

**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE BAJA
CALIFORNIA**

DIRECCION DE ENSEÑANZA Y VINCULACION

HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



Título de la investigación

**“CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE DESEO
SEXUAL HIPOACTIVO EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS QUE ACUDEN
A LA CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL GENERAL TIJUANA DE
JULIO A NOVIEMBRE 2017”**

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DRA. CHRISTIAN XARENI FARIAS LLERENAS

Mexicali, B.C. Marzo de 2018

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI

COORDINACION DE POSGRADO E INVESTIGACION



Título de la investigación

“CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL GENERAL TIJUANA DE JULIO A NOVIEMBRE 2017”

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DRA. CHRISTIAN XARENI FARIAS LLERENAS

Mexicali, B.C. Marzo de 2018

**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE BAJA
CALIFORNIA**

DIRECCION DE ENSEÑANZA Y VINCULACION

HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



Título de la investigación

**“CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE DESEO
SEXUAL HIPOACTIVO EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS QUE ACUDEN
A LA CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL GENERAL TIJUANA DE
JULIO A NOVIEMBRE 2017”**

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DRA. CHRISTIAN XARENI FARIAS LLERENAS

DIRECTOR DE TESIS Y ASESORES

DR AGUSTÍN ÁVILA VÁZQUEZ

Mexicali, B.C. Marzo de 2018

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI

COORDINACION DE POSGRADO E INVESTIGACION



Título de la investigación

“CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL GENERAL TIJUANA DE JULIO A NOVIEMBRE 2017”

Trabajo Terminal para obtener el Diploma de Especialidad en

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DRA. CHRISTIAN XARENI FARIAS LLERENAS

DIRECTORES DE TESIS Y ASESORES

DR AGUSTÍN ÁVILA VÁZQUEZ; MÉDICO GINECOOBSTETRA
INVESTIGADOR PRINCIPAL

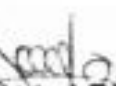
Mexicali, B.C. Marzo de 2018



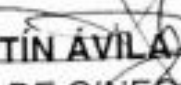
DR. CLEMENTE HUMBERTO ZUÑIGA GIL
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA



DRA BIANCA ELISA GARCÍA FRAGOSO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



DRA LUZ ELENA ABURTO MÁRQUEZ
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



DR. AGUSTÍN ÁVILA VÁZQUEZ
PROFESOR DEL CURSO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



DR. AGUSTÍN ÁVILA VÁZQUEZ
ASESOR DE LA INVESTIGACION



CHRISTIAN XARENI FARIAS LLERENAS
SUSTENTANTE DEL EXAMEN PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer en primer lugar a Dios por el regalo de la vida, de la sabiduría y por darme unos padres tan maravillosos, tu amor y tu bondad no tienen fin, gracias por estar presente en todo momento de mi vida, ofreciéndome lo mejor y buscando lo mejor para mi persona.

A mis padres, que siempre han estado apoyándome, nunca dudaron de mí, se enorgullecían con mis logros y lloraban junto conmigo mis fracasos, reponiéndose y dándome ánimos para seguir, gracias por inculcarme grandes valores, gracias por ser los principales promotores de mis sueños, gracias por cada día confiar y creer en mi y en mis expectativas, gracias por tanto sacrificio y desvelo, así como por toda la paciencia que me han tenido, las palabras quedan cortas para expresar todo lo que les agradezco y les quiero.

Gracias al resto de mi familia, por confiar en mí, por ser pacientes y por siempre estar dispuesto a ayudarme en lo que necesitare.

Agradezco a mis maestros, que me han aportado su sabiduría, comprensión y ayuda desde el preescolar hasta el postgrado, por las enseñanzas, por su amor a lo que hacen.

A los médicos adscritos del servicio de ginecología y obstetricia del hospital general de Tijuana y Ensenada les agradezco todo lo que me enseñaron a lo largo de estos 4 años, por su paciencia, por hacerme entender que no importan las carencias, siempre debemos dar lo mejor para la paciente.

Gracias a mi asesor de tesis, Dr. Agustín Ávila Vázquez, por el apoyo que me brindo cuando más lo necesitaba, por haber dedicado tiempo a aclarar mis dudas y orientarme en el tema.

Gracias también al Dr. Eugenio Ocegüera, por ser un gran apoyo en el desarrollo de esta tesis, por toda su ayuda en la realización del análisis estadístico, por todo el tiempo empleado y la paciencia con la que me brindo su ayuda y explicaciones.

Gracias a mis amigos y amigas, parte importante de mi vida, tanto personal como profesional, gracias especialmente a Myriam Cid Barreras y Sara Martínez Torres por estar siempre allí, al pie del cañón, por apoyarme en mis locuras, alentarme a seguir mi camino, por más loco que pareciera, por compartir desvelos, sueños, viajes y diversas aventuras, les tengo un lugar muy especial en mi corazón.

Gracias especialmente a los médicos internos de pregrado, por todas las enseñanzas que me dejaron, por permitirme ser parte de su formación, por brindarme su amistad y apoyo, por ayudarme a realizar las encuestas

A la jefa de Enseñanza del Hospital General de Ensenada, Martha Valdivia Lisizin y al Dr Godinez ginecólogo adscrito del Hospital General de Ensenada por el apoyo brindado para el desarrollo de esta tesis.

También agradecer a mis compañeros residentes, por ser una parte importante de mi formación, gracias por todo lo que me enseñaron y por dejar que les aportara un poco de mi conocimiento, por estar al pendiente del desarrollo de esta tesis y por ayudarme a recolectar los datos, a pesar de que siempre estuviéramos con miles de pendientes.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en mí.

Indice	
AGRADECIMIENTOS:	xi
RESUMEN	xiv
TÍTULO:	1
INTRODUCCIÓN:	1
ANTECEDENTES:	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
MARCO TEORICO.....	5
JUSTIFICACIÓN	18
Hipótesis	18
OBJETIVO GENERAL	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	19
MATERIAL Y MÉTODOS:	19
DISEÑO DEL ESTUDIO	20
POBLACIÓN MUESTRA.....	20
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	21
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	21
CRITERIOS DE ELIMINACION	21
VARIABLES	21
DEPENDIENTES.....	21
INDEPENDIENTES	22
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	22
ASPECTOS ÉTICOS	24
RESULTADOS:	25
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES:.....	30
BIBLIOGRAFÍA	32
ANEXOS	34

RESUMEN

Objetivo: conocer los principales factores de riesgo de deseo sexual hipoactivo en mujeres mayores de 40 años.

Material y métodos: Estudio de corte transversal, se incluyen mujeres mayores de 40 años que asistan a la consulta externa del Hospital General Tijuana. El tamaño de la muestra fue de 335 pacientes, con un error máximo de 5% y con 95% de confianza. Muestreo por conveniencia. El método de diagnóstico abreviado para deseo sexual inhibido, previamente validado, fue aplicado a 343 mujeres mayores de 40 años que acudieron al servicio de consulta externa del Hospital General Tijuana, se evaluaron además edad, religión, escolaridad, estado civil, ocupación. Se calculó la frecuencia relativa en las variables. Para evaluar la asociación entre las variables y la presencia de deseo sexual hipoactivo se utilizó la razón de Odds (OR) y su respectivo intervalo de confianza, además de realizar regresiones logísticas.

Resultados: Se analizaron 335 encuestas, donde se obtuvo que el 20% de la población presentaba depresión o pensamientos depresivos como factor de riesgo para disminución del deseo sexual ($p=0.001$) seguido de otros problemas sexuales que pudiese presentar ($p=0.000$), insatisfacción con su relación o pareja ($p=0.031$), con IC 95%, OR 74.812

Conclusiones: La disfunción sexual femenina es de origen multifactorial como ya se ha descrito en la literatura, el factor de riesgo que presentó mayor significancia estadística fue la presencia de depresión o pensamientos depresivos, la menopausia a pesar de estar presente en la mayoría de nuestra población analizada no presentó significancia estadística para la disminución del deseo sexual.

Palabras claves: deseo sexual hipoactivo, menopausia, disfunción sexual.

TÍTULO:

“CONOCER LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL GENERAL TIJUANA DE JULIO A NOVIEMBRE 2017”

INTRODUCCIÓN:

El estudio de la sexualidad se consideró tabú en el pasado, hasta 1996 cuando Masters y Johnson, pioneros en la creaciones de un modelo de la respuesta sexual femenina basado en datos científicos con un estudio con verdadera base científica titulado “la respuesta sexual humana” que se compone de deseo, excitación, orgasmo y resolución, aquí se define como desorden del Deseo Sexual Hipoactivo a la persistente deficiencia o ausencia de fantasías o deseos sexuales o receptividad a la actividad sexual que cause angustia. (Basson, 2002) (Irribarra & Ibache, 2013) (Raigosa-Londoño & Echeverri-Ramirez, 2012)

Sin embargo, en 1998, un grupo de expertos sobre salud sexual femenina sugirió que la definición de Deseo Sexual Hipoactivo debía ampliarse para incluir la deficiencia, o ausencia, de receptividad a la actividad sexual, puesto que el deseo sexual en algunas mujeres es provocado, más que espontaneo. (Cabello-Santamaria, 2012)

El DSM-IV- TR, en el 2000 reconoce al deseo sexual hipoactivo como una deficiencia o ausencia persistente de fantasías sexuales y deseo de la actividad sexual que causa malestar acusado o dificultades para relacionarse, y que no se explica exclusivamente por otra enfermedad psiquiátrica, afección o sustancia. Puede o no estar asociado a otra

enfermedad física o psicológica. (Cabello-Santamaria, 2012) (Seagraves & Woodard, 2006)

El deseo sexual hipoactivo es la forma más común de disfunción sexual femenina, así como la más observada, sin embargo, sigue sin diagnosticarse o tratarse, debido a que los trastornos o disfunciones sexuales, siguen siendo un tema tabú, tanto para los profesionales de la salud como para las pacientes, a los profesionales de la salud aún les cuesta trabajo abordar el tema, ya sea por desconocimiento, vergüenza, pobre formación respecto al tema, poco tiempo en la consulta externa o debido a la ausencia de alternativas de tratamiento. (Cabello-Santamaria, 2012) (Seagraves & Woodard, 2006)

Es importante utilizar una terminología clara al hablar de problemas de deseo, tanto por el médico como por la paciente, a fin de realizar un diagnóstico preciso y mejorar la comunicación médico-paciente. (Raigosa-Londoño & Echeverri-Ramirez, 2012)

A continuación, se desglosa la epidemiología de dicho trastorno, así como fisiología del deseo sexual y fisiopatología del deseo sexual hipoactivo, esto para tener una mejor comprensión al respecto.

