

Estudio de prevalencia de la dispareunia en estudiantes universitarias

Prevalence study of dyspareunia in female university students

V. Macias-Giráldez. Fisioterapeuta. Ejercicio libre de la profesión. Sevilla. España

A. Moreno-Fernández. Fisioterapeuta. Ejercicio libre de la profesión. Sevilla. España

C. M. Suárez-Serrano. Fisioterapeuta. Doctora por la Universidad de Sevilla. Profesora Colaboradora. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla. Sevilla. España

E. Medrano-Sánchez. Fisioterapeuta. Licenciada en Kinesiología y Fisiatría. Profesora Colaboradora. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla. Sevilla. España

M. L. Benítez-Lugo. Fisioterapeuta. Diploma de Estudios Avanzados. Profesora Colaboradora. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla. Sevilla. España

Correspondencia:

Carmen María Suárez Serrano

csuarez@us.es

Recibido: 18 mayo 2009

Aceptado: 22 junio 2010

RESUMEN

Introducción: la dispareunia, objeto de nuestro estudio, se define como dolor genital recurrente o persistente asociado al coito que aparece antes, durante o después del mismo, y constituye una de las disfunciones sexuales más frecuentes en la población femenina. Se pueden atribuir muchas causas que, por sí solas o en conjunto, dan lugar a esta sintomatología dolorosa y varias de ellas podrían ser abordadas desde la Fisioterapia. *Objetivos:* estudiar la prevalencia de la dispareunia en las mujeres estudiantes de Fisioterapia en la Universidad de Sevilla, conocer el perfil de la mujer dispareúnica estudiada en esta investigación y analizar el grado de conocimiento que la muestra tiene de este síndrome. *Material y método:* nuestra muestra está constituida por 83 mujeres en edades comprendidas entre 18 y 35 años que respondieron a un cuestionario y una escala EVA. *Resultados:* el 34,9 % de las mujeres presentaba alguna molestia o dolor al inicio, durante o después del acto sexual, un alto número de ellas desde el comienzo de sus relaciones, siendo este dolor valorado por la muestra según la escala EVA con una media de 4,47 puntos y desviación típica de 2,403 puntos. Del total de las afectadas sólo 3 habían consultado el problema con un especialista. Además, un alto porcentaje de las mujeres encuestadas no podía definir correctamente la dispareunia. *Conclusiones:* la dispareunia es un problema frecuente entre la población estudiada. Existe un gran desconocimiento entre la muestra sobre la dispareunia en particular, y disfunciones sexuales en general, y un bajo porcentaje de consulta sanitaria ante los síntomas de dispareunia.

Palabras clave: dispareunia, disfunción sexual, sexualidad, epidemiología.

ABSTRACT

Background: dyspareunia is one of the most current female sexual dysfunctions. Many causes, alone or combined, might produce this symptomatology, and some of them could be treated by means of Physiotherapy, obtaining palliative or curative results. *Objectives:* to study dyspareunia prevalence among female Physiotherapy students from the University of Sevilla, to know the sample's symptomatic profile, to identify the possible etiology of this sexual problem and to analyze our sample's knowledge about this syndrome. *Material and methods:* the sample is com-

posed by 83 women between 18 and 35 years old. The information was recollected by a survey and an EVA scale. Results: of those 83 women, 34.9 % showed pain at the beginning, during or after coitus, most of them since their first intercourse. A high percentage of them were not able to make a correct definition for dyspareunia, and only three of them visited a specialist. Any relationship between dyspareunia and the analyzed causes was found. Conclusions: dyspareunia is a frequent problem among the studied population. There is a big ignorance in our sample about dyspareunia, and maybe, that is the reason why there is such low percentage of medical consultations related to this syndrome.

Key words: *dyspareunia, sexual dysfunctions, sexuality, epidemiology.*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la sexualidad cumple un papel muy destacado ya que, desde el punto de vista emotivo y relacional, va mucho más allá de la finalidad reproductiva.

Según acordó la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁾ en 2002, la sexualidad implica un conjunto de aspectos entre los que se encuentran los biológicos y los psicosociales. En esta misma definición se expresa la salud sexual como una integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano.

Desde la Fisioterapia creemos que abordar los elementos somáticos es necesario para alcanzar una salud sexual plena y satisfactoria, ya que una disminución de la salud sexual implica un desorden de los elementos que la componen llegando a originar alteraciones persistentes de una o varias fases de la respuesta sexual, originando disfunciones que provocan molestias y problemas al individuo^(2, 3).

Concepto de dispareunia

La dispareunia está incluida dentro del grupo de las disfunciones y trastornos sexuales. Según el Informe de la Conferencia Internacional sobre Consenso de las Disfunciones Sexuales Femeninas, sus definiciones y clasificaciones (2000)⁽⁴⁾, se define como dolor genital recurrente o persistente asociado al coito. Por su parte, Belloch⁽⁵⁾ define la dispareunia como dolor o molestia antes, después o durante la relación sexual y abarca desde la irritación vaginal postcoital hasta un profundo dolor.

