- Análisis descriptivo para la raza.
- Análisis descriptivo para la tendencia sexual.
- Análisis descriptivo para la actividad sexual en las cuatro últimas semanas.
- Análisis descriptivo para el número de relaciones sexuales en las cuatro últimas semanas.
- Análisis descriptivo para el nivel de estudios.
- Análisis descriptivo para el número de hijos.
- Análisis descriptivo para el antecedente de cirugía vaginal previa a la realización del test FSFI©.
- Análisis descriptivo para el tipo de cirugía vaginal previa a la realización del test FSFI©.

1.1.1. Análisis descriptivo por provincia.

La distribución por provincias fue la siguiente: un 10.09% de Ávila, 10.28% de Burgos, 9.43% de León, 10.02% de Palencia, 12.31% de Salamanca, 10.09% de Segovia, 9.56% de Soria, 19.32% de Valladolid y 8.91% de Zamora; como se muestra en la siguiente tabla y figura. (Tabla 9 y Figura 2)

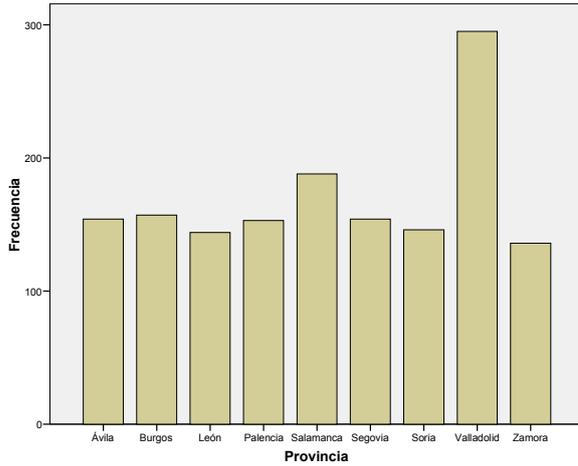


Figura 2. Provincias: distribución de frecuencias.

1.1.2. Análisis descriptivo por edad.

La edad media del grupo fue 44.81 años con una desviación típica de 13,713; un mínimo de 20 años y un máximo de 71 y una mediana de 44 años. (Tabla 9 y 10 y Figura 3). La prueba de Kolmogorov-Smirnov para la edad indicó una distribución no normal.

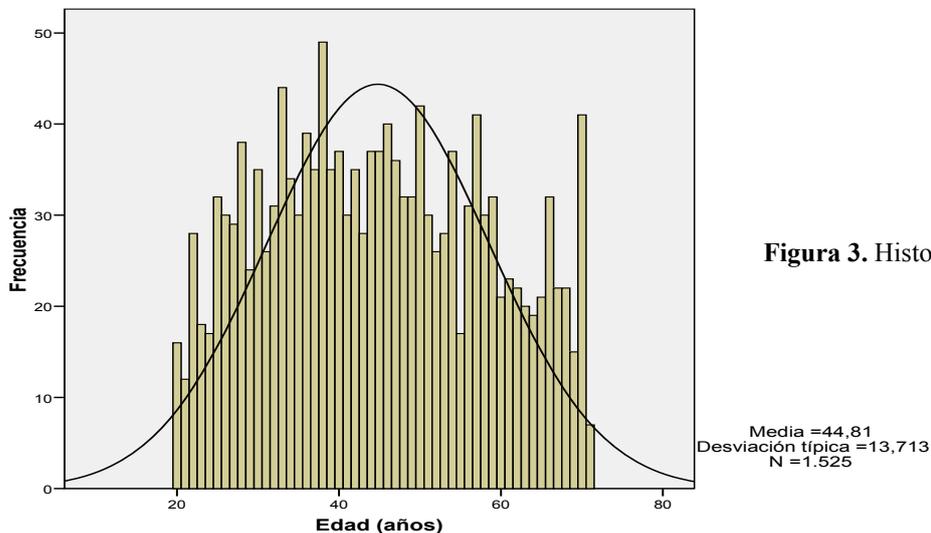


Figura 3. Histograma de distribución de la edad.

Si agrupamos la edad por décadas obtenemos seis grupos con similar representación en cada grupo, excepto en mujeres ≥ 70 años con una representación del 3%, como vemos en la siguiente tabla y gráfica (Tabla 11 y figura 4):

	Frecuencia	Porcentaje
20-29 años	244	16,0
30-39 años	359	23,5
40-49 años	344	22,5
50-59 años	314	20,6
60-69 años	218	14,3
≥ 70 años	48	3,1
Total	1527	100,0

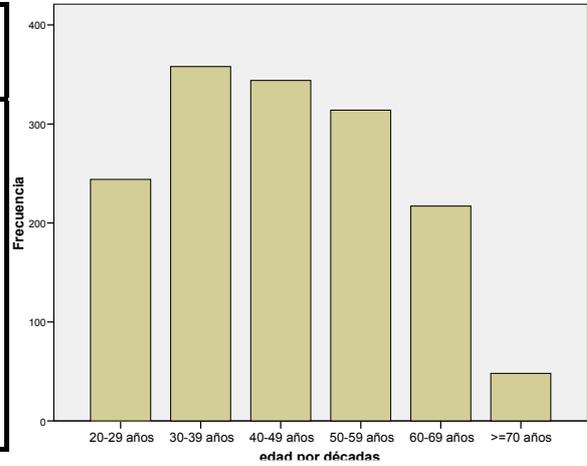


Tabla 11. Distribución de frecuencias de la edad por décadas.

Figura 4. Distribución de edades por décadas.

La muestra se dividió en tres grupos de edad según fueran mujeres premenopáusicas, perimenopáusicas y menopáusicas; para facilitar las comparaciones: ≤ 40 años, de 41 a 50 años y ≥ 51 años. (Tabla 9 y Figura 5)

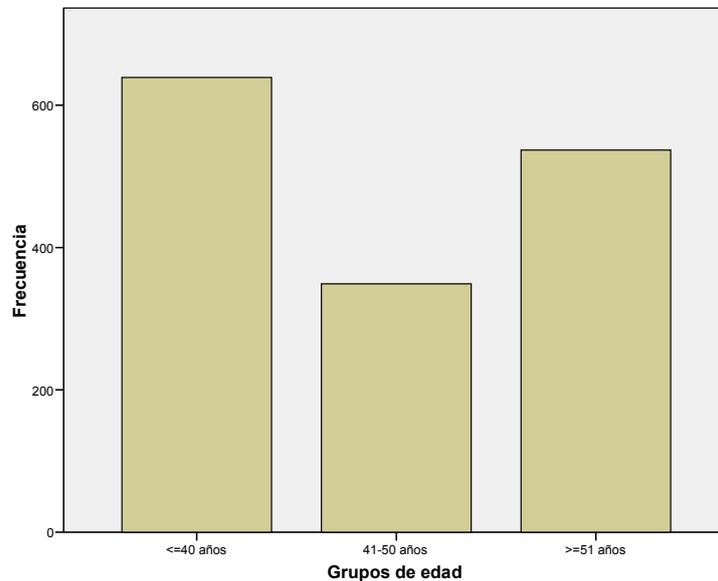


Figura 5. Grupos de edad: distribución de frecuencias.

1.1.3. Análisis descriptivo según la raza.

Con respecto a la raza la gran mayoría de los cuestionarios recibidos fueron de mujeres de raza blanca un 98.9%, un 0.9% eran mujeres negras y tan solo un 0.1% fueron asiáticas. (Tabla 9)

1.1.4. Análisis descriptivo según la tendencia sexual.

La tendencia sexual fue mayoritariamente heterosexual 98.5%; frente a un 1.5% de mujeres que se declararon homosexuales. (Tabla 9)

1.1.5. Análisis descriptivo según la actividad sexual.

Las mujeres que se declararon como sexualmente activas en las cuatro últimas semanas al contestar el cuestionario FSFI© en su versión en castellano fueron un 85.3% frente al 14.7% que contestó que no había tenido relaciones sexuales en las cuatro últimas semanas. (Tabla 9 y Figura 6)

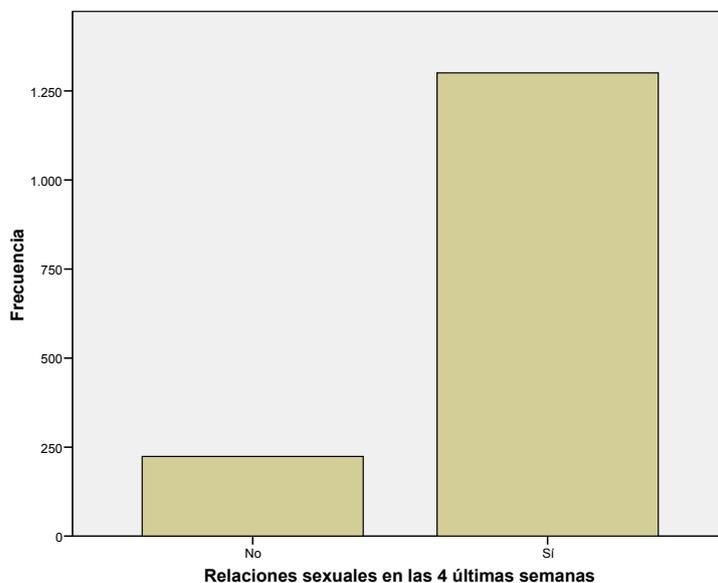


Figura 6. Actividad sexual en las 4 últimas semanas: distribución de frecuencias.

1.1.6. Análisis descriptivo por el número de relaciones sexuales en las cuatro últimas semanas.

Con respecto a la pregunta de nuestro cuestionario sobre el número de relaciones sexuales mensuales obtuvimos los siguientes datos generales (de toda la muestra, tanto activas sexualmente como no): la media fue 6.58 ± 5.54 , un mínimo de cero y un máximo de 35; la mediana, 6 relaciones sexuales al mes, con un percentil 25 de 2 y un percentil 75 de 10. Si contamos únicamente las mujeres sexualmente activas, la media aumenta a 7.71 relaciones sexuales al mes. (Tabla 10 y Figura 7) La prueba de Kolmogorov-Smirnov para el número de relaciones sexuales en las cuatro últimas semanas indicó una distribución no normal.

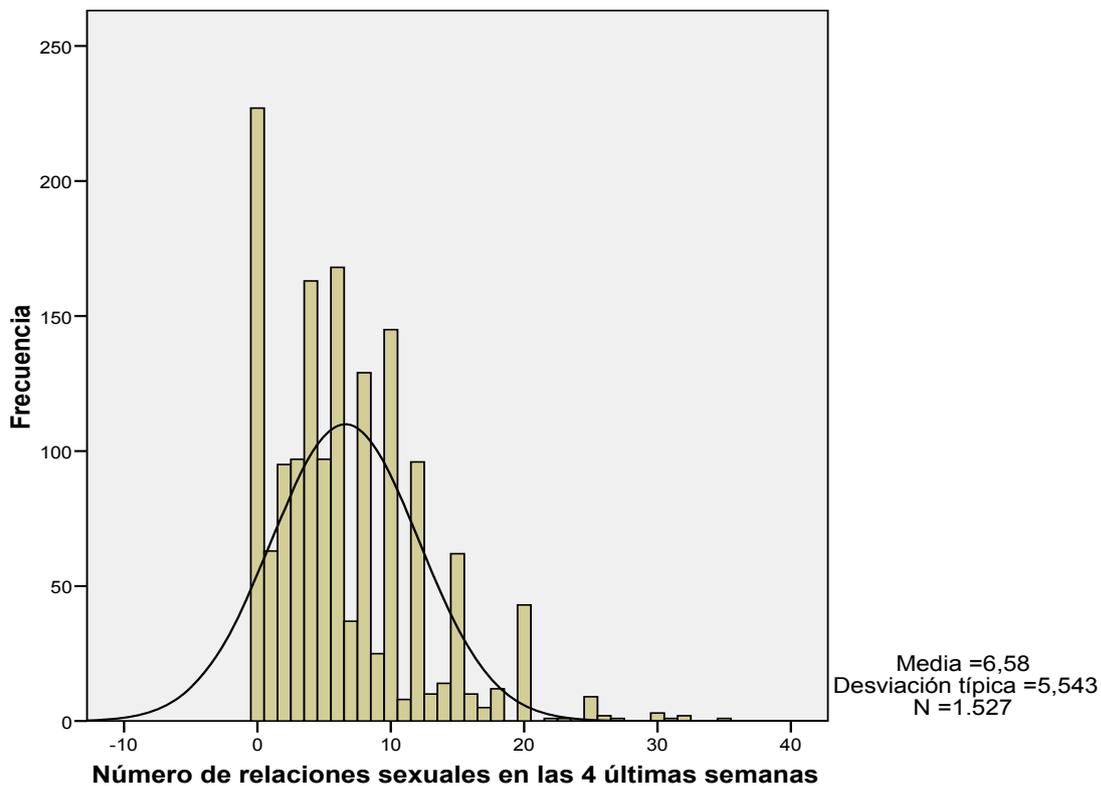


Figura 7. Histograma de distribución del número de relaciones sexuales en las 4 últimas semanas.

1.1.7. Análisis descriptivo para el nivel de estudios.

El nivel de estudios se dividió en primarios con un 25.2% de las encuestadas, secundarios un 36.6% y universitarios un 38.2%. (Tabla 9 y Figura 8)

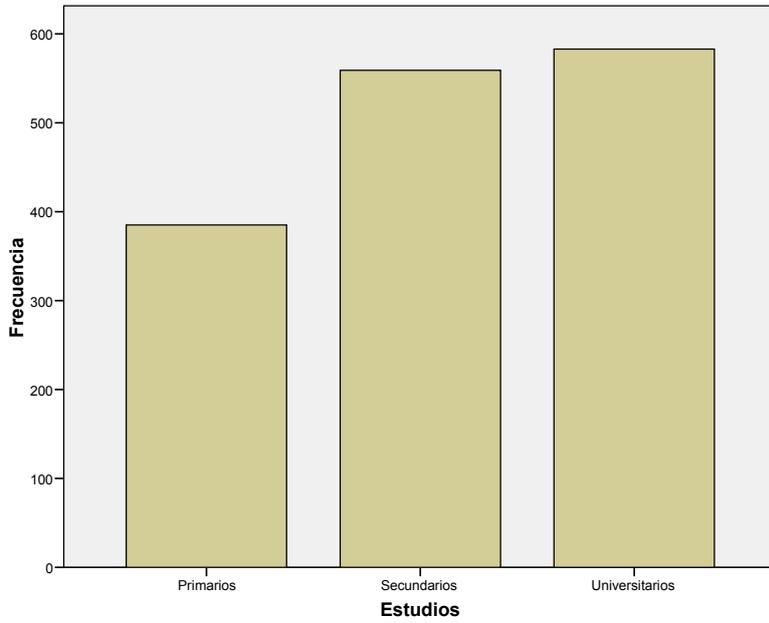


Figura 8. Nivel de estudios: distribución de frecuencias.

1.1.8. Análisis descriptivo para el número de hijos.

El número de hijos medio del grupo fue 1.44 hijos con una desviación típica de 1.32, un mínimo de ningún hijo y un máximo de 11, una mediana de 2 hijos; con un percentil 25 de 0 y un percentil 75 de 2 hijos. (Tabla 9 y 10 y Figura 9)

La muestra se dividió en cinco grupos según el número de hijos para facilitar las comparaciones: no hijos (32%), 1 hijo (17.5%), 2 hijos (33.7%), 3 hijos (11.7%) y ≥ 4 hijos (5.1%). (Figura 10)

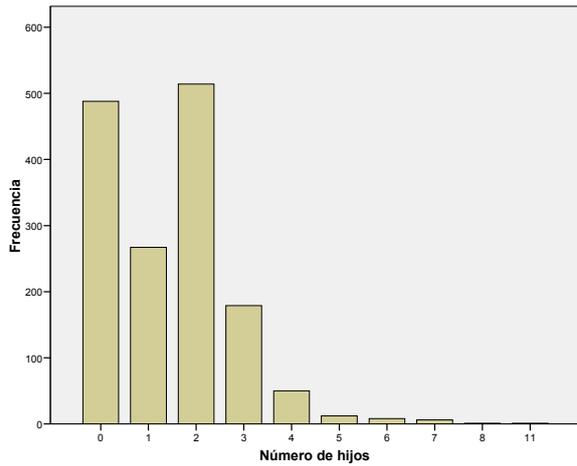


Figura 9. Número de hijos: distribución de frecuencias.

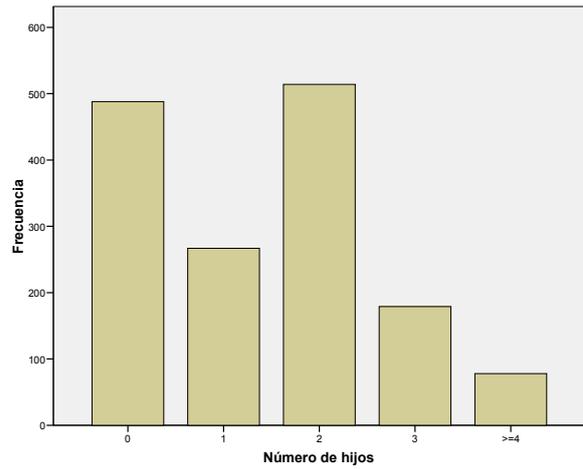


Figura 10. Grupos de distribución del número de hijos: distribución de frecuencias.

1.1.9. Análisis descriptivo según el antecedente de cirugía vaginal previa.

Las mujeres que contestaron en el cuestionario FSFI© en su versión en castellano que habían sido sometidas a una intervención quirúrgica vaginal en sus antecedentes personales fueron el 14% frente al 86% que no presentaba ese antecedente. (Tabla 9 y Figura 11)

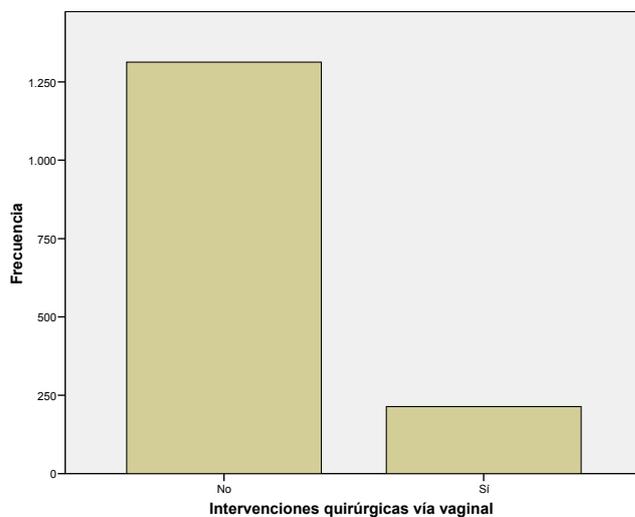


Figura 11. Grupos de distribución según si tienen intervenciones quirúrgicas vaginales previas al estudio: distribución de frecuencias.

1.1.10. Análisis descriptivo del tipo de intervención quirúrgica previa.

Con respecto al tipo de intervención quirúrgica que la mujer contesta que se le ha practicado se explica en la siguiente tabla y diagrama de barras de frecuencias. (Tabla 12 y Figura 12)

	Frecuencia	Porcentaje
Conización	19	8,87
Endometriosis	7	3,27
Episiotomía	2	0,93
Estenosis vaginal	2	0,93
Fístula recto-vaginal	1	0,46
Himen imperforado	1	0,46
Histerectomía	90	42,05
Incontinencia	9	4,20
Legrado	62	28,97
Prolapso	14	6,54
Quiste vaginal	7	3,27
Total	214	100,0

Tabla 12. Distribución de las tipos de intervención quirúrgica vaginal previa.

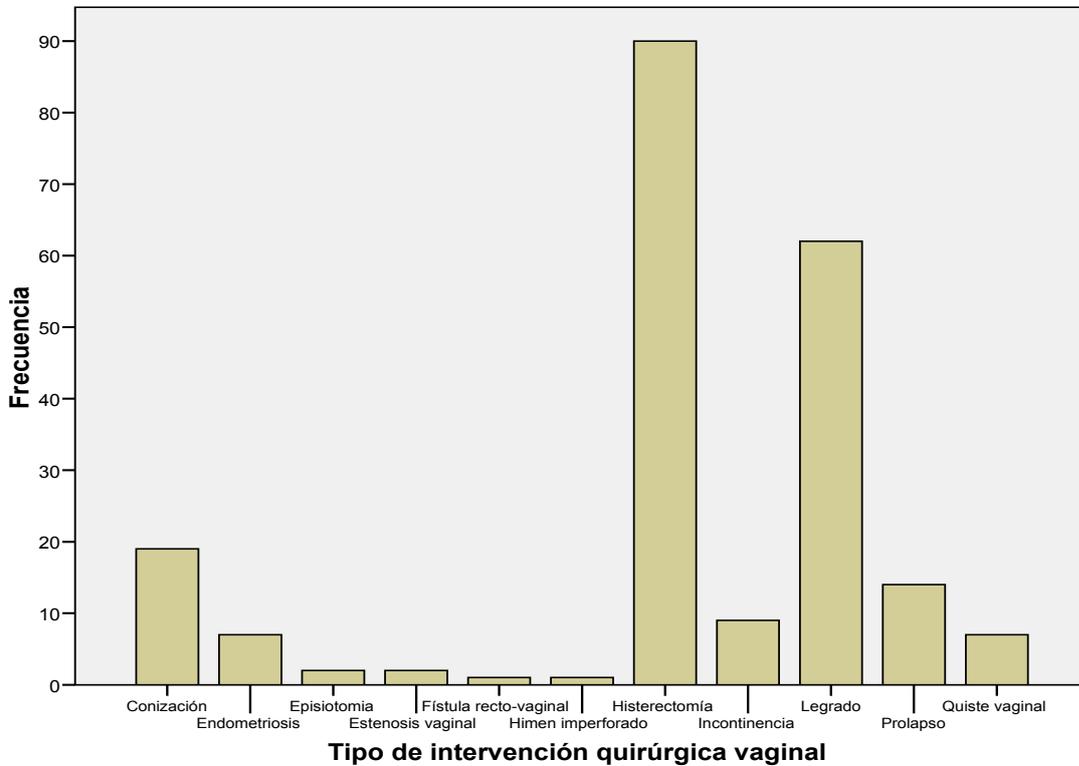


Figura 12. Tipo de Intervenciones quirúrgicas vaginales previas al estudio: distribución de frecuencias.

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Provincia:		
• Ávila	— 154	— 10.1
• Burgos	— 157	— 10.3
• Palencia	— 144	— 09.4
• León	— 153	— 10.0
• Salamanca	— 188	— 12.3
• Segovia	— 154	— 10.1
• Soria	— 146	— 09.6
• Valladolid	— 295	— 19.3
• Zamora	— 136	— 08.9
Edad:		
• ≤40 años	— 639	— 41.9
• 41-50 años	— 349	— 22.9
• ≥51 años	— 537	— 35.2
Raza:		
• Blanca	— 1510	— 99.1
• Negra	— 3	— 00.9
• Asiática	— 1	— 00.1
Tendencia Sexual		
• Heterosexual	— 1499	— 98.5
• Homosexual	— 23	— 01.5
Actividad Sexual		
• No	— 224	— 14.7
• Si	— 1301	— 85.3
Nivel de Estudios		
• Primarios	— 385	— 25.2
• Secundarios	— 559	— 36.6
• Universitarios	— 583	— 38.2
Nº de Hijos		
• 0	— 488	— 32.0
• 1 hijos	— 267	— 17.5
• 2 hijos	— 514	— 33.7
• 3 hijos	— 179	— 11.7
• ≥4 hijos	— 78	— 05.1
Cirugía vaginal previa		
• No	— 1313	— 86.0
• Si	— 214	— 14.0

Tabla 9: Distribución de frecuencias y porcentajes del análisis descriptivo: provincia, edad, raza, tendencia sexual, actividad sexual, nivel de estudios, número de hijos y antecedentes de cirugía vaginal.

VARIABLES	EDAD* (años)	NÚMERO DE RELACIONES SEXUALES*	NÚMERO DE HIJOS*
Media	44.81	6.58	1.44
Mediana	44	6	2
Desviación Típica	13.71	5.54	1.31
Mínimo	20	0	0
Máximo	71	35	11
Percentil 25	34	2	0
Percentil 75	56	10	2

Tabla 10: Distribución de medias, medianas, desviación típica, máximo y mínimo y percentil 25 y 75 de las variables edad, número de relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas y número de hijos de las mujeres que han contestado el FSFI©.

1.2. Descripción de la variable: cuestionario FSFI©.

El total de las 1527 mujeres que respondieron de forma anónima al cuestionario FSFI© en su versión en castellano, lo hicieron de forma voluntaria.; obteniendo una tasa de repuesta del 33.93%, de la muestra de 4500 mujeres de Castilla y León.

Hemos descrito los resultados del cuestionario FSFI© en tres grupos:

- Resultados para cada una de las 19 preguntas que componen el cuestionario FSFI©.
- Resultados por índice de respuestas dadas a cada una de las 19 preguntas que componen el cuestionario FSFI©.
- Resultados para cada uno de los seis dominio en los que se divide el cuestionario y el resultado global del test FSFI©.

1.2.1. Resultados de cada una de las 19 preguntas del test FSFI©.

Los resultados globales del test por preguntas (19 ítems) son los siguientes:

1. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido deseo o interés sexual? Han respondido 1525 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 2.71 ± 1.06 , con una mediana de 3 y un percentil 25 de 2 y un percentil 75 de 3. (Tabla 13)
2. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual? Han respondido 1525 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 2.79 ± 1.03 , con una mediana de 3 y un percentil 25 de 2 y un percentil 75 de 3. (Tabla 13)
3. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido excitada sexualmente (caliente) durante la actividad sexual o el coito? Han respondido 1526 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 3.28 ± 1.68 , con una mediana de 4 y un percentil 25 de 2 y un percentil 75 de 5. (Tabla 13)
4. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de excitación sexual (caliente) durante la actividad sexual o el coito? Han respondido 1526 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 3.09 ± 1.49 , con una mediana de 3 y un percentil 25 de 2 y un percentil 75 de 4. (Tabla 13)
5. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido segura de poder excitarse sexualmente durante la actividad sexual o el coito? Han respondido 1526 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 3.04 ± 1.53 , con una mediana de 3 y un percentil 25 de 2 y un percentil 75 de 4. (Tabla 13)

6. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o el coito? Han respondido 1526 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 3.35 ± 1.73 , con una mediana de 4 y un percentil 25 de 2 y un percentil 75 de 5. (Tabla 13)
7. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha estado lubricada (mojada) durante la actividad sexual o el coito? Han respondido 1527 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 3.40 ± 1.79 , con una mediana de 4 y un percentil 25 de 2 y un percentil 75 de 5. (Tabla 13)
8. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil estar lubricada (mojada) durante la actividad sexual o el coito? Han respondido 1527 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 3.64 ± 1.71 , con una mediana de 4 y un percentil 25 de 3 y un percentil 75 de 5. (Tabla 13)
9. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha mantenido su lubricación (humedad) hasta el final de la actividad sexual o el coito? Han respondido 1527 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 3.36 ± 1.79 , con una mediana de 4 y un percentil 25 de 2 y un percentil 75 de 5. (Tabla 13)
10. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil mantener su lubricación (humedad) hasta el final de la actividad sexual o el coito? Han respondido 1526 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 3.64 ± 1.73 , con una mediana de 4 y un percentil 25 de 3 y un percentil 75 de 5. (Tabla 13)
11. Durante las cuatro últimas semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿con qué frecuencia ha llegado al orgasmo (clímax)? Han respondido 1527 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 3.31 ± 1.82 , con una mediana de 4 y un percentil 25 de 2 y un percentil 75 de 5. (Tabla 13)

12. Durante las cuatro últimas semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿hasta qué punto le ha sido difícil llegar al orgasmo (clímax)? Han respondido 1527 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 3.49 ± 1.73 , con una mediana de 4 y un percentil 25 de 3 y un percentil 75 de 5. (Tabla 13)
13. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su capacidad para llegar al orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o el coito? Han respondido 1527 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 3.33 ± 1.78 , con una mediana de 4 y un percentil 25 de 2 y un percentil 75 de 5. (Tabla 13)
14. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con la cantidad de intimidad emocional entre usted y su pareja durante la actividad sexual? Han respondido 1525 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 3.48 ± 1.76 , con una mediana de 4 y un percentil 25 de 3 y un percentil 75 de 5. (Tabla 13)
15. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha de su relación sexual con su pareja? Han respondido 1419 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 3.90 ± 1.18 , con una mediana de 4 y un percentil 25 de 3 y un percentil 75 de 5. En la recogida de este dato hay 108 pérdidas en el sistema (7.1%). (Tabla 13)
16. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su vida sexual en general? Han respondido 1441 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 3.76 ± 1.19 , con una mediana de 4 y un percentil 25 de 3 y un percentil 75 de 5. En la recogida de este dato hay 86 pérdidas en el sistema (5.6%). (Tabla 13)

17. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor durante la penetración vaginal? Han respondido 1525 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 3.48 ± 1.80 , con una mediana de 4 y un percentil 25 de 3 y un percentil 75 de 5. (Tabla 13)
18. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor después de la penetración vaginal? Han respondido 1525 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 3.72 ± 1.80 , con una mediana de 5 y un percentil 25 de 3 y un percentil 75 de 5. (Tabla 13)
19. Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cómo evaluaría su nivel (grado) de molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal? Han respondido 1526 mujeres de Castilla y León, los resultados proporcionan una media de 3.58 ± 1.76 , con una mediana de 4 y un percentil 25 de 3 y un percentil 75 de 5. (Tabla 13)

Ítems: Durante las 4 últimas semanas...	Media	Desviación Típica	Mediana	Pc25	Pc 75
1 ¿con qué <u>frecuencia</u> ha sentido <u>deseo</u> o interés sexual?	2,71	1,06	3,00	2,00	3,00
2 ¿cómo evaluaría <u>su nivel de deseo</u> o interés sexual?	2,79	1,03	3,00	2,00	3,00
3 ¿con qué <u>frecuencia</u> se ha sentido <u>excitada</u> sexualmente durante la actividad sexual?	3,28	1,68	4,00	2,00	5,00
4 ¿cómo evaluaría su <u>nivel de excitación</u> sexual durante la actividad sexual?	3,09	1,49	3,00	2,00	4,00
5 ¿hasta qué punto se ha sentido <u>segura</u> de poder <u>excitarse</u> sexualmente durante la actividad sexual?	3,04	1,53	3,00	2,00	4,00
6 ¿con qué <u>frecuencia</u> se ha sentido <u>satisfecha</u> con su <u>excitación</u> durante la actividad sexual?	3,35	1,73	4,00	2,00	5,00
7 ¿con qué <u>frecuencia</u> ha estado <u>lubricada</u> durante la actividad sexual?	3,40	1,79	4,00	2,00	5,00
8 ¿hasta qué punto le ha sido <u>difícil</u> estar <u>lubricada</u> durante la actividad sexual?	3,64	1,71	4,00	3,00	5,00
9 ¿con qué frecuencia ha <u>mantenido</u> su <u>lubricación</u> hasta el final de la actividad sexual?	3,36	1,79	4,00	2,00	5,00
10 ¿hasta qué punto le ha sido <u>difícil</u> <u>mantener su lubricación</u> hasta el final de la actividad sexual?	3,64	1,73	4,00	3,00	5,00
11 ¿con qué <u>frecuencia</u> ha llegado al <u>orgasmo</u> ?	3,31	1,82	4,00	2,00	5,00
12 ¿hasta qué punto le ha sido <u>difícil</u> llegar al <u>orgasmo</u> ?	3,49	1,73	4,00	3,00	5,00
13 ¿hasta qué punto se ha sentido <u>satisfecha</u> con su capacidad para llegar al <u>orgasmo</u> durante la actividad sexual o el coito?	3,33	1,78	4,00	2,00	5,00
14 ¿hasta qué punto se ha sentido <u>satisfecha</u> con la cantidad de <u>intimidad emocional</u> entre usted y su pareja durante la actividad sexual?	3,48	1,76	4,00	3,00	5,00
15 ¿hasta qué punto se ha sentido <u>satisfecha</u> de su relación sexual con su <u>pareja</u> ?	3,90	1,18	4,00	3,00	5,00
16 ¿hasta qué punto se ha sentido <u>satisfecha</u> con su <u>vida sexual</u> en general?	3,76	1,19	4,00	3,00	5,00
17 ¿con qué <u>frecuencia</u> ha experimentado molestias o <u>dolor</u> durante la <u>penetración vaginal</u> ?	3,48	1,80	4,00	3,00	5,00
18 ¿con qué <u>frecuencia</u> ha experimentado molestias o <u>dolor</u> después de la <u>penetración vaginal</u> ?	3,72	1,80	5,00	3,00	5,00
19 ¿cómo evaluaría su <u>nivel</u> de molestias o <u>dolor</u> durante o después de la penetración vaginal?	3,58	1,76	4,00	3,00	5,00

Tabla 13. Distribución de medias, desviación típica, mediana y percentiles 25 y 75 de cada una de las 19 preguntas del test FSFI©.

1.2.2. Resultados por índice de respuestas dadas a cada una de las 19 preguntas que componen el cuestionario FSFI©.

Los resultados por índice de repuesta de cada pregunta se especifican a continuación:

1. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido deseo o interés sexual? Las respuestas pueden ser: casi nunca o nunca, pocas veces (menos de la mitad del tiempo), algunas veces (aproximadamente la mitad del tiempo), muchas veces (más de la mitad del tiempo) y casi siempre o siempre. Puntuación de 1 a 5. (Tabla 17 y Figura 13)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Casi nunca o nunca	221	14,5
	Pocas veces (menos de la mitad del tiempo)	406	26,6
	Algunas veces (aproximadamente la mitad del tiempo)	587	38,5
	Muchas veces (más de la mitad del tiempo)	223	14,6
	Casi siempre o siempre	88	5,8
	Total	1525	100,0
Perdidos	Sistema	2	
Total		1527	

Tabla 14. 1- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?

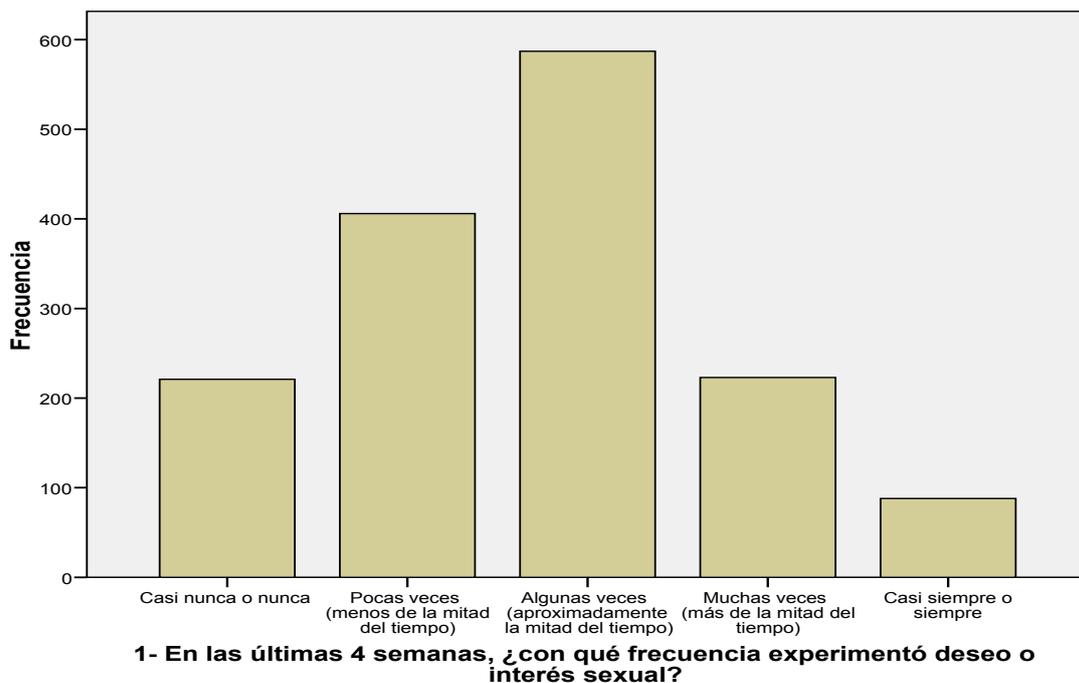
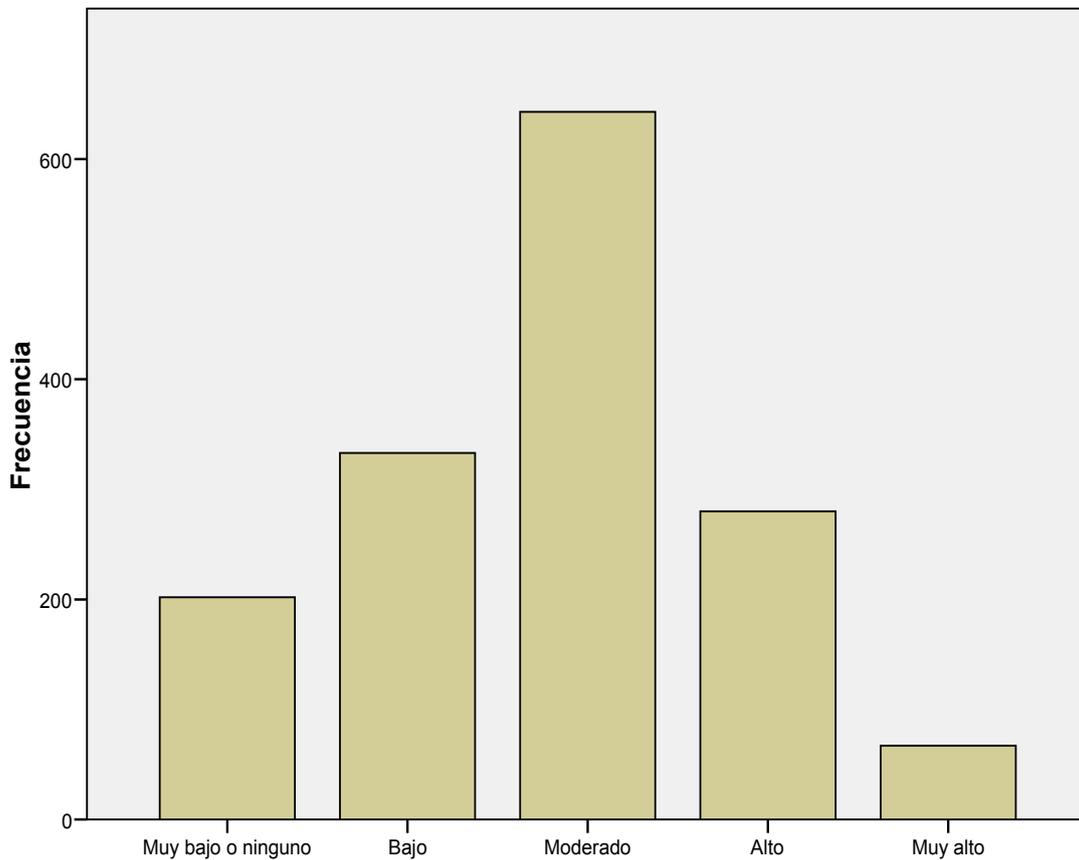


Figura 13. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 1.

2. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual? Las respuestas pueden ser: muy bajo o ninguno, bajo, moderado, alto o muy alto. Puntuación de 1 a 5. (Tabla 15 y Figura 14)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Muy bajo o ninguno	202	13,2
	Bajo	333	21,8
	Moderado	643	42,2
	Alto	280	18,4
	Muy alto	67	4,4
	Total	1525	100,0
Perdidos	Sistema	2	
Total		1527	

Tabla 15. 2- En las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?



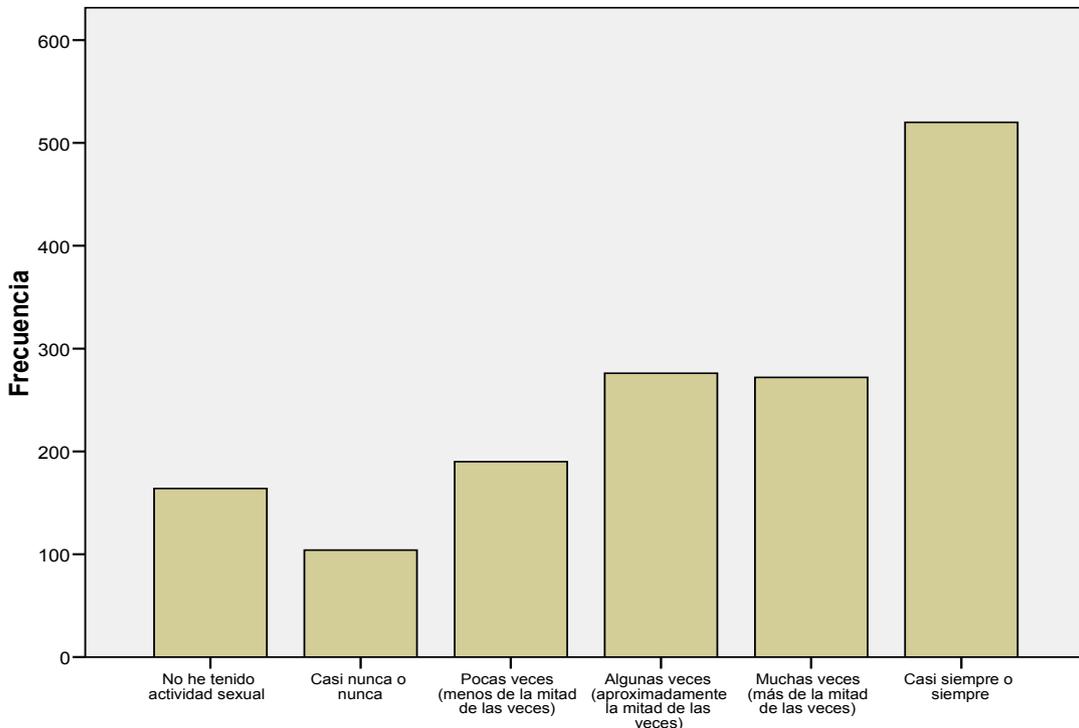
2- En las últimas 4 semanas, ¿en qué porcentaje estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

Figura 14. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 2.

3. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido excitada sexualmente (caliente) durante la actividad sexual o el coito? Las respuestas pueden ser: casi nunca o nunca, pocas veces (menos de la mitad del tiempo), algunas veces (aproximadamente la mitad del tiempo), muchas veces (más de la mitad del tiempo) y casi siempre o siempre. Puntuación de 0 a 5. (Tabla 16 y Figura 15)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No he tenido actividad sexual	164	10,7
	Casi nunca o nunca	104	6,8
	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	190	12,5
	Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)	276	18,1
	Muchas veces (más de la mitad de las veces)	272	17,8
	Casi siempre o siempre	520	34,1
	Total	1526	100,0
Perdidos	Sistema	1	
Total		1527	

Tabla 16. 3- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido excitada sexualmente (“caliente”) durante la actividad sexual o el coito?



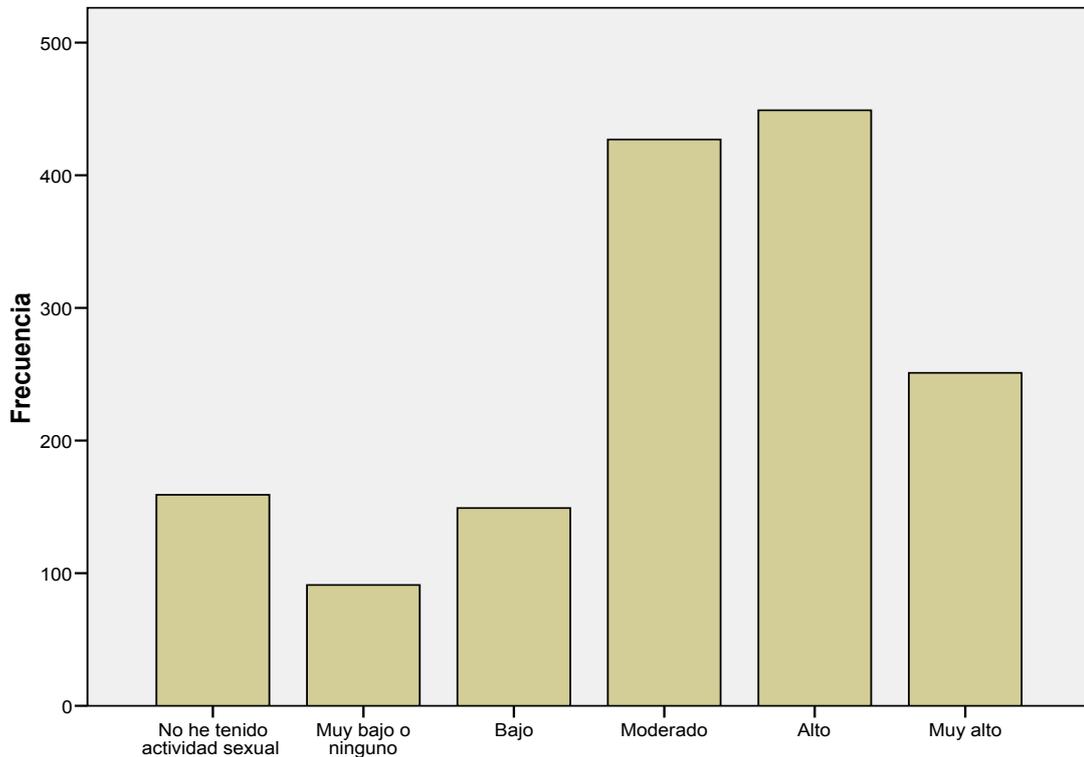
3- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido excitada sexualmente (“caliente”) durante la actividad sexual o el coito?

Figura 15. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 3.

4. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de excitación sexual (caliente) durante la actividad sexual o el coito? Las respuestas pueden ser: no he tenido actividad sexual, muy bajo o ninguno, bajo, moderado, alto o muy alto. Puntuación de 0 a 5. (Tabla 17 y Figura 16).

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	No he tenido actividad sexual	159	10,4
	Muy bajo o ninguno	91	6,0
	Bajo	149	9,8
	Moderado	427	28,0
	Alto	449	29,4
	Muy alto	251	16,4
	Total	1526	100,0
Perdidos	Sistema	1	
Total		1527	

Tabla 17. 4- En las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de excitación sexual ("estar caliente") durante la actividad sexual o el coito?



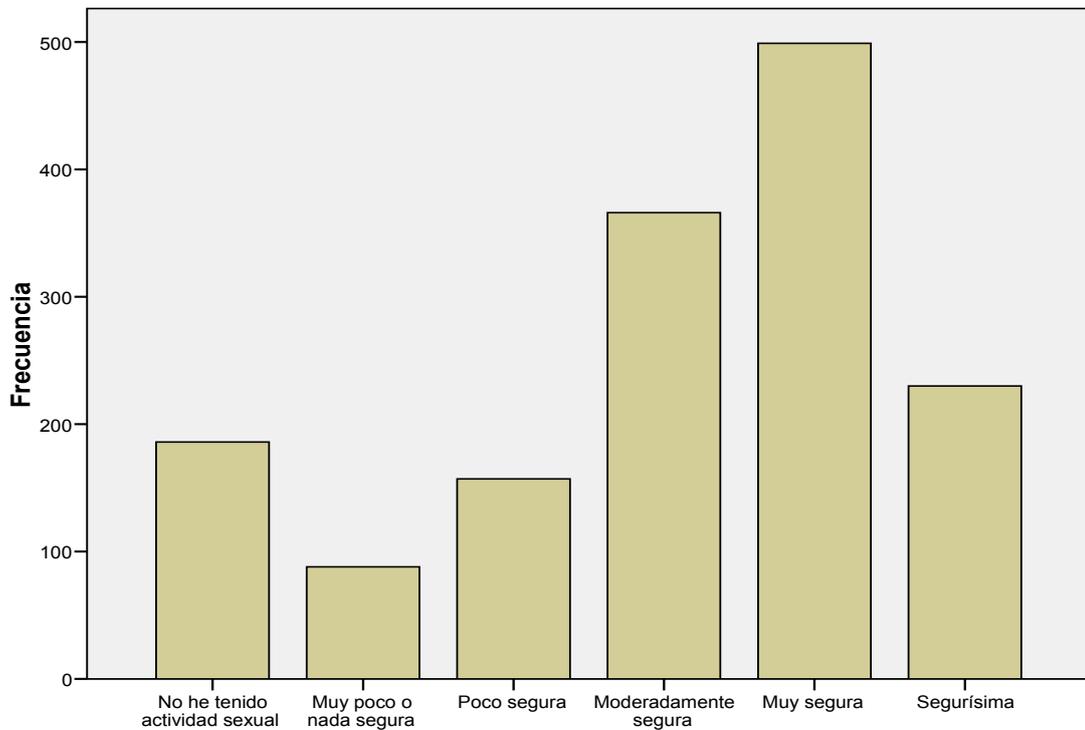
4- En las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de excitación sexual ("estar caliente") durante la actividad sexual o el coito?

Figura 16. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 4.

5. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido segura de poder excitarse sexualmente durante la actividad sexual o el coito? Las respuestas pueden ser: no he tenido actividad sexual, muy poco o nada segura, poco segura, moderadamente segura, muy segura o segurísima. Puntuación de 0 a 5. (Tabla 18 y Figura 17).

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No he tenido actividad sexual	186	12,2
	Muy poco o nada segura	88	5,8
	Poco segura	157	10,3
	Moderadamente segura	366	24,0
	Muy segura	499	32,7
	Segurísima	230	15,1
	Total	1526	100,0
Perdidos	Sistema	1	
Total		1527	

Tabla 18. 5- En las últimas 4 semanas, ¿hasta que punto se ha sentido segura de poder excitarse sexualmente durante la actividad sexual o el coito?



