



Revista Colombiana de Ciencias Sociales

ISSN: 2216-1201

Universidad Católica Luis Amigó

Aldana Calva, Evangelina; Cervantes Alvarez, Gabriela
DISFUNCIONES Y TRASTORNOS SEXUALES EN MUJERES EN
CLIMATERIO: PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
Revista Colombiana de Ciencias Sociales, vol. 12, núm. 2, 2021, Julio-Diciembre, pp. 563-587
Universidad Católica Luis Amigó

DOI: <https://doi.org/10.21501/22161201.3534>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497870463007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

DISFUNCIONES Y TRASTORNOS SEXUALES EN MUJERES EN CLIMATERIO: PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

SEXUAL DYSFUNCTIONS AND DISORDERS IN CLIMACTERIC WOMEN: PATIENTS FROM THE NATIONAL INSTITUTE OF PERINATOLOGY

Evangelina Aldana Calva*, Gabriela Cervantes Álvarez**

Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”

Recibido: 13 de febrero de 2020-Aceptado: 19 de marzo de 2020-Publicado: 16 de julio de 2021

Forma de citar este artículo en APA:

Aldana-Calva, E., & Cervantes-Álvarez, G. (2021). Disfunciones y trastornos sexuales en mujeres en climaterio: pacientes del Instituto Nacional de Perinatología. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 563-587. <https://doi.org/10.21501/22161201.3534>

Resumen

La sexualidad es una de las áreas que sufre cambios importantes cuando la mujer se instala en el climaterio, estos cambios se conocen como trastornos y/o disfunciones sexuales. **Material y método:** en el Instituto Nacional de Perinatología se llevó a cabo un estudio con 139 mujeres en climaterio; se utilizó la encuesta de síntomas y la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (HCCSF) para conocer la presencia de las disfunciones y/o trastornos sexuales y los factores asociados a estos. **Resultados:** no se encontró relación alguna entre las variables sociodemográficas y la presencia de disfunciones sexuales; de la muestra, 124 mujeres presentaron al menos una disfunción sexual. **Conclusión:** aquellas mujeres que cuentan con información sexual a edades tempranas, que tienen deseo y cooperan durante la relación sexual y que además han explorado su sexualidad con más de una pareja, tienen un efecto protector para no presentar disfunciones sexuales. Por otra parte, la presencia de trastornos sexuales se asocia exclusivamente con padecimientos médicos y de salud en la mujer como en la pareja.

* Doctora en Psicología, Universidad de Baja California, México. Responsable del programa de atención psicológica para mujeres en etapa de climaterio. Psicóloga clínica adscrita al Departamento de Neurociencias del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, CDMX, México. Contacto: alceva1964@yahoo.com.mx. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4356-0545>

** Licenciada en Psicología, Universidad de las Américas. México. Pasante de Psicología en el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, CDMX, México. Contacto: gca0726@gmail.com

Palabras clave

Climaterio; Pareja; Disfunción sexual; Trastorno sexual; Información.

Abstract

Sexuality is one of the areas that undergoes important changes when women settle in climacteric, these changes are known as sexual disorders and/or dysfunctions. Methods: A study was carried out at the National Institute of Perinatology with 139 women in climacteric. The survey of symptoms and the Codified Clinical History of Female Sexuality (HCCSF) were used to determine the presence of sexual dysfunctions and/or disorders and the factors associated with them. Results: No relationship was found between sociodemographic variables and the presence of sexual dysfunctions. Of the sample, 124 women presented at least one sexual dysfunction. Conclusion: Those women who have sexual information at an early age, who have desire and cooperate during sexual intercourse and who have explored their sexuality with more than one partner, have a protective effect for not presenting sexual dysfunctions. On the other hand, the presence of sexual disorders is associated exclusively with medical and health conditions in both the woman and the couple.

Keywords

Climacteric; Partner; Sexual dysfunction; Sexual disorder; Information.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es parte del ser humano y está determinada por factores biológicos, hormonales y psicológicos que se matizan por la cultura, la religión, la etnia, entre otros. Hace algunas décadas las mujeres que llegaban al climaterio no se cuestionaban los cambios en la sexualidad, ya que los hacían propios de su etapa de vida; los cambios sociales y el avance científico-tecnológico de las últimas décadas han provocado que la mujer tenga un cambio importante en la manera de pensar, vivir y percibir su sexualidad. Actualmente, los problemas sexuales que se presentan en el climaterio se clasifican en trastornos y/o disfunciones sexuales. Los trastornos están ligados a algún padecimiento o ingesta de medicamentos, y pueden estar presentes en cualquier fase de la respuesta sexual. Cabe mencionar que las disfunciones sexuales también se pueden presentar en cualquier fase de la respuesta sexual humana y se deben a múltiples razones, nunca tienen una sola causa (American Psychiatric Association, 1995), y se conceptualizan como “trastornos psicosomáticos que impiden al individuo realizar el coito o gozar de él” (Kaplan, 2014, p. 354).

Al respecto, existen investigaciones como las de Martínez et al. (2002), quienes observaron que de 253 mujeres, el 89.3 % no tenía deseo sexual, el 87.7 % no tenía orgasmos, 93% no se sentían entendidas por sus parejas, y el 91.5 % del total de mujeres no les interesaba resolver estos problemas. Blümel et al. (2002), en una muestra de 534 mujeres entre los 40-64 años, encontraron que el 79.2 % eran sexualmente activas, y un poco más del 50 % presentaron disfunciones sexuales como: excitación (33.6 %), orgasmo (26 %), dispareunia (34.8 %) y deseo sexual (37.8 %), señalando que a partir de los 40 años la sexualidad activa bajó casi al 50 %, puntualizando que la menopausia triplica el riesgo de trastorno sexual y que tanto los estrógenos como el uso de medicamentos influyen significativamente en la actividad sexual. En 2005, Martínez-Camilo y Paz-Aranda, en una investigación con 280 mujeres, observaron que el 88.9 % presentaba disminución del deseo sexual, de las relaciones y del placer sexual, indicando que estos problemas se encontraban ligados al envejecimiento, pero también al vínculo afectivo, a la incomprendición, al mal humor y a las peleas constantes con la pareja.

Una década después, Sánchez-Izquierdo y Hernández-García (2015) señalan que posterior a la menopausia los problemas sexuales más frecuentes son disminución del deseo sexual, déficit en la lubricación vaginal y disminución de la satisfacción sexual; en una muestra de 102 mujeres hallaron que el 65.6 % presentó cambios en su función sexual, lo cual estaba asociado a los cambios corporales. Parish y Hahn (2016) reportan que el 8.9 % de las mujeres de 18 a 44 años, el 12.3 % de 45 a 64 años y el 7.4 % de más de 65 años presentaron deseo sexual hipoactivo, concluyendo que la baja de libido aumenta con la edad, y está asociada a menor calidad de vida, insatisfacción de pareja y poca felicidad; asimismo, puntualizan que las disfunciones están “sub detectadas” y “sub tratadas”, y que menos de la mitad de personas busca atención, por vergüenza, esperando que el médico sea quien hable del problema. Pugo-Plaza y Quintuña-Bravo (2016) en

una muestra de 370 mujeres hallaron que el 40.5 % reportó baja de libido y el 84.3 % expresó desconocimiento sobre esta etapa de vida. Estos autores destacan que los cambios hormonales hacen que la actividad sexual disminuya considerablemente.

Jimbo-Yepez et al. (2017) encontraron en una muestra de 250 mujeres que el 78.1 % presentaron disminución en el deseo sexual, de lo que concluyen que se debe tomar en cuenta lo social y lo cultural, ya que pueden tener un impacto negativo para el ejercicio de la sexualidad. Un resultado similar obtuvo Espitia De La Hoz (2017), observó que de su muestra de 132 mujeres médicas de entre 42 a 63 años, el 75 % presentó baja de deseo sexual, el 21.1 % problemas en excitación y el 59.9 % problemas en orgasmo. Indicando que el dolor y la insatisfacción estuvieron presentes de manera significativa en aquellas mujeres que no deseaban tener actividad sexual coital, en comparación con las que sí la deseaban.