ANTECEDENTES:

El ser humano es una unidad integral, compuesta por varias dimensiones, entre ellas la sexualidad, construcción social que se origina en cada individuo y donde la experiencia que cada persona pueda tener de la sexualidad esta mediada por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Esto ha originado que sea una de las dimensiones del ser humano que históricamente ha creado conflicto para su estudio, ya que existen diversas opiniones y enfoques respecto a su

significado, importancia y a las relaciones con otros aspectos de la naturaleza humana. (Rebolledo & Fierro, 2003) (Gutierrez, Soto, & Valdes, 2006)

El grupo de consenso internacional, en 1998, calculó que la disfunción sexual femenina afecta a más de 20% de las mujeres, esto se concluyó en el Estudio Global de Actitudes y comportamientos sexuales, posterior a realizar una encuesta a hombres y mujeres entre 40 y 80 años, de 29 países diferentes, realizado entre 2001 y 2002, donde los problemas sexuales más comunes fueron la falta de interés sexual (36%), la incapacidad de alcanzar el orgasmo (27.8%) y las relaciones sexuales no placenteras (25.1%). (Cabello-Santamaria, 2012)

El Estudio Internacional de Salud y Sexualidad de la mujer (WISHeS) realizado en Estados Unidos y Europa se encargó de evaluar la prevalencia de deseo sexual hipoactivo, el cual se definió como una disminución del deseo vinculada al malestar, en mujeres entre 20 y 49 años, fue del 7% en premenopáusicas y del 16% en mujeres con menopausia quirúrgica, y en mujeres de 50 a 70 años se encontró prevalencia del 9% en aquellas con menopausia natural y del 12% en aquel con menopausia quirúrgica. (Cabello-Santamaria, 2012)

Otro estudio realizado sobre la Prevalencia de los Problemas Sexuales Femeninos Asociados con el Malestar y Factores determinantes en la búsqueda de Tratamiento(PRESIDE) valoró la prevalencia de los problemas sexuales y el malestar derivado las relaciones sexuales en 31,581 mujeres estadounidenses entre 18 y 102 años, encontrando la falta de deseo como el problema más común, prevalencia del 37.7% ajustada a la edad, 8.9% de prevalencia en disminución del deseo asociada a malestar, esto en mujeres entre 18 y 44 años, 12.3% en mujeres entre 45 y 64 años y 7.4% en mayores de 65 años. (Cabello-Santamaria, 2012)

El censo de población de Estados Unidos muestra que 9.7 millones de mujeres norteamericanas de entre 50 y 74 años describían quejas de disminución de excitación, dispareunia y dificultades en lograr el orgasmo, la incidencia aumenta con el envejecimiento, la menopausia y diversos factores de riesgo médicos. (Shifren, Monz, Russo, Segreti, & Johannes, 2008)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conforme aumenta la edad generalmente existe una pérdida del interés sexual, determinada por diversos aspectos de la sexualidad, tales como: disminución del interés sexual, la frecuencia del coito y la lubricación vaginal, sin embargo, los factores que influyen en la pérdida del interés son complejos y multifactoriales.

Los problemas sexuales que más comúnmente aquejan a la mujer en el Climaterio, según el DSM-IV son: trastornos del deseo, de la excitación, orgasmo y dispareunia. Trastornos que podrían ser inherentes a problemas psicológicos como la depresión, ansiedad, trastornos sociales como por ejemplo el nivel educativo, religión o estado civil, además la función sexual puede verse afectada por enfermedades crónicas, disfunción sexual de la pareja, entre otras múltiples causas que podrían interferir en el desempeño de una vida sexual placentera.

Por lo tanto: el deseo sexual hipoactivo aumenta conforme aumenta la edad y se ve mayormente afectado por la depresión, pensamientos depresivos, el estrés, cambios hormonales, además de las patologías preexistentes en la paciente y su pareja.

MARCO TEORICO

La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de la mujer, además es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social. La sexualidad humana es un fenómeno muy complejo, motivo por el cual ha sido difícil de estudiar, todo esto es debido a que el comportamiento ha variado en los diferentes grupos humanos con el tiempo, además de variaciones individuales de la sexualidad. Si a esto le sumamos los problemas metodológicos que tienen la mayoría de los estudios que investigan la sexualidad humana, podemos entender el porqué es difícil interpretar y comparar los resultados publicados sobre esta área de la conducta humana. (Cabello-Santamaria, 2012)

La asociación psiquiátrica ha logrado realizar una clasificación que agrupa los trastornos de respuesta sexual normal en cuatro tipos:

- 1.- trastornos del deseo,
- 2.- trastornos de la excitación,
- 3.- falla orgásmica
- 4.- dolor sexual

Con esta clasificación se encontró que 43% de las mujeres entre 18 y 59 años tienen trastornos de la respuesta sexual, resultado encontrado por Laumann y colaboradores

El impacto del cerebro en la integración sensorial y motivación es ampliamente reconocido, aunque los métodos específicos de activación cerebral, la corteza cerebral y el sistema límbico juegan un rol importante en el funcionamiento del deseo sexual, el cual se ajusta por una parte por la interacción excitatoria centro sensitivo de la dopamina y la inhibición centro sensitiva de la serotonina y, por otra parte, por el cerebro. (Hubin, P, & Reynaert, 2011)

La función sexual tiene dos fases: la situación/ estímulo sexual y la respuesta sexual, definido por la Guía de Menopausia y postmenopausia 2004 como el conjunto de fases que inducen a una acción simultanea cuando se sitúan en el ambiente interno o externo del organismo, el cual conlleva a la ejecución de una actividad sexual accesible a la observación y al control. (Hubin, P, & Reynaert, 2011)

La fase de situación/ estímulo sexual se define como la acción mediante la cual ocurre un cambio en el ambiente externo o interno del órgano que induce o provoca una repuesta sexual, reconociendo en ella tres aspectos fundamentales: administración del estímulo sexual, método de aplicación de la situación / estímulo sexual y frecuencia de la situación /estímulo sexual, fase llamada deseo, por Kaplan desde 1979, la cual se basa en la percepción de sensaciones a través de los sentidos, en pensamientos, fantasías que motivan a la persona hacia la actividad sexual, fase previa y necesaria para iniciar en relación sexual. (Iribarra & Ibache, 2013)

La Respuesta sexual se caracteriza por la aparición de cambios anatómicos, hormonales, vasculares, musculares y neuronales que abarcan todo el organismo y son provocados por estímulos tanto fisiológicos como psicológicos, dicha respuesta ocurre en forma de dos fenómenos fisiológicos: la vasocongestión, superficial y profunda y la miotonía, generalizada y específica, provocando una serie de reacciones genitales y extragenitales. (Iribarra & Ibache, 2013)

Fases de la respuesta sexual

Fase de excitación. - Resultado de la estimulación sexual, física o psíquica, tiene como característica subjetiva el fenómeno de la excitación sexual creciente, manifestada objetivamente por vasocongestión/ reacción miotónica. Predomina el sistema simpático. Se caracteriza por lubricación vaginal producida por la vasodilatación de los vasos

sanguíneos de las paredes vaginales, llevando a una trasudación de fluido, la expansión de los dos tercios internos de la vaginal, elevación del cuello y cuerpo uterino, alisamiento y elevación de los labios mayores, aumento de tamaño del clítoris, secundario a la vasodilatación, además de la erección de los pezones, característica en la fase de excitación avanzada. (Francesco Biannchi-Demicheli, 2011)

Después de la estimulación sexual se liberan varios neurotransmisores, entre ellos el óxido nítrico y el péptido intestinal vasoactivo, modulando la relajación del musculo liso vascular y no vascular de la vaginal lo cual conlleva a un aumento del flujo capilar aferente en la submucosa, reabsorción de sodio, lo cual produce aproximadamente de 3 a 5 ml de trasudado vaginal, potenciando la lubricación, obteniendo como resultado un coito placentero. (Mas, 2007)ca

Fase de Meseta. - incremento de la tensión sexual, en esta fase se encuentra elevado el grado de excitación sexual anterior al momento en que se alcanza el nivel para desencadenar el orgasmo, en esta fase se registra una prominente vasodilatación en el tercio externo de la vagina, a esto se le denomina plataforma orgásmica. Obteniendo como resultado de la vasodilatación el estrechamiento de la abertura de la vagina. (Francesco Biannchi-Demicheli, 2011)

Fase orgásmica. - Es el estado de alteración de la conciencia asociado a una estimulación sensitiva fundamentalmente genital. Se caracteriza por contracciones musculares reflejas, predomina el sistema simpático, está marcada por la sensación de placer sexual, pérdida de la agudeza de los sentidos y la sensación de desligamiento del medio externo. (Francesco Biannchi-Demicheli, 2011)

Consiste además en información aferente sensitiva múltiple, procedente de los puntos gatillo, clítoris, labios mayores y menores, vagina, glándulas periuretrales, que la transmiten en dirección central a estructuras supramedulares en las que interviene el septum talámico. Después de la estimulación sensitiva, la descarga de neurotransmisores tiene como consecuencia contracciones motoras, repetidas del piso pélvico, seguidas de contracción del músculo liso uterino y vaginal. (Mas, 2007)

Fase resolutive. - El orgasmo retorna progresivamente a las condiciones basales, relajación muscular y descongestión sanguínea, los cambios anatómicos que aparecen en la fase de excitación y meseta se invierten en esta fase. (Iribarra & Ibache, 2013)

Regulación neuroquímica de la respuesta sexual

Se estudia en dos niveles: central y periférico.

