

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCIÓN SEXUAL DE LAS MUJERES
POSTMENOPÁUSICAS ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA
Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO
EN LOS MESES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2015**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTORAS: SARA MONSERRAT PROAÑO LANDÁZURI

MARIA DANIELA VILLAGÓMEZ VEGA

DIRECTOR: DR. JULIO GALÁRRAGA

DIRECTOR METODOLÓGICO: DR. LUIS ESCOBAR

QUITO, 2015

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios, por ser nuestra guía y fortaleza a lo largo de nuestra carrera.

A nuestros padres por su amor, apoyo y comprensión incondicional en cada paso que dimos para alcanzar nuestro sueño, y de igual manera a nuestras familias, por todo la motivación que nos han dado.

A nuestros maestros por sus enseñanzas y su ejemplo como profesionales y seres humanos.

A cada uno de nuestros pacientes porque gracias a su paciencia fuimos forjando las habilidades y reforzando los conocimientos que nos han traído hoy hasta aquí.

A nuestros amigos, que con su amistad, apoyo y risas, hicieron de este camino una experiencia llevadera y llena de buenos recuerdos

Al Ing. Patricio Proaño, por su apoyo a lo largo este camino.

DEDICATORIA

A Dios y a nuestros padres, sin ellos no lo hubiésemos logrado.

A María Teresa Espinosa y a Rubén Landázuri, que soñaron con vernos graduadas y ahora lo hacen desde el cielo.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	II
DEDICATORIA	III
TABLA DE CONTENIDOS	IV
LISTA DE CUADROS	VI
LISTA DE FIGURAS	VII
LISTA DE TABLAS	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT.....	XII
CAPÍTULO I	1
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN	4
CAPÍTULO II	7
3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	7
1.1. MENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA	7
1.2. SATISFACCIÓN SEXUAL.....	27
1.3. DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA	32
1.4. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA	47
CAPÍTULO III	50
4. MATERIALES Y MÉTODOS	50
1.5. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	50
1.6. OBJETIVOS.....	50
1.7. HIPÓTESIS.....	51
1.8. METODOLOGÍA	52
CAPÍTULO IV	59
5. RESULTADOS	59
1.9. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	59
1.10. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: FACTORES SOCIALES (TABLA N° 3)	61
1.11. FACTORES PSICOLÓGICOS.....	66

1.12. FACTORES BIOLÓGICOS.....	68
CAPÍTULO V	76
6. DISCUSIÓN	76
CAPÍTULO VI.....	79
7. CONCLUSIONES.....	79
8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	81
9. RECOMENDACIONES:.....	82
BIBLIOGRAFÍA.....	83
ANEXOS	92
10. ANEXO 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	92
11. ANEXO II: SISTEMA DE CALIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE LA FUNCION SEXUAL FEMENINA	102

LISTA DE CUADROS

- 1. CUADRO N° 1:** Cuadro de etiologías de la disfunción sexual

LISTA DE FIGURAS

- 1. FIGURA N°1:** Modelo de la respuesta sexual de Masters y Johnson. *Kingsberg.*
Female Sexual Dysfunction. Obstet Gynecol 2015

LISTA DE TABLAS

- 1. TABLA N° 1:** Prevalencia de la satisfacción sexual
- 2. TABLA N° 2:** Prevalencia de la satisfacción sexual con su vida sexual en general según la actividad sexual
- 3. TABLA N° 3:** Distribución de la satisfacción sexual femenina según las variables sociales
- 4. TABLA N° 4:** Prevalencia de la satisfacción sexual según la actividad sexual y la edad
- 5. TABLA N° 5:** Distribución de la satisfacción sexual femenina según las variables psicológicas
- 6. TABLA N° 6:** Distribución de la satisfacción sexual femenina según la fecha de última menstruación
- 7. TABLA N° 7:** Distribución de la satisfacción sexual femenina según el número de hijos
- 8. TABLA N° 8:** Distribución de la satisfacción sexual femenina según la presencia de enfermedades y la toma de medicamentos
- 9. TABLA N° 9:** Distribución de la disfunción sexual
- 10. TABLA N° 10:** Distribución de la satisfacción sexual femenina según la presencia de disfunción sexual y de los diferentes trastornos de la respuesta sexual

RESUMEN

Introducción: La OMS define la salud sexual como: “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor”, considerando a la salud sexual, como parte importante de la calidad de vida y de los derechos humanos. Las mujeres actualmente viven 30 años en una etapa posreproductiva, siendo la postmenopausia establecida el período que comienza a partir de los 12 meses de amenorrea, periodo donde las mujeres atraviesan muchos cambios a nivel, no solo hormonal, si no también anatómico y psicológico con respecto a su vida sexual, lo que lleva a pensar erróneamente que la actividad sexual después de la menopausia no existe, siendo causa de una pobre calidad de vida, ya que la satisfacción sexual se ha identificado como un factor predictor de bienestar y por ende de sentido de propósito en la vida, yaciendo aquí la importancia de la satisfacción sexual en la vida de la mujer postmenopáusica.

Objetivos: Identificar que la presencia de factores bio-psico-sociales como la edad, mayor número de hijos, menor grado de instrucción, presencia de maltrato, infidelidad y abuso sexual, al igual que el padecer alguna enfermedad y la ingesta crónica de medicamentos, entre otros, condicionan un menor nivel de satisfacción sexual en las mujeres postmenopáusicas.

Materiales y métodos: se realizó un estudio analítico transversal, que contó con 214 mujeres postmenopáusicas, comprendidas entre 45 y 83 años de edad, que cumplieron los

criterios de inclusión. La recolección de datos se hizo mediante una encuesta y se utilizó el cuestionario del Índice de Función Sexual Femenina. Se realizó la asociación de las variables estudiadas y la satisfacción sexual mediante el análisis univariado y bivariado utilizando el programa Epi Info 3.5.4.

Resultados: Del total de encuestadas 32.7% (IC: 26.5-39.4%) refirieron satisfacción sexual, 131 (61.2%) mujeres que no tienen actividad sexual en las últimas cuatro semanas, de las cuales 15 refirieron insatisfacción, 26 se sintieron ni satisfechas ni insatisfechas y 90 refirieron sentirse satisfechas con su vida sexual en general. Se estableció que factores como mayor edad ($p=0.023$) y el no tener una pareja establecida por la ley ($p=0.000$) son factores de riesgo para insatisfacción sexual, el no haber sido víctima de abuso sexual (OR: 6.549, $p: 0.006$), la ausencia de infidelidad por parte de la pareja (OR: 7,158, $p: 0.007$), el no tomar de medicamentos (OR: 5.235, $p: 0.022$) y la ausencia de disfunción sexual o de algún trastorno de la respuesta sexual ($p: 0.000$) son factores de protección para insatisfacción sexual.

Conclusiones: las mujeres que participaron en nuestro estudio, mostraron un alto nivel de insatisfacción sexual y un bajo nivel de actividad sexual. Se demostró que mayor edad y el no tener una pareja establecida por la ley son factores de riesgo para insatisfacción sexual. El no haber sido víctima de maltrato físico y psicológico, ni víctima de abuso sexual, y el no tener enfermedades, la ausencia de infidelidad de la pareja, la ausencia de disfunción sexual y de los trastornos de la respuesta sexual y el no tomar medicamentos son factores protectores para satisfacción sexual. No se encontró asociación

estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción, nivel socioeconómico, la etnia, la edad de última menstruación y el número de hijos con la satisfacción sexual.

ABSTRACT

Introduction: Sexual health is defined by the WHO as: “a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, Women live around 30 years in a postreproductive stage, period in which women go through a lot of changes about their sexual lives, not only in an hormonal level, but also in an anatomic and psychological way, which lead to missed think that sexual activity after menopause exist, being a cause of a poor quality of life, it's been identified that sexual satisfaction is a predictor factor of wellbeing and of life purpose, this is why sexual satisfaction is important in postmenopausal women's life.

Objectives: Identify that the presence of bio-psycho-social factors, as age, greater number of children, less level of education, presence of mistreatment, infidelity and sexual abuse, as having a disease and taking medicine chronically, are related to a lower sexual satisfaction level in postmenopausal women.

Materials and Methods: It has been made a transversal analytic study, with 214 postmenopausal women, with ages between 45 and 83 years old, which meet the inclusion criteria. Data was recollected using a poll and the Index of Female Sexual Function questionnaire. It has been made the variable association with sexual satisfaction by the univariate and bivariate analysis using the Epi Info 3.5.4 program.

Results: 32.7% (IC: 26.5-39.4%) of all the participants refer having sexual satisfaction, 131 (61.2%) women didn't have sexual activity in the last four weeks, of this women 15 are unsatisfied, 26 refer felling not satisfied or unsatisfied and 90 are satisfied with their general sexual life. It has been stablished as risk factors for sexual insatisfaction being older ($p=0.023$) and not having a partner ($p=0.000$), in other hand the absence of being sexually abused (OR: 6.549, $p: 0.006$), not being victim of infidelity by a partner (OR: 7,158, $p: 0.007$), not taking medicine (OR: 5.235, $p: 0.022$) and the absence of sexual disfunction or a sexual response disorder ($p: 0.000$), are protective factors for sexual insatisfaction.

Conclusions: The women in our study show a high rate of sexual insatisfaction and a low rate of sexual activity. It was proved that being older and not having a partner are risk factors for sexual insatisfaction. Not being sexually abused, not being victim of infidelity by a partner, not taking medicine and the absence of sexual dysfunction or a sexual response disorder are protective factors for sexual insatisfaction.

In the other hand, we didn't find a statistical significance association between educational level, economical level, race, age of last menstrual period, number of children, being victim of physical or psychological mistreatment and having diseases with sexual satisfaction.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, gracias al gran avance de la medicina, al mejoramiento de los sistemas de salud y la mayor accesibilidad a los mismos, la expectativa de vida ha aumentado, en Ecuador se estimaba que la mujer para el año 2010 tendría una expectativa de vida al nacer de 77.8 años, mientras que en la provincia de Pichincha se estima que para el 2015 la esperanza de vida sea de aproximadamente 80 años (Estimaciones de proyecciones de población 2010 INEC.) (1), basados en estos datos la mujer quiteña vive alrededor de un tercio de su vida en la postmenopausia, volviéndose cada vez más relevante el manejo integral de estos pacientes. Las mujeres actualmente viven 30 años en una etapa posreproductiva, (2), donde atraviesan muchos cambios a nivel, no sólo hormonal, si no también anatómico y psicológico con respecto a su vida sexual, lo que lleva a pensar erróneamente que la actividad sexual después de la menopausia no existe, siendo causa de una pobre calidad de vida, ya que la satisfacción sexual se ha identificado como un factor predictor de bienestar y por ende de sentido de propósito en la vida. (3)

“La sexualidad es uno de los componentes más complejos pero al mismo tiempo básico del comportamiento humano. Las expresiones de sexualidad e intimidad son importantes durante toda la vida. El impulso sexual básico es biológico, pero su

expresión es definida por una serie de factores psicológicos, sociales, ambientales, espirituales y aprendidos. Por lo tanto a menudo la satisfacción sexual depende menos de los componentes físicos de la sexualidad que de la calidad de la relación y del contexto en el que se lleva a cabo la conducta sexual.” (Williams Ginecología, 2009).

(4)

Altos niveles de satisfacción sexual han sido asociados a altos niveles de satisfacción en diferentes aspectos de la vida, especialmente en la salud física, vida en familia y bienestar económico, tanto en hombres como en mujeres. (5, 6, 7, 8, 9)

Se ha determinado en múltiples estudios que a mayor edad disminuye la actividad sexual, evidenciándose que entre el 30 y 78% de mujeres de 60 años manifiesta tener actividad sexual, lo que disminuye a un 11 a 74% en las mayores de 70 años y a un 8 a 43% en las mayores de 80 años, (4, 10, 11) lo que se explica por los problemas que se pueden presentar con la edad, como enfermedades incapacitantes, que imposibilitan a tener actividad sexual que llegue al coito.

Se han identificado múltiples factores asociados a la satisfacción sexual de las mujeres postmenopáusicas, entre los cuales se incluyen: la salud mental y física, el bienestar emocional, imagen personal positiva, experiencias sexuales previas satisfactorias, estado civil, clase social, situación laboral, educación, factores socio-culturales, que determinaran en diferente medida, la actitud hacia la vida sexual actual, he incluso explicaran la misma. (3, 5, 6, 7, 8, 12)

En un estudio realizado en América del Sur, el 51,3% de las mujeres se quejan de al menos un problema sexual. (13) La disfunción sexual involucra alteraciones en la

líbido, excitación, dolor/discomfort, lubricación, orgasmo; las mismas que están directamente relacionadas con la satisfacción sexual, por lo que averiguar sobre la existencia de alguna de estas es importante, para poder corregirla o prevenirlas. (10)

A nivel de América Latina, problemas como el maltrato físico, el abuso sexual y la infidelidad juegan papeles importantes en la satisfacción sexual, resultan experiencias pasadas o presentes que influyen en el acto sexual. El 53% de mujeres han denunciado violencia física o sexual de sus parejas, 17% constituyen mujeres casadas y 53% mujeres en unión libre. Ecuador se encuentra en el cuarto puesto con un 31%, después de Bolivia, Colombia y Perú, de mujeres que han denunciado maltrato. (14) Los países con mayor porcentaje de infidelidad son Ecuador para los hombres con un 75% y Colombia para las mujeres con un 58%. 10.5% de los ecuatorianos admite ser infiel a su pareja. (15) Cifras que deben ser investigadas para establecer la relación que existe entre las mismas y la satisfacción sexual de las mujeres al llegar a la menopausia.

2. JUSTIFICACIÓN

La mujer de edad mediana tiene derecho a una atención integral en salud, que le permita conservar una madurez sana que a la vez le posibilite llegar a la senectud de forma productiva y en condiciones saludables para disfrutar todos esos años venideros.

(16) Las etapas de transición a la menopausia, la menopausia en sí y la postmenopausia se encuentran llenas de cambios, temores y mitos.

Uno de los principales tabúes constituye la sexualidad, un aspecto que es fundamental para su calidad de vida.

La satisfacción sexual está considerada parte fundamental de las personas y es resultado de la combinación de factores biológicos, emocionales y socioculturales.

(17) En el Study of Women Across the Nation (SWAN), al preguntar a las mujeres que tan importante consideran que es el sexo, alrededor de 75% respondieron que era de moderado a extremadamente importante. (18)

Indudablemente la respuesta sexual es un importante indicador de la calidad de vida, el cual está influenciado por una variedad de factores físicos, psicológicos y sociales, (19) tales como el estado marital, los sentimientos por el compañero, el estado de salud física y mental de la mujer y del compañero y la edad. (20)

El bienestar sexual es uno de los elementos primordiales en la sensación de placer de la mujer, el cual logra unificar la satisfacción física-emocional y fortalecer su propia identidad y sentido de feminidad, por tanto se hace de suma importancia el entendimiento de este conjunto de fenómenos. (19)

La disfunción sexual tiene alta prevalencia en la población general siendo aproximadamente de 43% en mujeres y 31% en hombres. La prevalencia es mayor en mujeres y tiende a aumentar en la mediana edad convirtiéndose en un problema de salud pública al cual se le ha prestado interés solamente en las últimas décadas. (20)

Sin embargo en nuestra sociedad son pocas las mujeres que en esta etapa de su vida se encuentran dispuestas a mencionar este tema en consulta médica y a responder preguntas abiertamente al respecto, así como existen aún algunos profesionales de la salud que encuentran incómodo el enfrentarse a estas inquietudes de sus pacientes. Ésto genera inseguridad y sobre todo desconocimiento en torno a este tema.

Al considerar la sexualidad como un tema vergonzoso y no consultar al respecto la mujer de edad mediana se encuentra en la necesidad de padecer cualquier inconveniente relacionado a este campo o incluso una disfunción sexual sin un tratamiento médico biológico así como una guía psicosocial. Lo que radica en evitar el contacto sexual o disfrutar de esa experiencia y por ende una disminución de la calidad de vida.

Es por tanto vital el que se rompan estos tabúes, que los profesionales de salud estén informados sobre los índices de satisfacción sexual en la mujer menopáusica y postmenopáusica y qué factores tanto biológicos como psicosociales pueden influir en ésta, para así proveer abiertamente información científica, actualizada y acorde a las preocupaciones sobre la vida sexual de las mujeres en esta etapa. Es esencial que la paciente conozca estos factores que afectan su calidad de vida sexual y que por tanto

pueda alcanzar una mejor satisfacción sexual, lo que se traducirá por ende en una mejor calidad de vida en las mujeres que atraviesan este ciclo de su vida.

CAPÍTULO II

3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1.1. MENOPAUSIA Y POSTMENOPAUSIA

1.1.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Menopausia: La menopausia se define como el cese permanente de la menstruación, determinado retrospectivamente después de que una mujer ha experimentado 12 meses de amenorrea. Esta es natural cuando tiene lugar sin ninguna causa patológica. (21)

Transición a la menopausia: Antiguamente conocido como perimenopausia o climaterio, se refiere en general al periodo en el que transcurren los últimos años de vida fértil, casi siempre a fines de los 40 años e inicio de los 50 y se caracteriza por ciclos menstruales irregulares. (22)

Postmenopausia: postmenopausia establecida es el periodo que comienza a partir de la menopausia. (23)

1.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

La menopausia natural se produce a una edad promedio de 51 años. (24) Existe una considerable variabilidad en torno a la aparición de la menopausia, un 5% de las mujeres experimenta la menopausia después de los 55 años de edad y otro 5% entre las edades de 40 y 45 años. En los EE UU, más del 30% de la población femenina es

postmenopáusica; con el tiempo, este porcentaje deberá incrementarse. En Europa, se estima que 12,3% de habitantes tiene más de 64 años.

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud muestran que en pocos años se alcanzará la cifra mundial de 750 millones de mujeres postmenopáusicas. La longevidad actual de la mujer posmenopáusica puede constituirse en más de 33% de la vida de la población femenina. (25)

1.1.3. FISIOPATOLOGÍA (2)

EL informe STRAW divide a la vida reproductiva y posreproductiva en varias fases. Tanto el rango de edad como la duración de cada fase varían. La fecha de la última vez que se menstruó es precedida por 5 fases y seguida por 2 fases. La fase -5 se refiere al período reproductivo incipiente, la fase -4 al punto máximo del mismo período, y el estadio -3 a la última fase de este periodo. La fase -2 comprende el principio de la transición menopáusica y el estadio -1 la última fase de ésta. La fase +1 se refiere al primer año después de la fecha de la última menstruación, el estadio 1b a los 2 a 5 años de postmenopausia y el estadio +2 a los años postmenopáusicos ulteriores.