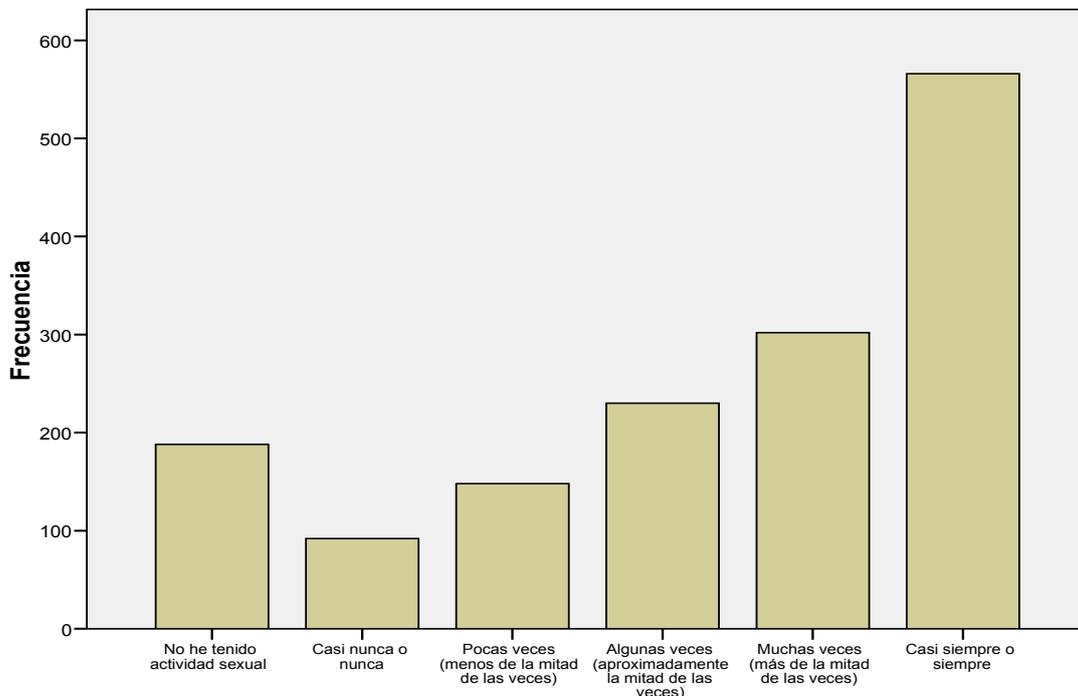
5- En las últimas 4 semanas, ¿hasta que punto se ha sentido segura de poder excitarse sexualmente durante la actividad sexual o el coito?

Figura 17. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 5.

6. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o el coito? Las respuestas pueden ser: no he tenido actividad sexual, casi nunca o nunca, pocas veces (menos de la mitad del tiempo), algunas veces (aproximadamente la mitad del tiempo), muchas veces (más de la mitad del tiempo) y casi siempre o siempre. Puntuación de 0 a 5. (Tabla 19 y Figura 18)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No he tenido actividad sexual	188	12,3
	Casi nunca o nunca	92	6,0
	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	148	9,7
	Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)	230	15,1
	Muchas veces (más de la mitad de las veces)	302	19,8
	Casi siempre o siempre	566	37,1
	Total	1526	100,0
Perdidos	Sistema	1	
Total		1527	

Tabla 19. 6- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o el coito?



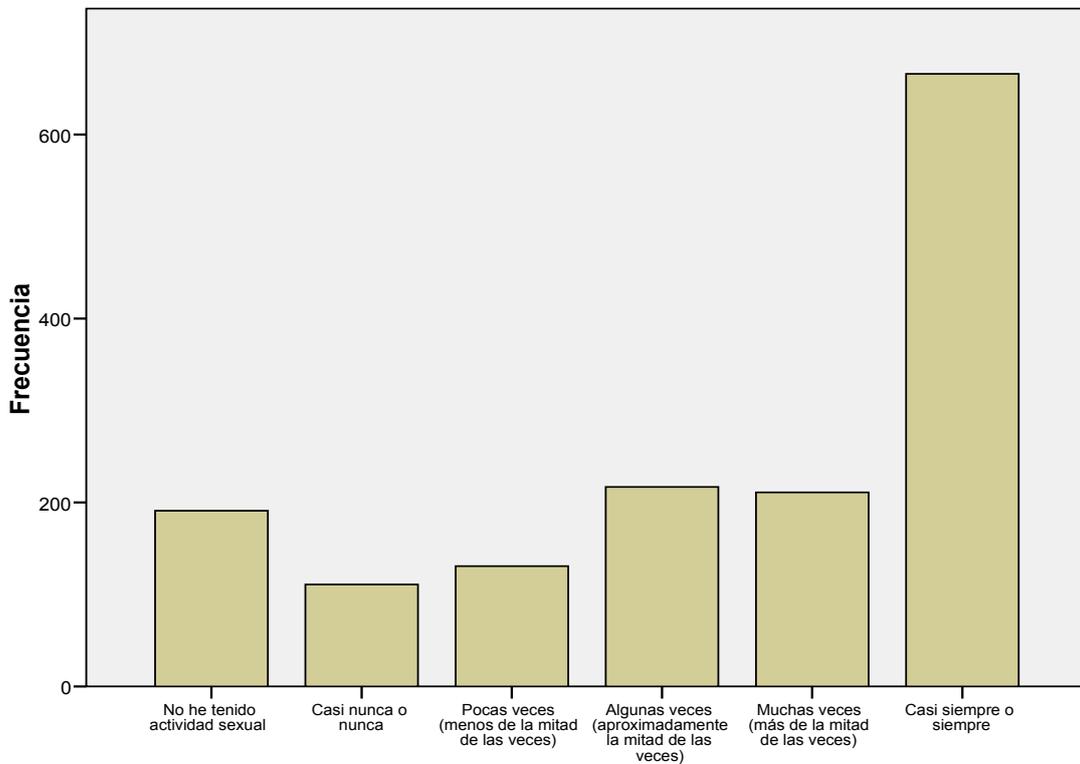
6- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o el coito?

Figura 18. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 6.

7. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha estado lubricada (mojada) durante la actividad sexual o el coito? Las respuestas pueden ser: no he tenido actividad sexual, casi nunca o nunca, pocas veces (menos de la mitad del tiempo), algunas veces (aproximadamente la mitad del tiempo), muchas veces (más de la mitad del tiempo) y casi siempre o siempre. Puntuación de 0 a 5. (Tabla 20 y Figura 19)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No he tenido actividad sexual	191	12,5
	Casi nunca o nunca	111	7,3
	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	131	8,6
	Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)	217	14,2
	Muchas veces (más de la mitad de las veces)	211	13,8
	Casi siempre o siempre	666	43,6
	Total	1527	100,0

Tabla 20. 7- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha estado lubricada ("mojada") durante la actividad sexual o el coito?



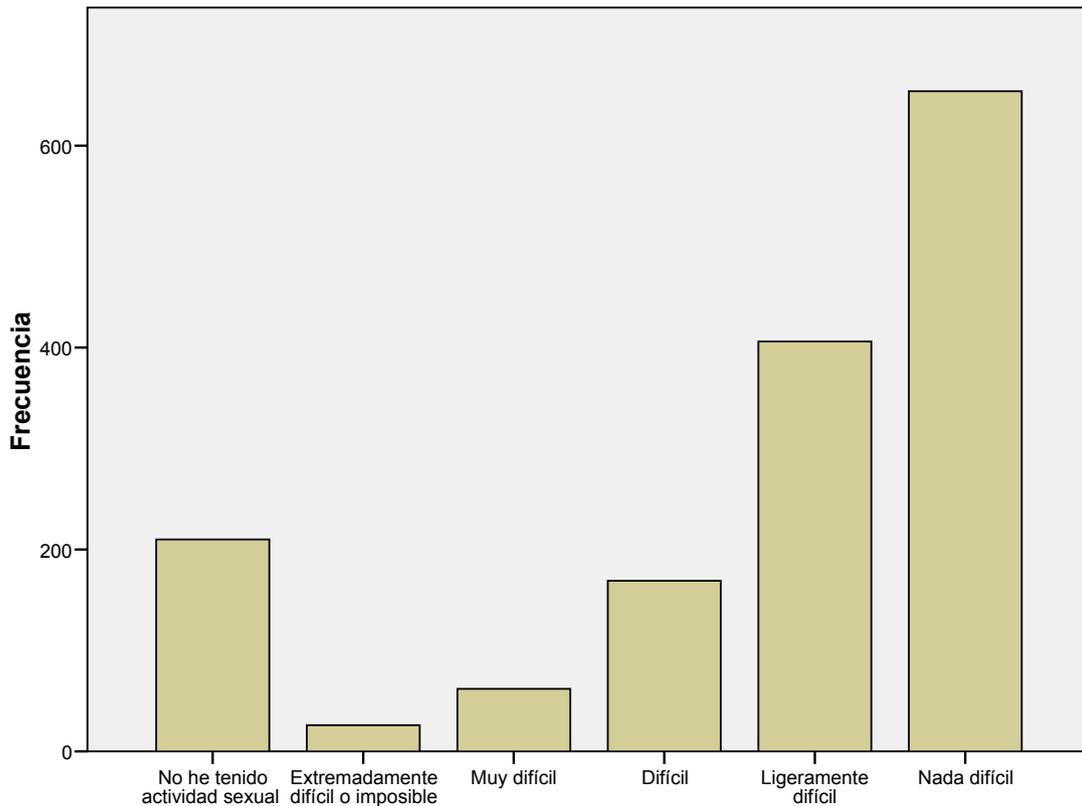
7- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha estado lubricada ("mojada") durante la actividad sexual o el coito?

Figura 19. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 7.

8. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil estar lubricada (mojada) durante la actividad sexual o el coito? Las respuestas pueden ser: no he tenido actividad sexual, extremadamente difícil o imposible, muy difícil, difícil, ligeramente difícil o nada difícil. Puntuación de 0 a 5. (Tabla 21 y Figura 20)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No he tenido actividad sexual	210	13,8
	Extremadamente difícil o imposible	26	1,7
	Muy difícil	62	4,1
	Difícil	169	11,1
	Ligeramente difícil	406	26,6
	Nada difícil	654	42,8
	Total	1527	100,0

Tabla 21. 8- En las últimas 4 semanas, ¿hasta que punto le ha sido difícil estar lubricada ("mojada") durante la actividad sexual o el coito?



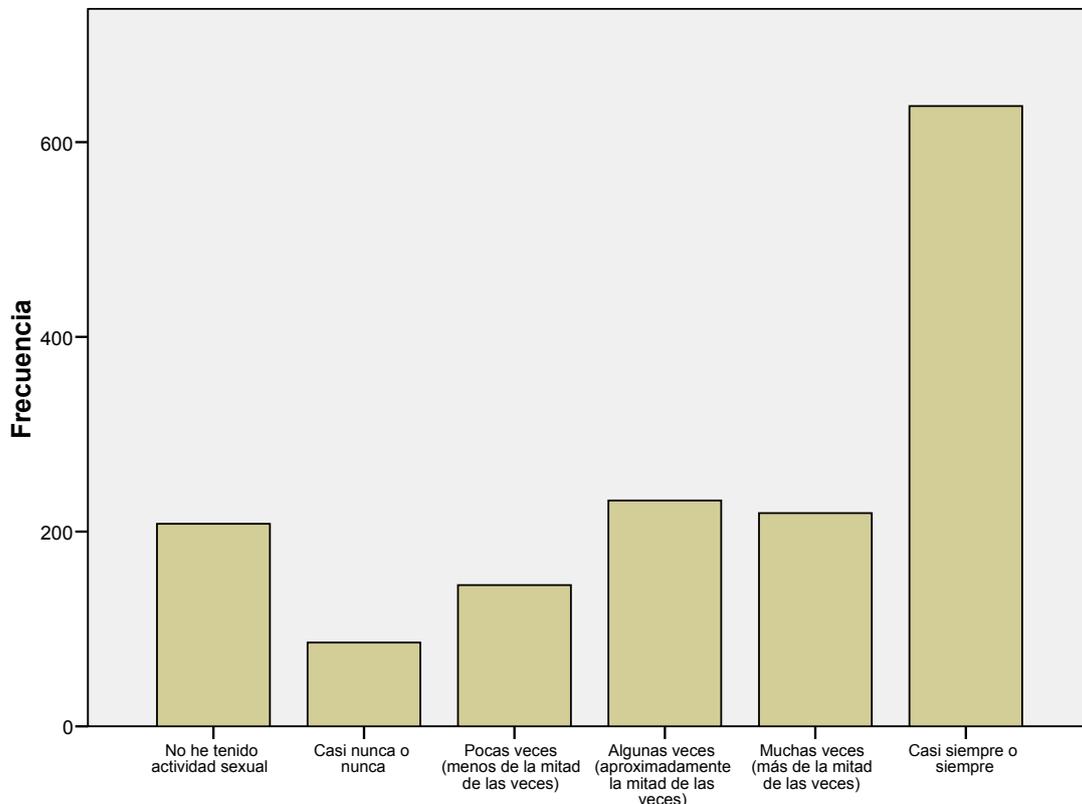
8- En las últimas 4 semanas, ¿hasta que punto le ha sido difícil estar lubricada ("mojada") durante la actividad sexual o el coito?

Figura 20. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 8.

9. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha mantenido su lubricación (humedad) hasta el final de la actividad sexual o el coito? Las respuestas pueden ser: no he tenido actividad sexual, casi nunca o nunca, pocas veces (menos de la mitad del tiempo), algunas veces (aproximadamente la mitad del tiempo), muchas veces (más de la mitad del tiempo) y casi siempre o siempre. Puntuación de 0 a 5. (Tabla 22 y Figura 21)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No he tenido actividad sexual	208	13,6
	Casi nunca o nunca	86	5,6
	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	145	9,5
	Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)	232	15,2
	Muchas veces (más de la mitad de las veces)	219	14,3
	Casi siempre o siempre	637	41,7
	Total	1527	100,0

Tabla 22. 9- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha mantenido su lubricación ("humedad") hasta el final de la actividad sexual o el coito?



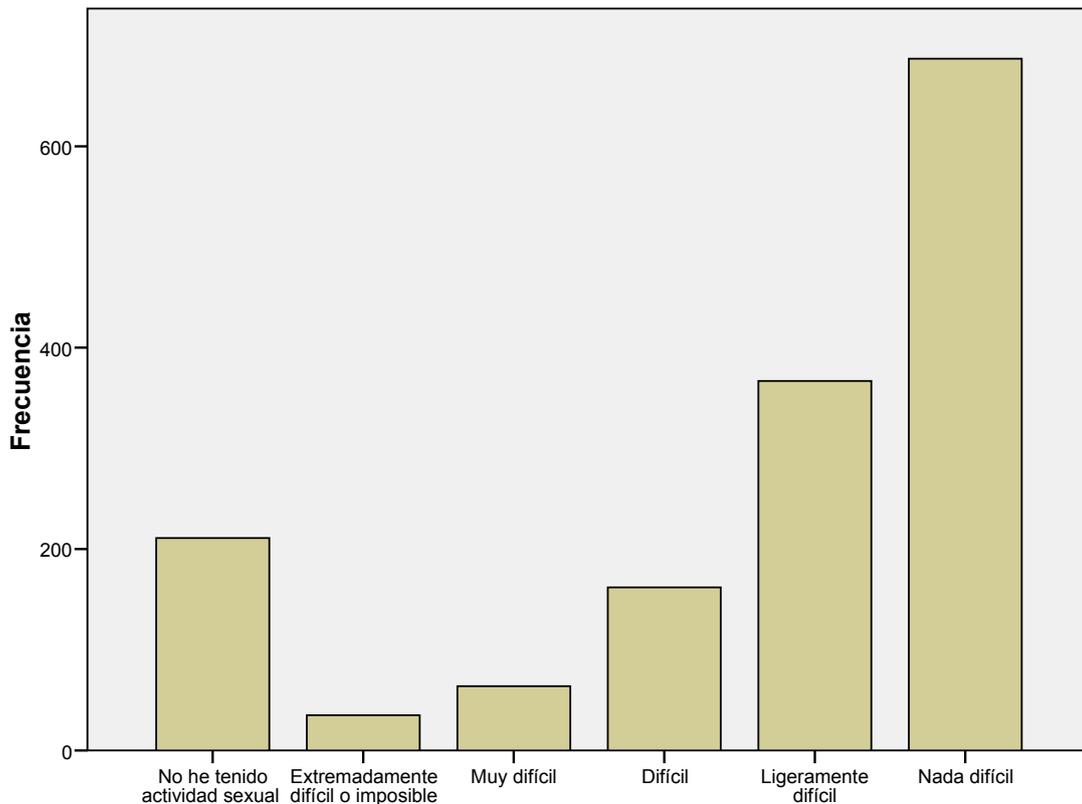
9- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha mantenido su lubricación ("humedad") hasta el final de la actividad sexual o el coito?

Figura 21. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 9.

10. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil mantener su lubricación (humedad) hasta el final de la actividad sexual o el coito? Las respuestas pueden ser: no he tenido actividad sexual, extremadamente difícil o imposible, muy difícil, difícil, ligeramente difícil o nada difícil. Puntuación de 0 a 5. (Tabla 23 y Figura 22)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No he tenido actividad sexual	211	13,8
	Extremadamente difícil o imposible	35	2,3
	Muy difícil	64	4,2
	Difícil	162	10,6
	Ligeramente difícil	367	24,0
	Nada difícil	687	45,0
	Total	1526	100,0
Perdidos	Sistema	1	
Total		1527	

Tabla 23. 10- En las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil mantener su lubricación ("humedad") hasta el final de la actividad sexual o el coito?



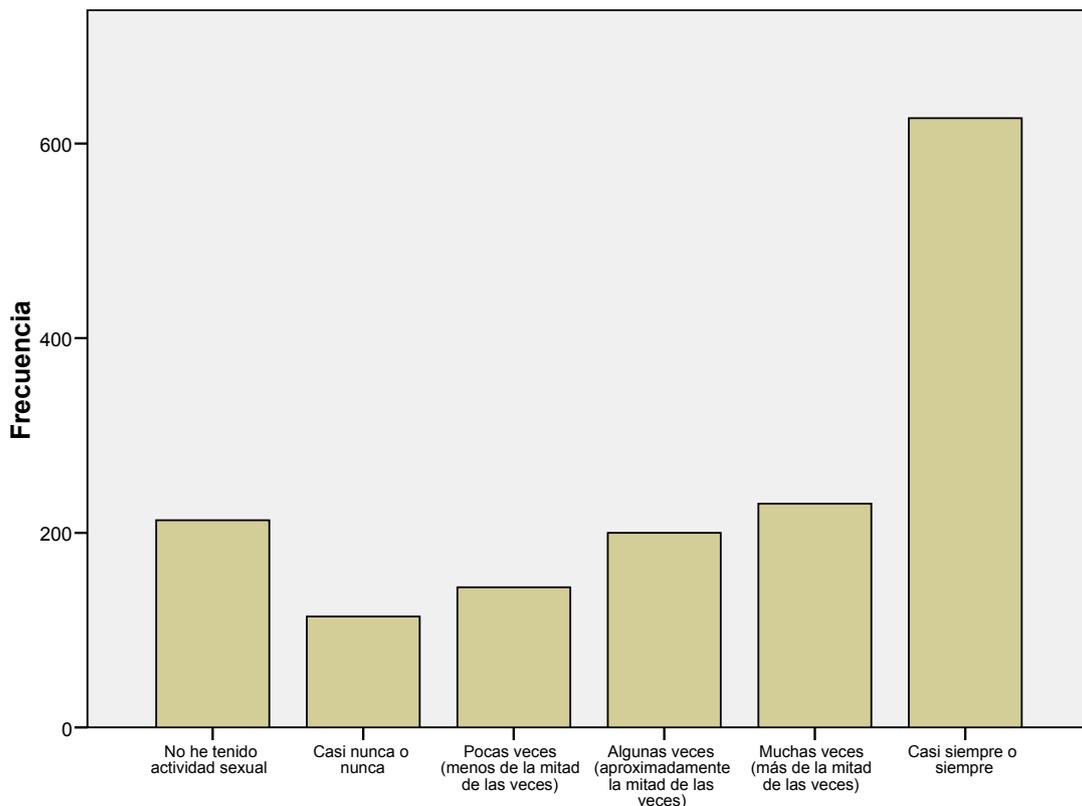
10- En las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil mantener su lubricación ("humedad") hasta el final de la actividad sexual o el coito?

Figura 22. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 10.

11. Durante las cuatro últimas semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿con qué frecuencia ha llegado al orgasmo (clímax)? Las respuestas pueden ser: no he tenido actividad sexual, casi nunca o nunca, pocas veces (menos de la mitad del tiempo), algunas veces (aproximadamente la mitad del tiempo), muchas veces (más de la mitad del tiempo) y casi siempre o siempre. Puntuación de 0 a 5. (Tabla 24 y Figura 23)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No he tenido actividad sexual	213	13,9
	Casi nunca o nunca	114	7,5
	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	144	9,4
	Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)	200	13,1
	Muchas veces (más de la mitad de las veces)	230	15,1
	Casi siempre o siempre	626	41,0
	Total	1527	100,0

Tabla 24. 11- En las últimas 4 semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿con qué frecuencia ha llegado al orgasmo (clímax)?



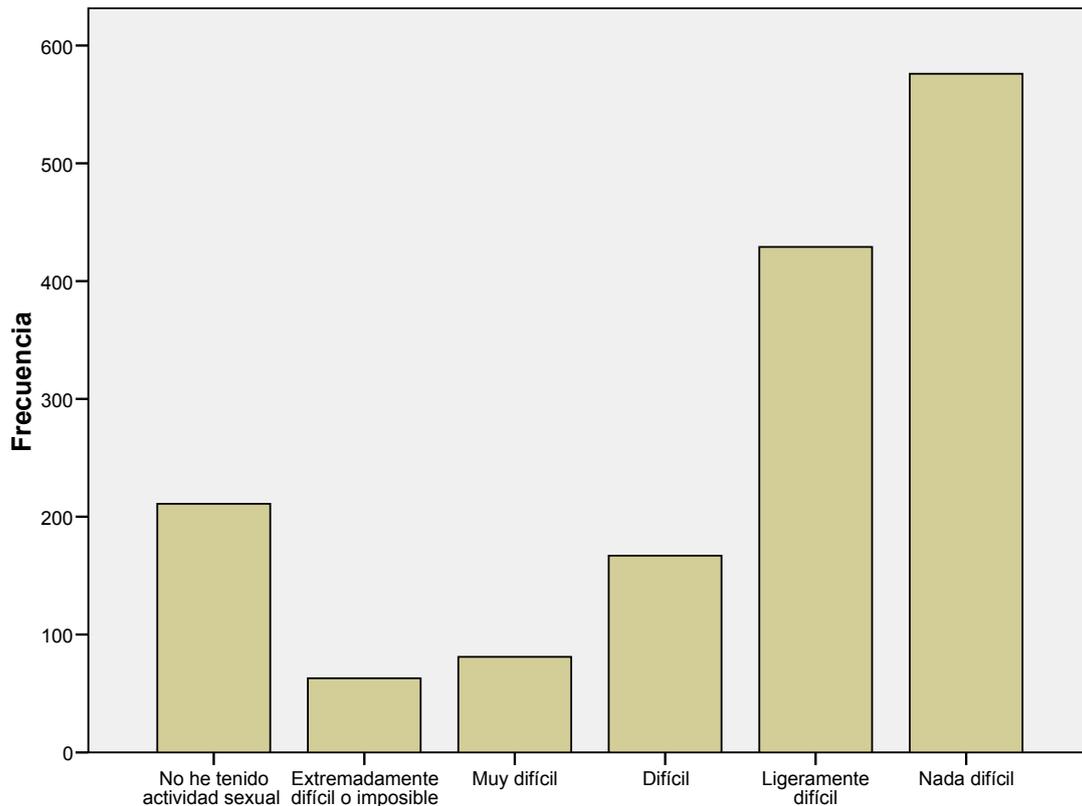
11- En las últimas 4 semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿con qué frecuencia ha llegado al orgasmo (clímax)?

Figura 23. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 11.

12. Durante las cuatro últimas semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿hasta qué punto le ha sido difícil llegar al orgasmo (clímax)? Las respuestas pueden ser: no he tenido actividad sexual, extremadamente difícil o imposible, muy difícil, difícil, ligeramente difícil o nada difícil. Puntuación de 0 a 5. (Tabla 25 y Figura 24)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No he tenido actividad sexual	211	13,8
	Extremadamente difícil o imposible	63	4,1
	Muy difícil	81	5,3
	Difícil	167	10,9
	Ligeramente difícil	429	28,1
	Nada difícil	576	37,7
	Total	1527	100,0

Tabla 25. 12- En las últimas 4 semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿hasta qué punto le ha sido difícil llegar al orgasmo (clímax)?



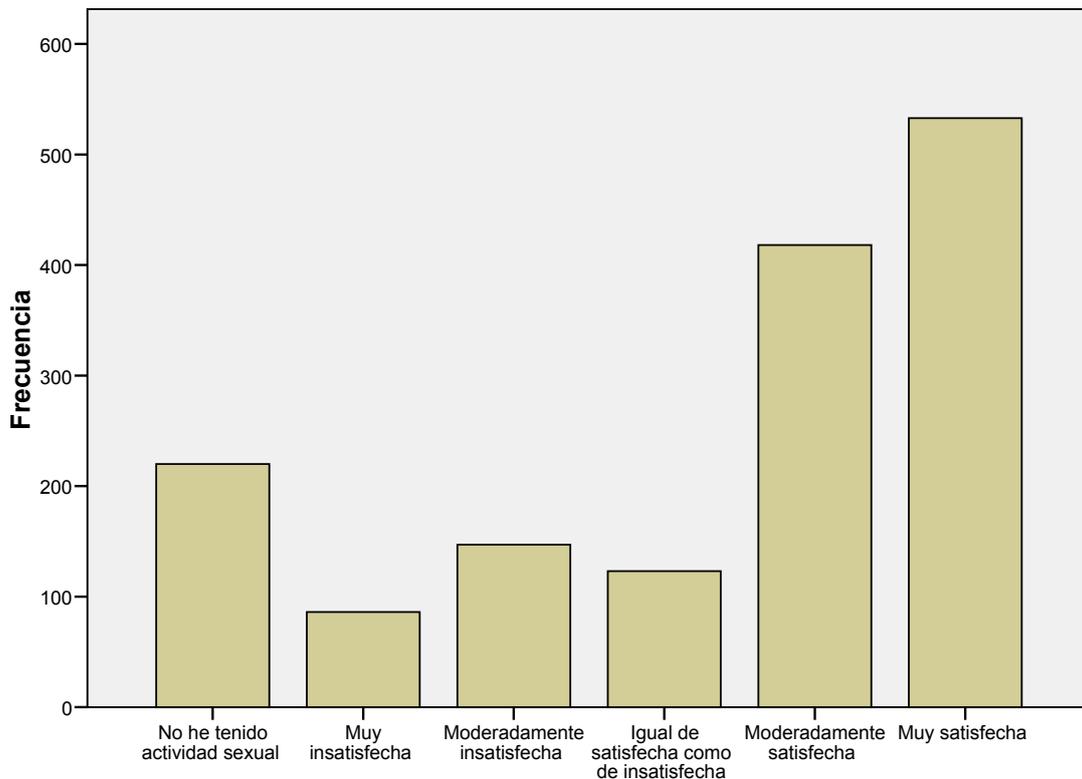
12- En las últimas 4 semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿hasta qué punto le ha sido difícil llegar al orgasmo (clímax)?

Figura 24. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 12.

13. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su capacidad para llegar al orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o el coito? Las respuestas pueden ser: no he tenido actividad sexual, muy insatisfecha, moderadamente insatisfecha, igual de satisfecha como de insatisfecha, moderadamente satisfecha o muy satisfecha. Puntuación de 0 a 5. (Tabla 26 y Figura 25)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No he tenido actividad sexual	220	14,4
	Muy insatisfecha	86	5,6
	Moderadamente insatisfecha	147	9,6
	Igual de satisfecha como de insatisfecha	123	8,1
	Moderadamente satisfecha	418	27,4
	Muy satisfecha	533	34,9
	Total	1527	100,0

Tabla 26. 13- En las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su capacidad para llegar al orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o el coito?



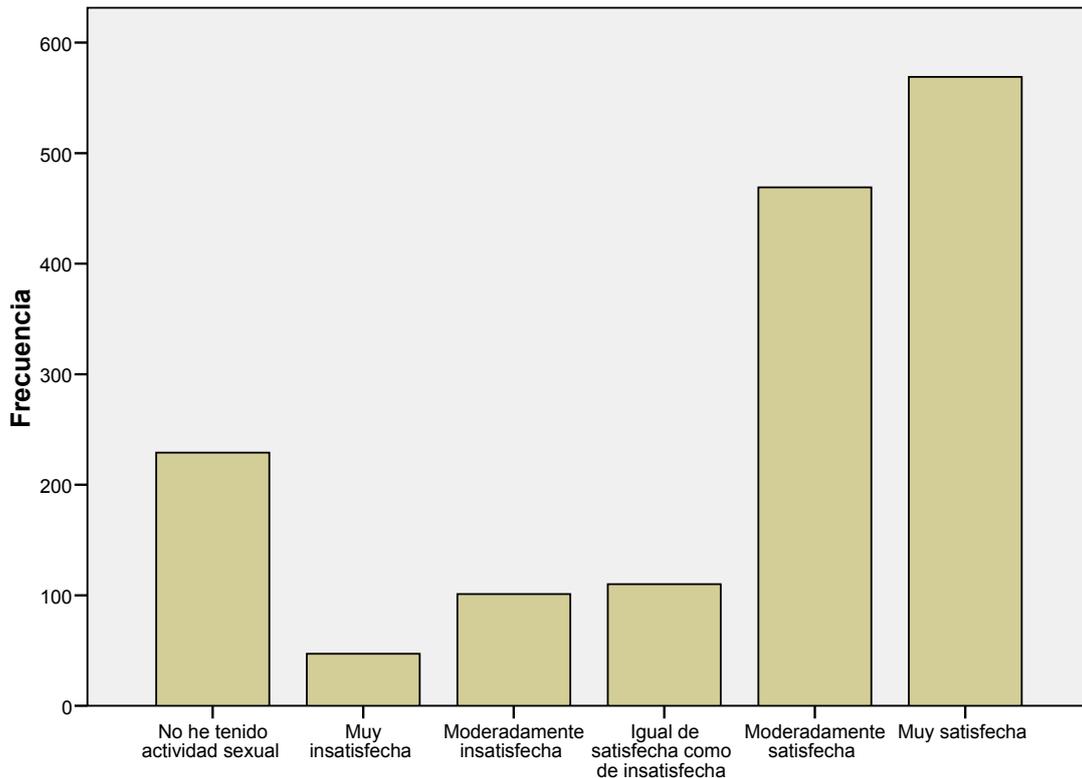
13- En las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su capacidad para llegar al orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o el coito?

Figura 25. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 13.

14. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con la cantidad de intimidad emocional entre usted y su pareja durante la actividad sexual? Las respuestas pueden ser: no he tenido actividad sexual, muy insatisfecha, moderadamente insatisfecha, igual de satisfecha como de insatisfecha, moderadamente satisfecha o muy satisfecha. Puntuación de 0 a 5. (Tabla 27 y Figura 26)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No he tenido actividad sexual	229	15,0
	Muy insatisfecha	47	3,1
	Moderadamente insatisfecha	101	6,6
	Igual de satisfecha como de insatisfecha	110	7,2
	Moderadamente satisfecha	469	30,8
	Muy satisfecha	569	37,3
	Total	1525	100,0
Perdidos	Sistema	2	
Total		1527	

Tabla 27. 14- En las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con la cantidad de intimidad emocional entre usted y su pareja durante la actividad sexual?



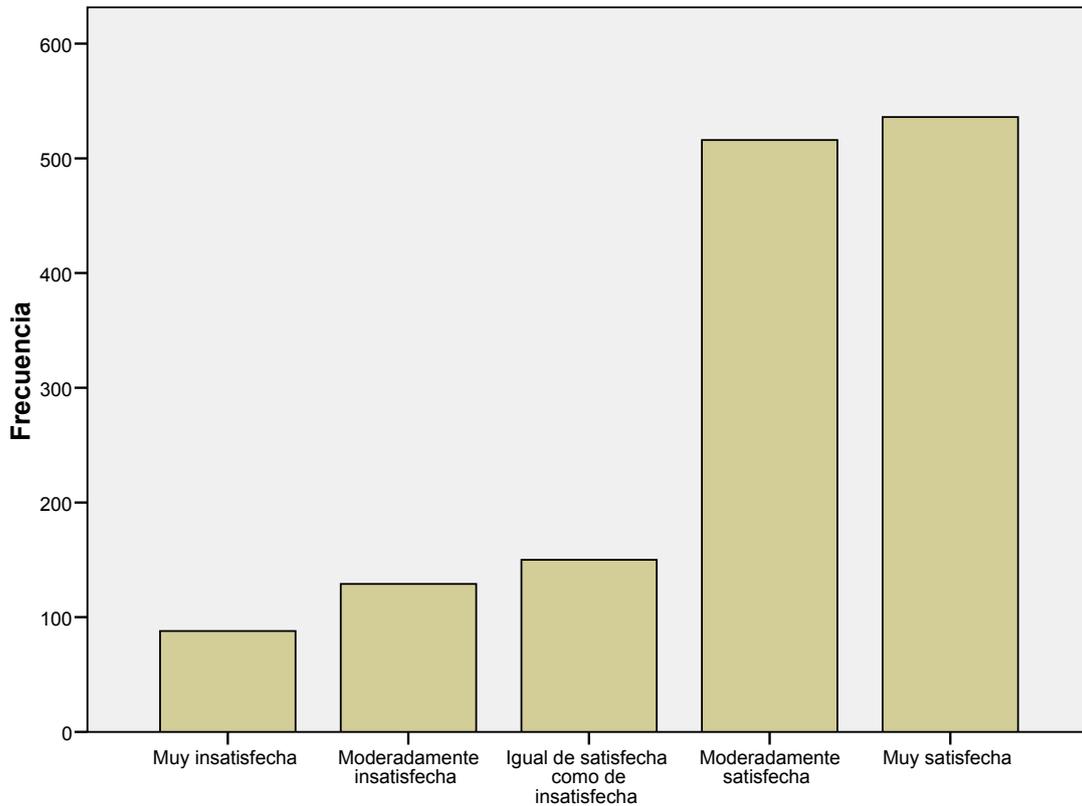
14- En las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con la cantidad de intimidad emocional entre usted y su pareja durante la actividad sexual?

Figura 26. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 14.

15. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha de su relación sexual con su pareja? Las respuestas pueden ser: muy insatisfecha, moderadamente insatisfecha, igual de satisfecha como de insatisfecha, moderadamente satisfecha o muy satisfecha. Puntuación de 1 a 5. (Tabla 28 y Figura 27)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Muy insatisfecha	88	6,2
	Moderadamente insatisfecha	129	9,1
	Igual de satisfecha como de insatisfecha	150	10,6
	Moderadamente satisfecha	516	36,4
	Muy satisfecha	536	37,8
	Total	1419	100,0
Perdidos	Sistema	108	
Total		1527	

Tabla 28. 15- En las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha de su relación sexual con su pareja?



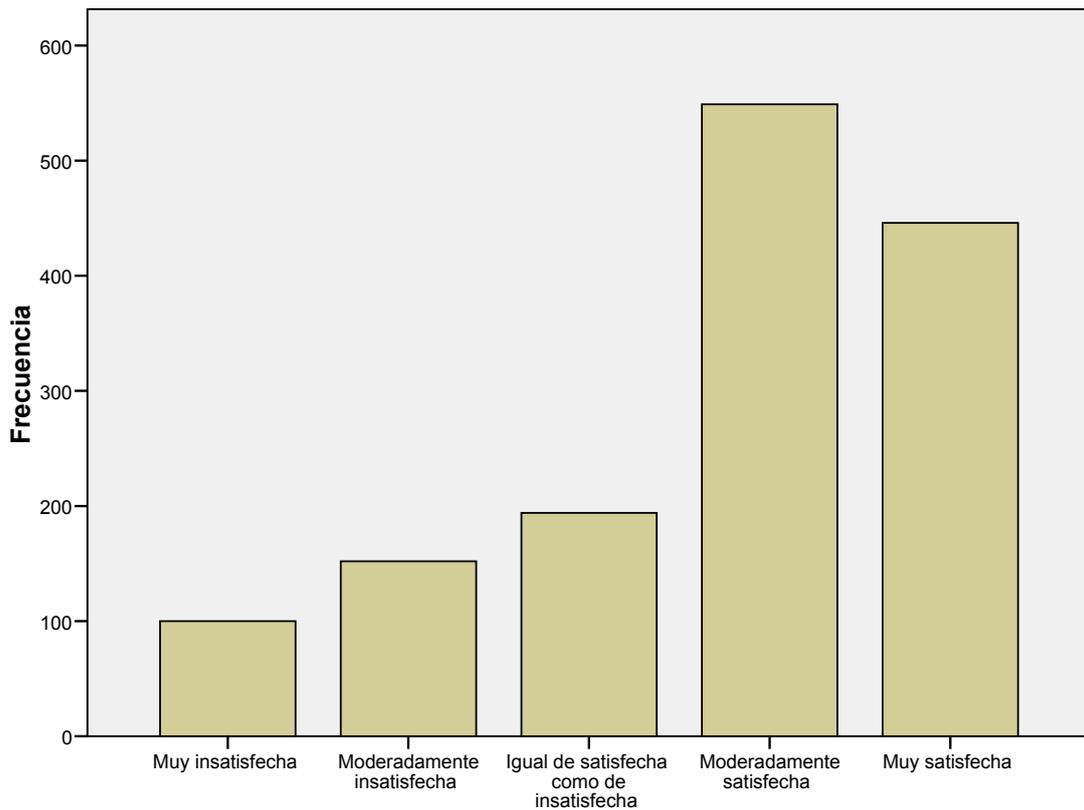
15- En las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha de su relación sexual con su pareja?

Figura 27. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 15.

16. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su vida sexual en general? Las respuestas pueden ser: muy insatisfecha, moderadamente insatisfecha, igual de satisfecha como de insatisfecha, moderadamente satisfecha o muy satisfecha. Puntuación de 1 a 5. (Tabla 29 y Figura 28)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Muy insatisfecha	100	6,9
	Moderadamente insatisfecha	152	10,5
	Igual de satisfecha como de insatisfecha	194	13,5
	Moderadamente satisfecha	549	38,1
	Muy satisfecha	446	31,0
	Total	1441	100,0
Perdidos	Sistema	86	
Total		1527	

Tabla 29. 16- En las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su vida sexual en general?



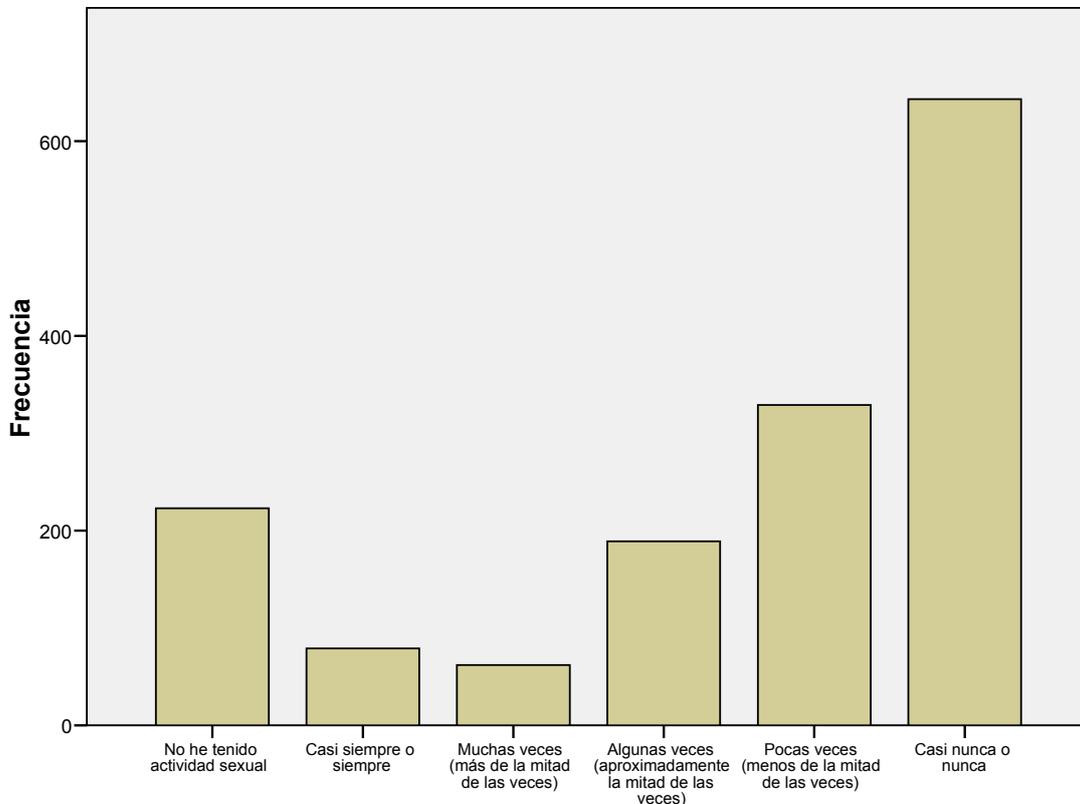
16- En las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su vida sexual en general?

Figura 28. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 16.

17. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor durante la penetración vaginal? Las respuestas pueden ser: no he tenido actividad sexual, casi nunca o nunca, pocas veces (menos de la mitad del tiempo), algunas veces (aproximadamente la mitad del tiempo), muchas veces (más de la mitad del tiempo) y casi siempre o siempre. Puntuación de 0 a 5. (Tabla 30 y Figura 29)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No he tenido actividad sexual	223	14,6
	Casi siempre o siempre	79	5,2
	Muchas veces (más de la mitad de las veces)	62	4,1
	Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)	189	12,4
	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	329	21,6
	Casi nunca o nunca	643	42,2
	Total	1525	100,0
Perdidos	Sistema	2	
Total		1527	

Tabla 30. 17- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor durante la penetración vaginal?



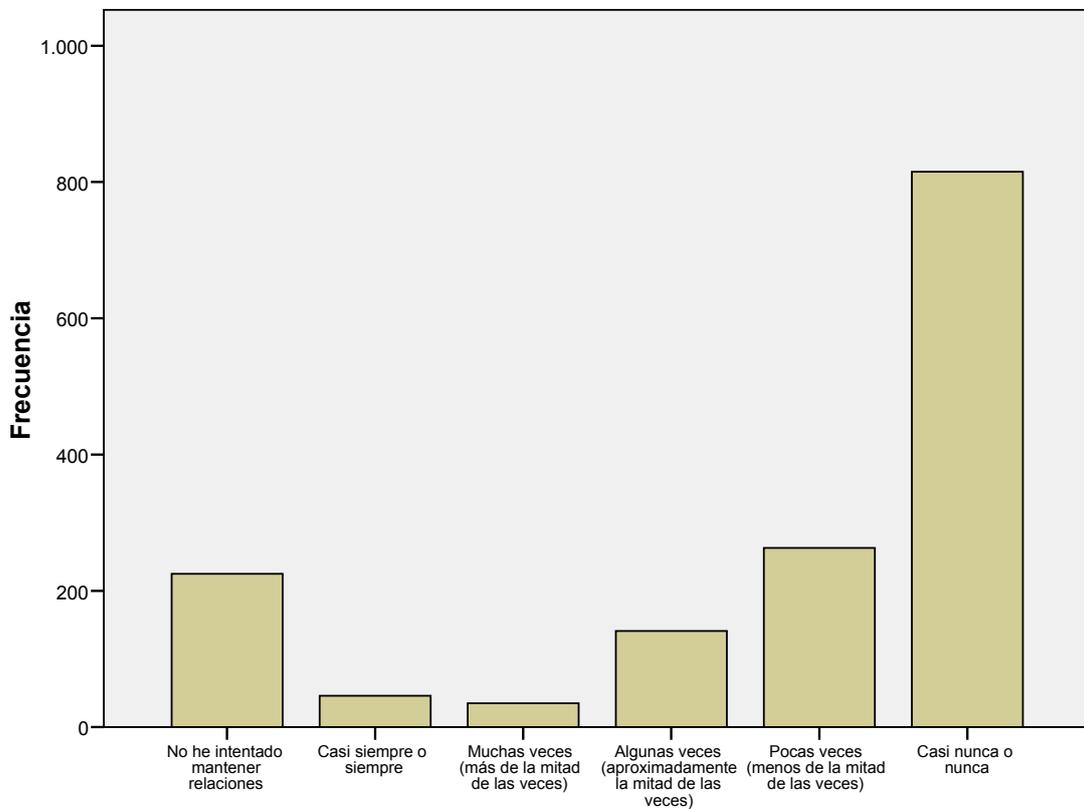
17- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor durante la penetración vaginal?

Figura 29. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 17.

18. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor después de la penetración vaginal? Las respuestas pueden ser: no he tenido actividad sexual, casi nunca o nunca, pocas veces (menos de la mitad del tiempo), algunas veces (aproximadamente la mitad del tiempo), muchas veces (más de la mitad del tiempo) y casi siempre o siempre. Puntuación de 0 a 5. (Tabla 31 y Figura 30)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No he intentado mantener relaciones	225	14,8
	Casi siempre o siempre	46	3,0
	Muchas veces (más de la mitad de las veces)	35	2,3
	Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)	141	9,2
	Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	263	17,2
	Casi nunca o nunca	815	53,4
	Total	1525	100,0
Perdidos	Sistema	2	
Total		1527	

Tabla 31. 18- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor después de la penetración vaginal?



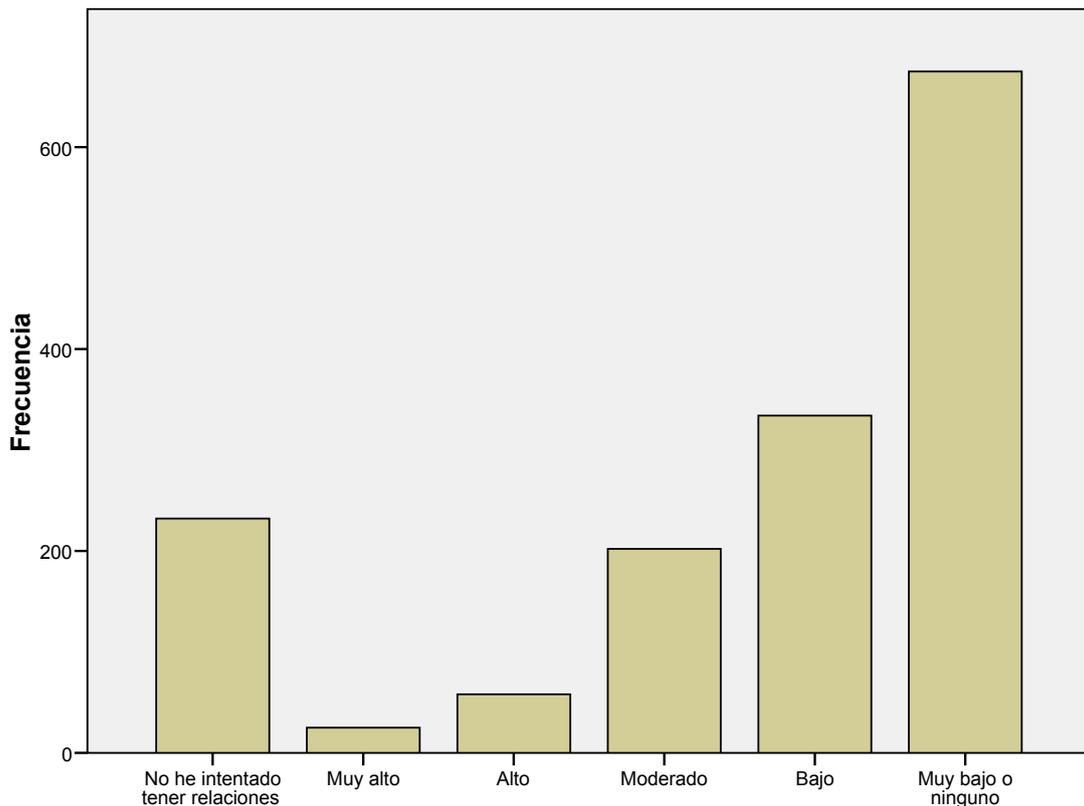
18- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor después de la penetración vaginal?

Figura 30. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 18.

19. Durante las cuatro últimas semanas, ¿Cómo evaluaría su nivel (grado) de molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal? Las respuestas pueden ser: no he tenido actividad sexual, muy alto, alto, moderado, bajo o muy bajo o ninguno. Puntuación de 0 a 5. (Tabla 32 y Figura 31)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No he intentado tener relaciones	232	15,2
	Muy alto	25	1,6
	Alto	58	3,8
	Moderado	202	13,2
	Bajo	334	21,9
	Muy bajo o ninguno	675	44,2
	Total	1526	100,0
Perdidos	Sistema	1	
Total		1527	

Tabla 32. 19- En las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?



19- En las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

Figura 31. Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a la pregunta 19.

1.2.3. Resultados de cada uno de los seis dominio que componen el test FSFI© y del resultado global del test FSFI©.

Los 19 ítems del cuestionario se dividen en 6 dominios que estudian el deseo, la excitación, el orgasmo, la lubricación, la satisfacción y el dolor. La puntuación del cuestionario total queda relegada como FSFI total. (Tabla 33)

		Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor	FSFI Total
N	Válidos	1526	1527	1527	1527	1527	1527	1526
	Perdidos	1	0	0	0	0	0	1
Media		3,2941	3,8277	4,2110	4,0498	4,2572	4,3026	23,9402
Mediana		3,6000	4,2000	5,1000	4,8000	4,8000	5,2000	27,9000
Desv. típ.		1,2038	1,82943	2,00309	2,03535	1,76003	2,08102	9,79056
Mínimo		1,20	,00	,00	,00	,00	,00	1,20
Máximo		6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	36,00
Percentiles	25	2,4000	2,7000	3,3000	2,8000	3,2000	3,6000	19,7000
	50	3,6000	4,2000	5,1000	4,8000	4,8000	5,2000	27,9000
	75	4,2000	5,4000	6,0000	5,6000	5,6000	6,0000	31,2000

Tabla 33. Puntuación dada a cada dominio del cuestionario FSFI© y total.

