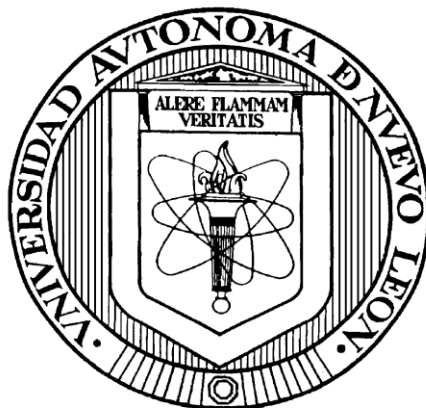


Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Medicina



Acupuntura en el tratamiento del trastorno de interés/excitación sexual femenina
en la premenopausia.

Trabajo terminal que presenta

Dra. Mariana Fabiola Hernández Álvarez

Como requisito para obtener el grado de Maestría en Medicina Tradicional
China con orientación en Acupuntura y Moxibustión

Diciembre, 2023

El presente trabajo titulado “Acupuntura en el tratamiento del trastorno de interés/excitación sexual femenina en la premenopausia”, presentado por **Mariana Fabiola Hernández Álvarez**, ha sido aprobado por el Comité de Trabajo Terminal.



Dra. Beatriz Eugenia Chávez Luévanos
Directora del Trabajo Terminal



Dr. CE Julia-Lizeth Villarreal Mata
Co-directora del Trabajo Terminal



Dr. Julio César Delgadillo González
Miembro de la Comisión del Trabajo Terminal



Dr. Med Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

Monterrey, Nuevo León
Diciembre, 2023

Dedicatoria

Quiero dedicar este trabajo final a mi familia pues ellos son siempre el apoyo incondicional que nunca se encuentra de sobra.

De manera particular a mi mamá y papá por estar siempre atentos no importando la distancia.

A mis hermanos, que, a pesar de no notarlo, forman parte de ese sentimiento de logro.

A mis suegros, que tienen palabras y acciones para demostrar su cariño.

A mi esposo Omar, con quien tengo el agrado de compartir mis días, él es un impulso muy importante y constante para ayudarme a alcanzar mis objetivos.

Para Scotty, Shigella, Serratia y Suni, que, aunque lo más seguro es que no tengan noción de lo que acontece realmente, son un amor único y siempre los tengo presente.

Agradecimientos

Esta tesis fue posible gracias al apoyo de varias personas a las que quiero mostrar mi agradecimiento.

En primer lugar, a la Dra. Laura Alvarado Leyva y al Dr. Julio César Delgadillo González por sus enseñanzas, por su labor como profesores y coordinadores de la maestría de Medicina Tradicional China, por el conocimiento compartido, así también por la comprensión y empatía sin las que el completar la maestría no hubiera sido posible. Al resto de docentes de la maestría también quiero reconocer mi agradecimiento, en especial a la Dra. Susana De Los Santos Valdez por su orientación con esta tesis.

Agradezco también a la Subdirección de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León y Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” por su apoyo primeramente por permitirme tener acceso a la maestría y también por otorgarnos el servicio de comedor, pues con ello fue más sencillo lograr realizar las prácticas día con día.

A todo el personal participante de la consulta 22 del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” por acompañarnos en el aprendizaje por medio de su propia labor.

A mis compañeros de generación, pues compartimos la experiencia de formación y el apoyo para lograr completar el grado.

A mis padres y a mi esposo por su cariño y comprensión.

A mis amigos que durante este tiempo me han ayudado a que este trabajo terminal sea hoy una realidad.

Resumen

Introducción: La salud sexual es un aspecto de gran importancia para la salud integral. Se ha encontrado una incidencia alta de las disfunciones sexuales siendo un enfoque más actual dado hacia las presentadas en la mujer. Entre la disfunción sexual más predominante se ha encontrado el trastorno de interés/excitación sexual femenino descrito en el DSM-V, (trastorno de deseo sexual hipoactivo femenino en el previo DSM-IV). Este trastorno es una inhibición recurrente o constante del deseo por la actividad sexual y/o de las fantasías sexuales que provoca malestar, angustia o dificultad interpersonal. El tratamiento requiere que sea multidisciplinario mediante la atención psicológica y física. Se han realizado diferentes estudios para adecuar un tratamiento farmacológico, pero también por medio de terapias complementarias, como lo es la acupuntura. La acupuntura ha logrado demostrar un beneficio en varias condiciones médicas, como en la incontinencia urinaria, la lumbalgia y en el caso del hombre, en la disfunción eréctil. Objetivo: Analizar la evidencia científica publicada en relación a la efectividad de la acupuntura de la Medicina Tradicional China como tratamiento para el trastorno de interés/excitación sexual femenino. Metodología: Se llevó a cabo una revisión sistemática de método mixto mediante el método PRISMA, en el que se incluyeron ensayos controlados aleatorios cuantitativos, estudios cuantitativos no aleatorios y estudios cuantitativos descriptivos, sobre el trastorno de interés/excitación sexual femenino en mujeres premenopáusicas en tratamiento con acupuntura de la Medicina Tradicional China de enero de 2013 a julio de 2023. Resultados: Se obtuvieron 5656 artículos de las bases de datos. Se exportó la búsqueda al software de gestión de documentos Zotero. Se eliminaron duplicados, dando 5638 artículos. Se excluyeron 5631 artículos. 7 estudios fueron incluidos en la revisión sistemática. En total, 186 mujeres participaron en los estudios. 4 de los estudios utilizaron acupuntura manual, 2 acupuntura manual y electroacupuntura y 1 estudio electroacupuntura auricular y auriculopuntura. Las pacientes presentaron mejoría de la función sexual, principalmente en el deseo y la lubricación. Conclusión: el tratamiento con

acupuntura de la Medicina Tradicional China puede ayudar a mejorar la sintomatología del trastorno de interés/excitación sexual femenino.

Palabras clave: trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino, trastorno del interés/excitación sexual femenino, acupuntura, Medicina Tradicional China.

Abstract

Sexual health is an aspect of great importance for comprehensive health. A high incidence of sexual dysfunctions has been found, with a more current approach given to those presented in women. Among the most predominant sexual dysfunction has been the female sexual interest/arousal disorder described in the DSM-V, (female hypoactive sexual desire disorder in the previous DSM-IV). This disorder is a recurrent or constant inhibition of the desire for sexual activity and/or sexual fantasies that causes discomfort, distress or interpersonal difficulty. Treatment requires a multidisciplinary approach through psychological and physical care. Different studies have been carried out to adapt pharmacological treatment, but also through complementary therapies, such as acupuncture. Acupuncture has been able to demonstrate a benefit in several medical conditions, such as urinary incontinence, low back pain and, in the case of men, erectile dysfunction. Objective: Analyze the published scientific evidence in relation to the effectiveness of Traditional Chinese Medicine acupuncture as a treatment for female sexual interest/arousal disorder. Methodology: A mixed method systematic review was carried out using the PRISMA method, which included quantitative randomized controlled trials, non-randomized quantitative studies and descriptive quantitative studies, on female sexual interest/arousal disorder in premenopausal women in treatment with Traditional Chinese Medicine acupuncture from January 2013 to July 2023. Results: 5656 articles were obtained from the databases. The search was exported to Zotero document management software. Duplicates were removed, giving 5638 articles. 5631

articles were excluded. 7 studies were included in the systematic review. In total, 186 women participated in the studies. 4 of the studies used manual acupuncture, 2 used manual acupuncture and electroacupuncture, and 1 study used auricular electroacupuncture and auriculopuncture. The patients presented improvement in sexual function, mainly in desire and lubrication. Conclusion: Traditional Chinese Medicine acupuncture treatment can help improve the symptoms of female sexual interest/arousal disorder.

Keywords: female hypoactive sexual desire disorder, female sexual interest/arousal disorder, acupuncture, Traditional Chinese Medicine.

Índice

I. Introducción	12
Antecedentes	12
Planteamiento del problema	13
Justificación	14
Objetivos	15
II. Marco Teórico	16
III. Método	31
Diseño	31
Participantes	31
Procedimiento	32
IV. Resultados	34
Instrumentos	36
Resultados de los estudios	41
Evaluación de calidad de los estudios	59
V. Discusión y Conclusiones	60
VI. Referencias	70
VII. Glosario	80
VIII. Anexos	82

Lista de figuras

Figura 1. Función del Corazón en la excitación sexual y el orgasmo.....	27
Figura 2. Diagrama PRISMA	35
Figura 3. Diagrama de procesos en el cuerpo para la producción de los tipos de Qi	73

Lista de tablas

Tabla 1. Descriptores MeSH	33
Tabla 2. Estudio Khamba et al., (2013)	50
Tabla 3. Estudio Rashidi Amad Abadi et al., (2022)	51
Tabla 4. Estudio Shlaeger et al., (2015)	52
Tabla 5. Estudio Ye et al., (2023)	53
Tabla 6. Estudio Zhang, Ma et al., (2022)	54
Tabla 7. Estudio Oakley et al., (2016)	55
Tabla 8. Estudio Zhang, He et al., (2022)	56
Tabla 9. Puntos de acupuntura utilizados en los estudios de la revisión sistemática	57
Tabla 10. Tabla con la puntuación global de cada estudio	59
Tabla 11. Función de los puntos de acupuntura	62

Nomenclatura

ASEX Arizona Sexual Experience Scale
BDI-II Beck Depression Inventory-II
DE Desviación estándar
DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EVA Escala Visual Análoga
FDA Federal Drug Administration
FSDS-R Female Sexual Distress Scale-Revised
FSFI Female Sexual Function Index. Índice de Función Sexual Femenina
FSIAD Female Sexual Interest/Arousal Disorder
GAD-7 General Anxiety-Disorder-7
HSDD Hypoactive Sexual Desire Disorder
Hz Hertz
ISRS Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina
IRSN Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina
mA miliamperio
MBC Maximum Bladder Capacity
MINI Mini International Neuropsychiatric Interview
MMAT Mixed Methods Appraisal Tool. Evaluación de Métodos Mixtos
MTC Medicina Tradicional China
MUCP Maximal Urethral Closure Pressure
P (Valor de P) Valor de Probabilidad
PdetQmax Detrusor Pressure at Maximum Flow
PDS Personal Distress Scale. Escala de Angustia Personal
PFMST Pelvic Floor Muscle Strength Test
PFSSDS Postpartum female sexual dysfunction diagnostic scale
PFSF Perfil de Función Sexual Femenina
PHQ-9 Patient Health Questionnaire
PPI Present Pain Intensity
PRIME-MD Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Evaluación de

Trastornos Mentales en Atención Primaria
PRISMA Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
PVR Postvoiding Residual Urine Volume
Qmax Maximum Flow Rate
SF-12 Short Form-12
SF-MPQ Short-Form McGill Pain Questionnaire
SFVAS Sexual Function Visual Analogue Scale
SIPAS Sexual Intercourse Pain Assessment Scale
UE Urodynamic examination
WHOQOL-BREF World Health Organization Quality of Life Brief Version

I. Introducción

Antecedentes

En 2018 fue publicado el artículo “Disfunción sexual femenina asociada a trastornos psiquiátricos y su tratamiento”. En este se menciona la relevancia sobre la salud sexual en la calidad de vida, en particular asociado a patologías psiquiátricas. Se hace referencia a que el deseo sexual disminuido está relacionado con la depresión y que la ansiedad se relaciona con la falta de excitación y placer. También se refiere al efecto secundario de algunos antidepresivos en la afección del deseo sexual, la excitación y la dificultad para sentir placer. En el tratamiento se propone el cambio de fármaco, la terapia psicológica, la terapia física y el ejercicio. Se hace mención sobre la acupuntura y evidencia de una mejoría en la lubricación y el deseo sexual en las mujeres. (Basson & Gilks, 2018).

En una revisión sobre la Medicina Tradicional China para la disfunción sexual en la que se analizaron los hallazgos para la fitoterapia, acupuntura, yoga y meditación en hombres y mujeres se habla de hallazgos en la mejoría de la clínica de las disfunciones sexuales. (Chubak & Doctor, 2018).

Se publicó un metaanálisis sobre el tratamiento con acupuntura en la disfunción sexual femenina en China. Este encontró que la acupuntura mejoraba el puntaje en el cuestionario Female Sexual Function Index (FSFI) para deseo sexual y excitación, pero no así para lubricación, placer y la dispareunia. (Ning et al, 2023).

En una revisión sistemática sobre la acupuntura y la disfunción sexual femenina y masculina en donde se concluye que se encontró evidencia de mejoría de la disfunción sexual con ausencia de efectos secundarios graves. (Abdi et al, 2023). De las revisiones publicadas, se ha dado un enfoque a hombres y mujeres. Principalmente hay estudios dirigidos a la disfunción eréctil con tratamiento con acupuntura y que han tenido mejoría. Sin embargo, el enfoque en la disfunción

sexual femenina ha sido menos abordado. De las disfunciones sexuales femeninas, la encontrada en mayor proporción es la alteración en el deseo sexual que causa un malestar en la mujer y secundariamente en la pareja. Las publicaciones sobre el tema en formato de revisión han abordado en general las disfunciones sexuales, es por ello que el presente trabajo va dirigido al trastorno de interés/excitación sexual femenino y su tratamiento con la acupuntura de la Medicina Tradicional China.

Planteamiento del problema

La salud sexual es un aspecto con gran importancia como parte de la salud general y el bienestar individual y de pareja, así como su contribución en el bienestar familiar. También se reconoce su relevancia para el desarrollo social y económico en comunidades, incluso países. Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.)

En las disfunciones sexuales femeninas, se distingue como la más predominante la inhibición del deseo sexual. Esto se ha relacionado directamente con la falta de bienestar en las mujeres y afectación negativa en la autoestima (Sánchez Bravo et al., 2009). Por el aumento en la incidencia de deseo sexual disminuído, se ha realizado la implementación farmacológica para su tratamiento. Así también se tienen otros enfoques pues no se ha evidenciado una herramienta terapéutica capaz de contrarrestar o mejorar esta condición de manera constante. En el tratamiento farmacológico, sólo existen 2 medicamentos aprobados por la FDA para el trastorno del deseo sexual hipoactivo en mujeres premenopáusicas, que son el flibanserin y la bremelanotide. En diversos estudios estos medicamentos han demostrado lograr una mejoría en el cuestionario Índice de Función Sexual Femenina (Female Sexual Function Index FSFI). La mejoría ha sido levemente significativa, pero en adición, los efectos secundarios son considerables para el mantenimiento. En el caso de la bremelanotide, su uso se reserva a 8 dosis al mes. Es por ello por lo que se buscan terapias complementarias, como la acupuntura, que ha demostrado un beneficio en varias condiciones médicas, como en la incontinencia urinaria, la lumbalgia y en el caso

del hombre, en la disfunción eréctil. Se han realizado publicaciones relacionadas con el uso de la acupuntura en el tratamiento de la disfunción sexual femenina, en las que se ha encontrado que se logra una mejoría de la sintomatología relacionada, llevando con ello, a una recuperación de la salud femenina integral.

Justificación

El trastorno del deseo sexual femenino es un problema que se ha encontrado con una incidencia alta. Reportes han estipulado que una de cada cinco personas lo pueden padecer a lo largo de su vida. De manera específica en la población femenina, se ha estimado que tres de cada diez mujeres lo pueden padecer. Esto llega a tener repercusión en la salud emocional, la autoestima y el bienestar general de la persona afectada; pero también inclusive, puede llegar a extrapolarse a problemas en la interacción social, como lo sería, llegar a tener dificultades en una relación de pareja (Lema Chauca y Hernández Rodríguez, 2022).

En la sexualidad femenina históricamente ha imperado una restricción de expresión fuera de los ámbitos familiares y de reproducción. Sin embargo, se le ha dado el reconocimiento a esto y hoy en día, se ha logrado una mayor libertad de ejercicio, conocimiento del cuerpo y experimentación del placer. (Cruz del Castillo y Erari Gil-Bernal, 2013). Por ello se han encaminado diversos estudios en los que se han detectado las disfunciones sexuales femeninas, las cuales se ha buscado darle mayor reconocimiento, pues el aumento de la incidencia está dado por el mayor enfoque en la detección. Entre las disfunciones sexuales femeninas, la alteración de mayor predominancia es la relacionada al deseo sexual. En las mujeres posmenopáusicas, se encuentra una relación directa de disminución de deseo sexual con una disminución en la producción hormonal. Sin embargo, en las mujeres premenopáusicas, la etiología se vuelve de difícil determinación. (Lopez-Maguey et al., 2018). Se ha relacionado como probable causa a aquellas derivadas de alteraciones en el ámbito psicológico, así como también secundario al efecto de algunos fármacos utilizados en el tratamiento de trastornos psiquiátricos como la depresión y la ansiedad. Esto entonces es un

reto no sólo en el diagnóstico, sino también en su consecuente tratamiento. El proceso terapéutico tiene varias vertientes, en el que se requiere de un enfoque multidisciplinario, siendo importante la atención psicológica y física. Se continúa con la investigación clínica para lograr encontrar un camino a la mejoría de esta afección. Es así, que se analizan todas las alternativas incluyendo terapias complementarias, como la acupuntura, ya que han logrado demostrar un beneficio en varias condiciones médicas, como en la incontinencia urinaria, la lumbalgia y en el caso del hombre, en la disfunción eréctil (Ning et al., 2023)

Pregunta de investigación: ¿Se ha encontrado una mejoría clínica significativa del trastorno de interés/excitación femenina con el tratamiento con acupuntura china?

Es por esto por lo que se ha realizado una revisión sistemática de método mixto para analizar y reportar, con la finalidad de optimizar su utilización.

Objetivos

Objetivo general:

Analizar la evidencia científica existente sobre la efectividad de la acupuntura de la Medicina Tradicional China como tratamiento para el trastorno de interés/excitación sexual femenino.

Objetivos específicos:

Encontrar los síndromes de Medicina Tradicional China asociados al trastorno de interés/excitación sexual femenino.

Encontrar los puntos de acupuntura que fueron utilizados para el tratamiento del trastorno de interés/excitación sexual femenino.

Determinar las modalidades de acupuntura más efectivas utilizadas en ensayos clínicos como electroacupuntura, auriculopuntura, craneopuntura.

II. Marco Teórico

Marco Teórico Occidental

La definición de salud se estableció en la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, y entró en vigor el 7 de abril de 1948; desde entonces no ha sido modificada. Esta definición establece que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2023).

La salud sexual es una parte fundamental de la salud y el bienestar general de las personas, así como del desarrollo económico y social de las comunidades y los países. Es importante lograr tener un enfoque positivo y de respeto de la sexualidad.

Los problemas de la salud sexual tienen una alta repercusión, pudiendo afectar las relaciones, la expresión sexual y el placer. Tomando al placer como parte afectada, se puede tener modificación en el logro de la excitación, el deseo, el orgasmo y/o que se presente dolor, llevando así a establecerse alguna disfunción sexual (OMS, 2023).

Delgado Parra (2015) describe una prevalencia de disfunción sexual de la mujer de un 16 a 43% y en el hombre de un 9 a 29% según datos globales. Es así la relevancia del abordaje de esta área de la salud, en especial cuando se detectan problemas, por tanto, siendo más notoria la afección femenina (Delgado Parra, 2015).

Se estima que el 40% de las mujeres sufren de algún tipo de disfunción sexual en el curso de su vida. Para realizar un diagnóstico de disfunción sexual se deben cumplir los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (Kingsberg y Woodard, 2015).

El trastorno del deseo sexual hipoactivo, denominado así en la cuarta edición del DSM y Texto Revisado (DSM-IV-TR), es la disfunción sexual más prevalente en las mujeres de todas las edades. En la quinta edición del DSM (DSM-V) se integró con la nueva denominación de trastorno del interés/excitación sexual femenina (Kingsberg y Woodard, 2015).

Los modelos de la respuesta sexual humana han sido desarrollados y refinados a partir de propuestas a lo largo del tiempo. El modelo de Masters and Johnson (1966) mediante sus hallazgos empíricos de sus estudios fisiológicos y observacionales de laboratorio establecieron su modelo, donde categorizaron cuatro fases descritas como excitación (E), meseta (P), orgasmo (O) y resolución (R) a menudo referidas por su acrónimo como el modelo EPOR, por sus siglas en inglés.

La fase de Excitación corresponde al inicio de la excitación fisiológica. Es una respuesta a una estímulo somatogénico o psicógeno. Se le conoce también como juego previo. Se caracteriza por midriasis, aumento de la frecuencia cardíaca, de la frecuencia respiratoria y de la tensión arterial sistémica. También se presenta eritema en el área del pecho, mamas y espalda, tanto en la piel de la mujer como en la del hombre, a lo cual se le denomina rubor sexual. En la mujer existe además adelgazamiento, separación y aplanamiento contra el perineo de los labios mayores. (Levin, 2017).

En los hombres, se produce la dilatación de las arterias pudendas internas con el consiguiente movimiento de la sangre hacia el pene y el escroto, lo que provoca la erección peneana, el aumento de volumen de los testículos y su aproximación al piso pélvico. En las mujeres y de manera variable en los hombres, los pezones tienden a ponerse erectos.

Otras características de la Fase de Excitación son la mayor sensibilidad a la estimulación sexual (mayor en las áreas de los pezones, los genitales externos y el ano); aumento de la tensión muscular; es la fase del ciclo de respuesta sexual de mayor duración (Levin, 2017).

La fase de Meseta es una transición en la que se encuentra aumento en la intensidad de la excitación fisiológica.

Los cambios fisiológicos que caracterizan esta segunda fase en las mujeres son una continuación de la lubricación por las glándulas de Bartolini, aumento de volumen de los labios menores, así también eritema secundario cutáneo; a esto se le denomina piel sexual. Los labios mayores continúan con la separación, adelgazamiento y elevación. El clítoris normalmente se retrae. Las paredes vaginales presentan vasocongestión y la vagina tiene un ligero aumento de ancho y profundidad.

En los hombres se continúa con la vasocongestión de los genitales externos, el escroto aumenta de tamaño, los testículos continúan con la aproximación al suelo pélvico y el glande puede presentar eritema. Se encuentra la secreción de líquido preeyaculatorio. En esta fase se encuentra poco cambio en la erección del pene en esta fase. (Levin, 2017)

La fase de Orgasmo requiere de una estimulación continua, considerada adecuada durante la fase previa para producirse. Esta es la fase de menor duración. El orgasmo se caracteriza por una máxima intensidad de los cambios fisiológicos presentes en la fase de Meseta como lo es el rubor sexual, hiperventilación y aumento de la frecuencia cardíaca. En el orgasmo femenino se encuentran espasmos musculares de la región cervical, de las extremidades superiores, del abdomen, de los glúteos, de las extremidades inferiores, faciales, pero también contracciones vaginales y uterinas.