1.1.3.1. Cambios en el eje hipotálamo-hipófisis-ovario.

Durante la vida fértil de la mujer se libera la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) de manera pulsátil a nivel hipotalámico. Esta sustancia se une a los receptores de GnRH ubicados en los gonadotropos hipofisarios para estimular la liberación cíclica de

hormona luteinizante (LH) y hormona folículo estimulante (FSH). A su vez, estas gonadotropinas estimulan la producción de esteroides ováricos: estrógenos y progesterona, además de inhibina. Durante esta etapa, dichas hormonas ejercen una retroalimentación positiva y negativa en la producción hipofisaria de gonadotropinas, y en la amplitud y frecuencia de liberación de GnRH.

La transición entre ciclos ovulatorios y menopausia suele comenzar a finales de los 40 años y al principio de la transición menopáusica (estadio -2). La concentración de FSH se eleva en forma ligera y provoca una mayor respuesta folicular ovárica con estrógenos más elevados.

Asimismo, durante esta fase, los folículos ováricos sufren atresia a mayor velocidad y al final de la transición menopáusica se ha agotado la existencia de folículos. Ovocitos residuales y folículos de diferenciación se han identificado en los ovarios de algunas mujeres postmenopáusicas, aunque los folículos son con frecuencia atrésicos. Estos cambios, incluida la elevación de la FSH, reflejan la reducción en la calidad y potencial de los folículos viejos para secretar inhibina.

Con la insuficiencia ovárica de la menopausia (estadio + 1b), cesa la liberación de esteroides ováricos y se abre el asa de retroalimentación negativa. A continuación se libera GnRH con una frecuencia y amplitud máximas. El resultado es la elevación de FSH y LH circulante hasta cuatro veces más que en la vida fértil.

Se demostró en un estudio de 160 mujeres perimenopáusicas con ciclos menstruales anovulatorios, que recogieron muestras de orina diarias (a lo largo de un ciclo) de

gonadotropina y niveles de esteroides sexuales, que algunos ciclos se caracterizaron por niveles preovulatorios normales de estrógenos, pero sin presencia de hormona luteinizante (LH), lo que sugiere un fracaso en la retroalimentación positiva, mientras que en otros, los niveles normales de estrógeno en fase folicular no suprimieron la secreción de LH, lo que indica un fracaso de los estrógeno en la retroalimentación negativa. (26)

1.1.3.2. Cambios en el ovario.

A finales de los 30 y principios de los 40 años de edad, comienza una disminución más rápida de los folículos ováricos, que continúa hasta el punto en el que el ovario menopáusico casi carece de folículos.

1.1.3.3. Cambios en las concentraciones de esteroides suprarrenales.

Con la edad, hay disminución en la producción suprarrenal de sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS).

Otras hormonas suprarrenales también disminuyen con la edad. La androstenediona alcanza su punto máximo entre los 20 a 30 años de edad y luego desciende hasta llegar a 62% entre los 50 a 60 años. La pregnenolona disminuye 45% de la vida fértil a la menopausia. Durante la vida reproductiva, el ovario contribuye a la producción de dichas hormonas, pero después de la menopausia éstas sólo se sintetizan en la glándula suprarrenal.

1.1.3.4. Cambios en las concentraciones de globulina transportadora de hormonas sexuales.

La producción de SHBG disminuye después de la menopausia y se incrementa la concentración de estrógenos y testosterona libre.

1.1.3.5. Cambios en el endometrio.

Al final de la transición menopáusica por lo regular hay anovulación y el endometrio exhibe los efectos estrogénicos cuando hay falta de oposición progestacional. Por tanto, es frecuente observar cambios proliferativos o cambios proliferativos desordenados en el examen patológico de las biopsias endometriales. Después de la menopausia, el endometrio se atrofia por falta de estimulación estrogénica.

1.1.3.6. Trastornos menstruales.

A medida que se disminuye la reserva ovárica de folículos en las mujeres de mediana edad, éstas experimentan cambios en los periodos intermenstruales. (21)

Casi 50% de las mujeres manifiesta una menstruación irregular durante la transición menopáusica.

Una vez que el declive progresivo de la función ovárica da lugar a la interrupción del ciclo la transición normal a la menopausia puede durar varios años. (27)

Durante la transición a la menopausia, la principal preocupación es la neoplasia endometrial, pero a menudo la biopsia endometrial revela un endometrio no neoplásico

que exhibe los efectos estrogénicos sin la oposición de la progesterona. En mujeres premenopáusicas, este fenómeno es resultado de la anovulación. En las postmenopáusicas los estrógenos sin oposición se derivan de la producción endógena extragonadal de estrógenos, que es resultado de la mayor aromatización de los andrógenos para formar estrógenos a causa de obesidad. Además, la concentración reducida de SHBG provoca una mayor concentración de estrógenos libres y, por tanto, biodisponibles.

1.1.4. SÍNTOMAS

Debido a estos cambios fisiológicos, durante la transición a la menopausia y postmenopausia temprana la mujer experimenta varios síntomas y alteraciones, que se detallan a continuación:

1.1.4.1. Biológicos

- **Sofocos:** El síntoma más común durante la transición a la menopausia y la postmenopausia son los sofocos (también conocidos como síntomas vasomotores) que se producen en hasta el 80 por ciento de las mujeres en algunas culturas. (28, 29) Sin embargo, sólo un 20 a 30 por ciento de las mujeres buscan atención médica para el tratamiento. Los síntomas se vuelven mucho más comunes durante la transición menopáusica, con una frecuencia de aproximadamente 40 por ciento en la transición temprana, aumentando a un 60 a 80 por ciento en la transición a la menopausia tardía

y períodos de postmenopausia temprana. Cuando los sofocos ocurren en la noche, las mujeres típicamente los describen como "sudores nocturnos".(30, 31)

Sin tratamiento, los sofocos se detienen espontáneamente dentro de cuatro a cinco años de aparición en la mayoría de las mujeres. Sin embargo, algunas mujeres tienen sofocos que persisten durante muchos años, en un 9% persisten después de la edad de 70 años. (21)

- **Sequedad vaginal:** (21) El revestimiento epitelial de la vagina y la uretra son tejidos dependientes de estrógenos, y la deficiencia de estrógenos conduce a un adelgazamiento del epitelio vaginal. Esto da lugar a la atrofia vaginal (vaginitis atrófica), causando síntomas de sequedad vaginal, prurito, y a menudo dispareunia. La prevalencia de la sequedad vaginal en un estudio longitudinal fue de 3, 4, 21, y 47 por ciento de las mujeres en etapa reproductiva, transición temprana a la menopausia, transición tardía a la menopausia, y postmenopausia, respectivamente. (9) Los síntomas de la atrofia vaginal son generalmente progresivos y empeoran a medida que pasa el tiempo y el hipoestrogenismo continúa.

En el examen, la vagina normalmente aparece pálida, con la falta de las rugosidades normales. Los genitales externos pueden mostrar pelo púbico escaso, elasticidad disminuida y turgencia de la piel vulvar, estrechamiento del introito o disminución de la humedad, y la fusión o la resorción de los labios menores.

- **Dolor articular:** El dolor en las articulaciones es un síntoma comúnmente reportado entre las mujeres en la mediana edad, con una prevalencia de hasta el 50 a 60 por

ciento en los estudios transversales. (32, 33) Las mujeres en la transición a la menopausia y posmenopáusicas experimentan más dolor en las articulaciones que las mujeres premenopáusicas. (34) Sin embargo aún no está claro si el dolor está relacionado con la deficiencia de estrógenos o un trastorno reumatológico, pero en la Iniciativa de Salud de la Mujer, las mujeres con dolor o rigidez articular tenían más probabilidades de obtener alivio, ya sea con la terapia combinada de estrógenos y progestinas (35) o a base de estrógenos únicamente que con placebo. (36)

- **La función sexual:** (21) La deficiencia de estrógenos conduce a una disminución en el flujo sanguíneo de la vagina y la vulva. Esta disminución es la causa principal de la disminución de la lubricación vaginal y la disfunción sexual en las mujeres menopáusicas. La sequedad vaginal y dispareunia también pueden contribuir a la función sexual reducida. La elasticidad de la pared vaginal puede disminuir y toda la vagina puede llegar a ser más corta o más estrecha. Disminuye la tensión muscular sobre todo en período de meseta, y disminución de la fortaleza de la musculatura perineal. Ocurren, además, otros cambios no menos importantes, como son las transformaciones en la configuración corporal. Todo esto puede favorecer la pérdida del deseo sexual. (37) Sin embargo la continua actividad sexual puede prevenir estos cambios en el tamaño y forma de la vagina, incluso en ausencia de terapia estrogénica. Además la deficiencia de estrógenos a largo plazo tiene importantes consecuencias, debido al agotamiento folicular ovárico la producción de estradiol a este nivel y su

secreción disminuye y se detiene completamente después de la menopausia, esto repercute en distintos aspectos que se describen a continuación. (38)

- **La pérdida de hueso:** La pérdida de hueso comienza durante la transición menopáusica. Las tasas anuales de pérdida de densidad mineral ósea parecen ser más altas en el periodo comprendido entre el año anterior y los dos años posteriores a la última menstruación. (39)
- **Enfermedades cardiovasculares:** El riesgo de enfermedades cardiovasculares aumenta después de la menopausia, se considera que se debe al menos en parte a la deficiencia de estrógenos. Esto puede ser mediado por cambios en los factores de riesgo cardiovascular tales como el perfil lipídico, que comienza a cambiar durante la transición a la menopausia. Esto fue ilustrado por los datos longitudinales de más de 2.500 mujeres en el estudio SWAN. (40) Después de realizar el ajuste por la edad del sujeto, hubo un pequeño aumento de LDL durante la transición a la menopausia (un incremento medio del 6 por ciento en LDL, de 116 mg / dL en los años premenopáusicas a 123 mg / dL a principios de los años postmenopáusicos, además los datos de un estudio auxiliar SWAN más tarde sugirió que el efecto protector de las HDL puede disminuir a medida que la mujer se acerca a la menopausia. (41)
- **Composición corporal:** En los años de la posmenopausia temprana, las mujeres que no toman terapia de estrógeno por lo general ganan masa grasa y pierden masa magra. Algunos, pero no todos, los estudios, sugieren que la terapia hormonal postmenopáusica se asocia con una disminución en la distribución de la grasa central. (42)

- **Cambios en la piel:** El contenido de colágeno de la piel y los huesos se reduce por la deficiencia de estrógeno. La disminución del colágeno cutáneo puede conducir a un mayor envejecimiento y a la formación de arrugas de la piel. Datos limitados sugieren que los cambios de colágeno pueden ser minimizados con el uso de estrógenos. (43)

1.1.5. Psicosociales

Los aspectos psicosociales en la menopausia pueden dividirse de la siguiente manera: los relacionados con síntomas vasomotores, aquellos derivados de la carencia de hormonas a nivel cerebral y los socio-psicológicos.

1.1.5.1. Estrógenos. (44)

La falla hormonal y el cese de las funciones reproductivas pueden influenciar la neurotransmisión y actividad cognitiva de las mujeres menopáusicas. El cerebro femenino, uno de los principales efectores de los estrógenos, puede sufrir una modificación negativa en su homeostasis, afectando las conductas del diario vivir. Por eso, la degeneración de la neurotransmisión puede exponer a la mujer que atraviesa esta etapa vital a disturbios psicológicos, algunos de los cuales están frecuentemente asociados a los bochornos, debidos al hipoestrogenismo. El cerebro tiene una gran cantidad de receptores estrogénicos. Con relación a la acción de esteroides gonadales, en el sistema nervioso central vale la pena recordar que: “más del 90% de los receptores de estrógenos se hallan fuera de los órganos sexuales, existiendo una gran cantidad de ellos en el cerebro”. Durante el climaterio, el descenso y cese de la producción de estrógenos

ocasionan cambios que se traducen en síntomas variados. Se postula que el descenso de esteroides sexuales es un factor importante en la producción de diversos trastornos, como la depresión y el deterioro cognitivo.

Los estrógenos pueden influenciar la función cognitiva a través de diferentes acciones. La administración de estrógenos aumenta el flujo sanguíneo cerebral y cerebelar, incrementa el metabolismo de la glucosa y mejora la actividad colinérgica, que es clave en el aprendizaje y la memoria.

Experiencias en ratas mostraron que la ooforectomía disminuye la concentración de dendritas en el hipocampo, fenómeno que puede prevenirse mediante terapia con estrógenos. Los estrógenos se muestran como neuroprotectores. El 17 β estradiol tiene efectos protectores sobre las neuronas colinérgicas, favoreciendo la expresión de neurotrofinas. Se ha observado que con la terapia estrogénica se incrementan los niveles de colina acetil transferasa en la base del cerebro y el hipocampo, lo que constituiría la base de la mejoría en el rendimiento cognitivo.

Se sabe que en la menopausia el hipoestrogenismo resultante de la falla ovárica determina reducción de la biodisponibilidad de los neurotransmisores, lo que podría estar en la base de la depresión y del deterioro en el rendimiento cognitivo. Se ha observado que disminuyen considerablemente los niveles de adrenalina, acetilcolina, histamina, glutamato, aspartato, glicina, β alanina, taurina y otros. (45)

Los receptores estradiol 2 (llamados alfa y beta), se localizan preferentemente en la amígdala, hipocampo y en el sistema límbico. Su efecto precisamente es la regulación de la síntesis y metabolismo de monoaminas, especialmente en el eje de la serotonina. Los estrógenos actúan sobre los receptores nucleares como un factor de transcripción. (46)

Tienen efecto agonista en los receptores serotoninérgicos, 5-HT, ocasionan una up regulation de los receptores 5-HT1 y down regulation de los 5-HT2, esto da como resultado la disminución de la monoaminoxidasa. La noradrenalina (NA) se aumenta a través de su recambio, por lo tanto, al disminuir la recaptura de NA, como efecto paralelo se disminuye la sensibilidad de los receptores de Dopamina. Los estrógenos en condiciones normales inducen la renovación y crecimiento de las dendritas y las sinapsis en las neuronas del hipocampo, regulan los factores neurotróficos, y los neuropéptidos, junto con la liberación de corticotropina. Todo ello se encuentra relacionado con la termorregulación, el apetito y su voracidad y la tensión arterial.

Con relación a estos hallazgos, se han propuesto diversos efectos neuroprotectores de los estrógenos a nivel cerebral, (45) ⁴⁵ no solo favorecen el crecimiento de dendritas, sino que promueven la sinaptogénesis, aumentan la concentración de colina acetil transferasa en las neuronas colinérgicas, incrementan la expresión de neurotrofinas, activan el mecanismo de procesamiento no amiloidogénico de la proteína precursora de amiloide

(aumenta la actividad de la α -secretasa), protegen del daño y muerte celular inducidos por estrés oxidativo.

1.1.5.2. Progesterona.

La acción de la progesterona coincide con los sitios estrogénicos del cerebro: el sistema límbico, amígdala y el hipotálamo. (47)

Los resultados de estudios de neuroimagen funcional muestran que la TRH tiene efectos directos sobre las regiones neuroanatómicas directamente correlacionadas con los procesos cognitivos. Con estradiol y progesterona existe una up regulation de la actividad cortical en las regiones prefrontales, parietales, temporales e hipocampo, áreas que intervienen con el estado afectivo. Las mujeres menopáusicas bajo tratamiento estrogénico, tienen un aumento de la activación del lóbulo parietal inferior durante la codificación no verbal. También ha sido posible observar que los esteroides gonadales tienen influencia en la regulación serotoninérgica del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), alterando la función de los receptores 5-HT1a y 5-HT2 en la corteza y el hipocampo. Esto sugiere que los esteroides gonadales modulan la actividad neural relacionada con el estrés. A mayor estradiol mayor inhibición del eje y su reactividad al estrés. (46)

Muchos estudios han mostrado la influencia de los estrógenos en el cerebro femenino, y tratan de explicar cómo la TRH actúa sobre el humor, la energía vital y las actividades

cognitivas. A pesar de las bondades de la terapia estrogénica, su uso se halla muy cuestionado actualmente. Aunque la actividad de los estrógenos a nivel cerebral parece tener una influencia positiva en la neuromodulación y en la prevención de ciertas patologías a nivel psicológico, y a pesar de mejorar el humor y brindar sensación de bienestar a la mujer menopáusica, la administración convencional de TRH no representa un tratamiento efectivo para la depresión de las mujeres en esta etapa, y, por otro lado, a pesar de los hallazgos descritos a nivel de la neurotransmisión, y aunque se cree que la terapia estrogénica es beneficiosa para el funcionamiento cognitivo, la hipótesis de que el tratamiento con estrógenos protege a la mujer del riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer no está probada. (48)

1.1.5.3. Andrógenos: (47)

En la mujer los andrógenos se producen en las glándulas adrenales y los ovarios, incluyen la testosterona, androstenediona, dehidroepiandrosterona (DHEA) y sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S), los dos últimos son los esteroides adrenales de mayor concentración en el cuerpo. Disminuyen conforme avanza la edad.

El pico máximo de secreción está alrededor de la ovulación, y de allí como consecuencia el aumento del apetito sexual. El efecto modulador de DHEA en el ánimo puede explicarse por diferentes mecanismos: la biotransformación parcial en testosterona y estrógenos, su efecto en los receptores de ácido gamma-aminobutírico, cortisol y receptores serotoninérgicos. En la premenopausia se producen en promedio 300 microgramos al día

de testosterona provenientes de la glándula adrenal y del ovario. Los niveles disminuyen hasta un 50% en mujeres en la menopausia o con ooforectomía.

