



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



ORIGINAL

Evaluación de la salud sexual femenina en la consulta de Ginecología



M. Naveiro Fuentes^{a,*}, R. Benito Villena^a, R. Naveiro^b, M. Heredia Sánchez^a,
L. Cámara Roca^a y J. Fernández Parra^a

^a Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Instituto de Ciencias Matemáticas (ICMAT-CSIC) de Madrid, Instituto de Ciencias Matemáticas, Campus Cantoblanco UAM, Madrid, España

Recibido el 27 de septiembre de 2021; aceptado el 24 de marzo de 2022

Disponible en Internet el 25 de mayo de 2022

PALABRAS CLAVE

Salud sexual;
Disfunción sexual;
Mujer;
Calidad de vida
encuesta y
cuestionario

Resumen

Antecedentes: La disfunción sexual en la mujer es un problema multicausal y multidimensional, poco estudiado en la consulta de Ginecología. El objetivo de este trabajo fue estimar la calidad de vida sexual mediante el test de Índice de Función Sexual Femenina en las mujeres que acudieron a la consulta de Ginecología e identificar qué variables se asociaban a esta.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo que incluye a las pacientes que acudieron a la consulta de Ginecología entre marzo y agosto 2019. Las pacientes rellenaron anónimamente el test de Índice de Función Sexual Femenina y se recogieron variables socio-demográficas y clínicas. Para establecer las características que pudieron estar asociadas con la calidad de la salud sexual se elaboró un modelo de regresión lineal múltiple.

Resultados: Del total de pacientes encuestadas un 39,4% presentaban disfunción sexual con un valor medio del test de 27,2. Si excluimos pacientes que no tenían relaciones en el momento de la encuesta, este porcentaje descendió al 19,2%. La variable que más descendió el valor del Índice de Función Sexual Femenina fue la menopausia. Asimismo la edad y el tener 3 o más hijos también disminuyó el valor del test. Por el contrario, los estudios universitarios mejoraron significativamente el resultado de dicho test.

Conclusiones: La disfunción sexual femenina es un problema multifactorial. Dado que afecta de forma significativa la salud global de las mujeres, se hace patente la necesidad de abordar la problemática en las consultas de Ginecología de manera real y eficaz.

© 2022 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: m.naveirofuentes@gmail.com (M. Naveiro Fuentes).

KEYWORDS

Sexual health;
Sexual dysfunction;
Women;
Quality of life,
survey, and
questionnaire

Evaluation of female sexual health in routine gynaecological practice

Abstract

Background and objective: Female sexual dysfunction is a multicausal and multidimensional pathology, often underestimated in gynaecology care. The aim of this study was to estimate the quality of sexual life using the Female Sexual Function Index test in women who attended the gynaecology practice and to identify which variables were associated with sexual dysfunction. **Material and methods:** Descriptive observational study that includes patients who attended routine gynaecology care between March and August 2019. The patients filled out the Female Sexual Function Index anonymously and sociodemographic and clinical variables were collected. To establish the characteristics that could be associated with the quality of sexual health, a multiple linear regression model was developed.

Results: Of the total of patients surveyed, 39.4% presented sexual dysfunction with a mean value of 27.2. After excluding patients without sexual intercourse at the time of the survey, this percentage dropped to 19.2%. Menopause was the variable that most lowered the Female Sexual Function Index value. Likewise, age and having 3 or more children also decreased the test score. Nevertheless, having a university education significantly improved women's sexual health.

Conclusions: Female sexual dysfunction is a multifactorial problem that greatly affects women's well-being. It is important to assess this problem in routine gynaecology care in order to improve female sexual and global health.

© 2022 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La sexualidad es un aspecto central del ser humano que se relaciona íntimamente con la calidad de vida de las personas. La salud sexual se define como «un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, que requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia»¹.

La sexualidad está condicionada por una interacción de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales, políticos, legales, éticos, religiosos e históricos. La disfunción sexual en la mujer es, por tanto, un problema multicausal y multidimensional²⁻⁴.

Resulta relativamente difícil estimar la prevalencia de disfunción sexual femenina en la población, ya que tanto la propia definición como los criterios diagnósticos son controvertidos y están en constante desarrollo y actualización¹. Sin embargo, se estima que este problema puede estar presente en una proporción muy alta de la población femenina mundial, entre el 5,5-73,2%⁴⁻⁶.

A pesar de su alta prevalencia, se han realizado pocos estudios de investigación acerca de los problemas sexuales femeninos. Por otro lado, la formación en este tema entre los profesionales dedicados a la ginecología no es siempre adecuada y las pacientes que acuden a la consulta con algún tipo de disfunción pueden no recibir la atención adecuada^{7,8}.