En el orgasmo masculino los espasmos musculares se encuentran de manera generalizada en la anatomía corporal, y así también, se encuentra expulsión de líquido seminal a través del meato uretral (Levin, 2017).

La fase de Resolución es la fase final del ciclo de la respuesta sexual. Los signos de respuesta fisiológica de la excitación y orgasmo desaparecen. En la mujer la vasocongestión mamaria disminuye con mayor lentitud hasta su retorno al estado

previo y en los hombres, la erección del pene es posible que se mantenga después del orgasmo.

Se evidenciaron debilidades del modelo de respuesta sexual humana EPOR, en su enfoque genital y la falta de una fase de deseo de actividad sexual. La terapeuta sexual Helen Kaplan discurre que debe de existir un período previo a la fase de excitación cuando la persona siente la necesidad de iniciar la actividad sexual, nombrando este periodo como fase de deseo. De esta manera se modificó al modelo DEOR: deseo, excitación, orgasmo y resolución (Levin, 2017).

Posteriormente Levin (2017) sugirió que el deseo también podría encontrarse durante la fase de excitación. A este fenómeno se le denomina fase de deseo reactivo (D2); este es activado por la excitación sexual. Así también se denominó fase de deseo proactivo (D1) al deseo que ocurre previo a la excitación sexual. La forma abreviada de este modelo es D1D2EOR.

Cabe destacar que este modelo de respuesta sexual humana propuesto por Masters y Johnson, sigue siendo la base para el estudio de este tema y, aunque ha presentado modificaciones, ha seguido vigente por más de 50 años.

Una médica en terapia sexual llamada Rosemary Basson, desarrolló el modelo de respuesta sexual femenina circular. Este modelo, fue el resultado del seguimiento en el tratamiento de mujeres con dificultades sexuales, siendo un modelo biopsicosocial cualitativo de la respuesta sexual femenina. Su argumento menciona que la actividad sexual no siempre estaba precedida por una fase de deseo, posición que denominó neutralidad, que la estimulación sexual es la que activa el deseo sexual. Así también se refiere que el entablar la actividad sexual no sólo se realiza por liberación sexual, sino por otros beneficios, como lo es el compartir sentimientos e intimidad con la pareja. (Levin, 2017)

La respuesta fisiológica sexual femenina conlleva una serie de reflejos neurovegetativos y somáticos, así como de modulados hormonales, procesos cognitivos y estados emocionales. Los estrógenos juegan un papel fundamental al mantener el estado trófico y a la respuesta a los estímulos sexuales de la vagina, logrando un aumento de la lubricación y vasodilatación. Los andrógenos tienen un papel aún no establecido. En el hombre se ha descrito que la testosterona contribuye en la promoción del deseo sexual. En la mujer, se le ha dado un papel similar a la testosterona, sin embargo, hay estudios que muestran contradicción para el estímulo del deseo sexual atribuido a los andrógenos. Esto puede deberse a las diferencias en la metodología de la población de estudio (Mas, 2007).

El trastorno del deseo sexual hipoactivo (HSDD por sus siglas en inglés) CIE10 F52.0, es una inhibición recurrente o constante del deseo por la actividad sexual y/o de las fantasías sexuales que provoca malestar, angustia o dificultad interpersonal y no puede ser mejor explicada por otro trastorno psiquiátrico, por problemas de la relación de pareja, por el uso de algún fármaco o sustancia, o derivado de alguna condición médica específica. Se clasifica por subtipos de acuerdo con la temporalidad (adquirido o de toda la vida), por el contexto (situacional o general) y por los factores etiológicos (psicológicos o combinados).

El deseo sexual hipoactivo se asocia frecuentemente a la dificultad para lograr la excitación sexual y/o dificultad para lograr el orgasmo. La disminución de la libido puede ser la alteración primaria o puede presentarse de manera secundaria a las alteraciones emocionales derivadas por la dificultad de lograr la excitación y el orgasmo. De esta manera también se encuentra una estrecha relación entre los trastornos depresivos con la alteración del deseo sexual. También se ha encontrado que hay una estrecha relación entre trastornos del estado del ánimo como la depresión y la ansiedad con el bajo deseo sexual, ya que estos pueden ser predecesores, coexistir con el bajo deseo sexual y/o ser una consecuencia de la disminución del deseo sexual. American Psychiatric Association (APA, 1995).

El trastorno de la excitación sexual, CIE10 F52.22, en la mujer es un impedimento recurrente o constante para lograr o mantener las respuestas de la fase de Excitación (p.ej. la lubricación hasta la finalización de la actividad sexual). Esto provoca malestar/angustia personal e interpersonal. Se clasifica por subtipos de acuerdo con su temporalidad (adquirido o de toda la vida), por el contexto (situacional o general) y por los factores etiológicos (psicológicos o combinados). Así mismo, se ha encontrado que el trastorno de la excitación sexual se suele acompañar de trastorno del deseo sexual y trastorno del orgasmo. También suele haber dolor durante el acto sexual, así como evitación de las relaciones sexuales (APA, 1995).

Estos trastornos sexuales son definidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV), y en su cuarta edición revisada (DSM-IV-TR). Sin embargo, a partir de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), el HSDD y el trastorno de la excitación sexual femenina se fusionaron en un único trastorno del interés/excitación sexual femenino (FSIAD por sus siglas en inglés). En el hombre continuó independiente como trastorno de deseo sexual hipoactivo. (De Dios Blanco et al., 2016)

Los criterios diagnósticos del trastorno del interés/excitación sexual femenino en el DSM-V son un deseo reducido o ausente en la actividad sexual, pensamientos y fantasías sexuales o eróticos reducidos o ausentes, iniciativa para la actividad sexual ausente o reducida, así como falta de receptividad al intento de la pareja por iniciarla, placer o excitación sexual reducido o ausente en todas o la mayoría de la mayoría de los encuentros sexuales en un 75-100%, sensibilidad genital y/o no genital reducida o ausente en todas o la mayoría de los encuentros sexuales en un 75-100%, síntomas que han persistido durante mínimo 6 meses; los síntomas deben provocar un malestar/angustia clínicamente significativa y no puede ser explicado mejor por algún trastorno psiquiátrico no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores y tampoco puede ser atribuible al uso de algún fármaco/sustancia o a otra condición médica.

También debe ser especificada la temporalidad (de por vida o adquirido), el contexto (situacional o generalizado) y la gravedad (leve, moderado o grave).

Se desconoce la prevalencia de este trastorno. (APA, 2014).

Se han realizado estudios que utilizan los criterios diagnósticos DSM-V con el Perfil de Función Sexual Femenina (PFSS) para definir el deseo sexual disminuido y la Escala de Angustia Personal (Personal Distress Scale PDS) para el malestar/angustia personal como en el estudio de West et al (2008) fueron evaluadas 1944 mujeres de 30 y 70 años no embarazadas, en una relación estable de 3 o más meses. Encontraron una prevalencia de deseo sexual bajo del 36.2% y un malestar/angustia por un deseo sexual bajo del 8.3%. También se observó que la prevalencia fue aumentando de acuerdo a la edad. Así también se vio la correlación de que, aunque fuera mayor la prevalencia de bajo deseo sexual con la edad, también el malestar personal disminuía según aumentaba la edad. (Parish & Hahn, 2016)

En el estudio de Portillo-Sánchez et al (2017) en el que tuvieron como objetivo determinar la prevalencia de la disfunción sexual femenina en mujeres premenopáusicas españolas, aplicaron el FSFI a 120 mujeres de 30 a 53 años premenopáusicas en una ocasión inicial y 6 meses posterior, se encontró una disfunción sexual en el 33.3%, siendo el dominio más afectado el deseo sexual. Concluyeron una prevalencia de disfunción sexual femenino en mujeres premenopáusicas españolas del 25 al 42%.

López Maguey et al (2018) estimaron la prevalencia de disfunción sexual femenina en un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de México; aplicaron 171 Cuestionarios IFSF a mujeres de 20 a 60 años del Hospital General Dr. Manuel Gea González de la Ciudad de México, encontrando disfunción sexual en el 35% de la población estudiada; mencionaron que el resultado obtenido fue similar al reportado en la bibliografía mundial. El dominio de bajo deseo sexual fue el más afectado con 28% seguido por excitación sexual deficiente en el 17%.

El tratamiento ha sido descrito en base a terapia psicológica y en el año 2015 y 2019 fueron aprobados 2 medicamentos por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el bajo deseo sexual femenino. Se ha llevado a cabo tratamiento por medio de terapia hormonal, sin embargo, este tratamiento está más documentado en mujeres postmenopáusicas. Los 2 fármacos aprobados por la FDA para el tratamiento del deseo sexual disminuído en la mujer son la flibanserina (Addyi) y la bremelanotide (Vyleesi) (Mayo Clínic, 2022).

La flibanserina (comprimido 100mg) es un un agonista del receptor de la serotonina 1A y un antagonista del receptor de la serotonina 2A. Este aumenta la liberación de dopamina y noradrenalina y disminuye la liberación de serotonina. En estudios, en comparación con placebo, la flibanserina aumentó de 0.5 a 1 los encuentros sexuales satisfactorios en un mes. La respuesta farmacológica se observó después de 4 semanas de tratamiento diario, logrando máxima efectividad a las 8 semanas. Los efectos secundarios reportados son hipotensión, somnolencia y síncope, por lo que se recomienda la toma de la dosis previo a acostarse por la noche. Se debe tener consideración en mujeres con enfermedad hepática, que consuman alcohol o con fármacos inhibidores del CYP3A4, ya que puede aumentar el riesgo de presentar efectos secundarios (Alcántara Montero & Sánchez Carnerero, 2016).

La bremelanotide es un agonista de los receptores de melanocortina que activa no selectivamente los receptores de melanocortina 1 (MC1R), receptor 2 de melanocortina (MC2R) el receptor de melanocortina 3 (MC3R), el receptor de melanocortina 4 (MC4R) y el receptor de melanocortina 5 (MC5R). La activación de los receptores MC4R modifica las vías del Sistema Nervioso Central (SNC) implicadas en las respuestas sexuales, así también, puede generar un aumento de la presión arterial sistémica transitoria y bradicardia. Puede haber estimulación de la hiperpigmentación cutánea por medio de los receptores MC1R. La bremelanotide puede administrarse por vía subcutánea o por vía intranasal. La vía subcutánea tiene una biodisponibilidad del 100% y se asocia con menos

efectos secundarios. La dosis recomendada es de 1.75 mg en inyección subcutánea en el muslo o en el abdomen 45 minutos previo a la actividad sexual. La recomendación es 1 dosis en 24 horas, y no mayor a 8 dosis en un mes (Edinoff et al, 2022)

La bremelanotide en los hombres actúa sobre los receptores MC3R y MC4R, estimulando un aumento del óxido nítrico en el pene que conduce a vasodilatación y erección del pene. En las mujeres actúa sobre el MC4R presináptico y estimula la liberación de dopamina a porciones del núcleo accumbens, el área preóptica medial, el área tegmental ventral, el núcleo arqueado y la amígdala medial y basolateral, áreas involucradas en la regulación de la excitación, los aspectos motivacionales y del deseo sexual (Edinoff et al, 2022)

Marco Teórico Oriental

En la Medicina Tradicional China se reconoce a la función sexual como un instinto humano que resulta necesario lograr satisfacer para alcanzar un equilibrio de las actividades biológicas (Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, 2002). Como parte de la función sexual, el deseo sexual depende del Fuego Ministerial, y un apetito sexual saludable indica que este fuego es fisiológicamente abundante.

El Fuego Ministerial también se conoce como Fuego Verdadero o Fuego de la Puerta de la Vida. Este fuego es la raíz del Qi del Cielo Anterior, la fuente del Qi del Cielo Posterior y la base del Qi Original. Este Fuego Verdadero también es la fuerza motriz que transforma y pone las cosas en movimiento.

La Esencia (Jing) es la sustancia fundamental de la vida que determina la base de nuestra constitución; esta se establece al momento de la concepción derivada de nuestros padres, determinando la forma del Cielo Anterior. Los Riñones almacenan la Esencia y contienen al Fuego Ministerial, por ello son llamados “la Raíz del Cielo Anterior” así como también “la Raíz de la vida” (Maciocia, 2015).

Los Riñones, así como los demás órganos Yin, tienen su parte Yin y su parte Yang, pero esta parte Yin y Yang para los Riñones es un poco diferente, pues estos son la base del Yin y del Yang de todos los órganos; razón por la que se les conoce como Yin Primario y Yang Primario. El Yin de Riñón es el origen de toda la energía Yin del organismo humano, particularmente del Corazón, del Hígado y de los Pulmones; es la sustancia fundamental para el nacimiento, el crecimiento y la reproducción. El Yang de Riñón es el origen de toda la energía Yang del organismo humano, particularmente del Bazo, los Pulmones y del Corazón. El Yang de Riñón es la fuerza motriz de todos los procesos fisiológicos. El Yin de Riñón es la materia base del Yang de Riñón y así también le proporciona el material fundamental; el Yang de Riñón simboliza la actividad fisiológica que transforma el Yin de Riñón y proporciona el calor requerido para las funciones de este órgano.

La teoría del Yin Yang que se basa en 4 principios, conocidos como las 4 relaciones del Yin Yang se aplica también para el Yin y el Yang de Riñón. Estas 4 relaciones son: 1) Oposición: El aspecto Yin de algo existe sólo en oposición a su aspecto Yang y viceversa; 2) Interdependencia: El todo se define por la existencia de los dos aspectos opuestos del Yin y del Yang, del mismo modo dependen el uno del otro. Esto es que, si se llegara a encontrar deficiencia de uno, esto implicaría deficiencia del otro en proporciones diferentes; 3) Consumo mutuo: Un aumento, crecimiento o avance de un aspecto del todo significa un declive, retroceso o pérdida del otro. En condiciones normales, este consumo se produce dentro un límite; 4) Intertransformación: Existe un ir y venir entre el Yin y el Yang, lo que implica un constante movimiento y transformación, el Yin se transforma en Yang y el Yang en Yin. Este proceso puede ocurrir de forma natural

y armoniosa como es el crecimiento, el desarrollo, el envejecimiento y la muerte, o como respuesta a algún desequilibrio interno y/o externo, lo que significaría patología (Lozano, 2014). Esto explica entonces que, los Riñones son la base de toda la energía Yin y Yang del cuerpo, y también son la fuente del agua y del fuego en el cuerpo. Este es el Fuego Verdadero o el Fuego Ministerial, que es un fuego fisiológico con la característica de poder producir agua y de no apagar el agua. La importancia del Fuego Ministerial se encuentra en que es el que proporciona el calor para que el cuerpo pueda llevar a cabo todas sus funciones. La Puerta de la Vida (MingMen) es la encarnación del fuego dentro de los Riñones (Maciocia, 2015).

Previo de la Dinastía Ming, la Puerta de la Vida (MingMen) correspondía al Riñón derecho que estaba relacionado con San Jiao, así como el Riñón izquierdo se reconocía como el Riñón propiamente dicho, y estaba relacionado con la Vejiga. Posterior a la Dinastía Ming la Puerta de la Vida (MingMen) se encuentra entre los dos Riñones.

Para la Medicina Tradicional China, el deseo sexual depende del estado del Yang de Riñón y del Fuego Ministerial. Éste último es esencial para una función sexual saludable y para calentar la Esencia y el Útero. La temperatura de los órganos y los tejidos la aporta la circulación sanguínea, es así como se puede comprender que ésta es un reflejo del estado y fuerza de este Fuego Ministerial. Este fuego podría interpretarse como el aspecto Yang de la Esencia: El desempeño sexual, la fertilidad, la pubertad y la menstruación dependen de este fuego. En un intento de extrapolarlo a las fases de respuesta sexual, cuando se encuentra un aumento del deseo sexual, el Fuego Ministerial arde y por tanto el Yang aumenta. El orgasmo sería el resultado de la liberación de esta energía Yang acumulada y, en circunstancias normales, es una descarga beneficiosa de Yang-Qi que además promueve el libre flujo de Qi (Maciocia, 2015).

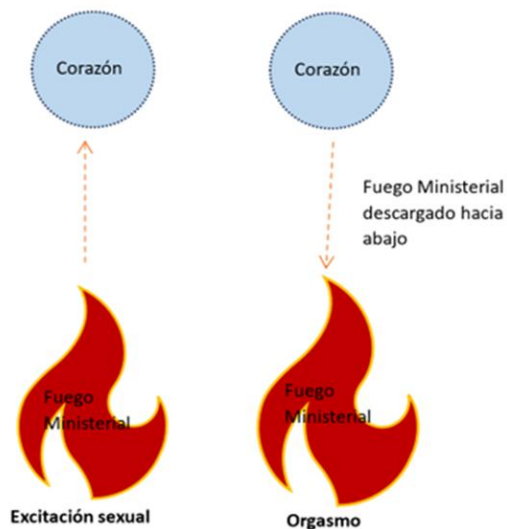
Si existe falla en lograr satisfacer el instinto sexual normal, puede dar como consecuencia perturbación en las vías de las diferentes funciones del organismo,

resultando en alteración de las actividades vitales (Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, 2002). Si el Fuego Ministerial se llega a debilitar, la Esencia en el hombre y el Útero en la mujer se ven afectados, enfriándose y causando impotencia y esterilidad en el hombre y falta de deseo sexual en la mujer. También puede encontrarse un Fuego Ministerial patológico impulsado por el estrés emocional, lo que lo llevaría a ascender y acosar al Pericardio, produciendo ansiedad, insomnio, agitación y/o inquietud mental (Maciocia, 2015).

El Corazón también tiene un papel relevante en el deseo sexual y el orgasmo en las mujeres. En la excitación sexual, hay una excitación fisiológica del Fuego Ministerial de los Riñones que sube al Corazón y al Pericardio. Es este ascenso del Fuego Ministerial hacia el Corazón lo que provoca el eritema de la cara y el aumento de la frecuencia cardíaca. En el orgasmo, el Fuego Ministerial que había ascendido durante la excitación sexual se descarga repentinamente hacia abajo; este movimiento descendente del fuego está controlado por el Corazón cuyo Qi desciende naturalmente (Maciocia, 2015).

Figura 1

Función del Corazón en la excitación sexual y el orgasmo.



Nota. Maciocia, G. (2015).

Entonces así, la inhibición del deseo sexual se debe a deficiencia del Fuego Ministerial y también, por tanto, a deficiencia del Yang de Riñón. Paralelamente, la falta de deseo sexual o dificultad para alcanzar un orgasmo en las mujeres está relacionado con una deficiencia del Riñón y/o del Corazón. De manera contraria, un Fuego de Hígado y/o de Corazón, así como el calor vacío secundario a deficiencia de Yin de Riñón pueden llevar a un deseo sexual excesivo (Maciocia, 2015).

Los síndromes que presentan en sus manifestaciones clínicas un deseo sexual disminuido son:

1. Deficiencia de Qi de Corazón: falta de libido, palpitaciones, dificultad para respirar por el esfuerzo, tez pálida, cansancio, lengua pálida, pulso vacío.
2. Deficiencia de Yin de Corazón y Riñón con calor vacío de Corazón: falta de libido, palpitaciones, inquietud mental, ansiedad, mareos, tinnitus, sudoración nocturna, boca seca con deseo de beber agua, dolor de espalda, mala memoria, orina oscura y escasa, lengua sin saburra, Pulso Flotante-Vacío.
3. Deficiencia de Yang de Riñón: falta de libido, lumbalgia, mareos, tinnitus, sentir frío, rodillas débiles, tez blanca brillante, cansancio, micción abundante y clara, lengua pálida y húmeda, pulso profundo y débil.
4. Deficiencia de sangre de Hígado: falta de libido, mareo, visión borrosa, flotadores oculares, entumecimiento o parestesias en las extremidades, tez pálida y apagada, lengua pálida, pulso entrecortado o fino.
5. Estancamiento de Qi de Hígado: falta de libido, distensión epigástrica o de hipocondrio, irritabilidad, mal humor, pulso en cuerda.
6. Humedad en Jiao Inferior: falta de libido, flujo vaginal excesivo, sensación de pesadez en el abdomen, dismenorrea, lengua con saburra pegajosa, pulso resbaladizo. (Maciocia, 2019).

Se ha mencionado que en la medicina occidental se ha encontrado una relación entre la disfunción sexual femenina, con la depresión y ansiedad. En la MTC, la depresión se expresa a partir del estancamiento de Qi y/o deficiencia de Qi. Cuando está involucrado el estrés emocional, esta causa alteración del proceso del Qi originando que se estanque y posteriormente una depleción de Qi. Inclusive, puede presentarse de manera simultánea la deficiencia de Qi y el estancamiento de Qi cuando las emociones de origen implicadas son la tristeza y el duelo.

El estancamiento de Qi puede encontrarse afectando tanto al Hígado, al Corazón y/o a los Pulmones. Además, este estancamiento conlleva a la alteración del movimiento del Alma Etérea, dando lugar a los síntomas presentes en la depresión. Al persistir el estancamiento de Qi, consecuentemente se provocará la formación de Calor. Este Calor perturba a la mente y al Alma Etérea e induce a los síntomas de la ansiedad, que se encuentran frecuentemente acompañando a la depresión. Posteriormente, puede encontrarse la formación de Flema y la estasis de Sangre. Se encuentra una asociación entre el establecimiento de la estasis de Sangre con su origen emocional por medio de la culpa. Cuando el Calor patológico ha persistido por un tiempo prolongado, puede encontrarse daño en el Yin y esto ocasiona una deficiencia de Yin en Hígado, Corazón, Estómago/Bazo, Pulmones y/o Riñones. Si se mantiene por mucho tiempo la deficiencia de Yin, se inducirá a la formación de Calor Vacío; este Calor Vacío altera la mente y el Alma Etérea tal como el Calor per se, dando ahora lugar a ansiedad e insomnio (Maciocia, 2011).

La etiología de la depresión se basa en las alteraciones emocionales, en los rasgos constitucionales en la dieta y en el exceso de trabajo. El componente etiológico principal es el estrés emocional; en este, las principales emociones involucradas son la preocupación, la ira, la tristeza, el duelo y la culpa. Los rasgos constitucionales son importantes para la predisposición a la depresión. Si existe una deficiencia constitucional de los Riñones, consecuentemente la Fuerza de Voluntad (Zhi) estará débil con lo que aumenta la susceptibilidad a padecerla. La

dieta tiene una participación secundaria, ya que esta contribuye a la formación de la patología cuando se encuentra la presencia del estrés emocional. Los alimentos ricos en carbohidratos, así como los lácteos pueden llevar a la producción de Flema; ésta es un elemento patológico que degrada el Qi provocando agravamiento del estancamiento y/o deficiencia presente; así también, la Flema puede causar obstrucción, afectando la Mente y llevando a confusión mental, lo que da como resultado contención del Alma Etérea, afectando su libre movimiento. El exceso de trabajo se explica como el trabajar muchas horas sin descanso adecuado durante un periodo largo de tiempo; esto ocasiona deficiencia de Yin de Riñón y se vuelve un predisponente para la formación del cuadro de depresión.

