

P,6291

B3

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVESITARIO DE LOS ANDES
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
POSTGRADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA POSTERIOR A

HISTERECTOMIA
Bdigital.ula.ve

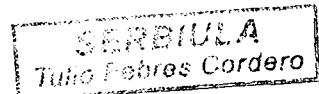
AUTOR:

DR. LUIS ALBERTO BALZA FOSSI.

TUTORES:

DR. MANUEL SANTOS LUQUE.

DRA. NAZIRA MONSALVE.



Mérida, 2006.

i

C.C.Reconocimiento

**INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA POSTERIOR A
HISTERECTOMIA**

Bdigital.ula.ve

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO
POR EL MEDICO CIRUJANO LUIS ALBERTO BALZA
FOSSI, C.I 11.490.205, ANTE EL CONSEJO DE LA
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE
LOS ANDES, COMO CREDENCIAL DE MERITO
PARA LA OBTENCION DEL GRADO ESPECIALISTA
EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

AUTOR:

Luis Alberto Balza Fossi.

Médico Cirujano.

Residente de Postgrado de Obstetricia y Ginecología.

Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Mérida – Venezuela.

TUTORES:

Dr. Manuel Santos Luque.

Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología.

Profesor de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Los Andes.

Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología.

Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Mérida – Venezuela.

Dra. Nazira Monsalve.

Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología.

Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Mérida – Venezuela.

INDICE DE FUNCION SEXUAL FEMENINA POSTERIOR A HISTERECTOMIA

Luis Balza Fossi, Manuel Santos Luque, Nazira Monsalve.

La sexualidad es una situación importante cuando se va a dar un cuidado de salud integral a la mujer expuesta a una histerectomía. **Objetivo:** evaluar el índice de función sexual femenina en mujeres sometidas a Histerectomía. **Materiales y métodos:** estudio de tipo descriptivo, observacional de corte transversal y comparativo, realizado en la consulta Ginecológica del Hospital Universitario de Los Andes, entre abril y octubre del 2006. Muestra: 138 mujeres divididas en 2 grupos: grupo 1 (Control) 71 pacientes que no tenían antecedente de cirugía ginecológica y Grupo 2: 67 pacientes con antecedente de histerectomía total abdominal. Instrumento: cuestionario pre-elaborado y 19 preguntas, agrupadas en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Análisis estadístico: ANOVA según homogeneidad de la varianza, t test para muestras independientes y Chi cuadrado. **Resultados:** edad media: $44,48 \pm 6,78$, La miomatosis uterina (82%) fue la principal causa de intervención. La puntuación del índice función sexual femenina en las pacientes no operadas fue de: 21,2 puntos, mejorando en las operadas a 22,3 puntos, logrando su máxima expresión entre los 30 y 34 años (28 ± 7) cayendo después de 55 años (17 ± 12). La educación secundaria tiene la mejor puntuación ($25,7 \pm 8,7$), descendiendo en las universitarias a ($21,9 \pm 14,4$), siendo precaria en las analfabetas ($11,2 \pm 9,1$) ($P < 0,05$). Las casadas presentaron la mejor puntuación ($23 \pm 8,6$) siendo las más perjudicadas las viudas y las divorciadas. **Conclusión:** la intervención quirúrgica no afecta negativamente la sexualidad, pudiendo considerarse la disminución de esta a mayor edad por otros factores independientes de la histerectomía.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad, Histerectomía, Índice de Función Sexual Femenina.

FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX POST HISTERECTOMY

Luis Balza Fossi, Manuel Santos Luque, Nazira Monsalve.

The sexuality is an important situation when it is going away to give a care of integral health to the exposed woman to an histerectomy. **Objective:** to evaluate the Female Sexual Function Index Post- Histerectomy. **Materials and methods:** study of descriptive type, observacional of cross section and comparative, made in the Gynecological consultation of the University Andes Hospital, between April and October of the 2006. Sample: 138 women divided in 2 groups: group 1 (Control) 71 patients who did not have antecedent of gynecological surgery and Group 2: 67 patients with antecedent of abdominal total histerectomy. **Instrument:** pre-elaborated questionnaire and 19 questions, grouped in six dominions: desire, excitation, lubrication, orgasm, satisfaction and pain. **Statistical analysis:** ANOVA according to homogeneity of the variance, t test for independent samples and square Chi. **Results:** mean age: $44,48 \pm 6,78$, The uterine miomatosis (82%) was the main cause of intervention. The score of the index feminine sexual function in the operated patients was not of: 21.2 points, improving in the patients to 22.3 points, obtaining its Maxima expression between the 30 and 34 years (28 ± 7) falling after 55 years (17 ± 12). The secondary education has the best score ($25,7 \pm 8,7$), descending in college students a ($21,9 \pm 14,4$), being precarious in the illiterate ones ($11,2 \pm 9,1$) ($P < 0,05$). The married ones presented/displayed the best score ($23 \pm 8,6$) being harmed the widows and the divorced ones. **Conclusions:** the operation does not affect the sexuality negatively, being able to consider the diminution of this to greater age by other factors indep.

KEY WORDS: sexuality, histerectomy, female sexual function index.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
FORMULACION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	1
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
ANTECEDENTES.....	6
MARCO TEORICO.....	9
OBJETIVOS.....	17
OBJETIVO GENERAL.....	17
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	17
MATERIALES Y METODO.....	18
TIPO DE INVESTIGACION.....	18
AMBIENTE.....	18
TIEMPO.....	18
MUESTRA.....	18
SISTEMA DE VARIARIOS.....	18
CRITERIOS DE INCLUSION.....	19
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	19
MATERIALES.....	20
METODO.....	20
ANALISIS ESTADISTICO.....	21
RESULTADOS.....	22
DISCUSION.....	39
CONCLUSIONES.....	43

RECOMENDACIONES.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	46
ANEXOS.....	49

Bdigital.ula.ve

INTRODUCCION

FORMULACION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

La sexualidad es un aspecto importante en la calidad de vida de la mujer, atribuyéndose en muchos casos su feminidad solamente a la función reproductora. Cuando se hace necesaria una histerectomía, hay un impacto psicológico y físico, porque algunas mujeres perciben dicha intervención como una amputación de su feminidad; además suelen preocuparse por los efectos que la intervención quirúrgica provoca sobre su función sexual, relación de pareja e implicaciones hormonales, aunado a una disminución de su autoestima al culminar una de las funciones de su ciclo vital, pudiendo provocar el rechazo de su pareja sexual debido al desconocimiento y la falta de información por parte de la paciente.

Los problemas de sexualidad en la consulta ginecológica son muy variados y no se limitan solamente a las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo no deseado y los problemas de fertilidad, sino a la gran gama de experiencias relacionadas con la libido; por lo tanto se crean inquietudes que ameritan el conocimiento y el estudio de la sexualidad humana. El profesional en salud femenina debe interesarse en investigar los problemas de sexualidad y así dar un cuidado integral e interdisciplinario para mejorar estos aspectos de gran relevancia para la vida de la mujer y en especial en la paciente sometida a un tratamiento quirúrgico ginecológico.

Como es sabido el útero, cuello y vagina intervienen en la respuesta sexual, presentando contracciones a nivel de dichos órganos durante la actividad sexual; por lo tanto las pacientes hysterectomizadas pueden presentar alteraciones de la respuesta sexual que podrían explicarse por mecanismos neurales como la denervación pélvica; hormonales a través de la insuficiencia ovárica, mecánicos por atrofia vaginal, prolapo de cúpula, disminución de la longitud y vasculatura de la vagina; logrando estas modificaciones producir pérdida del deseo sexual, la excitación, el orgasmo y dispareunia¹.

La repercusión de la Histerectomía en la sexualidad y la salud mental de la mujer ha sido investigada desde hace más de cuatro décadas y, si bien existe un número creciente de estudios, fundamentalmente europeos y estadounidenses; sus metodologías, marcos de referencias y resultados son diversos e incluso contradictorios, lo que dificulta poder plantear una visión general de la función sexual en las mujeres post-histerectomía. Las áreas más investigadas han sido: depresión, sexualidad, autoimagen, percepción de feminidad y creencias acerca de la operación².

Más allá de los cambios positivos o negativos en la salud mental, la histerectomía es un evento que provoca en las mujeres un cuestionamiento acerca de su sexualidad y condición femenina, existiendo algunas consideraciones desde el ámbito de la salud mental que se deben tener presente al analizar esta situación: Toda aquella intervención que represente un “asalto al cuerpo”, particularmente las que son referidas a órganos o partes con fuerte carga simbólica, tales como órganos reproductivos, mamas y rostro, modifican en alguna medida la autoimagen y autoestima de las mujeres².

En cuanto a las expectativas, se ha constatado que las mujeres manifiestan temores a perder su capacidad sexual, su atractivo físico y el interés sexual de su pareja ² y por tal razón el médico debe orientar a la mujer de que en una relación de pareja hay otros aspectos importantes como: el cariño, el amor, el aprecio, la ternura y el respeto.

No obstante, en la actualidad hay un mejor conocimiento acerca de los problemas que acarrea en la salud mental y sexual de una mujer el someterse a una cirugía ginecológica; donde el equipo de salud no cubre las expectativas de información que la paciente requiere; por lo cual surge la necesidad inicial de este estudio para comprender y evaluar el Índice de Función Sexual Femenina en mujeres sometidas a cirugía ginecológica, con el fin de contribuir a una mejor comprensión de dicha situación y aportar elementos que permitan el manejo adecuado de la paciente por parte del equipo profesional de salud.

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Es necesario tener en cuenta la sexualidad, ya que es un punto importante cuando se va a dar cuidado de salud integral a la mujer sometida a Histerectomía, especialmente en la relación de pareja, porque esta trae como consecuencia ciertas repercusiones en la salud sexual y psíquica.

En nuestra sociedad las preocupaciones sobre la sexualidad y disfunciones sexuales son frecuentes existiendo un vago conocimiento sobre la sexualidad, incluso dentro de los profesionales de la salud. Como ginecólogos estamos en la obligación de orientar a nuestras pacientes y en especial a las que van a ser sometidas a intervenciones ginecológicas, debido a la creencia de que este tipo de cirugía culmina con la capacidad sexual, el atractivo físico y va a alterar el interés sexual de la pareja.