Chauca-Maza (2018) en su estudio obtuvo los siguientes reportes: 43.8 % de su muestra reportó dispareunia, 58.9 % menor interés sexual, 60.3 % menor placer y 50.7 % menor excitación sexual. Frente a estos resultados, afirma que no existe relación entre los factores sociodemográficos y psicológicos con los cambios sexuales, pero sí entre la sequedad vaginal y los cambios sexuales. Mientras tanto, Diouf, et al. (2019) en su investigación con 320 mujeres, detectaron que el 62.1 % mantuvieron relaciones sexuales una vez que estuvieron casadas, de estas el 83.5 % reportó falta de deseo sexual, el 92 % tuvo problemas de excitación y el 62 % señaló que la disminución de la actividad sexual está relacionada con problemas de disfunción eréctil en la pareja. Concluyen los autores que las mujeres de esta muestra presentaron una actitud de resignación ante los problemas sexuales.

Ahora bien, el modelo biomédico señala que el deseo sexual hipoactivo, el cual es un problema reportado de manera frecuente por las mujeres que transitan por el climaterio, se debe a que con los años se modifican los niveles hormonales, y es en esta etapa de vida donde se evidencia el declive hormonal, esto es porque el aparato reproductor femenino cuenta con órganos estrógeno dependientes como la vagina, por lo que al disminuir los niveles de estrógenos se puede presentar la vaginitis atrófica –en esta las paredes vaginales se adelgazan, son menos elásticas y es posible que se irriten fácilmente, estos cambios originan que el contacto sexual se vuelva doloroso, además de aumentar el riesgo de infecciones por candidosis vaginal (cistitis atrófica), con posibilidades de que se presente dispareunia–; siendo solo un ejemplo de cómo la deficiencia estrogénica impacta de manera importante en la función sexual, y en ocasiones conlleva o bien colabora en la pérdida o inhibición del deseo sexual (Aldana-Calva, 2021).

Los estrógenos contribuyen a la vasodilatación, a la circulación clitoriana, uretral y vaginal, lubricación vaginal, entre otras, retroalimentando así una respuesta sexual positiva; sin embargo, cuando esto no ocurre se da la presencia de síntomas y signos que interactúan y repercuten en la esfera psicoafectiva (Alvarado-García et al., 2015; Couto-Núñez & Nápoles-Méndez, 2012;

Lugones-Botell, 2013). Ante esto, la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, por ejemplo, señala el uso de hormonales para el tratamiento de sintomatología asociada a la menopausia: “síntomas vasomotores moderados o severos, con o sin síntomas de atrofia urogenital, siempre y cuando no existan contraindicaciones para la administración de estrógenos y/o progestágenos y la paciente así lo desea” (Gobierno Federal, 2013, obj. 9.3.1).

Sin embargo, es necesario entender que la sexualidad se encuentra multideterminada por factores biológicos, culturales, sociales, económicos, nutricionales, psicoemocionales y de género (Lugones-Botell, 2013; Rivera-Moya y Bayona-Abello, 2014); a esto, Caruso et al. (2016) agregaron otros factores como los psicológicos, los efectos de enfermedades, la ingesta de medicamentos y los estresores psicosociales. Su propuesta es educar a las mujeres sobre las causas de la disfunción sexual, así como sobre los tratamientos disponibles.

Hoy por hoy, existe un gran porcentaje de personas a nivel mundial que tienen conocimiento mínimo acerca de su cuerpo y de su sexualidad, lo que colabora en la formación de mitos, tabúes, secretos, así como de conceptos e ideas erróneas que entorpecen el ejercicio sano y pleno de la sexualidad, esto se complica aún más cuando existe un estilo de educación restrictiva (Leiva-Díaz et al., 2013). Algunas de las razones por las cuales no se ejerce la sexualidad, o bien disminuye el interés sexual, son: a) magnificación de cambios fisiológicos derivados del declive hormonal (Freixas-Farré, 2004); b) las mujeres, la sociedad, e incluso algunos profesionales de la salud tienen la creencia de que el ejercicio de la sexualidad es propia de los jóvenes (González-Labrador & Miyar-Pieiga, 2001); c) problemas de la pareja como eyaculación precoz, problemas de erección y disminución de la frecuencia de las relaciones debido al cansancio (Aldana-Calva et al., 2016), d) por problemas en la relación de pareja; e) algunas mujeres evitan todo contacto porque nunca han disfrutado su sexualidad debido al motivo de la formación de pareja (Couto-Nuñez y Nápoles-Méndez, 2014). Además de estas, se encuentra el antecedente de abuso sexual; al respecto López et al. (1995) y Ramos-Lira et al. (1998) señalan que dentro de las consecuencias a largo plazo después de un abuso sexual los hombres están en riesgo de ser agresores de mujeres, como una manera inapropiada de restablecer su masculinidad, en tanto que las mujeres muy probablemente lleven a cabo conductas sexuales extremas que van de la mano de la insatisfacción sexual. Peña-Gutiérrez (2018), por su parte, indica que los efectos negativos van a depender del tipo de agresión, forma, edad, relación con la persona que llevó a cabo el abuso, así como la duración; dichos eventos a corto y/o largo plazo puede provocar depresión, ansiedad, baja autoestima, problemas en los hábitos alimenticios, problemas relacionales y dificultades sexuales, disfrutando menos la actividad sexual, por lo que hombres y mujeres que han pasado por este tipo de experiencias traumáticas en la infancia o en cualquier momento de su vida requieren atender su salud mental.

En el climaterio también existen mitos sobre la sexualidad: a) las personas que tienen deseo sexual son perversos o están enfermos; b) la actividad sexual es mala para la salud, especialmente en la vejez; c) el único fin de la actividad sexual es la procreación; d) no tiene sentido mantener

relaciones sexuales en la vejez; e) las mujeres no deben tener deseo sexual en la vejez, pero los hombres sí; f) los viejos, por el hecho de ser viejos son feos, y es indecente y de mal gusto que los mayores manifiesten intereses sexuales (Hernando-Ibeas, 2005).

Ahora, un factor importante en la sexualidad es la connotación de reproducción que esta tiene, el liberarse de la relación directa entre sexualidad y reproducción colabora en que la mujer pueda disfrutar libremente de esta (Rubio-Aureoles, 2014). Al respecto Rivera-Moya y Bayona-Abello (2014) y Sánchez-Izquierdo y Hernández-García (2015) refieren que las mujeres que tienen mayor deseo sexual y buscan este tipo de contacto son aquellas para quienes el ejercicio de la sexualidad tiene que ver con los afectos, por lo que la sexualidad va mucho más allá del coito, de lo genital o de la conducta reproductiva. Las vivencias previas, la interrelación con la pareja, así como los sentimientos hacia esta, el estado marital mismo y la autoestima, son significativos ya que permiten comunicación íntima, por ende la sexualidad matiza los intercambios entre las personas en su vida familiar, laboral y social, lo cual es un importante indicador del bienestar y de la calidad de vida. No obstante, el deseo sexual y el ejercicio de la sexualidad en ocasiones resulta paradójico, ya que aquellas mujeres que ven incrementado su deseo sexual durante el climaterio tienden a reportar problemas con la pareja o bien con su núcleo social, llegando a ser rechazadas (Rivera-Moya y Bayona-Abello, 2014).

Para entender la sexualidad, la simbolización es una parte importante. Al respecto, Flores et al. (2013) llevaron a cabo un estudio para analizar la capacidad de procesar simbólicamente los duelos de las modificaciones en la sexualidad y en el vínculo de pareja durante el climaterio, y encontraron que las mujeres muestran severas dificultades en la simbolización de las primeras experiencias vinculadas a la sexualidad femenina. Estas perturbaciones interfieren de modo contundente en la posibilidad de tomar contacto y dar sentido a las transformaciones operadas en la sexualidad y en el vínculo de pareja en el climaterio. En otros casos, se detecta la presencia de sentimientos catastróficos como: soledad, desesperanza, sensaciones de vacío & el temor de perder el propio deseo sexual, así como de ya no ser deseadas.

Otro factor que impacta en la sexualidad es la cultura, en Latinoamérica la juventud y la belleza son sobrevaloradas, por lo que los cambios físicos que se producen en el climaterio impactan de manera importante a algunas mujeres, viviéndose en desventaja ante mujeres menores; esto incide en su autoimagen, autoestima y confianza, trastocando la sexualidad (considerada que esta tiene un fin reproductivo) (Flores et al., 2013; Sánchez-Izquierdo & Hernández-García, 2015).

