Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e11301.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11301

Prevalencia de disfunción sexual femenina en pacientes uroginecológicas

Prevalence of female sexual dysfunction in urogynecological patients.

Carlos Agustín Zapata Caballero,[1] Karla Ivette Castrejón Téllez,[2] Claudia Melina Robolleda Zárate,[3] Rebeca Rodríguez Lane,[4] Verónica Granados Martínez,[5] Viridiana Gorbea Chávez[6]

Resumen

OBJETIVO: Describir la prevalencia y las manifestaciones clínicas de la disfunción sexual femenina en pacientes atendidas en una clínica especializada en Urología ginecológica.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, de casos y controles de pacientes atendidas en el servicio de Urología ginecológica (INPer) entre los meses de noviembre de 2023 a enero de 2024. *Criterios de inclusión:* pacientes con diagnóstico de cualquier disfunción sexual (deseo sexual hipoactivo, disfunción orgásmica o dolor genitopélvico a la penetración) con base en los criterios del DSM-V-TR quienes se consideraron casos. *Controles:* pacientes sin clasificación para alguna disfunción. Las variables se compararon con la prueba de χ^2 y t de Student en el programa SPSS (IBM, New York, NY). Se consideró significativo el valor de $p < 0.05$.
RESULTADOS: Se incluyeron 108 pacientes. En 80 (74%) se integró el diagnóstico de disfunción sexual femenina. El más frecuente fue el deseo sexual hipoactivo (56.4%), seguido de trastornos orgásmicos (38.8%) y dolor genitopélvico a la penetración (30.5%). El grupo control se integró con 28 (26%) pacientes sin el diagnóstico. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos respecto de la edad, embarazos y partos previos e IMC. Se observaron más pacientes con obesidad en el grupo de casos (30.5 en comparación con 4.63%; $p = 0.025$).
CONCLUSIONES: Lo encontrado pone de manifiesto tasas alarmantes de disfunción sexual en la población uroginecológica. Estos desenlaces destacan la necesidad crítica de tratar la disfunción sexual como un problema de salud pública prioritario, a fin de mejorar la calidad de vida y el bienestar general de las mujeres afectadas.

PALABRAS CLAVE: Estudios de casos y controles; disfunción sexual; obesidad; dolor; urología; deseo sexual hipoactivo; disfunción orgásmica.

Abstract

OBJECTIVE: To describe the prevalence and clinical presentation of female sexual dysfunction in patients treated at a gynaecological urology clinic.
MATERIALS AND METHODS: This retrospective, observational, case-control study included patients treated at the Gynaecological Urology Service (INPer) between November 2023 and January 2024. Patients diagnosed with any sexual dysfunction (hypoactive sexual desire disorder, orgasmic disorder, or genitopelvic pain/penetration disorder) according to DSM-5-TR criteria were classified as cases. Controls were patients without a diagnosis of sexual dysfunction. Variables were compared using chi-squared and Student's t-tests in SPSS (IBM, New York, NY). A p-value below 0.05 was considered statistically significant.
RESULTS: A total of 108 patients were included, of whom 80 (74%) were diagnosed with female sexual dysfunction. The most common diagnosis was hypoactive sexual

[1] Residente de sexto año, Urología ginecológica.
[2] Residente de tercer año, Ginecología y Obstetricia.
[3] Bióloga de la Reproducción Humana, Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México.
[4] Adscrita al servicio de Urología ginecológica.
[5] Directora del servicio de Urología ginecológica.
[6] Directora de Educación en Ciencias de la Salud.
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer), Ciudad de México.

