

Función sexual en pacientes posmenopáusicas*

Dras. Carmen Gilmery Telles Chacón,¹ Marcela Yrinel del Carmen Flores Aparicio,¹
Mireya González Blanco.²

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los cambios en la función sexual durante la posmenopausia.

Métodos: Previo consentimiento informado, se aplicaron tres instrumentos a 274 mujeres posmenopáusicas y 272 premenopáusicas que acudieron al Servicio de Ginecología de la Maternidad Concepción Palacios entre enero y marzo de 2014: ficha de identificación, índice de función sexual femenina y escala de Graffar modificada.

Resultados: La frecuencia de disfunción sexual fue: posmenopáusicas 47,8 % y premenopáusicas 23,9 %. La probabilidad de tener disfunción sexual aumentó 2,92 veces en la posmenopausia (IC-95 %: 2,02-4,21). En pacientes con disfunción sexual, la puntuación más baja correspondió al área Deseo: $3,3 \pm 0,99$ puntos en posmenopáusicas y $3,5 \pm 0,81$ en premenopáusicas. La más alta correspondió al área Satisfacción: $3,7 \pm 0,96$ en posmenopausia y $4,1 \pm 0,98$ en premenopausia ($p=0,001$). Las puntuaciones más bajas entre las posmenopáusicas estuvieron asociadas al estado civil concubina ($26,0 \pm 6,3$) y a la clase IV de Graffar ($24,9 \pm 6,4$). En mujeres posmenopáusicas con disfunción sexual, 53,4 % eran casadas y 8,4 % solteras. En las premenopáusicas 30,8 % estaban solteras ($p=0,000$). Las posmenopáusicas con y sin disfunción se comportaron en forma similar en relación a los factores socioeconómicos. El promedio de edad en mujeres sin disfunción sexual fue 41 ± 12 años y con disfunción fue 46 ± 12 años ($p=0,001$). La puntuación del índice disminuyó a medida que aumentó la edad ($p=0,000$).

Conclusión: La frecuencia de disfunción sexual fue más alta en las posmenopáusicas, con bajo nivel socioeconómico y aumentó con la edad.

Palabras clave: Índice de Función Sexual Femenina, Disfunción Sexual, Función, Sexual, Premenopausia, Posmenopausia.

SUMMARY

Objective: To evaluate changes in sexual function during the menopause.

Methods: Prior informed consent, we applied three instruments 274 women postmenopausal and premenopausal 272 who attended the service of Gynecology of the maternity Concepción Palacios between January and March 2014: identification card, female Sexual function index and scale of modified Graffar.

Results: The frequency of sexual dysfunction was: postmenopausal 47.8% and 23.9% premenopausal. The likelihood of sexual dysfunction increased 2.92 times in the postmenopause (IC 95%: 2, 02-4, 21). In patients with sexual dysfunction, the lowest score corresponded to the 'Desire' area: 3.3 ± 0.99 points at 3.5 ± 0.81 in Premenopausal and postmenopausal. The highest corresponded to the "Satisfaction" area: 3.7 ± 0.96 4.1 ± 0.98 in premenopause and postmenopause ($p=0,001$). The lowest scores among the postmenopausal were associated to the civil status concubine (26.0 ± 6.3) and class IV Graffar (24.9 ± 6.4). In post-menopausal women with sexual dysfunction, 53.4% were married and unmarried 8.4%. In the premenopausal 30.8% were unmarried ($p=0,000$). The postmenopausal with and without dysfunction behaved similarly in relation to socioeconomic factors. The average age in women without sexual dysfunction was 41 ± 12 years and with dysfunction was 46 ± 12 years ($p=0,001$). The index score decreased as age increased ($p=0,000$).

Conclusion: The frequency of sexual dysfunction was higher in the postmenopausal with low socio-economic level and increased with age.

Key words: Index of female sexual function, Sexual Dysfunction, function, Sexual, premenopause and postmenopause.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una parte fundamental en la vida del ser humano, mediante ella, este ha podido reproducirse, conocer su anatomía y relacionarse con el sexo opuesto. La función sexual femenina es un importante indicador

¹Médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología, Universidad Central de Venezuela/Maternidad Concepción Palacios. ²Médico especialista en Obstetricia y Ginecología, exdirectora del Programa de Obstetricia y Ginecología, Universidad Central de Venezuela/Maternidad Concepción Palacios.