Aunque afecta tanto a hombres como a mujeres, es más común en la población femenina⁽³⁾ debido a las di-

ferencias fisiológicas entre ambos sexos, siendo la prostatitis crónica y el síndrome de dolor pélvico crónico⁽⁶⁾ las causas más comunes de aparición de dolor en la población masculina que afectan su normal respuesta sexual.

Definir correctamente la dispareunia es un objetivo complejo, de hecho otros autores como Mena y cols.⁽⁷⁾ han considerado más oportuno hablar de dispareunia como un síndrome doloroso primario, no entendiéndola como una disfunción sexual más.

Otro de los factores que influye en la dificultad para formular el concepto, es que se define tanto desde la vertiente somática como de la psicológica. Esta segunda vertiente en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)*(8-11) define la dispareunia como trastorno sexual por dolor. Esta clasificación guarda relación con las fases de la respuesta sexual descritas por Masters y Johnson⁽¹²⁾: excitación, meseta, orgasmo y resolución, de forma que en cualquiera de estas fases puede presentarse un trastorno doloroso que modifique pues, el curso de la respuesta sexual normal.

Epidemiología

Los estudios de este tipo en España son escasos, y a nivel mundial muestran resultados muy dispares y en un número reducido. Los más relevantes encontrados en lo que respecta a la epidemiología son los siguientes:

– Elnashar y su equipo de investigación⁽¹³⁾ realizaron un estudio en una población diana de 1.000 mujeres casadas con edades comprendidas entre 16 y 49 años en el Bajo Egipto. Dicho estudio tenía el objetivo de conocer la prevalencia y la existencia de factores asociados a la disfunción sexual femenina (DSF) en esta zona. Los resul-

tados obtenidos fueron los siguientes: la muestra quedó constituida por el 93,6 % de las 1.000 mujeres de población diana. De este porcentaje el 68,9 % de las mujeres de la muestra presentaban uno o más problemas sexuales. Concretamente, el 31,5 % del total de la muestra padecían dispareunia. Además es destacable el hecho de que, del 68,9 % de mujeres con problemas sexuales el 84,5 % no hubiesen encontrado ayuda sanitaria, solamente el 7,1 % de este grupo había recibido tratamiento no descrito, aunque el 58,7 % de este 7,1 % no había notado mejoría. Este estudio tiene la particularidad de que el 90,3 % de las mujeres que componían la muestra estaban circuncidadas.

– En cuanto a los resultados recogidos por Fajewonyomi y cols.⁽¹⁴⁾ sobre la prevalencia de las disfunciones sexuales femeninas, en una muestra compuesta 384 mujeres en edad reproductiva en el hospital Ile-Ife/Ijesa, zona administrativa de salud en el Estado de Osun en Nigeria, se encontraron los siguientes datos relevantes: el 63 % de las mujeres de la muestra padecían disfunciones sexuales, de este porcentaje, el 22,7 % de las mujeres padecían dispareunia. El pico de edad donde se observa un mayor porcentaje de afectadas es de los 26 a 30 años, y siendo las mujeres con mayor nivel de educación las más afectadas.

– De acuerdo con la National Health and Social Life Survey (NHLS)⁽¹⁵⁾ el 14,4 % de las mujeres británicas padecieron dispareunia en el año 2001, siendo más común entre la población de mayor nivel económico y a edades tempranas. De acuerdo con esta encuesta británica, el 18 % de las mujeres afectadas presentaban dispareunia desde hace poco tiempo, mientras que el 45 % afirmaban que era un problema de larga duración.

– La mayor prevalencia recogida según los últimos estudios publicados se registra en una investigación llevada a cabo en Carolina del Norte⁽¹⁶⁾ que revela la prevalencia de dispareunia y dolor pélvico en mujeres de 18 a 45 años en una muestra de 584 mujeres. Según este estudio, el 46 % de la muestra padecía dispareunia y el 39 % dolor pélvico. En contraste con el anterior en este estudio se concluye que tener bajos ingresos económicos es un factor de riesgo para padecer dispareunia.

– Por otra parte, la prevalencia más baja apareció en un estudio realizado en Teherán (Irán)⁽¹⁷⁾. Dicho estudio contó con una muestra de 300 mujeres con edades comprendidas entre 16 y 53 años que acudieron a los centros

de planificación familiar. Solo el 10 % de las 300 mujeres padecía dispareunia.

Agentes etiológicos

Las causas de esta disfunción se clasifican en dos grandes grupos de agentes etiológicos: causas orgánicas y causas psicológicas.

Para determinar las causas orgánicas Masters y Johnson⁽¹²⁾ valoran analíticamente todo el aparato reproductor delimitando al máximo el foco doloroso. En este caso el dolor es localizado y tiene su origen en diferentes estructuras del aparato genital femenino.