- **El domino deseo:** presenta puntuación media de 3.29 ± 1.20 , con mediana de 3.6 y percentil 25 de 2.4 y percentil 75 de 4.2 (Figura 32); incluye:
 1. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido deseo o interés sexual? Puntuación de 1 a 5.
 2. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual? Puntuación de 1 a 5.

- **El dominio excitación:** presenta puntuación media de 3.82 ± 1.82 , con mediana de 4.2 y percentil 25 de 2.7 y percentil 75 de 5.4 (Figura 32); incluye:
 3. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido excitada sexualmente (caliente) durante la actividad sexual o el coito? Puntuación de 0 a 5.
 4. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de excitación sexual (caliente) durante la actividad sexual o el coito? Puntuación de 0 a 5.
 5. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido segura de poder excitarse sexualmente durante la actividad sexual o el coito? Puntuación de 0 a 5.
 6. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o el coito? Puntuación de 0 a 5.

- **El dominio lubricación:** presenta puntuación media de 4.04 ± 2.00 , con mediana de 5.1 y percentil 25 de 3.3 y percentil 75 de 6.0 (Figura 32); incluye:
 7. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha estado lubricada (mojada) durante la actividad sexual o el coito? Puntuación de 0 a 5.
 8. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil estar lubricada (mojada) durante la actividad sexual o el coito? Puntuación de 0 a 5.
 9. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha mantenido su lubricación (humedad) hasta el final de la actividad sexual o el coito? Puntuación de 0 a 5.

10. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil mantener su lubricación (humedad) hasta el final de la actividad sexual o el coito? Puntuación de 0 a 5.

- **El dominio orgasmo:** presenta puntuación media de 4.04 ± 2.03 , con mediana de 4.8 y percentil 25 de 2.8 y percentil 75 de 5.6 (Figura 32); incluye:

11. Durante las cuatro últimas semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿con qué frecuencia ha llegado al orgasmo (clímax)? Puntuación de 0 a 5.

12. Durante las cuatro últimas semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿hasta qué punto le ha sido difícil llegar al orgasmo (clímax)? Puntuación de 0 a 5.

13. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su capacidad para llegar al orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o el coito? Puntuación de 0 a 5.

En las tablas de frecuencia de respuestas a las preguntas 15: durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha de su relación sexual con su pareja? y 16: durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su vida sexual en general? hemos obtenido 108 (7.1%) respuestas perdidas y 86 (5.6%) respuestas perdidas respectivamente; ambas preguntas forman parte del dominio satisfacción, por lo que se decide eliminarlas del estudio para no enmascarar datos por lo que se realiza el estudio frecuencias sobre la satisfacción y el FSFI total sin estas mujeres dejando una muestra de estudio de 1415 mujeres.

- **El domino satisfacción:** presenta puntuación media de 4.57 ± 1.38 , con mediana de 4.8 y percentil 25 de 4.0 y percentil 75 de 5.6 (Figura 32); incluye:
 14. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con la cantidad de intimidad emocional entre usted y su pareja durante la actividad sexual? Puntuación de 0 a 5.
 15. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha de su relación sexual con su pareja? Puntuación de 0 a 5.
 16. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su vida sexual en general? Puntuación de 0 a 5.

- **El domino dolor:** presenta puntuación media de 3.82 ± 1.82 , con mediana de 4.2 y percentil 25 de 2.7 y percentil 75 de 5.4 (Figura 32); incluye:
 17. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor durante la penetración vaginal? Puntuación de 0 a 5.
 18. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor después de la penetración vaginal? Puntuación de 0 a 5.
 19. Durante las cuatro últimas semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal? Puntuación de 0 a 5.

- **La puntuación total del cuestionario FSFI©** presenta: media de 25.55 ± 8.17 , con mediana de 28.4 y percentil 25 de 21.7 y percentil 75 de 31.4. (Figura 33)

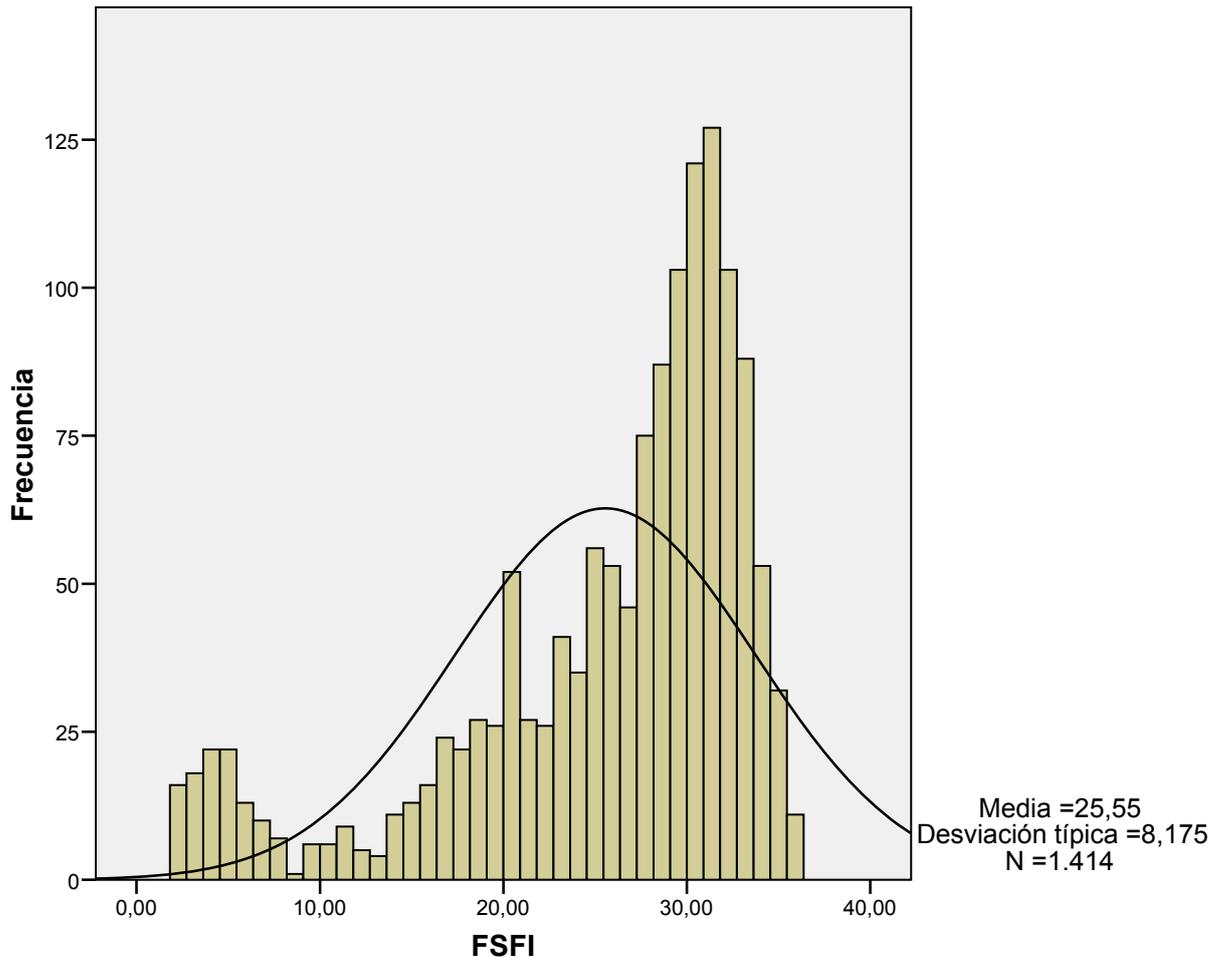


Figura 33. Histograma de frecuencias de respuestas del FSFI©.

Para determinar si nuestras variables: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor y FSFI total tienen distribución normal aplicamos la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra en la que todas nuestras variables obtienen en la significación asintótica (bilateral), una $p < 0.05$, por lo que podemos inferir que nuestras variables no se distribuyen siguiendo la normal.

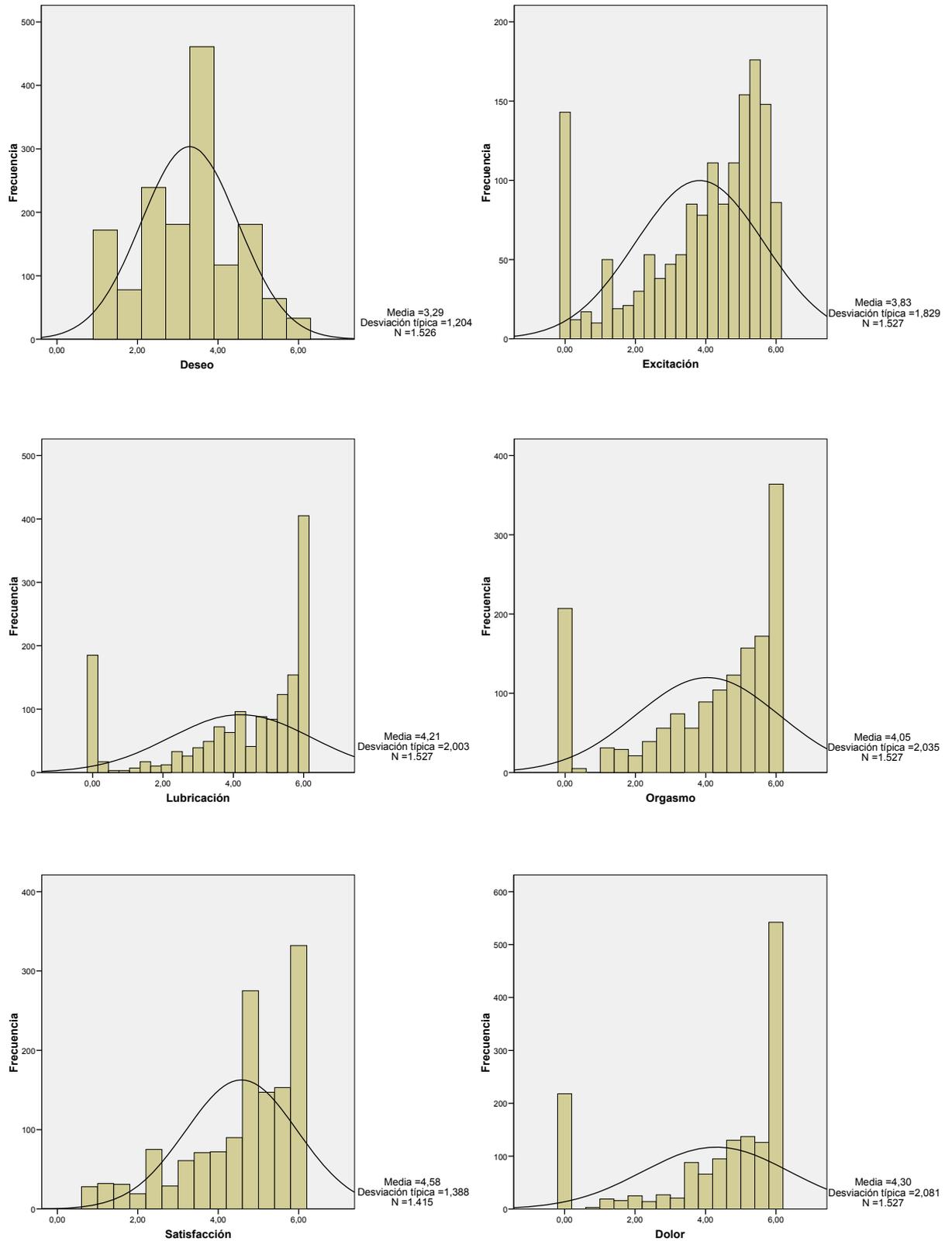


Figura 32. Histograma de frecuencias de los seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; que componen el test FSFI©.

2. Inferencia de las Medias a la Población de Estudio.

Para realizar la inferencia de las medias de nuestra muestra en la población de Castilla y León vamos a utilizar el Intervalo de Confianza de las medias, como vemos en la siguiente tabla. (Tabla 34).

Según esto podemos inferir que la media del primer ítem del cuestionario, durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido deseo o interés sexual?, va a estar en un 95% entre 2,73 y 2,84 en la población de Castilla y León.

La media del segundo ítem del cuestionario, durante las cuatro últimas semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?, va a estar en un 95% de las veces entre 2.82 y 2.93.

La media del tercer ítem del cuestionario, durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido excitada sexualmente (caliente) durante la actividad sexual o el coito?, podemos predecir que estará el 95% de las veces entre 3.42 y 3.58 en las mujeres de Castilla y León.

La media del cuarto ítem del test FSFI©, durante las cuatro últimas semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de excitación sexual (caliente) durante la actividad sexual o el coito?, estará en el 95% de las veces entre 3.24 y 3.37 en la población de nuestro estudio.

La media del quinto ítem del cuestionario, durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido segura de poder excitarse sexualmente durante la actividad sexual o el coito?, va a estar en un 95% entre 3.19 y 3.33 en la población de Castilla y León.

La media del sexto ítem del cuestionario, durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o el coito?, va a estar en un 95% de las veces entre 3.51 y 3.67.

La media del séptimo ítem del cuestionario, durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha estado lubricada (mojada) durante la actividad sexual o el coito?, podemos predecir que estará el 95% de las veces entre 3.56 y 3.73 en las mujeres de Castilla y León.

La media del octavo ítem del cuestionario, durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil estar lubricada (mojada) durante la actividad sexual o el coito?, va a estar en un 95% entre 3.82 y 3.97 en la población de Castilla y León.

La media del noveno ítem del test FSFI©, durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha mantenido su lubricación (humedad) hasta el final de la actividad sexual o el coito?, estará en el 95% de las veces entre 3.53 y 3.69 en la población de nuestro estudio.

La media del décimo ítem del cuestionario, durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto le ha sido difícil mantener su lubricación (humedad) hasta el final de la actividad sexual o el coito?, podemos predecir que estará el 95% de las veces entre 3.83 y 3.98 en las mujeres de Castilla y León.

La media del décimo primer ítem del cuestionario, durante las cuatro últimas semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿con qué frecuencia ha llegado al orgasmo (clímax)?, va a estar en un 95% de las veces entre 3.47 y 3.64.

La media del décimo segundo ítem del cuestionario, durante las cuatro últimas semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿hasta qué punto le ha sido difícil llegar al orgasmo (clímax)?, podemos predecir que estará el 95% de las veces entre 3.66 y 3.82 en las mujeres de Castilla y León.

La media del décimo tercer ítem del cuestionario, durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su capacidad para llegar al orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o el coito?, va a estar en un 95% de las veces entre 3.49 y 3.66.

La media del décimo cuarto ítem del cuestionario, durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con la cantidad de intimidad

emocional entre usted y su pareja durante la actividad sexual?, podemos predecir que estará el 95% de las veces entre 3.66 y 3.82 en las mujeres de Castilla y León.

La media del décimo quinto ítem del cuestionario, durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha de su relación sexual con su pareja?, va a estar en un 95% entre 3.85 y 3.97 en la población de Castilla y León.

La media del décimo sexto ítem del cuestionario, durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecha con su vida sexual en general?, va a estar en un 95% entre 3.73 y 3.85 en la población de Castilla y León.

La media del décimo séptimo ítem del test FSFI©, durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor durante la penetración vaginal?, estará en el 95% de las veces entre 3.65 y 3.81 en la población de nuestro estudio.

La media del décimo octavo ítem del cuestionario, durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado molestias o dolor después de la penetración vaginal?, va a estar en un 95% entre 3.91 y 4.08 en la población de Castilla y León.

La media del décimo noveno ítem del test FSFI©, durante las cuatro últimas semanas, ¿cómo evaluaría su nivel (grado) de molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?, estará en el 95% de las veces entre 3.76 y 3.92 en la población de nuestro estudio.

Ítems: Durante las 4 últimas semanas...	Media	ET	Límite inferior	Límite superior
1 ¿con qué <u>frecuencia</u> ha sentido <u>deseo</u> o interés sexual?	2,79	0,027	2,74	2,84
2 ¿cómo evaluaría su <u>nivel de deseo</u> o interés sexual?	2,88	0,026	2,83	2,93
3 ¿con qué <u>frecuencia</u> se ha sentido <u>excitada</u> sexualmente durante la actividad sexual?	3,50	0,040	3,42	3,58
4 ¿cómo evaluaría su <u>nivel</u> de <u>excitación</u> sexual durante la actividad sexual?	3,30	0,035	3,23	3,37
5 ¿hasta qué punto se ha sentido <u>segura</u> de poder <u>excitarse</u> sexualmente durante la actividad sexual?	3,26	0,036	3,19	3,33
6 ¿con qué <u>frecuencia</u> se ha sentido <u>satisfecha</u> con su <u>excitación</u> durante la actividad sexual?	3,59	0,041	3,51	3,67
7 ¿con qué <u>frecuencia</u> ha estado <u>lubricada</u> durante la actividad sexual?	3,65	0,043	3,57	3,73
8 ¿hasta qué punto le ha sido <u>difícil</u> estar <u>lubricada</u> durante la actividad sexual?	3,89	0,039	3,81	3,97
9 ¿con qué frecuencia ha <u>mantenido</u> su <u>lubricación</u> hasta el final de la actividad sexual?	3,61	0,043	3,53	3,69
10 ¿hasta qué punto le ha sido <u>difícil mantener</u> su <u>lubricación</u> hasta el final de la actividad sexual?	3,90	0,040	3,82	3,98
11 ¿con qué <u>frecuencia</u> ha llegado al <u>orgasmo</u> ?	3,55	0,044	3,46	3,64
12 ¿hasta qué punto le ha sido <u>difícil</u> llegar al <u>orgasmo</u> ?	3,74	0,040	3,66	3,82
13 ¿hasta qué punto se ha sentido <u>satisfecha</u> con su capacidad para llegar al <u>orgasmo</u> durante la actividad sexual o el coito?	3,58	0,043	3,50	3,66
14 ¿hasta qué punto se ha sentido <u>satisfecha</u> con la cantidad de intimidad emocional entre usted y su pareja durante la actividad sexual?	3,74	0,041	3,66	3,82
15 ¿hasta qué punto se ha sentido <u>satisfecha</u> de su relación sexual con su <u>pareja</u> ?	3,91	0,031	3,85	3,97
16 ¿hasta qué punto se ha sentido <u>satisfecha</u> con su <u>vida sexual</u> en general?	3,79	0,031	3,73	3,85
17 ¿con qué <u>frecuencia</u> ha experimentado molestias o <u>dolor</u> durante la <u>penetración</u> vaginal?	3,73	0,042	3,65	3,81
18 ¿con qué <u>frecuencia</u> ha experimentado molestias o <u>dolor</u> después de la <u>penetración</u> vaginal?	4,00	0,041	3,92	4,08
19 ¿cómo evaluaría su <u>nivel</u> de molestias o <u>dolor</u> durante o después de la penetración vaginal?	3,84	0,041	3,76	3,92
Deseo	3,39	0,031	3,33	3,45
Excitación	4,10	0,043	4,01	4,18
Lubricación	4,52	0,046	4,43	4,61
Orgasmo	4,35	0,048	4,25	4,44
Satisfacción	4,58	0,037	4,50	4,65
Dolor	4,63	0,047	4,53	4,72
FSFI	25,56	0,218	25,13	25,99

Tabla 34. Distribución de medias, (ET) error típico de la media y límite superior e inferior del intervalo de confianza para la media al 95% de cada uno de los 19 ítems, de cada uno de los seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor y del resultado global del FSFI©.

Podemos inferir que la media del dominio deseo va a estar en un 95% entre 3.33 y 3.45 en la población de Castilla y León, que la media del dominio excitación la encontraremos en un 95% de las veces entre 4.01 y 4.17, la del dominio lubricación entre 4.42 y 4.60, la media del dominio orgasmo para la población estará entre 4.25 y 4.44, la del dominio satisfacción entre 4.50 y 4.64 y la del dolor entre 4.53 y 4.72.

La media del resultado global del test FSFI© la hallaremos en un 95% de los casos entre 25.13 y 25.98 en las mujeres de Castilla y León.

3. Estadística Analítica.

Nuestras variables, los seis dominios del test FSFI©: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor y el resultado total del test; van a ser comparadas para encontrar las diferencias entre ellas por provincia, edad, raza, tendencia sexual, la actividad sexual en las últimas cuatro semanas, el nivel de estudios, número de hijos, intervención quirúrgica vaginal previa y el tipo de cirugía vaginal previa.

3.1. Diferencias por Provincia.

El primer dominio, el deseo, ha sido respondido por un total de 1526 mujeres con una media de 3.29 ± 1.20 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.23 de límite inferior y 3.35 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por provincias (Figura 34 y Tabla 35):

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
				Límite inferior	Límite superior	
Deseo						
Ávila	154	3,36	1,293	3,16	3,57	0,068
Burgos	157	3,25	1,217	3,06	3,44	
León	143	3,29	1,239	3,08	3,49	
Palencia	153	3,50	1,241	3,30	3,70	
Salamanca	188	3,46	1,141	3,29	3,62	
Segovia	154	3,26	1,086	3,09	3,43	
Soria	146	3,23	1,134	3,04	3,41	
Valladolid	295	3,18	1,256	3,04	3,33	
Zamora	136	3,11	1,135	2,92	3,31	
Total	1526	3,29	1,203	3,23	3,35	

Tabla 35: Análisis descriptivo del dominio deseo por provincias, no hay diferencias significativas.

- **Ávila:** el número de repuestas fue 154 con una media de 3.36 ± 1.29 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.16 de límite inferior y 3.57 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.

- Burgos: el número de repuestas fue 157 con una media de 3.25 ± 1.21 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.06 de límite inferior y 3.44 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- León: el número de repuestas fue 143 con una media de 3.29 ± 1.23 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.08 de límite inferior y 3.49 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- Palencia: el número de repuestas fue 153 con una media de 3.50 ± 1.24 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.30 de límite inferior y 3.70 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- Salamanca: el número de repuestas fue 188 con una media de 3.46 ± 1.14 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.29 de límite inferior y 3.62 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- Segovia: el número de repuestas fue 154 con una media de 3.26 ± 1.086 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.09 de límite inferior y 3.43 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- Soria: el número de repuestas fue 146 con una media de 3.23 ± 1.13 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.04 de límite inferior y 3.41 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- Valladolid: el número de repuestas fue 295 con una media de 3.18 ± 1.25 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.04 de límite inferior y 3.33 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- Zamora: el número de repuestas fue 136 con una media de 3.11 ± 1.20 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.92 de límite inferior y 3.31 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.

La provincia con la media más alta en el deseo es Palencia y la media más baja es Zamora.

El segundo dominio, la excitación, ha sido respondido por un total de 1527 mujeres con una media de 3.82 ± 1.82 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.73 de límite inferior y 3.91 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por provincias (Figura 34 y Tabla 36):

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
				Límite inferior	Límite superior	
Excitación						
Ávila	154	3,75	1,97	3,44	4,07	0,017
Burgos	157	3,66	1,96	3,35	3,97	
León	144	3,95	1,52	3,70	4,20	
Palencia	153	4,11	1,66	3,84	4,37	
Salamanca	188	4,13	1,74	3,88	4,38	
Segovia	154	3,99	1,65	3,73	4,25	
Soria	146	3,64	1,97	3,32	3,96	
Valladolid	295	3,62	1,89	3,41	3,84	
Zamora	136	3,66	1,89	3,34	3,98	
Total	1527	3,82	1,82	3,73	3,91	

Tabla 36: Análisis descriptivo del dominio excitación por provincias, hay diferencias significativas.

- Ávila: el número de repuestas fue 154 con una media de 3.75 ± 1.97 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.44 de límite inferior y 4.07 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Burgos: el número de repuestas fue 157 con una media de 3.66 ± 1.96 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.35 de límite inferior y 3.97 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- León: el número de repuestas fue 144 con una media de 3.95 ± 1.52 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.70 de límite inferior y 4.20 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

- Palencia: el número de repuestas fue 153 con una media de 4.11 ± 1.66 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.84 de límite inferior y 4.37 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Salamanca: el número de repuestas fue 188 con una media de 4.13 ± 1.74 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.88 de límite inferior y 4.38 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Segovia: el número de repuestas fue 154 con una media de 3.99 ± 1.65 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.73 de límite inferior y 4.25 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Soria: el número de repuestas fue 146 con una media de 3.64 ± 1.97 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.32 de límite inferior y 3.96 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Valladolid: el número de repuestas fue 295 con una media de 3.62 ± 1.89 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.41 de límite inferior y 3.84 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Zamora: el número de repuestas fue 136 con una media de 3.66 ± 1.89 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.34 de límite inferior y 3.98 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

La provincia con la media más alta en la excitación es Salamanca y la media más baja es Valladolid.

El tercer dominio, la **lubricación**, ha sido respondido por un total de 1527 mujeres con una media de 4.21 ± 2.00 , un intervalo de confianza para la media al 95%

con 4.11 de límite inferior y 4.31 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por provincias (Figura 34 y Tabla 37)

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
				Límite inferior	Límite superior	
Lubricación						
Ávila	154	4,16	2,12	3,82	4,49	0,054
Burgos	157	4,08	2,11	3,75	4,42	
León	144	4,47	1,67	4,19	4,74	
Palencia	153	4,52	1,73	4,24	4,80	
Salamanca	188	4,42	1,90	4,15	4,70	
Segovia	154	4,30	1,92	3,99	4,60	
Soria	146	3,98	2,19	3,62	4,33	
Valladolid	295	4,00	2,09	3,76	4,24	
Zamora	136	4,05	2,06	3,70	4,40	
Total	1527	4,21	2,00	4,11	4,31	

Tabla 37: Análisis descriptivo del dominio lubricación por provincias, no hay diferencias significativas.

- **Ávila:** el número de repuestas fue 154 con una media de 4.16 ± 2.12 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.82 de límite inferior y 4.49 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- **Burgos:** el número de repuestas fue 157 con una media de 4.08 ± 2.11 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.75 de límite inferior y 4.42 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- **León:** el número de repuestas fue 144 con una media de 4.47 ± 1.67 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.19 de límite inferior y 4.74 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- **Palencia:** el número de repuestas fue 153 con una media de 4.52 ± 1.73 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.24 de límite inferior y 4.80 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

- Salamanca: el número de repuestas fue 188 con una media de 4.42 ± 1.90 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.15 de límite inferior y 4.70 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Segovia: el número de repuestas fue 154 con una media de 4.30 ± 1.92 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.99 de límite inferior y 4.60 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Soria: el número de repuestas fue 146 con una media de 3.98 ± 2.19 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.62 de límite inferior y 4.33 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Valladolid: el número de repuestas fue 295 con una media de 4.00 ± 2.09 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.76 de límite inferior y 4.24 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Zamora: el número de repuestas fue 136 con una media de 4.05 ± 2.06 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.70 de límite inferior y 4.40 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

La provincia con la media más alta en la lubricación es Palencia y la media más baja es Soria.

El cuarto dominio, el orgasmo, ha sido respondido por un total de 1527 mujeres con una media de 4.04 ± 2.03 , con un error típico de 0.052, un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.94 de límite inferior y 4.15 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por provincias (Figura 34 y Tabla 38):

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
				Límite inferior	Límite superior	
Orgasmo						
Ávila	154	4,01	2,09	3,67	4,34	0,020
Burgos	157	3,71	2,10	3,38	4,04	
León	144	4,30	1,80	4,00	4,60	
Palencia	153	4,37	1,85	4,08	4,67	
Salamanca	188	4,29	1,93	4,01	4,57	
Segovia	154	4,15	1,86	3,86	4,45	
Soria	146	3,75	2,21	3,39	4,12	
Valladolid	295	3,91	2,14	3,66	4,15	
Zamora	136	3,99	2,09	3,63	4,34	
Total	1527	4,04	2,03	3,94	4,15	

Tabla 38: Análisis descriptivo del dominio orgasmo por provincias, hay diferencia significativa.

- Ávila: el número de repuestas fue 154 con una media de 4.01 ± 2.09 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.67 de límite inferior y 4.34 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Burgos: el número de repuestas fue 157 con una media de 3.71 ± 2.10 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.38 de límite inferior y 4.04 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- León: el número de repuestas fue 144 con una media de 4.30 ± 1.80 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.00 de límite inferior y 4.60 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Palencia: el número de repuestas fue 153 con una media de 4.37 ± 1.85 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.08 de límite inferior y 4.67 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Salamanca: el número de repuestas fue 188 con una media de 4.29 ± 1.93 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.01 de límite inferior y 4.57 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

- Segovia: el número de repuestas fue 154 con una media de 4.15 ± 1.86 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.86 de límite inferior y 4.45 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Soria: el número de repuestas fue 146 con una media de 3.75 ± 2.21 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.39 de límite inferior y 4.12 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Valladolid: el número de repuestas fue 295 con una media de 3.91 ± 2.14 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.66 de límite inferior y 4.15 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Zamora: el número de repuestas fue 136 con una media de 3.99 ± 2.09 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.63 de límite inferior y 4.34 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

La provincia con la media más alta en el orgasmo es Palencia y la media más baja es Burgos.

El quinto dominio, la satisfacción, ha sido respondido por un total de 1415 mujeres con una media de 4.57 ± 1.38 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.50 de límite inferior y 4.65 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por provincias (Figura 34 y Tabla 39):

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
				Límite inferior	Límite superior	
Satisfacción						
Ávila	141	4,51	1,59	4,25	4,78	0,317
Burgos	145	4,46	1,45	4,22	4,70	
León	138	4,64	1,18	4,44	4,84	
Palencia	146	4,77	1,24	4,57	4,98	
Salamanca	179	4,70	1,26	4,52	4,89	
Segovia	146	4,64	1,25	4,44	4,85	
Soria	132	4,54	1,45	4,29	4,79	
Valladolid	266	4,49	1,52	4,31	4,68	
Zamora	122	4,40	1,34	4,16	4,64	
Total	1415	4,57	1,38	4,50	4,65	

Tabla 39: Análisis descriptivo del dominio satisfacción por provincias, no hay diferencias significativas.

- Ávila: el número de repuestas fue 141 con una media de 4.51 ± 1.59 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.25 de límite inferior y 4.78 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.
- Burgos: el número de repuestas fue 145 con una media de 4.46 ± 1.45 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.22 de límite inferior y 4.70 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.
- León: el número de repuestas fue 138 con una media de 4.64 ± 1.18 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.44 de límite inferior y 4.84 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- Palencia: el número de repuestas fue 146 con una media de 4.77 ± 1.24 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.57 de límite inferior y 4.98 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.
- Salamanca: el número de repuestas fue 179 con una media de 4.70 ± 1.26 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.52 de límite inferior y 4.89 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.

- Segovia: el número de repuestas fue 146 con una media de 4.64 ± 1.25 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.44 de límite inferior y 4.85 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.
- Soria: el número de repuestas fue 132 con una media de 4.54 ± 1.45 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.29 de límite inferior y 4.79 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.
- Valladolid: el número de repuestas fue 266 con una media de 4.49 ± 1.52 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.31 de límite inferior y 4.68 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.
- Zamora: el número de repuestas fue 122 con una media de 4.40 ± 1.38 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.16 de límite inferior y 4.64 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.

La provincia con la media más alta en la satisfacción es Palencia y la media más baja es Zamora.

El sexto dominio, el ***dolor***, ha sido respondido por un total de 1527 mujeres con una media de 4.30 ± 2.08 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.19 de límite inferior y 4.40 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por provincias (Figura 34 y tabla 40):

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
				Límite inferior	Límite superior	
Dolor						
Ávila	154	4,30	2,26	3,94	4,66	0,024
Burgos	157	4,00	2,18	3,65	4,34	
León	144	4,56	1,76	4,27	4,86	
Palencia	153	4,63	1,84	4,33	4,92	
Salamanca	188	4,53	1,85	4,26	4,79	
Segovia	154	4,45	1,96	4,13	4,76	
Soria	146	4,02	2,22	3,66	4,38	
Valladolid	295	4,13	2,26	3,87	4,39	
Zamora	136	4,17	2,07	3,82	4,52	
Total	1527	4,30	2,08	4,19	4,40	

Tabla 40: Análisis descriptivo del dominio dolor por provincias, hay diferencia significativa.

- **Ávila:** el número de repuestas fue 154 con una media de 4.30 ± 2.26 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.94 de límite inferior y 4.66 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- **Burgos:** el número de repuestas fue 157 con una media de 4.00 ± 2.18 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.65 de límite inferior y 4.34 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- **León:** el número de repuestas fue 144 con una media de 4.56 ± 1.76 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.27 de límite inferior y 4.86 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- **Palencia:** el número de repuestas fue 153 con una media de 4.63 ± 1.84 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.33 de límite inferior y 4.92 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- **Salamanca:** el número de repuestas fue 188 con una media de 4.53 ± 1.85 , con un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.26 de límite inferior y 4.79 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

- Segovia: el número de repuestas fue 154 con una media de 4.45 ± 1.96 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.13 de límite inferior y 4.76 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Soria: el número de repuestas fue 146 con una media de 4.02 ± 2.22 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.66 de límite inferior y 4.38 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Valladolid: el número de repuestas fue 295 con una media de 4.13 ± 2.26 , con un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.87 de límite inferior y 4.39 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Zamora: el número de repuestas fue 136 con una media de 4.30 ± 2.08 , con un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.82 de límite inferior y 4.52 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

La provincia con la media más alta en el dolor y por tanto con menor dolor relacionado con el coito es Palencia y la media más baja y por tanto con mayor nivel de dolor relacionado con el coito es Burgos.

Si sumamos las puntuaciones de los 6 dominios tendremos el resultado total del *test FSFI*®, ha sido respondido por un total de 1414 mujeres con una media de 25.55 ± 8.17 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 25.12 de límite inferior y 25.97 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00 y tiene la siguiente distribución por provincias (Figura 35 y Tabla 41):

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
				Límite inferior	Límite superior	
FSFI						
Ávila	141	25,72	8,85	24,24	27,19	0,166
Burgos	145	24,43	9,09	22,93	25,92	
León	137	26,01	6,78	24,86	27,15	
Palencia	146	26,81	7,14	25,65	27,98	
Salamanca	179	26,44	7,48	25,34	27,55	
Segovia	146	25,72	7,74	24,45	26,98	
Soria	132	24,86	8,77	23,35	26,37	
Valladolid	266	24,90	8,95	23,82	25,98	
Zamora	122	25,28	7,66	23,91	26,65	
Total	1414	25,55	8,17	25,12	25,97	

Tabla 41: Análisis descriptivo del resultado global del test FSFI© por provincias, no hay diferencia significativa.

- Ávila: el número de repuestas fue 141 con una media de 25.72 ± 8.85 , con un intervalo de confianza para la media al 95% con 24.24 de límite inferior y 27.19 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00.
- Burgos: el número de repuestas fue 145 con una media de 24.43 ± 9.09 , con un intervalo de confianza para la media al 95% con 22.93 de límite inferior y 25.92 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 35.70.
- León: el número de repuestas fue 137 con una media de 26.01 ± 6.78 , con un intervalo de confianza para la media al 95% con 24.86 de límite inferior y 27.15 de límite superior y un mínimo de 3.40 y un máximo de 35.20.
- Palencia: el número de repuestas fue 146 con una media de 26.81 ± 7.14 , con un intervalo de confianza para la media al 95% con 25.65 de límite inferior y 27.98 de límite superior y un mínimo de 3.60 y un máximo de 36.00.
- Salamanca: el número de repuestas fue 179 con una media de 26.44 ± 7.48 , con un intervalo de confianza para la media al 95% con 25.34 de límite inferior y 27.55 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 34.80.

- Segovia: el número de repuestas fue 146 con una media de 25.72 ± 7.74 , con un intervalo de confianza para la media al 95% con 24.45 de límite inferior y 26.98 de límite superior y un mínimo de 3.50 y un máximo de 35.60.
- Soria: el número de repuestas fue 132 con una media de 24.86 ± 8.77 , con un intervalo de confianza para la media al 95% con 23.35 de límite inferior y 26.37 de límite superior y un mínimo de 2.60 y un máximo de 36.00.
- Valladolid: el número de repuestas fue 266 con una media de 24.90 ± 8.95 , con un intervalo de confianza para la media al 95% con 23.82 de límite inferior y 25.98 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00.
- Zamora: el número de repuestas fue 122 con una media de 25.28 ± 7.66 , con un intervalo de confianza para la media al 95% con 23.91 de límite inferior y 26.65 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 35.10

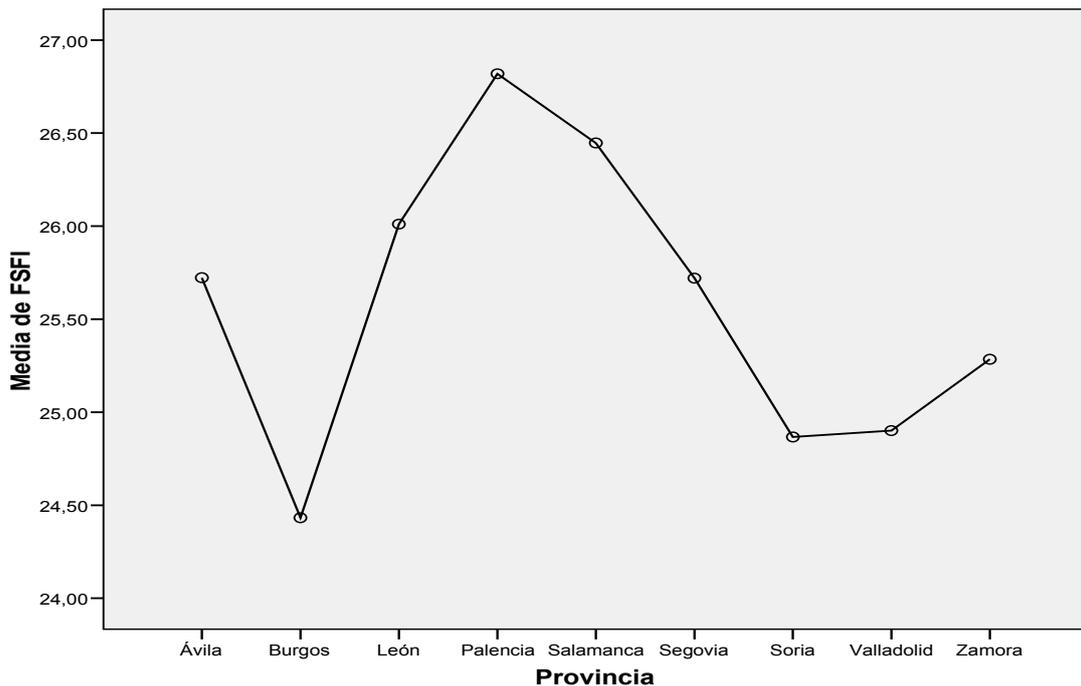


Figura 35. Gráfica de las medias de los resultados globales del test FSFI© por provincias.

La provincia con la media más alta en el resultado global del test FSFI© es Palencia y la media más baja es Burgos.

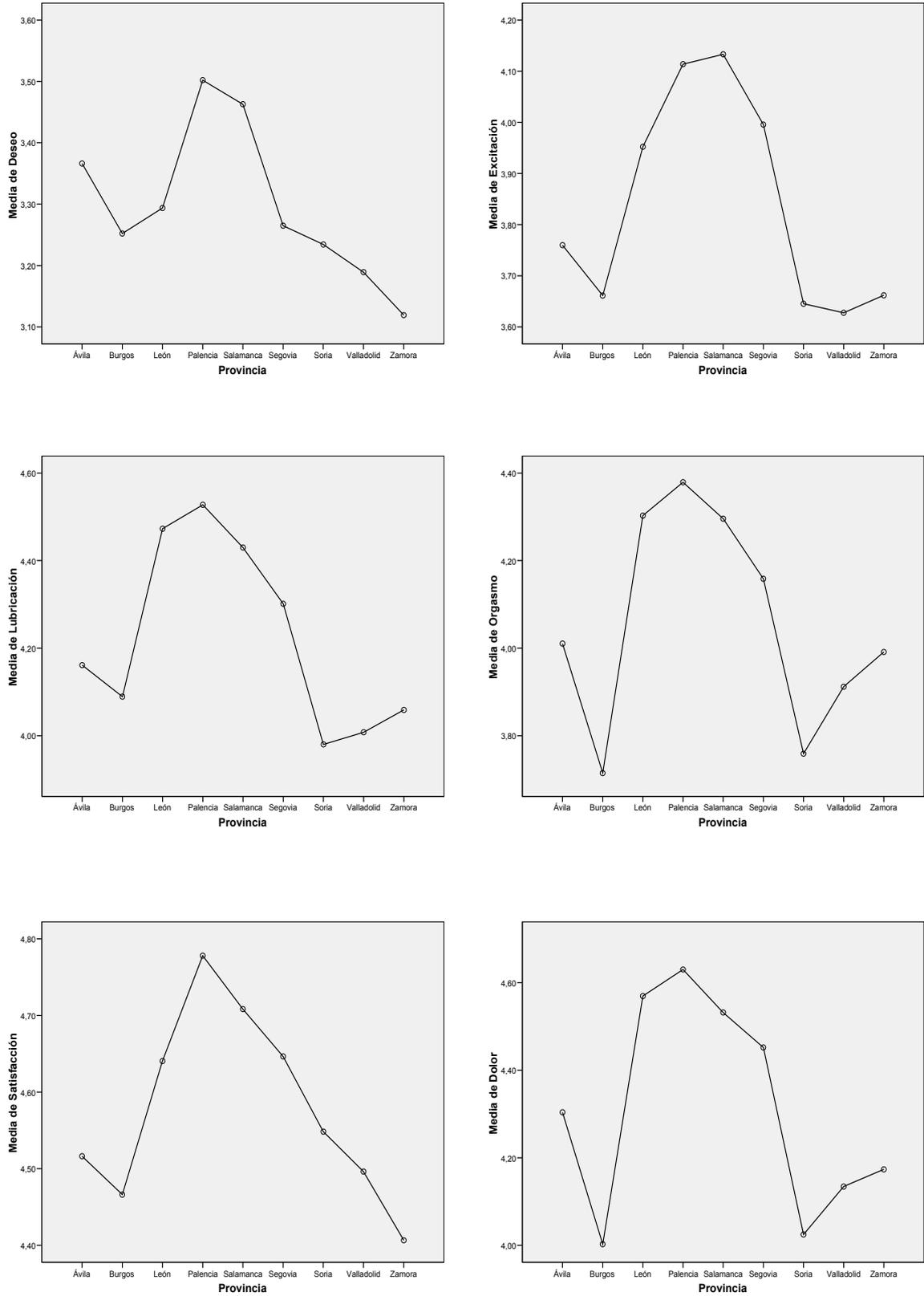


Figura 34. Gráfica de las medias de los dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, del test FSFI© por provincias.

Para la comparación de las medias obtenidas hemos de realizar un análisis de la varianza (ANOVA). Este procedimiento permite comparar las medias de varias muestras para saber si pertenecen o no a la misma población.

Encontramos diferencias significativas entre las medias obtenidas por provincia en los dominios excitación, orgasmo y dolor ($p \leq 0.05$) pero no en el resto de los dominios ni en el resultado final del test FSFI©.

Para conocer en qué provincias difieren las medias de puntuación obtenidas en los seis dominios y en el resultado global del test FSFI© vamos a aplicar el test de comparaciones múltiples post hoc o comparaciones a posteriori, en este caso el test de Bonferroni (porque asumimos varianzas iguales); estas comparaciones permiten controlar la tasa de error al efectuar varios contrastes utilizando las mismas medias obtenidas anteriormente. El test de Bonferroni nos indica, según los diferentes dominios, qué parejas de provincias difieren en las medias de los resultados obtenidos en el test FSFI©, considerando una diferencia significativa una p -valor ≤ 0.05 .

- Comenzamos por el primer dominio, el deseo, que lo consideramos nuestra variable dependiente, no encontramos diferencias significativas si comparamos Ávila con el resto de provincias de Castilla y León, ni si comparamos Burgos con el resto de provincias, ni si comparamos León con el resto de provincias, ni si comparamos Palencia con el resto de provincias, ni si comparamos Salamanca con el resto de provincias, ni al comparar Segovia con el resto de provincias, ni Soria con el resto de provincias, ni si comparamos Valladolid con el resto de provincias, ni al comparar Zamora con el resto de provincias de Castilla y León. Podemos asumir que en el dominio deseo, no hay diferencias significativas entre las mujeres de las nueve provincias de Castilla y León.
- El segundo dominio, la excitación, será considerada nuestra variable dependiente, no encontramos diferencias significativas entre las mujeres de las nueve provincias de Castilla y León.

- En el tercer dominio, la **lubricación**, será considerada nuestra variable dependiente, no encontramos diferencias significativas entre las mujeres de las nueve provincias de Castilla y León.
- El cuarto dominio, el **orgasmo**, será considerado nuestra variable dependiente, no encontramos diferencias significativas entre las mujeres de las nueve provincias de Castilla y León.
- El quinto dominio, la **satisfacción**, será considerada nuestra variable dependiente, no encontramos diferencias significativas entre las mujeres de las nueve provincias de Castilla y León.
- En el sexto dominio, el **dolor**, que será considerado nuestra variable dependiente, no encontramos diferencias significativas entre las mujeres de las nueve provincias de Castilla y León.
- En el resultado total del **test FSFI©**, que será considerado nuestra variable dependiente, no encontramos diferencias significativas entre las mujeres de las nueve provincias de Castilla y León.

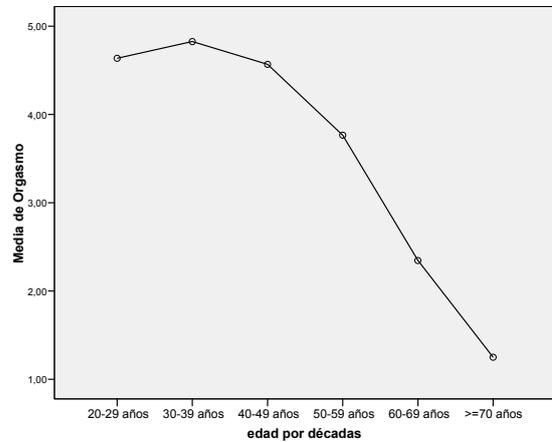
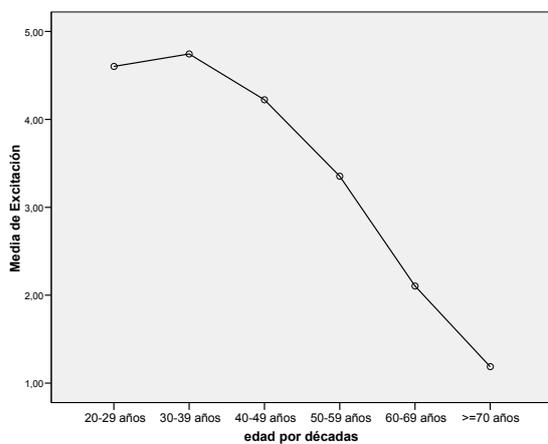
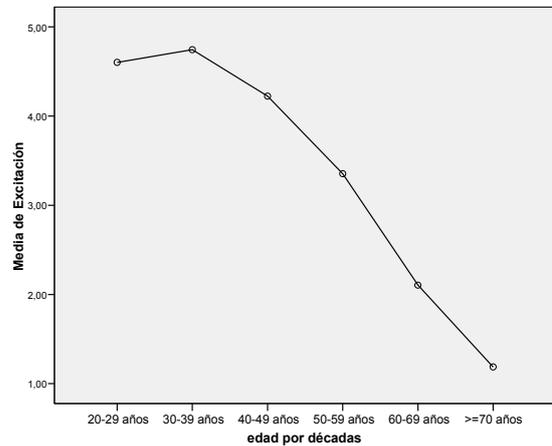
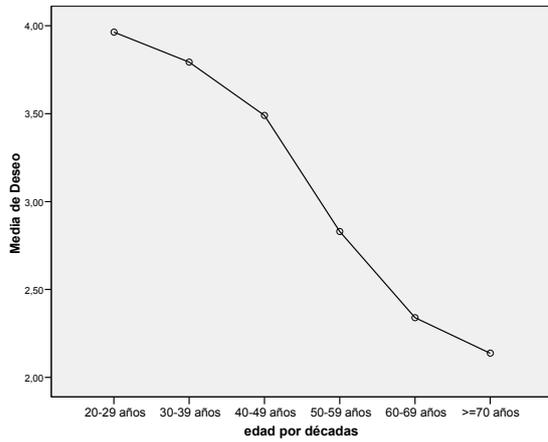
3.2. Diferencias por Grupo de Edad.

Las mujeres que han respondido al test FSFI© correspondían a mujeres de entre 20 y 71 años, para hacer las comparaciones más sencillas se han dividido en tres grupos, de similares características en los resultados obtenidos en el estudio estadístico por décadas de edad: mujeres premenopáusicas, ≤ 40 años; mujeres perimenopáusicas, entre 41 y 50 años; y mujeres menopáusicas, ≥ 51 años. (Tabla 42 y Figura 36)

		N	Media	Desviación típica	p
<u>Deseo</u>	20-29 años	244	3,96	1,05	
	30-39 años	357	3,79	1,01	
	40-49 años	344	3,49	1,02	0,000
	50-59 años	314	2,82	1,14	
	60-69 años	217	2,33	,99	
	≥ 70 años	48	2,13	,95	
	Total	1524	3,29	1,20	
<u>Excitación</u>	20-29 años	244	4,60	1,52	
	30-39 años	358	4,74	1,20	
	40-49 años	344	4,22	1,48	0,000
	50-59 años	314	3,35	1,78	
	60-69 años	217	2,10	1,70	
	≥ 70 años	48	1,18	1,26	
	Total	1525	3,83	1,82	
<u>Lubricación</u>	20-29 años	244	4,86	1,71	
	30-39 años	358	5,17	1,23	
	40-49 años	344	4,72	1,56	0,000
	50-59 años	314	3,80	2,01	
	60-69 años	217	2,31	1,97	
	≥ 70 años	48	1,28	1,63	
	Total	1525	4,21	2,00	
<u>Orgasmo</u>	20-29 años	244	4,63	1,79	
	30-39 años	358	4,82	1,44	
	40-49 años	344	4,56	1,68	0,000
	50-59 años	314	3,76	2,03	
	60-69 años	217	2,34	2,09	
	≥ 70 años	48	1,25	1,72	
	Total	1525	4,05	2,03	
<u>Satisfacción</u>	20-29 años	234	5,02	1,12	
	30-39 años	354	5,00	1,07	
	40-49 años	330	4,78	1,23	0,000
	50-59 años	294	4,22	1,48	
	60-69 años	168	3,55	1,56	
	≥ 70 años	33	3,12	1,15	
	Total	1413	4,57	1,38	

Dolor	20-29 años	244	4,66	1,73	
	30-39 años	358	5,07	1,30	
	40-49 años	344	4,91	1,70	0,000
	50-59 años	314	4,01	2,14	
	60-69 años	217	2,71	2,41	
	>=70 años	48	1,52	2,21	
	Total	1525	4,30	2,07	
FSFI	20-29 años	234	28,46	6,37	
	30-39 años	353	28,85	5,16	
	40-49 años	330	27,40	6,50	0,000
	50-59 años	294	22,98	8,72	
	60-69 años	168	18,03	8,82	
	>=70 años	33	12,87	8,04	
	Total	1412	25,56	8,15	

Tabla 42. Distribución de medias de los seis dominios y el resultado total del test FSFI según décadas de edad. Hay diferencias significativas en todos los grupos.