Los patrones identificados asociados a depresión son: estancamiento de Qi de Hígado, estancamiento de Qi de Corazón y de Pulmón, Qi de Hígado estancado que se convierte en Calor, Flema-Calor que amenaza la Mente, estasis de Sangre que obstruye la Mente, estancamiento de Qi con Flema, Calor en el Diafragma, preocupación que daña la Mente, deficiencia de Corazón y de Bazo, deficiencia de Yang de Corazón, deficiencia de Yin de Riñón y de Corazón, abrasamiento de Calor Vacío y deficiencia de Yang de Riñón.

Esto se tiene a consideración como preámbulo al realizar un abordaje diagnóstico y terapéutico de las pacientes con disfunción sexual (Maciocia, 2011).

Debido al abordaje holístico a través de la Medicina Tradicional China de las disfunciones sexuales, en particular de la alteración del deseo sexual femenino, se administran tratamientos más allá del enfoque de la terapia sexual convencional en Occidente. Es por esto que se extiende el presente trabajo, enfocado en el tratamiento con acupuntura.

III. Método

Se llevó a cabo una revisión sistemática de métodos mixtos, en el que se incluyeron ensayos controlados aleatorios cuantitativos, estudios cuantitativos no aleatorios y estudios cuantitativos descriptivos, sobre el trastorno de interés/excitación sexual femenino en mujeres premenopáusicas que tuvieron tratamiento con acupuntura de la Medicina Tradicional China, de enero de 2013 a julio de 2023. El objetivo fue analizar lo descrito en la literatura médica existente sobre la efectividad de la acupuntura de la Medicina Tradicional China como tratamiento para el trastorno de interés/excitación sexual femenino. Los objetivos secundarios fueron encontrar los síndromes de la Medicina Tradicional China asociados a la falta de libido femenino reportados; encontrar los puntos de acupuntura que fueron utilizados, así como determinar las modalidades de acupuntura más efectivas utilizadas.

Diseño

Se realizó una revisión sistemática de métodos mixtos, de artículos publicados de enero 2013 a julio de 2023.

Participantes

Se incluyeron los artículos que cumplieran con los siguientes criterios: 1) los sujetos de investigación eran humanos, 2) mujeres mayores de 18 años 3) mujeres premenopáusicas 4) diagnóstico de disfunción sexual que incluía afectación del deseo sexual 5) tratamiento con acupuntura de la Medicina Tradicional China 6) idioma español, inglés y chino mandarín 7) estudios cualitativos, ensayos controlados aleatorios cuantitativos, cuantitativos no aleatorios, descriptivo cuantitativo y métodos mixtos. Se excluyeron revisiones sistemáticas y metaanálisis, estudios en mujeres posmenopáusicas, así como estudios con más de 10 años de publicación.

P: mujeres mayores de 18 años, premenopáusicas con trastorno de interés/excitación sexual

I: acupuntura

C: tratamiento farmacológico, psicoterapia, ejercicioterapia, sin tratamiento

O: Mejoría de sintomatología

Procedimiento

Se determinó una estrategia de búsqueda de bibliografía por medio de descriptores MeSH (Tabla 1). Se utilizó la misma estrategia de búsqueda en las bases de datos Pubmed, Scielo, LILACS, Ovid, Mosaico BVS. Se utilizó también Google Scholar como una fuente secundaria. Se exportó el resultado de la búsqueda al software de gestión de documentos Zotero. Se eliminaron los duplicados. Posteriormente se filtraron los resultados de la búsqueda para seleccionar estudios científicos con métodos cualitativos, cuantitativos o mixtos para su inclusión en la revisión sistemática mixta. La selección de estudios se realizó en primera instancia por lectura de títulos y resúmenes. Después se procedió a leer los textos en su totalidad de los estudios candidatos para cumplir con los criterios de inclusión. Se evaluó la calidad de los estudios con la Herramienta de Evaluación de Métodos Mixtos (Mixed Methods Appraisal Tool MMAT) (Hong et al., 2020). Esta herramienta tiene 25 cláusulas que evalúan la calidad metodológica de 5 tipos de estudios: estudios cualitativos, ensayos controlados aleatorizados, estudios cuantitativos analíticos, estudios descriptivos cuantitativos y estudios mixtos. Esta evaluación se utilizó para interpretar los datos obtenidos para la revisión sistemática y poder describir los estudios. Si se detecta con esta herramienta un estudio de baja calidad metodológica, la recomendación es no eliminarlo, sino que se toman en consideración sus limitaciones en el análisis de sensibilidad, explorando cómo se llegan a modificar los resultados obtenidos al tomar en consideración la calidad de los estudios. Estos aún pueden ser tomados en cuenta para ayudar a contribuir con la formación del conocimiento. (Hong et al., 2020)

Tabla 1.*Descriptores MeSH*

Women	Sexual Dysfunction, Physiological	Acupuncture
Girls	Sex Disorders	Acupuncture Points
Woman	Sexual Disorders, Physiological	Acupotomy
Women's Groups	Sexual Dysfunctions, Physiological	Acupuncture Treatment
Woman's Health	Coitus	Pharmacoacupuncture Therapy
Womens Health	Coital Frequency	Pharmacoacupuncture
Women's Health	Sexual Intercourse	Treatment Therapy, Acupuncture
Pre-Menopause	Sexual Activities	Acupoints
Pre-menopausal	Sexual Activity	Acupuncture, Auricular
Period	Sexual activities of humans	AcupunctureEar
Premenopausal	Sex Behavior	Medicine, Chinese Traditional
Period	Sexual Behavior	Chinese Medicine, Traditional
Premenopause	Reproductive Behavior	Chinese Traditional Medicine
	Sex	Chung I Hsueh
	Sexual Partners	Traditional Chinese Medicine
	Sex Partners	Traditional Medicine, Chinese
	Sexual and Gender Disorders	
	Hypoactive Sexual Desire Disorder	
	Psychosexual Disorders	
	Psychosexual Dysfunctions	
	Sexual Arousal Disorder	
	Sexual Aversion Disorder	
	Frigidity	
	Sexual Health	

Nota: elaboración propia

Estrategia de búsqueda utilizada en las bases de datos: Women OR Girls OR Woman OR Women's Groups OR Woman's Health OR Womens Health OR Women's Health OR Pre-Menopause OR Pre-menopausal Period OR Premenopausal OR Period Premenopause AND Sexual Dysfunction, Physiological OR Sex Disorders OR Sexual Disorders, Physiological OR Sexual Dysfunctions, Physiological OR Coitus OR Coital Frequency OR Sexual Intercourse OR Sexual Activities OR Sexual Activity OR Sexual activities of humans OR Sex Behavior OR Sexual Behavior OR Reproductive Behavior OR Sex OR Sexual Partners OR Sex Partners OR Sexual and Gender Disorders OR Hypoactive Sexual Desire Disorder OR Psychosexual Disorders OR Psychosexual Dysfunctions OR Sexual Arousal Disorder OR Sexual Aversion Disorder OR Frigidity OR Sexual Health AND Acupuncture OR Acupuncture Points OR Acupotomy OR Acupuncture Treatment OR Pharmacoacupuncture

Therapy OR Pharmacoacupuncture Treatment OR Therapy, Acupuncture OR Acupoints OR Acupuncture, Auricular OR AcupunctureEar OR Medicine, Chinese Traditional OR Chinese Medicine, Traditional Chinese OR Traditional Medicine Chung I Hsueh OR Traditional Chinese Medicine OR Traditional Medicine, Chinese.

IV. Resultados

Se obtuvieron como resultado de la búsqueda en las bases de datos 5647 artículos, de los cuales 5279 correspondían a Pubmed, 229 a Mosaico BVS, 89 a Lilacs, 48 a Ovid y 2 a Scielo. Se exportó la búsqueda al software de gestión de documentos Zotero. Se eliminaron 18 artículos duplicados con este software con el consiguiente resultado de la búsqueda de 5629 artículos. Se cribaron los estudios por título y resumen y se excluyeron 5624 artículos de manera manual. Se evaluaron a texto completo 5 artículos para su elegibilidad; se excluyeron 2 artículos. El resultado de los estudios incluidos en la revisión sistemática encontrados en las bases de datos con la misma estrategia de búsqueda fue de 3 artículos. Por otra parte, se realizó una búsqueda en Google Scholar dónde fueron identificados 9 artículos. 1 de estos artículos no fue posible su recuperación. De los 8 artículos restantes, se realizó su búsqueda y recuperación. De estos fueron excluidos 3 artículos por no cumplir con los criterios de elegibilidad. 5 publicaciones fueron evaluadas a texto completo y se excluyó 1 artículo. A la revisión sistemática fueron incorporados 4 artículos para su análisis como literatura gris. En total 7 estudios fueron incluidos para la revisión sistemática de métodos mixtos. La Figura 2 muestra el diagrama PRISMA de esta revisión.

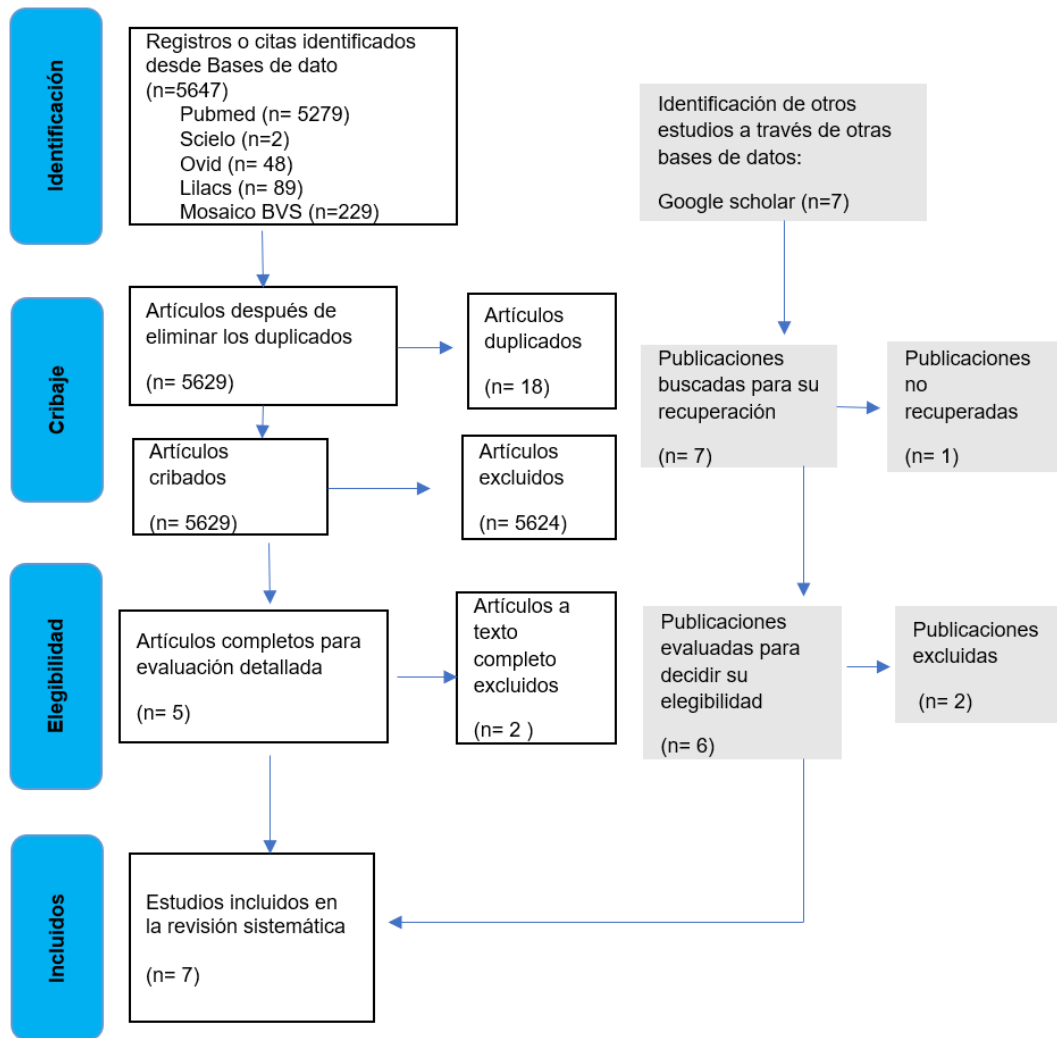


Figura 2. Diagrama PRISMA

De los 7 estudios incluidos, 2 fueron ensayos controlados aleatorios cuantitativos, 4 fueron estudios cuantitativos no aleatorios y 1 artículo fue un estudio cuantitativo descriptivo. Como método de tratamiento, en 4 de los estudios se utilizó acupuntura manual, en 2 de los estudios fue utilizada la acupuntura manual y la electroacupuntura y en 1 de los estudios se utilizó la electroacupuntura auricular y la auriculopuntura. La duración del tratamiento en los estudios fluctuó entre 2 y 12 semanas. El promedio de sesiones realizadas en los estudios fue de 2 sesiones por semana. No en todos los estudios se reportó el tiempo de duración

de las sesiones, pero de los que sí fue mencionado, se realizaba una sesión de 15 a 60 minutos. El tiempo promedio fue de 30 minutos por sesión de acupuntura. Todos los artículos incluidos se publicaron en idioma inglés. Cinco de los estudios tuvieron un tratamiento dirigido de manera general a la disfunción sexual femenina; de esta, los dominios de la libido y de la excitación fueron los tomados en consideración para su análisis. Dos estudios trataron de manera específica el trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino y en su nomenclatura más reciente el trastorno del interés/excitación sexual femenino.

En total 186 mujeres participaron en los 7 estudios.

Instrumentos

En los 7 estudios analizados fueron utilizadas herramientas de medición que serán descritas a continuación.

La herramienta Índice de Función Sexual Femenina (Female Sexual Function Index, FSFI) fue utilizada en 5 estudios: Rashidi Amad Abadi et al., (2022), Schlaeger et al., (2015), Ye et al., (2023), Zhang, Ma et al., (2022) y Oakley et al., (2016). Este instrumento fue desarrollado por Rosen y cols. Es una encuesta de 19 preguntas autoadministrada. Estas preguntas miden 6 dominios: el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y el dolor. Consta de 5-6 respuestas a cada pregunta, a las que se les asigna un puntaje del 0 al 5. El puntaje posteriormente se multiplica por un factor y el resultado total es la suma final de los dominios. Entre mayor sea el puntaje obtenido, mejor es la respuesta sexual (Blümel et al. 2004).

La MINI Entrevista neuropsiquiátrica, el inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el inventario de depresión de Beck, 2da edición (BDI-II), la escala analógica visual de función sexual (SFVAS) y el cuestionario de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX) fueron instrumentos utilizados por Khamba et al., (2013).

La Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Reducida (Mini International

Neuropsychiatric Interview, MINI) fue elaborada por Y. Lecrubier et al. y D. Sheehan et al. en los años 1992, 1994 y 1998. (Galli Silva et al., 2002). Es una entrevista clínica con 15 apartados que exploran los principales diagnósticos de los trastornos psiquiátricos del CIE-10 y del DSM-IV. (Meryhelen Torres, 2017). Tiene una especificidad y sensibilidad del 85% y un valor predictivo positivo del 75% (Molina González et al. 2019).

El Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI) es un cuestionario de 21 preguntas de selección múltiple desarrollado en 1988 por Aaron T. Beck. En este se valora la intensidad de los síntomas de ansiedad en un adolescente y/o adulto (Psonríe, s.f.).

El Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión (Beck Depression Inventory-II, BDI-II) es un instrumento de 21 preguntas de autollenado que evalúa la intensidad de la sintomatología de depresión en adolescentes mayores de 13 años y en adultos. Cada pregunta tiene un valor de 0 a 3 puntos. En cada pregunta se dan 4 opciones de respuesta con orden de mayor a menor gravedad de la sintomatología. Se realiza una suma final de las puntuaciones, con un total de 0 a 63 puntos (Melipillán Araneda et al, 2008).

La Escala Visual Análoga de la Función Sexual (Sexual Function Visual Analogue Scale, SFVAS) es una herramienta autoaplicada de 5 escalas visuales analógicas de 10 cm, que miden los parámetros de la función sexual: en el hombre evalúa el deseo/libido, la erección, el retraso del orgasmo, la calidad del orgasmo y la frecuencia de las relaciones sexuales; en la mujer evalúa el deseo/libido, la lubricación, el retraso del orgasmo, la calidad del orgasmo y la frecuencia de las relaciones sexuales. Un extremo de la escala visual análoga corresponde a la función normal y el extremo contrario corresponde a la ausencia total de la función. Es colocada una línea a lo largo de la escala, la cual posteriormente es convertida a una puntuación numérica (Labbate et al. 1997).

La Escala de Experiencia Sexual de Arizona (Arizona Sexual Experience Scale, ASEX) es un cuestionario creado en 1999 por McGahuey, Delgado & Gelenberg. Este contiene 5 preguntas sobre el deseo sexual, la excitación sexual, la erección en los hombres, la lubricación vaginal en las mujeres, sobre la capacidad para alcanzar el orgasmo y la satisfacción del orgasmo. A las respuestas se les da una puntuación del 1 al 6, donde 1 es fuerte, fácil o satisfactorio y el 6 es nunca, o no se puede. De la suma de la puntuación puede dar un total de 5 a 30 y posteriormente se clasifica en 3 rangos: hiperfunción sexual, función sexual normal y disfunción sexual. Un puntaje mayor denota una mayor disfunción sexual (Manzo et al, 2006).

Schlaeger et al., (2015) utilizó el cuestionario del dolor de McGill, forma corta (Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), la escala de intensidad del dolor presente (PPI) y la escala visual análoga (EVA).

El cuestionario del dolor de McGill, forma corta (Short-Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ) es un cuestionario de 15 preguntas que mide la percepción del dolor por medio de criterios sensoriales y afectivos. Las respuestas se encuentran en una en una escala del 0 al 4, donde 0 es ninguna y 4 es muy fuerte (Vélez et al., 2022).

La escala de la Intensidad del Dolor Presente (Present Pain Intensity, PPI) es un instrumento verbal en el que se cuestiona la intensidad del dolor mediante adjetivos a los que se les asigna un valor numérico: sin dolor (0), leve (1), moderado (2), fuerte (3), muy fuerte (4), insoportable (5). (Castel et al 2007).

La Escala Visual Análoga (EVA) es una herramienta para medir la intensidad del dolor que consiste en una línea recta de 10 cm. En esta línea se indica en su extremo izquierdo la ausencia de dolor y en su extremo derecho se indica la presencia del peor dolor posible. Posteriormente es marcado en la línea por el paciente la ubicación de la percepción de su dolor (Prado et al., 2006).

Oakley et al., (2016) utilizó la Escala de Angustia Sexual Femenina Revisada (Female Sexual Distress Scale-Revised, FSDS-R), el Short Form 12 (SF-12), el General Anxiety-Disorder-7 (GAD-7), el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) y el BREF de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL BREF).

La Escala de Angustia Sexual Femenina Revisada (Female Sexual Distress Scale-Revised, FSDS-R) es un instrumento basado en una versión inicial de la Escala de Angustia Sexual Femenina (FSDS) de 12 ítems, desarrollada para medir la angustia relacionada con la sexualidad en las mujeres. A la versión revisada se le añadió un 13vo ítem en 2008 correspondiente al de molestia por bajo deseo sexual (Derogatis et al. 2021).

El Cuestionario de la Salud (Short Form-12, SF-12) es un instrumento para medir la calidad de vida relacionada con la salud. Tiene una versión inicial de 36 preguntas (SF-36) que fue modificado a 12 preguntas por cuestión de practicidad. Este cuestionario evalúa los parámetros de los ámbitos del Rol, Físico y Mental, Salud Mental y Vitalidad. (Schmidt et al, 2012).

El Cuestionario de la Salud del Paciente 9 (Patient Health Questionnaire, PHQ-9) es utilizado para identificar la gravedad de los síntomas del trastorno depresivo. Es una escala derivada de la Evaluación de Trastornos Mentales en Atención Primaria (Primary Care Evaluation of Mental Disorders, PRIME-MD) que evalúa los síntomas depresivos según los criterios del DSM-IV. (Cassiani-Miranda et al, 2021).

El instrumento de Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (General Anxiety-Disorder-7, GAD-7) es un cuestionario autoadministrado de 7 preguntas que se basa en los criterios del DSM-V para el trastorno de ansiedad generalizada, cuya finalidad es identificar casos probables, así como una medición de la gravedad de los síntomas. Se desarrolló a partir del PHQ-9 para emplearse de manera rápida, sobre todo en primer nivel de atención médica (VISN 4 MIRECC, s.f.).

La Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud versión corta (World Health Organization Quality of Life Brief Version, WHOQOL-BREF) es un instrumento de 26 ítems, que evalúa la calidad de vida en la salud física, en la salud psicológica, en las relaciones sociales y en el medio ambiente. La evaluación es sobre la percepción del individuo en las dos semanas previas de contestar el cuestionario. Se enfoca en el grado de satisfacción que se tiene frente a la vida diaria (Cardona-Arias e Higueta-Gutiérrez, 2014).

Zhang et al., (2002) utilizó la escala diagnóstica de disfunción sexual femenina posparto (PFSDDS), la escala de valoración del dolor en las relaciones sexuales (SIPAS), la prueba de fuerza de los músculos del suelo pélvico (PFMST) y el examen urodinámico (UE).

La Escala Diagnóstica de Disfunción Sexual Femenina Postparto (Postpartum Female Sexual Dysfunction Diagnostic Scale, PFSDDS) fue utilizada por el estudio de Zhang, He et al. (2022) como un cuestionario con una puntuación que va de 0 a 100. A una puntuación mayor, la función sexual postparto es mejor.

La Escala de Valoración del Dolor en las Relaciones Sexuales (Sexual Intercourse Pain Assessment Scale, SIPAS) fue utilizada por Zhang, He et al. (2022) para evaluar el dolor sexual postparto. Esta evalúa el grado de dolor durante las relaciones sexuales y la actitud hacia las relaciones sexuales. La puntuación total se encuentra de 0 a 10. Una mayor puntuación refleja un dolor sexual menor.

