



Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina.

**PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES
ASOCIADOS DURANTE LA TRANSICIÓN MENOPAÚSICA Y
POSMENOPAUSIA. CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL JOSÉ
CARRASCO ARTEAGA 2017-2018.**

Proyecto de investigación previo a la
Obtención del Título de Médico

Autoras

Silvana Maribel Álvarez Farez

CI: 0105531883

María José Domínguez Ordoñez

CI: 0105542864

Director

Dr. Jaime Manuel Ñauta Baculima

CI: 0101835700

Cuenca-Ecuador

2018



RESUMEN

Introducción: La disfunción sexual femenina (DSF), puede afectar a las mujeres en cualquier grupo etario, sin embargo, se ha evidenciado en la bibliografía que en el estado menopaúsico y a posteriori estas cifras ascienden el 60%, cifra alarmante ya que esta condición tiende a afectar múltiples ámbitos de la mujer.

Objetivo: Determinar la prevalencia de DSF y factores asociados durante la transición menopaúsica y posmenopáusica, consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018.

Materiales y métodos: Estudio en 256 mujeres en el período de transición entre menopausia y posmenopausia, se utilizó la encuesta validada "Índice de la función sexual femenina (FSFI), constando de 19 preguntas, definiéndose DSF con un puntaje del índice de 26,55 o menos, de igual manera se calculó la afectación por dominios, los resultados fueron expresados en tablas especificando recuento y porcentaje se utilizaron tablas de 2x2 obteniéndose el χ^2 , IC y valor P todos los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS en su versión 19.

Resultados: La prevalencia de DSF fue de 37,1%, el dominio más afectado fue el de satisfacción con un 48,8%, la residencia urbana fue un factor de riesgo para DSF en contraste al nivel de instrucción bajo el cual se reportó como un factor protector, con respecto a los dominios se evidenció que ser menor de 50 años fue un factor de riesgo.

Conclusiones: Se asoció DSF y sus dominios, con una edad menor de 50 años, residencia urbana, nivel educativo superior, diabetes, menopausia e hijos.

Palabras clave: DISFUNCION SEXUAL FEMENINA, DIABETES, HIPOTIROIDISMO.



ABSTRACT

Introduction: female sexual dysfunction (FSD), can affect women in any age group, however, it has been evidenced in the literature that in the menopausal state and posteriori these figures amount to 60%, an alarming figure since this condition tends to affect multiple areas of the individual, in turn deteriorating their lifestyle and their relationship with the social environment.

Objective: to determine the prevalence of DSF and associated factors during the menopausal and postmenopausal transition, external consultation of gynecology in the Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018.

Materials and methods: a cross-sectional, analytical study, in 256 women in the transition period between menopause and postmenopause, the validated survey Female Sexual Function Index (FSFI) was used, consisting of 19 questions, with DSF defined with an index score. of 26.55 or less, in the same way the affectation by domains was calculated, the results were expressed in tables specifying count and percentage, all the data were analyzed by means of the statistical program SPSS in its version 19.

Results: the prevalence of DSF was 37.1%, the most affected domain was satisfaction with 48.8%, urban residence was a risk factor for DSF in contrast to the level of instruction under which it was reported as a protective factor, with respect to the domains it was evident that being younger than 50 years was a risk factor for the affectation of the desire domain as well as menopause, similar behavior with respect to the age group and the excitation domain, for this dominance the protective factor was having children and diabetes was a risk factor for the pain domain condition.

Conclusions: DSF and its domains were associated to be less than 50 years old, urban residence, higher educational level, diabetes, menopause and children.

Key words: FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION, DIABETES, HYPOTHYROIDISM.



ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
CAPITULO I.....	13
1.1. INTRODUCCIÓN.....	13
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.3. JUSTIFICACIÓN	16
CAPITULO II.....	17
2.1. FUNDAMENTO TEÓRICO	17
2.2. FUNCIÓN SEXUAL.....	17
2.3. DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA.....	18
2.3.1. Definición.....	18
2.3.2. Epidemiología	18
2.4. TRANSICIÓN MENOPAÚSICA Y POSMENOPAUSIA.....	19
2.4.1. Definiciones	19
2.4.2. Cambios fisiológicos	20
2.4.3. Envejecimiento femenino reproductivo.....	20
2.4.4. Epidemiología	21
2.5. Factores de riesgo para la disfunción sexual femenina	22
2.5.1. Disfunción sexual femenina y diabetes	22
2.5.2. Disfunción sexual femenina e hipertensión arterial	22
2.5.3. Disfunción sexual femenina e índice de masa corporal (IMC)	23
2.5.4. Disfunción sexual femenina e hipotiroidismo.....	24
2.5.6. Hijos y disfunción sexual.....	24
2.5.7. Zona urbana y disfunción sexual.....	25
2.5.8. Grupos etarios y disfunción sexual.....	25
2.5.9 Instrucción educativa y disfunción sexual.....	25
2.5.10. Estado civil y disfunción sexual.....	26
2.6. ESTADO DEL ARTE.....	26
CAPITULO III.....	28
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
3.1. Objetivo general.	28
3.2. Objetivos específicos.....	28
CAPÍTULO IV	29
DISEÑO METODOLÓGICO.....	29
4.1. Tipo de estudio.....	29
4.2. Área de estudio	29
4.3. Universo y muestra	29
4.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	30
Criterios de inclusión	30
Criterios de exclusión.....	30
4.5. Variables	30
4.6. Métodos técnicas e instrumentos para recolección de datos.....	31
Método	31



Técnicas	32
Instrumento.....	32
Procedimientos	32
4.7. Plan de tabulación y análisis	33
4.8. Aspectos éticos	33
CAPÍTULO V.....	34
5.1. RESULTADOS	34
CAPITULO VI	52
6.1. DISCUSIÓN.....	52
CAPITULO VII.....	56
7.1. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES	56
CAPÍTULO VIII.....	57
8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	57
CAPÍTULO IX.....	68
9. ANEXOS	68
ANEXO I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	68
ANEXO II. FORMULARIO	71
ANEXO III. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	79
ANEXO IV. AUTORIZACIÓN	80



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL

María José Domínguez Ordoñez, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES ASOCIADOS DURANTE LA TRANSICIÓN MENOPAÚSICA Y POSMENOPAUSIA. CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2017-2018.”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 2 de Octubre del 2018

María José Domínguez Ordoñez

CI: 0105542864



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

María José Domínguez Ordoñez, autora del proyecto de investigación **“PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES ASOCIADOS DURANTE LA TRANSICIÓN MENOPAÚSICA Y POSMENOPAUSIA. CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2017-2018.”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 2 de Octubre del 2018.

María José Domínguez Ordoñez

CI: 0105542864



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL

Silvana Maribel Álvarez Farez en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES ASOCIADOS DURANTE LA TRANSICIÓN MENOPAÚSICA Y POSMENOPAUSIA. CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2017-2018.”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 2 de Octubre del 2018

Silvana Maribel Álvarez Farez

CI: 0105531883



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Silvana Maribel Alvarez Farez, autora del proyecto de investigación **“PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES ASOCIADOS DURANTE LA TRANSICIÓN MENOPAÚSICA Y POSMENOPAUSIA. CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA 2017-2018.”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 2 de Octubre del 2018.

Silvana Maribel Álvarez Farez

CI: 0105531883



DEDICATORIA

Hunter Doherty "Patch" Adams, mayormente conocido como el médico de la risoterapia, enunció en algún momento, *“Ve lo que los demás no ven, lo que los demás deciden no ver, por temor, conformismo o pereza. Ve el mundo de una manera diferente”*, palabras correctas que me motivaron a no relegar un aspecto tan importante como la sexualidad de las mujeres que cursan una etapa tan normal como la vida misma, y sin embargo es frecuentemente ignorado por el personal de salud, por lo que he realizado este trabajo de investigación, del cual me siento muy orgullosa, y se lo dedico con mucho amor a mi futuro esposo y compañero de vida, Patricio.

María José Domínguez Ordóñez.



DEDICATORIA

No recuerdo el día que decidí estudiar Medicina, pero sí recuerdo lo que me motivó, mi madre Inés, a ella le dedico todo lo soy, aunque no está físicamente pero siempre ha sido mi fuerza espiritual mi luz que nunca se apaga, todo esto por ti y para ti.

A mi papito Hugo quien ha sido mi apoyo fundamental en todo este proceso, mi consejero y amigo.

A mis sobrinos quienes son mi inspiración para ser una mejor persona y profesional.

A mi familia porque me han enseñado el valor de la unión y hermandad.

SILVANA ALVAREZ



AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por elegirme como su instrumento para mantener la vida que Él nos ha dado y por cuidarme en cada paso que he dado.

Un agradecimiento sincero a mi tutor de tesis Dr. Jaime Ñauta por aceptar colaborar con nuestra investigación con su tiempo, motivación y esfuerzo.

Gracias infinitas a mis padres, José y Rosita, que fueron mi apoyo incondicional, que festejaron conmigo cada triunfo y lloraron a mi lado cada derrota, porque estudiar Medicina nunca fue fácil, pero sin ellos hubiera sido imposible.

Agradezco así mismo a mis hermanos, Gabriela y Marco que aunque los abandone por horas interminables de estudio, siempre estuvieron para mí, y mantuvieron viva la amistad entre nosotros como si nunca hubiera pasado el tiempo.

Gracias a mi amiga y compañera de tesis Silvana, por tu paciencia y porque a pesar de los altos y bajos logramos sacar a flote nuestro gran proyecto.

Finalmente a mi “prins” que fue mi compañera inseparable durante esta gran aventura.

María José Domínguez Ordóñez



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la vida y ser fiel y bondadoso conmigo en todo momento.

A mi Madre por dejarme el legado de una mujer fuerte y luchadora, porque a pesar de estar lejos físicamente siempre ha estado conmigo guiándome y cuidándome.

A mi Padre por su apoyo, palabras de aliento, y sobre todo por su gran paciencia conmigo, por escucharme, por ser mi amigo y enseñarme a ser una persona humilde, independiente y fuerte.

A mi abuelitos papi lucho y mami tuca por ser mis segundos padres, por habernos criado a mis hermanos y a mí, por sus consejos y ejemplo.

A mi familia de 32 integrantes que de una y otra manera hemos compartido buenos y malos momentos, gracias por sus palabras de aliento, por sus chistes y compañía, en especial a mi tía Mónica quien siempre me escucha y me apoya en mis proyectos. Soy muy afortunada por tener la familia que tengo.

A mis profesores que me enseñaron que un buen médico es primero una buena persona.

Gracias a mi tutor y director de tesis Dr. Jaime Ñauta por brindarnos la confianza y aceptar llevar a cabo este proyecto.

A mis amigos quienes han hecho este camino más llevadero, por su confianza, su compañía, por las largas noches de estudio, por las risas y los momentos compartidos, porque siempre estuve rodeada de las mejores personas, en especial mis amigas de la universidad Andre, Majo, Jenny, Taty, Nyco, del internado Majito, y como no mencionar a mis amigas de mi infancia que siempre han estado conmigo en todo momento Mayra, Diana, y Lucy.

Gracias a mi amiga Majo, por decidir llevar cabo este proyecto a pesar de que se tornó difícil y hubo momentos frágiles nunca me abandonó, gracias por tenerme paciencia y por sacar adelante este proyecto, sabes que siempre serás mi mejor amiga.

Gracias a todas las personas que directa o indirectamente aportaron para la realización de este proyecto.

SILVANA ALVAREZ



CAPITULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La menopausia es un evento transitorio y fisiológico en la vida de una mujer que ocurre en todas las mujeres que alcanzan la mediana edad (1). La frecuencia de la ovulación disminuye a la edad de 40 años y la función reproductiva cesa dentro de los siguientes 15 años debido al cese de la actividad ovárica y los cambios hormonales posteriores (especialmente en ausencia de estrógenos). Varios problemas están asociados con los síntomas, que pueden afectar la calidad de vida en las mujeres (2,3).

La transición a la menopausia es un punto de inflexión para muchas mujeres y se asocia con cambios fisiológicos y psicológicos que influyen en la sexualidad. El cambio fisiológico se debe a la disminución de los niveles de estrógenos circulantes. La deficiencia de estrógeno inicialmente está relacionada con la menstruación irregular y puede disminuir la lubricación vaginal. La pérdida persistente de estrógenos se asocia con cambios en los sistemas vascular, muscular y urogenital, y también alteraciones en el estado de ánimo, el sueño y la función cognitiva. Estos cambios influyen en la función sexual tanto directa como indirectamente y causan problemas sexuales (4).

La deficiencia de estrógenos se asocia con síntomas como sofocos, sudores nocturnos, insomnio y sequedad vaginal (5). La menopausia es un evento natural asociado con varios cambios psicológicos que causan un período complejo en la vida para las mujeres. Varios aspectos de las mujeres pueden estar influenciados por la menopausia; entre ellos la función sexual puede verse afectada en gran medida. La sexualidad es una parte integral de la propia identidad y la función sexual es una combinación de aspectos psicosociales como la excitación sexual, deseo sexual y fantasías sexuales (6).