Finalmente, el género forma parte de las variables más importantes dentro de la organización social, de tal manera que es imposible no percibirse de esta categoría. En general ser varón o ser mujer en la sociedad occidental significa estar fijados/as a modelos de masculinidad y feminidad congelados y cristalizados en estereotipos sexuales y pautas de comportamiento dicotómicas: opuestas o “complementarias”. Como producto de una socialización, la mujer estructura su

personalidad, su identidad, los valores, las normas y las conductas. En general, la mujer está educada para procrear, ser madre y cuidadora. Estos aspectos se reflejan en la forma de asumir su sexualidad, que en algunos casos se encuentra asociada con culpa, miedo, inseguridad, lo que en ocasiones se traduce en anorgasmia, dispareunia e insatisfacción sexual. Aquellas mujeres que asumen su sexualidad de manera abierta, segura y libre, no sólo la disfrutan, sino que también se sienten satisfechas en otras áreas de su vida (Charlton-Lewis, 2003; Reyes-Cárdenas, 1995).

Es importante estudiar la sexualidad femenina porque es piedra angular en la vida de la mujer, y si bien es cierto que esto no es de vida o muerte, sí altera su estado emocional y su calidad de vida. Además, es elemental diferenciar qué síntomas y problemas de salud en el climaterio están asociados con el cese de la función estrogénica y cuáles no, para ofrecer tratamientos e intervenciones eficaces y seguros para evitar una medicina consumidora de doctrinas, tecnologías y fármacos foráneos (Paoletti & Wenger, 2003; Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, 2004; Nelson et al., 2005). Para esto es necesario que las investigaciones marquen, de manera clara, los objetivos y las variables a estudiar, de otra forma los resultados se malinterpretan (Bitzer et al., 2013; Blümel et al., 2002; Kingsberg & Woodard, 2015).

El Instituto Nacional de Perinatología cuenta con una clínica de climaterio donde las pacientes con frecuencia refieren una serie de complicaciones y síntomas como consecuencia de la etapa de vida, entre estos se encuentran los problemas sexuales, particularmente la baja de la libido (entendida como la disminución del deseo sexual), problemas en el orden sexual que, de acuerdo con informes de la jefatura de la clínica mencionada, dicen presentar cerca del 50 % de las mujeres que asisten a consulta. Es frecuente encontrar que estos problemas son tratados con hormonales, y si bien es cierto que existen algunos síntomas que mejoran, una parte considerable de los mismos se mantiene a pesar de la medicación. El hecho de no emplear instrumentos sensibles lleva en ocasiones al sobrediagnóstico y a la medicalización, de ahí la importancia de conocer la presencia de disfunciones y trastornos sexuales y los factores asociados a estos problemas. Por lo que esta investigación pretende conocer la presencia de disfunciones y trastornos sexuales y los factores asociados a estas, puntuizando la disfunción del deseo sexual hipoactivo, ya que este es el problema sexual que se presenta con mayor frecuencia.

MÉTODO

Estudio exploratorio, descriptivo, de campo, con un diseño no experimental, transversal, diseño de una sola muestra, dividido en cuatro grupos con observaciones independientes.

Criterios de inclusión

Recibir atención en la clínica de climaterio del Instituto Nacional de Perinatología, cursar un climaterio natural, precoz o bien quirúrgico, tener una relación de pareja como mínimo de seis meses, contar con un nivel de estudios mínimos de educación primaria, esto con la finalidad de lograr una compresión de los reactivos del instrumento.

Criterios de exclusión

Mujeres que, con base en los criterios del DSM-IV, presentaban un cuadro psicopatológico.

Criterios de eliminación

Aquellas que no contestaron el instrumento en su totalidad.

Participantes

La muestra se compuso de 139 mujeres en etapa de climaterio de origen natural, las edades oscilaron entre los 40 y 60 años. La aplicación se llevó a cabo en una sola sesión, por parte de personal capacitado, en un cubículo expreso para aplicación de instrumentos en la Coordinación de Psicología de la Torre de Investigación. La muestra se dividió en 4 grupos: Grupo 1. Con disfunción sexual, Grupo 2. Con trastorno sexual, Grupo 3. Con disfunción y trastorno sexual y Grupo 4. Sin problemas sexuales; estos grupos se conformaron como consecuencia de la presencia o ausencia de disfunciones y/o trastornos sexuales diagnosticados con base en la Historia Clínica de la Sexualidad Femenina.

Los datos sociodemográficos muestran una media de edad de 49.27 (DE= 5.2), y una escolaridad de 9.75 (DE= 3.3) años; con respecto a la ocupación, los porcentajes se distribuyeron de la siguiente manera: un 60.4 % se dedicaba al hogar, un 33.8 % trabajaba de manera remunerada, y en un porcentaje menor estudiaba y trabajaba. Estos porcentajes son similares a los del estado civil, ya que el 80 % eran mujeres casadas, ya sea por lo civil, religioso, o ambos, el 12 %

contaban con pareja estable, aun sin vivir juntos, y el 8 % vivían en unión libre. Respecto a la etapa de climaterio, 30.9 % estaban en la perimenopausia, 18 % en la menopausia y 51.1 % en la posmenopausia.

Instrumentos

Se aplicó la encuesta de síntomas que contiene 34 reactivos que miden presencia, severidad y frecuencia de síntomas asociados al climaterio, y se divide en dos apartados: 1) datos sociodemográficos, 2) detección de la presencia, severidad y frecuencia de síntomas. Este instrumento fue construido por Morales, et al. (1995), intencionalmente para estudios con mujeres en etapa de climaterio.

La confiabilidad del instrumento tiene un Alpha de Cronbach de .93 con 31 síntomas, para la validez del instrumento se realizó un análisis factorial exploratorio con rotación varimax, el cual explica el 49.6 % de la varianza total, para tres factores que corresponden según los síntomas: factor (1) síntomas emocionales, factor (2) síntomas asociados a la vejez o desgaste del organismo y factor (3) síntomas asociados al declive hormonal.

También se hizo uso de la Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina (HCCSF) con la finalidad de explorar la psicosexualidad femenina e identificar la presencia de disfunciones y trastornos sexuales (Souza-Machorro et al., 1987). Se trata de un cuestionario diseñado para obtener información clara y precisa que consta de 15 capítulos con 170 reactivos que tienen un orden sistemático y una secuencia que va lo superficial a lo profundo, de lo sano a lo patológico, hasta llegar a la exploración de la sexualidad y de la presencia o no de disfunciones sexuales; el riesgo de manipular la prueba es mínimo, las metas de esta historia (no es un instrumento psicológico) son clínicas (Souza-Machorro et al., 1987). La validez de esta historia clínica fue realizada en la Clínica Marina Nacional del ISSSTE.

Consideraciones éticas

Las pacientes fueron informadas del objetivo de la investigación y se les pidió que en caso de no estar de acuerdo lo manifestaran libremente, ya que esto no afectaría su atención en la institución; ninguna de ellas se mostró renuente a tomar parte en esta. Se subrayó el carácter voluntario de su participación y se aseguró la confidencialidad de los datos. Todas ellas otorgaron su consentimiento informado.

En cuanto al análisis estadístico, se emplearon medidas de resumen para la descripción de los datos, y posteriormente se utilizó χ^2 para la comparación de grupos (Hernández et al., 2006).

RESULTADOS

Las mujeres de la muestra se ubicaron en un promedio de edad de 49.2 (DE= 5.2), todas ellas situadas en el rango para que se consideren dentro de la etapa de climaterio, ya que para esta investigación se seleccionó un intervalo de vida de 20 años, el cual iba de los 40 a 60 años, por lo que los resultados nos permiten apreciar de manera amplia este proceso. Las pacientes se distribuyeron de la siguiente manera: 31.7 % en la premenopausia, 18 % en la menopausia y 50.4 % en la postmenopausia.