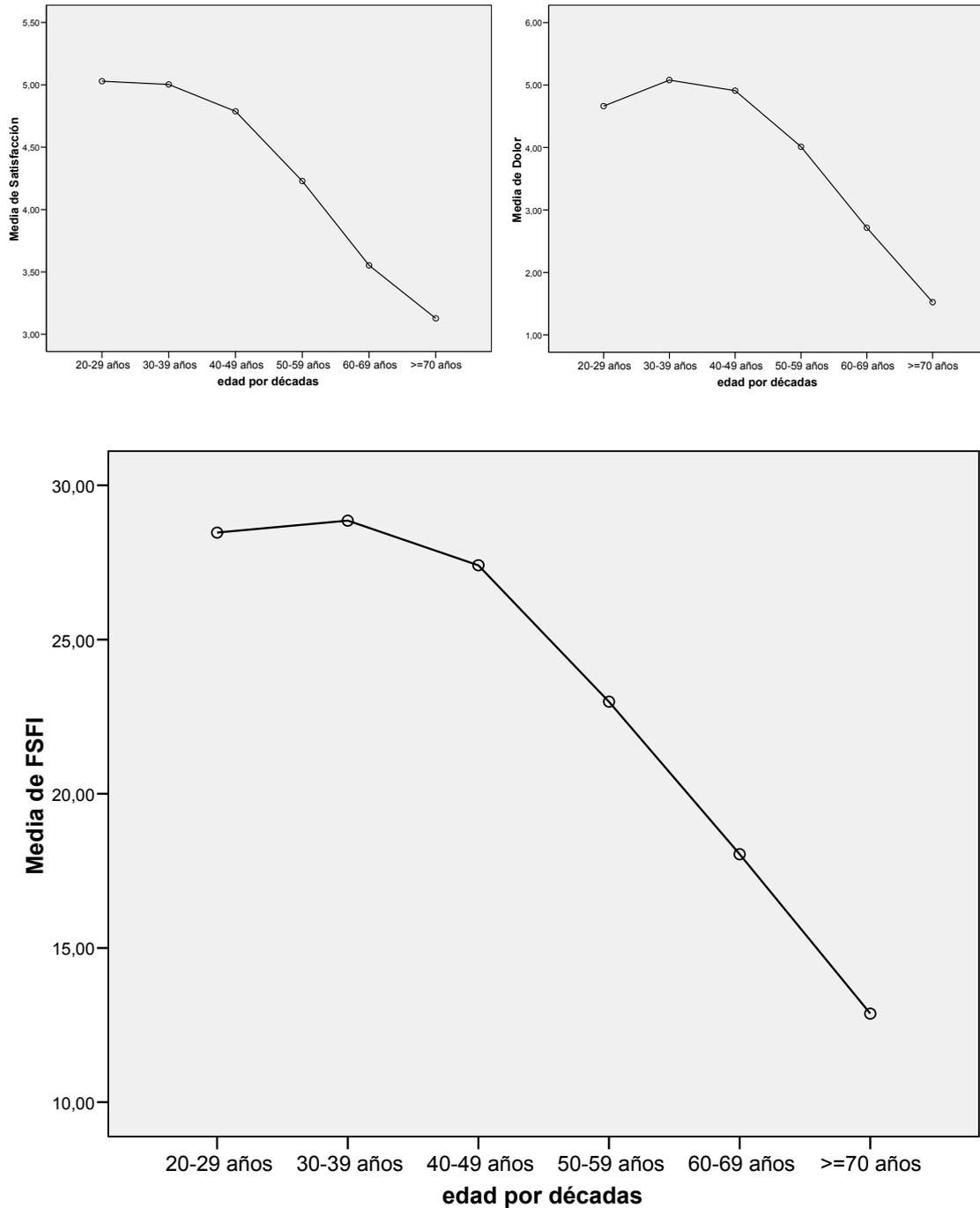


Figura 36. Gráfica de medias de los dominios deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor y resultado global del test FSFI© por décadas de edad.

Según ya intuimos en los gráficos y aplicando el test de Bonferroni hallamos que existen diferencias significativas en todos los dominios y en la puntuación global del test FSFI© entre las diferentes décadas de años de muestras mujeres, pero no encontramos las diferencias significativas entre las mujeres que pertenecen a cada uno de los tres grupos realizados para analizar los resultados de forma más práctica en la

consulta diaria; en mujeres premenopáusicas , ≤ 40 años; mujeres perimenopáusicas, entre 41 y 50 años; y mujeres menopáusicas, ≥ 51 años. (Tabla 43)

		N	Media	Desviación típica	p
Deseo	≤ 40 a	638	3,85	1,03	0,000
	41-50 a	349	3,46	1,02	
	≥ 51 a	537	2,52	1,08	
	Total	1524	3,29	1,20	
Excitación	≤ 40 a	639	4,68	1,33	0,000
	41-50 a	349	4,18	1,48	
	≥ 51 a	537	2,58	1,85	
	Total	1525	3,83	1,82	
Lubricación	≤ 40 a	639	5,05	1,44	0,000
	41-50 a	349	4,69	1,58	
	≥ 51 a	537	2,89	2,12	
	Total	1525	4,21	2,00	
Orgasmo	≤ 40 a	639	4,76	1,58	0,000
	41-50 a	349	4,53	1,66	
	≥ 51 a	537	2,89	2,20	
	Total	1525	4,05	2,03	
Satisfacción	≤ 40 a	625	5,00	1,08	0,000
	41-50 a	335	4,77	1,25	
	≥ 51 a	453	3,84	1,53	
	Total	1413	4,57	1,38	
Dolor	≤ 40 a	639	4,93	1,49	0,000
	41-50 a	349	4,83	1,72	
	≥ 51 a	537	3,21	2,42	
	Total	1525	4,30	2,07	
FSFI	≤ 40 a	624	28,70	5,69	0,000
	41-50 a	335	27,17	6,52	
	≥ 51 a	453	20,07	9,26	
	Total	1412	25,56	8,15	

Tabla 43: Análisis descriptivo del dominio deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor y resultado global del test FSFI© por grupos de edad. Hay diferencias significativas entre los grupos de edad en todos los dominios y en el resultado global del test FSFI©

El primer dominio, el **deseo**, ha sido respondido por un total de 1524 mujeres con una media de 3.29 ± 1.20 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.23

de límite inferior y 3.35 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por grupos de edad (Figura 37):

- Mujeres ≤ 40 años: el número de repuestas fue 638 con una media de 3.85 ± 1.03 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.77 de límite inferior y 3.93 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- Mujeres de entre 41 y 50 años: el número de repuestas fue 349 con una media de 3.46 ± 1.029 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.35 de límite inferior y 3.57 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- Mujeres ≥ 51 años: el número de repuestas fue 537 con una media de 2.52 ± 1.08 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.42 de límite inferior y 2.61 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.

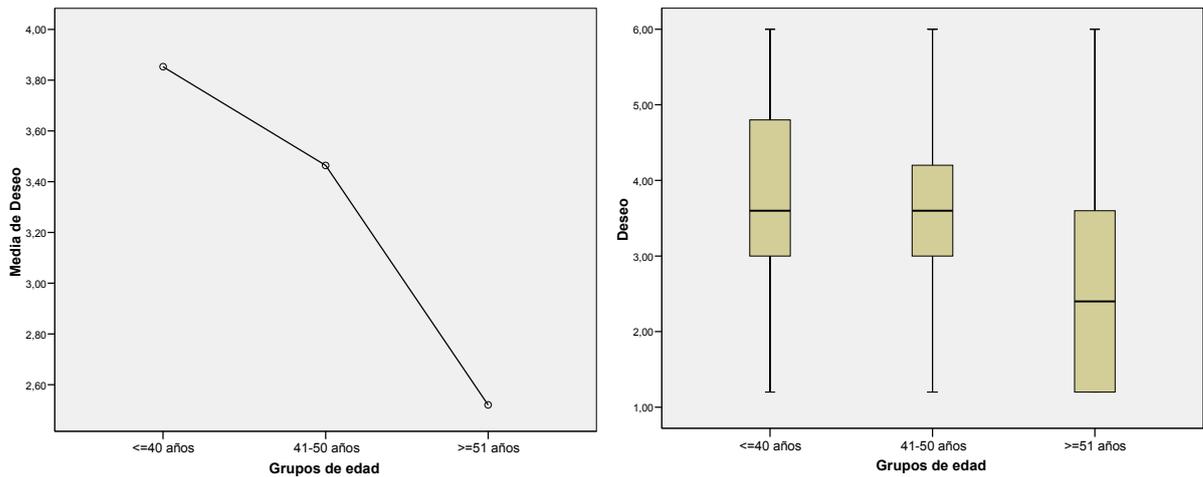


Figura 37. Gráfica de las medias del dominio deseo por grupos de edad.

El segundo dominio, la excitación, ha sido respondido por un total de 1525 mujeres con una media de 3.83 ± 1.82 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.73 de límite inferior y 3.92 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por grupos de edad (Figura 38):

- Mujeres ≤ 40 años: el número de repuestas fue 639 con una media de 4.68 ± 1.33 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.57 de límite inferior y 4.78 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres de entre 41 y 50 años: el número de repuestas fue 349 con una media de 4.18 ± 1.48 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.02 de límite inferior y 4.34 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres ≥ 51 años: el número de repuestas fue 537 con una media de 2.58 ± 1.85 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.42 de límite inferior y 2.74 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

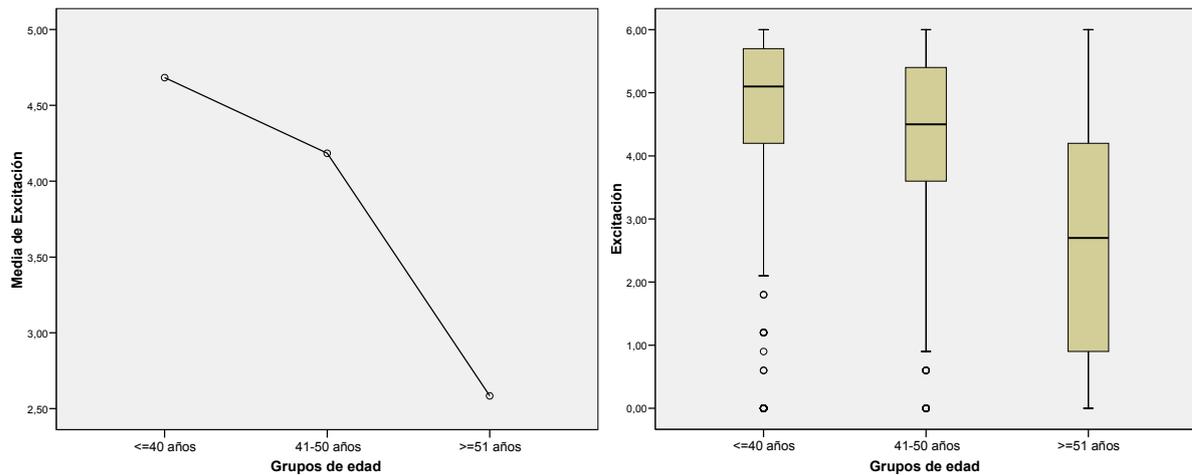


Figura 38. Gráfica de las medias del dominio excitación por grupos de edad.

El tercer dominio, la ***lubricación***, ha sido respondido por un total de 1525 mujeres con una media de 4.21 ± 2.00 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.11 de límite inferior y 4.31 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por grupos de edad (Figura 39):

- Mujeres ≤ 40 años: el número de repuestas fue 639 con una media de 5.05 ± 1.44 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.94 de límite inferior y 5.17 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres de entre 41 y 50 años: el número de repuestas fue 349 con una media de 4.69 ± 1.58 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.52 de límite inferior y 4.86 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres ≥ 51 años: el número de repuestas fue 537 con una media de 2.89 ± 2.12 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.71 de límite inferior y 3.07 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

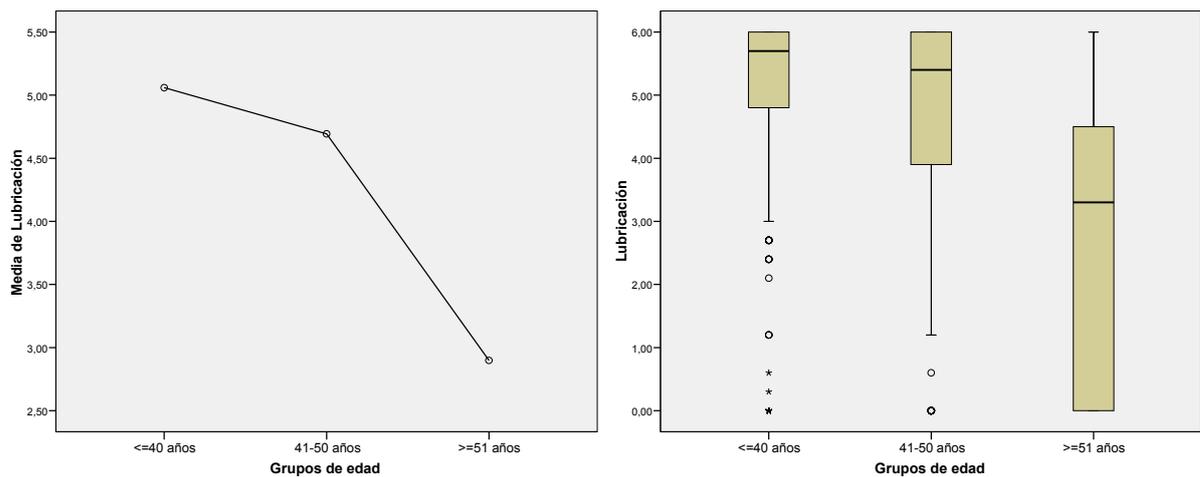


Figura 39. Gráfica de las medias del dominio lubricación por grupos de edad.

El cuarto dominio, el ***orgasmo***, ha sido respondido por un total de 1525 mujeres con una media de 4.05 ± 2.03 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.95 de límite inferior y 4.15 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por grupos de edad (Figura 40):

- Mujeres ≤ 40 años: el número de repuestas fue 639 con una media de 4.76 ± 1.58 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.63 de límite inferior y 4.88 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres de entre 41 y 50 años: el número de repuestas fue 349 con una media de 4.53 ± 1.66 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.36 de límite inferior y 4.71 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres ≥ 51 años: el número de repuestas fue 537 con una media de 2.89 ± 2.20 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.70 de límite inferior y 3.08 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

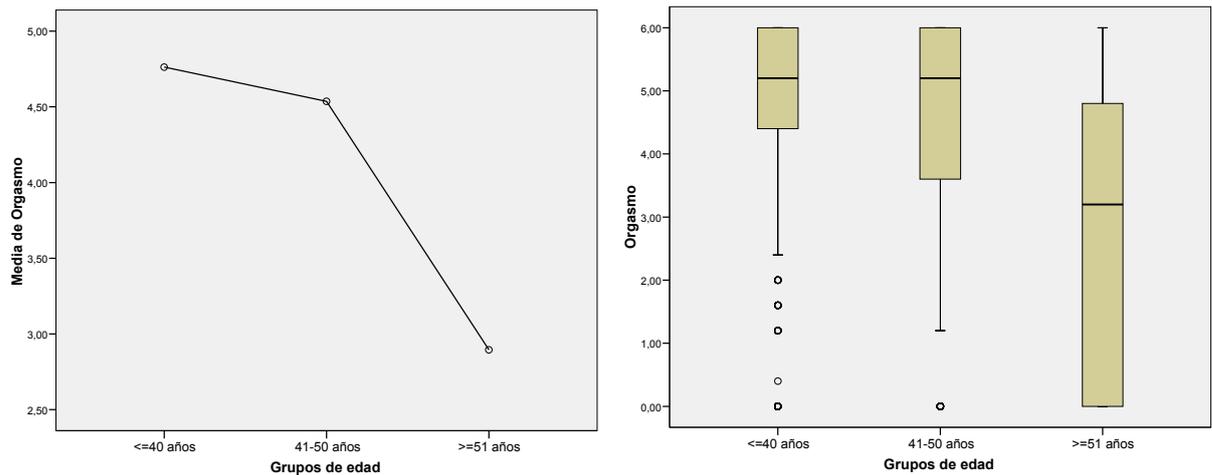


Figura 40. Gráfica de las medias del dominio orgasmo por grupos de edad.

El quinto dominio, la satisfacción, ha sido respondido por un total de 1413 mujeres con una media de 4.57 ± 1.38 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.50 de límite inferior y 4.65 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por grupos de edad (Figura 41):

- Mujeres ≤ 40 años: el número de repuestas fue 625 con una media de 5.00 ± 1.08 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.92 de límite inferior y 5.09 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.
- Mujeres de entre 41 y 50 años: el número de repuestas fue 335 con una media de 4.77 ± 1.25 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.64 de límite inferior y 4.90 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.
- Mujeres ≥ 51 años: el número de repuestas fue 453 con una media de 3.84 ± 1.53 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.69 de límite inferior y 3.98 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.

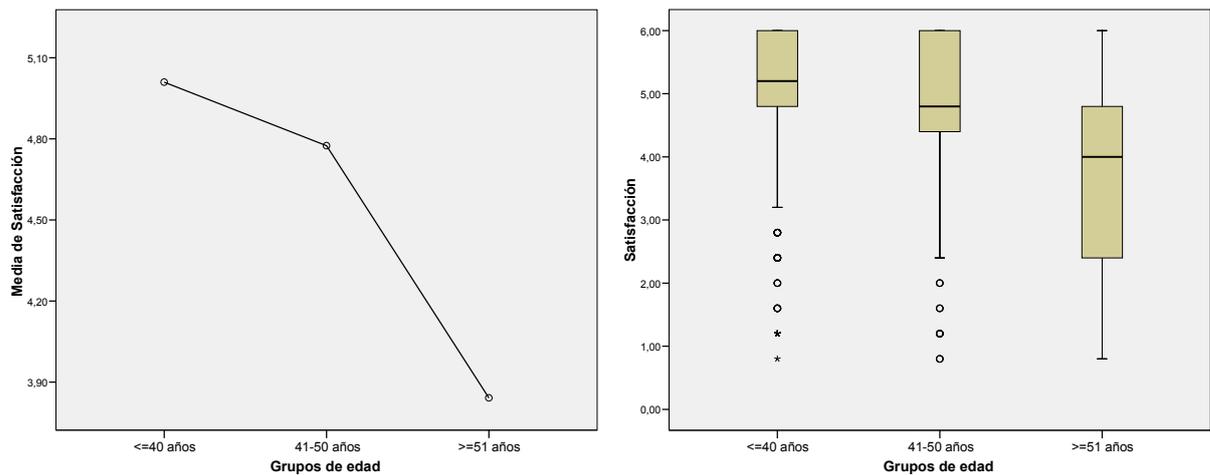


Figura 41. Gráfica de las medias del dominio satisfacción por grupos de edad.

El sexto dominio, el **dolor**, ha sido respondido por un total de 1525 mujeres con una media de 4.30 ± 2.07 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.20 de límite inferior y 4.41 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por grupos de edad (Figura 42):

- Mujeres ≤ 40 años: el número de repuestas fue 639 con una media de 4.93 ± 1.49 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.81 de límite inferior y 5.04 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres de entre 41 y 50 años: el número de repuestas fue 349 con una media de 4.83 ± 1.72 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.65 de límite inferior y 5.01 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres ≥ 51 años: el número de repuestas fue 537 con una media de 3.21 ± 2.42 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.01 de límite inferior y 3.42 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

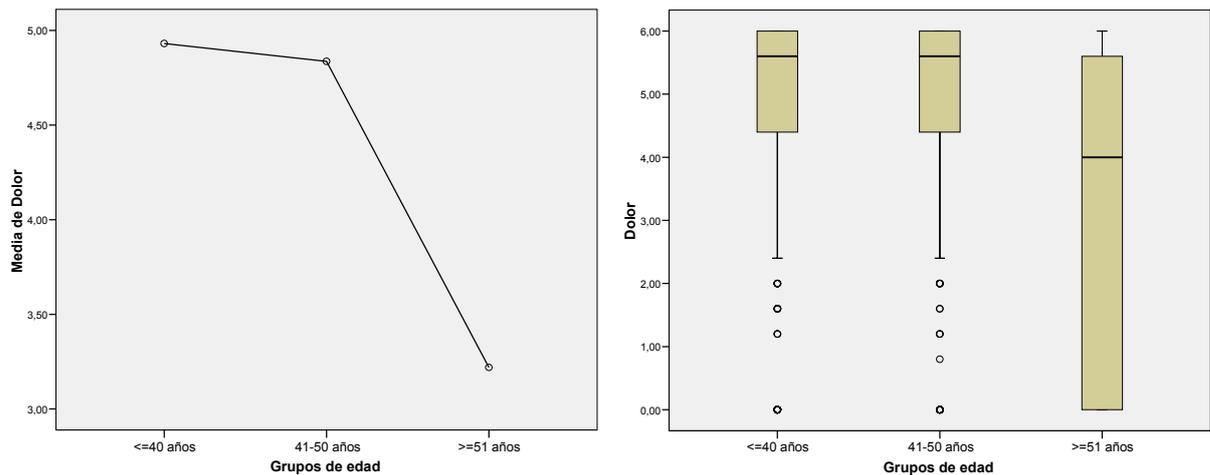


Figura 42. Gráfica de las medias del dominio dolor por grupos de edad.

El resultado global del **test FSFI®**, ha sido respondido por un total de 1412 mujeres con una media de 25.56 ± 8.15 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 25.14 de límite inferior y 25.99 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00 y tiene la siguiente distribución por grupos de edad (Figura 43):

- Mujeres ≤ 40 años: el número de repuestas fue 624 con una media de 28.70 ± 5.69 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 28.25 de límite inferior y 29.15 de límite superior y un mínimo de 3.20 y un máximo de 36.00.
- Mujeres de entre 41 y 50 años: el número de repuestas fue 335 con una media de 27.17 ± 6.52 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 26.46 de límite inferior y 27.87 de límite superior y un mínimo de 2.60 y un máximo de 36.00.
- Mujeres ≥ 51 años: el número de repuestas fue 453 con una media de 20.07 ± 9.26 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 19.21 de límite inferior y 20.92 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00.

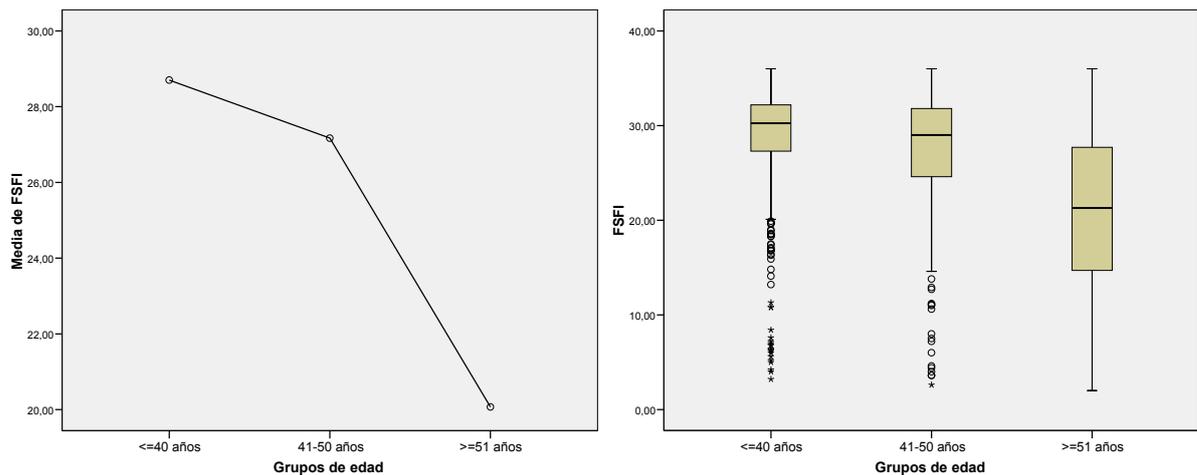


Figura 43. Gráfica de las medias del resultado global del test FSFI® por grupos de edad.

Como hemos visto en los seis dominios y por lo tanto en el resultado global del test FSFI© con la edad disminuyen las medias obtenidas.

Para la comparación de las medias hemos de realizar un análisis de la varianza (ANOVA). Este procedimiento permite comparar las medias de varias muestras para saber si pertenecen o no a la misma población.

Encontramos diferencias significativas entre las medias obtenidas por grupo de edad en todos los dominios y en el resultado final del test FSFI©, considerando diferencia significativa una $p\text{-valor} \leq 0.05$.

Para conocer en qué grupo de edad difieren las medias de puntuación obtenidas en los seis dominios y en el resultado global del test FSFI© vamos a aplicar el test de comparaciones múltiples post hoc o comparaciones a posteriori, en este caso el test de Bonferroni (porque asumimos varianzas iguales); estas comparaciones permiten controlar la tasa de error al efectuar varios contrastes utilizando las mismas medias obtenidas anteriormente. El test de Bonferroni nos indica, según los diferentes dominios, qué parejas de grupos de edad difieren en las medias de los resultados obtenidos en el test FSFI©, considerando una diferencia significativa una $p\text{-valor} \leq 0.05$.

- Comenzamos por el primer dominio, el deseo, que lo consideramos nuestra variable dependiente, encontramos diferencias significativas si comparamos mujeres ≤ 40 años con las mujeres de los otros dos grupos de edades, también encontramos diferencias significativas si comparamos las mujeres de edades comprendidas entre los 41 y los 50 años con las mujeres ≤ 40 años o las ≥ 51 años y obtendremos también diferencias significativas si comparamos las mujeres de ≥ 51 años con las mujeres de menor edad. Podemos asumir que en el dominio deseo, hay diferencias significativas entre las mujeres de los distintos grupos de edad.

- El segundo dominio, la **excitación**, será considerada nuestra variable dependiente, encontramos diferencias significativas entre las mujeres de los distintos grupos de edad elegidos.
- En el tercer dominio, la **lubricación**, será considerada nuestra variable dependiente, encontramos diferencias significativas entre las mujeres de los distintos grupos de edad elegidos.
- El cuarto dominio, el **orgasmo**, será considerado nuestra variable dependiente, no encontramos diferencias significativas si comparamos mujeres ≤ 40 años con las mujeres de entre 41 y 50 años pero sí, si las comparamos con las ≥ 51 años, tampoco encontramos diferencias significativas si comparamos las mujeres de edades comprendidas entre los 41 y los 50 años con las mujeres ≤ 40 años, pero sí al compararlas con las mujeres de ≥ 51 años y obtendremos también diferencias significativas si comparamos las mujeres de ≥ 51 años con las mujeres de menor edad. Podemos asumir que en el dominio orgasmo, hay diferencias significativas entre las mujeres de los distintos grupos de edad elegidos, excepto entre las mujeres ≤ 40 años y las mujeres entre 41 y 50 años.
- El quinto dominio, la **satisfacción**, será considerada nuestra variable dependiente, encontramos diferencias significativas entre las mujeres de los distintos grupos de edad elegidos.
- En el sexto dominio, el **dolor**, que será considerado nuestra variable dependiente, no encontramos diferencias significativas si comparamos mujeres ≤ 40 años con las mujeres de entre 41 y 50 años pero sí, si las comparamos con las ≥ 51 años, tampoco encontramos diferencias significativas si comparamos las mujeres de edades comprendidas entre los 41 y los 50 años con las mujeres ≤ 40 años, pero sí al compararlas con las mujeres de ≥ 51 años y obtendremos también diferencias significativas si comparamos las mujeres de

≥ 51 años con las mujeres de menor edad. Podemos asumir que en el dominio dolor, hay diferencias significativas entre las mujeres de los distintos grupos de edad elegidos, excepto entre las mujeres ≤ 40 años y las mujeres entre 41 y 50 años.

- En el resultado total del *test FSFI*©, que será considerado nuestra variable dependiente, encontramos diferencias significativas entre las mujeres de los distintos grupos de edad elegidos.

Encontramos diferencias significativas entre las mujeres con diferente grupo de edad, en todos los dominios y el resultado global del test FSFI©, excepto en el dominio orgasmo y el dominio dolor entre las mujeres ≤ 40 años y las mujeres de entre 41 y 50 años.

3.3. Diferencias por Raza.

Las mujeres que han respondido al test FSFI© correspondían a mujeres blancas, negras y asiáticas, para hacer las comparaciones más sencillas se han dividido en dos grupos: blancas y no blancas.

En la siguiente tabla vemos la distribución de los seis dominios y el resultado global del test FSFI©, dividido en los dos grupos: raza blanca y no blanca. (Tabla 44)

	Raza	N	Media	Desviación típica	p
<u>Deseo</u>	Blanca	1509	3,29	1,20	0,888
	No blanca	14	3,34	1,32	
<u>Excitación</u>	Blanca	1510	3,84	1,82	0,048
	No blanca	14	2,82	2,03	
<u>Lubricación</u>	Blanca	1510	4,22	1,99	0,652
	No blanca	14	3,64	2,60	
<u>Orgasmo</u>	Blanca	1510	4,06	2,02	0,341
	No blanca	14	3,37	2,47	
<u>Satisfacción</u>	Blanca	1399	4,59	1,37	0,056
	No blanca	13	3,72	1,68	
<u>Dolor</u>	Blanca	1510	4,31	2,07	0,021
	No blanca	14	3,05	2,32	
<u>FSFI</u>	Blanca	1398	25,62	8,11	0,052
	No blanca	13	21,03	10,62	

Tabla 44. Distribución de medias de los seis dominios del test y el resultado global de test FSFI© con respecto a la raza. Hay diferencias significativas en la excitación y el dolor (marcadas con un círculo rojo) y débilmente en la satisfacción y el resultado global del test FSFI©

En el primer dominio, el **deseo**, vemos que de raza blanca han respondido 1509 mujeres, con una media de puntuación: 3.29 ± 1.20 ; la raza no blanca la forman 14 mujeres, con una media 3.34 ± 1.31 . (Figura 44)

En el segundo dominio, la **excitación**, obtenemos que de raza blanca han respondido 1510 mujeres, con una media de puntuación: 3.84 ± 1.82 y; la raza no blanca la forman 14 mujeres, con una media 2.82 ± 2.03 . (Figura 44)

En el tercer dominio, la **lubricación**, obtenemos que de raza blanca han respondido 1510 mujeres, con una media de puntuación: 4.22 ± 1.99 ; la raza no blanca la forman 14 mujeres, con una media 3.64 ± 2.60 . (Figura 44)

En el cuarto dominio, el **orgasmo**, obtenemos que de raza blanca han respondido 1510 mujeres, con una media de puntuación: 4.06 ± 2.02 ; la raza no blanca la forman 14 mujeres, con una media 3.37 ± 2.47 . (Figura 44)

En el quinto dominio, la **satisfacción**, obtenemos que de raza blanca han respondido 1399 mujeres, con una media de puntuación: 4.59 ± 1.37 ; la raza no blanca la forman 13 mujeres, con una media 3.72 ± 1.68 . (Figura 44)

En el sexto dominio, el **dolor**, obtenemos que de raza blanca han respondido 1510 mujeres, con una media de puntuación: 4.31 ± 2.07 ; la raza no blanca la forman 14 mujeres, con una media 3.05 ± 2.32 . (Figura 44)

En el resultado total del **test FSFI**, obtenemos que de raza blanca han respondido 1398 mujeres, con una media de puntuación: 25.62 ± 8.11 ; la raza no blanca la forman 13 mujeres, con una media 21.03 ± 10.62 . (Figura 45)

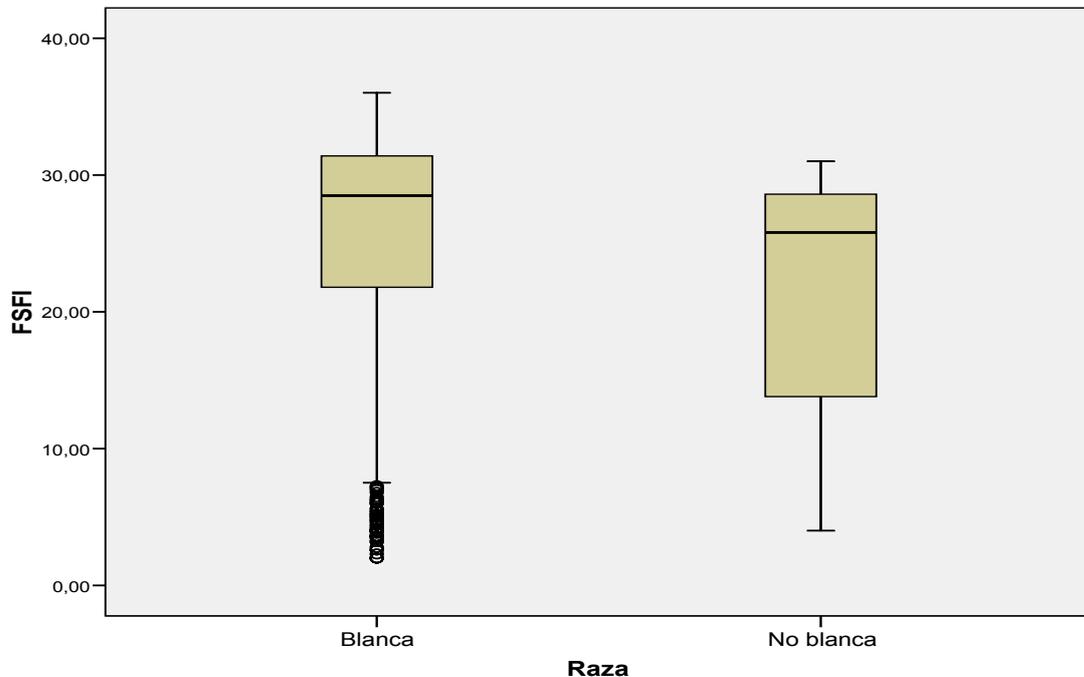


Figura 45. Diagrama de barras de las medias del resultado total del test FSFI© por raza.

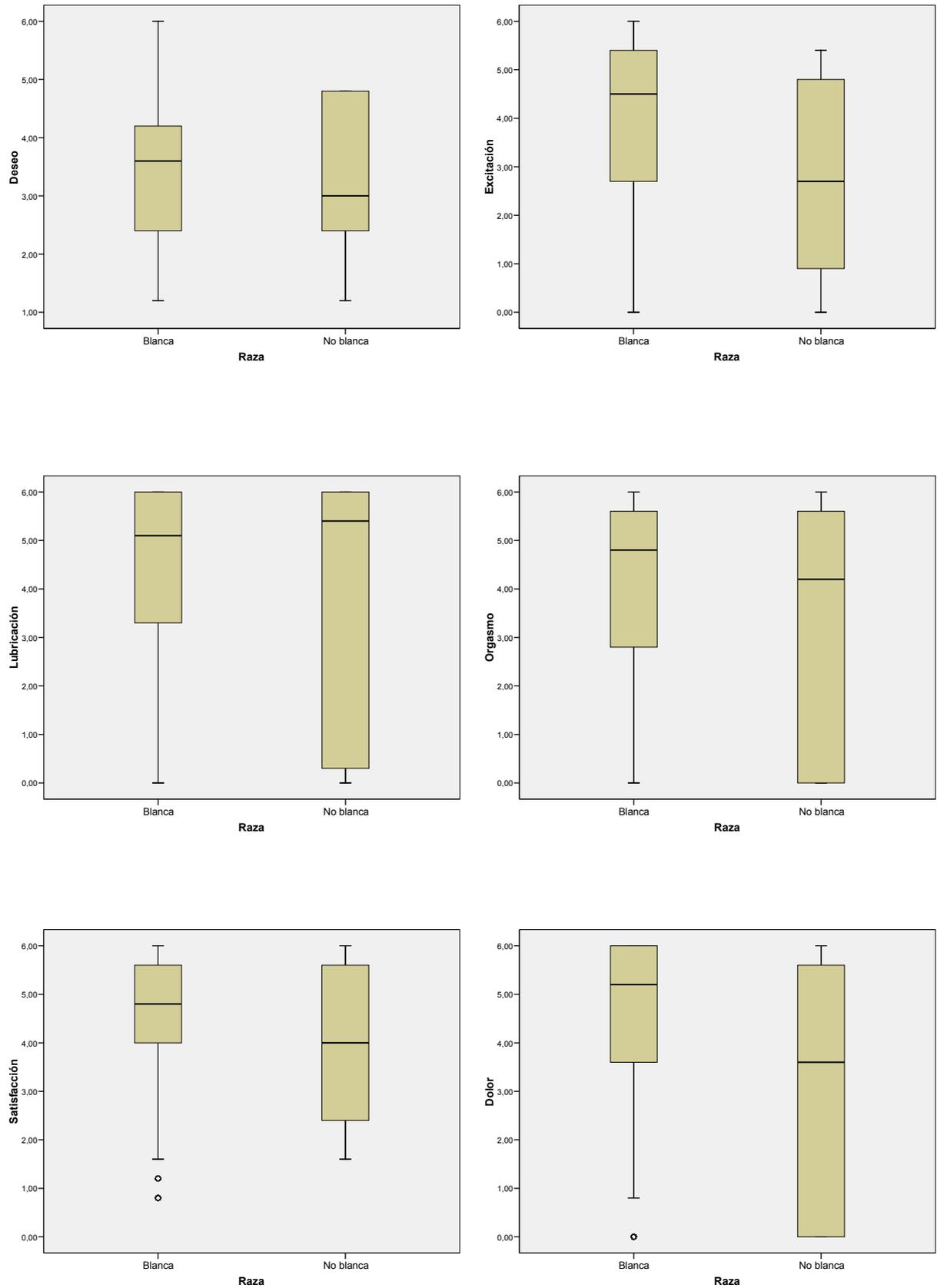


Figura 44. Diagrama de barras de las medias de los seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor por raza.

Para comparar dos muestras independientes cuando estas no siguen una distribución normal y estas son de tipo cuantitativo u ordinal, usaremos el test no paramétrico de Mann-Whitney.

Deseamos conocer si hay diferencias en el número de puntuación de los diferentes dominios y el resultado global del test FSFI© en función de la raza. Se trata de comparar dos muestras independientes pero donde la variable a contrastar "medias de la puntuación obtenida por las mujeres en los seis dominios y la puntuación total del test FSFI©" sabemos que no sigue una distribución normal.

Las diferencias significativas con respecto a la raza, las encontramos en la excitación y en el dolor y débilmente en la satisfacción y el resultado global del test FSFI© a favor de la raza blanca.

3.4. Diferencias por Tendencia Sexual.

Las mujeres que han respondido al test FSFI© correspondían a mujeres con diferentes orientaciones sexuales, las hemos dividido en dos grupos: heterosexuales y homosexuales.

En la siguiente tabla vemos la distribución de los seis dominios y el resultado global del test FSFI©, dividido en los dos grupos: heterosexuales y homosexuales. (Tabla 45)

	Tendencia sexual	N	Media	Desviación típica	p
<u>Deseo</u>	Heterosexual	1498	3,28	1,20	0,033
	Homosexual	23	3,88	1,05	
<u>Excitación</u>	Heterosexual	1499	3,82	1,83	0,044
	Homosexual	23	4,56	1,44	
<u>Lubricación</u>	Heterosexual	1499	4,20	2,00	0,010
	Homosexual	23	5,02	1,61	
<u>Orgasmo</u>	Heterosexual	1499	4,05	2,04	0,953
	Homosexual	23	4,33	1,54	
<u>Satisfacción</u>	Heterosexual	1387	4,58	1,37	0,893
	Homosexual	23	4,53	1,52	
<u>Dolor</u>	Heterosexual	1499	4,29	2,08	0,634
	Homosexual	23	4,69	1,57	
<u>FSFI</u>	Heterosexual	1386	25,55	8,16	0,340
	Homosexual	23	27,03	7,45	

Tabla 45. Distribución de medias de los seis dominios del test y el resultado global de test FSFI© con respecto a la tendencia sexual. Se marca con un círculo rojo los dominios con diferencia significativa estadística respecto a la tendencia sexual.

En el primer dominio, el **deseo**, vemos que mujeres heterosexuales han respondido 1498, con una media de puntuación: 3.28 ± 1.20 ; las mujeres homosexuales son 23, con una media 3.88 ± 1.05 . (Figura 46)

En el segundo dominio, la **excitación**, obtenemos que mujeres heterosexuales han respondido 1499, con una media de puntuación: 3.82 ± 1.83 ; las mujeres homosexuales son 23, con una media 4.56 ± 1.44 . (Figura 46)

En el tercer dominio, la ***lubricación***, obtenemos que mujeres heterosexuales han respondido 1499, con una media de puntuación: 4.20 ± 2.00 ; las mujeres homosexuales son 23, con una media 5.02 ± 1.61 . (Figura 46)

En el cuarto dominio, el ***orgasmo***, obtenemos que mujeres heterosexuales han respondido 1499, con una media de puntuación: 4.05 ± 2.04 y; las mujeres homosexuales son 23, con una media 4.33 ± 1.54 . (Figura 46)

En el quinto dominio, la ***satisfacción***, obtenemos que mujeres heterosexuales han respondido 1387, con una media de puntuación: 4.58 ± 1.37 ; las mujeres homosexuales son 23, con una media 4.53 ± 1.52 . (Figura 46)

En el sexto dominio, el ***dolor***, obtenemos que mujeres heterosexuales han respondido 1499, con una media de puntuación: 4.29 ± 2.08 ; las mujeres homosexuales son 23, con una media 4.69 ± 1.57 . (Figura 46)

En el resultado total del ***test FSFI***, obtenemos que mujeres heterosexuales han respondido 1386, con una media de puntuación: 25.55 ± 8.16 ; las mujeres homosexuales son 23, con una media 27.03 ± 7.45 . (Figura 47)

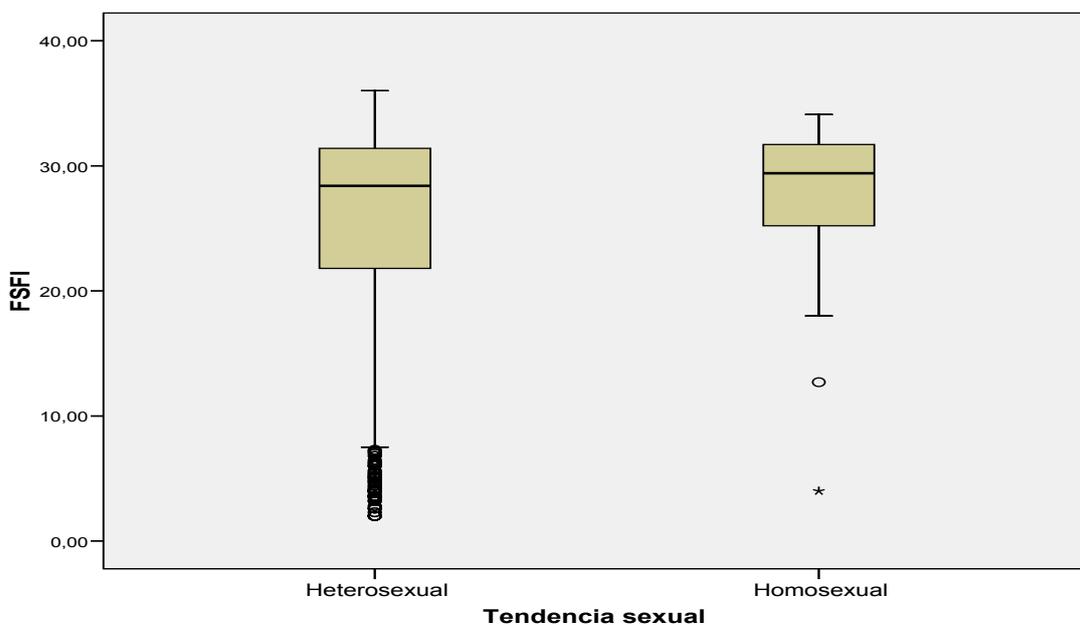


Figura 47. Diagrama de barras de las medias del resultado global del test FSFI© por tendencia sexual.

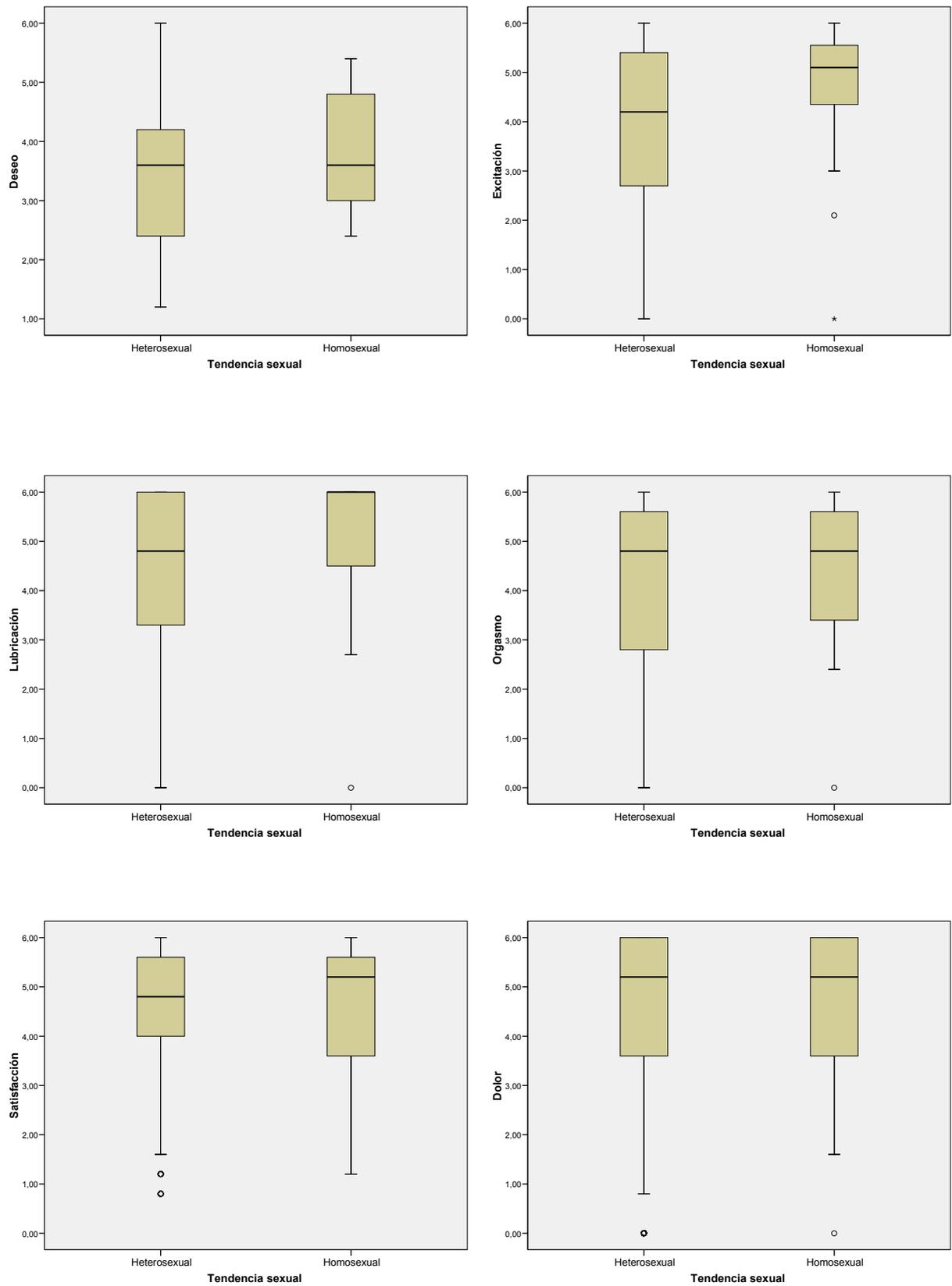


Figura 46. Diagrama de barras de las medias de los dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor del test FSFI© por tendencia sexual.

Deseamos conocer si hay diferencias en el número de puntuación de los diferentes dominios y el resultado global del test FSFI© en función de la tendencia sexual. Se trata de comparar dos muestras independientes pero donde la variable a contrastar "medias de la puntuación obtenida por las mujeres en los seis dominios y la puntuación total del test FSFI©" sabemos que no sigue una distribución normal.

Las diferencias significativas con respecto a la tendencia sexual, las encontramos en el deseo, la excitación y en la lubricación a favor de la tendencia homosexual.

3.5. Diferencias por Actividad Sexual en las Últimas Cuatro Semanas.

Las mujeres que han respondido al test FSFI© correspondían a mujeres sexualmente activas durante las cuatro últimas semanas o no.