*Trabajo Especial de Grado presentado por Carmen Gilmery Telles Chacón y Marcela Yrinel del Carmen Flores Aparicio, para optar al título de Especialista en Obstetricia y Ginecología de la Universidad Central de Venezuela.

de la calidad de vida, y se ve influenciada por una variedad de factores físicos, psicológicos y sociales (1).

Abordar la sexualidad es hablar de un concepto que va mucho más allá de la respuesta sexual humana (2). Esta última se ha considerado como altamente variable y con diferentes facetas, y consiste en una compleja interacción de elementos fisiológicos, psicológicos e interpersonales (3). El bienestar sexual es uno de los factores primordiales en la sensación de placer de la mujer, porque logra unificar la satisfacción física, emocional, además de fortalecer su propia identidad y sentido de feminidad, elementos claves en la percepción de la calidad de vida de la mujer (1).

La disfunción sexual femenina es una condición compleja y pobremente comprendida que afecta a mujeres de todas las edades. Se ha identificado un número de causantes potenciales (hormonales, musculares, vasculares, neurogénicos y psicológicos) y factores contribuyentes a la disfunción sexual femenina. Estos factores se clasifican en biológicos o fisiológicos, psicológicos, interpersonales y socioculturales. Entre los factores biológicos se encuentra la menopausia (3). La sexualidad y la capacidad de respuesta de la mujer menopáusica se afecta por múltiples factores, entre los que se encuentran los problemas físicos relacionados con la edad y las dificultades provenientes de la duración y calidad de la relación de pareja, así como la presencia de disfunciones sexuales o de enfermedades físicas en el compañero y la ausencia de pareja. También influyen algunos factores de estrés y condiciones socioeconómicas. Por su parte, los cambios hormonales asociados con la menopausia juegan un rol trascendental en la sexualidad. Estos cambios hormonales, pueden tener un impacto negativo en diferentes áreas, tales como la imagen corporal, el aumento de peso, resequedad en la piel, baja autoestima, trastornos del sueño, angustia y depresión (4).

La importancia de la salud sexual para la calidad de vida de una mujer y para su salud general y bienestar es evidente. Sin embargo el tema es ignorado con demasiada frecuencia por los ginecólogos y médicos de asistencia primaria. En general, los profesionales a quienes acude la mujer, no exploran en detalle su sexualidad por múltiples razones. Por parte de la paciente: la vergüenza o incomodidad que siente ella para hablar de sexo; o porque espera ser abordada

por su propio médico; o porque cree que es personal y que puede solucionarlo sola o con su pareja; o simplemente porque la mujer acude al médico cuando tiene un problema físico muy específico. Por parte del médico: limitaciones de su tiempo; desconocimiento del tema; incomodidad para hablar de sexo o porque espera que la paciente aborde el tema. Por esta razón, a pesar de que la disfunción sexual es un problema habitual, raramente se llega al diagnóstico (3). Algunos estudios han demostrado que la disfunción sexual aumenta con la edad (1, 5), otros reportan que las posmenopáusicas, presentan menor deseo sexual, excitación, lubricación, satisfacción, mayor dificultad para alcanzar el orgasmo, y mayor dolor durante las relaciones sexuales (6).

La literatura médica sobre erotismo y sexualidad es muy amplia, y se ha visto incrementada notablemente en los últimos treinta años, especialmente por el auge en los estudios sobre mujer y género. Masters y col. (7) fueron pioneros en realizar estudios con una observación sistematizada y directa de la conducta sexual de las parejas. Así generaron el modelo de la respuesta sexual humana, que dividieron en cinco fases: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. La definición de estas fases, llevó a delimitar, describir y estudiar las disfunciones sexuales, de todo lo cual derivó su clasificación.

Se ha descrito una frecuencia de disfunción sexual en la mujer de 52 % (2) y en la posmenopausia varía según los autores entre 55 % y 85,9 % (6, 8 - 10). Las áreas más afectadas son el deseo sexual (32 %), excitación (21 %), dificultad para alcanzar el orgasmo (7 %), y mayor dolor durante las relaciones sexuales (40 %) (6, 10). También se describen fallas en la lubricación y en la satisfacción (6). En 2006, se realizó una revisión de la literatura de las bases de dato MEDLINE y LILACS, encontrando un total de 465 artículos sobre el tema. Se seleccionaron aquellos estudios que presentaban un mayor rigor científico y sin duda, se demostró que el climaterio repercute en forma variable en la respuesta sexual femenina, generando una afectación tanto en la esfera biológica como psicológica de la misma. El deseo sexual y el orgasmo se afectan en forma más variable, no dependiendo exclusivamente de parámetros biológicos. Además, se determinó que el uso de terapia de reemplazo hormonal disminuye el deterioro de la respuesta sexual en el climaterio (11).