Gracias a estas acciones de las hormonas sexuales en el campo psicológico se da lugar a una serie de síntomas y signos en la transición a la menopausia y posmenopausia:

- **Los bochornos y síntomas vasomotores como factor de riesgo:**

Los síntomas vasomotores se han asociado a síntomas somáticos, disminución de la libido e insomnio. Por sí mismos tienen un impacto psicológico negativo. El 60% de las mujeres con depresión han experimentado bochornos y sudores nocturnos. (49)

En estudios longitudinales, se asocian con trastornos en el sueño y contribuyen a la fatiga, irritabilidad, sentimiento de vergüenza en público, ansiedad, depresión y los trastornos de memoria. Los síntomas vasomotores aumentan con el estrés y la ansiedad ocasionando bochornos incontrolables, y problemas en la autoimagen, problemas laborales, rupturas familiares y aislamiento. (50)

- **Alteraciones del sueño: (51, 52)**

Las mujeres postmenopáusicas tienen de 2.6 a 3.5 veces más problemas para dormir que las premenopáusicas. Se presenta dificultad para iniciar el sueño, despertar temprano con incapacidad de volverse a dormir (21%), apnea del sueño e hipopnea, privación del sueño

total. Existe una correlación muy alta entre los bochornos y los problemas en el sueño. Quizá los sofocos sean insuficientes para despertar a una mujer pero son suficientes para afectar la calidad del sueño y al no ser reparador tiene consecuencias, afectan el estado de alerta durante el día, hay menor actividad mental, disminución de la productividad, cansancio, irritabilidad, lo que puede afectar las relaciones familiares y sociales. (53)

Sin embargo, las mujeres experimentan trastornos del sueño, incluso en ausencia de los sofocos. La prevalencia estimada de dificultad para dormir basada en dos estudios de cohortes longitudinales fue 32 a 40% en la transición menopáusica temprana, aumentando a un 38 a 46% a finales de la transición a la menopausia. (54)

La ansiedad y depresión también pueden contribuir a trastornos del sueño; en un estudio se encontró que estos eran predictivos de trastornos del sueño. (55) Además, las mujeres perimenopáusicas con sofocos son más propensas a estar deprimidas. (56) Los trastornos primarios del sueño también son comunes en esta población. (53)

El tratamiento estrogénico mejora la calidad del sueño, al disminuir el tiempo que transcurre hasta el inicio del mismo e incrementar el sueño REM (movimientos oculares rápidos). (55)

- **Cambios cognitivos:**

Las mujeres a menudo describen problemas con la pérdida de memoria y dificultad para concentrarse durante la transición a la menopausia y en la postmenopausia, y la evidencia biológica sustancial apoya la importancia de los estrógenos para la función cognitiva. Las

mujeres tienen una disminución de la claridad mental y de la memoria a corto plazo, aquellas que reciben terapia hormonal tienen mejores puntajes en las escalas de memoria. (57)

En el estudio SWAN no se encontró una disminución de la función cognitiva, pero el incremento en la ansiedad y la depresión tuvo efectos independientes y desfavorables en el rendimiento cognitivo. Este estudio encontró que las mujeres en transición a la menopausia y postmenopáusicas tienen síntomas de olvidos en 41% vs 31% de premenopáusicas. (58)

Otros estudios como el de Seattle Midlife Women's Health Study reportan que el 62% de las mujeres tienen cambios en su memoria, lo que podría considerarse como una indicación para terapia sustitutiva hormonal. (59)

Los bochornos provocan alteraciones en el sueño en la primera mitad de la noche y en la segunda parte suprimen el sueño REM, lo que se asocia con los despertares nocturnos. En la primera parte del sueño, el sueño es más profundo por los estadios 3 y 4 de ondas lentas y es fundamental para la memoria y su ejecución. La privación del sueño altera la memoria verbal y se tiene una menor actividad cerebral crítica para la memoria de evocación verbal (lóbulo temporal izquierda y giro parahipocampal). (60)

Otro de los factores que se relaciona con los bochornos y la cognición es el cortisol, se ha detectado un aumento en sangre 20 minutos después de su inicio. Y los niveles en cortisol

urinario también son mayores. La administración de cortisol produce un efecto negativo en la memoria verbal, pero reversible. Los niveles de cortisol durante la noche predicen el deterioro de la ejecución de la memoria. (61, 62)

- **Trastornos afectivos:**

En esta época de transición a la menopausia y postmenopausia se asocian condiciones relacionadas de miedo al envejecimiento, sentimiento de inutilidad, carencia afectiva, dificultades sociales, profesionales y maritales teniendo como consecuencia una reducida calidad de vida.

Los cambios se asocian a múltiples variables como son el ambiente, una sensibilidad elevada, cambio en el ingreso socioeconómico, estado marital, la cultura, estilo de vida, educación, e historia de síntomas depresivos, el llamado Síndrome del Nido Vacío. (51)

- **Depresión:**

Varios informes indican que hay un significativo aumento del riesgo de aparición de depresión en las mujeres durante la transición menopáusica en comparación con sus años premenopáusicos. (50, 63) El riesgo disminuye posteriormente a principios de la postmenopausia. En un estudio longitudinal de ocho años para determinar los factores de riesgo para trastornos depresivos, el diagnóstico de depresión fue 2,5 veces más probable que ocurra durante la transición a la menopausia en comparación a la etapa premenopáusica (odds ratio [OR] 2,50; 95% CI 01/25 a 05/02). (64)

Las mujeres tienen múltiples actividades que involucran el cuidado de los hijos, marido y parientes, lo que por sí mismo son factores que aumentan su nivel de estrés social. (65, 66)

También se han asociado la depresión con los niveles de colesterol total y los niveles de LDL en la perimenopausia y postmenopausia. La diferencia se debe indirectamente a la baja de estrógenos. Engelberg sugiere que la disminución de colesterol puede disminuir la membrana de colesterol cerebral, una menor cantidad de lípidos microviscosos y una disminución en la exposición de los receptores serotoninérgicos en la membrana, lo que resulta una deficiencia en su funcionamiento. (67)

Los síntomas emocionales que acompañan a la depresión son la sensación de pérdida de placer, pesimismo, tristeza, ansiedad, irritabilidad, indecisión, falta de interés o motivación y exceso de culpa. Los síntomas relacionados con el comportamiento se manifiestan en la incapacidad para concentrarse, una pobre memoria, que contribuye a una reducción de la productividad, agitación psicomotriz, explosividad, enojo, fricciones interpersonales y llanto fácil. Las quejas somáticas son cefalea, dolor y fatiga, disminución o aumento de apetito. Los síntomas físicos son fatiga, pérdida de energía, insomnio, ganancia o pérdida de peso, palpitaciones, mareo, síntomas gastrointestinales, dolores abdominales, acidez, indigestión, diarrea, constipación, aturdimiento, fibromialgia, dolor

en cuerpo, cefalea, dolor en el pecho, dolor articular crónico, dolor en piernas, pérdida del deseo sexual. (68, 69)

- **Aspectos socio-psicológicos: (22)**

En muy pocos estudios sobre la salud de la mujer durante los años de la menopausia, se ha valorado de manera formal el bienestar y aspectos psicosociales de la transición de esta etapa. Se ha estudiado a las mujeres durante la madurez para definir si la menopausia, circunstancias sociales, salud, estrés interpersonal, actitud y estilo de vida se correlacionan con el bienestar durante esta época. Se ha encontrado que la menopausia tiene muy pocos efectos sobre el bienestar. Sin embargo se ha hallado que éste se encuentra ligado a los siguientes factores: la forma como perciben la salud, síntomas psicosomáticos generales, antecedentes de síntomas premenstruales y estrés interpersonal. También las actitudes hacia el envejecimiento y la menopausia tuvieron una relación estrecha con el bienestar. Otros investigadores han encontrado que durante esta época son comunes los problemas psicosociales y los relacionan en forma directa con la fluctuación hormonal.

Los factores psicosociales contribuyen al estado de ánimo y síntomas cognitivos puesto que la mujer que atraviesa dicha etapa a menudo enfrenta otros factores de tensión emocional como el trato con adolescentes, inicio de una enfermedad grave, cuidado de una familia senil, divorcio o viudez, cambio de profesión o retiro.

Algunos autores opinan que parte del estrés que manifiestan las mujeres es claramente específico para cada cultura. La cultura occidental admira la belleza y la juventud y

conforme envejecen algunas mujeres sufren al perder su condición. Algunas mujeres ven a la menopausia como una pérdida importante, ya sea porque afecta la maternidad y la crianza como sus principales funciones en la vida. Por esta concepción de la menopausia surge depresión en muchas mujeres y otros trastornos psicológicos.

Diversos autores opinan que las fluctuaciones hormonales al principio de la transición menopaúsica son la causa, cuando menos en parte, de esta inestabilidad afectiva. Asimismo la menopausia quirúrgica induce cambios emocionales por la pérdida instantánea de hormonas. Diversos estudios han demostrado que el aumento de las hormonas del estrés (y quizá los síntomas del estrés) se encuentran vinculados desde el punto de vista fisiológico a la concentración elevada de estrógenos.

1.2. SATISFACCIÓN SEXUAL

1.2.1. DEFINICIÓN

Desde 1975 la Organización Mundial de la Salud, incorporó a la definición de salud la salud sexual, la misma que fue definida como: “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor”, considerando a la salud sexual, como parte importante de la calidad de vida y de los derechos humanos, planteando que se requieren tres elementos básicos para la salud sexual: (70)

- La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva en equilibrio con una ética personal y social.
- El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos ni falacias; en esencia, sin factores psicológicos ni sociales que interfieran con las relaciones sexuales
- El desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que la entorpezcan.

La satisfacción sexual ha sido conceptualizada de diversas maneras a lo largo del tiempo, pero dichas conceptualizaciones concuerdan en un componente físico y uno afectivo, según Haavio-Manila y Kontula (1995) la satisfacción sexual física hace referencia a la satisfacción con la última relación sexual, mientras que la satisfacción sexual emocional a la felicidad asociada a la relación de pareja en la cual acontece actividad sexual. Ha sido definida también, como la evaluación subjetiva de agrado o desagrado que la persona hace respecto a su vida sexual, (71), o el grado de bienestar y plenitud o ausencia de los mismos con respecto a la actividad sexual. (72) Otras definiciones asocian a la satisfacción sexual con la frecuencia sexual y el orgasmo (Haavio-Manila y Kontula, 1997; Laumann et al, 1994), o han brindado mayor importancia a variables afectivas, como el amor, las sensaciones y sentimientos post relaciones sexuales, especialmente de alegría o placer, determinando que estas son importantes para la satisfacción sexual, así como la comunicación en pareja o iniciativa para tener relaciones sexuales (DeLamater, 1991; Laumann et al., 1994; Haavio-Manila y Kontula, 1994, 1997; Davies, Katz, y Jackson, 1999; Waite y Joyner, 2001; Yela, 2002), el escenario amoroso se ha considerado el

contexto en el que predominantemente se produce la actividad sexual, actualmente emergen nuevos escenarios amorosos, nuevos tipos de relaciones y de orientaciones íntimas, que perturban dichas definiciones (Páez et al., 2002; Bozon, 2002). (73)

La satisfacción sexual también ha sido definida como la etapa final del ciclo de respuesta sexual que sigue a las del deseo, excitación y orgasmo, estando asociada a la frecuencia y variedad de las actividades sexuales realizadas, (72, 74) como un derecho sexual, (70) y como un factor principal en la calidad de vida, siendo asociado con la salud física y mental. (75)

Las mujeres atribuyen varios significados a la satisfacción sexual: “cumplimiento de un deseo erótico”, “manifestación final de la pasión”, “sentirse complacido y amado”, etc. Demostrando que la actividad sexual genital no es la única forma de lograr la satisfacción sexual. (3) La percepción de satisfacción sexual está asociada estrechamente a variables sociodemográficas, como edad, nivel educacional, estado civil o nivel socioeconómico (Laumann et al., 1994).

A pesar de las múltiples definiciones y la falta de una definición única y validada, la más aceptada es la de Lawrence y Byers en 1995: “respuesta afectiva que emerge de una evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas asociadas con la propia actividad sexual”. (76)

Como se ha evidenciado, múltiples factores influyen en la satisfacción sexual tanto positiva, como negativamente, factores interpersonales e intrapersonales, (5) como los que se muestran a continuación:

1.2.2. FACTORES INDIVIDUALES: (3, 5)

- La presencia de síntomas depresivos, ansiedad y malestar psicológico general están estrechamente relacionados con el deterioro en el funcionamiento sexual.
- Uso de medicamentos antidepresivos, (77) lesión de la médula espinal y enfermedades crónicas están asociadas a una disminución de la satisfacción sexual.
- La histerectomía está asociada a una menor satisfacción sexual. (78)
- Existe una asociación relevante entre satisfacción sexual y un mejor nivel de salud física, psicológica y de bienestar general, al igual que una mejor calidad de vida. (12)
- Actitudes personales como: erotofilia (mantener una actitud positiva hacia lo sexual y lo erótico); menor culpa sexual, autoestima más alta e imagen corporal positiva están relacionadas con mayor satisfacción sexual. (6)
- Edad: a partir de la adultez media y a mayor edad decrece la satisfacción. (7, 8)
- Género: los hombres presentan mayor satisfacción que las mujeres. (7, 8)
- Nivel educacional y formación: a mayor nivel mayor satisfacción. (7, 8)
- Religiosidad: mayor religiosidad menor satisfacción sexual. (7, 8)

1.2.3. FACTORES DE PAREJA: (3, 5)

- Comunicación entre la pareja: las personas que aquejan una pobre comunicación refieren estar insatisfechas sexualmente, siendo esta una causa de separación. Evidenciándose lo contrario con una mejor comunicación. (9)
- Habilidad para entender las necesidades que satisfacen a la pareja: mayor satisfacción. (79)

- Mayor asertividad sexual se vincula a mayor satisfacción sexual.
- Estabilidad de la relación en pareja, de larga duración y exclusiva están relacionados con una mayor satisfacción sexual. (8)
- Prácticas sexuales: asociación positiva entre la satisfacción y la frecuencia, mayor consistencia del orgasmo, equilibrada distribución de la iniciativa y mayor variedad de prácticas sexuales.

Se señalan 5 factores diferentes que pueden afectar a la satisfacción sexual: (5)

- Prácticas sexuales: técnicas sexuales, mayor frecuencia de intercambio y orgasmo, actividades sexuales no coitales. Los problemas de satisfacción sexual, pueden estar relacionados con quejas de prácticas sexuales monótonas y rutinarias. (72)
- Aspectos socios-emocionales de la relación en pareja: satisfacción global en la pareja y bienestar marital
- Conocimientos, actitudes y valores hacia la sexualidad: escaso conocimiento y poca asertividad sexual.
- Salud física y vitalidad: enfermedades coronarias, depresión, baja salud física y escasa vitalidad
- Barreras ambientales: falta de intimidad

En múltiples estudios se muestra la importancia de la satisfacción sexual en la vida personal y de pareja, ya que puede determinar el bienestar de la misma y de la calidad de vida. (3)

Un mayor sentido de propósito en la vida está asociado significativamente a un mayor disfrute de actividades sexuales íntimas, independientemente de factores demográficos, siendo consistente con hallazgos que muestran que la función sexual en las mujeres está fuertemente asociada a la función psicosocial, incluyendo relaciones íntimas, soporte social y bienestar emocional. (80)

Motivo por el cual la satisfacción es un pilar fundamental y predictor de una mejor calidad de vida en la vejez por lo que su estudio y potenciación es fundamental en toda etapa vital.

1.3. DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

1.3.1. CICLO DE RESPUESTA SEXUAL FEMENINA:

Según la Federación Latinoamericana de Sexología y Educación Sexual, la respuesta sexual se define como “toda actividad caracterizada por la presencia de activación cortical y medular en el sistema nervioso, que se correlaciona con un fenómeno de tumescencia y contractibilidad muscular lisa y/o estriada (fase de excitación y meseta), de contractibilidad muscular lisa y/o estriada (fase orgásmica) y fenómeno de detumescencia tanto a nivel genital como extra genital (fase resolutive), efecto de una situación/estímulo sexual”. (81)

La respuesta sexual femenina está controlada por el sistema nervioso central, interviniendo el sistema nervioso parasimpático en la actividad general y los tejidos eréctiles, mientras que el sistema nervioso simpático, controla el orgasmo, siendo producto de cambios anatómicos, hormonales, vasculares y neuronales que ocurren en el organismo, interviniendo diversos neurotransmisores y neuropéptidos (GABA, serotonina, dopamina, epinefrina, histamina u opioides), además de la acción de las hormonas sexuales. Cualquier daño en algún nivel del sistema nervioso puede producir alteraciones en la función sexual. (2, 82)

Consta de 4 fases: (82)

- **Deseo (líbido):** deseo de tener actividad sexual, incluyendo pensamientos sexuales, imágenes y deseos.
- **Excitación:** sensación subjetiva de placer sexual, acompañada de cambios fisiológicos, que incluyen vaso congestión genital y aumento de la frecuencia cardíaca, presión arterial y frecuencia respiratoria.
- **Orgasmo:** pico del placer sexual y liberación de la tensión sexual, contracciones rítmicas de los músculos perineales y de los órganos reproductivos
- **Resolución:** relajación muscular y sensación general de bienestar después de la actividad sexual

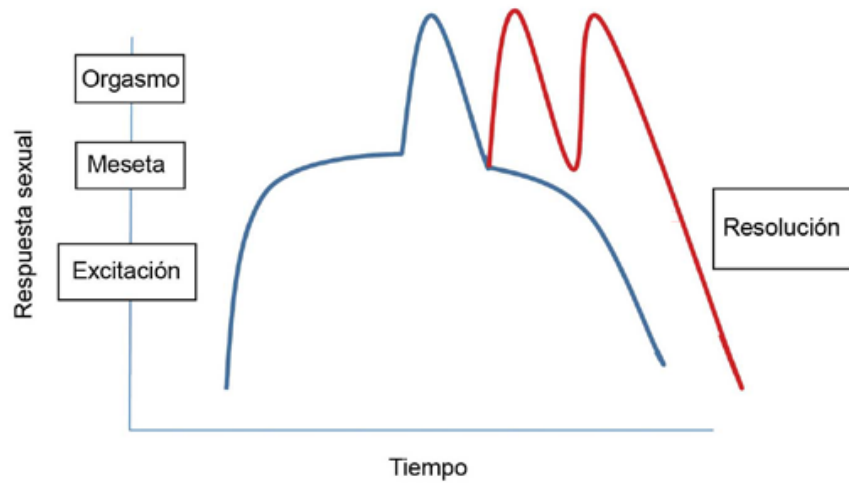


Fig. 1. Modelo de la respuesta sexual de Masters y Johnson. *Kingsberg. Female Sexual Dysfunction. Obstet Gynecol 2015. (83)*

En muchas mujeres estas fases no son consecutivas, y puede variar en secuencia, superposición, repetitividad o estar ausentes durante todos o algunos encuentros sexuales, siendo la intimidad emocional y física la meta de la misma. Es necesario conocer estas fases para determinar en qué parte del ciclo la mujer tiene problemas.

El ciclo de respuesta sexual debe ser entendido en un contexto interpersonal. A pesar de que el deseo puede ser el factor inicial para la actividad sexual, las mujeres se sienten motivadas por otras razones, como por ejemplo el deseo emocional de cercanía y de fortalecimiento de la relación con su pareja. (84) Incluso la satisfacción subjetiva con la experiencia sexual no siempre requiere el alcanzar todas las fases, incluida el orgasmo.