En la siguiente tabla vemos la distribución de los seis dominios y el resultado global del test FSFI©, dividido en los dos grupos: sexualmente activas y no sexualmente activas durante las cuatro últimas semanas. (Tabla 46)

	Relaciones sexuales en las 4 últimas semanas	N	Media	Desviación típica	p
Deseo	No	224	2,14	1,03	0,000
	Sí	1300	3,49	1,11	
Excitación	No	224	,66	1,15	0,000
	Sí	1301	4,37	1,28	
Lubricación	No	224	,56	1,26	0,000
	Sí	1301	4,84	1,31	
Orgasmo	No	224	,55	1,37	0,000
	Sí	1301	4,65	1,42	
Satisfacción	No	124	2,20	1,12	0,000
	Sí	1291	4,80	1,18	
Dolor	No	224	,48	1,40	0,000
	Sí	1301	4,96	1,32	
FSFI	No	124	7,82	6,39	0,000
	Sí	1290	27,25	6,02	

Tabla 46. Distribución de medias de los seis dominios del test y el resultado global de test FSFI© con respecto a la actividad sexual. Hay diferencia significativa en todos los dominios y en el resultado global del test

En el primer dominio, el **deseo**, vemos que mujeres sexualmente activas han respondido 1300, con una media de puntuación: 3.49 ± 1.11 ; las mujeres no sexualmente activas en las últimas cuatro semanas son 224, con una media 2.14 ± 1.03 .

En el segundo dominio, la **excitación**, obtenemos que mujeres sexualmente activas han respondido 1301, con una media de puntuación: 4.37 ± 1.28 ; las mujeres no sexualmente activas en las últimas cuatro semanas son 224, con una media 0.66 ± 1.15 .

En el tercer dominio, la **lubricación**, obtenemos que mujeres sexualmente activas han respondido 1301, con una media de puntuación: 4.84 ± 1.31 ; las mujeres no sexualmente activas en las cuatro últimas semanas son 224, con una media 0.56 ± 1.26 .

En el cuarto dominio, el **orgasmo**, obtenemos que mujeres sexualmente activas han respondido 1301, con una media de puntuación: 4.65 ± 1.42 ; las mujeres no sexualmente activas en las últimas cuatro semanas son 224, con una media 0.55 ± 1.37 .

En el quinto dominio, la **satisfacción**, obtenemos que mujeres sexualmente activas han respondido 1291, con una media de puntuación: 4.80 ± 1.18 ; las mujeres no sexualmente activas en las últimas cuatro semanas son 124, con una media 0.48 ± 1.40 .

En el sexto dominio, el **dolor**, obtenemos que mujeres sexualmente activas han respondido 1290, con una media de puntuación: 27.25 ± 6.02 ; las mujeres no sexualmente activas en las últimas cuatro semanas son 124, con una media 7.82 ± 6.39 .

En el resultado total del **test FSFI©**, obtenemos que mujeres sexualmente activas han respondido 1301, con una media de puntuación: 4.37 ± 1.28 ; las mujeres no sexualmente activas en las últimas cuatro semanas son 224, con una media 0.66 ± 1.15 .

Deseamos conocer si hay diferencias en el número de puntuación de los diferentes dominios y el resultado global del test FSFI© en función de la actividad

sexual en las cuatro últimas semanas. Se trata de comparar dos muestras independientes pero donde la variable a contrastar "medias de la puntuación obtenida por las mujeres en los seis dominios y la puntuación total del test FSFI©" sabemos que no sigue una distribución normal.

Las diferencias significativas con respecto a la actividad sexual en las cuatro últimas semanas, las encontramos en todos los dominios y en el resultado global del test FSFI©, como era lógico suponer, a favor de las mujeres sexualmente activas durante las cuatro últimas semanas.

3.6. Diferencias por Nivel Cultural/Nivel de Estudios.

Para estimar el nivel cultural de las mujeres que han respondido al test FSFI©, se han dividido en tres grupos de estudios: primarios, secundarios y universitarios. (Tabla 47)

	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p	
				Límite inferior	Límite superior		
Deseo	Primarios	385	2,81	1,22	2,69	2,93	0,000
	Secundarios	558	3,32	1,15	3,23	3,42	
	Universitarios	583	3,57	1,14	3,48	3,67	
	Total	1526	3,29	1,20	3,23	3,35	
Excitación	Primarios	385	2,86	1,91	2,67	3,05	0,000
	Secundarios	559	3,93	1,74	3,79	4,08	
	Universitarios	583	4,35	1,58	4,22	4,48	
	Total	1527	3,82	1,82	3,73	3,91	
Lubricación	Primarios	385	3,16	2,21	2,93	3,38	0,000
	Secundarios	559	4,38	1,89	4,22	4,54	
	Universitarios	583	4,73	1,67	4,60	4,87	
	Total	1527	4,21	2,00	4,11	4,31	
Orgasmo	Primarios	385	3,13	2,22	2,90	3,35	0,000
	Secundarios	559	4,21	1,95	4,05	4,37	
	Universitarios	583	4,49	1,77	4,35	4,64	
	Total	1527	4,04	2,03	3,94	4,15	
Satisfacción	Primarios	329	4,09	1,57	3,91	4,26	0,000
	Secundarios	524	4,68	1,35	4,56	4,80	
	Universitarios	562	4,76	1,23	4,66	4,86	
	Total	1415	4,57	1,38	4,50	4,65	
Dolor	Primarios	385	3,44	2,40	3,20	3,68	0,000
	Secundarios	559	4,41	2,00	4,25	4,58	
	Universitarios	583	4,76	1,72	4,62	4,90	
	Total	1527	4,30	2,08	4,19	4,40	
FSFI	Primarios	329	21,70	9,40	20,68	22,72	0,000
	Secundarios	523	26,02	7,81	25,35	26,69	
	Universitarios	562	27,36	6,89	26,78	27,93	
	Total	1414	25,55	8,17	25,12	25,97	

Tabla 47: Análisis descriptivo de los 6 dominios y del resultado global del test FSFI© por nivel cultural, hay diferencias significativas en todos los dominios y el resultado global del test.

El primer dominio, el deseo, ha sido respondido por un total de 1526 mujeres con una media de 3.29 ± 1.20 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.23 de límite inferior y 3.35 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por nivel de estudios (Figura 48):

- Mujeres con estudios primarios: el número de repuestas fue 385 con una media de 2.81 ± 1.22 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.69 de límite inferior y 2.93 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con estudios secundarios: el número de repuestas fue 558 con una media de 3.32 ± 1.15 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.23 de límite inferior y 3.42 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con estudios universitarios: el número de repuestas fue 583 con una media de 3.57 ± 1.14 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.48 de límite inferior y 3.67 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.

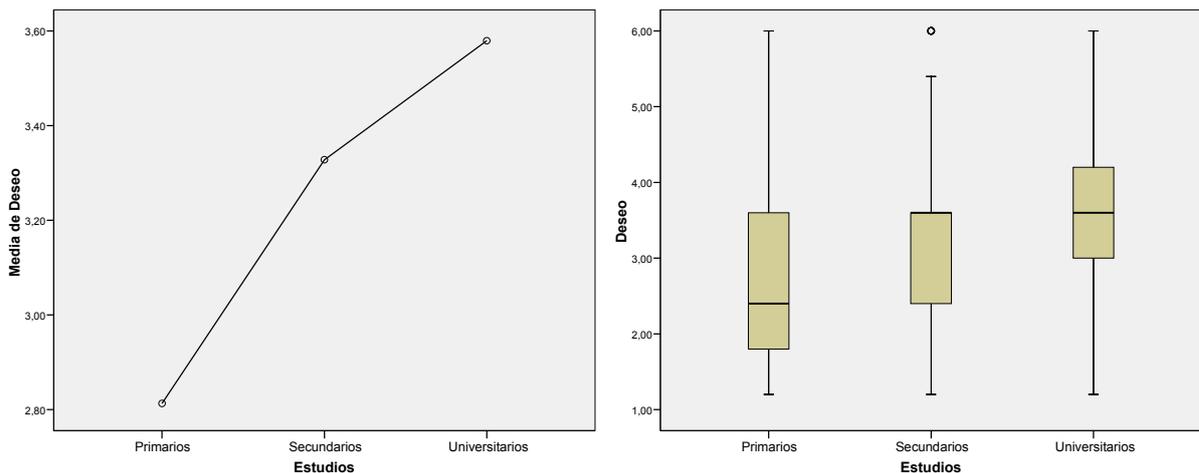


Figura 48. Gráfica de las medias del dominio deseo por nivel de estudios.

El segundo dominio, la excitación, ha sido respondido por un total de 1527 mujeres con una media de 3.82 ± 1.82 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.73 de límite inferior y 3.91 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por nivel de estudios (Figura 49):

- Mujeres con estudios primarios: el número de repuestas fue 385 con una media de 2.86 ± 1.91 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.67 de límite inferior y 3.05 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con estudios secundarios: el número de repuestas fue 559 con una media de 3.93 ± 1.74 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.79 de límite inferior y 4.08 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con estudios universitarios: el número de repuestas fue 583 con una media de 4.35 ± 1.58 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.22 de límite inferior y 4.48 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

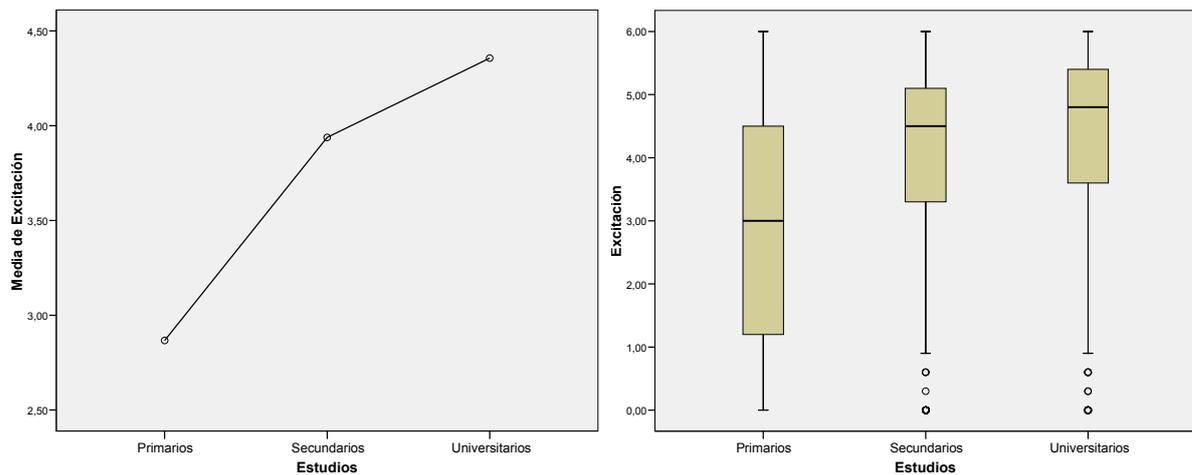


Figura 49. Gráfica de las medias del dominio excitación por nivel de estudios.

El tercer dominio, la ***lubricación***, ha sido respondido por un total de 1527 mujeres con una media de 4.21 ± 2.00 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.11 de límite inferior y 4.31 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por nivel de estudios (Figura 50):

- Mujeres con estudios primarios: el número de repuestas fue 385 con una media de 3.16 ± 2.21 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.93 de límite inferior y 3.38 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con estudios secundarios: el número de repuestas fue 559 con una media de 4.38 ± 1.89 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.22 de límite inferior y 4.54 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con estudios universitarios: el número de repuestas fue 583 con una media de 4.73 ± 1.67 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.60 de límite inferior y 4.87 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

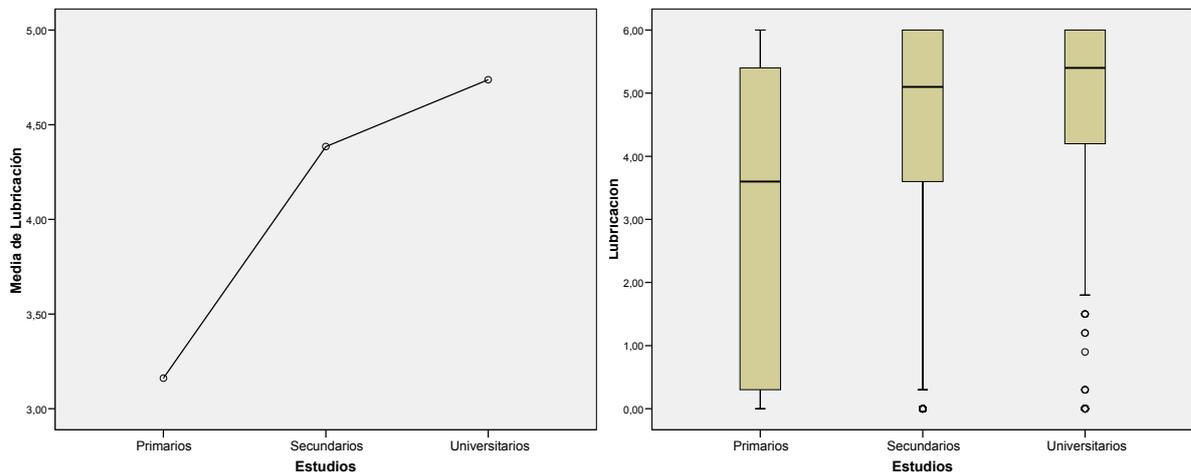


Figura 50. Gráfica de las medias del dominio lubricación por nivel de estudios.

El cuarto dominio, el ***orgasmo***, ha sido respondido por un total de 1527 mujeres con una media de 4.04 ± 2.03 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.94 de límite inferior y 4.15 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por nivel de estudios (Figura 51):

- Mujeres con estudios primarios: el número de repuestas fue 385 con una media de 3.13 ± 2.21 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.90 de límite inferior y 3.35 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con estudios secundarios: el número de repuestas fue 559 con una media de 4.21 ± 1.95 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.05 de límite inferior y 4.37 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con estudios universitarios: el número de repuestas fue 583 con una media de 4.49 ± 1.77 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.35 de límite inferior y 4.64 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

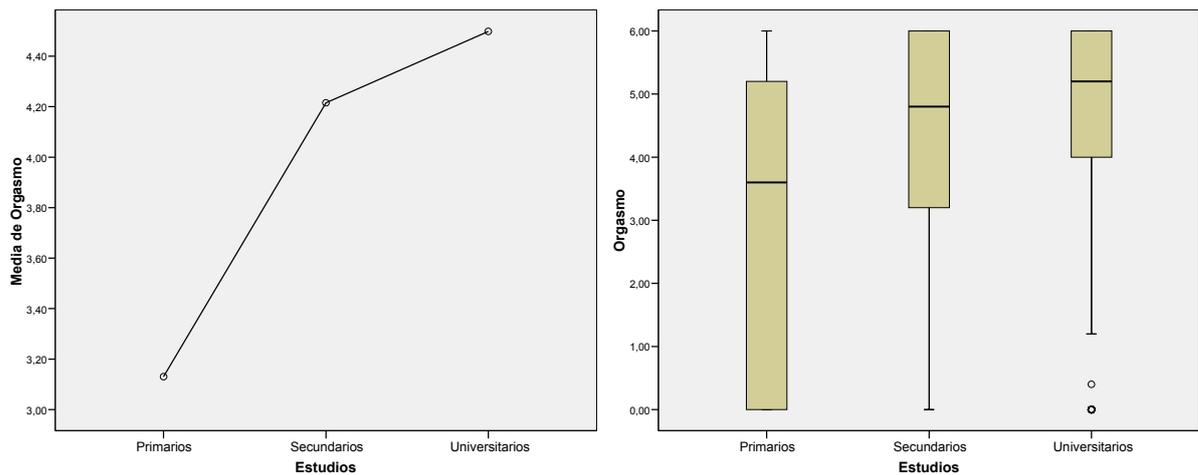


Figura 51. Gráfica de las medias del dominio orgasmo por nivel de estudios.

El quinto dominio, la satisfacción, ha sido respondido por un total de 1415 mujeres con una media de 4.57 ± 1.38 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.50 de límite inferior y 4.65 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por nivel de estudios (Figura 52):

- Mujeres con estudios primarios: el número de repuestas fue 329 con una media de 4.09 ± 1.57 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.91 de límite inferior y 4.26 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con estudios secundarios: el número de repuestas fue 524 con una media de 4.68 ± 1.35 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.56 de límite inferior y 4.80 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con estudios universitarios: el número de repuestas fue 562 con una media de 4.76 ± 1.23 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.66 de límite inferior y 4.86 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.

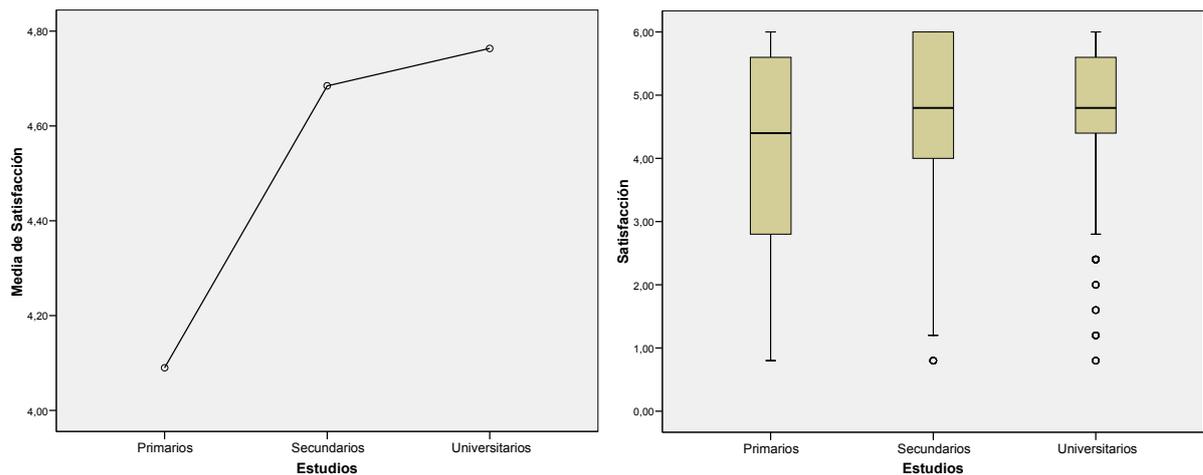


Figura 52. Gráfica de las medias del dominio satisfacción por nivel de estudios.

El sexto dominio, el ***dolor***, ha sido respondido por un total de 1527 mujeres con una media de 4.30 ± 2.08 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.19 de límite inferior y 4.40 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por nivel de estudios (Figura 53):

- Mujeres con estudios primarios: el número de repuestas fue 385 con una media de 3.44 ± 2.40 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.20 de límite inferior y 3.68 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con estudios secundarios: el número de repuestas fue 559 con una media de 4.41 ± 2.00 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.25 de límite inferior y 4.58 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con estudios universitarios: el número de repuestas fue 583 con una media de 4.76 ± 1.72 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.62 de límite inferior y 4.90 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

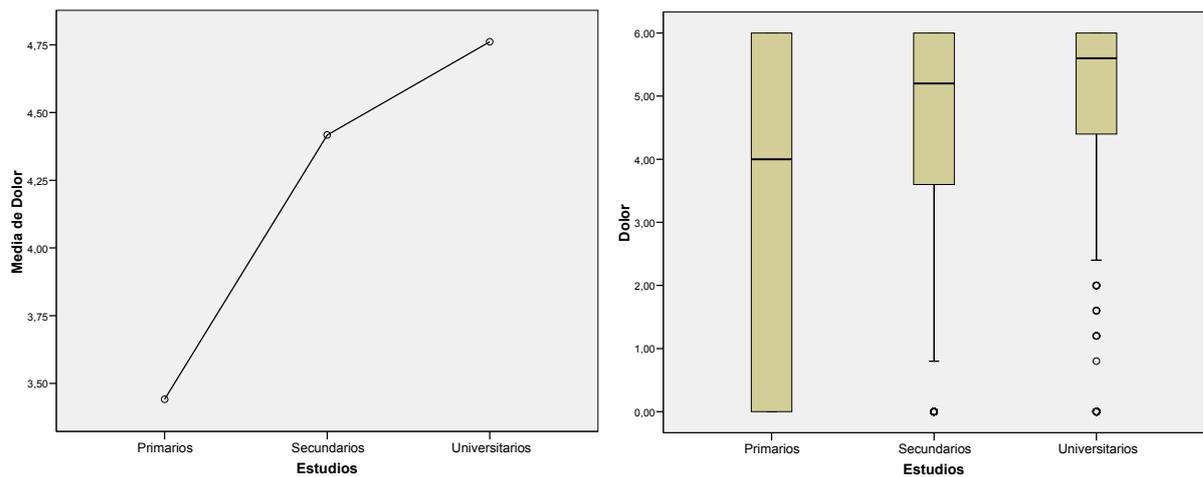


Figura 53. Gráfica de las medias del dominio dolor por nivel de estudios.

El resultado global del *test FSFI*®, ha sido respondido por un total de 1414 mujeres con una media de 25.55 ± 8.17 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 25.12 de límite inferior y 25.97 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00 y tiene la siguiente distribución por nivel de estudios (Figura 54):

- Mujeres con estudios primarios: el número de repuestas fue 329 con una media de 21.70 ± 9.40 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 20.68 de límite inferior y 22.72 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 34.80.
- Mujeres con estudios secundarios: el número de repuestas fue 523 con una media de 26.02 ± 7.81 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 25.35 de límite inferior y 26.69 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00.
- Mujeres con estudios universitarios: el número de repuestas fue 562 con una media de 27.36 ± 6.89 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 26.78 de límite inferior y 27.93 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00.

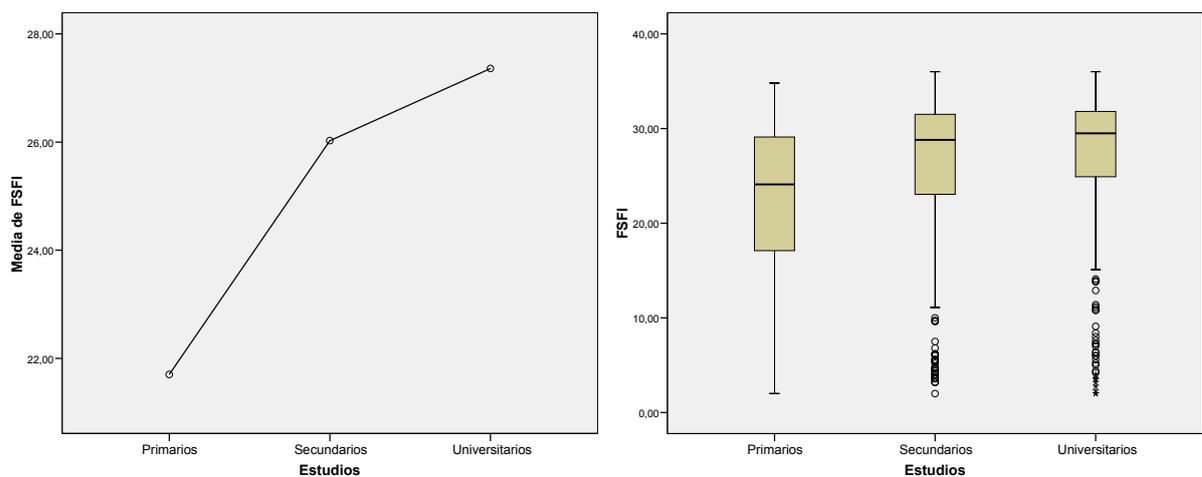


Figura 54. Gráfica de las medias del resultado global del FSFI® por nivel de estudios.

Como hemos visto en los seis dominios y por lo tanto en el resultado global del test FSFI© con el nivel de estudios aumentan las medias obtenidas.

Para la comparación de las medias obtenidas hemos de realizar un análisis de la varianza (ANOVA). Este procedimiento permite comparar las medias de varias muestras para saber si pertenecen o no a la misma población.

Encontramos diferencias significativas entre las medias obtenidas por nivel de estudios en todos los dominios y en el resultado final del test FSFI©, considerando diferencia significativa una $p\text{-valor} \leq 0.05$.

Para conocer en qué nivel de estudios difieren las medias de puntuación obtenidas en los seis dominios y en el resultado global del test FSFI© vamos a aplicar el test de comparaciones múltiples post hoc o comparaciones a posteriori, en este caso el test de Bonferroni (porque asumimos varianzas iguales); estas comparaciones permiten controlar la tasa de error al efectuar varios contrastes utilizando las mismas medias obtenidas anteriormente. El test de Bonferroni nos indica, según los diferentes dominios, qué parejas de niveles de estudios difieren en las medias de los resultados obtenidos en el test FSFI©, considerando una diferencia significativa una $p\text{-valor} \leq 0.05$.

- Comenzamos por el primer dominio, el *deseo*, que lo consideramos nuestra variable dependiente, encontramos diferencias significativas si comparamos las mujeres con estudios primarios, con las mujeres de los otros dos grupos de estudios secundarios o universitarios, también encontramos diferencias significativas si comparamos las mujeres con estudios secundarios y las mujeres con estudios primarios o universitarios; y obtendremos también diferencias significativas si comparamos las mujeres con nivel universitario con las mujeres de menor nivel de estudios. Podemos asumir que en el dominio deseo, hay diferencias significativas entre las mujeres de los diferentes niveles educativos.

- El segundo dominio, la *excitación*, será considerada nuestra variable dependiente, encontramos diferencias significativas entre las mujeres de los diferentes niveles educativos.
- En el tercer dominio, la *lubricación*, será considerada nuestra variable dependiente, encontramos diferencias significativas entre las mujeres de los diferentes niveles educativos.
- El cuarto dominio, el *orgasmo*, será considerado nuestra variable dependiente, encontramos diferencias significativas entre las mujeres de los diferentes niveles educativos.
- El quinto dominio, la *satisfacción*, será considerada nuestra variable dependiente, encontramos diferencias significativas si comparamos mujeres con estudios primarios con mujeres con mayor nivel educativo, también encontramos diferencias significativas si comparamos mujeres con estudios secundarios con mujeres con estudios primarios, pero no hallaremos esa diferencia significativa, si comparamos mujeres con estudios secundarios con universitarias, si encontraremos diferencias significativas si comparamos las mujeres con estudios universitarios y mujeres con estudios primarios, pero no las hallaremos si comparamos mujeres de estudios universitarios con mujeres con estudios secundarios. Podemos asumir que en el dominio satisfacción, hay diferencias significativas entre las mujeres de los diferentes niveles educativos, excepto entre las mujeres con estudios secundarios y las mujeres con estudios universitarios.
- En el sexto dominio, el *dolor*, que será considerado nuestra variable dependiente, encontramos diferencias significativas entre las mujeres de los diferentes niveles educativos.

- En el resultado total del *test FSFI*©, que será considerado nuestra variable dependiente, encontramos diferencias significativas entre las mujeres de los diferentes niveles educativos.

Encontramos diferencias significativas entre las mujeres con diferente nivel de estudios, en todos los dominios y el resultado global del test FSFI©, excepto en el dominio satisfacción entre las mujeres con estudios secundarios y las mujeres con estudios universitarios.

3.7. Diferencias por Número de Hijos.

Las mujeres que han respondido al test FSFI© correspondían a mujeres que habían tenido desde ningún hijo hasta 11 hijos, para hacer las comparaciones más sencillas se han dividido en 5 grupos: ningún hijo, 1 hijo, 2 hijos, 3 hijos y ≥ 4 hijos.

El primer dominio, el *deseo*, ha sido respondido por un total de 1525 mujeres con una media de 3.29 ± 1.20 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.23 de límite inferior y 3.35 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por número de hijos (Figura 55, Tabla 48):

Hijos	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p	
				Límite inferior	Límite superior		
Deseo	,00	488	3,71	1,14	3,60	3,81	0,000
	1	266	3,35	1,11	3,22	3,49	
	2	514	3,15	1,18	3,04	3,25	
	3	179	2,77	1,08	2,61	2,93	
	≥ 4	78	2,60	1,32	2,30	2,89	
	Total	1525	3,29	1,20	3,23	3,35	

Tabla 48. Análisis descriptivo para el dominio deseo para el número de hijos, hay diferencia significativa para este dominio entre los distintos grupos de mujeres.

- Mujeres sin hijos: el número de repuestas fue 488 con una media de 3.71 ± 1.14 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.60 de límite inferior y 3.81 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con un hijo: el número de repuestas fue 266 con una media de 3.35 ± 1.11 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.22 de límite inferior y 3.49 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.

- Mujeres con dos hijos: el número de repuestas fue 514 con una media de 3.15 ± 1.18 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.04 de límite inferior y 3.25 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con tres hijos: el número de repuestas fue 179 con una media de 2.77 ± 1.08 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.61 de límite inferior y 2.93 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con cuatro o más hijos: el número de repuestas fue 78 con una media de 2.60 ± 1.32 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.30 de límite inferior y 2.89 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.

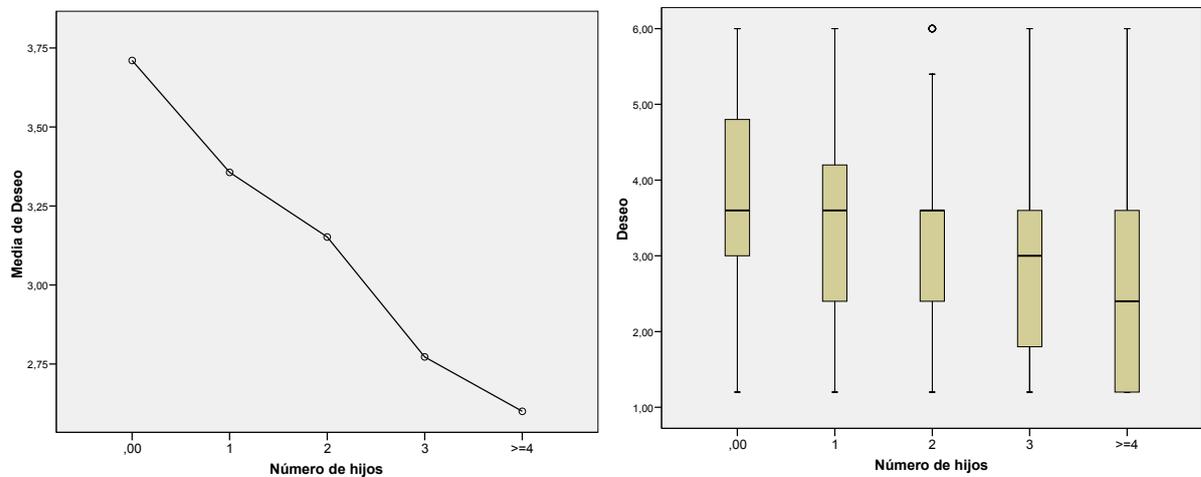


Figura 55. Gráfica de las medias del dominio deseo por número de hijos.

El segundo dominio, la *excitación*, ha sido respondido por un total de 1526 mujeres con una media de 3.82 ± 1.82 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.73 de límite inferior y 3.91 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por número de hijos (Figura 56 y Tabla 49):

Hijos	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p	
				Límite inferior	Límite superior		
Excitación	,00	488	4,35	1,66	4,21	4,50	0,000
1	267	4,12	1,57	3,93	4,31		
2	514	3,77	1,75	3,62	3,92		
3	179	2,69	1,90	2,41	2,97		
>=4	78	2,43	2,00	1,97	2,88		
Total	1526	3,82	1,82	3,73	3,91		

Tabla 49. Análisis descriptivo para el dominio excitación para el número de hijos, hay diferencias significativas entre los grupos de mujeres para este dominio.

- Mujeres sin hijos: el número de repuestas fue 488 con una media de 4.35 ± 1.66 , con un error típico de 0.075, un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.21 de límite inferior y 4.50 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con un hijo: el número de repuestas fue 267 con una media de 4.12 ± 1.57 , con un error típico de 0.096, un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.93 de límite inferior y 4.31 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con dos hijos: el número de repuestas fue 514 con una media de 3.77 ± 1.75 , con un error típico de 0.077, un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.62 de límite inferior y 3.92 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con tres hijos: el número de repuestas fue 179 con una media de 2.69 ± 1.90 , con un error típico de 0.142, un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.41 de límite inferior y 2.97 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

- Mujeres con cuatro o más hijos: el número de repuestas fue 78 con una media de 2.43 ± 2.00 , con un error típico de 0.227, un intervalo de confianza para la media al 95% con 1.97 de límite inferior y 2.88 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

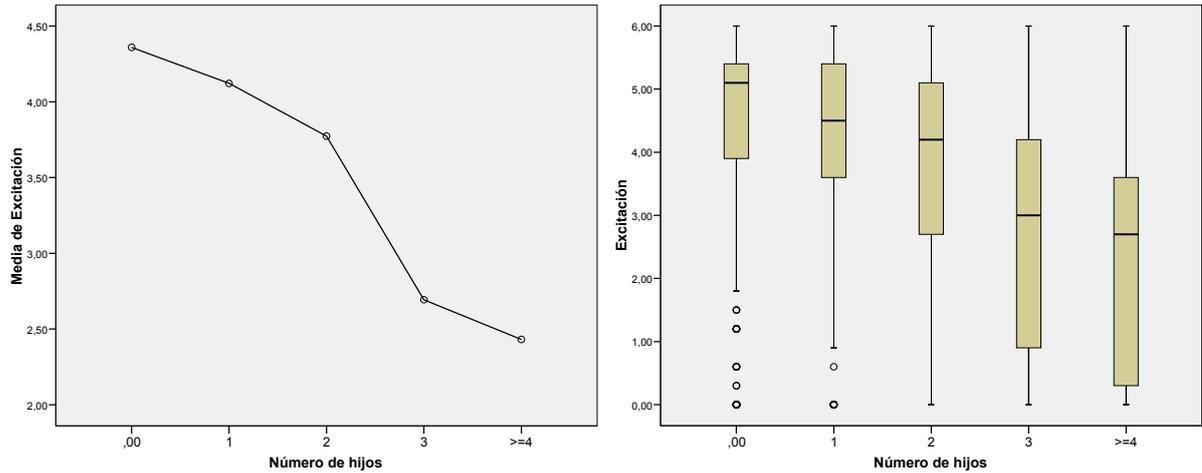


Figura 56. Gráfica de las medias del dominio excitación por número de hijos.

El tercer dominio, la ***lubricación***, ha sido respondido por un total de 1526 mujeres con una media de 4.21 ± 2.00 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.11 de límite inferior y 4.31 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por número de hijos (Figura 57 y Tabla 50):

Hijos	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
				Límite inferior	Límite superior	
Lubricación						
,00	488	4,65	1,84	4,49	4,82	0,000
1	267	4,62	1,69	4,42	4,83	
2	514	4,22	1,90	4,05	4,38	
3	179	3,04	2,17	2,72	3,36	
>=4	78	2,61	2,32	2,09	3,14	
Total	1526	4,21	2,00	4,11	4,31	

Tabla 50. Análisis descriptivo para el dominio lubricación para el número de hijos, hay diferencias significativas entre los grupos de mujeres para este dominio.

- Mujeres sin hijos: el número de repuestas fue 488 con una media de 4.65 ± 1.84 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.49 de límite inferior y 4.82 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con un hijo: el número de repuestas fue 267 con una media de 4.62 ± 1.69 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.42 de límite inferior y 4.83 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con dos hijos: el número de repuestas fue 514 con una media de 4.22 ± 1.90 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.05 de límite inferior y 4.38 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con tres hijos: el número de repuestas fue 179 con una media de 3.04 ± 2.17 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.72 de límite inferior y 3.36 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con cuatro o más hijos: el número de repuestas fue 78 con una media de 2.61 ± 2.32 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.09 de límite inferior y 3.14 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

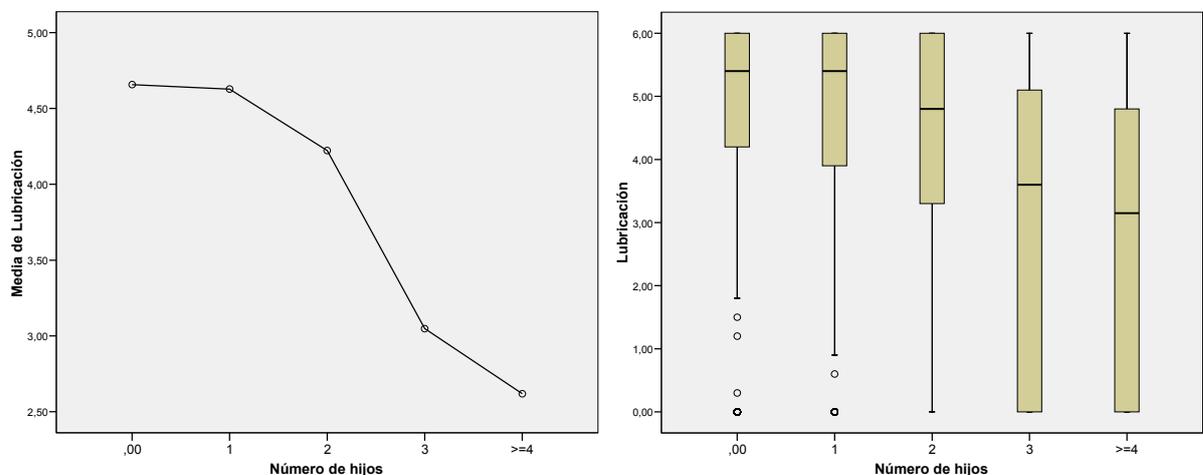


Figura 57. Gráfica de las medias del dominio lubricación por número de hijos.

El cuarto dominio, el **orgasmo**, ha sido respondido por un total de 1526 mujeres con una media de 4.05 ± 2.03 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.94 de límite inferior y 4.15 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por número de hijos (Figura 58 y Tabla 51):

Hijos	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p	
				Límite inferior	Límite superior		
Orgasmo	,00	488	4,34	1,90	4,17	4,51	0,000
1	267	4,46	1,77	4,25	4,67		
2	514	4,11	1,98	3,94	4,28		
3	179	3,07	2,18	2,75	3,40		
>=4	78	2,62	2,34	2,09	3,14		
Total	1526	4,05	2,03	3,94	4,15		

Tabla 51. Análisis descriptivo para el dominio orgasmo para el número de hijos, hay diferencias significativas entre los grupos de mujeres para este dominio.

- Mujeres sin hijos: el número de repuestas fue 488 con una media de 4.34 ± 1.90 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.17 de límite inferior y 4.51 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con un hijo: el número de repuestas fue 267 con una media de 4.46 ± 1.77 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.25 de límite inferior y 4.67 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con dos hijos: el número de repuestas fue 514 con una media de 4.11 ± 1.98 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.94 de límite inferior y 4.28 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con tres hijos: el número de repuestas fue 179 con una media de 3.07 ± 2.18 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.75 de límite inferior y 3.40 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

- Mujeres con cuatro o más hijos: el número de repuestas fue 78 con una media de 2.62 ± 2.34 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.09 de límite inferior y 3.14 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

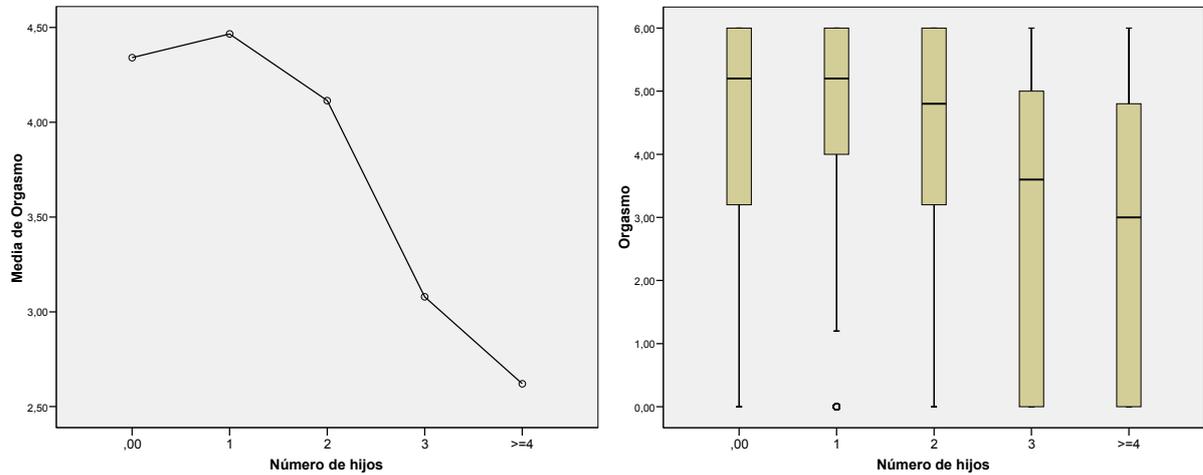


Figura 58. Gráfica de las medias del dominio orgasmo por número de hijos.

El quinto dominio, la **satisfacción**, ha sido respondido por un total de 1414 mujeres con una media de 4.57 ± 1.38 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.50 de límite inferior y 4.65 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por número de hijos (Figura 59 y Tabla 52):

Hijos	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
				Límite inferior	Límite superior	
Satisfacción	,00	4,82	1,27	4,70	4,93	0,000
	1	4,81	1,21	4,66	4,96	
	2	4,51	1,38	4,38	4,63	
	3	3,97	1,53	3,73	4,22	
	>=4	3,75	1,71	3,33	4,21	
	Total	1414	1,38	4,50	4,65	

Tabla 52. Análisis descriptivo para el dominio satisfacción para el número de hijos, hay diferencias significativas entre los grupos de mujeres para este dominio.

- Mujeres sin hijos: el número de repuestas fue 462 con una media de 4.82 ± 1.27 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.70 de límite inferior y 4.93 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con un hijo: el número de repuestas fue 254 con una media de 4.81 ± 1.21 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.66 de límite inferior y 4.96 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con dos hijos: el número de repuestas fue 483 con una media de 4.51 ± 1.38 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.38 de límite inferior y 4.63 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con tres hijos: el número de repuestas fue 154 con una media de 3.97 ± 1.53 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.73 de límite inferior y 4.22 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con cuatro o más hijos: el número de repuestas fue 61 con una media de 3.77 ± 1.71 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.33 de límite inferior y 4.21 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.

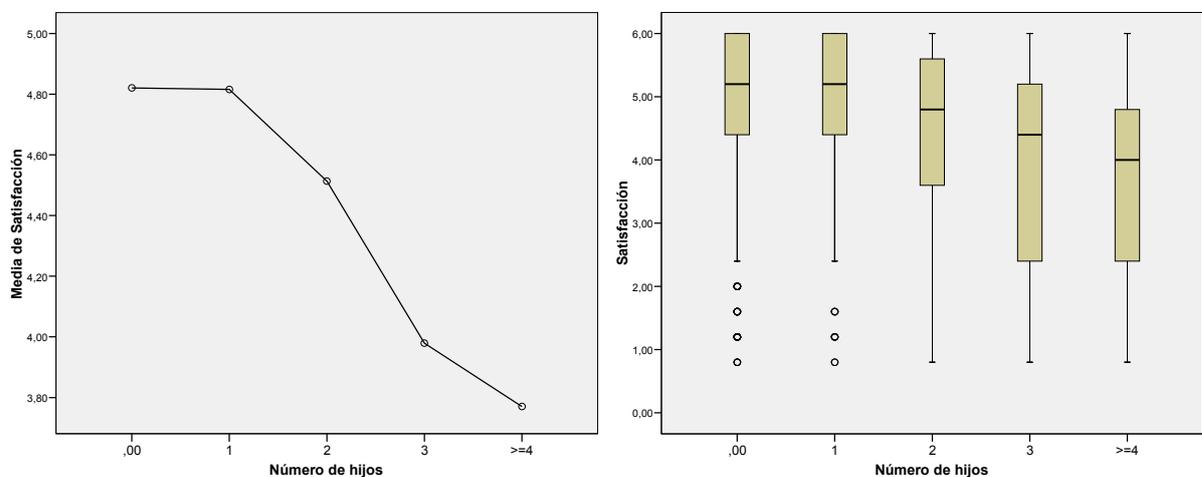


Figura 59. Gráfica de las medias del dominio satisfacción por número de hijos.

El sexto dominio, el ***dolor***, ha sido respondido por un total de 1526 mujeres con una media de 4.30 ± 2.08 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.19 de límite inferior y 4.40 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por número de hijos (Figura 60 y Tabla 53):

Hijos	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p	
				Límite inferior	Límite superior		
Dolor	,00	488	4,51	1,90	4,34	4,68	0,000
	1	267	4,72	1,73	4,51	4,93	
	2	514	4,36	2,01	4,18	4,54	
	3	179	3,51	2,47	3,15	3,88	
	>=4	78	2,90	2,61	2,31	3,49	
	Total	1526	4,30	2,08	4,19	4,40	

Tabla 53. Análisis descriptivo para el dominio dolor para el número de hijos, hay diferencias significativas entre los grupos de mujeres para este dominio.

- Mujeres sin hijos: el número de repuestas fue 488 con una media de 4.51 ± 1.90 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.34 de límite inferior y 4.68 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con un hijo: el número de repuestas fue 267 con una media de 4.72 ± 1.73 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.51 de límite inferior y 4.93 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con dos hijos: el número de repuestas fue 514 con una media de 4.36 ± 2.01 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.18 de límite inferior y 4.54 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con tres hijos: el número de repuestas fue 179 con una media de 3.51 ± 2.47 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.15 de límite inferior y 3.88 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

- Mujeres con cuatro o más hijos: el número de repuestas fue 78 con una media de 2.90 ± 2.61 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.31 de límite inferior y 3.49 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

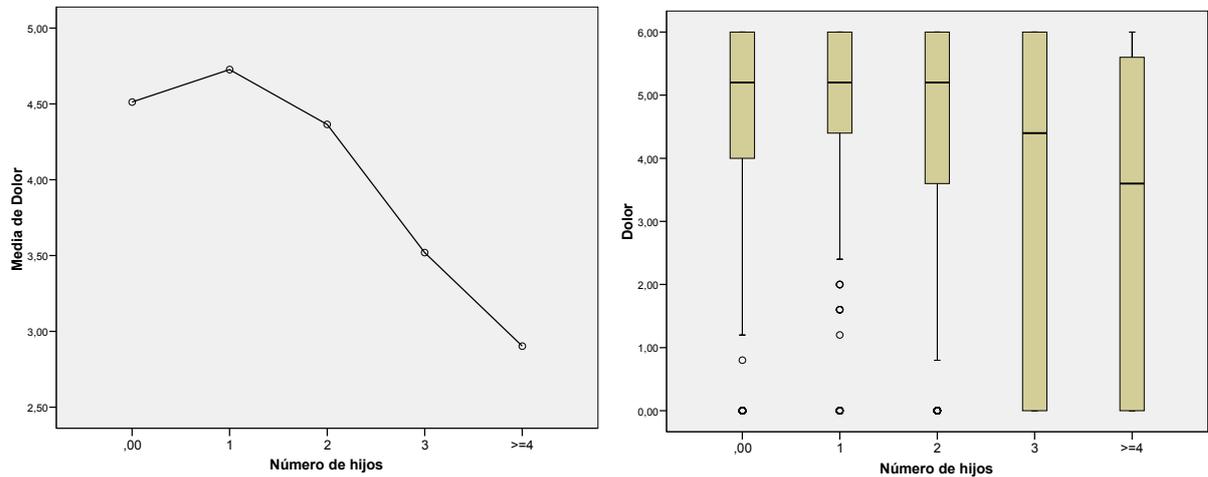


Figura 60. Gráfica de las medias del dominio dolor por número de hijos.

El resultado global del **test FSFI**®, ha sido respondido por un total de 1413 mujeres con una media de 25.55 ± 8.17 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 25.12 de límite inferior y 25.97 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00 y tiene la siguiente distribución por número de hijos (Figura 61 y Tabla 54):

Hijos	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
				Límite inferior	Límite superior	
FSFI						
,00	462	27,43	7,00	26,79	28,07	0,000
1	253	27,00	6,84	26,16	27,85	
2	483	25,11	8,19	24,37	25,84	
3	154	21,08	9,40	19,58	22,58	
>=4	61	20,02	10,71	17,27	22,76	
Total	1413	25,55	8,17	25,12	25,97	

Tabla 54. Análisis descriptivo para el resultado global del test FSFI® para el número de hijos, hay diferencias significativas entre los grupos de mujeres.

- Mujeres sin hijos: el número de repuestas fue 462 con una media de 27.43 ± 7.00 , con un intervalo de confianza para la media al 95% con 26.79 de límite inferior y 28.07 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00.
- Mujeres con un hijo: el número de repuestas fue 253 con una media de 27.00 ± 6.84 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 26.16 de límite inferior y 27.85 de límite superior y un mínimo de 3.60 y un máximo de 36.00.
- Mujeres con dos hijos: el número de repuestas fue 483 con una media de 25.11 ± 8.19 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 24.37 de límite inferior y 25.84 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00.
- Mujeres con tres hijos: el número de repuestas fue 154 con una media de 21.08 ± 9.40 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 19.58 de límite inferior y 22.58 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00.
- Mujeres con cuatro o más hijos: el número de repuestas fue 61 con una media de 20.02 ± 10.71 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 17.27 de límite inferior y 22.76 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00.

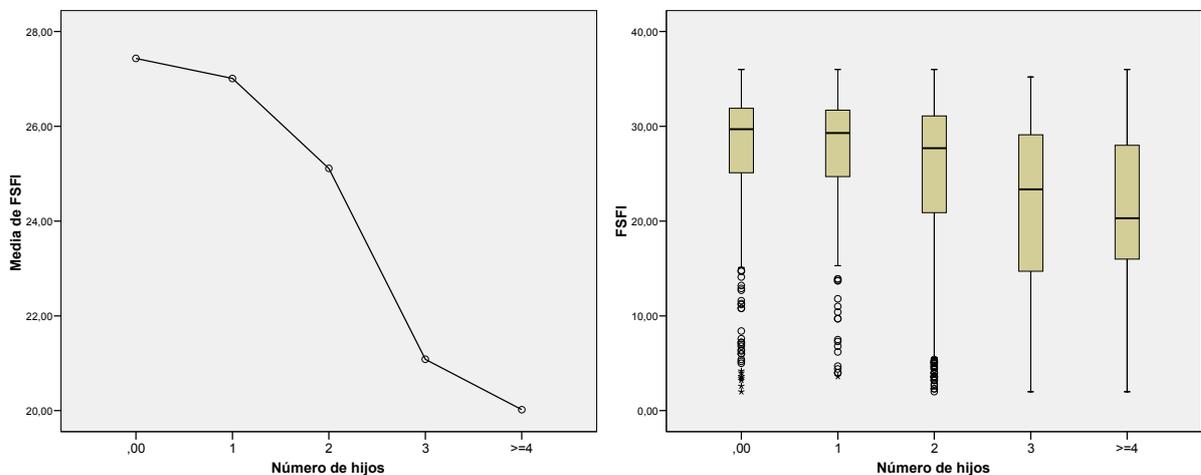


Figura 61. Gráfica de las medias del resultado global del test FSFI© por número de hijos.