Neurotransmisión periférica. - Regulada fundamentalmente por la actividad de los nervios que se proyectan sobre los distintos órganos implicados, utilizando una diversa gama de neurotransmisores. En cuanto a la respuesta sexual se le atribuyen a la actividad simpática fenómenos de vasodilatación, característicos de la fase de excitación, predomina en los fenómenos orgásmicos, genitales y extra genitales, aunque probablemente también transmita señales erectógenas. La inervación somática también es importante al transmitir señales sensoriales en el proceso de excitación y respuesta sexual, así como ordenes motoras al piso pélvico. (Iribarra & Ibache, 2013)

Los nervios del sistema nervioso autónomo ejercen su acción liberando neurotransmisores diversos, como son noradrenalina y acetilcolina, además de óxido nítrico (principal mediador de la vasodilatación del clítoris y los labios), péptido intestinal vasoactivo, mediadores de la transmisión “no-adrenérgica-no-colinérgica” que parecen

ser más importantes que la acetilcolina para las respuestas de erección. (Iribarra & Ibaché, 2013)

Neurotransmisores centrales. – Dentro del sistema nervioso central, las estructuras preópticas internas, hipotálamo anterior, áreas hipocampo-límbicas afines son responsables de la excitación sexual. Cuando estos se activan transmiten sus señales eléctricas a través del sistema autónomo. (Iribarra & Ibaché, 2013)

Se han identificado muchos neurotransmisores, que intervienen en los circuitos cerebrales y meduloespinales de la conducta sexual, destacando la dopamina y noradrenalina, facilitadores de la respuesta sexual, la serotonina a la cual se le atribuyen efectos inhibitorios, predominantemente. (Iribarra & Ibaché, 2013)

Fisiopatología del Deseo Sexual Hipoactivo

La disfunción sexual femenina implica una serie de problemas que experimenta la mujer, entre los cuales podemos encontrar la disminución del deseo o baja motivación ante el acto sexual, reducción de la lubricación vaginal, reducción de la excitación, dolor sexual y la disminución de la capacidad para alcanzar el orgasmo. (Cabello-Santamaria, 2012)

Las hormonas sexuales interactúan con los neurotransmisores en el sistema central, donde el equilibrio entre los factores excitantes e inhibidores controlan la función sexual, en el Deseo Sexual Hipoactivo ocurre un desequilibrio entre dichos factores. (Cabello-Santamaria, 2012)

Las hormonas que influyen sobre la sexualidad femenina son los estrógenos y andrógenos, varios estudios han demostrado que la relación del nivel de testosterona se relaciona de manera directa con la disminución de la actividad sexual en mujeres

postmenopáusicas, sin embargo, otros estudios han demostrado que no existe dicha relación. Se ha propuesto también que los niveles de Estradiol guardan relación con la disminución del rendimiento sexual, se piensa además que los estrógenos desempeñan una función mínima en el deseo sexual femenino. (Cabello-Santamaria, 2012)

La dopamina y serotonina son importantes para la sexualidad, la dopamina modulando el deseo sexual aumentando, aparentemente, el deseo sexual, y la serotonina actúa inhibiendo la función sexual, niveles altos de serotonina pueden disminuir los efectos de la dopamina sobre el rendimiento sexual. (Cabello-Santamaria, 2012)

Otros elementos que afectan la sexualidad son noradrenalina y oxitocina, a quienes se les atribuyen cualidades excitantes, prolactina y opiáceos con cualidades inhibitorias. (Cabello-Santamaria, 2012)

Casi todas las personas mayores desean y pueden gozar de una vida sexual activa y satisfactoria, sin embargo, con el transcurso del tiempo se dan cuenta de que sus reacciones son más lentas, siendo un proceso normal del envejecimiento. (OPS, OMS)

Los cambios físicos que suceden con la edad no interfieren en la habilidad de una persona para disfrutar del sexo, pero si pueden acarrear molestias, especialmente en lo relacionado con la apariencia externa, una mujer puede sentirse incomoda al exponer su cuerpo ante una pareja nueva o temer la reacción de su pareja habitual. (Calderon & Naranjo, 2008)

En el ser humano existe una conexión muy estrecha entre el área emocional y a sexualidad, vinculo profundo que no puede ser desligado con facilidad, por lo tanto, la mujer vivirá su sexualidad dependiendo de sus experiencias sexuales previas, de la percepción de su figura, de los cambios que experimenta, del grado de intimidad y complicidad con su pareja, del estrés físico y/o psicológico, derivado de problemas

familiares o laborales. (Thiel, Thiel, Dambros, Riccetto, & Lopez, 2006) (Goberna, Francés, Pauli, Barluenga, & Gascón, 2009)

Disfunción sexual

Es definida como la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual, deseo, excitación, orgasmo y/o resolución, que evita que el individuo o la pareja disfrute de la actividad sexual. En la perimenopausia existen diversas formas por la cual el déficit de estrógeno produce alteraciones de la función sexual, como por ejemplo la dispareunia afecta el deseo, este a su vez afecta la excitación, deteriorando dos aspectos centrales de la sexualidad. (Iribarra & Ibaché, 2013)

Si agregamos trastornos del ánimo y depresión, que también son frecuentes en la perimenopausia, no es de sorprender que se asocie a deterioro de la sexualidad en la mujer después de los 40 años, quien está expuesta además a los múltiples efectos que ejercen sobre su sexualidad la vida social y su compañero. (Iribarra & Ibaché, 2013) (Calderon & Naranjo, 2008)

Los trastornos sexuales se reconocen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana segunda edición de 1968, sin embargo, el término de trastorno sexual se utilizó hasta 1987, en la tercera edición revisada. Desde entonces ha habido avances en la comprensión de la disfunción sexual femenina, reconociendo la existencia de diversos tipos de trastornos en la actividad sexual en la mujer, incluidos los trastornos del deseo sexual, anorgasmia, trastorno de la excitación sexual femenina y los trastornos sexuales por dolor. (Iribarra & Ibaché, 2013)

El deseo sexual hipoactivo puede afectar gravemente al bienestar emocional y a las relaciones y sucede en mujeres pre y postmenopáusicas. Es la disfunción sexual femenina más común y para su diagnóstico se requiere la presencia de malestar o

dificultades interpersonales asociadas a deseo sexual disminuido que no se pueda explicar por otra afección psiquiátrica y que tampoco se deba exclusivamente a una enfermedad o sustancia. Para su diagnóstico es necesario que el problema sexual cause malestar o dificultad para relacionarse. (Iribarra & Ibache, 2013)

El DSM –IV- TR (2000) define al deseo sexual hipoactivo como “deficiencia o ausencia persistente o recurrente de fantasías sexuales y deseo de la actividad sexual que causa malestar o dificultad para relacionarse y que no se explica exclusivamente por otra enfermedad psiquiátrica, afección o sustancia”. Puede o no asociarse a otra enfermedad física o psicológica, y al detectarlo debemos diferenciar si es de por vida o adquirido, además valorar si dicho trastorno es situacional o generalizado. (Iribarra & Ibache, 2013) (Gutierrez, Soto, & Valdes, 2006)

Las mujeres que presentan deseo sexual hipoactivo pueden tener problemas a la hora de iniciar o mantener relaciones sexuales estables y experimentar insatisfacción y trastornos conyugales, los estudios han demostrado que las mujeres con deseo sexual hipoactivo se asocian claramente con sentimientos negativos respecto a su satisfacción física, emocional, mostrando un estado psicológico más negativo que las mujeres con actividad sexual normal. (Hubin, P, & Reynaert, 2011)

Generalmente estas personas no buscan la actividad sexual, la llevan a cabo por compromiso, cuando es la pareja quien lo decide. A pesar de que la frecuencia de relaciones sexuales es habitualmente baja, la presión de la pareja puede incrementar la tasa de relaciones sexuales. (Hubin, P, & Reynaert, 2011)

El deseo sexual disminuido puede ser global y abarcar todas las formas de expresión sexual o situacional y limitado a un compañero o a una actividad sexual concreta. Su etiología multifactorial es ampliamente reconocida, sin embargo, no hay bibliografía que nos muestre un enfoque global de estos factores de riesgo, que además se encuentran

de manera concomitante. Hubbin et al, en 2010 propusieron un modelo, el cual sugiere que la función sexual individual se basa en cinco ejes a los cuales llamó factores y son los siguientes: cognitivo, fisiológico, conductual, emocional y ambiental.

Factor cognición

El impacto del factor cognición en la conducta es bien conocido en la psicología, sin embargo, en sexología la manera de pensar sobre la sexualidad, influye importantemente en la manera de hacerlo. Se pueden observar dos actitudes en la mayoría de las parejas de mujeres con deseo sexual hipoactivo: que abandonen todo intento de relación sexual o que sigan insistiendo en tener relaciones sexuales. Esta última hace sentir a las mujeres con deseo sexual hipoactivo una gran presión, y mientras más presión haya, menor deseo sentirán, convirtiendo la relación sexual en un deber o una obligación, desarrollando anticipación negativa hacia el acto sexual, incluso con días de anticipación. (Hubin, P, & Reynaert, 2011)

La pobre educación sexual o el conocimiento erróneo sobre la sexualidad también impacta de manera fundamental, prejuicios como que la mujer está menos enfocada en el ámbito sexual en comparación al hombre, o que a las mujeres menopaúsicas ya no les interesa el sexo, también es información errónea que la mayoría de las mujeres con deseo sexual hipoactivo creen, perjudicándoles sexualmente hablando. (Hubin, P, & Reynaert, 2011)

Los pensamientos parásitos pueden también mermar la función sexual, estos ocurren de manera recurrente antes de la actividad sexual, preguntas como: ¿se enojara mi pareja si le digo que no?, ¿tendré deseo sexual si mi pareja intenta tener una relación sexual?, además de pensamientos como: “debo levantarme temprano mañana”, “ nos van a escuchar los niños”, también interfieren en los primeros momentos de la intimidad

por lo que ocasionan dificultades para concentrarse y por consiguiente, disfunción sexual.