1.3.2. ASPECTOS ENDOCRINOLÓGICOS:

El ciclo de la respuesta sexual es iniciado por neurotransmisores no adrenérgicos y no colinérgicos (ej.: péptido intestinal vaso activo, óxido nítrico), que mantienen el músculo liso relajado aumentando el flujo sanguíneo a nivel del piso pélvico, lubricación vaginal y congestión y tumefacción de clítoris y labios. La musculatura del piso pelviano está inervada indirectamente por el sistema límbico y es altamente reactiva a estados y estimulación emocional. Los estrógenos mantienen el epitelio de la mucosa vaginal, los terminales sensitivos y el flujo sanguíneo de los genitales. Los andrógenos, por otro lado, están implicados en el deseo sexual, excitación, orgasmo y sobre todo en la sensación de bienestar. (85, 86, 87, 88)

La disminución de los niveles de estrógenos en la peri y postmenopausia ha sido asociada con cambios en la función sexual, resultando en una disminución en la lubricación vaginal y en la venocongestión durante la excitación sexual, (89) favoreciendo la atrofia vaginal, incrementando el dolor sexual. En múltiples estudios se ha evidenciado que el declive de estradiol está asociado a la disminución de la libido y de la respuesta sexual. (90)

1.3.3. EPIDEMIOLOGÍA:

A nivel mundial se reporta que alrededor del 40% sufren de problemas sexuales a lo largo de su vida. (83, 91, 92, 93, 94) Esto se demostró en un estudio realizado en 29 países, con 14,000 mujeres entre 40-80 años, reportando que el tipo más común de disfunción sexual era: el bajo deseo sexual (26-43%), incapacidad para alcanzar el orgasmo (18-41%). La

disfunción sexual femenina es más prevalente en el sureste de Asia (Indonesia, Malasia, Filipinas, Singapur y Tailandia) y menos prevalente en el norte de Europa (Austria, Bélgica, Alemania, Suecia y Reino Unido). (94) Los problemas sexuales diagnosticables tienen una prevalencia del 12%. (83)

1.3.4. FACTORES DE RIESGO Y ETIOLOGÍA:

La etiología de la disfunción sexual es multifactorial e incluye problemas psicológicos (depresión y ansiedad), conflicto con la pareja, fatiga, estrés, falta de privacidad, problemas relacionados al abuso sexual, medicación, problemas físicos que hacen la vida sexual incómoda como endometriosis o atrofia vaginal.

La presencia de condiciones médicas está asociadas a la disfunción sexual, no sólo a causarla si no también al impacto psicológico en la calidad de vida. En un estudio de sexualidad que incluyó a mujeres entre 57-85 años, la salud física estaba fuertemente relacionada con los problemas sexuales, incluso más que la edad misma. (11)

- Edad: el efecto de la edad en la función sexual es controversial. En el estudio PRESIDE, la presencia de problemas sexuales estaban relacionados con la edad, a pesar de que todos los problemas incrementan con el paso de los años, la prevalencia de los problemas sexuales asociados al estrés fueron mayores en mujeres entre 45-64 años (15%), menor en mujeres ≥ 65 años (9%) e intermedio en mujeres entre 18-44 años (11%). (91, 92)

En el estudio de National Health and Social Life Survey, donde fueron entrevistadas 1749 mujeres, la prevalencia de problemas sexuales fue disminuyendo con la edad, excepto los problemas de lubricación. (92)

- Menopausia: se correlaciona con la edad, y coincide con el inicio de los problemas sexuales, especialmente los relacionados a la sequedad vaginal y la dispareunia, debido a falta de estrógenos en el tejido vaginal, los mismos que están aumentados en esta etapa. (95) Las mujeres postmenopáusicas reportan menor deseo y excitación, las mujeres que sufren de una menopausia quirúrgica evidencian problemas para alcanzar el orgasmo y disminución de la excitación, al igual que una disminución en la satisfacción sexual. (96, 97, 98)

Los síntomas en general de la menopausia como: depresión, alteración del sueño y el sudor nocturno están asociados a la disminución de la libido. (99)

- Enfermedad psiquiátrica o neurológica: la depresión está presente en 17-26% de las mujeres que se quejan de bajo deseo sexual. (100, 101) La ansiedad y trastornos psicóticos, las benzodiacepinas e inhibidores del receptor de serotonina causan bajo deseo y dificultad para alcanzar el orgasmo, al igual que el uso de varios antipsicóticos. (102) Mujeres con esclerosis múltiple presentan disfunción sensorial en el área genital en un 62%; las mujeres con Parkinson y con epilepsia también presentan tendencia a la disfunción sexual.
- Problemas ginecológicos:
 - .1. Parto: a partir de los tres meses postparto, el 80-93% de las mujeres refieren haber tenido relaciones sexuales. (103) Durante este periodo es común encontrar

problemas relacionados con el bajo deseo o dispareunia, el 83% los reporta a los 3 meses y el 64% a partir de los 6 meses postparto. (104) La multiparidad o nuliparidad no son factores de riesgo para disfunción sexual. (91)

- .2. Trastornos de la vejiga y piso pélvico: del 26-47% de las mujeres con incontinencia urinaria refieren disfunción sexual, del 11-45% refieren incontinencia durante el acto sexual, más comúnmente durante la penetración o el orgasmo. (105, 106) En presencia de prolapso genital e incontinencia urinaria, la disfunción sexual fue mayor que en cualquiera de las dos patologías por separado. (91, 107)
- .3. Endometriosis: se caracteriza por dispareunia como síntoma cardinal.
- .4. Fibrosis uterina: las mujeres con esta condición también evidencia dispareunia, e incluso el sangrado provocado por la enfermedad influye en la disfunción sexual.
- .5. Histerectomía y menopausia quirúrgica: es una de las cirugías más frecuentes en la mujer después de la cesárea, se estima que una de cada 5 mujeres en algún momento de su vida será sometida a este procedimiento. El impacto en la calidad de vida, afecta la feminidad, provocando alteraciones psicológicas y aislamiento social. En estas mujeres aumenta al triple las disfunciones sexuales, aumentando el estrés vaginal, disminución de la sensación genital, disminuyendo la vaso congestión y causando por ende una reducción de la multiplicidad de orgasmos. Dichos síntomas no persisten más allá de los 6 meses postoperatorios. Alrededor del 25% de las mujeres con problemas en su vida sexual, recuperan su vida sexual

después de la cirugía, evidenciándose un mantenimiento de la frecuencia de las relaciones sexuales, aumento de la libido y disminución de dolor. (19)

- Otras condiciones médicas:
 - .1. Hiperprolactinemia: está asociada a menor deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción sexual. (108)
 - .2. Hipertensión arterial: es un factor de riesgo conocido para disfunción sexual, se ha evidenciado que las mujeres con esta condición presentan en un 42% disfunción relacionada al dolor sexual, en comparación con mujeres normotensas (19%). No se ha evidenciado diferencia entre mujeres con o sin tratamiento. (91, 109)
 - .3. Falla renal: junto con la diálisis están asociados a disfunción sexual, tanto en hombres como mujeres.
- Cáncer: la disfunción sexual evidenciada en mujeres con cáncer se presenta como bajo deseo, lubricación insuficiente e insatisfacción con su vida sexual, siendo asociados al tratamiento de la patología (quimioterapia, radioterapia, extracción quirúrgica) que produce falla ovárica prematura, hipoestrogenemia. El uso de tamoxifeno e inhibidores de la aromatasa, están asociados a problemas sexuales, durante y después del tratamiento. (110, 111, 112, 113)
- Relación con la pareja: uno de los mejores predictores de problemas sexuales son los marcadores de bienestar emocional y la relación con la pareja. (114) En el Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS), se evidenció que el bajo deseo sexual está asociado con estrés emocional, psicológico, baja satisfacción sexual con

su pareja y deterioro del estado de salud en general, incluyendo el aspecto mental y físico. (43) La disfunción sexual se incrementa en un 50% si hay historia de abuso sexual en la niñez y en la vida adulta. (115)

Cuadro de etiologías de la disfunción sexual: (116)

Cuadro N° 1.

<i>Causas medicas</i>		
<i>Cardiovascular</i>	<i>Gastrointestinal</i>	<i>Reumatológicas y otras</i>
Hipertensión arterial	Cirrosis hepática	Fibromialgias
Enfermedad coronaria	Insuficiencia hepática	Insuficiencia renal crónica,
Infarto agudo de miocardio	Síndrome de intestino	hemodiálisis
Enfermedad vascular	irritable	Artritis
periférica	Colostomías	Cirugías previas
	Hemorroides	Disfunción eréctil masculina
	Cáncer	Radiación
<i>Neurológico</i>		<i>Endocrinológica</i>
Epilepsia lóbulo temporal		Adenoma hipofisiario
Accidente vascular encefálico		Prolactinoma
Enfermedad de Parkinson		Insuficiencia suprarrenal
Lesión hipotalámica		Enfermedades autoinmunes
Esclerosis múltiple		Déficit de testosterona

Neuropatía alcohólica	Hipotiroidismo
Esclerosis lateral amiotrófica	Diabetes mellitus tipo 1
Trauma raquimedular	Diabetes mellitus tipo 2
Hernia discal lumbar	Deficiencia estrogénica
	Menopausia
	Ooforectomía
	Hipogonadismo

<i>Causas ginecológicas</i>	
<i>Externas o superficiales</i>	<i>Internas o profundas</i>
Vulvitis	Deficiencias estrogénicas
Vulvovaginitis	Vaginitis
Distrofia vulvar	Atrofia vaginal
Bartholinitis	Irritación química
Vestibulitis	Endometriosis
Variantes anatómicas	Septo vaginal
Remanente de himen	Prolapso uterino
Enfermedades dermatológicas vulvares	Útero en Retroversoflexión
Radiación	Cistocele / rectocele
Cáncer vulvar	Uretritis
Episiotomía	Cistitis

Tamaño peneano	Incontinencia urinaria Enfermedad inflamatoria pélvica Enfermedades de transmisión sexual Tumor ovárico Cáncer Cirugía vaginal Dolor abdominal crónico
----------------	--

<i>Causas psicosociales</i>		
<i>Factores interpersonales</i>	<i>Factores afectivos</i>	<i>Otros</i>
Pérdida del atractivo físico	Ansiedad de desempeño	Normas familiares
Disminución de la intimidad sexual	Miedo a la crítica	Mitos culturales
Rutinización de la relación sexual	Culpa	Contexto sociocultural
Aventuras extramaritales	Depresión	Desinformación
Falta de comunicación de pareja	Autoestima baja	Ignorancia sexual
Excesiva dependencia sexual	Temores al embarazo	Fatiga
Ignorancia de necesidades sexuales de la pareja	Trastornos situacionales	Estrés
	Cambios vitales mayores	
	Factores del desarrollo	
	Experiencias sexuales traumáticas	
	Abuso sexual	

<i>Fármacos</i>			
<i>Antihipertensivos</i>	<i>Antidepresivos</i>	<i>Ansiolíticos</i>	<i>Drogas de abuso</i>
Alfa y beta bloqueadores Propanolol Timolol Metoprolol Diuréticos Espironolactona	Bupropion Fluoxetina Imipramina Paroxetina Sertralina Venlafaxina	Alprazolam Clonazepam Litio Clomipramina Lorazepam	Alcohol Anfetaminas Cocaína Marihuana Morfina Tabaco
<i>Hormonas</i>	<i>Anticonvulsivantes</i>	<i>Bloqueador de receptores H2</i>	<i>Otras</i>
Medroxiprogesterona Etinilestradiol	Fenitoína	Ranitidina Famotidina	Digoxina Acetazolamida Amiodarona Gemfibrocilo Agente quimioterapéutico

1.3.5. CLASIFICACIÓN:

Según las guías de la American Psychiatric Association (APA), para establecer un diagnóstico de disfunción sexual, un problema sexual debe ser recurrente o persistente y causar problemas personales o interpersonales. Se dividió a la disfunción sexual en las siguientes categorías: (82)

Trastorno de la excitación/interés sexual (incluye trastorno de deseo sexual hipoactivo y trastorno de la excitación sexual femenina): falta de, o reducción significativa del interés/excitación manifestada por al menos 3 de lo siguiente:

- Ausencia/disminución del interés en la actividad sexual.
- Ausencia/disminución de pensamientos o fantasías sexuales/eróticas.
- Ausencia/disminución de la iniciación de la actividad sexual, y típicamente falta de receptividad del intento de iniciar por parte de la pareja.
- Ausencia/disminución de la excitación/placer sexual, durante la actividad sexual en casi todos o todos (aprox. 75-100%) los encuentros sexuales (en situaciones identificadas o en todos los contextos).
- Ausencia/disminución del interés/excitación sexual en respuesta a señales sexuales/eróticas internas o externas (Ej. Escritas, verbales, visuales).
- Ausencia/disminución de sensaciones genitales o no durante la actividad sexual en casi todos o todos (aprox. 75-100%) los encuentros sexuales (en situaciones identificadas o en todos los contextos).

Trastornos orgásmicos: Presencia de alguno de los siguientes síntomas y experiencias en casi todos o todos (aprox. 75-100%) los encuentros sexuales (en situaciones identificadas o en todos los contextos).

- Marcado retraso, marcada infrecuencia o ausencia de orgasmo.
- Marcada reducción en la intensidad de la sensación del orgasmo.

Trastornos de dolor genito-pélvico (incluye dispareunia y vaginismo): persistencia o recurrencia de dificultades con una o más de lo siguiente:

- Penetración vaginal durante el acto sexual.
- Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante la actividad sexual o durante los intentos de penetración vaginal.
- Marcado miedo o ansiedad por el dolor vulvovaginal o pélvico, en anticipación, durante o como resultado de la penetración vaginal.
- Marcada tensión o contracción de los músculos del piso pélvico durante la penetración vaginal.

Disfunción sexual inducida por medicamentos/substancias: alteración clínicamente significativa en la función sexual en el cuadro clínico. Hay evidencia en la historia, examen físico o hallazgos de laboratorio de alguno de los siguientes:

- Los síntomas se presentan durante o inmediatamente después de la intoxicación por alguna sustancia, o la suspensión o tras la exposición de alguna medicación.

- La medicación/substancia involucrada es capaz de producir los síntomas.
- La alteración no se puede explicar por una disfunción sexual no inducida por medicamentos/substancias. La evidencia de una disfunción sexual independiente puede incluir lo siguiente: los síntomas preceden el comienzo del uso de una medicación/substancia; los síntomas persisten por un periodo substancial de tiempo (ej.: un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación severa; o hay otra evidencia que sugiera la existencia de disfunción sexual independiente no inducida por medicación/substancia (ej.: historia de episodios no asociados a medicación/substancia, recurrentes).
- La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de delirium.

Otra disfunción sexual específica: esta categoría aplica a aquellas presentaciones en las que los síntomas característicos de una disfunción sexual causan problemas clínicamente significativos de predominio individual, pero no cumple los criterios necesarios para ser diagnosticado dentro de alguna categoría de disfunción sexual. También se usa esta categoría en situaciones en las que el medico decide comunicar la razón específica de por qué su presentación no cumple los criterios de una disfunción sexual específica.

Disfunción sexual inespecífica: esta categoría aplica a las presentaciones en las que los síntomas característicos de una disfunción sexual que causa molestias clínicamente significativas predominan, pero no cumplen todos los criterios necesarios para pertenecer a algún tipo de disfunción sexual. Esta categoría es utilizada en la situación en la que el médico decide no especificar la razón por la que no cumple los criterios de una disfunción

sexual específica, e incluye presentaciones en las cuales hay información insuficiente para realizar un diagnóstico específico.

1.4. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Debido a la falta de información e investigación sobre la salud sexual de la mujer comparada a la del hombre, no se ha realizado una clara definición de disfunción sexual femenina y los campos que incluye la misma, motivo por el cual su diagnóstico y tratamiento ha sido totalmente empírico, basado en la poca información obtenida.

En el “International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions: Definitions and Classifications” se dividió en cuatro grandes categorías a la disfunción sexual femenina, que incluyen: trastornos del deseo, excitación, orgasmo, dolor sexual. Posteriormente se demostró que en la función sexual, la satisfacción sexual juega un rol muy importante por lo que su alteración también se consideró parte de las categorías de disfunción sexual, al igual que la incapacidad para mantenerse excitada durante y hasta finalizar el acto sexual, ya sea por problemas psicológicos o por alteraciones en la lubricación vaginal. A partir de estos hallazgos y definiciones, se evidenció la falta de pruebas diagnósticas, rápidas y efectivas para el diagnóstico de disfunción sexual femenina, por lo que en el 2000 Rosen y colaboradores vieron la importancia de crear una herramienta diagnóstica rentable y válida, que pueda ser empleada por la misma paciente.

(117)

El cuestionario realizado por Rosen y colaboradores, se realizó en dos fases: (117)

Primera fase: selección de preguntas para el cuestionario: un grupo de expertos realizó la selección de ítems relacionados al desorden de la excitación femenina (FSAD: *female sexual arousal disorder*), incluyendo ítems sobre deseo, orgasmo, dolor y satisfacción, obteniendo un cuestionario de 30 preguntas inicialmente, diseñado para la población heterosexual y homosexual. El objetivo de esta primera fase era conocer los criterios psicométricos básicos, realizar un cuestionario que fuera claro y entendible, con opciones de respuestas comprensibles, relativamente simple de administrar y puntuar, y ser imparcial en lo que concierne a edad, identidad étnica, educación, y estado económico. Al administrar el test a un grupo de 30 mujeres voluntarias se evidenció que fue comprendido por la mayoría, sin embargo se consideró diseñar nuevas preguntas, reescribir otras, y eliminar algunas, con lo que se obtuvo de esta primera fase un test de 29 preguntas. (118)

Segunda fase: fiabilidad y la validación estadísticas en la construcción del test: Se administró el test a 259 voluntarias en cinco centros de Estados Unidos (UMDNJ-Robert Wood Johnson Medical School, Piscataway, NJ; U. Tennessee, Memphis, TN; U. Washington, Seattle, WA.; U. Texas, Austin, TX; Columbia U. School of Medicine, New York, NY.). El grupo expuesto cumplía con los criterios para el diagnóstico del FSAD, mientras que el grupo control fue de mujeres sanas sexualmente activas y con pareja heterosexual estable; la edad de ambos grupos estaba comprendida entre 20 y 70 años. El objetivo de esta fase fue examinar la validación del test (factorial, discriminante, y divergente) y su fiabilidad (consistencia interna y fiabilidad test-retest). (118, 119)

Se aplicó el test en dos visitas, separadas por 2 a 4 semanas. En la primera visita se realizaron preguntas demográficas. Las primeras evaluaciones fueron realizadas pregunta por pregunta para obtener preguntas con propiedades psicométricas adecuadas y de relevancia clínica. El análisis de estos factores fue conformando los dominios actuales. La consistencia interna de las preguntas con cada factor fue evaluada con el test alfa de Cronbach y se compararon las respuestas dadas en la primera y en la segunda visita para ver la fiabilidad y el coeficiente de estabilidad.