Según hemos demostrado, en los seis dominios y por lo tanto en el resultado global del test FSFI©, al aumentar el número de hijos, disminuyen las medias obtenidas.

Para la comparación de las medias obtenidas hemos de realizar un análisis de la varianza (ANOVA). Este procedimiento permite comparar las medias de varias muestras para saber si pertenecen o no a la misma población.

Encontramos diferencias significativas entre las medias obtenidas por número de hijos en todos los dominios y en el resultado final del test FSFI©, considerando diferencia significativa una $p\text{-valor} \leq 0.05$.

Para conocer en qué número de hijos difieren las medias de puntuación obtenidas en los seis dominios y en el resultado global del test FSFI© vamos a aplicar el test de comparaciones múltiples post hoc o comparaciones a posteriori, en este caso el test de Bonferroni (porque asumimos varianzas iguales); estas comparaciones permiten controlar la tasa de error al efectuar varios contrastes utilizando las mismas medias obtenidas anteriormente. El test de Bonferroni nos indica, según los diferentes dominios, qué parejas de número de hijos difieren en las medias de los resultados obtenidos en el test FSFI©, considerando una diferencia significativa una $p\text{-valor} \leq 0.05$.

- Comenzamos por el primer dominio, el *deseo*, que lo consideramos nuestra variable dependiente, encontramos diferencias significativas si comparamos las mujeres que no han tenido hijos con las mujeres con que han tenido cualquier número de hijos, también encontramos diferencias significativas si comparamos las mujeres que han tenido un hijo con las que no han sido madres y con las que tienen tres o más hijos, sin embargo no encontramos diferencias significativas, si comparamos las madres de un hijo o las de dos, obtendremos también diferencias significativas si comparamos las mujeres con dos hijos, con mujeres sin hijos o con mujeres con tres o más hijos y no las encontraremos si comparamos las que han tenido dos o un hijo; las mujeres con tres hijos presentan diferencias significativas con las mujeres que han tenido menos hijos pero no las encontraremos si las comparamos con mujeres con cuatro o mas

hijos; y si comparamos las mujeres con cuatro o más hijos con las mujeres que no han tenido hijos o que han tenido menos de tres, porque si comparamos las mujeres que han tenido más de tres hijos no encontraremos diferencias significativas.

Podemos asumir que en el dominio deseo, hay diferencias significativas entre las mujeres con diferente número de hijos, excepto entre las mujeres con uno o dos hijos y entre las mujeres con tres o más hijos.

- El segundo dominio, la *excitación*, será considerada nuestra variable dependiente, encontramos diferencias significativas entre las mujeres con diferente número de hijos, excepto entre las mujeres sin hijos y con un hijo, con un hijo o dos; o mujeres con tres o más hijos.
- En el tercer dominio, la *lubricación*, será considerada nuestra variable dependiente, hay diferencias significativas entre las mujeres con diferente número de hijos, excepto, entre mujeres sin hijos o con un hijo o entre mujeres con más de tres hijos.
- El cuarto dominio, el *orgasmo*, será considerado nuestra variable dependiente, hay diferencias significativas entre las mujeres con diferente número de hijos, excepto, entre las mujeres sin hijos y las mujeres con uno o dos hijos, ni entre las mujeres con tres o más hijos.
- El quinto dominio, la *satisfacción*, será considerada nuestra variable dependiente, hay diferencias significativas entre las mujeres con diferente número de hijos, excepto entre las mujeres con un hijo o sin hijos y entre las mujeres con más de tres hijos.
- En el sexto dominio, el *dolor*, que será considerado nuestra variable dependiente, hay diferencias significativas entre las mujeres con diferente número de hijos, excepto, entre las mujeres sin hijos y las mujeres con dos o menos hijos, y entre las mujeres con tres o más hijos.

- En el resultado total del *test FSFI*©, que será considerado nuestra variable dependiente, hay diferencias significativas entre las mujeres con diferente número de hijos, excepto, entre las mujeres que no han tenido hijos y las madres de un hijo y entre las mujeres con tres o más hijos.

Encontramos grupos de mujeres dependiendo del número de hijos sin diferencias significativas entre ellas, en todos los dominios y el resultado global del test FSFI©.

3.8. Diferencias por Intervención Quirúrgica Vaginal Previa.

Las mujeres que han respondido al test FSFI© correspondían a mujeres que en sus antecedentes personales podían haber sido sometidas a cirugía vaginal o no. (Tabla 55)

		N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
					Límite inferior	Límite superior	
<u>Deseo</u>	No	1312	3,33	1,18	3,27	3,40	0,000
	Sí	214	3,01	1,29	2,83	3,18	
	Total	1526	3,29	1,20	3,23	3,35	
<u>Excitación</u>	No	1313	3,89	1,81	3,79	3,99	0,000
	Sí	214	3,40	1,87	3,15	3,66	
	Total	1527	3,82	1,82	3,73	3,91	
<u>Lubricación</u>	No	1313	4,28	1,99	4,17	4,39	0,000
	Sí	214	3,76	2,00	3,49	4,03	
	Total	1527	4,21	2,00	4,11	4,31	
<u>Orgasmo</u>	No	1313	4,11	2,02	4,00	4,22	0,001
	Sí	214	3,62	2,02	3,34	3,89	
	Total	1527	4,04	2,03	3,94	4,15	
<u>Satisfacción</u>	No	1219	4,62	1,36	4,55	4,70	0,001
	Sí	196	4,26	1,48	4,05	4,47	
	Total	1415	4,57	1,38	4,50	4,65	
<u>Dolor</u>	No	1313	4,36	2,06	4,25	4,48	0,002
	Sí	214	3,89	2,14	3,60	4,18	
	Total	1527	4,30	2,08	4,19	4,40	
<u>FSFI</u>	No	1218	25,90	8,09	25,45	26,36	0,000
	Sí	196	23,33	8,36	22,15	24,51	
	Total	1414	25,55	8,17	25,12	25,97	

Tabla 55. Análisis descriptivo para los 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor y para el resultado global del Test FSFI© según la posibilidad de haber sufrido una intervención quirúrgica vaginal o no previa a la realización del test, encontramos diferencias significativas en todos los dominios y en el resultado global.

El primer dominio, el deseo, ha sido respondido por un total de 1526 mujeres con una media de 3.29 ± 1.20 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.23 de límite inferior y 3.35 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución según si ha sido sometida a cirugía vaginal o no (Figura 62):

- Mujeres sin intervención quirúrgica vaginal previa: el número de repuestas fue 1312 con una media de 3.33 ± 1.18 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.27 de límite inferior y 3.40 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con intervención quirúrgica vaginal previa: el número de repuestas fue 214 con una media de 3.01 ± 1.29 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.83 de límite inferior y 3.18 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.

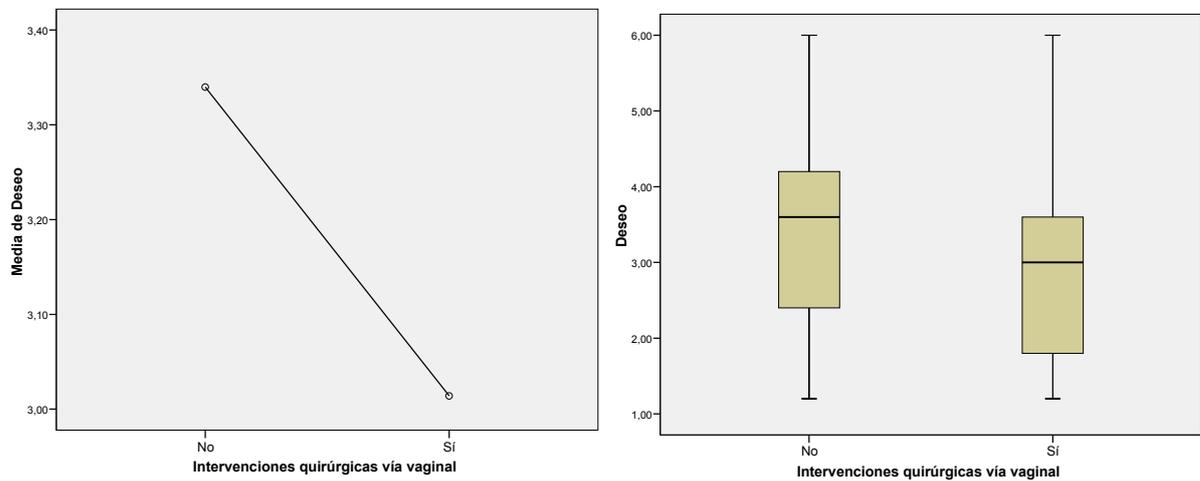


Figura 62. Gráfica de las medias del dominio deseo por intervención quirúrgica vaginal previa.

El segundo dominio, la excitación, ha sido respondido por un total de 1527 mujeres con una media de 3.82 ± 1.82 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.73 de límite inferior y 3.91 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución según si ha sido sometida a cirugía vaginal o no (Figura 63):

- Mujeres sin intervención quirúrgica vaginal previa: el número de repuestas fue 1313 con una media de 3.89 ± 1.81 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.79 de límite inferior y 3.99 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con intervención quirúrgica vaginal previa: el número de repuestas fue 214 con una media de 3.40 ± 1.87 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.15 de límite inferior y 3.66 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

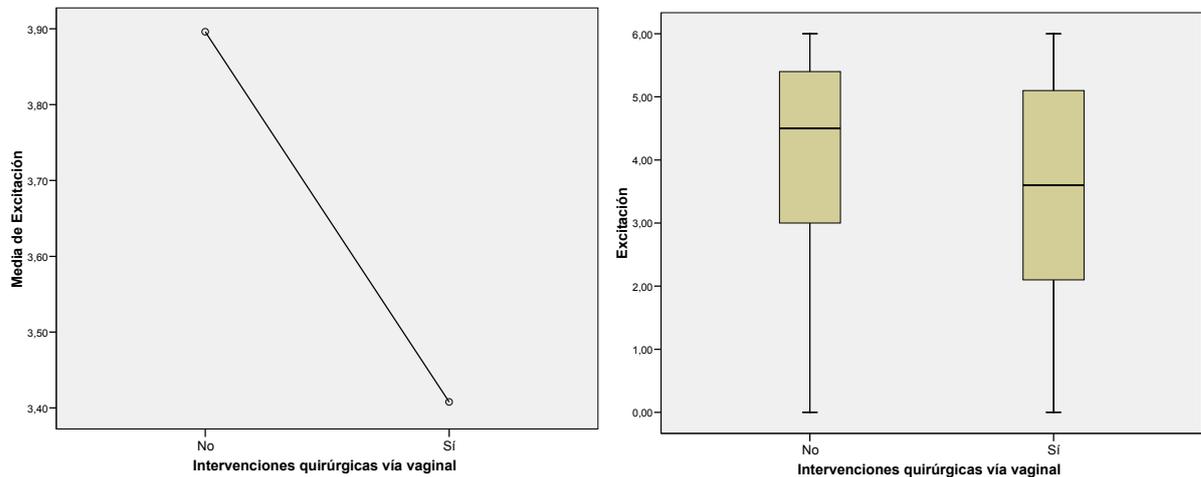


Figura 63. Gráfica de las medias del dominio excitación por intervención quirúrgica vaginal previa.

El tercer dominio, la ***lubricación***, ha sido respondido por un total de 1527 mujeres con una media de 4.21 ± 2.00 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.11 de límite inferior y 4.31 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución según si ha sido sometida a cirugía vaginal o no (Figura 64):

- Mujeres sin intervención quirúrgica vaginal previa: el número de repuestas fue 1313 con una media de 4.28 ± 1.99 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.17 de límite inferior y 4.39 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con intervención quirúrgica vaginal previa: el número de repuestas fue 214 con una media de 3.76 ± 2.00 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.49 de límite inferior y 4.03 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

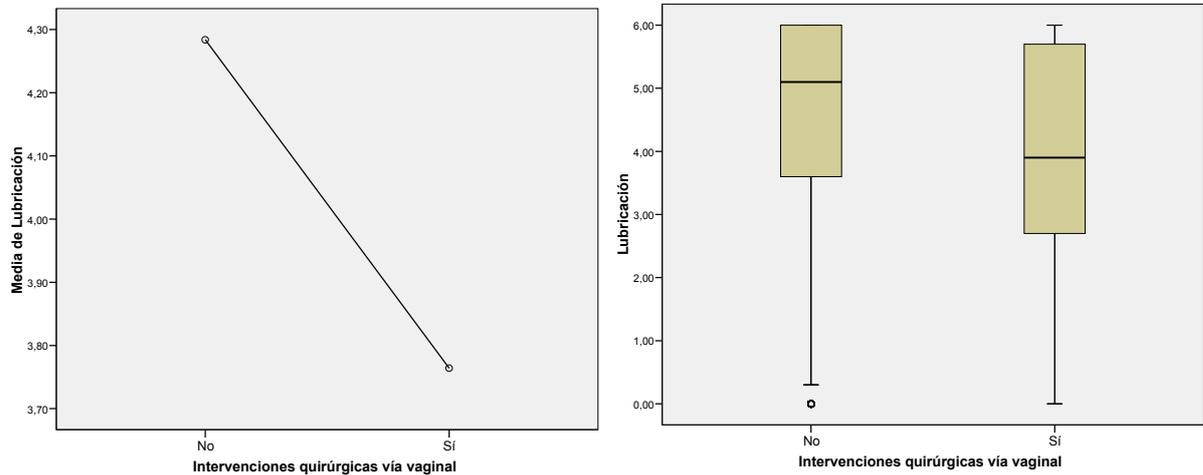


Figura 64. Gráfica de las medias del dominio lubricación por intervención quirúrgica vaginal previa.

El cuarto dominio, el ***orgasmo***, ha sido respondido por un total de 1527 mujeres con una media de 4.04 ± 2.03 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.94 de límite inferior y 4.15 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución según si ha sido sometida a cirugía vaginal o no (Figura 65):

- Mujeres sin intervención quirúrgica vaginal previa: el número de repuestas fue 1313 con una media de 4.11 ± 2.02 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.00 de límite inferior y 4.22 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con intervención quirúrgica vaginal previa: el número de repuestas fue 214 con una media de 3.62 ± 2.02 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.34 de límite inferior y 3.89 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

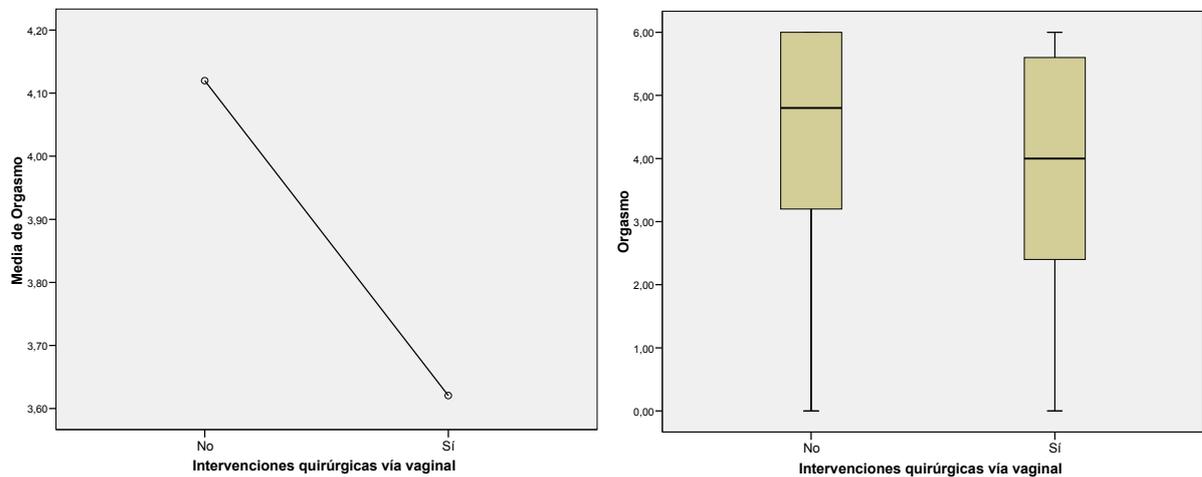


Figura 65. Gráfica de las medias del dominio orgasmo por intervención quirúrgica vaginal previa.

El quinto dominio, la satisfacción, ha sido respondido por un total de 1415 mujeres con una media de 4.57 ± 1.38 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.50 de límite inferior y 4.65 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución según si ha sido sometida a cirugía vaginal o no (Figura 66):

- Mujeres sin intervención quirúrgica vaginal previa: el número de repuestas fue 1219 con una media de 4.62 ± 1.36 , intervalo de confianza para la media al 95% con 4.55 de límite inferior y 4.70 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con intervención quirúrgica vaginal previa: el número de repuestas fue 196 con una media de 4.26 ± 1.48 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.05 de límite inferior y 4.47 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.

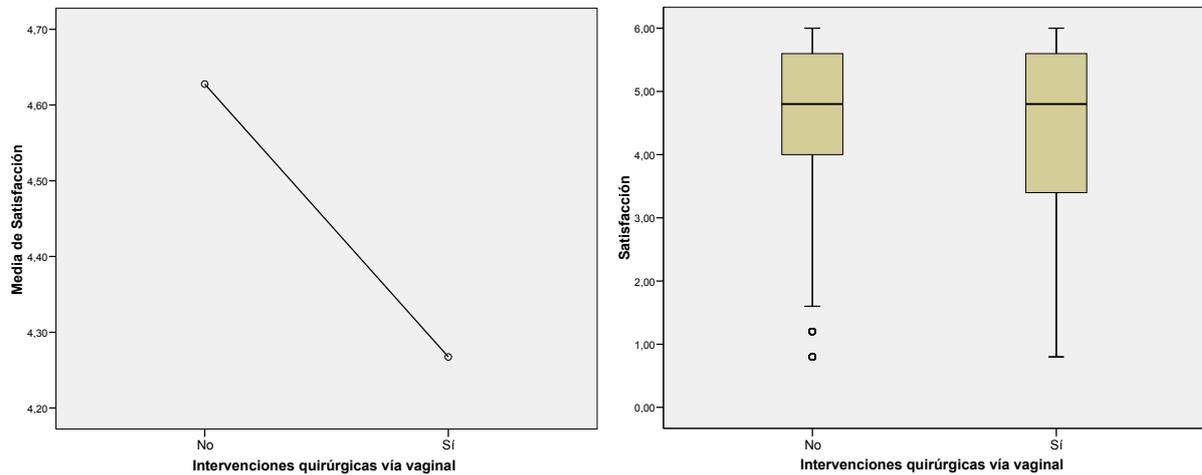


Figura 66. Gráfica de las medias del dominio satisfacción por intervención quirúrgica vaginal previa.

El sexto dominio, el **dolor**, ha sido respondido por un total de 1527 mujeres con una media de 4.30 ± 2.08 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.19 de límite inferior y 4.40 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución según si ha sido sometida a cirugía vaginal o no (Figura 67):

- Mujeres sin intervención quirúrgica vaginal previa: el número de repuestas fue 1313 con una media de 4.36 ± 2.06 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.25 de límite inferior y 4.48 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres con intervención quirúrgica vaginal previa: el número de repuestas fue 214 con una media de 3.89 ± 2.14 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.60 de límite inferior y 4.18 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

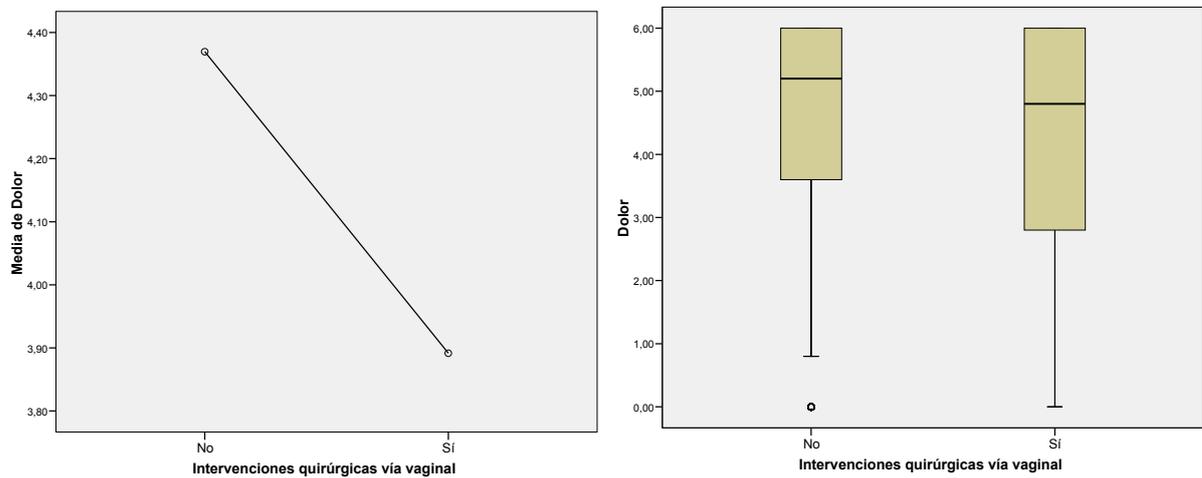


Figura 67. Gráfica de las medias del dominio dolor por intervención quirúrgica vaginal previa.

El resultado global del **test FSFI®**, ha sido respondido por un total de 1414 mujeres con una media de 25.55 ± 8.17 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 25.12 de límite inferior y 25.97 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00 y tiene la siguiente distribución según si ha sido sometida a cirugía vaginal o no (Figura 68):

- Mujeres sin intervención quirúrgica vaginal previa: el número de repuestas fue 1218 con una media de 25.90 ± 8.09 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 25.45 de límite inferior y 26.36 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00.
- Mujeres con intervención quirúrgica vaginal previa: el número de repuestas fue 196 con una media de 23.33 ± 8.36 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 22.15 de límite inferior y 24.51 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00.

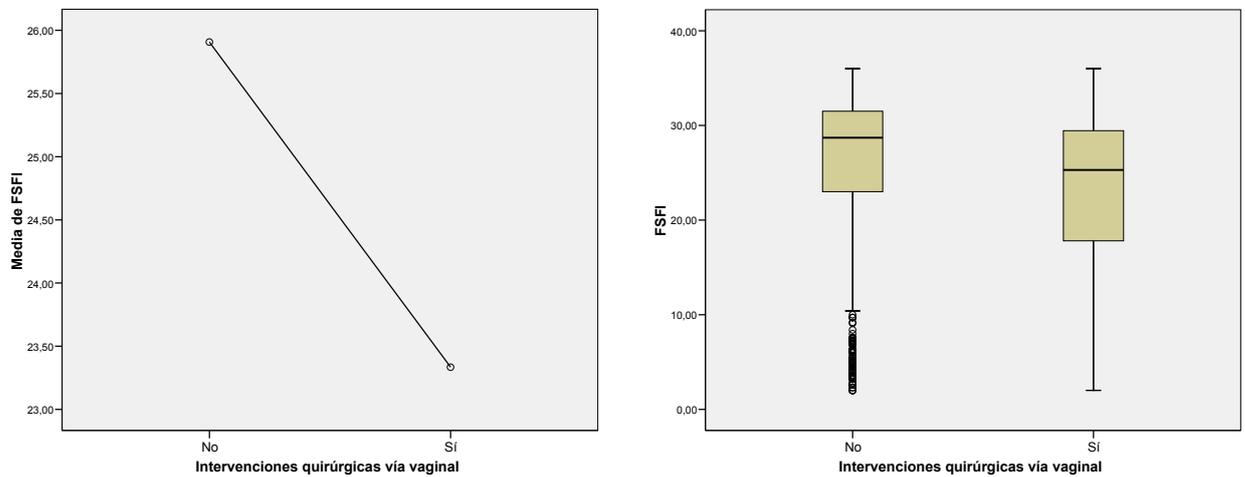


Figura 68. Gráfica de las medias del resultado global del test FSFI® por intervención quirúrgica vaginal previa.

Según hemos demostrado, en los seis dominios y por lo tanto en el resultado global del test FSFI©, las mujeres con cirugía vaginal previa a la contestación del test FSFI© presentan menor puntuación en las medias obtenidas, que las mujeres que no han tenido cirugía vaginal.

Para la comparación de las medias obtenidas hemos de realizar un análisis de la varianza (ANOVA). Este procedimiento permite comparar las medias de varias muestras para saber si pertenecen o no a la misma población.

Encontramos diferencias significativas entre las medias obtenidas según la posibilidad de intervención vaginal previa a la contestación al test FSFI©, en todos los dominios y en el resultado final del test FSFI©, considerando diferencia significativa una $p\text{-valor} \leq 0.05$.

3.9. Diferencias por Tipo de Intervención Quirúrgica Vaginal Previa.

Las mujeres que han respondido al test FSFI© y que corresponden al grupo de mujeres que en sus antecedentes personales han sido sometidas a cirugía vaginal, han sido divididas en 5 grupos dependiendo del tipo de intervención quirúrgica vaginal: histerectomía vaginal, legrados, prolapso de órganos pélvicos, conización y miscelánea, en la que incluimos: corrección quirúrgica de la estenosis vaginal, endometriomas vaginales, corrección quirúrgica vaginal de fistulas rectovaginales, episiotomías, himen imperforado y exéresis de quistes vaginales).

El primer dominio, el deseo, ha sido respondido por un total de 214 mujeres con una media de 3.01±1.29, un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.83 de límite inferior y 3.18 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por tipo de intervención quirúrgica vaginal (Figura 69 y Tabla 56):

Tipo IQ	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
				Límite inferior	Límite superior	
<u>Deseo</u> Histerectomía	90	2,96	1,37	2,67	3,25	0,486
Legrado	62	3,24	1,25	2,92	3,56	
Prolapso	23	2,79	1,09	2,31	3,26	
Conización	19	3,03	,94	2,57	3,48	
Miscelánea	20	2,76	1,55	2,03	3,48	
Total	214	3,01	1,29	2,83	3,18	

Tabla 56. Análisis descriptivo del dominio deseo dependiendo del tipo de intervención vaginal sufrida, no hay diferencias significativas entre los grupos en este dominio.

- Mujeres sometidas a histerectomía vaginal previa: el número de repuestas fue 90 con una media de 2.96±1.37, un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.67 de límite inferior y 3.25 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.

- Mujeres sometidas a legrado previo: el número de repuestas fue 62 con una media de 3.24 ± 1.25 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.92 de límite inferior y 3.56 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a cirugía vaginal de prolapso de órganos pélvicos: el número de repuestas fue 23 con una media de 2.79 ± 1.09 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.31 de límite inferior y 3.26 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a conización: el número de repuestas fue 19 con una media de 3.03 ± 0.94 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.57 de límite inferior y 3.48 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a miscelánea en la cirugía vaginal: el número de repuestas fue 20 con una media de 2.76 ± 1.55 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.03 de límite inferior y 3.48 de límite superior y un mínimo de 1.20 y un máximo de 6.00.

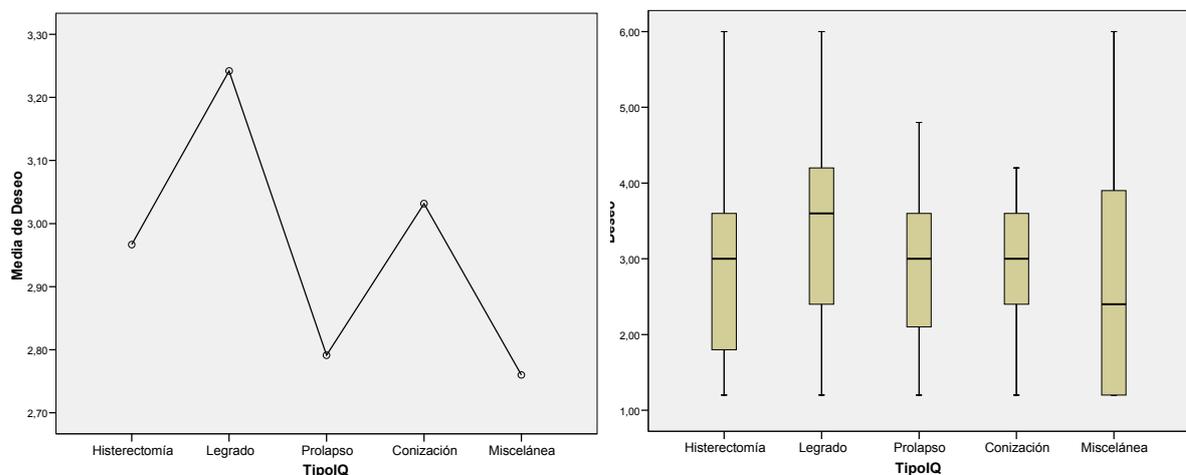


Figura 69. Gráfica de las medias del dominio deseo por tipo de intervención quirúrgica vaginal previa.

El segundo dominio, la excitación, ha sido respondido por un total de 214 mujeres con una media de 3.40 ± 1.87 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.15 de límite inferior y 3.66 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por tipo de intervención quirúrgica vaginal. (Figura 70 y Tabla 57)

Tipo IQ	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
				Límite inferior	Límite superior	
Excitación Histerectomía	90	3,06	1,99	2,64	3,47	0,010
Legrado	62	3,91	1,66	3,49	4,34	
Prolapso	23	3,05	1,85	2,24	3,85	
Conización	19	4,23	1,13	3,68	4,78	
Miscelánea	20	3,01	2,08	2,04	3,98	
Total	214	3,40	1,87	3,15	3,66	

Tabla 57. Análisis descriptivo del dominio excitación dependiendo del tipo de intervención vaginal sufrida, existe diferencia significativa entre los grupos para este dominio.

- Mujeres sometidas a histerectomía vaginal previa: el número de repuestas fue 90 con una media de 3.06 ± 1.99 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.64 de límite inferior y 3.47 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a legrado previo: el número de repuestas fue 62 con una media de 3.91 ± 1.66 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.49 de límite inferior y 4.34 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a cirugía vaginal de prolapso de órganos pélvicos: el número de repuestas fue 23 con una media de 3.05 ± 1.85 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.24 de límite inferior y 3.85 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

- Mujeres sometidas a conización: el número de repuestas fue 19 con una media de 4.23 ± 1.13 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.68 de límite inferior y 4.78 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a miscelánea en la cirugía vaginal: el número de repuestas fue 20 con una media de 3.01 ± 2.08 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.04 de límite inferior y 3.98 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

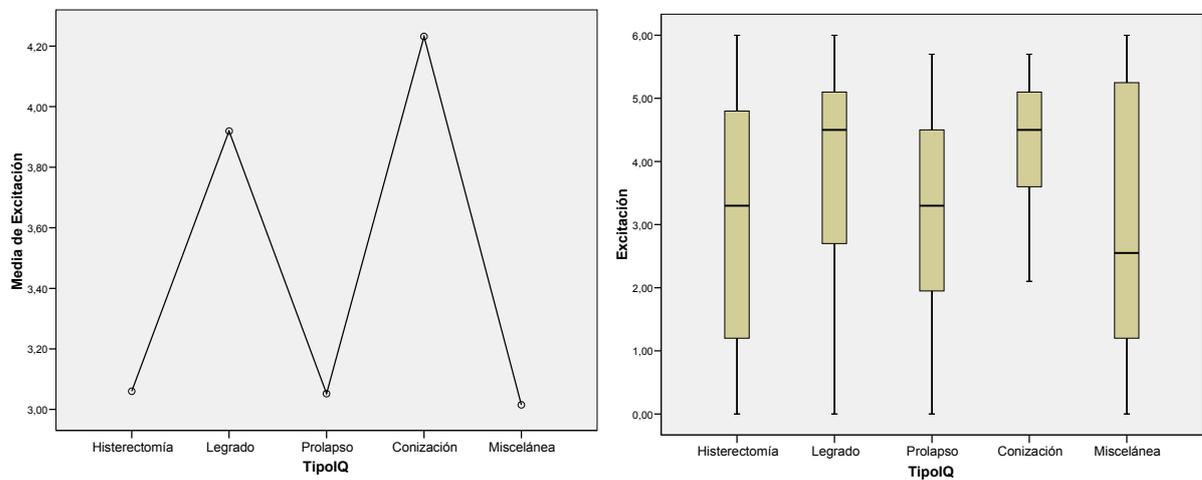


Figura 70. Gráfica de las medias del dominio excitación por tipo de intervención quirúrgica vaginal previa.

El tercer dominio, la ***lubricación***, ha sido respondido por un total de 214 mujeres con una media de 3.76 ± 2.00 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.49 de límite inferior y 4.03 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por tipo de intervención quirúrgica vaginal (Figura 71 y Tabla 58):

Tipo IQ	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
				Límite inferior	Límite superior	
Lubricación						
Histerectomía	90	3,31	2,12	2,86	3,75	0,001
Legrado	62	4,56	1,79	4,10	5,01	
Prolapso	23	3,26	1,85	2,45	4,06	
Conización	19	4,42	1,17	3,85	4,98	
Miscelánea	20	3,28	2,05	2,32	4,24	
Total	214	3,76	2,00	3,49	4,03	

Tabla 58. Análisis descriptivo del dominio lubricación dependiendo del tipo de intervención vaginal sufrida, existe diferencia significativa entre los grupos para este dominio.

- Mujeres sometidas a histerectomía vaginal previa: el número de repuestas fue 90 con una media de 3.31 ± 2.12 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.86 de límite inferior y 3.75 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a legrado previo: el número de repuestas fue 62 con una media de 4.56 ± 1.79 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.10 de límite inferior y 5.01 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a cirugía vaginal de prolapso de órganos pélvicos: el número de repuestas fue 23 con una media de 3.26 ± 1.85 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.45 de límite inferior y 4.06 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a conización: el número de repuestas fue 19 con una media de 4.42 ± 1.17 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.85 de límite inferior y 4.98 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

- Mujeres sometidas a miscelánea en la cirugía vaginal: el número de repuestas fue 20 con una media de 3.28 ± 2.05 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.32 de límite inferior y 4.24 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

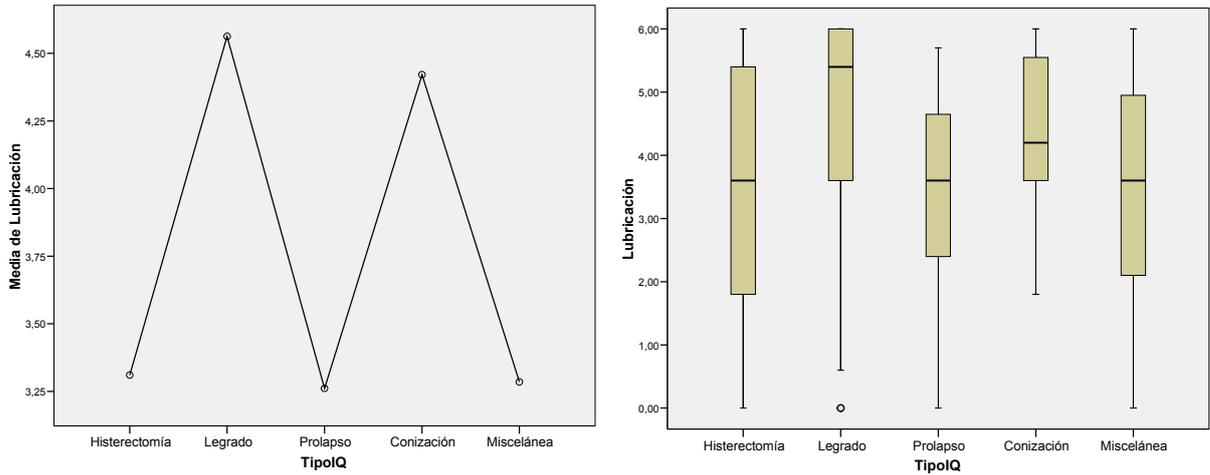


Figura 71. Gráfica de las medias del dominio lubricación por tipo de intervención quirúrgica vaginal previa.

El cuarto dominio, el orgasmo, ha sido respondido por un total de 214 mujeres con una media de 3.62 ± 2.02 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.34 de límite inferior y 3.98 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por tipo de intervención quirúrgica vaginal (Figura 72 y Tabla 59):

Tipo IQ	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
				Límite inferior	Límite superior	
Orgasmo						
Histerectomía	90	3,30	2,10	2,86	3,74	0,004
Legrado	62	4,18	1,90	3,69	4,66	
Prolapso	23	3,04	1,85	2,24	3,84	
Conización	19	4,63	1,42	3,94	5,31	
Miscelánea	20	3,02	2,10	2,03	4,00	
Total	214	3,62	2,02	3,34	3,89	

Tabla 59. Análisis descriptivo del dominio orgasmo dependiendo del tipo de intervención vaginal sufrida, existe diferencia significativa entre los grupos para este dominio.

- Mujeres sometidas a histerectomía vaginal previa: el número de repuestas fue 90 con una media de 3.30 ± 2.10 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.86 de límite inferior y 3.74 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a legrado previo: el número de repuestas fue 62 con una media de 4.18 ± 1.90 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.69 de límite inferior y 4.66 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a cirugía vaginal de prolapso de órganos pélvicos: el número de repuestas fue 23 con una media de 3.04 ± 1.85 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.24 de límite inferior y 3.84 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a conización: el número de repuestas fue 19 con una media de 4.63 ± 1.42 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.94 de límite inferior y 5.31 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a miscelánea en la cirugía vaginal: el número de repuestas fue 20 con una media de 3.02 ± 2.10 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.03 de límite inferior y 4.00 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

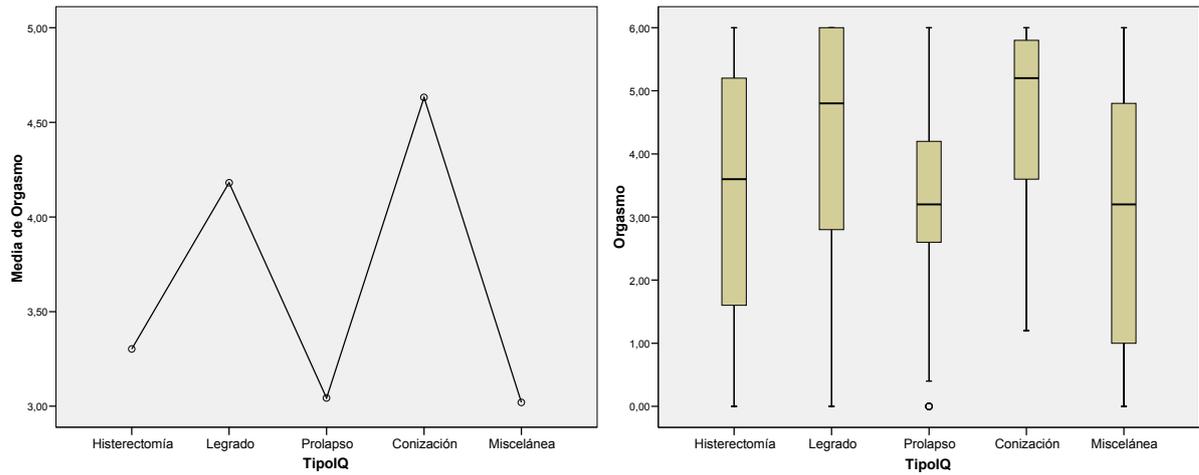


Figura 72. Gráfica de las medias del dominio orgasmo por tipo de intervención quirúrgica vaginal previa.

El quinto dominio, la **satisfacción**, ha sido respondido por un total de 196 mujeres con una media de 4.26 ± 1.48 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.05 de límite inferior y 4.47 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por tipo de intervención quirúrgica vaginal (Figura 73 y Tabla 60):

Tipo IQ	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
				Límite inferior	Límite superior	
Satisfacción						
Histerectomía	80	4,03	1,55	3,68	4,38	0,022
Legrado	58	4,64	1,19	4,32	4,95	
Prolapso	21	4,24	1,59	3,52	4,97	
Conización	19	4,75	,88	4,33	5,18	
Miscelánea	18	3,60	2,01	2,59	4,60	
Total	196	4,26	1,48	4,05	4,47	

Tabla 60. Análisis descriptivo del dominio satisfacción dependiendo del tipo de intervención vaginal sufrida, existe diferencia significativa entre los grupos para este dominio.

- Mujeres sometidas a histerectomía vaginal previa: el número de repuestas fue 80 con una media de 4.03 ± 1.55 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.68 de límite inferior y 4.38 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.

- Mujeres sometidas a legrado previo: el número de repuestas fue 58 con una media de $4,64 \pm 1.19$, un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.32 de límite inferior y 4.95 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a cirugía vaginal de prolapso de órganos pélvicos: el número de repuestas fue 21 con una media de 4.24 ± 1.59 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.52 de límite inferior y 4.97 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a conización: el número de repuestas fue 19 con una media de 4.75 ± 0.88 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.33 de límite inferior y 5.18 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a miscelánea en la cirugía vaginal: el número de repuestas fue 18 con una media de 3.60 ± 2.01 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.59 de límite inferior y 4.60 de límite superior y un mínimo de 0.80 y un máximo de 6.00.

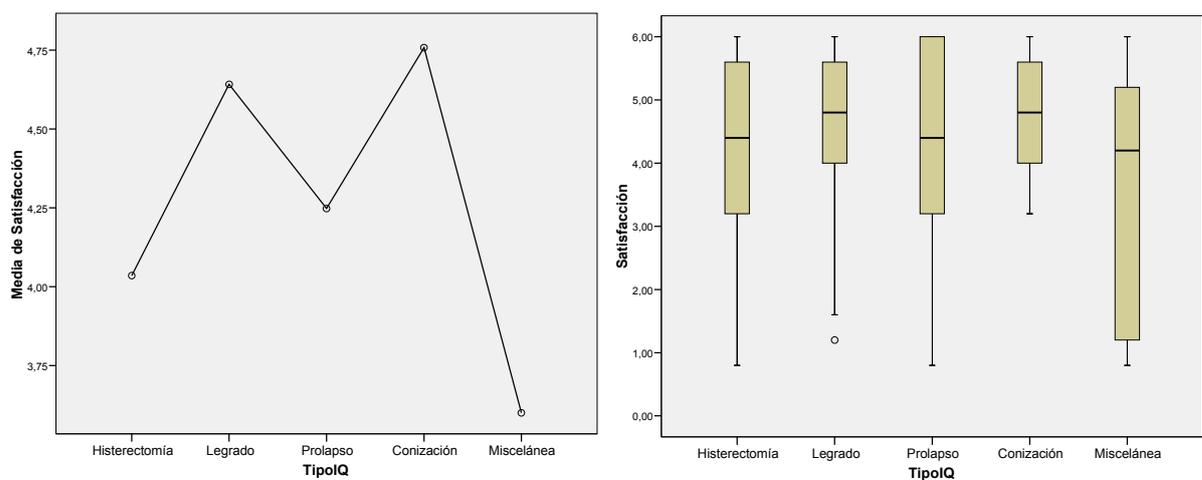


Figura 73. Gráfica de las medias del dominio satisfacción por tipo de intervención quirúrgica vaginal previa.

El sexto dominio, el **dolor**, ha sido respondido por un total de 214 mujeres con una media de 3.89 ± 2.14 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.60 de límite inferior y 4.18 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00 y tiene la siguiente distribución por tipo de intervención quirúrgica vaginal (Figura 74 y Tabla 61):

Tipo IQ	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
				Límite inferior	Límite superior	
Dolor Histerectomía	90	3,67	2,22	3,20	4,14	0,003
Legrado	62	4,61	1,87	4,13	5,08	
Prolapso	23	3,40	2,17	2,47	4,34	
Conización	19	4,35	1,78	3,49	5,21	
Miscelánea	20	2,74	2,16	1,72	3,75	
Total	214	3,89	2,14	3,60	4,18	

Tabla 61. Análisis descriptivo del dominio dolor dependiendo del tipo de intervención vaginal sufrida, existe diferencia significativa entre los grupos para este dominio.

- Mujeres sometidas a histerectomía vaginal previa: el número de repuestas fue 90 con una media de 3.67 ± 2.22 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.20 de límite inferior y 4.14 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a legrado previo: el número de repuestas fue 62 con una media de $4,61 \pm 1.87$, un intervalo de confianza para la media al 95% con 4.13 de límite inferior y 5.08 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a cirugía vaginal de prolapso de órganos pélvicos: el número de repuestas fue 23 con una media de 3.40 ± 2.17 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 2.47 de límite inferior y 4.34 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

- Mujeres sometidas a conización: el número de repuestas fue 19 con una media de 4.35 ± 1.78 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 3.49 de límite inferior y 5.21 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.
- Mujeres sometidas a miscelánea en la cirugía vaginal: el número de repuestas fue 20 con una media de 2.74 ± 2.16 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 1.72 de límite inferior y 3.75 de límite superior y un mínimo de 0.00 y un máximo de 6.00.

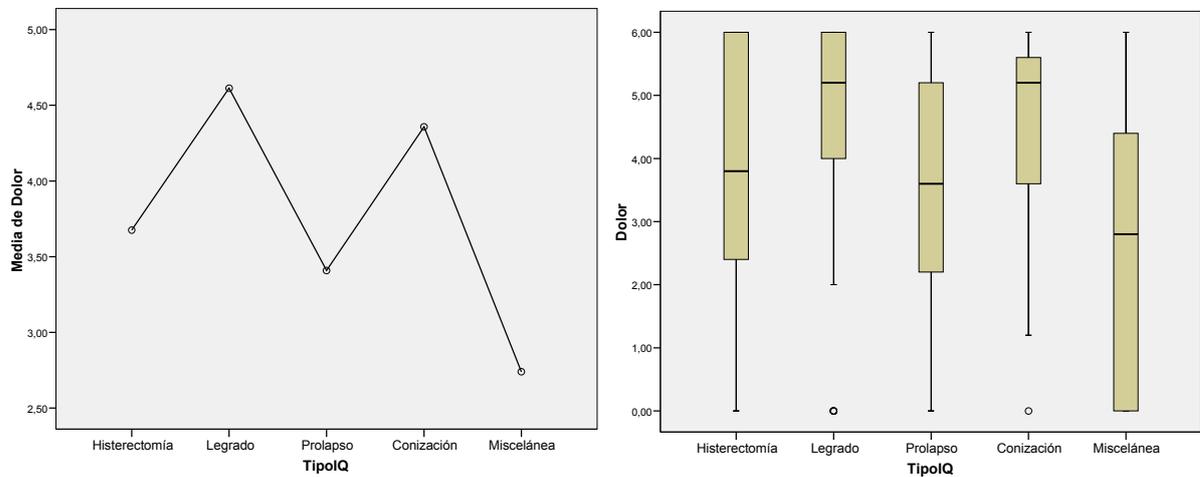


Figura 74. Gráfica de las medias del dominio dolor por tipo de intervención quirúrgica vaginal previa.

El resultado global del *test FSFI*®, ha sido respondido por un total de 196 mujeres con una media de 23.33 ± 8.36 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 22.15 de límite inferior y 24.51 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00 y tiene la siguiente distribución por tipo de intervención quirúrgica vaginal (Figura 75 y Tabla 62):

Tipo IQ	N	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media al 95%		p
				Límite inferior	Límite superior	
FSFI						
Histerectomía	80	22,13	8,61	20,22	24,05	0,001
Legrado	58	26,49	6,57	24,76	28,22	
Prolapso	21	21,01	8,72	17,04	24,98	
Conización	19	25,43	5,55	22,75	28,10	
Miscelánea	18	18,97	10,88	13,55	24,38	
Total	196	23,33	8,36	22,15	24,51	

Tabla 62. Análisis descriptivo del resultado global del test FSFI© dependiendo del tipo de intervención vaginal sufrida, existe diferencia significativa entre los grupos para este dominio.

- Mujeres sometidas a histerectomía vaginal previa: el número de repuestas fue 80 con una media de 22.13 ± 8.61 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 20.22 de límite inferior y 24.05 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00.
- Mujeres sometidas a legrado previo: el número de repuestas fue 58 con una media de 26.49 ± 6.57 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 24.76 de límite inferior y 28.22 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00.
- Mujeres sometidas a cirugía vaginal de prolapso de órganos pélvicos: el número de repuestas fue 21 con una media de 21.01 ± 8.72 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 17.04 de límite inferior y 24.98 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00.
- Mujeres sometidas a conización: el número de repuestas fue 19 con una media de 25.43 ± 5.55 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 22.75 de límite inferior y 28.10 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 3.00.

- Mujeres sometidas a miscelánea en la cirugía vaginal: el número de repuestas fue 18 con una media de 18.97 ± 10.88 , un intervalo de confianza para la media al 95% con 13.55 de límite inferior y 24.38 de límite superior y un mínimo de 2.00 y un máximo de 36.00.

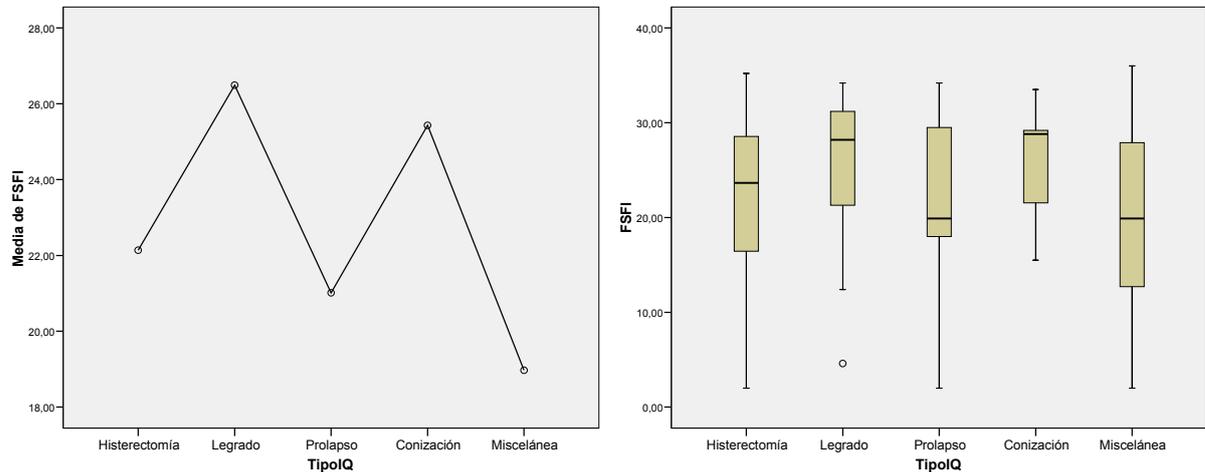


Figura 75. Gráfica de las medias del resultado global del test FSFI© por tipo de intervención quirúrgica vaginal previa.