(Hubin, P, & Reynaert, 2011)

Aunado a esto se encuentra la percepción que tiene la mujer de su cuerpo, independientemente de su índice de masa corporal, mientras más atractivas se consideren para sus parejas menos disfunción sexual tendrán. Hasta el 44.6% de las mujeres tendrán pensamientos negativos sobre su cuerpo, Berman et al. (2003) encontró que la percepción positiva de su sexo en las mujeres se relaciona de manera positiva en su deseo sexual. (Calderon & Naranjo, 2008)

La correlación sobre deseo sexual hipoactivo y pensamientos depresivos está claramente establecida, encontrando que hasta el 70% de las personas con pensamientos depresivos tienen deseo sexual hipoactivo. (Hubin, P, & Reynaert, 2011)

Los pensamientos no permisivos también afectan de manera importante en el deseo sexual, muchas mujeres, religiosas o no religiosas aún consideran a la sexualidad como algo malo, los pensamientos sexuales los consideran inapropiados y por ende los rechazan. (Hubin, P, & Reynaert, 2011)

Las fantasías sexuales son también uno de los diferentes factores cognitivos que pueden tener impacto negativo y positivo en la sexualidad, desde 1981 se ha venido estudiando esto por diversos autores, estableciendo dicha correlación. Creando fantasías sexuales permite al individuo auto-erotizarse mentalmente, permitiéndole despertar y mantener el deseo sexual. (Hubin, P, & Reynaert, 2011)

Factor fisiológico

Los factores fisiológicos no deben ser tomados de manera aislada, pues la naturaleza multifactorial del deseo sexual hipoactivo puede causar cambios fisiológicos. Aunque en principio el problema no haya sido causado por anomalías fisiológicas la ausencia de

vida sexual por un tiempo largo puede causar cambios fisiológicos, lo que puede empeorar dicho trastorno. (Hubin, P, & Reynaert, 2011) (Mas, 2007)

Lesiones neurológicas, como daño en la columna vertebral o trauma craneal pueden tener impacto sobre el deseo sexual, también enfermedades neurológicas como esclerosis múltiple o enfermedad de Parkinson. Así mismo, algunas enfermedades crónico degenerativas pueden tener efectos neurológicos dañinos en el deseo sexual. (Hubin, P, & Reynaert, 2011)

Los procedimientos quirúrgicos pueden tener efectos mecánicos o neurológicos en la función sexual en general, particularmente en el deseo sexual, por ejemplo, la histerectomía, la cual ha sido ampliamente estudiada en relación con el decremento del deseo sexual, dicha relación no puede ser explicada simplemente por la pérdida quirúrgica del útero, si no por el rol que este órgano femenino juega en el deseo sexual, pues es símbolo de la feminidad. (Hubin, P, & Reynaert, 2011)

También casos particulares que afecten la imagen corporal de la mujer como por ejemplo enfermedades dermatológicas, cirugías como mastectomía, amputación y cirugías faciales, el cáncer ginecológico a afecta también la respuesta sexual, encontrando la disfunción sexual como comorbilidad en hasta el 90% de las pacientes con cáncer en área genital. (Hubin, P, & Reynaert, 2011)

Impacto ligado a la edad

Con el incremento de la esperanza de vida además de la mejoría en la salud mental y física, los hombres y mujeres también desean tener vida sexual activa, Laumann et al, (2005) encontraron que hasta el 21% de las mujeres entre 70-80 años aún tienen relaciones sexuales. Sin embargo, el deseo sexual disminuye con la edad, aunque sigan interesados en el sexo, las dificultades sexuales ligadas a la edad no suprimen el interés

sexual, aunque hasta un tercio de los sujetos en la tercera edad reportan al menos un problema sexual cerca del 60% desea mantener su actividad sexual. En las mujeres, el envejecimiento provoca menos disfunción sexual que en el hombre, como son sequedad vaginal y dispareunia. (Hubin, P, & Reynaert, 2011)

Factor conductual

No debemos olvidar que la función sexual no está restringida al cerebro, también nuestro cuerpo está involucrado, los gestos, movimientos y las acciones realizadas durante el acto sexual tienen influencia en la conducta que tomamos hacia el mismo, algunos reforzando el deseo sexual, otros inhibiéndolo. (Hubin, P, & Reynaert, 2011)

Estrategias para evitar la relación sexual son muy usadas en mujeres con deseo sexual hipoactivo, de manera consciente o inconsciente. La rutina también tiene efecto negativo en el deseo sexual, y demasiada creatividad también puede ser exhaustivo para la relación sexual, por lo que lo ideal es tener un equilibrio entre ambas. (Hubin, P, & Reynaert, 2011)

Factor emocional

Investigaciones recientes parecen apoyar un modelo en el cual los pensamientos, emociones y reacciones sexuales se organizan como una estructura que interactúa en conjunto. Muchos de los problemas sexuales están ligados al manejo disfuncional de las emociones, sentirse amadas, inseguridades emocionales, sentimientos de culpa, repugnancia, miedo o ansiedad también son factores que influyen en el deseo sexual. (Hubin, P, & Reynaert, 2011)

Factor ambiental

Al pensar en deseo sexual e hipoactividad en las relaciones de pareja, también debemos pensar en cómo están organizados en la intimidad, en el contexto de su relación, especialmente en aquellos con mucho tiempo de relación. El nacimiento de un hijo, en ocasiones, acarrea cambios drásticos, lo cual se relaciona negativamente con el deseo sexual, factores como tener el trabajo ideal, una casa grande, tener una buena carrera también merman el deseo sexual, además del pobre manejo de la intimidad, poca o mala comunicación de la pareja. (Hubin, P, & Reynaert, 2011)

La interacción de los cinco ejes permite a los clínicos tener un mejor panorama, responsable del deseo sexual hipoactivo, y así tener un mejor conocimiento de la problemática, lo que contribuirá a un mejor tratamiento de esta patología. (Hubin, P, & Reynaert, 2011)

El diagnóstico diferencial se debe realizar con trastornos secundarios:

- Deseo sexual hipoactivo debido a enfermedad médica: causado exclusivamente por los efectos fisiológicos de la enfermedad, por ejemplo, diabetes mellitus tipo 1 avanzada, esclerosis múltiple, lesión medular, cáncer, alcoholismo, insuficiencia renal
- Inducido por drogas o fármacos
- Coexistiendo con trastornos de la personalidad (deterioro de imagen corporal)

La mayoría de las causas de este trastorno son psicológicas: estrés o fatiga, traumas sexuales, abusos sexuales en la infancia, educación sexual negativa, experiencias incestuosas, violación. Todo esto relacionado con sentimiento de culpa y sensación de que la sexualidad es algo negativo. En la menopausia los cambios hormonales serán la causa fundamental asociada. (Gutiérrez, 2006)

JUSTIFICACIÓN

Este estudio parte de la necesidad de determinar los diversos factores de riesgo para deseo sexual hipoactivo, porque a pesar de que es un aspecto importante en el desarrollo de la mujer, de su calidad de vida, nivel de bienestar físico, psicológico y social, existe poca información que provea datos médicos respecto a este padecimiento, tanto en nuestro estado como en el país.

Al no conocer bien dicha patología y sus factores de riesgo, no se ha dado énfasis en prevenirla o tratarla, para que a las mujeres peri y postmenopáusicas no les siga afectando la calidad de vida, para poder proveer un cuidado adecuado a nuestra población y promover estilos de vida que puedan disminuirlo, a pesar de ser un trastorno importante para la vida de la mujer adulta, se desconoce la estadística en nuestro hospital, debido además a que aún es un tema tabú, poco conocido y poco preguntado por los prestadores de salud, y si a esto le sumamos que en nuestro hospital no contamos con el servicio de climaterio el resultado es un pobre escrutinio de los problemas asociados a la peri y postmenopausia, por lo tanto, la atención integral a nuestras pacientes es deficiente.

Hipótesis

El principal factor de riesgo para presentar deseo sexual hipoactivo es la depresión o los pensamientos depresivos.

OBJETIVO GENERAL

Conocer los principales factores de riesgo para presentar deseo sexual hipoactivo en pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital General Tijuana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer la relación que existe entre deseo sexual hipoactivo y la edad.
- Determinar si la disminución del deseo sexual es molesto para las pacientes
- Determinar si a las pacientes les gustaría que aumentase su deseo sexual
- Conocer la relación existente entre deseo sexual hipoactivo y el estrés/fatiga
- Correlacionar al deseo sexual hipoactivo con la presencia de una lesión, operación u otra afección
- Asociar los problemas sexuales de su pareja como factor de peso para presentar deseo sexual hipoactivo
- Comparar la insatisfacción con su relación o pareja con el desarrollo de deseo sexual hipoactivo
- Determinar si existe relación en mujeres que presentan síntomas de menopausia y deseo sexual hipoactivo
- Asociar la insatisfacción con su cuerpo como factor para presentar deseo sexual hipoactivo
- Correlacionar la presencia de depresión o pensamientos depresivos en el deseo sexual hipoactivo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza el método abreviado de diagnóstico de deseo sexual hipoactivo adquirido a pacientes de 40 y más años que acuden a la consulta externa del Hospital General de Tijuana, que hayan aceptado realizarlo para así conocer la prevalencia por grupos etarios.