De los métodos actualmente disponibles para evaluar la salud sexual femenina, los cuestionarios autoevaluados son los más adecuados para la investigación o la evaluación clínica. Rosen et al. elaboraron un instrumento que cumplía la clasificación anterior, autoadministrado, simple y veraz que

se organiza en dominios y permite evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. Lo denominó Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) y demostró su exactitud y propiedades psicométricas en la evaluación de la sexualidad de la mujer⁹.

El objetivo de este trabajo fue estimar la calidad de vida sexual mediante el test IFSF en las mujeres que acudieron a la consulta de Ginecología e identificar qué variables se asociaban a esta.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional descriptivo. La población de estudio está formada por pacientes que acudieron a la consulta de Ginecología, independientemente del motivo de consulta, entre marzo y agosto de 2019. Las pacientes pertenecían al Área Sanitaria de Granada, que tiene una población de 163.200 mujeres. Los criterios de inclusión fueron: (1) tener más de 18 años, (2) tener buena comprensión verbal y escrita en español y (3) ser sexualmente activa.

Se diseñó un cuestionario ad hoc en el que se recogían variables sociodemográficas como edad, pareja estable, religión, nivel de estudios, hábito tabáquico, tipo de relación (heterosexual u homosexual) y clínicas como estado menopáusico, pareja estable, religión enfermedades, tratamientos, paridad, tipo de parto (vaginal, instrumental o cesárea) e histerectomía. La función sexual fue recogida mediante el cuestionario IFSF.

En 2 consultas de Ginecología se entregaron a todas las pacientes de manera consecutiva el cuestionario y el consentimiento. Para asegurar la confidencialidad de la información, los cuestionarios fueron anónimos, ingresándose sin nombre ni registro que pudiera identificarlas. Una

vez autocumplimentado, se les solicitó que lo depositaran en un buzón para garantizar el anonimato.

Como enfermedades y tratamientos se incluyeron aquellos que habían demostrado previamente en la literatura afectar a la salud sexual (depresión, ansiedad, dolor pélvico, enfermedades cardiovasculares, enfermedades reumatológicas, diabetes mellitus y cáncer)^{2,6}.

El cuestionario IFSF está diseñado para evaluar diferentes facetas de la función sexual femenina y consta de 19 preguntas agrupadas en 6 dominios (lubricación, orgasmo, deseo, satisfacción, dolor y excitación). Las respuestas se evalúan en una escala de 0 (nada o casi nada) a 5 (siempre o casi siempre). La puntuación de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. El valor más alto total es 45, con un rango entre 5-45. Una disminución en los valores indica una disminución de la función sexual. El punto de corte por debajo del cual se considera que existe una disfunción sexual es un valor igual o inferior a 26,5 puntos^{9,10}.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo una descripción de cada variable. Las variables dependientes fueron las puntuaciones de los 6 dominios del IFSF y la puntuación total.

Las variables continuas se describieron mediante la media y la desviación estándar. Las variables cualitativas se describieron con el número absoluto y su porcentaje. La comparación entre variables se hizo mediante el análisis T-Student, U-Mann Withney o Kruskal Wallis para las variables continuas, y mediante el chi cuadrado o el estadístico exacto de Fisher cuando fue necesario, para las categóricas.

Para establecer las características que pudieron estar asociadas con la calidad de la salud sexual se elaboró un modelo de regresión lineal múltiple para cada variable dependiente: las puntuaciones de cada dominio del IFSF (deseo, dolor, satisfacción, lubricación, orgasmo y excitación) y el resultado global. Para determinar las variables explicativas a incluir en el modelo, se utilizó la técnica de «backward elimination». Los valores ausentes en algunas respuestas a las preguntas del cuestionario se imputaron utilizando la técnica de imputación múltiple MICE.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico R.

Resultados

Se entrevistaron un total de 480 pacientes, de las cuales se excluyeron 60 por no ser sexualmente activas en el momento de la encuesta, incluyéndose un total de 420, con una media de 40,8 años de edad. En la [tabla 1](#) se detallan las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes de la muestra. El 23,4% de las pacientes eran menopáusicas y el 28,2% fumadoras. El 91,4% de las pacientes refirió tener pareja estable y el 96,2% una relación heterosexual. Asimismo, destaca que el 6,2% de las pacientes tenían una histerectomía.