Según hemos demostrado, en los todos los dominios, excepto en la lubricación; y en el resultado global del test FSFI©, las mujeres con cirugía vaginal previa miscelánea (en la que incluimos: corrección quirúrgica de la estenosis vaginal, endometriomas vaginales, corrección quirúrgica vaginal de fistulas rectovaginales, episiotomías, himen imperforado y exéresis de quistes vaginales) presentan menor puntuación en las medias obtenidas, que las mujeres que han sido sometidas a histerectomía vaginal, legrado, cirugía correctiva vaginal del prolapso de órganos pélvicos o conización. En el dominio lubricación presentan menor media las mujeres sometidas a cirugía del prolapso.

Para la comparación de las medias obtenidas hemos de realizar un análisis de la varianza (ANOVA). Este procedimiento permite comparar las medias de varias muestras para saber si pertenecen o no a la misma población.

Encontramos diferencias significativas entre las medias obtenidas según el tipo de cirugía vaginal previa a la contestación al test FSFI©, en todos los dominios, excepto en el deseo; y en el resultado final del test FSFI©, considerando diferencia significativa una $p\text{-valor} \leq 0.05$.

Para conocer en qué tipo de intervención quirúrgica vaginal difieren las medias de puntuación obtenidas en los seis dominios y en el resultado global del test FSFI© vamos a aplicar el test de comparaciones múltiples post hoc o comparaciones a posteriori, en este caso el test de Bonferroni (porque asumimos varianzas iguales); estas comparaciones permiten controlar la tasa de error al efectuar varios contrastes utilizando las mismas medias obtenidas anteriormente. El test de Bonferroni nos indica, según los diferentes dominios, qué parejas de intervenciones quirúrgicas vaginales difieren en las medias de los resultados obtenidos en el test FSFI©, considerando una diferencia significativa una $p\text{-valor} \leq 0.05$.

- Comenzamos por el primer dominio, el *deseo*, que lo consideramos nuestra variable dependiente, no encontramos diferencias significativas al comparar todas las intervenciones quirúrgicas.

Podemos asumir que en el dominio deseo, no hay diferencias significativas entre las mujeres que han sido sometidas a intervención quirúrgica vaginal sea el tipo que sea.

- El segundo dominio, la *excitación*, será considerada nuestra variable dependiente, encontramos diferencias significativas únicamente si comparamos las mujeres que habían sufrido una histerectomía vaginal previa y a las que se le había realizado algún legrado, en cambio no encontramos diferencias significativas entre el resto de intervenciones vaginales.

- En el tercer dominio, la **lubricación**, será considerada nuestra variable dependiente, hay diferencias significativas entre las mujeres con histerectomía previa al compararlas con las que han tenido algún legrado, pero no entre el resto
- El cuarto dominio, el **orgasmo**, será considerado nuestra variable dependiente, no encontramos diferencias significativas si comparamos los diferentes tipos de intervención quirúrgica vaginal previa a la contestación del test FSFI©
- El quinto dominio, la **satisfacción**, será considerada nuestra variable dependiente, no encontramos diferencias significativas si comparamos cualquiera de los 5 tipos de intervención quirúrgica vaginal entre si.
- En el sexto dominio, el **dolor**, que será considerado nuestra variable dependiente, hay diferencias significativas entre las mujeres con legrados previos y las incluidas en el grupo miscelánea.
- En el resultado total del **test FSFI©**, que será considerado nuestra variable dependiente, encontramos diferencias significativas entre las mujeres con histerectomía o cirugía miscelánea previa al compararlas con las mujeres con legrado.

4. Regresión Logística.

El objetivo de esta técnica estadística es expresar la probabilidad de que ocurra un hecho como función de ciertas variables. La regresión logística, al igual que otras técnicas estadísticas multivariadas, da la posibilidad de evaluar la influencia de cada una de las variables independientes sobre la variable respuesta y controlar el efecto del resto. Tendremos, por tanto, una variable dependiente, dicotómica (en este trabajo nos referimos a: resultado del test $FSFI \leq 21.7$ o $FSFI > 21.7$) y varias variables independientes (edad, raza, nivel de estudios, número de hijos y tener una cirugía vaginal previa).

Partimos de los valores obtenidos en nuestro test $FSFI$, como indica la tabla 63 y ponemos como indicador de mala función sexual en la mujer el percentil 25, es decir un resultado global del test de 21.7.

N	Válidos	1414
	Perdidos	113
Media		25,5507
Mediana		28,4000
Desv. típ.		8,17523
Mínimo		2,00
Máximo		36,00
Percentiles	25	21,7000
	33	24,6950
	50	28,4000
	66	30,3900
	75	31,4000

Tabla 63. Estadístico descriptivo del resultado total del $FSFI$.

Vemos el resumen del procesamiento de los casos seleccionados, con los incluidos en el análisis, en este caso 1408, ya que tenemos como casos perdidos, 119 cuestionarios en los que faltaban datos. (Tabla 64)

		N	Porcentaje
Casos seleccionados	Incluidos en el análisis	1408	92,2
	Casos perdidos	119	7,8
	Total	1527	100,0
Casos no seleccionados		0	,0
Total		1527	100,0

Tabla 64. Resumen del procesamiento de los casos.

La variable dependiente dicotómica fue ausencia "0" o presencia "1" de $FSFI \leq 21.7$, que es nuestro percentil 25. En la siguiente tabla se muestran las variables incluidas como posibles predictoras y su codificación de variables categóricas. (Tabla 65 y 66)

Observado		Pronosticado		Porcentaje correcto
		FSFI _{p25} ,00	1,00	
FSFI _{p25}	,00	956	102	90,4
	1,00	204	146	41,7
Porcentaje global				78,3

a El valor de corte es ,500

Tabla 65. Clasificación de $FSFI \leq 21.7$, percentil 25.

Esta tabla es la que permite evaluar el ajuste del modelo de regresión (hasta este momento, con un solo parámetro en la ecuación), comparando los valores predichos con los valores observados.

Por defecto se ha empleado un punto de corte de la probabilidad de FSFI en el percentil 25 para clasificar a los individuos de 0,5: esto significa que aquellas mujeres para las que la ecuación –con éste único término- calcula una probabilidad $< 0,5$ se clasifican como ESTADO=0 ($FSFI \leq$ percentil 25), mientras que si la probabilidad resultante es $> 0,5$ se clasifican como ESTADO=1 ($FSFI >$ del percentil 25). En este primer paso el modelo ha clasificado correctamente a un 78,3% de los casos.

		Frecuencia	Codificación de parámetros
Intervenciones quirúrgicas vía vaginal	No	1216	,000
	Sí	192	1,000
Raza	Blanca	1396	,000
	No blanca	12	1,000
Estudios	Secundarios o Universitarios	1082	,000
	Primarios	326	1,000
Hijos	0-1-2 hijos	1195	,000
	>=3 hijos	213	1,000
Edad	<50 años	958	,000
	>=51 años	450	1,000

Tabla 66. Codificación de las variables categóricas.

Las intervenciones quirúrgica vaginales previas se han codificado como si o no, la raza se ha dividido en mujeres blancas o no, el nivel de estudios se ha dividido en primarios o secundarios y universitarios, el número de hijos se presenta como menos de tres o tres o más y la edad se ha dividido en menores de 50 y mujeres de 50 o más años.

Para entender los siguientes pasos a dar, debemos familiarizarnos con ciertos términos: el parámetro estimado (B), su error estándar (E.T.) y su significación estadística con la prueba de Wald, que es un estadístico que sigue una ley Chi cuadrado con 1 grado de libertad y la estimación de la OR (Exp(B)).

Seguidamente realizamos el ajuste del modelo con estas estimaciones. La probabilidad de los resultados observados en el estudio, dadas las estimaciones de los parámetros, es lo que se conoce por verosimilitud; pero como éste es un número pequeño (habitualmente menor de uno) se emplea el -2LL (“menos dos veces el logaritmo neperiano de la verosimilitud”). En la siguiente tabla (PRUEBA OMNIBUS SOBRE LOS COEFICIENTES DEL MODELO) se muestra una prueba Chi Cuadrado que evalúa la hipótesis nula de que los coeficientes (P) de todos los términos (excepto la constante) incluidos en el modelo son cero. El estadístico Chi Cuadrado para este contraste es la diferencia entre el valor de -2LL para el modelo sólo con la constante y el valor de -2LL para el modelo actual. (Tabla 67)

		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	258,972	5	,000
	Bloque	258,972	5	,000
	Modelo	258,972	5	,000

Tabla 67. Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo.

Como puede verse en la tabla de la Prueba Omnibus, tenemos tres entradas: Paso, Bloque y Modelo.

- La fila primera (PASO) es la correspondiente al cambio de verosimilitud (de -2LL) entre pasos sucesivos en la construcción del modelo, contrastando la hipótesis nula de que los coeficientes de las variables añadidas en el último paso son cero.
- La segunda fila (BLOQUE) es el cambio en -2LL entre bloques de entrada sucesivos durante la construcción del modelo. Si como es habitual en la práctica se introducen las variables en un solo bloque, el Chi Cuadrado del Bloque es el mismo que el Chi Cuadrado del Modelo.
- La tercera fila (MODELO) es la diferencia entre el valor de -2LL para el modelo sólo con la constante y el valor de -2LL para el modelo actual.

La significación estadística (0.000) nos indica que el modelo con las nuevas variables introducidas (la edad, el nivel de estudios, el número de hijos y el haber sido intervenida quirúrgicamente por vía vaginal) mejora el ajuste de forma significativa con respecto a lo que teníamos.

Seguidamente se aportan tres medidas RESUMEN DE LOS MODELOS, complementarias a la anterior, para evaluar de forma global su validez: la primera es el valor del -2LL y las otras dos son Coeficientes de Determinación (R²), parecidos al que se obtiene en Regresión Lineal, que expresan la proporción (en tanto por uno) de la variación explicada por el modelo. Un modelo perfecto tendría un valor de -2LL muy pequeño (idealmente cero) y un R² cercano a uno (idealmente uno). (Tabla 68)

	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	1320,154(a)	,168	,249

a La estimación ha finalizado en el número de iteración 5 porque las estimaciones de los parámetros han cambiado en menos de ,001.

Tabla 68. Resumen de los modelos para evaluar de forma global su validez.

-2 log de la verosimilitud (-2LL) mide hasta qué punto un modelo se ajusta bien a los datos. El resultado de esta medición recibe también el nombre de "desviación". Cuanto más pequeño sea el valor, mejor será el ajuste.

La R cuadrado de Cox y Snell es un coeficiente de determinación generalizado que se utiliza para estimar la proporción de varianza de la variable dependiente explicada por las variables predictoras (independientes). La R cuadrado de Cox y Snell se basa en la comparación del log de la verosimilitud (LL) para el modelo respecto al log de la verosimilitud (LL) para un modelo de línea base. Sus valores oscilan entre 0 y 1. En nuestro caso es un valor discreto (0,168) que indica que sólo el 16.8% de la variación de la variable dependiente es explicada por las variables incluidas en el modelo.

La R cuadrado de Nagelkerke es una versión corregida de la R cuadrado de Cox y Snell. La R cuadrado de Cox y Snell tiene un valor máximo inferior a 1, incluso para un modelo "perfecto". La R cuadrado de Nagelkerke corrige la escala del estadístico para cubrir el rango completo de 0 a 1.

Las variables realmente predictoras de mala función sexual son: la edad, el nivel de estudios y el tener cirugía vaginal previa. (Tabla 69)

	B	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Edad ≥51 años	1,779	,000	5,924	4,424	7,933
Raza no blanca	-,020	,977	,980	,244	3,943
Estudios primarios	,483	,002	1,621	1,195	2,200
Hijos ≥3 hijos	,169	,358	1,184	,826	1,696
IQVAG si	,664	,000	1,942	1,357	2,778
Constante	-2,126	,000	,119		

Tabla 69. Análisis de resultados, se marca con un círculo rojo las variables con diferencia significativa.

Al analizar los resultados para la variable edad, que fue considerada como categórica, se tomó la primera categoría (mujeres ≥ 51 años) como de referencia, los valores positivos de b y mayores que 1 del $\exp(b)$ muestran que el riesgo de $FSFI \leq 21.7$ fue mayor para estas mujeres. Las mujeres mayores de 51 años muestran un riesgo de “mala función sexual” casi 6 veces mayor [$\exp(b) = 5.924$].

Otra variable presente en el modelo final fue el nivel de estudios, en este caso se evidenció que el riesgo de tener una “mala función sexual” en la variable estudios primario que fue la tomada como referencia resultó un riesgo de 1.62 veces mayor [$\exp(b) = 1.621$].

La tercera y última variable en el modelo resultante fue la presencia de cirugía vaginal previa, que mostró un riesgo casi de 2 veces mayor [$\exp(b) = 1.942$].

El resultado de la regresión logística ratificó el obtenido mediante el análisis univariado, la edad (mujeres mayores de 51 años), el nivel de estudios (estudios primarios) y la cirugía vaginal previa son predictores de “mala función sexual” ($FSFI \leq 21.7$ o percentil 25) en las mujeres de Castilla y León.

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS

APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS

1. En base a los resultados obtenidos mejorar las técnicas quirúrgicas que demuestren en la actualidad efectos negativos sobre la función sexual femenina.
2. Evaluación terapéutica: determinar la función sexual de nuestras pacientes, antes y después del tratamiento farmacológico, fisioterapéutico o quirúrgico de su patología genitourinario sobre todo incontinencia urinaria y fecal y prolapso de órganos pélvicos, con ello podremos ampliar la información suministrada a la paciente previo al tratamiento, para que las expectativas de éxito sean similares tanto para el médico como para la paciente, y los efectos secundario asumidos y esperados.
3. Evaluar si tras la cirugía vaginal por incontinencia urinaria de esfuerzo o prolapso de órganos pélvicos se consigue restaurar la función sexual.
4. Valoración de las posibles secuelas en la función sexual tras la cirugía vaginal.
5. Establecer grupos de riesgo en la población general de Castilla y León, para poder inferir resultados sobre su función sexual, previa y posterior a la cirugía vaginal. Tablas de Predicción de Función Sexual para mujeres de Castilla y León (se desarrollan en las conclusiones de este trabajo).

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Una vida sexual satisfactoria y sana aporta numerosos beneficios y puede llegar a ser un factor predictivo de aumento de la longevidad⁴¹. Una persona adulta sexualmente sana tiene las siguientes características⁴²:

- Valora su propio cuerpo.
- Busca información sobre la reproducción según sea necesario.
- Afirma que el desarrollo del ser humano comprende el desarrollo sexual, el cual puede o no incluir al reproducción o la experiencia genital.
- Interactúa con ambos géneros de una manera respetuosa y adecuada.
- Afirma su orientación sexual y respeta la orientación sexual de los demás.
- Expresa su amor e intimidad en forma apropiada.
- Establece y mantiene relaciones significativas.
- Evita toda relación basada en la explotación y manipulación.
- Toma decisiones con conocimiento de causa respecto a opciones de familia y estilos de vida.
- Desarrolla destrezas que mejoran las relaciones personales.
- Se identifica y vive de acuerdo a sus propios valores.
- Es responsable de sus propios actos.
- Practica la toma de decisiones eficaces.
- Se comunica de manera eficaz con su familia, compañeros/as y pareja.
- Disfruta y expresa su sexualidad durante el transcurso de su vida.
- Expresa su sexualidad de manera congruente con sus propios valores y de respeto por los ajenos.
- Es capaz de reconocer los comportamientos sexuales que realzan la vida y los que son perjudiciales para si mismo y para los demás.
- Busca información nueva que le permita mejorar su sexualidad.
- Utiliza métodos anticonceptivos de manera eficaz a fin de evitar embarazos no deseados.

- Evita el abuso sexual.
- Busca atención prenatal oportuna.
- Evita contraer y/o transmitir infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA.
- Ejerce sus responsabilidades democráticas, a objeto de tener influencia en la legislación relativa a asuntos sexuales.
- Muestra respeto hacia personas con diferentes valores y modos de vida sexuales.
- Evalúa la repercusión de los mensajes familiares, culturales, religiosos, de los medios de comunicación y de la sociedad en los pensamientos, sentimientos, valores, comportamientos personales relacionados con la sexualidad.
- Promueve los derechos de todas las personas a tener acceso a información fidedigna acerca de la sexualidad.
- Evita comportamientos que con llevan prejuicio e intolerancia.
- Rechaza los estereotipos respecto a la sexualidad de las diversas poblaciones.

Las alteraciones sexuales suponen un déficit en la calidad de vida de las mujeres que las sufren y con frecuencia son un tema tabú durante la entrevista clínica, como ha pasado y sigue pasando en nuestro medio al plantear temas de sexualidad en la consulta o incluso en nuestra vida cotidiana, por los factores culturales, ambientales, familiares y religiosos de nuestro entorno.

Los cuestionarios autocumplimentados son un elemento de ayuda a la hora de diagnosticar disfunciones sexuales en la consulta de cualquier Médico de Atención Primaria, Psicólogo, Psiquiatra, Ginecólogo o Urólogo, porque ayudan a mantener cierto anonimato favorece su sinceridad a respetar su intimidad, y en parte, evita la vergüenza de la paciente a la hora de contestar nuestras preguntas directamente. Existen numerosos cuestionarios de función sexual para los varones con varios años de

evolución y seguimiento, como son el Erectile Dysfunction Quality of Life Questionnaire (ED), International Index of Erectile Function (IIEF©) o el Sexual Function Index (SFI); en cambio para la mujer ofrecen una evaluación parcial y son mucho más escasos y difíciles de conseguir validados al castellano y adecuados para nuestra población, ya que las referencias dadas para un tipo de población femenina quizá no sean las más adecuadas para otra población a estudio y eso debe ser tomado en cuenta para no considerar un valor determinado como mala o buena función sexual si se compara con valores de tablas obtenidos en otros países o culturas.

Existen múltiples test de evaluación de la función sexual femenina. En rasgos generales se pueden dividir en dos grupos: Específicos y Generales.

Los test específicos estudian la función sexual femenina de mujeres con disfunción del suelo pélvico. Los test de carácter general estudian la función sexual femenina de las mujeres sin patología previa específica.

- **Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)**^{43, 39} Test de carácter general, auto administrable que consta de 19 preguntas que investigan todos los ítems diagnósticos de la disfunción sexual femenina según el DSM IV. 2 preguntas de deseo, 4 de excitación, 4 de lubricación, 3 de orgasmo, 3 de satisfacción y 2 de dolor. Cada ítem se evalúa con puntuación entre 0-5, siendo la puntuación total entre 2-36. Se considera una función sexual patológica cuando la puntuación es 26,55 o inferior, o la puntuación de algún dominio menor de 3.6. Este test está validado y traducido al español. Anexo 1 y 2.

- **Cuestionario de Función Sexual de la mujer (FSM)**⁴⁴. Otro de los test generales. Cuestionario auto administrado de 14 preguntas cerradas y una alternativa que se responden mediante la escala de 5 valores y se integran en dominios. Estos son: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción de la actividad sexual, de la vida sexual en general, problemas con la penetración vaginal, ansiedad anticipatoria, iniciativa sexual, grado de comunicación sexual. Anexo 3.

- **Organ Prolapse Urinary Incontinence Sexual Questionnaire. (PISQ-31)**⁴⁵. Cuestionario traducido y validado al castellano: es específico para evaluar la

función sexual en mujeres con incontinencia y prolapso. Consta de 31 preguntas, que evalúan el deseo, excitación, lubricación, dolor coital, eyaculación precoz, disfunción eréctil, frecuencia sexual, incontinencia urinaria y fecal, problemas vaginales, miedo a la relación y satisfacción sexual, y el orgasmo.

Se divide en tres dominios: un dominio conductual o emotivo, en el que mide la frecuencia de actividad sexual, la frecuencia de deseo, rango de orgasmo y la satisfacción con la relación sexual; el segundo dominio es el físico y mide el dolor, la incontinencia, la sensación de prolapso y el miedo a la incontinencia urinaria o fecal durante la relación sexual; el tercer dominio se encarga de evaluar a la pareja, mide la disfunción eréctil, la eyaculación precoz, la estenosis vaginal o la percepción de la mujer del rechazo a mantener una relación sexual por su pareja.

Utiliza una escala de 0 nunca, hasta 4 siempre, siendo la máxima puntuación posible 124 siendo la media de la puntuación de 94.

• **Organ Prolapse Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)**. Es la forma reducida a 12 preguntas del PISQ. Específico para evaluar la función sexual en mujeres con incontinencia y prolapso. Está validado y traducido al castellano⁴⁶. Aborda el orgasmo y la incontinencia con dos preguntas, y con solo una, la excitación, satisfacción, dolor coital, frecuencia, bulto genital, miedo-vergüenza ante la relación, eyaculación precoz y disfunción eréctil. La puntuación máxima posible es de 48, pudiéndose referenciar los resultados en el PISQ-31, multiplicando el resultado por 2.58, por lo tanto en este caso la media debería ser 36. Anexo 4.

- **ICIQ-VSex**. Internacional Consultation on Incontinent Moular Questionarire.⁴⁷
- **SFQ-V1**. Sexual function questionnaire⁴⁸.
- **CSFQ**. Changes in Sexual Functioning Questionnaire⁴⁹.
- **Sexual History Form (SHF-12) (SHF-24)**.^{50,51}

- International Consultation on incontinence questionnaire Vaginal Symptoms⁵². (ICIQ VS).

- **SHOW-Q**. Sexual Health Outcomes in Women Questionnaire.⁵³

A continuación desarrollaremos los que se han validados o diseñado en castellano para poder comparar sus resultados con los obtenidos por nuestras mujeres de Castilla y León con el cuestionario FSFI© en versión en español.

1. Cuestionario de Función Sexual de la Mujer: FSM©

El cuestionario de Función sexual de la Mujer (FSM)⁴⁴ es diseñado y validado en nuestro país por un comité de expertos, formado por Médicos de Familia y Psicólogos con formación y experiencia en sexología; a partir de un alto número de ítems (un promedio de 6 preguntas por dominio) se realizó una prueba piloto donde se adoptaron 14 ítems y uno alternativo, fueron condiciones para su diseño que se pudiese aplicar a mujeres con actividad sexual en pareja o individual, de cualquier edad y orientación sexual. Anexo 3.

El FSM es un cuestionario autoadministrado, de 14 preguntas cerradas o ítems y una alternativa, que se responden mediante una escala Likert de 5 valores y se integran en dos tipos de dominios: dominios evaluadores de la actividad sexual (DEAS) y dominios descriptivos; y las categorías diagnósticas en cada dominio: trastorno grave, moderado y sin trastorno. Las preguntas incluidas en los dominios de actividad sexual puntúan de 1 a 5 y las de los dominios descriptivos no tienen valor cuantitativo y ayudan a reconocer cuestiones como la frecuencia sexual, la existencia de pareja o disfunción sexual en la encuestada o en su pareja (Tabla 70).

La puntuación máxima es 100.

- Dominios evaluadores de la actividad sexual y los ítems correspondientes:
 - Deseo: 1, 2, 4.

- Excitación: 3, 4, 5.
 - Lubricación: 5.
 - Orgasmo: 9.
 - Satisfacción de la actividad sexual: 9, 13.
 - Satisfacción sexual general: 14.
 - Problemas con la penetración vaginal: 6, 7a, 8.
 - Ansiedad anticipatorio: 8.
 - Iniciativa sexual: 10.
 - Grado de comunicación sexual: 11.
- Dominios descriptivos y los ítems correspondientes:
 - Actividad sexual sin penetración vaginal: 7b.
 - Frecuencia de actividad sexual: 12.
 - Existencia o no de pareja sexual: 11.

En este estudio se tomó una muestra de 212 mujeres sin enfermedad concomitante que pudiese influir en su respuesta sexual; ya que de acuerdo con los estudios publicados sobre la prevalencia de disfunción sexual femenina, la muestra mínima necesaria para su medida en la Comunidad Valenciana se fijó en ese dato (prevalencia estimada del 41-43%, imprecisión del 6%, $\alpha=0.05$, número: 1.500.000).

Las limitaciones de este estudio son: el pequeño número de encuestas válidas (212) y la baja tasa de mujeres que contestaron a este test (42%), aunque siempre hay que considerar las connotaciones que tiene cualquier consulta de este tipo. En comparación otros cuestionarios de función sexual, el FSM presenta un ajustado número de preguntas y tiempo de cumplimentación (5-10 minutos), su fidelidad en la evaluación de las fases de la respuesta sexual, su capacidad para evaluar mujeres con actividad sexual en pareja o individual, sea cual sea su orientación sexual. En los resultados de este estudio desconocemos los valores obtenidos por la muestra pero la cifra de corte de puntuación en la que los dominios evaluadores de actividad sexual diagnostican una disfunción sexual, están perfectamente diferenciados entre trastorno severo, moderado o sin trastorno, como se demuestra en la siguiente tabla. (Tabla 1)

Para diagnosticar disfunción sexual solo contabilizan los 6 primeros dominios evaluadores de actividad sexual (DEAS): Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Problemas con la penetración vaginal, Ansiedad anticipatoria.

Consideraciones especiales a la hora de interpretar la tabla 1.

- a. **Dominio “Grado de comunicación sexual”:** No evaluable si la opción elegida por la mujer fuese NO TENGO PAREJA.
- b. **Dominio “Actividad sexual sin penetración vaginal”:** Evaluable solo si no hay respuesta a la pregunta 7a y sí a 7b.

Consideraciones diagnósticas a la información complementaria del ítem 7b:

- Si la respuesta es a) Dolor o b) Miedo a la penetración: Considerar posible “trastorno sexual por dolor” (DSM-IV-TR y CIE 10): Vaginismo o dispareunia severos.
- Si la respuesta es d) Incapacidad por parte de su pareja: Estudiar posible disfunción eréctil u otro trastorno de la pareja.

Cuestionario FSM ©: Dominios e interpretación de resultados

	<u>Dominios evaluadores de actividad sexual (DEAS)</u>	<u>Ítems</u>	<u>Puntuación Total</u>	<u>Interpretación</u>
<i>Evalúan la Respuesta Sexual y la presencia de Disfunción Sexual</i>	1-Deseo	1, 2, 4	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
	2-Excitación	3, 4, 5	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
	3-Lubricación	5	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
	4-Orgasmo	9	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
	5-Problemas con la penetración vaginal	6, 7a, 8	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
	6-Ansiedad anticipatoria	8	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
<i>Evalúan aspectos relacionales de la actividad sexual</i>	7-Iniciativa sexual	10	1	Ausencia de iniciativa sexual
			2	Moderada iniciativa sexual
			3-5	Buena iniciativa sexual

	8-Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja ^a	11	1	Ausencia de confianza para comunicar
			2	Moderada confianza para comunicar
			3-5	Buena confianza para comunicar
<i>Evalúan satisfacción sexual</i>	9-Capacidad de disfrutar con la actividad sexual	9, 13	1-2	Incapaz de disfrutar
			3-5	Moderada capacidad de disfrutar
			6-10	Buena capacidad de disfrutar
	10-Satisfacción con su vida sexual en general	14	1	Insatisfacción sexual general
			2	Moderada satisfacción sexual general
			3-5	Buena satisfacción sexual general

	Dominios descriptivos	Ítems	Información complementaria
<i>Describen aspectos de interés sobre la actividad sexual</i>	11-Actividad sexual sin penetración vaginal ^b	7b	a) Dolor b) Miedo a la penetración c) Falta de interés para la penetración vaginal d) No tener pareja sexual e) Incapacidad por parte de su pareja
	12-Frecuencia de actividad sexual	12	a) 1-2 veces b) De 3 a 4 veces c) De 5 a 8 veces d) De 9 a 12 veces e) Más de 12 veces
	13-Existencia o no de pareja sexual	11	a) Si b) No

Tabla 70: Dominios e interpretación de resultados del cuestionario FSM©

Tomado de:

Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar J, Ca ballero A. Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Primaria* 2004; 34 (6): 286-92.

2. Cuestionario Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-31)

El cuestionario Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-31) fue creado por Rogers et al.⁵⁴ y diseñado inicialmente como un instrumento específico, fiable, válido y autoadministrado para evaluar la función sexual en mujeres con prolapso de órganos pélvicos o incontinencia urinaria o fecal. Aunque existe una versión en lengua española de este cuestionario⁴⁵, fue desarrollada en EEUU para hispanos residentes en el país, y por lo tanto, no es válida para el entorno cultural español porque el entorno sociocultural tiene una gran importancia al traducir y validar cualquier cuestionario.

3. Versión reducida del Cuestionario Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12).

Los mismos autores que desarrollaron el PISQ-31 presentaron una versión reducida de 12 ítems del mismo cuestionario.⁵⁵ Tiene una puntuación máxima de 48 y puede ser convertido a su versión PISQ-31 si multiplicamos sus puntuaciones por 2.58.

El cuestionario Pelvic Organ Prolapse / Urinary Incontinence Sexual Questionnaire en su versión corta (PISQ-12) en castellano fue desarrollado por la Dra. Espuña y col⁴⁶ en 2008, y es el primer cuestionario validado y adaptado culturalmente para su uso en España para la evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia urinaria. Anexo 3.

El estudio de adaptación cultural y validación se llevó a cabo mediante cuatro fases: *traducción* (traducción al español las 12 preguntas del cuestionario original), *retrotraducción* (las 12 preguntas traducidas del inglés al español fueron de nuevo traducidas al inglés y mediante consenso de expertos se genera la versión española definitiva), *panel de pacientes y expertos* (verifica que la población española entiende e interpreta lo mismo al leer los ítems traducidos, equivalencia conceptual entre la versión

norteamericana original y la versión española) y *evaluación de las propiedades psicométricas* de la versión española del PISQ-12 (análisis estadísticos de factibilidad, validez y fiabilidad).

El cálculo de la puntuación del cuestionario PISQ-12, se realiza mediante la suma de las puntuaciones de cada ítem, de 0: siempre a 4: nunca; invirtiéndose la puntuación para los ítems 1, 2, 3 y 4.

El PISQ-12 aborda el orgasmo y la incontinencia con dos preguntas, y con solo una, la excitación, la satisfacción, el dolor coital, la frecuencia en las relaciones sexuales, el bulto genital, el miedo-vergüenza ante la relación sexual, la eyaculación precoz y la disfunción eréctil.

El cuestionario se divide en los mismos tres dominios que su versión larga o PISQ-31:

- Dominio conductual o emotivo: ítems 1, 2, 3 y 4.
- Dominio físico: ítems 5, 6, 7, 8 y 9.
- Dominio relativo a la pareja: ítems 10, 11 y 12.

En los resultados expuestos en el trabajo de validación y traducción del PISQ-12 al castellano, se obtuvo una tasa de respuestas del test del 49% (contestaron 49 de 100 pacientes). Se entregó a la vez el cuestionario FSM al que se recurrió como lo más parecido a un “gold standar” (dado que no existe ningún cuestionario validado en España que mida exactamente lo mismo que el PISQ). La media de la puntuación fue 36.875 ± 7.808 para mujeres con edad media de 47.9 años, en este test el máximo de puntuación es 48, por lo que para tomar una medida sobre 10 tendríamos una puntuación de 7.6. En este cuestionario desconocemos la cifra a partir de la cual, la puntuación se considera una mala función sexual.

4. *The Female Sexual Function Index (FSFI)*^{43,39}

En el año 2000 Rosen publicó su cuestionario para medir la función sexual femenina; lo realizó en dos fases: la primera fase se basó en la selección de los ítems o preguntas de las cuales está formado el cuestionario y en la segunda fase se desarrolló la fiabilidad y la validación estadísticas en la construcción del test.

En la primera fase se seleccionaron los ítems relativos al desorden de la excitación femenina (FSAD: *female sexual arousal disorder*), aunque los dominios del deseo, el dolor, el orgasmo y la satisfacción también fueron tenidos en cuenta. Un grupo de expertos realizaron 30 preguntas inicialmente. El objetivo de esta fase fue conocer los criterios psicométricos básicos, que fuera claro y entendible, dar opciones de respuestas comprensibles, ser relativamente simple de administrar y puntuar, y ser imparcial en lo que concierne a edad, identidad étnica, educación, o estado económico. Las preguntas fueron diseñadas para la población heterosexual y homosexual. Este primer test fue administrado a 30 mujeres voluntarias y de esta primera experiencia se obtuvo que el test era comprendido por la mayoría, aunque algunas preguntas y opciones fueron expresadas con otras palabras para mejorar la claridad; al final de esta fase se desarrolló un test con 29 preguntas.

En la segunda fase, el cuestionario de 29 preguntas obtenido en la fase uno se administró a 259 voluntarias en cinco centros de Estados Unidos (UMDNJ-Robert Wood Johnson Medical School, Piscataway, NJ; U. Tennessee, Memphis, TN; U. Washington, Seattle, WA.; U. Texas, Austin, TX; Columbia U. School of Medicine, New York, NY.). La muestra clínica conocía los criterios para el diagnóstico del FSAD, mientras que el grupo control fue de mujeres sanas sexualmente activas y con pareja heterosexual estable. La edad de las mujeres de ambos grupos estaba comprendida entre los 20 y los 70 años. El objetivo de esta segunda fase fue examinar la validación del test (factorial, discriminante, y divergente) y su fiabilidad (consistencia interna y fiabilidad test-retest).

El test se administró en dos visitas separadas por dos y cuatro semanas, en la primera visita se completaban unas preguntas demográficas. Las primeras evaluaciones fueron realizadas pregunta por pregunta para obtener preguntas con propiedades psicométricas adecuadas y de relevancia clínica. El análisis de estos factores fue

conformando los dominios actuales. La consistencia interna de las preguntas con cada factor fue evaluada con el test alfa de Cronbach y se compararon las respuestas dadas en la primera y en la segunda visita para ver la fiabilidad y el coeficiente de estabilidad. Tras estos estudios estadísticos el cuestionario se redujo al que actualmente conocemos con 19 preguntas que conforman 6 dominios de la sexualidad femenina: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor (aunque inicialmente el deseo y la excitación se consideraban en el mismo dominio).

Tras la primera visita, las 259 mujeres se dividían en sanas (131) y con FSAD (128). Los valores obtenidos en el test por Rosen son los siguientes: para las mujeres sanas el resultado global del test fue 30.5 ± 5.29 y para las mujeres con déficit de la excitación, 19.2 ± 6.63 , con diferencias significativas tanto en el resultado global como en cada uno de los dominios.

La puntuación se fijó según la escala Likert, de 1 a 5 para cada una de las preguntas con una puntuación global mínima de 2 y máxima de 36, pero también en las preguntas 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18 y 19 hay opción para contestar que no se han mantenido relaciones sexuales y por lo tanto hay 6 opciones que puntúa de 0 a 5. Una puntuación de 26,55 o menor o una puntuación individual en uno de los dominios menor de 3.6, sugiere según los autores disfunción sexual femenina⁴³.

El FSFI© es un test multidimensional de autorrealización por parte de la mujer que tiene la ventaja, sobre los diarios y calendarios sexuales de las mujeres, de permitir una evaluación cuantitativa y que puede ser usado en multitud de trabajos científicos.

5. *Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)*⁴⁰

El test de Rosen en 2004 fue validado y aplicado en castellano a mujeres chilenas, evaluando la edad, el estado civil y la educación en el riesgo de tener disfunción sexual por *Blümel* y cols⁴⁰. Se encuestaron 371 mujeres con edad entre 20 y

59 años, con actividad sexual en los últimos tres meses y salud normal (se excluyeron usuarias de reemplazo hormonal o de anticonceptivos orales, histerectomizadas, embarazadas y aquellas en los primeros seis meses de postparto). El índice de respuesta fue del 96.9% (siendo de los más altos en este tipo de estudios).

El formulario de la encuesta fue traducido al español, vuelto a traducir al inglés y nuevamente traducido al español (*backward-translate technique*) y se aplicó el test alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de los diferentes dominios del test; obteniendo valores que señalan una buena o muy buena correlación (>0.70 para el deseo y el orgasmo y >0.80 para la excitación, la lubricación, la satisfacción y el dolor).

El cuestionario en su versión en castellano mantiene los seis dominios originales de Rosen: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; con 19 ítems con 5 ó 6 opciones, asignándoles una puntuación que va de 0 a 5. La puntuación de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntuación mejor sexualidad o función sexual. Además se evaluaron la edad, el estado civil y el nivel educacional. (Anexo 2)

También mantiene la puntuación original de corte para riesgo de disfunción sexual en una puntuación global de 26. En la siguiente tabla vemos una media de $27,6 \pm 5,8$ por encima del punto de corte que indica disfunción sexual. Con el aumento de la edad observaron que las puntuaciones del FSFI[©] disminuían, especialmente a partir de los 40 años (ya demostrado por este grupo de autores en el 2002 en el demostraban que la prevalencia de los trastornos sexuales aumentaban desde el 22.2% a los 40 años a un 66.6% en las mujeres de 60 años)⁵⁶. Se confirmó que la edad era predictora de mayor riesgo de disfunción sexual en mujeres, casi cuadruplicándose el riesgo en mujeres mayores de 44 años. (Tabla 71) Vemos diferencias significativas en todos los dominios y en la puntuación total del test al comparar los distintos rangos de edad ($p < 0.05$).

En estos mismos estudios se demostró que un mejor nivel cultural disminuye en un 40% el riesgo de presentar disfunción sexual.

También demuestra que el tener pareja estable es otro factor protector del riesgo de disfunción sexual.

CAMBIOS DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA CON LA EDAD							
EDAD	DESEO	EXCITACIÓN	LUBRICACIÓN	ORGASMO	SATISFACCIÓN	DOLOR	TOTAL
20-24	3,8±1,2	4,5±1,2	4,8±1,3	4,4±1,2	5,2±1,2	4,8±1,0	27,5±5,6
25-29	3,8±0,8	4,6±1,2	5,3±1,1	5,1±1,1	5,2±1,3	5,2±1,2	29,1±5,1
30-34	3,7±1,1	4,5± 1,1	5,2±1,1	4,9±0,9	5,1±1,4	5,2±1,0	28,7±4,8
35-39	3,9±1,2	4,5±1,1	5,3±0,8	4,9±1,0	5,1±1,3	5,4±1,0	29,1±4,9
40-44	3,6±1,8	4,6±1,0	5,1±1,0	4,8±1,0	5,4±0,9	5,2±1,1	28,7±4,6
45-49	3,4±1,1	3,9±1,3	4,3±1,7	4,2±1,6	4,7±1,6	4,7±1,7	25,2±8,0
50-54	2,6±0,9	3,6±1,0	4,8±1,1	4,1±1,5	4,7±1,2	5,2±0,7	24,9±5,1
55-59	2,5±1,2	3,1±1,6	3,8±1,7	3,5±1,6	4,4±1,3	3,8±1,9	21,0±6,0
Total	3,6±1,2	4,3±1,2	5,0±1,2	4,6±1,3	5,1±1,3	5,0±1,2	27,6±5,8
P<	0,0001	0,002	0,0001	0,00001	0,00001	0,0007	0,0001

Tabla 71. Cambios de la función sexual femenina con la edad en la población chilena. Nótese el punto límite de los 45 años en los que los valores del test descienden progresivamente.

El test FSFI© también ha sido traducido y validado al portugués en 2007 en mujeres Brasileñas por Hentschel⁵⁷ y en 2009 por Pacagnella⁵⁸; que fue traducido al portugués, vuelto a traducir al inglés y nuevamente traducido al portugués (*backward-translate technique*) y se aplicó el test alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de los diferentes dominios del test; obteniendo valores que señalan una muy buena correlación (>0.90). El cuestionario mantuvo sus seis dominios y las 19 preguntas del original y su corrección.

El test se pasó a 215 mujeres con edad media de 34 años y similares características en pareja y nivel cultural y a 235 mujeres por *Hentschel*⁵⁷ con edad media de 35 años; en ninguno de los dos casos nos ofrecen sus resultados con respecto a los valores obtenidos en el test FSFI© para poder conocer los valores de la función sexual de las muestras de mujeres brasileñas, pero sí nos indican que con el test FSFI© podemos obtener de una forma práctica datos objetivos, cuantificables y analizarlos en estudios poblacionales cuando antes en los casos de función sexual únicamente teníamos medidas subjetivas. En el estudio de *Pacagnella*⁵⁸ propone una nueva forma de realizar el test, el cara a cara con la mujer y un entrevistador y no sólo como estaba descrito, autoadministrado; ya que de esta forma únicamente consigue un 1.7% de no respuestas; aunque se debería discutir la fiabilidad de las pacientes y valorar la confianza e intimidad que ofrece el completar ellas mismas el cuestionario.

También este test ha sido validado y traducido al alemán por *Berner*⁵⁹ en 2004, por una falta general de herramientas de diagnóstico en los países de habla alemana. Se realizó una validación semántica-cultural y un análisis factorial con una alta correlación con el test original en 1243 mujeres. Se mantuvieron los 19 ítems originales con sus seis dominios y su corrección original, lo que no conocemos el valor del FSFI© de corte para diagnosticar disfunción sexual en las mujeres alemanas ni los resultados obtenidos por este grupo investigador, como nos ocurría con las mujeres brasileñas.

Las aplicaciones encontradas en la literatura del cuestionario FSFI© en sus distintas traducciones y validaciones son numerosas pero por su similitud cultural hemos querido dar relevancia a un estudio de mujeres italianas publicado en 2006⁶⁰, por *Salonia*, en el que querían estudiar la implicación de la diabetes mellitus tipo I en la función sexual de la mujer, para lo cual pasan el cuestionario FSFI© a 50 de sus pacientes diabéticas de edad media 33.5 y lo comparan con un control de 47 mujeres italianas sanas de 34.1 años de edad media, mayores de 18 años, con pareja heterosexual estable y no tomadoras de anticonceptivos orales. Este estudio se desarrolla en dos fases del ciclo menstrual de la mujer: la fase folicular y la lútea, administrando el test en las dos ocasiones y comparando los resultados.

Durante la fase lútea obtienen una puntuación total del FSFI© de 31.0 (26.1-32.6) para las mujeres control y de 31.1 (19.5-33.0) para las mujeres diabéticas sin encontrar diferencias estadísticamente significativas, en cambio sí que encontraron diferencias significativas en la fase lútea en la que el grupo control obtuvo puntuaciones de 31.1 (28.6-32.7) y el de las mujeres diabéticas, 27.8 (20.2-31.4).

En la fase folicular, las pacientes y las mujeres control tenían similar puntuación en el cuestionario; sin embargo, durante la fase lútea las pacientes tienen unos resultados del test significativamente más bajos que las mujeres sanas en el resultado global, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y el dolor, pero no en el deseo.

*Nappi*⁶¹ en 2008, realiza un estudio en el que realiza el test FSFI en italiano a 564 pacientes de la consulta de chequeo anual de ginecología, en el que además del test recoge: la edad, la educación, el estado marital, la paridad, el índice de masa corporal, uso de contracepción hormonal, el estado menopáusico y el uso de tratamiento hormonal sustitutivo. La media de edad es 33 años (26-50 años), la media de la puntuación del FSFI fue 27.6 (con percentil 25: 18.7 y percentil 75: 30.9). El 24.4% de la muestra encuestada estaba por debajo del percentil 25.

A las mujeres con puntuación del test por debajo del percentil 75 se les realizó una entrevista clínica siguiendo los criterios de diagnóstico de las disfunciones sexuales de la DSM-IV y clasificando a las mujeres en disfunción sexual o no, demostrando que la mayor parte de los casos de disfunción sexual tenían la puntuación del test por debajo del percentil 25 por lo tanto en este estudio es el único en el que encontramos unos puntos de corte diferentes al del original de $FSFI \leq 26.55$:

- Para mujeres en edad fértil: $FSFI \leq 23.4$ (en no tomadoras de anticonceptivos orales) y $FSFI \leq 20.8$ (en mujeres con anticonceptivos orales).
- Para mujeres menopáusicas: $FSFI \leq 14.1$ (en mujeres sin tratamiento hormonal sustitutivo) y $FSFI \leq 18.5$ (en mujeres con tratamiento hormonal sustitutivo).

Otro estudio, importante en esta revisión lo encontramos en 2009 realizado por *Chedraui*⁶², en el que evalúa la función sexual de mujeres en edad media en Ecuador, realiza el test FSFI© a 409 mujeres hispanas de 40 a 59 años de edad, en el que además incluye datos sociodemográficos tanto de la mujer (edad, paridad, estado menopáusico: pre, peri o postmenopausia, estado marital, nivel cultural, sistema de acceso a la sanidad, hábito tabáquico, religión, historia de abusos sexuales, , historia psiquiátrica, uso de psicofármacos y tratamiento hormonal sustitutivo para la menopausia) como de su pareja (edad, nivel educativo, nivel sanitario, fidelidad, alcoholismo, disfunción sexual: disfunción eréctil o eyaculación precoz).

La edad media de estas mujeres fue de 47 ± 5.3 años. Se obtuvo unos resultados del FSFI© global medios de $20,1 \pm 12.4$. (Tabla 72)

Dominios	Media \pm desviación típica	Mediana
Deseo	3.7 \pm 1.3	3.6
Excitación	3.2 \pm 2.5	4.2
Lubricación	3.3 \pm 2.6	4.8
Orgasmo	2.7 \pm 2.3	2.8
Satisfacción	4.1 \pm 1.8	4.8
Dolor	3.2 \pm 2.6	4.4
FSFI© total	20.1 \pm 12.4	24.7

Tabla 72. Valores de los seis dominio y el resultado global del test FSFI© para la población de 40 a 59 años de Ecuador.

El test pasado mantiene la forma original del autor con los 6 dominios y las 19 preguntas y mantiene el punto de corte en 26 para determinar la disfunción sexual por lo que en esta población el 55.7% tendría disfunción sexual.

Los factores de riesgo que estos autores han encontrado determinantes con significación estadística para esta disfunción sexual han sido: la edad de la mujer mayor o igual a 46 años, postmenopáusica, tener una pareja fiel y el uso de sustitutivos hormonales para el tratamiento de la menopausia.

Las mujeres postmenopáusicas con atrofia vaginal presentan una disminución de frecuencia de sus relaciones sexuales por dolor como consecuencia de la estrechez y la sequedad vaginal. En el Congreso de la Sociedad Americana de Menopausia en 2007 se presentó que cerca del 60% de las mujeres de edad media (≥ 35 años) presentan síntomas vaginales (sequedad vaginal, dolor durante las relaciones sexuales, estrechez vaginal o vaginismo) o aumento de las infecciones del tracto urinario. Esto provoca que muchas mujeres eviten las relaciones sexuales⁶³.

En este trabajo aparece como riesgo de disfunción sexual el uso de tratamiento hormonal sustitutivo, aunque en muchos autores defienden lo contrario⁶⁴.

Los factores culturales contribuyen a la disfunción sexual sobretodo en cultural en las que se enseña a las mujeres que el sexo es únicamente con fines procreativos, no deben disfrutar con ello o que su función más importante es dar placer al hombre en su propio detrimento. Esto suele ser frecuente en culturas patriarcales.

Al iniciar este trabajo nos planteamos, ¿cuál es el test ideal para nuestra consulta? Y viendo las características del PISQ-12 y de la versión en castellano del FSFI©, preferimos éste último por varios motivos:

- Evalúa estrictamente aspectos femeninos de la sexualidad, sin que los factores masculinos como la disfunción eréctil o la eyaculación precoz influyan, sólo tiene en cuenta a la mujer y sus características y no la relación sexual de pareja.
- El FSFI© es un test que estudia la función sexual de la mujer en general, no específica de pacientes con patología del suelo pélvico, esto es importante, porque una de las utilidades de estos test es comparar la función sexual tras la cirugía por prolapso de órganos pélvicos o incontinencia de esfuerzo y cuantificar una restauración *ad integrum* de la función sexual tras la cirugía, es decir restaurar la función sexual de una mujer normal de sus características, excepto la patología del suelo pélvico.
- En una revisión de la literatura del 2009⁶⁵ refieren que al comparar la función sexual de las pacientes pre y postquirúrgica (cirugía del suelo pélvico) con test específicos como es el PISQ, incrementa la función sexual en un 70%

después de la cirugía, en cambio si se usan test generales como es el FSFI©, no se muestran diferencias entre la función sexual antes y después de realizar la intervención quirúrgica reparadora del suelo pélvico, ya que estamos comparando aspectos generales de la sexualidad femenina (descritos en la DSM-IV) y no si tiene incontinencia coital o efecto masa en la vagina, que en los test específicos cambia el resultado final del test.

Si comparamos los trabajos revisados en la literatura con nuestro estudio de 1527 mujeres de Castilla y León observaremos ciertas similitudes en algunos aspectos y diferencias en otros.

Nuestra edad media ha sido 44.81 ± 13.71 con una mediana de 44 años similar a la de estudios previos, con resultados para los seis dominios y test FSFI ligeramente inferior al obtenido por las mujeres italianas y latinoamericanas. Como se demuestra en la siguiente tabla. (Tabla 73)

Dominios	Media \pm desviación típica	Mediana
Deseo	3.29 \pm 1.2	3.6
Excitación	3.82 \pm 1.8	4.2
Lubricación	4.21 \pm 2.0	5.1
Orgasmo	4.04 \pm 2.0	4.8
Satisfacción	4.2 \pm 1.7	4.8
Dolor	4.3 \pm 2.0	5.2
FSFI© total	25.5\pm8.1	27.9

Tabla 73. Valores de los seis dominio y el resultado global del test FSFI© para la población de mujeres de Castilla y León.

Si observamos una comparativa según décadas de edad observaremos la disminución del FSFI sobretodo a partir de los 50 años (Tabla 74), como ocurría en la población chilena a partir de los 45 años.