Recibido: agosto 2024
Aceptado: septiembre 2024

Correspondencia
Carlos Agustín Zapata Caballero
dr.zapatacaballero@outlook.com

Este artículo debe citarse como:
Zapata-Caballero CA, Castrejón-Téllez KI, Robellada-Zárate CM, Rodríguez-Lane R, Granados-Martínez V, Gorbea-Chávez V. Prevalencia de disfunción sexual femenina en pacientes uroginecológicas. Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e11301. https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11301

desire disorder (56.4%), followed by orgasmic disorder (38.8%) and genitopelvic pain/penetration disorder (30.5%). The control group included 28 patients (26%) without a diagnosis. No significant differences were observed between groups in age, previous pregnancies and deliveries, or BMI. However, a higher proportion of patients with obesity was observed in the case group (30.5% vs. 4.63%; p = 0.025).
CONCLUSIONS: These findings show a high prevalence of sexual dysfunction among urogynecological patients and support its recognition as a priority public health concern. Addressing this condition may help improve the quality of life and overall well-being of affected women.
KEYWORDS: Case control studies; Sexual Dysfunction; Obesity; Pain; Urology; Hypoactive sexual desire; Orgasmic dysfunction.

ANTECEDENTES

La disfunción sexual femenina es un problema de salud pública que afecta a mujeres de todas las edades. Repercute de forma importante en la calidad de vida y el bienestar psicológico.[1] El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5 TR) incluye diversos trastornos que interfieren con la respuesta sexual normal. Entre ellos están la disminución del deseo-excitación sexual, la incapacidad o dificultad para alcanzar el orgasmo y el dolor durante las relaciones sexuales.[2] Los estudios epidemiológicos reportan una prevalencia elevada, de 35 a 38%.[3] A pesar de ello, los ginecoobstetras no siempre indagan esta alteración de manera adecuada; los motivos se resumen en el **Cuadro 1**.[4-7] Las pacientes uroginecológicas pueden tener mayor riesgo por múltiples factores, entre ellos la edad avanzada y la coexistencia de disfunciones del piso pélvico, como la incontinencia urinaria y el prolapso de órganos pélvicos.[8] En este contexto, el objetivo del estudio fue: describir la prevalencia y la manifestación clínica de la disfunción sexual femenina en pacientes atendidas en una clínica especializada en Urología ginecológica.

Cuadro 1. Limitantes en el proceso diagnóstico, por parte del ginecólogo, de pacientes con disfunción sexual.

- Falta de capacitación médica durante los años de estudio en relación con temas sexuales.
- Limitada experiencia clínica durante la residencia.
- Resistencia personal o profesional a discutir temas sexuales.
- Presión de tiempo durante consultas para atender las preocupaciones sexuales.
- Percepción de la sexualidad como un tema no médico.
- Priorización de otras preocupaciones de salud en vez de las de índole sexual.
- Tabú y estigma social de la sexualidad por parte de la paciente.
- Creencias culturales o religiosas específicas acerca de la sexualidad.
- Preocupación de la paciente por el juicio o crítica por parte del médico.
- Desconocimiento de la existencia de tratamientos efectivos para la disfunción sexual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, de casos y controles, de pacientes atendidas en el servicio de Urología ginecológica (INPer) entre noviembre de 2023 y enero de 2024. *Criterios*

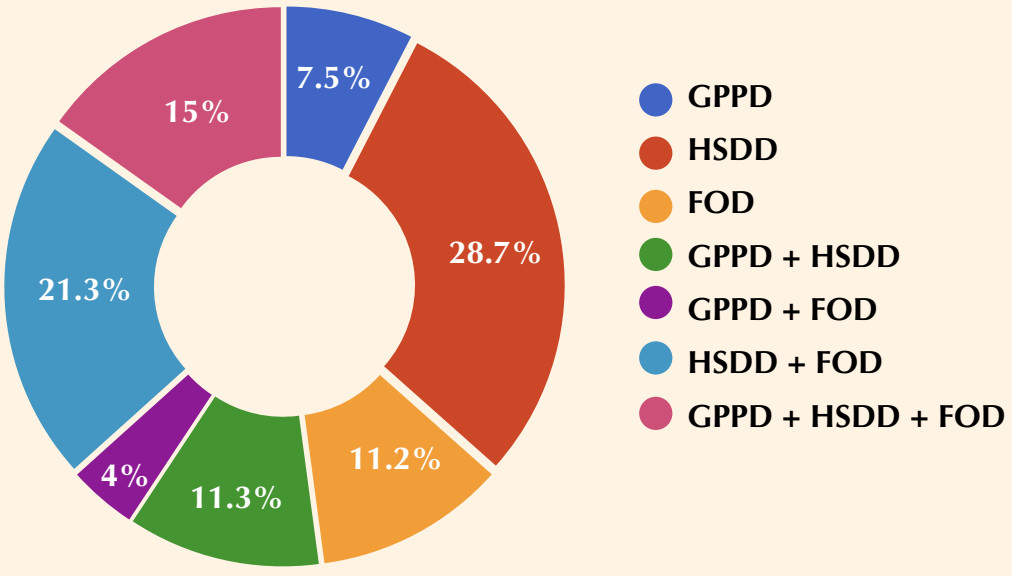
https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11301