Así pues, podremos encontrar alteraciones en el *orificio vaginal y labios mayores y menores*: una de las causas más frecuente es la vestibulitis vulvar^(18, 19), aunque también puede presentarse himen resistente o imperforado, cicatrices de episiotomía o cirugía, infección de la glándula de Bartholin o inadecuada troficidad en la mujer postmenopáusica.

Las alteraciones también pueden encontrarse en el *clítoris*, presentándose dolor puntual en esta estructura debido a una inadecuada estimulación, adherencias o falta de higiene.

Además se pueden presentar problemas en el *conducto vaginal*, produciéndose dolor por infecciones vaginales entre las que destaca la micosis vaginal (candidiasis) recidivante. También se puede presentar disfunción musculoesquelética a nivel del conducto vaginal⁽²⁰⁾ destacando el vaginismo que puede impedir el coito en los grados más severos, mientras que en los casos leves llega a ser causa de dispareunia⁽²¹⁾. La falta de lubricación o hipersensibilidad vaginal a cremas, geles, óvulos y/o espermicidas, en general, también ocasionan problemas a nivel del conducto vaginal. En los casos de dolor vaginal habrá que descartar alergias al semen del compañero así como al látex, vaginitis por radioterapia anticancerígena y cicatrices o adherencias post-violación.

El dolor también puede aparecer en los *órganos de la reproducción* siendo de carácter intenso y aumentando en la penetración profunda. Este tipo de dolor es debido a la presencia de miomas, quistes ováricos, endometriosis (en un estudio estadounidense⁽²²⁾ el 49 % de las mujeres con endometriosis padecían dispareunia), lace-

ración traumática de los ligamentos anchos uterinos en el parto o problemas con un dispositivo intrauterino (DIU). También puede deberse a algunas técnicas quirúrgicas, en especial aquella cirugía que implica una miorrafia de los elevadores o un acortamiento de la vagina.

Asimismo el origen del dolor puede estar localizado en *estructuras adyacentes al aparato reproductor*. De esta forma se puede producir dispareunia postintervención quirúrgica vaginal del prolapso de los órganos pélvicos e incontinencia urinaria, también por cistitis intersticial⁽²³⁾, debido a cálculos en el riñón^(23, 24) o presión vigorosa sobre una uretra sensible.

Por último, debemos tener en cuenta que la dispareunia de origen orgánico puede ser resultado de la disminución de algunos componentes del organismo como puede ser la concentración de estrógenos⁽²⁵⁾, o debido al consumo de algunas sustancias y fármacos⁽²⁶⁾ como son los anticonceptivos orales a bajas dosis de estrógeno⁽²⁷⁾, fármacos antihistamínicos (tratamientos de alergias y resfriados) o marihuana⁽²⁵⁾ en un consumo excesivo. Teniendo en cuenta que muchas enfermedades de carácter crónico precisan administración constante de las sustancias anteriormente descritas, la dispareunia se asocia con frecuencia a estas enfermedades, donde además del tratamiento farmacológico existe estrés y una calidad de vida reducida, dado el carácter permanente de este problema.

En cambio, cuando el dolor es generalizado se atribuye a causas psicológicas como antecedentes de abusos sexuales en la infancia, primera experiencia sexual extremadamente dolorosa y sentimiento de culpa. Como en otras disfunciones sexuales, la ansiedad y anticipación de acontecimientos negativos sin que estos vayan necesariamente a producirse son el denominador común en la mujer dispareúnic⁽³⁾.

Diagnóstico

El diagnóstico de la dispareunia está típicamente basado en sus síntomas. Los antecedentes médicos y de tipo sexual de la paciente junto a un examen físico correcto ayudarán a determinar el origen de la disfunción⁽²⁸⁾.

Durante dicho examen físico se examinarán las paredes vaginales para detectar signos de sequedad, inflamación, infección (especialmente por herpes u hon-

gos), verrugas vaginales o cicatrices. Llevando a cabo un examen pélvico interno, se realizará una búsqueda de crecimiento anormal en la pelvis, sensibilidad o signos de endometriosis. En el caso de que se encuentre un origen psicológico a este problema de salud, se debe sugerir a la paciente una valoración por parte de un psicólogo para determinar si existe un antecedente de abuso sexual, trauma o ansiedad que puedan contribuir a la existencia de sus síntomas⁽²⁸⁾.

En el proceso de diagnóstico nos podemos encontrar con similitudes sintomatológicas entre la dispareunia y el vaginismo, como son el dolor en el área genital y el hipertonio (en caso de que la dispareunia esté causada por una musculatura hipertónica del periné), así como diversas manifestaciones de índole psicológico. Por ello es importante realizar un diagnóstico diferencial que ayude a delimitar cada una de estas afecciones, atendiendo a sus características comunes y particulares.

El principal síntoma que nos induce a pensar en la presencia de vaginismo, y ausencia de dispareunia, es un espasmo muscular continuado que hace que el coito sea prácticamente imposible, tal y como lo describe la propia definición de vaginismo: «espasmo involuntario recurrente o persistente de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con la penetración vaginal y causa estrés personal»⁽⁴⁾.