En cuanto a escolaridad, se observa un promedio de años de estudio de 9.9 (DE= 4.26). Respecto a la ocupación, los porcentajes se distribuyeron de la siguiente manera: 59.7 % se dedicaba al hogar, 33.8 % a trabajar, y un porcentaje menor a estudiar y a trabajar. Estos porcentajes son similares a los del estado civil, ya que el 80 % eran mujeres casadas, ya sea por lo civil, religioso, o ambos, el 12 % contaban con pareja estable, aun sin vivir juntos, y el 8 % vivían en unión libre.

En la historia de vida reproductiva se encontró un rango de gestas de 1 a 8, para un rango de 1 a 4 y un mínimo de óbitos y abortos; en cuanto al número de hijos vivos reportados al momento de la investigación variaron de 1 a 4.

Respecto a los aspectos relacionados con la sexualidad, se encontró que la edad de la menarca se ubicó dentro del promedio en que se presenta en la población en general, que es entre los 12 y 14 años, media de 12.14 (DE= 2.12) años de edad; mientras que la primera experiencia sexual, la cual no comprende el contacto sexual, se presentó entre los 13 y 23 años de edad, con una media de 18.2 (DE= 4.8); en cuanto al primer contacto sexual que sí comprendía el contacto coital, este se dio entre los 16 y 24 años, con una media de 20.3 (DE = 4.4); en lo relativo al número de compañeros sexuales, esto varió de 1 a más de 22 parejas con una media de 2.3 (DE=2.3) en el transcurso de su vida, hasta el momento de la investigación.

En relación con la información sobre la menstruación, el 69 % refirió no haber tenido ninguna información, en tanto que el 19.5 % mencionó que sí tuvo información que provenía de los padres y maestros, y el 10.7 % restante la obtuvo de familiares, amigos y otras personas. Sobre las relaciones sexuales, se halló que 88.5 % refirió no haber contado con ninguna información, mientras que el 10.8 % sí la tuvo.

Acerca de los traumas infantiles, 71.2 % mencionan no haber tenido experiencias de este tipo, pero el 28.1 % sí; de estas, el 78.8 % refieren problemas de deseo sexual, mientras que el porcentaje restante no. El 84.2 % de la muestra total no se masturbó durante la adolescencia y el 15.8 % sí, de estas, 10.8 % tuvieron orgasmos. Referente a los temores hacia la sexualidad, el 49.6 % presentó temor, mientras que el 50.4 % indicó no haber tenido temor de ningún tipo al ejercer su sexualidad.

En cuanto a este ejercicio de la sexualidad, se dividió en tres rubros: 1) disposición hacia la sexualidad –en este se aprecia que el 45 % refirió desear y cooperar en el momento de la relación sexual, el 8.6 % deseaba la relación sexual y no cooperó, entretanto, el 32.4 % no deseaba y cooperaba, y en el rubro de no desea y no coopera se encuentra el 12.9 %–; 2) propuesta de la relación sexual –se encontró que el 70 % de las mujeres de la muestra refieren que la propuesta la hace su pareja, en tanto que el 26.6 % señala que esta corre por parte de ambos y solamente el 11.5 % de las mujeres proponen la relación–; 3) condiciones ambientales –en este rubro el 57 % menciona que al momento de la sexualidad las condiciones ambientales son cómodas y satisfactorias, el 27 % las califica como cómodas e insatisfactorias, en tanto que el 10.8 % dice que son incómodas e insatisfactorias y el 8.6 % menciona que a pesar de ser incómodas son satisfactorias– (véase Tabla 1).

Tabla 1

Ejercicio de la sexualidad.

| Disposición hacia la sexualidad | F | % |
|---------------------------------|----|------|
| Desea y coopera | 63 | 45.3 |
| Desea y no coopera | 12 | 8.6 |
| No desea y coopera | 45 | 32.4 |
| No desea y no coopera | 18 | 13.7 |
| Propuesta de la relación sexual | F | % |
| Pareja | 86 | 61.9 |
| Paciente | 16 | 11.5 |
| Ambos | 37 | 26.6 |
| Condiciones ambientales | F | % |
| Cómodas y satisfactorias | 79 | 57.6 |
| Cómodas e insatisfactorias | 33 | 23.7 |
| Incómodas y satisfactorias | 12 | 8.6 |
| Incómodas e insatisfactorias | 15 | 10.8 |

En la encuesta de 35 síntomas se detectó que la baja de la libido estuvo presente en el 37.5 % de la muestra, siendo percibido como severo, en tanto que el 20 % lo vivió como leve, el 16.6 % lo refirió como moderado y solamente 25.9 % (36) pacientes refirió no presentar este problema (véase Tabla 2).

Tabla 2*Encuesta de síntomas (baja de la libido).*

| Frecuencia y severidad | | % | F | % |
|---|----------------|------|----|------|
| | | % | | |
| Mujeres que no presentaron baja de libido | | 36 | | 25.9 |
| Leve | Pocas veces | 7.2 | 10 | |
| | Algunas veces | 6.5 | 9 | 20 |
| | Frecuentemente | 6.5 | 9 | |
| Moderado | Pocas veces | 2.2 | 3 | |
| | Algunas veces | 8.6 | 12 | 16.6 |
| | Frecuentemente | 5.8 | 8 | |
| Severo | Pocas veces | 5.8 | 8 | |
| | Algunas veces | 3.6 | 5 | 37.5 |
| | Frecuentemente | 28.1 | 39 | |

En la muestra se identificó la presencia de problemas sexuales, estos se dividen en dos categorías, de acuerdo con el diagnóstico obtenido mediante la Historia Codificada de la Sexualidad Femenina: disfunciones sexuales y trastornos sexuales, ellas pueden manifestar la misma sintomatología, sin embargo, su origen es diferente.

De la muestra, 124 mujeres presentaron al menos un problema, 54 mujeres presentaron disfunción sexual –independientemente de padecer algún trastorno sexual–, 9 trastorno sexual –independientemente de presentar alguna disfunción sexual–, 61 ambos problemas, y solamente 15 reportaron no presentar trastornos y/o disfunciones sexuales.

La distribución de la frecuencia de las disfunciones y trastornos sexuales en las 124 mujeres fue la siguiente: en disfunciones se encontró que el deseo sexual inhibido y la disritmia tuvieron porcentaje similares (58 %), la disfunción orgásmica femenina un 53.2 %, el trastorno de la excitación un 49.9 %, la disparesunia un 48.3 %, y en porcentajes considerablemente más bajos, vaginismo y aversión al sexo en un 26.6 % y 16.9 % respectivamente. Mientras que en los trastornos el deseo sexual hipoactivo se presentó en un 30.6 %, el trastorno de la excitación y disparesunia en un 20.9 %, y la disfunción orgásmica y vaginismo en un 10.4 %.

A su vez, los trastornos sexuales, de acuerdo con lo referido en la Historia Codificada de la Sexualidad Femenina, derivaron de: 41.4 % del declive hormonal, 28.5 % a raíz de la histerectomía, 8.5 % a causa de algún problema presentado por la pareja (problemas de eyaculación precoz, disfunción eréctil y falta de deseo por ingesta de medicamentos) y 5.71 % de infecciones en vías urinarias, incontinencia urinaria y algún accidente en las pacientes de la muestra respectivamente, otra de las causas de los trastornos fue la ingesta de medicamentos en un 2.85 % y el uso de dispositivo intrauterino en 1.42 % .

De acuerdo con la presencia de disfunciones y trastornos sexuales detectados en la Historia Codificada de la Sexualidad Femenina, la muestra se dividió en cuatro grupos. GRUPO I, conformado por aquellas mujeres que contaban con disfunción sexual ($f=54$), GRUPO II con trastorno sexual ($f=9$), GRUPO III con ambos problemas ($f=61$) y finalmente el GRUPO IV, aquellas pacientes que no presentaron ninguno de los dos problemas ($f=15$) (véase Tabla 3).

Tabla 3

Prevalencia de disfunciones y/o trastornos sexuales.

| GRUPO I Solo disfunción | | GRUPO II Solo trastorno | | GRUPO III Con ambos | | GRUPO IV Sanas | |
|----------------------------|------|----------------------------|-----|------------------------|------|-------------------|------|
| f | % | f | % | F | % | f | % |
| 54 | 38.8 | 9 | 6.4 | 61 | 43.9 | 15 | 10.8 |

Disfunciones sexuales. $X= 2.78$ $DE= 2.153$

Trastornos sexuales $X= 1.10$ $DE= 1.53$

En la historia clínica de la sexualidad se halló que existe una relación entre la información y la no presencia de disfunciones sexuales, con una $\chi^2 = .000$ y $g = 2$ (véase Tabla 4).