A muchas mujeres se les dificulta expresar sus problemas sexuales, pues estos temas son considerados como un tabú, incluso para muchos médicos es incomodo hablar de estos temas con sus pacientes; razón por la cual las mujeres toman la sexualidad después de la Histerectomía como una situación que ya culmino. Sin embargo algunas mujeres que entablan comunicación con el medico, esperan que este sea capaz de ayudarles con los problemas relacionados con la sexualidad, razón por la cual se plantea este estudio, para comprender y evaluar el índice de función sexual femenina en las pacientes sometidas a Histerectomía, con el propósito de contribuir a un mayor conocimiento de la situación y tener

elementos que permitan el diagnóstico adecuado y un mejor manejo de la misma por parte del equipo profesional de salud, especialmente el ginecólogo.

Bdigital.ula.ve

ANTECEDENTES

Hasta el momento, existen pocos estudios sobre los efectos de los tratamientos quirúrgicos ginecológicos en especial la Histerectomía sobre la función sexual, siendo ésta intervención una de las cirugías más frecuentes en ginecología, constituyendo la segunda operación mayor más común después de la cesárea en los Estados Unidos³.

Algunos estudios introducen la discusión sobre los efectos psicológicos y físicos de la cirugía de mama y útero. Así, en 1973, Zung reconoce el deterioro en la autoestima y autoimagen en la mujer Mastectomizada ó Histerectomizada, hecho que se refleja negativamente en la posibilidad de ejercer una sexualidad normal⁴. En 1986, Silberberg y Lubera afirman que... "la Histerectomía, la Ooforectomía y la Mastectomía no impiden por sí mismas la actividad sexual de la mujer"....⁵.

En Venezuela el Dr. Ramírez Romero en una encuesta a 150 mujeres que presentaron operación de los órganos genitales, evidenció que 15 de las pacientes presentaron pocos orgasmos y en 60 se hizo nulo el placer sexual⁶.

Las mujeres que son sometidas a intervenciones quirúrgicas, tipo Histerectomías Ampliadas ó Radicales, por cáncer ginecológico experimentan más disfunción sexual, (deseo sexual inhibido, disminución de la excitación, dispareunia y anorgasmia), y son menos activas sexualmente que las mujeres sanas de la misma edad⁷.

Según Herrera, la recuperación de las relaciones sexuales satisfactorias tras la cirugía (Histerectomía, Mastectomía, Prostatectomía, Colostomía) es variable pero la norma es que se eviten por alteraciones neuroendocrinas, depresión, pérdida de la autoestima y mala imagen corporal⁸.

En una Histerectomía electiva puede considerarse la Oofoorectomía profiláctica sobre todo para reducir el riesgo de que en el futuro aparezca algún tumor en los ovarios; no obstante, la Salpingo-oofoorectomía bilateral priva a las mujeres de los esteroides sexuales ováricos. Se reporta que los estrógenos endógenos no tienen efecto directo en el bienestar y la depresión, en tanto se supone que los andrógenos sí juegan un papel en el bienestar y la sexualidad. Sin embargo en el trabajo de Aziz y colaboradores concluyen que la oofoorectomía profiláctica concomitante con histerectomía electiva no afecta negativamente el bienestar psicológico de las mujeres peri-menopáusicas que recibieron la cantidad adecuada de estrógenos en el postoperatorio⁹, mientras que otros autores recomiendan mantener los ovarios en toda mujer operada menor de 50 años y en aquellas mayores de 50, según el criterio del cirujano, para evitar síntomas vasomotores, depresión y disminución ó pérdida del deseo sexual¹⁰.

Las pacientes Histerectomizadas se caracterizan por tener afectaciones en su desempeño sexual antes de ser sometidas a una Histerectomía. Después de la intervención quirúrgica los problemas persisten, estos están dados específicamente por el desconocimiento con relación al tema, por la escasa información que reciben en el momento de la intervención y en las consultas de seguimiento, lo que provoca temores, que impiden un pleno desarrollo sexual¹¹, así como la presencia de síntomas de desorden afectivo (ansiedad y depresión)

previos a la histerectomía pueden ser pronósticos para el desarrollo posterior de estos desordenes^{12 13}.

Por el contrario otros trabajos indican que la histerectomía abdominal no provoca síntomas urinarios ó sexuales adversos y a su vez puede generar efectos beneficiosos¹⁴. Por lo tanto la sexualidad de las mujeres no se afecta negativamente después de la histerectomía y se plantea la importancia de la educación sexual en estas mujeres¹⁵.

El impacto psicosexual posterior a la Histerectomía está limitado, pero la prevención y ayuda tanto pre como post operatoria podrían ser útiles, para mejorar dichas alteraciones¹⁶.

Es por esto, que se hace necesario llevar a cabo programas de orientación previos a la cirugía, en forma interdisciplinaria, como parte de la atención que se debe brindar a la paciente ginecológica, lo cual redundaría en una mayor calidad asistencial y en una mejor adaptación física y psicológica posquirúrgica¹⁷.

Robles y colaboradores en la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda concluyeron, que la respuesta sexual se deterioró después de la histerectomía, evaluando respuesta sexual y tipo de orgasmo¹.

En el año 2000, Rosen R. y cols. publican el Índice de Función Sexual Femenina, que es un instrumento sencillo de aplicar con propiedades psicométricas adecuadas que permite evaluar la sexualidad en diferentes etapas de la vida. Siendo apropiado para estudios epidemiológicos y clínicos¹⁸ y se basa en la interpretación clínica del análisis de los 6 principales componentes de la función sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor¹⁹

MARCO TEÓRICO

Hasta mediados del siglo XX, muchas personas, entre ellas autoridades médicas, consideraban que la mujer no era capaz de alcanzar un orgasmo. Esta creencia era reflejo indudable de un prejuicio cultural porque el sexo era un acto que el hombre perpetraba para su exclusiva gratificación, donde la mujer actuaba en forma pasiva. Por muchos siglos se instó a las mujeres a cumplir con sus deberes conyugales y tenían que estar dispuestas, en todo momento, a satisfacer los requerimientos sexuales del marido, a la vez que se les inculcaba la idea de que las mujeres "decentes" no debían tener una satisfacción sexual. En otras palabras, se implantó en ellas la idea de "que no podían experimentar desahogo sexual y que, si eran capaces de tenerlo, no podían permitírselo"²⁰.

Pero es en 1966 cuando Masters & Johnson dieron a conocer al mundo su investigación sobre fisiología sexual²¹, donde la mujer fue la mayor beneficiaria de los nuevos conocimientos, puesto que por primera vez se conoció, que la mujer tenía una capacidad de respuesta sexual igual ó mayor que la del hombre. Asunto que no solo descorrió el velo de ignorancia que existía en los medios científicos, sino que de paso constituyó el hito de mayor trascendencia en el acontecer de Liberación Femenina²².

Es así, como Masters y Johnson describen las cuatro fases de la Respuesta Sexual Humana: Excitación, Meseta, Orgasmo y Resolución, tanto para hombres como para mujeres.

En la cual la excitación es consecuencia de la estimulación sexual que puede ser física, psicológica ó una combinación de ambas. Las respuestas sexuales se asemejan a otros procesos fisiológicos en la medida que se puedan desencadenar no sólo mediante contacto físico directo, sino a través del olfato, la vista, el pensamiento ó las emociones, además de que el factor hormonal juega un papel preponderante en la Función Sexual Femenina²³.

La primera señal de excitación sexual en la mujer es la aparición de una lubricación vaginal que se inicia de 10 a 30 segundos después del principio de la estimulación sexual. Esta lubricación es producida por la vasoconstricción de las paredes vaginales que provoca la percolación del fluido a través del revestimiento de la vagina, en un proceso llamado "transudación". La lubricación facilita la penetración del pene y la suavidad del movimiento de empuje, a la vez que impide que la mujer sienta incomodidad ó molestias durante el acto sexual²⁴.

A medida que continúa la excitación, ocurre la dilatación y el alargamiento de la vagina, fundamentalmente, en los dos tercios internos del conducto. La superficie arrugada se alisa y la mucosa se adelgaza con la expansión. La vulva adquiere un tinte púrpura intenso conforme continúa la excitación. En la parte temprana de esta fase, aparecen contracciones uterinas rápidas e irregulares llamadas "fibrilación". A medida que progresá la fase de excitación y de meseta, el útero se eleva y se dirige hacia adelante, produciendo un efecto de cúpula en los dos tercios internos de la vagina. El clítoris crece, aunque la tumefacción puede no ser observada a simple vista, y continua aumentando durante todas las fases de ciclo sexual. Los labios mayores y menores se congestionan con sangre y aumentan al doble o triple de su tamaño normal. A medida que la tensión sexual

aumenta, los pezones se tornan rígidos como consecuencia de las contracciones de pequeñas fibras musculares. La sangre venosa es atrapada en las glándulas mamarias, lo que ocasiona un aumento del tamaño²⁰.

Alrededor del 75% de las mujeres sexualmente estimuladas desarrollan un enrojecimiento de la piel conocido como "enrojecimiento máculo papular sexual"²⁰.

La miotonía, que es la tensión de los músculos voluntarios y algunas veces involuntarios, comienza y aumenta durante esta fase, lo que proporciona una clara evidencia de que la respuesta sexual de la mujer no está limitada a la región pélvica. A medida que la tensión crece sus movimientos se vuelven más inquietos, potentes y rápidos. Durante esta fase y las subsiguientes aumenta la tensión voluntaria de los músculos de las nalgas y del ano. La presión arterial y la frecuencia cardiaca aumentan a medida que aumenta la excitación²⁰.