Por lo tanto, los cambios en la sexualidad y la función sexual podrían incluirse en las preocupaciones posmenopáusicas. La salud sexual se ve afectada por factores personales, relaciones intrapersonales, tradiciones sociales y familiares, cultura y religión (7). Conforme al DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales - Quinta edición), la disfunción sexual se define como una alteración en el ciclo de respuesta sexual o dolor asociado con interrelación sexual (8). La prevalencia de la disfunción sexual entre todas las mujeres se estima entre el 25% y el 63% y en mujeres posmenopáusicas es aún mayor con tasas entre 68% y 86.5% (9).

Cualquier alteración que afecte los factores que influyen en la respuesta sexual femenina, pueden ser causa de disfunción sexual, es así la alteración hormonal un factor determinante en la aparición de disfunción sexual femenina (DSF), evidenciándose en la transición menopáusica y posmenopáusica, un estado de hipoestrogenismo progresivo, que lleva a experimentar a las mujeres algunas variaciones en su salud sexual como deseo sexual hipoactivo, trastornos en la excitación, dispareunia y anorgasmia (10).

Muchas mujeres probablemente experimentarán un problema sexual en su vida, el grupo de consenso internacional calculó que la DSF afecta a más del 20% de las mujeres(11), es decir, que la DSF es un problema en la actualidad cada vez más frecuente y completo(12). Por lo cual el objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de disfunción sexual femenina y factores asociados durante la transición menopáusica y posmenopausia. Consulta externa en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aumento progresivo de la esperanza de vida ha llevado a que cada vez sea mayor el tiempo que una mujer puede vivir después de la menopausia(13). Por lo que se estima que las mujeres pasan un tercio o más de sus vidas en esta etapa.



En el Ecuador según la proyección del 2010 realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2020 la esperanza de vida en las mujeres en el Azuay sería de 81,9 años(14). Este hecho, a su vez, genera una verdadera alerta mundial relacionada con los problemas de salud pública de la población femenina mayor de 51 años, ya que en estudios se ha documentado que existe una falta de información y sensibilización hacia mujeres en transición menopáusica y posmenopáusica acerca de problemas relacionados con sus cambios hormonales, entre estos su respuesta sexual.

Los seres humanos durante toda la vida son seres sexuados, y esta parte fundamental de la vida no debería tener un límite de tiempo, y en el caso específico de las mujeres no debería terminar con el comienzo de la menopausia, una etapa de la vida que debe ser abordada con normalidad. Sin embargo, ciertos tabúes acerca del sexo, o la falta de información sobre como continuar con una vida sexual normal durante la menopausia, no permiten a las pacientes realizar una consulta oportuna acerca de la disfunción sexual por la que pueden estar atravesando(15).

La menopausia significa el cese permanente de la menstruación y el final de la reproducción potencial. Es la culminación de unos 50 años de envejecimiento reproductivo, un proceso que se desarrolla como continuo desde el nacimiento hasta la senescencia ovárica, transición menopáusica y la posmenopausia. Un resultado de cambios de envejecimiento en el ovario y en la función del eje hipotálamo-hipófisis-ovario(16), es la transición a la menopausia que abarca un período de cambios dinámicos en la reproducción y tejidos no reproductivos. La transición a la menopausia se sabe que juega un papel importante en la etiología de síntomas tales como sofocos, sudores nocturnos, problemas de sangrado uterino y atrofia vulvovaginal (17). Cambios del estado de ánimo (18), alteraciones del sueño (19), y disfunción sexual (20)

Por otra parte, solamente el 6% de los médicos de atención primaria tiene algún interés por la enfermedad sexual y sólo el 32% de los ginecólogos pregunta a sus



pacientes si tiene dificultades en sus relaciones sexuales, aun sabiendo que la salud sexual es un aspecto importante dentro del ámbito de la salud (21).

Por lo expuesto nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cuál es la prevalencia de disfunción sexual en mujeres en transición menopáusica y posmenopáusicas y qué factores están asociados?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La realización del presente trabajo de investigación se justifica debido a que la disfunción sexual es un problema durante cualquier fase del ciclo de respuesta sexual y es el resultado de factores físicos, sociales y psicológicos que evitan experimentar la satisfacción individual o en pareja de la actividad sexual (22). Los estudios epidemiológicos en los Estados Unidos han estimado que la DSF afectó al 43% de las mujeres en la población general en los últimos 12 meses (23).

En el Reino Unido, el 5,8% de las mujeres ha informado de una disfunción sexual reciente y el 15,5% ha informado de una disfunción sexual de por vida (23). La tasa de DSF para mujeres de mediana edad en América Latina es aproximadamente del 58% (24). En una encuesta realizada en seis países europeos sobre 1805 mujeres posmenopáusicas (rango de edad: 50-60 años), un tercio (34%) informaron que experimentaron un impulso sexual reducido, mientras que la mitad (53%) notaron que tendían a estar menos interesados en el sexo (25).

Existe una alta prevalencia de DSF a nivel mundial con una amplia etiología, siendo esta una enfermedad que se ha tenido en el olvido por la falta de interés del personal sanitario, y por la desconfianza de la paciente sobre esta patología, generando así un gran impacto sobre la vida social y psicológica de la mujer repercutiendo simultáneamente en la relación con su pareja y su núcleo familiar. A pesar de esto no se han realizado estudios que otorguen una base de datos a nivel local sobre la prevalencia de disfunción sexual en el estado de transición menopausia-posmenopausia, por lo tanto, es trascendental averiguar y tener conocimiento sobre



esta patología y los factores que se asocian, y así poder abordar este tema dentro de la sala de consulta.

Los principales beneficiados fueron los pacientes de la localidad, ya que se pudo realizar un diagnóstico apropiado, asimismo el personal médico, el cual tendrá acceso a esta investigación con la finalidad de incentivar la búsqueda activa de estos trastornos en la atención medica diaria, y así disminuir los factores asociados a la misma y sus consecuencias.

CAPITULO II

2.1. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.2. FUNCIÓN SEXUAL

2.2.1. Sexualidad.

La Sexualidad es la forma en que cada ser humano expresa sus pensamientos, actitudes, deseos, fantasías, relaciones interpersonales, que son el resultado de factores sociales, psicológicos, culturales, económicos, religiosos, con una multitud de distintas posibilidades biológicas y mentales que no necesariamente deben estar vinculadas (26).

2.2.2. Fisiología de la sexualidad.

Durante la actividad sexual, los órganos y sistemas son capaces de modificarse en diferente medida, lo cual dependerá de los niveles de estimulación y estado hormonal del sujeto, de esta manera se constituye una respuesta en conjunto del organismo (27). La respuesta sexual comprende una secuencia cíclica de etapas o fases características: deseo, excitación, orgasmo y resolución (28).

DESEO: es un efecto que se desencadena posterior a una estimulación tanto interna como externa, esto es parte de la actividad sexual y sus bases se encuentran



determinadas por los niveles de estrógenos y andrógenos, dentro de sus componentes se encuentran la motivación como parte del placer y también lo relacionado a la cognitividad referida al riesgo (29). El deseo sexual depende del ciclo sexual, por lo cual variará en cuanto a la intensidad, este en la mujer alcanza un punto máximo cuando esta se acerca a la ovulación, ya que es cuando mantiene los niveles más elevado de estrógenos (30).

EXCITACIÓN: la excitación sexual es muy similar tanto en hombres como en mujeres, requiriendo estas últimas más tiempo para lograr la excitación. Esta etapa se caracteriza por la estimulación parasimpática la cual causa la vasodilatación, con especial aporte sanguíneo a los tejidos eréctiles (31).

ORGASMO: Cuando la estimulación sexual alcanza una intensidad máxima, se inicia el clímax femenino. El orgasmo es definido como el punto máximo de excitación de una mujer, este hecho es el análogo de la eyaculación en los hombres (32).

2.3. DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

2.3.1. Definición

La DSF es un término general que comprende varios problemas sexuales que resultan angustiosos para la paciente, que puede estar determinada por afectación de algunos o varios de los siguientes dominios: deseo, excitación, orgasmo, satisfacción, lubricación o presencia de dolor durante o posterior al acto sexual (33).

2.3.2. Epidemiología

En un estudio realizado en el año 2010 en 371 mujeres chinas con una edad entre 40 y 60 años, a través de una encuesta se obtuvo que el 77.2% tenía disfunción sexual. Además, se evidenció que de este grupo de mujeres el 31.5% (n = 117) eran pre menopáusicas, 33.7% (n = 125) peri menopáusicas, 29.9% (n = 111) tenían



menopausia natural y 4.9% (n = 18) tenían menopausia quirúrgica. Las mujeres con menopausia natural y quirúrgica presentaron el mayor porcentaje en frecuencia en relación al desinterés por el sexo, con el 37.8% y 39.9% respectivamente. Finalmente concluyeron que las mujeres tenían menos actividad sexual según progresaba la menopausia; la disfunción sexual era más común en la edad media y los problemas sexuales predominantes fueron la falta de lubricación y la anorgasmia(34).

En un estudio en Colombia, llevado a cabo en el período de junio 2010 a julio 2011, se determinó que la prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes fue de 38.4% (35). En un estudio transversal realizado en Santiago de Chile en el año 2007, sobre “prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas” se obtuvo una prevalencia de del 57%(36). En Ecuador en el año 2015 un estudio transversal, con una muestra de 303 pacientes, se determinó una prevalencia de DSF del 60.4%(12).

En 2013, Pontiroli et al. estableció que la DSF es de hecho significativamente más frecuente entre las mujeres con diabetes que aquellas sin esta patología estos fueron los resultados de 26 estudios que emplearon el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) de Rosen (37) para medir la disfunción, asimismo un bajo puntaje FSFI (indicador de disfunción) se asoció con un alto índice de masa corporal (38).

2.4. TRANSICIÓN MENOPAÚSICA Y POSMENOPAUSIA

2.4.1. Definiciones

La menopausia se define, de forma retrospectiva, como el momento de la última menstruación seguido por doce meses de amenorrea (39). La posmenopausia describe el período tras la última menstruación. Por lo general las mujeres tienen su último período menstrual alrededor de los 51 años en promedio, sin embargo, debido a insuficiencia ovárica por diferentes razones la menstruación podría interrumpirse a cualquier edad. La transición menopaúsica es un período variable que ocurre aproximadamente cuatro años antes de la menopausia, esta puede



comenzar con ciclos irregulares que pueden extenderse por un año hasta que finalmente se produce el cese de la menstruación, y esta etapa se caracteriza por niveles elevados de FSH (40).

2.4.2. Cambios fisiológicos

Existen cambios biológicos que van a depender del nivel endógeno de cada uno de los esteroides sexuales; así, por ejemplo, la disminución de estrógenos está relacionada con la deficiente lubricación vaginal, la atrofia de la mucosa y la dispareunia con la penetración. En cuanto a los cambios genitales, durante esta etapa la vagina puede empezar a estar menos elástica, sus paredes se adelgazan, cambian de color y disminuye de tamaño progresivamente, el epitelio vaginal más fino se puede inflamar o ulcerar con más facilidad. Durante la transición menopaúsica el cambio más notorio es el acortamiento de los ciclos menstruales de 23 a 25 días, disminución del volumen del sangrado, los bochornos que ya están presentes en un 14,9% en mujeres de 40 a 44 años de edad, y cambios del estado de ánimo que aumentan en la peri menopausia(41).

2.4.3. Envejecimiento femenino reproductivo

Los seres humanos complejos y biológicamente diferentes entre sí, no están obligados a reaccionar fisiológicamente igual ante diferentes estímulos. Específicamente las mujeres, ante la variación hormonal que se presenta al final de la vida reproductiva, no todas ellas atraviesan por cada etapa, es decir las etapas difieren dentro de las mujeres, no en todas sigue una secuencia similar, la base para el sistema de clasificación es la FUM (fecha de última menstruación). La FUM es antecedida por cinco etapas y seguida por dos etapas. La etapa -5 representa al estado reproductivo incipiente, el estadio -4 al punto máximo del mismo período y la fase -3 a la última fase de este período. La fase -2 comprende el principio de la transición menopaúsica y el estado -1 la última fase de esta. La fase +1 se refiere al primer año después de la FUM; el estado +1b a los a cinco años de

posmenopausia y el estadio +2 a los años posmenopáusicos posteriores. Al principio de la transición menopáusica (estadio -2), los ciclos menstruales de la mujer permanecen regulares y el intervalo entre los ciclos varía siete días o más. De forma típica, los ciclos se acortan(42).