de inclusión: pacientes con registro de ese interrogatorio en el expediente electrónico. *Casos:* pacientes en quienes se integró el diagnóstico de cualquier disfunción sexual: deseo sexual hipoactivo, disfunción orgásmica o dolor genitopélvico a la penetración, de acuerdo con los criterios del DSM-5-TR. *Controles:* pacientes que no cumplieron criterios para alguna disfunción sexual femenina. *Criterio de exclusión:* pacientes con datos incompletos en el expediente electrónico.

Las variables cuantitativas se expresaron en medias con desviación estándar. Las cualitativas se reportaron en frecuencias y porcentajes. Para la comparación entre grupos se utilizaron las pruebas de χ^2 y t de Student. El análisis estadístico se procesó en el programa SPSS (IBM, New York, NY). Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$. El estudio se llevó a cabo con apego a las guías y listas de cotejo STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*). De acuerdo con los criterios del INPer, no fue necesaria la aprobación del Comité de Ética, debido a que se analizaron datos del expediente electrónico en una base anónima.

RESULTADOS

Se incluyeron 108 pacientes en el análisis. En 80 (74%) se integró el diagnóstico de disfunción sexual femenina. La alteración más frecuente fue el deseo sexual hipoactivo (56.4%), seguido de trastornos orgásmicos (38.8%) y dolor genitopélvico a la penetración (30.5%). La distribución de la disfunción sexual femenina se muestra en la **Figura 1.** El grupo control se conformó con 28 (26%) pacientes sin el diagnóstico de estudio. No se observaron diferencias significativas entre los grupos en edad, embarazos, partos previos e índice de masa corporal. En el grupo de casos se identificó mayor proporción de pacientes con obesidad (IMC > 30.0 kg/m^2; 30.5 vs. 4.63%; $p = 0.025$). Las demás características demográficas y comorbilidades se encuentran en el **Cuadro 2.**



GPPD; Genitopelvic pain/penetration disorder, HSDD; Hypoactive sexual desire disorder, FOD; Female orgasmic disorder.

Figura 1. Distribución de la disfunción sexual en los casos.

Cuadro 2. Relación entre las variables demográficas, las comorbilidades y la disfunción sexual.

Variable	Disfunción sexual	Sin disfunción sexual	p
n (%)	80 (74.0)	26 (28.0)	-
Edad (años)	54.21 (±16.07)	50.05 (±12.85)	0.170
Embarazos	3.29 (±1.93)	4.14 (±2.63)	0.070
Partos	2.35 (±1.94)	2.79 (±2.42)	0.340
IMC (kg/m^2)	29.75 (±4.19)	28.02 (±3.46)	0.088
Obesidad	33 (30.56)	5 (4.63)	0.025
Síndrome metabólico	14 (12.96)	5 (4.63)	0.965
Diabetes	17 (15.74)	5 (4.63)	0.701
Hipertensión	19 (17.59)	8 (7.41)	0.612
Depresión	8 (7.41)	1 (0.93)	0.289
Antecedente de cáncer	11 (10.19)	2 (1.85)	0.355
Menopausia	53 (49.07)	13 (12.04)	0.064