En la fase de meseta, se mantienen e intensifican los niveles de excitación sexual, que en principio preparan el terreno para el orgasmo. En el caso de algunas mujeres, una fase de meseta breve puede preceder a un orgasmo de singular intensidad. En cambio, en otras, una fase de meseta larga y pausada conlleva a una exaltación erótica e íntima que constituye de por sí un final satisfactorio. El tercio externo de la vagina, incluyendo su musculatura, se distiende con sangre venosa en una forma tan intensa, que el diámetro del conducto vaginal se reduce en un 33%. El músculo distendido se contrae con el orgasmo que se aproxima, lo que provoca compresión del pene. Esta congestión de los labios menores y del tercio externo de la vagina ha recibido el nombre de "plataforma orgásmica"²¹. El útero se eleva a su máximo, lo que ocasiona un aumento de tamaño de la cúpula vaginal y, además, ocurre un incremento de la

fibrilación uterina. Los cambios en los labios mayores y menores que ocurren en la fase de excitación se intensifican. La coloración de los labios menores en las nulíparas progresan de un color rosa cenizo al rosa brillante y, finalmente, a una tonalidad escarlata. Durante la fase de meseta, los dos tercios internos de la vagina se expanden un poco más, al tiempo que el útero se eleva, en el marco de un proceso que se conoce como “tenting” (levantar la tienda). Con frecuencia, durante esta fase disminuye la lubricación vaginal en relación con el volumen que se produce durante la fase de excitación, sobre todo si la fase de meseta es larga²⁰.

Durante la fase de meseta, el cuerpo clítorideo y el glande se retraen de su posición colgante en la zona pudenda y se esconden profundamente dentro del capuchón del clítoris. Al final de la fase de meseta, poco antes del orgasmo, la retracción es tan pronunciada que el clítoris reduce su longitud en un 50%. Este cambio, junto con la vasoconstricción en los labios, oculta el clítoris y lo protege, parcialmente, del contacto directo aunque esto no ocasiona una pérdida de la sensación sexual. El clítoris es una estructura muy sensible durante esta fase y el contacto directo produce una sensación más bien desagradable. Durante esta fase, los senos y las areolas se expanden al máximo al punto que la erección inicial del pezón queda bastante disimulada, sobre todo en las mujeres que nunca han dado lactancia²⁰.

Al final de la fase de excitación o bien al principio de la de meseta, se produce un cambio cutáneo que provoca la aparición de manchas rojas. El rubor sexual es producto de las alteraciones en el ritmo del flujo sanguíneo justo por debajo de la superficie de la piel²⁴. Una mujer con frecuencia reacciona con

gestos, fosas nasales dilatadas y tensión notoria en las comisuras labiales. Los músculos del cuello se ponen rígidos y sobresalen, especialmente con la proximidad del orgasmo. La espalda se arquea y los músculos de los muslos se ponen muy tensos. En la misma fase se observan contracciones espásticas de los músculos de las manos y de los pies. La frecuencia cardiaca puede llegar a 175 latidos/minuto. La cifra de presión sistólica puede ascender entre 20 y 60 mmHg sobre el valor normal y la diastólica entre 10 y 20 mm Hg. El aumento de la frecuencia respiratoria, en la forma de una respiración entrecortada, es notoria desde el principio de esta fase²⁰.

En la fase orgásmica, la intensidad del enrojecimiento sexual y las reacciones miotónicas son paralelas a la intensidad del orgasmo y la mujer pierde el control voluntario de los músculos. Ella no está consciente de sus movimientos físicos, que en ocasiones son tan violentos que provocan dolor y fatiga al día siguiente. El orgasmo femenino se caracteriza por contracciones simultáneas y rítmicas del útero, de la plataforma orgásmica y del esfínter anal. Las primeras contracciones son intensas y muy seguidas, con intervalos de 0,8 segundos. A medida que progresá el orgasmo, las contracciones disminuyen en intensidad y duración y los lapsos son menos regulares²⁰.

Un orgasmo moderado puede tener entre tres y cinco contracciones, mientras que uno intenso puede tener de diez a quince. Momentáneamente durante esta fase, puede ocurrir una distensión involuntaria de la apertura externa de la uretra. El clítoris permanece retraído y no es visible porque está oculto debajo del capuchón. Las contracciones uterinas empiezan 2 a 4 segundos después de las primeras sensaciones de orgasmo y no son diferentes a las

primeras contracciones iniciales del trabajo de parto. Comienzan en el fondo del útero y van descendiendo hasta llegar al cuello uterino²⁰.

El orgasmo es una respuesta global de todo el organismo, no sólo de la pelvis. Además ocurren contracciones musculares en diversas regiones del cuerpo y el rubor sexual alcanza su máxima intensidad y extensión. A menudo, las mujeres describen las sensaciones iniciales de un orgasmo como un trance momentáneo, al que sigue rápidamente una sensación sumamente placentera, que suele comenzar en el clítoris y que se extiende rápidamente por la pelvis. En cuanto a las sensaciones físicas en los genitales, se definen con los términos de “ardiente”, “electrizante” o “cosquilleante”, sensaciones que, por lo general, se difunden por todo el cuerpo. La frecuencia cardíaca se eleva más, y la presión arterial continúa ascendiendo y puede alcanzar cifras tan altas como 200/120²⁰.

En la fase resolutiva, que comprende el período refractario en los hombres, se invierten las alteraciones anatómicas y fisiológicas acaecidas durante la etapa de excitación y meseta. En las mujeres, las contracciones musculares del orgasmo extraen la sangre de la vagina, lo que provoca la desaparición de la plataforma orgásmica. El útero retorna a su posición de reposo, desaparece la coloración de los labios, la vagina reduce su tamaño y el clítoris vuelve a su tamaño y posición habitual. Si en una fase anterior del ciclo las mamas se agrandaron, ahora disminuyen su tamaño y los tejidos de la areola se distienden antes que los propios pezones, dando la falsa impresión de que han vuelto a ponerse erectos²⁰.

Durante la fase de resolución, la estimulación del clítoris, los pezones o la vagina puede resultar desagradable. La frecuencia cardíaca, la presión arterial y la respiración también regresan a lo normal. Aproximadamente la tercera parte de

las mujeres desarrollan una película delgada de sudor sobre el pecho, espalda, muslos y tobillos, durante la fase resolutiva a medida que el enrojecimiento de la piel desaparece²⁰.

La función sexual es controlada por el Sistema Nervioso Central a varios niveles corticales y las disfunciones sexuales pueden ocurrir por alteraciones en cualquier punto de dicho sistema²⁵. La actividad genital y otros tejidos eréctiles son mediados por el Sistema Nervioso Parasimpático. El orgasmo y la eyaculación están bajo el control del Sistema Nervioso Simpático. En condiciones fisiológicas, los dos sistemas están en equilibrio, pero puede haber desbalance en situaciones de respuesta de ansiedad, la cual puede ocurrir tanto en los hombres como en las mujeres. En el hombre, está asociada con la incapacidad para mantener la erección del pene ó con una eyaculación prematura; en la mujer la dificultad está en no tener orgasmo antes de concluir su encuentro sexual. En cada caso, la respuesta sexual y la respuesta de ansiedad podrían estar inhibidas por el Parasimpático y activadas por el Simpático²⁵.

Se ha reconocido durante muchos años la importancia de la participación de los esteroides sexuales en la regulación de la función sexual femenina, siendo estos indispensables para mantener la actividad estructural y funcional de los tejidos y por lo tanto, también lo pueden ser para la fisiología de la excitación²⁶.

De manera general, se considera que hay disfunción sexual en mujeres cuando se encuentra un trastorno de deseo, excitación, orgasmo y dolor sexual, que causan estrés significativo, además de tener un impacto negativo en la calidad de vida y de las relaciones interpersonales²⁶.

La disfunción sexual femenina, según el informe de la International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction²⁷ se clasifica en:

I. Trastorno del deseo sexual.

- I. A.- Trastorno del deseo sexual hipoactivo.
- I. B.- Trastorno de aversión sexual.

II. Trastorno de la excitación sexual.

III. Trastorno del orgasmo.

IV. Trastorno del dolor sexual.

- IV. A.- Dispareunia.
- IV. B.- Vaginismo.
- IV. C.- Trastorno de dolor sexual no coital.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el Índice de función sexual femenina en mujeres sometidas a Histerectomía en el servicio de Ginecología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, en el periodo comprendido entre abril y octubre 2006.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el índice de función sexual femenina en mujeres sometidas a Histerectomía.
- Comparar la función sexual de las pacientes sometidas a Histerectomía con las pacientes que no tienen antecedente de cirugía ginecológica.
- Determinar los cambios del Índice de función sexual femenina que ocurren con respecto a la edad.
- Relacionar el nivel de instrucción de la paciente con el índice de función sexual femenino en pacientes post histerectomía.
- Comprobar la existencia ó ausencia de información, dada por el médico preoperatoriamente, con respecto al futuro desempeño sexual de la paciente.
- Investigar si la paciente recibió orientación sexual durante su período de post operatorio.

MATERIALES Y METODO

TIPO DE INVESTIGACION

Se realizó un estudio de tipo descriptiva, observacional de corte transversal y comparativa.

AMBIENTE:

Servicio de Ginecología del Instituto Autónomo Hospital Universitario De Los Andes (I.A.H.U.L.A.).

TIEMPO:

Período comprendido entre abril a octubre del 2006.

MUESTRA:

Se estudiaron 67 pacientes femeninas las cuales poseen el antecedente de entre 1 a 5 años de haber sido intervenida quirúrgicamente de Histerectomía, 71 pacientes sin antecedente de intervención quirúrgica ginecológica, en edades comprendidas entre los 30 a 60 años que acudieron a la consulta de Ginecología General del IAHULA.

SISTEMA DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Sexualidad

VARIABLE DEPENDIENTE

Edad

Estado civil

Procedencia

Nivel de instrucción

Ocupación u oficio

Uso de terapia hormonal sustitutiva

Orientación sexual

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres entre 30 – 60 años de edad.

Consentimiento de la paciente para responder la encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No consentimiento de la paciente para responder la encuesta.

Pacientes con patología maligna del área genital.

Pacientes con enfermedad psiquiátrica ó neurológica.

Pacientes con enfermedad cardiaca severa.

Pacientes con enfermedad tiroidea.

Pacientes con Diabetes Mellitus.

MATERIALES:

El instrumento que se utilizó fue una encuesta con preguntas abiertas, elaborada a juicio de los investigadores y por el Índice de Función Sexual Femenina de Rosen R. y cols. (2000) (**Anexo A**). Este índice consta de un cuestionario de 19 preguntas y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 ó 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios (**Anexo B**). A mayor puntaje mejor sexualidad. Un score de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes. Siendo así como se valorara la función sexual posterior al tratamiento quirúrgico.