Considerando el total de la muestra, el resultado del test fue de 27,2 puntos, con una proporción de pacientes con disfunción sexual del 39,4%. Si excluimos de la muestra las pacientes que no eran sexualmente activas en el momento

Tabla 1 Características sociodemográficas y clínicas. Resultados del test IFSF

	n = 420	
<i>Edad (media y DE)</i>	40,8	11,6
<i>Pareja estable</i>	384	91,4%
<i>Menopausia</i>	100	23,9%
<i>Fumadoras</i>	118	28,2%
<i>Relación heterosexual</i>	383	96,2%
<i>Nivel de estudios</i>		
Básicos	99	23,8%
Medios	160	38,5%
Altos	157	37,7%
<i>Religión</i>		
Católica	285	70,7%
Sin religión	97	4,1%
Otra	21	5,2%
<i>Hijos</i>		
Sin hijos	115	27,8%
1-2 hijos	235	56,8%
3 o más	64	15,4%
<i>Cesárea</i>	50	12,1%
<i>Parto instrumental</i>	91	21,9%
<i>Episiotomía</i>		
No	222	53,4%
Sí	133	32,0%
No sé	61	14,6%
<i>Patología</i>	98	23,2%
<i>Histerectomía</i>	26	6,2%
<i>Disfunción sexual (< 26,5 puntos en IFSF)</i>	76	19,2%
<i>IFSF media (DE)</i>	31,8	5,84
<i>Deseo</i>	3,7	1,1
<i>Orgasmo</i>	4,8	1,3
<i>Dolor</i>	4,0	2,1
<i>Satisfacción</i>	4,7	1,3
<i>Lubricación</i>	4,7	1,4
<i>Excitación</i>	4,4	1,2

de la encuesta, la media del test ascendió a 31,9 puntos, con un 19,2% de pacientes con disfunción sexual.

En la [tabla 2](#) se muestran los resultados del test en función de las variables recogidas. Destaca que las pacientes menopáusicas presentaron puntuaciones inferiores en el IFSF, así como las pacientes con enfermedades y las histerectomizadas. El nivel de estudios superiores y el no tener hijos se asoció a puntuaciones superiores del test.

En la [tabla 3](#) se exhiben los resultados desglosados por dominios. La menopausia fue la variable que se asoció con un descenso de puntuación en todos los dominios. Asimismo, las enfermedades y la histerectomía también descendieron todas las puntuaciones excepto la del dominio orgasmo.

El tener 3 o más hijos disminuyó significativamente las puntuaciones de todos los dominios, excepto el de la satisfacción. Y las pacientes con estudios universitarios presentaron puntuaciones superiores en los dominios deseo, dolor, lubricación y excitación.

El análisis de regresión lineal múltiple se muestra en la [tabla 4](#), donde se evidencia que la variable que más descendió el valor del IFSF fue la menopausia. Asimismo la edad

Tabla 2 Valores del test IFSF según las características de las pacientes

Variable	Valor global IFSF (media)	Desviación estándar	Mediana (RIC)	p
<i>Menopausia</i>				
No	33,3	5,6	34,1 (12,5-42,0)	< 0,001
Sí	26,9	8,9	28,9 (5,6-41,1)	
<i>Fumadoras</i>				
No	31,7	7,0	33,2 (5,6-42,0)	0,33
Sí	32,3	7,1	33,9 (8,4-41,3)	
<i>Pareja estable</i>				
No	31,8	6,9	33,3 (5,6-42,0)	0,43
Sí	32,3	7,7	34,3 (11,0-41,7)	
<i>Relación</i>				
Heterosexual	31,8	7,0	33,4 (5,6-42,0)	0,88
Homosexual	31,4	7,5	32,8 (17,4-39,7)	
<i>Estudios</i>				
Básicos	29,6	8,4	31,6 (5,6-42,0)	< 0,01
Medios	32,0	7,1	33,5 (8,7-41,6)	
Altos	32,9	5,7	34,0 (14,0-41,7)	
<i>Enfermedades</i>				
No	32,5	6,2	33,8 (11,0-42,0)	< 0,05
Sí	29,5	9,0	31,8 (5,6-41,6)	
<i>Hijos</i>				
Sin hijos	33,0	5,8	34,3 (12,9-42,0)	< 0,01
1-2 hijos	32,3	6,6	33,7 (5,6-41,7)	
3 o más hijos	28,1	9,2	29,4 (8,4-42,0)	
<i>Cesárea</i>				
No	32,0	6,9	33,5 (5,6-42,0)	0,54
Sí	31,0	8,0	33,0 (11,2-41,7)	
<i>Parto instrumental</i>				
No	32,1	7,0	33,7 (5,6-42,0)	0,21
Sí	31,1	7,2	32,5 (8,6-41,4)	
<i>Episiotomía</i>				
No	32,1	6,8	33,3 (5,6-42,0)	0,62
Sí	31,8	7,3	33,7 (8,4-41,1)	
No sé	31,0	7,6	32,4 (8,4-41,1)	
<i>Religión</i>				
Católica	31,5	7,1	33,0 (5,6-42,0)	0,22
Sin religión	33,0	6,7	34,6 (8,6-41,3)	
Otra	31,7	5,9	30,8 (22,7-41,6)	
<i>Histerectomía</i>				
No	32,1	6,7	33,7 (5,6-42,0)	< 0,05
Sí	27,6	9,4	28,6 (12,7-41,1)	

y el tener 3 o más hijos también disminuyó el valor del test. Por el contrario, los estudios universitarios mejoraron significativamente el resultado de dicho test.