La Prueba de Fuerza de los Músculos del Suelo Pélvico (Pelvic Floor Muscle Strength Test, PFMST) es un examen en el que se utiliza un estimulador neuromuscular francés de la serie PHENIX para determinar la fuerza del músculo del suelo pélvico (categorías I y II). Se clasifica de 0 a 5, donde 0 es sin contracción y 5 es una contracción fuerte.

El Examen Urodinámico (Urodynamic Examination, UE). También es un exámen en el que se utiliza un ultrasonido tridimensional transvaginal y mide los indicadores de la Capacidad Máxima de la Vejiga (Maximum Bladder Capacity, MBC), la Presión del Detrusor en el Flujo Máximo (Detrusor Pressure at Maximum Flow, PdetQmax), la Tasa de Flujo Máximo (Maximum Flow Rate, Qmax), el Volumen de Orina Residual Postmiccional (Postvoiding Residual Urine Volume, PVR) y la Presión Máxima de Cierre Uretral (Maximal Urethral Closure Pressure, MUCP). Cuanto mayor es el valor del MBC, PdetQmax, Qmax y MUCP mejor es la urodinámica; mientras a un PVR menor, mejor es la urodinámica.

Resultados de los estudios

Khamba et al. (2013) realizaron un ensayo clínico no controlado no aleatorizado en 18 hombres y 16 mujeres de una edad media de 41.6 años (DE= 12.8 años) que se encontraban en tratamiento con un Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina (ISRS) o un Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN) y presentaban disfunción sexual debido a su uso. Se les aplicó acupuntura manual en 9 puntos con método de tonificación por medio de la técnica de empuje y rotación en el sentido de las agujas del reloj en el minuto 5 y en el minuto 10 en los puntos R3 Taixi (bilateral), Du4 Mingmen, V23 Shenshu (bilateral) y utilizaron el método neutral en el que dejaban las agujas intactas durante el tratamiento en los puntos C7 Shenmen (bilateral) y PC6 Neiguan (bilateral). La colocación correcta fue confirmada por Deqi. Se llevaron a cabo 12 sesiones, 1 día a la semana, de 15 minutos de duración. Utilizaron los instrumentos de medición MINI, BAI, BDI-II, SFVAS y ASEX. El Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Ansiedad Social fueron los diagnósticos encontrados con mayor predominancia. Los medicamentos más utilizados fueron el citalopram, paroxetina y venlafaxina. En las mujeres, la calificación general en el SFVAS demostró una tendencia no significativa hacia el aumento después del tratamiento ($p = 0.067$), pero hubo mejoría con significancia clínica, en el ítem del

deseo/libido y en el de la lubricación. Las evaluaciones ASEX no mostraron cambios significativos entre el pre y el postratamiento ($p = 0.384$), pero en este mismo ASEX presentaron mejoría con significancia clínica en el ítem de la lubricación. Se reportó una reducción de la sintomatología de la depresión y de la ansiedad que no representó significancia estadística. Los efectos adversos reportados fueron: 2 pacientes con dolor leve en el sitio de inserción de la aguja, 2 hematomas locales, 1 sensación eléctrica, 1 paciente con un breve episodio de espasmos musculares y sentirse más emocional después del tratamiento inicial. Un paciente informó una reducción del interés sexual constante y un aumento de la ansiedad durante todo el período de tratamiento. Algunos otros pacientes informaron un empeoramiento ocasional y temporal de la función sexual.

Rashidi Amad Abadi et al. (2022) realizaron un ensayo clínico controlado aleatorizado en el que utilizaron electroacupuntura auricular y auriculopuntura en mujeres de 18 a 45 años que se encontraban dando lactancia materna y que presentaban disfunción sexual. La muestra fue de 60 mujeres, que se dividieron en 2 grupos de 30 mujeres en cada uno. En el grupo experimental se realizó electroacupuntura con el estimulador Pointer Excel II en 9 puntos auriculares: ShenMen, Cero, Talámico, Maestro Cerebral, Libido, Relajación, Excitación, Ovario y Útero; recibieron individualmente 5 Hz durante 15 segundos. Posteriormente se pegaron semillas de Vaccaria en la oreja derecha y en la oreja izquierda. De manera bilateral se aplicó en los puntos ShenMen, Libido, Ovario y Útero; en la oreja izquierda se utilizaron los puntos Excitación y Cero y en la oreja derecha fueron utilizados los puntos Relajación, Talámico y Maestro Cerebral. Se les solicitó realizar presión suave de las cintas durante 30 segundos cada 4 horas mientras estaban despiertas hasta el comienzo de la siguiente sesión. En cada sesión se intercambiaron las semillas de Vaccaria. En el grupo control, se aplicó auriculopuntura simulada con electroestimulación y semillas de Vaccaria: se estimularon los mismos puntos durante 15 segundos con el dispositivo apagado para lograr el método de cegamiento/simulado, posteriormente, se pegaron semillas de Vaccaria en estos puntos y se retiraron inmediatamente para que solo

quedaran cintas adhesivas. No se les pidió que realizaran presión suave de las cintas. En cada sesión se cambiaron las cintas adhesivas. Se llevaron a cabo 10 sesiones de auriculopuntura, 2 días a la semana por 5 semanas. Se utilizó como instrumento de seguimiento el cuestionario FSFI, que fue aplicado previo a la intervención, al finalizar el tratamiento y 4 semanas postratamiento.

Reportaron diferencias significativas entre el grupo de intervención contra el grupo control posterior al tratamiento en la puntuación del deseo sexual ($p=0.002$), la excitación sexual ($p=0.008$), la lubricación ($p=0.001$), la satisfacción sexual ($p=0.001$) y el orgasmo ($p=0.009$). La función sexual en los grupos de intervención y en el grupo control difirió significativamente previo y posterior a la intervención ($p<0.001$). Un mes después de la intervención, se mostraron diferencias significativas en el deseo sexual, la excitación sexual, la lubricación, la satisfacción sexual ($p=0.001$), el orgasmo ($p=0.006$) y la dispareunia ($p=0.015$). Las diferencias en la puntuación media de la función sexual en el seguimiento posterior a la intervención y al mes de seguimiento sólo fueron significativas en el grupo de intervención ($p=0.001$).

El estudio de Schlaeger et al. (2015) fue un ensayo clínico controlado aleatorizado en 36 mujeres mayores de 18 años, premenopáusicas con vestibulodinia y disfunción sexual femenina a las que se les aplicó acupuntura manual. Se dividieron aleatoriamente en un grupo de intervención y un grupo control. En el grupo de intervención se les aplicó acupuntura manual en 11 puntos: Du20 Baihui, Ren4 Guanyuan, Ren2 Qugu, IG4 Hegu (bilateral), E30 Qichong (bilateral), B6 Sanyinjiao (bilateral), H3 Taichong (bilateral) con método de tonificación por medio de elevación y empuje para estimular el Qi en el meridiano a los 10 minutos, a los 20 minutos, y a los 30 minutos post inserción, justo previo a la extracción. El tratamiento se llevó a cabo en 10 sesiones, 2 días a la semana por 5 semanas en total. Al grupo control se le dió la atención habitual durante las 5 semanas y posteriormente recibieron 10 sesiones de tratamiento al finalizar el estudio. Utilizaron los cuestionarios SF-MPQ, la escala del dolor presente (PPI), la escala visual análoga (EVA) y el FSFI. Aquellos que recibieron

acupuntura informaron una mayor reducción de la vestibulodinia en el PPI y en el EVA. Las puntuaciones en el SF-MPQ fueron estadísticamente significativas para el dolor sensorial y el dolor total. Los hallazgos del FSFI del inicio del estudio mostraron que 4 de las mujeres asignadas del grupo de acupuntura no habían sido sexualmente activas frente a 7 del grupo control. Los hallazgos de la FSFI al final del estudio (5 semanas después) sugirieron que 3 mujeres en el grupo de acupuntura se abstuvieron de tener relaciones sexuales en comparación con 10 en el grupo control. Estas diferencias no presentaron significancia estadística ($p=0.66$). El cambio en la puntuación total del FSFI tuvo significancia estadística en el grupo de tratamiento frente al grupo control, lo que sugiere una mejora en la función sexual general. Las diferencias en las dimensiones de excitación, orgasmo y satisfacción sexual no fueron significativas entre los grupos durante el transcurso del estudio. Las puntuaciones de la dimensión del deseo y de la lubricación, aunque no fueron significativas, tuvieron una tendencia a la mejoría en el grupo de acupuntura en comparación con el grupo control.

Ye et al. (2023) realizaron el reporte de caso de una mujer de 28 años con trastorno del interés/excitación sexual femenino de 1 año de evolución a quien se le realizó tratamiento con acupuntura manual. Entre los síntomas que presentaba la paciente se encontraban la sensación de frío y humedad en los genitales, dolor por frío en la parte inferior del abdomen que empeoraba con la temperatura baja y que mejoraba con el calor, lumbalgia, falta de calor en las extremidades, especialmente en las extremidades inferiores, depresión, insomnio y alteraciones en el ciclo menstrual (retraso y flujo menstrual escaso). Se utilizaron agujas de acero inoxidable de 0.3 x 40 mm a una profundidad de 10-15 mm en Ren12 Zhongwan, Ren6 Qihai, Ren4 Guanyuan, Ren3 Zhongji, B10 Xuehai, E36 Zusanli, B6 Sanyinjiao, R6 Zhaohai y H3 Taichong con la paciente en decúbito supino; los puntos V18 Ganshu, V23 Shenshu, Du4 Mingmen, PC6 Neiguan y R3 Taixi con la paciente en decúbito prono. Se realizó una punción oblicua hacia abajo en Ren4, Ren3 y Ren6, en el que la sensación de la aguja se transmitía al periné. El método de manipulación fue de giro, con elevación y empuje para generar

sensación de Deqi. Las agujas se dejaron in situ durante 20 minutos y se manipularon a intervalos de 10 minutos. La acupuntura se alternó en la misma sesión en decúbito supino y en decúbito prono. Utilizaron el registro de la frecuencia de las relaciones sexuales (veces/semana) y la calidad de su vida sexual (puntuada sobre 5 puntos) semanalmente durante el tratamiento (un total de 8 veces) y el FSFI al finalizar el tratamiento. La gravedad de los síntomas que presentaba la paciente disminuyó gradualmente con el tiempo. Posterior a 20 sesiones de acupuntura, la paciente fue reevaluada y se consideró recuperada, por lo que se suspendió el tratamiento. Al finalizar el tratamiento se realizó el FSFI con una puntuación final de 22.6 puntos. Se tomó como punto de comparación la puntuación de 19 que consiste en un diagnóstico de disfunción sexual femenina.

Zhang, Ma et al. (2022) realizaron un ensayo clínico no controlado no aleatorizado en 24 mujeres de 28 a 45 años con disfunción sexual y tratamiento por medio de electroacupuntura y acupuntura manual. Se utilizaron 28 puntos de acupuntura: Du24 Shenting, VB13 Benshen (bilateral), Du20 Baihui, Ren12 Zhongwan, E25 Tianshu (bilateral), VB26 Daimai (bilateral), Ovario (bilateral), V43 Huangshu (bilateral), Ren4 Guanyuan, R12 Dahe (bilateral), E36 Zusanli (bilateral), B6 Sanyinjiao (bilateral), R3 Taixi (bilateral), H3 Taichong (bilateral), V23 Shenshu (bilateral) y V32 Ciliao (bilateral). Se clasificaron en 2 grupos, un grupo para para los puntos de acupuntura en cara frontal y otro grupo para los puntos de acupuntura en cara posterior. Al grupo de cara posterior (espalda) se le aplicó electroacupuntura con ajuste de la onda a la densidad tolerada por la paciente. Los puntos del grupo de cara posterior fueron V23 Shenshu (acupuntura de 1-1.5 pulgadas) y V32 Ciliao (oblicuo a la línea media del 2do agujero sacro de 2-2.5 pulgadas). Los puntos del grupo de cara frontal fueron Du24 Shenting, VB13 Benshen (bilateral) y Du20 Baihui, (transversal hacia atrás 0.5-1 pulgada); Ren12 Zhongwan, Ren4 Guanyuan, E25 Tianshu, VB26 Daimai, punto extraordinario de Ovario, V43 Huangshu, R12 Dahe y E36 Zusanli, (punción directa 1-1.5 pulgadas); B6 Sanyinjiao, R3 Taixi y H3 Taichong (0.5-1

pulgadas de acupuntura directa). Se alternaron los grupos posterior y frontal en diferente día, 2 a 3 veces a la semana. La duración del tratamiento se determinó en función de si la paciente había mejorado la sensación subjetiva, si había aumento de las puntuaciones de FSFI y también mencionó los requisitos personales, pero no se ejemplificaron; en promedio el tiempo de tratamiento fue de 1 semana a 3 meses de tratamiento, con un tiempo de cada sesión de 30 minutos, en la cual se dejaba la aguja in situ. Como instrumento de seguimiento se utilizó el FSFI y también por medio de pregunta directa a las pacientes sobre si su dolor sexual se había resuelto.

Después del tratamiento, la disminución de la dispareunia y el aumento del deseo sexual fueron las mejoras subjetivas más destacadas. Las puntuaciones del FSFI, en el dominio del deseo, de la excitación, de la lubricación, del orgasmo, y de la satisfacción tuvieron diferencias significativas. Se reportó como una tasa efectiva total del tratamiento con acupuntura de la disfunción sexual del 100%. Esta tasa de mejora fue descrita en el siguiente orden: lubricación = excitación > deseo = dispareunia > satisfacción = orgasmo. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre estos dominios. Se encontró un aumento significativo en las puntuaciones de la función sexual entre 1 semana y 3 meses después del tratamiento con acupuntura.

Oakley et al. (2016) hicieron un ensayo clínico no controlado no aleatorizado en 13 mujeres de 18 a 55 años en premenopausia con diagnóstico de trastorno de deseo sexual hipoactivo. Se realizó una prescripción de puntos de acupuntura manual individualizados basado en los diagnósticos de deficiencia de Yang de Riñón, estancamiento de Qi de Hígado, deficiencia de Sangre generalizada, deficiencia de Yang de Bazo y/o Fuego de Corazón. Se realizaron 10 sesiones de tratamiento, 2 días a la semana por 5 semanas. La duración de cada una de las sesiones fue de 25 minutos. En la primera sesión se realizó una historia clínica detallada sobre los hábitos alimenticios, el nivel de diaforesis, la ingesta promedio de agua, la función digestiva, los hábitos de sueño y el estado de ánimo general. Además, el acupunturista inspeccionó la lengua de la paciente además de los

pulsos centrales y periféricos. Estos datos no se registraron, pero se utilizaron para formular un diagnóstico de MTC, que fue el único dato que mencionan haber registrado. Se utilizaron agujas filiformes de un solo uso, calibre 30 x 1-1.5 pulgadas. Las agujas se colocaron en el cuero cabelludo, en la región lumbar, en el abdomen inferior, en los codos y/o en las rodillas, según el diagnóstico primario de MTC; pero las participantes podrían tener más de un diagnóstico de MTC. Se mantuvo la inserción de las agujas por 25 minutos, mientras tanto se les solicitó a las pacientes que se relajaran, que no se movieran y que practicaran ejercicios de respiración lenta y profunda dentro de una sala de examen con poca luz y con música instrumental tranquila de fondo. Se utilizaron los cuestionarios FSFI, FSDS-R, SF-12, GAD-7, PHQ-9 Y WHOQOL-BREF al inicio y a las 6 semanas posterior a haber iniciado el tratamiento. A todas las pacientes se les diagnosticó deficiencia de Yang de Riñón y la mayoría también recibió un diagnóstico de deficiencia de Yang de Bazo o estancamiento de Qi de Hígado. Se realizó una aplicación media de agujas de acupuntura de 16.9 ± 2.3 en cada sesión. No se evidenciaron eventos adversos. Se reportó un aumento en la puntuación total del FSFI de 19.43 ± 5.96 a 25.45 ± 5.59 ($p < 0.0001$). El dominio del deseo sexual del FSFI aumentó de 2.08 ± 0.59 a 3.28 ± 1.15 ($p < 0.0001$). También hubo mejoría de los dominios de excitación sexual ($p < 0.0001$), lubricación ($p = 0.03$) y del orgasmo ($p = 0.005$). La puntuación total del FSDS-R disminuyó de 32.64 ± 12.76 a 23.71 ± 14.06 ($p = 0.03$), lo que indicó una menor angustia relacionada con los síntomas sexuales. Sin embargo, se demostró una presencia continua de angustia, pues las puntuaciones se mantuvieron por encima de 11. La puntuación del GAD-7 presentó una mejora significativa después de la intervención, de 8.00 ± 1.00 a 2.00 ± 5.24 ($p = 0.04$).

Zhang, He et al. (2022) llevaron a cabo un ensayo clínico no controlado no aleatorizado en 36 mujeres con disfunción sexual postparto asociada con incontinencia urinaria de esfuerzo a quienes se les dio tratamiento con electroacupuntura y acupuntura manual. Se utilizaron como métodos de seguimiento la escala diagnóstica de disfunción sexual femenina postparto

(PFSDDS), la escala de valoración del dolor en las relaciones sexuales (SIPAS), la prueba de fuerza de los músculos del suelo pélvico (PFMST) y el examen urodinámico (UE), que fueron realizados antes y después del tratamiento. Fueron utilizados 24 puntos de acupuntura: V23 Shenshu (bilateral), V35 Huiyang (bilateral), V28 Pangguangshu (bilateral), EX-B8 Shiqizhui (bilateral), V32 Ciliao (bilateral), V33 Zhongliao (bilateral), Ren6 Qìhai, Ren4 Guanyuan, Ren3 Zhongji, Ren2 Qugu, E28 Shuidao (bilateral), EX-CA1 Zigong (bilateral), E36 Zusanli (bilateral) y B6 Sanyinjiao (bilateral). Se utilizaron agujas filiformes estériles de un solo uso, de calibre 0.25 x 60 mm y el electroestimulador KWD808 II, con 6 baterías No.5.

Las pacientes se colocaron en posición lateral con las regiones lumbosacra y anal completamente expuestas. Se realizó una inserción perpendicular en V23 Shenshu, V28 Pangguangshu y EX-B8 Shiqizhui, de 20-30 mm de profundidad; en V35 Huiyang, de 40-50 mm de profundidad y en V32 Ciliao y V33 Zhongliao con las puntas de las agujas cerca del sacro. Se aplicó electroacupuntura en los pares V23 Shenshu (polo positivo) - V35 Huiyang (polo negativo) y V33 Zhongliao (polo positivo) - V32 Ciliao (polo negativo) en el mismo lado. En total, se estimularon 4 pares de puntos de acupuntura de forma bilateral con ondas dispersas a 2 Hz y 0.5 mA. La intensidad del estímulo dependía de si el ligero temblor de los músculos perianales era visible o no a simple vista. Posteriormente se retiraron las agujas y la paciente cambió de posición a decúbito supino, con el abdomen y las piernas expuestas. Se procedió a puncionar los puntos Ren6 Qihai, Ren4 Guanyuan, Ren3 Zhongji, Ren2 Qugu, E28 Shuidao y EX-CA1 Zigong con agujas filiformes estériles de un solo uso de 0.25 x 40 mm. La inserción se hizo de manera oblicua, con las puntas hacia abajo, de 20-25 mm de profundidad. En E36 y B6 se utilizaron agujas filiformes estériles de un solo uso de 0.25 x 40 mm, con inserción perpendicular de 25-35 mm de profundidad. Posteriormente, se conectó el estimulador eléctrico KWD-808 tipo II formando pares de Ren6 Qihai-Ren4 Guanyuan, Ren3 Zhongji-Ren2 Qugu y E28-EX-CA1 Zigong en el mismo lado. En total fueron 4 pares de puntos de acupuntura. Estos puntos de acupuntura fueron estimulados con ondas dispersas a 2 Hz y 0.5 mA. La

intensidad de la electroestimulación dependía de si el ligero temblor de los músculos locales era visible o no a simple vista. Las agujas se retuvieron durante 30 min. Se llevaron a cabo 36 sesiones de tratamiento que fueron divididas en 3 ciclos menstruales. Una fase del tratamiento se completaba en 1 ciclo menstrual, de tal manera que se dieron sesiones de acupuntura 6 días a la semana por 2 semanas. Para los casos sin recuperación del ciclo menstrual, el tratamiento se administró durante 2 semanas cualquiera en un ciclo menstrual y en los casos de un ciclo menstrual normal, el tratamiento evitaba el período menstrual. Se reportó una pérdida de 6 sujetos de investigación durante el estudio. De las 30 pacientes del estudio, la edad promedio fue de 29.68 ± 4.86 años, la duración promedio de la enfermedad era de 9.12 ± 2.88 meses y la puntuación total del PFSDDS de 50.93 ± 8.11 puntos.

Después del tratamiento, la puntuación PFSDDS aumentó comparado con la puntuación previa al tratamiento ($p < 0.05$). También posterior a la intervención la puntuación total del SIPAS, la puntuación del dolor sexual del SIPAS y la puntuación de la actitud hacia las relaciones sexuales aumentaron en comparación a la registrada previo al tratamiento ($p < 0.05$). La puntuación del PFMST aumentó en comparación a previo al tratamiento ($p < 0.05$). La MBC, PdetQmax, Qmax y MUCP aumentaron y la PVR disminuyó ($p < 0.05$).

Las tablas 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 muestran el resumen de los estudios analizados.