FIGURA1

								Periodo menstrual final (FMP)		
								0		
Etapas:	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2			
Terminología:	Reproductiva			Transición de la menopausia		Posmenopausia				
	Temprana	Máxima	Tardía	Temprana	Tardía*	Temprana*	Tardía			
				Perimenopausia						
Duración de la etapa:	Variable			Variable		a 1 años	b 4 años	Hasta la muerte		
Ciclos menstruales:	Variable a regular	Regular		Longitud variable del ciclo (>7 días, diferente del normal)	Ciclos con días y un intervalo de amenorrea (60 días)	Amenor. x 12 meses	Ninguno			
Sistema endocrino:	FSH normal		↑ FSH	↑ FSH		↑ FSH	↑ FSH			

*Etapas con más probabilidad de caracterizarse por síntomas vasomotores ↑ = elevación

Figura 1. Etapas del envejecimiento reproductivo. Amen, amenorrea; FSH, concentración de hormona foliculoestimulante

Fuente: Barbara L Hoffman, John O. Schorge, Karen D. Bradshaw, Lisa M. Halvorson, Joseph I. Schaffer, Marlene N. Corton: Williams Ginecología, 3e. Derechos McGraw-Hill Education.

2.4.4. Epidemiología

Con el aumento de la esperanza de vida de la población mayor de 50 años, la mujer vive casi la tercera parte de su vida en el periodo de la menopausia (43). En el 2015 la esperanza de vida en Ecuador según la Organización mundial de la salud fue de 76.1 y específicamente la esperanza de vida de las mujeres en ese mismo año fue de 78.9 años(44). En los países occidentales la edad de la menopausia está alrededor de los 48-51 años (45).



2.5. Factores de riesgo para la disfunción sexual femenina

La sexualidad es un fenómeno complejo que depende de mecanismos neurológicos, vasculares y endocrinos. Se debe recordar que la disfunción sexual tiene un origen multifactorial e influir en cualquier fase de la respuesta sexual.

Con frecuencia, las enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, hipotiroidismo, entre otras, están relacionadas con la disfunción sexual, asimismo se han asociado algunos factores sociodemográficos.

2.5.1. Disfunción sexual femenina y diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica de gran prevalencia, en Ecuador la organización panamericana de salud determinó a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) que 1 de cada 10 ecuatorianos entre los 50 y 59 años de edad padece diabetes(46).

Frecuentemente la diabetes mellitus se asocia a disfunción sexual debido a sus complicaciones vasculares (microangiopatía diabética) o daños neurológicos (neuropatía periférica); esta última disminuye la capacidad eréctil del clítoris, por lo cual las mujeres refieren que necesitan mayor estimulación para alcanzar el orgasmo(47).

Un estudio realizado en Colombia demostró que la diabetes tiene asociación significativa (OR: 1.6; IC95%: 0.7-4.0) con la DSF(23).

2.5.2. Disfunción sexual femenina e hipertensión arterial

Es una de las enfermedades cardiovasculares de alta prevalencia en la población, siendo la causa principal de muerte entre las enfermedades crónicas no transmisibles (16,5%), afectando a mil millones de personas en el mundo con una



prevalencia en la población total del 30%, mientras que en personas mayores de 60 años su prevalencia alcanza a un 50% (49).

En Ecuador según ENSANUT 2012, la mayor prevalencia de hipertensión arterial se presenta entre los 50- 59 años de edad con un 22.7% (50). La función sexual se ve afectada en mayor proporción en pacientes con HTA debido a los efectos propios de la enfermedad en los que participan el sistema nervioso, renal y endocrino, y a los medicamentos que se utilizan como tratamiento (51).

Demostrado así en un estudio transversal llevado a cabo en Colombia a mujeres afrodescendientes entre 40 y 59 años de edad, que la hipertensión arterial tiene asociación significativa (OR: 2.2: IC95%: 1,1-4.4, $p=0.026$) con la DSF (35).

2.5.3. Disfunción sexual femenina e índice de masa corporal (IMC)

El Índice de Masa Corporal (IMC) es el parámetro más utilizado para la medición del peso corporal y para dar una clasificación con parámetros de normalidad. Con el aumento del consumo de alimentos procesados e industrializados altos en azúcares y grasas sumado a esto la poca actividad física lo que más prevalece hoy en día es el sobrepeso y la obesidad (35).

“La obesidad es el primer trastorno metabólico y un problema de salud a nivel mundial. Se estima que en el mundo la obesidad representa una sexta parte de la población, y el sobrepeso supone más del 50% de la población” (52).

La obesidad puede llevar consigo problemas físicos, psicológicos y sexuales. Por ejemplo, puede influir en el desarrollo de diabetes y aterosclerosis, los mismos que promueven disfunción sexual. Según los autores Ambler, Bieber y Diamond, mencionan que a mayor IMC, las mujeres padecen peor calidad en la vida sexual, insatisfacción sexual y falta de deseo sexual (53).



2.5.4. Disfunción sexual femenina e hipotiroidismo

Se desconoce la incidencia de disfunción sexual en mujeres con hipotiroidismo, sin embargo existe una prevalencia del 25% al 30 % de mujeres con hipotiroidismo que presentan alteraciones menstruales, alteraciones en la función ovulatoria y la fertilidad, es por ello que los síntomas que acompañan al hipotiroidismo como fatiga, depresión, trastornos en el estado de ánimo puedan contribuir a la DSF (54).

El hipotiroidismo es un trastorno hormonal común en las mujeres que puede afectar las fases de la función sexual femenina por lo cual se realizó un estudio con el objetivo de investigar la función sexual femenina en pacientes con hipotiroidismo clínico e hipotiroidismo subclínico, se evaluaron un total de 25 mujeres con hipotiroidismo clínico (grupo 4), 25 mujeres con hipotiroidismo subclínico (grupo 2), valor de TSH > 10 mU / L (grupo 3) y se incluyeron en el estudio 20 controles de mujeres saludables voluntarias emparejadas por edad (grupo 1). La DSF se diagnosticó en 14 de 25 pacientes (56%) en el grupo 4, en 6 de 11 pacientes (54.6%) en el grupo 3, en 2 de 14 pacientes (14.6%) en el grupo 2, y mientras solo 3 de 20, el grupo de control de mujeres (15%) tenía DSF ($p = 0,006$), se concluyó que un porcentaje significativo de mujeres con hipotiroidismo clínico e hipotiroidismo subclínico con valores de TSH > 10 mU / L tenían disfunción sexual. La hiperprolactinemia, la hiperlipidemia y la depresión se asociaron con DSF en el hipotiroidismo clínico. La depresión no se asoció con DSF en el hipotiroidismo subclínico con valores de TSH > 10 mU / L (55).

2.5.6. Hijos y disfunción sexual.

Se ha estudiado el papel que juegan los hijos dentro del desarrollo de la DSF, en un estudio realizado en Irán se determinó que el tener menos de 3 hijos, era un factor asociado para el desarrollo de DSF (56), de igual manera se reportó un estudio en el cual se evaluó el número de hijos y su relación con la DSF, en donde se expuso que de aquellas mujeres con DSF la media del número de hijos fue menor con



respecto a las mujeres con una sexualidad no alterada, a pesar de ello esta diferencia no fue estadísticamente significativa (57).

2.5.7. Zona urbana y disfunción sexual.

En la actualidad se ha expuesto en diversos estudios que la zona de residencia puede influir de forma positiva o negativa en la función sexual del individuo, se han realizado análisis que exponen que vivir en zona urbana es un factor asociado a la disfunción sexual (58).

2.5.8. Grupos etarios y disfunción sexual.

Se ha reportado en la bibliografía que la edad se encuentra asociada a la DSF, exponiéndose que la DSF es inversamente proporcional a la edad, donde a medida que aumenta la edad disminuye la funcionalidad sexual (59). Se realizó un estudio en mujeres Iraníes en el período de transición de la menopausia, donde se dividió a la población en menores de 50 años y mayores de esta edad, donde se determinó que la DSF afectó al 53% de las mujeres, dentro de estas el 70% pertenecía al grupo de menor de 50 años (60).

2.5.9 Instrucción educativa y disfunción sexual.

En algunos análisis se ha reportado que aquellos individuos que se encuentran en un nivel superior de educación, son más proclives a desarrollar DSF, esto puede ser debido a que las mujeres en la actualidad trabajan más, con horarios de oficina en muchos casos extenuantes, por lo cual esto confiere que disminuyan las actividades sexuales, como consecuencia de un estrés mantenido, en un estudio se reportó que el 41% de las mujeres con DSF culminaron la secundaria (60), en contraste a lo observado en un análisis donde se reportó que el nivel educativo bajo era un factor de riesgo para DSF (61).



2.5.10. Estado civil y disfunción sexual.

El estado civil representa un punto importante a evaluar con respecto a la DSF, ya que es de esperarse que aquellos individuos que se encuentran en pareja sean menos proclives al desarrollo de esta condición, a pesar de ello el tiempo que llevan los sujetos en pareja son determinantes en el momento de la evaluación, como se expone en un análisis el cual determinó que entre más años pasaba conviviendo la pareja junta, el riesgo de desarrollar DSF aumentaba (61).

2.6. ESTADO DEL ARTE

En este apartado se exponen los principales antecedentes de la presente investigación.

Se realizó un estudio el cual tuvo como objetivo proporcionar una estimación meta analítica de la prevalencia de DSF en mujeres en la etapa de transición menopáusica, por lo cual Se buscaron sistemáticamente estudios de observación que evaluaran la prevalencia de DSF, se incluyeron las publicaciones que informaron la tasa de prevalencia para al menos un dominio de DSF. Después de seleccionar 9,292 resultados, se recuperaron 440 publicaciones para la revisión de texto completo. De estos, 135 estudios se incluyeron en la revisión sistemática. 95 de estos estudios se evaluaron más en un metanálisis. Hubo una gran heterogeneidad entre los estudios. La prevalencia de DSF en mujeres en la transición menopáusica se estimó en 40.9% (IC 95% = 37.1-44.7, I² = 99.0%). Las tasas de prevalencia de los trastornos sexuales individuales variaron del 20.6% (dificultades de lubricación) al 28.2% (trastorno de deseo sexual hipoactivo). Los análisis adicionales mostraron tasas significativamente más altas de DSF en estudios en África, estudios que utilizaron herramientas de evaluación no validadas y estudios sin financiación farmacéutica (62).



De igual manera se realizó un análisis el cual tuvo como objetivo general identificar si hay una disminución en el funcionamiento sexual relacionado con la transición a la menopausia o la histerectomía, por lo cual se evaluó una cohorte de 1.390 mujeres de 42-52 años, dentro de sus resultados se expone que el funcionamiento sexual promedio al inicio del estudio en mujeres con menopausia temprana fue de 18.0 (desviación estándar, 3.4). Desde 20 meses antes hasta un año después de la última menstruación, la función sexual disminuyó en 0,35 anualmente (IC 95%: -0,44, -0,26) y continuó disminuyendo más de un año después de la última menstruación, pero a un ritmo más lento (-0,13 anual, IC del 95%: -0.17, -0.10). La disminución fue menor en los afroamericanos y mayor en los japoneses en comparación con los blancos. La sequedad vaginal, el uso de lubricantes, los síntomas depresivos o la ansiedad no explicaron la disminución de la función sexual. Las mujeres que se sometieron a una histerectomía antes de la última menstruación no mostraron disminución en la función sexual antes de la histerectomía, pero las puntuaciones disminuyeron después de la misma (0,21 al año, IC del 95%: -0,28, -0,14) (63).

En un estudio que se realizó en Irán se expone el objetivo de determinar la prevalencia de problemas sexuales en mujeres iraníes y la asociación de la disfunción sexual con los síntomas de la menopausia. Fue un estudio transversal, que incluyó a 151 mujeres casadas con edades comprendidas entre 40 y 60 años que fueron remitidas para tratamiento al Departamento de Ginecología en el Hospital Vali-e-Asr (Teherán, Irán) de abril a julio de 2012. Fueron evaluados con respecto a su función sexual en los dominios de deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor con el cuestionario del índice de función sexual femenina (FSFI) y se indagaron los síntomas de la menopausia, la frecuencia total de disfunción sexual fue del 53%, siendo los dominios de lubricación, arritmia y deseo comúnmente afectados 62%, 70% y 98.5% de los casos, respectivamente. Existe una relación entre la severidad de los síntomas somáticos y urogenitales con la disfunción sexual ($p = 0.03$, $p = 0.00$ respectivamente) (15).



Asimismo, se realizó una investigación con el objetivo de identificar la importancia de una serie de factores potenciales que pueden afectar la probabilidad de actividad sexual en mujeres en la transición de la menopausia y la probabilidad de una cantidad de barreras a la actividad sexual, fue una cohorte de 780 mujeres en la transición a la menopausia se encuestaron anualmente durante un máximo de 7 años, Se recopilaban datos sobre la actividad sexual y, si no era sexualmente activa, razones por las cuales no hay actividad sexual, así como un número de factores de riesgo potenciales, dentro de sus principales conclusiones se incluyeron 2440 mujeres-año en el análisis de la actividad sexual. La probabilidad de tener relaciones sexuales aumentaba para las mujeres que viven con una pareja, con calidad de vida percibida, las mujeres con más trabajo físico que el promedio y las mujeres con niveles más altos de estradiol sérico tenían menos probabilidades de tener dificultades sexuales (64).