En Venezuela, Baabel y col. (1) demostraron diferencias en la función sexual entre las menopáusicas naturales o quirúrgicas, en el deseo, el orgasmo y el dolor. Faría y col. (12), en la Maternidad Concepción Palacios, encontraron que la histerectomía no genera cambios en la función sexual, y cuando existen son generalmente positivos, e independientes de la técnica quirúrgica y de las complicaciones. En 2008, Stanbury y col. (4) incluyeron en el Consenso Venezolano de Menopausia, un apartado sobre sexualidad y menopausia, explican que los cambios hormonales asociados con la menopausia juegan un rol trascendental en la sexualidad. Las disfunciones sexuales, que se presentan durante la transición de la menopausia están asociadas al hipoestrogenismo, lo que produce coitos dolorosos que resultan de la atrofia y resequedad urogenital. En cuanto al efecto de la disminución de los andrógenos, se puede producir disminución en el deseo sexual, baja motivación, menor frecuencia sexual, ausencia de fantasías y pensamientos sexuales y desórdenes del orgasmo. Además, se ha establecido que las pacientes posmenopáusicas con disfunción sexual tienen mayor riesgo de deprimirse (13) y que los síntomas climatéricos, bien sean sofocos, irritabilidad, artralgia o mialgia y fatiga, se asocian con la disminución de la actividad sexual (14).

El presente estudio se diseñó con el objetivo de evaluar los cambios en la función sexual durante la posmenopausia en pacientes que acuden al Servicio de Ginecología de la Maternidad Concepción Palacios.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, comparativo, de corte transversal. Se incluyó una muestra probabilística de 274 pacientes posmenopáusicas, adicionalmente se incluyó un grupo de 272 pacientes premenopáusicas, como control. Ambos grupos debían tener actividad sexual en los últimos tres meses. Se excluyeron aquellas con cirugía ginecológica previa en el último año.

Previo consentimiento informado, de manera individual y confidencial, se les realizó una entrevista, en la cual se utilizaron 3 instrumentos. El primero de ellos fue la ficha de identificación y factores socioeconómicos

y biológicos, el segundo fue la escala de Graffar modificada (15) y el tercero, el índice de función sexual femenina (IFSF) el cual consta de 19 preguntas de selección múltiple y se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje mejor sexualidad. El punto de corte para definir la disfunción sexual es un puntaje menor de 26,55 (16).

Una vez completados los cuestionarios fueron revisados en conjunto con el asesor de estadísticas para su evaluación, interpretación y análisis. Las comparaciones de las variables continuas según las variables nominales se realizaron mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney; en el caso de las variables nominales según variables nominales, se aplicó la prueba chi-cuadrado de Pearson, en el caso de las tablas 2 x 2, se aplicó la prueba exacta de Fisher. Se consideró un valor significativo de contraste si $p < 0,05$. Los datos fueron analizados con JMP-SAS 11.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 546 mujeres, 274 (50,2 %) posmenopáusicas (grupo de estudio) y 272 (49,8 %) premenopáusicas. El promedio de edad del grupo total fue de 43 ± 12 años. En relación al estado civil, 115 (21,1 %) eran solteras, 192 (35,2 %) vivían en concubinato, 211 (38,6 %) eran casadas y 28 (5,1 %) divorciadas. Seis pacientes (1,1 %) pertenecían al grupo de Graffar I, 124 (22,7 %) Graffar II, 261 (47,8 %) Graffar III y 155 (28,4 %) Graffar IV. Refirieron antecedentes de enfermedades crónicas, 103 (18,9 %) y hábito tabáquico 74 (13,6 %).

En la tabla 1 se presentan los resultados del IFSF. Se observa que en el grupo de posmenopáusicas, 143 mujeres (52,2 %) tenían una función sexual normal, es decir, una puntuación de 26,55 o más. El resto, 131, mostraron puntuaciones compatibles con disfunción sexual, por lo tanto, se obtuvo una frecuencia de disfunción sexual de 47,8 %. En el grupo de premenopáusicas, hubo 207 pacientes con función sexual normal (76,1 %) y 65 con disfunción sexual (23,9 %). ($\chi^2 = 39,920$ $p=0,000$).

FUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES POSMENOPÁUSICAS

Tabla 1
Distribución comparativa de la función sexual

Función sexual	Posmenopáusicas		Premenopáusicas	
	n	%	n	%
Normal	143	52,2	207	76,1
Disfunción sexual	131	47,8	65	23,9

$\chi^2 = 39,920$ (p=0,000)

OR = 2,92 (IC-95 %: 2,02 - 4,21)

La probabilidad de tener disfunción sexual aumentó 2,92 veces en la posmenopausia (OR = 2,92 IC-95 %: 2,02 - 4,21).

En relación a las áreas más afectadas en pacientes con disfunción sexual, se observa que en posmenopáusicas, la más baja puntuación promedio fue de $3,3 \pm 0,99$ puntos, con un rango entre 1,2 y 6 puntos, y correspondió al área deseo. Las puntuaciones en las otras áreas se presentan en la tabla 2. En premenopáusicas, la puntuación más baja fue $3,5 \pm 0,81$ con extremos de 1,2 y 6 puntos y correspondió al área deseo, muy similar a la puntuación obtenida en orgasmo, que fue de $3,5 \pm 1,11$. La puntuación más alta fue en el área de satisfacción ($4,1 \pm 0,98$) Las diferencias entre pre- y posmenopáusicas fueron significativas solo en el área satisfacción (p=0,001).

Al evaluar los factores socioeconómicos y biológicos en el total de pacientes, se obtuvo que las puntuaciones más bajas en la posmenopausia se

asociaron al estado civil concubina ($26,0 \pm 6,3$) y casada ($26,2 \pm 6,0$) y a la clase IV de Graffar ($24,9 \pm 6,4$). Las diferencias con las premenopáusicas fueron significativas en todos los aspectos estudiados menos en el estado civil divorciada. En relación a las enfermedades crónicas, solo estuvieron presentes en las posmenopáusicas, en ellas, la puntuación del IFSF fue de $24,8 \pm 6,3$ (tabla 3).

Al considerar la relación entre las pacientes con disfunción sexual y los factores socioeconómicos se observó que 53,4 % de las posmenopáusicas eran casadas y 8,4 % estaban solteras. Entre las premenopáusicas, predominaron las concubinas (47,7 %) y las solteras (30,8 %); solo 18,5 % eran casadas (p=0,000). La distribución según el nivel socioeconómico, medido por la escala de Graffar, fue uniforme (p=0,679). Solo se encontraron pacientes con disfunción sexual y enfermedades crónicas en el grupo de posmenopáusicas. El hábito tabáquico estuvo presente en 14,5 % de las posmenopáusicas y 7,7 % de las premenopáusicas (p=0,171) (tabla 4). Dentro del grupo de posmenopáusicas, no hubo relación entre la función sexual y los factores socioeconómicos (p<0,05) (tabla 5).

En relación al IFSF según la edad, en la tabla 6 se observa que la menor puntuación se obtuvo en las mujeres menores a 45 años (20,9 puntos). Se aplicó la prueba ANOVA no paramétrica H de Kruskal-Wallis (p=0,000). Considerando el grupo total, el promedio de edad de las pacientes sin disfunción sexual fue de 41 ± 12 años y para pacientes con disfunción fue de 46 ± 12 años (p=0,001). Según el coeficiente de

Tabla 2
Distribución comparativa según el área de la función sexual afectada en pacientes con disfunción sexual

Área afectada	Posmenopáusicas		Premenopáusicas		p
	X ± DE	Rango	X ± DE	Rango	
Deseo	$3,3 \pm 0,99$	1,2 – 6,0	$3,5 \pm 0,81$	1,2 – 6,0	0,296
Excitación	$3,4 \pm 1,05$	1,2 – 6,0	$3,7 \pm 1,01$	0,0 – 6,2	0,134
Lubricación	$3,5 \pm 0,92$	1,2 – 6,0	$3,7 \pm 1,00$	0,0 – 6,0	0,167
Orgasmo	$3,5 \pm 1,12$	1,2 – 6,0	$3,5 \pm 1,11$	0,0 - 6,0	0,981
Satisfacción	$3,7 \pm 0,96$	1,2 – 6,0	$4,1 \pm 0,98$	0,4 – 6,0	0,001
Dolor	$3,5 \pm 1,03$	1,2 – 6,0	$3,7 \pm 1,06$	0,0 – 6,0	0,175

Tabla 3
Distribución comparativa de la función sexual según los factores biológicos y socioeconómicos