Tabla 4

Información sexual y disfunción sexual.

| | Información sexual | | TOTAL |
|-------------------------|--------------------|------|-------|
| | No | Sí | |
| Sanas .00 Count | 9 | 6 | 15 |
| Expected Count | 13.4 | 1.6 | 15.0 |
| Std. Residual | -1.2 | 3.4 | |
| Disfunción Count | 57 | 6 | 63 |
| y Expected Count | 56.2 | 6.8 | 63.0 |
| Trastorno Std. Residual | .1 | -.3 | |
| Ambos Count | 58 | 3 | 61 |
| Expected Count | 54.4 | 6.6 | 61.0 |
| Std. Residual | .5 | -1.4 | |
| Count | 124 | 15 | 139 |
| Expected Count | 124.0 | 15.0 | 139.0 |

El número de compañeros sexuales también se relacionó con la ausencia de disfunciones sexuales, encontrándose que aquellas mujeres que tuvieron cuatro o más compañeros sexuales no presentaron disfunción sexual, con una $\chi^2 = .030$ y $gl = 4$ (véase Tabla 5).

Tabla 5*Número de compañeros sexuales y disfunción sexual.*

| | Número de compañeros sexuales | | | TOTAL |
|-------------------------|-------------------------------|------|------|-------|
| | 1 | 2-3 | 4> | |
| Sanas .00 Count | 3 | 8 | 4 | 15 |
| Expected Count | 8.0 | 5.4 | 1.6 | 15.0 |
| Std. Residual | -1.8 | 1.1 | 1.9 | |
| Disfunción Count | 33 | 25 | 5 | 63 |
| y Expected Count | 33.5 | 22.7 | 6.8 | 63.0 |
| Trastorno Std. Residual | -.1 | .5 | -.7 | |
| Ambos Count | 38 | 17 | 6 | 61 |
| Expected Count | 32.5 | 21.9 | 6.6 | 61.0 |
| Std. Residual | 1.0 | -1.1 | -.2 | |
| Count | 74 | 50 | 15 | 139 |
| Expected Count | 74.0 | 50.0 | 15.0 | 139.0 |

gl = 4

 $\chi^2 = .030$

La disposición hacia la sexualidad también se relacionó con la ausencia de disfunción sexual, ya que aquellas mujeres que desean y cooperan en la relación sexual no presentaron disfunción sexual alguna, con una $\chi^2 = .016$ y gl = 6 (véase Tabla 6).

Tabla 6*Disposición actual hacia la relación sexual y disfunción sexual.*

| | Disposición actual hacia la sexualidad | | | | Total |
|-------------------------|--|--------------------|--------------------|-----------------------|-------|
| | Desea y coopera | Desea y no coopera | No desea y coopera | No desea y no coopera | |
| Sanas .00 Count | 13 | 0 | 0 | 2 | 15 |
| Expected Count | 6.8 | 1.3 | 4.9 | 2.1 | 15.0 |
| Std. Residual | 2.4 | -1.1 | -2.2 | .0 | |
| Disfunción Count | 28 | 6 | 19 | 10 | 63 |
| y Expected Count | 28.6 | 5.4 | 20.4 | 8.6 | 63.0 |
| Trastorno Std. Residual | -.1 | .2 | -.3 | .5 | |
| Ambos Count | 22 | 6 | 26 | 7 | 61 |
| Expected Count | 27.6 | 5.3 | 19.7 | 8.3 | 61.0 |
| Std. Residual | -1.1 | .3 | 1.4 | -.5 | |
| Count | 63 | 12 | 45 | 19 | 139 |
| Expected Count | 63.0 | 12.0 | 45.0 | 19.0 | 139.0 |

gl = 6

 $\chi^2 = .016$

DISCUSIÓN

El análisis estadístico mostró que no existe relación alguna entre las variables sociodemográficas y la presencia de disfunciones sexuales, sin embargo los datos obtenidos sugieren un tipo particular de población, ya que se puede inferir que tienen rasgos o características idiosincráticas concernientes a la educación de mediados del siglo pasado, la cual se distinguía por componentes patriarcales donde la mujer se pensaba como una persona cuyo objetivo primordial eran la maternidad y la crianza de los hijos (Charlton-Lewis, 2003; Reyes-Cárdenas, 1995).

Algunos aspectos relacionados con la sexualidad permiten observar las dinámicas tradicionales en que crecieron estas mujeres, encontrando un gran abandono en cuestión de información sobre la menstruación, las relaciones sexuales y la masturbación, esto se refleja en el temor que reportaron las mujeres hacia la sexualidad, así como el abuso sexual (maltrato infantil) que sufrió casi la tercera parte de la población del estudio en la infancia, factores que vulneran el ejercicio de la sexualidad conllevo las disfunciones sexuales, en particular al deseo sexual hipoactivo (López et al., 1995; Peña, 2018). Otros factores que vulneran el desarrollo psicoemocional y que pueden pronosticar problemas en la sexualidad son: patrones de crianza, tipo de padre o madre (narcisistas, negligentes y/o inmaduros), presencia o ausencia física y/o emocional de estos, violencia intrafamiliar, pobreza, afectos y redes de apoyo (González-Muriel López, 1998; Lazo-Amores, 2018).

Los resultados obtenidos en el apartado del ejercicio de la sexualidad dan cuenta de que más de la tercera parte de la muestra favorece las relaciones sexuales, sin embargo, casi la mitad de ella coopera pero no desean la relación, esto habla de cuestiones culturales y de la preexistencia de una educación sexista que esboza la sexualidad como cosa de hombres, donde la mujer está para agradar y no para pedir, mostrando así una sexualidad complaciente, tal como plantea Yuca (2016).

Se dice que la calidad de la relación en pareja disminuye con el tiempo, así como la satisfacción sexual lo hace con la edad; sin embargo, se encontró que más de la mitad de la muestra reportó que las relaciones sexuales fueron satisfactorias, confirmando que esta va más allá del acto mismo, y donde los factores culturales, educativos, psicológicos, tiempos libres, comunicación, entre otros, toman relevancia. Por otro lado, si la sexualidad se ve como una obligación, entonces habrá insatisfacción sexual, generando baja de deseo sexual, en múltiples ocasiones explicado de manera equivocada a través del declive hormonal (Flores et al., 2013; Manso-Martínez, 2002; Sánchez-Izquierdo y Hernández-García, 2015). Se encontró otro rasgo de tipo patriarcal respecto a la propuesta sexual, ya que casi las dos terceras partes de la muestra refieren que el hombre

propone la relación. Para analizar la conducta sexual es conveniente hacer énfasis en los recursos psíquicos con los que cuenta la mujer, así como en la simbolización de la femineidad (Flores et al., 2013; Rivera-Moya y Bayona-Abello, 2014).

Ahora, la HCCSF detectó la existencia de disfunciones y/o trastornos sexuales en un alto porcentaje de la muestra (124 mujeres), de estas 115 presentaron alguna disfunción y 70 algún trastorno, aparentemente las disfunciones y trastornos sexuales, en particular el deseo sexual hipoactivo, forman parte de la sintomatología del climaterio, ya que este fue la disfunción y trastorno más frecuente en esta muestra.

El porcentaje encontrado de baja de libido en la Encuesta de Síntomas, 74.1 %, es mayor al detectado en la HCCSF, 58.9 %, esto se debe a que la segunda tiene medidas más finas sobre el problema.

Así mismo, los porcentajes obtenidos en la encuesta fueron similares a los hallados por Espitia de la Hoz (2017) y un poco menores a los obtenidos por Martínez-Camilo y Paz-Aranda (2005), Martínez-Camilo et al. (2002), Jimbo-Yepez et al. (2017) y Diouf et al. (2019); en tanto que los obtenidos en la HCCSF (58.9 %) son más parecidos a los encontrados por Chauca-Maza (2018) y mayor a los referidos por Blümel et al. (2002) y Pugo-Plaza y Quintuña-Bravo (2016).