CAPITULO III

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Objetivo general.

- Determinar la prevalencia de disfunción sexual femenina y factores asociados durante la transición menopaúsica y posmenopausia, consulta externa en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018

3.2. Objetivos específicos

- Establecer las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Establecer la prevalencia de disfunción sexual femenina y sus dominios.



- Establecer la asociación de la disfunción sexual y sus dominios con los siguientes factores: edad, estado civil, nivel educativo, menopausia y posmenopausia, diabetes, hipotiroidismo, hipertensión arterial e IMC.

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de estudio.

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo transversal, analítica.

4.2. Área de estudio

Consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga

4.3. Universo y muestra

Universo: Todas las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y que acudieron a la consulta externa Hospital José Carrasco Arteaga

Muestra: Para la obtención de la muestra se utilizó el calculador automático del programa EPI INFO, empleando las siguientes restricciones muestrales: población de 2581 mujeres mayores de 40 años que acudieron a la consulta de ginecología, frecuencia esperada 24,0% de disfunción sexual, según lo reportado en la literatura (65), margen de error 5%, intervalo de confianza de 95%, obteniendo un total a muestrear de 253 mujeres, a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$



Z=nivel de confianza; Nivel de confianza de 95%=1.96

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada, que $p=q=0.5$

q=probabilidad de fracaso; es decir, es $1-p$.

d = precisión (error máximo admisible en términos de proporción)

n=es el tamaño de la muestra (número de encuestas que se realizan).

En total se obtuvo una muestra de 256 mujeres las cuales fueron escogidas mediante un muestreo aleatorio.

4.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Mujeres en transición menopáusica y posmenopáusica.
- Mujeres que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Mujeres con tratamiento de terapia de sustitución hormonal sistémica y local.
- Mujeres con Trastornos Psiquiátricos.
- Mujeres embarazadas.

4.5. Variables

DEPENDIENTES:

Disfunción sexual femenina

NO DEPENDIENTES:

Transición menopáusica, posmenopausia, IMC, hipertensión, hipotiroidismo, diabetes.

**VARIABLES MODERADORAS:**

Edad, número de hijos, estado civil, residencia.

4.6. Métodos técnicas e instrumentos para recolección de datos**Método**

Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario validado “INDICE DE LA FUNCION SEXUAL FEMENINA” (FSFI); el mismo que consta de 19 preguntas que se agrupan en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción. Los puntos de cada dominio se deben multiplicar por su respectivo factor de homogenización, y este resultado se suma con todos los dominios, determinando así un total, a mayor puntaje mejor sexualidad. Un puntaje de 26,55 o menos establece la presencia de DSF, la prevalencia de la disfunción sexual también se calculó para cada dominio y se comparó entre los grupos. Por lo tanto, la disfunción sexual para cada dominio se consideró en presencia de un puntaje de deseo de 3,3 o menos (rango de puntaje de 1 a 5), un puntaje de excitación de 3,4 o menos (rango de puntaje de 0 a 5), un puntaje de lubricación de 3.4 o menos (rango de puntaje 0 a 5), un puntaje de orgasmo de 3.4 o menos (rango de puntaje de 0 a 5), un puntaje de satisfacción de 3.8 o menos (rango de puntaje de 0 o 1 a 5) y un puntaje de dolor de 3.8 o menos (rango de puntaje) 0 a 5). Para cada uno de los 6 dominios, se calculó una puntuación y la puntuación total se obtuvo sumando las 6 puntuaciones de dominio (66), el puntaje total fue de 2 a 36. La encuesta fue aplicada a todas las mujeres en período de transición menopaúsica que acudieron a la consulta externa de ginecología del Hospital José Carrasco Arteaga en el periodo de diciembre 2017-febrero 2018.



Técnicas

La técnica fue la aplicación de un cuestionario dirigido a las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, donde nos proporcionaron información sobre el índice de DSF.

Instrumento

El estudio se realizó mediante la aplicación de un cuestionario que consta de dos partes; una escala multidimensional y una sección para características sociodemográficas y biológicas, una escala multidimensional, con propiedades psicométricas, ampliamente aplicada, validada en español y útil para evaluar la función sexual femenina.

Procedimientos

1. Se realizó la revisión bibliográfica en libros, revistas y bases digitales de los últimos 5 años, consulta a profesionales en el área de investigación y de ginecología, asistencia a consulta externa en el Hospital José Carrasco Arteaga.
2. Supervisión del protocolo del proyecto de investigación por el Doctor Jaime Ñauta.
3. Aprobación del protocolo en la Comisión de Proyectos Investigación y Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
4. Se obtuvo la autorización del director del Hospital José Carrasco Arteaga.
5. Lectura y firma del consentimiento informado.
6. Aplicación del cuestionario estructurado “Índice de disfunción sexual femenina.”
8. Tabulación y análisis de los datos obtenidos.
8. Elaboración y presentación del informe final.



4.7. Plan de tabulación y análisis

Para el plan de tabulación y análisis de datos en este estudio se utilizaron los siguientes elementos:

- Tablas con frecuencia y porcentaje, para destacar las variables que consideramos importantes para cumplir los objetivos del presente trabajo de investigación.
- Para determinar la asociación se realizaron tablas de doble entrada con χ^2 y valor p , este se consideró significativo cuando fue <0.05 , de calcularon OR e IC95%.
- Análisis estadístico mediante el programa estadístico SPSS en su versión 19

4.8. Aspectos éticos

Se informaron y explicaron los objetivos de la investigación a las mujeres que participaron en la misma y se solicitó la firma del consentimiento informado. La información recolectada fue manejada con absoluta confidencialidad y fue únicamente utilizada para el presente estudio, la cual se faculto a quien se crea conveniente para la verificación de la información



CAPÍTULO V

5.1. RESULTADOS

TABLA 1. Características sociodemográficas de las mujeres estudiadas que asisten a la

consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018

		Recuento	%
Grupo etario	<50 años	82	32,0%
	50 o más años	174	68,0%
Residencia	Urbano	182	71,1%
	Rural	74	28,9%
Nivel de instrucción	Ninguna-Básica	75	29,3%
	Bachillerato-Superior	181	70,7%
Estado civil	En pareja	208	81,3%
	Sin pareja	48	18,8%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez

Se observa que del total de la población estudiada la mayor proporción se encontró en la categoría 50 o más años con respecto a la residencia el 71,1% provenía del área urbana, el nivel de instrucción predominante fue el bachillerato con nivel superior al 70,7%, según el estado civil el 81,3% reportó estar en pareja.

TABLA 2. Características biológicas de las mujeres estudiadas que asisten a la

consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018

		Recuento	%
Menopausia o posmenopausia	Menopausia	77	30,1%
	Postmenopausia	179	69,9%
IMC	Normopeso	69	27,0%
	Sobrepeso-Obesidad	187	73,0%
Diabetes	Sí	24	9,4%
	No	232	90,6%



HTA	Sí	18	7,0%
	No	238	93,0%
Hipotiroidismo	Sí	68	26,6%
	No	188	73,4%
Hijos	Si	244	95,3%
	No	12	4,7

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez;
HTA: Hipertensión arterial; IMC: Índice de masa corporal

En esta tabla se observa que la prevalencia de menopausia fue de 30,1%, siendo mayor la posmenopausia con un 69,9%, según el IMC el 73,0% se encuentra en la categoría de sobrepeso-obesidad, con respecto al diagnóstico de diabetes se presentó en el 9,4% de la población estudiada, HTA en el 7% e hipotiroidismo en el 26,6%, el 95,3% refirió tener hijos.

Tabla 3. Prevalencia de Disfunción sexual en las mujeres estudiadas que asisten a la consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018

Disfunción sexual	Sí	No
	95 (37,1%)	161 (62,9%)

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez

La prevalencia de disfunción sexual fue del 37,1%.



Tabla 4. Disfunción sexual y características sociodemográficas en las mujeres estudiadas que asisten a la consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018.

		Disfunción sexual				Chi 2 (p)	OR (IC95%)
		Sí		No			
		Recuento	%	Recuento	%		
Grupo etario	<50 años	36	37,9%	46	28,6%	2,385 (0,122)	1,295 (0,891-2,611)
	50 o más años	59	62,1%	115	71,4%		
Residencia	Urbano	76	80,0%	106	65,8%	5,830 (0,016)	1,626 (1,064-2,485)
	Rural	19	20,0%	55	34,2%		
Nivel de instrucción	Ninguna-Básica	20	21,1%	55	34,2%	4,957 (0,026)	0,644 (0,426-0,973)
	Bachillerato-Superior	75	78,9%	106	65,8%		
Estado civil	En pareja	76	80,0%	132	82,0%	0,155 (0,694)	0,923 (0,623-1,367)
	Sin pareja	19	20,0%	29	18,0%		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez

En esta tabla se observa que el ser del área urbana representa un factor de riesgo para el desarrollo de DSF con un OR=1,626 IC95% (1,064-2,485), en contraste con el nivel de instrucción en el cual tener una baja educación es decir (ninguna-básica),



fue un factor protector para DSF OR=0,644 IC95% (0,426-0,973). El resto de las variables expresadas no tuvo asociación estadística significativa

Tabla 5. Disfunción sexual y características biológicas en las mujeres estudiadas que asisten a la consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018

		Disfunción sexual				Chi 2 (p)	OR (IC95%)
		Sí		No			
		Recuento	%	Recuento	%		
Menopausia	Menopausia	29	30,5%	48	29,8%	0,214 (0,644)	1,135 (0,664-1,939)
	Postmenopausia	66	69,5%	113	70,2%		
IMC	Normopeso	26	27,4%	43	26,7%	0,062 (0,803)	1,073 (0,617-1,866)
	Sobrepeso-Obesidad	69	72,6%	118	73,3%		
Diabetes	Sí	9	9,5%	15	9,3%	0,035 (0,851)	1,084 (0,467-2,519)
	No	86	90,5%	146	90,7%		
HTA	Sí	6	6,3%	12	7,5%	0,043 (0,836)	0,904 (0,347-2,357)
	No	89	93,7%	149	92,5%		
Hipotiroidismo	Sí	27	28,4%	41	25,5%	0,159 (0,690)	1,120 (0,642-1,953)
	No	68	71,6%	120	74,5%		
Hijos	Sí	91	95,8%	153	95,0%	0,077 (0,782)	1,119 (0,494-2,532)
	No	4	4,2%	8	5,0%		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez; ; HTA: Hipertensión arterial; IMC: Índice de masa corporal

Las características clínicas expresadas en esta tabla no se encontraron asociadas a la presencia de DSF.



Tabla 6. Afectación de los dominios de función sexual en las mujeres estudiadas que asisten a la consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018

Dominios		Recuento	%
Deseo	Afectado	39	15,2%
	No afectado	217	84,8%
Excitación	Afectado	22	8,6%
	No afectado	234	91,4%
Lubricación	Afectado	12	4,7%
	No afectado	244	95,3%
Orgasmo	Afectado	9	3,5%
	No afectado	247	96,5%
Satisfacción	Afectado	125	48,8%
	No afectado	131	51,2%
Dolor	Afectado	12	4,7%
	No afectado	244	95,3%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez

En esta tabla se observa que el dominio más afectado fue con el 48,8% la satisfacción, seguido por el deseo con el 15,2%, excitación 8,6%, lubricación 4,7%, dolor 4,7% y orgasmo con 3,5%.



Tabla 7. Afectación del dominio de deseo y características sociodemográficas en las mujeres estudiadas que asisten a la consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018

		Afectación dominio deseo				Chi 2 (p)	OR (IC95%)
		Sí		No			
		Recuento	%	Recuento	%		
Grupo etario	<50 años	18	46,2%	64	29,5%	4,215 (0,040)	2,049 (1,024-4,101)
	50 o más años	21	53,8%	153	70,5%		
Residencia	Urbano	28	71,8%	154	71,0%	0,011 (0,916)	1,041 (0,489-2,219)
	Rural	11	28,2%	63	29,0%		
Nivel de instrucción	Ninguna-Básica	10	25,6%	65	30,0%		
	Bachillerato-Superior	29	74,4%	152	70,0%	0,297 (0,586)	0,806 (0,371-1,1751)
Estado civil	En pareja	29	74,4%	179	82,5%		
	Sin pareja	10	25,6%	38	17,5%	1,434 (0,231)	0,616 (0,277-1,369)

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez

En esta tabla se observa que tener menos de 50 años representó un factor de riesgo para la afectación del dominio de deseo OR= 2,049 (1,024-4,101)



Tabla 8. Afectación del dominio de deseo y características biológicas en las mujeres estudiadas que asisten a la consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018

		Afectación del dominio de deseo				Chi 2 (p)	OR (IC95%)
		Sí		No			
		Recuento	%	Recuento	%		
Menopausia o posmenopausia	Menopausia	17	43,6%	60	27,6%	3,994 (0,046)	2,022 (1,005-4,069)
	Postmenopausia	22	56,4%	157	72,4%		
Diabetes	Si	3	7,7%	21	9,7%	0,153 (0,696)	0,778 (0,220-2,744)
	No	36	92,3%	196	90,3%		
HTA	Si	2	5,1%	16	7,4%	0,255 (0,614)	0,679 (0,150-3,078)
	No	37	94,9%	201	92,6%		
Hipotiroidismo	Si	6	15,4%	62	28,6%	2,947 (0,086)	0,455 (0,181-1,139)
	No	33	84,6%	155	71,4%		
IMC	Normopeso	10	25,6%	59	27,2%		
	Sobrepeso-Obesidad	29	74,4%	158	72,8%	0,040 (0,841)	0,923 (0,424-2,011)
Hijos	Si	37	94,9%	207	95,4%		
	No	2	5,1%	10	4,6%	0,020 (0,888)	0,894 (0,188-4,244)

Fuente: Formulario de recolección de datos.



Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez; ;
HTA: Hipertensión arterial; IMC: Índice de masa corporal

En esta tabla se observa que la menopausia es un factor de riesgo para el desarrollo de afectación del dominio de deseo, OR= 2,022 IC95 (1,005-4,069), el resto de las variables no se asociaron al presente dominio.

Tabla 9. Afectación del dominio de excitación y características sociodemográficas en las mujeres estudiadas que asisten a la consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018

		Afectación del dominio de excitación				Chi 2 (p)	OR (IC95%)
		Sí		No			
		Recuento	%	Recuento	%		
Grupo etario	<50 años	13	59,1%	69	29,5%	8,095 (0,004)	3,454 (1,411-8,455)
	50 o más años	9	40,9%	165	70,5%		
Residencia	Urbano	17	77,3%	165	70,5%	0,447 (0,504)	1,422 (0,505-4,006)
	Rural	5	22,7%	69	29,5%		
Nivel de instrucción	Ninguna-Básica	3	13,6%	72	30,8%		
	Bachillerato-Superior	19	86,4%	162	69,2%	2,850 (0,091)	0,355 (0,102-1,239)
Estado civil	En pareja	16	72,7%	192	82,1%		
	Sin pareja	6	27,3%	42	17,9%	1,148 (0,284)	0,583 (0,215-1,579)

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez



En esta tabla se observa que el tener menos de 50 años es un factor de riesgo para la afectación del dominio de excitación OR=3,454 (1,411-8,455).

Tabla 10. Afectación del dominio de excitación y características biológicas en las mujeres estudiadas que asisten a la consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018

		Afectación del dominio de excitación				Chi 2 (p)	OR (IC95%)
		Sí		No			
		Recuento	%	Recuento	%		
Menopausia o posmenopausia	Menopausia	10	45,5%	67	28,6%	2,706 (0,100)	1,937 (0,874-4,292)
	Postmenopausia	12	54,5%	167	71,4%		
Diabetes	Si	2	9,1%	22	9,4%	0,002 (0,962)	0,967 (0,240-3,887)
	No	20	90,9%	212	90,6%		
HTA	Si	1	4,5%	17	7,3%	0,228 (0,633)	0,630 (0,090-4,417)
	No	21	95,5%	217	92,7%		
Hipotiroidismo	Si	6	27,3%	62	26,5%	0,006 (0,937)	1,037 (0,423-2,541)
	No	16	72,7%	172	73,5%		
IMC	Normopeso	8	36,4%	61	26,1%	1,083 (0,298)	1,549 (0,680-3,529)
	Sobrepeso-Obesidad	14	63,6%	173	73,9%		
Hijos	Si	19	86,4%	225	96,2%	4,314 (0,038)	0,311 (0,107-0,909)
	No	3	13,6%	9	3,8%		

Fuente: Formulario de recolección de datos.



Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez;
HTA: Hipertensión arterial; IMC: Índice de masa corporal

En esta tabla se observa que el tener hijos es factor protector para el desarrollo de afectación del dominio de excitación.

Tabla 11. Afectación del dominio de lubricación y características sociodemográficas en las mujeres estudiadas que asisten a la consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018

		Afectación del dominio de lubricación				Chi 2 (p)	OR (IC95%)
		Sí		No			
		Recuento	%	Recuento	%		
Grupo etario	<50 años	3	25,0%	79	32,4%	0,286 (0,593)	0.707 (0,197-2,544)
	50 o más años	9	75,0%	165	67,6%		
Residencia	Urbano	10	83,3%	172	70,5%	0,918 (0,338)	2,033 (0,456-9,056)
	Rural	2	16,7%	72	29,5%		
Nivel de instrucción	Ninguna-Básica	2	16,7%	73	29,9%	0,970 (0,325)	0,483 (0,108-2,151)
	Bachillerato-Superior	10	83,3%	171	70,1%		



Estado civil	En pareja	9	75,0%	199	81,6%		
	Sin pareja	3	25,0%	45	18,4%	0,375 (0,541)	0,692 (0,195- 2,461)

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez

En la presente tabla no se observa asociación estadísticamente entre las variables.

Tabla 12. Afectación del dominio de lubricación y características biológicas en las mujeres estudiadas que asisten a la consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018

		Afectación del dominio de lubricación				Chi 2 (p)	OR (IC95%)
		Sí		No			
		Recuento	%	Recuento	%		
Menopausia o posmenopausia	Menopausia	3	25,0%	74	30,3%	0,154 (0,694)	0,775 (0,216- 2,784)
	Postmenopausia	9	75,0%	170	69,7%		
Diabetes	Si	2	16,7%	22	9,0%	0,768 (0,375)	1,933 (0,450- 8,315)
	No	10	83,3%	222	91,0%		
HTA	Si	1	8,3%	17	7,0%	0,083 (0,857)	1,202 (0,164- 8,796)
	No	11	91,7%	227	93,0%		



Hipotiroidismo	Si	2	16,7%	66	27,0%	0,662 (0,427)	0,553 (0,124- 2,460)
	No	10	83,3%	178	73,0%		
IMC	Normopeso	4	33,3%	65	26,6%		
	Sobrepeso- Obesidad	8	66,7%	179	73,4%	0,360 (0,610)	1,355 (0,421- 4,358)
Hijos	Si	11	91,7%	233	95,5%		
	No	1	8,3%	11	4,5%	0,375 (0,541)	0,541 (0,076- 1,238)

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez

En esta tabla no se observa asociación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 13. Afectación del dominio de orgasmo y características sociodemográficas en las mujeres estudiadas que asisten a la consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018

		Afectación del dominio de orgasmo				Chi 2 (p)	OR (IC95%)
		Sí		No			
		Recuento	%	Recuento	%		
Grupo etario	<50 años	3	33,3%	79	32,0%	0,007 (0,932)	1,072 (1,061- 4,137)
	50 o más años	6	66,7%	168	68,0%		



Residencia	Urbano	8	88,9%	174	70,4%	1,437 (0,231)	3,253 (0,414- 25,552)
	Rural	1	11,1%	73	29,6%		
Nivel de instrucción	Ninguna-Básica	2	22,2%	73	29,6%		
	Bachillerato-Superior	7	77,8%	174	70,4%	0,225 (0,635)	0,690 (0,147- 3,243)
Estado civil	En pareja	6	66,7%	202	81,8%		
	Sin pareja	3	33,3%	45	18,2%	0,459 (0,498)	0,462 (0,120- 1,780)

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez

En esta tabla no se observa asociación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 14. Afectación del dominio de orgasmo y características biológicas en las mujeres estudiadas que asisten a la consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018

		Afectación del dominio de orgasmo				Chi 2 (p)	OR (IC95%)
		Sí		No			
		Recuento	%	Recuento	%		
Menopausia o posmenopausia	Menopausia	3	33,3%	74	30,0%	0,047 (0,821)	1,162 (0,298- 4,528)
	Postmenopausia	6	66,7%	173	70,0%		
Diabetes	Si	2	22,2%	22	8,9%	1,812 (0,178)	2,762 (0,608- 12,555)



	No	7	77,8%	225	91,1%		
HTA	Si	1	11,1%	17	6,9%	0,218 (0,626)	1,653 (0,219- 12,495)
	No	8	88,9%	230	93,1%		
Hipotiroidismo	Si	1	11,1%	67	27,1%	1,142 (0,285)	0,346 (0,044- 2,712)
	No	8	88,9%	180	72,9%		
IMC	Normopeso	2	22,2%	67	27,1%		
	Sobrepeso- Obesidad	7	77,8%	180	72,9%	0,106 (0,745)	0,774 (0,165- 3,637)
Hijos	Si	9	100,0%	235	95,1%		
	No	0	,0%	12	4,9%	0,459 (0,418)	0,963 (0,940- 0,987)

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez; ;
HTA: Hipertensión arterial; IMC: Índice de masa corporal

En esta tabla no se observa asociación estadísticamente significativa entre las variables.



Tabla 15. Afectación del dominio de satisfacción y características sociodemográficas en las mujeres estudiadas que asisten a la consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018

		Afectación del dominio de satisfacción				Chi 2 (p)	OR (IC95%)
		Sí		No			
		Recuento	%	Recuento	%		
Grupo etario	<50 años	44	35,2%	38	29,0%	1,127 (0,289)	1,153 (0,892-1,490)
	50 o más años	81	64,8%	93	71,0%		
Residencia	Urbano	95	76,0%	87	66,4%	2,861 (0,091)	1,288 (0,945-1,754)
	Rural	30	24,0%	44	33,6%		
Nivel de instrucción	Ninguna-Básica	36	28,8%	39	29,8%		
	Bachillerato-Superior	89	71,2%	92	70,2%	0,029 (0,865)	0,976 (0,739-1,289)
Estado civil	En pareja	100	80,0%	108	82,4%		
	Sin pareja	25	20,0%	23	17,6%	0,251 (0,617)	0,923 (0,680-1,253)

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez



En esta tabla no se observa asociación estadísticamente significativa entre las variables

Tabla 16. Afectación del dominio de satisfacción y características biológicas en las mujeres estudiadas que asisten a la consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018

		Afectación del dominio de satisfacción				Chi 2 (p)	OR (IC95%)
		Sí		No			
		Recuento	%	Recuento	%		
Menopausia o posmenopausia	Menopausia	37	29,6%	40	30,5%	0,027 (0,871)	0,977 (0,742-1,288)
	Postmenopausia	88	70,4%	91	69,5%		
Diabetes	Si	12	9,6%	12	9,2%	0,015 (0,904)	1,027 (0,674-1,564)
	No	113	90,4%	119	90,8%		
HTA	Si	8	6,4%	10	7,6%	0,149 (0,700)	0,904 (0,531-1,540)
	No	117	93,6%	121	92,4%		
Hipotiroidismo	Si	32	25,6%	36	27,5%	0,116 (0,733)	0,951 (0,711-1,272)
	No	93	74,4%	95	72,5%		
IMC	Normopeso	29	23,2%	40	30,5%	1,748 (0,185)	0,819 (0,600-1,117)
	Sobrepeso-Obesidad	96	76,8%	91	69,5%		
Hijos	Si	119	95,2%	125	95,4%	0,007 (0,934)	0,975 (0,546-1,743)
	No	6	4,8%	6	4,6%		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez

En esta tabla no se observa asociación estadísticamente significativa entre las variables

Tabla 17. Afectación del dominio de dolor y características sociodemográficas en las mujeres estudiadas que asisten a la consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018

		Afectación del dominio de dolor				Chi 2 (p)	OR (IC95%)
		Sí		No			
		Recuento	%	Recuento	%		
Grupo etario	<50 años	3	25,0%	79	32,4%	0,286 (0,593)	0,707 (0,197-2,544)
	50 o más años	9	75,0%	165	67,6%		
Residencia	Urbano	10	83,3%	172	70,5%	0,918 (0,338)	2,033 (0,456-9,056)
	Rural	2	16,7%	72	29,5%		
Nivel de instrucción	Ninguna-Básica	2	16,7%	73	29,9%		
	Bachillerato-Superior	10	83,3%	171	70,1%	0,970 (0,325)	0,483 (0,108-2,151)
Estado civil	En pareja	9	75,0%	199	81,6%		
	Sin pareja	3	25,0%	45	18,4%	0,323 (0,570)	0,692 (0,195-2,461)

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez



En esta tabla no se observa asociación estadísticamente significativa entre las variables

Tabla 18. Afectación del dominio de dolor y características biológicas en las mujeres estudiadas que asisten a la consulta externa de ginecología en el Hospital José Carrasco Arteaga 2017-2018

		Afectación del dominio de dolor				Chi 2 (p)	OR (IC95%)
		Sí		No			
		Recuento	%	Recuento	%		
Menopausia	Menopausia	3	25,0%	74	30,3%	0,154 (0,694)	0,775 (0,216-2,784)
	Postmenopausia	9	75,0%	170	69,7%		
Diabetes	Si	4	33,3%	20	8,2%	8,506 (0,004)	4,833 (1,570-14,876)
	No	8	66,7%	224	91,8%		
HTA	Si	2	16,7%	16	6,6%	1,788 (0,181)	2,644 (0,626-11,168)
	No	10	83,3%	228	93,4%		
Hipotiroidismo	Si	3	25,0%	65	26,6%	0,016 (0,900)	0,922 (0,257-3,304)
	No	9	75,0%	179	73,4%		
IMC	Normopeso	3	25,0%	66	27,0%		
	Sobrepeso-Obesidad	9	75,0%	178	73,0%	0,024 (0,876)	0,903 (0,252-3,240)
Hijos	Si	12	100,0%	232	95,1%	0,619 (0,431)	0,951 (0,924-0,978)
	No	0	,0%	12	4,9%		



Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez

En esta tabla se observa que el tener diabetes es un factor de riesgo para la afectación de dominio de dolor $OR=4,833$ $IC95\%$ (1,570-14,876).