Por su parte la DSM-IV⁽⁸⁻¹¹⁾ distingue vaginismo generalizado de vaginismo situacional. El primero se refiere a espasmos involuntarios de la vagina en cualquier situación, mientras que en el segundo algunas penetraciones son posibles⁽²⁹⁾. Así, en los casos más severos puede impedir el coito, mientras que en los casos leves el vaginismo llega a ser causa de dispareunia⁽²¹⁾.

Tratamiento

La dispareunia es la única DSF en la cual los factores orgánicos han mostrado jugar un papel prioritario en la aparición de esta disfunción, no obstante se estima necesario integrar el tratamiento psicológico con el médico. A estos tratamientos se une el abordaje fisioterapéutico el cual está adquiriendo especial relevancia en los últimos años⁽¹⁵⁾.

El ámbito de la Medicina reconoce esta labor del fisioterapeuta en el tratamiento de la dispareunia como

muestra el reconocimiento que hace la ginecóloga estadounidense Goestch⁽¹⁹⁾ en el siguiente comentario: «aunque la cirugía superficial puede corregir la vestibulitis vulvar, sin el tratamiento de la mialgia del suelo pélvico las mujeres pueden continuar teniendo dispareunia. La Fisioterapia es muy importante para alcanzar el confort».

Desde la Fisioterapia se lleva a cabo una intervención terapéutica de la dispareunia planteándose de forma general los siguientes objetivos: disminuir el dolor que presenta la paciente, favorecer la cicatrización de los tejidos lesionados como ocurre en el parto, activar la circulación sanguínea a nivel local, proporcionar higiene postural, devolver la estabilidad de la pelvis, proteger el suelo pélvico de las situaciones de hipertensión y equilibrar la musculatura del compartimento abdominopélvico⁽³⁰⁾.

Cuando la causa de la dispareunia es musculoesquelética, las técnicas de educación y autodilatación de la vagina, además de terapia manual, biofeedback, ejercicio y dilatadores vaginales pueden mejorar la salud de las pacientes. Se requieren varias visitas y un largo período de tratamiento^(7, 20). Sin embargo, cuando la dispareunia aparece a consecuencia del parto, se ha comprobado experimentalmente la eficacia de aplicar terapia ultrasonica frente al uso de técnicas convencionales.

Hay casos en los que el tratamiento anterior no es eficaz como en la dispareunia producida por un quiste, en cuyo caso se recurrirá a la cirugía.

MATERIAL Y METODO

El diseño de este estudio de prevalencia es de carácter observacional, transversal y ambispectivo.

Muestra

La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico o de conveniencia, que permitió conformar una muestra compuesta por 83 participantes entre los estudiantes de la E.U. de Ciencias de la Salud de la Diplomatura de Fisioterapia de Sevilla atendiendo a los siguientes criterios de inclusión: mujeres estudiantes en

dicho centro, con edades comprendidas entre los 18 y 35 años, con vida sexual activa, que desearan formar parte del estudio y que firmaran el consentimiento informado.

La media de edad del grupo es 20,83 años con una desviación típica de $\pm 3,030$. En cuanto a la frecuencia de edad del grupo encontramos que 26 (25,2 %) participantes tenían 19 años, 21 (20,4 %) tenían 20 años, 15 (14,6 %) tenían 21 años y 14 (13,6 %) tenían 18 años. El resto de la muestra no formaba grupos de edad con amplitud relevante. En la figura 1 aparece la distribución de frecuencia por edades.

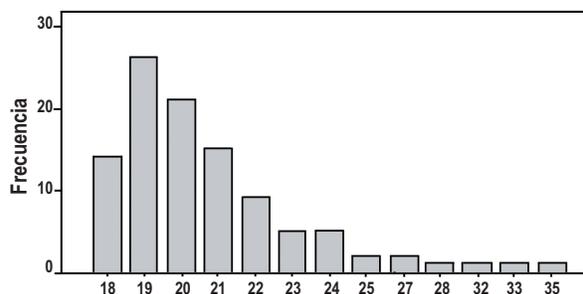


Fig. 1. Distribución de frecuencia por edades.

Proceso de obtención de datos

Tras informar a las participantes de los posibles beneficios y/o problemas derivados de la participación en nuestro estudio se les entregó un consentimiento informado, elaborado para este estudio, y aquellas que voluntariamente lo firmaron pasaron a ser objeto de nuestro trabajo.

Para la realización de este estudio se elaboró una encuesta (tabla 1) que las participantes debían cumplimentar con carácter anónimo para recoger información en relación a aspectos ginecológicos, sexuales y particularmente de la dispareunia como disfunción sexual.

En este estudio aunaremos las definiciones dadas por Bascon y cols.⁽⁴⁾ y Belloch y cols.⁽⁵⁾, tomando como referencia al incluir preguntas en nuestra encuesta sobre este aspecto, el siguiente concepto de dispareunia: dolor genital recurrente o persistente⁽⁴⁾ que aparece antes, durante o después del coito⁽⁵⁾.