Las mujeres más propensas a esta disfunción fueron las mayores de 45 años, lo que coincide con los resultados obtenidos por Parish y Hahn (2016) quienes reportaron mayor presencia de esta disfunción en mujeres con un rango de edad de 45 a 64 años, señalando que se asocia a menor calidad de vida relacionada con la salud, menor felicidad general, insatisfacción con las parejas y malestar emocional. Esto hace pensar que la disminución de la libido pudiera corresponder, además, a un estereotipo cultural asignado “por decreto” a la menopausia, que a una realidad biológica absoluta y constante, pensando en que se cree que la sexualidad es para los jóvenes. De igual manera, puede estar relacionado con el estilo y calidad de vida, con sentirse menos atractiva, con problemas o insatisfacción con la pareja, o bien con no sentirse felices, como lo refieren Parish y Hahn (2016) y Sánchez-Izquierdo y Hernández-García (2015).

En cuanto a la disritmia, está rebasó la mitad de la muestra (58 %), siendo mayor su presencia que en los estudios expuestos por Sánchez-Bravo et al. (2005) (23.4 %) y Sánchez-Bravo et al. (2008) (27.3 %); este tipo de disfunción tiene una connotación importante, ya que habla de la relación de pareja, por lo que debe considerarse un problema de pareja y relacionarse con la falta de coincidencia en los tiempos para que se dé el ejercicio de la sexualidad, por lo que en muchos casos se asocia o se refleja en el deseo sexual hipoactivo (Manso-Martínez, 2002).

Casi la mitad de la muestra presentó inhibición de la excitación (49.9 %), resultados similares a los reportados por Chauca-Maza (2018) (57.7 %), considerablemente mayores a los señalados por Blümel et al. (2002) (36.6 %) y Espitia de la Hoz (2017) (21 %), pero demasiado bajos en

contraste con los de Diouf et al. (2019) (92 %). En población abierta, Sánchez-Bravo et al. (2003) encontraron un resultado del 22 % en cuanto a este aspecto, lo que nos permiten afirmar que la cultura es piedra angular en el ejercicio de la sexualidad, ya que este problema se presenta no solo en mujeres en etapa de climaterio sino también en población joven.

Con lo que respecta a la inhibición del orgasmo, esta se detectó en más del cincuenta por ciento de la muestra (53.2 %), resultados similares a los obtenidos por Espitia de la Hoz (2017) (59.9 %) y mayores a los de Blümel et al. (2002) (26 %), y muy bajo porcentaje comparados con los de Martínez et al. (2005) (87.7 %), sin duda alguna, estas disfunciones están ligadas al juego previo al acto sexual, eyaculación precoz del compañero, mala comunicación sobre las prácticas sexuales, ansiedad, estrés, falta de confianza en la pareja, poco o nulo conocimiento de la función sexual.

La dispareunia se manifestó en un 43.2 % de la muestra, porcentaje similar al encontrado por Chauca-Maza (2018) (43.8%) y mayor al de Blümel, et al. (2002) (34.8 %). Espitia de la Hoz y Orozco-Gallego (2018) señalan que en ese momento la media a nivel mundial de la presencia de esta disfunción fue del 34.8 %, como resultado de una revisión de la literatura a nivel mundial. Décadas atrás, Lugones-Botell et al. (1999) reportan un 61.5 % de presencia de dispareunia en su muestra. En lo que respecta a vaginismo, se detectó en el 26.6 % de la muestra, mayor a lo obtenido por Sánchez-Bravo et al. (2005) en población abierta (9.1 %) y Sánchez-Bravo et al. (2005) (6 %). Estos resultados muestran que a pesar de que existe una notable evolución en la farmacología, pocas son las mujeres, al menos en esta muestra, que pueden acceder a ella, como consecuencia de una mala economía, ya que la mayoría de ellas depende económicamente de la pareja; por otra parte, la falta de información sobre el tema es un factor que coadyuva a que se mantengan este tipo de problemas, ya que existen muchos mitos sobre la sexualidad, entre los que se encuentran: “la sexualidad es propia de gente joven”, “una mujer adulta no debe sentir placer”, “en el climaterio es normal que se presenten problemas sexuales”. Por tal motivo, al presentar estos problemas, la mujer no es capaz, en muchos casos, de considerarlos como tales, ya que siempre lo han vivido en esta situación, y mucho menos se atreve a hablar al respecto, ya sea con un especialista o con gente que pudiera orientarla, y por eso es que solo a través de instrumentos especializados estos problemas pueden detectarse.

Finalmente, el porcentaje de aversión al sexo fue de (16.9 %), el cual es menor al obtenido por Sánchez-Bravo et al. (2003) (29 %); en este caso, es necesario conocer de manera individual la historia de la sexualidad y los posibles abusos sexuales que las mujeres han presentado, además de conocer cómo han sido educadas en este aspecto, ya que en general los conocimientos sobre sexualidad en la mujer van cargados de sentimientos culpa y temores, que al ser apropiados a lo largo de su vida generan un simbolismo y una ideología que matizarán la propia conducta de las mujeres (Leiva-Díaz, et al., 2013).

Cabe señalar que las pacientes del grupo 1, que presentan sólo disfunción sexual, son independientes de aquellas que pertenecen al grupo 3, donde se encuentran las pacientes que padecen ambos problemas, por lo que sumando ambos grupos se obtiene un total de 115 pacientes (82.7 %) quienes tienen al menos una disfunción sexual. En cuanto a los trastornos sexuales, grupo 2, 70 pacientes (50.3 %) tuvieron al menos un trastorno. Los resultados arrojan un alto porcentaje de mujeres que padecen disfunción sexual, este es cercano al que reportan en África, y mayor al señalado en Sudamérica, Europa y Chile (57 %) (Vera-Gamboa et al., 2017).

En cuanto a los trastornos presentados, las mujeres de este estudio los asociaron a: declive hormonal (41.42 %), problemas de histerectomía (28.57 %), infecciones en vías urinarias (5.71 %), incontinencia urinaria (5.7 %), ingesta de medicamentos (2.85 %), traumas físicos (5.71 %), problemas de pareja (8.57 %) y uso de dispositivo intrauterino (1.42 %). Estos resultados concuerdan con lo que señala Espitia de la Hoz y Orozco-Gallego (2018) como factores de riesgo para presentar trastornos sexuales; histerectomía, menopausia, presencia de enfermedades, pobre educación, malas relaciones personales, infidelidad, viudez, problemas de imagen o autoestima, sedentarismo, tabaquismo, obesidad, factores ginecológicos, antecedentes de quimio o radioterapia.

En el análisis estadístico de las disfunciones sexuales algunas variables se consideraron importantes de acuerdo con la literatura revisada, se encontró una asociación inversa entre la información sobre las relaciones sexuales y la posibilidad de presentar disfunciones sexuales, ya que contar con información al respecto funciona como protector para no presentar disfunciones sexuales. Esto concuerda con lo referido por González-Labrador y Miyar-Pieiga (2001) y también por Martínez-Camilo et al. (2002), quienes mencionan que todos los seres humanos son capaces de disfrutar de su sexualidad, no obstante, casi nunca se les enseña sobre los placeres sexuales y todo aquello que pueda recibirse del propio cuerpo y que no se refiere a los genitales; particularmente, en la cultura latina, la sexualidad está “genitalizada” (es decir, que gira alrededor de los genitales), fuera del contexto afectivo y mucho menos del placer en la mujer, lo que puede llegar a ocasionar que la relación sexual carezca de sentido y provoque frustración, enojo, entre otras, así como presencia de disfunciones sexuales. Sin duda alguna, otros de los posibles factores asociados con este problema son de índole social y cultural.

Respecto al número de compañeros sexuales, se halló una relación positiva entre aquellas mujeres que no presentaron ni trastornos ni disfunciones sexuales y un número mayor de parejas, donde se hace hincapié en que si bien es cierto que la sexualidad se modifica con la edad, también es verdad que esto depende de factores psicosociales como: experiencia sexual previa de cada mujer, personalidad, nivel educativo, nivel de estrés, situación física y psicológica, cambios en la relación de pareja y sentimientos hacia la misma.