CAPITULO VI

6.1. DISCUSIÓN

La menopausia es un evento transitorio y fisiológico en la vida de una mujer que ocurre en todas las mujeres que alcanzan la mediana edad (67). Varios problemas están asociados con los síntomas, que pueden afectar la calidad de vida en las mujeres (68–70). La transición a la menopausia es un punto de inflexión para muchas mujeres y se asocia con cambios fisiológicos y psicológicos que influyen en la sexualidad. El cambio fisiológico se debe a la disminución de los niveles de estrógenos circulantes. La deficiencia de estrógeno inicialmente está relacionada con la menstruación irregular y puede disminuir la lubricación vaginal. La pérdida persistente de estrógenos se asocia con cambios en los sistemas vascular, muscular y urogenital, y también alteraciones en el estado de ánimo, el sueño y la función cognitiva. Estos cambios influyen en la función sexual tanto directa como indirectamente y causan problemas sexuales (71,72).

En el presente análisis se observó que la prevalencia de DSF fue del 37,1%, estas cifras son menores a las evidenciadas en un estudio que tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de la disfunción sexual y la asociación de diversos factores, con los síntomas de la menopausia en 151 mujeres de 40-60 años durante la transición a la menopausia. Los resultados del estudio mostraron que el 53% de las mujeres sufren de disfunción sexual (71). La tasa de disfuncionalidad sexual para mujeres de mediana edad en América Latina es aproximadamente del 58% siendo estas cifras mayores a las reportadas en nuestro análisis, en América Latina también aumentaba la disfunción sexual conforme aumentaba la edad, dicho hallazgo se



contrasta con nuestro análisis ya que esta era mayor en las mujeres más jóvenes(24). Se reportaron en la India cifras de más del 70% de disfunción sexual en esta etapa de la vida (73).

En Irán, se demostró que la frecuencia relativa de las disfunciones sexuales fue del 38% en el período reproductivo y del 72,4% en la menopausia y los períodos tardíos de la menopausia (74). En Nigeria, la incidencia de estas disfunciones se informó en un 40.4%, (75) y en Brasil se reportó en 35%. La disfunción sexual general se evaluó en mujeres con o sin una pareja sexual (76). La disfunción sexual en las mujeres brasileñas durante los períodos de transición menopáusica se informó en el 57.4% no concordando con nuestro estudio (77). La diferencia entre los resultados obtenidos en nuestro país y en otros países puede deberse a grupos diferentes y variaciones en aspectos raciales, religiosos y culturales, tamaño de muestra, actitudes de estas mujeres hacia el fenómeno de la menopausia y los criterios de inclusión del estudio.

Con respecto a los dominios de función sexual, se evidenció disfunción con respecto al deseo (15,2%), excitación (8,6%), lubricación (4,7%), orgasmo (3,5%), satisfacción (48,8%) y dolor (4,7%), nuestras cifras son menores a las observadas en un estudio realizado en mujeres coreanas en las que se presentó de la siguiente manera, problemas de deseo (44.0%), excitación (49.0%), lubricación (37.0%), orgasmo (32.0%), satisfacción (37.0%) y dolor (34.6%) (22). La falta de deseo sexual en un 26.7%; dolor durante la relación sexual en un 23.1% y disfunción orgásmica en un 21% en mujeres mayores de 40 años fueron reportadas en el estudio de Abdo. Además, el análisis múltiple no mostró asociación entre el estado de la menopausia y la disfunción sexual (77), en contraste al nuestro dónde la disfunción sexual en el dominio de deseo se asoció a la menopausia, esto podría estar influenciado porque en este periodo es donde se evidencian los niveles más bajos de hormonas sexuales. También en mujeres coreanas normales con la edad de 18-52 años, se evidenciaron problemas de deseo (44.0%), excitación (49.0%), lubricación (37.0%), orgasmo (32.0%), satisfacción (37.0%) y dolor (34.6%) (78).



Como se ha mencionado la menopausia se encontró asociada al dominio del deseo, se ha reportado una asociación entre la menopausia y el síndrome de deseo hipoactivo, por lo cual se realizó un estudio el cual tuvo por objetivo determinar la prevalencia de DSF general y por dominios, en este se expone que los factores asociados con la disfunción sexual entre las mujeres menopaúsicas y posmenopáusicas que fueron estadísticamente significativos fueron la edad más de 60 años ($p = 0,033$), el nivel educativo más bajo ($p < 0,001$) y la menopausia ($p = 0,029$). Se encontró que las mujeres con menopausia natural tienen 2.5 veces más probabilidades de tener disfunción sexual. La prevalencia de la DSF entre las mujeres posmenopáusicas fue alta. Los dominios más afectados fueron la satisfacción, el deseo y la excitación. Los factores asociados fueron la edad avanzada, el nivel educativo más bajo y el tipo de menopausia, en nuestro caso estas variables se comportaron de forma contraria en la que el grupo etario asociado a disfunción fue el menor de 50 años, también se evidenció ese comportamiento en el dominio de deseo, (84).

En nuestro análisis se evidenció que la diabetes se asoció con la afectación del dominio de dolor, similar a lo hallado en un estudio realizado a mujeres con diabetes tipo 2, donde se estudiaron 150 mujeres mayores de 40 años y la prevalencia de DSF fue del 78,7%, 58% (IC: 50.0-65.6) informaron problemas en la lubricación, 50% (IC: 42.1-57.9) de disminución del deseo sexual, 50% (IC: 42.1-57.9) problemas con la excitación, 47.3% (CI: 39.5-55.3) tuvo dispareunia, 32.7% (IC: 25.7-40.5) disfunción orgásmica y 42.7% (IC: 35.0-50.7) informaron problemas en satisfacción sexual, esta última similar a la evidenciada en nuestro estudio. Con respecto a los resultados de un cuestionario para depresión se evidenció que el 58.7% (IC: 50.7 a 66.2) de los pacientes tenían depresión y 96.7% (IC: 92.4-98.6) tenía ansiedad (85).

El provenir de residencia urbana, se comportó como un factor de riesgo para presentar DSF, así como se expone en un estudio que se realizó en Irán donde el 77,4% de las mujeres estudiadas provino del área urbana, a pesar de ello no se evidenciaron asociaciones estadísticas significativas (61), asimismo el hecho de



tener una educación baja se comportó como un factor protector para DSF, en contraste a lo observado en Turquía donde el 40,5% de aquellos con DSF fueron categorizados en primaria (86).

Según este estudio el hipotiroidismo se evidenció en mayor proporción en aquellas pacientes con disfunción sexual, sin embargo, no fue estadísticamente significativa. En la actualidad existen pocos datos sobre la prevalencia de la DSF en los trastornos tiroideos, por lo cual se realizó este análisis, con 104 mujeres en la edad de la menopausia-posmenopausia, y en este se encontró una correlación inversamente significativa entre TSH y funcionalidad sexual ($r = -0.7$, $p = 0.01$), que mostró el puntaje de funcionalidad sexual más bajo (17.8 ± 5.7) y el índice de masa corporal más alto (28.4 ± 7.1 kg / m²), en nuestro análisis se evidenció que aquellos con obesidad representaban el 27% de la población con disfuncionalidad sexual (66).

Tener hijos fue un factor protector para la afectación del dominio de excitación, sin embargo, esta asociación no se comprobó en un análisis realizado en Irán en el cual no se evidenció asociación entre el tener hijos y la DSF en general (61), a diferencia de lo evidenciado en un análisis realizado en Egipto donde aquellas mujeres con más de 5 hijos, tuvieron una prevalencia menor de DSF (87).

Las diferencias considerables entre los resultados obtenidos de los dominios de función sexual en nuestro estudio y en otros países (79,80) pueden deberse al envejecimiento, cambios en la libido, la forma del cuerpo, el número de relaciones sexuales, baja actividad física, salud de una persona, matrimonio infeliz y factores de relación en la función sexual durante la transición natural de la menopausia. Por lo tanto, se necesitan para una investigación más exhaustiva en este grupo de edad (81,82). Estas tasas defienden el interés que se ha pagado por la función sexual recientemente. Además, la prevalencia de la DSF en poblaciones de diversos países, culturas y grupos de edad afecta la vida de las mujeres en la actualidad. Por lo tanto, estos hallazgos sugieren instrucciones futuras para la prestación de servicios que aborden la prevención y el tratamiento de la disfunción sexual.



Los resultados de este estudio mostraron que la prevalencia de disfunción sexual en mujeres posmenopáusicas es más alta que en mujeres menopáusicas. La función sexual femenina disminuye con la transición natural a la menopausia. La disminución progresiva de las hormonas sexuales interactúa con el proceso de envejecimiento y muchos estresores psicosociales modulan los síntomas sexuales (bajo deseo sexual, falta de excitación y lubricación, dispareunia, disfunción orgásmica y falta de satisfacción) (85)

CAPITULO VII

7.1. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de disfunción sexual en esta población fue menor a la reportada en la mayor proporción de regiones estudiadas.
2. Ser menor de 50 años, tener menopausia, pertenecer a la zona urbana, tener un nivel alto de educación, se comportaron como factores de riesgo para algunos dominios y el tener hijos se comportó como un factor protector.
3. La presencia de diabetes se asoció a la disfunción sexual.
4. El hipotiroidismo y el sobrepeso-obesidad se encontraron en mayor porcentaje en las mujeres con disfunción sexual.

RECOMENDACIONES

1. Realizar este estudio a mayor escala, tomando en cuenta otros factores como lo son el nivel de hormonas al momento del análisis, y realizar un estudio de seguimiento de los mismos.
2. Tomar en cuenta al momento de valorar a una paciente en estado de menopausia o posmenopausia que es un ser integral y se debe explorar su salud sexual.



3. Investigar en las pacientes en el período de menopausia-posmenopausia patologías como la diabetes, HTA, hipotiroidismo y obesidad que son capaces por sí solas de generar disfunción sexual, siendo esta etapa de la mujer un potenciador para las mismas.

CAPÍTULO VIII

8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Eftekhar T, Dashti M, Shariat M, Haghollahi F, Raisi F, Ghahghaei-Nezamabadi A. Female Sexual Function During the Menopausal Transition in a Group of Iranian Women. *J Fam Reprod Health*. 23 de agosto de 2016;52-8.
2. Greenblum CA, Rowe MA, Neff DF, Greenblum JS. Midlife women: symptoms associated with menopausal transition and early postmenopause and quality of life. *Menopause N Y N*. enero de 2013;20(1):22-7.
3. Ayers B, Hunter MS. Health-related quality of life of women with menopausal hot flushes and night sweats. *Climacteric J Int Menopause Soc*. abril de 2013;16(2):235-9.
4. Kingsberg SA, Althof S, Simon JA, Bradford A, Bitzer J, Carvalho J, et al. Female Sexual Dysfunction—Medical and Psychological Treatments, Committee 14. *J Sex Med*. diciembre de 2017;14(12):1463-91.
5. Dalal PK, Agarwal M. Postmenopausal syndrome. *Indian J Psychiatry*. julio de 2015;57(Suppl 2):S222.
6. Nazarpour S, Simbar M, Tehrani FR. Factors affecting sexual function in menopause: A review article. *Taiwan J Obstet Gynecol*. agosto de 2016;55(4):480-7.