Tras estos estudios estadísticos y evaluación de las preguntas que se formularon, varias no cumplían con los criterios de inclusión o redundaban en un mismo dominio, motivo por el cual el cuestionario se redujo a 19 preguntas que conforman 6 dominios de la sexualidad femenina: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. (119)

Tras la primera visita, las 259 mujeres se dividían en sanas (131) y con FSAD (128) con edad entre 21 y 69 años. Se obtuvieron los siguientes valores: para las mujeres sanas el resultado global del test fue 30.5 ± 5.29 y para las mujeres con déficit de la excitación, 19.2 ± 6.63 , con diferencias significativas tanto en el resultado global como en cada uno de los dominios. La puntuación se fijó según la escala Likert, de 1 a 5 para cada una de las preguntas con una puntuación global mínima de 2 y máxima de 36, pero también en las preguntas 3 -14, 17- 19 hay opción para contestar que no se han mantenido relaciones sexuales y por lo tanto hay 6 opciones que puntúa de 0 a 5. Una puntuación de 26,55 o menor o una puntuación individual en uno de los dominios menor de 3.6, sugiere según los autores disfunción sexual femenina. (120)

CAPÍTULO III

4. MATERIALES Y MÉTODOS

1.5. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué factores bio-psico-sociales condicionan un menor nivel de satisfacción sexual en las mujeres postmenopáusicas de la consulta externa de Ginecología y Medicina Interna del HEE en los meses de Septiembre y Octubre del 2015?

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVO GENERAL:

Identificar los factores bio-psico-sociales con mayor influencia en la satisfacción sexual de las mujeres postmenopáusicas de la consulta externa de Ginecología y Medicina Interna del HEE en los meses de Septiembre y Octubre del 2015

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Establecer el nivel de satisfacción sexual de las mujeres postmenopáusicas de la consulta externa de Ginecología y Medicina Interna del HEE en los meses de Septiembre y Octubre del 2015.

- Comprobar que el padecer una enfermedad o la necesidad de tomar medicamentos ocasiona menor satisfacción sexual de las mujeres postmenopáusicas de la consulta externa de Ginecología y Medicina Interna del HEE en los meses de Septiembre y Octubre del 2015
- Establecer que ante la presencia de antecedentes de maltrato físico o psicológico, abuso sexual e infidelidad es menor la satisfacción sexual de las mujeres postmenopáusicas de la consulta externa de Ginecología y Medicina Interna del HEE en los meses de Septiembre y Octubre del 2015.
- Determinar que a mayor edad, mayor número de hijos y menor nivel de instrucción se presenta menor nivel de satisfacción sexual en las mujeres postmenopáusicas de la consulta externa de Ginecología y Medicina Interna del HEE en los meses de Septiembre y Octubre del 2015.

1.7. HIPÓTESIS

La presencia de factores bio-psico-sociales como la edad, mayor número de hijos, menor grado de instrucción, presencia de maltrato, infidelidad y abuso sexual, al igual que el padecer alguna enfermedad y la ingesta crónica de medicamentos, entre otros, condicionan un menor nivel de satisfacción sexual en las mujeres postmenopáusicas.

1.8. METODOLOGÍA

1.8.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA	NATURALEZA
Edad	Periodo comprendido entre el nacimiento de una persona hasta la fecha de realización de la encuesta	Años cumplidos	45-49 50-59 60-69 70-79 80 o más	Cuantitativa
Número de hijos	Número de hijos, producto de un embarazo de la persona encuestada, que nacieron vivos ya sea por parto cefalovaginal o cesárea, sin importar que al momento hayan fallecido.	Número de hijos que refiere la persona encuestada	0-2 3-4 5 o más	Cuantitativa
Estado Civil	Grado de vínculo entre dos personas establecido por la ley	Estado civil referido por la encuestada	Casada Soltera Viuda Divorciada Unión libre Separada	Cualitativa
Nivel de Instrucción	Años escolares aprobados en una institución educativa	Años aprobados	Ninguna Primaria Secundaria Universitaria	Cualitativa
Etnia	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	Autoconsideración étnica	Mestiza Blanca Afroecuatoriana Indígena	Cualitativa
Nivel Socio-económico	Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo.	Nivel socio-económico que la encuestada considera tener.	Bajo Medio Alto	Cualitativa
Fecha de Última Menstruación	Edad en la que se presentó la última menstruación.	Edad en años	39 o menos 40-44 45-49 50-54 55-60	Cuantitativa
Enfermedades	Todas aquellas enfermedades que se hayan diagnosticado en la persona encuestada y de las cuales padezca hasta la actualidad o hayan sido motivo para una histerectomía.	Referencia de la paciente de enfermedades diagnosticadas.	Si No	Cualitativa
Medicamentos	Medicamentos referidos por la encuestada, que consume de forma regular por un periodo de	Medicamentos referidos por la encuestada	Si No	Cualitativa

	tiempo y que este consumiendo actualmente				
Abuso Sexual	Cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento en cualquier etapa de su vida.		Referencia de la encuestada de la presencia o no de abuso sexual.	Si No	Cualitativa
Maltrato Físico/Psico lógico	Acción y efecto de maltratar (tratar mal a una persona, menoscabar, echar a perder) ya sea en forma de agresión física o psicológica.		Referencia de la encuestada de la presencia o no de maltrato	Si No	Cualitativa
Infidelidad de la pareja	Incumplimiento del compromiso de fidelidad o la falta de ésta, mientras se mantiene una relación amorosa con la encuestada.		Referencia de la encuestada de la presencia o no de infidelidad por parte de su pareja actual o previa.	Si No	Cualitativa
Disfunción sexual	Dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (deseo, excitación, orgasmo y resolución) que evita al individuo el disfrute de la actividad sexual.		Percepción del funcionamiento sexual de la encuestada por medio del cuestionario IFSF. Obteniendo un valor global en toda la encuesta igual o menor a 26,55	Si No	Cualitativa
		Trastornos del deseo	Puntuación menor a 3,6 en la suma algebraica de las preguntas 1 y 2 del cuestionario IFSF.	Si No	Cualitativa
		Trastornos de la excitación	Puntuación menor a 3,6 en la suma algebraica de las preguntas 3, 4, 5 y 6 del cuestionario IFSF.	Si No	Cualitativa
		Trastornos de la lubricación	Puntuación menor a 3,6 en la suma algebraica de las preguntas 7, 8, 9 y 10 del cuestionario IFSF.	Si No	Cualitativa
		Trastornos del orgasmo	Puntuación menor a 3,6 en la suma algebraica de las preguntas 11, 12	Si No	Cualitativa

			y 13 del cuestionario IFSF.		
		Trastornos del dolor	Puntuación menor a 3,6 en la suma algebraica de las preguntas 17, 18 y 19 del cuestionario IFSF.	Si No	Cualitativa
Satisfacción sexual	Grado de bienestar de la encuestada con respecto a su vida sexual, tanto en pareja como individualmente.		Percepción personal de satisfacción sexual de la encuestada por medio del cuestionario IFSF. Con una puntuación mayor a 3,6 en la suma algebraica de las preguntas 14, 15y 16 del cuestionario.	Si No	Cualitativa

1.8.2. RELACIÓN EMPÍRICA DE LAS VARIABLES

- **Variable dependiente:** satisfacción sexual
- **Variable independiente:** edad, estado civil, nivel de instrucción, etnia, nivel socioeconómico, abuso sexual, maltrato físico o psicológico, infidelidad de la pareja, enfermedades orgánicas, consumo de medicamentos, edad de la última menstruación, disfunción sexual, trastornos del deseo, trastornos de la excitación, trastornos de la lubricación, trastornos del orgasmo, trastornos del dolor.

1.8.3. MUESTRA

Se calculó usando la fórmula de una sola proporción para cada servicio en el que se realizará el estudio, introduciendo los datos en el programa “Calculec”:

$$n = \left[\frac{Z\alpha\sqrt{Pc(1 - Pc)} + Z\beta\sqrt{Pe(1 - Pe)}}{Pe - Pc} \right]^2$$

Donde:

$Z\alpha$: 1.96

$Z\beta$: 0.84

Pc : 0.2

Pe : 0.1

Muestra estadísticamente significativa: 107 mujeres postmenopáusicas que acuden al servicio de Medicina Interna y 107 mujeres postmenopáusicas que acuden al servicio de Ginecología, con un total de 214 mujeres.

1.8.4. TIPO DE ESTUDIO

Estudio analítico transversal.

1.8.5. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes mujeres postmenopáusicas, que acuden a la consulta externa de los servicios de Ginecología y de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en los meses de septiembre y octubre del 2015.

1.8.6. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizó una encuesta a las pacientes postmenopáusicas que se encontraban en la sala de espera de los servicios de Ginecología y de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

La encuesta realizada esta dividida en dos secciones:

Datos personales: que incluye a los datos considerados factores de riesgo, incluyendo: edad, número de hijos, estado civil, nivel de instrucción, etnia, nivel socio económico, edad de la última menstruación, enfermedades y medicamentos que utilice, víctima de abuso sexual, de maltrato físico o psicológico e infidelidad de la pareja. (Ver anexo I y II)

Índice de Función Sexual Femenina: cuestionario realizado por Rosen y colaboradores para el diagnóstico rápido de disfunción sexual, el cuestionario tiene 19 preguntas, que evalúan las diferentes esferas de la respuesta sexual (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor), la puntuación se fijó según la escala Likert, de 1 a 5 para cada una de las preguntas, siendo cada resultado multiplicado por un factor específico, tras el cual se realiza una suma algebraica, con una puntuación global mínima de 2 y máxima de 36, pero también en las preguntas 3 -14, 17- 19 hay opción para contestar que no se han mantenido relaciones sexuales y por lo tanto hay 6 opciones que puntúa de 0 a 5. Se determinó que una puntuación de 26,55 o menor o una puntuación individual en uno de los dominios menor de 3.6, sugiere según los autores disfunción sexual femenina. (ver anexos)

1.8.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Participaron en nuestro estudio aquellas mujeres que cumplían con los siguientes criterios:

- Mujeres que se encuentran en sala de espera de la consulta externa de los servicios de Ginecología y de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.
- Amenorrea de al menos 1 año previo al inicio del estudio. (Periodo postmenopáusico).
- Mujeres que acceden verbalmente a realizar la encuesta.

1.8.8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No participaron en nuestro estudio aquellas mujeres que no cumplían con los criterios de inclusión, además de cumplir los siguientes criterios:

- Amenorrea menor a un año del inicio del estudio
- Mujeres que se nieguen a realizar la encuesta
- Mujeres con incapacidad intelectual o sensorial para entender y responder la encuesta

1.8.9. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Luego de realizar las encuestas, los datos fueron ingresados y tabulados en una base de datos en Excel realizada específicamente para esta investigación, una vez ingresados todos los datos, se realizó el análisis estadístico en el programa Epi Info 3.5.4.

Se realizó un análisis demográfico de la muestra recolectada, seguido de un análisis descriptivo relacionando las variables, obteniéndose las prevalencias totales y se realizó la asociación de las mismas calculando la razón de momios (Odds Ratio), identificándose como factor de riesgo si el valor de OD es mayor a 1 y factor protector si es menor a 1; con un intervalo de confianza de 95%, se consideró estadísticamente significativo a un valor de $p < 0.05$.

1.8.10. ASPECTOS BIOÉTICOS

Riesgo individual:

Esta investigación, no presento ningún riesgo para las pacientes encuestadas y no incluyo ningún tratamiento, ni procedimiento.

Beneficios directos a los participantes:

Las participantes del estudio no recibieron beneficios económicos ni de ningún otro tipo al participar en este estudio.

CAPÍTULO IV

5. RESULTADOS

1.9. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

1.9.1. Prevalencia de satisfacción sexual:

Se encuestaron a un total de 214 pacientes, de las cuales 107 pertenecían a la consulta externa de Ginecología y 107 a Medicina Interna. Del total de encuestadas 32.7% (IC: 26.5-39.4%) refirieron satisfacción sexual y el 67.3% (IC: 60.6-73.5%) reportaron insatisfacción sexual, con un puntaje menor a 3,6 en el cuestionario IFSF en las preguntas 14, 15 y 16. De las pacientes pertenecientes a Ginecología 29% refirieron satisfacción sexual y el 71% insatisfacción, en las pacientes de Medicina Interna 63.6% presentaron insatisfacción y 36.4% refirieron satisfacción sexual. (Tabla N° 1)

Del total de encuestadas 131 (61.2%) mujeres refirieron que no tienen actividad sexual en las últimas cuatro semanas, de las cuales 15 refirieron insatisfacción, 26 refirieron sentirse ni satisfechas ni insatisfechas y 90 se sintieron satisfechas con su vida sexual en general. De las mujeres sexualmente activas 83 (38.8%), 52 refirieron satisfacción sexual, 8 refirieron sentirse ni satisfechas ni insatisfechas y 23 refirieron insatisfacción con su vida sexual en general. (Tabla N° 2)

TABLA N° 1

PREVALENCIA DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL EN 214 MUJERES POSTMENOPÁUSICAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2015

<u>SATISFACCIÓN SEXUAL FEMENINA</u>	GINECOLOGIA		MEDICINA INTERNA		TOTAL DE ENCUESTADAS		IC
	N°	%	N°	%	N°	%	%
SATISFACCIÓN SEXUAL	31	29%	39	36.4%	70	32.7%	26.5-39.4%
INSATISFACCIÓN SEXUAL	76	71%	68	63.6%	144	67.3%	60.6-73.5%
TOTAL	107	100%	107	100%	214	100%	

Fuente: Mujeres postmenopáusicas encuestadas

Elaborado por: Sara Proaño y Daniela Villagómez

TABLA N° 2

PREVALENCIA DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL CON SU VIDA SEXUAL EN GENERAL SEGÚN LA ACTIVIDAD SEXUAL EN 214 MUJERES POSTMENOPÁUSICAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2015

<u>SATISFACCIÓN SEXUAL FEMENINA</u>	SIN ACTIVIDAD SEXUAL		CON ACTIVIDAD SEXUAL		TOTAL DE ENCUESTADAS	
	N°	%	N°	%	N°	%
SATISFACCIÓN SEXUAL	90	68.7%	52	62.7%	142	66.4%
INSATISFACCIÓN SEXUAL	15	11.5%	23	27.7%	38	17.7%
NI INSATISFECHA, NI SATISFECHA	26	19.8%	8	9.6%	34	15.9%
TOTAL	131	100%	83	100%	214	100%

Fuente: Mujeres postmenopáusicas encuestadas

Elaborado por: Sara Proaño y Daniela Villagómez

1.10. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS: FACTORES SOCIALES (TABLA N° 3)

1.10.1. Edad:

De las pacientes que fueron entrevistadas 8 pertenecen al grupo de edad de 45-49 años, presentaron un 75% satisfacción sexual y un 25% insatisfacción, de este grupo 2 (25%) pacientes no fueron sexualmente activas, y de ellas el 50% refirieron satisfacción y el otro 50% insatisfacción sexual, 6 (75%) mujeres fueron sexualmente activas, 1 (20%) estuvo sexualmente insatisfecha y 5 (80%) sexualmente satisfechas; al grupo de edad de 50-59 años pertenecieron 108 pacientes de las cuales el 36.1% estuvieron satisfechas y el 63.9% insatisfechas sexualmente, en este grupo 59 mujeres no refirieron tener actividad sexual, de las cuales 5 (8.5%) presentaron satisfacción y 54 (91.5%) insatisfacción sexual, 49 mujeres fueron sexualmente activas, dentro de ellas 34 (69.3%) estuvieron satisfechas sexualmente y 15 (30.7%) insatisfechas sexualmente; dentro del grupo de 60-69 años, que contó con 65 pacientes, el 27.7% refirieron satisfacción sexual y 72.3% no, dentro de este grupo 43 mujeres no tuvieron actividad sexual, de las cuales 5 (11.6%) estuvieron

satisfechas sexualmente y 38 (88.4%) estuvieron insatisfechas, de las 22 mujeres activas sexualmente 13 (59%) estuvieron satisfechas y 9 (41%) insatisfechas; en el grupo de 70-79 años, con 27 mujeres presentaron el 25.9% satisfacción y el 74.1% insatisfacción sexual, en este grupo 22 mujeres no tuvieron actividad sexual de las cuales 5 (22.7%) estuvieron satisfechas y 17 (77.3%) insatisfechas, y de las 5 mujeres que tuvieron actividad sexual, 2 (40%) estuvieron satisfechas y 3 (60%) insatisfechas; en el grupo de 80 años o más que contó con 6 pacientes de las cuales ninguna refirió ser sexualmente activa y el 100% refirió insatisfacción sexual. (TABLA N° 4)

1.10.2. Estado civil:

De acuerdo al estado civil, en total 112 mujeres estuvieron casadas, de las que el 54.5% refirieron insatisfacción y 45.5% refirieron satisfacción sexual; en el grupo de 25 mujeres divorciadas el 84% refirió insatisfacción y el 16% satisfacción sexual; de 12 mujeres separadas el 91.7% sufrió de insatisfacción y el 8.3% restante refirió satisfacción sexual; de un total de 28 mujeres solteras el 85.7% presentaron insatisfacción y el 14.3% satisfacción sexual; de 15 mujeres en unión libre el 46.7% refirió insatisfacción y el 53.3% satisfacción sexual; en el grupo de mujeres viudas compuesto por 22 mujeres el 90.9% mencionaron tener insatisfacción y el 9.1% restante refirió satisfacción sexual.

1.10.3. Nivel de instrucción:

En base al nivel de instrucción de las mujeres encuestadas 18 (8.4%) no tuvieron ningún nivel de instrucción, siendo el 77.8% (14) insatisfechas y el 22.2% (4) satisfechas sexualmente; de las 106 (49.5%) de mujeres que tuvieron instrucción primaria, el 66% (70) refirió insatisfacción y el 34% (36) satisfacción sexual; las mujeres que tuvieron instrucción secundaria son en total 72 (33.6%), 68.1% (49) refirieron insatisfacción y el 31.9% (23) satisfacción sexual; 18 (8.4%) de mujeres que tuvieron una instrucción universitaria el 61.1%(11) mencionaron tener insatisfacción sexual y el 38.9% (7) satisfacción sexual.