El análisis del método abreviado de diagnóstico del deseo sexual hipoactivo adquirido se llevó a cabo según las indicaciones de los autores originales, se decide excluir los cuestionarios sin respuestas completas o claras, además de los mal contestados.

Encuesta validada por un estudio piloto en el Hospital General de Ensenada, realizándola a 200 mujeres, y posterior a ello corrigiendo los enunciados que mayor confusión causaron al momento de la aplicación.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio observacional de corte transversal.

POBLACIÓN MUESTRA

Se realiza el cálculo de muestra para proporciones, con un universo de 3160 pacientes atendidas en el segundo nivel, acorde al 3er informe de gobierno, tomando en cuenta que el 50% serian mujeres, con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error menor al 5%, el tamaño de la muestra nos arroja 343 encuestas a realizar.

Realizamos el muestreo por conveniencia, en mujeres mayores de 40 años que acuden al servicio de consulta externa en el Hospital General Tijuana en el periodo de tiempo comprendido de julio a noviembre del 2017.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se seleccionaron a todas las pacientes mayores de 40 años que acudieron a la consulta de los diferentes servicios en el Hospital General Tijuana y que hayan decidido participar en la encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres fuera del rango de edad establecido

Pacientes que no deseen participar

CRITERIOS DE ELIMINACION

Encuestas contestadas de manera incompleta o errónea

VARIABLES

DEPENDIENTES

- ¿Considera que en el pasado su nivel de deseo o interés sexual era bueno y satisfactorio?
- ¿Ha disminuido su deseo o interés sexual?
- ¿Le molesta que su deseo o interés sexual haya disminuido?
- ¿Le gustaría que aumentase su deseo o interés sexual?
- Factores que pueden contribuir al actual descenso de su deseo o interés sexual:
 - o Una operación, lesiones o cualquier otra afección

- Medicación, drogas o alcohol que usted está tomando actualmente
- Embarazo, parto reciente
- Otros problemas sexuales que pueda sufrir en la actualidad (dolor, disminución de la excitación o del orgasmo)
- Los problemas sexuales de su pareja
- Insatisfacción con su relación o pareja
- Estrés o fatiga
- Depresión o pensamientos depresivos
- Síntomas de menopausia
- Insatisfacción con su cuerpo
- Ambiente no cómodo

INDEPENDIENTES

- Edad
- Escolaridad
- Estado civil
- Lugar de nacimiento
- Religión

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realiza el cálculo de muestra para proporciones, con un universo de 3160 pacientes atendidas en el segundo nivel, acorde al 3er informe de gobierno, tomando en cuenta que el 50% serían mujeres, con un intervalo de confianza del 95% y un margen de error menor al 5%, el tamaño de la muestra nos arroja 343 encuestas a realizar.

Los datos fueron introducidos en el programa Microsoft Excel 2016, posterior a ello fueron exportados al programa Epidat versión 4.2, con el cual se llevó a cabo el análisis estadístico.

Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Los datos de recogieron en tablas.

Fueron incluidas en el modelo como variables independientes las siguientes: edad (40-45 años, 46-50 años, 51-55 años, 56-60 años, 61-65 años y ≥ 66 años), nivel de estudios (primaria, secundaria, preparatoria, universidad, ninguna) lugar de nacimiento, estado civil (soltera, casada, unión libre, viuda, divorciada), religión (católica, cristiana, testigo de jehová, ninguna, otras), las variables estudiadas fueron: percepción del deseo sexual en el pasado, disminución del deseo sexual en la actualidad en comparación con el pasado, molestia ante tal disminución, deseo de aumentar el deseo sexual, además de 11 enunciados con posibles etiologías o factores relacionados al desarrollo de deseo sexual hipoactivo: patologías, drogas, estrés, insatisfacción con su cuerpo, insatisfacción con su pareja, problemas sexuales de la pareja, estrés o fatiga, sentimientos depresivos, ambiente no cómodo, otros problemas sexuales de la mujer y síntomas de menopausia.

El tratamiento informático de los datos, adecuadamente codificados, se realizó en un ordenador personal portátil HP DESKTOP-S6OA5TI, con procesador Intel® Celeron ® CPU N2840 @ 2.16 GHz, sistema operativo Windows 10 Home y herramientas de Microsoft Office 2016. La búsqueda bibliográfica se realizó a través de internet con Safari y Opera. Los datos recogidos fueron introducidos en una base de datos Epidat 4.2 diseñada ex profeso. Se aseguro la calidad de los datos comprobándose al menos en dos ocasiones antes de su procesamiento definitivo para detectar datos perdidos, omisiones o errores.

ASPECTOS ÉTICOS

La investigación se apegó a las disposiciones establecidas en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, título segundo, capítulo I, artículo 13,14 fracción I; VI y VII, artículo 16, 17 fracción II y artículo 21 (Secretaría de Salud, 1987)

Artículo 13. Se establecieron normas de respeto durante el desarrollo de la entrevista, la cual se efectuó en un marco de respeto al principio de la dignidad humana, derecho a ser informado acerca de la naturaleza del estudio, el derecho de no participar y de las responsabilidades del investigador.

Artículo 14. Fracción I. se contó con consentimiento informado verbal del participante.

Artículo 14. Fracción VI. La investigación se realizó por profesionales de medicina con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano contando con los recursos necesarios que garantizan el bienestar del sujeto de investigación.

Artículo 14. Fracción VII. Se conto con dictamen favorable de las comisiones de investigación y ética.

Artículo 16. Se protegió la integridad de la paciente llevando a cabo las entrevistas en área privada

Artículo 21. Fracción I, II, VI, VII, VIII y IX. Se le dio explicación clara y precisa al participante acerca del propósito de la investigación, procedimientos realizados y la garantía de que recibiría respuesta adecuadas en cualquier pregunta o duda sobre el estudio. La participante tuvo la libertad de retirarse en cualquier momento sin que esto le perjudicara. La participante contó con la seguridad de no ser identificado y de que se mantuvo la confidencialidad de la información que proporcionó.

RESULTADOS:

Se describen los resultados en función de objetivos. Los resultados a manera de tablas se presentan en la sección de anexos.

Durante el presente estudio realizado del 01 de julio del 2017 al 10 de noviembre del 2017, la muestra estuvo conformada por 343 mujeres que contestaron el método abreviado para diagnóstico de deseo sexual hipoactivo adquirido, de manera anónima, en el servicio de consulta externa del Hospital General Tijuana, se excluyeron 8 pacientes por contestar de manera incompleta el cuestionario, la muestra final estuvo conformada por 335 mujeres.

Se estudiaron las siguientes variables epidemiológicas:

- Análisis descriptivo para la edad
- Análisis descriptivo para la religión
- Análisis descriptivo para el nivel de estudios
- Análisis descriptivo para el estado civil
- Análisis descriptivo para el lugar de nacimiento
- Análisis descriptivo para la percepción de su deseo sexual en el pasado
- Análisis descriptivo para disminución del deseo sexual
- Análisis descriptivo para la molestia por la disminución del deseo sexual
- Análisis descriptivo para si le gustaría que aumentase su deseo sexual
- Análisis descriptivo para los factores que puedan estar contribuyendo en el actual descenso del deseo sexual:
 - Una operación, lesiones o cualquier otra afección
 - Medicación, drogas o alcohol que usted está tomando actualmente
 - Embarazo, parto reciente

- Otros problemas sexuales que pueda sufrir en la actualidad (dolor, disminución de la excitación o del orgasmo)
- Los problemas sexuales de su pareja
- Insatisfacción con su relación o pareja
- Estrés o fatiga
- Depresión o pensamientos depresivos
- Síntomas de menopausia
- Insatisfacción con su cuerpo
- Ambiente no cómodo

En cuanto a las variables sociodemográficas la edad media de las pacientes fue de 51.5 (DE 7.9), el quintil más frecuente en las participantes fue 46-50 años. Si agrupamos la edad por lustros, obtenemos seis grupos con similar representación en cada grupo, excepto el grupo de 61-65 años y ≥ 66 años, el grupo predominante es el de las mujeres de 46-50 años, como ya se mencionó antes.

En el estado civil el que predominó fueron las mujeres casadas, con 50.45%, seguido de las mujeres solteras con 25.97%, en tercer lugar, se encuentran las mujeres en Unión Libre con 15.82%.

La escolaridad predominante encontrada fue primaria con 34.63% seguido de secundaria con 32.54%, en tercer lugar, se encuentra preparatoria con 22.39%

Con respecto a la religión la predominante fue la católica, con 58.81%, seguida de los cristianos con 24.48%, mujeres con ninguna religión fueron el 9.25%.

En cuanto al lugar de nacimiento se nota un claro predominio de Baja California con 31.04%, seguido de Sinaloa con 11.94% y posteriormente Guerrero y Jalisco con 7.76% ambos, los otros estados de la República Mexicana conformaron el 24.18%,

En todos los grupos etarios se demostró una buena percepción del deseo sexual en el pasado así como una disminución del mismo en el presente, el único grupo etario que expreso molestia por esta disminución del deseo sexual fue el de 61-65 años, sin embargo, solo el 42.86% desearían que aumentase su deseo sexual, por otro lado, a pesar de no causarles molestia la disminución del deseo sexual, al 53.33% de las pacientes del grupo etario de 46-50 años les gustaría que aumentase este deseo, así como al 59.74% de las pacientes en el grupo de 51-55 años.

Es interesante notar que en las mujeres que contestaron que si desean un aumento en su deseo sexual el 54.02% son casadas, seguido de las solteras y las pacientes en unión libre.