Puede observarse en la [tabla 5](#) cómo la menopausia es la variable que más disminuye la puntuación de todos los dominios, excepto el de la satisfacción.

Los estudios medios y más marcadamente los universitarios incrementaron las puntuaciones de los dominios deseo,

excitación y lubricación. Por otro lado, el tener 3 o más hijos disminuyó la puntuación del dominio dolor, así como el de la lubricación y del orgasmo. El no tener pareja incrementó el dominio deseo, empeorando el dominio del dolor.

La histerectomía permaneció en el modelo de los dominios lubricación y satisfacción, disminuyendo su puntuación, sin llegar a alcanzar la significación estadística aunque próxima a alcanzarla.

Tabla 3 Valores promedios del IFSF por dominios en función de las variables estudiadas

	Deseo	Dolor	Lubricación	Orgasmo	Excitación	Satisfacción
<i>Menopausia</i>						
No	3,97 (1,02)	4,38 (1,94)	4,98 (1,18)	5,02 (1,13)	4,68 (0,96)	4,85 (1,17)
Sí	3,01 (1,24)	2,98 (2,32)	3,74 (1,55)	4,18 (1,71)	3,61 (1,33)	4,13 (1,44)
p	< 0,01	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
<i>Fumadoras</i>						
No	3,73 (1,15)	3,94 (2,16)	4,63 (1,39)	4,80 (1,31)	4,37 (1,14)	4,72 (1,24)
Sí	3,80 (1,15)	4,19 (2,09)	4,83 (1,38)	4,89 (1,39)	4,57 (1,17)	4,58 (1,37)
p	0,42	0,25	0,32	0,18	0,06	0,49
<i>Pareja estable</i>						
No	4,28 (0,87)	4,24 (1,93)	4,79 (1,56)	4,74 (1,68)	4,65 (0,91)	4,50 (1,21)
Sí	3,70 (1,16)	2,47 (2,68)	4,68 (1,37)	4,83 (1,30)	4,41 (1,17)	4,70 (1,28)
p	< 0,01	< 0,0001	0,37	0,52	0,41	0,19
<i>Relación</i>						
Heterosexual	3,73 (1,15)	4,08 (2,08)	4,69 (1,41)	4,83 (1,34)	4,43 (4,43)	4,69 (1,27)
Homosexual	3,86 (1,08)	4,04 (2,41)	4,66 (1,12)	4,63 (1,43)	4,46 (1,37)	4,27 (1,64)
p	0,56	0,95	0,48	0,56	0,73	0,36
<i>Estudios</i>						
Básicos	3,37 (1,22)	3,49 (2,36)	4,24 (1,49)	4,55 (1,55)	3,97 (1,30)	4,40 (1,52)
Medios	3,83 (1,16)	4,10 (2,01)	4,69 (1,41)	4,82 (1,34)	4,52 (1,16)	4,76 (1,22)
Altos	3,90 (1,04)	4,28 (2,01)	4,96 (1,21)	4,98 (1,17)	4,61 (0,98)	4,76 (1,15)
p	< 0,001	< 0,01	< 0,0001	0,28	< 0,01	0,29
<i>Enfermedades</i>						
No	3,87 (1,07)	4,28 (1,93)	4,83 (1,24)	4,94 (1,17)	4,54 (1,03)	4,81 (1,21)
Sí	3,37 (1,31)	3,22 (2,47)	4,22 (1,71)	4,43 (1,71)	4,06 (1,43)	4,27 (1,38)
p	< 0,001	< 0,0001	< 0,01	0,06	< 0,01	< 0,01
<i>Hijos</i>						
Sin hijos	4,14 (1,03)	3,89 (2,18)	4,93 (1,17)	4,96 (1,05)	4,71 (0,89)	4,91 (1,14)
1-2 hijos	3,67 (1,10)	4,28 (2,01)	4,78 (1,32)	4,92 (1,31)	4,43 (1,13)	4,69 (1,23)
3 o más hijos	3,36 (1,33)	3,30 (2,29)	4,03 (1,67)	4,25 (1,70)	3,93 (1,43)	4,29 (1,56)
p	< 0,0001	< 0,01	< 0,01	< 0,05	< 0,01	0,06
<i>Cesárea</i>						
No	3,78 (1,14)	4,01 (2,14)	4,74 (1,33)	4,83 (1,33)	4,44 (1,15)	4,68 (1,27)
Sí	3,53 (1,24)	4,04 (2,06)	4,40 (1,65)	4,79 (1,42)	4,29 (1,21)	4,68 (1,36)
p	0,26	0,94	0,27	0,90	0,39	0,84
<i>Parto instrumental</i>						
No	3,80 (1,15)	4,02 (2,14)	4,73 (1,35)	4,85 (1,31)	4,47 (1,11)	4,73 (1,26)
Sí	3,59 (1,14)	3,99 (2,09)	4,59 (1,47)	4,74 (1,44)	4,27 (1,26)	4,53 (1,33)
p	0,12	0,89	0,44	0,61	0,21	0,20
<i>Episiotomía</i>						
No	3,92 (1,09)	4,06 (2,07)	4,73 (1,33)	4,85 (1,23)	4,53 (1,07)	4,73 (1,30)
Sí	3,61 (1,20)	3,70 (2,38)	4,78 (1,39)	4,83 (1,44)	4,41 (1,21)	4,60 (1,22)
No sé	3,45 (1,17)	4,09 (2,09)	4,42 (1,48)	4,69 (1,48)	4,06 (1,27)	4,68 (1,28)
p	< 0,01	0,38	0,25	0,81	< 0,05	0,37
<i>Religión</i>						
Católica	3,67 (1,16)	3,99 (2,13)	4,68 (1,35)	4,80 (1,37)	4,36 (1,19)	4,62 (1,34)
Sin religión	4,00 (1,12)	4,18 (2,13)	4,87 (1,33)	4,96 (1,27)	4,69 (1,04)	4,95 (0,96)
Otra	3,65 (3,66)	3,79 (1,96)	4,30 (1,88)	4,80 (1,34)	4,50 (0,84)	4,57 (1,38)
p	< 0,05	0,45	0,35	0,61	< 0,05	0,29
<i>Histerectomía</i>						
No	3,78 (1,12)	4,08 (2,10)	4,74 (1,35)	4,84 (1,32)	4,46 (1,13)	4,73 (1,23)
Sí	3,21 (1,41)	2,86 (2,37)	3,96 (1,71)	4,50 (1,50)	3,93 (1,38)	3,97 (1,61)
p	< 0,05	< 0,05	< 0,05	0,38	< 0,05	< 0,05