METODOS:

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional de corte transversal y comparativo en la consulta externa del servicio de Ginecología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes de Mérida, durante el período comprendido entre abril y octubre del 2006. Se incluyeron pacientes femeninas con edades comprendidas entre los 30 y 60 años, que se dividieron en 2 grupos:

-Grupo 1: (Control) Conformado por 71 Pacientes que acudieron a la consulta del Servicio de Ginecología y no tenían antecedente de cirugía ginecológica.

-Grupo 2: Conformado por 67 pacientes que acudieron a la consulta del Servicio de Ginecología y tenían antecedente entre 1 a 5 años de haber sido

intervenida quirúrgicamente de histerectomía total abdominal por patología benigna.

Los datos fueron recolectados mediante un formato pre - elaborado que incluyan: número de historia clínica, fecha, edad, estado civil, procedencia, nivel de instrucción, ocupación u oficio, diagnóstico pre-operatorio, tipo de cirugía, tiempo de realización de la cirugía, gestaciones, uso de THS, uso de medicamentos, patologías asociadas y por el Índice de función sexual femenina, el cual esta basado en la interpretación clínica del análisis de los 6 principales componentes de la función sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, la cual se realizó mediante una encuesta (Anexo A).

ANALISIS ESTADISTICO

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS y las diferencias entre los grupos fueron evaluados con ANOVA según homogeneidad de la varianza, t test para muestras independientes y Chi cuadrado, considerando significativo un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se aplicó el análisis estadístico mediante el programa SPSS y las diferencias entre los grupos fueron evaluados según ANOVA según homogeneidad de la varianza, t test para muestras independientes y Chi cuadrado, considerando significativo un valor de $p < 0.05$; presentando los resultados del procesamiento, análisis e interpretación de los datos obtenidos con el mismo. Para tal efecto se muestran los resultados en cuadros y gráficos que faciliten su comprensión.

La población total de estudio fue de 138 mujeres, de las cuales el 48,6 % estuvo conformado al grupo de pacientes que se les realizó Histerectomía (Cuadro Nº 1).

Cuadro Nº 1

Distribución según antecedente Quirúrgico. I.A.H.U.LA. Abril – Octubre 2006.

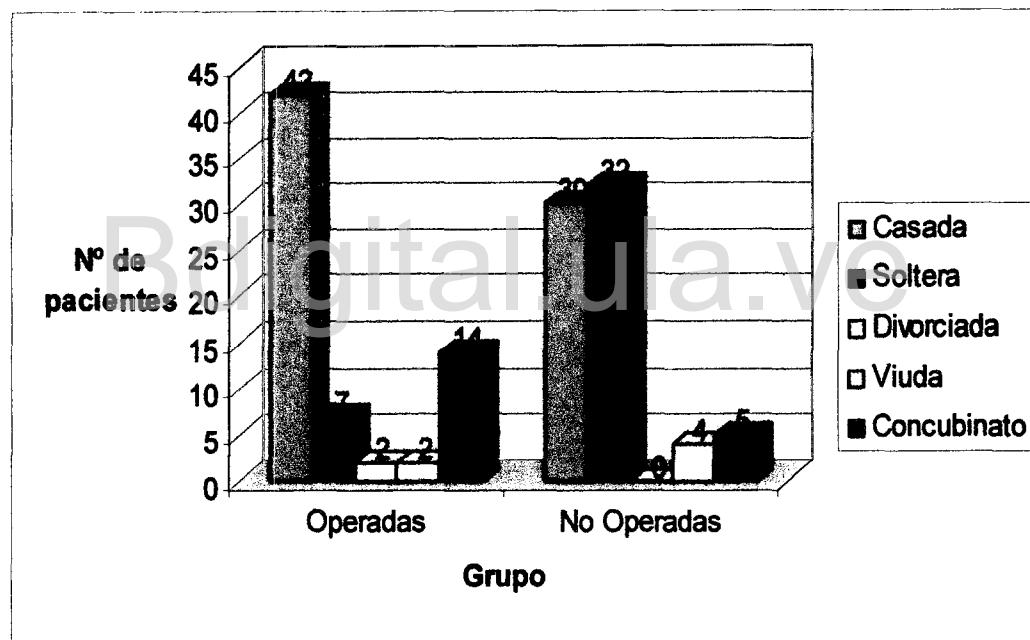
Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Operadas	67	48.6
No operadas	71	51.4
Total	138	100.0

Fuente: Hoja de recolección de datos de comportamiento sexual en pacientes posterior a histerectomía en el servicio de Ginecología del I.A.H.U.L.A.

En lo que respecta, a la distribución de la población con relación al estado civil, observamos que el mayor número de pacientes sometidas a Histerectomía se encuentra principalmente entre las mujeres que convivían en unión a una pareja,

ya fueran (casadas o en concubinato). Por otro lado, en el grupo de mujeres no operadas, el número de pacientes sin pareja (soltera, viuda, divorciada) fue similar al número de pacientes con pareja (casada, concubinato) (Grafico Nº 1).

Grafico Nº 1
Distribución según el estado civil. Valores Absolutos. I.A.H.U.L.A.
Abril – Octubre 2006.



Fuente: Hoja de recolección de datos de comportamiento sexual en pacientes posterior a histerectomía en el servicio de Ginecología del I.A.H.U.L.A.

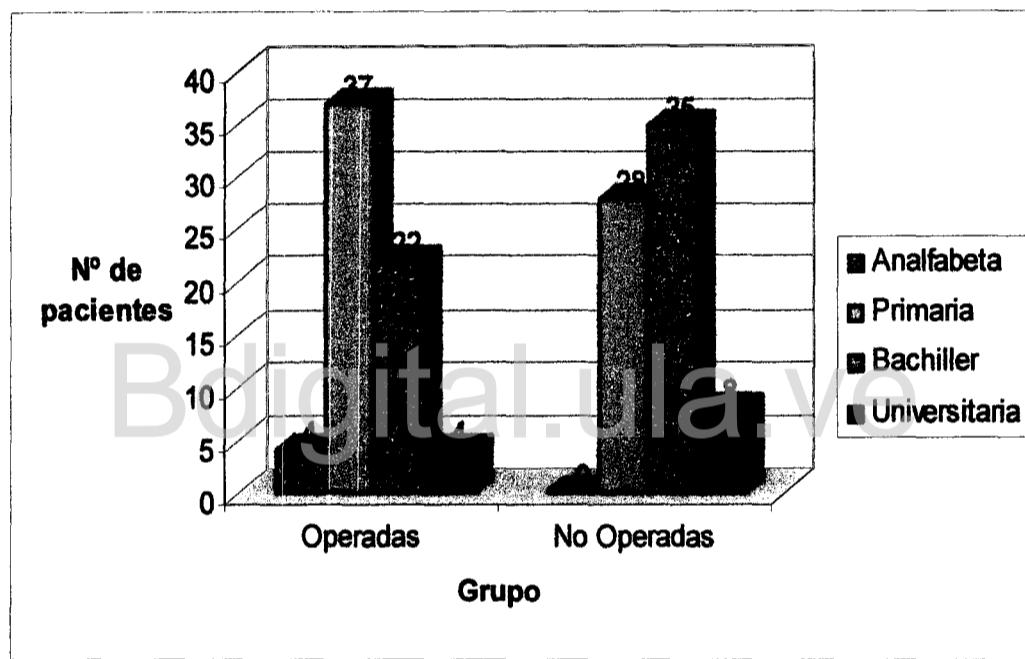
En la distribución de la población con relación al nivel de instrucción, se evidencia, que en las pacientes operadas la mayor parte de la población solo alcanzó estudios primarios, seguidos por las pacientes que estudiaron secundaria y en el grupo de pacientes no operadas, se observa que la mayoría de las

pacientes alcanzó un nivel de instrucción secundaria, seguidas de las que tenían un nivel de instrucción primaria. (Grafico N° 2).

Grafico N° 2

Distribución según nivel de Instrucción. Valores Absolutos. I.A.H.U.L.A.

Abril – Octubre 2006.



Fuente: Hoja de recolección de datos de comportamiento sexual en pacientes posterior a histerectomía en el servicio de Ginecología del I.A.H.U.L.A.

Al evaluar la distribución de la población con relación a la procedencia, evidenciamos que más de la mitad de las pacientes (56,5%) provenía del casco urbano de la ciudad de Mérida, seguida por la población de otros estados (20,3%) (Cuadro N° 2).

Cuadro Nº 2

Distribución según Procedencia. I.A.H.U.LA. Abril – Octubre 2006.

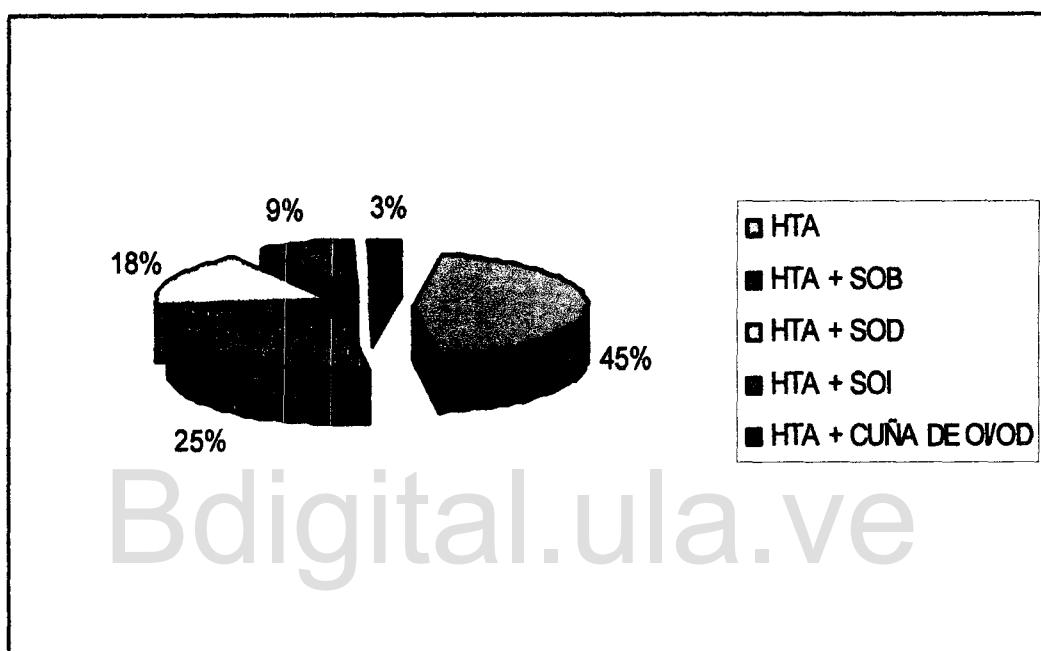
Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Merida	78	56.5
Santa Cruz de Mora	15	10.9
Bailadores	16	11.6
Vigia	1	.7
Otros estados	28	20.3
Total	138	100.0

Fuente: Hoja de recolección de datos de comportamiento sexual en pacientes posterior a histerectomía en el servicio de Ginecología del I.A.H.U.L.A.