Tabla 2. Estudio Khamba et al., (2013)

ID	Año, Autor, Lugar	Diseño de estudio	Tipo de intervención	Tamaño de la muestra	Patología	Características de la población de estudio	Grupo de control	Grupo de intervención	Puntos de acupuntura	Tiempo de las sesiones	Herramientas de medición	Resultados	Efectos adversos
1	Khamba et al. 2013, Toronto Canadá	Estudio de caso de investigación abierto Estudio cuantitativo no aleatorio	Acupuntura manual	16 mujeres 18 hombres	Disfunción sexual de cualquier subtipo (Deseo/libido) Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad social -Deficiencia de Yin de Corazón -Deficiencia de Qi de Riñón	La edad media de 41,6 (DE= 12,8) años Todos los pacientes estaban tomando un IRSR o un IRSN y reportaban disfunción sexual debido a su uso.	No grupo control	R3 Taixi (bilateral), Du4 Mingmen, V23 Shen-shu. (bilateral) fueron tonificados por medio de técnica de empuje y rotación en el sentido de las agujas del reloj en el minuto 5 y 10. C7 Shenmen (bilateral) y PC6 Neiguan (bilateral) con método neutral, dejando las agujas intactas durante el tratamiento. La correcta colocación, confirmada por DeQi.	9 puntos: R3 Taixi (bilateral), Du4 Mingmen, V23 Shen-shu. (bilateral) C7 Shenmen (bilateral) y PC6 Neiguan (bilateral).	12 sesiones 1 día a la semana 15 minutos	MINI Entrevista neuropsiquiátrica (M.I.N.I.) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Inventario de depresión de Beck, 2da edición (BDI-II) Escala analógica visual de función sexual (SFVAS) Cuestionario de la Experiencia Sexual de Arizona (ASEX)	El Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Ansiedad Social fueron los diagnósticos más comunes. Los medicamentos utilizados con mayor frecuencia fueron citalopram, paroxetina y venlafaxina. En las mujeres, las puntuaciones en las mujeres, las puntuaciones demostraron una tendencia no significativa hacia el aumento desde antes hasta después del tratamiento (p = 0,067); las puntuaciones ASEX no mostraron cambios significativos en el pre y el posttratamiento (p= 0,384). En las mujeres se observaron mejoras significativas en el ítem del Deseo/Libido y de la Lubricación en el SFVAS, y en el ASEX en el ítem de la Lubricación. Se reportó una reducción de la sintomatología de la depresión y la ansiedad sin significancia estadística.	2 pacientes dolor leve en la inserción de la aguja, 2 hematomas locales, 1 sensación eléctrica, 1 breve episodio de espasmos musculares y 1 informó sentirse más emocional después del tratamiento inicial. 1 paciente informó constantemente una reducción del interés sexual y un aumento de la ansiedad durante todo el período de tratamiento. Algunos otros pacientes informaron un empeoramiento ocasional y temporal de la función sexual.

Tabla 3. Estudio Rashidi Amad Abadi et al., (2022)

ID	Año, Autor, Lugar	Diseño de estudio	Tipo de intervención	Tamaño de la muestra	Patología	Características de la población de estudio	Grupo control	Grupo de intervención	Puntos de acupuntura	Tiempo de las sesiones	Herramientas de medición	Resultados	Efectos adversos
2	Rashidi Amad Abadi et al. 2022 Qom, Irán	Ensayo aleatorio controlado simulado Ensayo controlado aleatorio cuantitativo	Auriculopuntura + electroacupuntura auricular	60 mujeres asignadas a dos grupos (30 en cada grupo)	Disfunción sexual en mujeres lactando (Deseo sexual, excitación sexual, lubricación, orgasmo, dispareunia, satisfacción sexual y función sexual)	<p>1. Mujeres primíparas que amamantan y que han dado a luz a un feto único a término</p> <p>2. Edad 18-45 años.</p> <p>3. Puntuación del cuestionario de Edimburgo <13</p> <p>4. Lactancia materna exclusiva.</p> <p>Se excluyeron las mujeres que quedaron embarazadas durante el estudio.</p> <p>Antecedentes de HTA, DM, convulsiones, problemas psicológicos, audífono o marcapasos; problemas psicológicos con el cónyuge, haber recibido auriculoterapia durante los 6 meses previos y lesión o infección de oído</p>	<p>Auriculopuntura simulada: se estimularon los mismos puntos durante 15 segundos con el dispositivo apagado</p> <p>Después, se pegaron semillas de Vaccaria en estos puntos y se retiraron</p> <p>materna inmediatamente para que solo quedaran cintas adhesivas.</p> <p>No se pidió estimular estas cintas. En cada sesión se cambiaron las cintas adhesivas.</p>	<p>Se utilizó un electroestimulador Pointer Excel II para estimular el punto específico para mejorar la función sexual.</p> <p>Los puntos ShenMen, Cero, Talámico, Maestro Cerebral, Libido, Relajación, Ovario y Utero recibieron individualmente durante 15 segundos.</p> <p>Posteriormente se pegaron semillas de Vaccaria en orejas bilaterales: ShenMen, Libido, Ovario y Utero; Excitación y Cero; oreja izquierda; Relajación, Talámico y Maestro Cerebral.</p> <p>Se les pidió presionar suavemente las cintas durante 30 segundos cada 4 cuatro horas mientras estaban despiertas hasta el comienzo de la siguiente sesión.</p> <p>En cada sesión se intercambiaron las semillas de Vaccaria</p>	<p>9 puntos: ShenMen, Cero, Talámico, Maestro Cerebral, Libido, Relajación, Excitación, Ovario y Utero</p>	<p>10 sesiones</p> <p>2 días a la semana</p> <p>5 semanas</p>	<p>Índice de la Función Sexual Femenina (FSF)</p>	<p>Diferencias significativas en el deseo sexual ($p=0.002$), la excitación sexual ($p=0.008$), la lubricación ($P=0.001$), la satisfacción sexual ($p=0.001$) y el orgasmo ($p=0.009$).</p> <p>1 mes después de la intervención, mostraron diferencias significativas en el deseo sexual, la excitación sexual, la lubricación, la satisfacción sexual ($p=0.001$), el orgasmo ($p=0.006$) y la dispareunia ($p=0.015$). Las diferencias en la puntuación media de la función sexual en el seguimiento posterior a la intervención y al mes de seguimiento sólo fueron significativas en el grupo de intervención ($p=0.001$).</p>	<p>No reportados</p>

Tabla 4. Estudio Shlaeger et al., (2015)

ID	Año, Autor, Lugar	Diseño de estudio	Tipo de intervención	Tamaño de la muestra	Patología	Características de la población de estudio	Grupo control	Grupo de intervención	Puntos de acupuntura	Tiempo de las sesiones	Herramientas de medición	Resultados	Efectos adversos
3	Schlaeger et al. 2015 Chicago y Sycamore, Illinois	Ensayo clínico controlado, aleatorizado	Acupuntura manual	36 mujeres fueron asignadas a dos grupos (18 mujeres en cada grupo)	Vulvodinia Distinción sexual femenina -Exceso o deficiencia de Qi o sangre que fluye a través de los meridianos que atraviesan y rodean los genitales y la pelvis	mujeres ≥ 18 años de edad con diagnóstico de vulvodinia generalizada o vestibulodinia localizada. Los criterios de exclusión fueron: embarazo, menopausia, cistitis intersticial, síndrome del intestino irritable, vaginitis no tratada, cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica, cualquier otra patología pélvica que cause dolor, fisioterapia, biorretroalimentación, masajes o acupuntura adicional concomitantes.	Atención habitual durante el estudio de 5 semanas y luego recibió 10 sesiones de tratamiento al finalizar el estudio.	11 puntos con método de tonificación por medio de elevación y empuje para estimular, el Qi en el meridiano, en 3 tiempos: a los 10 y 20 minutos después de la inserción, y justo previo a la extracción, a los 30 minutos después de la inserción.	11 puntos Du20 Baihui, Ren4 Guan yuan Ren2 Qugu IG4 Hegu (bilateral) E30 Qichong (bilateral), B6 Sanyinjiao (bilateral), H3 Taichong (bilateral)	10 sesiones 2 días a la semana 5 semanas 30 minutos cada sesión	Cuestionario breve sobre el dolor de McGill (SF-MPQ) Escala de intensidad del dolor presente (PPI) Escala visual analoga (EVA) FSFI	En el grupo de acupuntura se informó una mayor reducción del dolor. Los hallazgos del FSFI al inicio del estudio mostraron que 4 de las mujeres asignadas al azar al grupo de acupuntura no habían sido sexualmente activas frente a 7 del grupo control. Los hallazgos al final del FSFI (5 semanas después) sugirieron que 3 mujeres en el grupo de acupuntura se abstuvieron de tener relaciones sexuales en comparación con 10 en el grupo control. Esas diferencias no fueron significativas ($p=0.66$). Las puntuaciones FSFI total fueron estadísticamente significativas en el grupo de tratamiento frente al control, lo que sugiere una mejora en la función sexual general. Los cambios en la puntuación FSFI dolor en el grupo de tratamiento sugirieron una disminución de la dispareunia. Las diferencias en FSFI excitación, FSFI orgasmo y FSFI satisfacción sexual no fueron significativas entre los grupos. Las puntuaciones de cambio en FSFI deseo y FSFI lubricación, aunque no fueron significativas, presentaron una mejora en el grupo de acupuntura en comparación con el grupo control.	No reportados

Tabla 5. Estudio Ye et al., (2023)

ID	Año, Autor, Lugar	Diseño de estudio	Tipo de intervención	Tamaño de la muestra	Patología	Características de la población de estudio	Grupo control	Grupo de intervención	Puntos de acupuntura	Tiempo de las sesiones	Herramientas de medición	Resultados	Efectos adversos
4	Ye et al. 2023 Chengdu, China	Reporte de caso Estudio cuantitativo descriptivo	Acupuntura manual	1 mujer	Trastorno del interés/excitación sexual femenino -Humedad -Frío	28 años, G1 P1 Baja libido de 1 año de evolución. (1) sensación de frío y humedad en los genitales; descrita como si goteara agua fría; (2) dolor por frío en la parte inferior del abdomen, que empeoraba con el frío y mejoría con el calor, y que empeoraba en invierno; (3) dolor alrededor de la cintura; (4) falta de calor en las extremidades, especialmente	No grupo control	Se insertaron agujas de acero inoxidable (0.3mm x 40mm) a una profundidad de 10-15 mm en Ren12, Zhongyuan, Ren6 Qihai, Ren3 Guanyuan, Ren4 Zhongji, B10 Xuehai, E36 Zusanli, B6 Sanyinjiao, R6 Zhaohai y H3 Taichong en postura decúbito supino; V18 Ganshu, V23 Shenshu, Du4 Mingmen, PC6 Neiguan y R3 Taixi en postura decúbito prono. Abordaje de punción oblicua hacia abajo en Ren4 Guanyuan, Ren3 Zhongji y Ren6 Qihai, en el que la sensación de la aguja se transmitía al periné. Método de manipulación de agujas girando, elevando-empuje para generar sensación de DeQi. Las agujas se dejaron in situ durante 20 minutos y se manipularon a intervalos de 10 minutos. En la misma sesión se realizó acupuntura en las posturas decúbito supino y prono.	23 puntos: Ren12 Zhongyuan, Ren6 Qihai, Ren4 Guanyuan, Ren3 Zhongji, B10 Xuehai (bilateral), E36 Zusanli (bilateral), B6 Sanyinjiao (bilateral), R6 Zhaohai (bilateral), H3 Taichong (bilateral), V18 Ganshu (bilateral), V23 Shenshu (bilateral), Du4 Mingmen, PC6 Neiguan (bilateral), R3 Taixi (bilateral)	20 sesiones 3 días a la semana 7 semanas	Registrarons la frecuencia de las relaciones sexuales (veces/semana) y la calidad de su vida sexual (puntuada sobre 5 puntos) semanalmente durante todo el tratamiento (total de 8 veces) y el FSFI al finalizar el tratamiento. La puntuación final del FSFI fue de 22.6 puntos, que fue mayor a los 19 puntos que corresponden con un diagnóstico de Trastorno Sexual Femenino.	No reportados	

Tabla 6. Estudio Zhang, Ma et al., (2022)

ID	Año, Autor, Lugar	Diseño de estudio	Tipo de intervención	Tamaño de la muestra	Patología	Características de la población de estudio	Grupo control	Grupo de intervención	Puntos de acupuntura	Tiempo de las sesiones	Herramientas de medición	Resultados	Efectos adversos
5	Zhang, Ma et al. 2022 Shandong, China	Estudio observacional prospectivo no controlado Estudio cuantitativo no aleatorio	Acupuntura manual + electroacupuntura	24 mujeres	Disfunción sexual femenina -Deficiencia de Esencia de Riñón -Alteración de Chong Mai y Ren Mai	Pacientes de 28 a 45 años, con pareja sexual estable/habitual. Actividad sexual reciente. Comprender el contenido del cuestionario. Criterios de exclusión: inflamación ginecológica, lesiones orgánicas y disfunción sexual causadas por alguna causa orgánica, ingesta de medicamentos que puedan afectar la función sexual (antihipertensivos y sedantes); casos causados por factores masculinos, antecedentes de traumatismos y cirugías que puedan afectar la vida sexual; incontinencia urinaria severa, incontinencia fecal o pélvica, prolapso de órganos y estar lactando. Las 24 pacientes tenían dispareunia y deseo como principales causas de angustia.	No grupo control	Se clasificaron 2 grupos para los puntos de acupuntura en cara frontal y cara posterior. Al grupo de cara posterior (espalda) se aplicó electroacupuntura con ajuste de la intensidad tolerada por la paciente. En el grupo de cara frontal se utilizaron los puntos: Du24 Shenming, VB13 Benshen (bilateral), VB13 Benshen (bilateral), VB26 Daimai (bilateral), Ovario (bilateral), V43 Huangshu (bilateral), Ren4 Guanyuan, R12 Dahe transversal hacia atrás 0.5-1 pulgada), Ren12 Zhongwan, Ren4 Guanyuan, E25 Tianshu, VB26 Daimai, Ovario, V43 Huangshu, R12 Dahe y E36 Zusani, (punción directa 1-1.5 pulgadas); B6 Sanyinjiao, R3 Taixi y H3 Taichong (punción 0.5-1 pulgadas), Grupo de cara posterior: V23 Shenshu (punción de 1-1.5 pulgadas) y V32 Ciliao (punción oblicua del 200 agujero sacro de 2-2.5 pulgadas).	28 puntos: Du24 Shenming, VB13 Benshen (bilateral), Du20 Baihui Ren12 Zhongwan, E25 Tianshu (bilateral), VB26 Daimai (bilateral), Ovario (bilateral), V43 Huangshu (bilateral), Ren4 Guanyuan, R12 Dahe (bilateral), E36 Zusani (bilateral), B6 Sanyinjiao (bilateral), R3 Taixi (bilateral), H3 Taichong (bilateral) V23 Shenshu (bilateral) V32 Ciliao (bilateral)	Se alternaron los grupos de cara posterior y cara frontal en diferente día, 2-3 veces a la semana. La duración del tratamiento del paciente se determinó en función de si el paciente habla mejorado la sensación subjetiva, aumentado las puntuaciones del FSFI y los requisitos personales (no especificados) de 1 semana a 3 meses de tratamiento. La aguja se dejó durante 30 minutos.	Pregunta las pacientes cara a cara si su dolor sexual se había resuelto FSFI	Después del tratamiento, el aumento del deseo y la reducción de la dispareunia fueron las mejoras subjetivas detectadas. Las puntuaciones FSFI en el deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción e insatisfacción fueron diferencias significativas ($p = 0,00$ (el valor p es cercano a cero y conserva 2 decimales)). La tasa efectiva total del tratamiento con acupuntura para el Trastorno Sexual Femenino fue reportada como del 100%. La tasa de mejora de las diferencias dimensionales estuvo en el siguiente orden: lubricación = excitación > deseo = dispareunia > satisfacción = orgasmo. No se observaron diferencias significativas entre estos. Se encontró un aumento significativo en las puntuaciones de la función sexual entre 1 semana y 3 meses después del tratamiento con acupuntura.	No reportados

Tabla 7. Estudio Oakley et al., (2016)

ID	Año, Autor, Lugar	Diseño de estudio	Tamaño de la muestra	Patología	Características de la población de estudio	Grupo control	Grupo de intervención	Puntos de acupuntura	Tiempo de las sesiones	Herramientas de medición	Resultados	Efectos adversos
6	Oakley et al. 2016 Ohio, EUA	Estudio piloto de cohorte prospectivo de un solo brazo. Estudio cuantitativo no aleatorio	15 mujeres. 13 mujeres completaron el estudio	Trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino (TDSH) Deficiencia de Yang de Riñón -Estancamiento de Qi de Hígado, -Deficiencia de Sangre generalizada -Deficiencia de Yang de Bazo -Fuego de Corazón	Pacientes de 18 a 55 años, sexualmente activas (al menos 4 encuentros sexuales en el mes previo), una relación monógama y diagnóstico documentado de TDSH como la causa principal de Trastorno Sexual Femenino. Criterios de exclusión: posmenopausia, dolor pélvico o dispareunia como la causa primaria, histerectomía y/u ooforectomía, antecedentes de quimioterapia y/o radiación pélvica, uso de anticonceptivos hormonales o terapia de reemplazo hormonal, infección activa de la piel o enfermedad que impida la inserción de agujas de acupuntura, alergia conocida a las agujas de acupuntura o discrasia sanguínea	No grupo control	La sesión inicial incluyó una historia clínica con preguntas de acuerdo con la práctica del acupunturista, sobre hábitos alimentarios, diátesis, ingesta promedio de agua, función digestiva, hábitos de sueño y estado de ánimo general. Se inspeccionó la lengua y se palparon los pulsos centrales y periféricos. Estos datos se utilizaron para el diagnóstico de MTC. Se utilizaron agujas filiformes MAC de un solo uso, calibre 30x1-1.5 pulgadas. Las agujas se colocaron a lo largo del cuero cabelludo, la nuca, la parte baja de la espalda, la parte inferior del abdomen, los codos y/o las rodillas, según el diagnóstico primario predeterminado de MTC. Los participantes podían tener más de un diagnóstico de MTC. Se dejaron permanentes las agujas por 25 minutos y se dieron instrucciones al paciente para relajarse, no moverse y practicar ejercicios de respiración lenta y profunda dentro de una sala con poca luz y con música instrumental tranquila de fondo. Se realizó un cuestionario al inicio y a las 6 semanas, al terminar el tratamiento.	Aplicación media de agujas de acupuntura de 16.9 ± 2.3 en cada sesión. El lugar de inserción de la aguja no fue parte del proceso de recopilación de datos.	10 sesiones 2 días a la semana 5 semanas 25 minutos	FSFI Escala de angustia sexual femenina revisada (FSDS-R) Formulario corto-12 (SF-12) Trastorno de ansiedad generalizada-7 (GAD-7) Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) Cuestionario breve de la Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL BREF)	A todos los sujetos se les diagnosticó Deficiencia de Yang de Riñón (n=15, 100%) y a n=13.87% también recibió un diagnóstico de Deficiencia de Yang de Bazo o Estancamiento de Qi de Hígado (n = 11.73%). En la semana 6, la función sexual general mejoró. La puntuación total media del FSFI aumentó de 19.43 ± 5.96 a 25.45 ± 5.59 (p< 0.0001). El dominio del deseo del FSFI aumentó de 2.08 ± 0.59 a 3.28 ± 1.15 (P < 0.0001). También hubo mejoría de la excitación (p< 0.0001), la lubricación (p= 0.03) y el orgasmo (p= 0.005). La puntuación total del FSDS-R disminuyó de 32.64 ± 12.76 a 23.71 ± 14.06 (p= 0.03), lo que indica menor angustia relacionada con los síntomas sexuales. A pesar de esta mejoría, las puntuaciones se mantuvieron por encima de 11, lo que indica una sensación continua de angustia. Las puntuaciones GAD-7 al inicio del estudio no fueron consistentes con ansiedad severa, pero se presentó una mejora significativa después de la intervención, de 8.00 ± 1.00 a 2.00 ± 5.24 (p= 0.04).	No hubo eventos adversos ni reacciones negativas a la terapia de acupuntura.

Tabla 8. Estudio Zhang, He et al., (2022)

ID	Año, Autor, Lugar	Diseño de estudio	Tipo de intervención	Tamaño de la muestra	Patología	Características de la población de estudio	Grupo control	Grupo de intervención	Puntos de acupuntura	Tiempo de las sesiones	Herramientas de medición	Resultados	Efectos adversos
6	Zhang, He et al 2022, Heilongjiang, China	Estudio prospectivo de series de casos, estudio cuantitativo no aleatorio	Acupuntura manual + electroacupuntura	36 mujeres	Distinción sexual/femenina (DSF) postparto asociada a incontinencia urinaria de esfuerzo (LUE), deficiencia de Qi de Riñón-Daño en Ren Mai-Distinción de Vejiga en el control	(1) Diagnóstico de DSF al presentarse ≥ 1 Trastorno de la excitación sexual, trastorno orgásmico, trastorno de la libido, dolor sexual, vaginismo y/o flicteidez vaginal. (2) Puntuación del PFSDDS < 60 puntos. (3) Fuerza de los músculos vaginales en el examen ginecológico $< \text{Grado III}$. (4) Puntuación del SIPAS < 6 puntos en los últimos 6 meses. Criterios diagnósticos relevantes de LUE postparto: pérdida de orina al estornudar, toser, reír o hacer ejercicio con aumento de la presión abdominal, y volumen de orina residual < 150 ml en el examen ecográfico. Mujeres casadas de 25 a 40 años; postparto de 6 meses a 1 año. Función sexual normal antes del parto. Comprender el cuestionario. No algún otro tratamiento relevante en los últimos 3 meses. Criterios de exclusión: complicaciones con inflamación pélvica y/o tumores pélvicos; enfermedades primarias graves de medicina interna y/o cirugía; infección urinaria postparto. Trastornos mentales. Desmayo y/o miedo a la punción e intolerancia a la acupuntura.	No grupo control	Posición lateral con la región lumbosacra y anal completamente expuesta. Se utilizaron agujas filiformes estériles de un solo uso, de 0.25mm \times 60mm. Se realizó una inserción perpendicular en V23 Shenshu, V28 Pangguangshu y EX-B8 Shiqizhui, de 20-30mm de profundidad. V35 Huiyang, de 40-50mm de profundidad. Las puntas de las agujas cerca del sacro (es conductor de la estimulación eléctrica al centro neural en la cavidad sacra) en V32 Ciliao y V23 Zhongliao. Se utilizó el electroestimulador KWD808 II, con 6 baterías No.5. En electroacupuntura, V23 Shenshu (electrodo positivo) y V35 Huiyang (electrodo negativo) estaban como un par y V32 Zhongliao (electrodo positivo) y V33 Zhongliao (electrodo negativo) como otro par en el mismo lado. En total, se estimularon 4 pares de puntos de acupuntura con electricidad de forma bilateral. Estos puntos de acupuntura fueron estimulados con ondas dispersas, 2 Hz y 0.5 mA. La intensidad eléctrica dependía de si el ligero temblor de los músculos perianales era visible o no a simple vista. Finalizado el tratamiento, se retiraron las agujas y se cambió de posición a la paciente a decúbito supino con el abdomen y las piernas expuestas. Utilizaron los puntos Ren6 Chiai, Ren4 Guanyuan, Ren3 Zhongji, Ren2 Cugu, E28 Shuidao y EX-CA1 Zigong con agujas filiformes estériles de un solo uso, de 0.25mm \times 40mm. Se realizó una inserción oblicua, con las puntas hacia abajo, de 20-25mm de profundidad. En E36 Zusanli y B6 Sanyinjiao se utilizaron agujas filiformes estériles de un solo uso, de 0.25mm \times 40mm, con una inserción perpendicular de 25-35 mm de profundidad. Posteriormente, se conectó el electroestimulador KWD-808 II. Ren6 Chiai y Ren4 Guanyuan, Ren3 Zhongji y Ren2 Cugu, así como E28 Shuidao y EX-CA1 Zigong en el mismo lado eran pares, respectivamente. En total fueron 4 pares de puntos de acupuntura. Estos puntos de acupuntura fueron estimulados con ondas dispersas, 2 Hz y 0.5 mA. La intensidad eléctrica dependía de si el ligero temblor de los músculos locales era visible o no a simple vista.	24 puntos: V23 Shenshu (bilateral) V35 Huiyang (bilateral) V28 Pangguangshu (bilateral) EX-B8 Shiqizhui (bilateral) V32 Ciliao (bilateral) V33 Zhongliao (bilateral) Ren6 Chiai Ren4 Guanyuan, Ren3 Zhongji, Ren2 Cugu E28 Shuidao (bilateral) EX-CA1 Zigong (bilateral) E36 Zusanli (bilateral) B6 Sanyinjiao (bilateral)	36 sesiones 6 días a la semana 2 semanas Las agujas se retiraron durante 30 min Una fase del tratamiento se completaba en 1 ciclo menstrual Para los casos sin recuperación del ciclo menstrual, el tratamiento se administró durante 2 semanas cualquiera en un ciclo menstrual y en los casos de un ciclo menstrual normal, el tratamiento evitaba el período menstrual. En total, el tratamiento duró 3 ciclos menstruales.	Escala diagnóstica de distinción sexual femenina (PFSDDS) Escala de valoración del dolor en las relaciones sexuales (SIPAS) Prueba de fuerza de los músculos del suelo pélvico (PFMST) Examen urodinámico (UE)	Después del tratamiento, la puntuación PFSDDS aumentó en comparación con la puntuación antes del tratamiento ($p < 0.05$). La puntuación total de SIPAS, la puntuación de dolor sexual en SIPAS y la puntuación de la actitud hacia las relaciones sexuales aumentaron en comparación con las obtenidas antes del tratamiento ($p < 0.05$). La puntuación PFMST aumentó en comparación con la obtenida antes del tratamiento ($p < 0.05$). La MBC, PFMST, Omax, y MUCP aumentaron y la PYR se redujo en comparación con previo al tratamiento ($p < 0.05$)	No reportados

Se encontró que los puntos de acupuntura que fueron utilizados para el tratamiento del trastorno de interés/excitación sexual femenino fueron utilizados puntos corporales y auriculares. Con respecto a los puntos de acupuntura corporal, en 4 estudios se utilizaron como puntos en común B6 Sanyinjiao, Ren4 Guanyuan y V23 Shenshu. En 3 estudios fueron utilizados los puntos E36 Zusanli, H3 Taichong y R3 Taixi; y los puntos de acupuntura que coincidieron en 2 estudios fueron Du20 Baihui, Du4 Mingmen, PC6 Neiguan, Ren12 Zhongwan, Ren2 Qugu, Ren3 Zhongji, Ren 6 Qihai y V32 Ciliao. La tabla 3 resume los puntos de acupuntura que fueron utilizados en los estudios y la frecuencia de aparición.