Los valores en negrita son los que son estadísticamente significativos.

Tabla 4 Variables que modifican el valor global del IFSF. Análisis de regresión lineal múltiple

Variables	Coef. regresión	IC 95%	p	
Menopausia	-2,79	-3,87	-1,70	< 0,001
Estudios medios	1,14	0,20	2,08	0,02
Estudios universitarios	1,40	0,42	2,39	0,01
Sin hijos	-0,68	-1,68	0,33	0,19
3 o más hijos	-1,10	-2,14	-0,06	0,04
Cesárea	-0,84	-1,96	0,27	0,14
Edad	-0,06	-0,10	-0,01	0,02

Tabla 5 Variables que modifican el valor de los dominios del test IFSF. Análisis de regresión lineal múltiple

	Deseo			Dolor			Excitación		
	Coef. regr	IC 95%		Coef. regr	IC 95%		Coef. regr	IC 95%	
Menopausia	-0,51	-0,82	-0,21	-0,76	-1,10	-0,42	-0,76	-1,06	-0,45
Estudios medios	0,29	0,03	0,56				0,42	0,15	0,68
Estudios universitario	0,25	-0,02	0,52				0,41	0,15	0,69
Edad	-0,02	-0,03	-0,01				-0,01	-0,02	0,00
Sin hijos				-0,35	-0,67	-0,02			
3 o más hijos				-0,68	-1,08	-0,28			
Sin pareja	0,42	0,06	0,78	-0,57	-1,15	0,01			
	Lubricación			Orgasmo			Satisfacción		
	Coef. regr	IC 95%		Coef. regr	IC 95%		Coef. regr	IC 95%	
Menopausia	-0,78	-1,11	-0,44	-0,69	-1,00	-0,38	-0,28	-0,64	0,09
Estudios medios	0,24	-0,05	0,53						
Estudios universitario	0,45	0,15	0,76						
Edad	-0,02	-0,04	-0,01				-0,02	-0,03	-0,01
Sin hijos	-0,41	-0,72	-0,10	-0,12	-0,41	0,17			
3 o más hijos	-0,38	-0,70	-0,10	-0,47	-0,83	-0,12			
Histerectomía	-0,34	-0,80	0,12				-0,42	-0,93	0,08
Cesárea	-0,42	-0,76	-0,07	-0,30	-0,60	0,02			
Enfermedad				-0,46	-1,08	0,16	-0,27	-0,57	0,04
Relación homosexual							-0,64	-1,24	-0,04