En cuanto a la distribución de las pacientes operadas con relación al tipo de cirugía realizada, observamos que al 45% de las pacientes intervenidas quirúrgicamente se les practicó únicamente Histerectomía Total Abdominal (HTA), seguida de la Histerectomía Total Abdominal más Salpingooforectomia Bilateral (HTA con SOB) con un 25% (Grafico Nº 3).

Grafico N° 3

Distribución según tipo de Intervención Quirúrgica realizada. Valores absolutos. I.A.H.U.L.A. Abril – Octubre 2006.



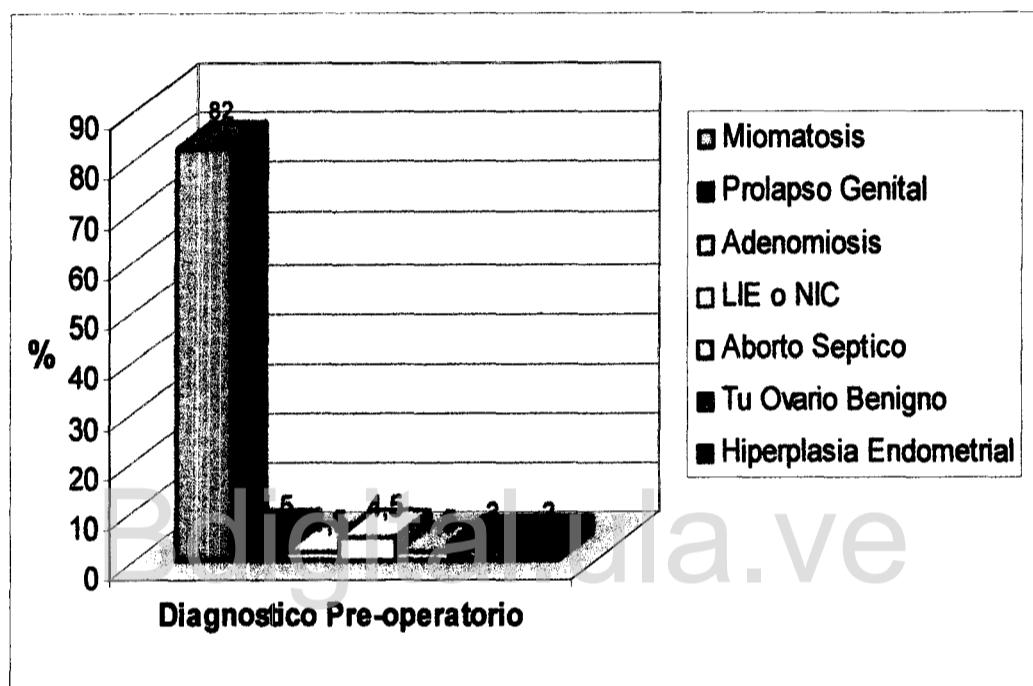
Fuente: Hoja de recolección de datos de comportamiento sexual en pacientes posterior a histerectomía en el servicio de Ginecología del I.A.H.U.L.A.

En relación a la distribución de la población con el diagnóstico pre-operatorio, evidenciamos que la principal causa de intervención quirúrgica fue la miomatosis uterina en un 82% de los casos (Grafico N° 4).

Grafico N° 4

Distribución según Diagnóstico Preoperatorio. I.A.H.U.L.A.

Abril – Octubre 2006



Fuente: Hoja de recolección de datos de comportamiento sexual en pacientes posterior a histerectomía en el servicio de Ginecología del I.A.H.U.L.A.

Al evaluar estadísticamente a la población con respecto a la edad, demostramos que la población en estudio presentó edades comprendidas entre los 31 y 58 años, con un promedio de edad de $44,48 \text{ años} \pm 6,78 \text{ años}$ (Cuadro N° 3).

Cuadro Nº 3

Análisis estadístico de la población con relación a la edad. I.A.H.U.L.A.

Abril – Octubre 2006.

Nº de pacientes	138
Media (años)	44,48
Median (años)	45,00
Desv. Típ.	6,78
Mínimo (años)	31
Máximo (años)	58

Fuente: Hoja de recolección de datos de comportamiento sexual en pacientes posterior a histerectomía en el servicio de Ginecología del I.A.H.U.L.A.

Analizando estadísticamente a la población con relación a la puntuación del índice de función sexual femenina, se determinó que la población en estudio presentó una puntuación mínima de 2,4 puntos y una máxima de 35,3 puntos, con una media de $21,7 \pm 9,5$ puntos, además de observar que valores inferiores a 17.4 están por debajo del percentil 25 (Cuadro Nº 4).

Cuadro N° 4

Análisis estadístico de la población con relación a la puntuación del Índice de Función Sexual femenina. I.A.H.U.L.A. Abril – Octubre 2006.

Nº de pacientes	138
Media (IFSF)	21.7
Desviación Standard	9.5
Mínimo (IFSF)	2.4
Máximo	35.3
Percentiles	
25	17.4
50	23.6
75	29.4

Fuente: Hoja de recolección de datos de comportamiento sexual en pacientes posterior a histerectomía en el servicio de Ginecología del I.A.H.U.L.A.

Al estudiar los cambios de la función sexual femenina con relación a la edad, evidenciamos como el Índice de Función Sexual Femenina de la población total en la edad de 30 – 34 años fue de 29.0 el cual disminuyó a medida que aumentaba la edad, siendo menor entre los 55 – 59 años donde la puntuación desciende a 14.2 ($p = 0.008$). Así mismo observamos como algunos parámetros como la excitación, la lubricación y el orgasmo son los más afectados con el aumento de la edad, en especial después de los 55 años, siendo el deseo y la satisfacción los que menos cambios experimentan.

Además se valora en forma estadística; siendo los cambios en la excitación, lubricación, el orgasmo y la satisfacción estadísticamente significativos con relación a la edad (Cuadro Nº 5).

Cuadro Nº 5

Indice de función Sexual Femenina en la población total según grupos etáreos. I.A.H.U.L.A. Abril – Octubre 2006.

Grupos de Edad		DESEO	EXCITAC	LUBRICAC	ORGASMO	SATISFAC	DOLOR	PUNT.IFS
30 - 34	Media	3.7	4.5	5.2	5.4	5.5	4.4	29.0
		± 1.0	± .5	± .7	± .8	± .5	± 1.5	± 2.7
35 - 39	Media	3.6	3.4	3.9	3.9	4.5	4.0	23.6
		± 1.2	± 1.5	± 1.6	± 1.7	± 1.6	± 1.6	± 7.3
40 - 44	Media	3.3	3.0	3.5	3.4	4.2	3.4	21.1
		± 1.3	± 1.7	± 2.0	± 2.0	± 1.7	± 1.8	± 9.6
45 - 49	Media	3.1	3.0	3.5	3.5	4.2	3.9	21.4
		± 1.2	± 1.7	± 1.9	± 2.0	± 1.6	± 2.0	± 9.5
50 - 54	Media	3.1	2.7	3.6	3.1	3.9	3.8	20.3
		± 1.4	± 1.6	± 2.0	± 1.9	± 1.7	± 2.3	± 10.2
55 - 60	Media	2.4	1.9	2.3	2.1	3.1	2.2	14.2
		± 1.2	± 2.2	± 2.5	± 2.5	± 2.2	± 2.3	± 12.5
Total	Media	3.2	3.1	3.7	3.6	4.3	3.7	21.7
		± 1.3	± 1.7	± 1.9	± 2.0	± 1.7	± 2.0	± 9.5
Sig.		.159	.004	.012	.002	.023	.126	.008

P < 0.05

Fuente: Hoja de recolección de datos de comportamiento sexual en pacientes posterior a histerectomía en el servicio de Ginecología del I.A.H.U.L.A.

Analizando a las pacientes operadas con relación a la puntuación del Índice de Función Sexual Femenina, observamos que la puntuación final de estas

pacientes fue de 28.1 entre los 30-34 años, para luego descender paulatinamente al aumentar la edad de la paciente, ubicándose después de los 45 años por debajo de 21 puntos; aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativo. En este grupo de pacientes los parámetros más afectados fueron el deseo y la excitación; presentando la lubricación y el orgasmo una disminución considerable después de los 45 años; y el dolor después de los 50 años (Cuadro Nº 6).

Cuadro Nº 6

Indice de función Sexual Femenina en pacientes operadas según grupos etarios. I.A.H.U.L.A. Abril – Octubre 2006.