7. Ramezani Tehrani F, Farahmand M, Simbar M, Malek Afzali H. Factors associated with sexual dysfunction; a population based study in Iranian reproductive age women. Arch Iran Med. octubre de 2014;17(10):679-84.
8. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. Indian J Psychiatry. 2013;55(3):220-3.
9. Ambler DR, Bieber EJ, Diamond MP. Sexual function in elderly women: a review of current literature. Rev Obstet Gynecol. 2012;5(1):16-27.
10. Santpure A, Nagapurkar S, Giri P, Bhanap P. Female sexual dysfunction amongst rural postmenopausal woman. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2016;4385-9.
11. Hoz FJE-DL. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres del Eje Cafetero. Rev Cienc Bioméd [Internet]. 2016 [citado 18 de mayo de 2017];7(1). Disponible en:
<http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1398>
12. Ortega VM, Peláez CA, Peña AE. Estudio Transversal: Prevalencia de Disfunción Sexual Femenina y Factores Asociados en Pacientes del Hospital “José Carrasco Arteaga”. Rev Médica HJCA. 13 de mayo de 2016;8(1):19-24.
13. Tolentino R, Ysabel M. "Conocimiento Sobre Climaterio y Calidad de Vida en la Menopausia el Porvenir-Trujillo 2013. Univ Nac Trujillo [Internet]. 1543 [citado 18 de mayo de 2017]; Disponible en:
<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/5810>
14. Censos IN de E y. Proyecciones Poblacionales [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [citado 18 de mayo de 2017]. Disponible en:
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>



15. Eftekhari T, Dashti M, Shariat M, Haghollahi F, Raisi F, Ghahghaei-Nezamabadi A. Female Sexual Function During the Menopausal Transition in a Group of Iranian Women. *J Fam Reprod Health*. junio de 2016;10(2):52-8.
16. Milošević V, Ajdžanović V. Pituitary Hormone-producing Cells After Estradiol Application in Rat Models of Menopause. *Serbian J Exp Clin Res*. 1 de octubre de 2014;15(3):115-20.
17. Stuenkel CA, Davis SR, Gompel A, Lumsden MA, Murad MH, Pinkerton JV, et al. Treatment of Symptoms of the Menopause: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 1 de noviembre de 2015;100(11):3975-4011.
18. Santoro N, Epperson CN, Mathews SB. Menopausal Symptoms and Their Management. *Endocrinol Metab Clin North Am*. septiembre de 2015;44(3):497-515.
19. Blümel JE, Fica J, Chedraui P, Mezones-Holguín E, Zuñiga MC, Witis S, et al. Sedentary lifestyle in middle-aged women is associated with severe menopausal symptoms and obesity: Menopause. mayo de 2016;23(5):488-93.
20. Sesma Pardo E, Finkle J, Gonzalez Torres MÁ, Gaviria M. Depresión perimenopáusica: una revisión. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. diciembre de 2013;33(120):681-91.
21. Pintado Vázquez S. Disfunción sexual femenina en la menopausia. Impacto sobre la calidad de vida. *Rev Int Andrología*. 1 de julio de 2007;5(3):289-96.
22. Burri A, Spector T. Recent and lifelong sexual dysfunction in a female UK population sample: prevalence and risk factors. *J Sex Med*. septiembre de 2011;8(9):2420-30.



23. Sabeti F, Sadat-Tavafian S, Zarei F. The effect of educational intervention on sexual function of women referred to Health center of southern Tehran. *Nurs Pract Today*. 22 de abril de 2018;5(2):280-9.
24. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *Menopause N Y N*. diciembre de 2009;16(6):1139-48.
25. Jamali S, Javadpour S, Mosalanejad L, Parnian R. Attitudes About Sexual Activity Among Postmenopausal Women in Different Ethnic Groups: A Cross-sectional Study in Jahrom, Iran. *J Reprod Infertil*. 2016;17(1):47-55.
26. Costa LHR. IDEOLOGIES OF GENDER AND SEXUALITY: THE INTERFACE BETWEEN FAMILY UPBRINGING AND NURSING EDUCATION. 2013;8.
27. Salonia A, Giraldi A, Chivers ML, Georgiadis JR, Levin R, Maravilla KR, et al. Physiology of Women's Sexual Function: Basic Knowledge and New Findings. *J Sex Med*. 1 de agosto de 2010;7(8):2637-60.
28. Levin RJ, Both S, Georgiadis J, Kukkonen T, Park K, Yang CC. The Physiology of Female Sexual Function and the Pathophysiology of Female Sexual Dysfunction (Committee 13A). *J Sex Med*. mayo de 2016;13(5):733-59.
29. Krassioukov A, Elliott S. Neural Control and Physiology of Sexual Function: Effect of Spinal Cord Injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2017;23(1):1-10.
30. Cappelletti M, Wallen K. Increasing women's sexual desire: The comparative effectiveness of estrogens and androgens. *Horm Behav*. febrero de 2016;78:178-93.
31. Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sex Med Rev*. 1 de abril de 2016;4(2):103-20.



32. Kontula O, Miettinen A. Determinants of female sexual orgasms. *Socioaffective Neurosci Psychol* [Internet]. 25 de octubre de 2016 [citado 19 de septiembre de 2018];6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5087699/>
33. Faubion SS, Rullo JE, Clinic M. *Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach*. 2015;92(4):10.
34. Lo SS-T, Kok W-M. Sexuality of Chinese women around menopause. *Maturitas*. febrero de 2013;74(2):190-5.
35. Monterrosa-Castro Á, Márquez-Vega J, Arteta-Acosta C. Disfunción sexual en mujeres climatéricas afrodescendientes del Caribe Colombiano (*). 2014;27:12.
36. Figueroa J R, Jara A D, Fuenzalida P A, del Prado A M, Flores D, Blumel JE. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. *Rev Médica Chile*. marzo de 2009;137(3):345-50.
37. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. junio de 2000;26(2):191-208.
38. Pontiroli AE, Cortelazzi D, Morabito A. Female sexual dysfunction and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med*. abril de 2013;10(4):1044-51.
39. Avis NE, Crawford SL, Greendale G, Bromberger JT, Everson-Rose SA, Gold EB, et al. Duration of Menopausal Vasomotor Symptoms Over the Menopause Transition. *JAMA Intern Med*. 1 de abril de 2015;175(4):531-9.
40. Dalal PK, Agarwal M. Postmenopausal syndrome. *Indian J Psychiatry*. julio de 2015;57(Suppl 2):S222-32.



41. Gómez Fernández MA. Disfunción sexual femenina en el climaterio. *Matronas Profesión*. 2010;11(3-4):93-8.
42. Transición menopáusica | Ginecología de Williams, 2e | AccessMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. [citado 3 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1511§ionid=98642411&jumpsectionID=98642637>
43. Alvarado-García A, Hernández-Quijano T, Hernández M, Negrín-Pérez MC, Ríos-Castillo B, Valencia-Pérez GU, et al. Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y la posmenopausia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;12.
44. Ecuador - Esperanza de vida al nacer 2015 [Internet]. *datosmacro.com*. [citado 14 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.datosmacro.com/demografia/esperanza-vida/ecuador>
45. Karmakar N, Majumdar S, Dasgupta A, Das S. Quality of life among menopausal women: A community-based study in a rural area of West Bengal. *J -Life Health*. 1 de enero de 2017;8(1):21.
46. OPS/OMS Ecuador - La diabetes, un problema prioritario de salud pública en el Ecuador y la región de las Américas [Internet]. [citado 16 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1400:la-diabetes-un-problema-prioritario-de-salud-publica-en-el-ecuador-y-la-region-de-las-americas&Itemid=360
47. Alonso Álvaro Á. Sexualidad y enfermedades crónicas. *Rev Int Andrología*. 1 de enero de 2007;5(1):22-8.
48. Monterrosa-Castro Á, Márquez-Vega J, Arteta-Acosta C. Sexual dysfunction in climacteric women of African descent from the Colombian Caribbean region. *latreia*. marzo de 2014;27(1):31-41.



49. Rodas ELT, Martínez TKT, Carmona RDB. DRA. LORENA ESPERANZA ENCALADA TORRES. 2015;61.
50. Ecuador M de salud pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: ENSANUT-ECU 2012. Quito: INEC; 2014.
51. Alonso Álvaro Á. Sexualidad y enfermedades crónicas. Rev Int Andrología. 2007;22-8.
52. Bhurosy T, Jeewon R. Overweight and Obesity Epidemic in Developing Countries: A Problem with Diet, Physical Activity, or Socioeconomic Status? Sci World J [Internet]. 2014 [citado 19 de septiembre de 2018];2014. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4212551/>
53. Ambler DR, Bieber EJ, Diamond MP. Sexual function in elderly women: a review of current literature. Rev Obstet Gynecol. 2012;5(1):16-27.
54. Santos AM, Santos FC dos, Cendoroglo MS. Sexuality and chronic pain in long-lived females: description of interferential factors. Rev Dor [Internet]. 2015 [citado 19 de septiembre de 2018];16(1). Disponible en: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1806-0013.20150010>
55. Atis G, Dalkilinc A, Altuntas Y, Atis A, Caskurlu T, Ergenekon E. Sexual Dysfunction in Women with Clinical Hypothyroidism and Subclinical Hypothyroidism. J Sex Med. 1 de julio de 2010;7(7):2583-90.
56. Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female Sexual Dysfunction: Prevalence and Risk Factors. J Clin Diagn Res JCDR. diciembre de 2013;7(12):2877-80.
57. Jafarbegloo E, Bakouei S, Tehrani TD. Marital Satisfaction in Menopausal Women with and without Sexual Dysfunction. J Midwifery Reprod Health [Internet]. junio de 2017 [citado 28 de septiembre de 2018]; Disponible en: http://jmrh.mums.ac.ir/article_8898.html



58. Lou W-J, Chen B, Zhu L, Han S-M, Xu T, Lang J-H, et al. Prevalence and Factors Associated with Female Sexual Dysfunction in Beijing, China. *Chin Med J (Engl)*. 2017;130(12):1389.
59. Wagle KC, Carrejo MH, Tan RS. The Implications of Increasing Age on Erectile Dysfunction. *Am J Mens Health*. julio de 2012;6(4):273-9.
60. Eftekhari T, Dashti M, Shariat M, Haghollahi F, Raisi F, Ghahghaei-Nezamabadi A. Female Sexual Function During the Menopausal Transition in a Group of Iranian Women. *J Fam Reprod Health*. junio de 2016;10(2):52-8.
61. Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female Sexual Dysfunction: Prevalence and Risk Factors. *J Clin Diagn Res JCDR*. diciembre de 2013;7(12):2877-80.
62. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Sex Med Rev*. 1 de julio de 2016;4(3):197-212.
63. Avis NE, Colvin A, Karlamangla AS, Crawford S, Hess R, Waetjen LE, et al. Change in Sexual Functioning Over the Menopause Transition: Results from the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause N Y N*. abril de 2017;24(4):379-90.
64. Smith RL, Gallicchio L, Flaws JA. Factors Affecting Sexual Activity in Midlife Women: Results from the Midlife Health Study. *J Womens Health*. febrero de 2017;26(2):103-8.
65. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of Female Sexual Dysfunction Among Premenopausal Women: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Sex Med Rev*. 1 de julio de 2016;4(3):197-212.



66. Pasquali D, Maiorino MI, Renzullo A, Bellastella G, Accardo G, Esposito D, et al. Female sexual dysfunction in women with thyroid disorders. *J Endocrinol Invest*. octubre de 2013;36(9):729-33.
67. Lampio L, Saaresranta T, Engblom J, Polo O, Polo-Kantola P. Predictors of sleep disturbance in menopausal transition. *Maturitas*. diciembre de 2016;94:137-42.
68. Mishra G, Kuh D. Perceived change in quality of life during the menopause. *Soc Sci Med* 1982. enero de 2006;62(1):93-102.
69. Greenblum CA, Rowe MA, Neff DF, Greenblum JS. Midlife women: symptoms associated with menopausal transition and early postmenopause and quality of life. *Menopause N Y N*. enero de 2013;20(1):22-7.
70. Ayers B, Hunter MS. Health-related quality of life of women with menopausal hot flushes and night sweats. *Climacteric J Int Menopause Soc*. abril de 2013;16(2):235-9.
71. Graziottin A, Leiblum SR. Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopausal transition. *J Sex Med*. septiembre de 2005;2 Suppl 3:133-45.
72. Fundamentals and Administration Dept, College of nursing, Sultan Qaboos University, Oman, Natarajan J. Review Literature on Distress during the Menopausal Transition and Their Impact on the Quality Of Life of Women: What is The Evidence? *IOSR J Nurs Health Sci*. 2013;2(4):01-10.
73. Song SH, Jeon H, Kim SW, Paick J-S, Son H. The prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in young korean women: an internet-based survey. *J Sex Med*. julio de 2008;5(7):1694-701.



74. Beigi M, Fahami F. A Comparative study on sexual dysfunctions before and after menopause. *Iran J Nurs Midwifery Res.* febrero de 2012;17(2 Suppl 1):S72-75.
75. Olaolorun FM, Lawoyin TO. Experience of menopausal symptoms by women in an urban community in Ibadan, Nigeria. *Menopause N Y N.* agosto de 2009;16(4):822-30.
76. Valadares ALR, Pinto-Neto AM, Osis MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L, Conde DM. Prevalence of Sexual Dysfunction and its Associated Factors in Women Aged 40–65 Years with 11 Years or More of Formal Education: A Population-Based Household Survey. *Clin Sao Paulo Braz.* diciembre de 2008;63(6):775-82.
77. Abdo CHN, Oliveira WM, Moreira ED, Fittipaldi J a. S. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res.* abril de 2004;16(2):160-6.
78. Song SH, Jeon H, Kim SW, Paick J-S, Son H. The prevalence and risk factors of female sexual dysfunction in young korean women: an internet-based survey. *J Sex Med.* julio de 2008;5(7):1694-701.
79. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, Hayes RD, Laumann EO, Moreira ED, et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med.* abril de 2010;7(4 Pt 2):1598-607.
80. Joseph N, Nagaraj K, Saralaya V, Nelliyanil M, Rao PJ. Assessment of menopausal symptoms among women attending various outreach clinics in South Canara District of India. *J -Life Health.* 2014;5(2):84-90.