DISCUSIÓN

El estudio evidenció una tasa alarmante de disfunción sexual femenina (74%) en pacientes uroginecológicas. Esta proporción fue mucho mayor que la reportada en estudios epidemiológicos de población general (35 a 38%).[3] Su origen es multifactorial e implica factores orgánicos, psicológicos y socioculturales.[9] Entre los componentes orgánicos destaca la asociación entre diversas afecciones del piso pélvico y la disfunción sexual femenina. Gomes y su grupo reportaron una prevalencia de 71.6% en pacientes con incontinencia urinaria, con una relación proporcional entre la gravedad de ambas afecciones.[10] Entre las posibles explicaciones se incluyen la preocupación por el olor a orina, el cambio frecuente de ropa interior y la disminución de los niveles de energía secundaria a la restricción de líquidos y la privación del sueño en pacientes con nicturia o enuresis.

También se ha descrito una asociación entre el prolapso de órganos pélvicos y la disfunción sexual femenina.[11] Diversos estudios reportan mejoría significativa de la función sexual después de la cirugía correctora del prolapso.[11,12] En estas pacientes, la alteración puede relacionarse con dolor o incomodidad durante la penetración, derivadas de los cambios anatómicos. También puede influir la sensación de laxitud vaginal asociada con hiatos genitales amplios.[12] Tanto la incontinencia como el prolapso se vinculan con disfunción musculoesquelética del piso pélvico, en especial con afecciones de tono elevado o síndrome miofascial. Ambas cuentan con evidencia amplia de correlación con el trastorno de dolor genitopélvico a la penetración, las alteraciones orgásmicas, las conductas evitativas y el deseo hipoactivo.[13,14]

Un hallazgo relevante fue la identificación de la obesidad como factor asociado con la disfunción sexual femenina, con significación estadística. Esta relación se ha descrito con mayor frecuencia en la bibliografía secundaria a factores sociales y psicológicos.[15] En años recientes se ha encontrado una asociación importante entre la función sexual femenina y los marcadores de enfermedad metabólica y cardiovascular.[9,16,17] La obesidad representa un factor de riesgo relevante, pero modificable, y una oportunidad de intervención y prevención. Esta asociación es conocida en la bibliografía de disfunción sexual masculina, en la que la disfunción eréctil es un marcador temprano de enfermedad cardiovascular. Solo

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11301

recientemente se ha investigado en la población femenina.[18]

Una fortaleza de este estudio es que contribuye a la limitada evidencia publicada en México referente a la prevalencia y factores asociados con la disfunción sexual femenina. Además, es el único identificado en una población uroginecológica específica. La inclusión de un grupo control permitió contrastar características demográficas y clínicas entre pacientes con y sin esta alteración, lo que facilitó la identificación de posibles factores de riesgo. Asimismo, la comparación con la incidencia reportada en la bibliografía permitió valorar la consistencia de los resultados frente a investigaciones previas. En cuanto a las limitaciones, destacan las propias de los estudios retrospectivos, en particular la imposibilidad de controlar todos los posibles factores confusores etiológicos, sobre todo los sociales y de relaciones interpersonales. Otra limitante es el riesgo de sesgo por el corto periodo de estudio, que podría restringir la generalización de los resultados debido a variaciones estacionales o contextuales. Los estudios futuros podrían beneficiarse de diseños prospectivos, con control más riguroso de variables y mejor evaluación de causalidad.

CONCLUSIONES

Los resultados evidencian tasas alarmantes de disfunción sexual femenina en la población uroginecológica y subrayan la necesidad de reconocer esta afección como un problema prioritario de salud pública. La identificación de la obesidad como factor de riesgo modificable ofrece una oportunidad para implementar intervenciones preventivas orientadas a mejorar la salud sexual de estas pacientes.