Discusión

La salud sexual de las mujeres, tal y como se observa en el presente estudio, está íntimamente relacionada con diversos factores como la edad, la menopausia o el nivel de estudios. La puntuación media del IFSF de todas las pacientes entrevistadas fue de 27,2, valores similares a otros estudios realizados en España y Sudamérica^{8,11-13}. En los estudios citados, alrededor de un 20% de las encuestadas no tenían relaciones y fueron incluidas en el estudio, dando resultados falsamente bajos, puesto que la ausencia de actividad sexual no se puede atribuir necesariamente a padecer una disfunción sexual. Sin embargo, si en nuestro trabajo excluimos pacientes sin relaciones en las 4 semanas previas, el valor asciende a 31,8, disminuyendo el porcentaje de pacientes con disfunción sexual hasta un 19,2%, también acorde a lo publicado por otros autores que solo seleccionaron mujeres casadas¹⁴.

La edad es uno de los factores que influye de forma importante en las puntuaciones del test, de forma que a más edad menor valor en las puntuaciones,

concretamente por cada año que cumple la paciente la puntuación global del test desciende en 0,06 puntos, resultados similares a los publicados por otros autores^{6,13,14}. El descenso de las hormonas sexuales femeninas con el paso de los años, que concluye en la menopausia, podría ser un factor decisivo, ya que disminuye la libido (y por tanto, el deseo y la excitación) y la lubricación genital de la mujer, conduciendo todo esto a unas relaciones sexuales menos satisfactorias¹⁵.

La menopausia es la característica que desciende de forma más evidente los valores totales del IFSF (de 33,3 a 26,9 puntos), permaneciendo además como variable significativa en el análisis de regresión de todos los dominios excepto en la satisfacción. Esto va en la misma línea de otros estudios, donde se estima que la prevalencia de disfunción sexual femenina en mujeres menopáusicas es en algunas series más del doble que en pacientes premenopáusicas^{13,14,16,17}. La caída de los niveles hormonales y los cambios atróficos en los genitales podrían explicar el descenso del deseo, la lubricación, la anorgasmia y las relaciones sexuales dolorosas¹⁵.

Paradójicamente, y en concordancia con nuestro estudio, otros trabajos no han asociado una reducción significativa de la satisfacción en la menopausia, llegando a apreciarse en algunos casos incluso un aumento de esta¹⁷. En el orgasmo y en la satisfacción sexual influyen numerosos factores psicosociales como prohibiciones culturales y religiosas, exceso de presión para llegar al orgasmo, preocupación por el embarazo, entre otras. Es posible que, llegada a una edad, muchas mujeres se liberen de estas presiones y eso les permite tener una mejor experiencia sexual^{3,18}.

Otro factor de importancia clave parece ser el nivel educativo de la mujer. En el presente trabajo las pacientes universitarias presentaron puntuaciones más altas en el test, así como en los dominios deseo, lubricación y excitación. Numerosos autores obtienen conclusiones similares⁴⁻⁶. Un nivel educativo más alto se ha relacionado con un mayor conocimiento sobre la sexualidad y la salud reproductiva, así como con la adquisición de recursos y herramientas para su gestión. Mujeres con nivel de estudios superiores parecen ser más capaces de conocerse a sí mismas y plantearse su propia sexualidad, pudiendo llegar a explotar de forma más eficiente su potencial sexual^{6,18}.

El número de hijos también influye en la salud sexual. Las mujeres con hijos, y sobre todo con 3 o más hijos, obtuvieron valores menores en las puntuaciones totales del test y en los dominios de dolor, lubricación y orgasmo. En otras investigaciones se ha estudiado cómo la maternidad puede conllevar que las mujeres dejen parcialmente a un lado sus propias necesidades o deseos, en este caso la sexualidad, para dedicarse a las de sus respectivos hijos. Asimismo, el cansancio, la falta de intimidad, los cambios en el estilo de vida o problemas de imagen corporal pueden ocasionar una alteración de la función sexual femenina en sus distintas esferas¹⁹. Otra hipótesis que podría explicar el aumento del dolor, así como la disminución del orgasmo y lubricación, podría ser aumento del riesgo de estas pacientes de tener trastornos del suelo pélvico (prolapso o incontinencia de orina), que también afectaría negativamente a la salud sexual, ocasionando relaciones sexuales dolorosas^{20,21}.

En la práctica médica habitual se puede presenciar constantemente cómo las distintas enfermedades merman la calidad de vida de los pacientes. De igual forma ocurre con la calidad de vida sexual. En este trabajo se observa cómo las pacientes con enfermedades presentan puntuaciones inferiores en el test IFSF. Otros autores también muestran peores resultados en pacientes con patología crónica, siendo el riesgo de presentar una disfunción sexual 5 veces superior a pacientes sin patología^{14,22}. Estas investigaciones han relacionado la disfunción sexual femenina con patologías como la depresión, la ansiedad, la obesidad y el sobrepeso, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, etc., por su alteración a nivel sistémico y por la limitación que esto supone para mantener relaciones sexuales satisfactorias^{6,18,22}.