En la disposición hacia la sexualidad se observa una relación positiva, aquellas mujeres que desean y cooperan son las que tienen menor probabilidad de presentar alguna disfunción o trastorno sexual. Esto nos habla de que la manera de vivir la sexualidad de la mujer depende de cómo, en este caso, se ha estructurado su personalidad, su identidad y los valores y normas mediante los cuales se rige, lo que nos lleva a pensar que las mujeres que son pasivas en su sexualidad son aquellas que han vivido en un rol de género tradicional (Charlton-Lewis, 2003).

Finalmente, aquellas mujeres que cuentan con información sexual a edades tempranas, que tienen deseo y cooperan durante la relación sexual, y que además han explorado su sexualidad con más de una pareja, tienen un efecto protector contra las disfunciones sexuales. Por otra parte, la presencia de trastornos sexuales se asocia exclusivamente con padecimientos médicos y de salud en la mujer como en la pareja; no obstante, es importante continuar con estudios que permitan corroborar hipótesis sobre el funcionamiento sexual óptimo en la mujer durante el climaterio.

Probablemente las mujeres que no presentan ni disfunción ni trastorno sexual se perciban correspondidas y comprendidas por sus parejas, con armonía emocional, existencial y social, lo cual es necesario para vivir en pareja. Para desarrollar una sexualidad plena y vivir sin problemas sexuales es necesario educar a las mujeres y a los hombres sobre las causas de estos y sus posibles tratamientos (Martínez-Camilo y Paz-Aranda, 2005; Martínez-Camilo et al., 2002).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio nos permitieron llegar a las siguientes conclusiones.

Existen grandes dificultades en las investigaciones sobre el tema, ya que los reportes de los estudios revisados muestran altos porcentajes de problemas sexuales, pero son pocos los que señalan si las categorías analizadas pertenecen a trastornos sexuales o bien a disfunciones sexuales, esto toma relevancia cuando de atención médica y psicológica se trata, de ahí la necesidad de especificación y definición de las variables a investigar, pues de no hacerlo se pueden generar sobrediagnósticos y, por ende, abordajes erróneos. Es necesario emplear los instrumentos adecuados, de otra manera se continuará llevando a cabo estudios con resultados interesantes, pero poco específicos.

La información sexual a edades tempranas juega un papel trascendental para conocer el cuerpo y el placer que este puede dar y recibir, así como para que la mujer explore su sexualidad sin prejuicios o culpas, ya que esto al final del día la hace libre para ejercer una sexualidad plena.

Es importante continuar con estudios que permitan corroborar hipótesis sobre el funcionamiento sexual óptimo en la mujer en climaterio. Los resultados obtenidos en combinación con la experiencia clínica con mujeres que transitan por esta etapa de vida nos indican que para entender el ejercicio de la sexualidad y la satisfacción de la misma es necesario explorar varios factores como: a) el vínculo en la primera infancia, que determina el simbolismo de la sexualidad, además de colaborar en gran medida con el desarrollo de herramientas para relacionarse en la vida adulta como pareja, y que a pesar de ser piedra angular en el desarrollo humano poco se ha investigado al respecto; b) también se debe explorar el contexto cultural donde la mujer se desarrolla, ya que los roles preestablecidos juegan un papel importante en la conducta y en el sentir de la mujer, de no hacerlo, los problemas sexuales pueden ser vistos como algo natural y no como un problema, en este rubro también es importante la sobrevaloración que se le ha otorgado a la juventud y la belleza, de manera particular en América Latina; c) sin dejar a un lado la historia de vida –la cual involucra educación, información, abuso o acoso sexual, número de parejas sexuales, motivo de formación de pareja, entre otros–, es necesario tomar en cuenta la dinámica de pareja, donde los afectos, la comunicación, la falta de confianza en el otro, la mala comunicación sobre las prácticas sexuales, la ansiedad, el estrés, el poco o nulo conocimiento de la función sexual, los objetivos de vida en común y la salud, entre otros, juegan un papel determinante; y d) otros factores determinantes para el ejercicio pleno de la sexualidad son la salud mental y los recursos psíquicos con los que cuentan ambos integrantes de la pareja, así como la simbolización de la femineidad, entre otros.

CONFLICTO DE INTERÉS

Las autoras declaran la inexistencia de conflicto de interés con institución o asociación comercial de cualquier índole.

REFERENCIAS

- Aldana-Calva, E. (2021). Climaterio. *Emociones y Reproducción: aspectos psicodinámicos* (pp.105-137). Editores de Textos Mexicanos.
- Aldana-Calva, E., Gómez, L. M. E., & Mota, G. C. (2016). Atención psicológica en el climaterio. *Psicología Clínica Institucional: Intervención* (pp.67-102). Editorial Prado.

Alvarado-García, A., Hernández-Quijano, T., Hernández-Valencia, M., Negrín-Pérez, M. C., Ríos-Castillo, B., Valencia-Pérez, G. U., Vital-Reyes, V. S., Basavilvazo-Rodríguez, M.A., Torres-Arreola, L. P., Ortiz-Luna, G. F., Sánchez-Aguirre, F., & Montaño-Uscanga, A. (2015). Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y la posmenopausia. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 214-25. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im152q.pdf>

American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM IV)*. Masson.

Bitzer, J., Giraldi, A., & Pfau, J. (2013). Sexual Desire and Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. Introduction and Overview. Standard Operating Procedure (SOP Part 1). *The Journal of Sexual Medicine*, 10(1), 36-49. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02818.x>

Blümel, J. E., Araya, M. H., Riquelme, O. R., Castro, G., Sánchez, F., & Gramegna, G. (2002). Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormonal. *Revista de Medicina de Chile*, 130(10), 1131-1138. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002001000007>

Caruso, S., Rapisarda, A. M., & Cianci, S. (2016). Sexuality in Menopausal Women. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 323-30. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000280.

Charlton-Lewis, D. (2003). Climaterio y menopausia, una mirada de género. *Revista de Ciencias Sociales*, 4(102), 107-112. https://revistacienciassociales.ucr.ac.cr/images/revistas/RCS101_102/08CHARLTON.pdf

Chauca-Maza, D. Y. (2018). *Factores asociados a los cambios sexuales en mujeres climatéricas que acuden a Maternidad de María, Chimbote* [Tesis de Licenciatura, Escuela Académico Profesional de Obstetricia]. Repositorio Institucional Universidad San Pedro. http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/8499/Tesis_60382.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Couto-Núñez, D., & Nápoles-Méndez, D. (2012). Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social. *MEdiSan*, 16(8), 1186-1195. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n8/san01812.pdf>

Couto-Núñez, D., & Nápoles-Méndez, D. (2014). Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. *MEdiSan*, 18(10), 1409-1418. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2014/mds1410k.pdf>

- Diouf, A. A., Diallo, D., Niang, P. Y., Niass, A., Koulimaya-Gombet, C. E., Diallo, M., Moreau, J. C., & Diouf, A. (2019). Sexualité des femmes ménopausées en Afrique subsaharienne: exemple du Sénégal. *Pan African Medical Journal*, 32(1), 1-6. DOI:10.11604/pamj.2019.32.1.17755
- Espitia de la Hoz, F. J. (2017). Evaluación de la prevalencia de disfunción sexual en mujeres médicos, del Eje Cafetero colombiano, en etapa de climaterio. *Archivos de Medicina*, 17(1), 70-77. <https://doi.org/10.30554/archmed.17.1.1897.2017>
- Espitia de la Hoz, F. J., & Orozco-Gallego, H. (2018). Fisiopatología del trastorno del deseo sexual en el climaterio. *Revista Médica de Risaralda*, 24(1), 54-59. <https://doi.org/10.22517/25395203.14521>
- Flores, G. E., Poblete, D. G., & Sosa-Romero, V. (2013). *Los destinos de la sexualidad femenina en el climaterio* [ponencia]. IV Congreso Internacional de Investigación, Facultad de Psicología Universidad de La Plata., Buenos Aires, Argentina. http://www.memorias.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.12205/ev.12205.pdf.
- Freixas-Farré, A. (2004). Envejecimiento y perspectiva de género. En E. Barbera y I. Martínez, (Eds.), *Psicología y género* (pp. 325-352). Pearson Prentice Hall.
- Gobierno Federal. (2013). *Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012. Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer*. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284235&fecha=07/01/2013
- González-Labrador, I., & Miyar-Pieiga, E. (2001). Respuesta sexual en la mujer climática. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(4), 390-394. https://www.researchgate.net/publication/262751423_Respuesta_sexual_en_la_mujer_climaterica
- González-Muriel López, C. (1998). Factores de riesgo del maltrato y abandono infantil desde una perspectiva multicausal. *Aula*, (8), 29-44. <https://revistas.usal.es/index.php/0214-3402/article/view/3417>
- Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. (2004). *Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia*. [Archivo PDF]. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria y Centro de Cochrane Iberoamericana.
- Hernández, S. R., Fernández-Collado, C., & Baptista, L. P. (2006). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.