REFERENCIAS

1. Reed MA. Female sexual dysfunction. Clin Plast Surg 2022; 49 (4): 495-504. http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2022.06.009
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association Publishing, 2022. http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787
3. López-Maguey RP, Cantellano-Orozco M, Staufert-Gutiérrez JR, Gómez-Sánchez J, et al. Prevalencia de disfunción sexual femenina en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Rev Mex Urol 2018; 78 (3): 169-75. http://dx.doi.org/10.24245/revmexurol.v78i3.1747
4. Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL, Carreira M, et al. General practitioners' knowledge, attitudes, beliefs, and practices in the management of sexual dysfunction-results of the Portuguese SEXOS study. J Sex Med 2012; 9 (10): 2508-15. http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02870.x
5. Lim MSY, Hocking JS, Sanci L, Temple-Smith M. A systematic review of international students' sexual health knowledge, behaviors, and attitudes. Sex Health 2022; 19 (1): 1-16. http://dx.doi.org/10.1071/SH21073
6. Tang D, Zhang Y, Zhang W, Li G, et al. Knowledge, attitudes, and practice patterns relating to sexual dysfunction among urologists and andrologists in China. JAMA 2023; 6 (1): e2250177. http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.50177
7. Shabsigh R, Sadovsky R, Rosen RC, Carson CC 3rd, Seftel AD, et al. Impact of an educational initiative on applied knowledge and attitudes of physicians who treat sexual dysfunction. Int J Impot Res 2009; 21 (1): 74-81. http://dx.doi.org/10.1038/ijir.2008.65
8. Pauls RN, Segal JL, Silva WA, Kleeman SD, et al. Sexual function in patients presenting to a urogynecology practice. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2006; 17 (6): 576-80. http://dx.doi.org/10.1007/s00192-006-0070-5
9. Cipriani S, Simon JA. Sexual dysfunction as a harbinger of cardiovascular disease in postmenopausal women: How far are We? J Sex Med 2022; 19 (9): 1321-32. http://dx.doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.06.007
10. Gomes TA, Faber M de A, Botta B, Brito LGO, et al. Severity of urinary incontinence is associated with prevalence of sexual dysfunction. Int Urogynecol J 2020; 31 (8): 1669-74. http://dx.doi.org/10.1007/s00192-019-04092-8
11. Rogers GR, Villarreal A, Kammerer-Doak D, Qualls C. Sexual function in women with and without urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2001; 12 (6): 361-5. http://dx.doi.org/10.1007/s001920170012
12. Rantell A, Srikrishna S, Robinson D. Assessment of the impact of urogenital prolapse on sexual dysfunction. Maturitas 2016; 92: 56-60. http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.07.001
13. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. Int Urogynecol J 2018; 29 (5): 631-8. http://dx.doi.org/10.1007/s00192-017-3536-8
14. Ross V, Detterman C, Hallisey A. Myofascial pelvic pain: An overlooked and treatable cause of chronic pelvic pain. J Midwifery Women's Health 2021; 66 (2): 148-60. http://dx.doi.org/10.1111/jmwh.13224
15. McNabney SM, Gletsu-Miller N, Rowland DL. Sexual function and satisfaction in the context of obesity. Curr Diab

Rep 2023; 23 (11): 315-27. http://dx.doi.org/10.1007/s11892-023-01523-1
16. Armeni A, Armeni E, Augoulea A, Delialis D, et al. Sexual function scores are associated with arterial stiffness in postmenopausal women. J Sex Med 2024; 21 (2): 145-52. http://dx.doi.org/10.1093/jsxmed/qdad158
17. Scavello I, Maseroli E, Cipriani S, Di Stasi V, et al. Cardiometabolic risk is unraveled by color Doppler ultrasound of the clitoral and uterine arteries in women consulting for sexual symptoms. Sci Rep 2021; 11 (1): 18899. http://dx.doi.org/10.1038/s41598-021-98336-7
18. Levine GN. Erectile dysfunction and coronary artery disease: Unfortunate bedfellows. J Am Coll Cardiol 2024; 83 (3): 427–9. http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2023.10.042

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11301