De igual modo, las pacientes histerectomizadas también presentaron una puntuación inferior en el test IFSF, disminuyendo significativamente el dominio satisfacción. Sin embargo, si consultamos artículos que evalúan la salud sexual tras una histerectomía, la mayoría encuentran un aumento de la puntuación del IFSF tras esta. Esto se debe a la mejoría en la calidad de vida en general. Probablemente este aumento se debe a que la patología que motivó la histerectomía provocaba un descenso acusado de la calidad

de salud sexual de dichas pacientes, mejorando por tanto tras la misma²³. Si, como en el caso de este estudio, comparamos pacientes histerectomizadas con aquellas que no lo están, sí encontramos un descenso de la puntuación en dicho grupo. Probablemente la falta de útero y soporte pélvico es la causa de esta disminución en el IFSF²⁴.

No tener una pareja estable parece estar relacionado con un aumento del deseo sexual, incrementando la puntuación de ese dominio 0,42 puntos. La relación de pareja es un factor imprescindible a la hora de evaluar el deseo sexual. Tal como apuntan Brotto et al., el deseo sexual hipoactivo en su estudio rondó el 30%, sin embargo, si se seleccionó mujeres con buena relación de pareja, la cifra bajó al 10%²⁵. Asimismo, el deseo tiene un alto componente de necesidades exploratorias, de descubrimiento y de curiosidad, por lo que resultados totalmente previsibles hacen que el interés en la otra persona decaiga. Esa bajada de deseo en una relación estable puede tener la raíz en la pérdida de novedad al entrar en la etapa de rutina y monotonía sexual.

El antecedente obstétrico de cesárea, parto instrumental o episiotomía no parece afectar de manera determinante a la función sexual, por lo que, al igual que publican otros autores, no se recomienda practicar cesáreas innecesarias con el objetivo de preservar la salud sexual de la mujer²⁶.

Entre las limitaciones del estudio, debemos considerar que la información se obtiene a través de un cuestionario rellenado por la propia mujer, por lo que no hay forma de contrastar estos datos objetivamente. De todos modos, este test es autoinformado, está validado en español²⁷ y además las pacientes pudieron rellenar la encuesta de manera anónima por lo que entendemos que las pacientes la rellenaron de manera veraz. Por otro lado, debido a la naturaleza transversal del estudio, este carece de un seguimiento durante un período de tiempo posterior, por lo que no se pueden verificar hipótesis de causalidad y, por tanto, las interpretaciones de las asociaciones observadas son de tipo estadístico.

Otra limitación a tener en cuenta es la posible existencia de un sesgo de selección, es decir, que la población de estudio pueda no ser representativa de la población diana. Esto ocurriría porque las mujeres que acudieron a la consulta tenían más posibilidades de padecer algún problema o patología de tipo ginecológico (y por ello demandaron atención sanitaria), lo que podría influir negativamente en su salud sexual. Esto podría limitar la capacidad de inferencia y comprometer la validez externa del estudio.

Finalmente, la hoja de información general que rellenaron las pacientes de este estudio no incluye dentro de los elementos de análisis algunos factores que han quedado claramente relacionados con la disfunción sexual femenina, que son muy difíciles de recoger de manera objetiva, como la violencia de género, la autoestima, factores psicológicos o la estructura familiar¹⁸.

Conclusión

Como conclusión, debe destacarse que la disfunción sexual femenina es un problema multifactorial, influenciado por diversas características tanto sociodemográficas como fisiopatológicas, en las que la edad, la menopausia, el nivel de estudios y el número de hijos influye de manera significativa en nuestra población de pacientes. Dado que afecta de

forma significativa la salud global y la calidad de vida de las mujeres, se hace patente la necesidad de abordar la problemática en las consultas de Ginecología de manera real y eficaz. Es importante la existencia en los diferentes servicios de ginecología de profesionales preparados e instruidos en el diagnóstico y manejo de la patología sexual. Dado que es una problemática multidimensional es adecuada su valoración por un equipo interdisciplinar, incluyendo médicos ginecólogos y obstetras, sexólogos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales entre otros, así como médicos de atención de primaria para su reconocimiento precoz.