Tabla 9. *Puntos de acupuntura utilizados en los estudios de la revisión sistemática*

Acupuntos	Khamba et al. (2013)	Schlaeger et al. (2015)	Ye et al. (2023)	Zhang, Ma et al. (2022)	Zhang, He et al. (2022)	Total
1 B10 Xuehai (bilateral)			*			1
2 B6 Sanyinjiao (bilateral)		*	*	*	*	4
3 C7 Shenmen (bilateral)	*					1
4 Du20 Baihui		*		*		2
5 Du24 Shenting				*		1
6 Du4 Mingmen	*		*			2
7 E25 Tianshu (bilateral)				*		1
8 E28 Shuidào (bilateral)					*	1
9 E30 Qichong (bilateral)		*				1
10 E36 Zusanli (bilateral)			*	*	*	3

11	EX-B8 Shiqizhui (bilateral)				*	1
12	EX-CA1 Zigong (bilateral)				*	1
13	H3 Taichong (bilateral)		*	*	*	3
14	IG4 Hegu (bilateral)		*			1
15	Ovario (bilateral)				*	1
16	PC6 Neiguan (bilateral)	*		*		2
17	R12 Dahe (bilateral)				*	1
18	R3 Taixi (bilateral)	*		*	*	3
19	R6 Zhaohai (bilateral)			*		1
20	Ren12 Zhongwan			*	*	2
21	Ren2 Qugu		*		*	2
22	Ren3 Zhongji			*	*	2
23	Ren4 Guanyuan		*	*	*	4
24	Ren6 Qihai			*	*	2
25	V18 Ganshu (bilateral)			*		1
26	V23 Shenshu (bilateral)	*		*	*	4
27	V28 Pangguangshu (bilateral)				*	1
28	V32 Ciliao (bilateral)				*	2
29	V33 Zhongliao (bilateral)				*	1

30	V35 Huiyang (bilateral)		*	1
31	V43 Huangshu (bilateral)	*	*	1
32	VB13 Benshen (bilateral)	*		1
33	VB26 Daimai (bilateral)	*		1

Nota: El estudio de Oakley et al. (2016) no reportó los puntos de acupuntura utilizados, haciendo mención que se llevaron a cabo tratamientos individualizados. El punto de acupuntura Ovario se menciona en el estudio de Zhang, Ma et al. (2022) como un punto extraordinario, pero no se proporcionó mayor información.

Evaluación de la calidad de los estudios

La calidad metodológica de todos los estudios fue evaluada por medio de la Herramienta de Evaluación de Métodos Mixtos (MMAT) (Pluye y Hong, 2022). Con base a esta herramienta, los estudios recibieron una puntuación de 20%, 40%, 60%, 80% y/o 100%.

Puntuaciones de 80 a 100% se consideraron de calidad alta. No se excluyeron estudios por la puntuación de calidad. La Tabla 2 muestra los resultados de los estudios con base a la herramienta MMAT.

Tabla 10. *Tabla con la puntuación global de cada estudio*

Criterios de la herramienta de evaluación de métodos mixtos	Estudios						
	Khambha et al. 2013	Rashidi et al. 2022	Schlaeger et al. 2015	Ye et al., 2023	Zhang, Ma et al. 2022	Oakley et al. 2016	Zhang, He et al. 2022
1.1							
1.2							
1.3							
1.4							
1.5							
2.1		1	1				

2.2		1		1			
2.3		1		1			
2.4		0		0			
2.5		1		1			
3.1	1				0	1	0
3.2	1				1	1	1
3.3	1				1	1	1
3.4	1				1	1	0
3.5	1				1	1	1
4.1				0			
4.2				0			
4.3				1			
4.4				1			
4.5				1			
5.1							
5.2							
5.3							
5.4							
5.5							
Criterios de calidad cumplidos	100%	80%	80%	60%	80%	100%	60%

V. Discusión y Conclusiones

Se ha notado en la literatura científica un mayor interés por la comprensión y el tratamiento de la disfunción sexual femenina. Esta revisión se enfocó en la disfunción sexual en los dominios del deseo y de la excitación sexual femenino por ser los parámetros principalmente afectados. Estos dominios se han englobado en el trastorno del interés/excitación sexual femenino descrito en el DSM-V, que previamente era denominado en el DSM-IV como trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino. Esta evolución en la nomenclatura se realizó con la finalidad de lograr abarcar más la relación en la sintomatología que se había evidenciado en este padecimiento. A la par, en la Medicina Tradicional China se han efectuado sus propios hallazgos con la intención de llevar a cabo un tratamiento que ayude a la resolución de esta problemática clínica, ya que

también el tratamiento disponible por medio de la investigación clínica y farmacológica en la medicina occidental se muestra como un reto al no lograrse evidenciar una mejoría clínica constante.

De los 7 artículos analizados, 5 se realizaron para la disfunción sexual femenina, siendo los rubros del deseo, de la excitación, de la lubricación, del orgasmo y de la satisfacción sexual tomados en consideración. Sólo 1 ensayo clínico y 1 reporte de caso fueron realizados específicamente tomando el parámetro del deseo sexual y del interés/excitación como temas de estudio. De los cinco artículos en los que se estudió la disfunción sexual femenina, cuatro de estos expusieron los hallazgos de los dominios más afectados en las mujeres que fueron analizadas, siendo el deseo, la excitación y el dolor sexual los parámetros más comúnmente afectados. El estudio de Zhang, He et al. (2022), fue llevado a cabo en mujeres postparto con disfunción sexual e incontinencia de esfuerzo pero no fue reportado un dominio principalmente afectado o que presentara una mejoría en específico; se mencionó que la afectación del deseo o de la excitación sexual fueron tomados en consideración para el diagnóstico al momento de reclutar la muestra, pero sólo se mencionó mejoría en las puntuaciones de la escala diagnóstica de disfunción sexual femenina postparto (PFSDDS) y de la escala de valoración del dolor en las relaciones sexuales (SIPAS). Se llevó a cabo una búsqueda sobre estas escalas y se encontró que fueron utilizadas en otros estudios en China, sin embargo, no se logró localizar el formato o las puntuaciones que se consideran para estratificar.

En respuesta a los objetivos específicos de esta revisión sistemática, aquel sobre determinar las modalidades de acupuntura más efectivas utilizadas en los estudios, se constató que los estudios fueron realizados por medio de la electroacupuntura auricular, auriculopuntura, de la acupuntura manual y de la electroacupuntura. En cuanto al objetivo de encontrar los síndromes de Medicina Tradicional China asociados al trastorno de interés/excitación sexual femenino, en los estudios se representaron por deficiencia de Esencia de Riñón, la alteración de los canales Chong Mai y Ren Mai, la deficiencia de Qi de Riñón, la

deficiencia de Yang de Riñón, la deficiencia de Yin de Corazón, el exceso o deficiencia de Qi y/o Sangre que fluye por los meridianos que atraviesan y rodean los genitales y la pelvis, la humedad, el síndrome por frío, el estancamiento de Qi de Hígado, la deficiencia de Yang de Bazo, la deficiencia de Sangre generalizada, el fuego en Corazón y el daño de Ren Mai.

Las acciones e indicaciones de los puntos de acupuntura sólo fueron detallados en el estudio de Zhang, Ma et al. (2022) y en el estudio de Zhang, He et al. (2022). La tabla 4 muestra las acciones especificadas por Zhang, Ma et al. (2022) de los acupuntos, así como las indicaciones de los demás puntos de acupuntura acorde a la revisión de la literatura de Suh, 2016; Focks, 2008; Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, 2002.

Tabla 11. *Función de los puntos de acupuntura*

	Zhang, Ma et al. (2022)	Zhang, He et al. (2022)	Explicación de los puntos de acupuntura según la revisión de Suh (2016); Focks (2008)
1	B10 Xuehai		Punto importante para regular la Sangre: fortalece la Sangre, disipa la estasis de la Sangre, enfría la Sangre, detiene el sangrado, regula la menstruación. Beneficia la piel. Punto local para trastornos de la rodilla.
2	B6 San Yin Jiao	Promueve la circulación sanguínea y tiene un mejor efecto curativo en enfermedades ginecológicas	Fortalece el bazo, beneficia al Riñón y consolida la Raíz de la Vida.
3	C7 Shen Men		Punto de encuentro con los canales del Hígado y del Riñón (punto de conexión Luo) y el Yin Qiao Mai. Punto muy importante para los trastornos del Jiao Inferior, así como para trastornos digestivos y psicológicos causados por la deficiencia de Sangre y Yin. Tonifica a Bazo y Estómago, resuelve y elimina la humedad y la estasis. Nutre la Sangre y el Yin, regula la menstruación, favorece el parto. Regula la micción, beneficia los genitales, armoniza el Jiao Inferior. Calma el Shen.
4	Du20 Baihui	Efecto regulador directo sobre el estrés mental	Punto de origen Yuan, punto de corriente shu, punto de sedación. Punto importante para calmar el Shen. Puntos de acupuntura Shu arroyo y punto Yuan del meridiano de mano Shaoyin*, Corazón. Punto de Tierra. Regula el Qi de Corazón y fortalece el Corazón (Sangre y Yin), calma el Shen. Elimina el calor del canal del corazón.
			Aclara y calma la mente, beneficia al cerebro, tonifica el Yang, fortalece la función ascendente del bazo para contrarrestar el prolapso y favorece la reanimación. Punto importante para descender el Yang (técnicas de aguja reductora) o subir el Yang (técnicas de aguja

		debido al efecto terapéutico local	tonificante, moxibustión). Nutre el Mar de Médula. Punto de encuentro con el meridiano de Vejiga, Vesícula Biliar, Jiao Inferior e Hígado.
5	Du24 Shenting	Efecto regulador directo sobre el estrés mental debido al efecto terapéutico local.	Punto de encuentro con los canales de Vejiga y Estómago. Despeja el cerebro. Uno de los puntos principales para calmar el Shen. Disipa el viento (interno). Elimina factores patógenos de los ojos y la nariz.
6	Du4 Mingmen		Punto importante para tonificar el Yang, especialmente el Yang de Riñón. Tonifica el Qi original y la Esencia, calienta la Puerta de la Vida (MingMen), fortalece la espalda baja y limpia el cerebro. Regula DuMai, beneficia la región lumbar. Pacifica el viento en DuMai.
7	E25 Tianshu		Punto Mu anterior del intestino grueso*. Punto importante para los trastornos del tracto gastrointestinal. Regula el Bazo, Estómago e Intestinos, Elimina la humedad y aclara el Calor-Humedad. Elimina el estancamiento. Regula el Qi y la Sangre.
8	E28 Shuidao		Regula los pasajes de agua, elimina el calor húmedo, beneficia el Jiao Inferior, elimina el estancamiento y regula la menstruación. Punto local importante para el tracto urogenital.
9	E30 Qichong		Regula el Qi en el Jiao Inferior. Punto de encuentro con Chong Mai (también con el meridiano de Vesícula Biliar), punto Mar de Granos. Promueve la Esencia, regula el Qi y la Sangre. Tonifica el Qi nutritivo.
10	E36 Zusanli	Fortalece el bazo, beneficia al Riñón y consolida la Raíz Vital.	Punto de acupuntura He-Sea del meridiano del Estómago del pie-Yangming*. Tonifica el Bazo, regula el Estómago, transforma la humedad. Tonifica el Qi, el Yang, la Sangre y el Yin. Tonifica el Qi nutritivo y el Qi defensivo para fortalecer el cuerpo. Calma el Shen. Abre el canal. Punto Tierra, punto Ben (punto de las Cinco Fases), punto de mando Gao Wu para trastornos del abdomen, punto Ma Dan Yang, punto Mar de Agua y punto Grano. Punto de Reanimación.
11	EX-B8 Shiqizhui	Puntos clave para el alivio del dolor en ginecología.	Tonifica los Riñones, abre el meridiano localmente, activa los colaterales, alivia el dolor, regula el útero y beneficia la región lumbar.
12	EX-CA1 Zigong	Puntos clave para el alivio del dolor en ginecología.	Tonifica y calienta el Qi original (Yuan-Qi). Regula la menstruación. Alivia el dolor en el abdomen y la región lumbar. Calma al feto.
13	H3 Taichong	Trata la depresión al inhibir el eje hipotalámico-	Punto Shu arroyo y punto Yuan del meridiano de Hígado del pie-Jueyin*, punto Tierra, punto de la estrella celestial Ma Dan Yang. Punto importante para difundir el Qi del Hígado. Suprime el Yang de Hígado, lo seda en patrones

		pituitario-suprarrenal hiperactivo	excesivos. Nutre la Sangre y el Yin de Hígado. Aclara la cabeza y los ojos. Elimina el viento (interno). Regula el Jiao Inferior, Regula la menstruación.
1 4	IG4 Hegu		Punto Yuan del meridiano de Intestino Grueso de mano-Yangming*. Elimina obstrucciones del meridiano, tonifica el flujo de Qi. Elimina el fuego y expulsa el viento. Limpia el fuego del Yang Ming (IG, Estómago) y calma el Shen. Punto del río Jing, Punto de fuego.
1 5	Ovario	Punto extraño fuera de los meridianos con un efecto terapéutico único en el ovario.	
1 6	PC6 Neiguan		Punto de conexión Luo, punto de apertura (maestro) del Yin Wei Mai, punto de mando Gao Wu para el tórax. Punto de acupuntura de conexión Luo del meridiano del pericardio y uno de los 8 puntos de acupuntura convergentes "asociados con el vaso de enlace Yin". Regula y tonifica el Qi de Corazón y la Sangre de Corazón. Calma el Shen, abre el pecho, Regula a San Jiao. Armoniza el Estómago y abre el canal. Punto principal para náuseas y vómitos.
1 7	R12 Dahe		Regula el Calentador Inferior, fortalece los Riñones y la Esencia (Jing). Punto de encuentro con Chong Mai.
1 8	R3 Taixi		Punto Shu arroyo y punto Yuan del meridiano del Riñón del pie Shaoyin*, punto Tierra. Nutre el Yin de Riñón y elimina el calor por deficiencia, tonifica el Yang del Riñón, estabiliza el Qi del Riñón y los Pulmones (ayudando a los Riñones a absorber el Qi), regula la menstruación. Fortalece la zona lumbar. Punto importante para tonificar los Riñones (especialmente el Yin de Riñón).
1 9	R6 Zhaohai		Punto de apertura (maestro) del Yin Qiao Mai. Tonifica el Yin de Riñón, elimina el Calor-Vacío, beneficia la garganta, regula el Jiao Inferior. Calma el Shen. Mueve el Qi localmente. Uno de los 8 puntos de acupuntura convergentes que se asocian con el vaso del talón Yin*.
2 0	Ren12 Zhong Wan		Punto Mu frontal de estómago y uno de los 8 puntos de acupuntura confluentes asociados con los órganos Fu*. Punto de encuentro con los canales del Intestino Delgado, San Jiao y Estómago. Armoniza y tonifica el Jiao Medio, desciende el Qi en contraflujo, regula el flujo del Qi y alivia el dolor, transforma la humedad.
2 1	Ren2 Qugu	Actúa sobre la consolidación de Ren Mai, beneficia al Riñón, favorece la circulación	Punto de encuentro con el meridiano de Hígado. Nutre la Esencia, beneficia la micción, calienta el Yang y fortalece los Riñones. Regula y limpia el Jiao Inferior.

			del meridiano y detiene el dolor. La acupuntura en este punto puede mejorar la función pituitaria.	
² ₂	Ren3 Zhongji		Actúa en la función de Ren Mai, beneficia al Riñón, favorece la circulación del meridiano y detiene el dolor. La acupuntura en este punto puede mejorar la función pituitaria. Es el punto front-Mu del meridiano de Vejiga, junto a V28 actúan en la regulación de la actividad del Qi de Vejiga y en la regulación de la continencia urinaria.	Punto Mu frontal de la Vejiga*. Punto de encuentro con los canales del Hígado, Riñón y Bazo. Limpia y promueve la función del sistema genitourinario, beneficia al Útero, disipa el estancamiento en el Jiao Inferior. Beneficia a la Vejiga, drena la humedad y el Calor-Humedad. Regula la menstruación. Fortalece los Riñones.
² ₃	Ren4 Guan Yuan	Efecto protector sobre el útero	Actúa sobre la función de Ren Mai, beneficia al Riñón, favorece la circulación del meridiano y detiene el dolor. La acupuntura en este punto puede mejorar la función pituitaria.	Punto Mu frontal de Intestino Delgado, punto de encuentro con los meridianos de Bazo, Riñón e Hígado. Punto importante para la tonificación. Punto importante para los trastornos urogenitales (especialmente los trastornos ginecológicos). Tonifica el Qi Original (Yuan Qi), beneficia la Esencia (Jing), fortalece y nutre los Riñones, la Sangre y el Yin. Elimina el frío y la humedad del Jiao Inferior (especialmente con moxibustión). Fortalece la mente y el Yang. Ayuda a la concepción. Fortalece el Bazo, restaura del colapso y ayuda en los golpes de viento.

2 4	Ren6 Qihai		Actúa sobre la función de Ren Mai, beneficia al Riñón, favorece la circulación del meridiano y detiene el dolor. La acupuntura en este punto puede mejorar la función pituitaria.	Punto de acupuntura Yuan fuente*. Tonifica el Qi Original (Yuan Qi) así como el Qi en general, fortalece los Riñones (especialmente el Yang de Riñón), regula el Qi, armoniza la sangre, elimina la humedad y regula el Jiao Inferior. Importante punto de tonificación en caso de agotamiento físico y mental: rescata del colapso del Yang, fortalece especialmente el Qi y el Yang con moxibustión.
2 5	V18 Ganshu			Punto Shu de espalda de Hígado. Regula el Qi, el Yang y la Sangre de Hígado. Enfía el fuego, limpia el Calor-Humedad, Nutre la sangre de Hígado, domina el viento (interno). Regula la sangre de Vesícula Biliar. Facilita el flujo del Qi. Beneficia a los ojos y a los tendones.
2 6	V23 Shenshu		Indicado en trastornos de ginecología. Fortalece el Qi de Riñón y la función de almacén del Riñón.	Punto Shu de espalda de los Riñones. Punto de encuentro con DuMai. Punto importante para tonificar los Riñones y la Esencia (Jing) de Riñón. Tonifica el Qi y Yang de Riñón, nutre el Yin de Riñón. Regula el Jiao Inferior. Regula los pasajes de agua, resuelve la humedad, fortalece el cerebro. Beneficia al Útero, los huesos, la médula, los ojos y los oídos. Fortalece la zona lumbar.
2 7	V28 Pang Guang Shu		Punto Back-shu del meridiano de Vejiga, junto con Ren3 actúan en la regulación de la actividad del Qi de Vejiga y en el regulación de la continencia urinaria.	Punto Shu de espalda de Vejiga. Regula la Vejiga y el Jiao Inferior. Limpia el Calor-Humedad del Jiao Inferior. Elimina el estancamiento y transforma masas. Promueve las funciones del Intestino Delgado y de la Vejiga. Regula la micción. Beneficia la región lumbar y las extremidades inferiores.
2 8	V32 Ciliao	Efecto terapéutico sobre la enfermedad pélvica por la localización de los nervios L1. L2 y L3; S2, S3 y S4 que inervan los órganos de reproducción	Indicado en trastornos en ginecología.	Acción mayor de los 8 puntos (junto con V33) para regular el Jiao Inferior y promover la micción. Fortalece los Riñones y la Esencia (Jing). Beneficia a los intestinos. Promueve el parto. Punto con mayor acción (junto con V33) de los 8 para beneficiar la región lumbar. Punto de encuentro con el meridiano de Vesícula Biliar. Útil para aliviar el dolor durante el parto.

femeninos y sus tejidos circundantes.