Grupos de Edad		DESEO	EXCITAC	LUBRICAC	ORGASMO	SATISFAC	DOLOR	PUNT.IFS
30 – 34	Media	4.8 ± .8	4.5 ± .4	4.6 ± 1.0	4.6 ± 1.9	5.0 ± .8	4.6 ± 1.9	28.1 ± 7.1
35 – 39	Media	4.0 ± 1.3	3.4 ± 2.1	4.3 ± 2.0	4.3 ± 2.0	4.8 ± 1.5	4.3 ± 1.9	25.3 ± 9.5
40 – 44	Media	3.5 ± 1.2	3.8 ± 1.3	4.3 ± 1.5	4.2 ± 1.3	4.5 ± 1.5	4.5 ± 1.4	25.0 ± 7.3
45 – 49	Media	3.2 ± 1.0	3.2 ± 1.7	3.6 ± 1.9	3.5 ± 1.8	4.2 ± 1.6	4.2 ± 2.1	21.9 ± 9.1
50 – 54	Media	3.0 ± 1.4	2.8 ± 1.7	3.6 ± 2.1	3.3 ± 1.9	3.8 ± 1.9	3.1 ± 2.0	19.8 ± 10.3
55 – 60	Media	2.5 ± 1.3	2.4 ± 2.2	3.0 ± 2.4	2.8 ± 2.6	3.8 ± 2.1	2.8 ± 2.3	17.5 ± 12.2
Total	Media	3.3 ± 1.2	3.2 ± 1.7	3.8 ± 1.9	3.6 ± 1.8	4.2 ± 1.7	3.9 ± 2.0	22.3 ± 9.5
Sig.		.108	.454	.626	.449	.670	.220	.348

P < 0.05

Fuente: Hoja de recolección de datos de comportamiento sexual en pacientes posterior a histerectomía en el servicio de Ginecología del I.A.H.U.L.A.

En lo que respecta al Índice de Función sexual femenina de las pacientes no operadas con relación a los grupos etarios, evidenciamos como la puntuación final desciende rápidamente de 29.1 en el grupo de 30 - 34 años a 22.5 después de los 35 años. En relación a los parámetros de evaluación se observa una disminución importante del Índice de función sexual femenina en el grupo etario de 40 - 44 años, mejorando de los 45 a los 54 años donde posteriormente comienza un descenso progresivo. En dicha tabla se evidencia que los cambios en la excitación, la lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor al compararlo en los diferentes grupos de edad son estadísticamente significativos (Cuadro N° 7).

Al comparar las pacientes operadas con las no operadas, encontramos que en el grupo de pacientes intervenidas quirúrgicamente se presenta una puntuación discretamente mayor en todos los parámetros del Índice de Función Sexual Femenina, pero estos resultados no dan un resultado estadísticamente significativo (Cuadro N° 8), corroborándose estos hallazgos en el (Grafico N° 5).

Cuadro N° 7

**Índice de función Sexual Femenina de las pacientes no operadas según
grupos etáreos. I.A.H.U.LA. Abril – Octubre 2006.**

Grupos de Edad		DESEO	EXCITAC	LUBRIC	ORGASMO	SATISFAC	DOLOR	PUNT.IFS
30 – 34	Media	3.6	4.6	5.4	5.5	5.6	4.4	29.1
		± .9	± .6	± .7	± .6	± .4	± 1.5	± 1.9
35 – 39	Media	3.3	3.5	3.7	3.6	4.4	3.8	22.5
		± 1.1	± 1.1	± 1.4	± 1.4	± 1.7	± 1.4	± 5.6
40 – 44	Media	3.0	2.2	2.8	2.7	4.0	2.4	17.3
		± 1.4	± 1.8	± 2.2	± 2.3	± 1.9	± 1.7	± 10.2
45 – 49	Media	3.0	2.8	3.3	3.6	4.1	3.6	20.7
		± 1.5	± 1.6	± 1.9	± 2.2	± 1.7	± 2.0	± 10.2
50 – 54	Media	3.2	2.6	3.5	2.8	4.1	4.7	21.1
		± 1.6	± 1.5	± 2.0	± 1.8	± 1.6	± 2.3	± 10.4
55 – 60	Media	1.8	.0	.0	.0	.8	.0	2.6
		± .0	± .0	± .0	± .0	± .0	± .0	± .0
Total	Media	3.1	3.0	3.5	3.5	4.3	3.6	21.2
		± 1.3	± 1.6	± 2.0	± 2.1	± 1.7	± 2.0	± 9.6
Sig.		.623	.000	.001	.001	.006	.002	.001

P < 0.05

Fuente: Hoja de recolección de datos de comportamiento sexual en pacientes posterior a histerectomía en el servicio de Ginecología del I.A.H.U.L.A.

Cuadro N° 8

Indice de función Sexual Femenina de las pacientes operadas y no operadas. I.A.H.U.L.A. Abril – Octubre 2006.

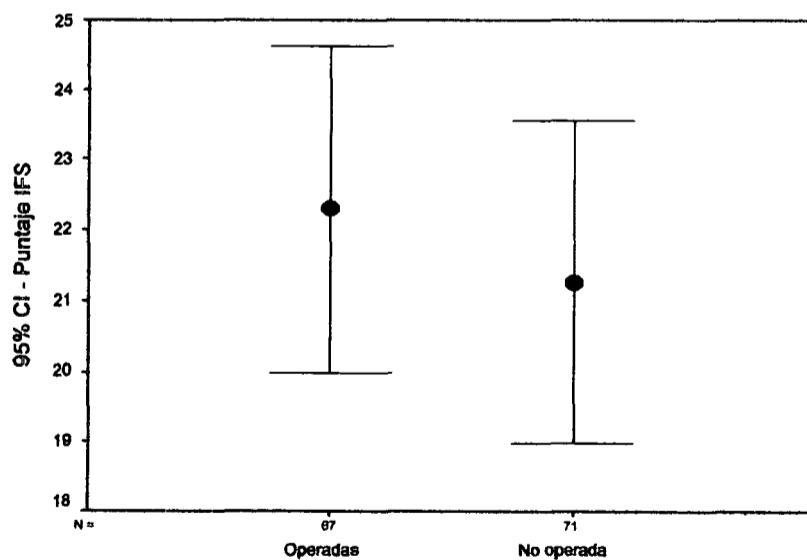
GRUPO		DESEO	EXCITAC	LUBRIC	ORGASMO	SATISFAC	DOLOR	PUNT.IFS
OPERADAS	Media	3.3	3.2	3.8	3.6	4.2	3.9	22.3
		± 1.2	± 1.7	± 1.9	± 1.8	± 1.7	± 2.0	± 9.5
NO OPERADAS	Media	3.1	3.0	3.5	3.5	4.3	3.6	21.2
		± 1.3	± 1.6	± 2.0	± 2.1	± 1.7	± 2.0	± 9.6
TOTAL	Media	3.2	3.1	3.7	3.6	4.3	3.7	21.7
		± 1.3	± 1.7	± 1.9	± 2.0	± 1.7	± 2.0	± 9.5
Sig.		.519	.422	.457	.667	.867	.334	.523

P < 0.05

Fuente: Hoja de recolección de datos de comportamiento sexual en pacientes posterior a histerectomía en el servicio de Ginecología del I.A.H.U.L.A.

Grafico N° 5

Correlación del Indice de función Sexual Femenina de las pacientes operadas y no operadas. I.A.H.U.L.A. Abril – Octubre 2006.



Fuente: Hoja de recolección de datos de comportamiento sexual en pacientes posterior a histerectomía en el servicio de Ginecología del I.A.H.U.L.A.

Al valorar el nivel de instrucción de las pacientes con los parámetros del Índice de Función Sexual Femenina; observamos que las pacientes con educación secundaria presentan la puntuación más elevada con 25.7 puntos, con un descenso importante en las mujeres analfabetas a 11.2 puntos y manteniendo en promedio a las mujeres con educación primaria y universitaria con 21 puntos respectivamente. Evidenciando significancia estadística en los parámetros de excitación, lubricación, orgasmo y puntuación final del índice de función sexual femenina con respecto al nivel de instrucción (Cuadro N° 9).

Cuadro N° 9

Índice de función Sexual Femenina de las pacientes operadas con relación al nivel de instrucción. I.A.H.U.L.A. Abril – Octubre 2006.

INSTRUCC		DESEO	EXCITAC	LUBRICAC	ORGASMO	SATISFAC	DOLOR	PUNT.IFS
Analfabeta	Media	2,1	1,1	1,1	1,7	3,0	2,2	11,2
		± .7	± 1,3	± 1,3	± 2,0	± 1,8	± 2,5	± 9,1
Primaria	Media	3,1	3,1	3,7	3,4	4,0	3,9	21,5
		± 1,2	± 1,6	± 1,8	± 1,7	± 1,6	± 1,9	± 8,6
Bachiller	Media	3,7	3,8	4,4	4,4	4,9	4,2	25,7
		± 1,2	± 1,7	± 1,7	± 1,7	± 1,5	± 1,8	± 8,7
Universitaria	Media	3,7	3,1	3,7	3,4	3,8	4,1	21,9
		± 1,5	± 2,4	± 2,8	± 2,6	± 2,6	± 2,7	± 14,4
Total	Media	3,3	3,2	3,8	3,6	4,2	3,9	22,3
		± 1,2	± 1,7	± 1,9	± 1,8	± 1,7	± 2,0	± 9,5
Sig		.051	.041	.014	.025	.105	.314	.033

P < 0.05

Fuente: Hoja de recolección de datos de comportamiento sexual en pacientes posterior a histerectomía en el servicio de Ginecología del I.A.H.U.L.A.

Al analizar comparativamente la relación existente entre el estado civil y la puntuación del índice de función sexual femenina en la población general, observamos que las pacientes casadas cursan con una puntuación de 23.1, manteniendo sus parámetros en el rango más elevado, seguidos de las pacientes solteras con 21 puntos; a su vez podemos evidenciar que el nivel de deseo es mayor en la divorciadas con 3.9 puntos, y el de satisfacción es similar tanto en la casada, soltera y en concubinato. No es estadísticamente significativo (Cuadro Nº 10).

Cuadro Nº 10

Índice de función Sexual Femenina de la población general con relación al

estado civil. I.A.H.U.L.A. Abril – Octubre 2006.