Aún queda trabajo por delante hasta alcanzar un abordaje diagnóstico-terapéutico plenamente satisfactorio de la disfunción sexual femenina, de forma que se promueva tanto la salud sexual como la calidad de vida general de la mujer.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Consideraciones éticas

El trabajo presentado se ha llevado a cabo de conformidad con el Código de Ética de la Asociación médica Mundial (Declaración de Helsinki). Se ha seguido el protocolo del centro sobre la publicación de datos de pacientes. Las pacientes respondieron a la encuesta voluntariamente y de manera anónima, garantizando su privacidad, dando ellas su consentimiento para la publicación del estudio. Se llevaron a cabo todas las medidas para garantizar dicho anonimato.

Financiación

No se ha precisado financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses que declarar.

Bibliografía

- Chen CH, Lin YC, Chiu LH, Chu YH, Ruan FF, Liu WM, et al. Female sexual dysfunction: Definition, classification, and debates. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2013;52:3-7.
- Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female sexual dysfunction: Prevalence and risk factors. *J Clin Diagnostic Res.* 2013;7:2877-80.
- Parish SJ, Hahn SR, Goldstein SW, Giralaldi A, Kingsberg SA, Larkin L, et al. The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for the Identification of Sexual Concerns and Problems in Women. *Mayo Clin Proc.* 2019;94:842-56.
- Goshtasebi A, Vahdaninia M, Rahimi Foroshani A. Prevalence and potential risk factors of female sexual difficulties: An urban Iranian population-based study. *J Sex Med.* 2009;6:2988-96.
- Muñoz D. AP, Camacho Lopez PA. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016;81:168-80.
- Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *J Postgrad Med.* 2009;55:113-20.
- Kottmel A, Ruether-Wolf KV, Bitzer J. Do gynecologists talk about sexual dysfunction with their patients? *J Sex Med.* 2014;11:2048-54.
- Briedite I, Ancane G, Ancans A, Ertis R. Insufficient assessment of sexual dysfunction: A problem in gynecological practice. *Medicina (Kaunas).* 2013;49:315-20.
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. 2000;26:191-208.
- Meston CM, Freihart BK, Handy AB, Kilimnik CD, Rosen RC. Scoring and interpretation of the FSFI: What can be learned from 20 years of use? *J Sex Med.* 2020;17:17-25.
- Artiles Pérez V, Gutiérrez Sigler MD, Sanfélix Genovés J. Función sexual femenina y factores relacionados. *Aten Primaria.* 2006;38:339-44.
- Nusbaum MRH, Gamble G, Skinner B, Heiman J. The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *J Fam Pract.* 2000;49:229-32.
- Nappi RE, Albani F, Vaccaro P, Gardella B, Salonia A, Chiovato L, et al. Use of the Italian translation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in routine gynecological practice. *Gynecol Endocrinol.* 2008;24:214-9.
- Ishak IH, Low WY, Othman S. Prevalence, Risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: A survey finding. *J Sex Med.* 2010;7:3080-7.
- Pfaus JG, Scepkowski LA. The biologic basis for libido. *Curr Sex Heal Reports.* 2005;2:95-100.
- Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: Prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas.* 2009;63:138-41.
- Lozano Hernández E, Márquez Hernández V, Moya Diéguez JM, Alarcón Rodríguez R. Cambios en la sexualidad durante la menopausia. *Aten Primaria.* 2013;45:329-34.
- Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med.* 2016;13:538-71.
- Woolhouse H, McDonald E, Brown S. Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: Making the adjustment to motherhood. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2012;33:185-90.
- Ozdemir FC, Pehlivan E, Melekoglu R. Pelvic floor muscle strength of women consulting at the gynecology outpatient clinics and its correlation with sexual dysfunction: A cross-sectional study. *Pakistan J Med Sci.* 2017;33:854-9.
- Martinez CS, Ferreira FV, Castro AAM, Gomide LB. Women with greater pelvic floor muscle strength have better sexual function. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014;93:497-502.
- Barsky JL, Friedman MA, Rosen RC. Sexual dysfunction and chronic illness: The role of flexibility in coping. *J Sex Marital Ther.* 2006;32:235-53.

23. Dedden SJ, van Ditshuizen MAE, Theunissen M, Maas JWM. Hysterectomy and sexual (dys)function: An analysis of sexual dysfunction after hysterectomy and a search for predictive factors. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;247: 80–4.
24. Verbeek M, Hayward L. Pelvic floor dysfunction and its effect on quality of sexual life. *Sex Med Rev.* 2019;7:559–64.
25. Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, Luria M. Women's sexual desire and arousal disorders. *J Sex Med.* 2010;7: 586–614.
26. Amiri FN, Omidvar S, Bakhtiari A, Hajiahmadi M. Female sexual outcomes in primiparous women after vaginal delivery and cesarean section. *Afr Health Sci.* 2017;17:623–31.
27. Enrique Blümel JM, Binfa LE, Cataldo Alejandra Carrasco VPA, Izaguirre HL, Sarrá SC. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004;69:118–25.