Factores	Posmenopáusicas		Premenopáusicas		P
	X ± DE	Rango	X ± DE	Rango	
Socioeconómicos					
Estado marital					
Soltera	27,1 ± 5,1	18,9 – 36,0	28,9 ± 6,7	0,0 – 36,0	0,043
Concubina	26,0 ± 6,3	8,0 – 36,0	28,6 ± 4,6	15,4 – 36,0	0,004
Casada	26,2 ± 6,0	7,2 – 36,0	30,3 ± 4,5	18,8 – 36,0	0,000
Divorciada	26,6 ± 4,7	19,9 – 36,0	30,0 ± 4,9	21,5 – 36,0	0,080
Graffar					
I	31,8	-	28,5 ± 1,9	27,4 – 31,8	n/a
II	28,2 ± 5,4	9,3 – 36,0	30,9 ± 4,2	15,8 – 36,0	0,010
III	26,5 ± 5,4	7,2 – 36,0	28,5 ± 6,2	0,0 – 36,0	0,000
IV	24,9 ± 6,4	7,2 – 36,0	28,4 ± 4,5	18,8 – 36,0	0,001
Biológicos					
Enfermedades crónicas					
Si	24,8 ± 6,3	7,2 – 35,1	-	-	n/a
No	27,1 ± 5,6	7,2 – 36,0	29,2 ± 5,4	0,0 – 36,0	0,000
Hábito tabáquico					
Si	26,3 ± 5,9	9,3 – 36,0	29,8 ± 4,6	18,8 – 36,0	0,011
No	26,2 ± 5,9	7,2 – 36,0	29,1 ± 5,5	0,0 – 36,0	0,000

Tabla 4
Distribución comparativa de pacientes con disfunción sexual según factores socioeconómicos y biológicos

Factores	Posmenopáusicas		Premenopáusicas		p
	n	%	n	%	
Socioeconómicos					
Estado marital					
Soltera	11	8,4	20	30,8	0,000
Concubina	40	30,5	21	47,7	
Casada	70	53,4	12	18,5	
Divorciada	10	7,6	2	3,1	
Graffar					
I	0	0,0	0	0,0	0,679
II	15	11,5	6	9,2	
III	62	47,3	35	53,8	
IV	54	41,2	24	36,9	
Biológicos					
Enfermedades crónicas					
Si	56	42,7	0	0,0	0,000
No	75	57,3	65	100,0	
Hábito tabáquico					
Si	19	14,5	5	7,7	0,171
No	112	85,5	60	92,3	

FUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES POSMENOPÁUSICAS

Tabla 5
Distribución comparativa de pacientes posmenopáusicas según la función sexual y los factores socioeconómicos

Factores	Función sexual normal		Disfunción sexual		p
	n	%	n	%	
Socioeconómicos					
Estado marital					0,908
Soltera	12	8,4	11	8,4	
Concubina	47	32,9	40	30,5	
Casada	76	53,1	70	53,4	
Divorciada	8	5,6	10	7,6	
Graffar					0,083
I	1	0,7	0	0,0	
II	29	20,3	15	11,5	
III	70	49,0	62	47,3	
IV	43	30,1	54	41,2	
Biológicos					
Enfermedades crónicas	47	32,9	56	42,7	0,118
Hábito tabáquico	24	16,8	19	14,5	0,725

Tabla 6
Función sexual según la edad en posmenopáusicas

Factores Biológicos	Función sexual		p
	X ± DE	Rango	
Edad (años)			0,000
Menos de 45	20,9	20,9 – 36,0	
45 – 49	26,3 ± 6,9	7,2 – 36,0	
50 – 54	25,5 ± 7,0	7,2 – 36,0	
55 – 59	27,1 ± 4,2	19,9 – 36,0	
60 y más	25,9 ± 4,6	15,2 – 36,0	

correlación no paramétrico rho de Spearman, se aprecia una disminución de la puntuación del IFSF a medida que aumenta la edad (Gráfico 1, $r = -0,246$ $p = 0,000$).