Los factores contribuyentes a la disminución del deseo sexual que con mayor frecuencia estuvieron presentes en nuestra población estudiada fueron los siguientes:

- Una operación, lesiones o cualquier otra afección, presente en 105 mujeres. Predominando el grupo etario de 46-50 años (26.67%), sin embargo, este resultado no logro demostrar significancia estadística alguna.
- El uso de medicación, drogas o alcohol en las pacientes muestra una $p=0.000$ para la disminución del deseo sexual
- Otros problemas sexuales que pueda sufrir en la actualidad (dolor, disminución de la excitación o del orgasmo) este enunciado estuvo presente en 115 mujeres, predominando el grupo etario de 51-55 años (23.48%), no encontrando diferencia significativa.
- Un embarazo o parto reciente se encuentra muy relacionado con el deseo sexual hipoactivo, arrojando una p de 0.001, lo cual nos demuestra de que a pesar de que no es muy común en los grupos etarios aquí estudiados, pues solo 15

pacientes encuestadas lo presentaron, es un factor de peso para el desarrollo de deseo sexual hipoactivo.

- El estrés o fatiga lo señalaron como agente causal de la disminución del deseo sexual un total de 142 mujeres, predominando el grupo etario de 46-50 años (27.4%), sin embargo, no encontramos significancia estadística
- En las mujeres que presentan insatisfacción con su relación o pareja encontramos una $p=0.008$, presentando este factor 77 mujeres, predominando en el grupo de mujeres de 46-50 años
- La depresión o pensamientos depresivos, es otro factor importante para desarrollar deseo sexual hipoactivo, con una $p=0.000$, el grupo que más presentó este factor de riesgo fue el comprendido en las edades de 46-50 años.
- Los síntomas de menopausia estuvieron presentes en 119 mujeres, predominando el grupo etario de 46-50 años (36.3%), pero no lo encontramos estadísticamente significativo.
- Por lo que respecta a la insatisfacción con su cuerpo, encontrada en 61 de las mujeres encuestadas, los análisis arrojaron una $p=0.001$, predominando las mujeres de 46-50 años
- Por último, encontramos significancia estadística en el ítem ambiente no cómodo, $p=0.004$, encontrado en 42 mujeres, predominando en las mujeres de 46-50 años.
- El análisis multivariado con regresión logística logró explicar que la depresión o pensamientos depresivos es el factor de mayor peso para la presencia de deseo sexual hipoactivo ($p=0.001$), seguido de otros problemas sexuales que pueda presentar ($p=0.000$) e insatisfacción con su relación de pareja ($p=0.031$), con una $R=0.74812$ e IC 95%.

DISCUSIÓN

Aunque el deseo sexual hipoaditivo es la disfunción sexual femenina más común y la más observada sigue siendo poco estudiada en la práctica médica diaria, por las diversas razones que han sido comentadas previamente, entre ellas se encuentra el desconocimiento del tema por parte del personal médico o pudor para hablar del mismo, sin embargo, cada vez las mujeres buscan más ayuda para esta problemática.

En el presente estudio encontramos buena respuesta por parte de las pacientes y disposición para participar, como dicta la literatura, existen diversas causas para la disminución del deseo sexual, las cuales también aquejan a nuestra población, no importando escolaridad, lugar de procedencia, estado civil o religión.

La mayoría de nuestras pacientes expresó tener en el pasado un nivel de deseo sexual bueno y satisfactorio y haber presentado disminución del mismo en el presente, sin embargo, esta situación no les molesta, a pesar de tener pareja estable, solo a la mitad de la población encuestada les gustaría que aumentase su deseo sexual.

Respecto a las esferas que afectan el deseo sexual, todas estuvieron presentes en nuestra población, la depresión y los pensamientos depresivos se encuentran presentes en el 20% de la población estudiada, colocándolo como un factor de riesgo importante para presentar deseo sexual inhibido, encontramos además que los problemas sexuales de la pareja, la menopausia de las pacientes, el estrés o patologías de la paciente, pese a lo que pudiésemos pensar, no son factores de gran importancia para la disminución del deseo sexual en nuestra población, se encontró mayor peso en haber tenido un embarazo o parto reciente, a pesar de que nuestras encuestadas superan los 40^a, sería interesante bajar el rango de edad y observar si hay modificación de este factor de riesgo. Otros de los factores más importantes fue la insatisfacción con su relación o pareja, la depresión o pensamientos depresivos, problema cada vez más observado en la

actualidad, la insatisfacción con su cuerpo es un factor de gran peso, así como no tener un lugar cómodo o privado para la relación sexual, ya sea por vivir en un lugar pequeño, con paredes delgadas o en hacinamiento.

Aunque la menopausia se encuentra presente en nuestra población de estudio, no encontramos significancia estadística para presencia de deseo sexual hipoactivo, contrario a lo que pudiésemos pensar, tampoco el estrés o la fatiga.

CONCLUSIONES:

Este estudio nos muestra que el deseo sexual hipoactivo también afecta a nuestra población, encontrándolo presente en gran medida, es necesario hacer más determinaciones al respecto, ampliar el rango de edad estudiado, actualizarnos y preguntar en la consulta, cada vez hay mayor disposición por parte de las pacientes para hablar del tema, con interés y cooperadoras.

- Apoyarnos con psicología sería una herramienta clave para mejorar esta disfunción, pues la percepción de uno mismo y el estado emocional son factores de gran peso para un adecuado desarrollo de la sexualidad
- A pesar de estar presente, la menopausia y el estrés no resultan un factor determinante para esta situación
- Se necesita apoyo en el embarazo, parto y puerperio para una mejor asimilación de los cambios presentados en estas etapas de la vida de la mujer
- La escolaridad, estado civil o religión no son factores que modifiquen la presencia o ausencia de esta patología
- Es indispensable hacer hincapié en el apoyo por parte del servicio de psicología, pues el estrés y los pensamientos depresivos, como la literatura lo ha establecido,

resultan un factor de riesgo muy importante para la disminución del deseo sexual, esta se encuentra presente en el 20% de nuestra población encuestada, demostrándonos la importancia del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Basson, R. (2002). Are our definitions of women's desire, arousal and sexual pain disorders too broad and our definition of orgasmic disorder too narrow?. *Journal of sex and marital therapy*, 289-300.
- Cabello-Santamaria, f. (2012). actualización sobre el trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino. *progresos de obstetricia y ginecologia*, 289-295.
- Calderon, M. Y., & Naranjo, I. C. (2008). Climaterio y sexualidad: Su repercusión en la calidad de vida de la mujer de edad mediana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24 (2).
- Francesco Biannchi-Demicheli, Y. C. (2011). Neural Bases of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: An Event-Related fMRI Study. *Journal of Sexual Medicine* , 2546-2559.
- Goberna, J., Francés, L., Pauli, A., Barluenga, A., & Gascón, E. (2009). Sexual experiences during the climateric years: what do women think about it? *Maturitas*, 47-52.
- Gutierrez, A. A., Soto, M. T., & Valdes, B. C. (2006). Climaterio y postmenopausia: Aspectos educativos a considerar según la etapa del periodo. *Ciencia y Enfermería*, 19-27.
- Hubin, A., P, D. S., & Reynaert, C. (2011). Etiological factors in female Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Sexologies*, 149-157.
- Iribarra, C., & Ibañe, J. (2013). Trastorno de deseo sexual hipoactivo: Factores determinantes y el rol de la anticoncepción. *Obstetricia y Ginecología Hospital Santiago Oriente Dr Luiz Tisné Brousse*, 94-100.
- Laumann, E., Paik, A., & Rosen, R. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA*, 537-544.
- Mas, M. (2007). Fisiología de la respuesta sexual femenina: Actualización. *Int Androl*, 11-21.
- Raigosa-Londoño, G., & Echeverri-Ramirez, M. C. (2012). Prevalencia del desorden de deseo sexual hipoactivo en mujeres colombianas y factores asociados. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 127-133.
- Rebolledo, M. C., & Fierro, E. H. (2003). Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Ciencia y Enfermería*, 55-64.

- Seagraves, R., & Woodard, T. (2006). Female Hypoactive Sexual Desire Disorder: History and current Status. *Journal of sexual medicine*, 408-418.
- Shifren, j., Monz, B., Russo, P., Segreti, a., & Johannes, c. (2008). Sexual problems and distress in United States women: Prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* , 970-978.
- Thiel, R., Thiel, M., Dambros, M., Ricetto, C., & Lopez, V. (2006). Evaluacion de la función sexual femenina antes y despues de un procedimiento para la correccion de la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Actas de Urologia Española*, 315-320.

ANEXOS

Tabla 1. Edad

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
40-45	60	17,91
46-50	90	26,87
51-55	77	22,99
56-60	58	17,31
61-65	21	6,27
≥66	29	8,66
TOTAL	335	100,00

Tabla 2. Escolaridad

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
Universidad	26	7,76
Ninguna	9	2,69
Preparatoria	75	22,39
Primaria	116	34,63
Secundaria	109	32,54
TOTAL	335	100,00

Tabla 3. Estado civil

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
Divorciada	6	1,79
U-Libre	53	15,82
Casada	169	50,45
Soltera	87	25,97
Viuda	20	5,97
TOTAL	335	100,00

Tabla 4. Religión

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
Católica	197	58,81
Cristiano	82	24,48
Ninguna	31	9,25
Otra	5	1,49
testigo_J	20	5,97
TOTAL	335	100,00

Tabla 5. Lugar de nacimiento

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
BC	104	31,04
Guerrero	26	7,76
Jalisco	26	7,76
Michoacan	19	5,67
Oaxaca	21	6,27
Otros	81	24,18
Sinaloa	40	11,94
Sonora	18	5,37
TOTAL	335	100,00

Tabla 6. Mujeres de 40-45 años, ¿Considera que en el pasado su deseo sexual era bueno y satisfactorio?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	12	20,00
Si	48	80,00
TOTAL	60	100,00

Tabla 7. Mujeres de 40-45 años, ¿Ha disminuido su deseo o interés sexual?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	17	28,33
Si	43	71,67
TOTAL	60	100,00