81. Viswanathan S, Prasad J, Jacob KS, Kuruvilla A. Sexual function in women in rural Tamil Nadu: disease, dysfunction, distress and norms. *Natl Med J India*. febrero de 2014;27(1):4-8.
82. Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition. *Fertil Steril*. julio de 2005;84(1):174-80.
83. Nappi RE, Martini E, Martella S, Capuano F, Bosoni D, Giacomini S, et al. Maintaining sexuality in menopause. *Post Reprod Health*. marzo de 2014;20(1):22-9.
84. Nappi RE, Martini E, Martella S, Capuano F, Bosoni D, Giacomini S, et al. Maintaining sexuality in menopause. *Post Reprod Health*. marzo de 2014;20(1):22-9.
85. Elyasi F, Kashi Z, Tasfieh B, Khademloo M. Sexual Dysfunction in Women with Type 2 Diabetes Mellitus. 2013;40(3):8.
86. Ibrahim ZM, Ahmed MR, Ahmed WAS. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Egyptian women. *Arch Gynecol Obstet*. junio de 2013;287(6):1173-80.
87. Elnashar A, EL-Dien Ibrahim M, EL-Desoky M, Ali O, El-Sayd Mohamed Hassan M. Female sexual dysfunction in Lower Egypt. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. febrero de 2007;114(2):201-6.



CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

ANEXO I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Tiempo en años	Fecha de nacimiento en su documento de Identidad	<50 años Mayor o igual a 50 años.
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función si tiene o no pareja y su situación legal respecto	Estado civil establecido en su documento de identidad.	Estado civil registrado en historia clínica.	Soltera Casada Viudo Unión libre Divorciada (dicotomizada a con pareja y sin pareja)
RESIDENCIA	Vivienda habitual de la persona	Dirección de la vivienda	Información indicada por la paciente.	Rural Urbana
ACTIVIDAD SEXUAL	Conducta personal de la sexualidad, donde el componente erótico es el más evidente	Conductas y actividades sexuales realizadas por la paciente	Información indicada por la paciente	Si No
TRANSICION MENOPAUSICA	Periodo endocrino de tipo progresivo, que produce el cambio del ciclo regular de la menstruación	Ciclos menstruales.	Información indicada por la paciente	Temprana: Ciclos menstruales regulares con intervalos entre los ciclos (varían 7 días o más.) Tardía: Falta de dos o más menstruaciones y por lo menos de un



	al fin de la misma.			periodo inter menstrual de 60 días o más (Menopausia)
POSMENOPAU SIA	Es el período que se extiende desde la última menstruación en adelante.	Tiempo en años.	Información indicada por la paciente	Estadio 1: primer año después de la FMP Estadio 1b: Dos a cinco años de posmenopausia. Estadio 2: años posmenopáusicos ulteriores. (Posmenopausia)
ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)	Instrumento para la evaluación de la disfunción sexual femenina	Puntaje obtenido en el Índice de Función Sexual Femenina	Aplicación del formulario FSFI	Disfunción sexual= 26.55 o menos No disfunción sexual = más de 26.55 + Dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor= afectados o no afectados.
IMC	Característica antropométrica que resulta entre la relación del peso con la talla.	Obtención del valor de índice de masa corporal.	$Peso \text{ en } kg / (talla \text{ en } m)^2$	<25=Normopeso 25-29,0= Sobrepeso Igual o mayor a 30= obesidad.



HIJOS	Es el número de partos que culminan con el alumbramiento, posterior a las 20 semanas de gestación y resultan en un hijo	Número de hijos	Información indicada por la paciente.	Sí No
DIABETES	Trastorno metabólico caracterizado por la hiperglucemia debida a defectos en la secreción o acción de la insulina.	Glicemia basal mayor de 126 mg/Dl.	Historia clínica de la paciente.	Sí No
HIPERTENSIÓN	Presión sanguínea arterial persistentemente elevada.	Presión arterial mayor de 140/90 mm/Hg.	Historia clínica de la paciente.	Sí No
HIPOTIROIDISMO	Enfermedad que se caracteriza por la disminución de la actividad funcional de la glándula tiroides y el	TSH: elevada T3 y T4: disminuida	Historia clínica de la paciente.	Si No



	descenso de secreción de hormonas tiroideas			
--	---	--	--	--

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: Silvana Maribel Álvarez Fárez y María José Domínguez Ordoñez

ANEXO II. FORMULARIO

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

“PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES ASOCIADOS DURANTE LA TRANSICIÓN MENOPAÚSICA Y POSMENOPAUSIA. CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

HISTORIA CLINICA:

1.1 EDAD:

1.2 RESIDENCIA: **(Marque con una “X”)** (1) Urbana Rural

1.3 INSTRUCCIÓN: **(Marque con una “X”)**

(1) Ninguna (2) Básica (3) Bachillerato (4) Superior

1.4 ESTADO CIVIL: **(Marque con una “X”)**

(1) Soltero (2) Casado (3) Viuda (4) Unión libre (5) Divorciada

2. DATOS BIOLÓGICOS

2.1 ¿SE ENCUENTRA USTED UTILIZANDO TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL? **(Marque con una “X”)** En caso afirmativo contestar la pregunta

2.2.

(1) Sí (2) No

2.2 ¿SE HA REALIZADO USTED UNA HISTERECTOMIA? (EXTRACCIÓN DEL ÚTERO) **(Marque con una “X”)** En caso afirmativo **NO** continuar con el cuestionario.

(1) Sí (2) No



2.3 ¿CÓMO SON SUS CICLOS MENSTRUALES? **(Marque con una "X")** En caso de marcar el literal 1 No continuar con el cuestionario

- (1) Ciclos menstruales completamente regulares (no se ha modificado)
- (2) Ciclos regulares con intervalos entre los ciclos (varían 7 días o más.)
- (3) Falta de dos o más menstruaciones y por lo menos de un periodo intermenstrual de 60 días o más
- (4) Doce meses de amenorrea (ninguna menstruación)
- (5) Dos a cinco años de amenorrea (ninguna menstruación)
- (6) Más de cinco años de amenorrea (ninguna menstruación)

2.4 NÚMERO DE HIJOS: **(Marque con una "X")**

- (1) Uno a cuatro
- (2) Dos
- (3) Tres
- (4) Cuatro
- (5) Mayor a cuatro

2.5 SEÑALE CON UNA X CUAL DE ESTAS ENFERMEDADES HA SIDO USTED DIAGNOSTICADO POR UN MEDICO: **(Marque con una "X")**

- (1) Diabetes
- (2) Hipertensión
- (3) hipotiroidismo
- (4) Ninguna

2.6 PESO.....

2.7 TALLA.....

2.8 IMC....

2.9 ¿HA TENIDO ACTIVIDAD SEXUAL EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS?

(Marque con una "X")

- (1) Sí
- (2) No

ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)

Cuestionario:

1- ¿Con qué frecuencia experimenta deseo o interés sexual?

- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto



2- ¿En qué porcentaje estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- Muy alto 5 puntos
- Alto 4 puntos
- Regular 3 puntos
- Bajo 2 puntos
- Muy bajo o nada 1 punto

3- ¿Con qué frecuencia experimenta excitación sexual durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

4- ¿En qué porcentaje estima su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy alto 5 puntos
- Alto 4 puntos
- Moderado 3 puntos
- Bajo 2 puntos
- Muy bajo o nada 1 puntos

5- ¿Qué confianza tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy alta confianza 5 puntos
- Alta confianza 4 puntos
- Moderada confianza 3 puntos
- Baja confianza 2 puntos
- Muy baja o sin confianza 1 punto



6- ¿Con qué frecuencia ha satisfecho su excitación durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

7- ¿Con qué frecuencia se ha lubricado (húmedo o mojado) durante la actividad o sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

8- ¿Cuán difícil es para usted lubricarse (mojarse) durante la actividad o sexual?

- Sin actividad sexual 0 puntos
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos

9- ¿Con qué frecuencia mantiene la lubricación hasta completar la actividad sexual?



- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto
-

¿Cuán difícil es para usted mantener su lubricación hasta completar la actividad sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos
-

10- Cuando ha tenido estimulación sexual, ¿Con qué frecuencia logra el orgasmo (clímax)?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 5 puntos
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 4 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2 puntos
- Casi nunca o nunca 1 punto

11- Cuando ha tenido estimulación sexual, ¿Cuán difícil fue lograr el orgasmo (clímax)?



- Sin actividad sexual 0 punto
- Extremadamente difícil o imposible 1 punto
- Muy difícil 2 puntos
- Difícil 3 puntos
- Levemente difícil 4 puntos
- Sin dificultad 5 puntos
-

12- ¿Cuán satisfecha estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad sexual?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente, satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto
-

13- ¿Cuán satisfecha estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto
-



14- ¿Cuán satisfecha esta con la relación sexual con su pareja?

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

15- ¿Cuán satisfecha está con su vida sexual en general?

- Muy satisfecha 5 puntos
- Moderadamente satisfecha 4 puntos
- Igualmente satisfecha e insatisfecha 3 puntos
- Moderadamente insatisfecha 2 puntos
- Muy insatisfecha 1 punto

16- ¿Con qué frecuencia ha experimentado dolor o molestias durante la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 1 punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2 puntos
- 3 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 4 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 5 puntos
- Casi nunca o nunca

17- ¿Con qué frecuencia ha experimentado dolor o molestias después de la penetración vaginal?



- Sin actividad sexual 0 punto
- Casi siempre o siempre 1 punto
- Muchas veces (más de la mitad de las veces) 2 puntos
- Algunas veces (la mitad de las veces) 3 puntos
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 4 puntos
- Casi nunca o nunca 5 puntos

18- ¿Con qué porcentaje usted valora sus molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- Sin actividad sexual 0 punto
- Muy alto 1 punto
- Alto 2 puntos
- Regular 3 puntos
- Bajo 4 puntos
- Muy bajo o nada 5 puntos

CORRECCIÓN DEL FSFI

Sistema de puntuación: Se obtiene la puntuación individual y se suman a los demás del mismo dominio, multiplicando por el factor correspondiente. La escala total es obtenida sumando los scores obtenidos de los 6 dominios. Un score de 0 en un dominio indica no actividad sexual en el último mes.

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



ANEXO III. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS - ESCUELA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotros Silvana Álvarez Fárez y María José Domínguez, estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, como parte de un proyecto de investigación para la obtención del título de médico, estamos recolectando datos acerca de la **“PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES ASOCIADOS DURANTE LA TRANSICIÓN MENOPAÚSICA Y POSMENOPAUSIA. CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”**

La información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial y anónima, solamente será utilizada para fines del presente estudio. Su participación es voluntaria y gratuita. El tiempo de llenado del cuestionario es de aproximadamente 10 minutos, teniendo la opción de abandonar el estudio en cualquier momento. Los resultados finales de esta investigación serán socializados, sin embargo, se mantendrá en reserva la historia y nombres de las pacientes.

Yo.....portador de la cédula de identidad número....., declaro haber sido voluntaria y adecuadamente informada, y haber tenido la oportunidad y el derecho de hacer preguntas, por lo que en pleno uso de mis facultades mentales, voluntariamente consiento participar en esta investigación.

Firma.....

Fecha: Día..... Mes..... Año 2017

SILVANA MARIBEL ALVAREZ FAREZ
MARIA JOSÉ DOMÍNGUEZ ORDOÑEZ



ANEXO IV. AUTORIZACIÓN

Cuenca 10 de octubre de 2017

Dr.

Director del Hospital José Carrasco Arteaga

Presente.-

Nosotros, SILVANA MARIBEL ALVAREZ FAREZ, con número de cédula 0105531883 y MARIA JOSÉ DOMINGUEZ ORELLANA con número de cédula 0105542864, solicitamos de la manera más comedida nos autorice el permiso para realizar nuestro proyecto de investigación con el tema **“PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA Y FACTORES ASOCIADOS DURANTE LA TRANSICIÓN MENOPAÚSICA Y POSMENOPAUSIA. CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRACO ARTEAGA”**

Por la favorable acogida brindada a la presente, le anticipamos nuestros más sinceros agradecimientos

Atentamente:

SILVANA ALVAREZ

0105531883

MARÍA JOSÉ DOMÍNGUEZ

0105542864