La encuesta elaborada consta de 18 ítems que son los siguientes: la edad cronológica, edad de inicio de la

TABLA 1. Encuesta sobre la dispareunia.

Usted ha sido seleccionada entre las estudiantes del Campus Macarena para participar en un estudio epidemiológico de Fisioterapia en el campo de la ginecología, que trata sobre la dispareunia. Para ello se recogen una serie de preguntas que tratan sobre la sexualidad femenina, cuyas repuestas nos ayudaran a conocer el porcentaje de mujeres afectadas en este entorno así como algunas de las posibles causas.

La participación es de carácter anónimo y voluntario de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal que tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

1	Por favor indique su edad		
2	Podría indicarnos aproximadamente la edad de inicio de la primera menstruación (menarquia)		
3	¿Presenta un ciclo menstrual regular?	SI	NO
4	¿Cuántos días por término medio suele durar la menstruación?		
5	¿Ha tenido algún parto a lo largo de su vida?	SI	NO
5a	Indique cuántos		
6	¿Ha recibido alguna intervención de carácter ginecológico ya sea vía abdominal o vía vaginal?	SI	NO
7	¿Utiliza algún método anticonceptivo?	SI	NO
8	¿En caso afirmativo puede indicar cuál? a) Anticonceptivo de barrera de látex		
	b) Anticonceptivo de barrera sin látex		
	c) Anticonceptivo hormonal		
	d) Medios naturales		
9	Indique si ha tenido en el pasado alguna disfunción uroginecológica de las que citamos a continuación: a) Evento traumático en el pasado (caída, traumatismo personal, accidente de tráfico), etc.)		
	b) Infección genital (herpes genital, sífilis, etc.)		
	c) Enfermedad de transmisión sexual		
	d) Otras		
10	¿Podría decirnos cuál es su actitud hacia el sexo en general? a) Es un tema tabú		
	b) Me produce estrés, nerviosismo		
	c) Me parece una actividad normal del ser humano		
	d) Participo con agrado del sexo		
11	Es indispensable en nuestro estudio que indique si tiene o no una vida sexual activa	SI	NO
11a	En caso afirmativo ¿sabría decir desde cuándo?		

12	¿Siente alguna molestia o dolor al inicio, durante o después del acto sexual?	SI	NO
13	En caso de padecer algún tipo de dolor, indique del 0 al 10 la intensidad del mismo teniendo en cuenta que un valor de 0 es dolor inexistente, y de 10 es el máximo dolor posible que pueda sentir: 0 -----+-----10		
14	¿Cuándo empezaron las molestias o dolores? a) Desde el comienzo de mis relaciones sexuales b) Al poco tiempo de iniciar mi vida sexual c) Un largo tiempo después de mi primera experiencia sexual		
15	¿Lo ha consultado con algún profesional?	SI	NO
15a	En caso afirmativo ¿podría decirnos con cuál? a) Médico general b) Ginecólogo c) Fisioterapeuta d) Enfermera/o e) Otro		
16	¿Le ha derivado a cualquier otro especialista en caso que haya padecido este problema?	SI	NO
16a	¿A cuál?.....		
17	¿Sabría decirnos qué es la dispareunia?	SI	NO
18	En caso afirmativo, describa con sus palabras qué es la dispareunia		

primera menstruación (menarquia), regularidad del ciclo menstrual, duración en días del periodo, si ha tenido algún parto a lo largo de su vida y la cantidad, si ha recibido alguna intervención de carácter ginecológico ya sea vía abdominal o vía vaginal, utilización de algún método anticonceptivo, presencia o no en el pasado de alguna disfunción uroginecológica, conocimiento acerca de la dispareunia, su actitud ante el sexo en general, posesión o no de una vida sexual activa, si presenta dolor al inicio, durante o al final de las relaciones sexuales (con penetración anterior), el inicio de esos dolores, si ha consultado con otros profesionales dicho problema y si le ha derivado a otro profesional. En la misma se adjuntaba una escala visual analógica (EVA), que consiste en una regla de 10 centímetros en la que sólo aparecen el

valor 0 (mínimo) y el 10 (máximo). A través de esta escala las participantes podían cuantificar de manera objetiva la intensidad de su dolor.

Los datos recogidos fueron analizados con el programa de cálculo SPSS, versión 15.0, llevándose a cabo un estudio de medidas de tendencias central y de dispersión exponiendo de forma explícita la media y la desviación típica.

RESULTADOS

Los datos extraídos de la pregunta: ¿siente alguna molestia o dolor al inicio durante o después del acto sexual?, muestran que de las 83 encuestas recogidas entre mujeres estudiantes de la Diplomatura de Fisioterapia en

la Universidad de Sevilla (US en adelante) el 34,9 % (n = 29) afirmaron sentir alguna molestia o dolor al inicio, durante o al final del coito (figura 2).