Hernando-Ibeas, M.V. (2005). Sexualidad y afectividad en la vejez. En J. Giró Miranda (Ed.), *Envejecimiento, Salud y Dependencia* (pp. 63-80). Universidad de la Rioja.

Jimbo-Yepez, L. A., Carrasco-Guaman, M. R., & Jimbo-Mendoza, J. C. (2017). Manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. *Polo del Conocimiento*, 2(1), 162-175. DOI: 10.23857/pc.v2i1.326

Kaplan, H. (2014). *La nueva terapia sexual*. Alianza.

Kingsberg, S. A., & Woodard, T. (2015). Female Sexual Dysfunction: Focus on Low Desire. *Obstet Gynecol*, 125(2), 477-486. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000620

Lazo-Amores, K. (2018). *Factores ecológicos de riesgo y protección para el desarrollo socio emocional* [Tesis de Maestría, Universidad Casa Grande Guayaquil]. Repositorio Digital Universidad Casa Grande. <http://dspace.casagrande.edu.ec:8080/handle/ucasagrande/1459>.

Leiva-Díaz, V., Arguedas-Medino, C., Hidalgo-Castillo, M., & Navarro-Vargas, Y. (2013). Conocimiento de las personas adultas sobre el climaterio, andropausia y la sexualidad. *Revista de Ciencias Sociales*, 140, 163-173. DOI: 10.15517/RCS.V0I140.12321

López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M. J., & Fuertes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse y Neglect*, 19(9), 1039-1050. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00066-H](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00066-H)

Lugones-Botell, M. (2013). Climaterio, daño vascular y sexualidad. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 39(4), 413- 426. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2013/cog134k.pdf>

Lugones-Botell, M., Valdés-Sánchez, S., & Pérez-Piñero, J. (1999). Climaterio, familia y sexualidad. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 15(2), 134-139. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n2/mgi05299.pdf>

Manso-Martínez, M. E. (2002). Sexualidad y afectividad en el climaterio. *Matronas Profesión*, 3(8), 13-20. <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/vol3n8pag13-20-1.pdf>

Martínez-Camilo, V., & Paz-Aranda, P. (2005). Estudio de la sexualidad en la mujer en el período climatérico. *Revista Cubana de Ginecología*, 31(3), 1-8. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v31n3/gin04305.pdf>

- Martínez-Camilo, V., Torrientes-Hernández, B., & Paz-Aranda, P. (2002). Comportamiento de la sexualidad en la mujer de la edad mediana. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 28(1), 54-57. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000100009&lng=es&nrm=iso&tlang=es
- Morales, F., Díaz, E., & Aldana, E. (1995). Síntomas somáticos durante el climaterio asociados con estados depresivos. *Perinatología y Reproducción Humana*, 9(2), 85-92. <http://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=29022>
- Nelson, D., Haney, E., Humphrey, L., Millar, J., Nedrow, A., Nicolaïdis, C., Vesco, K., Walter, M., Bougatsos, C., & Nygren, P. (2005). Management of Menopause-Related Symptoms. Evidence Report / Technology Assessment No. 120. (Prepared by the Oregon Evidence-Based Practice Center, under Contract No. 290-02-0024). AHRQ Publication No. 05-E016-2. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Paoletti, R., & Wenger, N. (2003). Review of the International Position Paper on Women's Health and Menopause: A Comprehensive Approach. *Circulation*, 107(9), 1336-1339. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000054674.89019.1ANIH>.
- Parish, S. J., & Hahn, S.R. (2016). Hypoactive Sexual Desire Disorder: a Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sexual Medicine Reviews*, 4(2), 103-120. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.11.009>
- Peña-Gutiérrez, F. J. (2018). *Efectos en las personas que han vivido el abuso sexual en su infancia y procesos de recuperación, aceptación y manejo de la experiencia* [Tesis de Maestría, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente]. <https://rei.iteso.mx/handle/11117/5489?show=full>
- Pugo-Plaza, J. P., & Quintuña-Bravo, R. M. (2016). *Conocimientos, actitudes y sintomatología sobre el climaterio en mujeres de 45 a 65 años que acuden a consulta externa de ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM)*. [Tesis Medica, Universidad de la Cuenca Ecuador]. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25225/1/TESIS.pdf>
- Ramos-Lira, L., Saldívar-Hernández, G., Medina-Mora, M. E., Rojas-Guiot, E., & Villatoro-Velázquez, J. (1998). Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Salud Pública México*, 40(3), 221-233. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v40n3/Y0400302.pdf
- Reyes-Cárdenas, C. (1995). Cambios en la vida femenina durante la primera mitad del siglo XX. *Revista Virtual. Credencial Historia*. No 68. [www.banrepicultural.org/node/73271](http://www.banrepultural.org/node/73271).

- Rivera-Moya, D. C., & Bayona-Abello, S. Y. (2014). Climaterio y función sexual: un abordaje integral a la sexualidad femenina. *CES Salud Pública*, 5(1), 70-76. DOI: <https://doi.org/10.21615/2889>
- Rubio-Aureoles, E. (2014). *Lo que todo clínico debe saber de sexología*. Edición y Farmacia SA de CV.
- Sánchez-Bravo, C., Carreño-Meléndez, J., Martínez-Ramírez, S., & Gómez-López, M. E. (2003). Comunicación marital y estilo de comunicación en mujeres con disfunción sexual. *Perinatal Reprod Hum*, 17(2), 91-101. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2003/ip032e.pdf>
- Sánchez-Bravo, C., Carreño-Meléndez, J., Martínez-Ramírez, S., & Gómez-López, M. E. (2005). Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 28(4), 74-80. <http://inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2804/sm280474.pdf>
- Sánchez-Bravo, C., Carreño-Meléndez, J., Rodríguez-Colorado, S.E., Meza-Rodríguez, P., & Zámano-Segura, H. (2008). Diagnóstico y alternativas de tratamiento de las alteraciones sexuales en mujeres con incontinencia urinaria. *Ginecol Obstet Mex*, 76(11), 635-642. https://web.archive.org/web/20170813083424id_/http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom0811b.pdf
- Sánchez-Bravo, C., Morales-Carmona, F., Carreño-Meléndez, J., & Martínez-Ramírez, S. (2005). Disfunción sexual femenina su relación con el rol de género y asertividad. *Perinatal Reprod Hum*, 19(3-4), 152-160. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2005/ip053d.pdf>
- Sánchez-Izquierdo, M., & Hernández-García, E. (2015). Climaterio y sexualidad. *Enfermería Global*, 14(40), 76-85. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/clinica4.pdf>
- Souza-Machorro, M., Cárdenas-Arroyo, J., Montero A, M.C., & Mendoza-Domínguez, L. (1987). Historia clínica de la sexualidad femenina. *Ginecología y Obstetricia de México*, 55, 277-287. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-65659>
- Vera-Gamboa, L., Rosado-Villafaña, L., & Pavía-Ruz, N. (2017). Impacto del climaterio en la calidad de vida y satisfacción sexual de las mujeres mayores. En G. Villagómez Valdés (Ed.), *Género y vejez en México* (pp. 79-91). Senado de la República LXIII Legislatura—Universidad Autónoma de Yucatán.
- Yuca, M. (30 de agosto de 2016). La sexualidad patriarcal en nuestras camas. El derecho a educación sexual y a un orgasmo pleno y real de las mujeres. *Izquierda Diario*. <http://www.izquierdadiario.es/La-sexualidad-patriarcal-en-nuestras-camas-El-derecho-a-educacion-sexual-y-a-un-orgasmo-pleno-y->