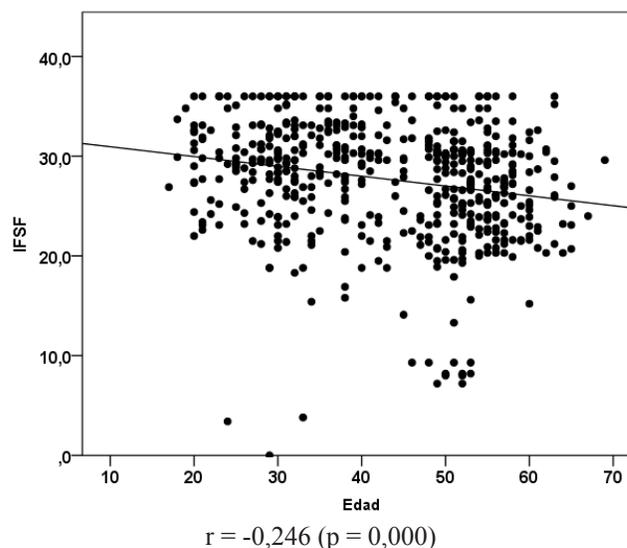


Gráfico 1
Distribución de los resultados del Índice de Función Sexual según la edad en pacientes

DISCUSIÓN

La sexualidad humana es un fenómeno complejo comprende procesos tanto biológicos como psicológicos y su comportamiento ha variado en el tiempo, por tal motivo su estudio resulta complicado (5).

Durante la menopausia la disminución de hormonas como estrógenos y testosterona producen una serie de cambios físicos y psicológicos que impactan de manera negativa en la función sexual. Sin embargo, la función sexual no solo depende de los niveles estrogénicos, sino también de la interacción de factores biológicos con aspectos psicológicos, sociales y culturales, factores propios de cada mujer y que le dan la característica de ser una cualidad individual (5).

En el presente estudio se observó que el 47,8 % de las pacientes posmenopáusicas obtuvieron puntuaciones compatibles con disfunción sexual, esta frecuencia es menor a lo encontrado en Ecuador por Llana y col. (8), quienes evidenciaron un porcentaje de 64,1 % pero cercana a la frecuencia establecida en Chile por Figueroa y col. (5) quienes señalan que la mitad de su población posmenopáusica presentó disfunción sexual. En las pacientes premenopáusicas se observó un

porcentaje de disfunción de 23,9 %, significativamente menor, lo cual corresponde con lo descrito en la literatura. Las disfunciones sexuales, que se presentan durante la menopausia asociados al hipoestrogenismo, son consecuencia de la atrofia y resequedad urogenital, la dispareunia y/o el vaginismo que producen coitos dolorosos (4).

Entre las mujeres con disfunción sexual, en relación con los diferentes dominios de la misma, se observó que, al considerar los valores promedio, en las pacientes menopáusicas con disfunción sexual todas las áreas se encontraban afectadas de manera similar, aunque en el área satisfacción, se obtuvo una puntuación mayor. Estos datos concuerdan con lo encontrado en Turquía en 2008, por Verit y col. (6), quienes señalan que el 85,9 % de las posmenopáusicas, presentaron menor deseo sexual, excitación, lubricación, satisfacción, dificultad para alcanzar el orgasmo, y mayor dolor durante las relaciones sexuales. Evaluado aisladamente, esto podría explicarse por el efecto de la disminución de los andrógenos, que puede producir disminución en el deseo sexual, baja motivación, menor frecuencia sexual, ausencia de fantasías y pensamientos sexuales y desórdenes del orgasmo. Esta problemática compleja, puede conducir a evitar el contacto sexual y cuando se acepta la actividad por compromiso con la pareja, generalmente hay dolor y/o poca satisfacción sexual (4). Sin embargo, llama la atención que, entre las premenopáusicas con disfunción sexual, hubo un comportamiento similar en todas las áreas excepto en el área satisfacción, donde se obtuvieron puntuaciones mayores ($4,1 \pm 0,98$) a los otros dominios, y significativamente más elevadas a las encontradas en la posmenopausia, indicando que, independientemente de haber disfunción sexual, las mujeres de este grupo perciben sus relaciones como satisfactorias con mayor frecuencia que las posmenopáusicas. Tal parece que los cambios biológicos, secundarios al cese de la función ovárica pueden explicar el aumento de la frecuencia de disfunción sexual, más no, el área que se afecta en forma particular.

Las puntuaciones del IFSF fueron más bajas en pacientes con enfermedades crónicas ($24,8 \pm 6,3$) con respecto a las sanas ($27,1 \pm 5,6$). Sin embargo, no fue posible compararlas con premenopáusicas

puesto que en este grupo no se diagnosticó ninguna enfermedad crónica. En el año 2002, Heiman (17), demostró que hay factores psicológicos, como la depresión y la ira, que actúan como indicadores de la etiología de las disfunciones sexuales además de factores orgánicos como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los efectos secundarios de algunos medicamentos y el cigarrillo, así como la edad y el nivel educativo. Esto se podría explicar por el carácter multifactorial de la función sexual, que no solo depende de la integridad del aparato reproductor sino de factores externos que podrían de una manera u otra afectarla de forma negativa. En la presente serie, el hábito tabáquico no parece afectar la función sexual. Aunque se obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en premenopáusicas que en posmenopáusicas, dentro de cada grupo, las diferencias de la función sexual según el hábito tabáquico no fueron importantes.