Cuando se les indicó a las mujeres que formaban parte del estudio que en caso de padecer algún tipo de dolor, indicaran la intensidad del mismo del 0 al 10, teniendo en cuenta que un valor de 0 es dolor inexistente, y el valor de 10 es el máximo dolor posible que podían sentir, se obtuvo (como se observa en la tabla 2) una media de 4,47 puntos en intensidad de dolor que refieren las afectadas por este problema con una desviación típica de 2,403.

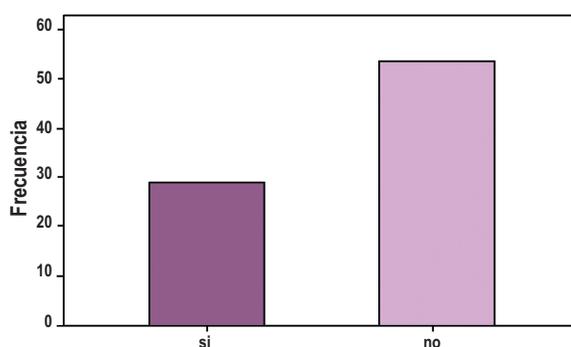


FIG. 2. Distribución de frecuencias para la presencia de dolor en las relaciones sexuales.

En relación al inicio del dolor en las relaciones sexuales, del total de las mujeres que afirmaron padecer dispareunia (n = 29), el 72,4 % confirmaban que arrastraba este problema desde el comienzo de sus relaciones sexuales, el 10,3 % que las molestias o dolores comenzaron al poco tiempo de iniciar su vida sexual y el 17,2 % que un largo tiempo después de la primera relación sexual. Estos datos se muestran en la figura 3.

TABLA 2. Estadísticos descriptivos del dolor de las mujeres del estudio.		
N	Válidos	29
	Perdidos	0
	Media	4,47
	Desv. típ.	2,403
	Mínimo	1
	Máximo	10

Ante la pregunta sobre si lo ha consultado o no con un profesional obtenemos, como muestra la figura 4, una

frecuencia de 3 mujeres que sí lo han consultado frente a 26 que no lo han hecho, constituyendo este último grupo un total del 89,7 % de afectadas que sufren este problema en silencio.

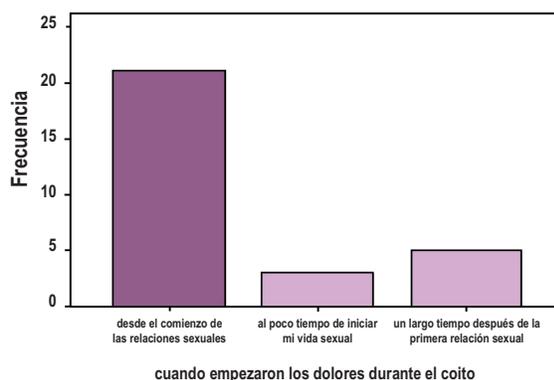


FIG. 3. Distribución de frecuencias para el inicio del dolor.

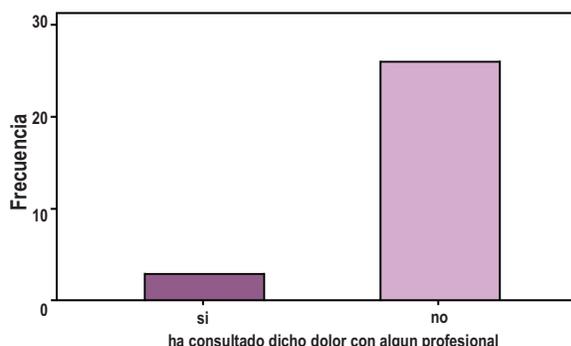


FIG. 4. Distribución de frecuencias para la consulta del dolor con algún profesional.

Cuando preguntamos a las mujeres de nuestra muestra si sabrían decirnos qué es la dispareunia, 22 de ellas contestaron afirmativamente frente a una frecuencia de 61 que respondieron que no (figura 5). De las 22 participantes que contestaron que conocían lo que era dispareunia, sólo un 27 % tenían una idea clara de la definición de este problema de salud.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos relativos al porcentaje de mujeres que padecen dispareunia en nuestra muestra

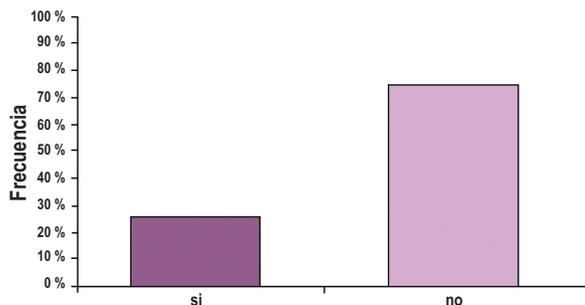


Fig.5. Distribución de frecuencias para el conocimiento del concepto dispareunia.

se asemejan bastante a los resultados que se obtuvieron en un estudio similar entre la población de Bajo Egipto, ya citado anteriormente⁽¹³⁾. En este estudio el 31,5 % de la muestra padecían dispareunia frente a un 34,9 % de mujeres afectadas por dispareunia en la muestra de nuestro estudio epidemiológico. No obstante debemos tener en cuenta que al 90,3 % de las mujeres de la muestra de Bajo Egipto se les había practicado la circuncisión; y quizás las posibles cicatrices derivadas de esta práctica son determinantes en el porcentaje de afectadas. En nuestro estudio, debido a que en la cultura española la circuncisión no constituye una practica habitual, no se ha contemplado la posibilidad de que las mujeres de nuestra muestra tuvieran practicada la circuncisión.