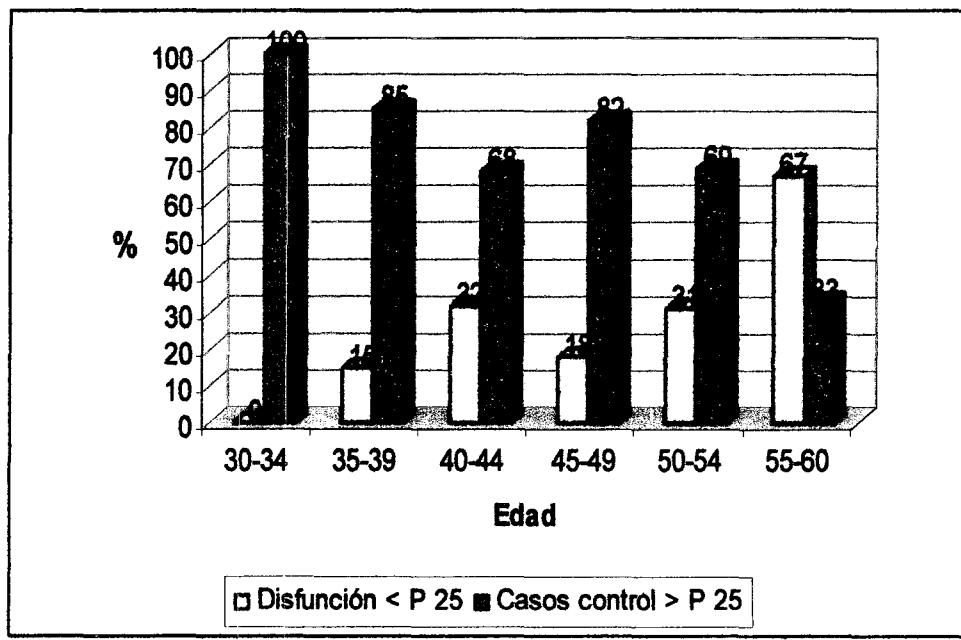
EDO.C		DESEO	EXCITAC	LUBRICAC	ORGASMO	SATISFAC	DOLOR	PUNT.IFS
Casada	Mean	3.4	3.4	4.0	3.9	4.3	3.9	23.1
		± 1.3	± 1.6	± 1.8	± 1.8	± 1.6	± 1.8	± 8.6
Soltera	Mean	3.2	2.8	3.4	3.5	4.4	3.8	21.3
		± 1.3	± 1.6	± 1.9	± 2.1	± 1.8	± 2.0	± 9.8
Divorciada	Mean	3.9	2.7	3.0	3.0	3.4	2.6	18.6
		± 1.2	± 3.8	± 4.2	± 4.2	± 3.6	± 3.6	± 20.9
Viuda	Mean	2.7	2.1	3.0	2.3	3.6	3.0	16.8
		± 1.3	± 1.6	± 2.3	± 1.8	± 1.2	± 2.3	± 10.4
Concubinato	Mean	2.8	2.7	3.2	2.9	4.1	3.3	19.3
		± 1.2	± 1.9	± 2.2	± 2.1	± 1.6	± 2.3	± 10.7
Total	Mean	3.2	3.1	3.7	3.6	4.3	3.7	21.7
		± 1.3	± 1.7	± 1.9	± 2.0	± 1.7	± 2.0	± 9.5
Sig.		.296	.128	.312	.147	.781	.625	.381

P < 0.05

Fuente: Hoja de recolección de datos de comportamiento sexual en pacientes posterior a histerectomía en el servicio de Ginecología del I.A.H.U.L.A.

Al realizar la división entre los percentiles habíamos determinado previamente que el percentil 25 y 75 para el índice de función sexual femenina de nuestra población en estudio era de 17,4 y 29,4 puntos respectivamente (Cuadro N° 4), por lo tanto consideramos que los valores por debajo del percentil 25 cursan con disfunción sexual, así al agruparlos por grupos etarios, demostramos que la disfunción sexual aumenta con el transcurso de los años, hasta los 44 años, disminuyendo entre los 45 – 49 años, para luego continuar su ascenso; donde después de los 55 años se observa como las pacientes con disfunción son mayores que las de los casos controles, siendo estadísticamente significativo ($p<0.006$) (Grafico N° 6).

Grafico N° 6
Relación de los grupos de edad de la población general con el percentil inferior. Valores porcentuales. I.A.H.U.LA. Abril – Octubre 2006.



Fuente: Hoja de recolección de datos de comportamiento sexual en pacientes posterior a histerectomía en el servicio de Ginecología del I.A.H.U.L.A.

En relación a la información dada por el médico o personal de salud, se determinó que el 100% de las pacientes intervenidas quirúrgicamente no recibieron ningún tipo de información ni previa ni posterior al acto quirúrgico.

Bdigital.ula.ve

DISCUSION

Las disfunciones sexuales constituyen una causa importante de alteraciones en la relación de pareja, principalmente por desinformación de la población, es así como la sexualidad y función sexual son partes de la salud y el bienestar global de la mujer, donde ésta constituye un aspecto central de la calidad de vida y por lo tanto va hacer el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social¹⁹.

En nuestro investigación la población estudiada estuvo conformada por 138 pacientes, de las cuales 71 (51.4%) correspondieron a población control y 67 (48.6%) a pacientes operadas, la edad de las pacientes osciló entre los 31 y 58 años de edad teniendo como edad media 44 años, siendo en el grupo de las operadas, la histerectomía total abdominal la más frecuente realizada con un 45%, seguido de la histerectomía total abdominal más salpingooforectomia bilateral en un 25%, persistiendo por lo menos un ovario en el resto de las pacientes. La miomatosis uterina fue el principal diagnóstico tanto en pacientes operadas como en grupo control, hallazgos que se correlacionan con la literatura como la principal causa de intervención quirúrgica en los estudios revisados^{1 15}.

En el presente trabajo el índice de función sexual femenina en la población general fue de 21.7 puntos, presentando una leve mejoría en el grupo de pacientes sometidas a una intervención quirúrgica donde se sitúo en 22.3 puntos, ubicándose por debajo de los promedios obtenidos por Rosen, en diferentes

poblaciones de Estados Unidos, en el que mantuvieron un puntaje promedio de alrededor de 26 puntos¹⁸, con similar puntuación en el trabajo de Blümel en Chile¹⁹, lo cual podría explicar esta diferencia por la mayor liberación sexual existente en estos países más desarrollados.

Desde hace unos años se viene reconociendo un deterioro sobre la autoestima y la autoimagen en la mujer Histerectomizada⁴ sobre todo en pacientes con cáncer del tracto genital⁷, reflejándose negativamente en la posibilidad de ejercer una sexualidad normal, siendo corroborados estos hechos en la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda donde concluyen que la respuesta sexual se deterioró después de la Histerectomía¹, como en las observaciones de Ewalds-Kyist en la cual demostraron como la salud posterior a la histerectomía mejora, pero la calidad de la relación sexual se deteriora¹³, sin embargo este tipo de intervención quirúrgica no impide por sí misma la actividad sexual de la mujer⁵, hecho estos que no se reflejan en nuestra investigación, donde el índice de función sexual femenina de las pacientes operadas se mantuvo discretamente por encima del grupo control que no tenía antecedente de intervención quirúrgica ginecológica, a pesar que la muestra no fue estadísticamente significativa para estos grupos, se evidenció que estos hallazgos se correlacionaron con los resultados del hospital González Plaza de Valencia estado Carabobo²⁸, en los trabajos de Virtainen y cols¹⁴, Urrutia¹⁵, y en los de Graesslin¹⁶, donde se demostró una mejoría de la actividad sexual después de la histerectomía, e incluso ocasionando efectos beneficiosos¹⁴. A su vez apreciamos como la excitación fue el parámetro que más precozmente se afectó, siendo la

satisfacción el que menos cambios presento, estos hallazgos pueden explicarse, porque estas pacientes cursaban previamente con sintomatología que les dificultaba tener relaciones sexuales satisfactorias, por lo tanto al resolver el problema que padecían, se sienten desinhibidas al no tener síntomas en el área ginecológica que le impidan o dificulten tener unas relaciones sexuales placenteras.

En la investigación de Romero y cols, en Valencia evidencian, que el 52% de las pacientes habían tenido información previa de su futuro desempeño sexual²⁸, caso contrario se observo en nuestro estudio, determinándose que el 100% de las pacientes, no recibieron orientación sexual pre-operatoria, ni posterior a la intervención quirúrgica, hallazgos estos que perjudican no solo a la paciente sino al núcleo familiar, en vista que durante las entrevistas se pudo determinar que por la falta de información brindada, trajo como consecuencia desunión y discusiones en unas parejas; ya que en la población existe la creencia que después de la operación "la mujer queda hueca"^{15 28} y por lo tanto pierde su sexualidad, de allí la importancia de prevenir y ayudar tanto pre como post operatoriamente a las pacientes, ya que en algunas investigaciones donde se han creado estos programas traen como resultado una mayor calidad asistencial y una mejor adaptación física y psicológica de las pacientes^{15 16 17}.

Un factor que disminuye el riesgo de trastornos de sexualidad, según las investigaciones de Blümel y colaboradores, es el alto nivel educacional¹⁹, hallazgo este que varia un poco con los resultados obtenidos en nuestra investigación, observando como aumenta progresivamente desde las analfabetas hasta las

pacientes bachilleres, donde se evidencia un índice de función sexual femenina de 25 puntos, lo cual concuerda con dicho estudio, para luego descender en las pacientes con un nivel educacional mayor a una puntuación de 21, siendo el nivel de instrucción un parámetro que influye en la función sexual femenina ya que hubo significancia desde el punto de vista estadístico ($p<0.05$), esta situación trae como explicación la mayor incorporación de la mujer al trabajo, a la vez, que trata de superarse y crecer en el ámbito profesional, logrando un mayor estrés al tener una responsabilidad laboral más exigente, lo cual ocasiona como consecuencia un mayor cansancio y pérdida de su actividad sexual.

En la presente investigación se pudo determinar como en las pacientes intervenidas quirúrgicamente a menor edad mantienen una respuesta sexual satisfactoria, similar al promedio de los estudios revisados^{18 19}, en el cual va disminuyendo paulatinamente, evidenciando como a partir de los 50 años se presenta una reducción importante, notando como en el grupo etáreo de 55 a 60 años se ubica en el percentil 25 de la población en estudio, no presentando significancia desde el punto de vista estadístico, pero si encontramos que estos hallazgos se relacionan con la literatura existente como en el trabajo de Blümel, donde se evidencio que después de los 40 años hay una disminución progresiva de la función sexual con relación a edad¹⁹, a su vez se evidencia un descenso de todos los parámetros como el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y el dolor a mayor edad, situación factible en esta etapa menopáusica por la falta del influjo hormonal.