Tabla 8. Mujeres de 40-45 años. ¿Le molesta que su deseo o interés sexual haya disminuido?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	34	56,67
Si	26	43,33
TOTAL	60	100,00

Tabla 9. Mujeres de 40-45 años ¿Le gustaría que aumentase su deseo o interés sexual?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	33	55,00
Si	27	45,00
TOTAL	60	100,00

Tabla 10. Mujeres de 46-50 años ¿Considera que en el pasado su deseo sexual era bueno y satisfactorio?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	21	23,33
Si	69	76,67
TOTAL	90	100,00

Tabla 11. Mujeres de 46-50 años ¿Ha disminuido su deseo o interés sexual?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	26	28,89
Si	64	71,11
TOTAL	90	100,00

Tabla 12. Mujeres de 46-50 años ¿Le molesta que su deseo o interés sexual haya disminuido?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	48	53,33
Si	42	46,67
TOTAL	90	100,00

Tabla 13. Mujeres de 46-50 años ¿Le gustaría que aumentase su deseo o interés sexual?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	29	32,22
si	61	67,78
TOTAL	90	100,00

Tabla 14. Mujeres de 51-55 años. ¿Considera que en el pasado su deseo sexual era bueno y satisfactorio?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
no	20	25,97
si	57	74,03
TOTAL	77	100,00

Tabla 15. Mujeres de 51-55 años, ¿Ha disminuido su deseo o interés sexual?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
no	21	27,27
si	56	72,73
TOTAL	77	100,00

Tabla 16. Mujeres de 51-55 años. ¿Le molesta que su deseo o interés sexual haya disminuido?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	46	59,74
Si	31	40,26
TOTAL	77	100,00

Tabla 17. Mujeres de 51-55 años ¿Le gustaría que aumentase su deseo o interés sexual?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
no	36	46,75
si	41	53,25
TOTAL	77	100,00

Tabla 18. Mujeres de 51-55 años, ¿Considera que en el pasado su deseo sexual era bueno y satisfactorio?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	9	15,52
Si	49	84,48
TOTAL	58	100,00

Tabla 19. Mujeres de 51-55 años, ¿Ha disminuido su deseo o interés sexual?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	12	20,69
Si	46	79,31
TOTAL	58	100,00

Tabla 20. Mujeres de 51-55 años. ¿Le molesta que su deseo o interés sexual haya disminuido?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
no	35	60,34
si	23	39,66
TOTAL	58	100,00

Tabla 21. Mujeres de 51-55 años ¿Le gustaría que aumentase su deseo o interés sexual?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	31	53,45
Si	27	46,55
TOTAL	58	100,00

Tabla 22. Mujeres de 56-60 años, ¿Considera que en el pasado su deseo sexual era bueno y satisfactorio?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	9	15,52
Si	49	84,48
TOTAL	58	100,00

Tabla 23. Mujeres de 56-60 años, ¿Ha disminuido su deseo o interés sexual?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	12	20,69
Si	46	79,31
TOTAL	58	100,00

Tabla 24. Mujeres de 56-60 años. ¿Le molesta que su deseo o interés sexual haya disminuido?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	35	60,34
Si	23	39,66
TOTAL	58	100,00

Tabla 25. Mujeres de 56-60 años ¿Le gustaría que aumentase su deseo o interés sexual?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	31	53,45
Si	27	46,55
TOTAL	58	100,00

Tabla 26. Mujeres de 61-65 años, ¿Considera que en el pasado su deseo sexual era bueno y satisfactorio?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	2	9,52
Si	19	90,48
TOTAL	21	100,00

Tabla 27. Mujeres de 61-65 años, ¿Ha disminuido su deseo o interés sexual?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	3	14,29
Si	18	85,71
TOTAL	21	100,00

Tabla 28. Mujeres de 61-65 años. ¿Le molesta que su deseo o interés sexual haya disminuido?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	10	47,62
Si	11	52,38
TOTAL	21	100,00

Tabla 29. Mujeres de 61-65 años ¿Le gustaría que aumentase su deseo o interés sexual?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
no	12	57,14
si	9	42,86
TOTAL	21	100,00

Tabla 30. Mujeres de ≥ 66 años, ¿Considera que en el pasado su deseo sexual era bueno y satisfactorio?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	1	3,45
Si	28	96,55
TOTAL	29	100,00

Tabla 31. Mujeres de ≥ 66 años, ¿Ha disminuido su deseo o interés sexual?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
no	5	17,24
si	24	82,76
TOTAL	29	100,00

Tabla 32. Mujeres de ≥ 66 años. ¿Le molesta que su deseo o interés sexual haya disminuido?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
no	18	62,07
si	11	37,93
TOTAL	29	100,00

Tabla 33. Mujeres de ≥ 66 años ¿Le gustaría que aumentase su deseo o interés sexual?

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
no	20	68,97
si	9	31,03
TOTAL	29	100,00

Tabla 34. Mujeres a quienes No les gustaría que aumentase deseo sexual, por rango de edad

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
40-45	33	20,50
46-50	29	18,01
51-55	36	22,36
56-60	31	19,25
61-65	12	7,45
≥66	20	12,42
TOTAL	161	100,00

Tabla 35. Mujeres a quienes No les gustaría que aumentase deseo sexual, por Estado civil

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
Divorciada	4	2,48
U-Libre	26	16,15
Casada	75	46,58
Soltera	36	22,36
Viuda	20	12,42
TOTAL	161	100,00

Tabla 36. Mujeres a quienes No les gustaría que aumentase deseo sexual, por Religión

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
Católica	91	56,52
Cristiano	39	24,22
Ninguna	15	9,32
Otra	3	1,86
testigo_J	13	8,07
TOTAL	161	100,00

Tabla 37. Mujeres a quienes SI les gustaría que aumentase deseo sexual, por rango de edad

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
40-45	27	15,52
46-50	61	35,06
51-55	41	23,56
56-60	27	15,52
61-65	9	5,17
≥66	9	5,17
TOTAL	174	100,00

Tabla 38. Mujeres a quienes SI les gustaría que aumentase deseo sexual, por Estado Civil

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
Divorciada	2	1,15
U-Libre	27	15,52
casada	94	54,02
soltera	51	29,31
TOTAL	174	100,00

Tabla 39. Mujeres a quienes SI les gustaría que aumentase deseo sexual, por religión

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
católica	106	60,92
cristiano	43	24,71
ninguna	16	9,20
Otra	2	1,15
testigo_J	7	4,02
TOTAL	174	100,00

Tabla 40. Mujeres que si presentaron disminución del deseo sexual y consideran como causa una operación, lesiones o cualquier otra afección

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	152	60,56
Si	99	39,44
TOTAL	251	100,00

Tabla 41. Mujeres que si presentaron disminuci3n del deseo sexual y consideran como causa estar bajo medicaci3n, drogas o alcohol.

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	212	84,46
Si	39	15,54
TOTAL	251	100,00

Tabla 42. Mujeres que si presentaron disminuci3n del deseo sexual y consideran como causa un embarazo o parto reciente

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	239	95,22
Si	12	4,78
TOTAL	251	100,00

Tabla 43. Mujeres que si presentaron disminuci3n del deseo sexual y consideran como causa otros problemas sexuales

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	141	56,18
Si	110	43,82
TOTAL	251	100,00

Tabla 44. Mujeres que si presentaron disminuci3n del deseo sexual y consideran como causa los problemas sexuales de su pareja

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	182	72,51
Si	69	27,49
TOTAL	251	100,00

Tabla 45. Mujeres que si presentaron disminución del deseo sexual y consideran como causa la insatisfacción con su relación o pareja.

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	184	73,31
Si	67	26,69
TOTAL	251	100,00

Tabla 46. Mujeres que si presentaron disminución del deseo sexual y consideran como causa el estrés o fatiga.

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	126	50,20
Si	125	49,80
TOTAL	251	100,00

Tabla 47. Mujeres que si presentaron disminución del deseo sexual y consideran como causa la depresión o los pensamientos depresivos

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	186	74,10
Si	65	25,90
TOTAL	251	100,00

Tabla 48. Mujeres que si presentaron disminuci3n del deseo sexual y consideran como causa sntomas de menopausia.

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	144	57,37
Si	107	42,63
TOTAL	251	100,00

Tabla 49. Mujeres que si presentaron disminuci3n del deseo sexual y consideran como causa insatisfacci3n con su cuerpo

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	195	77,69
Si	56	22,31
TOTAL	251	100,00

Tabla 50. Mujeres que si presentaron disminuci3n del deseo sexual y consideran como causa vivir en un ambiente no c3modo

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	214	85,26
Si	37	14,74
TOTAL	251	100,00

Tabla 51. Rango de edad en mujeres con alguna operación, lesiones o cualquier otra afección

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
40-45	16	15,24
46-50	28	26,67
51-55	21	20,00
56-60	17	16,19
61-65	11	10,48
≥66	12	11,43
TOTAL	105	100,00

Tabla 53. Mujeres con alguna operación, lesiones o cualquier otra afección que consideran haber tenido en el pasado su nivel de deseo sexual bueno y satisfactorio

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	16	15,24
Si	89	84,76
TOTAL	105	100,00

Tabla 54. Mujeres con alguna operación, lesiones o cualquier otra afección que consideran disminuido su nivel de deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	6	5,71
Si	99	94,29
TOTAL	105	100,00

Tabla 55. Mujeres con alguna operación, lesiones o cualquier otra afección a quienes les molesta la disminución de su deseo sexual.

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	34	32,38
Si	71	67,62
TOTAL	105	100,00

Tabla 56. Mujeres con alguna operación, lesiones o cualquier otra afección quienes desearían aumentarse su nivel de deseo sexual.