1.10.4. Etnia:

Con respecto al grupo étnico, 3 (1.4%) pertenecieron al grupo de Afroecuatorianas, de este grupo el 100% refirieron insatisfacción sexual; 10 (4.7%) mujeres se auto identificaron como blancas, de las cuales el 70% (7) refirió insatisfacción sexual y el 30% (3) restante satisfacción sexual; un total de 8 (3.7%) pertenecieron al grupo étnico de indígenas, entre ellas el 87.5% (7) presentaron insatisfacción sexual y el 12.5% (1) si presentó satisfacción sexual, la mayor cantidad de mujeres 90.2% (193) se encontraron dentro del grupo de mestizas, alrededor del 65.8% (127) refirió insatisfacción y el 34.2% (66) satisfacción sexual.

1.10.5. Nivel socio económico:

Tomando en cuenta el nivel socioeconómico 95 (44.4%) mujeres se catalogaron con bajo nivel socioeconómico, de las cuales el 68.4% (65) refirieron insatisfacción y el 31.6% (30) refirió satisfacción sexual; alrededor de 118 (55.1%) mujeres catalogaron su nivel socioeconómico medio, dentro de estas mujeres, el 66.1% (78) presentaron insatisfacción y el 33.9% (40) satisfacción sexual; solo 1 (0.5%) paciente refirió tener un nivel socioeconómico alto y a su vez presentó insatisfacción sexual.

TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL FEMENINA SEGÚN LAS VARIABLES SOCIALES EN 214 MUJERES POSTMENOPÁUSICAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2015

VARIABLES	SATISFACCIÓN SEXUAL		INSATISFACCIÓN SEXUAL		TOTAL ENCUESTADAS		CHI ²	VALOR DE P
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	N°
EDAD								
45-49 AÑOS	6	8.6	2	1.4	8	3.7	11.292	0.023
50-59 AÑOS	39	55.7	69	63.9	108	50.5		
60-69 AÑOS	18	25.7	47	32.6	65	30.4		
70-79 AÑOS	7	25.9	20	13.9	27	12.6		
80 AÑOS O MÁS	0	0	6	4.2	6	2.8		
TOTAL	70	100	144	100	214	100		
ESTADO CIVIL								
CASADA	51	72.9	61	42.4	112	52.3		
DIVORCIADA	4	5.7	21	14.6	25	11.7		
SEPARADA	1	1.4	11	7.6	12	5.6		

SOLTERA	4	5.7	24	16.7	28	13.1	27.574	0.000
UNIÓN LIBRE	8	11.4	7	4.9	15	7		
VIUDA	2	2.9	20	13.9	22	10.3		
TOTAL	70	100	144	100	214	100		
<u>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</u>								
NINGUNA	4	5.7	14	9.7	18	8.4	1.306	0.727
PRIMARIA	36	51.4	70	66	106	49.5		
SECUNDARIA	23	32.9	49	34	72	33.6		
UNIVERSITARIA	7	10	11	7.6	18	8.4		
TOTAL	70	100	144	100	214	100		
<u>ETNIA</u>								
AFRO ECUATORIANA	0	0	3	2.1	3	1.4	3.170	0.366
BLANCA	3	4.3	7	4.9	10	4.7		
INDÍGENA	1	1.4	7	4.9	8	3.7		
MESTIZA	66	94.3	127	88.2	193	90.2		
TOTAL	70	100	144	100	214	100		
<u>NIVEL SOCIOECONÓMICO</u>								
BAJO	30	42.9	65	45.1	95	44.4	0.617	0.734
MEDIO	40	57.1	78	54.2	118	55.1		
ALTO	0	0	1	0.7	1	0.5		
TOTAL	70	100	144	100	214	100		

Fuente: Mujeres postmenopáusicas encuestadas

Elaborado por: Sara Proaño y Daniela Villagómez

TABLA N° 4

PREVALENCIA DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL SEGÚN LA ACTIVIDAD SEXUAL Y LA EDAD EN 214 MUJERES POSTMENOPÁUSICAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2015

EDAD	ACTIVAS SEXUALMENTE				INACTIVAS SEXUALMENTE				CHI ²	VALOR DE P
	SATISFACCIÓN SEXUAL				SATISFACCIÓN SEXUAL					
	SI		NO		SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	Nº
45-49 AÑOS	5	9.3	1	3.6	1	6.25	1	0.9	5.333	0.149
50-59 AÑOS	34	62.9	15	53.6	5	31.25	54	46.6	57.148	0.000
60-69 AÑOS	13	24.1	9	32.1	5	31.25	38	32.6	24.455	0.000
70-79 AÑOS	2	3.7	3	10.7	5	31.25	17	14.7	1.674	0.432
80 AÑOS O MÁS	0	0	0	0	0	0	6	5.2	0.000	0.000
TOTAL	54	100	28	100	16	100	116	100		

Fuente: Mujeres postmenopáusicas encuestadas

Elaborado por: Sara Proaño y Daniela Villagómez

1.11. FACTORES PSICOLÓGICOS

1.11.1. Víctima de abuso sexual:

De las mujeres encuestadas el 87,4% (187) negaron haber sufrido abuso sexual, de estas el 64,2% (120) no mostraron satisfacción sexual y el 35,8% (67) si presentó satisfacción sexual.

Por otro lado, el 16,7% de mujeres (24) admitió haber sufrido abuso sexual, de estas el 88.9% (24) presentó insatisfacción sexual y en el 11.1% (3) se encontró satisfacción sexual.

1.11.2. Víctima de maltrato físico o psicológico:

Del total de encuestadas el 49.1% (105) de mujeres no han sido víctimas de maltrato físico o psicológico, dentro de este grupo el 61,9% (65) de las encuestadas presentó insatisfacción sexual y el 38,1% (40) por el contrario, presentó satisfacción sexual.

El 50.9% (109) de encuestadas refirió haber sido víctima de maltrato físico o psicológico, de estas el 72,5 % (79) demostró insatisfacción sexual y el 27,5% (30) satisfacción sexual.

1.11.3. Infidelidad de la pareja:

De las mujeres encuestadas el 36% (77) refirió que su pareja no le ha sido infiel, dentro de este grupo encontramos que 55,8% (43) presentó insatisfacción sexual y en 44,2% (34) encontramos satisfacción sexual.

Por el contrario refirieron haber sufrido infidelidad por parte de su pareja el 64% (137) de encuestadas, en ellas encontramos que un 70,1% (101) mostró insatisfacción sexual y el 26,3 % (36) satisfacción sexual.

TABLA N° 5

DISTRIBUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL FEMENINA SEGÚN LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS EN 214 MUJERES POSMENOPÁUSICAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA DEL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2015

	SATISFACCIÓN SEXUAL		INSATISFACCIÓN SEXUAL		TOTAL DE ENCUESTADAS		CHI²	OR	VALOR DE P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	Nº	Nº
<u>VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL</u>									
NO	67	95,7	120	83,3	187	87,4	6.549	0,223	0.006*
SI	3	4,3	24	16.7	27	16,7			
TOTAL	70	100	144	100	214	100			
<u>VÍCTIMA DE MALTRATO FÍSICO O PSICOLÓGICO</u>									
NO	40	57,1	65	45,1	105	49,1	2,715	0,617	0.099
SI	30	42,9	79	54,9	109	50,9			
TOTAL	70	100	144	100	214	100			
<u>INFIDELIDAD DE LA PAREJA</u>									
NO	34	48,6	43	29,9	77	36	7,158	0,450	0.007
SI	36	51,4	101	70,1	137	64			
TOTAL	70	100	144	100	214	100			

*Test exacto de fisher

Fuente: Mujeres postmenopáusicas encuestadas

Elaborado por: Sara Proaño y Daniela Villagómez

1.12. FACTORES BIOLÓGICOS

1.12.1. Edad de la fecha de última menstruación:

(TABLA N° 6)

Del total de encuestadas el 8,9% (19) presentó su fecha de última menstruación (FUM) a los 39 o menos años, de este grupo el 89,5% (17) presentó insatisfacción sexual y el 10,5% (2) satisfacción sexual.

Un 15,4% (33) de las mujeres que participaron en la encuesta presentó su FUM entre los 40 y 44 años, de ellas el 54,5% (18) demostró insatisfacción sexual y el 45,5% (15) al contrario presentó satisfacción sexual.

De las mujeres encuestadas el 36% (77) presentó su FUM entre los 45 y 49 años, de estas mujeres el 71,4% (55) presentó insatisfacción sexual mientras que el 28,6% (22) demostró satisfacción sexual.

Un 33,6% (72) de encuestadas presentó su FUM entre los 50 y 54 años, de este grupo el 59,7% (43) de mujeres presentó insatisfacción sexual y el 40,3% (29) presentó satisfacción sexual.

Del total de encuestadas el 5,6% (12) presentó su FUM entre los 55 y 60 años, de estas mujeres el 83,3% (10) de encuestadas demostró padecer insatisfacción sexual, y el 16,7% (2) de ellas demostró satisfacción sexual.

De las mujeres encuestadas únicamente el 0,5% (1) presentó su FUM a los 61 o más años, esta mujer presentó insatisfacción sexual constituyendo el 100% de este grupo.

TABLA N° 6

DISTRIBUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL FEMENINA SEGÚN LA FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN EN 214 MUJERES POSMENOPÁUSICAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2015

EDAD DE FUM	SATISFACCIÓN SEXUAL		INSATISFACCIÓN SEXUAL		TOTAL DE ENCUESTADAS		CHI ²	VALOR DE P
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	N°
<u>39 O MENOS AÑOS</u>	2	2,9	17	11,8	19	8,9	11.045	0.0505
<u>40 A 44 AÑOS</u>	15	21,4	18	12,5	33	15,4		
<u>45 A 49 AÑOS</u>	22	31,4	55	38,2	77	36		
<u>50 A 54 AÑOS</u>	29	41,4	43	29,9	72	33,6		
<u>55 A 60 AÑOS</u>	2	2,9	10	6,9	12	5,6		
<u>61 AÑOS O MAS</u>	0		1		1	0,5		
TOTAL	70	0	144	0,7	214	100		

Fuente: Mujeres postmenopáusicas encuestadas

Elaborado por: Sara Proaño y Daniela Villagómez

1.12.2. Número de hijos: (TABLA N° 7)

Del total de mujeres encuestadas el 25,2% (54) tuvo de 0 a 2 hijos, de ellas el 66,7% (36) no presentó satisfacción sexual, al contrario del 33,3% (18) que si presentó satisfacción sexual.

De las mujeres que participaron en la encuesta el 41,6% (89) reportó haber tenido 3 o 4 hijos, de este grupo el 60,7% (54) demostró insatisfacción sexual y el 39,3% (35) presentó satisfacción sexual.

Un 33,2% (71) de las mujeres encuestadas ha tenido 5 hijos o más, de estas el 76,1% (54) presentó insatisfacción sexual y en el 23,9% (17) se encontró satisfacción sexual.

TABLA N° 7

DISTRIBUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL FEMENINA SEGÚN EL NÚMERO DE HIJOS EN 214 MUJERES POSMENOPÁUSICAS DE LA

**CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA DEL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN SEPTIEMBRE Y
OCTUBRE DEL 2015**

NÚMERO DE HIJOS	SATISFACCIÓN SEXUAL		INSATISFACCIÓN SEXUAL		TOTAL DE ENCUESTADAS		CHI ²	VALOR DE P
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	Nº
0 A 2	18	25,7	36	25	54	25,2	4.2583	0.118
3 A 4	35	50	54	37,5	89	41,6		
5 O MÁS	17	24,3	54	37,5	71	33,2		
TOTAL	70	100	144	100	214	100		

Fuente: Mujeres postmenopáusicas encuestadas

Elaborado por: Sara Proaño y Daniela Villagómez

1.12.3. Enfermedades:

De las mujeres encuestadas el 14% (30) no padeció ninguna enfermedad, de este grupo el 60% (18) presentó insatisfacción sexual, y el 40% (12%) presentó satisfacción sexual.

Por otro lado el 86% (184) de las mujeres padeció una o varias enfermedades, de ellas el 68,5% (126) no presentó satisfacción sexual al contrario del 31,5% (58) de mujeres que si presentó satisfacción sexual.

Cabe recalcar que la enfermedad más prevalente dentro de las mujeres que participaron en la encuesta fue la hipertensión arterial con un 31.77% (68) seguida del hipotiroidismo en el 26.16% (56).

1.12.4. Medicamentos:

Del total de mujeres encuestadas el 23,4% (50) no consumió medicamento alguno, de estas encuestadas el 54% (27) presentó insatisfacción sexual y el 46% (23) presentó satisfacción sexual.

Las mujeres encuestadas que si consumieron medicamentos constituyeron el 76,6% (164), de este grupo en el 71,3% (117) de mujeres se encontró insatisfacción sexual, y en el 28,7% (47) por el contrario se encontró satisfacción sexual.

Además dentro de los resultados encontramos que el medicamentos más consumido por parte de nuestras encuestadas constituye la levotiroxina con un 23.36% (50) en segundo lugar encontramos la metformina que la toman el 16.35% (35).

TABLA N° 8

DISTRIBUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL FEMENINA SEGÚN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES Y LA TOMA DE MEDICAMENTOS EN 214 MUJERES POSMENOPÁUSICAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2015.

	SATISFACCIÓN SEXUAL		INSATISFACCIÓN SEXUAL		TOTAL DE ENCUESTADAS		CHI ²	OR	VALOR DE P
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	N°	N°
ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS									
NO	12	17,1	18	12,5	30	14			
SI	58	82,9	126	87,5	184	86	0.842	0.690	0.358
TOTAL	70	100	144	100	214	100			
TOMA MEDICAMENTOS									
NO	23	32,9	27	18,8	50	23,4			
SI	47	67,1	117	81,3	164	76,6	5.235	0.4716	0.022
TOTAL	70	100	144	100					

Fuente: Mujeres postmenopáusicas encuestadas

Elaborado por: Sara Proaño y Daniela Villagómez

1.12.5. Disfunción sexual y los diversos trastornos de la función sexual:

Al realizar el análisis estadístico de la disfunción sexual obtenida por la suma algebraica de los valores de cada pregunta previamente multiplicado por un factor determinado, con un resultado menor a 26.55 siendo positivo para disfunción sexual y uno mayor a este valor determinó ausencia de disfunción sexual. Se encontró que 198 (92.5%) de pacientes presentaron disfunción sexual y solo 16 (7.5%) pacientes no lo hicieron. Con respecto al servicio al que pertenecían, se evidencio que en Ginecología se encontraban 99 (92.5%) pacientes, en Medicina Interna se obtuvieron los mismos resultados.

TABLA N° 9

DISTRIBUCIÓN DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA EN 214 MUJERES POSTMENOPÁUSICAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2015

<u>DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA</u>	GINECOLOGÍA		MEDICINA INTERNA		TOTAL DE ENCUESTADAS		IC
	N°	%	N°	%	N°	%	%
SI	99	92.5	99	92.5	198	92.5	88.1-95.7
NO	8	7.5	8	7.5	16	7.5	4.3-11.9
TOTAL	107	100	107	100	214	100	

Fuente: Mujeres postmenopáusicas encuestadas

Elaborado por: Sara Proaño y Daniela Villagómez

Se analizó la relación que existe entre la satisfacción sexual y la presencia de disfunción sexual y cada trastorno de la respuesta sexual femenina, evidenciándose que 54 (27.3%) pacientes presentaron satisfacción sexual a pesar de referir disfunción sexual, 144 (72.7%) no reportaron satisfacción sexual teniendo disfunción sexual y 16 pacientes se mostraron satisfechas sexualmente sin tener disfunción sexual. Con respecto a las mujeres que presentaron trastornos del deseo, se demostró que 50 (27.2%) presentaron satisfacción sexual y 134 (72.8%) no. De las pacientes que presentaron trastornos de la excitación sólo 39 (21.8%) refirieron tener satisfacción sexual y 140 (78.2%) no. En el caso de las pacientes en las que se evidenció trastornos del orgasmo se obtuvo que 27 (16.3%) pacientes presentaron satisfacción sexual y 139 (83.7%) presentaron insatisfacción. Al presentar trastornos de la lubricación alrededor de 30 (17.9%) refirieron satisfacción y 138 (82.1%) refirieron insatisfacción sexual. Por último en las mujeres que presentaron trastornos del dolor sólo 26 (37.1%) mujeres refirieron satisfacción sexual y 128 (88.9%) presentaron insatisfacción sexual.

TABLA N° 10

DISTRIBUCIÓN DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL FEMENINA SEGÚN LA PRESENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL Y DE LOS DIFERENTES TRASTORNOS DE LA RESPUESTA SEXUAL EN 214 MUJERES POSTMENOPÁUSICAS DE LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2015

VARIABLES	SATISFACCIÓN SEXUAL				TOTAL ENCUESTADAS		OR	CHI CUADRADO	VALOR DE P
	SI		NO						
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
<u>TRASTORNOS DE LA RESPUESTA SEXUAL</u>									
<u>TRASTORNO DEL DESEO</u>									
SI	50	71.4	134	93.1	184	86	0.186	18.277	0.000
NO	20	28.6	10	6.9	30	14			
TOTAL	70	100	144	100	214	100			
<u>TRASTORNO DE LA EXCITACIÓN</u>									
SI	36	55.7	140	97.2	179	16.4	0.035	59.322	0.000*
NO	31	44.3	4	2.8	35	83.6			
TOTAL	70	100	144	100	214	100			
<u>TRASTORNO DEL ORGASMO</u>									
SI	27	38.6	139	96.5	166	77.6	0.022	90.934	0.000*
NO	43	61.4	5	3.5	48	22.4			
TOTAL	70	100	144	100	214	100			
<u>TRASTORNO DE LA LUBRICACIÓN</u>									
SI	30	42.9	138	95.8	168	78.5	0.032	78.337	0.000
NO	40	57.1	6	4.2	46	21.5			
TOTAL	70	100	144	100	214	100			
<u>TRASTORNO DEL DOLOR</u>									
SI	26	37.1	128	88.9	154	72	0.073	62.511	0.000
NO	44	62.9	16	11.1	60	28			
TOTAL	70	100	144	100	214	100			

*Test exacto de Fisher Fuente: Mujeres postmenopáusicas encuestadas

Elaborado por: Sara Proaño y Daniela Villagómez

CAPÍTULO V

6. DISCUSIÓN

En el estudio realizado se tuvo la participación de 214 mujeres postmenopáusicas, con edades comprendidas entre 45 a 83 años, de las cuales 107 pertenecían a la consulta externa de Ginecología y 107 a Medicina Interna. Del total de encuestadas sólo el 32.7% refirieron moderada a alta satisfacción sexual, comparado con el estudio de Salazar, y col. En Chile (2015) donde el 66.1% de las mujeres reportaron sentirse moderada a muy satisfechas con su vida sexual. En total 61.2% mujeres refirieron no tener actividad sexual, de las cuales el 68.7% refiere satisfacción con su vida sexual en general, y el 15.9% de las mujeres refieren que están ni satisfechas ni insatisfechas con su vida sexual en general, comparado con el estudio de Lindau y col. En EEUU (2007), (11) que encontraron que sólo el 4% de las mujeres era sexualmente activa, y el 35% de las mujeres clasifican al sexo como “no importante”; a diferencia del estudio realizado por Chedraui y col. En Ecuador (2012) (121) donde 72.4% refieren actividad sexual.