² ⁹	V33 Zhong Liao	Indicado en trastornos de ginecología.	Acción mayor de los 8 puntos (junto con V32) para regular el Jiao Inferior y promover la micción. Fortalece a los Riñones y la esencia (Jing). Beneficia a los intestinos. Promueve el parto. Punto con mayor acción (junto con V32) de los 8 para beneficiar la región lumbar. Punto de encuentro con el meridiano de Vesícula Biliar.
³ ⁰	V35 Huiyang	Indicado en trastornos de ginecología.	Elimina el Calor-Humedad del Jiao Inferior. Trata las hemorroides y el prolapso rectal. Beneficia el cóccix. Especialmente en pacientes con un sistema inmunológico debilitado, este punto debe pincharse sólo si es estrictamente necesario.
³ ¹	V43 Gao Huang Shu		Tonifica y nutre los cinco órganos Zang: Pulmón, Corazón, Riñones, Estómago y Bazo. Nutre el Yin, elimina el calor. Calma el Shen. Fortalece el Qi Original (Yuan Qi) y la Esencia. Elimina la Flema. Punto importante para los síndromes carenciales (indicación clásica).
³ ²	VB13 Benshen	Efecto regulador directo sobre el estrés mental	Punto de encuentro con el Yang WeiMai. Expulsa el viento. Calma el Shen, aclara el cerebro y beneficia a los ojos.
³ ³	VB26 Daimai		Punto de encuentro con el DaiMai. Regula el DaiMai. Regula el útero. Drena el Calor-Humedad. Regula la menstruación, calma al feto.

Nota: *Información de Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, 2000. Chinese Acupuncture and Moxibustion.

Los puntos de acupuntura auricular fueron utilizados por Rashidi Amad Abadi et al. (2022) para mejorar la libido, la frigidez y la excitación fueron los puntos ShenMen, Zero, Maestro Cerebral, Talámico, Endocrino, Ovario, Útero, puntos del Deseo Sexual, Relajación y Excitación. El punto de la Libido refleja los órganos genitales externos, este en los hombres se ha descrito que ayuda a mejorar la impotencia, la eyaculación precoz y el deseo sexual. Los puntos del Útero pueden ayudar a mejorar los problemas premenstruales, la endometriosis, el ciclo menstrual irregular, la dismenorrea, el sangrado uterino, la disfunción sexual, la infertilidad y los problemas del embarazo. El punto de Ovario afecta a

las gónadas y mejora la función sexual, la inflamación ovárica y la frigidez en las mujeres.

La etiología de la disfunción sexual es biopsicosocial, esta puede deberse a una condición orgánica, un padecimiento psicológico y/o a una condición social (McCool-Myers et al. 2018). La acupuntura de la Medicina Tradicional China se ha caracterizado por ser un tratamiento con enfoque tanto en lo orgánico como en lo psicológico. Es esencial una secreción normal hormonal en el cuerpo de la mujer para tener una función sexual adecuada. La acupuntura puede regular la función endocrina de los ejes hipotálamo-hipófisis-gonadal y el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal promoviendo la liberación normal hormonal, así como tratar la depresión y la ansiedad al estimular el control del Shen. (Zhang, Ma et al. 2022).

Analizando el tratamiento que se ha estudiado para la disminución del deseo sexual y la excitación femenina con el enfoque de la Medicina Tradicional China por medio de la acupuntura, fue reportado por los estudios una mejoría de la sintomatología en un promedio de 10 sesiones siendo puesto de manifiesto por medio del aumento del puntaje del FSFI. Dependiendo del tiempo de evolución de la disfunción sexual y de la intensidad de la sintomatología puede ser requerido un mayor número de sesiones.

El objetivo general de esta investigación fue analizar la evidencia científica existente sobre la efectividad de la acupuntura de la Medicina Tradicional China como tratamiento para el trastorno de interés/excitación sexual femenina; como respuesta a este, se puede concluir que la utilización de la acupuntura como tratamiento para el trastorno del interés/excitación sexual femenina es una buena herramienta terapéutica a considerar como tratamiento integrativo y/o inicial, ya que además de haberse encontrado una recuperación significativa de la sintomatología, los efectos adversos son mínimos en comparación con los tratamientos actualmente disponibles de la medicina occidental.

La Medicina Tradicional China reconoce que la actividad sexual llevada a cabo de una manera adecuada implica tener actividades vitales con una marcada mejora, así como una evidente extensión de la vida. Es por ello por lo que la calidad de vida se ve evidentemente beneficiada (Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, 2002).

VI. Referencias

- Abdi, F., Zainab, A., Roozbeh, N., Amjadi, M. A., & Robotjazi, M. (2023). Does acupuncture improve sexual dysfunction? A systematic review. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 20(1), 1-16.
<https://doi.org/10.1515/jcim-2021-0194>
- Alcántara Montero, A., & Sánchez Carnerero, C. I. (2016). Disfunción sexual femenina: Opciones de tratamiento farmacológico. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 42(5), 33-37. <https://doi.org/DOI: 10.1016/j.semerg.2016.02.008>
- American Psychiatric Association. (2014). Trastorno del interés/excitación sexual femenino. En *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5.ª ed.). Editorial Medica Panamericana.
- American Psychiatric Association, A. (1995). Trastornos sexuales y de identidad sexual. En *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV* (4.ª ed.). Masson.
- Basson, R., & Gilks, T. (2018). Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Women's Health*, 14.
<https://doi.org/10.1177/1745506518762664>
- Blümel M, J. E., Binfa E, L., Cataldo A, P., Carrasco V, A., Izaguirre L, H., & Sarrá C, S. (2004). Índice de función sexual femenina: Un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 69(2), 118-125.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000200006>

- Cardona-Arias, J. A., & Higueta-Gutiérrez, L. F. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 175-189.
- Cassiani-Miranda, C. A., Cuadros-Cruzb, A. K., Torres-Pinzón, H., Scoppettad, O., Pinzón-Tarrazonae, J. H., López-Fuentese, W. Y., Paezb, A., Cabanzo-Arenasf, D. F., Ribero-Marulandae, S., & Llanes-Amaya, E. R. (2021). Validity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for depression screening in adult primary care users in Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English Edition)*, 50(1). <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2019.09.002>
- Castel, A., Miró, J., & Rull, M. (2007). La escala de dolor BS-21: Datos preliminares sobre su fiabilidad y validez para evaluar la intensidad del dolor en geriatría. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 14(4). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000400004
- Chubak, B., & Doctor, A. (2018). Traditional Chinese Medicine for Sexual Dysfunction: Review of the Evidence. *Sexual Medicine Reviews*, 6(3), 410-418. <https://doi.org/DOI: 10.1016/j.sxmr.2017.11.007>
- Cruz del Castillo, C., Romero, A., & Erari Gil-Bernal, F. de M. (2013). Indicadores de Deseo, Autoerotismo e Impulsividad Sexual en Mujeres de la Ciudad de México. *Acta De Investigación Psicológica*, 3(1), 1031-1040. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(13\)70950-5](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(13)70950-5)

- Dalmau-Santamaria, I. (2018). *Fundamentos teóricos para la práctica clínica de la acupuntura-medicina china*. 12(4), 126-132.
<https://doi.org/10.1016/j.acu.2018.11.001>
- De Dios Blanco, E., Duany Navarro, A., & Rojas Zuasnábar, L. (2016). Trastorno de deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. *Revista Sexología y Sociedad*, 22(2), 166-187.
- Delgado Parra, V. (2015). Disfunciones sexuales de la mujer. En *Lo que todo clínico debe saber de Sexología* (pp. 25-48). Amssac asociación.
<http://www.amssac.org/wp-content/uploads/2015/05/Libro-Sexolog%C3%ADa-2015.pdf#page=36>
- Derogatis, L. R., Revicki, D. A., Rosen, R. C., Jordan, R., Lucas, J., & Spana, C. (2021). Psychometric validation of the Female Sexual Distress Scale-Desire/Arousal/Orgasm. *J Patient Rep Outcomes*, 5(100).
<https://doi.org/10.1186/s41687-021-00359-1>
- Dupuis, C. J. (s. f.). *What is Qi? Qi in TCM Acupuncture Theory*. Yin Yang House.
https://yinyanghouse.com/theory/theory/chinese/what_is_qi/#yuan
- Edinoff, A. N., Sanders, N. M., Lewis, K. B., Apgar, T. L., Cornett, E. M., Kaye, A. M., & Kaye, A. D. (2022). Bremelanotide for Treatment of Female Hypoactive Sexual Desire. *Neurology International*, 14(1), 75-88.
<https://doi.org/10.3390/neurolint14010006>
- Focks, C. (2008). *Atlas of Acupuncture*. Churchill Livingstone.
- Galli Silva, E., Feijóo LLontop, L., Roig Rojas, I., & Romero Elmore, S. (2002). Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de

medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. *Rev Med Hered*, 13(1), 19-25.

Hong, Q. N., Turcotte-Tremblay, A.-M., & Pluye, P. (2020). Revisiones sistemáticas mixtas. Un ejemplo sobre la financiación basada en los resultados. En *Evaluación de las intervenciones sanitarias en salud global. Métodos avanzados* (pp. 165-194). Éditions science et bien commun y Marseille: IRD Éditions.
<https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/evalsalud/chapter/revuesmixtes/>

Khamba, B., Aucoin, M., Lytle, M., Vermani, M., Maldonado, A., Iorio, C., Cameron, C., Tsigielis, D., D'Ambrosio, C., Anand, L., & Katzman, M. A. (2013). Efficacy of acupuncture treatment of sexual dysfunction secondary to antidepressants. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 19(11), 862-869. <https://doi.org/10.1089/acm.2012.0751>

Kingsberg, S. A., & Woodard, T. (2015). Disfunción sexual femenina con enfoque en la disminución del deseo. *Obstet Gynecol*, 125(447). <https://doi.org/DOI:10.1097/AOG.0000000000000620>

Labbate, L. A., Grimes, J. B., Hines, A., & Pollack, M. H. (1997). Bupropion Treatment of Serotonin Reuptake Antidepressant-Associated Sexual Dysfunction. *Annals of Clinical Psychiatry*, 9(4), 241-245. <https://doi.org/10.1023/a:1022356427242>

Lema Chauca, J. A., & Hernández Rodríguez, Y. de la C. (2022). Terapia cognitivo-conductual en el trastorno del deseo sexual hipoactivo. *Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación*, 6(42), 36-44.
<https://doi.org/ttps://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp36-44>

- Levin, R. J. (2017). The Human Sexual Response Cycle. En *The Textbook of Clinical Sexual Medicine* (pp. 39-51). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-52539-6_4
- Lopez-Maguey, R. P., Cantellano-Orozco, M., Staufert-Gutiérrez, J. R., Gómez-Sánchez, J., Herrera-Muñoz, J. A., & Preciado-Estrella, D. A. (2018). Prevalencia de disfunción sexual femenina en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. *Rev Mex Urol*, 78(3), 169-175. <https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.24245/revmexurol.v78i3.1747>
- Lozano, F. (2014). Basic Theories of Traditional Chinese Medicine. En *Acupuncture for Pain Management* (pp. 13-43). Springer. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-5275-1_2#citeas
- Maciocia, G. (2011). *La Psique En La Medicina China* (1.^a ed.). Elsevier.
- Maciocia, G. (2015). *The Foundations of Chinese Medicine. A Comprehensive Text* (Third). Elsevier.
- Maciocia, G. (2019). *Diagnosis in Chinese Medicine: A Comprehensive Guide* (Second). Elsevier.
- Manzo, C., Carvajal, Á., & Paz Olea, C. (2006). Implementación de un Programa de Terapia Sexual en un Grupo de Mujeres con un Cuadro Depresivo Leve y Moderado y Sintomatología Ansiosa en Comorbilidad a una Disfunción Sexual. *Terapia Psicológica*, 24(2), 161-168.
- Mas, M. (2007). Fisiología de la respuesta sexual femenina: Actualización. *Revista Internacional de Andrología*, 5(1), 11-21. [https://doi.org/doi:10.1016/s1698-031x\(07\)74029-3](https://doi.org/doi:10.1016/s1698-031x(07)74029-3)

- Mayo Clinic. (2022, febrero 24). *Poco deseo sexual en mujeres*. Mayo Clinic.
<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/low-sex-drive-in-women/diagnosis-treatment/drc-20374561>
- McCool-Myers, M., Theurich, M., Zuelke, A., Knuette, H., & Apfelbacher, C. (2018). Predictors of female sexual dysfunction: A systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Women's Health*, 18(108).
<https://doi.org/10.1186/s12905-018-0602-4>
- Melipillán Araneda, R., Cova Solar, F., Rincón González, P., & Valdivia Peralta, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 26(1), 59-69.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100005>
- Meryhelen Torres, G. L. (2017). Entrevista neuropsiquiátrica internacional como orientación diagnóstica psiquiátrica en médicos residentes e internos de medicina. Arequipa 2013. *Investigación en Educación Médica*, 6(22), e15.
<https://doi.org/DOI: 10.1016/j.riem.2017.01.037>
- Molina González, V. E., Parra, Á. M. N., & Martínez Reyes, F. C. (2019). Caracterización de la Aplicación del Test MINI para Evaluar Salud Mental. Cuenca—Ecuador, 2017. *REVISTA MÉDICA HJCA*, 11(1), 27-33.
- Nanjing University of Traditional Chinese Medicine. (2002a). *Chinese Acupuncture and Moxibustion*. Shanghai Pujiang Education Press.
- Nanjing University of Traditional Chinese Medicine. (2002b). *Life Cultivation and Rehabilitation of Traditional Chinese Medicine*. Shanghai Pujiang Education Press.

- Ning, S., Liu, S., Chen, X., & Wang, J. (2023). Acupuncture modification treatment for female sexual dysfunction: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 291, 29-33. <https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.09.026>
- Oakley, S. H., Walther-Liu, J., Crisp, C. C., & Pauls, R. N. (2016). *Acupuncture in Premenopausal Women With Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Prospective Cohort Pilot Study*. 4(3), e176-e181. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2016.02.005>
- Organización Mundial de la Salud. (2023a). *¿Cómo define la OMS la salud?* who.int. <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%ABLa%20salud%20es%20un%20estado,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.
- Organización Mundial de la Salud. (2023b). *Salud Sexual*. who.int. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud, O. (s. f.). *Salud Sexual*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- Parish, S. J., & Hahn, S. R. (2016). Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sexual Medicine Reviews*, 4(2), 1-18. <https://doi.org/doi:10.1016/j.sxmr.2015.11.009>
- Pluye, P., & Hong, Q. N. (2022). *Mixed Methods Appraisal Tool*. <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/page/24607821/FrontPage>. <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/>

- Portillo Sanchez, S., Perez Medina, T., & Royuela, A. (2017). Disfunción sexual femenina: Estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. *Prog Obstet Ginecol.*, 60(4), 320-327.
- Prado, C., Muñoz, T., & Chamorro, C. (2006). Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Medicina Intensiva*, 30(8).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004
- Psonríe. (s. f.). *Cómo evaluar la ansiedad con el inventario de Beck*. Psonríe.
<https://www.psonrie.com/noticias-psicologia/como-evaluar-la-ansiedad-con-el-inventario-de-beck>
- Rashidi Ahmad Abadi, M., Valiani, M., Kabir, K., Khalajinia, Z., & Yazdkhasti, M. (2022). The Effectiveness of Auriculotherapy on Women's Sexual Function: A Randomized Controlled Trial. *Iran J Psychiatry*, 17(3), 265-275.
- Sanchez Bravo, C., Corres Ayala, N. P., Blum Grynberg, B., & Carreño Meléndez, J. (2009). Perfil de la relación de factores psicológicos del deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. *Salud Mental*, 32(1), 43-51.
- Schlaeger, J. M., Xu, N., Mejta, C. L., Park, C. G., & Wilkie, D. J. (2015). Acupuncture for the treatment of vulvodynia: A randomized wait-list controlled pilot study. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(4), 1019-1027. <https://doi.org/10.1111/jsm.12830>
- Schmidt, S., Vilagut, G., Garin, O., Cunillera, O., Tresserras, R., Brugulat, P., Mompert, A., Medina, A., & Ferrer, M. (2012). Normas de referencia para el Cuestionario de

Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. *Medicina Clínica*, 139(14), 613-625. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.10.024>

Sola Rodríguez, M. A. (s. f.). Capítulo 34. Confusiones, invenciones y recreaciones en la terminología de la Medicina China en español. En *Nuevas Perspectivas de Investigación sobre Asia Pacífico*. <https://www.ugr.es/~feiap/ceiap2v2/ceiap/capitulos/capitulo34.pdf>

Suh, C. S. (2015). *Acupuncture Anatomy: Regional Micro-Anatomy and Systemic Acupuncture Networks* (1.^a ed.). Routledge.

Vélez, J. C., Gelage, B., Castillo, J., Medina, D., Sáez, S., Parra, M., & Barrientos, V. (2022). *Evaluación de la Respuesta al Manejo del Dolor Mediante Tratamiento de Ondas de Choque en Pacientes con Síndrome de Dolor Regional Complejo Producto de Accidentes de Trabajo* [Informe]. https://suseso.cl/619/articles-704001_archivo_01.pdf

VISN 4 MIRECC. (s. f.). GAD-7. VISN 4 MIRECC. https://www.mirecc.va.gov/cih-visn2/Documents/Clinical/GAD_with_Info_Sheet.pdf

Ye, S., Feng, Y., & Luo, C. (2022). Acupuncture for female sexual dysfunction: A case report. *Acupuncture in Medicine*, 41(1). <https://doi.org/10.1177/09645284221125427>

Zhang, J. T., Ma, L., Gong, X., Luo, S., & Zhao, S. (2022). Clinical Study on the Use of Acupuncture for the Treatment of Female Sexual Dysfunction: A Pilot Study. *Sexual Medicine*, 10(4), 100541-100541. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2022.100541>

Zhang, S., He, H., Liu, Y., & Gao, W. (2022). Electroacupuncture for postpartum sexual dysfunction with urinary incontinence: A prospective case series study 电针治疗产后性功能障碍伴尿失禁：前瞻性病例系列研究. *World Journal of Acupuncture - Moxibustion*, 32(3), 208-212. <https://doi.org/10.1016/j.wjam.2022.03.001>

VII. Glosario

Alma Etérea (Hun): El Alma Etérea es una parte de la psique, es un nivel de conciencia relacionado con la Mente. Es la responsable de la inspiración, de las ideas, la intuición, de los sueños vitales y de las relaciones con el resto; así como también, lo es del movimiento de nuestra psique.

Esencia (Jing): Energía vital que procede de los padres; se complementa con el Qi Adquirido.

Fuerza de Voluntad (Zhi): es la base de la Mente (Shen). La albergan los Riñones e indica motivación, impulso, entusiasmo, determinación, y decisión en el seguimiento de metas.

Qi Celestial (Kong Qi): también llamado Qi del Aire. Se forma a partir del aire que reciben los pulmones, a través de la respiración.

Qi Defensivo (Wei Qi): Qi que proviene del Zhen Qi, ayuda a proteger al organismo, calienta la superficie del cuerpo y regula la temperatura corporal abriendo y/o cerrando los poros.

Qi de los Alimentos (Gu Qi): Es producido en el Estómago por medio de la acción del Bazo sobre los alimentos. Posteriormente se combina con el Qi Celestial (Kong Qi) para formar el Qi de Reunión (Zong Qi).

Qi de Reunión, Qi pectoral (Zong Qi): Resulta de la combinación del Qi Celestial (Kong Qi) y Qi de los Alimentos (Gu Qi)

Qi del Cielo Anterior, Qi Congénito: La vida se crea a partir de la Esencia de la madre y del padre, cuando estas se unen al momento de la concepción. En el transcurso del embarazo, la Esencia es la base del Qi del nuevo individuo, lo que forma el Qi Original (Yuan Qi), que es la forma activa de la Esencia congénita (Jing).

Qi del Cielo Posterior, Qi Adquirido: Qi que se obtiene al nacimiento por medio de los alimentos y del aire, utilizado para llevar las funciones del organismo.

Qi Nutritivo (Ying Qi): Qi formado a partir del Zhen Qi. Nutre los órganos y ayuda a producir Sangre. Se encuentra circulando con la sangre en los meridianos.

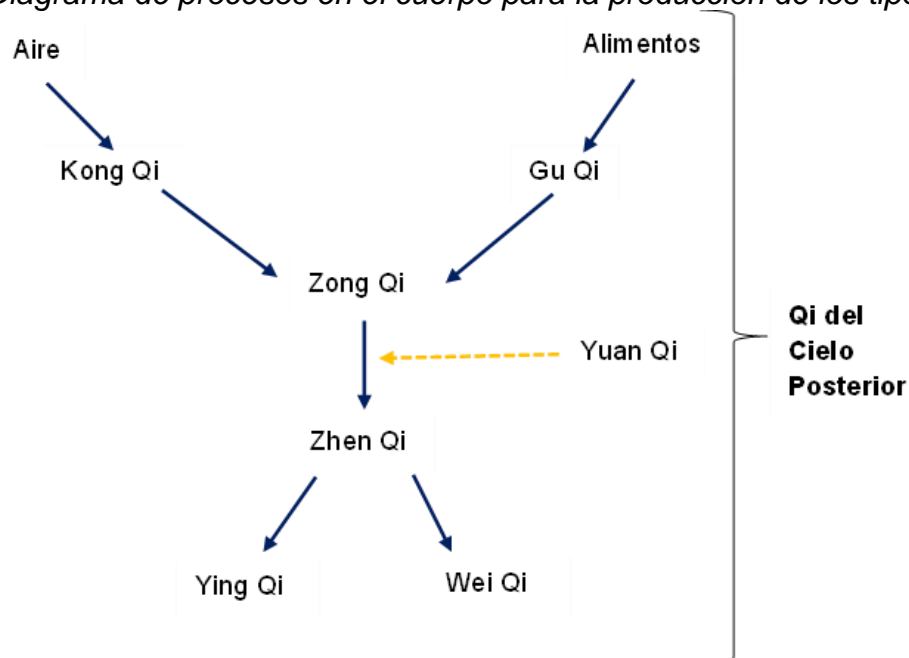
Qi Original (Yuan Qi): Procede de la Esencia (Jing), fomenta las actividades de los órganos y provee la base para la producción del Qi Verdadero (Zhen Qi).