En cuanto a los factores socioeconómicos, las puntuaciones del IFSF fueron siempre más bajas en la posmenopausia que en la premenopausia, independientemente del factor socioeconómico considerado. Esto se relaciona con los mecanismos explicados previamente. El interés por la sexualidad y la capacidad de respuesta de la mujer menopáusica se afecta por múltiples factores, y entre ellos están los problemas físicos relacionados con la edad y las dificultades provenientes de la duración y calidad de la relación de pareja, así como algunos factores de estrés y condiciones socioeconómicas. Por su parte, los cambios hormonales asociados con la menopausia juegan un rol trascendental en la sexualidad. Estos cambios hormonales, pueden tener un impacto negativo en diferentes áreas, tales como la imagen corporal, el aumento de peso, resequedad en la piel, baja autoestima, trastornos del sueño, angustia y depresión (4).

En ambos grupos, la menor puntuación se obtuvo en pacientes del estrato socioeconómico III y IV, aunque fueron significativamente más bajas en las mujeres posmenopáusicas. En México, Vega y col. (18) también evidenciaron disminución de la función sexual en mujeres con estrato socioeconómico bajo, esto pudiera explicarse debido a que la mujer con

bajo estrato socioeconómico se ve en la obligación de salir a trabajar, por lo tanto juega un doble rol en la dinámica familiar, ama de casa y trabajadora, provocando cansancio físico y emocional que redundan en la calidad de la relación conyugal, particularmente por el hecho de que las mujeres de estratos sociales más bajos suelen cumplir actividades que demandan mucho esfuerzo físico. Este predominio de mujeres de los estratos más bajos, también se vio al evaluar solo las que tenían disfunción sexual, independientemente de la condición hormonal, pero no fue posible establecerlo como factor de riesgo puesto que en la posmenopausia, la distribución de ambos grupos, con disfunción y sin ella, por estratos socioeconómicos fue similar.

Cuando se evaluaron solo las pacientes con disfunción sexual, se observaron diferencias en el estado civil de pre- y posmenopáusicas. Entre las premenopáusicas se encontró un mayor porcentaje de pacientes solteras, esto es probablemente una consecuencia de la misma disfunción sexual que al estar presente en mujeres más jóvenes se puede convertir en un factor limitante para tener una pareja estable. En la posmenopáusica, por el contrario, predominaron las mujeres casadas. En una sociedad típicamente machista, es común encontrar parejas que se mantienen unidas independientemente del grado de satisfacción sexual que pueda obtener la mujer. Además, en esta edad, privan otros elementos a la hora de mantener una relación de pareja: la costumbre, la familiaridad, el miedo a estar solos, son aspectos que pueden justificar estos hallazgos.

Al evaluar la influencia de estos factores socioeconómicos en el diagnóstico de disfunción sexual se observó que las mujeres posmenopáusicas con disfunción sexual se comportaron de manera similar a aquellas con función sexual normal por lo cual no se pudo establecer ningún factor de riesgo que permitiera predecir el desarrollo de la disfunción.

En cuanto a la edad se observó la menor puntuación en el grupo de posmenopáusicas menores de 45 años y una distribución de la puntuación más o menos uniforme entre los otros grupos de edad. Es probable

que las pocas mujeres de este grupo de edad, al ser más jóvenes tengan más dificultades para manejar los cambios propios de la menopausia de los que se habló previamente. Ahora bien, al considerar todas las encuestadas, se aprecia una disminución de la puntuación del IFSF a medida que aumenta la edad y esta correlación es estadísticamente significativa. Considerando el grupo total, el promedio de edad de las pacientes sin disfunción sexual fue de 41 ± 12 años y para pacientes con disfunción fue de 46 ± 12 años ($p=0,001$), resultados similares a los encontrados por Figueroa y col. (5), quienes en una muestra de 382 mujeres entre 40 y 64 años, encontraron que la mitad de las mujeres sexualmente activas tienen disfunción sexual y que esta aumenta con la edad, probablemente debido a la disminución hormonal secundaria al envejecimiento.