En esta investigación se demostró que a mayor edad disminuye la actividad sexual y que es inversamente proporcional a la satisfacción sexual, encontrándose de esta forma que las mujeres de edades comprendidas entre 45-49 años el 75% son sexualmente activas y el 75% refiere estar sexualmente satisfecha, comparada con las mujeres de 80 años o más donde el 100% es sexualmente inactiva y el 100% está insatisfecha sexualmente. Lo que

se demostró también en los estudios de Salazar, y col. En Chile (2015) (122), Chedraui y col. En Ecuador (2012) y Lindau y col. En EEUU (2007).

Con respecto al estado civil de las mujeres encuestadas se encontró que la mayoría de las mujeres está casada (52.3%), al igual que se encontró en el estudio de Salazar, y col. En Chile (2015) donde el 86.6% reportaron estar casadas. Se demostró que aquellas mujeres que tienen una relación de pareja establecida por la ley (casada o en unión libre) tienen mayor satisfacción sexual, evidenciándose por el contrario que no tener una pareja establecida por la ley es un factor de riesgo para insatisfacción sexual.

Al analizar el nivel de instrucción el 49.5% de las encuestadas refiere tener un nivel de instrucción primario, seguido por el 33.6% que tiene un nivel secundario, comparado con el estudio de Salazar, y col. En Chile (2015) donde el 28.9% tienen educación secundaria.

Con respecto al grupo étnico, el 90.2% se auto identificó como mestiza, pero no se demostró que el pertenecer a un grupo étnico específico sea factor de riesgo para tener una menor satisfacción sexual.

Se encontró que el 55.1% de las mujeres cataloga que tiene un nivel socioeconómico medio, seguido por el 44.4% que tienen un nivel bajo, pero no se encontró asociación entre un menor nivel socioeconómico y menor satisfacción sexual.

En nuestro estudio se encontró que la ausencia de antecedentes de abuso sexual es un factor protector para insatisfacción sexual, y esta relación fue estadísticamente significativa (Fisher corregido de 0.006), este resultado es equiparable al estudio realizado

por Chedraui y col. Ecuador (2012). Donde hallaron que un historial de abuso sexual se relacionaba con menor funcionamiento sexual en las mujeres que encuestaron.

En el mismo estudio recientemente citado se evaluó la paridad respecto a la función sexual, los autores encontraron que la paridad está relacionada con una mejor función sexual, sin embargo en nuestro estudio se encontró que no hubo relación estadísticamente significativa entre el número de hijos y la satisfacción sexual.

En nuestro estudio se encontró que el 92.5% de las pacientes presenta disfunción sexual, siendo el trastorno más prevalente la falta de deseo, presentándose en el 86% de las pacientes encuestadas, seguido por el trastorno de la excitación (83.6%), el trastorno de la lubricación (78.5%), trastorno del orgasmo (77.6%) y por último el trastorno del dolor (72%), semejante a lo que se encontró en el estudio de Lindau y col. En EEUU (2007), la falta de deseo se presentó en 43% de todas las encuestadas, la dificultad de lubricación 39%, la incapacidad de llegar al orgasmo 34%, el sexo no placentero 23% y dolor 17%.

Al analizar la relación que existe entre satisfacción sexual y la presencia de disfunción sexual o de algún trastorno de la respuesta sexual, se evidenció que el no tener disfunción o algún trastorno es un factor protector para insatisfacción sexual.

CAPÍTULO VI

7. CONCLUSIONES

- En nuestro estudio se encontró una baja satisfacción sexual, siendo reportada en sólo un 32.7% de las pacientes encuestadas. Se reporta también una alta inactividad sexual (61.2%), la misma que aumenta con la edad y es inversamente proporcional a la satisfacción sexual.
- El no tener una pareja establecida por la ley es un factor de riesgo para insatisfacción sexual.
- No se demostró asociación estadística entre el nivel de instrucción y la satisfacción sexual en este estudio.
- El grupo étnico no es un factor de riesgo para tener una menor satisfacción sexual.
- No se encontró asociación entre un menor nivel socioeconómico y menor satisfacción sexual.
- El no ser víctima de abuso sexual es un factor protector para presentar insatisfacción sexual.
- El no haber sido víctima de maltrato físico o psicológico demostró ser un factor protector, no significativo, para padecer insatisfacción sexual.
- La ausencia infidelidad por parte de la pareja constituye un factor protector para presentar insatisfacción sexual.

- Ni la edad a la que se presentó la FUM, ni el número de hijos tienen relación con la satisfacción sexual.
- La ausencia de enfermedades demostró ser un factor protector, no significativo, para insatisfacción sexual.
- El no consumir medicamentos constituye un factor de protección para presentar insatisfacción sexual.
- El 92.5% de las pacientes presenta disfunción sexual, y el trastorno más prevalente fue la falta de deseo, presentándose en el 86%.
- El no tener disfunción sexual o algún trastorno de la respuesta sexual es un factor protector para insatisfacción sexual.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En nuestro estudio las limitaciones que se encontraron fueron:

- La gran mayoría de nuestras 214 encuestadas pertenece a un nivel socio económico bajo o medio, únicamente una mujer refirió un nivel alto, lo cual consideramos un sesgo en el momento de valor el nivel socio económico como factor influyente en la satisfacción sexual.
- Falta de total privacidad en el momento de realizar las encuestas a las pacientes, dado que éstas fueron realizadas en la sala de espera de los respectivos servicios y todas las pacientes que participaron desearon que el encuestador haga verbalmente las preguntas.
- En nuestra encuesta faltó indagar aspectos importantes como son: presencia de enfermedades así como síntomas y signos de disfunción sexual en la pareja, motivo por el cual no tiene relaciones sexuales la paciente, tipo de prácticas sexuales y preferencia sexual de la encuestada, consumo o no de terapia hormonal de reemplazo.
- Las preguntas de la encuesta realizada abarcan únicamente las últimas 4 semanas de actividad sexual, siendo considerado un muy corto periodo de tiempo, para ser evaluada con mayor precisión la función sexual.

9. RECOMENDACIONES:

1. Debido a la población estudiada se recomienda que se realice un estudio en una población con un nivel de instrucción y socioeconómico alto.
2. Se recomienda que el profesional de la salud tome consciencia de la importancia de la vida sexual en las mujeres postmenopáusicas y que pregunte sobre este tema a sus pacientes durante la consulta.
3. En vista de la alta prevalencia de disfunción sexual y de trastornos de la respuesta sexual, se recomienda al profesional de salud que emplee técnicas de diagnóstico específicas para estos trastornos.
4. En investigaciones siguientes se recomienda utilizar conjuntamente el cuestionario: Índice de Satisfacción Sexual conjuntamente con el Índice de Función Sexual Femenina.
5. Se recomienda más estudios relacionados con la disfunción sexual femenina y su manejo actual, impulsando a un diagnóstico temprano, y manejo oportuno.
6. Se recomienda una promoción de la salud sexual más activa, fomentando el diálogo con las pacientes sobre el tema, eliminando mitos y tabúes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Instituto Nacional de Estadística y censo. ¿Cómo crecerá la población en Ecuador?. Quito; 2010 p. 10-14.
- 2) Fernández Correa M, Urdaneta Machado J, Villalobos de Vega S, Baabel Zambrano N, Valbuena G, Contreras Benítez A. Respuesta sexual en mujeres posmenopáusicas. *Revista Ginecológica Obstétrica de Venezuela*. 2012;(72):103-114.
- 3) Ahumada S, Lüttges D. C, Molina T, Torres S. Satisfacción sexual: revisión de los factores individuales y de pareja relacionados. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. 2014;25:278 - 284.
- 4) Schorge J, Williams J. Williams. *Ginecología*. México, D.F.: McGraw-Hill; 2009.
- 5) Santos Iglesias P, Sierra J, García M, Martínez A, Sánchez A, Tapia M. Índice de Satisfacción Sexual (ISS): un estudio sobre la fiabilidad y validez. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* [Internet]. 2009 [cited 5 November 2015];9(2):259-273. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=56012878008>
- 6) Higgins J, Mullinax M, Trussell J, Davidson J, Moore N. Sexual Satisfaction and Sexual Health Among University Students in the United States. *Am J Public Health*. 2011;101(9):1643-1654
- 7) Young M, Denny G, Young T, Luquis R. Sexual satisfaction among married women age 50 and older. *Psychological Reports*. 2000;86(3c):1107-1122
- 8) Carpenter L, Nathanson C, Kim Y. Physical Women, Emotional Men: Gender and Sexual Satisfaction in Midlife. *Arch Sex Behav*. 2007;38(1):87-107.
- 9) MacNeil S, Byers E. Role of Sexual Self-Disclosure in the Sexual Satisfaction of Long-Term Heterosexual Couples. *Journal of Sex Research*. 2009;46(1):3-14.
- 10) Nappi R, Lachowsky M. Menopause and sexuality: Prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*. 2009;63(2):138-141.
- 11) Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007; 357:762.
- 12) Davison S, Bell R, LaChina M, Holden S, Davis S. The Relationship between Self-Reported Sexual Satisfaction and General Well-Being in Women. *Journal of Sexual Medicine*. 2009;6(10):2690-2697.
- 13) Blümel J, Castelo-Branco C, Cancelo M, Romero H, Aprikian D, Sarrá S. Impairment of sexual activity in middle-aged women in Chile. *Menopause*. 2004;11(1):78-81.
- 14) El Universo. Ecuador entre los países de mayor violencia contra la mujer, según datos de la ONU. [Internet]. 2013 [cited 14 August 2015];. Available from: <http://www.eluniverso.com/noticias/2013/11/22/nota/1789171/ecuador-paises-mayor-violencia-contra-mujer-senalan-datos-onu>

- 15) El Comercio. Ecuatorianos, entre los más infieles. [Internet]. 2010 [cited 14 August 2015];. Available from: <http://www.elcomercio.com/tendencias/ecuatorianos-mas-infieles.html>.
- 16) Monterrosa Castro, A. (2005). *10 reflexiones sobre menopausia, climaterio y terapia hormonal*. Bogotá: [s.n.].
- 17) Serpa, M. and Ramirez, E. (2009). Sexualidad y menopausia: un estudio en Bogotá (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1).
- 18) Avis NE, Zhao X, Johannes CB, Ory M, Brockwell S, Greendale GA. Correlates of sexual function among multi-ethnic middle-aged women: Results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause*. 2005; 12:385–98. [PubMed: 16037753]
- 19) Fernández Correa M, Urdaneta Machado J, Villalobos de Vega S, Baabel Zambrano N, Valbuena G, Contreras Benítez A. Respuesta sexual en mujeres posmenopáusicas. *Revista Ginecologica Obstetrica de Venezuela*. 2012;(72):103-114.
- 20) Gonzalez, M. (2004). Influencia de la Menopausia en la Función Sexual. *Revista Colombiana de Menopausia*, 10(1).
- 21) Casper, R. (2015). *Clinical manifestations and diagnosis of menopause*. [online] Uptodate.com. Available at: http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-menopause?source=search_result&search=Clinical+manifestations+and+diagnosis+of+menopause&selectedTitle=1~150 [Accessed 6 Nov. 2015].
- 22) Williams, J., Schorge, J., Schaffer, J., Halvorson, L., Hoffman, B., Bradshaw, K. and Cunningham, F. (2008). *Williams gynecology*. Nueva York: McGraw-Hill.
- 23) MARTÍN-ARAGÓN, S. and BENEDÍ, J. (2009). Terapia hormonal de reemplazo. *Farmacia Profesional*, 23(2). Obtenido de: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13134176&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=3&ty=8&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=3v23n02a13134176pdf001.pdf
- 24) Martin, K. and Barbieri, R. (2015). *Menopausal hormone therapy: Benefits and risks*. [online] Uptodate.com. Available at: http://www.uptodate.com/contents/menopausal-hormone-therapy-benefits-and-risks?source=search_result&search=%22La+terapia+hormonal+de+la+menopausia%3A+Beneficios+y+riesgos&selectedTitle=1~1 [Accessed 8 Nov. 2015].
- 25) Speroff, L. and Fritz, M. (2007). *Endocrinología ginecológica clínica y esterilidad*. Barcelona: Wolters Kluwer.
- 26) Weiss, G. (2004). Menopause and Hypothalamic-Pituitary Sensitivity to Estrogen. *JAMA*, 292(24), p.2991.
- 27) Corrine, K. (2015). *Ovarian development and failure (menopause) in normal women*. [online] Uptodate.com. Available at: http://www.uptodate.com/contents/ovarian-development-and-failure-menopause-in-normal-women?source=search_result&search=Ovarian+development+and+failure+%28

menopause%29+in+normal+women&selectedTitle=1~150 [Accessed 6 Nov. 2015].

- 28) Gold, E., Colvin, A., Avis, N., Bromberger, J., Greendale, G., Powell, L., Sternfeld, B. and Matthews, K. (2006). Longitudinal Analysis of the Association Between Vasomotor Symptoms and Race/Ethnicity Across the Menopausal Transition: Study of Women's Health Across the Nation. *Am J Public Health*, 96(7), pp.1226-1235.
- 29) Woods, N. and Mitchell, E. (2005). Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. *The American Journal of Medicine*, 118(12), pp.14-24.
- 30) Randolph, J., Sowers, M., Bondarenko, I., Gold, E., Greendale, G., Bromberger, J., Brockwell, S. and Matthews, K. (2005). The Relationship of Longitudinal Change in Reproductive Hormones and Vasomotor Symptoms during the Menopausal Transition. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(11), pp.6106-6112.
- 31) National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: Management of Menopause-Related Symptoms. (2005). *Annals of Internal Medicine*, 142(12_Part_1), p.1003.
- 32) Szoek, C., Cicuttini, F., Guthrie, J. and Dennerstein, L. (2005). Self-reported arthritis and the menopause. *Climacteric*, 8(1), pp.49-55.
- 33) Blümel, J., Chedraui, P., Baron, G., Belzares, E., Bencosme, A., Calle, A., Danckers, L., Espinoza, M., Flores, D., Gomez, G., Hernandez-Bueno, J., Izaguirre, H., Leon-Leon, P., Lima, S., Mezones-Holguin, E., Monterrosa, A., Mostajo, D., Navarro, D., Ojeda, E., Onatra, W., Royer, M., Soto, E., Tserotas, K. and Vallejo, M. (2013). Menopause could be involved in the pathogenesis of muscle and joint aches in mid-aged women. *Maturitas*, 75(1), pp.94-100.
- 34) Dugan, S., Powell, L., Kravitz, H., Everson Rose, S., Karavolos, K. and Luborsky, J. (2006). Musculoskeletal Pain and Menopausal Status. *The Clinical Journal of Pain*, 22(4), pp.325-331.
- 35) Barnabei, V., Cochrane, B., Aragaki, A., Nygaard, I., Williams, R., McGovern, P., Young, R., Wells, E., O'Sullivan, M., Chen, B., Schenken, R. and Johnson, S. (2005). Menopausal Symptoms and Treatment-Related Effects of Estrogen and Progestin in the Women's Health Initiative. *Obstetrics & Gynecology*, 105(5, Part 1), pp.1063-1073.
- 36) Chlebowski, R., Cirillo, D., Eaton, C., Stefanick, M., Pettinger, M., Carbone, L., Johnson, K., Simon, M., Woods, N. and Wactawski-Wende, J. (2013). Estrogen alone and joint symptoms in the Women's Health Initiative randomized trial. *Menopause*, 20(6), pp.600-608.
- 37) Graziottin, A. and Leiblum, S. (2005). Biological and Psychosocial Pathophysiology of Female Sexual Dysfunction During the Menopausal Transition. *J Sexual Medicine*, 2(s3), pp.133-145.
- 38) Udoff, L. (2015). *Overview of androgen deficiency and therapy in women*. [online] Uptodate.com. Available at: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-androgen-deficiency-and-therapy-in->

women?source=search_result&search=%22Visi%C3%B3n+general+de+la+deficiencia+de+andr%C3%B3genos+y+la+terapia+en+las+mujeres%22&selectedTitle=1~150 [Accessed 6 Nov. 2015].

- 39) Adi, C. and Becker, C. (2015). *Epidemiology and etiology of premenopausal osteoporosis*. [online] Uptodate.com. Available at: http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-etiology-of-premenopausal-osteoporosis?source=search_result&search=%22Epidemiolog%C3%ADa+y+etiolog%C3%ADa+de+la+osteoporosis+premenop%C3%A1usica&selectedTitle=1~150 [Accessed 5 Nov. 2015].
- 40) Derby, C., Crawford, S., Pasternak, R., Sowers, M., Sternfeld, B. and Matthews, K. (2009). Lipid Changes During the Menopause Transition in Relation to Age and Weight: The Study of Women's Health Across the Nation. *American Journal of Epidemiology*, 169(11), pp.1352-1361.
- 41) Woodard, G., Brooks, M., Barinas-Mitchell, E., Mackey, R., Matthews, K. and Sutton-Tyrrell, K. (2011). Lipids, menopause, and early atherosclerosis in Study of Women's Health Across the Nation Heart women. *Menopause*, 18(4), pp.376-384.
- 42) Sternfeld, B. (2004). Physical Activity and Changes in Weight and Waist Circumference in Midlife Women: Findings from the Study of Women's Health Across the Nation. *American Journal of Epidemiology*, 160(9), pp.912-922.
- 43) Martin, K. and Barbieri, R. (2015). *Menopausal hormone therapy: Benefits and risks*. [online] Uptodate.com. Available at: http://www.uptodate.com/contents/menopausal-hormone-therapy-benefits-and-risks?source=search_result&search=%22La+terapia+hormonal+de+la+menopausia%3A+Beneficios+y+riesgos&selectedTitle=1~1 [Accessed 8 Nov. 2015].
- 44) Bocchino, S. (2005). Aspectos psiconeuroendócrinos de la perimenopausia, menopausia y climaterio. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69(2), pp.66-79.
- 45) Kornstein, S. and Clayton, A. (2003). *Women's mental health*. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- 46) Schmidt, P. and Rubinow, D. (2009). Sex Hormones and Mood in the Perimenopause. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1179(1), pp.70-85.
- 47) Steiner, M., Born, L., Prouty, J. and Soares, C. (2005). Treatment of menopause-related mood disturbances. *cns spectrums*, 10(6).
- 48) Inelli, A., Tinelli, R., Tinelli, F., Menis, T. and Brotto, F. (2003). Depression, menopause and hormonal replacement therapy (HRT). *Minerva Ginecologica*, 55(3).
- 49) Carpenter, J., Monahan, P. and Azzouz, F. (2004). Accuracy of Subjective Hot Flush Reports Compared With Continuous Sternal Skin Conductance Monitoring. *Obstetrics & Gynecology*, 104(6), pp.1322-1326.
- 50) Bromberger, J. (2003). Persistent Mood Symptoms in a Multiethnic Community Cohort of Pre- and Perimenopausal Women. *American Journal of Epidemiology*, 158(4), pp.347-356.