Qi Verdadero (Zhen Qi): Es el Qi compuesto del Ying Qi y del Wei Qi. Procede del Qi de Reunión (Zong Qi) cuando el Qi Original (Yuan Qi) actúa sobre él. Es la forma del Qi que circula por los meridianos y nutre los órganos.

(Sola Rodríguez, s.f.; Dupuis, s.f.; Dalmao-Santamaria, 2018)

Figura 3

Diagrama de procesos en el cuerpo para la producción de los tipos de Qi.



Nota. Kong Qi se procesa en los Pulmones y Gu Qi se procesa en el Estómago por medio de la intervención del Bazo.

VIII. Anexos

Parte I: Herramienta de evaluación de métodos mixtos (MMAT), versión 2018

1. Khamba et al., 2013. Estudio cuantitativo no aleatorio

Categoría de diseños de estudio	Criterios de calidad metodológica	Respuestas			
		Si	No	No sé	Comentarios
Preguntas de detección (para todo tipo)	S1. ¿Hay preguntas de investigación claras?	x			
	S2. ¿Los datos recopilados permiten abordar las preguntas de investigación?	x			
	<i>Es posible que no sea factible o apropiado realizar una evaluación adicional cuando la respuesta es "No" o "No puedo decirlo" a una o ambas preguntas de selección.</i>				
1. Cualitativo	1.1. ¿Es apropiado el enfoque cualitativo para responder a la pregunta de investigación?				
	1.2. ¿Son adecuados los métodos de recopilación de datos cualitativos para abordar la pregunta de investigación?				
	1.3. ¿Los hallazgos se derivan adecuadamente de los datos?				
	1.4. ¿La interpretación de los resultados está suficientemente fundamentada en datos?				
	1.5. ¿Existe coherencia entre las fuentes, la recopilación, el análisis y la interpretación de los datos cualitativos?				
2. Ensayos controlados aleatorios cuantitativos	2.1. ¿Se realiza adecuadamente la aleatorización?				
	2.2. ¿Son comparables los grupos al inicio?				
	2.3. ¿Existen datos completos sobre los resultados?				
	2.4. ¿Están los evaluadores de resultados cegados a la intervención proporcionada?				
	2.5. ¿Los participantes cumplieron con la intervención asignada?				
3. Cuantitativo no aleatorio	3.1. ¿Son los participantes representativos de la población objetivo?	x			
	3.2. ¿Son apropiadas las mediciones tanto del resultado como de la intervención (o exposición)?	x			
	3.3. ¿Existen datos completos sobre los resultados?	x			
	3.4. ¿Se tienen en cuenta los factores de confusión en el diseño y análisis?	x			
	3.5. Durante el período del estudio, ¿se administró la intervención (o se produjo la exposición) según lo previsto?	x			
4. Descriptivo cuantitativo	4.1. ¿Es la estrategia de muestreo relevante para abordar la pregunta de investigación?				
	4.2. ¿Es la muestra representativa de la población objetivo?				
	4.3. ¿Las medidas son apropiadas?				
	4.4. ¿Es bajo el riesgo de sesgo de falta de respuesta?				

	4.5. ¿Es el análisis estadístico apropiado para responder la pregunta de investigación?				
5. Métodos mixtos	5.1. ¿Existe una justificación adecuada para utilizar un diseño de métodos mixtos para abordar la pregunta de investigación?				
	5.2. ¿Están los diferentes componentes del estudio integrados efectivamente para responder la pregunta de investigación?				
	5.3. ¿Se interpretan adecuadamente los resultados de la integración de los componentes cualitativos y cuantitativos?				
	5.4. ¿Se abordan adecuadamente las divergencias e inconsistencias entre los resultados cuantitativos y cualitativos?				
	5.5. ¿Los diferentes componentes del estudio se ajustan a los criterios de calidad de cada tradición de los métodos involucrados?				

Parte I: Herramienta de evaluación de métodos mixtos (MMAT), versión 2018

2. Rashidi Amad Abadi et al., 2022. Ensayo controlado aleatorio cuantitativo

Categoría de diseños de estudio	Criterios de calidad metodológica	Respuestas			
		Si	No	No sé	Comentarios
		Preguntas de detección (para todo tipo)	S1. ¿Hay preguntas de investigación claras?	x	
	S2. ¿Los datos recopilados permiten abordar las preguntas de investigación?	x			
<i>Es posible que no sea factible o apropiado realizar una evaluación adicional cuando la respuesta es "No" o "No puedo decirlo" a una o ambas preguntas de selección.</i>					
1. Cualitativo	1.1. ¿Es apropiado el enfoque cualitativo para responder a la pregunta de investigación?				
	1.2. ¿Son adecuados los métodos de recopilación de datos cualitativos para abordar la pregunta de investigación?				
	1.3. ¿Los hallazgos se derivan adecuadamente de los datos?				
	1.4. ¿La interpretación de los resultados está suficientemente fundamentada en datos?				
	1.5. ¿Existe coherencia entre las fuentes, la recopilación, el análisis y la interpretación de los datos cualitativos?				
2. Ensayos controlados aleatorios cuantitativos	2.1. ¿Se realiza adecuadamente la aleatorización?	x			
	2.2. ¿Son comparables los grupos al inicio?	x			
	2.3. ¿Existen datos completos sobre los resultados?	x			
	2.4. ¿Están los evaluadores de resultados cegados a la intervención proporcionada?			x	
	2.5. ¿Los participantes cumplieron con la intervención asignada?	x			

3. Cuantitativo no aleatorio	3.1. ¿Son los participantes representativos de la población objetivo?				
	3.2. ¿Son apropiadas las mediciones tanto del resultado como de la intervención (o exposición)?				
	3.3. ¿Existen datos completos sobre los resultados?				
	3.4. ¿Se tienen en cuenta los factores de confusión en el diseño y análisis?				
	3.5. Durante el período del estudio, ¿se administró la intervención (o se produjo la exposición) según lo previsto?				
4. Descriptivo cuantitativo	4.1. ¿Es la estrategia de muestreo relevante para abordar la pregunta de investigación?				
	4.2. ¿Es la muestra representativa de la población objetivo?				
	4.3. ¿Las medidas son apropiadas?				
	4.4. ¿Es bajo el riesgo de sesgo de falta de respuesta?				
	4.5. ¿Es el análisis estadístico apropiado para responder la pregunta de investigación?				
5. Métodos mixtos	5.1. ¿Existe una justificación adecuada para utilizar un diseño de métodos mixtos para abordar la pregunta de investigación?				
	5.2. ¿Están los diferentes componentes del estudio integrados efectivamente para responder la pregunta de investigación?				
	5.3. ¿Se interpretan adecuadamente los resultados de la integración de los componentes cualitativos y cuantitativos?				
	5.4. ¿Se abordan adecuadamente las divergencias e inconsistencias entre los resultados cuantitativos y cualitativos?				
	5.5. ¿Los diferentes componentes del estudio se ajustan a los criterios de calidad de cada tradición de los métodos involucrados?				

Parte I: Herramienta de evaluación de métodos mixtos (MMAT), versión 2018

3. Schlaeger et al. 2015. Ensayo controlado aleatorio cuantitativo

Categoría de diseños de estudio	Criterios de calidad metodológica	Respuestas			
		Si	No	No sé	Comentarios
Preguntas de detección (para todo tipo)	S1. ¿Hay preguntas de investigación claras?	x			
	S2. ¿Los datos recopilados permiten abordar las preguntas de investigación?	x			
<i>Es posible que no sea factible o apropiado realizar una evaluación adicional cuando la respuesta es "No" o "No puedo decirlo" a una o ambas preguntas de selección.</i>					

1. Cualitativo	1.1. ¿Es apropiado el enfoque cualitativo para responder a la pregunta de investigación?				
	1.2. ¿Son adecuados los métodos de recopilación de datos cualitativos para abordar la pregunta de investigación?				
	1.3. ¿Los hallazgos se derivan adecuadamente de los datos?				
	1.4. ¿La interpretación de los resultados está suficientemente fundamentada en datos?				
	1.5. ¿Existe coherencia entre las fuentes, la recopilación, el análisis y la interpretación de los datos cualitativos?				
2. Ensayos controlados aleatorios cuantitativos	2.1. ¿Se realiza adecuadamente la aleatorización?	x			
	2.2. ¿Son comparables los grupos al inicio?	x			
	2.3. ¿Existen datos completos sobre los resultados?	x			
	2.4. ¿Están los evaluadores de resultados cegados a la intervención proporcionada?		x		
	2.5. ¿Los participantes cumplieron con la intervención asignada?	x			
3. Cuantitativo no aleatorio	3.1. ¿Son los participantes representativos de la población objetivo?				
	3.2. ¿Son apropiadas las mediciones tanto del resultado como de la intervención (o exposición)?				
	3.3. ¿Existen datos completos sobre los resultados?				
	3.4. ¿Se tienen en cuenta los factores de confusión en el diseño y análisis?				
	3.5. Durante el período del estudio, ¿se administró la intervención (o se produjo la exposición) según lo previsto?				
4. Descriptivo cuantitativo	4.1. ¿Es la estrategia de muestreo relevante para abordar la pregunta de investigación?				
	4.2. ¿Es la muestra representativa de la población objetivo?				
	4.3. ¿Las medidas son apropiadas?				
	4.4. ¿Es bajo el riesgo de sesgo de falta de respuesta?				
	4.5. ¿Es el análisis estadístico apropiado para responder la pregunta de investigación?				
5. Métodos mixtos	5.1. ¿Existe una justificación adecuada para utilizar un diseño de métodos mixtos para abordar la pregunta de investigación?				
	5.2. ¿Están los diferentes componentes del estudio integrados efectivamente para responder la pregunta de investigación?				

5.3. ¿Se interpretan adecuadamente los resultados de la integración de los componentes cualitativos y cuantitativos?				
5.4. ¿Se abordan adecuadamente las divergencias e inconsistencias entre los resultados cuantitativos y cualitativos?				
5.5. ¿Los diferentes componentes del estudio se ajustan a los criterios de calidad de cada tradición de los métodos involucrados?				

Parte I: Herramienta de evaluación de métodos mixtos (MMAT), versión 2018

4. Ye et al., 2023. Estudio cuantitativo descriptivo. Reporte de caso

Categoría de diseños de estudio	Criterios de calidad metodológica	Respuestas			
		Si	No	No sé	Comentarios
		Preguntas de detección (para todo tipo)	S1. ¿Hay preguntas de investigación claras?	x	
	S2. ¿Los datos recopilados permiten abordar las preguntas de investigación?	x			
<i>Es posible que no sea factible o apropiado realizar una evaluación adicional cuando la respuesta es "No" o "No puedo decirlo" a una o ambas preguntas de selección.</i>					
1. Cualitativo	1.1. ¿Es apropiado el enfoque cualitativo para responder a la pregunta de investigación?				
	1.2. ¿Son adecuados los métodos de recopilación de datos cualitativos para abordar la pregunta de investigación?				
	1.3. ¿Los hallazgos se derivan adecuadamente de los datos?				
	1.4. ¿La interpretación de los resultados está suficientemente fundamentada en datos?				
	1.5. ¿Existe coherencia entre las fuentes, la recopilación, el análisis y la interpretación de los datos cualitativos?				
2. Ensayos controlados aleatorios cuantitativos	2.1. ¿Se realiza adecuadamente la aleatorización?				
	2.2. ¿Son comparables los grupos al inicio?				
	2.3. ¿Existen datos completos sobre los resultados?				
	2.4. ¿Están los evaluadores de resultados cegados a la intervención proporcionada?				
	2.5. ¿Los participantes cumplieron con la intervención asignada?				
3. Cuantitativo no aleatorio	3.1. ¿Son los participantes representativos de la población objetivo?				
	3.2. ¿Son apropiadas las mediciones tanto del resultado como de la intervención (o exposición)?				
	3.3. ¿Existen datos completos sobre los resultados?				

	3.4. ¿Se tienen en cuenta los factores de confusión en el diseño y análisis?				
	3.5. Durante el período del estudio, ¿se administró la intervención (o se produjo la exposición) según lo previsto?				
4. Descriptivo cuantitativo	4.1. ¿Es la estrategia de muestreo relevante para abordar la pregunta de investigación?		x		
	4.2. ¿Es la muestra representativa de la población objetivo?		x		
	4.3. ¿Las medidas son apropiadas?	x			
	4.4. ¿Es bajo el riesgo de sesgo de falta de respuesta?	x			
	4.5. ¿Es el análisis estadístico apropiado para responder la pregunta de investigación?	x			?
5. Métodos mixtos	5.1. ¿Existe una justificación adecuada para utilizar un diseño de métodos mixtos para abordar la pregunta de investigación?				
	5.2. ¿Están los diferentes componentes del estudio integrados efectivamente para responder la pregunta de investigación?				
	5.3. ¿Se interpretan adecuadamente los resultados de la integración de los componentes cualitativos y cuantitativos?				
	5.4. ¿Se abordan adecuadamente las divergencias e inconsistencias entre los resultados cuantitativos y cualitativos?				
	5.5. ¿Los diferentes componentes del estudio se ajustan a los criterios de calidad de cada tradición de los métodos involucrados?				

Parte I: Herramienta de evaluación de métodos mixtos (MMAT), versión 2018

5. Zhang, Ma et al. 2022. Estudio cuantitativo no aleatorio

Categoría de diseños de estudio	Criterios de calidad metodológica	Respuestas			
		Si	No	No sé	Comentarios
Preguntas de detección (para todo tipo)	S1. ¿Hay preguntas de investigación claras?	x			
	S2. ¿Los datos recopilados permiten abordar las preguntas de investigación?	x			
<i>Es posible que no sea factible o apropiado realizar una evaluación adicional cuando la respuesta es "No" o "No puedo decirlo" a una o ambas preguntas de selección.</i>					
1. Cualitativo	1.1. ¿Es apropiado el enfoque cualitativo para responder a la pregunta de investigación?				

	1.2. ¿Son adecuados los métodos de recopilación de datos cualitativos para abordar la pregunta de investigación?				
	1.3. ¿Los hallazgos se derivan adecuadamente de los datos?				
	1.4. ¿La interpretación de los resultados está suficientemente fundamentada en datos?				
	1.5. ¿Existe coherencia entre las fuentes, la recopilación, el análisis y la interpretación de los datos cualitativos?				
2. Ensayos controlados aleatorios cuantitativos	2.1. ¿Se realiza adecuadamente la aleatorización?				
	2.2. ¿Son comparables los grupos al inicio?				
	2.3. ¿Existen datos completos sobre los resultados?				
	2.4. ¿Están los evaluadores de resultados cegados a la intervención proporcionada?				
	2.5. ¿Los participantes cumplieron con la intervención asignada?				
3. Cuantitativo no aleatorio	3.1. ¿Son los participantes representativos de la población objetivo?		x		El tamaño del estudio depende del tiempo necesario para la recopilación de datos de los pacientes elegibles en nuestro hospital.
	3.2. ¿Son apropiadas las mediciones tanto del resultado como de la intervención (o exposición)?	x			
	3.3. ¿Existen datos completos sobre los resultados?	x			
	3.4. ¿Se tienen en cuenta los factores de confusión en el diseño y análisis?	x			
	3.5. Durante el período del estudio, ¿se administró la intervención (o se	x			

	produjo la exposición) según lo previsto?				
4. Descriptivo cuantitativo	4.1. ¿Es la estrategia de muestreo relevante para abordar la pregunta de investigación?				
	4.2. ¿Es la muestra representativa de la población objetivo?				
	4.3. ¿Las medidas son apropiadas?				
	4.4. ¿Es bajo el riesgo de sesgo de falta de respuesta?				
	4.5. ¿Es el análisis estadístico apropiado para responder la pregunta de investigación?				
5. Métodos mixtos	5.1. ¿Existe una justificación adecuada para utilizar un diseño de métodos mixtos para abordar la pregunta de investigación?				
	5.2. ¿Están los diferentes componentes del estudio integrados efectivamente para responder la pregunta de investigación?				
	5.3. ¿Se interpretan adecuadamente los resultados de la integración de los componentes cualitativos y cuantitativos?				
	5.4. ¿Se abordan adecuadamente las divergencias e inconsistencias entre los resultados cuantitativos y cualitativos?				
	5.5. ¿Los diferentes componentes del estudio se ajustan a los criterios de calidad de cada tradición de los métodos involucrados?				

Parte I: Herramienta de evaluación de métodos mixtos (MMAT), versión 2018

6. Oakley et al., 2016. Estudio cuantitativo no aleatorio

	Criterios de calidad metodológica	Respuestas
--	--	-------------------

Categoría de diseños de estudio					Comentarios
		Si	No	No sé	
Preguntas de detección (para todo tipo)	S1. ¿Hay preguntas de investigación claras?	x			
	S2. ¿Los datos recopilados permiten abordar las preguntas de investigación?	x			
	<i>Es posible que no sea factible o apropiado realizar una evaluación adicional cuando la respuesta es "No" o "No puedo decirlo" a una o ambas preguntas de selección.</i>				
1. Cualitativo	1.1. ¿Es apropiado el enfoque cualitativo para responder a la pregunta de investigación?				
	1.2. ¿Son adecuados los métodos de recopilación de datos cualitativos para abordar la pregunta de investigación?				
	1.3. ¿Los hallazgos se derivan adecuadamente de los datos?				
	1.4. ¿La interpretación de los resultados está suficientemente fundamentada en datos?				
	1.5. ¿Existe coherencia entre las fuentes, la recopilación, el análisis y la interpretación de los datos cualitativos?				
2. Ensayos controlados aleatorios cuantitativos	2.1. ¿Se realiza adecuadamente la aleatorización?				
	2.2. ¿Son comparables los grupos al inicio?				
	2.3. ¿Existen datos completos sobre los resultados?				
	2.4. ¿Están los evaluadores de resultados cegados a la intervención proporcionada?				
	2.5. ¿Los participantes cumplieron con la intervención asignada?				
3. Cuantitativo no aleatorio	3.1. ¿Son los participantes representativos de la población objetivo?	x			
	3.2. ¿Son apropiadas las mediciones tanto del resultado como de la intervención (o exposición)?	x			
	3.3. ¿Existen datos completos sobre los resultados?	x			
	3.4. ¿Se tienen en cuenta los factores de confusión en el diseño y análisis?	x			
	3.5. Durante el período del estudio, ¿se administró la intervención (o se produjo la exposición) según lo previsto?	x			
4. Descriptivo cuantitativo	4.1. ¿Es la estrategia de muestreo relevante para abordar la pregunta de investigación?				
	4.2. ¿Es la muestra representativa de la población objetivo?				
	4.3. ¿Las medidas son apropiadas?				
	4.4. ¿Es bajo el riesgo de sesgo de falta de respuesta?				
	4.5. ¿Es el análisis estadístico apropiado para responder la pregunta de investigación?				
5. Métodos mixtos	5.1. ¿Existe una justificación adecuada para utilizar un diseño de métodos mixtos para abordar la pregunta de investigación?				
	5.2. ¿Están los diferentes componentes del estudio integrados efectivamente para responder la pregunta de investigación?				
	5.3. ¿Se interpretan adecuadamente los resultados de la integración de los componentes cualitativos y cuantitativos?				

5.4. ¿Se abordan adecuadamente las divergencias e inconsistencias entre los resultados cuantitativos y cualitativos?				
5.5. ¿Los diferentes componentes del estudio se ajustan a los criterios de calidad de cada tradición de los métodos involucrados?				

Parte I: Herramienta de evaluación de métodos mixtos (MMAT), versión 2018

7. Zhang, He et al., 2022. Estudio cuantitativo no aleatorio

Categoría de diseños de estudio	Criterios de calidad metodológica	Respuestas			
		Si	No	No sé	Comentarios
Preguntas de detección (para todo tipo)	S1. ¿Hay preguntas de investigación claras?	x			
	S2. ¿Los datos recopilados permiten abordar las preguntas de investigación?	x			
	<i>Es posible que no sea factible o apropiado realizar una evaluación adicional cuando la respuesta es "No" o "No puedo decirlo" a una o ambas preguntas de selección.</i>				
1. Cualitativo	1.1. ¿Es apropiado el enfoque cualitativo para responder a la pregunta de investigación?				
	1.2. ¿Son adecuados los métodos de recopilación de datos cualitativos para abordar la pregunta de investigación?				
	1.3. ¿Los hallazgos se derivan adecuadamente de los datos?				
	1.4. ¿La interpretación de los resultados está suficientemente fundamentada en datos?				
	1.5. ¿Existe coherencia entre las fuentes, la recopilación, el análisis y la interpretación de los datos cualitativos?				
2. Ensayos controlados aleatorios cuantitativos	2.1. ¿Se realiza adecuadamente la aleatorización?				
	2.2. ¿Son comparables los grupos al inicio?				
	2.3. ¿Existen datos completos sobre los resultados?				
	2.4. ¿Están los evaluadores de resultados cegados a la intervención proporcionada?				
	2.5. ¿Los participantes cumplieron con la intervención asignada?				
3. Cuantitativo no aleatorio	3.1. ¿Son los participantes representativos de la población objetivo?			x	
	3.2. ¿Son apropiadas las mediciones tanto del resultado como de la intervención (o exposición)?	x			
	3.3. ¿Existen datos completos sobre los resultados?	x			
	3.4. ¿Se tienen en cuenta los factores de confusión en el diseño y análisis?		x		
	3.5. Durante el período del estudio, ¿se administró la intervención (o se produjo la exposición) según lo previsto?	x			
4. Descriptivo cuantitativo	4.1. ¿Es la estrategia de muestreo relevante para abordar la pregunta de investigación?				
	4.2. ¿Es la muestra representativa de la población objetivo?				
	4.3. ¿Las medidas son apropiadas?				

	4.4. ¿Es bajo el riesgo de sesgo de falta de respuesta?				
	4.5. ¿Es el análisis estadístico apropiado para responder la pregunta de investigación?				
5. Métodos mixtos	5.1. ¿Existe una justificación adecuada para utilizar un diseño de métodos mixtos para abordar la pregunta de investigación?				
	5.2. ¿Están los diferentes componentes del estudio integrados efectivamente para responder la pregunta de investigación?				
	5.3. ¿Se interpretan adecuadamente los resultados de la integración de los componentes cualitativos y cuantitativos?				
	5.4. ¿Se abordan adecuadamente las divergencias e inconsistencias entre los resultados cuantitativos y cualitativos?				
	5.5. ¿Los diferentes componentes del estudio se ajustan a los criterios de calidad de cada tradición de los métodos involucrados?				