CAMBIOS DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA CON LA EDAD							
EDAD	DESEO	EXCITACIÓN	LUBRICACIÓN	ORGASMO	SATISFACCIÓN	DOLOR	TOTAL
20-29	3,96±1.0	4,60±1.5	4,86±1.7	4,63±1.7	5,02±1.1	4,66±1.7	28,46±6.3
30-39	3,79±1.0	4,74±1.2	5,17±1.2	4,82±1.4	5,00±1.0	5,07±1.3	28,85±5.1
40-49	3,49±1.0	4,22±1.4	4,72±1.5	4,56±1.6	4,78±1.2	4,91±1.7	27,40±6.5
50-59	2,82±1.1	3,35±1.7	3,80±2.0	3,76±2.0	4,22±1.4	4,01±2.1	22,98±8.7
60-69	2,33±0.9	2,10±1.7	2,31±1.9	2,34±2.0	3,55±1.5	2,71±2.4	18,03±8.8
≥70	2,13±0.9	1,18±1.2	1,28±1.6	1,25±1.7	3,12±1.1	1,52±2.2	12,87±8.0
Total	3,29±1.2	3,83±1.8	4,21±2.0	4,05±2.0	4,57±1.7	4,30±2.0	25,56±8.1
P<	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Tabla 74. Valores de los seis dominio y el resultado global del test FSFI© para la población de Castilla y León por décadas. Nótese la disminución del FSFI© a partir de los 50 años.

En nuestro trabajo pensamos que una clasificación clínicamente útil, sería dividir a las mujeres por edad según su estado menstrual. Con respecto al estado menopáusico se considera: mujer premenopáusica a la mujer con menstruación regular, mujer perimenopáusica a la mujer con irregularidades en su ciclo menstrual de más de siete días y mujer postmenopáusica a la mujer que no ha tenido menstruación en los últimos 12 meses, sin estar embarazada ni otras enfermedades que puedan provocar ausencia de menstruación⁶⁶. En nuestro caso se dividió a la población en mujeres premenopáusicas, hasta los 40 años de edad, mujeres perimenopáusicas entre los 41 y los 50 años y mujeres postmenopáusicas a las mayores de 51 años. (Tabla 75)

En la literatura encontramos que las mujeres postmenopáusicas tiene 2.3 veces más riesgo de padecer disfunción sexual que las mujeres premenopáusicas⁶⁷.

CAMBIOS DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA CON LA EDAD							
EDAD	DESEO	EXCITACIÓN	LUBRICACIÓN	ORGASMO	SATISFACCIÓN	DOLOR	TOTAL
≤40 a	3,85±1.0	4,68±1.3	5,05±1.4	4,76±1.5	5,00±1.0	4,93±1.4	28,70±5.6
41-50	3,46±1.0	4,18±1.4	4,69±1.5	4,53±1.6	4,77±1.2	4,83±1.7	27,17±6.5
≥51a	2,52±1.0	2,58±1.8	2,89±2.1	2,89±2.0	3,84±1.5	3,21±2.4	20,07±9.2
Total	3,29±1.2	3,83±1.8	4,21±2.0	4,05±2.0	4,57±1.7	4,30±2.0	25,56±8.1
P<	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Tabla 75. Valores de los seis dominios y el resultado global del test FSFI© para la población de Castilla y León por grupos de edad según el estado menopáusico. Nótese la disminución del FSFI© a partir de los 50 años.

Como vemos en la tabla anterior la función sexual cae a partir de los 51 años, creemos que por la menopausia entre otros factores asociados.

Si tomamos como disfunción sexual los valores del FSFI dados por el autor original para la sociedad norteamericana debemos considerar que disfunción sexual es un $FSFI \leq 26.55$ o ≤ 3.6 en alguno de los dominios; para nuestras mujeres de Castilla y León tendríamos un 38.7% de mujeres con disfunción sexual y un 61.2% con una función sexual por encima de lo considerado como disfunción sexual; con factores predictivos de disfunción sexual: estudios primarios, edad mayor o igual a 51 años y el haber sufrido una intervención vaginal previa.

Nosotros al estudiar el tipo de población que conforman las mujeres de Castilla y León debemos tener en cuenta, los antecedentes históricos de nuestro país y comunidad autónoma de tipo sociocultural, político y religioso ya que un hecho determinante es que España se ha convertido en un estado aconfesional con la aprobación de la Constitución Española en 1978, y debemos tener en cuenta que hasta entonces la educación católica, únicamente consiente las relaciones sexuales con fines de procreación y condena el uso de anticonceptivos, por lo que la mayoría de las mujeres de nuestra sociedad tendrán más de 30 años y por lo tanto estarán influenciadas por esa idea y esa cultura, sobretudo las mujeres que más nos van a preocupar que son las

candidatas a una cirugía del suelo pélvico y por lo tanto mayores de 40 años en la mayoría de los casos.

Ninguna confesión tendrá carácter estatal. 1. Los poderes públicos tendrán en cuenta las creencias religiosas de la sociedad española y mantendrán las consiguientes relaciones de cooperación con la Iglesia Católica y las demás confesiones

Constitución Española, art. 16.3

Debido a esto, y a que las condiciones culturales y educativas no son similares, en nuestros estudios sobre función sexual no podemos considerar el mismo punto de corte que han usado para determinar la disfunción sexual femenina en Estados Unidos de $FSFI \leq 26.55$; en nuestros resultados obtuvimos una puntuación media de 25.5 ± 8.1 y un percentil 25 de 21.7 que corresponde prácticamente con el otro requisito dado por el autor como disfunción sexual femenina de alguno de los dominios con puntuación de 3.6; en nuestro caso que todos los dominios sean menores de 3.6 ($3.6 \times 6 = 21.66$). (Tabla 76)

N	Válidos	1414
	Perdidos	113
Media		25,55
Mediana		28,40
Desv. típ.		8,17
Mínimo		2,00
Máximo		36,00
Percentiles	25	21,70
	33	24,69
	50	28,40
	66	30,39
	75	31,40

Tabla 76. Estadístico descriptivo del resultado total del FSFI©.

De esta forma tenemos sólo el 24.8% de nuestra población a la que podríamos diagnosticar de disfunción sexual, con factores predictivos negativos con significación estadística: la edad mayor o igual a 51 años, los estudios primarios y el haber sido sometida a una intervención vaginal previamente; los mismos resultados que con el punto de corte de $FSFI \leq 26.55$.

Si comparamos nuestros resultados con otra comunidad de España como es Cataluña, en el estudio de la Dra. Espuña con el PISQ-12, en él se obtenía un resultado

de 36.875 ± 7.808 para mujeres con edad media de 47.9 años, (en este test el máximo de puntuación es 48, por lo que para tomar una medida sobre 10 tendríamos una puntuación de 7.6), nuestra población de edad media de 48.8 y puntuación media del FSFI©: 25.55 (si pasamos esta puntuación a un score sobre 10 obtendríamos un total de 7.09) vemos que la puntuación en ambas comunidades es similar. Por lo que sería necesario realizar más estudios en nuestro país para determinar el verdadero nivel de sexualidad femenina en España, para así plasmar un punto de corte correcto y adecuado para nuestro país para conocer la prevalencia de disfunción sexual femenina en España.

Nuestro estudio tiene varias ventajas: la primera es el número de encuestas contestadas, 1527, que en verdad es un 33.9% de la población que se quería estudiar y por lo tanto tiene una baja respuesta, pero aceptable en los términos de estos estudios; debemos asumir el sesgo que ese casi 70% de la población no estudiada podría añadir a nuestro estudio pero ese es un defecto de la metodología de este tipo de estudios de encuestas poblacionales.

La segunda ventaja es la fiabilidad de los datos ya que al compararlo con el único estudio previo que existía de este tipo los resultados concuerdan, asumiendo que son test diferentes.

Otra ventaja o punto de atención para seguir una investigación en este sentido, es el nuevo punto de corte que hemos instaurado para el diagnóstico de disfunción sexual femenina, ya que no podemos asumir que todas las poblaciones del mundo se basen en el punto de corte de las mujeres estadounidenses.

Las aplicaciones de este test y estos resultados son numerosas y en el Hospital Río Hortega de Valladolid hemos comenzado con los resultados previos a comparar nuestros datos de población general o 241 mujeres control con 141 mujeres operadas en nuestro Servicio de Urología de incontinencia de esfuerzo y/o prolapso de órganos pélvicos y los datos se resumen en la siguiente tabla. (Tabla 77)

Como vemos la función sexual descende al ser operadas del suelo pélvico por vía vaginal, en general FSFI©= 14.56 ± 10.8 , con respecto al control 25.04 ± 8.12 y si evaluamos el tipo de cirugía realizada: únicamente incontinencia urinaria de esfuerzo el valor es ligeramente superior a cuando la intervención es una reparación del suelo pélvico con cirugía de la incontinencia asociada o no.

	CONTROL	INCONTINENCIA	PROLAPSO	POP+IUE
DESEO	3.24±1.16	2.1±1.02	1.94±0.98	2.08±1.06
EXCITACIÓN	4.04±1.64	2.28±2.02	2.12±1.95	2.11±2.02
LUBRICACIÓN	4.46±1.77	2.45±1.89	1.92±1.83	2.02±1.88
ORGASMO	4.23±1.86	2.46±2.15	2.22±2.2	2.54±2.39
SATISFACCIÓN	4.50±1.40	3.03±2.19	2.73±2.44	3.17±2.42
DOLOR	4.53±1.82	2.8±2.25	2.36±2.16	2.62±2.35
FSFI©	25.04±8.12	15.2±10.8	13.13±7.2	14.55±11.23

Tabla 77. Valores de los seis dominios y el resultado global del test FSFI© para la población de Castilla y León por grupos: control, operadas de suelo pélvico, incontinencia, prolapso o incontinencia asociada a prolapso. Nótese la disminución del FSFI© en las mujeres operadas vaginalmente.

Si evaluamos nuestro grupo control de 239 mujeres en rangos de edad veremos que la función sexual, así como, el porcentaje de mujeres sexualmente activas disminuye a partir de los 50 años. (Tabla 78)

	20-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70
SEX.ACTIVA	79.2%	90.3%	81.4%	66.7%	68.2%	33%
DESEO	3.53±0.99	3.7±1.08	3.46±0.97	2.54±1.18	2.37±0.93	2.1±1.18
EXCITACIÓN	4.46±1.55	4.8±1.15	4.37±1.3	3.25±1.86	2.57±1.44	1.5±0.96
LUBRICACIÓN	4.64±1.17	5.2±1.16	4.82±1.43	3.74±2.14	3.01±1.49	1.90±1.40
ORGASMO	4.35±2.02	4.67±1.46	4.75±1.49	3.69±1.61	3.00±1.81	2.13±1.85
SATISFACCIÓN	4.6±1.38	5.0±0.99	4.86±1.21	3.91±1.64	3.41±1.47	3.2±0.97
DOLOR	4.46±1.83	4.96±1.38	5.02±1.5	3.95±2.18	3.92±1.91	2.26±2.32
FSFI©	25.96±7.71	28.38±5.38	27.30±6.49	21.10±9.5	18.30±7.39	13.10±6.9

Tabla 78. Valores de los seis dominios y el resultado global del test FSFI© para la población de Castilla y León por rangos de décadas de edad.

Si dividimos en grupos de edad a las 141 mujeres que hemos operado en nuestro Servicio, encontramos que no tenemos mujeres operadas por debajo de los 40 años ya que este tipo de patología es más frecuente a partir de la cuarta década de la vida.(Tabla 79).

	SUELO PELVICO	40-50 años	51-60 años	61-70 años	>70 años
DESEO	2.07±1.04	2.3±1.01	2.38±1.18	1.78±0.8	1.4±0.43
EXCITACIÓN	2.14±2.02	2.9±2.12	2.67±1.96	1.5±1.88	0.84±1.23
LUBRICACIÓN	2.21±1.88	3.45±2.3	2.89±1.98	1.39±1.6	1.28±1.81
ORGASMO	2.43±1.25	3.37±2.4	3.02±2.16	1.71±2.03	1.98±1.69
SATISFACCIÓN	3.01±2.3	3.7±2.24	3.67±2.25	2.4±2.22	1.32±1.6
DOLOR	2.68±2.26	3.65±2.37	3.08±2.18	1.95±2.01	1.8±2.3
FSFI©	14.56±10.8	19.45±11.78	17.74±10.5	10.75±9.5	7.73±8.5

Tabla 79. Valores de los seis dominios y el resultado global del test FSFI© para el grupo de mujeres operadas en nuestro servicio por rangos de décadas de edad.

Debemos observar como la puntuación del FSFI© desciende también con la edad si le asociamos una intervención vaginal, en la década de los 40 desciende un 71% del valor total del FSFI para ese grupo de edad, en la década de los 50 desciende un 84%, en la de los 60 un 58% y a partir de los 70 un 59%.

Con esto debemos saber que la cirugía vaginal afecta a la función sexual y ello no quiere decir que deje de hacerse pero sí debemos informar a la paciente previamente para que sus expectativas de la cirugía y las nuestras sean las mismas; y por supuesto debemos seguir investigando en nuevas técnicas quirúrgicas y materiales protésicos que influyan lo menor posible en este aspecto, para poder ofrecer la mejor calidad de vida posible a la paciente porque como hemos demostrado ampliamente, una función sexual conservada y adecuada a cada mujer es importante para su calidad de vida general.

Ningún cuestionario debe sustituir nunca a una buena entrevista clínica⁶⁸. Disponer de este cuestionario puede facilitar el que se utilice para la evaluación de los resultados de los tratamientos, ya sean farmacológicos, fisioterapéuticos o quirúrgicos, obteniendo un aspecto de su calidad de vida como es la función sexual antes y después de los tratamientos y matizar el concepto de éxito o fracaso objetivo y subjetivo de la paciente.

CONCLUSIONES

Tras lo expuesto anteriormente podemos concluir:

1. Nuestra población tiene una media de puntuación del test FSFI© de Rosen de 25.5 (puntuación mínima:1.2 y máxima:36), similar la puntuación obtenida por mujeres catalanas y europeas.
2. Los resultados de nuestra población de estudio difieren de los estándares americanos y por lo tanto no podemos aplicar sus puntos de corte a la hora de evaluar el test FSFI© y diagnosticar a una mujer de disfunción sexual con los valores aplicados por los investigadores americanos.
3. Se ha obtenido un nuevo punto de corte específico para diagnosticar a nuestra población femenina de Castilla y León de disfunción sexual, $FSFI© \leq 21.7$.
4. Se han determinado como predictores de “mala función sexual” ($FSFI© \leq 21.7$) para las mujeres de Castilla y León: la edad superior a 51 años, el nivel de estudios primarios y la cirugía vaginal previa.
5. Gracias a los resultados obtenidos podemos establecer dentro de la población de mujeres de Castilla y León varios grupos de riesgo, infiriendo su función sexual gracias a la realización de las Tablas de Predicción de Función Sexual Femenina, como conclusión a la práctica clínica diaria.

Aplicación a la Práctica Clínica: Tablas de Predicción de Función Sexual para Mujeres de Castilla y León

Al observar los resultados de este estudio y revisar la literatura con respecto a lo publicado en relación con la función sexual femenina pensamos que sería útil poder realizar unas tablas de predicción de función sexual femenina para la población de Castilla y León de mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 71 años y gracias a la regresión lineal múltiple como herramienta matemática, hemos obtenido la siguiente tabla: (Tabla 80)

FSFI©			
EDAD	ESTUDIOS	<3 hijos	≥3 hijos
≤40 años	Primarios	27,84	29,44
	Secundarios o Universitarios	25,95	27,55
41-50 años	Primarios	24,26	25,86
	Secundarios o Universitarios	22,37	23,97
≥51 años	Primarios	20,68	22,28
	Secundarios o Universitarios	18,79	20,39

Tabla 80. Tabla de Predicción de Función Sexual para las mujeres de Castilla y León entre 20 y 71 años.

Esta tabla está realizada utilizando los siguientes datos estadísticos: (Tabla 81)

	Coeficientes no estandarizados		Sig.
	B	Error típ.	
(Constante)	33,020	,470	,000
Grupos de edad	-3,588	,252	,000
Estudios	-1,895	,497	,000
Hijos	-1,607	,592	,007

Tabla 81: Variables con diferencias significativas estadísticas. $P < 0.005$

Vemos que las variables a tener en cuenta por ser estadísticamente significativas son la edad (≤ 40 años, 41-50 años o ≥ 51 años), los estudios (primarios o secundarios o universitarios) y los hijos (< 3 hijos o ≥ 3 hijos), teniendo en cuenta la constante (33.02) como valor matemático según nuestra muestra, como valor de FSFI© total, restaremos los coeficientes para el modelo que son: en caso de ≤ 40 años: 3.58 a esa constante, 41-50 años: restaremos 7.16 y si es ≥ 51 años: restaremos 10,74, en caso de estudios primarios: 0, en caso de secundario o universitarios: 1.89; y según tenga $<$ de 3 hijos restaremos 1.60 y si tiene más de tres hijos restaremos 0.

Debemos tener en cuenta, ya que tiene interés en nuestro entorno médico diario, la falta de significación de las intervenciones vaginales previas.

En este estudio estadístico, con estas variables, podemos explicar parte de la función sexual femenina, pero, en la función sexual de las mujeres intervienen muchos otros factores no estudiados por el momento como son la variabilidad biológica o el entorno sociocultural.

En cambio si aplicamos el mismo test estadístico a nuestra muestra de 141 mujeres operadas de suelo pélvico en nuestro hospital, vemos que únicamente influye significativamente la edad, ya no intervienen, la paridad, ni el nivel cultural. En este caso podemos explicar con la variable de la edad la mayoría de la función sexual de nuestras pacientes operadas, el resto de la función sexual estará explicada por otro tipo de variables que podría incluir, además de cómo en las anteriores la variabilidad biológica y el entorno, el tipo de cirugía del suelo pélvico realizada, por lo que aquí se

nos plantea otro interrogante y una posibilidad para ampliar este trabajo y continuar con nuestra investigación. (Tabla 82)

	Coeficientes no estandarizados		Sig. Limite superior
	B	Error típ.	
(Constante)	20,288	2,145	,000
edad	-6,822	2,365	,005

Tabla 82: Variable con diferencias significativas estadísticas. P<0.005

De acuerdo a los datos estadísticos deberíamos partir de una constante o valor FSFI© total de 20,28 y si la mujer a la que hemos operado de suelo pélvico tiene 51 o más años restarle 6.82 puntos, vamos a predecir que tendrá un índice de función sexual femenina de 13.46, similar a los valores de la tabla en la que vemos la función sexual femenina en nuestro grupo de mujeres operadas de suelo pélvico. (Tabla 83)

FSFI©	<50 años	≥51 años
	19.45±11.78	12.07±8.7

Tabla 83. Valores de FSFI por grupos de edad en la muestra de 141 mujeres operadas de Suelo Pélvico del Hospital Río Hortega.

De esta forma obtenemos una tabla de predicción de función sexual, para utilizar de forma fácil y sencilla para predecir la función sexual de una mujer que acude a nuestra consulta por primera vez, sobre todo en casos de patología del suelo pélvico y ver de qué puntuación debería partir y después de realizar el test FSFI©, comprobar en que nivel está con respecto a la normalidad para su edad, sus estudios y su paridad, ya que si; por ejemplo, partimos de un nivel más bajo del esperado, deberemos avisar a la paciente de que la intervención vaginal de corrección del prolapso o de la incontinencia que precisa, va a modificar su función sexual en una cuantía que no podemos predecir, ya que teóricamente hemos visto que puede disminuir más de 6 puntos la función sexual; y por eso debemos hacer hincapié en informar a nuestra paciente de los riesgos que para su vida sexual puede suponer el intervenir de Suelo Pélvico, pero no por ello

contraindicarlo, pero sí informar para que tengamos tanto médico como paciente las mismas expectativas en el postoperatorio.

ANEXOS

Anexo 1

FSFI SCORING APPENDIX

Question Response Options

1. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexual desire or interest?

5 = Almost always or always

4 = Most times (more than half the time)

3 = Sometimes (about half the time)

2 = A few times (less than half the time)

1 = Almost never or never

2. Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of sexual desire or interest?

5 = Very high

4 = High

3 = Moderate

2 = Low

1 = Very low or none at all

3. Over the past 4 weeks, how often did you feel sexually aroused ("turned on") during sexual activity or intercourse?

0 = No sexual activity

5 = Almost always or always

4 = Most times (more than half the time)

3 = Sometimes (about half the time)

2 = A few times (less than half the time)

1 = Almost never or never

4. Over the past 4 weeks, how would you rate your level of sexual arousal ("turn on") during sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Very high
- 4 = High
- 3 = Moderate
- 2 = Low
- 1 = Very low or none at all

5. Over the past 4 weeks, how confident were you about becoming sexually aroused during sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Very high confidence
- 4 = High confidence
- 3 = Moderate confidence
- 2 = Low confidence
- 1 = Very low or no confidence

6. Over the past 4 weeks, how often have you been satisfied with your arousal (excitement) during sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Almost always or always
- 4 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 2 = A few times (less than half the time)
- 1 = Almost never or never

7. Over the past 4 weeks, how often did you become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Almost always or always
- 4 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 2 = A few times (less than half the time)
- 1 = Almost never or never

8. Over the past 4 weeks, how difficult was it to become lubricated ("wet") during sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 1 = Extremely difficult or impossible
- 2 = Very difficult
- 3 = Difficult
- 4 = Slightly difficult
- 5 = Not difficult

9. Over the past 4 weeks, how often did you maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Almost always or always
- 4 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 2 = A few times (less than half the time)
- 1 = Almost never or never

10. Over the past 4 weeks, how difficult was it to maintain your lubrication ("wetness") until completion of sexual activity or intercourse?

- 0 = No sexual activity
- 1 = Extremely difficult or impossible
- 2 = Very difficult
- 3 = Difficult
- 4 = Slightly difficult
- 5 = Not difficult

11. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how often did you reach orgasm (climax)?

- 0 = No sexual activity
- 5 = Almost always or always
- 4 = Most times (more than half the time)
- 3 = Sometimes (about half the time)
- 2 = A few times (less than half the time)

1 = Almost never or never

12. Over the past 4 weeks, when you had sexual stimulation or intercourse, how difficult was it for you to reach orgasm (climax)?

0 = No sexual activity

1 = Extremely difficult or impossible

2 = Very difficult

3 = Difficult

4 = Slightly difficult

5 = Not difficult

13. Over the past 4 weeks, how satisfied were you with your ability to reach orgasm (climax) during sexual activity or intercourse?

0 = No sexual activity

5 = Very satisfied

4 = Moderately satisfied

3 = About equally satisfied and dissatisfied

2 = Moderately dissatisfied

1 = Very dissatisfied

14. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with the amount of emotional closeness during sexual activity between you and your partner?

0 = No sexual activity

5 = Very satisfied

4 = Moderately satisfied

3 = About equally satisfied and dissatisfied

2 = Moderately dissatisfied

1 = Very dissatisfied

15. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with your sexual relationship with your partner?

5 = Very satisfied

4 = Moderately satisfied

3 = About equally satisfied and dissatisfied

2 = Moderately dissatisfied

1 = Very dissatisfied

16. Over the past 4 weeks, how satisfied have you been with your overall sexual life?

5 = Very satisfied

4 = Moderately satisfied

3 = About equally satisfied and dissatisfied

2 = Moderately dissatisfied

1 = Very dissatisfied

17. Over the past 4 weeks, how often did you experience discomfort or pain during vaginal penetration?

0 = Did not attempt intercourse

1 = Almost always or always

2 = Most times (more than half the time)

3 = Sometimes (about half the time)

4 = A few times (less than half the time)

5 = Almost never or never

18. Over the past 4 weeks, how often did you experience discomfort or pain following vaginal penetration?

0 = Did not attempt intercourse

1 = Almost always or always

2 = Most times (more than half the time)

3 = Sometimes (about half the time)

4 = A few times (less than half the time)

5 = Almost never or never

19. Over the past 4 weeks, how would you rate your level (degree) of discomfort or pain during or following vaginal penetration?

0 = Did not attempt intercourse

1 = Very high

2 = High

3 = Moderate

4 = Low

5 = Very low or none at all

FSFI DOMAIN SCORES AND FULL SCALE SCORE

The individual domain scores and full scale (overall) score of the FSFI can be derived from the computational formula outlined in the table below. For individual domain scores, add the scores of the individual items that comprise the domain and multiply the sum by the domain factor (see below). Add the six domain scores to obtain the full scale score. It should be noted that within the individual domains, a domain score of zero indicates that the subject reported having no sexual activity during the past month. Subject scores can be entered in the right-hand column.

Domain	Questions	Score Range	Factor	Minimum Score	Maximum Score	Score
Desire	1, 2	1 – 5	0,6	1,2	6,0	
Aruosal	3, 4, 5, 6	0 – 5	0,3	0	6,0	
Lubrication	7, 8, 9, 10	0 – 5	0,3	0	6,0	
Orgasm	11, 12, 13	0 – 5	0,4	0	6,0	
Satisfaction	14, 15, 16	0 (or 1) – 5	0,4	0,8	6,0	
Pain	17, 18, 19	0 – 5	0,4	0	6,0	
Full Scale Score Range				2,0	36	

Anexo 2

CUESTIONARIO SOBRE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

(Spanish version of FSFI©)

Nº Identificación de la Paciente _____ Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

INSTRUCCIONES: Estas preguntas tratan sobre sus sentimientos y respuestas sexuales durante las últimas 4 semanas. Por favor, conteste a las siguientes preguntas con la mayor honestidad y claridad posibles. Sus respuestas serán totalmente confidenciales. Para contestar a estas preguntas, tenga en cuenta las siguientes definiciones:

Actividad sexual puede incluir caricias, juegos previos, masturbación o coito vaginal.

Relación sexual se define como penetración del pene en la vagina.

Estimulación sexual incluye situaciones como los juegos previos con la pareja, la autoestimulación (masturbación) o las fantasías sexuales.

MARQUE SÓLO UNA CASILLA POR PREGUNTA

Deseo o interés sexual es un sentimiento que incluye querer tener una experiencia sexual, sentirse receptiva ante la iniciativa sexual de la pareja y pensar o tener fantasías sobre hacer el amor.

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** ha sentido deseo o interés sexual?

- = Casi siempre o siempre
- = Muchas veces (más de la mitad del tiempo)
- = Algunas veces (aproximadamente la mitad del tiempo)
- = Pocas veces (menos de la mitad del tiempo)
- = Casi nunca o nunca

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su **nivel** (grado) de deseo o interés sexual?

- = Muy alto
- = Alto
- = Moderado
- = Bajo
- = Muy bajo o ninguno

La excitación sexual es un sentimiento que incluye tanto aspectos físicos como mentales. Puede abarcar sensaciones de calor o cosquilleo en los genitales, lubricación (humedad) o contracciones musculares.

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** se ha sentido excitada sexualmente (“caliente”) durante la actividad sexual o el coito?

- = No he tenido actividad sexual
- = Casi siempre o siempre
- = Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- = Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- = Casi nunca o nunca

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su **nivel** (grado) de excitación sexual (“estar caliente”) durante la actividad sexual o el coito?

- = No he tenido actividad sexual
- = Muy alto
- = Alto
- = Moderado
- = Bajo
- = Muy bajo o ninguno

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido **segura** de poder excitarse sexualmente durante la actividad sexual o el coito?

- = No he tenido actividad sexual
- = Segurísima
- = Muy segura
- = Moderadamente segura
- = Poco segura
- = Muy poco o nada segura

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** se ha sentido satisfecha con su excitación durante la actividad sexual o el coito?

- = No he tenido actividad sexual
- = Casi siempre o siempre
- = Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- = Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- = Casi nunca o nunca

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** ha estado lubricada (“mojada”) durante la actividad sexual o el coito?

- = No he tenido actividad sexual

- = Casi siempre o siempre
- = Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- = Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- = Casi nunca o nunca

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha sido **difícil** estar lubricada (“mojada”) durante la actividad sexual o el coito?

- = No he tenido actividad sexual
- = Extremadamente difícil o imposible
- = Muy difícil
- = Difícil
- = Ligeramente difícil
- = Nada difícil

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia **ha mantenido** su lubricación (“humedad”) hasta el final de la actividad sexual o el coito?

- = No he tenido actividad sexual
- = Casi siempre o siempre
- = Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- = Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- = Casi nunca o nunca

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha sido **difícil** mantener su lubricación (“humedad”) hasta el final de la actividad sexual o el coito?

- = No he tenido actividad sexual
- = Extremadamente difícil o imposible
- = Muy difícil
- = Difícil
- = Ligeramente difícil
- = Nada difícil

11. Durante las últimas 4 semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿con qué **frecuencia** ha llegado al orgasmo (clímax)?

- = No he tenido actividad sexual
- = Casi siempre o siempre
- = Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- = Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- = Casi nunca o nunca

12. Durante las últimas 4 semanas, cuando ha habido estimulación sexual o coito, ¿hasta qué punto le ha sido **difícil** llegar al orgasmo (clímax)?
- = No he tenido actividad sexual
 - = Extremadamente difícil o imposible
 - = Muy difícil
 - = Difícil
 - = Ligeramente difícil
 - = Nada difícil
13. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido **satisfecha** con su capacidad para llegar al orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o el coito?
- = No he tenido actividad sexual
 - = Muy satisfecha
 - = Moderadamente satisfecha
 - = Igual de satisfecha como de insatisfecha
 - = Moderadamente insatisfecha
 - = Muy insatisfecha
14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido **satisfecha** con la cantidad de intimidad emocional entre usted y su pareja durante la actividad sexual?
- = No he tenido actividad sexual
 - = Muy satisfecha
 - = Moderadamente satisfecha
 - = Igual de satisfecha como de insatisfecha
 - = Moderadamente insatisfecha
 - = Muy insatisfecha
15. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido **satisfecha** de su relación sexual con su pareja?
- = Muy satisfecha
 - = Moderadamente satisfecha
 - = Igual de satisfecha como de insatisfecha
 - = Moderadamente insatisfecha
 - = Muy insatisfecha
16. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido **satisfecha** con su vida sexual en general?

- = Muy satisfecha
- = Moderadamente satisfecha
- = Igual de satisfecha como de insatisfecha
- = Moderadamente insatisfecha
- = Muy insatisfecha

17. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** ha experimentado molestias o dolor durante la penetración vaginal?

- = No he intentado tener relaciones
- = Casi siempre o siempre
- = Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- = Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- = Casi nunca o nunca

18. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué **frecuencia** ha experimentado molestias o dolor después de la penetración vaginal?

- = No he intentado tener relaciones
- = Casi siempre o siempre
- = Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- = Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- = Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- = Casi nunca o nunca

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo evaluaría su **nivel** (grado) de molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- = No he intentado tener relaciones
- = Muy alto
- = Alto
- = Moderado
- = Bajo
- = Muy bajo o ninguno

Anexo 3

Cuestionario de Función Sexual de la Mujer: FSM ©

Iniciales: _ _ _ _ Fecha de nacimiento: ___/___/___
 Profesión: _____ Fecha de cumplimentación: ___/___/___
 Estudios: _____

Pregunta llave: ¿HA TENIDO U STED ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTI MAS CUATRO SEMANAS?

Nota informativa: La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación.....

Sí No

Si la respuesta es "Sí" cumplimente el cuestionario de función sexual marcando, en cada pregunta, solo una casilla.

1. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿HA TENIDO FANTASÍAS (PENSAMIENTOS, IMÁGENES....) RELACIONADAS CON ACTIVIDADES SEXUALES?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre - Siempre (5)

2. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿HA TENIDO PENSAMIENTOS Ó DESEOS DE REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD SEXUAL?.

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre - Siempre (5)

3. DURANTE LAS ÚLT IMAS 4 SE MANAS ¿LE HA RESUL TADO FÁCIL EXCITARSE SEXUALMENTE?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre - Siempre (5)

4. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL, CUANDO L E HAN (O SE HA) TOCADO O ACARICIADO ¿HA SENTIDO EXCITACIÓN SEXUAL?, POR

EJEMPLO SENSACIÓN DE "PONERSE EN MARCHA", DESEO DE "AVANZAR MÁS" EN LA ACTIVIDAD SEXUAL.

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre - Siempre (5)

5. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, CUANDO SE SINTIÓ EXCITADA SEXUALMENTE ¿NOTÓ HUMEDAD Y/O LUBRICACIÓN VAGINAL?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre - Siempre (5)

6. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DURANTE SU ACTIVIDAD SEXUAL, CUANDO LE HAN (O SE HA) TOCADO O ACARICIADO EN VAGINA Y/O ZONA GENITAL ¿HA SENTIDO DOLOR?

- Casi siempre-siempre (1)
- A menudo (2)
- A veces (3)
- Raramente (4)
- Nunca (5)

7a. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DURANTE SU ACTIVIDAD SEXUAL, LA PENETRACIÓN VAGINAL (DEL PENE, DEDO, OBJETO...) ¿PODÍA REALIZARSE CON FACILIDAD? *Instrucciones: No debe de contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar responda la pregunta 7b*

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre - Siempre (5)

7b: ¿INDIQUE POR QUÉ MOTIVO NO HA HABIDO PENETRACIÓN VAGINAL DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? *Instrucciones: Cumplimente esta pregunta solo si no contestó a la anterior (pregunta 7).*

- Por sentir dolor (a)
- Por miedo a la penetración (b)
- Por falta de interés para la penetración vaginal (c)
- No tener pareja sexual (d)
- Incapacidad para la penetración por parte de su pareja (e)

•

• 8. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ANTE LA IDEA O POSIBILIDAD DE TENER ACTIVIDAD SEXUAL ¿HA SENTIDO MIEDO, INQUIETUD, ANSIEDAD.....?

- Casi siempre-siempre (1)
- A menudo (2)
- A veces (3)
- Raramente (4)
- Nunca (5)

9. DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿HA ALCANZADO EL ORGASMO CUANDO HA MANTENIDO ACTIVIDAD SEXUAL, CON O SIN PENETRACIÓN?

- Nunca (1)
- Raramente (2)

- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre - Siempre (5)

10. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿CUANTAS VECES HA SIDO US TED QUIEN HA DADO LOS PASOS INICIALES PARA PROVOCAR UN ENC UENTRO SEXUAL CON OTRA PERSONA? *Nota informativa: El término "con otra persona" se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.*

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre - Siempre (5)

11. DURANTE LAS Ú LTIMAS 4 SEMANAS, ¿SE HA SENTIDO CONFIADA PARA COMUNICAR A SU PAR EJA LO QUE LE GUSTA O DESAGRADA EN SUS ENC UENTRO S SEXUALES?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre - Siempre (5)
- No tengo pareja (0)

12. DURANTE LAS ÚL TIMAS 4 S EMANAS ¿CUANTAS VECES HA TE NIDO ACTIVIDAD SEXUAL

- 1-2 veces (1)
- De 3 a 4 veces (2)
- De 5 a 8 veces (3)
- De 9 a 12 veces (4)
- Más de 12 veces (5)

13. DURANTE LAS ÚLT IMAS 4 SEMANAS, ¿DISFRUTÓ CUANDO REALIZÓ ACTIVIDAD SEXUAL?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre - Siempre (5)

14. EN GE NERAL, EN RELACIÓN A SU VI DA SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMA S 4 SEMANAS, ¿SE HA SENTIDO SATISFECHA?

- Muy insatisfecha (1)
- Bastante insatisfecha (2)
- Ni satisfecha ni insatisfecha (3)
- Bastante satisfecha (4)
- Muy satisfecha (5)

Tomado de:

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 (6): 286-92.

Anexo 4

CONFIDENCIAL

FECHA:/...../.....

Cuestionario PISQ-12

Cuestionario sobre función sexual y Prolapso Vaginal / Incontinencia de orina (PISQ-12).

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de preguntas acerca de su vida sexual y la de su compañero. Toda la información es estrictamente confidencial. Sus respuestas confidenciales se utilizarán únicamente para ayudar a los médicos a comprender qué aspectos son importantes para los pacientes en su vida sexual. Por favor, ponga una cruz en la casilla que desde su punto de vista responda mejor a la pregunta. Conteste a las preguntas considerando su vida sexual durante los últimos seis meses. Gracias por su ayuda.

1. ¿Con qué frecuencia siente deseo sexual? Este deseo puede incluir deseo de realizar el acto sexual, planear realizarlo, sentirse frustrada debido a la falta de relaciones sexuales, etc...

Todos los días 1 vez a la semana 1 vez al mes menos de 1 vez al mes nunca

2. ¿Llega al clímax (llega al orgasmo) cuando tiene relaciones sexuales con su compañero?

siempre frecuentemente algunas veces rara vez nunca

3. ¿Siente excitación sexual (se excita) cuando tiene actividad sexual con su compañero?

siempre frecuentemente algunas veces rara vez nunca

4. ¿Está satisfecho con las diferentes actividades sexuales de su actual vida sexual?

siempre frecuentemente algunas veces rara vez nunca

5. ¿Siente dolor durante las relaciones sexuales?

siempre frecuentemente algunas veces rara vez nunca

6. ¿Sufre incontinencia de orina (fugas de orina) durante la actividad sexual?

siempre frecuentemente algunas veces rara vez nunca

7. El miedo a la incontinencia (heces u orina), ¿restringe su actividad sexual?

siempre frecuentemente algunas veces rara vez nunca

8. ¿Evita las relaciones sexuales debido a los bultos en la vagina (vejiga, recto o vagina caídos)?

siempre frecuentemente algunas veces rara vez nunca

9. Cuando tiene relaciones sexuales con su compañero, ¿siente reacciones emocionales negativas como miedo, repugnancia, vergüenza o culpabilidad?

siempre frecuentemente algunas veces rara vez nunca

10. ¿Tiene su compañero algún problema en la erección que afecte su actividad sexual?

siempre frecuentemente algunas veces rara vez nunca

11. ¿Tiene su compañero algún problema de eyaculación precoz que afecte su actividad sexual?

siempre frecuentemente algunas veces rara vez nunca

12. En comparación con los orgasmos que ha tenido en el pasado, ¿cómo calificaría los orgasmos que ha tenido en los últimos seis meses?

mucho menos intensos menos intensos igual de intensos más intensos mucho más intensos

El cálculo de la puntuación del cuestionario PISQ-12 se realiza mediante el sumatorio de las puntuaciones de cada ítem, (de 0= siempre a 4= nunca), invirtiéndose esta puntuación para los ítems 1, 2, 3 y 4.

BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹Actualizaciones en sexología clínica. Itziar Alonso-Arbiol (editora)- Bilbao; Servicio Editorial. Universidad del País Vasco, 2005-172p; (Educación y Psicología).
- ² Francisco Cabello. Cap 1 13-28. Actualizaciones en sexología clínica. Itziar Alonso-Arbiol (editora)- Bilbao; Servicio Editorial. Universidad del País Vasco, 2005-172p; (Educación y Psicología).
- ³Alexander JC. Theoretical logic in sociology (Vol I). Presuppositions and current controversies. Berkeley; University of California. Press. 1982.
- ⁴Reiss IL. The Future of Sex Research and the Meaning of Science. The Journal of Sex Research. 1993; 30 (1): 3-11.
- ⁵Masters EH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little, Brown; 1966.
- ⁶Mas M. Cap 5. En: Actualizaciones en sexología clínica. Itziar Alonso-Arbiol (editora)- Bilbao; Servicio Editorial. Universidad del País Vasco, 2005.p. 85-100. (Educación y Psicología).
- ⁷Munarriz R, Kim N, Goldstein I, Traish A M. Biología de la función sexual femenina. Clínicas Urológicas de Norteamérica. 2002; (3): 693-702.
- ⁸ Kaplan HS. The new sex therapy. London: Bailliere, Tindal; 1974.
- ⁹ Mas, M. Fisiología sexual. En J.A.F. (Ed). Fisiología humana (2ª ed). Madrid: MacGraw Hill-Interamericana; 1999.p.1148-1158.
- ¹⁰O'Connell H, Hutson J, Anderson C, et al. Anatomic relationship between urethra and clitoris. J Urol 1998; 159 (6): 1892-7.
- ¹¹Latarjet, M.; Ruiz Liard, A. Órganos genitales femeninos. Cap XXV. En: Anatomía Humana. 3ªed Vol II. Madrid: editorial Médica Panamericana; 1995.p. 1729-66.
- ¹²Cellek S, Moncada S. Nitroergic neurotransmission mediates the non-adrenergic non-cholinergic responses in the clitoral corpus cavernosum of the rabbit. Br. J. Pharmacol 1998; 125:1627-9.

-
- ¹³Palle C, Bredkajaer HE, Ottesen B, et al. Vasoactive intestinal polypeptide and human vaginal blood flow: comparison between transvaginal and intravenous administration. *J. Clin. Exp. Pharmacol Physiol.* 1990; 17:61-8.
- ¹⁴Mas M. Neurofisiología de la respuesta sexual humana. En J. Bobes, S. Rexeus y J. Gibert (Eds), *Psicofármacos y función sexual*. Madrid: 2000.p. 1-15.
- ¹⁵Demyttenaerc K, De Fruyt J, and Sienaert P. Psychotropics and sexuality. *Int. clin. Psycopharmacol.* 1998; 13 (6): 35-41.
- ¹⁶Finger WW, Lund M, and Slagle MA. Medications that may contribute to sexual disorders. *J. Fam. Pract.* 1997; 44: 33-43.
- ¹⁷Meston CM, Derogatis LR. Validated instruments for assessing female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2002; 28 (1): 155-64.
- ¹⁸Guyton, A.C.; Hall, J.E. Fisiología femenina antes del embarazo; hormonas femeninas. Cap. 81. En: 9ª ed. *Tratado de Fisiología Médica. Endocrinología y Reproducción. Unidad XIV*. Madrid: MacGraw Hill-Interamericana; 1999.p.1115-1132.
- ¹⁹Berman JR, Goldstein I. Disfunción sexual de la mujer. *Clínicas Urológicas de Norteamérica.* 2001; (2): 431-444.
- ²⁰Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J. Urol.* 2000; 183:888-93.
- ²¹DSM-IV-TR®: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (Texto revisado). *Trastornos sexuales y de la identidad sexual*. Ed. Elsevier Masson; 2002.p.599-633.
- ²²Frank E, Anderson C, and Rubistenin D. Frequency of sexual dysfunction in “normal couples”. *New England Journal of Medicine.* 1978; 299: 111-115.
- ²³Natha SG. The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunctions. *Journal of Sex and Marital Therapy.* 1986; 12 (4): 267-281.
- ²⁴Spector IP and Carey MP. Incidence and Prevalence of sexual dysfunctions: A critical review of ten empirical findings. *Archives Sexual Behavior.* 1990; 19: 389-408.

-
- ²⁵Laumann DH, Paik A and Rosen R.C. Sexual Dysfunctions in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA*. 1999; 281: 537-544.
- ²⁶Berman LA, Berman JB, Chhabra S, et al. Novel approaches to female sexual dysfunction. *Exp Opin Invest Drugs*. 2001; 10:85-95.
- ²⁷Luborsky L.: "Clinicians` Judgments of Mental Health". *Archives of General Psychiatry*. 1962; 7: 407-417.
- ²⁸Pauls R N, Berman JR. Impacto de los trastornos del suelo de la pelvis y del prolapso sobre la función y la respuesta sexual femenina. *Clínicas Urológicas de Norteamérica*. 2002; 3: 685-691.
- ²⁹Guay AT. Advances in the management of androgen deficiency in women. *Med. Asp. Hum. Sexuality*. 2001; 32-8.
- ³⁰Berman JB, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, evaluation and treatment options. *Urology* 1999; 54:385-91.
- ³¹Steege JF. Dyspareunia and vaginismus. *Clin. Obstet. Gynecol*. 1984; 27:489-501.
- ³²Goldstein I, Berman JB. Vasculogenic female sexual dysfunction. *Int. Import. Res*. 1998. 10:84-90.
- ³³Davis SR. Androgens and female sexuality. *Journal of Gender Specific Medicine*. 2000; 3:36-40
- ³⁴Shafik A. The role of the levator ani muscle in evacuation, sexual performance and pelvic floor disorders. *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct*. 2000; 11:361-76.
- ³⁵Kegel A H. Sexual functions of the pubococcygeus muscle. *Western Journal of surgery, Obstet Gynecol*. 1952; 60:521-4.
- ³⁶Bo K, Talseth T, Vinsnes A. Randomized controlled trial of the effect of pelvic floor muscle training on quality of life and sexual problems in genuine stress incontinent women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000; 79: 598-603.
- ³⁷ Dunn KM, Crift PR, Hackett GI. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam Pract* 1998; 15: 519-24.

- ³⁸Declaración de Helsinki. World medical association (asociación médica mundial). Consultado el 6 de febrero de 2010. En internet: http://www.isciii.es/htdocs/terapia/documentos/declaracion_de_helsinki.pdf.
- ³⁹ Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston CM, Shabsigh R et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26(2):191-208.
- ⁴⁰Blümel JE, Binfá L, Cataldo P; Carrasco A, Izaguirre H, Sarrá S. Índice de Función Sexual Femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(2): 118-125.
- ⁴¹ Palmore E. Predictors of the longevity difference: a 25-year follow-up. *Gerontologist* 1982; 22:513-8.
- ⁴² Archivo de Sexología. OPS; OMS; Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción. Asociación Mundial de Sexología, Antigua, Guatemala 19-22 de Mayo de 2000. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Sexual. Lista de SIECUS, Pp12.
- ⁴³ Wiegand M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI) cross validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005; 31:1-20.
- ⁴⁴ Sanchez F, Pérez Conchillo M, Borrás Valls JJ, Gómez Llorens O, Aznar Vicente J, Caballero Martín de las Mulas A. Diseño y Validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Primaria*. 2004; 34(6): 286-94.
- ⁴⁵ Romero AA, Hardart A, Kobak W, Qualls C, Rogers R. Validation of a Spanish version of the Pelvic Organ Prolapse Incontinence Sexual Questionnaire. *Obst Gynecol* 2003; 102: 1000-1005.
- ⁴⁶ España Pons M, Puig Clota M, González Aguilón M, Zardain PC, Rebollo Alvarz P. Cuestionario para evaluar la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia. Validación de la versión española del "pelvis Organ Prolapsa/Urinary incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)". *Actas Urol Esp*. 2008; 32 (2): 211-219.

-
- ⁴⁷ Abrams P, Avery K, Gardeer N, Donovan J. The Internacional Consultation on Incontence Modular Questionnaire www.iciq.net. J Urol 2006; 175:1063-1066.
- ⁴⁸ Quik FH, Herman JR, Rosen RC, Laan E, Smith MD, BoolellM. Development Of Sexual Function Questionnaire for clinical trial of female sexual dysfunction. Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine. 2002; 11:277-89.
- ⁴⁹ Bobes FH, Gonzale MP, Rico Villademoros F, Bascaran MT, Sarasa P, Clayton A. Validation of the Spanish version of the changes in sexual functioning questionnaire (CSFQ). J Sex Marital Ther. 2000; 26:119-31.
- ⁵⁰ Creti L, Fichten B, Libman R, Amsel R, Brender W. Female sexual functioning : a global store for Nowinski and Lopiccolo's sexual history form. Paper presented at the convention of Canadian Psychological Association. 1988. Montreal. Quebec
- ⁵¹ Ware J E, Kosinski M MA, Keller SD. A 12-temShort Form Health Survey: Construction of scales and preliminary Test of Reliability and Validity. Medical Care. 1996; 34 (3): 220-233.
- ⁵² Price N, Jackson SR, Avery K, Brookes ST, Abrmas P. Development and psychometric evaluation of the ICIQ Vaginal Symptoms Questionnaire : The ICQ_VS. BJOG. 2006; 113: 700-712.
- ⁵³ Learman LA, Huang AJ, Nakagawa S, Gregorich SE, Kuppermann M. Development and validation of a sexual functionin measure for use in dicrse women's health outcome studies. MaM J Obstet Gynecol 2008; 198: 710-717.
- ⁵⁴ Rogers RG, Kammerer-Doak D, Villareal A, Coates K, Qualls C. A new instrument to measure sexual function in women with urinary incontinence or pelvic organ prolapsed. Am J Obstet Gynecol. 2001, 184 (4): 552-558
- ⁵⁵ Rogers RG, Coates KW, Kammerer-Doak D, Khalsa S, Qualls C. A short form of the Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12). Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2003; 14(3):164-8.
- ⁵⁶ Blümel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Sánchez F, Gramegna G. Prevalencia de los Trastornos de la Sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. Rev Med Chile 2002; 130(1): 1131-38.

- ⁵⁷ Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua Portuguesa. Rev. HCPA 2007; 27(1): 10-14.
- ⁵⁸ Pacagnella RC, Zangiacomi Martinez E, Meloni Vieira E. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2009; 25(11): 2333-2344.
- ⁵⁹ Berner MM, Kriston L, Zahradnik HP, Härter M, Rohde A. Überprüfung der Gültigkeit Zuverlässigkeit und des deutschen Female Sexual Function Index (FSFI-d) Geburtsh Frauenheilk 2004; 64 (3): 293-303.
- ⁶⁰ Salonia A, Lanzi R, Scavini M, Pontillo M, Gatti E, Petrella G, Licatas G, Nappi RE, Bosi E, Briganti A, Rigatti P, Montorsi F. Sexual Function and Endocrine Profile in Fertile Women With Type 1 Diabetes. Diabetes Care 2006; 29 (2): 312-316.
- ⁶¹ Nappi RE, Albani F, Vaccaro P, Gardella B, Salonia A, Chiovato L, Spinillo A, Polatti F. Use of the Italian translation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in routine gynecological practice. Gynecol Endocrinol. 2008; 24 (4): 214-219.
- ⁶² Chedraui P, Pérez-López FR, San Miguel G, Avila C. Assessment of sexuality among middle-aged women using the Female Sexual Function Index. Climacteric 2009: 12-19.
- ⁶³ North American Menopause Society Annual Meeting, Dallas, Oct. 3-6, 2007. Many menopausal women say vaginal symptoms are a problem.
- http://www.webmd.com/menopause/news/2007_1005/menopause-symptoms-may-hamper-sex
- ⁶⁴ Castelo-Branco C, Blumel JE, et al. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: influences of menopause and hormone replacement therapy. J Obstet Gynaecol 2003; 23:426-30.
- ⁶⁵ Kammerer-Doak D. Assessment of sexual function in women with pelvic floor dysfunction. Int Urogynecol J. 2009; 20 (1): 45-50.
- ⁶⁶ Soules MR, Sherman S, Parrott E, et al. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). Climacteric 2001;4:267-72

⁶⁷ Gracia CR, Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Mogul M. Hormones and sexuality during transition to menopause. *Obstet Gynecol* 2007;109:831-40

⁶⁸ Rudebeck CE. Empatía corporal en el dialogo clínico. Libro de Ponencias del XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 1994; p.125-7.