- 51) Moe, K. (2004). Hot flashes and sleep in women. *Sleep Medicine Reviews*, 8(6), pp.487-497.
- 52) Young, T., Finn, L., Austin, D. and Peterson, A. (2003). Menopausal Status and Sleep-disordered Breathing in the Wisconsin Sleep Cohort Study. *Am J Respir Crit Care Med*, 167(9), pp.1181-1185.
- 53) Speroff, L. and Fritz, M. (2007). *Endocrinología ginecológica clínica y esterilidad*. Barcelona: Wolters Kluwer.
- 54) Kravitz, H., Ganz, P., Bromberger, J., Powell, L., Sutton-Tyrrell, K. and Meyer, P. (2003). Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition *. *Menopause*, 10(1), pp.19-28.
- 55) Freedman, R. and Roehrs, T. (2007). Sleep disturbance in menopause. *Menopause*, 14(5), pp.826-829.
- 56) Juang, K., Wang, S., Lu, S., Lee, S. and Fuh, J. (2005). Hot flashes are associated with psychological symptoms of anxiety and depression in peri- and post- but not premenopausal women. *Maturitas*, 52(2), pp.119-126.
- 57) Shepherd, J. (2001). Effects of estrogen on cognition mood, and degenerative brain diseases. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 41(2).
- 58) Greendale, G., Derby, C. and Maki, P. (2011). Perimenopause and Cognition. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 38(3), pp.519-535.
- 59) Deecher, D. (2005). Physiology of thermoregulatory dysfunction and current approaches to the treatment of vasomotor symptoms. *Expert Opinion on Investigational Drugs*, 14(4), pp.435-448.
- 60) Backhaus, J., Junghanns, K., Born, J., Hohaus, K., Faasch, F. and Hohagen, F. (2006). Impaired Declarative Memory Consolidation During Sleep in Patients With Primary Insomnia: Influence of Sleep Architecture and Nocturnal Cortisol Release. *Biological Psychiatry*, 60(12), pp.1324-1330.
- 61) Maki, P., Drogos, L., Rubin, L., Banuvar, S., Shulman, L. and Geller, S. (2008). Objective hot flashes are negatively related to verbal memory performance in midlife women. *Menopause*, 15(5), pp.848-856.
- 62) Woods, N., Carr, M., Tao, E., Taylor, H. and Mitchell, E. (2006). Increased urinary cortisol levels during the menopause transition. *Menopause*, 13(2), pp.212-221.
- 63) Cohen, L., Soares, C. and Joffe, H. (2005). Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition. *The American Journal of Medicine*, 118(12), pp.93-97.
- 64) Freeman, E., Sammel, M., Lin, H. and Nelson, D. (2006). Associations of Hormones and Menopausal Status With Depressed Mood in Women With No History of Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 63(4), p.375.
- 65) Schmidt, P. and Rubinow, D. (2009). Sex Hormones and Mood in the Perimenopause. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1179(1), pp.70-85.
- 66) Corruble, E., Falissard, B. and Gorwood, P. (2006). Life events exposure before a treated major depressive episode depends on the number of past episodes. *European Psychiatry*, 21(6), pp.364-366.

- 67) Huang, T. and Chen, C. (2006). Association of Serum Lipid profiles with Depressive and Anxiety Disorders in Menopausal Women Horm Behav. *Chang Gung Medical Journal*, 24(3).
- 68) Alexander, J. (2007). Quest for timely detection and treatment of women with depression. *Journal Managed Care Pharmacy*, 13(9).
- 69) Bromberger, J., Harlow, S., Avis, N., Kravitz, H. and Cordal, A. (2004). Racial/Ethnic Differences in the Prevalence of Depressive Symptoms Among Middle-Aged Women: The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Am J Public Health*, 94(8), pp.1378-1385.
- 70) Who.int. WHO | Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators [Internet]. 2015 [cited 5 November 2015]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/who_rhr_10.12/en/
- 71) Pinney E, Gerrard M, Denney N. The pinney sexual satisfaction inventory. *Journal of Sex Research*. 1987;23(2):233-251.
- 72) Carrobbles J, Sanz Yaque A. *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa; 1991
- 73) Barrientos J, Páez D. Psychosocial Variables of Sexual Satisfaction in Chile. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2006;32(5):351-368.
- 74) Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstetrics & Gynecology*. 2001;98(2):350-353.
- 75) Scott V, Sandberg J, Harper J, Miller R. The Impact of Depressive Symptoms and Health on Sexual Satisfaction for Older Couples: Implications for Clinicians. *Contemp Fam Ther*. 2012;34(3):376-390.
- 76) Lawrance K, Byers E. Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*. 1995;2(4):267-285.
- 77) Mosack V, Steinke E, Wright D, Walker C, Medina M, Moser D et al. Effects of Depression on Sexual Activity and Sexual Satisfaction in Heart Failure. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2011;30(4):218-225.
- 78) Sözeri-Varma G, Kalkan-Oğuzhanoglu N, Karadağ F, Özdel O. The effect of hysterectomy and/or oophorectomy on sexual satisfaction. *Climacteric*. 2010;14(2):275-281.
- 79) Alvarez-Gayou Jurgenson J. *Sexoterapia integral* (2a. ed.). Hoboken: John Wiley; 2011.
- 80) Prairie B, Scheier M, Matthews K, Chang C, Hess R. A higher sense of purpose in life is associated with sexual enjoyment in midlife women. *Menopause*. 2011;18(8):839-844.
- 81) Fernández Correa M, Urdaneta Machado J, Villalobos de Vega S, Baabel Zambrano N, Valbuena G, Contreras Benítez A. Respuesta sexual en mujeres posmenopáusicas. *Revista Ginecologica Obstetrica de Venezuela*. 2012;(72):103-114
- 82) Sexual dysfunctions. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., American Psychiatric Association, Arlington, Virginia 2013

- 83) Kingsberg S, Woodard T. Disfunción Sexual Femenina Con Enfoque en la Disminución del Deseo. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2015;125:477-486.
- 84) Basson R. Sexual Desire and Arousal Disorders in Women. New England Journal of Medicine. 2006;354(14):1497-1506.
- 85) Althausen K M, Varas C J. Disfunción Sexual Femenina, un desafío para la Medicina en el siglo XXI. REVISTA OBSTETETRICA GINECOLOGICA - HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE. 2006;1(2):121-129.
- 86) VERIT FF, YENI E, KAFALI H. Progress in female sexual dysfunction. Urol Int. 2006;76(1):1-10.
- 87) MARTHO H, HILZ MJ. Female sexual dysfunction: a systematic overview of classification, pathophysiology, diagnosis and treatment. Fortschr Neurol-Psychiatr. 2004 Mar;72(3):121-35
- 88) WEIJMAR W, BASSON R, BINIK Y, ESCHENBACH D, WESSELMANN U, VAN LANKVELD J. Women's Sexual Pain and its Management. J Sex Med 2005;2:301-316.
- 89) Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. Urology 1999; 54:385
- 90) Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Burger H. Sexuality, hormones and the menopausal transition. Maturitas 1997; 26:83.
- 91) Shifren JL, Monz BU, Russo PA, et al. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. Obstet Gynecol 2008; 112:970.
- 92) Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999; 281:537.
- 93) Fugl-Meyer KS, Arrhult H, Pharmanson H, et al. A Swedish telephone help-line for sexual problems: a 5-year survey. J Sex Med 2004; 1:278.
- 94) Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Int J Impot Res 2005; 17:39.
- 95) Dennerstein L, Alexander JL, Kotz K. The menopause and sexual functioning: a review of the population-based studies. Annu Rev Sex Res 2003; 14:64.
- 96) Thompson W, Charo L, Vahia I, Depp C, Allison M, Jeste D. Association Between Higher Levels of Sexual Function, Activity, and Satisfaction and Self-Rated Successful Aging in Older Postmenopausal Women. Journal of the American Geriatrics Society. 2011;59(8):1503-1508.
- 97) Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, et al. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). Menopause 2006; 13:46.
- 98) Avis NE, Stellato R, Crawford S, et al. Is there an association between menopause status and sexual functioning? Menopause 2000; 7:297.
- 99) Reed SD, Newton KM, LaCroix AZ, et al. Night sweats, sleep disturbance, and depression associated with diminished libido in late menopausal transition and early postmenopause: baseline data from the Herbal Alternatives for Menopause Trial (HALT). Am J Obstet Gynecol 2007; 196:593.e1.

- 100) Van Lankveld JJ, Grotjohann Y. Psychiatric comorbidity in heterosexual couples with sexual dysfunction assessed with the composite international diagnostic interview. *Arch Sex Behav* 2000; 29:479.
- 101) Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, et al. Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet* 2013; 382:1817.
- 102) Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med* 2008; 29:89.
- 103) Handa VL. Sexual function and childbirth. *Semin Perinatol* 2006; 30:253.
- 104) Barrett G, Pendry E, Peacock J, et al. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000; 107:186.
- 105) Serati M, Salvatore S, Uccella S, et al. Female urinary incontinence during intercourse: a review on an understudied problem for women's sexuality. *J Sex Med* 2009; 6:40.
- 106) Achtari C, Dwyer PL. Sexual function and pelvic floor disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005; 19:993.
- 107) Handa VL, Whitcomb E, Weidner AC, et al. Sexual function before and after non-surgical treatment for stress urinary incontinence. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2011; 17:30.
- 108) Kadioglu P, Yalin AS, Tiryakioglu O, et al. Sexual dysfunction in women with hyperprolactinemia: a pilot study report. *J Urol* 2005; 174:1921.
- 109) Dumas M, Tsiodras S, Tsakiris A, et al. Female sexual dysfunction in essential hypertension: a common problem being uncovered. *J Hypertens* 2006; 24:2387.
- 110) Falk SJ, Dizon DS. Sexual dysfunction in women with cancer. *Fertil Steril* 2013; 100:916.
- 111) Gershenson DM, Miller AM, Champion VL, et al. Reproductive and sexual function after platinum-based chemotherapy in long-term ovarian germ cell tumor survivors: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol* 2007; 25:2792.
- 112) Mok K, Juraskova I, Friedlander M. The impact of aromatase inhibitors on sexual functioning: current knowledge and future research directions. *Breast* 2008; 17:436.
- 113) Baumgart J, Nilsson K, Evers AS, et al. Sexual dysfunction in women on adjuvant endocrine therapy after breast cancer. *Menopause* 2013; 20:162.
- 114) Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 2003; 32:193.
- 115) Lutfey KE, Link CL, Litman HJ, et al. An examination of the association of abuse (physical, sexual, or emotional) and female sexual dysfunction: results from the Boston Area Community Health Survey. *Fertil Steril* 2008; 90:957.
- 116) ELDER J, BRAVER Y. Female Sexual dysfunction. Disease Management Project. The Cleveland Clinic, April 2005.

- 117) Blümel M J, Binfa E L, Cataldo A P, Carrasco V A, Izaguirre L H, Sarrá C S. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER. *Rev chil obstet ginecol.* 2004;69(2).
- 118) Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leib R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2000;26(2):191-208.
- 119) Castroviejo Royo F. Función Sexual Femenina en Castilla y León: Rangos de Normalidad. Universidad de Valladolid; 2010.
- 120) WIEGEL M, MESTON C, ROSEN R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2005;31(1):1-20.
- 121) Chedraui P, Pérez-López F, Sánchez H, Aguirre W, Martínez N, Miranda O et al. Assessment of sexual function of mid-aged Ecuadorian women with the 6-item Female Sexual Function Index. *Maturitas.* 2012;71(4):407-412.
- 122) Salazar-Molina A, Klijn T, Delgado J. Sexual satisfaction in couples in the male and female climacteric stage. *Cadernos de Saúde Pública.* 2015;31(2):311-320.

ANEXOS

10. ANEXO 1: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCION SEXUAL DE LAS
MUJERES POSTMENOPAUSICAS ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA
DE GINECOLOGIA Y MEDICINA INTERNA DEL HEE EN LOS MESES DE
SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2015**

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO

INVESTIGADORAS:

SARA MONSERRAT PROAÑO LANDAZURI, ESTUDIANTE DE MEDICINA DE
LA PUCE

MARIA DANIELA VILLAGOMEZ VEGA, ESTUDIANTE DE MEDICINA DE LA
PUCE

DIRECTOR:

DR. JULIO GALARRAGA GINECOLOGO DEL HEE

“La sexualidad es uno de los componentes más complejos pero al mismo tiempo básico del comportamiento humano. Las expresiones de sexualidad e intimidad son importantes durante toda la vida. El impulso sexual básico es biológico, pero su expresión es definida por una serie de factores psicológicos, sociales, ambientales, espirituales y aprendidos. Por lo tanto a menudo la satisfacción sexual depende menos de los componentes físicos de la sexualidad que de la calidad de la relación y del contexto en el que se lleva a cabo la conducta sexual.” (Williams Ginecología, 2009)

Este trabajo de tipo analítico transversal prospectivo, tiene como objetivo Identificar los factores bio-psico-sociales más influyentes en la satisfacción sexual de las mujeres postmenopáusicas, pretendiendo establecer una relación de causalidad, para de esta forma valorar la influencia de los mismos que pueden estar involucrados en una menor satisfacción sexual en las mujeres mayores de 50 años, con el fin de poder prevenirlos o realizar un intervención terapéutica oportuna.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. La información recolectada será totalmente confidencial, en ningún momento se pedirá su nombre, numero de cedula o número de teléfono con el fin de mantener esta encuesta totalmente anónima. Si usted desea participar al terminar de llenar estas preguntas nos está dando su consentimiento para usar esta información con los fines aclarados anteriormente para esta investigación.

Se requiere que conteste honestamente a las siguientes preguntas formuladas, en caso de duda puede acercarse a preguntar a la persona que le entrego esta encuesta, una vez terminada la misma entréguela a la persona que se la dio.

PARTE 1.-

INSTRUCCIONES:

Por favor, llene los siguientes datos personales, con letra clara en aquellas preguntas en las que se solicite que escriba y marcando con una X en la opción más adecuada. Responder a todas las preguntas.

DATOS PERSONALES:

- Secundaria ____
- Universitaria ____

EDAD:

NÚMEROS DE HIJOS:

ETNIA:

ESTADO CIVIL:

- Casada ____
- Soltera ____
- Unión libre ____
- Divorciada ____
- Viuda ____

- Mestiza ____
- Blanca ____
- Afroecuatoriana ____
- Indígena ____

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

- Primaria ____

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

- Bajo ____
- Medio ____

- Alto ____

INFORMACIÓN ADICIONAL

ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS (ESPECIFIQUE):

- Si ____
- No ____

TOMA MEDICAMENTOS (ESPECIFIQUE):

- Si ____
- No ____

¿HA SIDO VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL?:

- Si ____
- No ____

¿HA SIDO VÍCTIMA DE MALTRATO FÍSICO/PSICOLÓGICO?:

- Si ____
- No ____

¿SU PAREJA HA SIDO INFIEL?:

- Si ____
- No ____

PARTE 2.-

INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Instrucciones

Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

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

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

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

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

Excitación sexual: es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

Marque sólo una alternativa por pregunta

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

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

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

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

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más
que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la
mitad)
- Casi nunca o nunca

**4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo
clasifica su nivel de excitación sexual
durante la actividad sexual?**

- _ No tengo actividad sexual
- _ Muy alto
- _ Alto
- _ Moderado
- _ Bajo
- _ Muy bajo o nada

**5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta
confianza tiene usted de excitarse
durante la actividad sexual?**

- No tengo actividad sexual
- Muy alta confianza
- Alta confianza
- Moderada confianza
- Baja confianza
- Muy baja o nada de confianza

**6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué
frecuencia se sintió satisfecho con su
excitación durante la actividad sexual?**

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más
que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la
mitad)
- Casi nunca o nunca

**7. En las últimas 4 semanas, ¿Con
cuanta frecuencia usted sintió
lubricación o humedad vaginal
durante la actividad sexual?**

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más
que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la
mitad)
- Casi nunca o nunca

**8. En las últimas 4 semanas, ¿le es
difícil lubricarse (humedecerse)
durante la actividad sexual?**

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o
imposible
- Muy difícil
- Difícil

- Poco difícil
- No me es difícil

**9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué
frecuencia mantiene su lubricación
(humedad) vaginal hasta finalizar la
actividad sexual?**

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre la
mantengo
- La mayoría de las veces la
mantengo (más que la mitad)
- A veces la mantengo (alrededor
de la mitad)
- Pocas veces la mantengo
(menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca mantengo la
lubricación vaginal hasta el final

**10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es
difícil mantener su lubricación**

(humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- No tengo actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha

– Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- No tengo actividad sexual
- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

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

- Muy satisfecha
- Moderadamente satisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Moderadamente insatisfecha
- Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

- _ Muy satisfecha
- _ Moderadamente satisfecha
- _ Ni satisfecha ni insatisfecha
- _ Moderadamente insatisfecha
- _ Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- No tengo actividad sexual
- Siempre o casi siempre
- La mayoría de las veces (más que la mitad)
- A veces (alrededor de la mitad)
- Pocas veces (menos que la mitad)
- Casi nunca o nunca

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

- No tengo actividad sexual
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o nada

**11. ANEXO II: SISTEMA DE CALIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE LA FUNCION
SEXUAL FEMENINA**

Dominio	Preguntas	Rango	Factor	Score mínimo	Score máximo
Deseo	1, 2	1-5	0.6	1.2	6.0
Excitación	3, 4, 5, 6	0-5	0.3	0	6.0
Lubricación	7, 8, 9, 10	0-5	0.3	0	6.0
Orgasmo	11, 12, 13	0-5	0.4	0	6.0
Satisfacción	14, 15, 16	0 (o 1) – 5	0.4	0	6.0
Dolor	17, 18, 19	0-5	0.4	0	6.0
Rango total de la escala				2.0	36.0