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	35	33,33
Si	70	66,67
TOTAL	105	100,00

Tabla 57. Rango de edad en mujeres con otros problemas sexuales

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
40-45	17	14,78
46-50	26	22,61
51-55	27	23,48
56-60	19	16,52
61-65	12	10,43
≥66	14	12,17
TOTAL	115	100,00

Tabla 58. Mujeres con otros problemas sexuales quienes consideran que su nivel de deseo o interés sexual era bueno y satisfactorio

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	21	18,26
Si	94	81,74
TOTAL	115	100,00

Tabla 59. Mujeres con otros problemas sexuales quienes consideran que ha disminuido su nivel de deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	5	4,35
Si	110	95,65
TOTAL	115	100,00

Tabla 60. Mujeres con otros problemas sexuales a quienes les molesta la disminución de su nivel de deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	33	28,70
Si	82	71,30
TOTAL	115	100,00

Tabla 61. Mujeres con otros problemas sexuales quienes desean que aumentase su nivel de deseo

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	38	33,04
Si	77	66,96
TOTAL	115	100,00

Tabla 62. Mujeres que presentan Insatisfacción con su relación o pareja divididas por edad

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
40-45	10	12,99
46-50	27	35,06
51-55	22	28,57
56-60	10	12,99
61-65	3	3,90
≥66	5	6,49
TOTAL	77	100,00

Tabla 63. Mujeres que presentan Insatisfacción con su relación o pareja que consideraban en el pasado buen deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	23	29,87
Si	54	70,13
TOTAL	77	100,00

Tabla 64. Mujeres con insatisfacción con su relación o pareja y disminución del deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	10	12,99
Si	67	87,01
TOTAL	77	100,00

Tabla 65. Mujeres con Insatisfacción con su relación o pareja que presentan molestia por haberles disminuido su deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	36	46,75
Si	41	53,25
TOTAL	77	100,00

Tabla 66. Mujeres con Insatisfacción con su relación o pareja a quienes les gustaría que su deseo sexual aumentase

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	33	42,86
Si	44	57,14
TOTAL	77	100,00

Tabla 67. Mujeres que presentan estrés o fatiga divididas por edad

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
40-45	23	16,20
46-50	39	27,46
51-55	29	20,42
56-60	24	16,90
61-65	11	7,75
≥66	16	11,27
TOTAL	142	100,00

Tabla 68. Mujeres que presentan estrés o fatiga que consideraban en el pasado buen deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	31	21,83
Si	111	78,17
TOTAL	142	100,00

Tabla 69. Mujeres con estrés o fatiga y disminución del deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	17	11,97
Si	125	88,03
TOTAL	142	100,00

Tabla 70. Mujeres con estrés o fatiga que presentan molestia por haberles disminuido su deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	64	45,07
Si	78	54,93
TOTAL	142	100,00

Tabla 71. Mujeres con estrés o fatiga a quienes les gustaría que su deseo sexual aumentase

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	56	39,44
Si	86	60,56
TOTAL	142	100,00

Tabla 72. Mujeres que presentan depresión o pensamientos depresivos divididas por edad

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
40-45	11	15,94
46-50	25	36,23
51-55	17	24,64
56-60	12	17,39
61-65	2	2,90
≥66	2	2,90
TOTAL	69	100,00

Tabla 73. Mujeres que presentan depresión o pensamientos depresivos que consideraban en el pasado buen deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	31	44,93
Si	38	55,07
TOTAL	69	100,00

Tabla 74. Mujeres con depresión o pensamientos depresivos y disminución del deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	4	5,80
Si	65	94,20
TOTAL	69	100,00

Tabla 75. Mujeres con depresión o pensamientos depresivos que presentan molestia por haberles disminuido su deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	23	33,33
Si	46	66,67
TOTAL	69	100,00

Tabla 76. Mujeres con depresión o pensamientos depresivos a quienes les gustaría que su deseo sexual aumentase

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	20	28,99
si	49	71,01
TOTAL	69	100,00

Tabla 77. Mujeres que presentan síntomas de menopausia divididas por edad

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
40-45	14	11,76
46-50	43	36,13
51-55	30	25,21
56-60	25	21,01
61-65	4	3,36
≥66	3	2,52
TOTAL	119	100,00

Tabla 78. Mujeres que presentan síntomas de menopausia que consideraban en el pasado buen deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	25	21,01
Si	94	78,99
TOTAL	119	100,00

Tabla 79. Mujeres con síntomas de menopausia y disminución del deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	12	10,08
Si	107	89,92
TOTAL	119	100,00

Tabla 80. Mujeres con síntomas de menopausia que presentan molestia por haberles disminuido su deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	58	48,74
Si	61	51,26
TOTAL	119	100,00

Tabla 81. Mujeres con síntomas de menopausia a quienes les gustaría que su deseo sexual aumentase

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	51	42,86
Si	68	57,14
TOTAL	119	100,00

Tabla 82. Mujeres que presentan insatisfacción con su cuerpo divididas por edad

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
40-45	12	19,67
46-50	21	34,43
51-55	18	29,51
56-60	8	13,11
61-65	1	1,64
≥66	1	1,64
TOTAL	61	100,00

Tabla 83. Mujeres que presentan insatisfacción con su cuerpo que consideraban en el pasado buen deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	21	34,43
Si	40	65,57
TOTAL	61	100,00

Tabla 84. Mujeres con insatisfacción con su cuerpo y disminución del deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	5	8,20
Si	56	91,80
TOTAL	61	100,00

Tabla 85. Mujeres con insatisfacción con su cuerpo que presentan molestia por haberles disminuido su deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	20	32,79
Si	41	67,21
TOTAL	61	100,00

Tabla 86. Mujeres con insatisfacción con su cuerpo a quienes les gustaría que su deseo sexual aumentase

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	13	21,31
Si	48	78,69
TOTAL	61	100,00

Tabla 87. Mujeres que presentan ambiente no cómodo divididas por edad

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
40-45	8	19,05
46-50	14	33,33
51-55	10	23,81
56-60	9	21,43
61-65	1	2,38
TOTAL	42	100,00

Tabla 88. Mujeres que presentan ambiente no cómodo que consideraban en el pasado buen deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	15	35,71
Si	27	64,29
TOTAL	42	100,00

Tabla 89. Mujeres con ambiente no cómodo y disminución del deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	5	11,90
Si	37	88,10
TOTAL	42	100,00

Tabla 90. Mujeres con ambiente no cómodo que presentan molestia por haberles disminuido su deseo sexual

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	18	42,86
Si	24	57,14
TOTAL	42	100,00

Tabla 91. Mujeres con ambiente no cómodo a quienes les gustaría que su deseo sexual aumentase

VALOR	Frecuencia	Porcentaje
No	13	30,95
Si	29	69,05
TOTAL	42	100,00

Tabla 92. Disminución del deseo sexual en pacientes que están actualmente bajo medicación, drogas o alcohol

		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 0	Constante	-1.424	.138	106.236	1	.000	.241

Tabla 93. Disminución del deseo sexual en pacientes presentan embarazo o parto reciente

			Puntuación	gl	Sig.
Paso 0	Variables	C	11.496	1	.001
	Estadísticos globales		11.496	1	.001

Tabla 94. Disminución del deseo sexual en pacientes que presentan insatisfacción con su relación o pareja

			Puntuación	gl	Sig.
Paso 0	Variables	F	7.005	1	.008
	Estadísticos globales		7.005	1	.008

Tabla 95. Disminución del deseo sexual en pacientes que presentan depresión o pensamientos depresivos

			Puntuación	Gl	Sig.
Paso 0	Variables	H	36.203	1	.000
	Estadísticos globales		36.203	1	.000

Tabla 96. Disminución del deseo sexual en pacientes que presentan insatisfacción con su cuerpo

			Puntuación	gl	Sig.
Paso 0	Variables	J	10.764	1	.001
	Estadísticos globales		10.764	1	.001

Tabla 97. Disminución del deseo sexual en pacientes que presentan ambiente no cómodo

			Puntuación	gl	Sig.
Paso 0	Variables	K	8.170	1	.004
	Estadísticos globales		8.170	1	.004

Tabla 98. Factores de riesgo con mayor peso estadístico

Estadístico R	gl	Valor p
74,812	3	0,000

Variable	Coefficiente	EE	Wald	Valor p
Constante	-5,411	0,757	-7,151	0,000
Depresión o pensamientos depresivos	1,786	0,551	3,238	0,001
Otros problemas sexuales que pueda sufrir en la actualidad	2,599	0,484	5,366	0,000
Insatisfacción con su relación o pareja	0,855	0,396	2,159	0,031

Variable	OR	IC (95,0 %)	
H1	5,963	2,024	17,574
D1	13,454	5,206	34,769
F1	2,350	1,082	5,107

Cuestionario sobre deseo sexual hipoactivo

Favor de marcar la respuesta según corresponda.

Edad _____ años

Estado civil _____ Religión _____

Lugar de nacimiento _____

Escolaridad _____ ocupación _____

Pregunta	Respuesta
¿Considera que en el pasado su nivel de deseo o interés sexual era bueno y satisfactorio?	Si / No
¿Ha disminuido su deseo o interés sexual?	Si / No
¿Le molesta que su deseo o interés sexual haya disminuido?	Si / No
¿Le gustaría que aumentase su deseo o interés sexual?	Si / No
Marque todos los factores que crea que pueden estar contribuyendo al actual descenso de su deseo o interés sexual:	Si / No
a) Una operación, lesiones o cualquier otra afección	
b) Medicación, drogas o alcohol que usted está tomando actualmente	
c) Embarazo, parto reciente,	
d) Otros problemas sexuales que pueda sufrir en la actualidad (dolor, disminución de la excitación o del orgasmo)	
e) Los problemas sexuales de su pareja	
f) Insatisfacción con su relación o pareja	
g) Estrés o fatiga	
h) Depresión o pensamientos depresivos	
i) Síntomas de menopausia	
j) Insatisfacción con su cuerpo	
k) Ambiente no cómodo	