Sin embargo, nuestros resultados difieren mucho de los que se obtuvieron en otro estudio en Teherán (Irán). Según los resultados obtenidos solo el 10 % de las mujeres padecía dispareunia⁽¹⁷⁾. Quizás la principal diferencia de este estudio con respecto al nuestro, se encuentre en las características de la muestra, ya que en nuestro caso el rango de edad está comprendido entre los 18 y los 35 años, frente a la muestra del estudio de Teherán, que se compuso con mujeres de entre 16 y 53 años. Puede ser que exista una mayor predisposición de padecer dispareunia en edades que se sitúan entre los 18 y 35 años. Esta diferencia puede deberse a que nuestro estudio se ha basado en una encuesta sin llevar a cabo una exploración física ni valoración del suelo pélvico (en el estudio de Teherán se practicaron), pruebas que resultan fundamentales para la exhaustiva clasificación de la muestra, y que podrían haber reducido el porcentaje de afectadas, ya que no hemos podido discriminar entre las mujeres con dispareunia y las que puedan padecer vaginismo u otras afecciones que cursan con dolor vaginal.

Los datos obtenidos en el estudio realizado en Nigeria⁽¹⁴⁾ se asemejan más a los encontrados en el estudio de Teherán, y por tanto discrepan con los resultados obtenidos en este estudio. En este caso el porcentaje de mujeres que padecen dispareunia es del 14 %, esto es 22,7 % del 63 % de mujeres que padecían alguna alteración sexual.

En el estudio epidemiológico realizado en Carolina del Norte se apunta el bajo nivel socioeconómico como factor de riesgo de dispareunia⁽¹⁶⁾. En contraposición, la NHLS⁽¹⁵⁾ realizó una encuesta cuyos resultados determinaron que la dispareunia está inversamente relacionada con la edad y el nivel socioeconómico bajo. Tomando como referencia nuestra propia línea de investigación, y teniendo en cuenta que se prevé que la mayoría de las participantes poseen un nivel de ingresos medio-alto, solo podemos apuntar que la dispareunia afecta a mujeres de nivel medio-alto aunque no podemos confirmar si afecta o no a los demás niveles socioeconómicos.

Nos parece relevante que, en su mayoría, en nuestro estudio las mujeres con este problema presenten dolor desde el comienzo de sus relaciones, siendo muy llamativo que aún así hayan sido muy pocas las que hayan acudido a un especialista por ello. Es posible que la causa de esta situación sea el hecho de que la sexualidad continúa siendo un tabú y fuente de sentimientos de vergüenza entre las mujeres. También debemos tener en cuenta que la dispareunia se trata de una disfunción desconocida para nuestras participantes.

Debido a lo expuesto en el párrafo anterior, la demanda de tratamientos para este tipo de disfunción es escasa, lo que determina que exista poca oferta de los mismos. Una correcta educación sexual, así como la concienciación de la población sobre este tipo de problemas sexuales, deben constituir una prioridad importante para todos nosotros.

El interés de este estudio radica en que la principal diferencia con respecto a otros estudios, es que nuestros datos se basan enteramente en el testimonio y percepción de las mujeres consultadas, ofreciendo así unos datos más subjetivos pero igualmente importantes que nos ayudarán a conocer el grado de dolor percibido por estas pacientes, así como la importancia que para ellas puede o no tener esta disfunción. Tendremos por tanto con estos datos, el punto de vista sobre la dispareunia de la paciente.

Queremos constatar la posibilidad de que algunos porcentajes estén falseados por el hecho de que, a pesar de que la mayoría de las participantes describen el sexo como una actividad normal del ser humano no siendo para ellas un tema tabú, son muchas las que no han pedido ayuda a ningún profesional a pesar de las molestias que les ocasiona la dispareunia y por ello pensamos que no existe concordancia entre estas dos respuestas.

En estudios posteriores creemos que sería interesante poder llevar a cabo, además, una exploración física así como un análisis psicológico para poder profundizar más en esta disfunción y obtener un mayor y mejor número de datos.

CONCLUSIONES

Tras analizar los datos obtenidos en este estudio epidemiológico podemos concluir lo siguiente:

- La dispareunia tiene una prevalencia importante en nuestra muestra constituyendo las afectadas un porcentaje del 34,9 %.
- Existe un gran desconocimiento de la dispareunia entre este colectivo de estudiantes de la profesión sanitaria.
- Además, la consulta al personal sanitario ante la sospecha de padecer esta disfunción es alarmantemente baja.