CONCLUSIONES

- El índice de función sexual femenina en las pacientes sometidas a Histerectomía, en el servicio de Ginecología del I.A.H.U.L.A fue de 22 puntos.
- Las pacientes intervenidas quirúrgicamente de histerectomía presentaron un discreto aumento del índice de función sexual femenina con respecto a las pacientes que no fueron sometidas a cirugía ginecológica.
- El grupo de edad con mayor índice de función sexual femenina en las pacientes Histerectomizadas se presentó entre los 30 y 34 años de edad.
- Las mujeres mayores de 55 años con antecedente de histerectomía presentaron la afectación más importante del índice de función sexual femenina.
- Las pacientes Histerectomizadas y analfabetas presentaron una puntuación muy baja con 11.2 puntos, del índice de función sexual femenina.
- Las pacientes bachilleres que fueron sometidas a Histerectomía cursaron con 25 puntos del índice de función sexual femenina, correspondiendo a la mejor puntuación con respecto al grado de instrucción.

- Se evidenció una ausencia total de información dada por el médico pre-operatoriamente, con respecto al futuro desempeño sexual de las pacientes.
- Se determinó que en el periodo post-operatorio, las pacientes no recibieron ningún tipo de información en lo que respecta a su posterior sexualidad.

Bdigital.ula.ve

RECOMENDACIONES

- Mejorar el conocimiento de la sexualidad femenina, entendiendo la naturaleza de la función sexual como respuesta bio-psicosocial.
- Incluir el tema de la sexualidad en la consulta ginecológica.
- Realizar programas de orientación a la paciente que será intervenida quirúrgicamente, con el fin de responder e instruir a la población sobre aquellas dudas que este tipo de intervención pueda plantear.
- Incluir a los hombres en las actividades educativas para alentarlos a que comprendan mejor lo que las mujeres esperan de ellos emotiva y sexualmente.
- Organizar campañas para las mujeres maduras para hacer hincapié, en que la actividad sexual no está únicamente restringida a las personas más jóvenes.
- Diagnosticar y tratar la sintomatología que la mujer pueda presentar en la etapa menopáusica.
- Evaluar los factores predisponentes, precipitantes y del contexto interpersonal que puedan modificar la función sexual de la mujer.

BIBLIOGRAFIA

- ¹Robles D, Velasco C. Marzo 2004. Respuesta Sexual en Pacientes Histerectomizadas. Archivos Bibliotecarios de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda Postgrado de Ginecología y Obstetricia. Marzo 2004.
- ²Ahumada A, Aliaga P, Bolívar N. Enfoque integral de la paciente Histerectomizada. Rev. Hospital Clínico Universidad de Chile. 2001;12: 68-75.
- ³Rock J, Thompson J. Te Linde Ginecología Quirúrgica. Octava Edición. Editorial Panamericana. 1998. 793-878.
- ⁴Zung W. From art to scienc: The diagnosis and treatment of depression. Arch Gen. Psychiatry. 1973; 29: 328-337. Citado por: Fernández S, Ospina B, Múnera G, La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas, Medellín. Rev. Colomb Obstet Ginecol. 1999;53: 2.
- ⁵Silberberg E, Lubera J. cáncer statistics. 1986; 36: 9-25. Citado por: Fernández S, Ospina B, Múnera G, La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas, Medellín. Rev. Colomb Obstet Ginecol. 1999. 53; 2.
- ⁶Romero R. Sexualidad del Saber y del Dormitorio. Editorial Venezolana C.A.1991; 85-102.
- ⁷Foro XV Simposium Satisfacción Sexual. URL:<http://www.utesve.com>. (Consulta: Abril 24, 2006)
- ⁸Herrera P. Sexualidad en la Vejez ¿Mito o Realidad? Rev. chil obstet. ginecol. 2003.; 68: 150-162.

- ⁹Aziz A, Bergquist C, Nordholm L, Möller A, Silfverstolpe G. Prophylactic oophorectomy at elective hysterectomy. Effects on psychological well-being at 1-year follow-up and its correlations to sexuality. *Maturitas*. 2005; 551: 3349-3357. Revisión bibliografica: *Revista de Climaterio*. 2006; 9:51-55.
- ¹⁰Abréu M, Sanchez M, Piloto M. Climaterio postquirúrgico. *Rev. Cubana Obstet Ginecol*. 2001; 27:96 -105.
- ¹¹Fernández M, Veloso P, Vilaza T. "histerectomía y sexualidad" URL: <http://www.psicocentro.com/>. (Consulta: Abril 20, 2006)
- ¹²Dimter A, Marek K, Dudek D, Wojtys A, Szproch A. Anxiety-depressive disorder in women after hysterectomy. Own study. *Psychiatr Pol*. 2001; 35(5):771-780.
- ¹³Ewalds-Kyist, Hirvonen T, Kvist M, Lertola K, Niemela P. Depression, anxiety, hostility and hysterectomy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2005; 26(3):193-204.
- ¹⁴Virtanen H, Makinen J, Tenho T, Kilholma P, Pitkanen Y, Hirvonen T. Effects of abdominal hysterectomy on urinary and sexual symptoms. *Br J Urol*. 1993; 72(6):868-72.
- ¹⁵Urrutia S, Araya G, Villarroel P, Viñales A. Características y evolución de la sexualidad en mujeres histerectomizadas. *Rev. chil obstet ginecol*. 2004; 69(4): 301-306.
- ¹⁶Graesslin O, Martin-Morille C, Leguillier-Amour MC, Darnaud T, Gonzales N, Bancheri F, et al. Local investigation concerning psychic and sexual functioning a short time after hysterectomy. *Gynecol Obstet Fertil*. 2002; 30(6):474-82.
- ¹⁷Cárdenas A, Quiroga C, Restrepo M, Cortés D. Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. *Rev. Colomb Obstet Ginecol*. 2005; 56 (3).
- ¹⁸Rosen 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. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26: 191-208.

- ¹⁹Blümel M, Binfa E, Cataldo A, Carrasco V, Izaguirre L, Sarrá C. 2004. Índice de Función Sexual Femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. Rev chil obstet ginecol. 2004; 69(2): 118-125.
- ²⁰Aller J, Pages G. Obstetricia Moderna. Tercera Edición. McGraw-Hill Interamericana. 1999; 93-106.
- ²¹Master W, Jonson V. Human sexual response. Boston: Little Bros and co. 1966. Citado por: Aller J, Pages G. Obstetricia Moderna. Tercera Edición. McGraw-Hill Interamericana. 1999; 93-106.
- ²²Cañas A. Disfunción sexual femenina. URL:<http://www.abcmedicus.com>. (Consulta Febrero 9, 2006).
- ²³Rako S. La hormona del Deseo-Cómo mantener la libido femenina más allá de la menopausia. Tikal Ed., Girona. 1996.
- ²⁴Masters WH, y otros. La sexualidad humana. 5ed. Barcelona: Ediciones Grijalbo.1987.
- ²⁵Haslam M. Disfunciones sexuales. Ediciones DOYMA S.A. 1980.
- ²⁶Gabbe S, Scout J. Participación de las hormonas esteroides sexuales en la función y disfunción sexual femenina. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. McGraw - Hill. Interamericana. 2004. 451-462.
- ²⁷Basson R, Berman J, Burnett A. Report of the International Consensus Development Conference on Female sexual dysfunction: definitions and classifications. J Urol. 2000; 163: 888 – 893.
- ²⁸Romero C, Oberto L, Salas K, Salas K. Comportamiento sexual de las pacientes Histerectomizadas. Revista del XXII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. 2006; 446.

Bdigital.ula.ve
ANEXOS

ANEXO A

HOJA DE RECOLECCION DE LOS DATOS

Historia Clínica: _____ **Fecha:** _____

Edad: _____ **Estado Civil:** _____ **Procedencia:** _____

Nivel de Instrucción: _____ **Ocupación u Oficio:** _____

Diagnóstico Pre-operatorio: _____

Tipo de Cirugía: _____ **Tiempo de realización de la Cirugía:** _____

Gestas: _____ **Uso de THS:** _____

Uso de medicamentos: _____ **Patologías asociadas:** _____

Orientación sexual Preoperatorio: _____

Orientación sexual Postoperatoria: _____

Cuestionario del Índice de función sexual femenina

Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.

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

Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Deseo o interés sexual: es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?

- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

2- En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- Muy alto
- Alto
- Regular
- Bajo
- Muy bajo o nada

3- En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

4- En las últimas 4 semanas, ¿Como clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

5- En las últimas 4 semanas, ¿Cuanta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o sin confianza

6- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia ha satisfecho su excitación durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

7- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se ha lubricado (húmedo o mojado) durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

8- En las últimas 4 semanas, ¿Cuán difícil fue lubricarse (mojarse) durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Levemente difícil
- Sin dificultad

9- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene la lubricación hasta completar la actividad sexual?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

10- En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Levemente difícil
- Sin dificultad

11- En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación o relaciones sexuales, ¿Con qué frecuencia logra el orgasmo (clímax)?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

12- En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación o relaciones sexuales, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo (clímax)?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Levemente difícil
- Sin dificultad

13- En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha esta con su capacidad para alcanzar el orgasmo durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

14- En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- Sin actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

15- En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16- En las últimas 4 semanas, ¿Cuán satisfecha a estado con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Igualmente satisfecha e insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

17- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- Muchas veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

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

- Sin actividad sexual

^

-
- Casi siempre o siempre
 - Muchas veces (más de la mitad de las veces)
 - Algunas veces (la mitad de las veces)
 - Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
 - Casi nunca o nunca

19- En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Regular
- Bajo
- Muy bajo o nada

Bdigital.ula.ve

ANEXO B

PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

<i>Dominio</i>	<i>Preguntas</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Factor</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Deseo	1 - 2	1 - 5	0,6	1,2	6
Excitación	3 - 6	0 - 5	0,3	0	6
Lubricación	7 - 10	0 - 5	0,3	0	6
Orgasmo	11 - 13	0 - 5	0,4	0	6
Satisfacción	14 - 16	0 - 5	0,4	0,8	6
Dolor	17 - 19	0 - 5	0,4	0	6
		Rango Total		2	36