De acuerdo a todo lo anteriormente descrito se concluye que:

1. La frecuencia de disfunción sexual en la posmenopausia fue de 47,8 % y en la premenopausia de 23,9 %, para ambos grupos, todas las áreas estudiadas se afectan por igual, excepto el dominio satisfacción que se afectó más en las posmenopáusicas.
2. El grado de afectación en el IFSF en relación a los factores socioeconómicos fue mayor en las posmenopáusicas. Entre las pacientes con disfunción sexual predominan los estratos socioeconómicos bajos independientemente de la condición hormonal.
3. En general, la edad es un factor de riesgo para el desarrollo de la disfunción sexual, independientemente de la condición hormonal.
4. Entre las posmenopáusicas, no se pudo establecer un factor de riesgo para predecir el desarrollo de la disfunción sexual.

Las autoras expresan su agradecimiento al licenciado Douglas Angulo, por el análisis estadístico de los resultados.

REFERENCIAS

1. Baabel N, Urdaneta J, Contreras A. Función sexual autoinformada en mujeres venezolanas con menopausia natural y quirúrgica. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2011; 76 (4): 220–229.
2. Martínez S, Sánchez C, Carreño J, Gómez M. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la ciudad de México. *Salud Mental*. 2005; 28 (4): 74-80
3. Rayburn W, Carey JC, editores. *Clinicas de Obstetricia y Ginecología de Norteamérica. Disfunción sexual*. Madrid: Mc Graw Hill; 2006.
4. Stanbury G, Segnini I, Pérez L. Sistema Nervioso Central, Sexualidad, y Calidad de Vida, en Angelino de Blanco MC, Bajares de Lilue M, Pizzi R, editoras. *Consenso Venezolano de Menopausia. Actualización 2008*. Caracas: Editorial Ateproca; 2008. p.53-60.
5. Figueroa R, Jara D, Fuenzalida A, Del Prado M, Flores D, Blumel J. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres climatéricas. *Rev Méd Chile*. 2009; 137 (3): 345-350.
6. Verit FF, Verit A, Billurcu N. Low sexual function and its associated risk factors in pre- and postmenopausal women without clinically significant depression. *Maturitas*. 2009 64 (1): 38–42
7. Masters W, Johnson V, Kolondy R. *La Sexualidad Humana*. 13a edición. Barcelona: Grijalbo; 1995.
8. Llana P, Fernández J, Arnott B, García M, Chedraui P, Pérez F. Sexual function assessment in postmenopausal women with the 14-item changes in sexual functioning questionnaire. *J Sex Med*. 2011; 8 (8): 2144–2151
9. Levine K, Williams R, Hartmann K. Vulvovaginal atrophy is strongly associated with female sexual dysfunction among sexually active postmenopausal women. *Menopause [Internet]*. 2008 [consultado 3 de julio de 2013]. 15 (4Pt 1): 661-666. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18698279>
10. Pace G, Silvestri V, Guala L, Vicentini C. Body mass index, urinary incontinence, and female sexual dysfunction: how they affect female postmenopausal health. *Menopause [Internet]*. 2009 [consultado 3 de julio 2013]. 16 (6): 1188-1192. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19458558>
11. Arena J. Influencia del climaterio y la terapia hormonal de reemplazo sobre la sexualidad femenina. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71 (2): 141-152.
12. Faría F, Ferraroto M, González Blanco M. Función sexual en pacientes histerectomizadas. *Rev. Obstet Ginecol. Venez*. 2015; 75 (1): 30 – 40.
13. Akdeniz F, Gônül A. The relationship between reproductive processes in women and depression. *Klinik Psikiyatri*. 2004; 2: 70-74
14. De Lorenzi DR, Saciloto B. Freqüência da atividade sexual em mulheres menopausadas. *Rev Assoc Med Bras*. 2006; 52(4): 256-60
15. Méndez H, Méndez M. *Sociedad y Estratificación: Método Graffar-Méndez Castellano*. Caracas: Fundacredesa; 1994.
16. Wiegel M, Menston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): Cross-validation and development of clinical. *J Sex Marital Ther*. 2005; 31 (1): 1–20.
17. Heiman JR. Dysfunction: overview of prevalence, etiological factors and treatments. *J Sex Res*. 2002; 39 (1): 73-78.
18. Vega G, Flores P, Avila J, Becerril A, Vega A, Camacho N, *et al*. Factores biopsicosociales asociados a la disfunción sexual femenina en una población mexicana. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2014; 79 (2): 81-85.

Recibido: 31 de julio de 2019
Aprobado: 17 de octubre de 2019