BIBLIOGRAFÍA

1. Defining sexual health report of a technical consultation on sexual health. Ginebra: OMS; 2002.
2. Álvarez Gayou JL. Seroterapia integral. Mexico DF: Ed. El Manual Moderno S.A.; 1986. p. 64-68.
3. Salinas J, Rapariz M. Tratado de Reeducación en Uroginecología. Madrid: Imp Graficas Santler S.L.; 1997. p. 176-193.
4. Basson R, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and clasifications. J. Urol. 2000 Mar; 163(3): 888-93.
5. Belloch A, Sandin B, Ramos F. Manual de psicopatología. Madrid: Mc-Graw-Hill/Interamericana de España S.A.; 1994 p. 1-960.
6. Luzzi GA, Law LA. The male sexual syndromes. Int. J STD AIDS. 2006 Nov; 17(11): 720-6.
7. Mena H, Binik YM, Khalifés S, Cohen D. Dyspareunia sexual dysfunction or pain syndrome. J. Nerv Ment Dis. 1997 Sep; 185(9): 561-9.
8. Meston CM, Bradford A. Sexual dysfunctions in women. Annu Rev Clin Psychol. 2007; 3: 233-56.
9. López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
10. Kupfer DJ, First MB, Regier DA. Agenda de investigación para el DSM-V, Barcelona: Elsevier-Masson; 2004.
11. Phillips KA, First MB, Pincus HA. Avances en el DSM, Barcelona: Elsevier-Masson; 2004.
12. Masters EH, Johnson VE. Human Sexual Response. Boston: Little Brown; 1966.
13. Elnashar AM, El-Dien IM, El-Desoky MM, Ali OM, El-Sayd M, Hassan M. Female sexual dysfunction in lower Epypt. BJOG. 2007 Feb; 114(2): 201-6.
14. Fajewonyomi BA, Orji EO, Adeyemo AO. Sexual dysfunction among female patients of reproductive age in a hospital setting in Nigeria. J Health Popul Nutr. 2007 Mar; 25(1): 101-6.
15. Anastasiadis AG, Davis AR, Ghafar MA, Burchardt M, Shabsigh R. The epidemiology and definition on female sexual disorders. World J Urol. 2002 Jun; 20(2): 74-78.
16. Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhoea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. Obstet Gynecol. 1996 Jan; 87(1): 55-8.
17. Shokrollahi P, Mirmohamadi M, Mehrabi F, Babaei G. Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. J Sex Marital Ther. 1999 Jul-Sep; 25(3): 211-5.
18. Nyirjesy P, Peyton C, Weitz MV, Mathew L, Culhane JF. Causes of chronic vaginitis: analysis of a prospective database of affected women. Obstet Gynecol. 2006 Nov; 108(5): 1185-91
19. Goestch FM. Sugery combined with muscle therapy for dyspareunia from vulvar vestibulitis: an observational study. J. Reprod Med. 2007 Jul; 52(7): 597-603.
20. Fisher KA. Management of Dyspareunia and associated levator ani muscle overactivity. Phys Ther. 2007 Jul; 87(7): 935-41.
21. Graziottin A. Etiology and diagnosis of coital pain. J Endocrinol Invest. 2003; 26(3 suppl): 115-21.

V. Macías-Giráldez
A. Moreno-Fernández
C. M. Suárez-Serrano

E. Medrano-Sánchez
M. L. Benítez-Lugo

Estudio de prevalencia de la dispareunia en estudiantes universitarias

22. Matalliotakis IM, Cakmak H, Fragouli YG, Goumenou AG, Mahutte NG, Arici A. Epidemiological characteristics in women with and without endometriosis in the Yale series. *Arch. Gynecol Obstet.* 2008 May; 277(5): 389-93.
23. Whitmore K, Siegel JF, Kellogg-Spadt S. Interstitial cystitis /painful bladder syndrome as a cause of sexual pain in women a diagnosis to consider. *J. Sex Med.* 2007 May; 4(3): 720-7.
24. Madhuvrata P, Jayachandram MC, Agarwal S. Bladder Stone: an unusual cause of chronic dyspareunia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2007 Jul; 27(5): 535-7.
25. Barsky JL, Friedman MA, Rosen RC. Sexual dysfunction and chronic illness: the role of flexibility in coping. *J. Sex Marital Ther.* 2006 May-Jun; 32(3): 235-53.
26. Sarrel PM, et al. Estrogen receptors in activities, bone and brain. *Am. Science and Med.* 1994; 1: 44-53.
27. Cianci A, De Leo V. Individualization of low-dose oral contraceptives. Pharmacological principles and practical indications for oral contraceptives. *Minerva Gynecol.* 2007 Aug; 59(4): 415-25.
28. Heim L.J. Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia. *Am Fam Physician.* 2001 April 15; 63(8): 1535-44.
29. Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav.* 1990 Aug; 19(4): 389-408.
30. Walker C. *Fisioterapia en obstetricia y uroginecología.* Madrid: Masson; p. 227-228.